

Utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente europea

Silvina Berra



Departament de Ciències Experimentals i de la Salut
Programa de Doctorat en Ciències de la Salut i de la Vida



Utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente europea

Memoria presentada por Silvina Berra para optar al título de Doctora por la Universidad Pompeu Fabra, elaborada a partir del trabajo de investigación realizado bajo la dirección del Dr. Luis Rajmil en la *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*, y la tutoría de la Dra. Carme Borrell, del *Departament de Ciències Experimentals i de la Salut de la Universitat Pompeu Fabra*.

Barcelona, junio de 2008

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Luis Rajmil su confianza por hacerme partícipe de los proyectos que dieron lugar a este trabajo de investigación y por dirigir esta tesis doctoral con gran visión y con paciencia.

A Cristian Tebé, Michael Herdman, Jordi Alonso, Barbara Starfield y demás coautores y coautoras de los trabajos que forman parte de esta tesis, porque fue un auténtico lujo aprender, colaborar y recibir el apoyo de todos y todas. A Carme Borrell, además, por su tutoría en el programa de doctorado.

A las chicas, los chicos y a las familias que participaron en los estudios, por permitirnos de esa manera andar estos caminos de nuevos conocimientos.

A Imma Guillamón y Maite Solans, por su excelente y cuidadoso apoyo profesional, pero especialmente por la amistad y su extraordinaria capacidad de gestar momentos entrañables.

A mis compañeras y compañeros de la *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*, por el gusto que significa compartir este calificado y agradable espacio de trabajo. Especialmente a Marta Aymerich y a Emilia Sánchez, por la delicia de su calidad humana y profesional con la que siempre me han motivado.

A Leticia Gómez Jacobo, por su cómplice apoyo y por el diseño de la portada de esta publicación.

A las y los colegas con quienes compartimos ciencia y diversión: Montse, Cristian, Álex, Josep Maria, Olatz, Maica, Anna, Albert, Áurea, Ferran, Mònica, Begoña, entre tanta gente.

Dedico modestamente este trabajo a quienes les debo mucho cariño y cuidado: Emma, Cecilia, Mario, Horacio, Pamela, Enrique, Paula, Josefina, Violeta, Lucas, Nicolás, Manuela, Candela, Facundo, Sergio, Roberto, Aníbal, María José, Lucrecia, Ruth, Sofía, Eric, Kary, Raquel, Asun y Mar. Especialmente a Lidieta Ferro, por el placer de compartir tanta vida y tantas emociones. Y a Jacobo Sabulsky, con todo mi afecto y admiración.

FINANCIACIÓN

Este trabajo de investigación contó con los siguientes apoyos financieros:

- Fondo de Investigaciones Sanitarias (contrato número 01/0420) al proyecto “Desarrollo de la versión española de una medida del estado de salud en la población infantil (Child Health and Illness Profile-Child Edition, CHIP-CE)”.
- Instituto de Salud Carlos III a la Red IRYSS, coordinada por la *Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*.
- Comisión Europea, 5to Programa Marco “Quality of Life and Management of Living Resources” al Proyecto KIDSCREEN (QLG-CT-2000-00751).

ÍNDICE

Presentación	1
Resumen	3
Resum	5
Summary	7
Introducción	9
1. Definiciones y modelos teóricos para el análisis del uso de servicios sanitarios en población infantil y adolescente	12
2. Antecedentes. Estudios de utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente	20
3. Justificación del estudio	26
Objetivos	29
Hipótesis	31
Métodos y resultados	33
Muestra e instrumento de la encuesta de salud de la ciudad de Barcelona	35
Muestras e instrumentos del estudio europeo KIDSCREEN	36
Artículo 1. Salud percibida y uso de servicios sanitarios en población infantil y adolescente de Barcelona	39
Artículo 2. Factores asociados al uso de servicios sanitarios en población infantil y adolescente de once países europeos	53
Artículo 3. Métodos y representatividad de un estudio de población infantil y adolescente: el proyecto europeo KIDSCREEN.	75
Discusión	91
Implicaciones y recomendaciones	101
Conclusiones	105
Bibliografía general	107
Productos adicionales del trabajo de investigación	117
Anexos	119

Esta tesis doctoral se presenta como compendio de publicaciones originales, según la normativa aprobada por la *Comissió de Direcció de Doctorat del Departament de Ciències Experimentals i de la Salut de la Universitat Pompeu Fabra*.

La tesis surge de líneas de investigación sobre la medición de la salud en la infancia y la adolescencia, así como del estudio de desigualdades sociales en la utilización de servicios sanitarios. El trabajo de investigación llevado a cabo tuvo como punto de partida las siguientes preguntas:

1. ¿La salud percibida se asocia a la utilización de servicios sanitarios de población infantil y adolescente europea, independientemente del estado de salud, factores familiares, sociodemográficos y características de los sistemas sanitarios?
2. ¿Existen desigualdades sociales en el uso de servicios sanitarios de la población infantil y adolescente europea?
3. ¿Qué nivel de representatividad se consigue con diferentes métodos de muestreo y administración de cuestionarios de salud y utilización de servicios sanitarios en la población infantil y adolescente europea?

En la introducción de este informe se presentan los modelos teóricos principales que se asumieron para el estudio del uso de servicios sanitarios en población infantil y adolescente, así como una revisión de los antecedentes aportados por estudios previos. Después de la introducción se presentan los objetivos e hipótesis de investigación.

El capítulo de métodos incluye una descripción de las estrategias de muestreo y de recogida de datos de los dos estudios que proveyeron datos para los análisis. Los restantes detalles metodológicos y los resultados se presentan a través de los siguientes artículos originales:

Berra S, Borrell C, Rajmil L, Estrada MD, Rodríguez M, Riley AW, Forrest CB, Starfield B. Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents. *Eur J Public Health*. 2006;16(4):405-14.

Berra S, Tebé C, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Auquier P, Detmar S, Herdman M, Alonso J, Rajmil L, and the European KIDSCREEN group. Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries. *Med Care*. 2008 (en prensa).

Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Tebé C, Bisegger C, Duer W, von Rueden U, Herdman M, Alonso J, Rajmil L; and the KIDSCREEN group. Methods and representativeness of European surveys on children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health*. 2007;26;7(1):182.

Cierran el núcleo principal de la estructura de la tesis, un capítulo de discusión, un apartado con implicaciones y recomendaciones y las conclusiones.

Finalmente, se presenta un listado de productos adicionales del trabajo de investigación desarrollado durante la carrera de postgrado y los anexos, que recogen la documentación utilizada en el trabajo de investigación y los procesos editoriales de publicación de los artículos.

Objetivos. Este trabajo de investigación se dirigió a analizar la utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente de la ciudad de Barcelona y de once países europeos estudiando su asociación con necesidades en salud y características de la familia y de los sistemas sanitarios. Específicamente, se plantearon los objetivos de examinar la utilidad de la salud percibida como medida de necesidad en salud y la existencia de desigualdades sociales en la utilización de servicios sanitarios. Un objetivo adicional, a nivel metodológico, fue estudiar la participación, respuesta y representatividad de las muestras de los países participantes en el estudio europeo, y compararlos según los métodos de selección y de administración.

Métodos. Se utilizaron los datos de la encuesta de salud de Barcelona (ESB) del año 2000 de la población de 5 a 14 años y del estudio europeo KIDSCREEN llevado a cabo en 2003 en población de 8 a 18 años. Para la ESB, los niños y niñas se seleccionaron por el padrón municipal de habitantes y luego una persona adulta respondió una entrevista en el hogar como informadora indirecta (mayoritariamente madres). En el estudio europeo, se realizaron muestreos por generación aleatoria de números telefónicos seguidos de administración postal de cuestionarios; muestreos y administración en escuelas; o muestreos y administración en hogares. Los cuestionarios fueron respondidos tanto por chicos y chicas (principalmente datos de salud) como por madres o padres (principalmente datos de la familia y de la utilización de servicios). Se ajustaron modelos de regresión para estudiar la relación entre el uso de servicios sanitarios y las demás variables. En la ESB, las variables dependientes fueron las visitas a un profesional de salud en las dos semanas previas a la entrevista, visitas a servicios de urgencias en los 12 meses previos y hospitalizaciones durante los 12 meses previos a la entrevista; en el estudio KIDSCREEN, el acceso (alguna visita a un profesional de la salud) y la intensidad de uso (número de visitas entre los que hicieron alguna) en los doce meses previos al estudio.

Resultados. Los niveles bajos de la salud percibida se asociaron a una mayor utilización de servicios sanitarios, mientras que los niveles elevados se asociaron a una menor probabilidad de visitar y a un menor número de visitas. El Bienestar físico y la Relación con amigos y apoyo social fueron las dimensiones de la CVRS asociadas a la utilización de servicios. La utilización fue adecuada a la morbilidad declarada, aunque parece no haber mayor acceso en los casos de probable trastorno de salud mental. La

estructura de la familia no se asoció con la utilización de servicios sanitarios, pero una red social fuerte se asoció a un aumento del número de contactos. Además, la salud mental de la madre o de la persona que respondió por el chico o chica se asoció a la utilización de servicios de urgencias; y cuando la persona que respondió a la encuesta de salud no fue la madre o el padre, la declaración de visitas a urgencias fue menos frecuente. En la ciudad de Barcelona no hubo diferencias en la utilización de servicios sanitarios según clase social o nivel de escolaridad de la madre o el padre, excepto en el uso de urgencias, que fue mayor entre los de nivel de educación primaria o menor escolaridad. En cambio, en el ámbito europeo el acceso efectivo a los servicios sanitarios estuvo asociado a un mayor nivel socioeconómico y un mayor nivel de escolaridad de la madre o el padre. Tanto en la muestra de Barcelona como en la europea, la cobertura sanitaria doble se asoció a una mayor utilización de servicios. La variabilidad entre países en el acceso efectivo a servicios sanitarios se explicó en parte por características de los sistemas sanitarios como la proporción del gasto sanitario realizado en el sector público y el sistema de atención pediátrica, siendo mayor la probabilidad de acceso en los sistemas liderados por pediatras. En cuanto a los aspectos metodológicos del estudio europeo, se consiguieron tasas de respuesta global variables entre países, siendo mayores en los estudios basados en escuelas. Respecto de los datos censales, las chicas, el grupo de 8 a 11 años y los padres con mayor nivel de escolaridad estuvieron algo más representados, especialmente en los muestreos realizados en escuelas o por hogares.

Conclusiones. La utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente europea ha sido hasta ahora poco analizada y éste es uno de los pocos estudios que incluyeron un ámbito extenso de la región. La utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente resultó adecuada a los niveles de necesidad en salud, excepto en el acceso ante problemas de salud mental. Se encontraron desigualdades socioeconómicas y se identificaron características estructurales y organizativas de los sistemas sanitarios que parecen disminuir la accesibilidad. Las medidas de salud percibida aportaron información adicional confirmando su validez y utilidad en la evaluación de servicios sanitarios para la población infantil y adolescente.

Utilització de serveis sanitaris en població infantil i adolescent europea

Objectius. Aquest treball de recerca es va centrar en l'anàlisi de la utilització de serveis sanitaris en població infantil i adolescent de la ciutat de Barcelona i d'onze països europeus, estudiant la seva associació amb necessitats en salut, característiques de la família i dels sistemes sanitaris. Concretament, es van plantejar els objectius d'examinar la utilitat de la salut percebuda com a mesura de necessitat en salut i l'existència de desigualtats socials en la utilització de serveis sanitaris. Un objectiu addicional, a nivell metodològic, va ser estudiar la participació, resposta i representativitat de les mostres dels països participants en l'estudi europeu, segons els mètodes de selecció i d'administració.

Mètodes. Es van utilitzar les dades de l'enquesta de salut de Barcelona (ESB) de l'any 2000 de la població de 5 a 14 anys i de l'estudi europeu KIDSCREEN que es va dur a terme al 2003 en població de 8 a 18 anys. Per a l'ESB, els nens i nenes es van seleccionar pel padró municipal d'habitants i, després, una persona adulta va contestar una entrevista a la llar com a informadora indirecta (majoritàriament mares). En l'estudi europeu es van realitzar mostreigs per generació aleatòria de números telefònics seguits d'administració postal de qüestionaris; mostreigs i administració en escoles; o mostreigs i administració a la llar. Els qüestionaris van ser contestats tant pels nois i les noies (principalment dades de salut) com per les mares o els pares (principalment dades de la família i de la utilització de serveis). Les variables dependents van ser les visites a un professional de salut en les dues setmanes prèvies a l'entrevista, visites a serveis d'urgències en els 12 mesos previs i hospitalitzacions durant els 12 mesos previs a l'entrevista, en l'ESB; i l'accés (alguna visita a un professional de la salut) i la intensitat d'ús (nombre de visites entre els quals van fer alguna) en els dotze mesos previs a l'estudi, en el projecte europeu.

Resultats. Els nivells baixos de salut percebuda es van associar a una major utilització de serveis sanitaris, mentre que els nivells elevats es van associar a una menor probabilitat de visitar i a un menor nombre de visites. El Benestar físic i la Relació amb els amics i el recolzament social van ser les dimensions de la QVRS associades a la utilització de serveis. La utilització va ser adequada amb la morbiditat declarada, malgrat que sembla no haver major accés en els casos de probable trastorn de salut mental. L'estructura de la família no es va associar amb la utilització de serveis sanitaris, però una xarxa social forta es va associar amb un augment del nombre de contactes. A més, la salut mental de la mare o de

la persona que va contestar pel noi o noia es va associar amb la utilització de serveis d'urgències; i quan la persona que contestava l'enquesta de salut no va ser la mare o el pare, la declaració de visites a urgències va ser menys freqüent. A la ciutat de Barcelona no van haver diferències en la utilització de serveis sanitaris segons classe social o nivell d'escolaritat de la mare o el pare, excepte en l'ús d'urgències, que va ser major entre els nivells d'educació primària o inferior. En canvi, en l'àmbit europeu l'accés efectiu als serveis sanitaris va estar associat a un major nivell socioeconòmic i un major nivell d'escolaritat de la mare o el pare. Tant en la mostra de Barcelona com en l'europea, la cobertura sanitària doble es va associar a una major utilització de serveis. La variabilitat entre països en l'accés efectiu a serveis sanitaris es va explicar en part per característiques dels sistemes sanitaris com la proporció de la despesa realitzada en el sector públic i el sistema d'atenció pediàtrica, sent major la probabilitat d'accés en els sistemes liderats per pediatres. Quant als aspectes metodològics de l'estudi europeu, es van aconseguir taxes de resposta global variables entre països, sent majors en els estudis havien fet l'administració en escoles. Respecte a les dades censals, les noies, el grup de 8 a 11 anys i els pares amb major nivell d'escolaritat van estar quelcom més representats, especialment en les mostres realitzades en escoles o per la llar.

Conclusions. La utilització de serveis sanitaris en població infantil i adolescent europea ha estat fins ara poc analitzada i aquest és un dels pocs estudis que van incloure un àmbit extens de la regió. La utilització de serveis sanitaris en població infantil i adolescent va mostrar-se d'acord amb els nivells de necessitat en salut, excepte en l'accés davant dels problemes de salut mental. Es van trobar desigualtats socioeconòmiques i es van identificar característiques estructurals i organitzatives dels sistemes sanitaris que semblen disminuir l'accessibilitat. Les mesures de salut percebuda van aportar informació addicional confirmant la seva validesa i utilitat en l'avaluació de serveis sanitaris per a la població infantil i adolescent.

Health care services utilization among European children and adolescents

Objectives. This research aimed to analyse the use of health care services in children and adolescents in the city of Barcelona and eleven European countries and to examine the correlations between use of services and health needs, family characteristics, and healthcare system factors. More specific aims were to examine the utility of perceived health as a measure of needs and to determine whether there were social inequalities in the use of health care services. At a methodological level, a further objective was to examine the sampling and administration methods used in the European study in terms of participation, response rate, and representativeness and to compare them across countries.

Methods. Data used were obtained from children aged 5-15 years included in the Barcelona Health Interview Survey (BHIS), which was carried out in 2000, and from children and adolescents aged 8-18 years included in the European KIDSCREEN study carried out in 2003. In the BHIS, children were selected from the municipal population register, and an adult was interviewed at home as a proxy-respondent for the children (the majority were mothers). In the European study, sampling methods varied by country and included telephone sampling and mail administration, random sampling of school listings followed by classroom or mail administration, or multistage random sampling of communities and households with administration at home. Self-administered questionnaires completed by children and adolescents were used to obtain data on health status and health-related quality of life. Parents provided the majority of data on family and socio-economic characteristics and use of services. Regression models were constructed to explore the relationship between use of health services and other variables. In the BHIS, dependent variables were: having one or more visits or consultations with a healthcare professional in the 15 days prior to the interview; visits to the emergency room over the previous 12 months; and hospitalization over the previous 12 months. In the KIDSCREEN study, dependent variables were; any visit ('access') and number of visits ('intensity of use') to health care professionals during the previous 12 months.

Results. The perceived health, specifically the domains of Physical Well-being and Friends and social support, was associated with use of health care services. Utilisation was in accordance with declared morbidity, although cases with a higher likelihood of suffering a psychiatric disorder did not have a higher odds of contacting the health services. Family

structure was not associated to the use of services, although having a strong social network was associated with an increased number of visits. The mental health status of the proxy respondent was associated to the use of emergency services; reporting visits to emergency services was less frequent if the proxy respondent was not a parent. Differences in use of services by social class or educational level were not found in Barcelona, except for visits to emergency services which were more likely among children from lower educational levels. On the other hand, in the European study, effective access to services was associated with having a higher socioeconomic status and a higher level of education. Having double or private healthcare coverage was associated with a higher use of services in both the Barcelona and European samples. At country level, higher proportions of public health care expenditure, higher levels of private health care coverage, and general practitioner-led pediatric primary care all showed a statistically significant association with higher levels of access. Regarding methodological issues in the European surveys, response rates were higher in the school-based surveys, although females, children, and parents with a higher educational level were slightly overrepresented in these surveys.

Conclusions. Analysis of the utilisation of health care services among children and adolescents at a European level has been scarce to date. This is one of the few studies to include a large sample across several European countries. We found that use of services was generally in accordance with health needs, except for access for mental health problems. Socioeconomic inequalities were found, and structural characteristics of health care systems were identified as possible correlates of a reduced access to services. Measures of self-perceived health provided information which correlated with use of services, thereby confirming their validity and usefulness for health services research in child and adolescent populations.

INTRODUCCIÓN

La utilización de servicios sanitarios debería ser acorde a las necesidades en salud de la población de modo que se obtenga de ellos un adecuado beneficio. Sin embargo, suele ser bastante elevada la frecuencia con que algunos grupos de la población utilizan servicios aparentemente de manera innecesaria, mientras que otros grupos no acceden a los servicios que necesitarían. Ambas situaciones son indeseables y la investigación en servicios sanitarios debe contribuir a corregirlas.

En la situación de utilización convergen como mínimo dos actores y múltiples determinantes. Por una parte, el servicio proporcionado, que puede verse como el último eslabón de la cadena de factores que determinan las características de la oferta del sistema sanitario. Por otra parte, el usuario que recibe el servicio, cuya presencia en este momento es el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan la demanda de atención. El encuentro de estos actores se produce porque de alguna o ambas partes se identificó una necesidad de atención para la cual se supone que el servicio en cuestión podrá ofrecer una respuesta y un beneficio.

Existen numerosos modelos que pueden contribuir a analizar el uso de servicios sanitarios. Según el interés, la perspectiva y el propósito de la investigación, algunos modelos ayudan a enfocar características de la salud-enfermedad (epidemiológico), del usuario y de su entorno (psicosociales) o del mercado sanitario (económicos) a las que el sistema sanitario debe atender. El presente trabajo se ha basado en una perspectiva socio-epidemiológica para estudiar, en la infancia y la adolescencia, la relación entre la salud y la utilización de servicios sanitarios, así como el efecto que en esta relación pueden tener el medioambiente familiar y su contexto social y económico.

Esta tesis desarrolla en especial dos líneas conceptuales. En primer lugar, la perspectiva del usuario en la definición de las necesidades en salud y su influencia en el uso de servicios. Para ello, se presenta un modelo teórico de salud en la infancia y la adolescencia, se abordan las posibilidades actuales de medición de la salud percibida en esta población y se estudia su utilidad como medida de necesidad. En segundo lugar, el rol de los servicios sanitarios como organización responsable de proteger, mantener y mejorar el estado de salud de la población. Se asume que la influencia de los servicios sanitarios sobre el nivel de salud general de la población es probablemente menor que la de otros factores, el capital social, el genotipo o el contexto de bienestar en el que viva cada individuo; pero que son un elemento fundamental de las políticas sociales de un estado y el componente sobre el que los gobiernos pueden establecer acciones específicas para modificar el estado de salud de las personas. Como herramienta de política social, esta

investigación explora la existencia de inequidad en el uso de los servicios sanitarios en la población infantil y adolescente europea.

A continuación, se desarrolla el marco teórico del que surgen las hipótesis de este trabajo de investigación. En el primer apartado, se presentan los modelos conceptuales que estructuran el estudio de la utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente. En la segunda parte, se exponen los resultados de estudios previos que han contribuido al conocimiento empírico en este campo.

1. Definiciones y modelos teóricos para el análisis del uso de servicios sanitarios en población infantil y adolescente

1.1. Salud y necesidad de atención sanitaria

El concepto de salud

La definición de la salud ha tenido una notable evolución durante el último siglo, dinámicamente relacionada a los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad de la población, así como a los avances de la ciencia en materia de medición de la salud y de sus determinantes. Tras los hitos de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud de 1948 y la Carta de Ottawa de 1986,^{*} actualmente la salud se define como un recurso que incluye capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas, que permite a las personas afrontar su entorno (interpersonal, social, biológico y físico) para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades (Starfield 2001). Aplicado a la infancia, este concepto incorpora el desarrollo evolutivo y la posibilidad de adquirir y expresar esas capacidades (Starfield 1974), así como la visión de que un determinado estado de salud resulta de un estado anterior y condiciona a los siguientes (National Research Council and Institute of Medicine 2004).

Tradicionalmente, los niveles de salud-enfermedad se establecieron por la aparición de lesiones, signos y síntomas que permitían definir enfermedades y, a partir de su diagnóstico, los tratamientos. Ahora también se recomienda enfocar la medición de la salud hacia sus funciones y potencialidades. Las funciones son rasgos físicos, psicológicos,

^{*} La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud de 1948 definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. En la Carta de Ottawa de 1986, se postuló que “para conseguir ese estado de completo bienestar, es necesaria la posibilidad de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o afrontar el entorno”.

cognitivos o sociales que reflejan los efectos de los problemas de salud (y sus tratamientos) sobre las actividades diarias y conductas de niños y niñas. Algunos aspectos observables de las funciones son la movilidad, el crecimiento, la participación en actividades, la resolución de problemas, el lenguaje receptivo, el estado de ánimo, el temperamento, la atención en clase, la participación en juegos y en actividades escolares, las habilidades de integración social y de hacer amigos, etc. La salud potencial, también denominada resiliencia, comprende recursos positivos de la salud que determinan la capacidad para responder a amenazas físicas, psicológicas o sociales. Se distingue de las funciones porque siempre se trata de factores positivos, a diferencia de aquéllas, que pueden ser negativas o anormales. Entre los factores de la resiliencia están la curiosidad, la reacción, la recuperación, la imaginación, la auto-eficacia, el optimismo o la resistencia a enfermedades (Starfield et al. 1993).

Determinantes de la salud

La salud es el resultado de una compleja y dinámica interrelación de determinantes. Siguiendo la revisión y síntesis realizada por un comité de expertos estadounidense (National Research Council and Institute of Medicine 2004), los numerosos factores que se han encontrado asociados a la salud infantil pueden agruparse en variables biológicas, conductuales y características del medioambiente físico y social. Como muestra la figura 1 este comité presenta a estos factores como determinantes directos de la salud infantil y sitúa en un nivel contextual a los servicios sanitarios y las políticas. También señala el informe que el papel y los efectos de estas influencias cambian a medida que el niño o niña crece dado que el desarrollo es un proceso de evolución permanente en el que existen períodos con mayor sensibilidad respecto a estas influencias así como edades con desafíos especiales, como son ciertas etapas de transición. Esa dinámica temporal de la salud infantil hace que un estado de salud determine a otro en el futuro, por lo que un determinante de la salud puede influir, positiva o negativamente, sobre estados actuales y futuros (National Research Council and Institute of Medicine 2004).

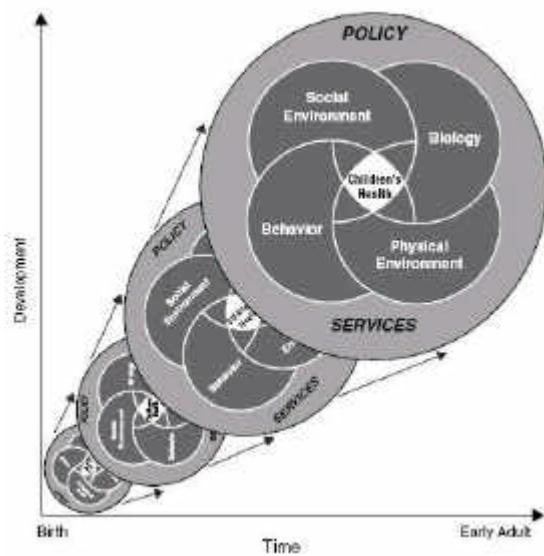


Figura 1. Modelo de determinantes de la salud infantil (National Research Council and Institute of Medicine 2004).

Desde la perspectiva socio-epidemiológica se señala que la distribución de los riesgos de enfermar o actuar de una manera está determinada por la pertenencia de un individuo a una sociedad y a un estrato social. La teoría de la producción social de la salud (Amick et al. 1995) se ha fortalecido con numerosas evidencias durante las últimas décadas. Estudios en población adulta comprobaron que las personas de similares grupos sociales o socioeconómicos comparten similares condiciones de morbilidad y mortalidad, con un gradiente de desventaja para los grupos menos acomodados (Black, Smith C y Townsend 1982; Macinko y Starfield 2002). Se ha señalado que en la población infantil este efecto podría ser mayor en enfermedades crónicas graves o limitantes, mientras que la salud percibida y los síntomas podrían tender a igualarse como efecto de las experiencias escolares y culturales de los jóvenes (West 1997). Sin embargo, varios estudios mostraron diferencias tanto en enfermedades como en salud percibida (Newacheck y Starfield 1988; Starfield et al. 2002; Thorsheim et al. 2004).

La medida de la salud

La investigación epidemiológica ha utilizado históricamente las estadísticas vitales y los datos clínicos para estudiar la salud y la enfermedad en la población. Las medidas biológicas o clínicas siempre resultaron suficientemente comprensibles y fácilmente medibles, aún cuando tuvieran algunas limitaciones en su sensibilidad o especificidad. En un nivel más subjetivo pero más global, el estado de salud percibido adquirió gran

importancia en los últimos años como medida de la salud poblacional (Steinwachs 1989; Artarcoz et al. 2004), dada su validez predictiva de sucesos vitales (Marmot et al. 1991).

Los nuevos conceptos de la salud promovieron el desarrollo de medidas que intentan captar la multidimensionalidad de la salud y complementan la información que ofrecen los indicadores de morbilidad. Los instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) han hecho un significativo aporte en este sentido, ampliando la posibilidad de explorar aspectos de la salud de potencial interés sanitario como indicadores de necesidad en salud y de resultados percibidos en la evaluación de intervenciones (Alonso 2000). Dado que la salud percibida, recogida de forma genérica por estas medidas, no se correlaciona con diagnósticos fisiopatológicos y puede verse afectada por muchos otros factores de la persona o su entorno, permite una medida común para evaluar a personas con diferentes problemas.

Hasta hace unos pocos años, casi no había medidas de este tipo para la población infantil (Mangione-Smith y McGlynn 1998), pero en la última década se desarrollaron y dieron a conocer numerosos cuestionarios para niños, niñas y adolescentes con un enfoque multidimensional de salud (Solans et al. 2007). Muchos de estos instrumentos recogen información directamente de niños y niñas. Otra característica interesante es la capacidad de medir aspectos relevantes específicos de esta etapa vital que antes no eran mesurables. Tal es el caso de las relaciones sociales, que los propios niños y niñas señalan como el aspecto más relevante de su salud (Detmar et al. 2006).

Necesidades en salud y en atención sanitaria

El concepto de necesidad de atención sanitaria se refiere a aquellos estados de salud o conductas actuales que pueden influir en estado futuros de salud y que pueden beneficiarse o modificarse por una intervención del sistema sanitario. Este beneficio depende de la existencia de una intervención efectiva y de recursos para que la intervención esté disponible para quien la necesita (Culyer 2001). En términos poblacionales, la determinación de necesidades de atención sanitaria requiere la identificación de diferencias o distancias de un individuo o grupo respecto de un estado deseable y la consecuente posibilidad del sistema de responder con los medios necesarios para acortar o eliminar esa diferencia (Wright, Williams y Wilkinson 1998). Para la infancia, se definió que niños y niñas tienen una necesidad cuando se hallan ante una vulnerabilidad que limita su posibilidad de alcanzar o mantener un determinado estado de salud o cuando su salud podría perjudicarse si no reciben algún servicio (Department for children, schools and families 1989).

Las necesidades de atención sanitaria pueden valorarse mediante criterios médicos (necesidad evaluada) o desde la perspectiva de las propias personas (necesidad percibida), teniendo en cuenta su percepción de bienestar y su declaración de síntomas o limitaciones de actividades de la vida diaria (Gelberg, Andersen y Leake 2000). La reciente disponibilidad de instrumentos de medida de la salud abrió también un camino de exploración de dimensiones de la salud que pueden influir en la demanda o se revelen como necesidades no cubiertas por los servicios sanitarios.

1.2. Conceptos de búsqueda, acceso y utilización de los servicios sanitarios

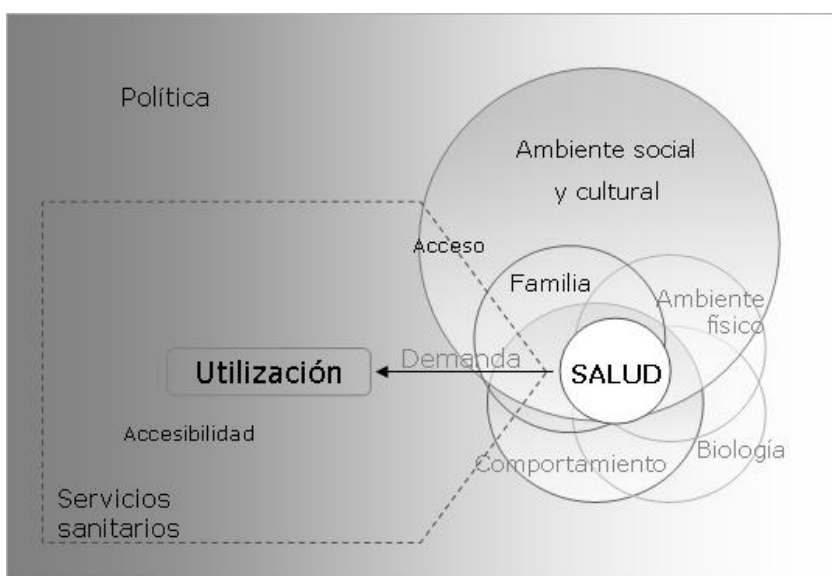
La sintomatología o el malestar no inducen directamente la demanda de atención sanitaria. La percepción de la necesidad de atención y la expresión de la demanda están mediadas por factores demográficos, socioeconómicos y psicosociales. Uno de los modelos teóricos que explica la búsqueda de atención sanitaria surge del modelo de creencias en salud (Rosenstock 1966). La persona actúa “buscando salud” porque cree que puede hacer algo por mantenerse sana o prevenir la enfermedad; y esta conducta depende de su estado psicológico, de su creencia de que esa acción producirá un beneficio reduciendo su susceptibilidad a enfermar o la gravedad que podría tener la enfermedad. Además, variables demográficas y sociales pueden tener efecto en la conducta, así como influencias recibidas de familiares, amigos o mensajes de los medios de comunicación. Luego, el modelo más utilizado para explicar el acceso y el uso de servicios sanitarios, denominó factores predisponentes a las características demográficas del individuo, sus creencias y también la estructura social; y factores facilitadores a los medios disponibles por el individuo para el acceder efectivamente a los servicios, como el nivel de ingresos o la cobertura sanitaria. Los factores predisponentes, los facilitadores y la necesidad en salud conforman los determinantes individuales de la utilización. Por otra parte, también determinan el uso de servicios, la política sanitaria y la oferta de los servicios a través de sus recursos y de su organización (Aday y Andersen 1974).

Campbell y Roland (1996), aplicando este modelo a la demanda de asistencia sanitaria en atención primaria, subrayaron la importancia de los factores sociodemográficos y socioeconómicos por determinar éstos tanto la probabilidad de enfermar como la respuesta ante la necesidad de atención médica y señalaron las barreras propias de los servicios sanitarios, que pueden ser reales o percibidas por los usuarios, pero que también influyen en el contacto con la atención primaria. Starfield (2001) propuso una distinción entre accesibilidad, acceso y utilización. La condición de accesibilidad de un

servicio se refiere a características estructurales que hacen posible que el usuario lo utilice, tales como su ubicación, horario u otras facilidades. El acceso expresa la posibilidad desde la perspectiva de la población de utilizar un servicio, como es la condición de tener cobertura sanitaria. Finalmente, la utilización de los servicios sanitarios es el acceso hecho efectivo, la experiencia objetiva de consumir un servicio.

Sobre la base de los conceptos expuestos, se ha adaptado el modelo de determinantes de la salud para estudiar la relación entre la salud infantil y los servicios sanitarios, distinguiendo la influencia de la familia en la búsqueda de servicios sanitarios (Janicke y Finney 2000) y otorgando esquemáticamente mayor peso a los factores del ambiente social, económico y cultural como determinantes de la salud, del medioambiente familiar y también del uso de los servicios sanitarios (Figura 2).

Figura 2. Determinantes de la salud y del acceso a los servicios sanitarios en población infantil. Adaptación *ad hoc* a partir del modelo National Research Council and Institute of Medicine (2004).

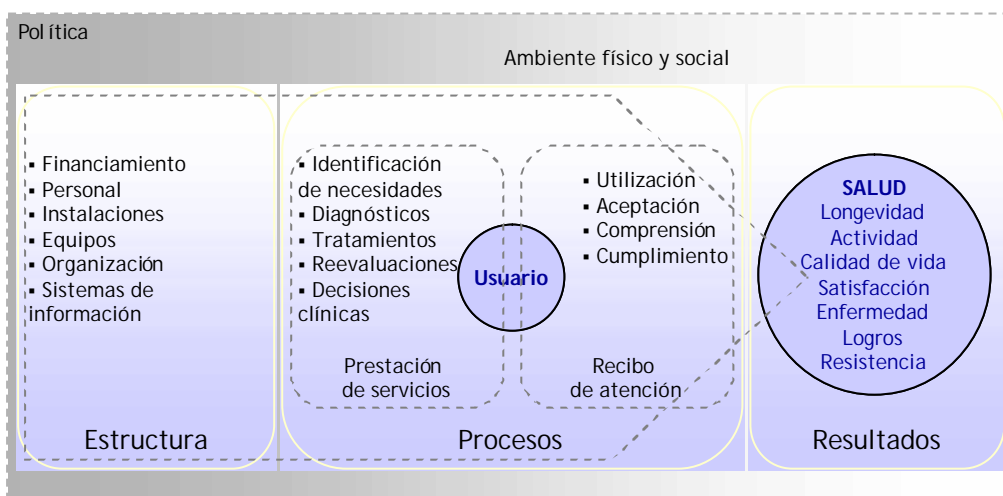


1.3. Análisis de servicios y sistemas sanitarios

El modelo clásico de análisis de los servicios sanitarios (Donabedian 1966) identifica sus elementos como componentes estructurales, procesos y resultados (Figura 3). La estructura incluye aspectos como el financiamiento, las instalaciones, el personal y todos aquellos elementos de la organización sanitaria que determinan la provisión de servicios. Los procesos son elementos del funcionamiento, como la determinación de necesidades o la utilización, mediante los cuales se espera conseguir determinados resultados en la salud.

Estos resultados, según propuso Starfield (1973), pueden evaluarse mediante indicadores como la salud o la longevidad, entre otros. Así, el estado de salud es a la vez un indicador de necesidad de atención sanitaria y de resultado del funcionamiento del sistema. La investigación evaluativa de los servicios sanitarios se dirige a analizar cómo los servicios responden, en términos de efectividad, eficiencia, seguridad, idoneidad y aceptabilidad a las necesidades de atención de la salud respecto de las cuales han sido diseñados.

Figura 3. Componentes de los sistemas sanitarios. Adaptación de los modelos de Donabedian (1966) y Starfield (1973).



El interés por la evaluación de los servicios sanitarios se consolidó en las últimas décadas del siglo XX (Relman 1988). El incremento de la expectativa de vida y los cambios en los patrones de enfermedad de la población, junto al desarrollo de nuevas y más caras tecnologías, conducían a un inexorable aumento de los costes en la atención sanitaria y del gasto global en salud, mientras no se conocían con certeza las mejoras en los resultados de la atención sanitaria. Los países industrializados pusieron en marcha importantes reformas en sus sistemas sanitarios, como respuesta a la necesidad de racionalizar el uso de los servicios, conducir procesos más eficientes, mejorar la calidad de la atención sanitaria y alcanzar la equidad en el financiamiento y la provisión de servicios. La mayoría alcanzó la cobertura universal de una extensa cartera de servicios a través de los sistemas nacionales de salud o de seguridad social e intentan, actualmente, garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios.

El principio de equidad implica que el uso debe ser similar entre grupos con igual necesidad y debe ser mayor en grupos con más necesidad (Starfield 2001). Por lo tanto, el acceso y la provisión de servicios deben efectuarse en base a la necesidad de los usuarios y

no de su capacidad para pagarlos. Estas diferencias tienen que explorarse cuidadosamente, porque normalmente se comprueba que los grupos más desfavorecidos (por ejemplo, menores ingresos) utilizan más servicios; sin embargo, las diferencias pueden desaparecer o invertirse cuando se ajusta por necesidad (van Doorslaer et al. 2000), ya que estos grupos suelen tener más problemas de salud, tal como se comentó anteriormente.

La organización de los servicios sanitarios en función de la atención primaria de salud, como puerta de entrada al sistema y coordinadora de todos los niveles de atención, es una medida tendiente a prevenir la inequidad en la provisión de servicios sanitarios y a racionalizar recursos. Se ha propuesto que la atención primaria de salud debe ser el primer contacto de la población con los servicios, ejercer la coordinación de niveles de atención, ofrecer una extensa oferta de servicios y lograr continuidad en la atención de las personas, además de estar centrada en la familia y orientada a la comunidad (Starfield 1998). Recientemente se han analizado las características de los sistemas sanitarios en atención pediátrica. Kuo et al (2006) describieron la oferta de programas de atención al niño sano (primeros 5 años de la vida) de diez países industrializados (Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, España, Francia, Holanda, Inglaterra, Japón y Suecia) para compararla con la estadounidense. Este estudio mostró uniformidad entre los países en cuanto a que todos garantizan la cobertura universal y prácticamente libre de costos, pero una notable diversidad en el diseño de la atención sanitaria de la población infantil. Una de las diferencias radica en la separación de la atención preventiva, en la que el primer contacto está mayoritariamente a cargo de enfermeras, pero también pediatras, médicos generalistas o puericultores, de la atención curativa, a cargo de pediatras o médicos generalistas. Por otra parte, la Unión de Sociedades Nacionales de Pediatría de Europa (UNEPSA) caracterizó los sistemas de atención pediátrica de los países europeos y los clasificó según el profesional que se desempeña como médico de cabecera del niño o niña: pediatras, médicos generalistas o ambos (sistemas “combinados”). En este trabajo, se sostiene que los sistemas que usan médicos generalistas en la atención primaria pediátrica tienen una desventaja en la falta de entrenamiento y de tiempo para ocuparse de aspectos de pediatría comunitaria como salud mental, inmunizaciones y otras prácticas preventivas, aunque reconocen que en los sistemas pediátricos, los pediatras no necesariamente se entrenan en atención primaria.

2. Antecedentes. Estudios de utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente

En este apartado se presentan resultados de estudios sobre la utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente, agrupados según se trate de indicadores de salud-enfermedad (necesidad), de características del medioambiente familiar o de recursos sociales y económicos para el acceso a los servicios.

2.1. Crecimiento, desarrollo normal y problemas de salud

Edad, sexo y género

Todos los estudios tienen en cuenta la edad y el sexo de la población, ya que las tasas de utilización de servicios sanitarios varían consistentemente de acuerdo a estos determinantes biológicos. Pocos estudios se han dirigido a estudiar la diferencia entre sexos indagando potenciales desigualdades de género, es decir, que una diferencia de utilización entre niñas y niños no se explique por sus necesidades en salud sino por la construcción social de sus roles y de su salud.

El volumen de uso de servicios es mayor en la población de menores de 5 años, hecho que se explica por la oferta establecida de programas de control e intervenciones específicas para este grupo, especialmente para lactantes. A partir de esa edad, el volumen de utilización disminuye hasta la adolescencia, siendo el grupo de 10 a 14 años el que tiene el menor número de visitas (Newacheck 1992; Rajmil et al. 2000). El aumento del volumen de utilización de servicios a mayor edad en los adolescentes puede estar relacionado con el empeoramiento de la percepción de bienestar físico y emocional (Alonso et al. 2008) y con la incidencia de sintomatología asociada a los cambios puberales (Riley et al. 1993). Los trabajos que encontraron mayor utilización en niños estudiaron visitas en una población de 0 a 12 años (Starfield et al. 1985) y hospitalizaciones en una población de 0 a 14 años (Rajmil et al 1999 b), mientras que los que comprobaron mayor uso por parte de las niñas analizaron visitas (Kelleher y Starfield 1992; Newacheck 1992; Vingilis, Wade y Seeley 2007) y hospitalizaciones (Debley et al. 2004) en población hasta los 18 años. El estudio de Debley et al (2004) no encontró diferencias en las tasas de hospitalización por diabetes y epilepsia, pero las tasas de hospitalización por asma fueron significativamente más altas en los niños de 2 a 12 años, diferencia que se revirtió entre los

13 y 14 años, para llegar a ser significativamente mayor en las chicas de 16 a 18 años (Debley et al. 2004). Dado que todos los estudios ajustaron por morbilidad, la diferencia podría deberse a desigualdades de género en la infancia y al mayor malestar de las chicas en la adolescencia.

Problemas de salud

Los problemas de salud, como es de esperar, son los determinantes más relevantes del uso de servicios sanitarios. La asociación positiva entre la presencia y el número de enfermedades crónicas y la utilización de servicios es consistente en muchos estudios (Cooper, Smaje y Arber 1998; Grøholt et al. 2003; Newacheck 1992; Rajmil et al. 1998; Ward y Pratt 1999; Woodward et al. 1988). Además, la comorbilidad puede explicar el volumen de visitas extremadamente elevado más que algún tipo de enfermedad en particular (Starfield et al. 1985). Varios estudios comprobaron específicamente la asociación entre la salud mental y la utilización de servicios. Jacobson et al (1980) mostraron que el promedio de visitas anuales fue mayor en quienes tenían un diagnóstico psiquiátrico, aún después de excluir las visitas a servicios de salud mental. Luego se demostró que el tratamiento de problemas psicosociales redujo el volumen de visitas (Kelleher y Starfield 1990). Otras dimensiones asociadas a un mayor número de contactos con los servicios fueron los problemas de conducta y emocionales, los síntomas depresivos y el hecho de recibir medicación o asistencia en salud mental o asesoramiento de servicios sanitarios o escolares (Ward y Pratt 1996; Jacobson et al. 1980; Starfield 1985; Woodward et al. 1988; Kelleher y Starfield 1990; Newacheck 1992; Riley et al. 1993; Janicke, Finney y Riley 2001).

Salud percibida

La salud percibida se asocia también con la utilización de servicios, tanto cuando declaran los propios niños y niñas como cuando lo hace alguna persona adulta por ellos. El bienestar físico, la satisfacción con la salud, el bienestar psicológico, la resistencia y el ambiente escolar son las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud que se han encontrado asociadas al volumen de visitas o a las hospitalizaciones (Riley et al. 1993; Janicke, Finney y Riley 2001; Forrest et al. 2004; Rajmil et al. 2006; Vingilis, Wade y Seeley 2007). El estudio longitudinal de Forrest et al (2004), en una muestra de niños y niñas de 6 a 11 años y utilizando el Perfil de Salud Infantil (CHIP) como medida de necesidad percibida, es una de las contribuciones más interesantes en este sentido. Las

puntuaciones de peor salud en las dimensiones de satisfacción y bienestar, declaradas por los propios niños y niñas o por las personas adultas, se asociaron a un mayor volumen de visitas, aún después de ajustar por un índice de morbilidad. Además, la fuerza de la asociación fue mayor para la salud percibida que para el índice de morbilidad. En este estudio ninguna dimensión del perfil de salud percibida se asoció con el uso de servicios de urgencias o las visitas a especialistas.

2.2. Ambiente familiar

En la infancia, la búsqueda de asistencia sanitaria está fuertemente condicionada por factores familiares. En Holanda, con datos de la encuesta nacional de medicina general, se estimó mediante un análisis multinivel que la varianza en la frecuencia de primer contacto en población de hasta 21 años de edad atribuible a la familia alcanzó el 22%, controlando también el efecto de factores de nivel individual y del centro de atención (Cardol et al. 2005). Éste y otros estudios revisados incluyeron, como factores familiares, la estructura de la familia, los roles y conflictos en el seno de la familia, la salud de la madre, el padre o las personas adultas que cuidan a los más jóvenes y el apoyo social.

El número de niños en el hogar (Cardol et al. 2007; Riley et al. 1993; Janicke, Finney y Riley 2001), el tamaño de la familia (Woodward et al. 1988) y el orden de nacimiento (Ward y Pratt 1996) se asociaron negativamente a la cantidad de contactos con los servicios sanitarios. Respecto a la estructura familiar, habitualmente se propone que existe una menor utilización por parte de niños o niñas de familias monoparentales, pero los resultados son diversos. Janicke y col. (2001) no encontraron asociación entre el uso de servicios y el estado civil de la madre. En Canadá, los adolescentes de familias monoparentales usaron más servicios sanitarios (Vingilis, Wade y Seeley 2007) aunque un estudio previo no había encontrado esta asociación en población de 4 a 16 años de Ontario (Woodward et al. 1988). En encuestas de población menor de 18 años de Estados Unidos, inicialmente no se comprobaron diferencias en las visitas entre familias monoparentales y con ambos padres (Newacheck 1992). Estudios posteriores dirigidos específicamente a este tema encontraron similares frecuencias de acceso, pero mayor frecuencia de necesidades no cubiertas, entre los hijos e hijas de madres solas respecto de los de familias con padre y madre (Heck y Parker 2002); y menor odds ratio de haber visitado algún médico en el año previo y de tener una fuente habitual de atención de la salud entre chicos y chicas que viven sólo con el padre respecto de los que viven sólo con la madre (Leininger y Ziol-Guest 2008).

El estado de salud de las madres y los padres, así como el patrón de utilización de la madre, se encontraron asociados con el uso de servicios de sus hijos e hijas. El trastorno psicológico en la madre se encontró asociado a un mayor número de visitas en varios estudios (Newacheck y Halfon 1986; Woodward et al. 1988; Riley et al. 1993; Ward y Pratt 1996; Janicke, Finney y Riley 2001), aunque no a la probabilidad de haber sido visitado al menos una vez (Newacheck y Halfon 1986; Woodward et al. 1988). En cuanto a la depresión materna, un estudio no encontró asociación con el número de visitas (Ward y Pratt 1996) y otro encontró menor probabilidad de visitas preventivas esperadas según la edad y mayor probabilidad de visitas a urgencias (Minkovitz 2005). En Suecia, las madres de niños y niñas del quintil más alto de número de visitas, habían estado enfermas y habían visitado los servicios sanitarios con mayor frecuencia que las madres de los niños y niñas del primer quintil (Petersson y Hakansson 1996). En cambio, los hijos de padres con enfermedades crónicas no presentaron mayor número de visitas en un estudio de Canadá (Woodward et al. 1988). El patrón de utilización de la madre se encontró consistentemente asociado al volumen de uso de servicios, independientemente de otras características de la familia (Starfield et al. 1985; Newacheck y Halfon 1986; Newacheck 1992; Riley et al. 1993; Weissman et al. 1997; Janicke, Finney y Riley 2001). El estudio de Janicke y col. (2001) mostró que la preocupación de la madre por la salud del hijo o hija fue un fuerte predictor del uso de servicios, incluso más que el dolor declarado por el propio chico o chica, subrayando la importancia del proceso subjetivo de decisiones para la búsqueda de asistencia. Otra evidencia interesante de este estudio fue que la utilización por parte del niño o niña predijo fuertemente la utilización de años más tarde, sugiriendo que ciertos perfiles inadecuados de utilización podrían instaurarse en la infancia y mantenerse en la edad adulta.

El estudio de Riley et al (1993) encontró asociación entre la existencia de conflictos entre los miembros de la familia y el número de visitas, así como diferencias entre familias de raza blanca y de otras razas que parecen estar ligadas al efecto del trastorno psiquiátrico materno o con la respuesta a enfermedades agudas, ambas variables con diferentes patrones de utilización entre los dos grupos de familias.

La familia es la principal red de apoyo social en la niñez, pero la diversificación de esta red es una de las características de la adolescencia. Sin embargo, el efecto del apoyo social en la búsqueda de asistencia sanitaria ha sido escasamente estudiado en adolescentes. La encuesta de salud canadiense no mostró influencia del apoyo social de los adolescentes en la utilización de servicios sanitarios, aunque la participación en actividades sociales tuvo una moderada correlación positiva (Vingilis, Wade y Seeley 2007). En

adolescentes sexualmente activos de San Francisco (Estados Unidos de América), se encontró que tenían mayor probabilidad de haber recibido atención relacionada con enfermedades de transmisión sexual en el año anterior cuando referían una mayor frecuencia de contactos con amigos (Lowery, Chung y Ellen 2005). En cuanto al apoyo social que tiene la madre, el número de personas en su red social y su satisfacción respecto del apoyo en diferentes circunstancias, no se asoció al volumen de visitas (Riley et al. 1993); mientras que en otro estudio similar ya comentado, el número de apoyos disminuyó el efecto positivo entre la preocupación de la madre por la salud del chico y el volumen de contactos (Janicke, Finney y Riley 2001).

La madre o la persona que cuida al niño es quien informa también sobre el uso de servicios en los estudios que recogen información mediante cuestionarios. Algunas características de esta persona, llamada en este caso informador indirecto, pueden introducir sesgos en los estudios. Un análisis específico a partir de los datos de la encuesta de salud de Cataluña mostró que los padres y abuelos informaron menos accidentes que las madres (Rajmil et al. 1999a).

2.3. Recursos socioeconómicos familiares y cobertura sanitaria

Numerosos estudios exploraron la existencia de desigualdades en el acceso y la utilización de servicios sanitarios según diversas características sociales, económicas o demográficas como la clase social, el nivel de educación de la madre o el padre, el nivel de ingresos de la familia, la raza o el lugar de residencia, urbana o rural.

En los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Islandia y Suecia) no hubo diferencias por clase social en las visitas al médico de cabecera en la población de 2 a 17 años, pero sí en las visitas al especialista. La probabilidad de visitar un especialista fue mayor entre los hijos e hijas de empleados con salarios más altos y también en los de empleados con salarios medios, campesinos y empleados autónomos cuando declararon enfermedades crónicas, respecto de trabajadores no cualificados (Grøholt et al. 2003). Las odds ratios de visitas a un especialista y de consultas telefónicas fueron menores cuando la madre o el padre tenían niveles de escolaridad más bajos, aún después de ajustar por necesidad. Por el contrario, la odds ratio de hospitalización fue mayor a menor nivel de escolaridad de la madre. El nivel de ingresos se asoció a las visitas al especialista y a las hospitalizaciones, en los sentidos antes descritos, pero su efecto desapareció al ajustar por nivel de escolaridad (Halldórsson et al. 2002). En estos países, también se encontraron

diferencias en la utilización por lugar de residencia, con menor probabilidad de visitar al especialista en los niños y niñas de zonas rurales (Grøholt et al. 2003). En Dinamarca, el análisis de los registros de una cohorte de todos los niños y niñas mostró que la participación en los controles de salud durante los primeros cinco años fue menor para los grupos de niveles de ocupación, escolaridad e ingresos más desfavorecidos, pero sin ajustar por necesidad (Søndergaard et al 2008).

La encuesta de salud británica no encontró desigualdades por clase social en las visitas al médico general, a otros médicos o en los ingresos de la población menor de 20 años, después de ajustar por estado de salud percibido. En cambio, se encontraron diferencias por grupos étnicos, resultando mayor la razón de odds de visita al médico general en la población de origen indio, pero menor la de visitas a otros médicos para los grupos de India, Pakistán y Bangladesh, así como también fue menor la razón de odds de ingresos en la población negra del Caribe (Cooper, Smaje y Arber 1998). Otro estudio, basado en los registros de sesenta consultas de Inglaterra y Gales, mostró un mayor volumen de contactos con el médico de cabecera en las clases sociales más desfavorecidas, tanto en los diferentes niveles de gravedad del diagnóstico como por distintos motivos de consulta, excepto en las visitas preventivas, donde los niños y niñas de clase social IV-V visitaron con menor frecuencia (Saxena, Majeed y Jones 1999). De manera similar, el seguimiento de una cohorte de niños y niñas nacidos en el sur de Inglaterra, mostró un incremento de las admisiones hospitalarias y de los días de ingreso en las clases sociales II a V, respecto de la clase I (Petrou y Kupek 2005).

En Cataluña, el número de contactos con el médico y el ingreso en el hospital en población menor de 15 años no fue diferente entre clases sociales después de ajustar por estado de salud percibido, restricción de actividad, enfermedades crónicas, discapacidad y accidentes (Rajmil et al. 1998; Rajmil et al. 2000). Sin embargo, los servicios odontológicos no provistos por la sanidad pública fueron menos accesibles para los niños de las clases sociales más desfavorecidas (Rajmil et al. 2000).

Mientras que en Europa la mayoría de los sistemas sanitarios ofrecen cobertura prácticamente universal, en los Estados Unidos de América, el sistema sanitario tiene como una de sus mayores debilidades el alto riesgo de exclusión de personas que no pueden acceder económicamente a un seguro de salud. El porcentaje de población infantil y adolescente sin cobertura sanitaria es del 13%, mientras que asciende al 24,6% en los adolescentes de familias con ingresos menores al 200% del nivel de pobreza (Newacheck et al. 2003) y al 20,6% en hispanos (Shi y Stevens 2005). También es mayor en estos grupos el porcentaje que declara no tener una fuente habitual de asistencia o no haber visitado un

médico o un dentista durante el año previo (Newacheck et al. 2003; Shi y Stevens 2005). La falta de cobertura sanitaria en población infantil y adolescente con problemas de salud presentó una odds 40% menor de visitar al especialista entre los que declararon enfermedades crónicas, respecto de la odds de quienes no las declararon (Kuhlthau et al. 2004); y también 40% menor de recibir actividades preventivas entre los que tenían necesidades especiales de atención sanitaria, respecto de la odds de quienes no las tenían (Houtrow et al. 2006). El trabajo ya clásico de Newacheck y Starfield (1988) mostró que el promedio de visitas anuales a profesionales de salud fue mayor en los niños del nivel bajo de ingresos pero que, al ajustar por el impacto de la enfermedad (días pasados en cama), este grupo utilizó menos servicios que los de la categoría de ingresos elevados.

3. Justificación del estudio

La mayoría de los estudios comentados se realizaron en los Estados Unidos de América, en donde la investigación en servicios sanitarios tiene una larga tradición. La literatura es profusa en cuanto a los puntos débiles del sistema sanitario como población sin acceso financiero, con necesidades de salud no cubiertas y a características de los grupos que utilizan servicios de una manera anormalmente baja o alta, independientemente del estado de salud. En Europa, un contexto político, económico y cultural diferente de aquel, no se esperan notables desigualdades en el acceso y la utilización de servicios, dada la prácticamente universal cobertura sanitaria que han conseguido la mayoría de sus países. Los estudios mencionados de Cataluña, el Reino Unido y países Nórdicos encontraron pocas evidencias de inequidad, pero se trata de estudios aislados. En cambio, en población adulta existe una notable variabilidad en el uso de los servicios entre países europeos y evidencia de una mayor utilización favorable a los segmentos económicamente más favorecidos de la población (van Doorslaer et al. 2000; 2007). Si bien se han señalado diferencias estructurales y organizativas en los servicios destinados a población infantil (Katz et al. 2002; Kuo et al. 2006), no se ha estudiado si estas características provocan variabilidad en el uso de servicios entre países, si estos sistemas son capaces de cubrir las necesidades en salud de la población infantil y adolescente y si la provisión de servicios se realiza con equidad en una amplia región del continente.

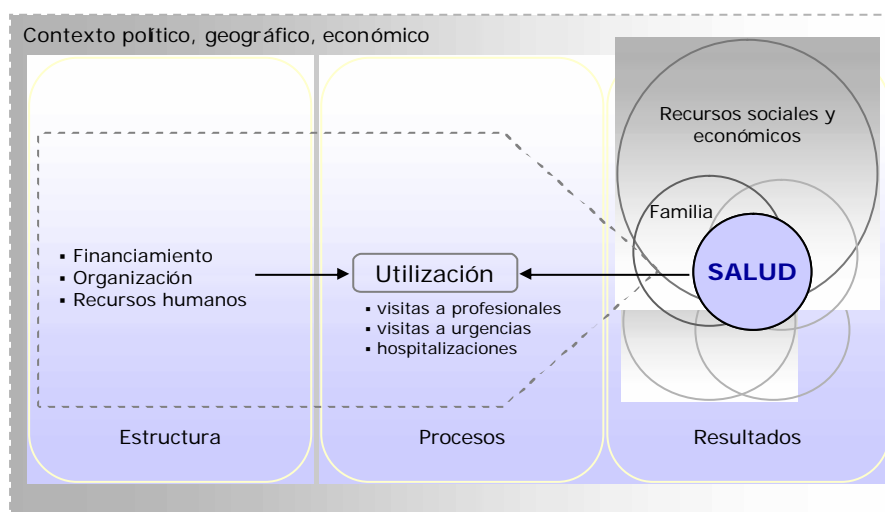
Por otra parte, los estudios de uso de servicios sanitarios suelen focalizarse en los segmentos de la población con mayores tasas de utilización, como son los menores de 5 años y la población adulta. A pesar de que los niños y niñas mayores presentan

importantes períodos de transición en su desarrollo social y que la adolescencia es una edad de notables cambios biológicos y psicosociales, el contacto de estos grupos con los servicios sanitarios ha sido menos analizado. Además, la disponibilidad de nuevas medidas multidimensionales de necesidad como las de CVRS y el desarrollo de instrumentos que pueden recoger información de los propios chicos y chicas, abrieron un nuevo espectro de posibilidades en esta materia.

La encuesta de salud de Barcelona del año 2000 (ESB) y el estudio europeo KIDSCREEN representaron importantes oportunidades para abordar estos vacíos de conocimiento. La ESB incluyó por primera vez el perfil de salud infantil (CHIP) como medida de necesidad percibida, además de recoger un amplio rango de determinantes de la salud y la utilización de servicios sanitarios. Este estudio permitió analizar a nivel local la utilización de varios tipos de servicios sanitarios, que podrían estar influidos de manera diferente por las necesidades en salud o por factores del medioambiente familiar.

El proyecto KIDSCREEN, permitió el desarrollo transcultural de una medida de calidad de vida relacionada con la salud y la evaluación simultánea y estandarizada de la utilización de servicios sanitarios en muestras representativas de once países europeos. Este trabajo de investigación incluyó, también, datos que permitieron caracterizar la estructura de los sistemas sanitarios de los países europeos, intentando cubrir un amplio rango de determinantes de la utilización de servicios sanitarios (Figura 4) para realizar una aportación original en este tema.

Figura 4. Relaciones e influencias de la salud y los servicios sanitarios. Adaptación ad-hoc de los modelos de Donabedian (1966) y el *National Research Council and Institute of Medicine* (2004).



Los dos estudios contaron con la ventaja de haber sido diseñados para obtener muestras representativas de la población general, superando la limitación de selección que sufren los estudios realizados en poblaciones de usuarios de servicios sanitarios. Sin embargo, en el estudio europeo se implementaron tres diferentes estrategias de muestreo y administración de los cuestionarios, lo que podría haber conducido a muestras con diferentes características de representatividad. Por otra parte, los estudios de salud en población infantil y adolescente se realizan habitualmente en escuelas o en hogares; y la información acerca de las ventajas o desventajas de cada método es escasa en la literatura. Por lo tanto, el proyecto europeo permitió también la realización de un estudio en el que se describió la tasa de respuesta por métodos de muestreo y administración y se examinó la representatividad de las muestras conseguidas, aspectos que forman parte de este trabajo de investigación.

OBJETIVOS

1. Analizar la relación entre el estado de salud percibido y las visitas a profesionales de salud, a servicios de urgencias y las hospitalizaciones, teniendo en cuenta la morbilidad declarada, las variables sociodemográficas de la familia y las características de la persona informadora, en la población de 5 a 14 años de la ciudad de Barcelona en el año 2000.
2. Estudiar la asociación entre el estado de salud percibido, la morbilidad declarada, los factores familiares y sociodemográficos, y las características de los sistemas sanitarios con el acceso y uso de servicios sanitarios en población de 8 a 18 años de once países europeos.
3. Describir la metodología de muestreo y administración de cuestionarios de salud utilizada en los países participantes del estudio europeo KIDSCREEN y comparar sus resultados en participación, respuesta y representatividad.

Las siguientes hipótesis generales plantearon los resultados esperados para el análisis de la utilización de servicios sanitarios en la ESB y el estudio KIDSCREEN:

- Los grupos de niños y niñas con peor salud percibida tienen más probabilidad de haber realizado visitas a profesionales de salud, a servicios de urgencias y de haber sido hospitalizados, independientemente de la presencia de otros problemas de salud. Por el contrario, puntuaciones altas en dimensiones de bienestar físico y social de la salud se asocian a un menor uso de los servicios sanitarios.
- La mayor probabilidad de padecer algún trastorno de la salud mental por parte de la madre o el padre se asocia a una mayor utilización de los servicios sanitarios, independientemente del estado de salud del niño, niña o adolescente.
- Los grupos sociales más favorecidos, definidos por características de la familia como la clase social, el nivel de escolaridad o la cobertura sanitaria, utilizan más los servicios sanitarios, independientemente del estado de salud del niño, niña o adolescente.

Las siguientes hipótesis se plantearon para el estudio europeo KIDSCREEN:

- Las características estructurales y económicas de los sistemas sanitarios europeos explican una parte de la variabilidad en el acceso y el volumen de uso de los servicios sanitarios en la población infantil y adolescente.
- Los muestreos telefónicos seguidos de administración postal de los cuestionarios consiguen muestras con inferior representación proporcional de los grupos sociales con el menor y el mayor nivel de educación, respecto de aquellos realizados en escuelas.

MÉTODOS Y RESULTADOS

Este trabajo de investigación se realizó en el marco de dos estudios: con los datos de la ESB del año 2000 se condujo el análisis correspondiente al primer objetivo, mientras que el cumplimiento del segundo y tercer objetivo se logró en el estudio europeo KIDSCREEN.

A partir de los datos de la encuesta de salud de Barcelona se realizó el primer artículo que compone esta tesis, correspondiente al primer objetivo, para lo que se utilizaron los datos de la población de 5 a 14 años. En el marco del proyecto europeo KIDSCREEN se realizaron los siguientes dos artículos, correspondientes al segundo y tercer objetivo; el primero incluyó casos en que tanto chicos o chicas como una persona adulta respondieron el cuestionario (dos países fueron inicialmente excluidos por no recoger datos de los padres), mientras que el segundo incluyó todos los casos.

A continuación, se presentan detalles de las muestras y las fuentes de información utilizadas en cada uno de los dos estudios. Luego, para cada objetivo se definieron variables y estrategias de análisis de datos específicas, que se encuentran en los apartados metodológicos de los artículos correspondientes.

Muestra e instrumento de la encuesta de salud de la ciudad de Barcelona

La Encuesta de Salud de Barcelona se realiza con una periodicidad de cuatro años, con el objetivo de estudiar la salud de la población de los habitantes de la ciudad, así como algunos determinantes de la salud y la cobertura y utilización de los servicios sanitarios (Borrell, Baranda y Rodríguez 2000).

El universo estadístico de la Encuesta de Salud de Barcelona de 2000 fue la totalidad de la población residente, empadronada en la ciudad de Barcelona y no institucionalizada. La selección de los individuos se realizó a partir del Padrón de habitantes de 1998, estratificando por edad, sexo y distritos municipales. El tamaño muestral se fijó en 1.000 individuos efectivos de todas las edades por cada uno de los 10 distritos municipales, para permitir un margen de error cercano a $\pm 1\%$ para el conjunto de la muestra con un nivel de confianza del 95,5%, así como la posibilidad de estratificar por distrito o por variables sociodemográficas como edad, sexo y clase social, con niveles de fiabilidad aceptables.

Antes de la visita de los entrevistadores a los hogares se enviaron dos cartas informativas sobre la encuesta. Las entrevistas se realizaron en el transcurso de un año entero para evitar la incidencia de la estacionalidad en los procesos de morbilidad y uso de los servicios sanitarios. La proporción de respuesta a la encuesta de menores de 15 años fue

del 69,9% y la muestra utilizada en este estudio contó finalmente con 836 niños y niñas de 5 a 14 años, después de aplicar un coeficiente de ponderación para restituir las proporciones de cada territorio en el conjunto y obtener una muestra representativa de la ciudad.

Se intentó que el cuestionario fuera respondido por la persona adulta que, en general, estaba a cargo del cuidado del niño o niña. Todas las variables del estudio se obtuvieron de ese único cuestionario de personas informadoras indirectas (Anexo 1).

Muestras e instrumentos del estudio europeo KIDSCREEN

El estudio europeo KIDSCREEN se llevó a cabo para obtener valores de referencia de CVRS en la población de 8 a 18 años de 13 países europeos, así como estudiar los factores asociados a la CVRS, entre ellos, la utilización de servicios sanitarios. En el Anexo 2 se encuentran copias de las aprobaciones de Comités de Ética para el proyecto KIDSCREEN.

El proyecto se inició con la participación de siete países: Austria (AT), Alemania (DE), España (ES), Francia (FR), Holanda (NL), Reino Unido (UK) y Suiza (CH). A éstos, en una segunda instancia de tramitación del proyecto, se unieron Grecia (EL), Hungría (HU), Irlanda (IE), Polonia (PL), República Checa (CZ) y Suecia (SE). Excepto este último, todos los países participantes diseñaron el trabajo a modo de conseguir muestras representativas.

En el primer grupo de países (AT, CH, DE, ES, FR, NL, UK) se diseñó una estrategia de selección y seguimiento de participantes mediante entrevistas telefónicas y la recogida de datos se realizó mediante correo postal. UK, además de esta estrategia, realizó un muestreo y administración en escuelas. Los países que se incorporaron posteriormente consideraron más viable realizar la selección y administración en escuelas (EL, HU, PL, SE). PL optó por la administración postal a partir de la selección realizada en las escuelas. En CZ, el estudio se realizó mediante la selección y administración en hogares.

Muestreo telefónico

El muestreo telefónico fue realizado de manera centralizada por una empresa localizada en Bamberg, Alemania. El marco muestral teórico estuvo constituido por los

hogares que tenían teléfono fijo, considerando que en todos estos países la cobertura de este servicio era mayor del 85%.

Se realizaron entrevistas asistidas por ordenador (Computer Assisted Telephone Interview; CATI) para la selección de hogares controlando el cumplimiento de las cuotas de edad, sexo y región geográfica de la muestra. Este método incluye un sistema de generación aleatoria de números que controla la relación de prefijos telefónicos de área geográfica. El guión de la entrevista telefónica fue diseñado en una reunión de trabajo de los equipos de investigación y cada país lo envió a la empresa alemana con información sobre los horarios más adecuados para realizar las llamadas y aspectos lingüísticos que pudieran ser útiles en conocimiento de los entrevistadores (Anexo 3). Las personas que realizaban las entrevistas tenían como lengua materna la de uso mayoritario en los países para los cuales debían realizar la selección. El muestreo se inició en abril de 2003 y continuó hasta conseguir 2.400 hogares elegibles dispuestos a participar o hasta finalizada esta fase, en el mes de octubre.

Los hogares elegibles fueron aquellos en los que vivía un chico o chica de 8 a 18 años de edad. En los hogares en que había más de una persona con esa edad, se seleccionó la que estuviera más próxima a su aniversario en tiempo futuro. A las familias elegibles se las invitó a participar y, cuando aceptaron, se les solicitó la dirección para enviar por correo los materiales del estudio. Los datos de las familias fueron transmitidos bajo estrictas condiciones de seguridad mediante ficheros codificados.

En la fase de recogida de datos, la información sobre el estudio, el formulario para firmar el consentimiento y los cuestionarios para el chico o chica seleccionado/a y una persona adulta de la familia, fueron enviados desde el centro participante de cada país. Se facilitó una línea telefónica gratuita para la consulta de dudas y un sobre con franqueo gratuito para el envío de los cuestionarios completados. Se enviaron recordatorios postales y se establecieron incentivos para promover la respuesta.

Muestreo en escuelas

Los países que realizaron muestreos en escuelas fueron EL, HU, IE, PL y SE. Se realizaron muestreos polietápicos de escuelas, aulas y alumnos, por regiones geográficas. Antes de la recogida de datos, las familias fueron informadas de los objetivos y procedimientos del estudio para obtener el consentimiento de participación. Cuando aceptaron participar, se entregaron los cuestionarios en las escuelas; chicos y chicas

respondieron en horas de clase, mientras que madres y padres lo hicieron en el hogar. Tras el muestreo en escuelas, en PL se realizó la administración por vía postal, de manera similar a los países que realizaron el muestreo telefónico.

Muestreo de hogares

En CZ se realizó un muestreo polietápico de hogares, seleccionando primero comunidades de todas las regiones del país y luego hogares a partir del directorio telefónico. En las comunidades donde había directorios telefónicos, los entrevistadores identificaron por teléfono familias que cumplieran los criterios de inclusión, informaron sobre el estudio y solicitaron su participación. Trabajadores de campo visitaron las familias que aceptaron participar para dejarles los materiales de estudio y para recoger los cuestionarios 2 a 7 días después. Donde no había directorio telefónico, los hogares se visitaron por recorridos aleatorios.

Instrumentos y procedimientos de recogida de datos

La información se recogió mediante cuestionarios a chicos y chicas (Anexo 4) y a madres y padres (Anexo 5). Los instrumentos y los procedimientos de recogida de datos fueron estandarizados para reducir al máximo los errores que pudieran introducirse por los diferentes métodos de administración. Los instrumentos se diseñaron conjuntamente para incluir las mismas variables, siguiendo las guías internacionales para la equivalencia cultural de las medidas (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcome Trust 2002). Los materiales resultantes contenían los mismos guiones de entrevistas, información para participantes, cartas de consentimiento e instrucciones para la cumplimentación de los cuestionarios. Las recomendaciones para la cumplimentación dirigidas a madres, padres o a otras personas responsables del trabajo de campo, indicaban que se garantizara a niños, niñas y adolescentes que se sintieran cómodos y seguros de que la información era anónima, confidencial y que las respuestas no eran correctas o incorrectas como en un examen. Tanto niños, niñas y adolescentes como madres y padres debían responder individualmente los cuestionarios por autoadministración.

**Artículo 1. Salud percibida y uso de servicios sanitarios en población infantil y
adolescente de Barcelona**

Resumen

Objetivo:

Analizar el uso de servicios sanitarios según el estado de salud en población infantil y adolescente, teniendo en cuenta características familiares y de la persona informadora en población infantil de la ciudad de Barcelona.

Métodos:

El estudio recogió información de 836 entrevistas con informadores indirectos de niños y niñas de 5 a 14 años incluidos en la encuesta de salud de Barcelona del año 2000. Las variables dependientes fueron haber visitado algún profesional de salud en las dos semanas previas a la entrevista, haber visitado servicios de urgencias y haber sido hospitalizado durante el año previo a la entrevista. Las variables independientes fueron la declaración de enfermedades crónicas, el estado de salud medido con el Perfil de Salud Infantil de Niños/as, versión para padres (CHIP-CE/PRF), el nivel de escolaridad de la persona cabeza de familia, la clase social a partir de la ocupación de la persona cabeza de familia, la cobertura sanitaria del niño/a y características de la persona informadora, como la salud mental, medida con el Cuestionario General de Salud de 12 ítems (GHQ-12). Se ajustaron modelos multivariados de regresión logística para comparar el uso de servicios sanitarios entre categorías de las variables independientes. Se estimaron razones de prevalencia ajustadas (RPa) y sus intervalos de confianza del 95% (IC), corrigiendo las odds ratios obtenidas para visitas a profesionales de salud y a servicios de urgencias dado que su frecuencia en la muestra era mayor del 10%.

Resultados:

- Los niños y las niñas con peores puntuaciones en Bienestar y Satisfacción con la salud, tuvieron mayor probabilidad de haber visitado a un profesional de la salud en los 15 días previos a la entrevista (RPa=1,68; IC=1,09-3,83), pero no de haber visitado servicios de urgencias o haber sido hospitalizados. Quienes presentaron el perfil de mejor salud tuvieron menos probabilidad de haber visitado servicios de urgencias (RPa=0,74; IC=0,42-1,00).
- La declaración de enfermedades crónicas se asoció a una mayor probabilidad de haber visitado servicios de urgencias durante el año anterior (RPa=1,47; IC=1,27-2,55) y de haber sido hospitalizado/a.

- La declaración de visitas a servicios de urgencias en el año previo fue menor cuando respondieron a la entrevista personas diferentes de la madre o el padre (RPa=0,49; IC=0,19-0,79).
- La mayor probabilidad de padecer trastorno psiquiátrico de la madre o el padre se asoció a una mayor probabilidad de haber visitado servicios de urgencias (RPa=1,44; IC=1,04-3,01).
- No se encontraron diferencias en la utilización de servicios según clase social.
- Los niños y niñas cuyas madres o padres tenían nivel de educación primaria o menor escolaridad presentaron mayor probabilidad de haber visitado servicios de urgencias (RPa=1,34; IC=1,05-2,34), pero no de haber visitado a un profesional de salud o de haber sido hospitalizados.
- La doble cobertura sanitaria se asoció a una mayor probabilidad de haber utilizado servicios de urgencias (RPa=1,37; IC=1,16-2,30).

Berra S, Borrell C, Rajmil L, Estrada MD, Rodríguez M, Riley AW, Forrest CB, Starfield B.

[Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents.](#)

Eur J Public Health. 2006 Aug;16(4):405-14. Epub 2006 Apr 27.

**Artículo 2. Factores asociados al uso de servicios sanitarios en población infantil
y adolescente de once países europeos**

Resumen

Objetivo:

Examinar la asociación entre la utilización de servicios sanitarios y el estado de salud, las características sociodemográficas y las características de los sistemas sanitarios en población infantil y adolescente de 11 países europeos.

Métodos:

Estudio de diseño transversal en muestras representativas de niños, niñas y adolescentes de 8 a 18 años y sus padres (en total, 16.210 pares), seleccionadas por muestreos telefónicos o en escuelas. Los cuestionarios fueron autoadministrados en los hogares o en las escuelas en Austria, Alemania, España, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Polonia, Reino Unido, República Checa y Suiza. Las variables dependientes fueron alguna visita a un profesional de la salud en los doce meses previos a la entrevista (como indicador de acceso) y el número de visitas entre los que hicieron al menos una (intensidad de uso). Se incluyeron variables independientes relativas a necesidades en salud, características familiares, sociodemográficas y de los sistemas sanitarios. Se analizó la variabilidad entre países en la utilización de servicios mediante modelos multinivel de regresión logística (acceso) y regresión binomial negativa (intensidad). Se estimaron y ajustaron odds ratios en modelos multivariados (ORa, mediante regresión logística en análisis multinivel) y razones de tasas a partir del número de visitas (RTa, mediante regresión binomial negativa).

Resultados:

- La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no se asoció con el acceso a los servicios sanitarios en el año previo, pero sí a la intensidad de visitas declaradas: se estimó que niveles bajos de Bienestar físico aumentaron un 40% (RTa=1,40; IC95%=1,15-1,70) el número de visitas a un profesional de la salud en los 12 meses previos a la entrevista, mientras que niveles elevados de CVRS en Relación con amigos y apoyo social redujeron el número de visitas en un 15% (RTa=0,85; IC95%=0,74-0,98).
- La declaración de enfermedades crónicas, de limitación de la actividad por razones de salud y de síntomas psicossomáticos se asociaron al acceso a los servicios sanitarios (ORa>1) y a un mayor número de visitas a un profesional de salud (RTa>1).
- Los chicos y chicas con mayor probabilidad de tener un trastorno psiquiátrico no tuvieron una odds de haber hecho al menos una visita en los doce meses previos mayor que aquellos sin esa probabilidad (ORa=1,11; IC95%=0,93-1,32); pero entre los que

visitaron al menos una vez, esa condición se asoció a un mayor número de visitas (RTa=1,39; IC95%=1,15-1,68).

- Un fuerte apoyo social, según el tamaño de la red y el tipo de apoyo, se asoció a un mayor número de visitas a servicios sanitarios (RTa=1,14; IC95%=1,01-1,28).
- Los grupos de nivel de escolaridad y socioeconómico bajos tuvieron, respectivamente, una odds 36% (ORa=0,64; IC95%=0,57-0,72) y 25% (ORa=0,75; IC95%=0,62-0,92) menor de acceder efectivamente a los servicios sanitarios respecto de los grupos de niveles altos.
- Una parte de la variabilidad en el acceso a los servicios sanitarios fue atribuible a diferencias entre países. La odds ratio de haber tenido al menos un contacto con los servicios sanitarios en un año fue superior a mayor proporción del gasto en salud en el sector público, en sistemas organizados con el pediatra (versus médico general) como médico de cabecera y con una alta proporción de la población con cobertura sanitaria doble o privada.

Correlates of Use of Health Care Services by Children and Adolescents from 11 European Countries

Berra S,*† Tebé C,*† Erhart M,‡ Ravens-Sieberer U,‡ Auquier P,§ Detmar S,¶ Herdman M,† Alonso J,†** Rajmil L,*†** and the European KIDSCREEN group††

From the *Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research (CAHTA), Roc Boronat 81-95, Barcelona 08005, Spain; the †CIBER en Epidemiología y Salud Pública CIBERESP, Dr Aiguader 88, 08003 Barcelona, Spain; the ‡Department of Psychosomatics in Children and Adolescents, University Clinic Hamburg-Eppendorf, Germany; the §Department of Public Health, University Hospital of Marseille, 27 Bd Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 5, France; the ¶ TNO Quality of Life: Prevention and Healthcare, PO Box, 2215, 2301 CE Leiden, The Netherlands; the **Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM -Hospital del Mar), Dr Aiguader 88, 08003 Barcelona, Spain.

††Members of the KIDSCREEN group are: Austria: Wolfgang Duer, Kristina Fuerth; Czech Republic: Ladislav Czerny; France: Pascal Auquier, Marie-Claude Simeoni, Stephane Robitail, Germany: Ulrike Ravens-Sieberer (international coordinator in chief), Michael Erhart, Jennifer Nickel, Bärbel-Maria Kurth, Angela Gosch, Ursula von Rüden; Greece: Yannis Tountas, Christina Dimitrakakis; Hungary: Agnes Czimbalmos, Anna Aszman; Ireland: Jean Kilroe, Celia Keenaghan ; The Netherlands: Jeanet Bruil, Symone Detmar, Eric Verrips; Poland: Joanna Mazur, Ewa Mierzejeswka; Spain: Luis Rajmil, Silvina Berra, Cristian Tebé, Michael Herdman, Jordi Alonso; Sweden: Curt Hagquist; Switzerland: Thomas Abel, Corinna Bisegger, Bernhard Cloetta, Claudia Farley; United Kingdom: Mick Power, Clare Atherton, Katy Phillips.

Supported by a grant from the European Commission (QLG-CT-2000-00751) within the EC 5th Framework-Programme "Quality of Life and Management of Living Resources" to the KIDSCREEN project. This work received also partially support from the Spanish Ministry of Health (Contracts: *Fondo de Investigación Sanitaria* PI 042504 and *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*).

Corresponding address:

Luis Rajmil
Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research.
Roc Boronat 81-95. 08005 Barcelona, Spain
Phone: +34 93 551 3900
e-mails: lrajmil@aatrm.catsalut.net / lrajmil@imim.es

ABSTRACT

Objective: To examine the association between use of health care services and health status, socio-demographic and health care system characteristics in children and adolescents from 11 European countries.

Research design: Cross-sectional surveys in representative samples included using phone or school-based sampling.

Subjects: Children and adolescents aged 8-18 years and their parents. Questionnaires were administered in households or at schools in Austria, Czech Republic, France, Germany, Greece, Hungary, Poland, Spain, Switzerland, the Netherlands, and the United Kingdom.

Main outcome measures: Any visit to ('access') and number of visits ('intensity of use') to health care professionals during the previous 12 months.

Results: The study included 16,210 parent-child pairs. In a multivariate analysis, variables statistically associated with access included: health status (more disability days, more chronic conditions), socio-demographic characteristics (being younger, being female, having a higher socio-economic status or higher parental educational level), and health system variables (higher % of public health expenditure, widespread private health care coverage, pediatrician-led system). The strongest association was with disability days (OR=6.92; 95%CI=5.24-9.14 for 5 to 15 days). In the 'intensity of use' model, socio-demographic (being younger, strong social support) and health status (chronic conditions, disability days, psychiatric disorders, psychosomatic complaints, poor HRQOL) characteristics were associated with greater intensity of use. Health system variables were not significant in this model.

Conclusions: The likelihood of contacting the health services is a function of health status, socio-economic factors, and health system characteristics. Intensity of use among those having made contact is associated with health status and socio-demographic characteristics but not with health system characteristics.

INTRODUCTION

A number of studies have examined factors associated with children and adolescents' use of health care services.¹⁻¹⁴ They have shown that ill health is the most important predictor of children's use of services based on clinical diagnoses,⁸ parent-reported^{2,9-10} or child-reported health.¹⁰ Other factors, such as family structure and functioning, parents' mental health, and parental use of services are also important in explaining children's contact with health care services,^{11,12} and some association with socioeconomic status has been reported.¹⁻⁴

Apart from the individual and family factors mentioned above, structural and organizational aspects of health care, and whether or not universal health coverage is available, may also influence access to and use of services. For example, in countries without a system of universal health coverage, such as the US, considerable differences in access to and use of health services have been reported between those with some form of health care insurance and those without.^{1,15} In countries without universal health coverage, people with higher incomes are more likely to visit a medical professional even when their health care needs are similar to those with lower incomes.¹⁶ Although high levels of coverage through national health care systems or social security systems in Europe might be expected to lead to fewer social inequalities in health care, substantial between-country variability in need-standardized physician visits in adults has nevertheless been reported.¹⁶

Systems with a strong primary care element have been shown to provide better access to and use of services and have been associated with lower rates of low birth weight neonates and lower post-neonatal mortality.¹⁷ In Europe, three different systems of pediatric primary care have been described,¹⁸ though their impact on health care service use has not been analyzed comparatively, and has only been explored separately in a few countries.^{5,13-14} In sum, use of health care services is likely determined by a combination of individual and structural factors, though few studies have been able to simultaneously analyze the impact of the different factors.

The KIDSCREEN project¹⁹ was conducted to develop a generic measure of health-related quality of life (HRQoL) in 13 European countries and provided an

opportunity to assess the use of services in a large sample of children and adolescents. Data on children's health, family situation, and use of services were collected in 11 of the participating countries. The aim of the present study was to examine the association between use of services and health status, socio-demographic and health system characteristics in children and adolescents from 11 European countries.

METHODS

Subjects and settings

The following countries participated in the KIDSCREEN study and were included in the current analysis: Austria (AT), Czech Republic (CZ), France (FR), Germany (DE), Greece (EL), Hungary (HU), Poland (PL), Spain (ES), Switzerland (CH), the Netherlands (NL), and the United Kingdom (UK). The target population for the KIDSCREEN study was children and adolescents 8-18 years old. Surveys were designed to be representative by age, sex, and region, as described elsewhere.²⁰

Sampling and questionnaire administration strategies

Three approaches to sample selection and administration were used: 1) telephone sampling followed by a mail survey (AT, CH, DE, ES, FR, and NL), 2) school sampling and survey administration during class-time (EL, and HU), or school sampling followed by a mail survey (PL), and 3) multistage random sampling of communities and households, followed by questionnaire self-administration at home (CZ). In the UK, a combination of telephone and school sampling methods was used.

Parents were asked if they were willing to participate together with their child. Scripts of interviews, letters of information, consent and remainder, as well as questionnaire layout were harmonized and pilot tested to be equal in all countries, independently of the sampling or administration method. In all administration methods, instructions were provided to parents or those responsible for the fieldwork to ensure that children and adolescents understood that their responses would be anonymous and

confidential, and to ensure that questionnaires were administered under appropriate conditions, i.e. that children were able to complete the questionnaires individually and in quiet, calm conditions without help or interference from classmates or other family members. Questionnaires were individual and self-administered. For the current study, completed data from both child and parent questionnaires were included for the final analysis. Fieldwork was carried out between April and November 2003 in all countries.

KIDSCREEN study materials were developed according to the current international recommendations and guidelines for cross-cultural equivalence.²¹ The KIDSCREEN questionnaire itself was simultaneously developed through focus groups in all participant countries followed by cognitive debriefings and forward and back translations and harmonization in all countries.²²

All procedures were carried out following the data protection requirements of the European Parliament (Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data). Each country was asked to respect ethical and legal requirements in their country for this type of survey and to obtain signed informed consent from participants.

A more detailed description of the KIDSCREEN sampling methods is provided elsewhere, together with a detailed analysis of sample representativeness based on Eurostat data.²⁰

Use of health care

Number of visits by the child with any health care professional during the previous 12 months was collected from parents. The question covered phone contacts as well as personal visits but excluded visits to the dentist and contacts while the child was hospitalized. Use of health care services was assessed in two ways: ‘any use’ (no visits versus one or more visits) and ‘intensity of use’, i.e. the number of visits by individuals who had visited at least once.

Socio-demographic and health status characteristics

Health status was measured using self- and parent-report of chronic conditions, missing school because of disability days, possible psychiatric disorder (SDQ), psychosomatic complaints, overweight / obesity, and risky behavior (see Appendix A for further details). Socio-demographic data collected on all children included age and sex, and a number of variables defining the socio-economic and family situation. Health related quality of life was assessed using the KIDSCREEN-52 generic self report questionnaire (see Appendix A for further details).

Health system characteristics

Data used to characterize a country's demographic and health care situation included: the percentage of the population aged 0-14 years and the percentage of population living in urban areas [source: Health for All database, HFA];²⁴ the gross domestic product (GDP) as US dollars per capita; total health expenditure (THE) as a percentage of GDP; public sector health expenditure (including government budgets, external borrowings and grants, and social or compulsory health insurances) as % of THE [HFA], and; the predominant type of healthcare coverage (double or private only, or public) [OECD,²⁵ and KIDSCREEN study]. Data on the number of physicians per 10,000 inhabitants [HFA] and the UNEPSA's classification of the patterns of Pediatric Primary Care as pediatrician-led, general practitioner-led, or combined service¹⁸ were used to define the type of pediatric care provided. The percentage of children vaccinated against measles [HFA] was used as to estimate the importance of preventive treatments in health care. HFA and OECD data were obtained for the year 2002 or the latest available year.

Data analysis

A multi-stage strategy was used to analyze the results. In the first stage, bivariate analyses were carried out to determine which independent variables showed a statistically significant association (Wald test; $p < 0.10$) with either of the two dependent variables (use and volume of services) and to decide which variables would be included in the final multivariate models. In the second stage, collinearity in the data was studied

by determining variation inflation, for example between level of education and socio-economic status, or chronic conditions and activity limitations. The variance inflation factor (VIF), which is the inverse of one minus R squared, was calculated for each independent variable using a linear regression model and an exploratory factor analysis. A general rule says that VIF should not exceed 10. None of the variables in the model exceeded 10.²⁶ In the third stage, the difference in use of services among countries was first assessed in an empty model, with a random parameter as the constant (random intercept model) to determine whether multilevel models would be required to analyze use of services. The effect of clustering (by countries) was analyzed using the intraclass correlation coefficient (ICC). The empty model suggested that a multilevel model would be suitable to analyze access, but would not be required to analyze volume of use (ICC=0.03%).

A logistic regression (LR) model was used to analyze ‘access’ with individual characteristics at the first level and countries at the second level. In this model, first and second level variables were included starting with the strongest factor associated with any visit and were retained according to their level of statistical significance³¹ and potential interest. A negative binomial regression (NBR) model was used to analyze individual factors associate with volume of use. The NBR, as compared to Poisson regression, was the most appropriate model for the dependent variable due to the overdispersion in the number of visits. Variation in volume of visits was analyzed using the incidence rate ratio (IRR) of visits. Coefficients from the model and its 95% confidence interval (95%CI) could be interpreted in terms of increases (or decreases) in the mean number of visits. It should be noted that, as data were collected retrospectively using a cross-sectional design, the IRR does not reflect ‘true’ incidence data. Other models based on ordinal or multinomial logistic regression were also constructed to examine intensity of use. These alternative models included the whole sample, i.e. both users and non-users, and the results were similar to those seen with negative binomial regression model. The results are available from the authors.

Census data obtained from Eurostat (<http://europa.eu.int/comm/eurostat/>) was used to weight the sample to adjust for non-response bias by children age and sex, and country population size.

Analyses were performed using Intercooled Stata 9.2 for Windows.

RESULTS

Sample description

Complete data were available for 16,210 parent-child pairs. Response rates ranged from 21% in ES to approximately 70% in EL and PL. Table 1 shows the sample characteristics for children/adolescents and their families. Two thirds of the sample had visited a health care professional at least once in the previous 12 months; figures ranged from 37% in EL (only adolescents were included in Greece) to 82.6% in CZ. The mean number of visits during the previous 12 months was 2.3 (standard deviation [SD] =6.3) for the whole sample, and 2.5 (SD=7.6) among those reporting at least one visit. Of the countries included, 3 had predominantly private health care coverage (FR, NL, CH). Two used a GP-led pediatric system (UK, NL). Public funding of total health expenditure was highest in CZ (91.4%) and lowest in EL (52.9%).

Use of health care services

Table 2a shows the results of the logistic regression model used to test for country-level variance. The amount of unexplained variance between countries was substantially reduced when health care system variables were introduced into the model.

Table 2b shows the results obtained from the multilevel (LR) regression models to determine correlates of access to health care services. Individual level variables most strongly associated with access were disability days (OR=6.92; 95%CI=5.24-9.14 for more than 15 days) and chronic conditions (OR=3.28; 95%CI=2.78-3.87 for 2 or more chronic conditions). At country level, higher public health expenditure (OR=1.53; 95%CI=1.33-1.76), higher levels of private health care coverage (OR=2.18; 95%CI=1.53-3.11), and general practitioner led pediatric primary care (OR=0.44; 95%CI=0.28-0.68) were all statistically significant associated with higher levels of access.

TABLE 1. Characteristics of children, families, and country (selected variables) in the KIDSCREEN sample. Countries ordered by public health expenditure.

	Country *	Total	CZ	UK	DE	FR	PL	ES	HU	AT	NL	CH	EL
Children variables (selected) †													
Unweighted number of child-parent pairs		16,210	1,592	1,247	1,719	1,017	1,670	870	1,959	1,434	1,850	1,685	1,167
Age: Children, 8-11 y (%)		34.4	35.0	37.5	34.7	35.4	32.1	33.9	35.2	36.7	37.6	36.9	0‡‡
Sex: Female children (%)		48.7	48.6	48.7	48.7	48.9	48.7	48.5	48.9	49.1	48.9	48.9	
Sex: Female adolescents (%)		48.7	48.5	48.7	48.6	48.9	48.9	48.7	49.1	49.0	48.8	48.5	48.6
Declaring one or more chronic conditions (%)		35.2	32.9	29.7	37.4	38.8	42.7	34.4	29.9	28.9	28.2	32.9	21.2
Probable psychiatric disorder (SDQ‡) (%)		7.2	8.4	6.2	7.1	9.3	6.6	6.1	6.2	5.0	7.7	5.1	9.4
Poor physical HRQoL § (%)		12.4	14.6	14.4	5.9	19.7	13.0	10.7	19.8	6.6	7.5	5.4	14.3
Good physical HRQoL § (%)		12.3	18.6	10.2	14.0	8.8	8.7	18.1	6.6	21.4	19.0	14.9	9.2
Poor parental physical health ¶ (%)		8.7	9.5	7.4	6.4	9.4	12.7	8.4	10.0	5.4	10.6	6.0	11.4
Poor parental mental health ¶ (%)		13.1	11.5	11.1	11.8	20.6	14.0	9.2	17.7	8.4	6.6	7.4	13.0
Family material resources (FAS**) (%)													
Low (%)		17.4	49.1	9.2	11.6	8.4	37.4	20.4	30.7	14.1	9.9	11.1	36.8
Medium (%)		47.5	41.6	38.3	48.2	44.0	48.8	50.0	47.2	50.0	49.0	46.0	45.1
High (%)		37.0	9.4	52.5	40.1	47.7	13.7	29.6	22.1	35.9	41.1	42.9	18.2
At least one visit in previous 12 months (%)		65.4	82.6	50.6	67.5	79.1	68.1	64.2	68.8	58.3	58.6	55.4	37
Country-level variables (selected)													
Public sector health expenditure (% of total health expenditure)			91.4	83.4	78.5	76	72.4	71.4	70.2	69.9	63.3	57.9	52.9
Predominant health care coverage			Public	Public	Public	Private	Public	Public	Public	Public	Private	Private	Public
Paediatric Primary Care System ††			PS	GPS	CS	CS	CS	PS	CS	CS	GPS	CS	PS
* Country abbreviations: AT, Austria; CZ, Czech Republic; FR, France; DE, Germany; EL, Greece; HU, Hungary; NL, Netherlands; PL, Poland; ES, Spain; CH, Switzerland; UK, United Kingdom.													
† Only one category is shown for each variable (except for FAS). The categories of 'one' and 'two or more' on the chronic conditions variable were collapsed into 'one or more'.													
‡ SDQ, Strength and Difficulties Questionnaire.													
§ KIDSCREEN-52 HRQoL questionnaire.													
¶ SF-12 questionnaire.													
** Family affluence scale.													
†† Data not collected. All n's unweighted. All percentages based on weighted data.													
‡‡ EL only included adolescents.													

TABLE 2a. Country-level variances for the models: 1) empty, 2) individual variables, and 3) individual and country variables.

Model	Variance at country-level (standard error)	Intra-class correlation
1) Empty	0.300 (0.12)	8.4
2) Age and sex	0.292 (0.11)	8.2
Health	0.247 (0.10)	7.0
Sociodemographic variables	0.251 (0.09)	7.1
3) Country-level variables	0.053 (0.02)	1.6

TABLE 2b. Multilevel associations between any use of services and child health, family socio-demographics, and health systems' characteristics. (n=13,461)

Individual variables	Crude OR (95% CI) *	Adjusted OR (95% CI) ‡
Sex		
Girls	1 §	1 §
Boys	1.08 (1.00-1.16)	0.92 (0.84-1.00)
Age		
8-11 y	1 §	1 §
12-15 y	0.87 (0.80-0.95)	0.81 (0.72-0.90)
16-18 y	0.85 (0.96-1.04)	0.81 (0.63-1.05)
Chronic conditions		
No chronic conditions	1 §	1 §
One chronic condition	2.20 (2.01-2.40)	2.01 (1.76-2.31)
Two or more chronic conditions	4.33 (3.71-5.05)	3.28 (2.78-3.87)
Disability days		
No missing school	1 §	1 §
5 to 15 days missing school	3.01 (2.77-3.28)	3.25 (2.92-3.61)
More than 15 days missing school	7.23 (5.85-8.94)	6.92 (5.24-9.14)
Psychiatric disorders (SDQ)		
Unlikely or possible case	1 §	1 §
Probable case	1.78 (1.53-2.08)	1.11 (0.93-1.32)
Psychosomatic complaints		
Low frequency	1 §	1 §
High frequency	1.53 (1.37-1.72)	1.25 (0.99-1.58)
Parental level of education		
High	1 §	1 §
Medium	0.95 (0.88-1.03)	0.89 (0.83-0.95)
Low	0.77 (0.70-0.85)	0.64 (0.57-0.72)
Socio-economic status		
High	1 §	1 §
Medium	0.98 (0.91-1.06)	0.91 (0.81-1.01)
Low	0.96 (0.87-1.07)	0.75 (0.62-0.92)
Country variables		
Public health expenditure (% of total health expenditure)		1.53 (1.33-1.76)
Pediatric Primary Care System **		
Pediatric System		1 §
GP System		0.44 (0.28-0.68)
Combined System		0.89 (0.61-1.28)
Healthcare coverage		
Mainly public (NHS or social security)		1 §
Mainly private or double		2.18 (1.53-3.11)

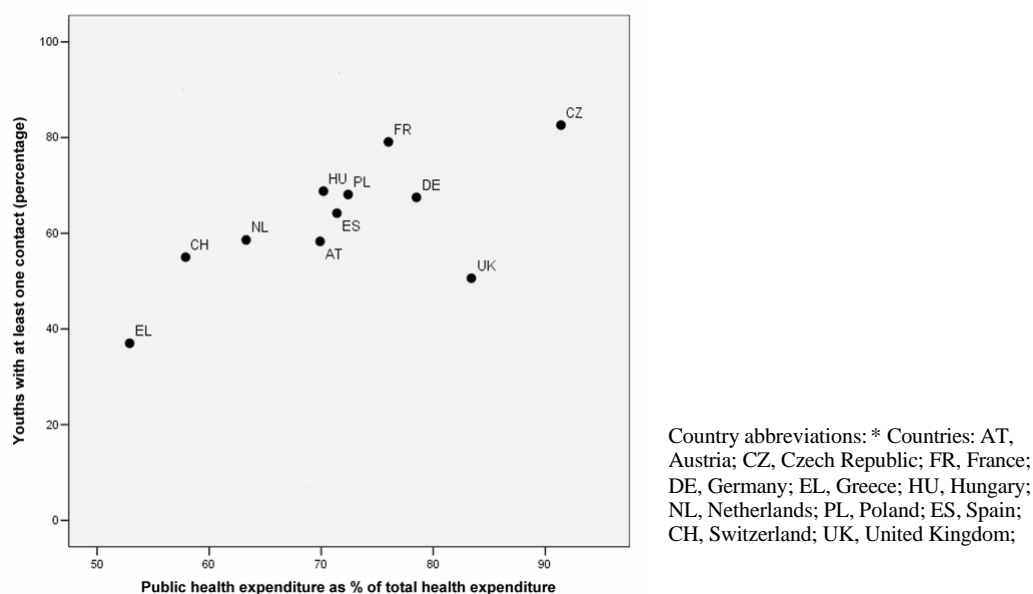
* ORc: crude odds ratio of use of services estimated by mean of logistic regression.

‡ ORa: adjusted odds ratio of use of services estimated by mean of multilevel logistic regression. Multivariate models adjusted for all variables in the table.

§ Reference category.

Figure 1 shows that the higher the level of public funding for health care, the higher the percentage of youths having at least one contact with health care services.

FIGURE 1. Percentage of youths with at least one contact with health care services in a year by percentage of the total health expenditure funded by the public sector.



Intensity of use

Table 3 shows the results obtained with the bivariate and multivariate models for intensity of use who visited a health care professional at least once over the study period. Compared to children who declared no chronic conditions, those with two or more conditions have 2.5 times more visits, when other variables are held constant. In contrast to the access model, HRQoL was significant in the intensity of use model; low scores on the KIDSCREEN Physical well-being dimension (Incidence rate ratio, adjusted IRR= 1.40; 95% CI= 1.15-1.70) and high scores on the Peers and social support dimension (adjusted IRR= 0.85; 95% CI 0.74-0.98) were both associated with intensity of use. Social support as measured using the Oslo Social Support Scale was also significant in this model but not in the access model. An interaction effect was found between the KIDSCREEN-52 peers y social support dimension and the on the Oslo scale, such that youths with poor scores on both scales had an even lower number of visits (IRR=0.58; 95% CI=0.35-0.94). Socio-economic status and parents' level of education were not statistically significant in the multivariate analysis.

TABLE 3. Health, socioeconomic and family variables associated with the number of visits to health care services in the past 12 months (n=7,923)

Variables	Crude IRR (95% CI) [*]	Adjusted IRR (95% CI) [‡]
Sex		
Girls	1 [§]	1 [§]
Boys	1.02 (0.89-1.17)	0.98 (0.89-1.07)
Age		
8-11 y	1 [§]	1 [§]
12-15 y	1.00 (0.85-1.18)	0.85 (0.76-0.95)
16-18 y	1.00 (0.85-1.17)	0.83 (0.72-0.95)
Chronic conditions		
No chronic conditions	1 [§]	1 [§]
One chronic condition	1.86 (1.66-2.10)	2.10 (1.73-2.54) [¶]
Two or more chronic conditions	3.57 (2.98- 4.27)	2.50 (1.98-3.16)
Disability days		
No missed days	1 [§]	1 [§]
5 to 15 missed school days	1.60 (1.39-1.85)	1.66 (1.44-1.91) [¶]
More than 15 missed school days	3.62 (3.06-4.28)	3.05 (2.61-3.55)
Psychiatric disorders (SDQ)		
Unlikely or possible case	1 [§]	1 [§]
Probable case	2.26 (1.75-2.92)	1.39 (1.15-1.68)
Psychosomatic complaints		
Low frequency	1 [§]	1 [§]
High frequency	1.97 (1.61-2.42)	1.28 (1.09-1.49)
HRQoL		
Physical well-being: Regular	1 [§]	1 [§]
High	0.76 (0.64-0.90)	0.90 (0.78-1.03)
Low	1.99 (1.58-2.51)	1.40 (1.15-1.70)
Parent relation and home life: Regular	1 [§]	1 [§]
High	0.85 (0.70-1.03)	0.94 (0.82-1.08)
Low	1.15 (0.99-1.32)	0.92 (0.80-1.05)
Peers and social support: Regular	1 [§]	1 [§]
High	0.72 (0.62-0.83)	0.85 (0.74-0.98)
Low	1.26 (1.05-1.51)	0.88 (0.75-1.02)
Social Support		
Regular	1 [§]	1 [§]
Strong	0.99 (0.84-1.16)	1.14 (1.01-1.28)
Weak	1.04 (0.88-1.21)	0.90 (0.78-1.04)
Socioeconomic status		
High	1 [§]	1 [§]
Medium	1.23 (1.06-1.43)	1.10 (0.98-1.23)
Low	1.28 (1.07-1.53)	0.90 (0.80-1.02)

^{*} IRRc: crude incidence rate ratio of visits estimated by mean of negative binomial regression.

[‡] IRRa: adjusted incidence rate ratio of visits estimated by mean of negative binomial regression. Multivariate models adjusted for all variables in the table.

[§] Reference category.

[¶] Interaction between one chronic conditions and 5-15 disability days IRR=0.66 (0.52-0.85).

DISCUSSION

This is one of only a few large-scale studies to have examined children and adolescents' use of health care across several European countries. We found substantial between-country variation in terms of the proportion of children who visited a health care professional at least once over the study period. We also found that children and adolescents were more likely to contact a health care professional in countries with a higher percentage of public health expenditure, in which private health care coverage was more widespread, and in which child health care was pediatrician-led. The number of visits (intensity of use) in those receiving services was not associated with health care system or country characteristics. At individual level, health status variables such as disability days and the presence of chronic conditions were most strongly associated with access to and intensity of use of health services. Children and adolescents from more disadvantaged socio-economic backgrounds were slightly less likely to visit a health care professional.

All of the European countries included in this study have almost universal health care coverage, but variation in the proportion of total health expenditure which is publicly financed appears to affect access to services. This may be because countries with proportionally higher public health spending have stronger child health systems which can provide easier access. The between-country variations in access observed in this study may also be due to some extent to differences in the way pediatric services are provided and funded, as well as to possible differences in health-seeking behavior.²⁸ The greater likelihood of accessing services in countries with more widespread private health care coverage and in those with a pediatrician-led system may be due to a greater availability of health care services and supplier-induced demand. Future studies should investigate how induced demand affects use of services as well as attempting to distinguish between curative and preventive visits. Further research is also needed to determine the appropriateness of use, and the association between intensity of use and outcomes.

Interestingly, the association with country-level variables was only significant in the access model and not in the intensity of use model. This appears to indicate that,

once within the system, intensity of use is most strongly influenced by the patient's health status, particularly presence of chronic conditions and disability days. This has been shown in other studies.⁷ The probability of suffering a mental disorder,^{2,6,8} as measured using the SDQ, and the presence of psychosomatic complaints were also relatively important determinants of intensity of use. However, the fact that a high probability of having a psychiatric disorder was not significant in the access model could indicate potential unmet need, as in the adult European population.²⁹ Some dimensions of HRQoL were also significant in the intensity of use model, suggesting that this type of indicator may be useful in measuring need.

Socioeconomic factors were also relevant in the access model, as children from families with a low level of education and low socio-economic status showed a lower likelihood of contacting health care services. A similar association was not observed in terms of the intensity of use of services. Social inequalities by level of education and SES have been shown to exist in access to and use of services by children and adolescents in the USA^{1,30} and Ontario.¹¹ Studies in Spain⁵ and the UK,¹³ however, did not find any differences in the number of visits made by youths from disadvantaged families compared to more advantaged groups, once health care needs were taken into account. However, methodological differences between this study and earlier studies mean they are not directly comparable.

Limitations of this study include the cross-sectional design which did not allow us to establish the directionality of associations. Second, the fitted models may not have included all variables associated with use of services in this population. For example, prior use of health services by a child⁶ and parents' use of health care^{2,8} have both been shown to be strong predictors of children's use of health care services, but were not collected in our study. Nevertheless, the majority of known determinants were included. Third, we did not collect information on the reason for the visit or the type of professional visited, which limits our ability to study specific unmet needs. For example, we did not collect information on whether the visit was to a mental health professional or those providing specialized therapies. We may therefore have failed to capture visits to providers that parents and youths do not view as health care professionals. Future studies should include specific questions about health services use and tailor them to the countries studied. Fourth, the response rate varied considerably

between countries which could have biased the results in some countries particularly as is often the case in health surveys,³¹ families with a lower level of education were less likely to participate. Response rates could affect the generalizability of the results: for that reason, we made a detailed analysis of the representativeness of the samples and found that they matched the EUROSTAT in terms of age and sex in all countries. A comparison between responders and non-responders in the present study did, however, indicate that youths with slightly poorer health and worse social or family conditions were less likely to be included.²⁰ This may have led us to underestimate access and volume of use and the association between socio-economic status and use of services. Fifth, our classification of the participating countries' health care systems was based on a single study which has so far not been replicated and in which the investigators developed their own definitions of pediatrician-led, GP-led or mixed systems. Nevertheless, the classification appears to have reasonable face validity. Lastly, the study did not include younger children, who are high users of health care. Future studies should aim to incorporate this group.

In summary, differences between European countries in the proportion of children contacting health care professionals were associated in part with health care system characteristics. The effects of macroeconomic policy and health care management in both the public and private health care sectors should be taken into account in seeking greater homogeneity in pediatric care across Europe particularly in terms of equity of access and services offered. Whether or not a child visited a health care professional was dependent to some extent on family and socioeconomic status, while intensity of use in those who had visited at least once was only influenced by factors relating to health status. Future studies should confirm these results in Europe and should try to determine whether inequalities exist not only in regard to use of services but also in regard to the outcomes of those services.

ACKNOWLEDGMENTS

Authors would like to specially thank to participating families in the KIDSCREEN study. This paper represents partial fulfillment of the requirements for the PhD program of Silvina Berra at the Pompeu Fabra University (Barcelona, Spain).

REFERENCES

- 1 Newacheck PW, Hung YY, Park MJ, et al. Disparities in adolescent health and health care: does socioeconomic status matter? *Health Serv Res.* 2003;38(5):1235-1252.
- 2 Newacheck PW. Characteristics of children with high and low usage of physician services. *Med Care.* 1992;30(1):30-42.
- 3 Fry-Johnson YW, Daniels EC, Levine R, et al. Being uninsured: impact on children's healthcare and health. *Curr Opin Pediatr.* 2005;17(6):753-758.
- 4 Newacheck PW, Halfon N. The financial burden of medical care expenses for children. *Med Care.* 1986;24(12):1110-1117.
- 5 Rajmil L, Borrell C, Starfield B, et al. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Arch Dis Child.* 2000; 83:211-214.
- 6 Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care.* 2001;39(9):990-1001.
- 7 Starfield B, Hankin J, Steinwachs D, et al. Utilization and morbidity: random or tandem? *Pediatrics.* 1985;75(2):241-247.
- 8 Ward A, Pratt C. Psychosocial influences on the use of health care by children. *Aust N Z J Public Health.* 1996;20(3):309-316.
- 9 Riley AW, Finney JW, Mellits ED, et al. Determinants of children's health care use: an investigation of psychosocial factors. *Med Care.* 1993;31:767-783.
- 10 Forrest CB, Riley AW, Vivier PM, et al. Predictors of children's healthcare use: The value of child versus parental perspectives on healthcare needs. *Med Care.* 2004;42(3):232-238.
- 11 Woodward CA, Boyle MH, Offord DR, et al. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. *Pediatrics.* 1988;82(3 Pt 2):425-434.
- 12 Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, et al. Offspring of depressed parents. 10 Years later. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(10):932-940.
- 13 Saxena S, Majeed A, Jones M. Socioeconomic differences in childhood consultation rates in general practice in England and Wales: prospective cohort study. *BMJ.* 1999;318(7184):642-6.
- 14 Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. Health service utilization in the Nordic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. *Eur J Public Health.* 2003;13(1):30-7.
- 15 Skinner AC, Mayer ML. Effects of insurance status on children's access to specialty care: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:19.
- 16 van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* 2007;174(2):177-83.
- 17 Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-218.
- 18 Katz M, Rubino A, Collier J, et al. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics.* 2002;109(5):788-796.
- 19 Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, et al. The KIDSCREEN quality of life measure for children and adolescents: psychometrics results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health.* 2007 Dec 17; [Epub ahead of print].
- 20 Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, et al. Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health.* 2007;7:182.
- 21 Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;25:3186-91.
- 22 The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires. Lengerich (Germany): Pabst Science Publisher, 2006.
- 23 Starfield B, Riley AW, Green BF, et al. The adolescent CHIP: A population-based measure of health. *Med Care.* 1995;33:553-566.

- 24 European Health for All database [database on the Internet]. WHO. Available from: <http://www.euro.who.int/hfad>
- 25 OECD Health Data 2005 [CD-ROOM]. Statistics and indicators for 30 countries. June 2005.
- 26 Besley D, Kuh E, Welsch R. Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity. John Wiley & Sons. New York 1980.
- 27 Twisk JWR. Applied multilevel analysis. New York: Cambridge University Press, 2006.
- 28 Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36: 1–10.
- 29 Alonso J, Codony M, Kovess V, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe *Br J Psychiatry.* 2007;190:299-306.
- 30 Kuhlthau K, Nyman RM, Ferris TG, et al. Correlates of use of specialty care. *Pediatrics.* 2004;113:e249-e255.
- 31 Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, et al. Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *Eur J Public Health* 2003;13(3 Suppl):67-72.
- 32 Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997; 38: 581-586.
- 33 Currie C, Samdal O, Boyce W, Smith R. Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), Research Protocol for the 2001/2002 survey. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh, 2001. Available in: http://www.hbsc.org/publications/research_protocols.html
- 34 Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ.* 2000;320:1240.
- 35 Weissman MM. SAS-Social Adjustment Scale. In: McDowell I, Newell C, eds. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires.* New York: Oxford University Press; 1996.
- 36 Nosikov A, ed. EUROHIS: Developing common instruments for health surveys. IOS Press; 2005. p. 35-60.
- 37 Dalgard O. Community health profile: a tool for psychiatric prevention. In: Trent DR, Reed CA, eds. *Promotion of Mental Health, Volume 5.* Aldershot: Avebury Press, 1996.
- 38 Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34(3):220-233.
- 39 Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol* 1998;51(11):1171-1178.
- 40 Eurostat yearbook '96. A statistical view on Europe 1985-1995. Luxembourg: Eurostat, 1996.
- 41 Currie CE, Elton RA, Todd J, et al. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Ed Res.* 1997;12:385–397.

APPENDIX A . Measures used to assess child's health needs and family socio-demographic composition and functioning as determinants of healthcare services use. Instruments and definitions.

Child's health related quality of life (HRQoL)

[Y] HRQoL: KIDSCREEN-52 HRQoL research version¹⁶ The questionnaire includes the following dimensions (and number of items): Physical well-being (5), Psychological well-being (6), Moods and emotions (7), Self perception (5), Autonomy (5), Parent relations and home life (6), Peers and social support (6), School environment (6), Social acceptance (Bullying) (3), and Financial resources (3). Each of its 10 domains were recoded as low HRQoL (more than 1 standard deviation below the population mean) or high HRQoL (greater than 1 standard deviation above the population mean).

Child's health status, and health related behaviours

[P] Chronic conditions: Conditions were collected from a list of 16 (having asthma, chronic bronchitis, allergy, epilepsy, rheumatism, back ache/back problems, eye defect, heart defect, diabetes, chronic stomach or intestinal symptoms, cancer, skin disease, migraine, chronic bladder inflammation, and intellectual, speech, language, developmental or psychological disorder) and/or an open-ended question. Open responses were revised and recoded when necessary. Categories were no chronic conditions, one chronic condition, and more than one chronic condition.

[P] Disability days: Days missing school due to illness (physical and/or psychological problems) from the limitation of activity domain of the Child Health and Illness Profile, recoded as 0-4 days, 5-15 and more than 15 days.¹⁸

[Y-P] Psychiatric disorders: 25-item Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), which is able to identify a high probability of having a psychiatric disorder. Child and parent responses were computed together¹⁹ and grouped in 2 categories: unlikely or possible (reference category), and probable case.

[Y] Psychosomatic complaints: collected using a list of 8 symptoms (headache, stomachache, back pain, feeling low, irritability, feeling nervous, difficulty getting to sleep, and feeling dizzy) scored on a 1-to-5 point frequency scale where 1 means "about every day", and 5, "rarely or never". A mean score equal to or below 3 was defined as a high frequency of psychosomatic complaints.²⁰

[Y] Overweight: respondents with an age and sex adjusted body mass index of over 25 were defined as overweight based on cut-points recommended by the International Obesity Task Force for international comparisons.²¹

[Y] Risky behaviors: categories were smoking less than once a week or more frequently.²⁰

Family composition and functioning, social support

[P] Number of children living in household

[P] Proxy -respondent's relation with the child: mother (reference category) vs. father and others.

[P] Proxy -respondent living with a partner: yes (reference category) vs. no.

[P] Parent-child relationship: 5-item domain on relationships within the family unit from the adapted social adjustment scale.²² Categories were normal - good family relations (reference category), and poor family relations.

[Y] Social support: 3 questions from the Oslo Social Support Scale,^{23,24} on size of the primary support group, interest and concern shown by others, and ease of obtaining practical help. The sum total was recoded in 3 categories: strong, moderate (reference category), and weak social support.

[P] Parent's health: summary physical (PCS) and mental (MCS) component scores were constructed from the Short Form 12 Health Survey (SF12)²⁵ using standard (U.S.) scoring algorithms recommended for cross-cultural comparisons.²⁶ Scores < -1 standard deviation indicated poor physical or mental health.

Family socio-demographics

[P] Occupational status: proxy -respondent and second adult's work status were collected and grouped as: I. Professional and technical or higher administrator; II. Clerical, sales, service, skilled worker or farm worker; III. semi-skilled worker or unskilled worker; IV. Currently not in paid employment. Higher work status in household was used, and status I was the category of reference.

[P] Proxy -respondent and second adult's level of education: highest educational qualification was collected and coded according to the International Standard Classification of Education (ISCED) categories²⁷ as follows: Low: at most lower secondary (ISCED 0-2); Medium: upper secondary (ISCED 3-4); and High: tertiary (ISCED 5-6; reference category).

[Y] Socioeconomic status (SES): 4-item Family Affluence Scale, which provides information on car and computer ownership status, holidays, and child's having own unshared room. Total sum score (range 0-7) was categorized as high (reference category), medium, or low.²⁸

[P] Child's health care coverage: 'public' was the category of reference, whereas only private, mixed, and others were grouped.²³

[P] Migration status: based on child and parents' country of birth. Native child was the reference category, first or 2nd generation migrants were grouped together.

[P] Location of the child's household: big city or suburb was the category of reference; small city or farm were aggregated.

[P]: source was the parent questionnaire; [Y]: source was the youth questionnaire.

Artículo 3. Métodos y representatividad de un estudio de población infantil y adolescente: el proyecto europeo KIDSCREEN.

Resumen

Objetivo:

Comparar los diferentes métodos de selección de muestras y métodos de administración de cuestionarios de salud utilizados en el estudio internacional KIDSCREEN en términos de participación, tasa de respuesta y validez externa.

Métodos:

Niños/as y adolescentes de 8 a 18 años fueron estudiados en trece países europeos por medio de muestreo telefónico con administración postal del cuestionario, muestreo aleatorio en escuelas con administración del mismo en las escuelas o postal, y muestreo aleatorio multietápico de hogares con administración en los hogares. En 8 países se recogieron datos de no participantes. Se calculó para cada país la tasa de cooperación (número de familias que aceptaron participar dividido por el número de las que cumplían el criterio de selección, por 100), la tasa de respuesta (número de cuestionarios respondidos por niños, niñas o adolescentes dividido por el número de familias que habían aceptado participar, por 100) y la tasa de respuesta global (producto de las tasas de cooperación y de respuesta). Se calcularon fracciones de población (FP, personas que respondieron en cada grupo de edad y sexo, o categoría de nivel de educación, dividido por la población en la misma categoría en datos censales de Eurostat) y las razones de fracciones de población (RFP, como razón de FP) para analizar diferencias por país entre las muestras del estudio KIDSCREEN y la población de referencia de Eurostat.

Resultados:

- Las tasas de respuesta fueron mayores en los países que realizaron la selección de la muestra y la administración del cuestionario en escuelas (rango 69,0-91,2%), que en aquellos que hicieron el muestreo por entrevista telefónica asistida por ordenadores y la administración por correo (18,9-68,0%).
- Respecto de los datos censales de la población por edad y sexo, la muestra conseguida tuvo una fracción de población menor de chicos que de chicas en la mayoría de los países (p.e., en Austria: 0,84/1.000 en el grupo de 8 a 11 años). En cuanto a la distribución por edad, la fracción de población de adolescentes fue menor respecto de la del grupo de 8 a 11 años en todos los países que hicieron el muestreo en escuelas (p.e., en Hungría: 0,81/1.000 en las mujeres y 0,64/1.000 en los varones).

- Comparado con datos censales, las muestras presentaron razones mayores de 1 entre la fracción de población con nivel de escolaridad elevado y la de nivel medio, excepto en algunos de los países que hicieron el muestreo telefónico seguido de administración postal (Austria y Alemania); mientras que la razón entre la fracción de nivel bajo y la de nivel medio fue en general menor de 1, excepto en Alemania y Francia (ambos con muestreo telefónico) y Hungría (muestreo en escuelas).
- La comparación entre personas que aceptaron participar y quienes no lo hicieron – realizada en ocho países- mostró que las primeras tuvieron, en general, mayor frecuencia de declaración de buena salud percibida, de estar casadas, de tener nivel de escolaridad elevado y de vivir en ciudades ($p < 0,001$).

Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Tebé C, Bisegger C, Duer W, von Rueden U, Herdman M, Alonso J, Rajmil L; European KIDSCREEN group [kidscreen].

[Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study.](#)

BMC Public Health. 2007 Jul 26;7:182.

Utilización según necesidades en salud

Esta investigación afirma la validez y utilidad de las medidas multidimensionales de salud percibida para evaluar necesidades en salud en la población. Las medidas utilizadas en el presente estudio tienen fiabilidad y validez conocidas, además de haber sido, una, adaptada transculturalmente para ser utilizada en población española (el CHIP; Rajmil et al. 2003), y la otra, desarrollada simultáneamente en varios países europeos, recogiendo los discursos de los propios niños y niñas sobre su calidad de vida relacionada con la salud (el KIDSCREEN; Detmar et al. 2006; Ravens-Sieberer et al. 2007). Estos nuevos instrumentos pueden ser tenidos en cuenta para la evaluación de políticas e intervenciones sociales y sanitarias. Por su carácter genérico, permiten estudiar el efecto de diferentes influencias (como enfermedades, tratamientos o intervenciones) en diversas poblaciones; y pueden captar aspectos de la salud adicionales a los indicadores tradicionales de morbilidad.

En los dos estudios realizados la dimensión física de la salud percibida se asoció a la utilización de los servicios independientemente de otras medidas de morbilidad, como hasta ahora habían anticipado pocos estudios (Forrest et al. 2004; Rajmil et al. 2006). Además, en los dos trabajos realizados se evidenció un gradiente tal que los niveles de salud percibida por encima de la media (puntuaciones mayores a 0,6 desviación estándar de la media poblacional con el CHIP y mayores a 1 desvío estándar con el KIDSCREEN) se asociaron a una menor probabilidad de visitar profesionales de salud y servicios de urgencias, así como también a un menor número de visitas. Es interesante que otras dimensiones de la salud relevantes para los propios chicos y chicas que hasta ahora no habían sido asociadas a la utilización de servicios sanitarios fueron significativas en el modelo de intensidad de uso como la relación con amigos y, aunque con poca precisión, la relación con los padres y vida familiar.

Los problemas de salud declarados se asociaron consistentemente a la utilización de servicios sanitarios. La declaración de enfermedades crónicas, de limitación de la actividad por razones de salud y de síntomas psicósomáticos estuvo asociada a una mayor probabilidad de haber contactado con profesionales de salud, de haber visitado servicios de urgencias, de haber sido hospitalizado/a y de tener un mayor número de visitas. Además, diferentes niveles de gravedad se correspondieron con un lógico gradiente de utilización, lo que refiere a una atención sanitaria en relativo equilibrio con las necesidades en salud. Con respecto a los problemas de salud mental, la intensidad de uso fue mayor en los casos con mayor probabilidad de sufrir un trastorno psiquiátrico, pero no el acceso, ya que no

tuvieron mayor probabilidad de haber contactado con algún profesional de la salud durante el año previo.

Los resultados de utilización por edad y sexo fueron similares a los descritos en la literatura. El grupo de adolescentes jóvenes utiliza menos servicios que los niños y niñas de menos de 10 años y que los adolescentes de más de 14 años. Después de ajustar por necesidad, la única diferencia que parece haber por sexo es una menor probabilidad de visitar a lo largo de un año por parte de los niños. Por el contrario, al igual que en un estudio previo con datos de Cataluña (Rajmil et al. 1999), hubo una mayor frecuencia de hospitalizaciones de los niños respecto de las niñas en la ciudad de Barcelona, pero el tamaño de la muestra fue una limitación que no permitió confirmar estos resultados con precisión.

La familia y la utilización de servicios

En los dos estudios realizados se incluyeron numerosas variables para caracterizar a la persona adulta que respondió el cuestionario, en general, quien más se ocupaba del cuidado del niño o niña estudiado, que fue mayoritariamente la madre. La hipótesis de que los problemas de salud de la madre se asociarían a una mayor utilización de servicios sanitarios se comprobó parcialmente. La probabilidad de visitar urgencias, según el estudio en la ciudad de Barcelona, fue mayor en los hijos e hijas de personas con una mayor probabilidad de trastorno psiquiátrico; y, sin alcanzar significación estadística, la probabilidad de visitar a un profesional de salud en los quince días previos y de ser hospitalizados fue mayor en este grupo. En el estudio europeo, la salud mental de la madre o el padre no estuvo asociada a la probabilidad de haber visitado ni a la intensidad de uso. La diferencia entre ambos estudios podría deberse a que las medidas utilizadas, el GHQ-12 en la encuesta de salud de Barcelona y el SF-12 en el estudio KIDSCREEN, recogen diferentes aspectos de la salud mental. El diseño transversal del estudio impide determinar el sentido de la asociación y los mecanismos que podrían operar entre la salud de la madre, de su hijo o hija y la demanda de asistencia médica. Se conoce que la salud mental de la madre tiene repercusiones en la salud de su hijo o hija (Goodman y Gotlib 1999; Weissman et al. 1997) y en la declaración que hacen cuando responden sobre su salud (Weissman et al. 2004). Incluso podría haber una causalidad inversa, siendo el distress psiquiátrico de la madre dependiente de los episodios de enfermedad del niño o niña que

motivan la demanda a urgencias. Otro aspecto tratado en la literatura y no estudiado en esta investigación es que los perfiles de utilización suelen ser similares a los de otras personas de la familia (Cardol et al. 2006).

La dimensión física de la salud autopercibida de la madre o el padre no se asoció al uso de servicios sanitarios. Tampoco la estructura de la familia ni el tipo de relación filial. Pero el tamaño y la calidad de la red social autovalorada por el chico o chica, tuvo una correlación positiva con el número de visitas indicando posiblemente un efecto facilitador del contacto con los servicios sanitarios.

Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios sanitarios

Se encontraron desigualdades en el uso de servicios relacionadas con el nivel de escolaridad y socioeconómico de la familia en el estudio europeo. Los niños y niñas cuyos padres tenían un nivel de escolaridad bajo o medio y los de familias de nivel socioeconómico bajo tuvieron menor probabilidad de haber hecho al menos una visita con un profesional de salud en el año previo a la entrevista; y entre los que visitaron, el grupo de menor nivel socioeconómico tuvo un volumen de uso algo menor. En los países nórdicos también se había comprobado que los grupos de menor nivel de escolaridad tuvieron menor probabilidad de consultas a especialistas y la diferencia fue escasa en visitas al médico de cabecera; y un nivel de ingresos bajo también presentaba una probabilidad menor de visitas a especialistas (Halldórsson et al. 2002). En cuanto al uso de servicios de urgencias, en Barcelona fue, por el contrario, más frecuente en el grupo de menor nivel de escolaridad.

No se encontraron diferencias en el uso de servicios sanitarios según la clase social después de ajustar por necesidades en salud en el estudio de Barcelona ni en el europeo. Estos resultados son similares a los antecedentes citados de los países nórdicos, en el Reino Unido y en Cataluña, en que no se encontraron diferencias en las visitas al médico de cabecera según clase social. Pero no se observó, como en consultas de Inglaterra y Gales, un mayor número de visitas en las clases sociales más desfavorecidas. Cabe señalar que el grupo de edad que estudiamos tiene las menores tasas de utilización de toda la población y menor prevalencia de enfermedades crónicas por lo que su demanda probablemente está relacionada a problemas eventuales y menos graves en comparación con otros grupos de edad. Por estos motivos, se puede suponer que las estimaciones de desigualdades

socioeconómicas hubieran sido aún mayores si se hubieran recogido mayores detalles de la utilización, como las visitas a especialistas separadas del total de visitas.

En síntesis, puede decirse que en el ámbito europeo, aunque la utilización de servicios sanitarios está fuertemente determinada por las necesidades en salud, podrían haber desigualdades socioeconómicas en los casos de necesidades probablemente menos graves o quizás menos agudas, dado que una posición de desventaja de la familia en la estructura socioeconómica de la población parece estar relacionada con barreras al acceso efectivo a los servicios y con visitas a los especialistas, pero no con la utilización en casos de urgencia o necesidades de hospitalización.

Los mecanismos que llevan a los grupos sociales más favorecidos a una mayor utilización podrían ser una mayor capacidad financiera para acceder a los especialistas o un mayor capital intelectual y social de las madres con mayor nivel de educación que conlleve un mejor conocimiento de las necesidades de atención y los beneficios de la búsqueda de asistencia, así como un manejo más exitoso de los aspectos burocráticos del sistema sanitario. Por otra parte, la mayor utilización de urgencias de los grupos con menor nivel de escolaridad podría explicarse porque estas familias se encuentran con más frecuencia en situaciones más complejas de estructura familiar o de precariedad laboral que podrían dificultar el acceso a los servicios de atención primaria e inclinar la demanda hacia este servicio con mayor flexibilidad horaria y capacidad de resolución más rápida.

Aspectos económicos y organizativos de los sistemas sanitarios

El estudio europeo mostró que el mayor gasto público en salud se asoció a mayor acceso a los servicios sanitarios. Es interesante que en un contexto como el europeo, relativamente homogéneo dado que todos alcanzan cobertura prácticamente universal de su población, el caudal de la inversión en salud circulante en el sector público revele un aspecto cualitativo diferencial en la estructura financiera de los sistemas sanitarios. Este indicador podría estar relacionado con una mayor fortaleza del sistema en los primeros niveles de atención de la salud o a una mejor regulación de aquellos aspectos que, además de la cobertura sanitaria, aumentan la accesibilidad de los servicios.

El efecto de que la responsabilidad de la atención pediátrica mayoritariamente a cargo de especialistas en pediatría aumente la probabilidad de haber visitado a un profesional en el año previo, respecto de aquellos sistemas donde la mayoría de los niños y niñas son visitados por médicos generales o de familia, es de interés dada la tendencia

existente en los países europeos a optar por el sistema liderado por pediatras (Katz M, comunicación personal). Cabe analizar en futuros estudios si se trata de un efecto de demanda inducida, de mayor accesibilidad de los servicios ofrecidos por pediatras o del efecto de otras características de los sistemas como son las responsabilidades de primer contacto y gestión de derivaciones.

La doble cobertura sanitaria aumentó el acceso y el volumen de utilización de los servicios sanitarios. En el análisis realizado con la encuesta de salud de Barcelona, los niños y niñas que tenían cobertura sanitaria doble o privada tuvieron mayor probabilidad de haber utilizado servicios de urgencias. Los países europeos ofrecen cobertura prácticamente universal a través de sus sistemas nacionales de salud o de seguridad social. Así, el contrato de un seguro de salud es -a excepción de Suiza entre los países estudiados- una alternativa que elige una proporción variable de la población, que está relacionada con la capacidad financiera de la familia y que probablemente aumenta la oferta de servicios disponibles. En otros estudios en el contexto europeo, se encontraron también desigualdades en la calidad del servicio recibido, como el tiempo de espera, y en aspectos no cubiertos por la sanidad pública, como la atención odontológica (Rajmil et al. 2000). Otras variables incluidas en el estudio, relativas a la estructura o a los procesos de atención, como el gasto total en salud, la cantidad de médicos y pediatras con relación a la estructura de la población o la cobertura de algunas actividades preventivas, no se asociaron a la utilización de los servicios sanitarios.

Consideraciones generales sobre los determinantes y los procesos estudiados

La aportación original más importante de este trabajo de investigación es la posibilidad de examinar un amplio rango de determinantes de la utilización de servicios sanitarios en el contexto europeo, donde se han llevado a cabo pocas evaluaciones de los servicios sanitarios en la población infantil y adolescente, teniendo en cuenta también características de la estructura y organización de los sistemas sanitarios de los países.

Los resultados confirman que la utilización de servicios está determinada de manera independiente por diferentes tipos de variables, tal como propuso Andersen (1995) en el modelo conductual de búsqueda de atención de la salud. Sin embargo, pueden destacarse efectos diferenciales según el tipo de utilización estudiado. Las necesidades fueron el determinante más consistente de la utilización en todos los modelos y prácticamente el único en los modelos que analizaron los procesos más relacionados a necesidades

posiblemente más graves como son la intensidad de utilización y la hospitalización en los 12 meses previos y también las visitas en los últimos 15 días. De las variables que en el modelo de Andersen se presentan como predisponentes, sólo se asociaron la edad y, en algún caso el sexo, pero no así las características del medioambiente familiar tales como el tamaño y la composición de la familia. En cambio, aquellas variables señaladas como facilitadoras de la búsqueda de asistencia médica se asociaron al acceso y al uso de servicios de urgencias. Así, factores como los recursos económicos familiares, la cobertura sanitaria, el nivel de escolaridad o la red social de las personas son aspectos a tener en cuenta en el estudio de la variabilidad en el acceso a servicios en el contexto catalán y europeo.

Las características de los sistemas sanitarios también se asociaron al acceso y no a la intensidad de uso. Desde una perspectiva global, teniendo en cuenta los tipos de determinantes y de procesos estudiados, podría especularse que los servicios sanitarios europeos realizan una prestación adecuada ante los problemas de salud una vez que niños, niñas y adolescentes han tenido un acceso efectivo. Pero posiblemente quedan aún barreras culturales y socioeconómicas ante la búsqueda de atención médica.

Representatividad de las muestras en los estudios de base poblacional

Las encuestas de salud y los estudios de utilización de servicios sanitarios diseñados sobre base poblacional tienen gran interés por cuanto permiten obtener información de personas no necesariamente usuarias de servicios, pero tienen un importante desafío en el intento de conseguir una muestra representativa de la población. Inevitablemente, en todos los estudios un porcentaje variable de la población seleccionada aleatoriamente en base a unos criterios no participa. Los motivos de no participación pueden ser varios y se manifiestan en que las personas seleccionadas no se encuentran, no aceptan participar habiendo sido localizadas o no responden habiendo previamente aceptado. La amenaza a la validez interna de la investigación se traduce en la posibilidad de que el factor que determina la no participación en el estudio también esté asociado al resultado y, entonces, el resultado del estudio sería diferente si todas las personas seleccionadas hubieran participado (Szklo y Nieto 2000). Entre los factores que podrían introducir un sesgo de selección deben tenerse en cuenta la edad, el sexo, la salud de la persona seleccionada, su posición en la estratificación social de la población y en el caso de los estudios en población infantil, algunas características de la persona que informa por ellos. Por otra parte, los

diferentes métodos de muestreo tienen diversas ventajas y limitaciones en este sentido (Groves 1990; Groves y Couper 1998).

A pesar de la reconocida preocupación por el sesgo de no-respuesta en estudios epidemiológicos, las investigaciones que analizan con detalle esta posibilidad son muy escasas. Así, la descripción de los métodos de muestreo utilizados en el estudio europeo, así como los diferentes indicadores de participación (denominados cooperación y respuesta) fueron un aporte original en el estudio de la salud de población infantil y adolescente. Cabe subrayar que las cifras de respuesta alcanzadas fueron las esperables, así como la observación de una menor respuesta en los países con mayor proporción de mujeres con menores niveles de escolaridad (Groves, Miller y Cannell 1987).

Para comprobar la validez de las estimaciones, se realizaron análisis de sensibilidad de los resultados mediante técnicas de remuestreos aleatorios o selecciones de partes de la muestra, por ejemplo, estimando los modelos de asociación después de eliminar los países con tasas de respuesta final menor del 60%, obteniendo resultados similares en todos los casos. En definitiva, se considera que los resultados de los estudios presentados tienen aceptable validez interna en cuanto a que la posibilidad de sesgo de selección es improbable y se minimiza al ajustar modelos multivariados que incorporan los factores que podrían asociarse a la no-respuesta y a la utilización de los servicios sanitarios.

Limitaciones de los estudios

Además de las limitaciones concretas y el potencial sesgo de selección analizados en los apartados anteriores, quedan por comentar otras debilidades de los estudios realizados que afectan a todos los temas tratados.

En primer lugar, cabe subrayar que ninguna asociación debería asumirse como un efecto causal dado el diseño transversal de las encuestas de salud, aunque en el caso de indicadores estructurales de los sistemas (financiamiento) o de las poblaciones (clase social o nivel de escolaridad), de poca variación en el tiempo, pueden considerarse exposiciones previas a los eventos recientes estudiados como resultados.

Respecto de la validez interna, cabe comentar la validez y precisión de algunas de las principales medidas utilizadas. La información sobre la utilización obtenida por declaración de las personas participantes en lugar de los registros de los centros sanitarios es una desventaja de las encuestas poblacionales respecto de otros tipos de investigación en servicios sanitarios. Sin embargo, se ha comprobado que las madres informan

adecuadamente las visitas, especialmente si se trata de problemas agudos (urgencia y hospitalizaciones) cuando se estudió la validez de su declaración según los registros médicos e incluso independientemente de la presencia de síntomas depresivos (D'Souza-Vazirani et al. 2005). Por otra parte, no se ha estudiado si el motivo de la visita se corresponde apropiadamente con el tipo de profesionales visitados o nivel de la atención sanitaria. También hay que tener en cuenta el uso de un período de recuerdo diferente para las visitas al médico en la encuesta de salud de Barcelona (dos semanas) y en el estudio europeo (un año). Sin embargo, es una medida global de utilización frecuentemente usada y especialmente útil para comparaciones entre países.

El llamado efecto del informador indirecto pudo estar presente en el análisis de los datos de la encuesta de salud de Barcelona donde se comprobó una menor declaración de visitas a servicios de urgencias cuando la persona que respondió no fue la madre o el padre del niño o niña. Podría deberse a que algunas personas entrevistadas en el hogar respondieron por menores con mejor estado de salud, pero también a que esta persona no era quien acudía a urgencias en busca de atención médica para el niño o niña. En el estudio europeo, la participación de personas diferentes de la madre o el padre fue menor, quizás por la administración postal en lugar de la entrevista en el hogar, por lo que este efecto del informador indirecto pudo haberse evitado, aunque la cantidad de casos no hizo posible esta comprobación. Además, en un estudio adicional sobre la muestra española del estudio KIDSCREEN se comprobó que la respuesta sobre la CVRS, la salud mental y el uso de servicios sanitarios de sus hijos e hijas fue similar entre madres y padres (Berra et al. 2005). Finalmente, en todos los análisis realizados se evaluó el efecto de la relación entre la persona informadora y el niño o niña y en ningún caso este factor reveló una asociación o una modificación de efectos de otras variables.

Los resultados del estudio de la ciudad de Barcelona podrían ser aplicables a otras ciudades españolas. Dado que no se encontraron diferencias en el estudio europeo según la residencia urbana o rural de las familias, el perfil de asociación entre los determinantes de la utilización y los tipos de servicios estudiados en Barcelona podría esperarse que fuese similar en otros países europeos con características parecidas en la estructura y organización de servicios. Sin embargo, hay cierta heterogeneidad en este sentido en Europa. Otro aspecto de la validez externa que cabe resaltar es que ninguno de los estudios incluyó la población de 0 a 5 años, que es objeto de programas específicos instaurados hace tiempo, por lo que no se esperaría encontrar en esa población las desigualdades en el acceso detectadas en los estudios presentados aquí con población entre 5 y 18 años.

Implicaciones sobre la investigación en servicios sanitarios

La investigación en servicios sanitarios en población infantil y adolescente debe tener en cuenta el uso de medidas de salud percibida que recogen información de diferentes dimensiones, especialmente el bienestar físico y aspectos sociales como el entorno familiar y las relaciones con amigos. También podrían ser tenidas en cuenta como medidas de resultado en evaluaciones de las intervenciones dirigidas a reforzar aspectos positivos de la salud como la educación física o la participación en actividades recreativas y sociales en la niñez y la adolescencia.

Es necesario profundizar en el estudio de necesidades en salud mental, específicamente su detección y la identificación de las barreras que parece haber en el acceso a los servicios sanitarios. Además, podría evaluarse el rol de los servicios sanitarios también en los casos en los que la persona responsable del menor presenta riesgo de padecer algún trastorno de salud mental.

Este trabajo de investigación describió en qué medida la utilización se relaciona con la salud y qué factores parecen aumentar o disminuir el uso de servicios sanitarios. Pero no se han explicado los mecanismos por los cuáles los niños, niñas o adolescentes llegan a realizar una visita a un profesional de la salud, o bien, aquellos por los cuáles no lo hacen cuando la necesitan. Sería también interesante conocer la perspectiva de la población adolescente en cuanto a la accesibilidad y otras características que se esperaría de una atención primaria adecuada para esta población.

Se debería profundizar en el estudio de los motivos de visitas a urgencias para conocer si se trata de un uso inapropiado de recursos. Dado que la asociación es independiente de las necesidades en salud, se trata de una sobreutilización en quienes tienen doble cobertura.

El análisis de las visitas a profesionales de salud en los doce meses previos a la encuesta representa apenas un punto de partida en la necesaria evaluación de los servicios sanitarios en el ámbito europeo. Futuros estudios deberían analizar diferentes tipos de servicios como médicos de cabecera o especialistas, servicios odontológicos, servicios de urgencias y hospitalizaciones.

Europa se presenta actualmente como un mosaico de sistemas sanitarios diversos y poco comparable con países de otras regiones del mundo. Además, en las últimas décadas

casi todos los países han hecho cambios y se encuentran actualmente en transición. Es una interesante oportunidad para evaluar las fortalezas y debilidades de cada uno para identificar aspectos que podrían armonizarse y de este modo reducir las diferencias entre países.

La experiencia de este trabajo de investigación, que utilizó diferentes tipos de muestreo y administración de cuestionarios y analizó la cooperación y respuesta de la población en cada caso, puede ser útil en el diseño de otros estudios de base poblacional sobre salud y utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente. En el contexto español, el muestreo telefónico permite cubrir todas las comunidades del Estado, pero la respuesta es menor que en otros países europeos y que cuando se utiliza un método como el de la encuesta de salud de Barcelona, en la que coinciden factores posiblemente facilitadores como son su trayectoria, la selección a partir del padrón municipal, la anticipación de cartas de instituciones y autoridades reconocidas por las familias y la entrevista en el hogar.

Las estrategias de recogida de información de la utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente deben propiciar la participación de la madre o el padre, o bien, la persona que habitualmente atiende a la salud de los menores, dado que cuando informan otras personas puede haber una infradeclaración de la utilización de algunos servicios. La administración diferida de los cuestionarios, como es el caso del envío postal o la distribución y recogida en el colegio, aumenta la participación del padre y reduce la de personas diferentes de la madre o el padre.

Implicaciones sobre las políticas sociales

Este trabajo mostró algunas desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios sanitarios por parte de la población infantil y adolescente que deberían ser corregidas. Los grupos sociales más desfavorecidos tienen peor estado de salud y conductas menos saludables; el hecho de que los servicios sanitarios no sean accesibles o provistos con equidad puede aumentar la brecha de estos grupos respecto de los más favorecidos.

Las diferencias entre países en el acceso efectivo a los servicios se explican en parte por algunas características del financiamiento y de la organización de los sistemas sanitarios. La mayoría de los países europeos, a excepción de España y Holanda, han reducido en las últimas décadas la proporción del gasto en salud invertida en el sector público (Wagstaff et al. 1999), hecho que en este trabajo se mostró asociado a una disminución en la probabilidad de contactar con los servicios sanitarios. La extensión de la

cobertura doble o privada tiene también un efecto positivo en el acceso a los servicios sanitarios, pero se trata de un recurso ligado a la capacidad económica de las familias, incapaz de reducir las desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios. Estos resultados indican la necesidad de invertir en el fortalecimiento de la atención primaria de la salud y la mejora de su accesibilidad a toda la población, pero especialmente a los sectores más desfavorecidos.

Los estudios realizados mostraron que hay una atención de la salud adecuada a diferentes niveles de necesidad en salud, una vez que niños, niñas y adolescentes han contactado con los servicios sanitarios. Sin embargo, parece haber diferencias en el acceso según necesidades en salud mental y características socioeconómicas de las familias. Por otra parte, el efecto de las características de la familia y la red social indica que deberían ser promovidas las iniciativas que incluyen servicios de atención de la salud de la población infantil y adolescente con enfoque familiar y comunitario.

Utilización de servicios sanitarios según necesidades en salud

- La salud percibida como factor independiente se asoció a la utilización de servicios sanitarios. Específicamente, niveles bajos de bienestar y satisfacción con la salud se asociaron a una mayor probabilidad de haber visitado a un profesional de salud y niveles bajos de bienestar físico y relación con amigos y apoyo social aumentaron el número de visitas. Por otro lado, la salud percibida como buena ejerció un efecto protector, ya que niveles elevados en el perfil de bienestar y satisfacción con la salud redujeron la probabilidad de visitar servicios de urgencias, y en la dimensión amigos y apoyo social disminuyeron el número de visitas.
- El acceso y la utilización de servicios sanitarios fueron adecuados según los problemas de salud declarados como enfermedades crónicas, limitación de la actividad por razones de salud o síntomas psicósomáticos. Sin embargo, podría haber una falta de accesibilidad ante problemas de salud mental.

Utilización de servicios sanitarios según el medioambiente familiar y social

- La mayor probabilidad de la persona informadora de sufrir un trastorno psiquiátrico se asoció al uso de servicios de urgencias.
- Una red social mayor y más fuerte se asoció a un mayor número de visitas a servicios sanitarios.

Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios sanitarios

- No se comprobaron desigualdades sociales en el uso de servicios sanitarios en la ciudad de Barcelona; sin embargo, las familias con niveles de escolaridad y socioeconómico bajos tuvieron menor acceso a los servicios sanitarios en el ámbito europeo.

Utilización de servicios sanitarios según características de los sistemas sanitarios

- La variabilidad en el acceso a los servicios sanitarios se explicó en parte por diferencias entre países según la proporción del gasto de salud del sector público, la proporción de la población que tiene cobertura sanitaria privada o el tipo de profesional que mayoritariamente es responsable de la atención pediátrica (pediatra, médico generalista, ambos).

Aspectos metodológicos de los estudios poblacionales de uso de servicios

- Los muestreos telefónicos seguidos de administración postal de cuestionarios de salud consiguieron tasas de respuestas más bajas, pero mejor representatividad de las muestras en cuanto a la distribución del nivel de escolaridad de madres y padres, respecto de los estudios realizados en escuelas.
- La representatividad de la muestra europea utilizada es adecuada para estimación de medidas de asociación, controlando el efecto del nivel de escolaridad de la madre y el padre. Por lo tanto, se asume un bajo riesgo de sesgo por no-respuesta en los resultados del estudio de utilización de servicios sanitarios en la población europea.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Aday L, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* **1974**;9:208-20.

Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit.* **2000**;14:163-7.

Alonso J, Urzola D, Serra-Sutton V, Tebé C, Starfield B, Riley AW, Rajmil L. Validity of the Health Profile-Types of the Spanish Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Value Health.* **2008**; 11(3):440-449.

Amick BC, Levine S, Tarlov AR, Walsh DC, eds. *Society and health*. New York: Oxford University Press, **1995**.

Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit.* **2004**;18 Suppl 1:56-68.

Berra, L Rajmil, U Ravens-Sieberer; grupo europeo KIDSCREEN. Comparación de las características y las respuestas de madres y padres a un cuestionario de salud de sus hijos/as. [Resumen] *Gac Sanit.* **2005**;19(Supl 1):54.

Black JMND, Smith C, Townsend P. *Inequalities in health: the Black report*. Harmondsworth: Penguin, **1982**.

Borrell C, Baranda L, Rodríguez M. Manual de l'enquesta de salut pública de Barcelona 2000-2001. [22-10-03], http://www.aspb.es/quefem/docs/manual_2000.pdf. **2000**.

Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract.* **1996**;13:75-83.

Cardol M, Groenewegen PP, de Bakker DH, Spreeuwenberg P, van Dijk L, van den Bosch W. Shared help seeking behaviour within families: a retrospective cohort study. *BMJ.* **2005**;330(7496):882.

Cardol M, van den Bosch WJ, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, van Dijk L, de Bakker DH. All in the family: headaches and abdominal pain as indicators for consultation patterns in families. *Ann Fam Med.* **2006**;4(6):506-11.

Cardol M, van Dijk L, van den Bosch WJ, Spreeuwenberg P, de Bakker DH, Groenewegen PP. Striking variations in consultation rates with general practice reveal family influence. *BMC Fam Pract.* **2007**;8:4.

Department for children, schools and families. *Children Act 1989. Children in need*. Disponible en: <http://www.dcsf.gov.uk/publications/childrenactreport/> Última consulta: mayo de 2008.

- Culyer AJ. Equity - some theory and its policy implications. *J Med Ethics*. **2001**;27(4):275-83.
- Cooper H, Smaje C, Arber S. Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey. *BMJ*. **1998**;317(7165):1047-51.
- D'Souza-Vazirani D, Minkovitz CS, Strobino DM. Validity of maternal report of acute health care use for children younger than 3 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. **2005**;159(2):167-72.
- Debley JS, Redding GJ, Critchlow CW. Impact of adolescence and gender on asthma hospitalization: a population-based birth cohort study. *Pediatr Pulmonol*. **2004**;38(6):443-50.
- Detmar SB, Bruil J, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Bisegger C; the European KIDSCREEN group. The Use of Focus Groups in the Development of the KIDSCREEN HRQL Questionnaire. *Qual Life Res*. **2006**; 15(8):1345-53.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. **1966**;44:Suppl:166-206.
- Forrest CB, Riley AW, Vivier PM, Gordon NP, Starfield B. Predictors of children's healthcare use: The value of child versus parental perspectives on healthcare needs. *Med Care*. **2004**;42(3):232-8.
- Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res*. **2000**;34(6):1273-302.
- Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. **1999**;106(3):458-90.
- Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. Health service utilization in the Nordic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. *Eur J Public Health*. **2003**;13(1):30-7.
- Groves RM. Theories and methods of telephone surveys. *Annu Rev Sociol*. **1990**;16:221-240.
- Groves RM, Couper MP. Nonresponse in household interview surveys. In *Wiley series in probability and statistics*. New York: John Wiley & Sons, **1998**.

- Groves RM, Miller PV, Cannell CF. Differences between the telephone and personal interview data. *Vital Health Stat.* **1987**;106:11-19.
- Halldórsson M, Kunst AE, Köhler L, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *J Epidemiol Community Health.* **2002**;56(3):200-4.
- Heck K, Parker J. Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. *Health Serv Res.* **2002**;37(1):173-86.
- Houtrow AJ, Kim SE, Chen AY, Newacheck PW. Preventive health care for children with and without special health care needs. *Pediatrics.* **2007**;119(4):e821-8.
- Janicke DM, Finney JW. Children's primary health care services: Social-cognitive factors related to utilization. *J Clin Psychology in Medical Settings* **2000**;7:29-39
- Janicke DM, Finney JW, Riley AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care.* **2001**;39(9):990-1001.
- Jacobson AM, Goldberg ID, Burns BJ, Hooper EW, Hankin JR, Hewitt K. Diagnosed mental disorder in children and use of health services in four organized health care settings. *Am J Psychiatry.* **1980**;137(5):559-65.
- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics.* **2002**;109(5):788-96.
- Kelleher K, Starfield B. Health care use by children receiving mental health services. *Pediatrics.* **1990**;85:114-8.
- Kuhlthau K, Nyman RM, Ferris TG, Beal AC, Perrin JM. Correlates of use of specialty care. *Pediatrics.* **2004**;113(3 Pt 1):e249-55.
- Kuo AA, Inkelas M, Lotstein DS, Samson KM, Schor EL, Halfon N. Rethinking well-child care in the United States: an international comparison. *Pediatrics.* **2006**;118(4):1692-702.
- Leininger LJ, Zioli-Guest KM. Reexamining the effects of family structure on children's access to care: the single-father family. *Health Serv Res.* **2008**;43(1 Pt 1):117-33.
- Lowery LM, Chung S, Ellen JM. Social support and sexually transmitted disease related healthcare utilisation in sexually experienced African-American adolescents. *Sex Transm Infect.* **2005**;81(1):63-6.

- Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *Int J Equity in Health*. **2002**; 1(1): 1–20..
- Mangione-Smith R, McGlynn EA. Assessing the quality of healthcare provided to children. *Health Serv Res*. **1998**;33:1059-90.
- Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. **1991**;337(8754):1387-93.
- Minkovitz CS, Strobino D, Scharfstein D, Hou W, Miller T, Mistry KB, Swartz K. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*. **2005**;115(2):306-14.
- Newacheck PW. Characteristics of children with high and low usage of physician services. *Med care*. **1992**;30(1):30-42.
- Newacheck PW, Halfon N. The association between mother's and children's use of physician services. *Med Care*. **1986**;24(1):30-8.
- Newacheck PW, Hung YY, Park MJ, Brindis CD, Irwin CE Jr. Disparities in adolescent health and health care: does socioeconomic status matter? *Health Serv Res*. **2003**;38(5):1235-52.
- Newacheck PW, Starfield B. Morbidity and use of ambulatory care services among poor and nonpoor children. *Am J Public Health*. **1988**;78(8):927-33.
- National Research Council and Institute of Medicine. Committee on Evaluation of Children's Health Board on Children, Youth and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. *Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health*. Washington, DC: The National Academies Press, **2004**.
- Petersson C, Håkansson A. High-consulting children indicate illness-prone families. A study of 38 rural and 38 urban Swedish children's health and use of medical care. *Scand J Prim Health Care*. **1996**;14(2):71-8.
- Petrou S, Kupek E. Socioeconomic differences in childhood hospital inpatient service utilisation and costs: prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*. **2005**;59(7):591-7.
- Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni MC, Auquier P; KIDSCREEN group. Use of a children questionnaire of health-related quality of life

(KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *J Adolesc Health*. **2006**;38(5):511-8.

Rajmil L, Borrell C, Starfield B, Fernández E, Serra V, Schiaffino A, et al. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Arch Dis Child*. **2000**; 83:211-4.

Rajmil L, Fernandez E, Salas T, Barba G, Raspall F, Vila C, Segura A, Plasencia A. Gender differences in children's hospitalization in Catalonia: another inequality? *Acta Paediatr*. **1999a**;88(9):990-7.

Rajmil L, Fernández E, Gispert R, Rué M, Glutting JP, Plasencia A, Segura A. Influence of proxy respondent in children's health interview surveys. *J Epidemiol Community Health* **1999b**;53:38-42

Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Starfield B, Riley AW, Vazquez JR; Research group for the Spanish version of the CHIP-AE. The Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AE). *Qual Life Res*. **2003**;12(3):303-13.

Rajmil L, Starfield B, Plasència A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Serv*. **1998**;28(4):777-91.

Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, Duer W, Auquier P, Cloetta B, Czemy L, Mazur J, Czimbalmos A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J; the KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN quality of life measure for children and adolescents: psychometrics results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*. **2007** Dec 17; [Epub ahead of print].

Relman AS. Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *N Engl J Med*. **1988**;319(18):1220-2.

Riley AW, Finney JW, Mellits ED, Starfield B, Kidwell S, Quaskey S, Cataldo MF, Filipp L, Shematek JP. Determinants of children's health care use: an investigation of psychosocial factors. *Med Care*. **1993**;31:767-83.

Rosenstock IM. Why people use health services. *Milbank Mem Fund Q*. **1966**;44(3):Suppl:94-127.

Saxena S, Majeed A, Jones M. Socioeconomic differences in childhood consultation rates in general practice in England and Wales: prospective cohort study. *BMJ*. **1999**;318(7184):642-6.

Scientific Advisory Committee of the Medical Outcome Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res.* **2002**;11(3):193-205.

Shi L, Stevens GD. Disparities in access to care and satisfaction among U.S. children: the roles of race/ethnicity and poverty status. *Public Health Rep.* **2005**;120(4):431-41.

Solans M, Pane S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Berra S, Herdman M, Alonso J, Rajmil L. Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value Health.* 2007 Dec 17; [Epub ahead of print]

Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Michelsen SI, Schnor O, Andersen AM. Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study. *Scand J Prim Health Care.* **2008**;26(1):5-11.

Starfield B. Health services research: a working model. *N Engl J Med.* **1973**;289:132-6.

Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.* New York: Oxford University Press, **1998**.

Starfield B, Bergner M, Ensminger M, Riley A, Ryan S, Green B, McGauhey P, Skinner A, Kim S. Adolescent health status measurement: development of the Child Health and Illness Profile. *Pediatrics.* **1993**;91(2):430-5.

Starfield B, Hanking J, Steinwachs D et al. Utilization and morbidity: Random or tandem? *Pediatrics* **1985**;75:241-7.

Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* **2001**;55:452-454.

Starfield B. Measurement of outcome: a proposed scheme. *Milbank Mem Fund Q.* **1974**; 52:39-50.

Starfield B, Riley AW, Witt WP, Robertson J. Social class gradients in health during adolescence. *J Epidemiol Community Health.* **2002**;56(5):354-61.

Steinwachs DM. Application of health status assessment measures in policy research. *Med Care.* **1989**;27:S12-26.

Szklo M, Nieto J: *Epidemiology. Beyond the basics.* Maryland: Aspen Publishers, **2000**.

Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med.* **2004**;59(1):1-12.

van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ.* **2006**;174(2):177-83.

van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, Gerdtham UG, Gerfin M, Geurts J, Gross L, Häkkinen U, John J, Klavus J, Leu RE, Nolan B, O'Donnell O, Propper C, Puffer F, Schellhorn M, Sundberg G, Winkelhake O. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ.* **2000**;19(5):553-83.

Vingilis E, Wade T, Seeley J. Predictors of adolescent health care utilization. *J Adolesc.* **2007**;30(5):773-800.

Ward A, Pratt C. Psychosocial influences on the use of health care by children. *Aust N Z J Public Health.* **1996**;20(3):309-16.

Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, Calonge S, Christiansen T, Citoni G, Gerdtham UG, Gerfin M, Gross L, Häkkinen U, Johnson P, John J, Klavus J, Lachaud C, Lauritsen J, Leu R, Nolan B, Perán E, Pereira J, Propper C, Puffer F, Rochaix L, Rodríguez M, Schellhorn M, Winkelhake O, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ.* **1999**;18(3):263-90.

Weissman MM, Feder A, Pilowsky DJ, Olsson M, Fuentes M, Blanco C, Lantigua R, Gameroff MJ, Shea S. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *J Affect Disord.* **2004**;78(2):93-100.

Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olsson M. Offspring of depressed parents. 10 Years later. *Arch Gen Psychiatry.* **1997**;54(10):932-40.

West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med.* **1997**;44(6):833-58.

Woodward CA, Boyle MH, Offord DR, Cadman DT, Links PS, Munroe-Blum H, Byrne C, Thomas H. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. *Pediatrics.* **1988**;82(3 Pt 2):425-34.

Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* **1998**; 316:1310-1313.

PRODUCTOS ADICIONALES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Publicaciones

- Tebe C, Berra S, Herdman M, Aymerich M, Alonso J, Rajmil L. Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para población infantil y adolescente. *Med Clin (Barc)*. 2008 (en prensa)
- Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni MC, Auquier P, and the KIDSCREEN group. Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *J Adolesc Health*. 2006;38(5):511-518.
- Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, Rajmil L. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit*. 2005;19(2):93-102.
- Rajmil L, Berra S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Rodríguez M, Borrell C, Riley A, Starfield B. Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF). *Gac Sanit*. 2004;18(4):305-11.

Presentaciones en reuniones científicas

- Berra S, Rajmil L, Tebé C, Erhart M, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U. Uso de servicios sanitarios según las necesidades en salud en población de 8 a 18 años de 11 países europeos. XII Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona, Junio 2007.
- Solans M, Berra S, Rajmil L, Tebé C, Alonso J, Ravens-Sieberer U; grupo europeo KIDSCREEN. Participación en un estudio de salud infantil: cooperación, respuesta y representatividad. XXIII Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología. Las Palmas de Gran Canaria. 1-5 de noviembre de 2005.
- Berra S, Rajmil L, Ravens-Sieberer U. Comparación de las características y las respuestas de madres y padres a un cuestionario de salud de sus hijos/as. XXIII Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología. Las Palmas de Gran Canaria. 1-5 de noviembre de 2005.
- Rajmil L, Berra S, von-Rueden U, Tebe C, Erhart M, Gosh A, Alonso J Bisegger, Corinna, Ravens-Sieberer, Ulrike; for the Kidscreen group. Representativity of 12 national surveys of children and adolescents 8 to 18 years old included in the Kidscreen HrQOL study. ISOQOL Annual Conference. October 16-19. Hong Kong, 2004.
- Rajmil L, Tebé C, Berra S, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U, por el grupo europeo Kidscreen. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario europeo de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) infantil y de adolescentes: el KIDSCREEN. XXII Reunión Científica de la SEE. Cáceres, 27, 28 y 29 de Octubre de 2004
- Berra S, Rajmil L, Tebé C. Uso de servicios sanitarios y calidad de vida relacionada con la salud en la población española de 8 a 18 años. XXII Reunión Científica de la SEE. Cáceres, 27, 28 y 29 de Octubre de 2004
- Berra S, Rajmil L, Estrada MD, Borrel C, Serra-Sutton V, Rodriguez M, Riley A, Starfield B. Perceives health and use of health services in children population in Barcelona, Spain. Sesión : Family and Caregivers (Children). QoL in children-Influence Of and On Family Membres. Congreso ISOQOL. Praga, Noviembre 2003.
- Rajmil L, Alonso J, Elorza JM, Berra S, Aymerich M, Ravens-Sieberer U, Koch R, Simeoni MC, Patrick D. Differences in the process of development and the content of four health-related quality of life (HRQL) questionnaires for children and adolescents. Poster Congreso ISOQOL. Praga, noviembre 2003.
- Berra S, Rajmil L, Aymerich M, Serra-Sutton V, Ravens-Sieberer U. Resultados de la prueba piloto española del KIDSCREEN: Una medida de la calidad de vida relacionada con la salud infantil y de adolescentes de la Unión Europea. XXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Toledo, octubre 2003

Anexo 1. Cuestionario de la Encuesta de salud de Barcelona

Anexo 2. Certificados de aprobación de Comités de ética para el proyecto KIDSCREEN

Anexo 3. Materiales del trabajo de campo del estudio KIDSCREEN

Anexo 4. Cuestionario del estudio KIDSCREEN para chicos y chicas

Anexo 5. Cuestionario del estudio KIDSCREEN para madres y padres

Anexo 6. Proceso editorial del artículo “*Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents*” en la revista *European Journal of Public Health*.

Anexo 7. Proceso editorial del artículo “*Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries*” en la revista *Medical Care*.

Anexo 8. Proceso editorial del artículo “*Methods and representativeness of European surveys on children and adolescents: the KIDSCREEN study*” en la revista *BMC Public Health*.

Cuestionario de la Encuesta de salud de Barcelona

ENQUESTA DE SALUT DE BARCELONA- 2000

Qüestionari per a menors

Qüestionari número		(1,2,3,4,5)	<input type="text"/>
Districte		(6,7)	<input type="text"/>
Secció censal		(8,9,10)	<input type="text"/>
Tipus de qüestionari		(11)	<input type="text"/>
Titular		(12)	<input type="text"/>
Data de realització		(13,14) (15,16)	<input type="text"/>
Enquestador		(17,18,19)	<input type="text"/>
Hora d'inici		(20,21)	<input type="text"/>
Hora de finalització			
Codificador			

A. CONTEXT FAMILIAR I HABITATGE

Aquesta enquesta es referirà sempre a l'estat de salut i utilització de serveis sanitaris de ... (NOM DE LA PERSONA SELECCIONADA). Vostè, per tant, ens haurà de contestar en nom d'aquesta persona. Per començar, però, li farem un seguit de preguntes referides a vostè i a les persones que viuen en aquesta casa.

1. Vostè és la persona que s'ocupa principalment de la cura de ... (NOM)? En cas afirmatiu, se n'ocupa majoritàriament sol/a o rep ajut d'altres persones?

1. Sí, majoritàriament sol/a 3. No se n'ocupa habitualment (22)
2. Sí, amb ajut d'altres persones 4. Una altra opció. *Especifiqui-la:* _____ ✍

2. Quina relació de parentiu té vostè amb ... (NOM)?

1. Mare 3. Avi 5. Un altre familiar. *Especifiqui-lo:* _____ ✍ (23)
2. Pare 4. Àvia 6. Una altra relació. *Especifiqui-la:* _____ ✍

3. Ens pot dir, si us plau, quantes persones viuen amb ... (NOM) a la mateixa llar de manera habitual. *Enquestador: comptant-hi la persona seleccionada i, eventualment, la informadora.*

Nombre de persones a la llar: _____ ✍ (24,25)

4. Quina és la relació de parentiu de tots els membres de la llar amb el o la cap de família? *(Enquestador: anoteu la resposta a la taula, començant sempre per la persona seleccionada. La segona línia s'utilitzarà sempre per anotar les dades del cap de família i la tercera línia per anotar les dades de la persona informadora, si viu a la mateixa llar).*

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| 1. Cap de família | 6. Nét o néta |
| 2. Espòs/a o parella | 7. Germà o germana |
| 3. Fill o filla | 8. Altres familiars |
| 4. Pare o mare. Sogre o sogra | 9. Altres no familiars |
| 5. Avi o àvia | |

5. Quin és el sexe de cadascuna d'aquestes persones?

1. Home
2. Dona

6. Quina és l'edat, a data d'avui, de cadascuna d'aquestes persones? *(Enquestador: anoteu el nombre d'anys declarats per a cadascun dels membres de la llar)*

7. En el cas concret de ... (NOM), ens podria dir la seva data de naixement completa: dia, mes i any? (26,27) (28,29) (30,31,32)

	4. Parentiu	5. Sexe	6. Edat	7. Data de naixement	
Persona seleccionada					(33) (34) (35,36) <input type="text"/>
Cap de família	1				(37) (38) (39,40) <input type="text"/>
Persona informadora					(41) (42) (43,44) <input type="text"/>
Membre 1					(45) (46) (47,48) <input type="text"/>
Membre 2					(49) (50) (51,52) <input type="text"/>
Membre 3					(53) (54) (55,56) <input type="text"/>
Membre 4					(57) (58) (59,60) <input type="text"/>
Membre 5					(61) (62) (63,64) <input type="text"/>
Membre 6					(65) (66) (67,68) <input type="text"/>
Membre 7					(69) (70) (71,72) <input type="text"/>

Si la persona informadora viu a la llar

▷ *passeeu a pregunta 10*

<i>Només si la persona informadora no viu a la llar</i>		
8. Sexe de la persona informadora (<i>Enquestador: anoteu-lo sense preguntar</i>)		
1. Home	(73)	<input type="checkbox"/>
2. Dona		
9. Quina edat té vostè?		
Anys: _____	(74,75)	<input type="text"/> <input type="text"/>
10. Quin és el seu nivell màxim d'estudis finalitzats?		
01. No sap llegir ni escriure	(76,77)	<input type="text"/> <input type="text"/>
02. No ha cursat estudis però sap llegir i escriure		
03. Estudis primaris incomplets (<i>6è d'EGB, ingrés o similar</i>)		
04. Estudis primaris complets (<i>EGB, graduat escolar, batxillerat elemental</i>)		
05. Educació secundària obligatòria (<i>ESO</i>), FP I		
06. Estudis secundaris (<i>BUP, batxillerat superior, COU, PREU, batxillerat pla nou</i>)		
07. Estudis secundaris (<i>FP II, cicles formatius</i>)		
08. Estudis universitaris de grau mitjà		
09. Estudis universitaris de grau superior		
10. Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la:</i> _____		
11. Quina és la seva situació laboral actual?		
1. Treballa	(78)	<input type="checkbox"/>
2. Es troba en atur amb subsidi	⇒ <i>passeeu a pregunta 13</i>	
3. Es troba en atur sense subsidi	⇒ <i>passeeu a pregunta 13</i>	
4. Mestressa de casa	⇒ <i>passeeu a pregunta 13</i>	
5. Jubilat/da	⇒ <i>passeeu a pregunta 13</i>	
6. Estudiant	⇒ <i>passeeu a pregunta 13</i>	
7. Incapacitat/da o invalidesa permanent	⇒ <i>passeeu a pregunta 13</i>	
8. Una altra situació. <i>Especifiqueu-la:</i> _____	⇒ <i>passeeu a pregunta 13</i>	
<i>Només per a les persones que treballen</i>		
12. Quantes hores setmanals treballa habitualment a la seva feina?		
Nombre d'hores setmanals _____	(79,80)	<input type="text"/> <input type="text"/>
13. Quantes hores diàries dedica vostè a les feines de la casa, com ara netejar, planxar, cuinar, etc. durant un dia feiner? I durant els caps de setmana?		
Dia feiner (de dilluns a divendres): _____ hores/un dia feiner	(81,82)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Caps de setmana (dissabte i diumenge): _____ hores total	(83,84)	<input type="text"/> <input type="text"/>

14. Quins dels següents serveis i equipaments té l' habitatge on viu ... (NOM)?

	1. Sí	2. No	
1. Dutxa i/o banyera			(85)
2. Aigua corrent calenta			(86)
3. Calefacció central o individual			(87)
4. Ascensor (si és un edifici de més de 2 plantes)			(88)
5. Rentadora			(89)
6. Rentaplats			(90)
7. Forn microones			(91)

B. DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

Les preguntes següents es referiran sempre a la persona seleccionada, és a dir a ... (NOM)

15. On va néixer aquesta persona?

(92,93,94,95,96)

1. A Barcelona ⇒ passeu a pregunta 17
2. A un altre municipi de Catalunya *Especifiqueu-lo: _____* ✍ ⇒ passeu a pregunta 17
3. A la resta d'Espanya *Especifiqueu província: _____* ✍ ⇒ passeu a pregunta 17
4. A l'estranger *Especifiqueu país: _____* ✍

Només per als menors que han nascut a l'estranger

16. Quin any va arribar a Espanya?

Any d'arribada a Espanya: _____ ✍

(97,98)

17. On van néixer els pares de ... (NOM)?

	Pare	Mare	
1. A Catalunya			(99)
2. A la resta d'Espanya			(100)
3. A l'estranger. <i>Especifiqueu país: _____</i> ✍			

18. Si ... (NOM) està escolaritzat/da, quin tipus d'estudis realitza actualment?

0. No està escolaritzat/da (101)
1. Va a una escola bressol o guarderia
2. Educació infantil
3. Educació primària
4. Educació secundària obligatòria (ESO)
5. Batxillerat (postobligatori), BUP
6. Cicles formatius
7. PGS (Programa de Garantia Social)
8. Una altra situació. *Especifiqueu-la: _____* ✍

Preguntes referides al cap de família. Si la persona cuidadora és cap de família ⇒ passeu a pregunta 2

**A continuació li farem unes preguntes referides al o a la cap de família de la llar de ...
NOM**

19. Quin és el nivell màxim d'estudis finalitzats del cap de família?

01. No sap llegir ni escriure
02. No ha cursat estudis però sap llegir i escriure
03. Estudis primaris incomplets (6è d'EGB, ingrés o similar)
04. Estudis primaris complets (EGB, graduat escolar, batxillerat elemental)
05. Educació secundària obligatòria (ESO), FP I
06. Estudis secundaris (BUP, batxillerat superior, COU, PREU, batxillerat pla nou)
07. Estudis secundaris (FP II, cicles formatius)
08. Estudis universitaris de grau mitjà
09. Estudis universitaris de grau superior
10. Una altra possibilitat. *Especifiqueu-la:* _____

(102,103)

20. Quina és la situació laboral actual del cap de família?

1. Treballa
2. Es troba en atur amb subsidi
3. Es troba en atur sense subsidi
4. Jubilat/da
5. Mestressa de casa
6. Estudiant
7. Incapacitat/da o invalidesa permanent
8. Una altra situació. *Especifiqueu-la:* _____

(104)

Per a totes les persones entrevistades

21. Quina és l'activitat principal de l'empresa on treballa (o treballava) aquesta persona

888. No ha treballat mai ⇒ passeu a pregunta 25

(105,106,107)

22. Quina feina concreta hi fa (o hi feia) el cap de família?

(108,109,110)

23. En quina de les següents situacions es troba (o trobava) el cap de família a la seva feina?

1. Assalariat/da fix/a
2. Assalariat/da eventual
3. Empresari/a o professional amb assalariats
4. Treballador/a o professional autònom
5. Ajuda familiar
6. Soci/a de cooperativa o soci/a treballador d'una SAL o SLL
7. Una altra situació. *Especifiqueu-la:* _____

(111)

24. Quantes persones treballen en l'empresa o organització on treballa (o treballava) el cap de família?

1. Treballa sol/a
2. De 2 a 10 treballadors
3. D'11 a 20 treballadors
4. De 21 a 50 treballadors
5. Més de 50 treballadors

(112)

C. ESTAT DE SALUT

25. Com diria vostè que és la salut de ... (NOM) en general? *Enquestador: LLEGIU*

- | | | |
|---------------|-------|--------------------------|
| 1. Excel·lent | (113) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Molt bona | | |
| 3. Bona | | |
| 4. Regular | | |
| 5. Dolenta | | |

26. Vostè pensa que el pes d'aquesta persona és....? *Enquestador: LLEGIU*

- | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Excessiu | (114) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Una mica massa elevat | | |
| 3. Normal | | |
| 4. Una mica escàs | | |
| 5. Excessivament baix | | |

27. Aproximadament, quants quilos pesa ... (NOM) sense sabates? _____ quilos (115,116,117)

--	--	--

28. Aproximadament, quants centímetres amida ... (NOM) sense sabates? _____ cms (118,119,120)

--	--	--

29. Durant els últims 12 mesos quantes hores acostuma a dormir ... (NOM), com a mitjana, cada dia? (121,122)

--	--

_____ hores

D. RESTRICCIÓ DE L'ACTIVITAT DURANT ELS DARRERS 15 DIES
--

A continuació li farem unes preguntes sobre l'estat de salut de ... (NOM) durant els darrers 15 dies

30. Des del dia ... i fins al dia d'ahir, aquesta persona s'ha hagut de quedar algun dia al llit (al menys la meitat del dia i incloent-hi els dies passats a l'hospital) per raons de la seva salut?

- | | | |
|-------|-------|--------------------------|
| 1. Sí | (123) | <input type="checkbox"/> |
| 2. No | | |

<i>Si el nen o la nena té menys de 3 anys</i>

<i>↳ passeu a pregunta 32</i>

<i>Només per a nens o nenes de 3 anys o més</i>

31. Independentment dels dies de llit o d'hospitalització esmentats, durant aquests últims 15 dies, ha deixat de fer la seva activitat principal (com ara anar a escola o estudiar) per raons de la seva salut?
--

- | | | |
|-------|-------|--------------------------|
| 1. Sí | (124) | <input type="checkbox"/> |
| 2. No | | |

32. Independentment dels dies anteriors, durant aquests últims 15 dies ha hagut de restringir o disminuir les seves activitats habituals o de temps lliure (com ara passejar, jugar, fer esport, etc.) per raons de la seva salut?

- | | | |
|-------|-------|--------------------------|
| 1. Sí | (125) | <input type="checkbox"/> |
| 2. No | | |

Les persones que han contestat no a les preguntes 30, 31 i 32 ⇒ passeu a pregunta 35

Només per als qui han respost SÍ a les preguntes 30, 31 i/o 32

33. Quin ha estat el problema de salut més important que l'ha obligat, durant aquests 15 dies, a aturar o reduir les seves activitats?

Problema de salut: _____ ✍

(126,127,128,129)

34. Aquest problema de salut ha estat produït com a conseqüència d'un accident?

1. Sí
2. No

(130)

E. RESTRICCIÓ DE L'ACTIVITAT DURANT ELS DARRERS 12 MESOS

Les preguntes següents es refereixen a l'estat de salut de ... (NOM) durant els darrers 12 mesos

Si el nen o la nena té menys de 3 anys

⇒ passeu a pregunta 36

Només per a nens o nenes de 3 anys o més

35. Durant els darrers 12 mesos ha tingut algun impediment o dificultat per realitzar la seva activitat principal (com ara anar a escola o estudiar) per algun problema de salut crònic (que ha durat o que s'espera que duri tres mesos o més)?

1. Sí
2. No

(131)

36. A més del que ja s'ha comentat, durant els últims 12 mesos ha hagut de restringir o disminuir les seves activitats habituals (com ara passejar, jugar, fer esport, etc.) per algun problema de salut crònic?

1. Sí
2. No

(132)

Per als qui han contestat no a les preguntes 35 i 36

⇒ passeu a pregunta 38

Només per als qui han contestat SÍ a les preguntes 35 i/o 36

37. Quin ha estat el problema de salut més important que li ha causat aquesta limitació?

Problema de salut: _____ ✍

(133,134,135,136)

F. MORBIDITAT CRÒNICA

<i>Per a tots els menors</i>

38. ... (NOM) pateix algun dels trastorns crònics que ara li llegiré?

	1. Sí	2. No	
1. Al·lèrgies cròniques			(137)
2. Asma			(138)
3. Bronquitis de repetició			(139)
4. Diabetis			(140)
5. Restrenyiment crònic			(141)
6. Otitis de repetició			(142)
7. Infeccions urinàries de repetició			(143)
8. Retard de creixement			(144)
9. Convulsions febrils			(145)
10. Epilèpsia			(146)
11. Algun tipus de malformació congènita			(147)

39. Té algun altre trastorn crònic, a més dels esmentats?

1. Sí (148)
 2. No ⇒ passeu a pregunta 41 (si és major de 5 anys) o 42 (si té entre 0 i 5 anys)

40. Quin trastorn crònic pateix?

- 1r _____ ✍ (149,150,151,152)
 2n _____ ✍ (153,154,155,156)
 3r _____ ✍ (157,158,159,160)

<i>Si el nen o la nena té 5 anys o menys</i>
--

<i>⇒ passeu a pregunta 42</i>

<i>Només per als menors que tenen 5 anys o més</i>							
Ara li farem unes preguntes sobre com s'ha trobat ... (NOM) durant les darreres 4 setmanes.							
41. Amb quina freqüència diria vostè que aquesta persona ...							
	1. Sempre	2. Moltes vegades	3. Algunes vegades	4. Poques vegades	5. Mai		
1. ... s'ha divertit molt?						(161)	<input type="checkbox"/>
2. ... s'ha sentit molt forta?						(162)	<input type="checkbox"/>
3. ... s'ha sentit molt sana?						(163)	<input type="checkbox"/>
4. ... s'ha sentit feliç?						(164)	<input type="checkbox"/>
5. ... quan està malalta, es recupera de seguida?						(165)	<input type="checkbox"/>
6. ... ha estat en molt bona forma física?						(166)	<input type="checkbox"/>
7. ... coordina bé els seus moviments?						(167)	<input type="checkbox"/>
8. ... ha tingut picors a la pell durant tot el dia?						(168)	<input type="checkbox"/>
9. ... ha tingut mal o inflamació a la gola?						(169)	<input type="checkbox"/>
10. ... ha tingut cap dolor que li hagi molestat molt?						(170)	<input type="checkbox"/>
11. ... ha tingut dificultats per respirar o xiulets al pit (sense fer exercici físic)?						(171)	<input type="checkbox"/>
12. ... ha tingut mal d'estómac?						(172)	<input type="checkbox"/>
13. ... ha tingut mucositat nasal?						(173)	<input type="checkbox"/>
14. ... ha tingut mal d'orella?						(174)	<input type="checkbox"/>
15. ... ha tingut tos?						(175)	<input type="checkbox"/>
16. ... ha tingut mal de cap?						(176)	<input type="checkbox"/>
17. ... s'ha sentit cansada durant el dia?						(177)	<input type="checkbox"/>
18. ... s'ha trobat molt malament?						(178)	<input type="checkbox"/>
19. ... s'ha llevat trobant-se cansada?						(179)	<input type="checkbox"/>
20. ... ha tingut febre?						(180)	<input type="checkbox"/>
21. ... s'ha sentit molt trista?						(181)	<input type="checkbox"/>
22. ... ha plorat molt?						(182)	<input type="checkbox"/>
23. ... ha estat molt preocupada?						(183)	<input type="checkbox"/>
24. ... ha estat irritable o "queixosa"?						(184)	<input type="checkbox"/>
25. ... ha tingut por d'alguna cosa?						(185)	<input type="checkbox"/>
26. ... li ha costat adormir-se o s'ha despertat mentre dormia?						(186)	<input type="checkbox"/>
27. ... ha estat nerviosa o tensa?						(187)	<input type="checkbox"/>
28. ... ha estat de mal humor?						(188)	<input type="checkbox"/>
29. ... ha protestat molt?						(189)	<input type="checkbox"/>
30. ... ha estat massa malalta com per jugar a casa?						(190)	<input type="checkbox"/>
31. ... ha estat massa malalta com per anar al col·legi?						(191)	<input type="checkbox"/>

G. ACCIDENTS

<i>Per a tots els menors</i>

Les preguntes que farem tot seguit tracten sobre accidents que hagin provocat alguna restricció en les activitats habituals de ... (NOM) i/o que hagin requerit assistència sanitària.

42. Ens podria dir si durant els últims 12 mesos aquesta persona ha tingut algun accident d'aquestes característiques? (Enquestador: LLEGIU i anoteu la resposta a la taula següent)

43. On va tenir lloc l'accident o els accidents? Enquestador: anoteu la resposta a la taula següent

1. A dins de casa
2. A l'escola
3. A un lloc d'esbarjo (jugant, fent esport, etc)
4. A un altre lloc. Especifiqueu-lo: _____ ✍

	42. Accidents darrer any		43. Lloc
	1. Sí	2. No	
1. Caigudes d'un nivell més alt que un altre (caigudes d'una escala, d'una cadira, etc.)			
2. Caigudes en un mateix nivell (caigudes arran de terra)			
3. Cremades			
4. Cops			
5. Intoxicacions (exclou intoxicacions alimentàries)			
6. Accidents de trànsit com a passatger/a			
7. Accidents de trànsit com a vianant			
8. Un altre tipus d'accident. Especifiqueu-lo: _____ ✍			

(192) (193)

(194) (195)

(196) (197)

(198) (199)

(200) (201)

(202) (203)

(204) (205)

(206) (207)

H. COBERTURA SANITÀRIA I ATENCIÓ PRIMÀRIA

Les preguntes següents tracten sobre la cobertura sanitària i la utilització de serveis sanitaris per part de ... (NOM)

44. Aquesta persona té dret a l'assistència sanitària mitjançant alguna de les entitats que ara li llegiré? Enquestador: LLEGIU

	1. Sí	2. No		
1. "Seguretat social" /Servei Català de la Salut			(208)	<input type="checkbox"/>
2. Assegurança obligatòria (MUFACE, Montepio Tèxtil, PAMEM, MUNPAL, ISFAS, o similars). <i>Especifiqueu quina:</i> _____ ✍			(209,210)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Assegurança privada voluntària (ASISA, Sanitas, ISSA, etc.). <i>Especifiqueu quina:</i> _____ ✍			(211,212)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Una altra cobertura sanitària. <i>Especifiqueu-la:</i> _____ ✍			(213)	<input type="checkbox"/>

45. Té algun lloc on ... (NOM) vagi habitualment per visitar al pediatre o al metge de capçalera per rebre atenció mèdica primària?

1. Sí (214)
 2. No ⇒ passeu a pregunta 49

46. El pediatre o metge de capçalera que el tracta habitualment és ...? Enquestador: Si en té més d'un, referiu-vos prioritàriament al que utilitza més freqüentment

1. Del Servei Català de la Salut ("seguretat social") (215)
 2. De l'assegurança obligatòria (PAMEM, MUFACE, MUNPAL, Montepio Tèxtil...)
 3. De l'assegurança voluntària
 4. Particular
 5. Un altre. *Especifiqueu-lo:* _____ ✍

47. Quan temps fa que té el mateix pediatre o metge de capçalera?

_____ anys _____ mesos (216,217)

<i>Si el nen o la nena no ha canviat de metge en els darrers 12 mesos</i>	➤ <i>passeu a pregunta 49</i>
<i>Si el nen o la nena té menys d'un any</i>	➤ <i>passeu a pregunta 49</i>

Només per als que fa menys de 12 mesos que tenen aquest pediatre o metge de capçalera (i el nen o la nena tenen un any o més)

48. Quin va ser el motiu principal de l'últim canvi de pediatre o metge de capçalera?

1. Va canviar perquè no li agradava el metge que tenia (218)
 2. Va canviar per motius de conveniència (horari, distància...)
 3. La persona seleccionada va canviar de residència
 4. Va canviar o entrar de nou a l'entitat d'assistència sanitària
 5. El canvi de metge va ser decidit per l'administració
 6. Va canviar per un altre motiu. *Especifiqueu-lo:* _____ ✍

I. VISITES MÈDIQUES DELS DARRERS 12 MESOS

49. En els darrers 12 mesos, ... (NOM) ha estat visitat/da per un dels següents professionals sanitaris per motiu de la seva salut? *Enquestador: LLEGIU*

50. Si aquesta persona ha acudit al pediatre, digui'ns aproximadament quantes vegades hi ha anat durant els darrers 12 mesos.

	49. Visites darrer any		50. Vegades
	1. Sí	2. No	
1. Pediatre			(219) (220,221)
2. Metge/essa de medicina general			(222)
3. Infermer/a			(223)
4. Psiquiatre/a			(224)
5. Oculista			(225)
6. Dentista			(226)
7. Un altre metge/essa especialista (cardiòleg, neuròleg, etc.)			(227)
8. Fisioterapeuta			(228)
9. Psicòleg/loga			(229)
10. Treballador/a social			(230)
11. Homeòpata, naturista o acupuntor/a			(231)
12. Un altre professional sanitari. <i>Especifiqueu-lo:</i> _____			(232)

Si el nen o la nena no ha anat al psiquiatre/a o psicòleg/loga ⇒ passeu a pregunta 52

Només per a les persones que han anat al psicòleg/loga i/o psiquiatre/a

51. El psicòleg/loga i/o psiquiatre/a que aquesta persona ha visitat és...?

1. De la "seguretat social" o Servei Català de la Salut.
2. De l'assegurança obligatòria (MUFACE, PAMEM, MUNPAL, Montepio Tèxtil, etc)
3. De l'assegurança voluntària
4. Particular
5. Un altre. *Especifiqueu-lo:* _____

(233)

J. VISITES MÈDIQUES DELS DARRERS 15 DIES

Ara li farem un seguit de preguntes referides a les consultes que ... (NOM) ha fet amb professionals sanitaris durant els darrers 15 dies

52. Durant els darrers 15 dies, és a dir des del dia ... fins el dia d'ahir, ha fet alguna consulta telefònica o ha estat visitat per un professional sanitari (per motiu de la seva salut)?

1. Sí
2. No

⇒ passeu a pregunta 59

(234)

Només per a als menors que han estat visitats o han consultat a un professional sanitari en els darrers 15 dies

Les preguntes següents es refereixen a la darrera visita realitzada per ... (NOM) durant els últims 15 dies

53. Per quin dels següents professionals sanitaris ha estat visitat la última vegada en els darrers 15 dies? *Enquestador: LLEGIU*

01. Pediatre/a
02. Metge/essa de medicina general
03. Infermer/a
04. Psiquiatre/a
05. Oculista
06. Dentista
07. Un altre metge/essa especialista (cardiòleg, neuròleg, etc.)
08. Fisioterapeuta
09. Psicòleg/loga
10. Treballador/a social
11. Homeòpata, naturista o acupuntor/a
12. Un altre professional sanitari. *Especifiqueu-lo:* _____

(235,236)

54. Aquest professional sanitari és ...?

1. De la "seguretat social" o Servei Català de la Salut
2. De l'assegurança obligatòria (MUFACE, PAMEM, MUNPAL, Montepio Tèxtil, etc.)
3. De l'assegurança voluntària
4. Particular
5. Un altra situació. *Especifiqueu-lo:* _____

(237)

55. On va tenir lloc aquesta última visita?

1. Al centre de salut o ambulatori de la "seguretat social" (Servei Català de la Salut)
2. A la consulta externa d'un hospital o clínica
3. A la consulta de l'assegurança d'afiliació obligatòria (MUFACE, Montepio Tèxtil, etc.)
4. A la consulta de l'assegurança d'afiliació voluntària
5. A la consulta particular del metge
6. Al domicili de la persona seleccionada ⇒ *passeeu a pregunta 57*
7. Al centre d'estudis de la persona seleccionada ⇒ *passeeu a pregunta 57*
8. Al servei d'urgències de l'ambulatori
9. Al servei d'urgències d'un hospital o clínica
10. Un altre lloc. *Especifiqueu-lo:* _____

(238,239)

56. Quant temps es va haver d'esperar des que va arribar a la consulta fins que el van visitar?

_____ minuts

(240,241)

57. En què va consistir la visita que li van fer? *Enquestador: LLEGIU*

1. Només diagnòstic i/o tractament d'un problema de salut
2. Només receptes
3. Les dues raons anteriors (diagnòstic + receptes)
4. Examen preventiu
5. Només tràmit administratiu
6. Una altra situació. *Especifiqueu-la:* _____

(242)

58. Quin va ser el principal problema de salut que va provocar aquesta última visita?

(243,244,245,246)

K. VISITES A URGÈNCIES*Per a tots els menors***59. Durant l'últim any ... (NOM) ha estat visitat o ha consultat un servei d'urgències?**

1. Sí (247)
2. No ⇒ passeu a pregunta 62

60. A quin lloc s'ha visitat o ha consultat? Si hi ha anat més d'una vegada, referiu-vos a l'última

1. A un hospital públic o del Servei Català de la Salut (248)
2. A un hospital privat
3. Al 061
4. A una consulta o centre d'atenció primària del Servei Català de la Salut
5. A una consulta o centre privat.
6. A un altre lloc. *Especifiqueu-la:* _____ ✍

61. Qui ha pres la decisió d'anar a aquest servei?

1. El nen o la nena (249)
2. La persona informadora
3. Un altre familiar o acompanyant
4. El metge de l'ambulatori
5. Un altre metge o professional sanitari
6. El 061
7. Una altra persona. *Especifiqueu-la:* _____ ✍

L. HOSPITALITZACIONS*Per a tots els menors***62. ... (NOM) ha estat ingressat en un hospital com a mínim una nit durant els últims 12 mesos? Enquestador: també si ha estat més de 24 hores a urgències. No compta l'estada hospitalària amb motiu del seu naixement**

1. Sí (250)
2. No ⇒ passeu a pregunta 65

*Només per als menors que han estat hospitalitzats***63. Quin va ser el principal motiu de salut del seu últim ingrés a l'hospital?**

_____ ✍ (251,252,253,254)

64. Li van fer algun tipus d'operació o d'intervenció quirúrgica durant aquesta estada a l'hospital?

1. Sí (255)
2. No

M. ÚS DE MEDICAMENTS

<i>Per a tots els menors</i>

65. Durant aquestes dues últimes setmanes, ... (NOM) ha pres algun medicament dels que ara li llegiré? En cas afirmatiu, ho ha pres pel seu compte o li ha estat receptat per a aquesta ocasió?

	1. Sí, pel seu compte	2. Sí, receptat	3. No	
1. Aspirina o similar (per alleujar el dolor o la febre)				(256)
2. Medicaments per a l'asma				(257)
3. Medicaments antial·lèrgics				(258)
4. Medicaments per a la tos i/o el refredat				(259)
5. Antibiótics (penicil·lina o altres)				(260)
6. Insulina o medicaments per a la diabetis				(261)
7. Vitamines o minerals				(262)
8. Laxants				(263)
9. Altres				(264)

N. VITALITAT I SALUT MENTAL (Cuidador/a)

Per finalitzar l'entrevista li farem ara unes preguntes referides a la seva salut, a la de vostè (de la persona informadora).

66. Com diria que és la seva salut en general? *Enquestador: LLEGIU*

1. Excel·lent
2. Molt bona
3. Bona
4. Regular
5. Dolenta

(265)

Les preguntes següents es refereixen a problemes que ha pogut tenir durant els últims 30 dies. Si us plau, triï la resposta que més s'acosti al que sent o ha sentit recentment.

67. S'ha pogut concentrar bé en la feina?	1. Sí millor que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment	(266)	<input type="checkbox"/>
68. Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment	(267)	<input type="checkbox"/>
69. Ha sentit que juga un paper útil a la vida?	1. Sí més útil que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys útil que habitualment 4. No molt menys útil que habitualment	(268)	<input type="checkbox"/>
70. S'ha sentit capaç de prendre decisions?	1. Sí més que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment	(269)	<input type="checkbox"/>
71. S'ha notat constantment carregat i en tensió?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment	(270)	<input type="checkbox"/>
72. Ha tingut la sensació que no pot superar les seves dificultats?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment	(271)	<input type="checkbox"/>
73. Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats de cada dia?	1. Sí més que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment	(272)	<input type="checkbox"/>
74. Ha estat capaç d'afrontar, adequadament, els seus problemes?	1. Sí més capaç que habitualment 2. Sí No igual que habitualment 3. No menys capaç que habitualment 4. No molt menys capaç que habitualment	(273)	<input type="checkbox"/>
75. S'ha sentit poc feliç i deprimat?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment	(274)	<input type="checkbox"/>
76. Ha perdut confiança en vostè mateix?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment	(275)	<input type="checkbox"/>
77. Ha pensat que és una persona que no serveix per a res?	1. No en absolut 2. No Sí no més que habitualment 3. Sí una mica més que habitualment 4. Sí molt més que habitualment	(276)	<input type="checkbox"/>
78. Se sent raonablement feliç, considerant totes les circumstàncies?	1. Sí més que habitualment 2. Sí No aproximadament el mateix que habitualment 3. No menys que habitualment 4. No molt menys que habitualment	(277)	<input type="checkbox"/>

79. Per acabar, li volem demanar si tindria algun inconvenient en què en el futur ens tornem a posar en contacte amb vostè en relació a temes de salut. Li recordem que, com es diu a la carta que li ha fet arribar l'Alcalde, la informació que vostè ha aportat serà tractada de manera totalment confidencial.

1. Sí, em sembla bé que es tornin a posar en contacte amb mi per aquest tema (278)
2. No, preferiria que no es tornessin a posar en contacte amb mi per aquest tema

Hora de finalització: _____

Certificados de aprobación de Comités de ética para el proyecto KIDSCREEN

Translation of the vote from the ethic-committee Hamburg

No.: 1752

Screening for and Promotion of Health-related Quality of Life in Children & Adolescents- A European Public Health Perspective (KIDSCREEN)

Dear Dr. Ravens-Sieberer,

The above mentioned project was discussed in the 47. meeting of the ethic committee on the 05.12.2000.

After a detailed discussion of the existing documents the committee has no objection against the above mentioned project.

The committee points out that the responsibility of the project leader for the research project and its performance is not touched by the vote.

You will be requested to inform the ethic committee in case of any serious or unexpected occurrences during the study. The committee takes it for granted that the personal data of the patients will be treated with regard to the guidelines of the data protection.

After having finished the project we ask you to send us a report under our reference number, in which success/ failure and possible break off or modifications of the study as well as claims of recourse will be declared.

Prof. Dr. med. K. Held

INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Ester Amado Guirado, secretaria del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació Jordi Gol i Gurina.

CERTIFICO:

Que aquest Comitè, en la reunió del dia 19 de desembre de 2001, ha avaluat el projecte d'investigació P01/11, titulat: "Screening for and promotion of health related quality of live in children & adolescents – A European public health perspective" presentat pel Dr. Luis Ramjil, com investigador principal.

També ha avaluat el model de full d'informació al pacient, considerant que respecta els principis ètics i metodològics per a poder portar-lo a terme. És per això que ha acordat donar l'aprovació definitiva al projecte abans esmentat.

Firmo a Barcelona a 24 de desembre de 2001



Materiales del trabajo de campo del estudio KIDSCREEN

Muestreo del proyecto KIDSCREEN Protocolo y guión de entrevistas telefónicas

Estrategia

Todos los entrevistadores deberían revisar y seguir la entrevista estandarizada, confirmando que se cumplan las condiciones de base establecidas para el proceso de muestreo. El guión de la entrevista telefónica fue estandarizado entre países antes del inicio del trabajo de campo.

Aspectos a tener en cuenta

a. Las lenguas del Estado español

La consideración de todas las lenguas oficiales del Estado español (catalán, castellano, gallego y eusquera) es un elemento importante en este proceso. Asimismo, notar que en la entrevista se utiliza la expresión *Estado español* en lugar de *España*.

En el Estado español, además de castellano se hablan otros 3 idiomas, que son propios y cooficiales en las 3 Comunidades Autónomas (nacionalidades históricas) donde se habla: Cataluña, País Vasco y Galicia. En estas tres Comunidades y, especialmente en Cataluña, la gran mayoría de las personas son bilingües, pero existe una sensibilidad especial hacia el idioma propio. Las personas de estas nacionalidades históricas tienen el derecho de ser atendidas en la lengua propia y muchas de ellas pueden sentirse agredidas si no es así. Las empresas de trabajo de campo saben que para conseguir una mayor respuesta deben contratar a entrevistadores/as bilingües ya que el entrevistado está haciendo un favor a quién le entrevista. Por ello, todos los detalles deben ser cuidados y en especial el idioma, que es un aspecto sensible. En caso que el entrevistador/a no pueda hablar la lengua del entrevistado, sugerimos el entrevistador/a se disculpe por no poder hacerlo. Aunque tenga que atenderle en otro idioma, parece que este detalle podría ser una forma de respetar la lengua en la que se expresa cada uno/a.

b. Prefijos locales de teléfonos fijos

A partir de los números de teléfonos fijos, vosotros podéis saber a qué región del Estado español estáis por llamar. Si se trata de una de las Cominidades Autónomas antes mencionadas, podréis estar mejor predispuestos para tener en cuenta las expectativas que estas personas podrían tener de vosotros/as.

En la Tabla 1 tenéis el listado de prefijos locales de teléfonos fijos por provincias del Estado, donde se señalan aquellas que pertenecen a las comunidades donde la gran mayoría de las personas es bilingüe. También incluye los prefijos de los códigos postales, para que controléis con el que recogéis de la persona entrevistada.

Esta información no se puede tener a partir de los teléfonos móviles.

Tabla 1. Prefijos telefónicos de las provincias del Estado español.

Prefijo telefónico	Provincia	Código Postal	Comunidad Autónoma o provincia
91	Madrid	28	
93	Barcelona	08	Cataluña (catalán)
94	Vizcaya	48	País Vasco (Euskera)
95	Málaga	29	
95	Sevilla	41	
96	Alicante	03	
96	Valencia	46	
98	Asturias	33	
920	Ávila	05	
921	Segovia	40	
922	Santa Cruz de Tenerife	38	
923	Salamanca	37	
924	Badajoz	06	
925	Toledo	45	
926	Ciudad Real	13	
927	Cáceres	10	
928	Las Palmas de Gran Canaria	35	
941	Logroño	26	
942	Cantabria	39	
943	Guipúzcoa	20	País Vasco (Euskera)
945	Álava	01	País Vasco (Euskera)
947	Burgos	09	
948	Navarra	31	Navarra (Euskera)
949	Guadalajara	19	
950	Almería	04	
952	Melilla	52	
953	Jaén	23	
956	Cádiz	11	
956	Ceuta	51	
957	Córdoba	14	
958	Granada	18	
959	Huelva	21	
964	Castellón de la Plana	12	
967	Albacete	02	
968	Murcia	30	
969	Cuenca	16	
971	Baleares	07	
972	Girona	17	Cataluña (catalán)
973	Lleida	25	Cataluña (catalán)
974	Huesca	22	
975	Soria	42	
976	Zaragoza	50	
977	Tarragona	43	Cataluña (catalán)
978	Teruel	44	
979	Palencia	34	
980	Zamora	49	
981	Coruña	15	Galicia (gallego)
982	Lugo	27	Galicia (gallego)
983	Valladolid	47	
986	Pontevedra	36	Galicia (gallego)
987	León	24	
988	Ourense	32	Galicia (gallego)

c. Nuestro respaldo

Como veréis al final del guión de la entrevista, nosotros hemos puesto en funcionamiento una línea de teléfono gratuita y una página en la web (en catalán y en castellano) con información sobre el proyecto. Creemos que puede ser útil insistir a las personas que dudan o no aceptan participar en que recurran a ellas y quedar en una nueva llamada.

Registro de datos

El registro debe realizarse para cada llamada a casos elegibles (sampling target: hogares donde vive un chico/a de entre 8 y 18 años). La información que necesitamos es la siguiente:

- resultado: aceptación / rechazo
- prefijo del número telefónico: primeros 3 números, después del código de llamada internacional para España. Por ejemplo: para el número 0034-**932594200**, debe registrarse el número 932.
- fecha de la llamada
- horario de la llamada
- sexo de la persona entrevistada
- código de entrevistador
- Información adicional: cualquier información de una conversación que creáis que pueden tener que ver con el rechazo o la aceptación, que vosotros observéis sobre partes del diálogo u otros aspectos.

La tabla 2 incluye estos datos y podría utilizarse como modelo para su recogida.

Tabla 2. Planilla modelo para la recogida de datos

Nº	Resultado (acepta/rechaza)	Prefijo tel. (3 cifras)	Fecha	hora	sexo	Cód. entrevistador	Info. adicional

ENTREVISTA TELEFÓNICA

1. Introducción

"Buenas tardes, mi nombre es _____.

2. Pequeña explicación de la llamada telefónica

Estamos llevando a cabo un proyecto de investigación para la Unión Europea sobre la salud y calidad de vida de niños y jóvenes. Justo ahora estamos buscando padres e hijos que quieran llenar un cuestionario.

Información adicional, sólo si la persona entrevistada la solicita:

Llamo en nombre de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas con sede en Barcelona. Esta Agencia depende del Servicio Catalán de Salud del Gobierno de Cataluña; y es la responsable de llevar a cabo este estudio en el Estado español.

Sólo en último caso, si la persona hace puntualmente la pregunta, diréis desde qué ciudad llamáis (Nürnberg, por ejemplo; parece ser más conveniente que decir "Alemania"). Primero, podéis comentar que las llamadas están centralizadas en un lugar para todos los países participantes; en última instancia, podéis decir que la empresa es alemana y la ciudad desde la que llamáis.

3. ¿Hay niños en casa?

"¿Hay niños o adolescentes entre 8 y 18 años viviendo en su casa?"

(Si la respuesta es 'NO' ⇒ (parar). Entonces le pedimos disculpas por la molestia porque no podemos incluirlo en este estudio. Gracias y adiós.)

4. Hablar con el padre/madre o tutor/a del chico

"¿Es usted el padre/madre o tutor/a de estos chicos?"

si la respuesta es 'NO' ⇒ ¿podría hablar, por favor, con el padre/madre o tutor/a de los chicos?

si la respuesta es 'NO' ⇒ (parar y volver a intentarlo después) "De acuerdo, llamaré en otra ocasión, entonces. ¿En qué horario cree que podría encontrar al padre, a la madre o al/la tutor/a de los chicos?"

5. Explicación del estudio

"En el cuestionario se trata de medir cómo se encuentra su hijo/a en diferentes situaciones de la vida diaria y cómo se siente, por ejemplo, en la escuela o con los amigos. Si desea participar le enviaríamos un cuestionario que usted podrá llenar con tranquilidad en su casa. Esto le tomará aproximadamente 30 minutos y a su hijo unos 45 minutos. Sería muy importante que Ud.

participara para que podamos obtener una imagen precisa de la salud en niños y jóvenes. Por supuesto que le enviaríamos un sobre ya sellado, de modo que no habrían costes para usted.

6. Incentivos (específico para cada país)

A modo de agradecimiento, se sorteará un viaje a Port Aventura (Tarragona) con alojamiento para cuatro personas, entre todos los participantes del Estado español.

7. Consentimiento para participar en el estudio

"¿Estarían usted y su hijo/a dispuestos a participar en este estudio?"

si la respuesta es 'NO' ⇒ entrevista corta

8. Identificar el chico que participará en el estudio (en caso de que viva más de un niño en la casa)

"Puesto que sólo podemos entrevistar a un chico por familia, quisiéramos escoger a aquel que tenga primero su cumpleaños. ¿Podría entonces darnos el nombre de su hijo? (¿Es hombre o mujer?) ¿Cuántos años tiene?"

9. Nombre y dirección del padre y del chico

"Para que podamos enviarle el cuestionario, necesito su nombre y dirección. Le aseguramos que se utilizará su dirección sólo para este estudio. Sus datos serán tratados de forma confidencial."

10. Gracias y adiós

"Gracias Sr./Sra. _____ por participar en este estudio. Le enviaremos el cuestionario la semana que viene. Si desea más información sobre este proyecto puede visitar nuestros portales en Internet www.aatm.es/kid y en www.kidscreen.org, o le puedo dar el número de teléfono de una persona de contacto." (Teléfono: 900 50 58 19 Lunes a viernes, de 9 h a 14 h y de 15 h a 17.30 h). "Adiós y gracias por todo Sr. _____."

Personas y direcciones de contacto

Dr. Luis Rajmil
Dra. Marta Aymerich
Lic. Silvina Berra
Lic. Rosa Farré
Lic. Vicky Serra

ENTREVISTA CORTA PARA QUIENES NO ACEPTAN PARTICIPAR

"A pesar de que usted no participe en nuestro estudio, le agradeceríamos que nos contestase unas breves preguntas en este momento.

Si esta persona le pregunta por qué, le puede explicar lo siguiente: "Esto nos ayudaría a describir las familias que no participan"

1. En general, ¿cómo diría que es la salud del chico/a?

Las opciones de respuesta son las siguientes:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular o
- Mala

2. ¿En que tipo de población vive?

Las opciones de respuesta son las siguientes:

- una gran ciudad
- las afueras de una gran ciudad
- una ciudad pequeña
- un pueblo o una aldea
- una casa aislada en zona rural

3.(a) ¿Cuál es su estado civil actual?

- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a
- Separado/a
- Nunca casado/a

3.(b) ¿Vive en pareja?

- Sí
- No

4. En general, ¿cómo diría usted que es su salud?

Las posibles respuestas serían:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular o
- Mala

5. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado? ¿Y su pareja? [esperar que responda]

Sin estudios o estudios primarios incompletos

Estudios primarios (estudios de graduado escolar, EGB hasta 8º, bachiller elemental o similar)

Estudios técnicos (Formación profesional [FP] de grado medio)

Estudios de enseñanza secundaria (bachiller superior, BUP, COU, FP de grado superior)

Estudios universitarios medios (perito, ingeniería técnica, escuelas universitarias, primer ciclo universitario o similar)

Estudios universitarios superiores (ingeniería superior, licenciatura o doctorado)

6. ¿Cuál es el motivo por el cual no participa en nuestro estudio?

Las posibles respuestas son:

-No tengo tiempo

-No me interesa

-Falta de dominio del idioma

-Otros

7. Gracias y adiós

"Gracias por responder estas preguntas. Por favor, para cualquier pregunta no dude en llamarnos por teléfono o consultar la información disponible en internet.

Adiós y gracias por todo Sr/a"

Personas y direcciones de contacto

Dr. Luis Rajmil

Dra. Marta Aymerich

Lic. Silvina Berra

Lic. Rosa Farré

Lic. Vicky Serra

Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas

Teléfono: 900 50 58 19 (Lunes a viernes, de 9 h a 14 h y de 15 h a 17.30 h)

Internet: www.aatm.es/kid
www.kidscreen.org

Sr./Sra.

«PARFNAM» «PARSNAM»

«COUNTY»

Chico/a: «CHNAME»

Nº ID: «ID» «Tipus_de_çuestionari»

Apreciados padres:

Gracias de antemano por su interés en nuestro proyecto. Con su participación nos ayudan activamente a obtener más información sobre el estado de salud de los niños y adolescentes en Europa. Usted y el chico/a han sido seleccionados al azar y representan una parte de la población española. En el cuestionario se tratan temas como el bienestar del chico/a en relación con la familia, el colegio y el barrio.

Junto con esta carta, les enviamos la siguiente documentación para «CHNAME»:

- 1. Una carta informativa** para el chico/a, explicando los objetivos del estudio
- 2. Un cuestionario** para el chico/a (identificado en la entrevista telefónica). Por favor, asegúrese de que comprende bien las instrucciones para rellenar el cuestionario. Es importante que el chico/a complete el cuestionario solo y que respeten su intimidad. Cuando el chico/a lo haya cumplimentado, tendría que introducirlo en el sobre blanco que se les ha enviado. Este sobre se tendrá que introducir en el de los padres (sobre marrón con franqueo pagado).
- 3. Un sobre blanco** para que el chico/a introduzca su cuestionario

y la siguiente documentación **para usted**:

- 1. Un impreso** para que los padres expresen su **consentimiento informado** para su participación y la del chico/a en el estudio. Por favor, lean atentamente, firmenlo e introdúzcanlo en el sobre marrón (con franqueo pagado) que les hemos enviado.
- 2. Un cuestionario** para padres a completar por el padre/madre o tutor. Por favor, lean atentamente las instrucciones al comienzo del cuestionario antes de empezar a responderlo. Una vez cumplimentado, por favor, introdúzcanlo en el sobre marrón con franqueo pagado.
- 3. Un sobre marrón con franqueo pagado** para que los padres introduzcan en él su consentimiento informado, el cuestionario de los padres y el cuestionario del chico/a en el sobre blanco cerrado.
- 4. Una tarjeta con información** en varios idiomas con el objetivo del estudio.

Sus datos y los del chico/a serán tratados de forma confidencial. Si ustedes tienen alguna pregunta sobre este procedimiento o si desean más información sobre el estudio, por favor no duden en

contactar con nosotros (teléfono: 900 50 58 19, de 9h a 14h y de 15h a 17.30). Los resultados de este estudio estarán disponibles en la página web www.kidscreen.org antes de finales del año 2003.

Para agradecer la colaboración en este estudio, se sorteará, entre todos los participantes del Estado español, un viaje a Port Aventura (Tarragona) con alojamiento para cuatro personas. El sorteo está previsto para otoño de 2003.

Muchas gracias por su colaboración y la de su hijo/a.

Atentamente,



Dr. Luis Rajmil
Investigador principal

Barcelona, 07 de junio de 2003

Por favor, compruebe que nos envía:

- El consentimiento para su participación y la del chico/a, firmado
- Su cuestionario
- El cuestionario del chico/a en el sobre blanco cerrado.

Le rogamos que no tarde más de **10 días** en hacer el envío.

Personas y direcciones de contacto

Dr. Luis Rajmil
Dra. Marta Aymerich
Lic. Silvina Berra
Lic. Imma Guillamón
Lic. Vicky Serra

Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas

Teléfono: 900 50 58 19 (Lunes a viernes, de 9 h a 14 h y de 15 h a 17.30 h)
Internet: www.aatm.es/kid ; www.kidscreen.org

CONSENTIMIENTO



Estoy de acuerdo en participar en el estudio KIDSCREEN de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas y con mi firma autorizo a participar también a mi hijo/a:

Por favor, indíquenos el nombre completo en mayúsculas

Me han informado sobre los contenidos de la investigación. El estudio se llevará a cabo teniendo en cuenta las leyes de seguridad de datos personales.

La firma de este consentimiento igual que la participación de mi hijo/a es totalmente voluntaria. Con mi firma estoy de acuerdo en que mis datos sean tratados bajo la ley de protección de datos.

Ningún tipo de información personal sobre mí y mi hijo/a será proporcionada a otras personas, y sólo doy mi consentimiento con esta condición.

(lugar y fecha)

(firma del padre/madre o tutor legal)

ID: «ID» «Tipus_de_qüestionari»

Nº ID: «ID» «Tipus_de_qüestionari»

Apreciado/a «CHNAME»:

Hace unos días contactamos con tu familia y le preguntamos si participarías en el estudio Kidscreen. En este proyecto participan personas de 13 países de Europa; tu y tu familia han sido seleccionados para representar a una parte de la población española. Nos gustaría saber cómo se sienten los chicos/as, qué piensan sobre ellos mismos y sobre los demás, y qué les hace sentirse bien y sanos/as.

Te enviamos un cuestionario con muchas preguntas para que las contestes. Tus padres contestarán otro cuestionario con preguntas similares y también nos lo reenviarán. Incluso en el caso de que tus padres no pudiesen rellenar el cuestionario es importante que tú lo hagas. **Es tu opinión la que nos interesa.** Por favor, aunque parezca que haya preguntas repetidas, contéstalas todas.

Funciona de la siguiente manera:

Antes de empezar a contestar las preguntas, por favor lee atentamente las **instrucciones que hay al principio del cuestionario**. Es importante que las respuestas sean tuyas, porque queremos saber **tu opinión** y no la de otra persona. Es preferible que no enseñes tus respuestas a nadie. De la misma manera, esta información será tratada de forma confidencial.

Si tienes alguna pregunta sobre cómo hacerlo puedes contactar con nosotros al teléfono 900 50 58 19, de lunes a viernes, de 9 h a 14 h y de 15 h a 17.30 h.

Para agradecer la colaboración en este estudio, se sorteará, entre todos los participantes del Estado español, un viaje a Port Aventura (Tarragona) con alojamiento para cuatro personas. El sorteo está previsto para otoño de 2003.

Muchas gracias por tu colaboración,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Luis Rajmil', written in a cursive style.

Dr. Luis Rajmil

Investigador Principal

Barcelona, 07 de junio de 2003

Personas y direcciones de contacto

Dr. Luis Rajmil
Dra. Marta Aymerich
Lic. Silvina Berra
Lic. Imma Guillamón
Lic. Vicky Serra

Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas

Teléfono: 900 50 58 19 (Lunes a viernes, de 9 h a 14 h y de 15 h a 17.30 h)
Internet: www.aatm.es/kid ; www.kidscreen.org

Cuestionario del estudio KIDSCREEN para chicos y chicas ^a

^a El cuestionario para niños y niñas es similar, con algunas preguntas menos en módulos como los de características sociodemográficas de la familia.



KID*screen*

**Estudio europeo
de salud y bienestar
de niños/as y adolescentes**

Cuestionario para chicos y chicas de 12 a 18 años

¡Hola a todos!

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que queremos saber sobre ti. Tus respuestas nos ayudarán a conocer lo que los niños/as y jóvenes necesitan para sentirse contentos/as y sanos/as.

Esto se hace de la siguiente manera:

Por favor, lee cada pregunta atentamente ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una cruz en ella.

Algunas veces, nos interesa saber **CON QUÉ INTENSIDAD** piensas o sientes algo. A veces queremos saber **CON QUÉ FRECUENCIA** piensas o sientes algo. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días.

Ejemplo:

Piensa en la última semana...	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
¿Has estado contento/a con el tiempo?	Nada <input checked="" type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
¿Has tenido ganas de comer pizza?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input checked="" type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Si no has estado contento con el tiempo que hizo en los últimos 7 días, entonces marcarías la opción que dice 'nada'. Si a menudo has tenido ganas de comer pizza, entonces tendrías que marcar la opción que dice 'casi siempre'.

Si has cambiado de opinión sobre una respuesta, y ya habías marcado una opción, puedes hacer lo siguiente:

Por favor, tacha la respuesta **incorrecta**, y marca la que **corresponde** con una nueva cruz:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nueva respuesta correcta

Respuesta incorrecta

Si encuentras una pregunta imposible de responder, te puedes saltar la pregunta y pasar a la siguiente.

Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas que puedas y que podamos ver con claridad las cruces.

Cuando hayas acabado todas las preguntas, puedes introducir el cuestionario en el sobre blanco. Coloca este sobre cerrado dentro del sobre marrón de tus padres.

No tienes que enseñar tus respuestas a nadie. Nadie más, aparte de nosotros, verá tus respuestas; serán confidenciales.

¡Muchas gracias por tu participación!

Por favor, anota la fecha de hoy:

___ / ___ / _____

Día Mes Año

1. Sobre ti

1. ¿Eres chica o chico?

1.

Chica

Chico

2. ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

2.

Día

Mes

Año

3. ¿A qué tipo de colegio vas?

3.

Primaria

ESO (Educación Secundaria Obligatoria)

Bachillerato

Ciclo Formativo (Formación profesional [FP] de grado medio)

Colegio de Educación Especial

No voy al colegio

4. ¿A qué curso vas?

4.

_____ curso



5.

¿Cuánto mides (sin zapatos)?

_____ centímetros

6.

¿Cuánto pesas (sin ropa)?

_____ kilos

7.

¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico?

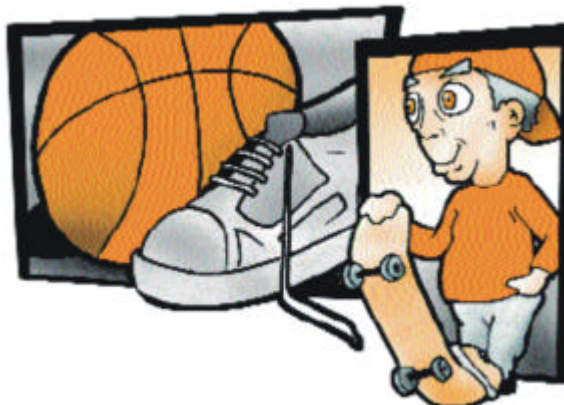
No

Sí ¿Cuál? _____

2. Actividad física y salud

1. En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala



Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Has estado contento/a con tu salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido bien y en forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Te has sentido físicamente activo/a (por ejemplo, has corrido, trepado, ido en bici)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Has sido físicamente capaz de hacer las actividades que más te gustan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Has podido correr bien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Te has sentido relajado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Has participado en deportes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Estado de ánimo

Piensa en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1.	¿Has disfrutado de la vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2.	¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3.	¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4.	¿Has tenido la sensación de conseguir algo que querías?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿Has estado de buen humor?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6.	¿Te has sentido alegre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7.	¿Te has divertido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
8.	¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9.	¿Te has sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10.	¿Te has sentido desgraciado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
11.	¿Has sentido que la vida es aburrida?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
12.	¿Has tenido días en que nada te atraía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
13.	¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
14.	¿Has tenido la sensación de que todo en tu vida sale mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
15. ¿Has tenido la sensación de que tu vida no tenía sentido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
16. ¿Te has sentido tan deprimido/a que no sabías cómo seguir adelante?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
17. ¿Te has sentido preocupado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
18. ¿Te has sentido harto/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
19. ¿Has estado enfadado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
20. ¿Te has sentido agobiado/a o estresado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
21. ¿Te has sentido solo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
22. ¿Te has sentido bajo presión?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

4. Tus amigos/as

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Te lo has pasado bien con los demás?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has sentido que la gente te entendía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has hecho cosas con otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Tú y tus amigos/as os habéis ayudado unos/as a otros/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
8. ¿Te has sentido cerca de tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10. ¿Tus amigos/as te animan cuando lo necesitas?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

5. Tu vida familiar y tu barrio

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has llevado bien con tu madre?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te has llevado bien con tu padre?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Tus padres te han entendido?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿Te has sentido querido/a por tus padres?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿Te has sentido feliz en casa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido cómodo/a en casa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>



6. Lo que sientes sobre ti mismo/a

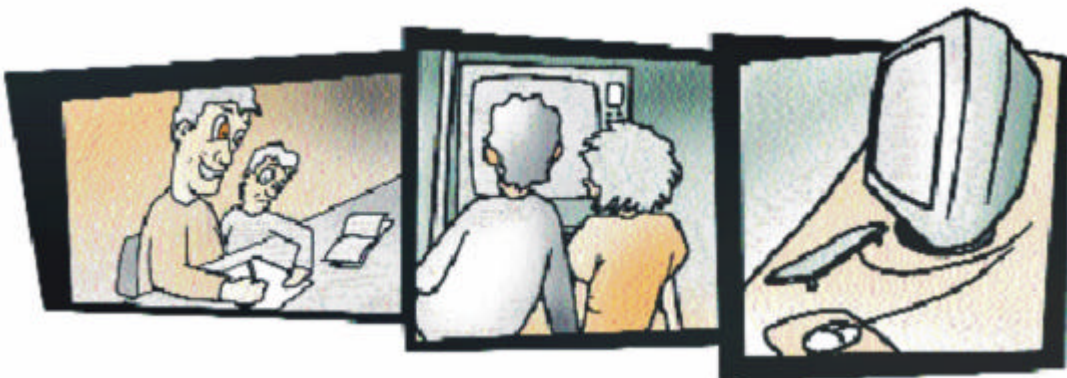
Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Te has sentido orgulloso/a de ti mismo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Has estado satisfecho/a con tu aspecto?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿Has estado contento/a con tu ropa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5.	¿Te ha preocupado tu aspecto?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6.	¿Has querido cambiar tu aspecto?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7.	¿Has tenido envidia del aspecto de otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8.	¿Hay alguna parte de tu cuerpo que te gustaría cambiar?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

7. Tu tiempo libre

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Has tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿Has tenido suficiente tiempo de ver a los amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
6.	¿Has sido capaz de cuidar de ti mismo/a?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
7.	¿Has sentido que controlas tu vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
8.	¿Te has sentido independiente?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>



8. El colegio

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Tus clases han sido divertidas?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿Has podido recordar cosas fácilmente?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
5. ¿Has podido concentrarte?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores/as?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7. ¿Has podido prestar atención?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ¿Te ha gustado ir al colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿Has aprendido muchas cosas interesantes en el colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
11. ¿Tus profesores/as se han interesado por ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

9. Tú y los demás en el colegio

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Has tenido miedo de otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Se han reído de ti otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Te han intimidado o amenazado otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

10. Asuntos económicos

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
3.	¿Tienes suficiente dinero para hacer cosas con tus amigos/as?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

11. Apoyo de los demás

1.

¿A cuántas personas cercanas a ti puedes recurrir cuando tienes problemas graves?

- Ninguna
- 1 ó 2
- 3 - 5
- Más de 5

2.

¿Cuánto interés demuestra la gente por lo que haces?

- Muchísimo interés
- Bastante interés
- No estoy seguro
- Un poco de interés
- Nada de interés

3.

¿Con qué facilidad puedes obtener ayuda de tu familia, amigos/as o vecinos/as si lo necesitas?

- Es muy fácil
- Es fácil
- Es posible
- Es difícil
- Es muy difícil



12. Salud y asistencia sanitaria

1. **En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia...**

	Casi todos los días	Más de una vez a la semana	Casi todas las semanas	Casi todos los meses	Rara vez o nunca
has tenido dolor de cabeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
has tenido dolor de estómago?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
has tenido dolor de espalda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
te has sentido desanimado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
has estado irritable o de mal genio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
has estado nervioso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
has tenido dificultades para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
has tenido sensación de mareo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. **Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días te has encontrado tan mal que has tenido que...**

	0 días	1 a 3 días	4 a 6 días	7 a 14 días	15 a 28 días
estar en cama?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
faltar al colegio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
perderte actividades en tu tiempo libre (por ejemplo, quedar con amigos/as o jugar en la calle)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. **¿Tienes un centro habitual de asistencia sanitaria?**

Sí

No

4. **Si necesitas consejos confidenciales sobre tu salud, ¿tienes la posibilidad de preguntarlos a un profesional de la salud?**

Sí

No

13. Tabaco y alcohol

1.

¿Actualmente fumas cigarrillos? Si es que sí, ¿con qué frecuencia lo haces?

- No fumo
- Fumo menos de una vez por semana
- Fumo por lo menos una vez por semana, pero no a diario
- Fumo cada día

2.

¿Tu padre o tu madre fuman?

	No fuma	Fuma a veces	Fuma a diario	No lo sé	No tengo o no veo a esta persona
Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.

¿Alguien fuma en la misma habitación durante tu tiempo libre o mientras haces los deberes?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

4.

Piensa en los **últimos 30 días**, ¿cuántas veces (si se ha dado el caso) has tomado cinco o más bebidas una detrás de otra?

Una bebida es un vaso de vino (10 cl), una botella o lata de cerveza (50 cl), una copa de licor (5 cl) o un combinado.

- Ninguna
- 1 vez
- 2 veces
- 3 - 5 veces
- 6 - 9 veces
- 10 o más veces

14. Satisfacción con tu vida

Para las afirmaciones de 1 a 11, señala la casilla de la columna correspondiente según estés **completamente de acuerdo**, **de acuerdo en parte**, o **no estés de acuerdo** con cada afirmación.

	Completamente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Un poco de acuerdo	Nada de acuerdo
1. Estoy lleno/a de energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Resisto muy bien las enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando me pongo enfermo/a, me suelo recuperar rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Coordino bien mis movimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tengo muchas cualidades positivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estoy en muy buena forma física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me gusta ser como soy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Estoy satisfecho/a de cómo vivo la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi fuerza muscular es muy buena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento aceptado/a por los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. ¿Cómo te sientes?

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Sólo alguna vez	Nunca
1. te has sentido triste?	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Muchas veces <input type="radio"/>	Sólo alguna vez <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
2. has tenido miedo o te has asustado/a?	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Muchas veces <input type="radio"/>	Sólo alguna vez <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
3. te has preocupado por las cosas?	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Muchas veces <input type="radio"/>	Sólo alguna vez <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
4. te has sentido infeliz?	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Muchas veces <input type="radio"/>	Sólo alguna vez <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
5. te has sentido feliz?	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Muchas veces <input type="radio"/>	Sólo alguna vez <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
6. has disfrutado con las cosas que hacías?	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Muchas veces <input type="radio"/>	Sólo alguna vez <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
7. te has divertido?	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Muchas veces <input type="radio"/>	Sólo alguna vez <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
8. te ha gustado cómo eras?	Siempre <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Muchas veces <input type="radio"/>	Sólo alguna vez <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>

Piensa en la **última semana**...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
9. Me he sentido bien conmigo mismo/a.	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>



16. Tu salud y calidad de vida en el último mes

Durante las **últimas 4 semanas...**

	Nunca	Pocas veces	Algunas Veces	Muchas veces	Siempre
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido inquieto/a, preocupado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido estresado/a, agobiado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Te has desanimado con facilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido preocupado/a por el futuro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Te has sentido ayudado/a, apoyado/a por tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Te has sentido comprendido/a por tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las **últimas 4 semanas...**

	No tengo	Nunca	Pocas veces	Algunas Veces	Muchas veces	Siempre
		Nada	Poco	Moderada- mente	Mucho	Muchísimo
9. ¿Te has sentido satisfecho/a con la relación sentimental con tu chico/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las **últimas 4 semanas...**

	Nunca	Pocas veces	Algunas Veces	Muchas veces	Siempre
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
11. ¿Te has sentido comprendido/a, tranquilizado/a por tus padres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Te has sentido satisfecho/a de tus resultados escolares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Te has sentido ayudado/a por tus profesores/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Te has sentido comprendido/a por tus profesores/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Te has sentido aceptado/a, respetado/a por tus profesores/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu físico, por tu aspecto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Te has sentido demasiado gordo/a, demasiado delgado/a, demasiado alto/a o demasiado bajo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Te ha faltado energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Has estado en buena forma física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Te has sentido débil, cansado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Te han dado tus padres algún consejo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Has ido a casa de tus amigos o amigas o han ido ellos/as a la tuya?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ¿Has hecho algún tipo de actividad al aire libre con tus amigos o amigas: ir en bici, practicar algún deporte...?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Te has sentido con la moral alta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Te has tomado las cosas por su lado positivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las **últimas 4 semanas...**

	Nunca	Pocas veces	Algunas Veces	Muchas veces	Siempre
	Nada	Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
26. ¿Has tenido la sensación de que todo iba bien a tu alrededor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. ¿Has tenido confianza en ti mismo/a, te has sentido seguro/a de ti mismo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. ¿Has tenido buenos resultados en el colegio, en el instituto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿Has tenido dolor en alguna parte de tu cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. ¿Has podido hablar libremente con tus amigos/as, dar tu opinión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. ¿Has podido reunirte con tu grupo de amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ¿Has podido salir: ir al centro, de compras, al cine, dar una vuelta...?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. ¿Has podido charlar con tus amigos o amigas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. ¿Has podido sincerarte, hablar de tus problemas con tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. ¿Has podido sincerarte, hablar de tus problemas con tus padres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. ¿Has podido hablar libremente con tus padres, dar tu opinión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las **últimas 4 semanas...**

	No me han Visitado	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
		Nada	Poco	Moderada- mente	Mucho	Muchísimo
37. ¿Te has sentido ayudado/a por el personal sanitario (médico/a, enfermero/a, psicólogo/a...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. ¿Te has sentido comprendido/a, tranquilizado/a por el personal sanitario (médico/a, enfermero/a, psicólogo/a...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. ¿Te has sentido respetado/a por el personal sanitario (médico/a, enfermero/a, psicólogo/a...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Descripción de tu vida

1.	Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia te has perdido una actividad que querías hacer por problemas físicos o emocionales?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia has tenido una conversación con un adulto sobre algo que es importante para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia los de tu edad te han dejado de lado a causa de tu aspecto?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia algún miembro de tu familia ha tenido una discusión fuerte con otro miembro de la familia?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia has sentido que no podías sacarte de encima la tristeza, a pesar de la ayuda de tu familia y amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>



18. Valoración de tu vida

Por favor, marca con una cruz el número que mejor describa lo que sientes.

1. Siento que me llevo bien con mis padres o tutores. *(marca con una cruz el número)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No, en absoluto Totalmente

2. Miro adelante hacia el futuro. *(marca con una cruz el número)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No, en absoluto Mucho

3. Me siento solo/a en la vida. *(marca con una cruz el número)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No, en absoluto Mucho

4. Me siento bien conmigo. *(marca con una cruz el número)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No, en absoluto Totalmente

5. Disfruto de la vida. *(marca con una cruz el número)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No, en absoluto Mucho

6. Estoy satisfecho/a con mi vida en este momento. *(marca con una cruz el número)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No, en absoluto Totalmente

7. Siento que la vida vale la pena. *(marca con una cruz el número)*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No, en absoluto Totalmente

8. Si me comparo con otros chicos/as de mi edad, siento que mi vida es...

(marca con una cruz el número)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
mucho peor que la de los demás mucho mejor que la de los demás

19. Tus puntos fuertes y tus puntos débiles

Por favor, responde a las preguntas según como te han ido las cosas en los **últimos seis meses**

En los últimos seis meses...	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente sí
Procuro ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente comparto con otros/as mis juguetes, chucherías, lápices, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por lo general soy obediente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo estoy preocupado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo un buen amigo/a por lo menos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peleo con frecuencia con otros/as, manipulo a los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento a menudo triste, desanimado/a o con ganas de llorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, pierdo fácilmente la confianza en mí mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros/as, niños/as).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cojo cosas que no son mías de casa, el colegio o de otros sitios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.

En general, ¿crees que tienes dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarte con otras personas?

No

Sí
pequeñas dificultades

Sí
claras dificultades

Sí
severas dificultades

Si has contestado "No", por favor ve a la página siguiente (sección 20). Si has contestado "Sí", por favor responde a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

2.

¿Desde cuándo tienes estas dificultades?

Menos de un mes

1-5 meses

6-12 meses

Más de un año

3.

¿Estas dificultades te preocupan o te hacen sufrir?

No

Sólo un poco

Bastante

Mucho

4.

¿Repercuten estas dificultades en tu vida diaria en los siguientes aspectos?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
Vida en la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aprendizaje en el colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades de ocio o de tiempo libre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.

¿Suponen estas dificultades una carga para los que están a tu alrededor (tu familia, amigos/as, profesores/as, etc.)?

No

Sólo un poco

Bastante

Mucho

20. Más preguntas sobre cómo te sientes

Nos gustaría saber algo sobre tu cuerpo.
Piensa en la **última semana...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ... me he sentido enfermo/a	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ... me ha dolido algo	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ... he estado muy cansado/a	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ... he tenido mucha fuerza y energía	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Questionario para chicos y chicas

Ahora algo sobre cómo te sientes

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ... me he reído y divertido mucho	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ... me he aburrido mucho	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ... me he sentido solo/a	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ... he sentido miedo o me he sentido inseguro/a	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Y lo que piensas de ti mismo/a.
Piensa en la **última semana...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
9. ... me he sentido orgulloso/a de mí mismo/a	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10. ... me he gustado a mí mismo/a	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
11. ... me he sentido satisfecho conmigo mismo/a	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
12. ... he tenido muchas buenas ideas	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Algunas preguntas más sobre tu familia.
Piensa en la **última semana...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
13. ... me he llevado bien con mis padres	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
14. ... me he sentido a gusto en casa	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
15. ... hemos tenido fuertes discusiones o peleas en casa	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
16. ... me he sentido agobiado/a por mis padres	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Y ahora sobre tus amigos.
Piensa en la **última semana...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
17. ... he hecho cosas con mis amigos/as	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
18. ... les he caído bien a los demás	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
19. ... me he llevado bien con mis amigos/as	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
20. ... me he sentido diferente de los demás	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Ahora nos gustaría saber algo sobre el colegio.
Piensa en la **última semana...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
21. ... he podido hacer bien las tareas escolares	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
22. ... me han interesado las clases	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
23. ... me ha preocupado mi futuro	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
24. ... he tenido miedo de sacar malas notas	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

21. Algunas preguntas más sobre ti y tu familia

1.

¿En qué país naciste?

- En España
- Otro país ¿Qué país? _____

2.

¿En qué país nació tu madre?

- En España
- Otro país ¿Qué país? _____

3.

¿En qué país nació tu padre?

- En España
- Otro país ¿Qué país? _____

4.

¿Hasta qué punto crees que es buena la situación económica de tu familia?

- Muy buena
- Bastante buena
- Media
- No muy buena
- Nada buena

5. ¿Tu familia tiene coche, furgoneta o camión?

- No
- Sí, uno
- Sí, dos o más

6. ¿Tienes tu propia habitación para ti solo/a?

- No
- Sí

7.

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has ido de viaje de vacaciones con tu familia?

- Nunca
- Una vez
- Dos veces
- Más de dos veces

8.

¿Cuántos ordenadores tiene tu familia?

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Más de dos

22. Algunas preguntas más sobre tu salud

1. Algunas personas tienen problemas de salud que duran mucho tiempo (por ejemplo, asma, diabetes, artritis, enfermedades de la piel, epilepsia u otros).
¿Tienes este tipo de problemas de salud?

- No Si la respuesta es no, pasa al final del cuestionario, en la sección 23.
- Sí Si la respuesta es sí, por favor contesta las siguientes preguntas:

Piensa en las **últimas 4 semanas...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
2. ¿Puedes hacer todo lo que quieres aunque estés enfermo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te sientes como los demás aunque estés enfermo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Eres libre de llevar la vida que quieras a pesar de estar enfermo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te da miedo tu futuro debido a tu enfermedad?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te sientes solo/a debido a tu enfermedad?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piensa en las **últimas 4 semanas...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7. ¿Eres tímido/a debido a tu enfermedad?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ¿Te sientes cansado/a debido a tu enfermedad?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿Tu vida está muy condicionada por tu enfermedad?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10. ¿Tienes dificultades para dormir debido a tu enfermedad?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
11. ¿Te sientes excluido/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
12. ¿Te sientes distinto/a a los otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
13. ¿Te cuesta hacer amigos/as debido a tu enfermedad?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
14. ¿Tus amigos/as te aceptan tal como eres?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
15. ¿Puedes jugar o hacer cosas con otros chicos/as (por ejemplo, deporte)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
16. ¿Piensas que puedes hacer la mayoría de las cosas igual de bien que los otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
17. ¿A tus amigos/as les gusta estar contigo?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Las siguientes preguntas se refieren al tratamiento que recibes por tu enfermedad/estado de salud (por ejemplo, medicamentos, uso del inhalador, insulina...).

Piensa en las **últimas 4 semanas...**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
18. ¿Te molesta que tengan que ayudarte para tomar los medicamentos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
19. ¿Estás preocupado/a por tu tratamiento?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
20. ¿El hecho de tomar medicamentos dificulta tu vida diaria?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

23. Y para acabar, unas preguntas sobre el hecho de rellenar este cuestionario

	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Ha sido fácil entender las preguntas?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Los contenidos de las preguntas fueron sobre aspectos importantes de tu vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

¡Muchas gracias por tu participación!

KIDSCREEN

Screening for and Promotion of Health related
Quality of Life in Children & Adolescents –
A European Public Health Perspective

Project Number: QLG-CT-2000- 00751

Duration: 1.2.01 – 31.1.04

Funded by the European Commission

**Agència d'Avaluació de Tecnologia
i Recerca Mèdiques**

Esteve Terrados, 30
Recinte Parc Sanitari Pere Virgili
Edifici Mestral, 1a planta
08023 Barcelona
Tel. 93 2594200
Fax 93 2594201

Cuestionario del estudio KIDSCREEN para madres y padres



KIDSCREEN

**Estudio europeo
de salud y bienestar
de niños/as y adolescentes**

Cuestionario para padres

Apreciados/as madres, padres o tutores/as:

¿Cómo está el chico/a? ¿Cómo se siente? Esto es lo que queremos saber sobre él/ella. Sus respuestas nos ayudarán a conocer lo que los chicos/as y jóvenes necesitan para sentirse contentos/as y sanos/as.

Por favor, conteste las preguntas como mejor pueda intentando que las respuestas que dé reflejen la perspectiva del chico/a.

Algunas de las cuestiones le preguntan sobre los sentimientos del chico/a y a usted le puede parecer que es imposible responderlas con exactitud o incluso simplemente pensar que no las puede contestar. En el caso de estas preguntas, por favor, conteste pensando en cómo usted cree que el chico/a respondería, basándose en la información de que dispone.

Esto se hace de la siguiente manera:

Por favor, lea cada pregunta atentamente ¿cuál es la respuesta que primero se le ocurre? Escoja la opción que crea más oportuna y escriba una cruz en ella.

Algunas veces, nos interesa saber, con **QUÉ INTENSIDAD** piensa o siente algo el chico/a. A veces queremos saber **CON QUÉ FRECUENCIA** él/ella piensa o siente algo. Cuando piense en la respuesta, por favor intente recordar la última semana, es decir, los últimos siete días.

Ejemplo:

Piense en la última semana...	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
¿El chico/a ha estado contento/a con el tiempo?	Nada <input checked="" type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
¿El chico/a ha tenido ganas de comer pizza?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input checked="" type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Si el chico/a no ha estado contento con el tiempo que ha hecho en los últimos 7 días, entonces marcaría la opción que dice 'nada'. Si el chico/a a menudo ha tenido ganas de comer pizza, entonces tendría que marcar la opción que dice 'casi siempre'.

Si ha cambiado de opinión sobre una respuesta, y ya había marcado una opción, puede hacer lo siguiente:

Por favor, tache la respuesta **incorrecta**, y marque la que **corresponda** con una nueva cruz:

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nueva respuesta correcta			Respuesta incorrecta	

Si encuentra una pregunta imposible de responder, puede saltar la pregunta y pasar a la siguiente. Pero por favor, intente contestar todas las preguntas que le sea posible.

¡Muchas gracias por su participación!

1. Sobre el chico/a y su familia

1. ¿Quién rellena este cuestionario?

- Madre
- Padre
- Madrastra / Pareja del padre
- Padrastro / Pareja de la madre
- Otro

¿Quién? _____

2. ¿Cuándo nació el chico/a (el chico/a entrevistado/a)?

Día

Mes

Año

3. ¿Es una chica o un chico?

- Chica
- Chico

4. ¿Cuánto mide el chico/a (sin zapatos)?

_____ centímetros

5. ¿Cuánto pesa el chico/a (sin ropa)?

_____ kilogramos

6.

¿En qué año nació **usted**?

— — — —
Año

7.

¿Cuál es su estado civil actual?

- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a
- Separado/a
- Nunca casado/a

8.

¿Vive en pareja?

- Sí
- No

9.

¿Cuáles de los siguientes adultos (de más de 18 años) viven en casa del chico/a?
Si el chico/a vive en dos casas, por favor refiera aquella en la que el chico/a pasa la mayor parte del tiempo. Marque todas las que correspondan.

- Madre
- Padre
- Madrastra / Pareja del padre
- Padrastro / Pareja de la madre
- Abuela
- Abuelo
- Otros (incluidos hermanos adultos)

10.

¿Cuántos niños/as y adolescentes (de menos de 18 años) viven en esta casa (incluyendo el chico/a entrevistado/a)?

2. Actividad física y salud del chico/a

1. En general, ¿cómo diría el chico/a que es su salud?

Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

Piense en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿El chico/a ha estado contento/a con su salud?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿El chico/a se ha sentido bien y en forma?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿El chico/a se ha sentido físicamente activo (por ejemplo, ha corrido, trepado, ido en bici)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
5. ¿El chico/a ha sido físicamente capaz de hacer las actividades que más le gustan?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
6. ¿El chico/a ha podido correr bien?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7. ¿El chico/a se ha sentido lleno/a de energía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ¿El chico/a se ha sentido relajado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿El chico/a ha participado en deportes?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

3. Estado de ánimo

Piense en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿El chico/a ha disfrutado de la vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿El chico/a se ha sentido contento/a de estar vivo/a?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿El chico/a se ha sentido satisfecho/a con su vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿El chico/a ha tenido la sensación de conseguir algo que quería?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿El chico/a ha estado de buen humor?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿El chico/a se ha sentido alegre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿El chico/a se ha divertido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
8. ¿El chico/a ha tenido la sensación de hacerlo todo mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿El chico/a se ha sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10. ¿El chico/a se ha sentido desgraciado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
11. ¿El chico/a ha sentido que la vida es aburrida?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
12. ¿El chico/a ha tenido días en que nada le atraía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
13. ¿El chico/a se ha sentido tan mal que no quería hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
14. ¿El chico/a ha tenido la sensación de que todo en su vida sale mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
15. ¿El chico/a ha tenido la sensación que su vida no tenía sentido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
16. ¿El chico/a se ha sentido tan deprimido/a que no sabía cómo seguir adelante?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
17. ¿El chico/a se ha sentido preocupado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
18. ¿El chico/a se ha sentido harto/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
19. ¿El chico/a ha estado enfadado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
20. ¿El chico/a se ha sentido agobiado/a o estresado/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
21. ¿El chico/a se ha sentido solo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
22. ¿El chico/a se ha sentido bajo presión?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

4. Amigos/as

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿El chico/a se lo ha pasado bien con los demás?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿El chico/a ha sentido que la gente le entendía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿El chico/a ha pasado tiempo con sus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿El chico/a ha hecho cosas con otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿El chico/a se ha divertido con sus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿El chico/a y sus amigos/as se han ayudado unos a otros?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7. ¿El chico/a ha podido hablar de todo con sus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ¿El chico/a se ha sentido cerca de sus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿El chico/a ha podido confiar en sus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10. ¿Los amigos/as del chico/a le animan cuando lo necesita?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

5. La vida familiar y el barrio

Piense en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿El chico/a se ha llevado bien con su madre?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿El chico/a se ha llevado bien con su padre?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿El chico/a se ha sentido comprendido/a por sus padres?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿El chico/a se ha sentido querido/a por sus padres?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿El chico/a se ha sentido feliz en casa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿El chico/a se ha sentido cómodo/a en casa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Los padres del chico/a han tenido suficiente tiempo para él/ella?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ¿Los padres del chico/a le han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿El chico/a ha podido hablar con sus padres cuando ha querido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

6. Los sentimientos del chico/a

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿El chico/a ha estado contento/a con su forma de ser?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿El chico/a se ha sentido orgulloso/a de sí mismo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿El chico/a ha estado satisfecho/a con su aspecto?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿El chico/a ha estado contento/a con su ropa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5.	¿Al chico/a le ha preocupado su aspecto?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6.	¿El chico/a ha querido cambiar su aspecto?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7.	¿El chico/a ha tenido envidia del aspecto de otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8.	¿Al chico/a le gustaría cambiar alguna parte de su cuerpo?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

7. El tiempo libre del chico/a

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿El chico/a ha tenido suficiente tiempo para él/ella?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿El chico/a ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿El chico/a ha tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4.	¿El chico/a ha tenido suficiente tiempo de ver a sus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿El chico/a ha podido elegir qué hacer en su tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piense en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
6.	¿El chico/a ha sido capaz de cuidar de sí mismo/a?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
7.	¿El chico/a ha sentido que controla su vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
8.	¿El chico/a se ha sentido independiente?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

8. El colegio

Piense en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿El chico/a se ha sentido feliz en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Las clases del chico/a han sido divertidas?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Al chico/a le ha ido bien en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿El chico/a ha podido recordar cosas fácilmente?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
5. ¿El chico/a ha podido concentrarse?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
6. ¿El chico/a se ha sentido satisfecho con sus profesores/as?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
7. ¿El chico/a ha podido prestar atención?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
8. ¿Al chico/a le ha gustado ir al colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
9. ¿El chico/a ha aprendido muchas cosas interesantes en el colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
10. ¿El chico/a se ha llevado bien con sus profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
11. ¿Los profesores/as del chico/a se han interesado por él/ella?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

9. La relación del chico/a con los demás en el colegio

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿El chico/a ha tenido miedo de otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Se han reído del chico/a otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Al chico/a le han intimidado o amenazado otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

10. Asuntos económicos

Piense en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿El/la chico/a ha tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que sus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿El/la chico/a cree que ha tenido suficiente dinero para sus gastos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piense en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
3.	¿El chico/a cree que tiene suficiente dinero para hacer cosas con sus amigos/as?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

11. Usted y el chico/a

Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Se ha interesado por lo que el chico/a está aprendiendo en el colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Se ha interesado por lo que el chico/a hace después del colegio (amigos, aficiones)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Ha podido hablar y escuchar al chico/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Piense en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
4. ¿Se ha llevado bien con el chico/a?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
5. ¿Le ha demostrado cariño al chico/a?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

12. Algunas preguntas más sobre la salud del chico/a

1. ¿En la actualidad, el chico/a necesita o toma medicamentos recetados por el médico (que no sean vitaminas)?

No → Pase a la pregunta 2.

Sí

→ ¿Se debe a algún problema médico, de comportamiento u otro tipo de problema de salud?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
→ ¿Se trata de un problema que ha durado o se supone que durará, como mínimo, 12 meses?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí

¿El chico/a necesita o utiliza más servicios de asistencia sanitaria o educacional de lo que es habitual para la mayoría de chicos/as de su edad?

2.

No → Pase a la pregunta 3.

Sí

→ ¿Se debe a **algún** problema médico, de comportamiento u otro tipo de problema de salud? No Sí

→ ¿Se trata de un problema que ha durado o se supone que durará, como mínimo, 12 meses? No Sí

¿El chico/a está limitado/a o impedido/a de algún modo en su capacidad para llevar a cabo las cosas que hacen la mayoría de chicos/as de su edad?

3.

No → Pase a la pregunta 4.

Sí

→ ¿Se debe a **algún** problema médico, de comportamiento u otro tipo de problema de salud? No Sí

→ ¿Se trata de un problema que ha durado o se supone que durará, como mínimo, 12 meses? No Sí

¿El chico/a necesita o recibe alguna terapia especial, como terapia física, ocupacional o de logopedia?

4.

No → Pase a la pregunta 5.

Sí

→ ¿Se debe a **algún** problema médico, de comportamiento u otro tipo de problema de salud? No Sí

→ ¿Se trata de un problema que ha durado o se supone que durará, como mínimo, 12 meses? No Sí

¿El chico/a tiene algún tipo de problema emocional, de desarrollo o de comportamiento para el que necesita o recibe tratamiento o consejo?

5.

No → Pase a la pregunta 6.

Sí

→ ¿Se debe a **algún** problema médico, de comportamiento u otro tipo de problema de salud? No Sí

→ ¿Se trata de un problema que ha durado o se supone que durará, como mínimo, 12 meses? No Sí

6.

¿El chico/a tiene **una o más** de las siguientes discapacidades, enfermedades crónicas o problemas psicológicos?

- El chico/a no tiene ninguno de los problemas de la siguiente lista
- Asma
- Bronquitis
- Alergia
- Epilepsia
- Artritis reumatoide
- Dolor o problemas de espalda
- Defectos de la vista (no tenga en cuenta si lleva gafas o lentillas)
- Defectos congénitos del corazón
- Diabetes
- Problemas crónicos intestinales o de estómago
- Cáncer
- Enfermedades de la piel
- Migraña
- Inflamación crónica de la vejiga
- Dificultades de aprendizaje, del habla o del lenguaje, o un trastorno del desarrollo
- Problemas psicológicos (por ejemplo, hiperactividad, depresión, anorexia)
- Otra enfermedad crónica (*por favor, especifíquela*): _____

7.

Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuántos días el chico/a...

	0 días	1 a 3 días	4 a 6 días	7 a 14 días	15 a 28 días
...ha tenido que estar en la cama debido a una enfermedad (problemas físicos y/o psicológicos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ha tenido que faltar al colegio debido a una enfermedad (problemas físicos y/o psicológicos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...no ha podido hacer otras actividades que normalmente hace (por ejemplo, deportes, quedar con amigos/as) por enfermedad (problemas físicos y/o psicológicos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.

En los **últimos 12 meses**, ¿cuántos días el chico/a faltó al colegio por enfermedad (problemas físicos y/o psicológicos)?

Por favor, escriba el número de días _____

13. Consultas a profesionales sanitarios

1.

Durante las últimas 4 semanas, el chico/a ha visitado o hablado con algún profesional de la salud sobre su salud?

(por favor, no incluya las visitas al dentista ni los contactos durante la hospitalización)

Sí *Por favor, vaya a la pregunta 2*

No *Por favor, vaya a la pregunta 3*

2.

Si la respuesta a la pregunta 1 fue SÍ,

(a) ¿Cuántas veces, **durante las últimas 4 semanas** el chico/a ha visitado o ha hablado con un profesional de la salud?

_____ veces

(b) Por favor, indique **el último profesional de la salud** que el chico/a visitó o habló **durante las últimas 4 semanas**:

- Médico de medicina general o pediatra
- Consejero (psicólogo, fisioterapeuta, etc.)
- Médico de hospital
- Fisioterapeuta o terapeuta ocupacional
- Profesional de salud escolar
- Otro

(c) ¿Cuál fue el motivo principal de la consulta?

- Accidente o lesión
- Un problema de salud agudo
- Enfermedad crónica, discapacidad
- Una revisión preventiva
- Otros (incluye procedimientos administrativos como por ejemplo certificados médicos, etc.)

(d) ¿Dónde fue la consulta?

- En la consulta del profesional sanitario
- En su domicilio
- En el servicio de urgencias
- Por teléfono
- En otro lugar

(e) ¿Quién ha financiado esta visita?

- La Seguridad Social
- Lo ha pagado usted de su bolsillo
- Lo ha financiado una mutua o lo ha pagado usted con derecho a reembolso
- Otros

3.

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces el chico/a ha visitado o hablado sobre su salud con un profesional de la salud ?

(por favor, no incluya las visitas al dentista ni los contactos durante la hospitalización)

_____ veces

(si la respuesta es "ninguna", por favor, escriba 0 [cero])

4.

Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado el chico/a al dentista?

- Sí *por favor, vaya a la pregunta 5*
- No *por favor, vaya a la pregunta 6*

5.

Si la respuesta a la pregunta 4 fue 'Sí', ¿cuál fue la razón principal de la última visita al dentista? (durante los últimos 12 meses)

- Dolor o molestias
- Una revisión de rutina
- Un tratamiento (por ejemplo, aparatos, profilaxis)
- Otro motivo

6.

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces el chico/a ha pasado, como mínimo, una noche en el hospital?

- Nunca
- Una vez
- Más de una vez

7.

¿Qué tipo de cobertura sanitaria tiene el chico/a?
Marque todas las que correspondan:

- Seguridad social
- Una mutua privada
- No tiene seguro sanitario
- Otro tipo de cobertura sanitaria (*por favor, especifíquela*) _____

14. Más preguntas sobre el bienestar del chico/a

LA SALUD GLOBAL DEL CHICO/A

Ya ha contestado algunas preguntas sobre el bienestar del chico/a. A pesar de que algunas de las siguientes preguntas pueden parecerle familiares, nos gustaría que las contestase porque muchas de ellas se refieren a un período de tiempo distinto.

1.

En general, usted considera que la salud del chico/a es:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Mala |

ACTIVIDAD FÍSICA DEL CHICO/A

Las preguntas que se formulan a continuación se refieren a actividades físicas que el chico/a puede realizar durante todo el día.

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido el chico/a algún tipo de limitación para realizar alguna de las actividades que se enumeran a continuación por problemas de salud?

	Sí muy limitado	Sí bastante limitado	Sí un poco limitado	No no limitado
a. ¿para hacer cosas que requieren mucho esfuerzo, como jugar a fútbol o correr?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿para hacer cosas que requieren bastante esfuerzo, como montar en bicicleta o patinar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿para inclinarse, levantar pesos o agacharse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ACTIVIDADES COTIDIANAS DEL CHICO/A

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido el chico/a problemas de **COMPORTAMIENTO** o **EMOCIONALES** que hayan limitado su actividad escolar o las actividades con sus amigos/as de alguna de las maneras que se exponen a continuación?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sí	Sí	Sí	No
muy limitado	bastante limitado	un poco limitado	no limitado

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido el chico/a problemas **FÍSICOS** que hayan limitado su trabajo escolar o sus actividades con los amigos de alguna de las maneras que se exponen a continuación?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sí	Sí	Sí	No
muy limitado	bastante limitado	un poco limitado	no limitado

DOLOR

5.

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido el chico/a dolor o molestias?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nunca | Una o dos veces | Unas cuantas veces | Con frecuencia | Muy frecuentemente | A diario o casi a diario |

COMPORTEAMIENTO

A continuación encontrará una lista de comportamientos infantiles o de problemas que en ocasiones tienen los niños.

6.

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha presentado el chico/a las conductas que se describen a continuación?

	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Discutió mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Tuvo dificultades para concentrarse o prestar atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Mintió o engañó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.

Comparado con otros chicos o chicas de su edad, usted diría que el comportamiento del chico/a es:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Excelente | Muy bueno | Bueno | Regular | Malo |

BIENESTAR

8.

Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el chico/a se ha sentido...

	Todo el tiempo	Con frecuencia	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
a. ...solitario/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ...nervioso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ...enfadado/a o molesto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

AUTOESTIMA

Las preguntas que se hacen a continuación tienen que ver con lo satisfecho/a que se encuentra el chico/a consigo mismo/a, con el colegio y con los que le rodean. A la hora de responder a las preguntas puede resultarle útil tener presente cómo se sienten otros chicos/as de su edad con respecto a estos temas.

9.

Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo piensa que está el chico/a con relación a...

	Muy contento	Algo contento	Ni contento ni descontento	Algo descontento	Muy descontento
a. su rendimiento escolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. sus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. su vida en general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LA SALUD DEL CHICO/A

10.

¿Cómo considera que son de ciertas o falsas las siguientes afirmaciones sobre el chico/a?

	Absolutamente cierto	En general es cierto	No lo sé	En general es falso	Absolutamente falso
a. Mi hijo/a parece menos sano/a que otros chicos/as que conozco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Mi hijo/a nunca ha estado gravemente enfermo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Me preocupo de la salud de mi hijo/a más de lo que otros padres se preocupan de la salud de los suyos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.

¿Cómo diría que es la salud del chico/a comparada con la que tenía hace un año?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mucho mejor ahora que hace 1 año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos la misma que hace 1 año	Algo peor ahora que hace 1 año	Mucho peor ahora que hace 1 año

USTED Y SU FAMILIA

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánta angustia o preocupación le ha producido a USTED cada uno de los temas que se enuncian a continuación?

	Ninguna	Un poco	Algo	Bastante	Mucha
a. La salud física del chico/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. El bienestar emocional o el comportamiento del chico/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. La capacidad de concentración o aprendizaje del chico/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido MENOS tiempo del que USTED habitualmente dispone para hacer sus cosas por causa de...

	Sí mucho menos tiempo	Sí bastante menos tiempo	Sí algo menos tiempo	No he tenido el mismo tiempo
a. ...la salud física del chico/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ...el bienestar emocional o el comportamiento del chico/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ... la capacidad de concentración o aprendizaje del chico/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud o el comportamiento del chico/a...

	Muy a menudo	A menudo	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. ...ha limitado las actividades que ustedes como familia podrían realizar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ...ha interrumpido las actividades cotidianas de la familia (comer, ver T.V.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. En algunas ocasiones los miembros de una familia no se llevan bien entre ellos. No siempre están de acuerdo y pueden llegar a enfadarse. En general, ¿cómo valora la capacidad de los miembros de su familia para llevarse bien entre ellos?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

15. Los puntos fuertes y débiles del chico/a

Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del chico/a durante los últimos 6 meses. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara.

Durante los últimos seis meses...	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, estómago o de náuseas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comparte frecuentemente con otros chicos/as (chucherías, juguetes, lápices, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido/a, disgustado/a, o enfermo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene por lo menos un buen amigo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelea con frecuencia con otros chicos/as o se mete con ellos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por lo general cae bien a los otros chicos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trata bien a los chicos/as más pequeños/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo miente o engaña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los otros chicos/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros chicos/as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Roba cosas en casa, en el colegio o en otros sitios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros chicos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.

En general, ¿cree usted que el chico/a tiene dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

No

Sí

pequeñas dificultades

Sí

claras dificultades

Sí

severas dificultades

Si ha contestado "No" pase a la sección 16 ("Más preguntas sobre cómo se siente el chico/a").

Si ha contestado "Sí", por favor responda las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

2.

¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

Menos de un mes

1 - 5 meses

6 - 12 meses

Más de un año

3.

¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar al chico/a?

No

Sólo un poco

Bastante

Mucho

4.

¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria del chico/a en las siguientes áreas?

No

Sólo un poco

Bastante

Mucho

Vida en la casa

Amistades

Aprendizaje en el colegio

Actividades de ocio o de tiempo libre

5.

¿Son estas dificultades una carga para usted o su familia?

No

Sólo un poco

Bastante

Mucho

16. Más preguntas sobre cómo se siente el chico/a

Bienestar físico.
Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ... el chico/a se he sentido enfermo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... al chico/a le ha dolido algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... el chico/a ha estado muy cansado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... el chico/a ha tenido mucha fuerza y energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bienestar emocional.
Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ... el chico/a se ha reído y divertido mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... el chico/a no ha tenido ganas de nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... el chico/a se ha sentido solo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... el chico/a ha tenido miedo o se ha sentido inseguro/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autoestima.
Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
9. ... el chico/a se ha sentido orgulloso/a de mí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... el chico/a se ha gustado a sí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... el chico/a se ha sentido satisfecho/a consigo mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... el chico/a ha tenido muchas buenas ideas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Familia.
Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
13. ... el chico/a se ha llevado bien con nosotros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... el chico/a se ha sentido a gusto en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... hemos tenido fuertes discusiones o peleas en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ... el chico/a ha sentido que no le dejábamos tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Amigos/as.
Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
17. ... el chico/a ha hecho cosas con sus amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ... el chico/a les ha caído bien a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ... el chico/a se ha llevado bien con sus amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ... el chico/a se ha sentido diferente de los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Colegio.
Piense en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
21. ... el chico/a ha podido hacer bien las tareas del colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ... al chico/a le han gustado las clases	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. ... el chico/a se ha preocupado por su futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ... el chico/a ha tenido miedo de sacar malas notas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Su salud y bienestar

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre **su** salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que **su** salud es:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Mala |

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer estas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

- | | Sí me limita mucho | Sí me limita un poco | No no me limita nada |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Subir varios pisos por la escalera | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- | | Sí | No |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 4. ¿ Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | Sí | No |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

- | | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 9. ...se sintió calmado/a y tranquilo/a? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. ...tuvo mucha energía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. ...se sintió desanimado/a y triste? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos/as o familiares, etc.)?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |

13. ¿Actualmente **usted** fuma cigarrillos (o tabaco)?

- No fumo
- Fumo menos de una vez por semana
- Fumo al menos una vez a la semana
- Fumo cada día

14. ¿Actualmente **su pareja** fuma cigarrillos (o tabaco)?

- No fuma
- Fuma menos de una vez por semana
- Fuma al menos una vez a la semana
- Fuma cada día

15. ¿Usted o su pareja fuman en casa delante de los chicos/as?

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

16. Durante los últimos 12 meses...

	No	Sí	No bebo alcohol
a. ¿ha pensado alguna vez que debería beber menos alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿alguna vez se ha sentido molesto porque alguien le ha criticado porque bebía alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Durante los últimos 12 meses...

	No	Sí	No bebe alcohol
a. ¿ha pensado alguna vez que su pareja debería beber menos alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿alguna vez ha criticado a su pareja porque bebía alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Sobre la familia del chico/a

1.

¿Dónde vive el chico/a? En...

- Una gran ciudad
- Las afueras de una gran ciudad
- Una ciudad pequeña
- Un pueblo o una aldea
- Una casa aislada en zona rural

2.

¿En qué país nació el chico/a?

- España
- Otro país ¿Cuál? _____

3.

¿En qué país nació la madre del chico/a?

- España
- Otro país ¿Cuál? _____

4.

¿En qué país nació el padre del chico/a?

- España
- Otro país ¿Cuál? _____

5.

¿A qué tipo de colegio va el chico/a?

- Primaria
- ESO (Educación Secundaria Obligatoria)
- Bachillerato
- Ciclo Formativo (Formación profesional [FP] de grado medio)
- Colegio de Educación Especial
- No asiste al colegio

Por favor, conteste las siguientes preguntas con relación a los adultos que viven en la casa donde el chico/a pasa la mayor parte del tiempo.

El primer grupo de preguntas hace referencia a la persona que rellene el cuestionario. Si hay un segundo adulto en la casa (excluyendo los hermanos adultos), por favor conteste el segundo grupo de preguntas para él/ella también. Esta persona podría ser la pareja del que responde, un segundo padre/madre, un padrastro/madrastro o un abuelo/a, por ejemplo.

6.

¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado usted? Por favor, ponga una cruz en la respuesta que describa sus estudios de **mayor** nivel:

- Sin estudios o estudios primarios incompletos
- Estudios primarios (estudios de graduado escolar, EGB hasta 8º, bachiller elemental o similar)
- Estudios técnicos (Formación Profesional [FP] de grado medio)
- Estudios de enseñanza secundaria (bachiller superior, BUP, COU, FP de grado superior)
- Estudios universitarios medios (perito, ingeniería técnica, escuelas universitarias, primer ciclo universitario o similar)
- Estudios universitarios superiores (ingeniería superior, licenciatura o doctorado)

7.

¿Cuál es su ocupación?

- Técnico o profesional (por ejemplo, médico, enfermero, profesor, maestro, ingeniero, artista, abogado)
- Dirección de empresas y de la administración pública (por ejemplo, director o subdirector de banco, director o gerente de una gran empresa, personal directivo de la administración pública)
- Empleado de tipo administrativo (por ejemplo, secretario, oficinista, contable)
- Ventas (por ejemplo, jefe de ventas, propietario de una tienda, dependiente, agente de seguros)
- Servicios (por ejemplo, propietario de un restaurante, policía, barbero, camarero, auxiliar de enfermería)
- Trabajador cualificado (por ejemplo, capataz, mecánico, impresor, modista/sastre, electricista)
- Trabajador semi-cualificado (por ejemplo, albañil, conductor de autobús, trabajador de fábricas de conservas, carpintero, panadero)
- Trabajador no cualificado (por ejemplo, peón, portero, trabajador no cualificado de una fábrica)
- Trabajador de la agricultura, ganadería o pesca (por ejemplo, labrador, leñador, pescador)
- Nunca he tenido un trabajo

8.

¿Trabaja por cuenta propia o como empleado/a?

- Trabajo como empleado/a
 - Trabajo por cuenta propia
- ↳ Tengo ____ empleados

9.

¿Usted...?

- Trabaja a jornada completa
- Trabaja a tiempo parcial
- Tiene empleos temporales
- No trabaja y busca trabajo
- Se ocupa de la casa todo el día
- Estudia o está jubilado/a o de baja por invalidez
- Otro

Si NO hay otro adulto en la casa, por favor, pase a la pregunta 14

10.

¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado el segundo adulto de la casa?

- Sin estudios o estudios primarios incompletos
- Estudios primarios (estudios de graduado escolar, EGB hasta 8º, bachiller elemental o similar)
- Estudios técnicos (Formación Profesional [FP] de grado medio)
- Estudios de enseñanza secundaria (bachiller superior, BUP, COU, FP de grado superior)
- Estudios universitarios medios (perito, ingeniería técnica, escuelas universitarias, primer ciclo universitario o similar)
- Estudios universitarios superiores (ingeniería superior, licenciatura o doctorado)

11.

¿Cuál es la ocupación de la segunda persona adulta de la casa del chico/a?

- Técnico o profesional (por ejemplo, médico, enfermero, profesor, maestro, ingeniero, artista, abogado)
- Dirección de empresas y de la administración pública (por ejemplo, director o subdirector de banco, director o gerente de una gran empresa, personal directivo de la administración pública)
- Empleado de tipo administrativo (por ejemplo, secretario, oficinista, contable)
- Ventas (por ejemplo, jefe de ventas, propietario de una tienda, dependiente, agente de seguros)
- Servicios (por ejemplo, propietario de un restaurante, policía, barbero, camarero, auxiliar de enfermería)
- Trabajador cualificado (por ejemplo, capataz, mecánico, impresor, modista/sastre, electricista)
- Trabajador semi-cualificado (por ejemplo, albañil, conductor de autobús, trabajador de fábricas de conservas, carpintero, panadero)
- Trabajador no cualificado (por ejemplo, peón, portero, trabajador no cualificado de una fábrica)
- Trabajador de la agricultura, ganadería o pesca (por ejemplo, labrador, leñador, pescador)
- Nunca ha tenido un trabajo

12.

¿Él/Ella trabaja por cuenta propia o es empleado/a?

- Trabaja como empleado/a
 - Trabaja por cuenta propia
- Tiene____ empleados

13.

¿Él/ella...?

- Trabaja a jornada completa
- Trabaja a tiempo parcial
- Tiene empleos temporales
- No trabaja y busca trabajo
- Se ocupa de la casa todo el día
- Estudia o está jubilado/a o de baja por invalidez
- Otro

14.

¿Hasta qué punto cree que es buena la situación económica de la familia del chico/a?

- Muy buena
- Bastante buena
- Media
- No muy buena
- Nada buena

15.

Si tuviera que elegir una de las cinco clases sociales siguientes, ¿a cuál diría que pertenece?

- Clase baja
- Clase trabajadora
- Clase media
- Clase media – alta
- Clase alta
- Ninguna de ellas

18. Y para acabar, algunas preguntas sobre el hecho de rellenar este cuestionario

1.

¿Cómo de importantes consideraría usted las preguntas sobre la salud y bienestar del chico/a?

Nada

Un poco

Moderadamente

Mucho

Muchísimo

2.

¿Estaría dispuesto/a a participar de nuevo en un estudio como éste?

Sí

No

No lo sé

3.

¿El **chico/a** rellenó el cuestionario solo/a?

Sí, la mayor parte del cuestionario (más de la mitad del cuestionario)

No, necesitó mucha ayuda

4.

Si la respuesta es no, ¿qué tipo de ayuda necesitó el chico/a?

Por favor, especifíquela: _____

¡Muchas gracias por su participación!

KIDSCREEN

Screening for and Promotion of Health related
Quality of Life in Children & Adolescents –
A European Public Health Perspective

Project Number: QLG-CT-2000- 00751

Duration: 1.2.01 – 31.1.04

Funded by the European Commission

Agència d'Avaluació de Tecnologia
i Recerca Mèdiques

Av. Hospital Militar, 169-205
Recinte Parc Sanitari Pere Virgili
Edifici Mestral, 1a planta
08023 Barcelona
Tel. 93 2594200
Fax 93 2594201

Proceso editorial del artículo:

Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents.

Revista European Journal of Public Health.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Official Journal of the European Public Health Association

4 March 2005

Ms Silvina Berra
Catalan Agency for Health Technology Assessment and
Reserach
Parc Sanitari Pere Virgili
Esteve Terradas, 30
08023 Barcelona Spain

Dear Ms Berra,

Manuscript 402653

Thank you for your patience. The review of your manuscript is complete, and the reviewers' comments are enclosed. If you decide to revise, please do so along the lines suggested by the reviewers taking care not to lengthen the paper.

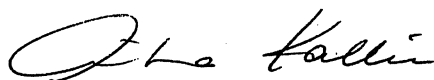
Just for the sake of clarity, please note that revision is not a guarantee of publication. However, we hope that you are interested in pursuing the work with your manuscript.

Should you decide to revise, please return five paper copies within 4 months along with a letter (no identifiers) wherein you describe what changes were made and where they occur in the text and provide a word count on the title page. Have we not heard from you before that time we will assume that the paper will not be submitted and we will close the file. Make sure the manuscript is the allowable length (see *Information for Authors*, <http://www3.oup.co.uk/eurpub/instauth/>)

Please check that all references are in the correct format and that references listed at the end of the manuscript are cited in the text and vice versa. Also re-check all tables for completeness and accuracy and make sure the data presented therein agree with the text. Please note that the manuscript may not contain more than six tables/illustrations. The manuscript, including references and tables, must be typed with double space. The abstract should not exceed 250 words and should be structured under the following headings: Background, Methods, Results and Conclusion.

Thank you for your interest in the *European Journal of Public Health*.

Yours sincerely,



Anita Kallin

encls.

cc: S Janson, Editor

Editorial Office

Karlstad University
Centre for Public Health Research
S-651 88 Karlstad, Sweden

Telephone

+31 10 408 7714 Johan Mackenbach, Editor-in-Chief, Rotterdam
+46 54 700 2533 Anita Kallin, Managing Editor, Karlstad
+46 54 700 2513 Marianne Jensen, Editorial Assistant, Karlstad

Telefax

+46 54 700 2530

E-mail

ejph@kau.se

Published by Oxford University Press

Anita Kallin
Editorial Office
EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
Kartstad University
Centre for Public Health Research 8-651 88 Kartstad
Sweden

Barcelona, June 6th, 2005

Re: Manuscript no. 402653

Dear Ms. Kallin,

We were very grateful to receive your letter dated March 4, 2005, regarding our manuscript *Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents*. We also would like to thank the reviewers for their useful comments.

We are enclosing five copies of the revised version of the manuscript incorporating the recommended changes. In particular, we have added more figures in the abstract, explained more carefully certain characteristics of the sample in methods, added one table (number 1) with the study's variables, included more results, modified the discussion and tables (now numbers 2 to 4), and we have corrected some mistakes. Finally, we have removed some sentences from methods and discussion in order to maintain the same extension of the manuscript.

We are also enclosing our response to each reviewer on a separate sheet. In our responses, we indicate the location of all changes in the revised version. One copy contains main changes marked with **new text in blue**.

We think that these changes have improved the manuscript and we hope that the paper will now be suitable for publication. Thank you very much for your attention, we look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Silvina Berra

Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
Recinte Parc sanitari Pere Virgili
Av Hospital Militar 169-205
Edifici Mestral 1^a Planta
Barcelona 08023, Spain
Phone +34 93 259 4200
Fax +34 93 259 4201
e-mail: sberra@aatrm.catsalut.net

Answers to reviewer A

The authors would like to thank the referee for his/her comments. We have answered the specific points below and altered the manuscript accordingly. Please see marked copy of the manuscript with the [new text in blue](#).

Comment:

The manuscript is interesting and the results are important especially that use of healthcare services differed by health needs but not by social class. Also the result about emergency services and the influence of mental distress is important. That knowledge can lead to better service.

However, the manuscript must be revised to be more clear.

The methodology part is very detailed, but difficult to read. I think that it will be more clear and easier to understand with a table in three parts: children, socio-demographic and proxy with instruments used under each part.

Re: Following the reviewer's suggestion, we have included a new table with the variables (please see *Table 1*, page 18).

Comment:

I am critical about the result part because not all data is given. In *Table 1* I would like to see the author add the "n" in the headings after each age group. It is also useful to add a row "no answer" under each variable. There is no total N and it is difficult to exactly know if the result is correct. There ought to be a Total row in the right of the table for the two age groups together. For example the variable *Health coverage* is said to give significant difference. However, for 5-9 year olds the total percent is 91,4% and for 10-14 year olds 104%. Some mistake must have been made and the question is if the significant difference will remain after recalculation. You have to revise this.

In *table 2* the n-values for boys and girls in the age group 10-14 olds are not the same as in *table 1*. I should also be glad to see a total for the age groups.

Table 3 is difficult to understand. Once again, the "n" should be mentioned in the headings of the columns.

The p-values should be described by the most common way, i.e. with asterisks (*= $p < 0.05$ and **= $p < 0.01$). The p-values may be inserted directly in the table instead of the letters. This will make it easier for the reader.

Re: We would like to thank the reviewer for this specific comment. Some differences in "n" values are related to the process of weighting data, which is necessary to restore the proportion of residents in each city district, and to achieve representative results. In some cases, results included decimals, which were automatically rounded by the program. In the new version, the numbers are corrected, and a sentence related to the process of weighting data added in the methods section (please, see page 7, para 2). Moreover, as the reviewer has pointed out, there was a mistake in *Table 1* (variable *health coverage*) due to a typing error; correct percentages have been restored, and the "p" value confirmed. The new tables 2 and 3 (after adding a new table, numbered 1) present total "n" values, to facilitate the reading.

The "p" values were also modified and they are now described with asterisks (please see tables 2 and 3, pages 19-21). Finally, the number of subjects included in *table 3* is different in each analysis. We incorporate the number of cases included in each multivariate model as a footnote of the table.

Answers to reviewer B

The authors would like to thank the referee for his/her comments. We have answered the specific points below and altered the manuscript accordingly. Please see marked copy of the manuscript with the [new text in blue](#).

Comment:

The study is focusing on a relevant public health theme, namely equity in utilisation of health care services. This, however, has been studied internationally in a number of studies focusing on the effect of social factors on utilisation controlling for health characteristics. The goal of the study is described through hypotheses related to equity regarding social class (however the definition of equity could be stated more clearly).

Re: Following the suggestion made by the reviewer, this part of the text has been modified to try to clarify the hypothesis and the definition of equity (please, see page 4, para 2).

Comment:

The results of the study are based on a cross-sectional design involving a survey among a stratified sample of parent-child pairs according to districts of Barcelona. The sample size leads to a small number of children with the best and even smaller number with the worst health profile - thus leading to quite broad confidence intervals and difficulties in controlling a sufficient number of variables. There are no data characterizing non-responders and no discussion regarding possible selection bias due to special characteristics of non-responders. The principal caregiver is selected as the respondent when possible, but 7.1 and 9.7% were others - and there is no discussion on possible bias due to this fact (actually a lower number of visits were recorded in these cases - maybe due to recall bias?).

Re: Due to the sampling design, a selected individual not found after 5 attempts at different hours was replaced by another person of the same age group, sex and district. In order to obtain 10,045 interviews it was necessary to contact 17,478 people, therefore 57.5 interviews were conducted per 100 persons contacted. In the 0-14 age group, this number was 66.9. Some 14.1% of the persons contacted refused the interview, and other replacements were due to other reasons (persons who were not found, changed their address, died...). The replacement method and the percentage of replacements have been added in the methods section (please, see page 4, last para; and page 5, para 1).

Moreover, we now comment that a lower likelihood of visits to the emergency service was reported when the proxy respondents were not either the child's mother or father, something which could be due to information bias (please, see page 12, para 2).

Comment:

The variables included seem to be well selected and validated, but the list of medical conditions used is not presented. The data analyses are nicely and correctly performed including relevant statistical procedures given the design and data available. The text, tables and figure are clearly presented.

Re: We would like to thank the reviewer for this comment. That list included 11 common medical conditions and one open question to add other possibilities, which were coded after the interview. We now include the list in a new table with details of variables (please see Table 1, in page 18).

Comment:

The discussion is fine regarding the limitations of the general cross-sectional design, but weak regarding the validity and precision of data. Also the selection problems are not discussed nor the limitations in generalising to the whole population of the city, to other parts of the country and to other countries.

Re: We agree with the reviewer's suggestion about the other limitations in validity and precision, which may occur in health surveys. In spite of that, this method is highly used in several countries, as well as in Barcelona, where the Health Interview Survey has been carried out approximately every five years since 1983. The majority of the used variables were previously validated, and usually included in health interview surveys. Specifically, instruments included to collect information regarding health and mental health, have known validity and precision, as is pointed out in methods. Finally, previous studies on validity of medical visit reports showed insignificant differences by social class (Sanjosé S et al, Gac Sanit 1991).

Regarding the external validity, this survey has been consolidated as one of the most important sources of data on population health, and its results are taken into account in local health policy. We think our results have strong external validity for the city of Barcelona, and could be generalised to most of the urban areas in Spain. Moreover, these results might be generalised to countries with similar structure and access to healthcare services. A sentence regarding this point has been added in the discussion (please, see pag 13, para 2).

Comment:

A few details:

Page 3: Mothers pattern of use is described as having an impact and she is mentioned as the one deciding to seek health care A reference is lacking? And what about the father?

Re: As the reviewer pointed out, a reference to an already -cited article was omitted, and has now been added (please, see page 3, para 3, reference 2). Regarding fathers, they have been poorly studied. In fact, we didn't find any studies comparing mothers' characteristics with fathers' characteristics and their influence in seeking care for children. The majority of surveys ask for the main caregiver, and it is usually the mother, although they probably represent a family's model and father could answer similarly on healthcare services use. Some studies have shown that maternal use of healthcare services is the strongest parental predictor of children's utilisation.

Comment:

Page 4: The goal of the study is not clearly stated.

Re: As was stated in the response to the first question, we have tried to clarify the exposition of the study's aims and hypothesis (please, see page 4, para 2).

Comment:

Page 4: Was the sample in the districts randomly selected? And were the interviews randomly distributed over the year?

Re: Indeed, selection of people was random in each district; and distribution of interviews was randomly and proportionally distributed during the year. We have added a sentence to clarify these aspects (please see page 4, para 3).

Comment:

Page 10: What does private health care imply in terms of access to health care supplementary to public care?

Re: The Spanish health care system provides universal coverage. People paying for private services have access to both, public and private services, which means greater offer. Nevertheless, it seems that this has no effect on equity. We now include a comment in this sense (please, see page 11, para 1).

Comment:

Page 11: what do we know about working conditions among different social groups in Barcelona? How about unemployment?

Re: In Barcelona, people with primary studies are more frequently in social classes IVa, Ivb, and V; this means they are manual and unskilled workers, whose working conditions are characterised by temporary contracts and job insecurity (perceived probability of losing their job) (Borrell et al. Soc Sci Med 2004;58:1869-97). Hence we assume that these conditions may induce demand for services out of regular service hours. However, we do not have enough information about unemployment. We've kept the reference to an important review of this aspect, and added the recently published work mentioned above (please, see page 11, para 2, ref 22).

Comment:

Conclusions

The theme of the study has been object for many international studies, however commonly based on cross-sectional surveys like this. Thus study has not produced very internationally interesting new insight as this would require innovative designs, data and analyses. In spite of the rather well performed survey, the authors have not fully discussed all the major weaknesses and limitations of the study. It obviously has public health relevance for the local health authorities, but the international relevance seems to be limited.

Re: Our findings are relevant for health interview surveys collecting children's data from proxy responders. Also, in other cities in Spain and countries in Europe, it could be interesting to analyse the influence of family characteristics on children's utilisation of services, when universal coverage is provided. Following the reviewer's comment, we've extended the last paragraph of the conclusions in order to underline our previous affirmation that data gathered regarding the proxy is one of the present study's strengths (please, see page 13, para 2).

As well, we hope that the changes made in several parts of the discussion will help clarify the main limitations: the cross-sectional design, the potential information bias because of the proxy responder, and the limited number of cases for analysing gender differences in hospitalisation.

Answers to reviewer C

The authors would like to thank the referee for his/her comments. We have answered the specific points below and altered the manuscript accordingly. Please see marked copy of the manuscript with the [new text in blue](#).

Comment:

This paper presents results on the association of healthcare services and health status taking into account the type of insurance and other important sociodemographic variables in a Mediterranean and urban child population.

There are scarce data on this issue from well-conducted population surveys, and hence it is of interest. The theoretical background and methods are well addressed, and the results are relevant.

Comments:

1. The Abstract should include some figures (PR and 95%CI).

Re: We thank reviewer for this suggestion. More figures are now included in the abstract (please, see pag 2)

Comment:

2. Strategy of analysis: Please explain whether the models shown in Table 3 (for the 3 dependent variables) are including simultaneously all the independent variables in the Table as well as the adjustment variables mentioned at the footnote of the Table.

Re: We simultaneously added in the model all the variables whose results were included in the table. We now explain this in the footnote of the table (please, see pag 23).

Comment:

3. Strategy of analysis: since Table 2 shows some gender differences (although not statistically significant), this reviewer (and the reader) would expect separate analyses according to sex: in addition to the adjustment for sex already done in Table 3, and assuming the limitations of sample size for such a stratification, it would be of interest the authors adjust the same models for boys and girls separately. If the results are similar to that already presented, this could be noted within the text (on the contrary, the authors should include the separate tables for boys and girls). The authors explain (page 7) that the potential interactions with the variables included in the final model were examined -and results regarding this should be included.

Re: We would like to thank the reviewer for his comment on this issue. Certainly, previous studies in our context have shown gender differences in hospitalisation. We found few differences, probably due to the small sample size when we stratified data. Following the reviewer's suggestion, comments about findings and their limitations have been added in the discussion section (please, see pages 12, para 4). No other interactions were found.

Comment:

4. Methods section: On page 6, the authors say that the GHQ-12 obtains scores on "a Goldberg scale" while it should read in a "Likert scale" (as the authors know, Goldberg developed the GHO which measures in a Likert scale ;-)

5. Results, page 9, first para, 4th sentence: ".. had visits to health professionals more frequently than those having..."

6. Results, page 9, 3rd para, 3rd sentence: "...than boys (3.5%) (Table 2) of being hospitalised" .

7. Results, page 10, first sentence: "..although the odd. of hospitalisation was..."

Re: We thank the reviewer for these comments. Mistakes have been corrected, and we have added the cited expression, which certainly improves comprehensibility of the text. Regarding point 5, this result refers to odds of visits, data derived from a question with a binary answer (the child visited/did not visit). We did not analyse frequency of visit for each child in the sample.

Comment:

8. Discussion: the second paragraph includes different ideas that could be split into different paragraphs (please note that this second paragraph lengths more than one page)

Re: We have tried to improve the text by modifying the discussion in several places (please, see pages 10 to 13).

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Official Journal of the European Public Health Association

18 August 2005

Ms Silvina Berra
Catalan Agency for Health Technology Assessment and Reserach
Parc Sanitari Pere Virgili
Esteve Terradas, 30
08023 Barcelona, Spain

Dear Ms Berra,

Manuscript 402653R

It is my pleasure to inform you that your manuscript has been accepted for publication in the *European Journal of Public Health*.

After 1 January 2005 we have introduce some small changes to the format of our papers. Like other journals have done before us, we will start publishing bulleted "key-points" for all original research papers. These "key-points" should increase the accessibility of the papers for our readers, particularly those without an in-depth knowledge of the specific research area.

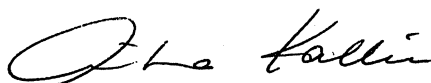
We therefore would like to ask you to send us a list of 3 to 5 "key-points" for your paper. Each key-point should consist of one sentence of 10 to 20 words summarizing one important aspect of the paper. There should at least be one key-point summarizing the study-question; one key-point summarizing the main results; and one key-point summarizing the implications of the study for public health practice or policy. The maximum number of key-points is 5, and they should be presented as a bulleted list on a separate page following the abstract of the paper.

Please send us your final manuscript together with the key-points on email to ejph@kau.se. The manuscript will then be forwarded to Oxford University Press for editing and you will in due course receive the proofs.

We attach a standard form concerning licence to publish. Please complete and sign the form and return it to this office. Any questions regarding the licence can be done to OUP, details at the bottom of the form.

Please contact me if you have any questions. We look forward to completing the remaining steps for publication of your manuscript in the *European Journal of Public Health*.

Yours sincerely,



Anita Kallin
Encl.

Editorial Office

Karlstad University
Centre for Public Health Research
S-651 88 Karlstad, Sweden

Telephone

+31 10 408 7714 Johan Mackenbach, Editor-in-Chief, Rotterdam
+46 54 700 2533 Anita Kallin, Managing Editor, Karlstad
+46 54 700 2513, Marianne Jensen, Editorial Assistant, Karlstad

Telefax

+46 54 700 2530
E-mail
ejph@kau.se

Proceso editorial del artículo:

Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries.

Revista Medical Care

De: em.mdc.0.a2de6.3bed5b68@editorialmanager.com
[mailto:em.mdc.0.a2de6.3bed5b68@editorialmanager.com] En nom de Medical Care
Enviat: martes, 8 / abril / 2008 22:01
Per a: Rajmil Rajmil, Luis
Tema: MDC-D-08-00095, MDC Minor Revision Decision

Apr 08, 2008

RE: MDC-D-08-00095, entitled "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries"

Dear Dr. Rajmil,

Thank you for submitting your manuscript entitled "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries" to Medical Care. The manuscript has been examined by the Editors and by external peer reviewers. We would be willing to reconsider this manuscript pending a satisfactory minor revision and response to the reviewers' comments and critiques.

As evidenced by the reviews, this paper was viewed positively, with relatively minor suggestions for improving the presentation. The suggestions are outlined below, and I will not repeat them. However, I do echo the suggestions related to clarification of the use of EFA to examine collinearity. It was not clear what variables were included in this analysis, why more traditional assessments of collinearity were not performed, and what the results showed. The response rate in the ES sample was quite low. Were missing data treated in any way? A bit more information about model selection should be included. Additionally, as suggested by the reviewers, terms should be clarified and the measurement issues related to translation addressed.

Please include with your revised submission an itemized, point-by-point response to the comments of the reviewers. Please indicate your revisions in bold font.

Please carefully review your tables and figures when you make your revision. Make sure all headings and legends are consistent with any changes you have made in the text in response to the reviews. Many readers will focus more on the figures and tables than on the text, so it is important to make sure they are clear and consistent.

The revisions should be completed by Jun 07, 2008 to avoid being considered as a new submission.

With kind regards,

Jeanne Teresi, Ph.D, Ed.D
Deputy Editor
Medical Care

Dr. Jeanne Teresi

Deputy Editor

Medical Care

RE: MDC-D-08-00095

Title: "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries"

Dear Dr Teresi,

We were very grateful to receive your message dated Apr 08, 2008 regarding our manuscript "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries". We would also like to express our thanks to the reviewers for their very helpful comments.

We are enclosing a revised version of the manuscript incorporating your recommendations and those of the reviewers, as well as our responses to the reviewers' comments. In our responses, we have indicated where all changes have been made in the revised version of the manuscript. We would also point out that given that we have moved table 1 to an appendix following the suggestion from reviewer 2 that the remaining tables have now been renumbered.

We believe the changes made on the basis of the reviewers' comments have considerably improved the manuscript and we hope that the paper will now be suitable for publication.

Thank you very much for your attention, we look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Luis Rajmil

Responses to the Editor

Comment: As evidenced by the reviews, this paper was viewed positively, with relatively minor suggestions for improving the presentation. The suggestions are outlined below, and I will not repeat them. However, I do echo the suggestions related to clarification of the use of EFA to examine collinearity. It was not clear what variables were included in this analysis, why more traditional assessments of collinearity were not performed, and what the results showed.

RE: We thank the editor for this helpful comment. This is a valid point. In our response to reviewer #2 we have also tried to clarify this section. In fact, we studied collinearity by determining variation inflation for each independent variable in both a linear regression model and an exploratory factor analysis, though we only mentioned the latter in the first version of the manuscript. In the revised version, we have now reported that we used the two approaches to explore collinearity. Taking into account our responses to your comments as well as those of reviewer 2, the final paragraph would be as follows (paragraph 2, page 7):

In the second stage, the collinearity of data was studied by determining variation inflation, for example between level of education and socio-economic status, or chronic conditions and activity limitations. The variance inflation factor (VIF), which is the inverse of one minus R squared, was calculated for each independent variable using a linear regression model and an exploratory factor analysis. A general rule says that VIF should not exceed 10. None of the variables in the model exceeded 10.²⁶ an exploratory factor analysis was carried out to assess collinearity between independent variables.

²⁶ Besley D, Kuh E, Welsch R. Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity. John Wiley & Sons. New York 1980.

Comment: The response rate in the ES sample was quite low. Were missing data treated in any way?

RE: As you point out, the response rate for Spain was quite low. However, when calculating response rates we multiplied the phone-cooperation rate and questionnaire-completion rate. If we take into account only those participants selected for the mail survey, the response rate was 50%, which is a reasonable result for Spain given that it is a country with a traditionally low response to mail surveys. We would also point out that we tried to analyze in as much detail as possible the relationship between response rates and survey representativeness (please see Berra et al. BMC Public Health 2007; 7(147):182). A short phone interview of non-responses was carried out in 8 countries. As a result, analysis of representativeness for the whole sample showed that in general it was acceptable in comparison with Eurostat census data. The Spanish sample had a proportion of less educated people and youths with worse health similar to the census data. Finally, the non-response bias was corrected by weighting data to restart proportions of sex and age groups according to census data for all countries. We also carried out a sensitivity analysis using re-sampling methods such as bootstrapping in order to test the possible effect of these differences on KIDSCREEN scores, but no appreciable effect was observed. No other treatment of missing data was made, but a low risk of selection bias is expected as the models were adjusted for socioeconomic and health-related factors.

A bit more information about model selection should be included.

RE: Please see our response to reviewer #2.

Additionally, as suggested by the reviewers, terms should be clarified and the measurement issues related to translation addressed.

RE: Please see our response to reviewer #3.

Responses to Reviewer #1

This study of the determinants of any use and volume of use of health care by children/youth in 11 European countries makes an important contribution to the literature on understanding the phenomenon and the role of health policy and expenditures in ensuring equitable access to health care.

Comment: I have only minor suggestions to the authors who are to be commended on this obviously complex study with major collaborative challenges. First, the introduction does not address the distinctions between countries with universal health insurance and the one without it, the U.S., where much of the research cited was conducted. The introduction communicates that individual and family factors are the primary determinants of health care access/volume. However, many of the studies cited were not able to identify structural and financing aspects. Moreover, the main citation (#14) for the role of system factors overlooks important U.S. studies (some by authors cited) showing that child health insurance status and parent insurance status are critical predictors of access, and even volume of use by children. See work of S. Gliad, among others. One or two additional citations are all that are needed, in making the point.

RE: We thank the reviewer for this helpful comment. We have tried to emphasize the structural and financial factors in the introduction by moving a paragraph from the discussion to the Introduction and adding text to paragraph 2 on page 3 (underlined). We have also added 2 new references to these aspects. The changes to the text are as follows:

Apart from the individual and familial factors cited above, structural and organizational factors at country level may also influence access to and use of services. Whether or not a country has universal health coverage may also affect access to care. For example, it is well established that in countries without a system of universal health coverage, such as the US, there are considerable differences in access to and use of health services between those who have some form of health care insurance and those do not.¹⁻¹⁵ In countries without universal health coverage, people with higher incomes seem to be more likely to visit doctors even when their health care needs are similar.¹⁶ Although we might expect fewer social inequalities in health care within Europe because of higher coverage through national health care systems or social security systems, substantial between-country variability in need-standardized physician visits in adults has nevertheless been reported.¹⁶

¹⁵ Skinner AC, Mayer ML. Effects of insurance status on children's access to specialty care: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2007;7:19.

¹⁶ van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 2007;174(2):177-83.

Comment: Clarification/consistency of terms to describe access/volume of use is needed. For example, on pg. 7, the meaning of the statement that the 'multi-level models were suitable for visits' but not for volume is not clear. It seems that here visits refers to what is earlier called 'access' (any vs. no use). The use of different terms to refer to these 2 variables occurs a couple of times.

RE: In line with the reviewer's comments, we have tried to be more consistent in our use of terms. In the new version of the manuscript we have used the term "access" throughout to refer to any use versus no use and to differentiate from the 'volume of use' model (please see page 8 in Methods, and pages 11 and 13 in the Discussion section).

- Page 8, para 1: "The empty model suggested that a multilevel model would be suitable to analyze access, but would not be required to analyze volume of use (ICC=0.03%). A logistic regression (LR) model was used to analyze "access" with individual characteristics at the first level and countries at the second level."
- In page 11, para 1: "We also found that children and adolescents were more likely to access a health care professional in countries with a higher percentage of public health expenditure, in which private health care coverage was more widespread, and in which child health care was pediatrician-led."
- In page 13, para 2: As regards access to care, socioeconomic factors may also be relevant, as children from families with a low level of education and low socio-economic status had a lower likelihood of contacting any services.

Comment: On pgs 9-10, clarification is needed regarding public health expenditure and 'private coverage.' These sound like they are distinctly different methods of paying for services, yet it seems in the results that they are the same. It seems likely that countries with more public health expenditures would have stronger child health systems and therefore easier access. Is that not true? Please check use of terms and clarify.

RE: We agree that some of the wording could be clearer. For the purposes of this analysis, we distinguished between countries in which the population predominantly used only the public health care system or where only a small part of the population had double (private and public) coverage. These countries were defined as 'mainly public'. The remaining countries were defined as 'mainly private or double' when the majority of the population (>50%) declared to have either only private coverage (for example, Switzerland) or double coverage (e.g. France). We clarified the distinction between public health expenditure and private health coverage in Methods (para 1, page 7) as follows:

Data used to characterize a country's demographic and health care situation included the percentage of the population aged 0-14 years and the percentage of population living in urban areas [source: Health for All database, HFA];²⁴ the gross domestic product (GDP) as US dollars per capita; total health expenditure (THE) as a percentage of GDP; public sector health expenditure (including government budgets, external borrowings and grants, and social or compulsory health insurances) as a percentage of THE [HFA], and; the predominant type of healthcare coverage (double or private only, or public) in the population [OECD,²⁵ and KIDSCREEN study].

We also made changes in table 2b (before table 3b, page 19).

We agree with the reviewer that the proportion of total health expenditure deriving from public funding could be a proxy of the system's strength, and could be associated with more homogeneous

access to care. Indeed, the model showed that higher expenditure from the public sector was associated with a higher probability of contacting services. Although countries with more public health expenditures might be expected to have stronger child health systems, our model showed that countries in which private health insurance was also used would likewise facilitate access. We attribute that to an increased availability of health care services. We have tried to clarify these issues (page 11, 2nd paragraph) as follows:

All of the European countries included in this study have almost universal health care coverage, but variation in the proportion of total health expenditure which is publicly financed appears to affect access to services. This may be due to the fact countries with higher proportional levels of public health expenditure have stronger child health systems and therefore easier access. Apart from differences in declared morbidity, the between-country variations found in this study are also likely to be due to differences in the way in which pediatric services are provided and funded, though aspects such as differences in health-seeking behavior between countries may also influence.²⁸ The greater likelihood of accessing services in countries with more widespread predominantly private health care coverage and in those with a pediatric-led system presumably due to an increased availability of health care services and supplier-induced demand.

Comment: On Table 2, define the THE term, which is mentioned only later in the text.

Re: The 'THE' term has now been defined in (new) table 1 as follows: "Public sector health expenditure (% of total health expenditure)" (please see page 18).

Comment: A perhaps personal view is that referring to a child with a high SDQ score as 'a potential psychiatric case' seems unnecessarily abstract.

RE: The sentence has been modified according to this comment (please, see page 12, para 2):

"However, the fact that having a high probability of suffering being a possible psychiatric case disorder was not significant in the access model could indicate potential unmet need, as in the adult European population."

Comment: Finally, for your American readers, clarification of the term 'harmonized' which is in great favor in Europe these days would be useful. (Last paragraph.)

RE: We have taken into account this comment and also comments from the reviewer #3. The sentence related to "harmonization" has been changed trying to clarify what this term mean for European child health care systems (please, see page 14 para 2):

Macroeconomic policy and health care management in both the public and private health care sectors should be taken into account in seeking greater homogeneity in pediatric care across Europe particularly in terms of equity of access and services offered.

Comment: In sum, this effective presentation of a very interesting study that will surely provoke broad interest and debate. It will be a welcome addition to the literature on factors influencing health care use in children.

Responses to Reviewer #2

It is an interesting and well written manuscript that examines both access and intensity of use among users to health care professionals among children and adolescents in 11 European countries. The authors were aware of most weaknesses of the study, which was discussed in the limitations section as well as in the discussion section.

Several suggestions for revision are listed as follows.

Comment: In the Methods section, the data collection period should be added somewhere. Was the period pretty similar for the 11 countries?

RE: Data collection was simultaneously carried out in all countries. Dates of data collection have been added in the Methods section (page 5, 2nd paragraph) as follow:

"Fieldwork was carried out between April and November 2003 in all countries."

Comment: Under the Data analysis (p. 6), the authors wrote "an exploratory factor analysis was carried out to assess collinearity between independent variables." What did you do next if the collinearity was identified? Selecting one variable to represent all variables involved? Need some clarifications here.

RE: We agree with the reviewer that this point was not very clear and have tried to clarify this paragraph taking into account the comments from the Editor as well. In fact we studied collinearity by determining the variation inflation factor for each independent variable in both a linear regression model and an exploratory factor analysis, though we only mentioned the latter in the first version of the manuscript. In the revised version, we have now reported that we used the two approaches to explore, and we have included the results of the analysis, as requested by the reviewer. Taking into account our responses to the Editor's comments as well as those of the present reviewer, the final paragraph would be as follows (page 7):

In the second stage, the collinearity of data was studied by determining variation inflation, for example between level of education and socio-economic status, or chronic conditions and activity limitations. The variance inflation factor (VIF), which is the inverse of one minus R squared, was calculated for each independent variable using a linear regression model and an exploratory factor analysis. A general rule says that VIF should not exceed 10. None of the variables in the model exceeded 10.²⁶ an exploratory factor analysis was carried out to assess collinearity between independent variables.

²⁶ Besley D, Kuh E, Welsch R. Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity. John Wiley & Sons. New York 1980.

Comment: Paragraph 1 on p. 6, need to add rationales of using the negative binomial regression model.

RE: We thank the referee for this comment. We used the negative binomial regression model because the distribution of number of visits displayed signs of over-dispersion, and the NBR model was the most appropriate in these circumstances. We have included this rationale as follows (paragraph 1, page 7):

"A negative binomial regression (NBR) model was used to analyze individual factors associated with volume of use. The NBR, as compared to Poisson regression, was the most appropriate model for the dependent variable due to over-dispersion in the number of visits."

Comment: The last paragraph on p. 8, need a little bit more explanation about Figure 1 (e.g., what trend does the figure show? etc.).

RE: We agree that this Figure required slightly more explanation, and have revised the corresponding sentence as follows:

Figure 1 shows that the percentage of youths with at least one contact with health care services ~~by country and~~ tends to increase in proportion to the percentage of the total health expenditure which is financed by public spending ~~public expenditure from the total health expenditure.~~

Comment: Paragraph 2 on p. 10, the authors wrote ".. the between-country variations..due to differences.., as well as to cultural and other factors." Need to specify what cultural factors and other factors that are different across the countries.

RE: Although we were unable to find any specific studies examining differences in terms of cultural factors and their effect on use of resources in European countries, we were referring here more generically to possible culturally-related differences in health-seeking behavior. We have rewritten the sentence to reflect this as follows (page 11, para 2):

"...the between-country variations found in this study are likely to be due to differences in the way in which pediatric services are provided and funded, though aspects such as differences in health-seeking behavior between countries may also influence results."²⁸

Comment: Table 1 looks a bit too busy and may be changed to Appendix 1. Make lists of variables between Tables 2 and 3 and between Tables 2 and 4 consistent, respectively. In other words, all Table 3 variables' and Table 4 variables' descriptive results should be shown in Table 1. For example, under Chronic conditions in Table 3, there were three levels (no chronic conditions, one chronic condition, and two or more chronic conditions) and it would be better to show their descriptive results in Table 2.

RE: Following the reviewer's suggestion, we have converted table 1 to a new Appendix A. Although we appreciate the reviewer's point about consistency between the (new) table 1, we preferred to maintain the present format in order to make the current table 1 as simple as possible and easy for readers to absorb. To do this, we collapsed some of the categories or only showed one category, and have explained this further as a footnote in the new Table 1 with further clarification in the new Appendix A. We also changed figures of percentage children by country. We hope this is sufficient. As an example, see the following text which we have added:

In Appendix A: "(...) Open responses were revised, and recoded when necessary. Categories were no chronic conditions, one chronic condition, and more than one chronic condition."

In table 1, footnote: "† Only one category is shown for each variable (except for FAS). The categories of 'one' and 'two or more' on the chronic conditions variable were collapsed into 'one or more'."

Responses to Reviewer #3

Comment: This paper addresses a basic question of health services use for children across diverse European countries. The paper does a very nice job of selecting independent variable measures and evaluating common and distinct variations in health services use for children and youth across countries. It is also impressive in its scale. However, very little detail is provided regarding data collection and the type of measures used are notoriously sensitive to methods. While I can imagine the administration methods varied a lot across countries (they also indicate this), I can not evaluate potential methods issues without knowing more about data collection context and methods. In addition, as the authors note, the representativeness of the samples appears to be weak. Their use of primarily multivariate analyses makes findings more useful and valid. I suggest authors deemphasize unadjusted findings for these reasons.

RE: We are very grateful for the reviewer's helpful comments. We have added details in the Methods section regarding data collection, and the efforts made to reduce any bias due to data collection (page 5, para 2):

Parents were asked if they were willing to participate together with their child. Scripts of interviews, letters of information, consent and remainder, as well as questionnaire layout were harmonized and pilot tested to be equal in all countries, independently of the sampling or administration method. In all administration methods, instructions were provided to parents or those responsible for the fieldwork to ensure that children and adolescents understood that their responses would be anonymous and confidential, and to ensure that questionnaires were administered under appropriate conditions, i.e. that children were able to complete the questionnaires individually and in quiet, calm conditions without help or interference from classmates or other family members. For the current study, completed data for both child and parent's questionnaires were included for the final analysis.

With respect to the representativeness of the sample, although response rates in some countries were somewhat low, we analyzed it in as much detail as possible (please see Berra et al. BMC Public Health 2007; 7(147):182). As a result, analysis of representativeness for the whole sample showed that in general it was acceptable in comparison with Eurostat census data. The non-response bias was corrected by weighting data to restart proportions of sex and age groups according to census data for all countries. We also carried out a sensitivity analysis using re-sampling methods such as bootstrapping in order to test the possible effect of these differences on KIDSCREEN scores, but no appreciable effect was observed. Finally, we also agree with the reviewer that the use of multivariate analysis makes the findings more valid, and we have suppressed the only reference to unadjusted results in Discussion (page 11, para 1):

~~Figures ranged from 37% in Greece (where only adolescents were included) to 82.6% in Switzerland.~~

Comment: Since it is a less commonly used statistic, it would be helpful for authors to provide a illustration of how to interpret the IRR statistic selected for evaluating variations in volume of health care visits.

RE: The reviewer makes a useful point. We have therefore added one sentence in Methods (para 1, page 8) to try to improve the description of the IRR statistic as well as one sentence in Results as (para 2, page 10)an illustration of how the statistic can be interpreted. The added text is as follows:

In Methods: "Variation in volume of visits was analyzed using the incidence rate ratio (IRR) of visits. Coefficients from the model and its 95% confidence interval (95%CI) could be interpreted in terms of increases (or decreases) in the mean number of visits."

In Results: "Compared to children who declared no chronic conditions, those with two or more conditions have a 2.5 times higher number of visits, when other variables are held constant."

Comment: The study does not focus on young children, who are disproportionately high users of health care in the US. This is a limitation that should be acknowledged.

RE: We agree with the reviewer that younger children are probably disproportionately high users of health care and we have included a sentence to reflect this as a limitation of the present study (paragraph 1, page 14).

The study did not include younger children, who are high users of health care. Future studies should aim to incorporate this group.

Comment: It is also important to comment on methods for translating surveys and potential biases that might be due to translation and parent and youth understanding or cultural lense through which questions are viewed. While lacking in detail, I found the statistical methods used to be appropriate and the tables well presented.

RE: We agree that the issue of questionnaire translation and potential biases deriving from adaptation are very relevant in this type of study. For that reason, a rigorous protocol was followed to ensure equivalence between the materials used. The KIDSCREEN project followed current international recommendations and guidelines for cross-cultural equivalence when developing study materials. The KIDSCREEN instrument itself was simultaneously developed through focus groups in all participant countries followed by cognitive debriefings and forward and back translation and harmonization in all countries (see Detmar et al. Qual Life Res. 2006 Oct;15(8):1345-1353 for more details). The text has been also accordingly modified (please see page 5 paragraph 3):

"The KIDSCREEN study materials were developed according to the current international recommendations and guidelines for cross-cultural equivalence.²¹ The KIDSCREEN questionnaire itself was simultaneously developed through focus groups in all participant countries followed by cognitive debriefings and forward and back translations and harmonization in all countries".

²¹ Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine 2000;25:3186-91.

Comment: The dependent variable is very general and I wonder about its validity in the sense that asking a general question about visits to health professionals can miss many visits to providers parents and youth may not view as health care professionals. This can include mental health professionals, those providing specialized therapies and so on. Again, I accept this limitation as this is a beginning study and their simple question about visits is a good place to start. They also do not distinguish type of visit (well visit, primary care, specialty care, specialized services, etc.)

RE: We absolutely agree with the reviewer as it was also pointed out in the discussion section. More details the kind of providers contacted and to relate this information with the specific need. We hope our results stimulate more in deep utilization analysis in Europe. Changes: (page 13, 2nd paragraph)

“Third, we did not collect information on the reason for the visit or the type of professional visited which limited our ability to study specific health needs. For example, we did not collect information on whether the visit was to a mental health professional or those providing specialized therapies. We may therefore have failed to capture visits to providers that parents and youth may not view as health care professionals. Future studies should include specific questions about health services use and tailor them to the countries studied”. It was not possible to determine whether those with a possible mental disorder visited a mental health professional.

Comment: Study findings are useful, mostly in their confirmation of other studies. However, the study lacks clear policy motivation or implications. Perhaps authors can say more about this in the introduction and discussion * why did they do this study and what do they hope will be done with the findings? Overall, this is at the same time a very complex yet simple paper that begins to assess health services use and hopefully will stimulate further research regarding the impact of health and health system factors on utilization of services across Europe.

RE: We thank to reviewer for their kind comments. We have modified the introduction (please, see para 2, page 3) section trying to address better the study justification, and also following suggestion of reviewer 1. Also, we have modified the final paragraph trying better clarify on the research and policy implications of our study (para 2, page 14):

In summary, differences between European countries in the proportion of children reaching health care professionals were associated in part to health care system characteristics. Macroeconomic policy and health care management in both the public and private health care sectors ~~This~~ should be taken into account in seeking greater homogeneity in pediatric care across Europe particularly in terms of equity of access and services offered is to be harmonised. Whether or not a child visited a health care professional was dependent to some extent on family and socioeconomic status, while intensity of use was only influenced by factors relating to health status. Future studies should confirm these results in Europe and should try to determine whether inequalities exist not only in regard to use of services but also in regard to the outcomes of those services.

De: em.mdc.0.b1fa0.86951aca@editorialmanager.com
[mailto:em.mdc.0.b1fa0.86951aca@editorialmanager.com] En nom de Medical Care
Enviat: miércoles, 21 / mayo / 2008 21:22
Per a: Rajmil Rajmil, Luis
Tema: MDC-D-08-00095R1, MDC Decision

May 21, 2008

RE: MDC-D-08-00095R1, entitled "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries"

Dear Dr. Rajmil,

I am pleased to inform you that your manuscript entitled "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries" has been found acceptable for publication in Medical Care pending a few additional revisions. This a conditional acceptance pending satisfactory revision.

In my view you and the other authors have been responsive to the suggestions of the reviewers; there are just a few relatively minor issues that should be addressed before publication of this paper.

An important point is that the second analysis of number of visits is based on about one half of the sample (those individuals who received any health care services). Thus, the inference is to those receiving service. This distinction should be emphasized. An alternative strategy might have been to include the non-users in the overall analyses of service use frequency; albeit resulting in a skewed distribution. However, an ordinal logistic regression might have been a possibility. In this context, were any other approaches (beside the Poisson regression model) tested in sensitivity analyses? If so, brief mention of the alternative models examined could be included.

The analysis in the new Table 3 presents IRRs; however, the data are cross-sectional. The reports are retrospective, not prospective. Because these models are often applied to longitudinal data, the IRR is an appropriate term in those contexts. It seems as if the IRR in the cross-sectional context is more like a PRR or prevalence rate ratio. Some thought should be given to this issue, and it is important to emphasize that these are not "true" incidence data. In fact the title correctly describes the paper as examining correlates of use of health services, and the LR model correctly discusses odds ratios, not relative risks. The reader might be confused, as was one reviewer, by the shift to discussion of incidence rates.

Minor:

Please read the paper carefully before resubmission and correct any grammatical errors, e.g., "were more likely to access to..

With kind regards,

Jeanne Teresi, Ph.D, Ed.D
Deputy Editor
Medical Care

Dr. Jeanne Teresi

Deputy Editor

Medical Care

RE: MDC-D-08-00095

Title: "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries"

Dear Dr Teresi,

Thank you for your message dated May 21, 2008 regarding our manuscript "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries".

We are enclosing a revised version of the manuscript incorporating your recommendations. Please find below our responses to your queries, as well as changes we have made in the revised version of the manuscript indicating where all changes have been made.

Thank you very much for your attention, we look forward to hearing from you.

Yours sincerely,

Luis Rajmil

Comment: An important point is that the second analysis of number of visits is based on about one half of the sample (those individuals who received any health care services). Thus, the inference is to those receiving service. This distinction should be emphasized. An alternative strategy might have been to include the non-users in the overall analyses of service use frequency; albeit resulting in a skewed distribution. However, an ordinal logistic regression might have been a possibility. In this context, were any other approaches (beside the Poisson regression model) tested in sensitivity analyses? If so, brief mention of the alternative models examined could be included.

Re: You are right that the second analysis of number of visits is based on about a half of the sample, and that conclusions drawn from this analysis would be referring to those receiving service. We also agree that this is worth pointing out in the article. For that reason we have made the following changes to the most recent version of the manuscript:

Page 10, para 3: Table 3 shows the results obtained with the bivariate and multivariate models for intensity of use who visited a health care professional at least once over the study period.

Page 11, para 2: The number of visits (intensity of use) in those receiving services was not associated with health care system or country characteristics.

Page 14, para 2: Whether or not a child visited a health care professional was dependent to some extent on family and socioeconomic status, while intensity of use in those who had visited at least once was only influenced by factors relating to health status.

Regarding your other point as to whether we tested other models, we did explore approaches using ordinal logistic regression and multinomial logistic regression, in which we included non-users. In these alternative models, socioeconomic variables were associated with no visits but not with being a high user. High use was strongly associated to health needs. As you suggest, these alternative models could be considered as a type of sensitivity analyses for the actual analysis presented, as the results were quite similar. We have introduced the following changes to take into account these concerns:

Page 8, para 2: Other models based on ordinal or multinomial logistic regression were also constructed to examine intensity of use. These alternative models included the whole sample, i.e. both users and non-users, and the results were similar to those seen with negative binomial regression model. The results are available from the authors.

Comment: The analysis in the new Table 3 presents IRRs; however, the data are cross-sectional. The reports are retrospective, not prospective. Because these models are often applied to longitudinal data, the IRR is an appropriate term in those contexts. It seems as if the IRR in the cross-sectional context is more like a PRR or prevalence rate ratio. Some thought should be given to this issue, and it is important to emphasize that these are not "true" incidence data. In fact the title correctly describes the paper as examining correlates of use of health services, and the LR model correctly discusses odds ratios, not relative risks. The reader might be confused, as was one reviewer, by the shift to discussion of incidence rates.

Re: We would like to thank you for this comment and agree that a clarification is needed. You are correct that the results cannot be interpreted as true incidence because data were collected retrospectively in a cross-sectional design. Nevertheless, we think that, after clarifying this limitation, it is interesting to maintain the IRR label to be more consistent with the traditional way of presenting results from models using count variables (rate ratios) in the literature (and to differentiate from risk ratios or odds ratios). Following your suggestion, we have added a cautionary note, as follows:

Page 8, para 2: The NBR, as compared to Poisson regression, was the most appropriate model for the dependent variable due to over-dispersion in the number of visits. Variation in volume of visits was analyzed using the incidence rate ratio (IRR) of visits. Coefficients from the model and its 95% confidence interval (95%CI) can be interpreted in terms of increases (or decreases) in the mean number of visits. It should be noted that, as data were collected retrospectively using a cross-sectional design, the IRR does not reflect 'true' incidence data.

Comment: Please read the paper carefully before resubmission and correct any grammatical errors, e.g., "were more likely to access to..

Re: The text was thoroughly revised and corrected.

De: em.mdc.0.b79b9.f2734a24@editorialmanager.com
[mailto:em.mdc.0.b79b9.f2734a24@editorialmanager.com] En nom de Medical Care
Enviat: viernes, 6 / junio / 2008 21:47
Per a: Rajmil Rajmil, Luis
Tema: MDC-D-08-00095R2, MDC Decision

Jun 06, 2008

RE: MDC-D-08-00095R2, entitled "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries"

Dear Dr. Rajmil,

I am pleased to inform you that your work entitled "Correlates Of Use Of Health Care Services By Children And Adolescents From 11 European Countries" has now been accepted for publication in Medical Care. All manuscript materials will be forwarded immediately to the production staff for placement in an upcoming issue.

In the meantime, please visit our website at: <http://www.editorialmanager.com/mdc/> and download our Copyright form. Making sure to include the manuscript number, please ask all of the authors to complete and return by fax to:
Darlene Davis at: 410 691 6235

In order that our email messages to you are not stopped by your spam filter, please add our email address: medicalcare@comcast.net to your Trusted Sender or Safe Sender lists. Also, add the following URLs which are really the senders: <https://mdc.edmgr.com> or <http://mdc.edmgr.com>

Thank you for submitting your interesting and important work to Medical Care.

With kind regards,

Jeanne Teresi, Ph.D, Ed.D
Deputy Editor
Medical Care

Proceso editorial del artículo:

Methods and representativeness of European surveys on children and adolescents: the KIDSCREEN study.

Revista BMC Public Health.

From: "BioMed Central Editoria l" <editorial@biomedcentral.com>
To: "RAJMIL, LUIS" <lrajmil@IMIM.ES>
Date: Thu, 19 Apr 2007 11:02:55 +0200
Subject: MS: 3094467811225594 - Methods and representativeness of European surveys on children and adolescents: the KIDSCREEN study
Re: 'Methods and representativeness of European surveys on children and adolescents: the KIDSCREEN study'

Dear Dr Rajmil,

Your manuscript has now been peer reviewed and the comments are accessible in PDF format from the links at the bottom of this e-mail. Please let me know if you have any problems opening the files.

Could you please address the comments both by providing us with a point-by-point response to them and by revising your manuscript accordingly, letting us know where and how it has been revised.

Could you also please go through the manuscript formatting checklist, the link to which is provided at the bottom of this e-mail, and ensure that your revised manuscript conforms to all of the points. It is important that your files are correctly formatted.

We hope you can return your revised manuscript within three weeks (i.e. by 10 May 2007). If you imagine that it will take longer to prepare (for example, if the reviewers have requested further studies that would take longer than this time), please give us some estimate of when we can expect it.

Please remember that a processing charge of £750.00 will be payable, if the article is accepted. If, and when, your paper is ready for acceptance, we will contact you separately about paying the processing charge.

To submit your revised manuscript

When you have revised your manuscript in light of the reviewers' comments and made any required changes to the format of your paper, please upload the revised version by following these instructions:

1. Go to http://www.biomedcentral.com/manuscript/login/man.asp?txt_nav=man&txt_man_id=3094467811225594 and log on with your email address and password.
2. With the 'Manuscript details' tab, please update the title, abstract and author details if they have changed since the previous version. It is very important that all changes are updated on this page, as well as in the manuscript file as the information on this page will be used in PubMed and on BioMed Central if your manuscript is accepted for publication.
3. With the 'Cover letter' tab, please provide a covering letter with a point-by-point description of the changes made.
4. With the 'Upload files' tab, please upload the revised version of the manuscript and press 'Submit new version'. Please wait for the confirmation page to appear - this may take a few moments.

Please don't hesitate to contact me if you have any problems or questions regarding your manuscript.

With best wishes,

Dr Annabel Phillips
Senior Assistant Editor
BMC-series Journals
BioMed Central

Tel: +44 (0)20 7631 9921

Facsimile: +44 (0)20 7631 9923

e-mail: editorial@biomedcentral.com

Web: <http://www.biomedcentral.com/>

Referee 1: http://www.biomedcentral.com/imedia/2094104422130698_comment.pdf

Referee 2: http://www.biomedcentral.com/imedia/9692072113981919_comment.pdf

Manuscript formatting checklist:

http://www.biomedcentral.com/info/ifora/medicine_journals

Dr Annabel Phillips
Senior Assistant Editor
BMC-series Journals
BioMed Central

RESPONSE TO THE EDITOR

Dear Editor,

We would like to thank you very much for your message dated April 19th, 2007, regarding our manuscript MS "094467811225594 - Methods and representativeness of European surveys on children and adolescents: the KIDSCREEN study". We would also like to thank the reviewers for their helpful comments, which we believe have helped to improve the manuscript.

We are enclosing a revised version of the manuscript incorporating the changes recommended by the reviewers, highlighted using MS-Word track changes. In our responses to the reviewers we have indicated where all changes have been made in the revised version. All numbers and tables were checked and corrected when necessary. We have also reviewed the English grammar, and long sentences were reduced in the new revised version.

Please take into account that at the end of the list of authors we wanted to add 'the European KIDSCREEN Group' but were unable to do so in the on-line submission system because there is no associated e-mail. We hope it will not be a problem to include this in the actual paper.

We hope that the paper will now be suitable for publication.

Thank you very much for your attention, we look forward to hearing from you.
Yours sincerely,

Luis Rajmil

Answer to reviewer 1

The authors would like to thank the reviewer for her helpful comments, which have helped to improve the quality of the manuscript. Our responses to each point are as follows:

Reviewer's comment:

Several minor grammatical errors were apparent ('data was' instead of 'data were'. In addition one of the sentences in paragraph 3 of the instruction was excessively long (as were some other sentences). There are a variety of editing issues - is it HRQoL or HRQOL, and missing full stops, commas etc.

Re: According to this comment the full text was revised, sentences were corrected, and the abbreviation of HRQoL was homogenized through the text (please see the revised version).

Answer to reviewer 2

The authors would like to thank the reviewer for her helpful comments, which have helped to improve the quality of the manuscript. Our responses to each point are as follows:

Minor Essential Revisions

Reviewer's comment:

1. My main comment concerns clarification between youth and parental participation, response, and sample representativeness. Although not entirely clear, it appears that the KIDSCREEN was a study of youth and parents and that response rates, completion rates, etc are being reported for both. Table 2 reports the 'ECC' and 'Coop'. I assume the cooperation and completion rates refer to children's cooperation and completion rates rather than parents? Table 5 describes characteristics of 'participants' and non-participants, but the 'participants' in this case are parents. This needs to be clearer to the reader. Do the authors only report on youth and parents who both participated? It's confusing since the sample Ns in the tables do not coincide (Table 3s and 5). It would be useful to separate these results and to make it understood in the text that the authors are examining two different respondent populations.

Re: In general, the KIDSCREEN study focused on children & adolescent's HRQoL, but we also collected data from parents, and we obviously required parental consent to include children in the study. Therefore, as the reviewer points out, some of the results refer to parents and some to children. For example, the cooperation rate refers to parents' acceptance to participate, whereas completion and response rates refer to questionnaires filled in by children. We have tried to clarify these issues as much as possible in the new version, by including more information in the Methods section (final paragraph, page 6, revised version; 1st and 2nd para, page 7, revised version), and by clarifying the issues in the Results (new sub-heading and final para, page 10) and Tables (see footnotes to Tables 2 and 5, and information added in Table 5).

Table 5 shows information provided by parents from both those who accepted to participate and filled-in the questionnaire, and those who refused to participate but responded to the very short interview for refusals. 'Participants' refer to the parent-child pair, i.e. when a parent agreed to participate and survey materials were completed by a parent. The n's in table 5 are therefore generally larger than those in table 3, because table 3 includes cases which provided data on sex and age, and completed a sufficient number of KIDSCREEN items

to be able to calculate reference values for the KIDSCREEN questionnaire, whilst table 5 includes cases in which data was not necessarily as complete. We have added a foot-note in table 3 to clarify this point.

Reviewer's comment:

2.Previously published papers that describe details regarding implementation of the KIDSCREEN questionnaire and its content should be referenced. Basic information, such as the dates of survey administration, are missing from this manuscript.

Re: We have added a new reference for an article which is currently in press [new reference 13], and a reference for a previously published paper [new reference 11].

More details regarding the dates of survey administration have been added on page 5, para 5).

Reviewer's comment:

3.More information regarding each of the sampling methods – telephone/mail, school, and household is needed. For example, in the telephone sampling method, what was the source of the sampling frame? How were households selected (I'm assuming only households with an 8 to 18 year old were eligible)? How were households screened - by an adult? Adults provided consent, then minors provided assent? If so, what proportion of adults refused minor participation? Similarly, were schools selected with proportional representation (PPS), systematically, or otherwise? This is important in understanding participation rates, response, and representativeness of the samples selected.

Re: We thank the reviewer for this useful comment. We have made substantial changes to clarify these aspects.

In the telephone sampling method, the sampling frame was shaped by households having a fixed phone, but the only source was the random digital dialling system which generated the numbers at random, rather than from lists. Households were screened by an adult and selected when the interviewer identified a child aged 8-18 years living at home, and an adult family member give their consent for the child's participation (see changes on page 5, last para). When an adult refused minor participation this was classified as non-cooperation (included in Table 2, with new footnote to try to clarify this). Signed parental consent was required, whereas the child's assent was assumed if they completed the questionnaires.

Regarding school sampling, in general, sampling of schools or classrooms was not systematic but also at random, after stratifying by age, sex, and geographical or administrative areas, in order to obtain proportional representation children by age, sex, and regions within the countries (see changes on page 6, para 1).

Reviewer's comment:

The use of shorter, crisper sentences (see Intro, Discussion) and the use of subheadings (particularly in distinguishing between youth and parents) throughout the text would help the reader.

Re: The full text was revised and the English improved, and subheadings were added in the Results section, following the reviewer's suggestion (please see the revised version, pages 9 and 10).

Reviewer's comment:

Was the non-response analysis limited to adults?

Re: The non-response analysis compared participants and refusals in terms of characteristics of the parent-child pair (see table 5). Most of the characteristics contrasted refer to the parent, though the first refers to the child. We have clarified this further in the Table. In this table, 'participants' refer to the parent-child pair, i.e. when a parent agreed to participate and survey materials were completed by a parent and the child. If only the child or only the parent completed the materials, they are not included in this table.

Discretionary Revisions (which the author can choose to ignore)

Reviewer's comment:

The results are essentially descriptive. Models, such as log-linear models that include measures of interview mode and method, for example, would be a useful next analytic step in determining whether outcomes are equivalent across the various subpopulations, e.g. gender, age group.

Re: We agree with the reviewer that a log-linear model could add a more analytical perspective to the methods comparison. However the main purpose of this article was to analyse the representativeness of the samples obtained in the thirteen participating countries. Secondly, and recognizing the limitations, we present a comparison of results by methods. Moreover, by using log-linear model, we were at risk of generating sparse matrices due to the unbalanced distribution of the participants between the sampling methods.

MS: 3094467811225594

Title: Methods and representativeness of European surveys in children and adolescents: the KIDSCREEN study
BMC Public Health 2007, 7:182

Dear Dr Rajmil

Thank you for choosing to pay your article processing charge by purchase order. Please send the purchase order as soon as possible.

We are delighted to confirm that your manuscript is now formally accepted, and has been published as a "Provisional PDF" on our website at the following page:

<http://www.biomedcentral.com/bmcpublichealth/>

Your article's citation is as follows:

BMC Public Health 2007, 7:182.

The abstract of your article has been sent to the US National Library of Medicine for inclusion in PubMed, where it should be available within 2-3 working days.

The full text version of your article (also known as the web or HTML version) will be ready for you to check in about a week. We will ask you to look at it to ensure that no errors were introduced in the process of converting the provisional PDF to the full text version.

We will then ask you to return any corrections within two days. You can detail them in an e-mail, or mark up a printout of the article and fax it to the number below. As you know, the proofing stage was when you submitted the final version. At this point, we will not make any copyediting or proofing changes.

Please be aware that delays on your part in returning your corrections will hold up production of the final version of the article. If you will not be available to check the full text version in a week's time please let us know the name and e-mail address of a colleague who could do this in your absence.

On receipt of any corrections, we will make the required changes and give you the opportunity to confirm them. We will then prepare a fully formatted PDF version of the article. Subsequently the full text and final PDF versions of the article will replace the "Provisional PDF" on our website.

Please do not hesitate to contact the editorial team if you have any questions. We will contact you with the full text version of your manuscript for you to check.

With best wishes,

The BioMed Central Editorial Production Team

Tel: +44 (0) 20 73230323

Facsimile: +44 (0)20 7631 9923

email: edproduction@biomedcentral.com

La utilización de servicios sanitarios en población infantil y adolescente ha sido hasta ahora poco estudiada en Europa. Este trabajo de investigación se dirigió a analizar el uso de servicios sanitarios en población infantil y adolescente de la ciudad de Barcelona y de once países europeos estudiando su asociación con necesidades en salud y características de la familia y de los sistemas sanitarios. Específicamente, se examinó la utilidad de la salud percibida como medida de necesidad en salud y la existencia de desigualdades sociales en el uso de servicios sanitarios. Adicionalmente, se estudió la participación, respuesta y representatividad de las muestras de los países del proyecto europeo, según los métodos de selección y de administración de los cuestionarios.

