Capítol 1. Introducció. Els eixos de la desigualtat, l'anàlisi de la seva evolució i les polítiques per a la seva reducció.

Carme Borrell.
Joan Benach.

1. Introducció

La desigualtat en salut fa referència a les diferents oportunitats i recursos lligats a la salut que tenen les persones de diferent classe social, gènere, ètnia o territori, de manera que els col·lectius més desafavorits, que són les classes menys avantatjades, les dones, les persones que viuen en àrees geogràfiques amb més privació material o social i els immigrants de països de baixa renda, presenten pitjor salut que la resta de col·lectius[1].

Les principals característiques de les desigualtats socials en salut es poden caracteritzar de la manera següent[2,3]: Primer, les desigualtats socials en salut són molt importants ja que el seu impacte és més gran que el que tenen factors de risc d'emmalaltir tan coneguts com el tabaquisme. En aquest sentit, malgrat que les desigualtats entre el primer i el tercer món són avui en dia enormes, inclús en els països més desenvolupats existeixen clares desigualtats de salut entre les persones de diferent classe social, gènere, ètnia o segons el territori. Segon, les desigualtats en salut es manifesten en forma d'un gradient en l'escala social no afectant només a un grup de població pobra sinó a tota la població, sense que existeixi un "dintell" a partir del qual s'incrementi el risc de patir una salut deficient. Tercer, les desigualtats en salut estan augmentant. En els països desenvolupats globalment ha millorat la salut de la població, però aquesta millora és molt diferent en les classes socials, de manera que les classes més benestants presenten davallades més importants de la mortalitat i la morbiditat, fet que repercuteix en l'augment relatiu de les desigualtats. Quart, les desigualtats en salut són adaptatives, fet que s'expressa en que els grups socials més privilegiats es beneficien abans i en una proporció més gran de les polítiques socials i sanitàries. Finalment, avui en dia, hi ha proves suficients que mostren com les desigualtats socials en salut es poden reduir mitjançant la posada en pràctica de polítiques socials i sanitàries apropiades.

Des de que l'any 2003 es va publicar l'informe "Les desigualtats en la salut a Catalunya" publicat pel Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill (CAPS-FJ Bofill)[4], on es presentava per primera vegada de forma exhaustiva l'existència de desigualtats en salut a Catalunya, la situació respecte a les polítiques i intervencions a portar a terme no ha canviat ja que les recomanacions que es feien en aquest informe no s'han posat en pràctica i, de fet, no han estat tingudes en compte pel govern, els partits polítics o altres grups socials.

Cal mencionar també que l'any 2004 es va publicar un altre informe, en aquest cas el de la *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*[5] que va descriure la salut pública a l'Estat espanyol des de la perspectiva de gènere i classe social. Aquest treball també posava en evidència, en aquest cas per tot l'Estat, tant l'existència de les desigualtats socials en salut com la manca de polítiques públiques per aconseguir la seva reducció.

L'informe "Les desigualtats en la salut a Catalunya" de l'any 2003 es va basar sobretot en l'anàlisi de les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 1994. La segona enquesta de salut realitzada l'any 2002 ens permet avaluar l'evolució existent entre els dos períodes, motiu pel qual l'objectiu principal d'aquest informe és presentar les tendències de les desigualtats en salut a Catalunya des de la segona meitat dels anys 90 fins els primers anys del segle XXI.

En aquest primer capítol es descriuen breument els tres principals eixos de la desigualtat social en salut analitzats en aquest treball (la classe social, el gènere i el territori), es comenten els avantatges i inconvenients dels estudis que analitzen les tendències, es fa menció a l'escassesa de polítiques per disminuir les desigualtats en salut en el nostre medi i, finalment, es presenten els objectius de l'informe i el contingut de cadascun dels seus capítols.

2. Els eixos de la desigualtat

A l'anterior informe CAPS-FJ Bofill[4] es va fer una revisió conceptual dels eixos de desigualtat analitzats així com de les causes de les desigualtats en salut. En aquest informe tan sols es mostren els aspectes metodològics fonamentals amb els eixos de desigualtat utilitzats.

2.1 La classe social

Les dues mesures més utilitzades a l'Estat espanyol per estudiar les desigualtats socials en salut han estat les proposades per Domingo y Marcos[6] i per la *Sociedad Española de Epidemiologia* (SEE) respectivament[7]. L'anterior informe CAPS-FJ Bofill, va utilitzar la primera d'elles, la qual es basa en una classificació de les ocupacions adaptada de l'escala del *British Registrar General*. La proposta partia de les ocupacions codificades segons la *Clasificación Nacional de Ocupaciones* de 1979 (taula 1.1).

L'any 1995, un grup d'experts de la SEE varen fer una nova proposta de classificació basada en la de Domingo i Marcos i en la del sociòleg Goldthorpe. En aquest cas, es tractava d'una agrupació de les ocupacions de la *Clasificación Nacional de Ocupaciones* de l'any 1994 (CNO-94) (taula 1.1). En aquest nou informe s'ha tingut en compte aquesta classificació per analitzar les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002 ja que les dades de l'ocupació de les persones entrevistades i de la persona principal de la llar s'han codificat segons la CNO-94. De tota manera, cal dir que la classe social de l'any 1994 també presentada en l'informe a fi i efecte de comparar les dades amb l'any 2002 també es basa en la classificació de Domingo i Marcos[6].

Per atribuir la classe social a una persona s'ha utilitzat la seva ocupació actual o anterior en el cas que la persona treballés en el moment de l'entrevista (o anteriorment) i l'ocupació del cap de família en el cas que la persona no treballés (estudiants, mestresses de casa, etc.). La taula 1.2. mostra la distribució segons la classe social i el sexe de les persones entrevistades en les dues enquestes de salut, observant-se que els percentatges de 1994 i 2002 són similars en els homes mentre que a les dones han disminuït lleugerament els percentatges de les que pertanyen a les classes IV-V, augmentant els de la classe III.

Taula 1.1. Comparació de les classificacions de classe social de Domingo i Marcos i del grup de treball de la *Sociedad Española de Epidemiología.*

Domingo i Marcos	*Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología*
I Directius de l'Administració i de les empreses (excepte els inclosos en II). Alts funcionaris. Professionals lliberals. Tècnics superiors.	I Directius de l'Administració Pública i d'empreses de 10 o més assalariats. Professions associades a titulacions de 2º i 3er cicle universitari.
II Directius i propietaris-gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.	II Directius d'empreses amb menys de 10 assalariats. Professions associades a una titulació de ler cicle universitari. Tècnics i professionals de suport. Artistes i esportistes.
III Quadres i comandaments intermitjos. Administratius i funcionaris, en general. Personal dels serveis de protecció i seguretat.	IIIa Personal de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat.
	IIIb Treballadors per compte propi.
	IIIc Supervisors de treballadors manuals.
IVa Treballadors manuals qualificats de l'indústria, comerç i serveis. Idem del sector primari.	IVa Treballadors manuals qualificats.
IVb Treballadors manuals semiqualificats de l'indústria, comerç i serveis. Idem del sector primari.	IVb Treballadors manuals semiqualificats.
V Treballadors no qualificats.	V Treballadors no qualificats.

Font: *Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología*[8]

Taula 1.2. Distribució de la mostra segons la classe social en percentatges. Homes i dones entrevistats a l' Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994.

Classe social	**Homes**		**Dones**	
	2002	**1994**	**2002**	**1994**
I-II	20,7	22,6	17,4	18,1
III	22,4	20,4	25,7	16,2
IV-V	56,9	57,0	56,9	65,7
Total	100	100	100	100

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

2.2. El gènere

El concepte de gènere, es a dir, com la societat construeix el "ser dona" o el "ser home"[9], es diferent del sexe biològic. La socialització, els rols, els estereotips i altres factors socials lligats a la construcció social del gènere han canviat al llarg del temps i també en societats diferents. Per tant, el concepte de gènere és diferent en funció de la història i del territori geogràfic. El sexe, en canvi, es una categoria biològica en principi immutable i ahistòrica.

En aquest informe, la majoria de capítols mostren els resultats separats per sexe i es presenta la informació, sempre que això ha estat possible, amb una visió de gènere. A més, hi ha un capítol específic (capítol 6) que es focalitza en les desigualtats de gènere en la salut fent una especial èmfasi en aspectes no referits en els altres capítols.

2.3. El territori

En el present informe s'han utilitzat dos tipus d'unitats d'anàlisi territorial. Per una banda, l'anàlisi de la mortalitat a Catalunya s'ha descrit en 354 "àrees petites" (288 municipis o agregats de municipis de Catalunya i 66 àrees bàsiques de salut de la ciutat de Barcelona) (veure capítol 2).

D'altra banda, sempre que ha estat possible (capítols 3 a 6 i 8), s'ha utilitzat com a unitat geogràfica les vuit regions sanitàries de Catalunya que es mostren a la figura 1.1. Aquestes regions, delimitades a partir de factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics, compten amb recursos sanitaris d'atenció primària i d'atenció especialitzada per atendre les necessitats de la població. Les regions amb la seva població corresponent a l'any 2003 són les següents: Lleida (349.820 hab.), Tarragona (479.017 hab.), Terres de l'Ebre (abans anomenada Tortosa) (137.757 hab.), Girona (568.082 hab.), Costa de Ponent (1.241.268 hab.), Barcelonès nord i Maresme (715.039 hab.), Centre (1.429.361 hab.) i Barcelona ciutat (1.502.966 hab.). En el desplegament de les regions s'ha tingut en compte l'ordenació comarcal del territori ja que cada regió és una agrupació de comarques.

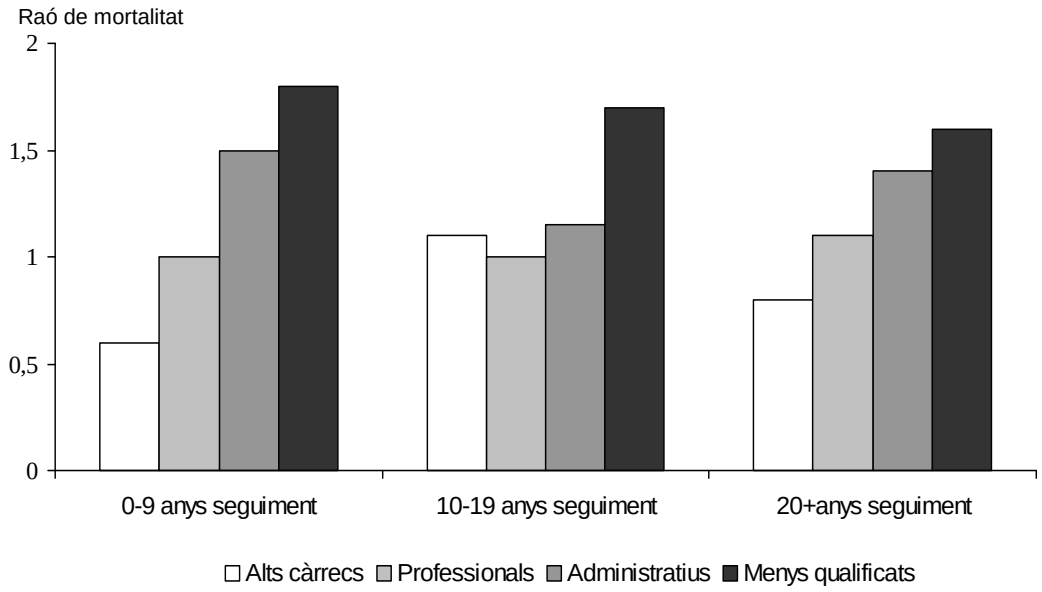
Figura 1.1. Regions Sanitàries de Catalunya

Font: Servei Català de la Salut
(IMPREMTA: . La figura ha de ser en blanc i negre. On posa "Terres de l'Ebre" cal posar: "Terres de l'Ebre (Tortosa)"

3. L'anàlisi de l'evolució de les desigualtats socials en salut

Els estudis epidemiològics de cohorts (també coneguts en sociologia com estudis de panel) són una de les millors maneres per a estudiar l'evolució de les desigualtats socials en la salut. En aquest sentit, cal assenyalar la riquesa d'informació que han aportat les diverses anàlisis realitzades en dues cohorts de funcionaris de l'ajuntament de Londres (estudis Whitehall I i Whitehall II) i que han donat lloc a multitud de publicacions científiques de gran interès. Aquests estudis han realitzat tres observacions especialment rellevants: un clar i consistent gradient entre les classes socials en indicadors de salut molt diversos, un manteniment o augment d'aquestes desigualtats quan es mesuren en forma relativa i, tercer, que les desigualtats no es poden explicar solament pel paper que puguin jugar factors associats amb els estils de vida sinó, sobretot, pels factors de tipus material i psicosocial. Un exemple d'això el podem observar en la figura 1.2. on es mostra la mortalitat de la cohort Whitehall I en diferents períodes de seguiment, observant-se com les desigualtats de mortalitat entre les categories professionals es mantenen inclús després de 20 anys de seguiment[10].

Figura 1.2. Mortalitat per totes les causes per nombre d'anys de seguiment i categoria professional. Cohort de funcionaris de Londres Whitehall I. Homes de 40 a 64 anys a l'inici del seguiment.

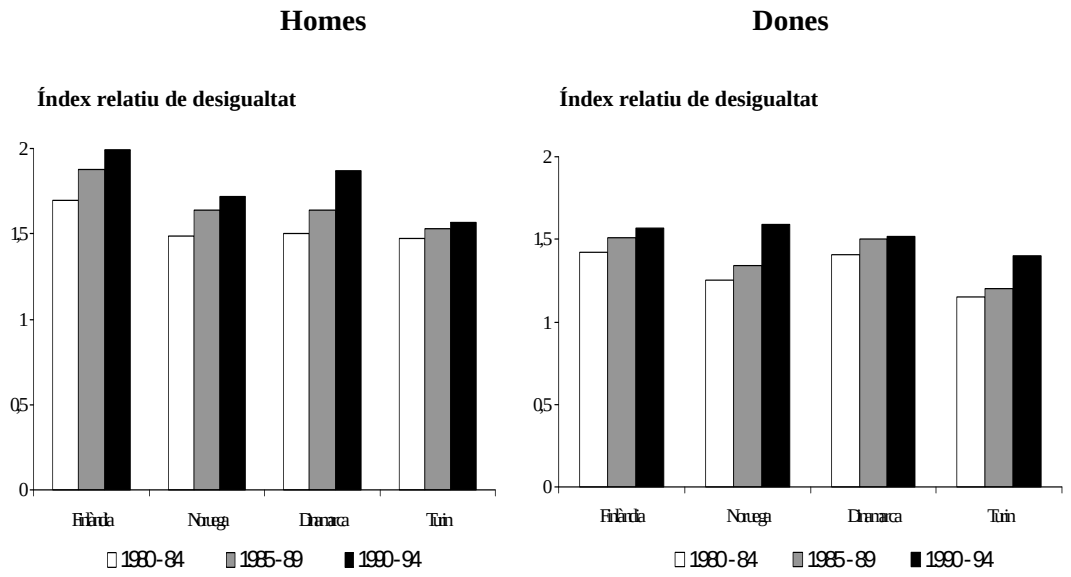


Font: Van Rossum i col·l.[10]

De tota manera, donat que els estudis de cohorts són costosos i difícils de realitzar, l'evolució de les desigualtats habitualment s'ha estudiat a partir de l'anàlisi de diversos talls transversals on s'analitzen les desigualtats en salut segons classe social. Cal tenir en compte que aquests estudis no es refereixen a la mateixa població estudiada, sinó que són mostres de la població recollides a diferents anys, tal i com es fa en el cas de les enquestes de salut. Per tant, aquest tipus de recerca analitza les diferències relatives i absolutes en els indicadors de mortalitat, morbiditat o salut entre les diferents classes socials, però no té en compte el fet que la grandària de les classes socials pugui canviar al llarg del temps. Per solventar aquest problema s'han utilitzat mesures, tant relatives com absolutes, en les quals s'introdueix la grandària de les classes socials en el seu càlcul[11]. Tanmateix, quan la dimensió de les classes no canvia excessivament tal i com ha esdevingut a Catalunya (taula 1.2), les mesures clàssiques són molt útils per a analitzar les desigualtats.

Les anàlisis de les desigualtats en mortalitat, realitzades majoritàriament a l'Europa Occidental durant les darreres dècades del segle XX, han mostrat molt sovint un augment en les mateixes. Així, donat que les tendències en mortalitat han estat més favorables a les classes socials benestants que a les classes més desfavorides, les diferències en la mortalitat de tipus relatiu han augmentat en la majoria de països pels quals es disposa de la informació adequada. Podem observar un exemple a la figura 1.3. on s'observa l'evolució del risc de morir segons el nivell d'estudis (ajustant per la grandària dels grups de nivell d'estudis) en diferents països i una ciutat europeus[12]. Podem observar que: primer, en tots els casos les persones amb menys nivell d'estudis tenen més mortalitat i, segon, que les desigualtats augmenten entre 1980-84 i 1990-94, en totes les àrees en ambdós sexes.

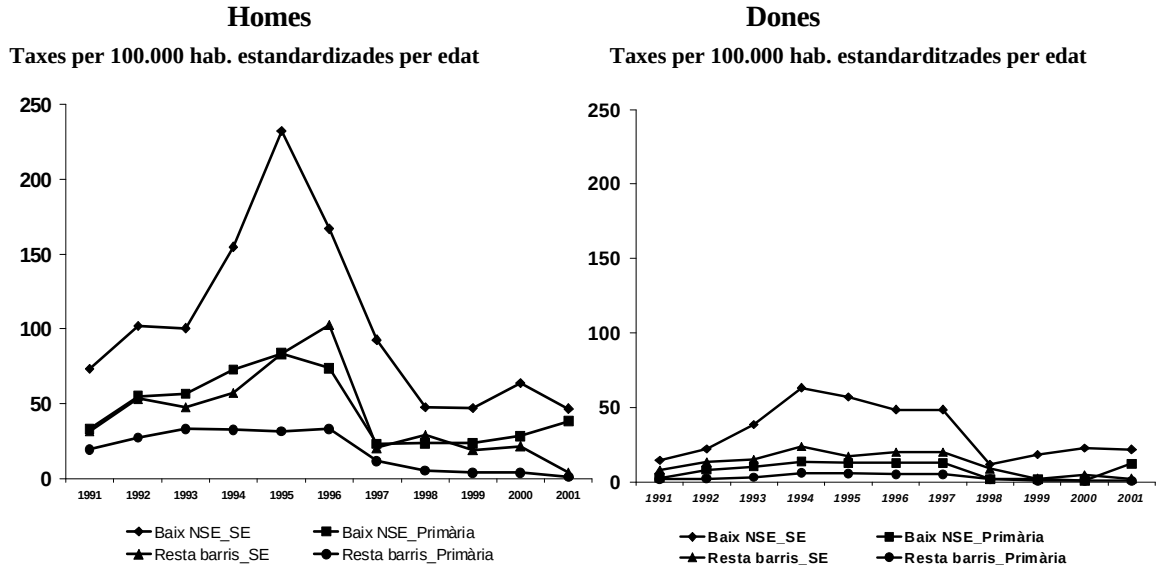
Figura 1.3. Desigualtats relatives en mortalitat entre el grup de menor nivell d'estudis i el de major nivell. Homes i dones de 30 a 74 anys. Diverses àrees geogràfiques, 1980-1994.



Font: Kunst i col·l.[12].

A l'Estat espanyol, els estudis que analitzen l'evolució de les desigualtats no són massa abundants. Vegem alguns exemples de desigualtats en el cas de la mortalitat. En diversos estudis sobre de l'evolució de les desigualtats en mortalitat entre 1980-82 i 1988-90 en 8 províncies de l'Estat Espanyol on l'ocupació estava suficientment complimentada en el Butlletí Estadístic de Defunció per permetre obtenir un indicador fiable de classe social, es va trobar un augment de les desigualtats per a la majoria de causes de defunció[13,14,15]. També són rellevants els estudis realitzats a Barcelona on s'ha posat en evidència l'augment de les desigualtats en mortalitat en la darrera dècada del segle XX, sobretot a causa de l'aparició de la sida[16]. Un exemple es mostra a la figura 1.4 on s'observa l'augment important de les desigualtats en la mortalitat per sida que es va produir durant la meitat de la dècada dels 90. Aquestes desigualtats sobretot són a causa de la sida en els usuaris de drogues intravenoses i menys evidents en la sida de transmissió heteresexual i homosexual[17].

Figura 1.4. Mortalitat per sida segons nivell d'estudis i barri de residència. Barcelona, 1992-2001.



Baix NSE_SE: Barris de baix nivell sòcioeconòmic i sense estudis
Baix NSE-Primària: Barris de baix nivell sòcioeconòmic i estudis primaris o superiors
Resta barris_SE: Resta de barris i sense estudis
Resta barris_primària: Resta de barris i estudis primaris o superiors

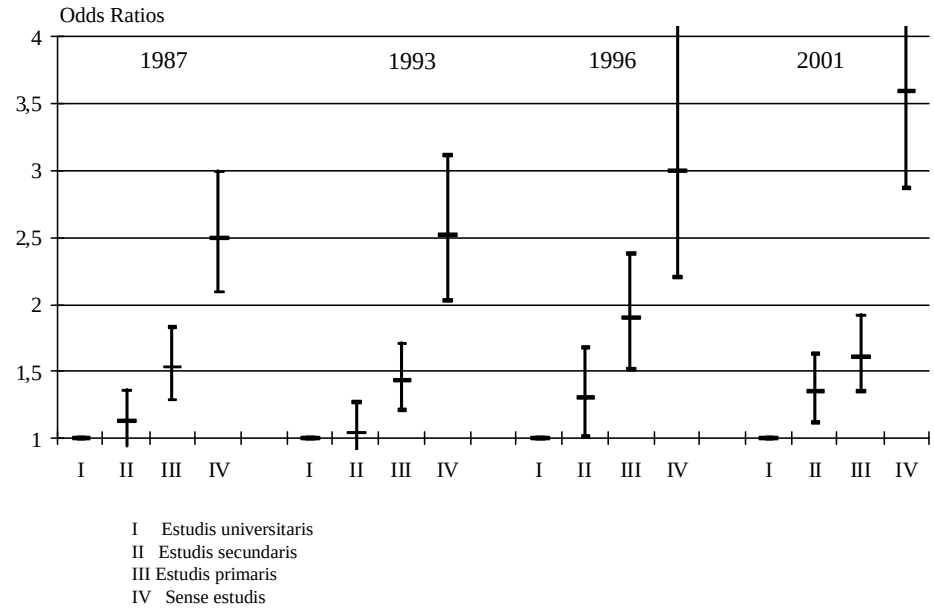
Font: Borrell i col·l.[17]

Altres exemples són els estudis de tendències basats en comparar talls transversals de les enquestes de salut. En aquest sentit, existeixen diferents treballs que comparen la salut percebuda al llarg del temps[18,19]. Un exemple recent el trobem a la figura 1.5 on es presenten les *odds ratio* de patir mala salut percebuda segons nivell d'estudis en dones pels anys 1987, 1993, 1996 i 2001[20].

Altres treballs han analitzat l'evolució de les desigualtats en els estils de vida i sobretot en el consum de tabac, mostrant el canvi de patró que s'ha produït segons classe social en homes i dones així com també en el fet que les raons d'abandonament de l'hàbit sempre han estat més elevades en les persones amb un nivell més elevat d'estudis. D'aquesta manera, aquestes desigualtats han tendit a augmentar al llarg dels anys[21].

En la majoria de capítols d'aquest informe es comparen les desigualtats segons classe social analitzant les dades de les enquestes de salut de Catalunya de 1994 i 2002. Tal com s'ha mostrat a la taula 1.2, donat que la grandària de les classes socials no ha canviat de forma notable entre aquests dos anys, les desigualtats trobades en cada enquesta poden ser raonablement comparades i ser un bon reflex de la seva evolució al nostre país.

Figura 1.5. Risc de patir mala salut (regular, dolenta, molt dolenta) segons el nivell d'estudis. Dones més grans de 16 anys. Estat espanyol, 1987-2001.



Font: Daponte[20].

4. Les polítiques per a reduir les desigualtats en salut

L'anterior informe CAPS-FJ Bofill[4] contenia un capítol que revisava tant a nivell internacional com estatal i català, les polítiques realitzades per a reduir les desigualtats en salut. En el present informe aquest capítol no s'ha inclòs ja que la situació no ha canviat i no s'han posat en marxa noves polítiques ni intervencions.

En aquest sentit, és important assenyalar que en l'informe de la SESPAS de l'any 2004 es van incloure dos treballs que revisaven tant les polítiques públiques[22] com les intervencions més concretes[23] per disminuir les desigualtats en salut a l'Estat espanyol. El primer treball posava en evidència com la despesa en protecció social en el nostre país durant els anys 1991-2000 era molt inferior a la dels 15 països de l'antiga Unió Europea, un fet que es reflectia en tots els capítols de la despesa social (sanitat, família, supervivència, invalidesa i vellesa). El segon treball, descrivia i valorava les intervencions sobre desigualtats en salut portades a terme per les administracions, fundacions i ONG posant sobre la taula la gran escassetat de polítiques i programes.

També recentment, s'ha revisat la sensibilitat de "gènere" i de "nivell sòcio-econòmic" existent en els plans de salut de les diferents comunitats autònomes[24,25]. La taula 1.3. resumeix alguna de les troballes principals pel cas de Catalunya: mentre el gènere es té compte en l'anàlisi de la situació de la majoria dels problemes de salut i en algunes intervencions, el nivell sòcio-econòmic pràcticament no és té en compte i en tot cas quan se'n fa referència solament es focalitza en poblacions excloses socialment.

Respecte a la salut laboral i al mediambient, cap dels dos temes té sensibilitat de gènere i de nivell sòcio-econòmic.

Taula 1.3. Sensibilitat de nivell sòcioeconòmic i de gènere al Pla de Salut de Catalunya 2005-2008.

	Nivell sòcio-econòmic		**Gènere**	
	Descripció del problema de salut o l'entorn	Intervencions	Descripció del problema de salut o l'entorn	Intervencions
Problemes de salut				
Tabac	-	-	sí	sí
Alcohol i drogues	-	-	sí	sí
Alimentació	-	-	-	-
Exercici físic	-	-	sí	sí
Diabetis	-	-	sí	-
M. cardio i cerebrovascualar	-	-	sí	-
M. oncològica	-	sí	sí	sí
M. osteoarticular	-	-	sí	sí
M. neurodegenerativa	-	-	sí	-
Accidents de trànsit	-	sí	sí	sí
Violència	-	-	sí	sí
M. respiratòria	-	-	sí	-
M. infeccioses	-	sí	sí	sí
M. prevenibles per vacunació	-	sí	-	-
VIH/SIDA	-	sí	sí	sí
Salut mental	-	-	sí	-
Àrea sòciosanitaria, envelliment	-		sí	sí
Entorn per a la salut				
Salut laboral	-	-	-	-
Mediambient	-	-	-	-
Total (19 problemes/entorns)	0	5	15	10

M: Malaltia

Font i Peiró i col·l.[24] i Borrell i col·l.[25]

5. Objectius i continguts de l'informe

Aquest informe presenta un conjunt de capítols que descriuen per primer cop amb detall l'evolució de les desigualtats en salut existents a Catalunya. Dos en són els seus objectius generals: en primer lloc descriure els canvis de les desigualtats en salut a Catalunya amb la última informació disponible i, en segon lloc, fer recomanacions sobre les necessitats d'informació, de recerca i de polítiques per disminuir les desigualtats socials en salut en el nostre medi.

Aquest segon informe té la mateixa estructura que el primer publicat a l'any 2003[4]. No obstant això, hi ha dos capítols que s'han exclòs al no disposar-se de nova informació per valorar els possibles canvis ocorreguts durant aquests darrers anys (desigualtats en el mediambient) o bé no s'han posat en marxa polítiques per reduir les desigualtats en el

nostre medi (polítiques sobre desigualtats). La resta de capítols, tenen una estructura molt semblant a l'anterior presentant el canvi de la situació en aquests anys.

Així, en aquest capítol primer hem presentat una introducció sobre les desigualtats socials en salut i sobretot respecta als estudis de la seva evolució; al segon capítol es presenta informació sobre les desigualtats en la mortalitat general i la seva evolució utilitzant l'enfocament d'àrees geogràfiques petites tant per la ciutat de Barcelona com pel conjunt de Catalunya. En el capítol tercer es mostren les tendències de les desigualtats socials i regionals quant a l'estat de salut i malaltia, seleccionant temes com l'estat de salut percebut, els trastorns crònics, la salut mental, les malalties del sistema circulatori, el càncer, les lesions i la sida. El capítol quatre mostra la situació en alguns dels estils de vida de la població catalana com son l'hàbit de fumar, el consum d'alcohol, el nivell d'activitat física i la dieta. Al capítol cinc es descriu la cobertura sanitària, la realització de pràctiques preventives i la utilització de serveis sanitaris. El capítol sis assenyala els canvis en aspectes específics de l'anàlisi de les desigualtats de gènere com són la morbiditat diferencial entre gèneres, la salut maternoinfantil i la violència de gènere. El capítol set mostra nova informació sobre la salut dels immigrants basant-se en un estudi qualitatiu ja que la mostra de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002 no és suficientment gran per descriure la salut en aquest col·lectiu. El capítol vuit, presenta l'evolució de les desigualtats en la situació laboral analitzant les condicions de treball, els factors de risc laboral, les exigències familiars, i diversos problemes de salut laboral com són l'estat de salut, els problemes crònics o la salut mental. Finalment, en un darrer capítol es proposen les recomanacions mes adients per fer front tant a les necessitats d'informació i recerca, com a les polítiques socials i sanitàries més urgents.

Bibliografia

[1] Whitehead M, Evandrou A, Haglund B, Diderichsen F (1997). As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to acces to care? BMJ. 1997;315:1006-9.

[2] Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. Gac Sanit. 1997;11: 255-57.

[3] Benach J, Daponte A, Borrell C, Artazcoz A, Fernández E. Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En: Navarro V (ed). El Estado de Bienestar en España. Madrid: Tecnos, 2004.

[4] Borrell C, Benach J (eds.). Informe CAPS-FJ Bofill. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània, 2003.

[5] Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 1: 96-101

[6] Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. Gac Sanit.1989; 3:320-6.

[7] Grupo SEE y Grupo SEMfYC. Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria 2000;25:350-63.

[8] Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores, 1995.

[9] Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit . 2000; **14** (Supl.3):60-71.

[10] van Rossum CT, Shipley MJ, van de Mheen H, Grobbee DE, Marmot MG. Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. J Epidemiol Community Health. 2000;54(3):178-84.

[11] Borrell C, Rué M,Pasarín MI,Benach J,Kunst AE. La medición de las desigualdades en salud. Revisiones en Salud Pública. Gac Sanit. 2000;14(supl.3):20-33.

[12] Kunst AE, Bos V, Mackenbach J. Monitoring socioeconomic inequalities in health in the European Union: Guidelines and Ilustrations. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University, 2000.

[13] Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C (1996). Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. Med Clin (Barc). 1996; 106:285-9.

[14] Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish provinces. Soc Sci Med. 1995; 41:801-807.

[15] Lostao L, Regidor E, Aïch P, Domínguez V. Social inequalities in ischaemic heart disease and cerebrovascular disease mortality in men: Spain and France, 1980.1982 and 1988-1990. Soc Sci Med. 2001;52:1879-1887.

[16] Borrell C, Plasència A, Pasarín I, Ortún V. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city. J Epidemiol Comm Health. 1997; 51:659-667.

[17] Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Padsarín MI, Brugal MT, García-Olalla P, Marí M, Caylà J. AIDS mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy: does it vary with socioeconomic level? (enviat).

[18] Navarro V, Benach J y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España. Las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU; 1996).

[19] Urbanos RM. Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Un estudio del caso español para el período 1987-1995 [tesi doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 1999.

[20] Daponte A. Socioeconomic environment and trends in inequalities in health in Spain (1987-2001). [Tesi doctoral]. Baltimore: John's Hopkins Universtity; 2004.

[21] Fernández E, Schiaffino A, García M, Borràs JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. J Epidemiol Community Health. 2001; **55**:729-730.

[22] Navarro V, Quiroga A. Políticas de Estado de Beinestar para la equidad. A: Borrell C, Garcia-Calvente M, Martí-Boscá JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salut Pública y Adminsitración Sanitaria 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1):158-67.

[23] Díez E, Peirò R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. A: Borrell C, Garcia-Calvente M, Martí-Boscá JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salut Pública y Adminsitración Sanitaria 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1):158-67.

[24] Peiró R, Ramón N, Alvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gac Sanit 2004;18 Suppl 2:36-46

[25] Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, Alvarez-Dardet C. Políticas para desigualdades en los planes de salud. ¿Será que aquí no existen? (enviat).

Fig 1.2

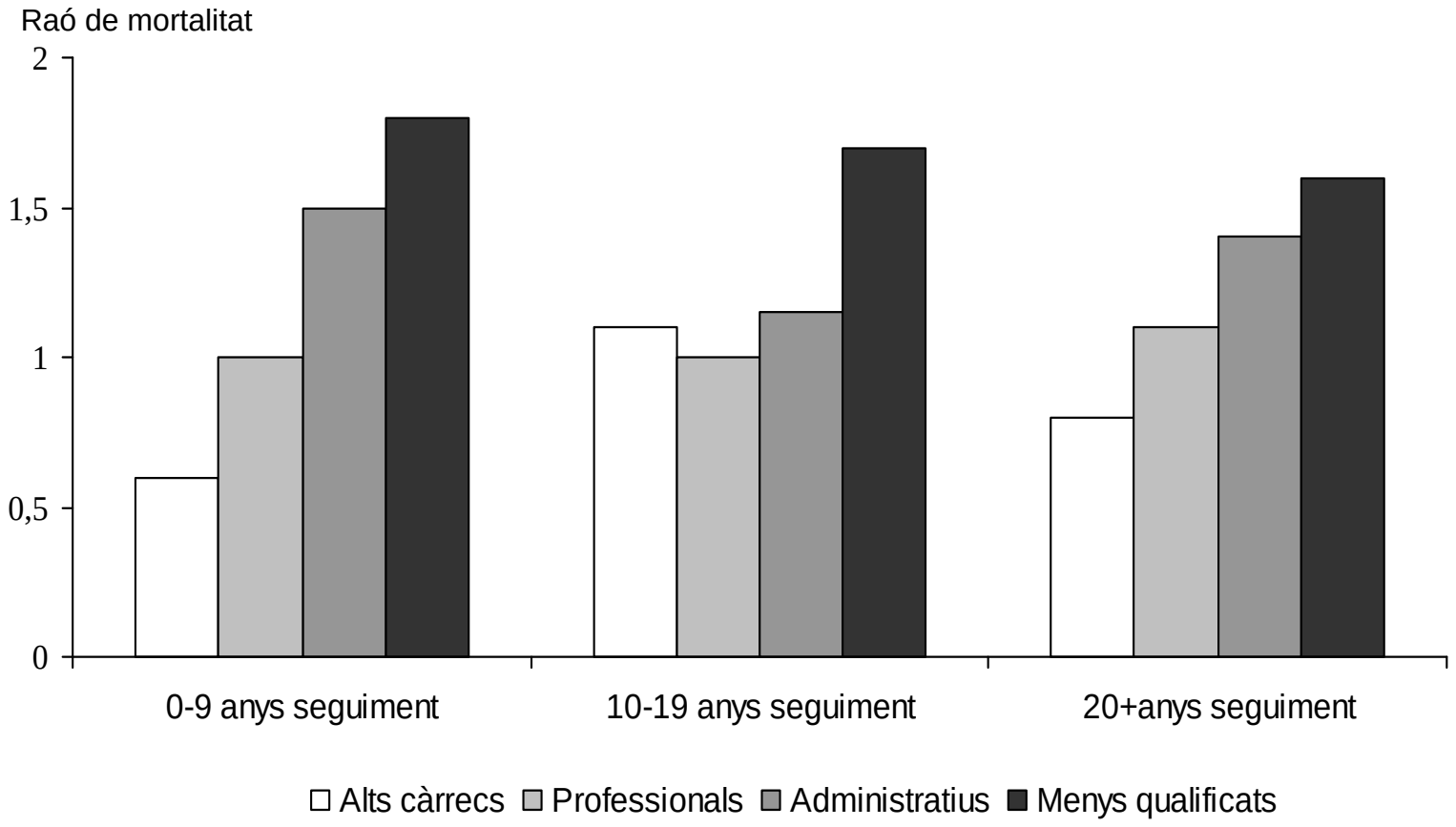
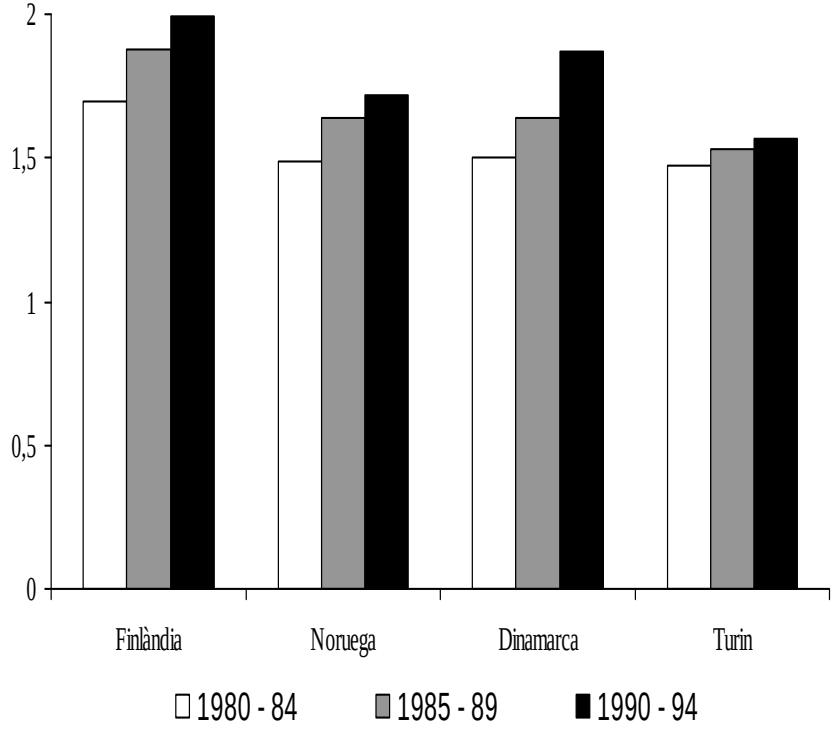

Raó de mortalitat
2
1,5
1
0,5
0
0-9 anys seguiment
10-19 anys seguiment
20+anys seguiment
Alts càrrecs
Professionals
Administratius
Menys qualificats

Fig 1.3

Índex relatiu de desigualtat



Índex relatiu de desigualtat

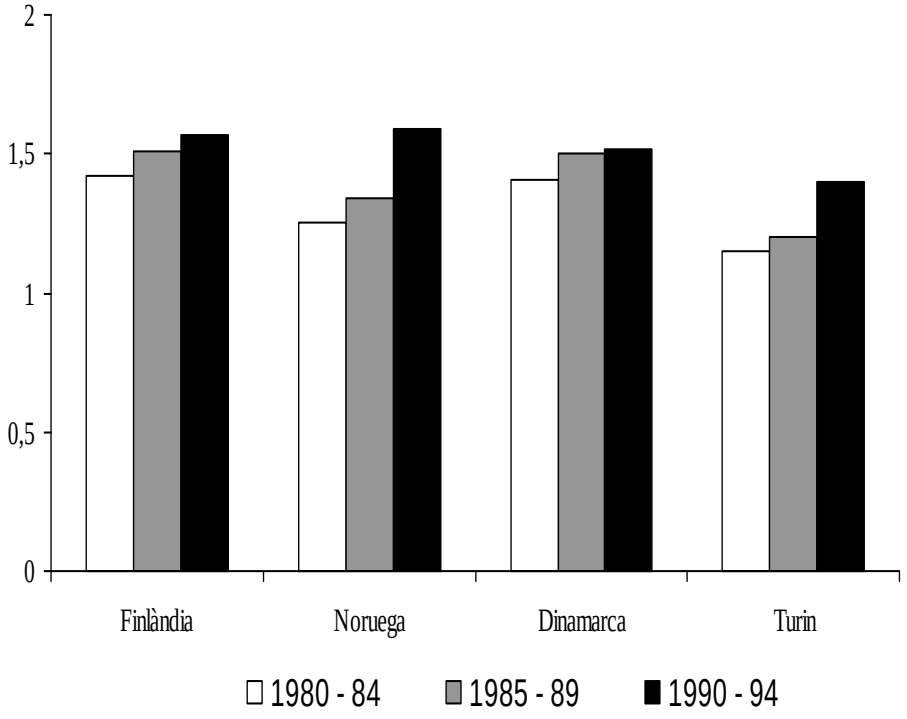
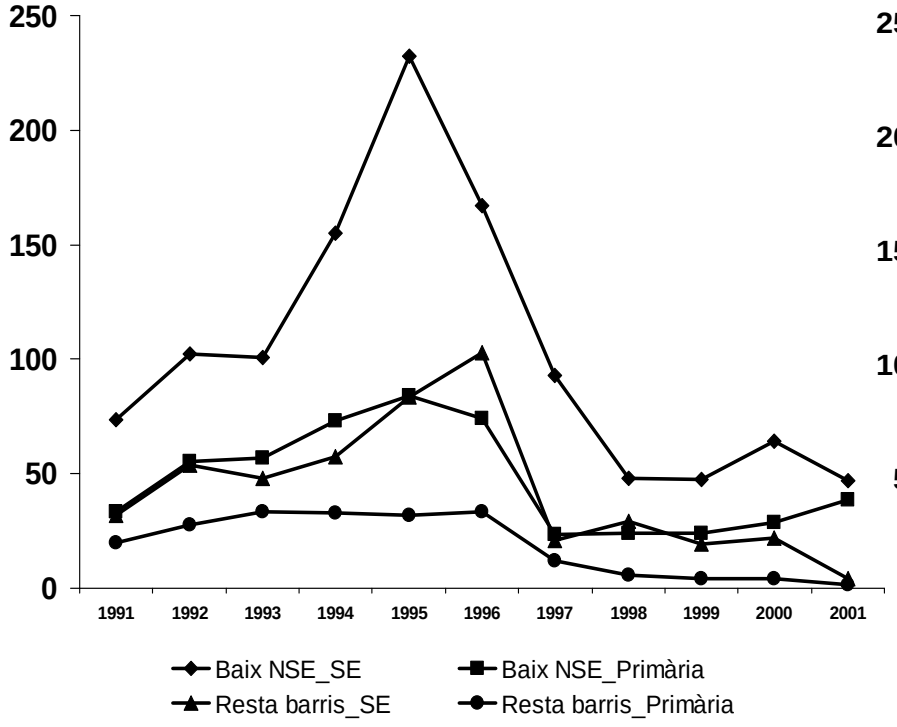
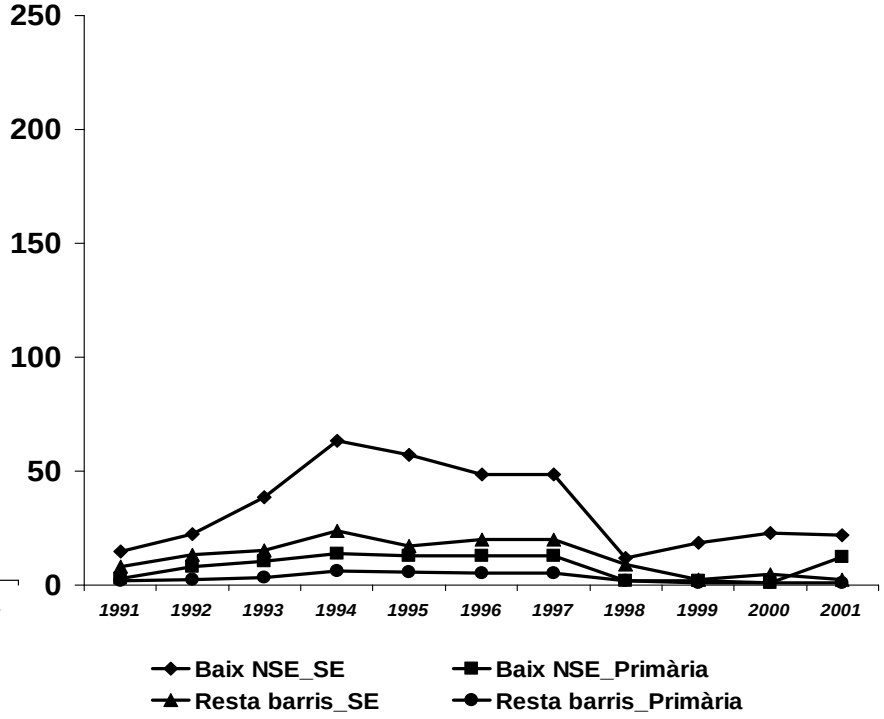


Fig 1.4

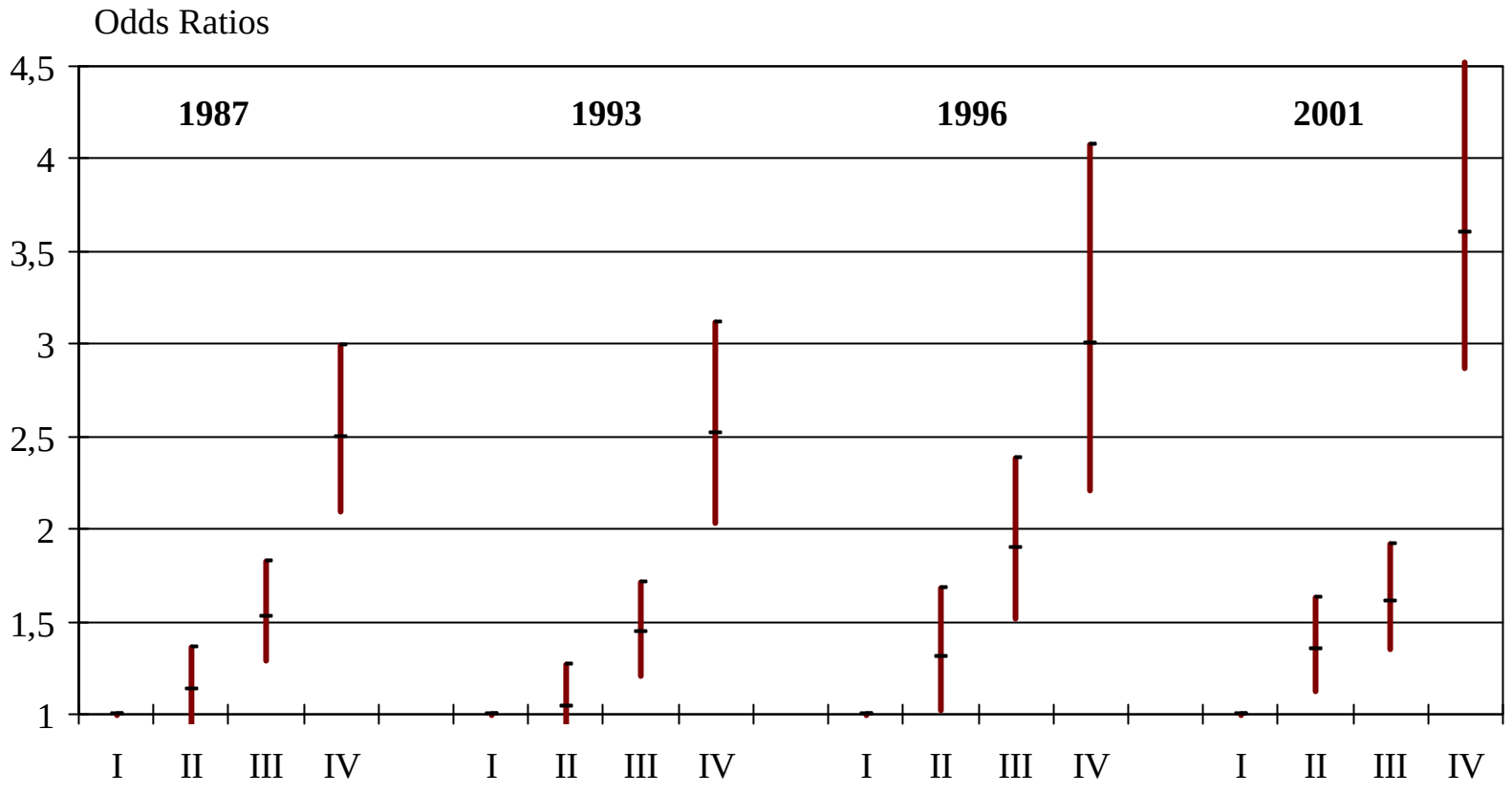
Taxes per 100.000 hab. estandardizades per edat



Taxes per 100.000 hab. Estandarditzades per edat



Risc de patir mala salut (regular, dolenta, molt dolenta) segons el nivell d'estudis. Dones. Espanya, 1987-2001



Capítol 2. Les desigualtats geogràfiques en àrees petites

Joan Benach
José Miguel Martínez
Carme Borrell
M. Isabel Pasarín
Yutaka Yasui
Maria Buxó.

1. Introducció

1.1. Les desigualtats de salut en àrees geogràfiques petites

L'estudi de les desigualtats geogràfiques ha estat un dels enfocaments més utilitzats per estudiar les desigualtats socials en salut per dues raons fonamentals. Una primera raó de tipus pràctic es que en molts països no es factible encara avui en dia analitzar les desigualtats en salut amb dades que provenen dels registres individuals. Aquest és el cas per exemple de Catalunya on, amb l'excepció de la ciutat de Barcelona on s'han analitzat les desigualtats en mortalitat segons els estudis dels individus[1], no és possible estudiar la distribució per classe social d'indicadors de salut tan importants com l'esperança de vida al néixer. La segona raó prové del propi interès dels estudis geogràfics, ja que els individus que viuen en àrees geogràfiques socialment deprimides, ja sia en relació al nivell de riquesa, atur, educació o altres indicadors socials, tenen pitjor nivell de salut que les persones que viuen en àrees més benestants.

Els indicadors de salut més utilitzats als estudis sobre desigualtats geogràfiques són els de mortalitat. Això es deu a que aquests indicadors són de fàcil accés, i tenen exhaustivitat i un bon nivell de qualitat. Pel que fa als indicadors socio-econòmics, molt sovint s'ha utilitzat la "privació material" (*material deprivation),* un concepte molt relacionat amb la pobresa relativa i l'exclusió social que fa referència a la manca relativa dels bens, serveis, recursos, comoditats i ambient físic que son habituals, o almenys estan àmpliament estesos, en una societat determinada[2,3].

Cal destacar que als darrers decennis la utilització d´àrees geogràfiques de petita grandària ha permès descriure amb molt més detall com es distribueixen aquestes desigualtats. Així, la descripció d'àrees geogràfiques petites han permès identificar i analitzar molt detalladament patrons geogràfics socials i de mortalitat de molt interès. Un bon exemple d'això són els Atlas de mortalitat[4] dels Estats Units[5] o Itàlia[6]. Igualment, també a l'Estat espanyol[7] i Catalunya[8] disposem ja d'atlas semblants que, a més de permetre descriure amb detall els patrons geogràfics de mortalitat, ajuden a plantejar els possibles factors de risc relacionats amb aquesta distribució, i faciliten la planificació de polítiques sòcio-sanitàries i la priorització de programes de salut pública a les zones més necessitades. Durant la darrera dècada la realització d'estudis transversals a països desenvolupats com Anglaterra i Gales[9,10] o Escòcia[11] ha trobat una estreta associació entre els nivells de privació material i la mortalitat d'àrees geogràfiques petites. Per exemple, l'anàlisi de 678 zones (*wards,* amb una població mitjana de 25.000 habitants) al nord d'Anglaterra va trobar que les taxes de mortalitat ajustades per edat del 10 % d'àrees socioeconòmicament mes afavorides van ser una tercera part de les àrees amb un nivell més baix[12].

1.2. Antecedents en l'estudi de les desigualtats geogràfiques a l'Estat espanyol, Catalunya i Barcelona

En el cas de l'Estat espanyol existeixen també als darrers anys un bon nombre de treballs que han analitzat les desigualtats en mortalitat a tot el territori trobant que les comunitats autònomes amb pitjors indicadors de privació material, situades majoritàriament al sud de l'Estat espanyol, tenen també pitjors indicadors de mortalitat[13,14]. No obstant l'existència d'aquestes clares desigualtats nord-sud, cal esmentar que el 14 % del total d'excés de morts va correspondre als municipis de Catalunya[13]. A més, altres estudis recents han trobat fortes associacions entre la privació material i les principals causes de mort [15] i han calculat que pels anys 1987-95 l'excés de mortalitat associat a la privació fou de 222.000 morts[16].

En comparació amb la resta de l'Estat espanyol, els municipis catalans es troben en una situació general favorable quant a indicadors de privació material com l'atur, el nivell educatiu, l'amuntegament i la seva riquesa[13,17]. No obstant això, cal a dir que a Catalunya la pobresa és un fenomen estructural on s'estima que almenys 300.000 llars i 670.000 persones són pobres (11 % de la població), de entre les que 250.000 persones viuen en una situació de pobresa severa[18]. Pel que fa a la mortalitat, també Catalunya presenta en general un menor risc de mortalitat en relació al conjunt del territori espanyol si bé, diverses causes de mort tenen un nivell alt[7]. Tot i amb això, a Catalunya els estudis sobre desigualtats en salut en àrees petites realitzats fins ara són molt escassos[19,1]. Pel que fa als estudis en ciutats, destaca molt especialment el cas de Barcelona, on existeix una molt llarga i àmplia experiència d'estudis que analitzen indicadors de privació material i mortalitat als districtes i barris[20,21,22,23,24,25].

L'anàlisi de l'evolució de la mortalitat en àrees petites ha estat molt menys freqüentment realitzada que les anàlisis de tipus transversal. Això es deu, d'una banda, als reptes metodològics que es plantegen quan s'introdueix un major nivell de complexitat en l'anàlisi de les dades geogràfiques i, d'altra banda, a la major dificultat d'obtenir les dades adients. No obstant això, la inclusió d'informació sobre l'evolució dels indicadors és molt important ja que permet identificar aquelles desigualtats que poden haver experimentat una millora o un retrocés al llarg del temps. Com al cas anterior, també aquí la major part d'estudis han tingut lloc en països desenvolupats com el Regne Unit i els Estats Units on hi ha una llarga tradició en l'estudi geogràfic de les desigualtats en salut. Per exemple, a Escòcia l'augment de privació relativa entre 1981 i 1991 es va associar amb un empitjorament de les desigualtats en la mortalitat[26], i es va trobar un augment de les desigualtats en mortalitat associat amb un augment de les desigualtats econòmiques a Glasglow[27]. Igualment, estudis més recents al Regne Unit[28] i als Estats Units també han trobat un augment de les desigualtats en mortalitat[29,30], especialment al sud d'aquest darrer país[31].

A l'anterior informe sobre desigualtats en salut a Catalunya[32] es van trobar varis resultats que convé també repassar[33]. Existien desigualtats segons privació material i mortalitat, molt en especial en les àrees més urbanes de Catalunya. L'excés de mortalitat associat a la privació es va calcular en un total de 3.181 morts potencialment evitables l'any, és a dir, el 6,2 % del total de les més de 50.000 morts que es produeixen anualment a Catalunya. Molt recentment, la publicació d'un Atlas de mortalitat en àrees

petites a Catalunya ha presentat la primera col·lecció de mapes que examina els patrons geogràfics de mortalitat en àrees petites (a municipis o agregats de municipis) per les principals causes de mort a Catalunya[8]. No obstant, no existeixen estudis que analitzin l'evolució de la relació entre la privació i la mortalitat en àrees geogràfiques petites.

1.3. Objectius i mètodes

L'objectiu d'aquest capítol és analitzar la distribució geogràfica i l'evolució de les desigualtats en salut en àrees petites a Catalunya (municipis o agregats de municipis d'almenys 3.500 habitants) i Barcelona (àrees bàsiques de salut o ABS). Per a dur a terme aquest objectiu es presenta informació quan a indicadors de mortalitat general, així com la seva relació amb indicadors de privació material. En concret s'analitzarà: (1) la distribució geogràfica del risc relatiu de mortalitat i la seva evolució en les àrees petites en el període 1984-1998, (2) el patró geogràfic de l'esperança de vida per als dos últims triennis (1993-1995 i 1996-1998) i (3) la relació de la mortalitat d'aquest dos triennis amb els indicadors del cens de 1991. A continuació, es descriuen els mètodes utilitzats per a dur a terme aquests objectius.

Dades de mortalitat i població

S'han analitzat les defuncions esdevingudes a 354 àrees petites de Catalunya (288 municipis o agregats de municipis de Catalunya i 66 ABS de Barcelona) durant el període 1984-1998 per totes les causes de defunció agregades. La població de cada àrea petita s'ha obtingut mitjançant un mètode d'estimació que utilitza les dades dels Censos de 1981, 1991 i de 2001. Les dades de mortalitat i dels censos han estat subministrades per l'*Instituto Nacional de Estadística* (INE), l'Institut d'Estadística de Catalunya i l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

La privació material ha estat analitzada mitjançant dos indicadors socials accessibles, que han estat àmpliament utilitzats en estudis geogràfics sobre desigualtats i que, per raons conceptuals, semblaven els més indicats en aquest estudi: l'atur en el cas dels homes (percentatge d'homes aturats en la població activa) i les persones amb instrucció insuficient en el cas de les dones (percentatge de dones analfabetes i sense estudis en la població de 10 o més anys, segons les dades disponibles en el Cens de 1991).

Estimació del risc relatiu i de la seva evolució

S'ha considerat un model espaciotemporal de Poisson ajustat per edat i amb efectes aleatoris[34] al qual s'ha utilitzat un mètode d'estimació bayesià empíric[35,36,37]. Aquest model ha permès obtenir el risc relatiu de mortalitat ajustat per edat a cada àrea petita i la seva evolució en el període d'estudi.

Per a estudiar l'evolució del risc relatiu a cada una de les àrees petites, s'ha comparat la tendència temporal del risc relatiu a cada àrea respecte a la tendència del risc relatiu al conjunt de les àrees de Catalunya. Per això, s'ha calculat la desviació en la tendència de

cada àrea respecte a la tendència de tota Catalunya, que s'ha denominat tendència diferencial (TD). D'aquesta manera, identifiquen i classifiquen a les àrees amb una evolució superior o inferior a la de tota Catalunya. Com a informació addicional, s'ha inclòs al costat de les escales de colors dels grups d'àrees amb evolució pitjor i millor, el seu rang de valors expressat mitjançant el canvi en el risc relatiu de mortalitat (RR-C) per a cada trienni temporal. D'aquesta forma, a més de classificar l'evolució de les àrees respecte a la tendència global de tota Catalunya, es podrà comprovar quina ha estat la tendència global (creixent, constant o decreixent) de les àrees que formen cada un dels grups.

Estimació de l'esperança de vida

Per a estimar l'esperança de vida al grup de 0-4 anys en cada àrea petita, s'ha utilitzat un enfocament consistent en obtenir les taxes específiques de mortalitat per a cada grup d'edat mitjançant un model bayesià[38]. A continuació, s'apliquen els passos habituals en el càlcul de la esperança de vida per a cada edat [37,39].

Relació entre la mortalitat i la privació

Es va considerar un model de regressió de Poisson amb efectes aleatoris, per a valorar la relació entre la mortalitat i els indicadors de privació material, ajustant per l'efecte de l'edat. El model de regressió va utilitzar com a independent, la variable de privació del cens de 1991 categoritzada segons quintils, on el grup de referència va ser el de menys privació. També es va obtenir l'excés de mortalitat resultant de reduir hipotèticament el nivell de l'indicador de privació de cada zona fins al quintil amb menys privació i calcular la reducció en el nombre de morts esperades segons el model de Poisson. Els resultats es presenten per homes i dones, per a cada període temporal (1993-1995 i 1996-1998) i segons àrees urbanes i rurals. Es consideren com a àrees urbanes aquelles zones que tenen igual o més a 20.000 habitants juntament amb les 66 ABS de Barcelona (n=107) i com a rurals aquelles zones que tenen menys de 20.000 habitants (n=247).

2. Desigualtats de salut en àrees petites a Catalunya

2.1. Desigualtats en la mortalitat

Mortalitat en homes

La mortalitat general ajustada per edat en homes mostra en els últims anys una tendència decreixent en la majoria de grups d'edat. L'esperança de vida és superior (76,9 anys l'any 2002) a la mitjana de la Unió Europea, encara que aquesta no es troba en un lloc tan destacat com el cas de les dones[40].

La mortalitat a les àrees petites de Catalunya mostra una distribució territorial molt específica on les zones amb més mortalitat es troben a la zona litoral de Catalunya (mapa 2.1). A Girona destaquen el Baix Empordà i la Selva, a la província de Barcelona les comarques litorals, el Vallès Occidental i el Bages, a la província de Tarragona les comarques del Tarragonès i el Baix Ebre, i a Lleida la comarca del Segrià.

Al municipi de Barcelona el risc de mortalitat és alt. Dintre de la ciutat (mapa 2.2), analitzant les àrees bàsiques de salut, les àrees de les zones del litoral i nord, concretament dels districtes de Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Sant Martí i part dels districtes de Nou Barris i Sant Andreu, presenten un alt risc. La zona més benestant de la ciutat (les Corts i Sarrià-Sant Gervasi) i també zones del centre presenten el risc més baix.

L'evolució general de la mortalitat per totes de les causes presenta una tendència descendent (figura 2.1). Les àrees amb una tendència en el risc relatiu de mortalitat superior a la de Catalunya es localitzen, sobretot, a la província de Barcelona. En concret, el nombre més gran de zones amb una pitjor evolució, es troba a les comarques del voltant de la ciutat de Barcelona, al Vallès Oriental i l'Anoia (mapa 2.3).

La distribució geogràfica de l'esperança de vida en les àrees petites de Catalunya en els períodes 1993-1995 i 1996-1998 es presenta en els mapes 2.4 i 2.5, respectivament. El 14,3% de les àrees petites amb una millor esperança de vida al 1993-1995, presenten valors entre els 77,3 i 80,5 anys de vida. Per al període 1996-1998 les zones amb esperança de vida superior presenten valors entre els 76,7 i 79,8 anys. Per altra banda, l'esperança de vida del 14,3% de zones amb una pitjor esperança de vida, esta entre el 72,9 i 75,0 anys al 1993-1995 i entre 72,1 i 74,2 anys al 1996-1998. Per tant, al 1993-1995 existeix una diferència d'aproximadament 7 anys entre la zona amb menys i la zona amb més esperança de vida. Aquesta diferència es aproximadament la mateixa al període 1996-1998.

Per a les ABS de Barcelona, la distribució geogràfica de l'esperança de vida en els períodes 1993-1995 i 1996-1998 (mapes 2.6 i 2.7) és pràcticament igual a la del risc relatiu mitjà ajustat per edat de tot el període 1984-1998 (mapa 2.2). L'esperança de vida del 14,28% de les ABS amb una esperança de vida superior al 1993-1995, es situa entre els 75,1 i 77,2 anys. Per al període 1996-1998, les ABS amb una esperança de vida superior presenten valors entre els 77,5 i 78,7 anys. Per altra banda, la esperança de vida del 14,3% de les ABS amb una esperança de vida inferior esta entre els 67,8 i 72,0 anys al 1993-1995, i entre 72,3 i 74,8 anys al 1996-1998. Per tant, al 1993-1995 existeix una diferència de més de 9 anys entre la zona amb menys i la zona amb més esperança de vida. Aquesta diferència es de més de 6 anys al període 1996-1998.

Mortalitat en dones

La mortalitat general ajustada per edat en les dones mostra, en els últims anys, una tendència general decreixent. A Catalunya les dones tenen una esperança de vida (83,4 anys el 2002), per sobre de la mitjana dels països de la Unió Europea[39].

En les àrees petites de Catalunya, el risc relatiu de mortalitat mostra una distribució territorial amb una concentració més gran d'àrees d'alt risc a la meitat sud del país (mapa 2.8). La major mortalitat es presenta, sobretot, al sud de Lleida (comarques del Segrià i les Garrigues), el sud (Montsià i Baix Ebre) i nord de Tarragona (Alt Camp i Baix Penedès) i algunes zones del sud de Girona.

Al municipi de Barcelona el risc és baix en relació a Catalunya. Si analitzem internament les desigualtats de les àrees bàsiques de salut de la ciutat de Barcelona (mapa 2.9), s'observa que hi ha un alt risc de mortalitat a la franja litoral i nord de la

ciutat, que correspon al nucli antic (Ciutat Vella) i a alguns barris de la dècada dels seixanta amb immigració de persones procedents d'altres parts de l'Estat espanyol. Les àrees bàsiques del districte de les Corts i la majoria de les de Sarrià-Sant Gervasi són les que presenten riscos més baixos; fet que també ocorre en àrees del centre de la ciutat.

L'evolució general de la mortalitat per totes les causes presenta una tendència descendent com pot apreciar-se en el gràfic que mostra l'evolució del risc relatiu de mortalitat durant el període d'estudi (figura 2.1). Les àrees amb una tendència en el risc relatiu de mortalitat superior a la de Catalunya es localitzen especialment a la província de Barcelona i en algunes zones disperses de les províncies de Lleida i Tarragona (mapa 2.10). Aquestes zones amb una pitjor evolució en la mortalitat respecte a la de Catalunya, se situen a les comarques del voltat de la ciutat de Barcelona i molt especialment al Vallès Occidental, el Vallès Oriental, l'Osona i el Garraf.

La distribució de l'esperança de vida en les àrees petites de Catalunya en els períodes 1993-1995 i 1996-1998 es presenta en els mapes 2.11 i 2.12, respectivament. L'esperança de vida del 14,3% de les àrees petites amb una esperança de vida més gran al 1993-1995, es situa entre els 83,5 i 84,9 anys. Per al període 1996-1998 les zones amb esperança de vida superior presenten valors entre els 83,3 i 85,1 anys. Per altra banda, la esperança de vida del 14,3% de zones amb una esperança de vida més petita, esta entre 79,5 i 81,9 anys al 1993-1995, i entre 77,4 i 81,1 anys al 1996-1998. Per tant, al 1993-1995 existeix una diferència de més de 5 anys entre la zona amb menys i la zona amb més esperança de vida. Aquesta diferència es de més de 7 anys al període 1996-1998.

Per a les ABS de Barcelona, la distribució de l'esperança de vida en els períodes 1993-1995 i 1996-1998 es presenta en els mapes 2.13 i 2.14 respectivament. L'esperança de vida del 14,3% de les ABS amb una esperança de vida superior al 1993-1995, es situa entre els 82,9 i 83,8 anys. Per al període 1996-1998, les ABS amb una esperança de vida superior presenten valors entre els 84,5 i 85,4 anys. Per altra banda, la esperança de vida del 14,3% de les ABS amb una esperança de vida inferior esta entre 79,3 i 81,0 anys al 1993-1995, i entre 81,6 i 82,7 anys al 1996-1998. D'aquesta manera, al 1993-1995 existeix una diferència de més de 4 anys entre la zona amb menys i la zona amb més esperança de vida. Aquesta diferència es de més de 3 anys al període 1996-1998.

2.2. Relació entre els indicadors de privació material i la mortalitat

Els riscos relatius (RR) a les zones amb menys privació i intervals de confiança corresponents al 95% (IC 95%) , es mostren, per les àrees urbanes i rurals, i per als períodes 1993-1995 i 1996-1998, en les figures 2.2 i 2.3 en els homes i les dones, respectivament.

L'associació positiva entre l'atur masculí i mortalitat es veu tant en les zones rurals com en les urbanes i apareix en forma de gradient. En els homes, els anys 1993-1995, la cinquena part d'àrees urbanes amb les condicions de privació més elevades, tenen un excés de mortalitat significatiu del 32,1% (RR:1,32; IC 95%: [1,22-1,43]) en comparació amb la cinquena part d'àrees amb menys privació. Aquest excés de mortalitat es manté significativament superior en el període 1996-1998, però es redueix al 21,2% (RR:1,21; IC 95%: [1,13-1,30]). Per altra banda, al període 1993-1995, la cinquena part d'àrees rurals amb més privació tenen un excés de mortalitat significatiu

del 13,6 % (RR:1,14; IC 95%: [1,08-1,19]) en relació a les àrees que tenen menys privació. Aquesta relació a les àrees rurals també és superior i significativa en el període 1996-1998, però es produeix una reducció en l'excés de mortalitat fins al 8,3% (RR:1,08; IC 95%: [1,02-1,15]).

En les dones a les àrees urbanes apareix un excés de mortalitat que en alguns casos es estadísticament significatiu. En concret, en els anys 1993-1995, la cinquena part d'àrees urbanes amb les mesures de privació més elevades, tenen un excés de mortalitat significatiu del 15,2% (RR:1,15; IC 95%:[1,09-1,22]) en comparació amb la cinquena part d'àrees amb menys privació. Aquest excés de mortalitat es manté significativament superior en el període 1996-1998, i es redueix lleugerament al 12,6% (RR:1,13; IC 95%:[1,05-1,21]). Cal destacar que al 1996-1998 en comparació amb el 1993-1995, existeixen més diferencies significatives en el risc de mortalitat entre les zones amb pitjors indicadors de privació i les zones amb millors condicions de privació. Per altra banda, no s'observa diferències significatives entre la mortalitat i la privació en les àrees rurals i en els dos períodes d'estudi comparats.

El nombre aproximat d'excés de mortalitat en els homes degut a la privació, és de 8.029 morts (2.676 anuals) en el període 1993-1995 i de 5.487 (1.829 anuals) durant 1996-1998. En el cas de les dones l'excés de morts al 1993-1995 és aproximadament de 1.874 (625 anuals) al 1993-1994 i 3.866 (1.289 anuals) al 1996-1998. Per als homes i període 1993-1995 aquesta xifra representa un excés de mortalitat degut a la privació del 9,6% anual respecte a les 84.080 morts produïdes en aquest trienni, i un 6,4% anual durant 1996-1998 de les respectives 85.932 morts. Per a les dones aquesta xifra representa un excés de mortalitat degut a la privació del 2,5% anual respecte a les 74.395 morts produïdes al 1993-1994, i al 1996-1998 representa un 5,0% anual de les 77.395 morts produïdes. Per tant, poden observar que dels anys 1993-1994 al 1996-1998 s'ha produït un reducció del l'excés de morts degudes a la privació als homes (del 9,6% al 6,4%), però aquest excés ha augmentat en aproximadament el doble a les dones (del 2,5% al 5,0%).

Conclusions

- Apareixen desigualtats en la mortalitat als homes segons àrees geogràfiques

  - Als homes el risc de mortalitat mostra una distribució territorial molt específica on les zones amb més mortalitat es troben a la zona litoral de Catalunya. A Girona destaquen el Baix Empordà i la Selva, a la província de Barcelona les comarques litorals, el Vallès Occidental i el Bages, a la província de Tarragona les comarques del Tarragonès i el Baix Ebre, i a Lleida la comarca del Segrià.
  - A Barcelona ciutat, les àrees amb més risc es localitzen a les zones del litoral i nord, concretament dels districtes de Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Sant Martí i part dels districtes de Nou Barris i Sant Andreu.
  - L'evolució general de la mortalitat mostra una tendència amb una pitjor evolució a les zones a les comarques del voltant de la ciutat de Barcelona, al Vallès Oriental i l'Anoia.
  - Al 1993-1995 existeix una diferència d'aproximadament 7 anys entre la zona amb menys i la zona amb més esperança de vida. Aquesta diferència es aproximadament la mateixa al període 1996-1998.

- A Barcelona ciutat al 1993-1995 existeix una diferència de més de 9 anys entre la zona amb menys i la zona amb més esperança de vida. Aquesta diferència es de més de 5 anys al període 1996-1998.

- Apareixen desigualtats en la mortalitat a les dones segons àrees geogràfiques

  - A les dones el risc relatiu de mortalitat en àrees petites mostra una distribució territorial amb una concentració més gran d'àrees d'alt risc a la meitat sud del país: sobretot, al sud de Lleida, el sud i nord de Tarragona i algunes zones del sud de Girona.
  - A les àrees bàsiques de salut de la ciutat de Barcelona s'observa que hi ha un alt risc de mortalitat a la franja litoral i nord de la ciutat.
  - L'evolució general de la mortalitat per totes les causes mostra com la tendència amb una pitjor evolució en la mortalitat se situen a les comarques del voltat de la ciutat de Barcelona i molt especialment al Vallès Occidental, el Vallès Oriental, Osona i Garraf.
  - Al 1993-1995 existeix una diferència de més de 5 anys entre la zona amb menys i la zona amb més esperança de vida. Aquesta diferència es de més de 7 anys al període 1996-1998.
  - A Barcelona ciutat, al 1993-1995 existeix una diferència de més de 4 anys entre la zona amb menys i la zona amb més esperança de vida. Aquesta diferència es de més de 3 anys al període 1996-1998.

- Existeixen relacions segons privació material i mortalitat

  - Les desigualtats apareixen molt en especial en les àrees més urbanes de Catalunya, que apareixen en forma de gradient. L'excés de mortalitat en els homes degut a la privació és de 8.029 (2.676 anuals) al 1993-1995 i de 5.487 (1.829 anuals) durant 1996-1998.
  - En el cas de les dones l'excés de morts al 1993-1995 és aproximadament de 1.874 (625 anuals) al 1993-1994 i 3.866 (1.289 anuals) al 1996-1998.
  - Per tant, entre els anys 1993-1994 al 1996-1998 s'ha produït un reducció del l'excés de morts degudes a la privació als homes (del 9,6% al 6,4%), però aquest excés ha augmentat en aproximadament el doble a les dones (del 2,5% al 5,0%).

Referències

[1] Borrell C, Mompart A, Brugal MT, Rohlfs I, Pérez G. La salut. A: Fundació Jaume Bofill. Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, economía, política, cultura. Barcelona: Editorial Mediterrànea; 1999.

[2] Townsend P. Poverty in the United Kingdom. A survey of household resources and standards of living. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 1979.

[3] Domínguez F, Borrell C, Benach J, Pasarín MI. Medidas de privación material en el estudio de las desigualdades sociales en salud en áreas geográficas pequeñas. Gac Sanit. (Supl. Revisiones en Salud Pública) 2001;4:23-33.

[4] Walter SD, Birnie SE. Mapping Mortality and Morbidity Patterns: An International Comparison. Int J Epidemiol. 1991; 20:678-89.

[5] Pickle LW, Mungiole M, Jones GK, White AA. Atlas of United States mortality. Hyattsville: National Center for Health Statistics;1996.

[6] Luppi G, Camnasio M, Benedetti G, Covezzi I, Cislaghi C. L'atlante italiano di mortalitá a livello comunale. Epidemiologia e Prevenzione.1995;19:132-41.

[7] Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín MI, Benach N, Español E, Martínez JM, Daponte A. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995). Barcelona: UPF; 2001.

[8] Benach J, Martínez JM, Yasui Y, Borrell C, Pasarín MI, Español E, Benach N. Atles de mortalitat en àrees petites a Catalunya (1984-1998). Barcelona: Mediterrània, Fundació Jaume Bofill, UPF; 2004.

[9] Eames M, Ben-Shlomo Y, Marmot MG. Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England. BMJ. 1993: 307:1097-102.

[10] Phillimore P, Beattie A, Townsend P. Widening inequality of health in northern England, 1981-91. BMJ.1994:308:1125-8.

[11] Carstairs V, Morris R. Deprivation and health in Scotland. Aberdeen, Aberdeen University Press. 1991.

[12] Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Health and deprivation. Inequality and the North. London, Croom Helm;1988.

[13] Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. J Epidem Community Health.1999;53:423-31.

[14] Benach J, Yasui Y, Martínez JM, Borrell C, Pasarín MI, Daponte A. The geography of the highest mortality areas in Spain: a striking cluster in the south-western region of the country. Occup Environ Med. 2004; 61: 280-281.

[15] Benach J, Yasui Y, Borrell C, Saez M, Pasarín MI. Material deprivation and leading causes of death: evidence from a nation-wide small-area study. J Epidem Community Health. 2001;55:239-245.

[16] Benach J, Yasui Y, Borrell C, Pasarín MI, Martínez JM, Daponte A. The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain. Prev Med. 2003;36:300-308.

[17] La Caixa. Servicio de Estudios. Anuario económico de España. Barcelona: Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona;2001.

[18] Oliver J (Dtor). La pobresa a Catalunya. Informe 2001. Fundació un sol mon. Barcelona: Caixa de Catalunya; 2001.

[19] Mompart A, Perez G, Borrell C, Pasarín MI. Las desigualdades de mortalidad en los sectores sanitarios de Cataluña. Comunicación presentada en la XVII Reunión de la SEE. *Gac Sanit.* 1999; 13 (supl. 2):66.

[20] Arias A, Rebagliato M, Palumbo MA, Bellver R, Ashton J, Colomer C i col.l. Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia. Med Clin (Barc). 1993; 100:281-7.

[21] Borrell C, Arias A . Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain. J Epidem Community Health . 1995; 49:460-65.

[22] Costa J . Desigualtats en la mortalitat als barris de Barcelona: la seva relació amb l'atur, l'analfabetisme i la categoria professional [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 1989.

[23] Pasarín MI. Estudio de las desigualdades sociales en mortalidad en las Áreas Básicas de Salud en Barcelona [trabajo de investigación de tercer ciclo]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 1996.

[24] Pasarín MI, Borrell C, Plasència A ¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona? Gac Sanit. 1999; 13:431-440.

[25] Pasarin MI, Borrell C, Brugal MT, Diaz-Quijano E.Weighing social and economic determinants related to inequalities in mortality.J Urban Health. 2004 Sep;81(3):349-62.

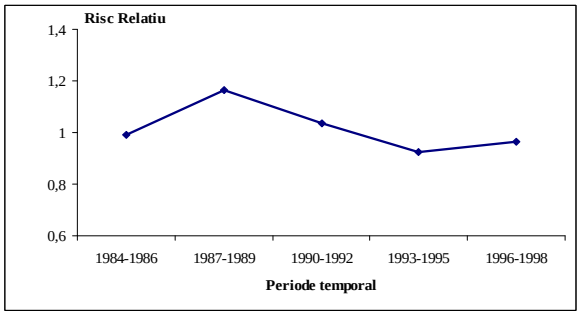
[26] McLoone P, Boddy FA. Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991. BMJ. 1994; 309:1465-70.

[27] McCarron PG, Davey Smith G, Womersley JJ. Deprivation and mortality in Glasglow from 1980 to 1992. BMJ.1994;309:1481-2.

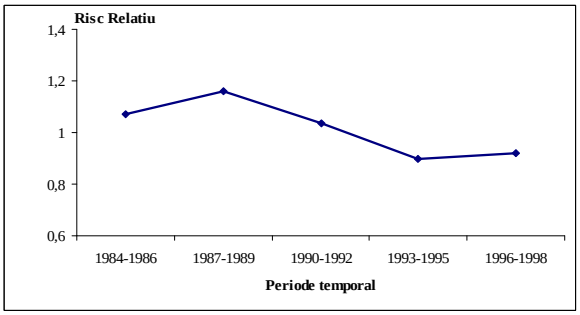
[28] Shaw M, Gordon D, Dorling D, Mitchell R, Smith GD. Increasing mortality differentials by residential

area level of poverty: Britain 1981-1997. Soc Sci Med. 2000;51(1):151-3.
[29] Singh GK. Area deprivation and widening inequalities in US mortality, 1969-1998. Am J Public Health. 2003;93(7):1137-43.
[30] Singh GK, Siahpush M. Increasing inequalities in all-cause and cardiovascular mortality among US adults aged 25-64 years by area socioeconomic status, 1969-1998. Int J Epidemiol. 2002;31:600-13.
[31] Barnett E, Halverson J. Local increases in coronary heart disease mortality among blacks and whites in the United States, 1985-1995. Am J Public Health. 2001;91(9):1499-506.
[32] Borrell C, Benach J (coords). Desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Mediterránea; 2003.
[33] Benach J, Martínez JM, Borrell C, Pasarín MI, Yasui Y. Les desigualtats geogràfiques en àrees petites a Catalunya. A: Borrell C, Benach J (eds). Les desigualtats en la salut a Catalunya; 2003: 253-282.
[34] Bernardinelli L, Clayton D, Pascutto C, Montomoli C, Ghislandi M, Songini M. Bayesian analysis of space-time variation in disease risk. Stat Med. 1995;14:2433-2443.
[35] Clayton D, Kaldor J. Empirical Bayes estimates of age-standardized relative risks for use in disease mapping. Biometrics. 1987; 43:671-681.
[36] Procedure NLMIXED. SAS@ versión 8.0. SAS/STAT User's Guide. SAS Institute Inc., Cary, NC 1999.
[37] Pinheiro JC, Bates MD. Approximation to the Log-likelihood Function in the Nonlinear Mixed-effects Model. J Computational Graphical Statistics. 1995; 4:12-35.
[38] Congdon P. A life table approach to small area health need profiling. Statistical Modelling.. 2002; 2: 63-68.
[39] Jagger C, Hauet E, Brouard N. Health expectancy calculation by the Sullivan Method: A practical Guide. European Concerted Action on the Harmonization of Health Expectancy Calculations in Europe (EURO-REVES); 1997.
[40] Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2002. Barcelona: Servei d'Informació i Estudis. Direcció general de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Barcelona 2004. [pàgina visitada el 10/01/2005]. Disponible a: www.gencat.ne t /salut /depsan /units /sanitat /pdf/evomor02.pdf .

Figura 2.1. Evolució temporal del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat. Homes i dones. Catalunya,1984-1998.



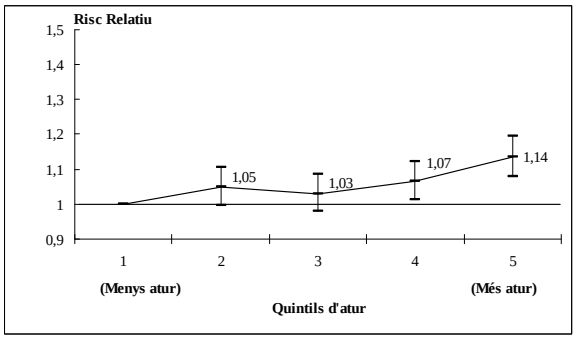
Homes



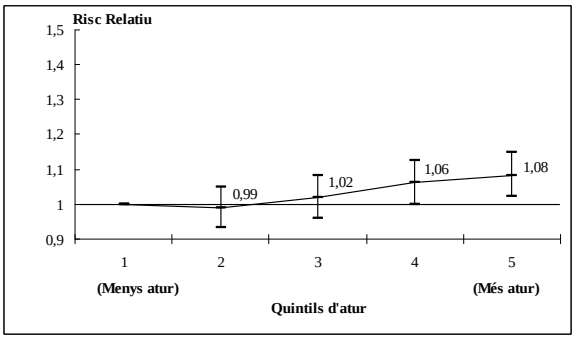
Dones

Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya,, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

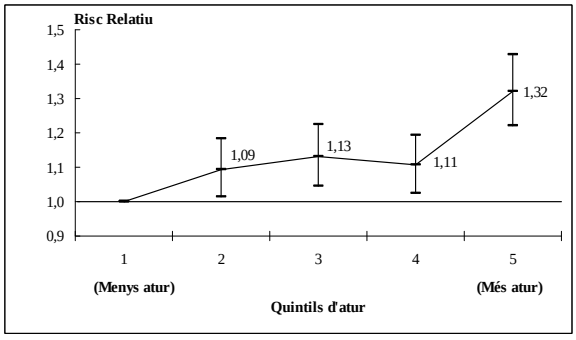
Figura 2.2. Risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i interval de confiança al 95%, per quintils d'atur en àrees urbanes (més de 20.000 habitants i Àrees Bàsiques de Salut de Barcelona) i rurals (menys de 20.000 habitants). Homes. Catalunya, 1993-1995 i 1996-1998.



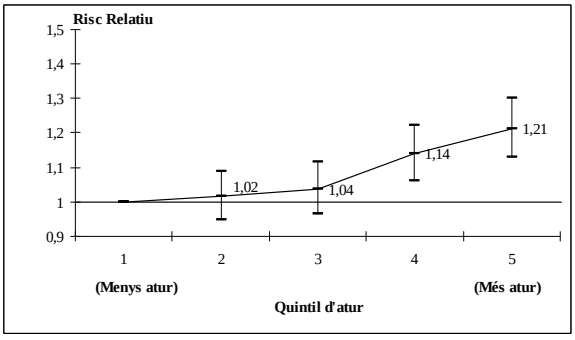
Àrees rurals, 1993-1995



Àrees rurals, 1996-1998



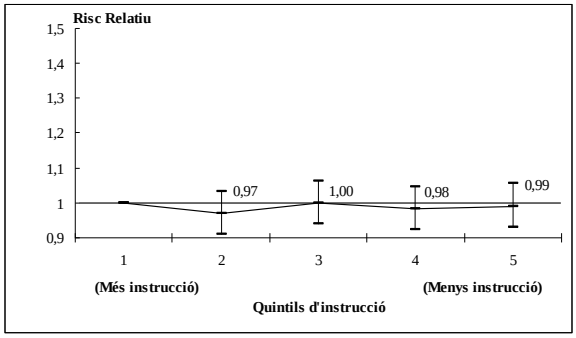
Àrees urbanes, 1993-1995



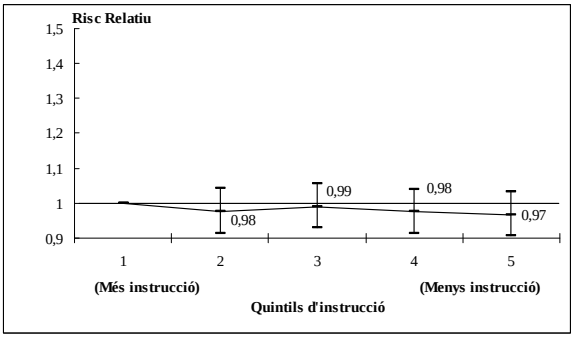
Àrees urbanes, 1996-1998

Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

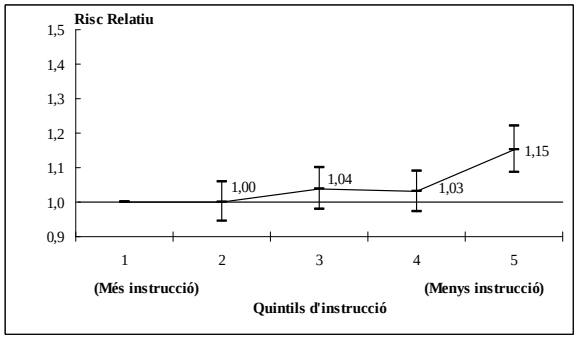
Figura 2.3. Risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i interval de confiança al 95%, per quintils d'atur en àrees urbanes (més de 20.000 habitants i ABS de Barcelona) i rurals (menys de 20.000 habitants). Dones. Catalunya, 1993-1995 i 1996-1998.



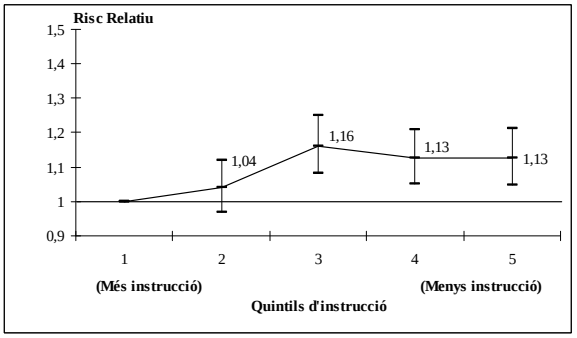
Àrees rurals, 1993-1995



Àrees rurals, 1996-1998



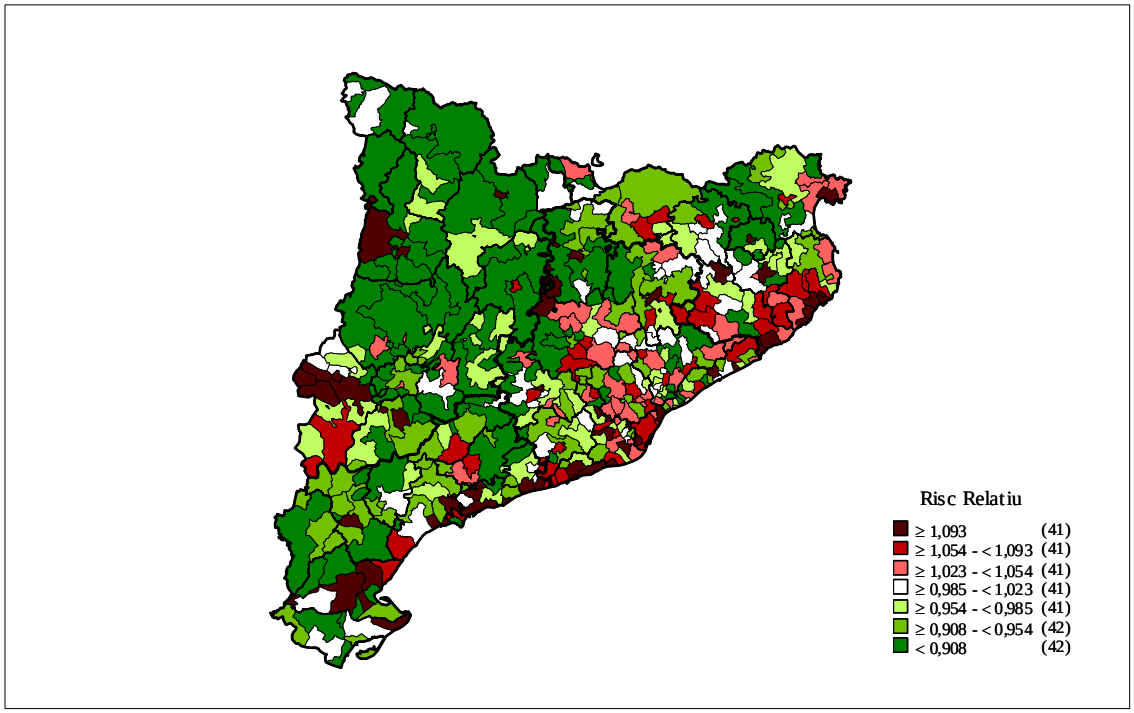
Àrees urbanes, 1993-1995



Àrees urbanes, 1996-1998

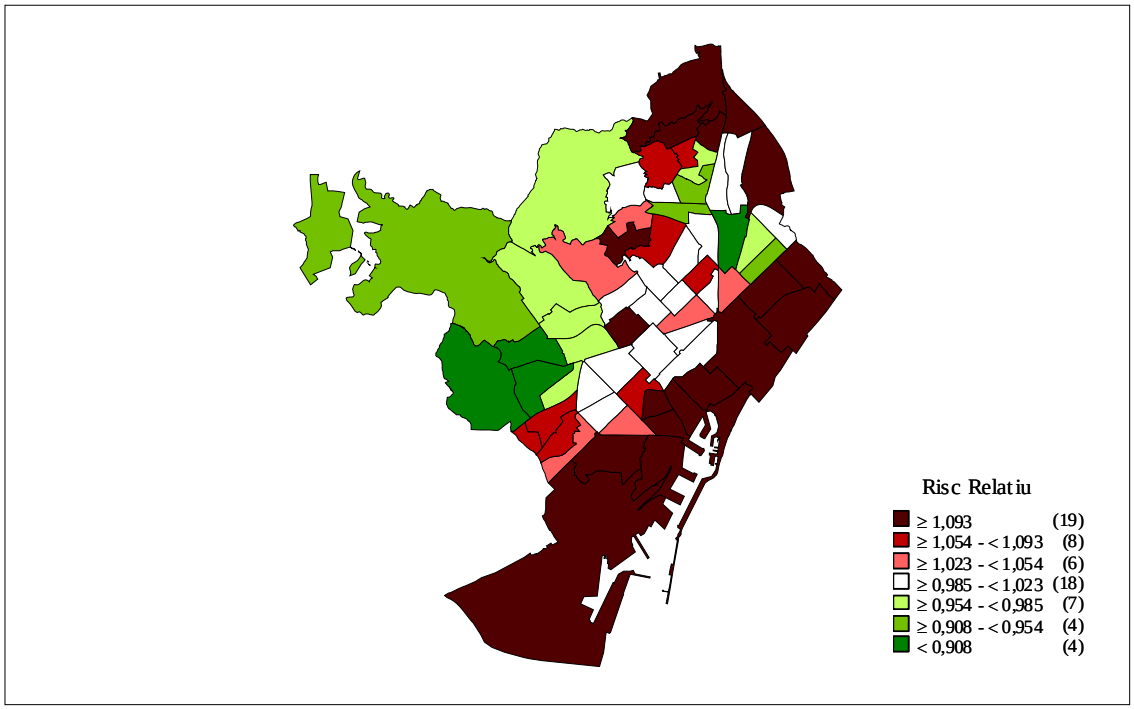
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.1. Distribució geogràfica en àrees petites, del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999). Homes. Catalunya, 1984-1998.



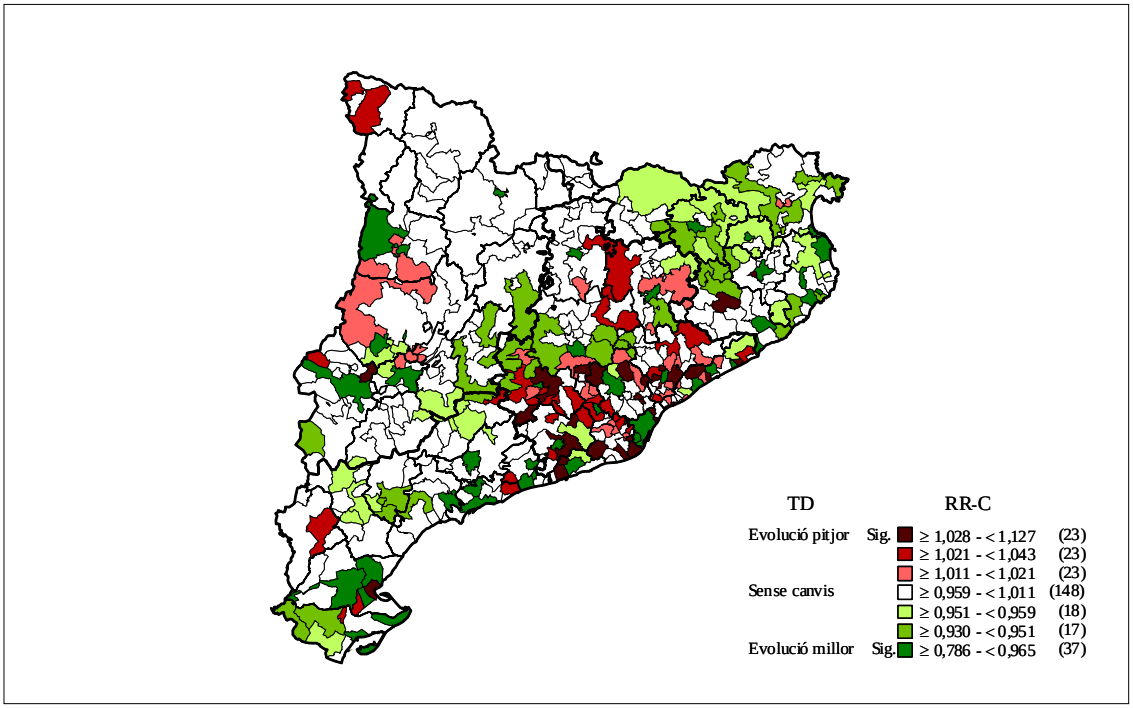
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.2. Distribució geogràfica en les Àrees Bàsiques de Salut, del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999), amb l'escala de risc de Catalunya. Homes. Barcelona, 1984-1998.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

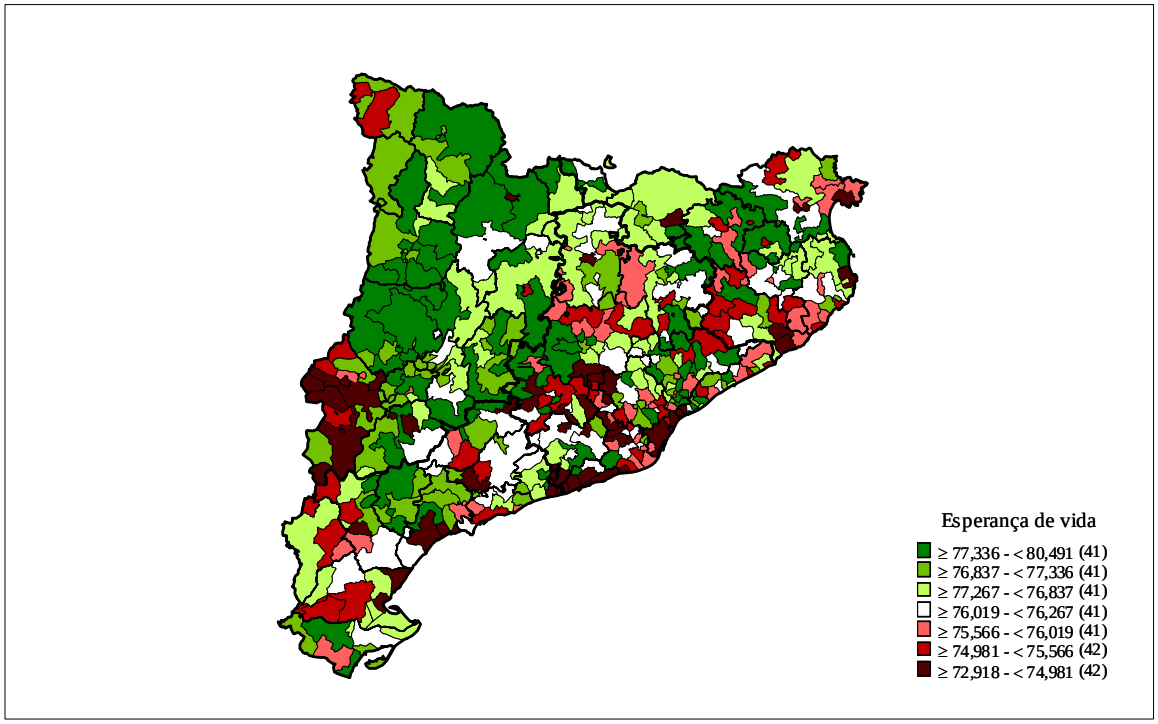
Mapa 2.3. Evolució temporal en àrees petites, del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999). Homes. Catalunya, 1984-1998.



TD: Tendència diferencial; RR-C: Canvi temporal en el risc relatiu de mortalitat.

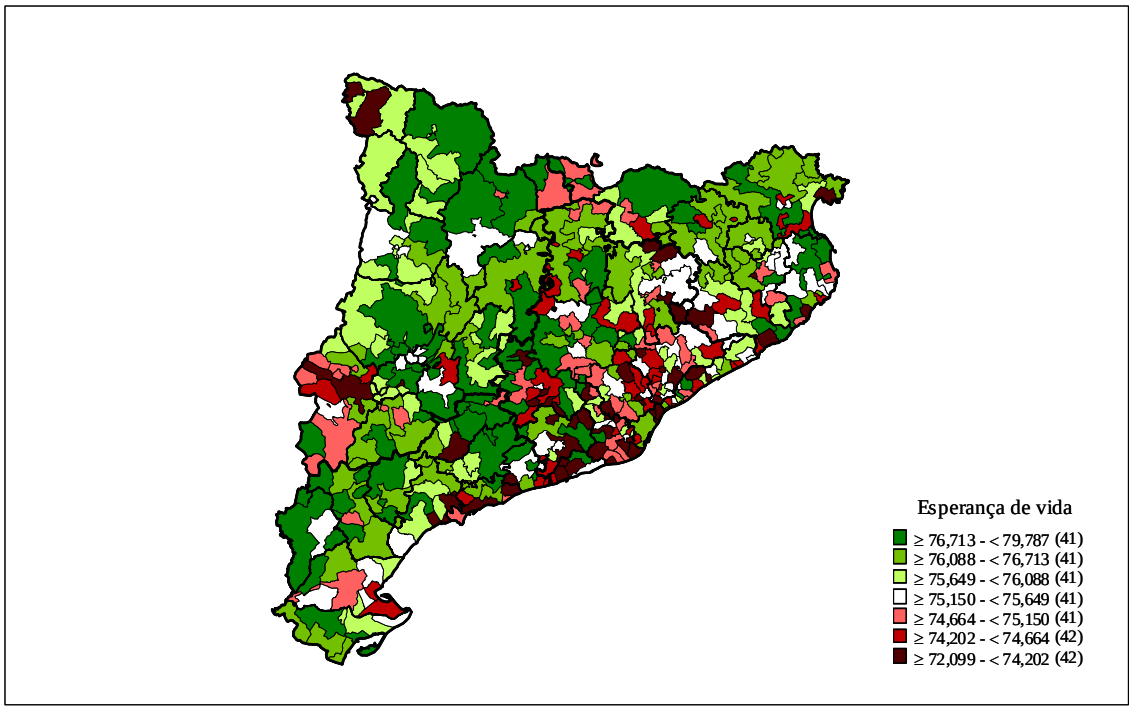
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.4. Distribució geogràfica en àrees petites de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Homes. Catalunya, 1993-1995.



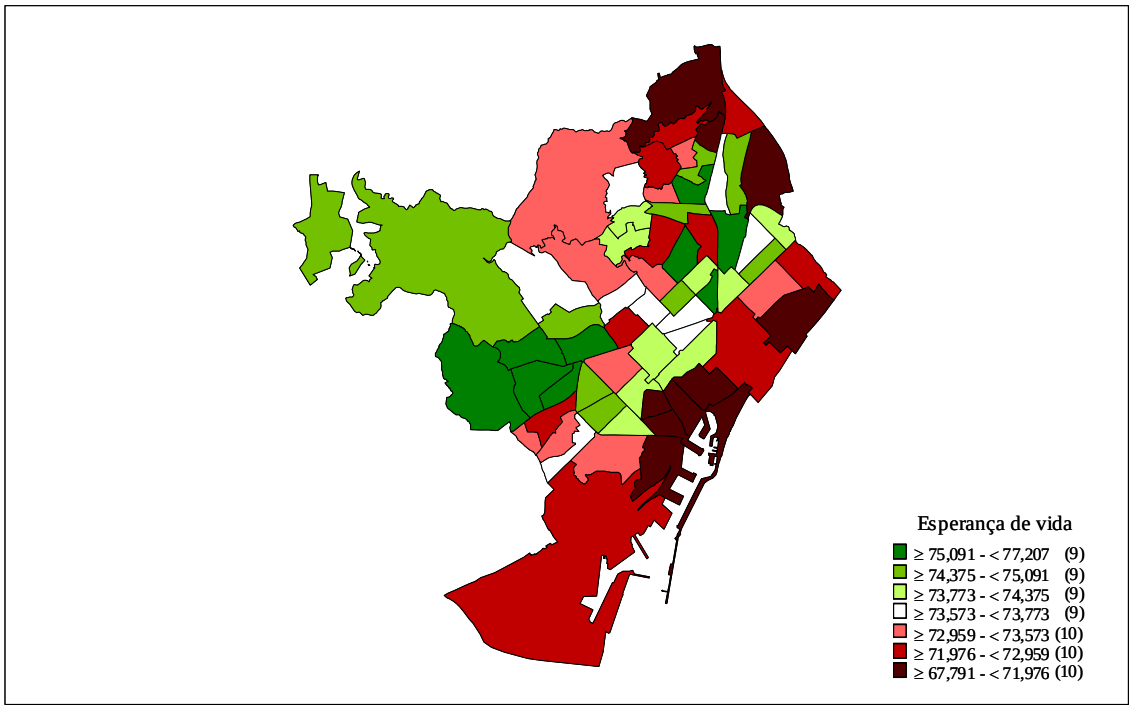
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.5. Distribució geogràfica en àrees petites de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Homes. Catalunya, 1996-1998.



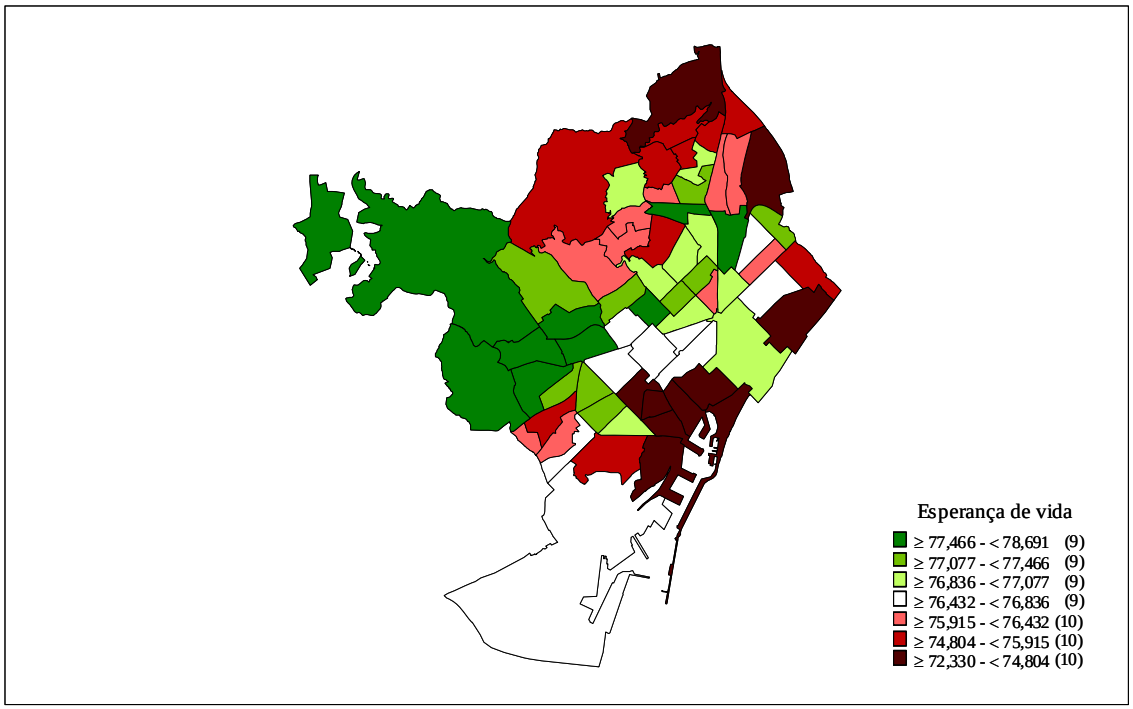
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.6. Distribució geogràfica en les Àrees Bàsiques de Salut de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Homes. Barcelona, 1993-1995.



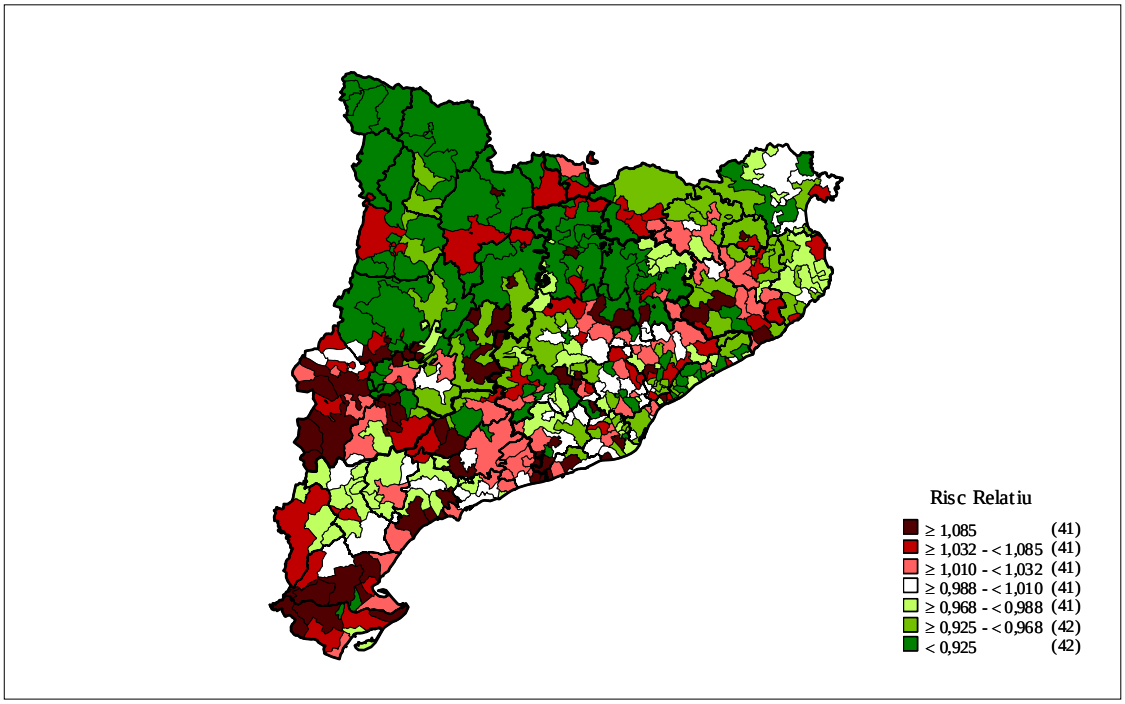
Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.7. Distribució geogràfica en les Àrees Bàsiques de Salut de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Homes. Barcelona, 1996-1998.



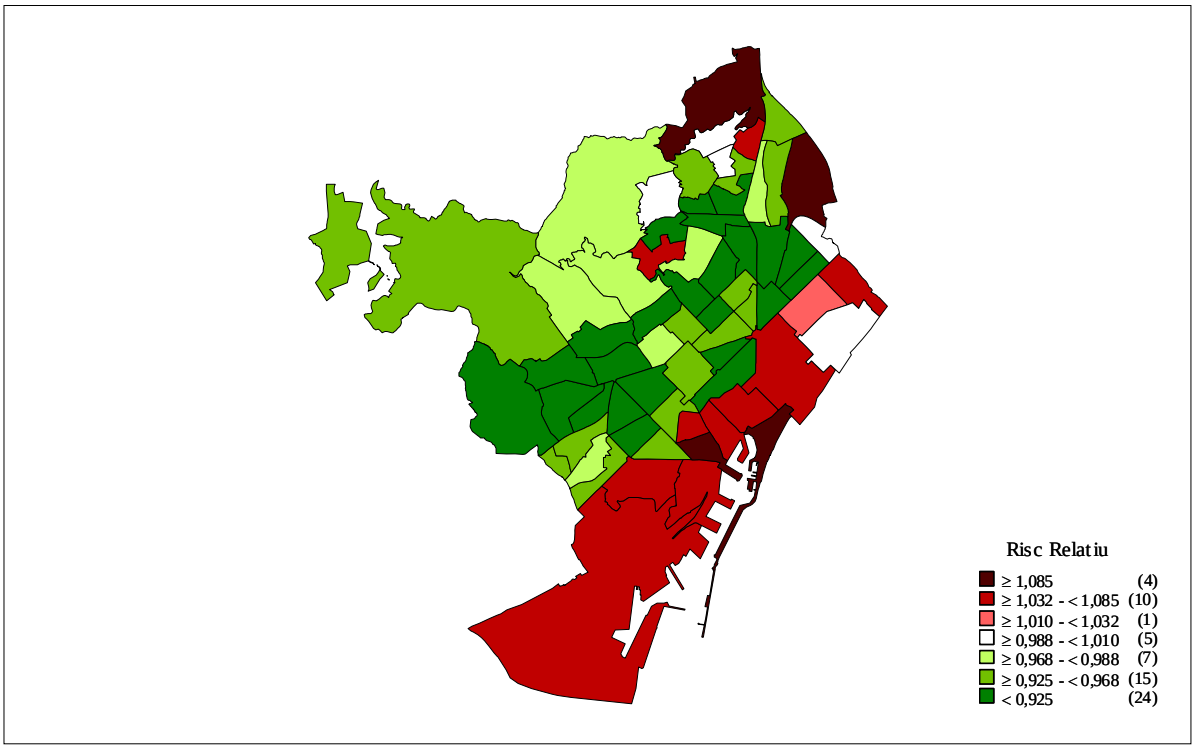
Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.8. Distribució geogràfica en àrees petites, del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999). Dones. Catalunya, 1984-1998.



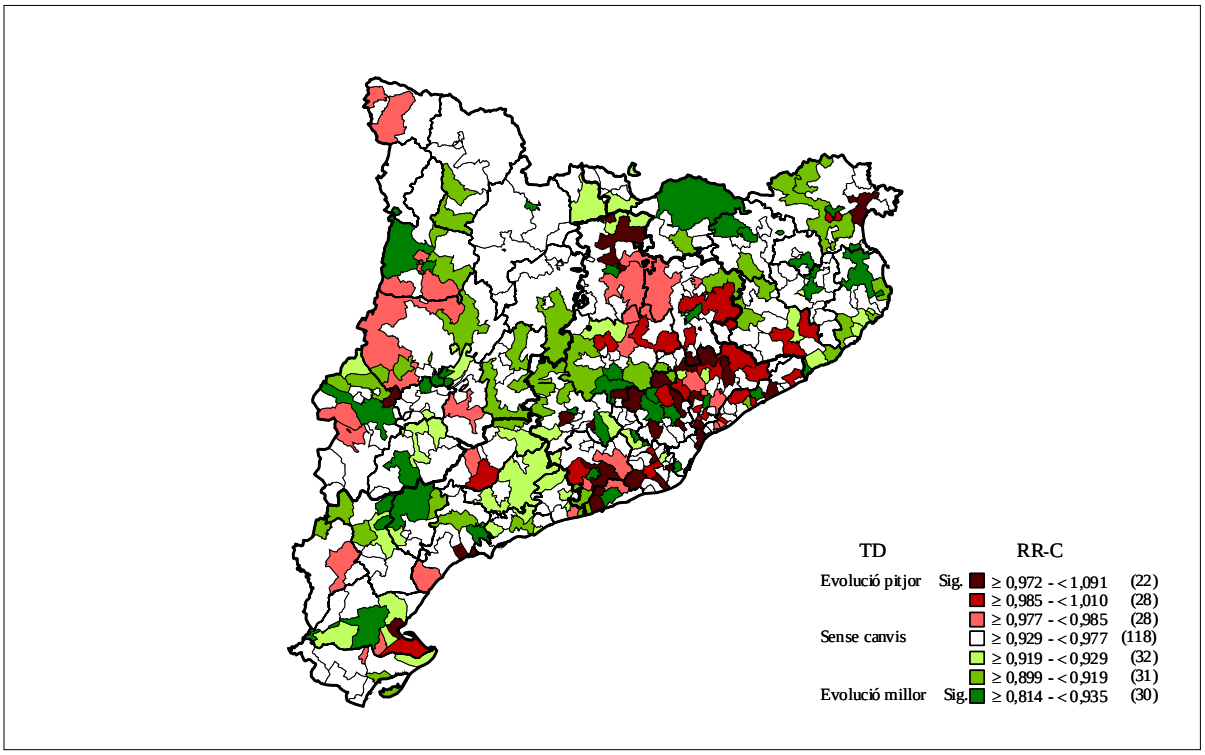
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.9. Distribució geogràfica en les Àrees Bàsiques de Salut , del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999), amb l'escala de risc de Catalunya. Dones. Barcelona, 1984-1998.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

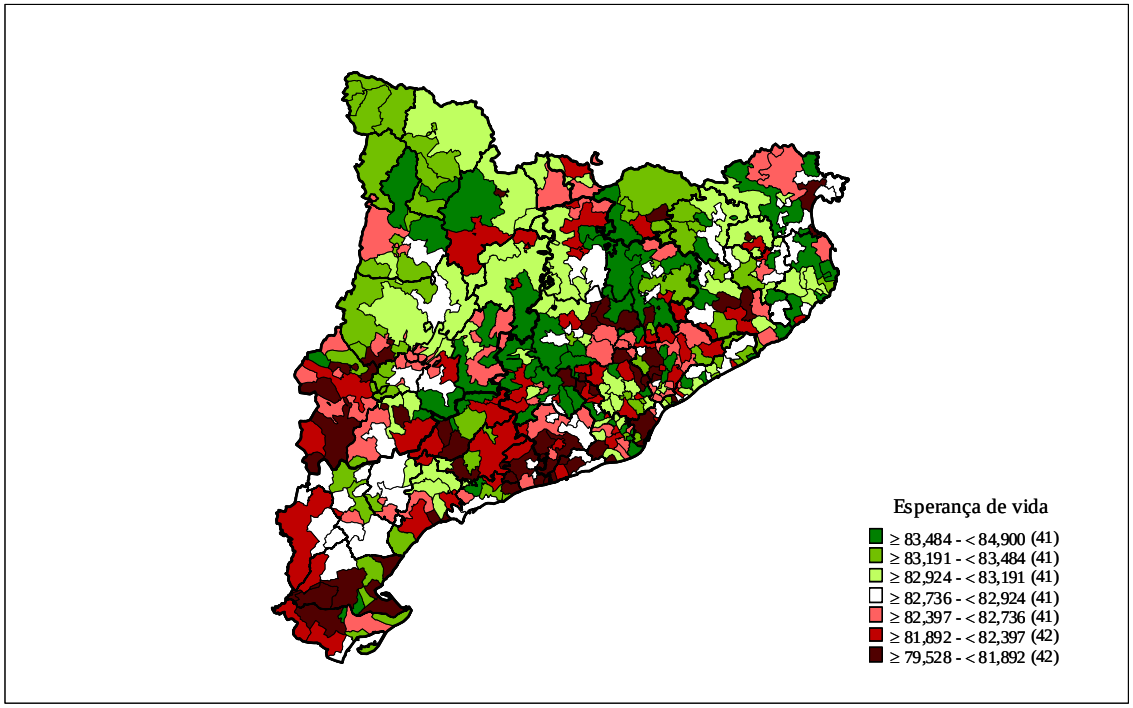
Mapa 2.10. Evolució temporal en àrees petites, del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999). Dones. Catalunya, 1984-1998.



TD: Tendència diferencial; RR-C: Canvi temporal en el risc relatiu de mortalitat.

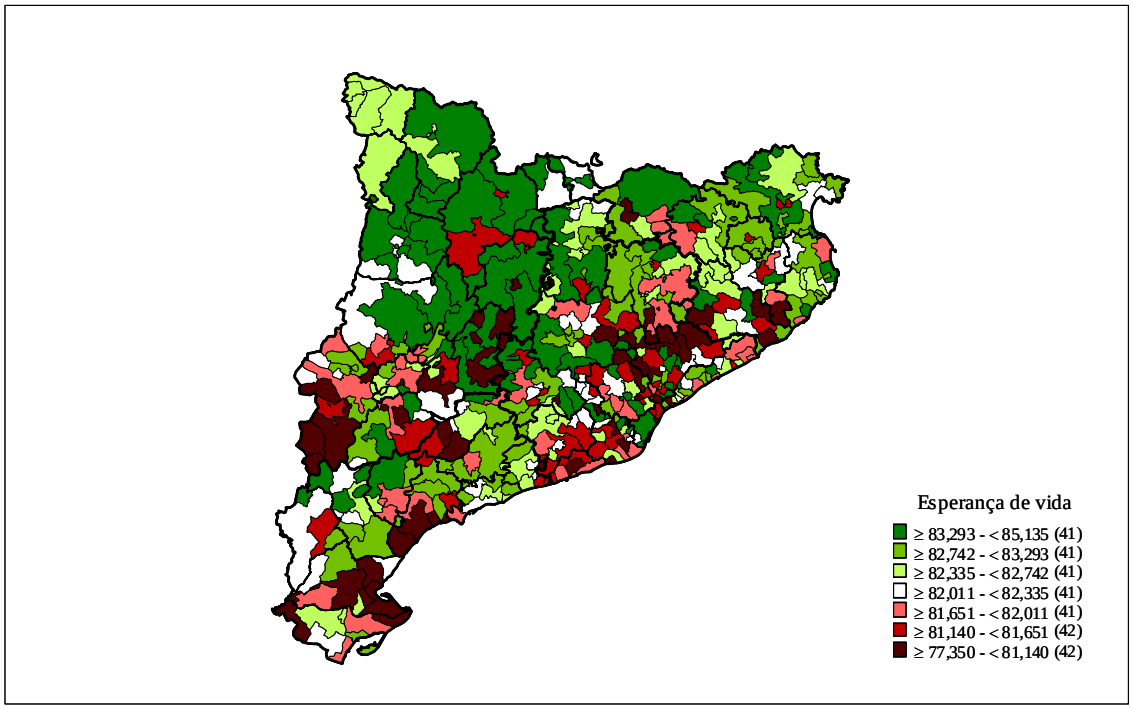
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.11. Distribució geogràfica en àrees petites de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Dones. Catalunya, 1993-1995.



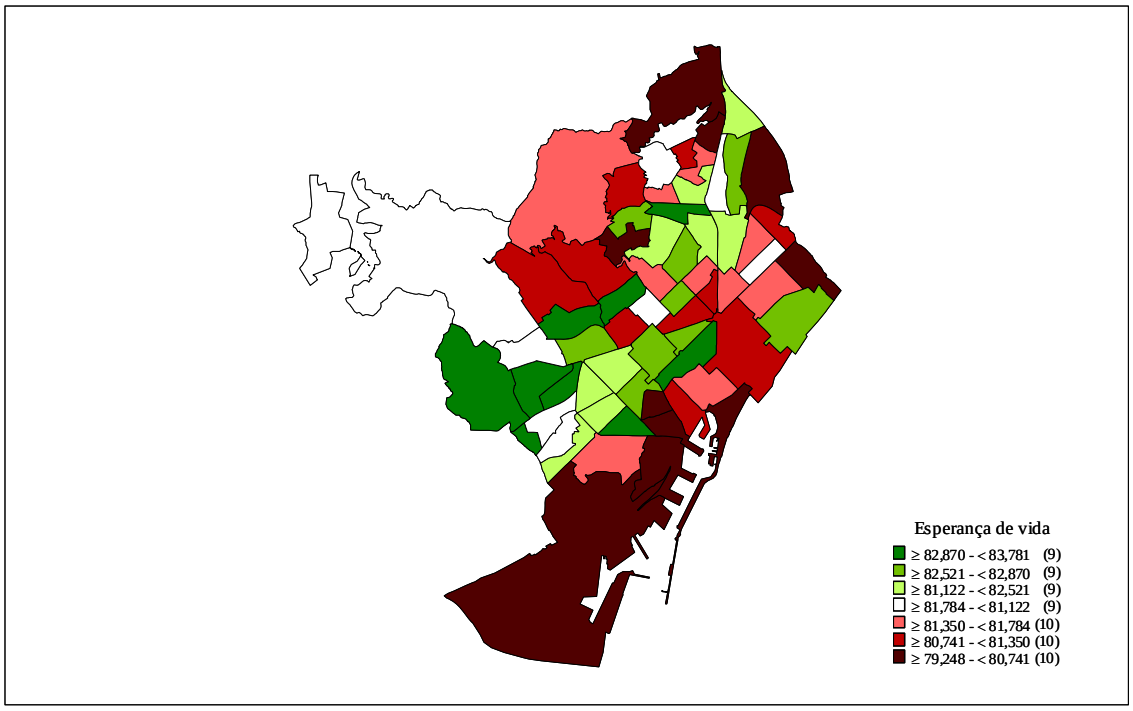
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.12. Distribució geogràfica en àrees petites de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Dones. Catalunya, 1996-1998.



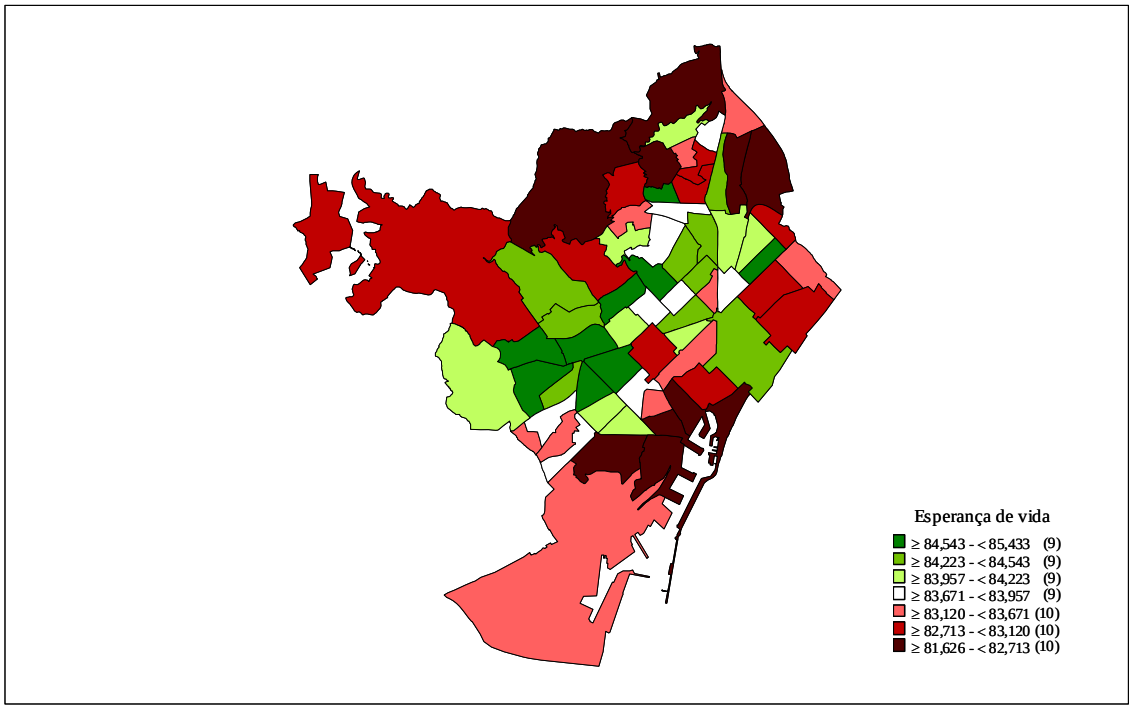
Font: *Instituto Nacional de Estadística*, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.13. Distribució geogràfica en les Àrees Bàsiques de Salut de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Dones. Barcelona, 1993-1995.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Mapa 2.14. Distribució geogràfica en les Àrees Bàsiques de Salut de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Dones. Catalunya, 1996-1998.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

Capítol 3. Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia

Esteve Fernández.
Anna Schiaffino.
Montse García.

1. Introducció

1.1 ***L'estat de salut i la malaltia***

En els darrers anys del segle XX s'ha produït un increment de les diferències sòcio-econòmiques en salut malgrat detectar-se una millora substancial en els principals indicadors de salut i un augment en el nivell sòcio-econòmic de la població[1,2]. Els estudis que analitzen les desigualtats socials en salut segons gènere i segons classe social posen de manifest que les persones de classes socials menys afavorides i les dones, presenten un pitjor estat de salut i una major morbimortalitat[3-6]. En el nostre país, les publicacions sobre l'existència, les característiques i les causes de les desigualtats socials en salut s'han incrementat enormement en els últims 10 anys. De fet, més del 65% dels articles sobre desigualtats en salut a l'Estat espanyol s'han publicat en aquest període, tant a revistes nacionals com internacionals.

La salut es pot valorar a través del judici subjectiu de l'individu com un indicador de la qualitat de vida de les persones. L'autovaloració de l'estat de salut combina tant l'experiència subjectiva de malalties agudes i/o cròniques, fatals i no fatals així com sensacions com ara sentir-se esgotat/da (manca d'energia de l'individu en comparació a altres individus de la mateixa edat i valoració de la seva forma física). L'estat de salut autopercebut és un dels indicadors més usats en l'anàlisi de les desigualtats socials en la salut i ha demostrat que és un bon predictor de la morbilitat i de la mortalitat, millor àdhuc que el diagnòstic mèdic[7]. Els individus de classe social menys afavorida, amb ingressos o rendes més baixes, i amb nivells d'estudis inferiors manifesten tenir un pitjor estat de salut[8,9]. Les dones al nostre país, igual que succeeix en d'altres països desenvolupats, tenen un pitjor estat de salut percebut que els homes. També s'observa un cert gradient en aquesta percepció segons l'edat ja que són les persones més grans les que declaren pitjor percepció de la salut[10,11]. Aquestes diferències entre homes i dones poden ser degudes a que les dones tenen més malalties no mortals al llarg de tota la seva vida. Els homes, en canvi, presenten més malalties mortals que apareixen amb l'edat[12].

D'altra banda, la limitació crònica de l'activitat habitual és una mesura funcional d'empitjorament de la salut que dirigeix la seva atenció a les conseqüències de la malaltia, és a dir, si aquesta ha restringit les activitats diàries o no. Aquesta mesura proporciona una percepció sobre l'efecte de qualsevol malaltia crònica a la vida quotidiana[10]. Respecte a la presència de trastorns crònics, un estudi recent amb dades de l'Enquesta Nacional de Salut de 1997, mostra que en els homes no s'observa una associació consistent amb la classe social, però en les dones la prevalença d'hipertensió arterial, hipercolesterolèmia i diabetis mellitus augmenta en les classes socials menys afavorides[10].

Les malalties més freqüents són les càrdio-vasculars i el càncer, no obstant això, malalties com ara la sida o les lesions per accidents de trànsit són cada vegada més rellevants ja que afecten, principalment, a la població jove. L'Estat espanyol presenta les taxes d'incidència més elevades de sida de la Unió Europea, amb una incidència encara més elevada entre les classes socials

menys afavorides[13,14]. A més, les lesions (principalment per accidents de trànsit) són la primera causa de mortalitat prematura i incapacitat en adults[15,16].

1.2 Antecedents en l'estudi de les desigualtats en l'estat de salut percebut i la malaltia a Catalunya i a l'Estat espanyol

A l'Estat espanyol, els principals estudis sobre desigualtats socials en salut han estat realitzats utilitzant les enquestes de salut que permeten analitzar les desigualtats en morbilitat i en l'ús dels serveis sanitaris[17-20]. També s'han realitzat estudis on s'analitzaven dades de mortalitat a nivell individual[21-23,24] i a nivell de grup on la unitat d'anàlisi no són les persones sinó les agrupacions d'aquestes en barris o districtes[25]. Diversos treballs han constatat l'existència de desigualtats socials en salut al localitzar zones que destacaven per presentar un excés de mortalitat, incloent mortalitat prematura, mortalitat infantil i menor esperança de vida. Per analitzar les desigualtats socials en la mortalitat amb estudis de base individual, s'acostuma a utilitzar la informació de les butlletes estadístiques de defunció o mitjançant la connexió del registre de mortalitat amb les dades censals o del padró. No obstant això, aquests estudis no són gaire nombrosos al nostre país, degut tant a una manca de validació de la variable ocupació en els registres de defunció com a l'existència de legislació que restringeix l'ús de dades individuals. Aquest fet fa gairebé impossible la seva connexió informatitzada amb la informació del Cens o del Padró Municipal d'Habitants[26].

Un conjunt ampli d'investigacions han assenyalat l'existència d'una relació inversa entre el nivell sòcio-econòmic i la mortalitat. Així per exemple, un estudi realitzat a Barcelona ha assenyalat diferències respecte a la mortalitat perinatal segons nivell sòcio-econòmic[27]. La majoria dels estudis demostren que la relació entre el nivell d'estudis i la mortalitat disminueix amb l'edat. Malgrat això, l'estudi sobre mortalitat de la comunitat autònoma de Madrid realitzat per Regidor i cols[28], descriu aquesta associació en els homes i en les dones majors de 64 anys, però no en el grup de dones de 45 a 64 anys.

En relació a les malalties càrdio-vasculars, un estudi mostra que els agricultors i els treballadors manuals van presentar una major mortalitat per aquesta causa que no pas els professionals i directius[29]. Una possible explicació d'aquests resultats seria que a l'Estat espanyol l'any 1987 els homes que pertanyien a les classes socials intermitjes presentaven una menor prevalença d'hipertensió (principal factor de risc de les malalties càrdio-vasculars) en comparació amb els professionals i directius, i amb els treballadors manuals. Un altre estudi ha posat de manifest que la mortalitat per malaltia isquèmica del cor i malaltia cerebro-vascular s'associa moderadament amb la mortalitat infantil sis dècades abans[30].

Respecte el conjunt de malalties que formen el càncer també es troben evidències de la seva relació amb el nivell sòcio-econòmic, tant pel què fa a la freqüència d'aparició com a la mortalitat associada[31]. Tanmateix, la mortalitat global per càncer està relacionada inversament amb el nivell sòcio-econòmic en els homes però no en les dones[32].

El fet de conèixer com es distribueix la salut o la mala salut és important per tal de poder dissenyar intervencions adreçades a la reducció de les desigualtats socials en salut, així com integrar determinants de la salut en altres àrees polítiques, i la necessitat de recolzar el desenvolupament d'evidències en l'impacte de la salut. Les polítiques sanitàries hauran d'insistir sobre les mesures preventives, l'educació per a la salut, l'estudi de les variables

epidemiològiques d'incidència, prevalença i el risc de les malalties en el nostre context d'actuació, així com promoure atenció sanitària efectiva i adequada[33].

1.3.Objectius i metodologia

L'objectiu d'aquest capítol és descriure les desigualtats socials en la salut percebuda, els trastorns crònics, els trastorns mentals, les malalties del sistema circulatori, el càncer, els accidents i la sida a Catalunya, així com analitzar l'evolució d'aquestes desigualtats en salut en la dècada dels 90 i fins 2002.

Per estudiar les desigualtats socials en la salut percebuda, els trastorns crònics i els trastorns mentals s'ha utilitzat la informació disponible en l'Enquesta de Salut de Catalunya realitzada durant l'any 2002 (ESCA-02). Es tracta d'un estudi transversal per entrevista d'una mostra aleatòria de la població no institucionalitzada de Catalunya. Per a cadascuna de les vuit regions sanitàries que conformen Catalunya, es va realitzar un mostreig polietàpic de manera que, un cop ponderada, la mostra fos representativa de la població catalana. La grandària de la mostra va ser de 8400 persones. Per a la present anàlisi s'han exclòs aquells subjectes menors de 15 anys i els incapacitats que no van poder respondre per sí mateixos. La mostra final analitzada ha estat de 6999 persones. Per estudiar l'evolució entre 1994 i el 2002, s'ha utilitzat la informació de l'Enquesta de Salut de Catalunya realitzada durant l'any 1994 (ESCA-94) ja utilitzada l'anterior informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill (CAPS-FJ Bofill)[9]. El mostreig, la metodologia i els resultats entre les dues edicions d'aquesta enquesta són totalment comparables.

Les variables estudiades en l'ESCA-02 són les següents:

Classe social: Per a l'anàlisi de l'ESCA-02, s'ha utilitzat la classificació proposada per la *Sociedad Española de Epidemiologia* que utilitza la Classificació Nacional d'Ocupacions de 1994 (CNO-94). Les 8 classes socials han estat reagrupades en tres (I, II; IIIa, IIIb i IIIc; IVa, IVb i V). Per a l'anàlisi de l'ESCA-94 s'ha utilitzat la classificació de Domingo i Marcos també agrupada en tres categories (veure l'apartat de classe social del capítol 1).

Salut percebuda: Es preguntava sobre la percepció de l'estat de salut en general. És una variable mesurada en una escala tipus Likert amb 5 categories: Excel·lent, Molt Bona, Bona, Regular i Dolenta.

Trastorns crònics: Es preguntava a l'entrevistat si el metge li havia dit que patia en la actualitat o que havia patit en el passat un llistat de 26 malalties cròniques. Per tal de que els resultats fossin comparables entre les dues edicions s'han estudiat les mateixes 16 malalties que es preguntaven l'any 1994. Finalment s'ha treballat amb una nova variable que recull l'absència o la presència d'alguna d'aquestes 16 malalties.

Salut mental: S'ha avaluat mitjançant el *General Health Questionnaire (GHQ-12)* que consta de 12 preguntes[34]. El GHQ és un instrument que detecta dos tipus de trastorns: la incapacitat per continuar desenvolupant amb normalitat les activitats d'un individu "sa" i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena. S'ha considerat que els individus tenien una mala salut mental quan obtenien una puntuació superior a 2 en aquest instrument.

Per a cadascuna de les variables independents, s'ha calculat la proporció d'individus de cada classe social i de cada sexe que va declarar aquella condició, estandarditzada per edat mitjançant el mètode directe, que pren com a població de referència la població de Catalunya de l'any 1991. Tot i que existeixen dades censals més actualitzades sobre la població de Catalunya, s'ha mantingut com a referència la població de Catalunya de 1991 per tal de que els resultats estandarditzats siguin comparables amb els de l'anterior CAPS-FJ Bofill. Algunes de les anàlisis es presenten estratificats segons 6 grups d'edat (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 i >64).

Per a l'anàlisi de l'evolució de les desigualtats socials en la mortalitat entre l'any 1992 i l'any 2002 per malalties del sistema circulatori, el càncer, els accidents i la sida s'ha utilitzat la informació derivada del Registre de Mortalitat de Barcelona, que incorpora informació sociodemogràfica del Padró Municipal d'Habitants. Així, es poden calcular les taxes de mortalitat estandarditzades per edat (mètode directe, prenent com a població estàndard la població mundial ≥25 anys) d'acord amb el nivell d'estudis agrupat en 4 categories (sense estudis, primària incompleta, primària completa i secundària o estudis universitaris).

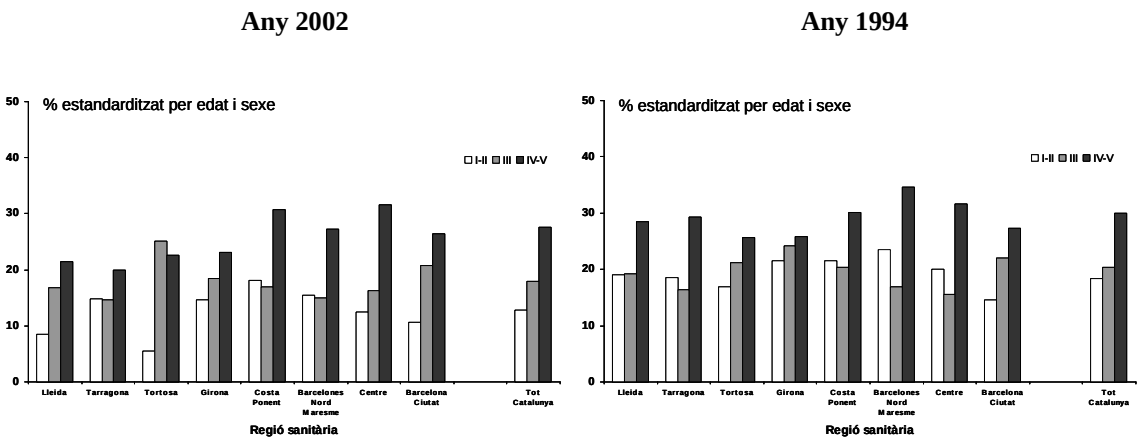
2. Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia a Catalunya

2.1 La salut percebuda

Les dades de l'ESCA-02 posen de manifest que la proporció de persones de classes afavorides que declaren la seva salut com a regular (11,3%) és inferior a la de les persones de classes mitjanes (III) i desfavorides (IV-V) (15,8% i 22,5%), diferència que és estadísticament significativa entre les tres classes, tal i com ja es posava de manifest en l'ESCA-94. La proporció d'individus que perceben l'estat de salut com a dolent és 3 vegades més gran en les classes IV-V (5,9%) que en les classes I-II (1,9%), i gairebé del doble que la proporció de la classe III (2,6%). Al comparar aquests resultats amb els obtinguts en el 1994 se'n desprèn que les desigualtats en l'estat de salut percebut entre les classes socials han augmentat lleugerament ja que la salut millora més per la població de classes benestants.

Les diferències segons la classe social en l'estat de salut són més manifestes quan es consideren agrupades les categories regular i dolenta (figura 3.1). En aquesta figura es mostren, en dos gràfics diferents, els percentatges (estandarditzats per edat) segons les 8 regions sanitàries per a cada any de realització de l'entrevista (l'any 2002 i l'any 1994). Així en el 2002, el 28,4% dels individus de classes IV i V declaren una salut subòptima (regular o dolenta) mentre tan sols ho fan un 18,4% de la classe III i un 13,2% de les classes I-II (diferències estadísticament significatives). Quan es comparen els resultats obtinguts en les dues edicions de l'ESCA, s'evidencia que no hi ha hagut un empitjorament de la percepció de l'estat de salut en general sinó que l'estat de salut autopercebut entre aquelles persones que pertanyen a una classe benestant ha millorat. Aquest mateix patró s'observa per a cadascuna de les 8 regions sanitàries analitzades. Cal destacar, però, que a les regions de Lleida, Tarragona i Barcelonès Nord i Maresme, la percepció de l'estat de salut en aquelles persones de classe III i IV-V també millora, encara que no de manera tan evident.

Figura 3.1. Estat de salut percebut regular o dolent segons la classe social i la regió. Persones més grans de 14 anys. Catalunya 2002 i 1994.



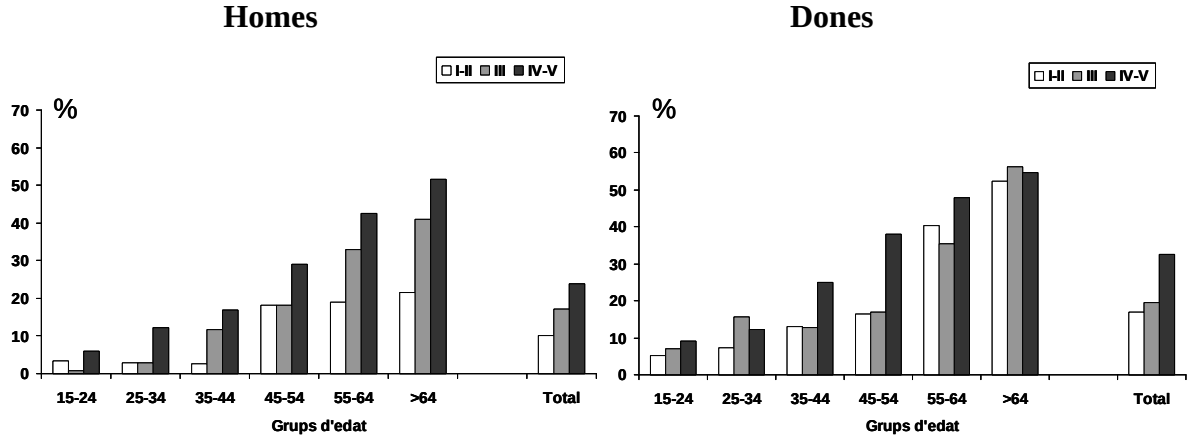
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Les dones perceben el seu estat de salut pitjor que els homes: un 27,6% de les dones el perceben com a regular o dolent mentre que aquesta proporció és del 19,7% en els homes (diferència estadísticament significativa), tal i com també ja s'observava l'any 1994. Quan s'analitzen aquestes diferències entre homes i dones segons la classe social (taula 1 de l'annex i figura 3.2) s'observa que tant els homes com les dones segueixen el mateix patró descrit anteriorment pel total de Catalunya. L'any 2002, un 10,2% dels homes de classe I-II declaraven el seu estat de salut com a subòptim (regula o dolent) mentre que ho feien un 14,5% l'any 1994. En canvi, al voltant d'un 24% dels homes de classe IV-V, tant al 1994 com al 2002, perceben el seu estat de salut com a subòptim. S'observa que l'any 2002 un 16,8% de les dones de classe social I-II perceben la seva salut com a subòptima mentre que eren un 21,5% l'any 1994. En canvi, la proporció de dones de classe social IV i V que declaraven la seva salut com a subòptima es manté al voltant d'un 33% tant al 1994 com al 2002.

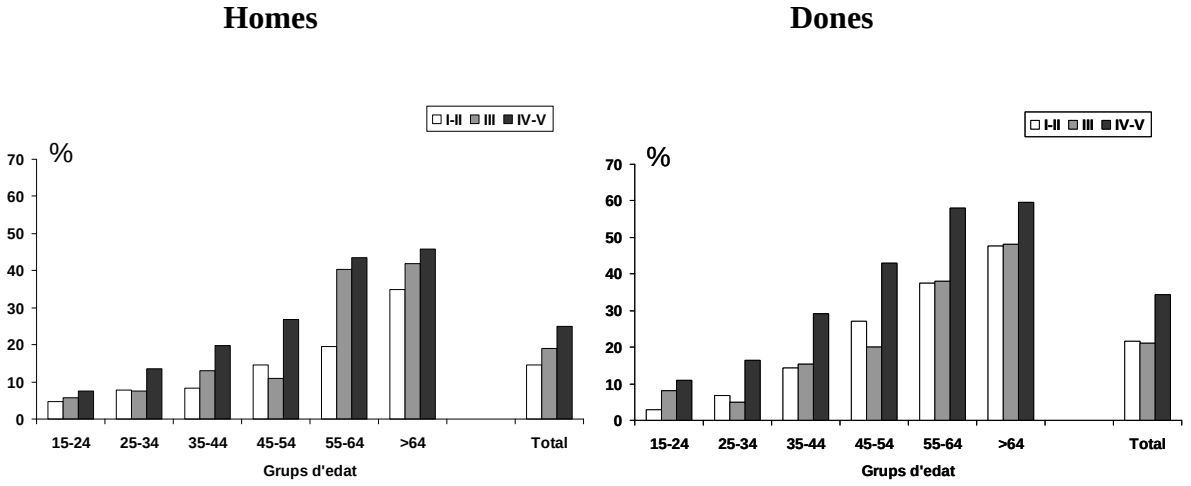
Tal i com s'observa a la figura 3.2, les diferències absolutes entre classes es van fent més grans amb l'edat entre els homes però no entre les dones. Aquest patró és diferent de l'observat l'any 1994 en què la diferència entre classes augmentava tant en els homes com en les dones. L'any 2002 s'observa que la proporció d'homes de 25 a 34 anys que declara la seva salut com a subòptima (regular o dolenta) és del 12,3% en les classes IV-V i del 2,9% en les classes I-II i III, és a dir, una diferència de 9 punts de percentatge, mentre que en els majors de 64 anys aquesta diferència augmenta fins a 30 punts de percentatge. En canvi, en les dones s'observa una diferència més elevada en els grups d'edat entre 35 i 44 anys i entre els de 45 a 54 anys (12 i 22 punts de percentatge, respectivament). No s'observen diferències estadísticament significatives ni en els grups més joves ni en els grups més grans.

Figura 3.2. Estat de salut percebut regular o dolent segons la classe social i els grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Catalunya 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

A la taula 2 de l'annex podem observar la distribució, per als homes i per a les dones, del percentatge de persones que declaren la seva salut com a subòptima segons la classe social, segons la regió sanitària de residència i també segons tres grans grups d'edat. En aquesta taula s'aprecia clarament com el gradient social és evident i augmenta per a tots els grups d'edat i per a les 8 regions sanitàries de Catalunya en els homes però no en les dones. El patró en les diferències per classe social observades per al conjunt de Catalunya tenen una distribució territorial força homogènia sense grans desigualtats segons regions sanitàries.

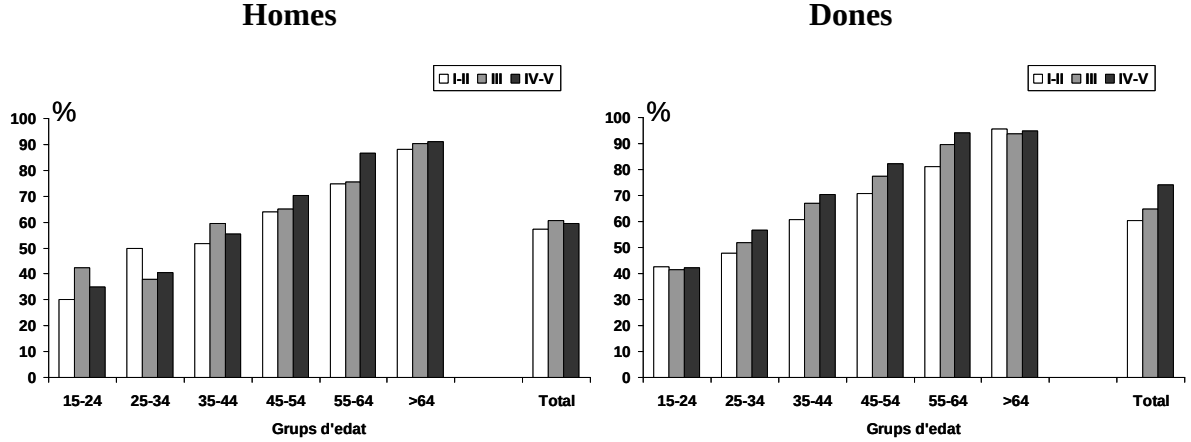
2.2 Els trastorns crònics

L'any 2002, la proporció de persones de les classes IV-V que declara patir algun trastorn crònic (67,1 %) és major que en les classes I-II (58,8 %) i III (63,3 %), diferència que és estadísticament significativa entre les classes I-II i IV-V. Cal destacar dos fets en comparar aquests resultats amb els obtinguts l'any 1994. Per una banda s'observa que les diferències entre les classes s'han eixamplat: mentre l'any 1994 la diferència entre les classes I-II i les classes IV-V era de 7 punts de percentatge (56,0% de classe I-II vs 63,1% de la classe IV-V), aquesta diferència augmenta fins a 10 punts de percentatge l'any 2002 (58,8% de la classe I-II vs 67,1% de la classe IV-V). Per altra banda, cal comentar que la proporció de persones amb algun trastorn crònic és més gran l'any 2002 que l'any 1994. L'any 2002, el 59,2% dels homes i el 69,4% de les dones van declarar algun trastorn crònic mentre que l'any 1994 aquests percentatges van ser del 54,4% i 64,2% respectivament. De totes maneres, la diferència entre homes i dones no ha augmentat (segueix sent de 10 punts de percentatge).

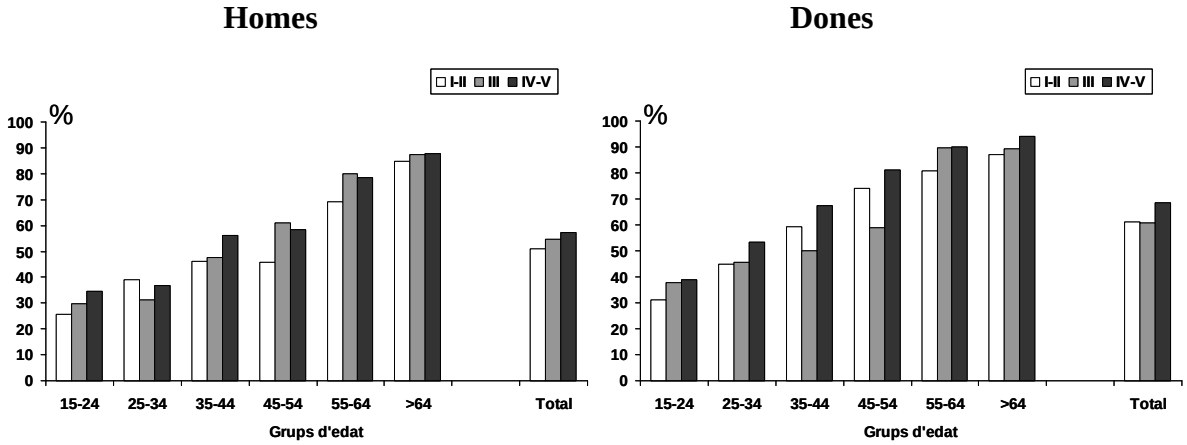
Segons la classe social, el 57,1% dels homes i el 60,2% de les dones de classe I-II declaren patir algun trastorn crònic. Aquesta diferència de 3 punts de percentatge entre homes i dones de les classes I-II augmenta fins a 14 punts en les classes IV-V (59,4% dels homes i 74,0% de les dones) (taula 1 de l'annex). Aquestes dades posen de manifest també com les diferències entre les classes socials són més acusades entre les dones que entre els homes.

Figura 3.3. Presència d'algun trastorn crònic segons la classe social i els grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Catalunya 2002 i 1994

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Respecte l'any 1994, els homes i les dones segueixen un patró diferent. En els homes, s'observa que les classes socials que empitjoren són les classes I-II (57,1% l'any 2002 vs 50,8% l'any 1994) i III (60,7% l'any 2002 vs 54,6% l'any 1994). En canvi, al voltant d'un 58% dels homes de classe IV-V, tant al 1994 com al 2002 declaren patir algun trastorn crònic. En les dones, però, s'observa un empitjorament en les classes III (64,8% l'any 2002 vs 60,6% l'any 1994) i IV-V (74,0% l'any 2002 vs 68,7% l'any 1994). En canvi, al voltant d'un 60% de les dones de classe I-II, en les dues edicions de l' ESCA analitzades declaren patir algun trastorn crònic(figura 3.3)

Les diferències segons classe social es mantenen en gairebé tots els grups d'edat i segons sexe. L'any 2002, en general s'observa una proporció més elevada de persones de les classes desfavorides que declaren algun trastorn crònic en cada categoria d'edat, com posa de manifest la figura 3.3, si bé a partir dels 64 anys l'efecte de l'edat és el principal determinant i les diferències pràcticament desapareixen. Cal destacar, però, que les desigualtats entre les dones comencen als 25 anys, en canvi en els homes ja s'observen des de l'adolescència. En els homes

la classe social III segueix un patró similar a la classe I mentre que en les dones existeix un gradient entre les classes.

Com es pot observar a la taula 3 de l'annex, les desigualtats segons la classe social són aproximadament de la mateixa magnitud en totes les regions sanitàries, amb unes desigualtats segons classe social en els grups de 15-44 i 45-64 anys una mica més evidents per a les regions sanitàries de Lleida i Tarragona, si bé sense que les diferències siguin estadísticament significatives respecte el conjunt de Catalunya.

2.3 La salut mental

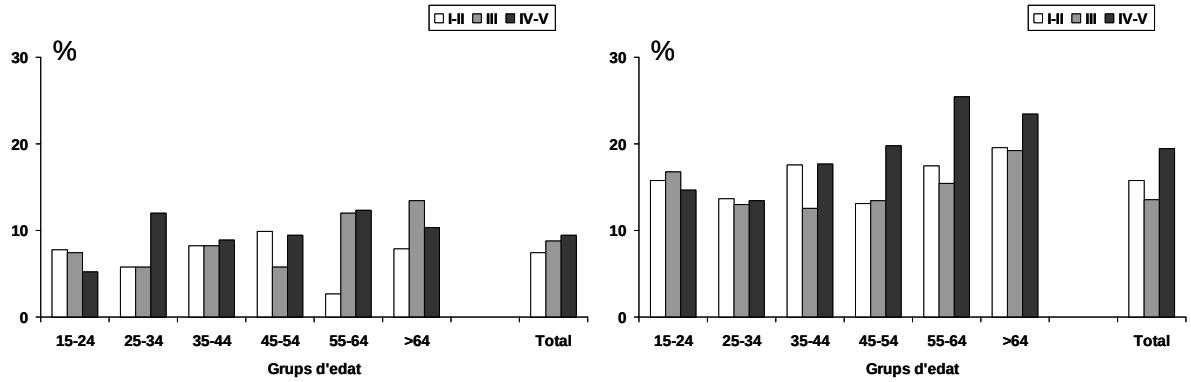
Un 13,3% dels entrevistats i entrevistades durant l'any 2002 presenten mala salut mental (puntuació superior a 2 al GHQ) mentre que l'any 1994 ho feien un 12,5%. La proporció de persones que declaren problemes de salut mental és major en les classes socials més desafavorides (14,5%) que no pas en les classes III (11,3%) i I-II (11,2%). Quan es comparen aquests resultats amb els obtinguts l'any 1994 (I-II: 9,4%; III: 10,2%; IV-V: 14,0%) s'observa que hi ha un empitjorament de l'estat de salut mental sobretot en les classes I-II tot i que aquestes diferències no són estadísticament significatives.
La presència de mala salut mental és molt diferent entre homes i dones, essent un 9% dels homes i un 17,4% de les dones, diferència que és estadísticament significativa. En part, això, podria venir explicat pel fet de que les dones sembla que tinguin més facilitat per a expressar diferències i deficiències en el seu estat anímic, que és un fet socialment acceptat i que es podria traduir en una major sensibilitat selectiva de l'instrument utilitzat[35]. De totes maneres, aquest fet no pot explicar perquè l'empitjorament només es produeix entre les dones. S'observa que en els homes pràcticament no hi ha diferències (9,0% el 2002 i 9,2% el 1994) mentre que entre les dones aquesta diferència arriba a ser de 2 punts (17,4% en el 2002 i 15,4% en el 1994).

A la taula 1 de l'annex es presenten els resultats estratificats per edat i per classe social. Tal i com es mostra a la figura 3.4 i a la taula 1 de l'annex, el 7,4% dels homes de classes I-II obté una puntuació superior a 2 en el GHQ-12 mentre que en les dones de les mateixes classes socials aquest percentatge arriba fins a 15,8%. Les diferències entre homes i dones no s'incrementen segon la classe social, essent la diferència de 10 punts de percentatge entre homes (9,5%) i dones (19,4%) de classe IV-V.

Figura 3.4. Mal estat de salut mental segons la classe social i els grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Catalunya 2002 i 1994

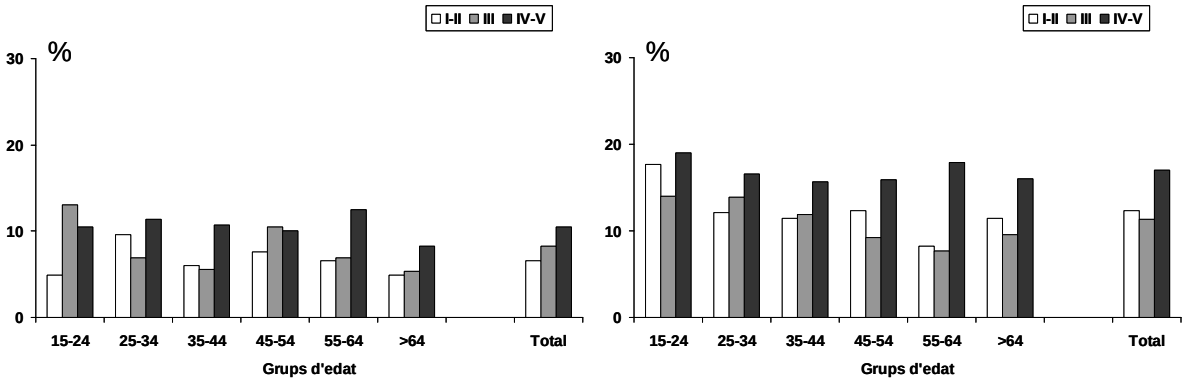
Any 2002

Homes **Dones**



Any 1994

Homes **Dones**



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Al comparar aquests resultats amb els obtinguts l'any 1994, observem que hi ha un empitjorament en la salut mental en les dones però no en els homes. Aquest empitjorament és més evident entre les dones de classe I-II, si bé continuen sent les dones de classes desfavorides les que declaren en major proporció tenir una mala salut mental. Així l'any 1994 un 12,3% de les dones de classe I-II tenia mala salut mental (15,8% en el 2002), un 11,3% les de classe III (13,6% en el 2002) i un 17,0% en les dones de classe IV-V (un 19,4% en el 2002) (figures 3.4).

El patró de mala salut mental en ambdós sexes és ben diferent segons l'edat. En els homes entre 15 i 24 anys existeix un gradient de manera que les classes més afavorides tenen un percentatge

més gran de mala salut mental que les classes menys afavorides. A partir dels 25 anys són les classes més desfavorides les que presenten una proporció de persones que obtenen una puntuació superior a 2 en el GHQ-12, tot i que no s'observen grans diferències. En canvi, en les dones, s'observa un punt d'inflexió als 45 anys: mentre que en les més joves no s'observen massa diferències segons classe, en les majors de 45 anys aquestes diferències s'incrementen considerablement.

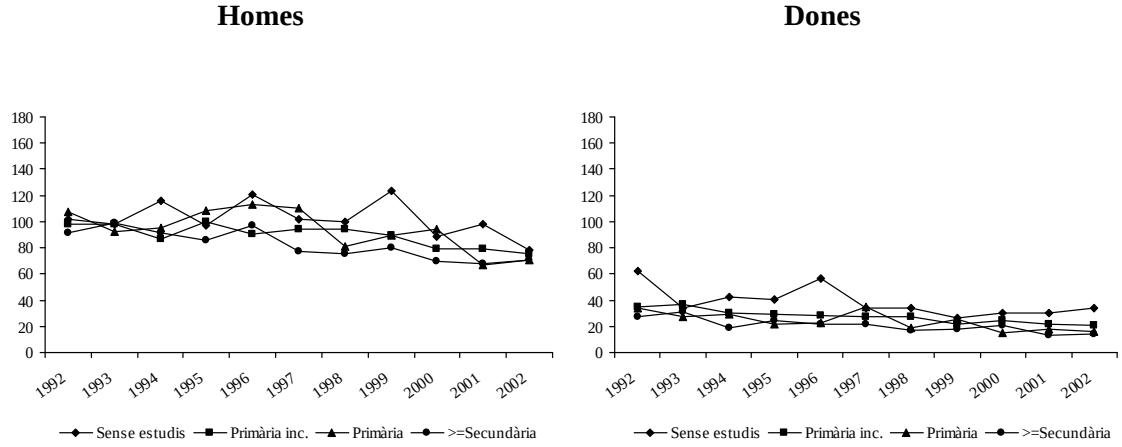
Com es pot observar a la taula 4 de l'annex les desigualtats segons la classe social són presents, i aproximadament de la mateixa magnitud, en totes les regions sanitàries, amb unes desigualtats en els grups de 15-44 i 45-64 anys una mica més evidents per a les regions sanitàries de Lleida i Tarragona, si bé les diferències per a la salut mental tampoc són estadísticament significatives respecte el conjunt de Catalunya.

2.4 Mortalitat per malalties del sistema circulatori

Les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya no permeten calcular les taxes de mortalitat segons classe social o nivell d'estudis, per la qual cosa no es disposa d'aquesta informació pel conjunt de Catalunya. A la ciutat de Barcelona, el Registre de Mortalitat incorpora informació sòcio-demogràfica del Padró Municipal, de manera que s'han pogut fer estimacions per a determinats períodes de la mortalitat d'acord amb el nivell d'estudis. Per al present informe, s'ha analitzat la informació en el període 1992-2002, de manera que es pot tenir una estimació de les tendències recents.

La taxa de mortalitat per cardiopatia isquèmica estandarditzada per edat en els homes ha anat disminuint lleugerament en la darrera dècada, sent l'any 2002 aproximadament de 100 defuncions/100.000 habitants, sense diferències massa aparents en les taxes segons el nivell d'estudis. L'anàlisi temporal ens mostra una certa convergència de les taxes entre els diferents nivells d'estudis en l'actualitat, si bé les taxes de mortalitat van ser sistemàticament més elevades per als homes amb nivell d'estudis de primària o inferiors (figura 3.5). Pel què fa a les dones, observem que la mortalitat per a aquesta causa presenta unes taxes menors (de 20/100.000) i que existeix un patró de desigualtat similar, si bé la tendència a la disminució no ha estat tant marcada com en els homes (figura 3.5).

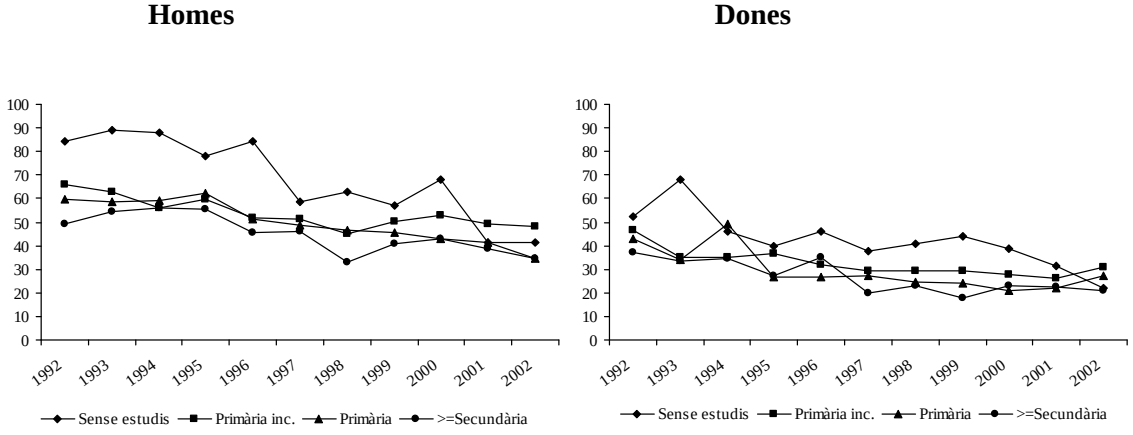
Figura 3.5. Mortalitat per cardiopatia isquèmica segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002 (elaboració pròpia).

Podem observar un patró similar en la mortalitat per malaltia cerebrovascular en els homes i les dones: la taxa de mortalitat s'ha reduït aproximadament a la meitat en el període estudiat (partint els homes de taxes més elevades que les dones) , si bé les desigualtats en la mortalitat segons el nivell d'estudis per a aquesta causa de mortalitat han estat més evidents (figura 3.6) i tendeixen a fer-se més petites només en els darrers anys (2001 i 2002).

Figura 3.6. Mortalitat per malaltia cerebro-vascular segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002 (elaboració pròpia).

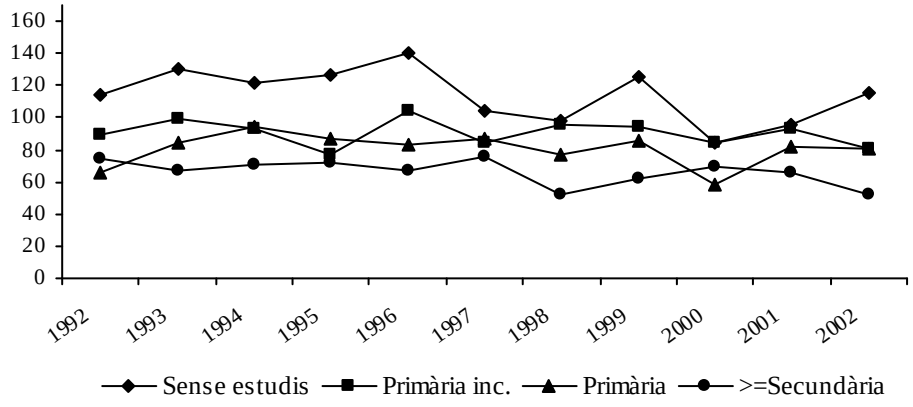
2.5 Mortalitat per càncer

L'anàlisi de la mortalitat per càncer tampoc es deriva del registre de Mortalitat de Catalunya ja que presenta les limitacions anteriorment comentades. Hem utilitzat les dades de mortalitat de la ciutat de Barcelona per analitzar la mortalitat segons el nivell d'estudis durant el període 1992-2002. Un estudi previ de la mortalitat els anys 1992-1995[31] va posar de manifest que la mortalitat per qualsevol tipus de càncer és més gran en els homes amb menor nivell educatiu, mentre que en les dones l'associació va en l'altra direcció, amb menys mortalitat entre les dones amb menor nivell educatiu. Limitarem l'anàlisi en aquest capítol als tipus de càncer més freqüents en cada sexe: el càncer de pulmó en homes i el càncer de mama en dones.

L'anàlisi de les tendències entre l'any 1992 i 2002 pel càncer de pulmó en els homes (figura 3.7) mostra que aquest gradient es manté pràcticament invariable fins a l'actualitat, amb una taxa de mortalitat per aquest càncer gairebé dues vegades més gran en els homes sense estudis (110/100.000 habitants) que en els homes que han completat estudis secundaris o superiors (60/100.000 habitants). En les dones, la mortalitat per càncer de pulmó presenta unes taxes molt baixes (inferiors a 10/100.000) sense un patró ben definit pel nivell d'estudis.

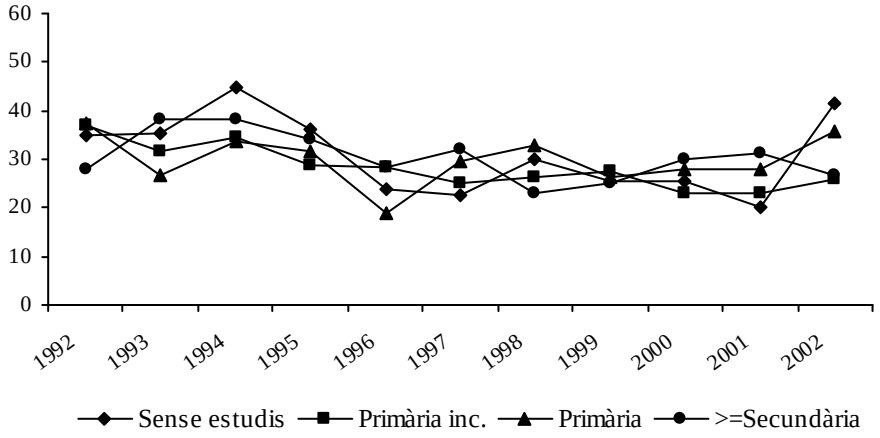
Pel què fa a la mortalitat per càncer de mama en les dones (figura 3.8), observem una tendència a la disminució de les taxes en qualsevol nivell d'estudis, més pronunciada a partir de l'any 1994. Les taxes de mortalitat de les dones amb major nivell educatiu han estat, en general, més elevades durant el període d'estudi, si bé no existeix una patró clar de desigualtat segon el nivell d'estudis. Crida l'atenció l'augment de la mortalitat observat per l'any 2002 en les dones sense estudis, encara que no es pot descartar que sigui deguda a variabilitat estadística.

Figura 3.7. Mortalitat per càncer de pulmó segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002 (elaboració pròpia).

Figura 3.8 Mortalitat per càncer de mama segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002 (elaboració pròpia).

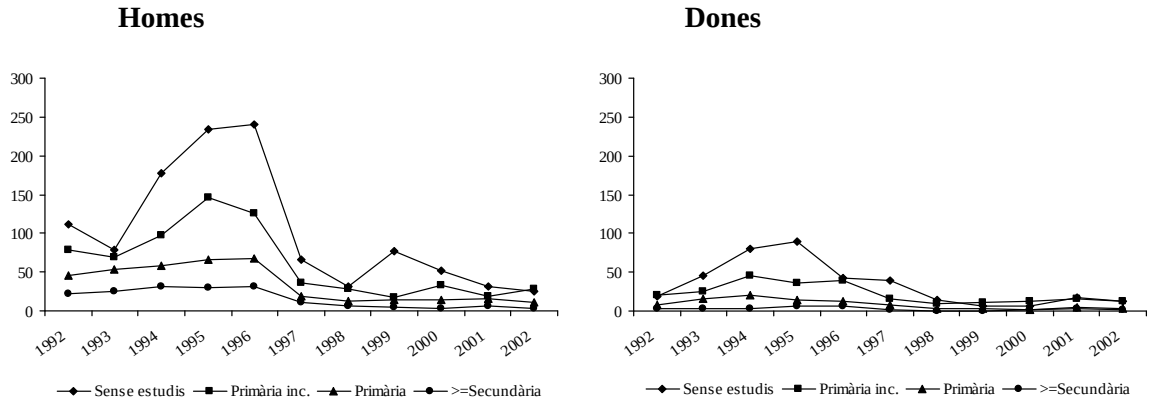
2.6 Mortalitat per sida

L'estudi de les desigualtats socials per sida a Catalunya es veu limitat per la disponibilitat d'informació associada a algun indicador de posició sòcio-econòmica individual en els registres mantinguts per les administracions públiques.

Per al conjunt de Catalunya, la mortalitat per sida ha anat augmentant progressivament des de l'inici de l'epidèmia l'any 1985 fins l'any 1995 en tots dos sexes, moment en què comença a disminuir. Aquesta disminució és deguda a l'aparició dels nous tractaments antiretrovirals i es manifesta sobretot en els grups d'edat de 20 a 39 anys. De la mateixa manera que en els grups de malalties revisats anteriorment, el Registre de Mortalitat de Catalunya no conté la informació necessària per a l'estudi de les desigualtats segons classe social, motiu pel qual es presenten les taxes de mortalitat per sida estandarditzades per edat per als homes i per a les dones (figura 3.9) de la ciutat de Barcelona durant el període 1992-2002.

Les taxes de mortalitat per sida van ser més elevades en els homes i les dones de menor nivell educatiu, i de manera més accentuada en els homes, sobretot en els anys 1994, 1995 i 1996. En les dones, durant aquests anys, l'increment global de la mortalitat per sida es va produir a expenses dels grups amb menor nivell educatiu. Les desigualtats de gènere han disminuït en les darrers anys, si bé els homes presenten encara taxes de mortalitat més elevades que les dones, però sense arribar a la magnitud de la registrada a inicis i mitjans de la dècada dels 90. Les desigualtats segons el nivell d'estudis també han disminuït, de manera més acusada en els dones que en els homes, en els quals es mantenen, si bé de menor magnitud, les diferències relatives entre els nivells d'estudis.

Figura 3.9 Mortalitat per sida segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002 (elaboració pròpia).

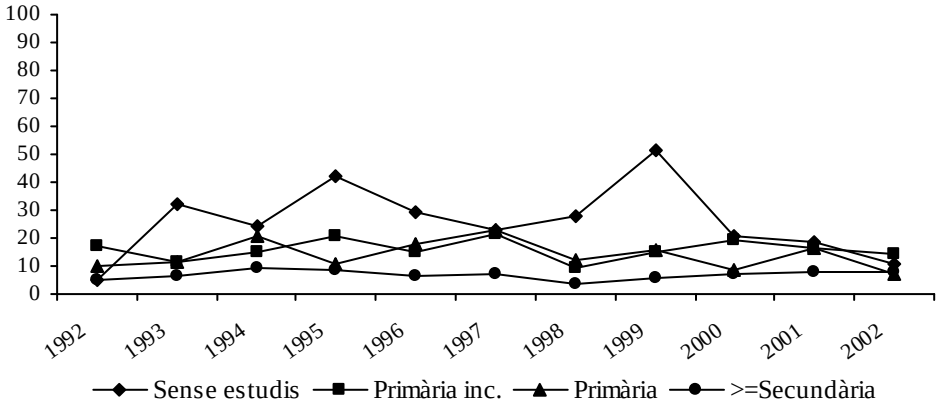
2.7. Mortalitat per lesions (principalment per accidents en vehicles de motor i sobredosi a drogues)

Pel que fa a les lesions per accidents, constitueixen actualment a Catalunya una de les principals causes de defunció tant en homes com en dones, i sobretot a edats joves. Les lesions són la primera causa de mortalitat en homes i dones entre els 15 i 34 anys i la segona entre els 35 i 44 anys d'edat.

Donada la manca d'informació sobre les desigualtats segons la classe social en la mortalitat per lesions pel conjunt de Catalunya, hem utilitzat les dades de mortalitat segons el nivell d'estudis per al conjunt de la ciutat de Barcelona. La taxa de mortalitat de lesions per accidents de trànsit és més elevada entre els homes (figura 3.10) que no tenen estudis que no pas en aquells que tenen estudis primaris o secundaris, i s'han mantingut estables sense grans variacions en la dècada estudiada. En els homes es pot apreciar un patró de convergència de les taxes segons el nivell d'estudis, de manera que les desigualtats que eren molt aparents durant els anys 90 tendeixen a reduir-se. Pel què fa a les dones, presenten una mortalitat per lesions molt més baixa que els homes amb una tendència i patró de desigualtat similar a l'observat en els homes

Finalment, la mortalitat per sobredosi a drogues (figura 3.11), que era molt elevada en els homes a inici dels 90, i amb un clar gradient segons el nivell educatiu (taxes 3 vegades més elevades entre els que no tenen estudis o amb primària respecte aquells amb estudis universitaris), ha disminuït durant la dècada estudiada, i de manera més acusada en aquells amb un menor nivell educatiu. El resultat és una progressiva disminució de les desigualtats en la mortalitat segons el nivell d'estudis, sense pràcticament diferències l'any 2002 i amb unes taxes inferiors a 20 defuncions/100.000 habitants en els homes i inferior a 5 /100.000 habitants en les dones.

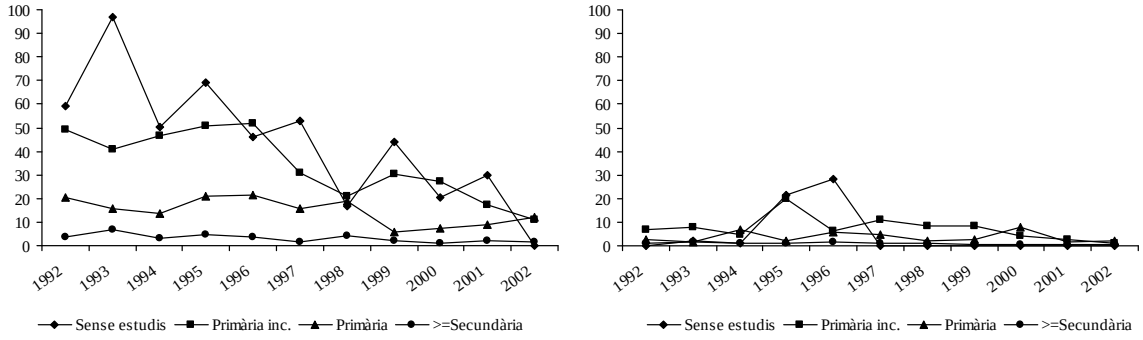
Figura 3.10 Mortalitat per lesions per accidents de trànsit segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002 (elaboració pròpia).

Figura 3.11 Mortalitat per sobredosi a drogues segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.

Homes **Dones**



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002 (elaboració pròpia).

3. Conclusions

- Les classes socials menys afavorides segueixen presentant un pitjor estat de salut, i han augmentat respecte l'any 1994. Les desigualtats de classe en l'estat de salut són més grans entre les dones que entre els homes i, en tots dos sexes, augmenten amb l'edat i són més grans que l'any 1994.

- Les persones de les classes menys afavorides pateixen més trastorns crònics que les de classes socialment més afavorides, si bé el gradient segons classe social ha canviat segons el gènere: s'ha reduït lleugerament en els homes i ha augmentat en les dones

- La probabilitat de patir un trastorn mental és més gran entre les dones i entre les persones de classe social menys afavorida, que han empitjorat respecte l'any 1994.

- Les desigualtats de classe i gènere en l'estat de salut es presenten de forma homogènia per tot el territori català, sense diferències respecte el patró territorial del 1994.

- Malgrat la disminució observada en la mortalitat per malalties cardio- i cerebrovasculars, la mortalitat per cardiopatia isquèmica i malaltia cerebrovascular segueix sent més elevada en els homes i les dones de menor nivell educatiu, si bé les diferències s'han anat reduint en el darrer decenni.

- La mortalitat per càncer de pulmó és més gran entre els homes amb menor nivell educatiu, i la mortalitat per càncer de mama és més gran entre les dones amb major nivell educatiu, diferències que s'han mantingut en el darrer decenni.

- La mortalitat per sida i les desigualtats segons nivell d'estudis en la mateixa malaltia han disminuït en la darrera dècada, encara que la mortalitat segueix sent superior en els homes i les dones amb menor nivell educatiu.

- Si bé les diferències en les darrers 10 anys han anat disminuint, la mortalitat per lesions és superior en els homes i dones amb menor nivell educatiu

4. Agraïments

Agraïm al CatSalut la cessió de les dades de l'ESCA-02 per a la realització de les anàlisis sobre desigualtats i estils de vida. Aquest capítol s'ha realitzat en el marc col·laboratiu de la Xarxa Temàtica sobre Desigualtats Socials (2003XT/00102) finançada pel Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació de la Generalitat de Catalunya, i de las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa de Centros en Epidemiología y Salud Pública (RCESP C03/09) y Cáncer (RTICC C03/10), i la Red Temática de Investigación de Grupos sobre Salud y Género (RISG G03/42), finançades per l'Instituto de Salud Carlos III. Agraïm a la Dra. Carme Borrell l'anàlisi de les tendències de mortalitat per diferents causes a la ciutat de Barcelona així com els comentaris i revisions que ha fet de versions prèvies del manuscrit.

5. Bibliografia

[1] Regidor E, Borrell C, Pasarín MI, Gutiérrez-Fisac JL, Lostao L, Galán I. Desigualdades sociales: situación en España en los últimos años del siglo XX. Universidad de Alicante; 2002.

[2] Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Dominguez V, Calle ME, Navarro P. Comparing social inequalities in health in Spain:1987 and 1995/97. Soc Sci Med. 2002;54:1323-32.

[3] Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? J Health Psychol. 1997;2:315-34.

[4] Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. Soc Sci Med. 1997;44:773-88.

[5] Mackenback JP, Kunst AE, Groenhof F, Borgan JK, Costa JG, Faggiano F, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. Am J Public Health.1999;89:1800-5.

[6] Borrell C, Rohlfs I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. Gac Sanit. 2004; 18 (Supl 2):75-82.

[7] Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. Soc Sci Med.1989;29, 761-8.

[8] Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, Garcia M, Segura A. Desigualdades en salud según la clase social en Catalunya, 1994. Aten Primaria 2000; 25(15):560-562

[9] Fernández E, Schiaffino A. *Les desigualtats socials en l'estat de salut i la malaltia*. A: Borrell C, Benach J. *Les desigualtats socials en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.

[10] Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Font P. La salud de las personas adultas. A: Borrell C, Garcia-Calvente M, Martí-Boscá JV, eds. Informe de la Sociedad Española de Salut Pública y Adminsitración Sanitaria 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 (supl 1):56-68.

[11] Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, Abanades JA, García N, Alvear F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:683-99.

[12] Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. J Epidemiol Community Health. 1999;53:412-6.

[13] Borrell C, Regidor E, Arias Le, Navarro P, Puigpinós R, Dominguez V et al. Inequalities in mortrality according to educational level in two large Southern European cities. Int J Epidemiol. 1999;28:58-63.

[14] Brugal MT, Borrell C, Díaz-Quijano E, Pasarín MI, García-Olalla, Villalbí JR. Deprivation and AIDS in a southern European city. Eur J Public Health. 2003;13:259-51.

[15] Plasencia A, Borrell C. Reducing socioeconomic inequalities in road traffic injuries: time for a policy agenda. J Epidemiol Community Health. 2001;55:853-4.

[16] Borrell C, Rodriguez M, Ferrando J, Brugal MT, Pasarin MI, Martinez V, Plasencia A. Role of individual and contextual affects in injury mortality: new evidence from small area analysis. Injury Prev. 2002;8:297-302.

[17] Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbi JR, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance?. Int J Quality Health Care. 2001;13:117-25.

[18] Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortes I, Rohlfs. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. Soc Sci Med. 2004;59:263-74.

[19] Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlfs I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European Urban Area (1983-1984). Prev Med. 2000;31:691-701.

[20] Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health. 2004;94:82-8.

[21] Arias LC, Borrell C. Desigualdades en la mortalidad según la educación en la ciudad de Barcelona. Med Clin (Barc). 1998;110(5):161-6.

[22] Martínez-Sánchez E, Gutiérrez-Fisac JL, Gispert R, Regidor E. Educational differences in health expectancy in Madrid and Barcelona. Health Policy. 2001;55:227-31.

[23] Borrell C, Cortes I, Artazcoz L, Molinero E, Moncada S. Social inequalities in mortality in a retrospective cohort of civil servants in Barcelona. Int J Epidemiol. 2003;32:386-9.

[24] Huisman M, Kunst E, Andersen O, Bopp M, Borgan J-K, Borrell C, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European population. J Epidemiol Community Health. 2004; 58: 468-75.

[25] Benach J, Yasui Y, Borrell C, Pasarin MI, Martinez JM, Daponte A. The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain. Prev Med. 2003;36:300-8.

[26] Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. J Epidemiol Community Health. 1999;53:423-31.

[27] Borrell C, Cirera E, Ricart M, Pasarin MI, Salvador J. Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European city. Eur J Epidemiol. 2003;18:5-13.

[28] Regidor E, Calle ME, Domínguez V, Navarro P. (2001) Mortalidad según características sociales y económicas: estudio de Mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Med Clin (Barc). 2001;116:726-31.

[29] Lostao, L, Regidor, E, Aïach P, Domínguez V. Desigualdades sociales en mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y por enfermedad cerebrovascular en hombres en España y Francia, 1988-1990. Gac Sanit. 2000; 14: 264-7.

[30] Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, De Andrés B, Del Rey J. Factores ambientales en la vida temprana y nivel socioeconómico en la actualidad: ¿cuál es más importante para la mortalidad cardiovascular en España?. Med Clin (Barc). 1999;113:444-6

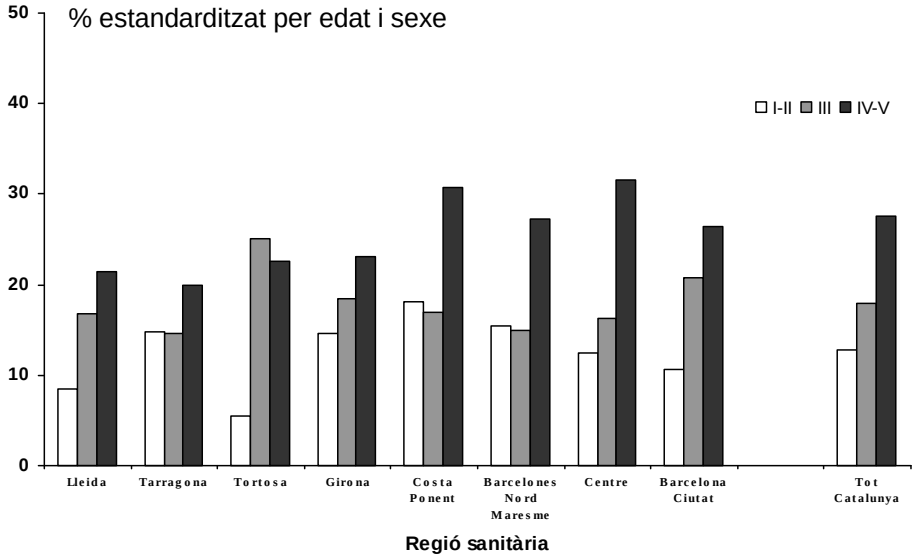
[31] Fernandez E, Borrell C. Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona. Br J Cancer. 1999;79:680-3.

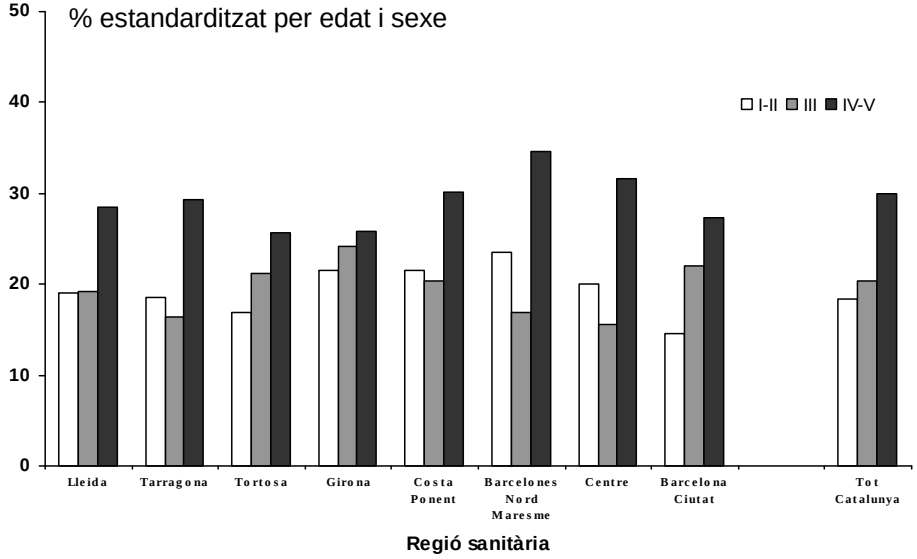
[32] Doll R, Peto R. The causes of cancer. Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. J Natl Cancer Inst. 1981;66:1191-308.

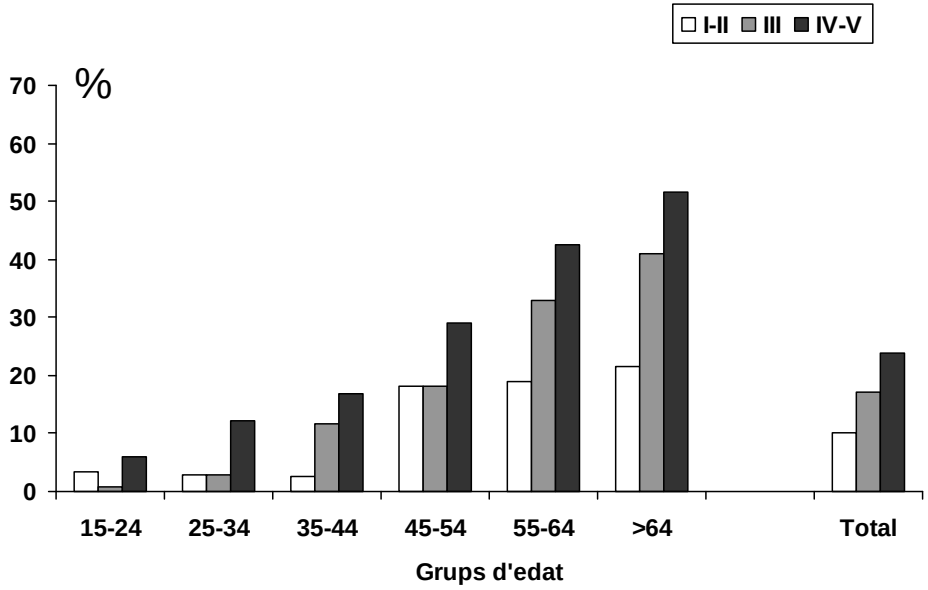
[33] Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. A: Borrell C, Garcia-Calvente M, Martí-Boscá JV, eds. Informe de la Sociedad Española de Salut Pública y Adminsitración Sanitaria 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1):158-67.

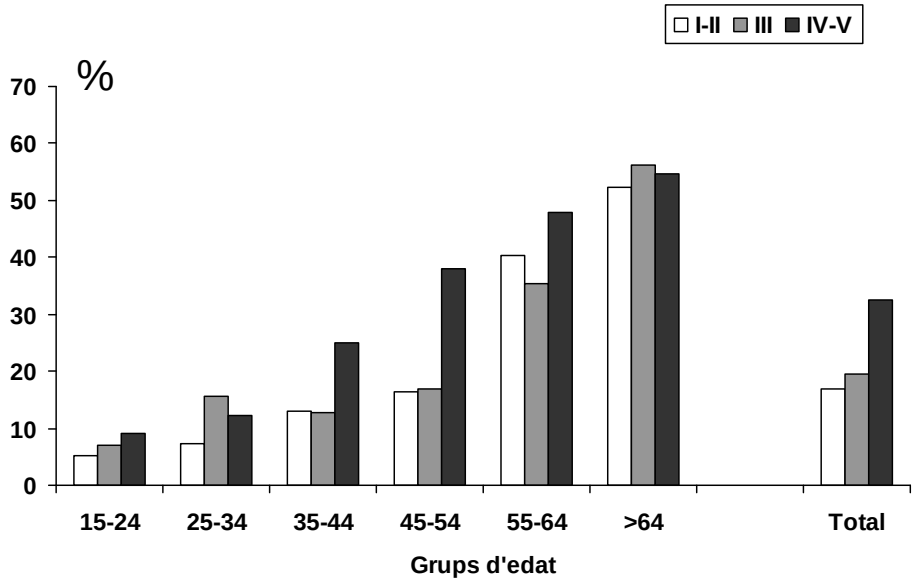
[34] Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med. 1997; 27(1):191-7.

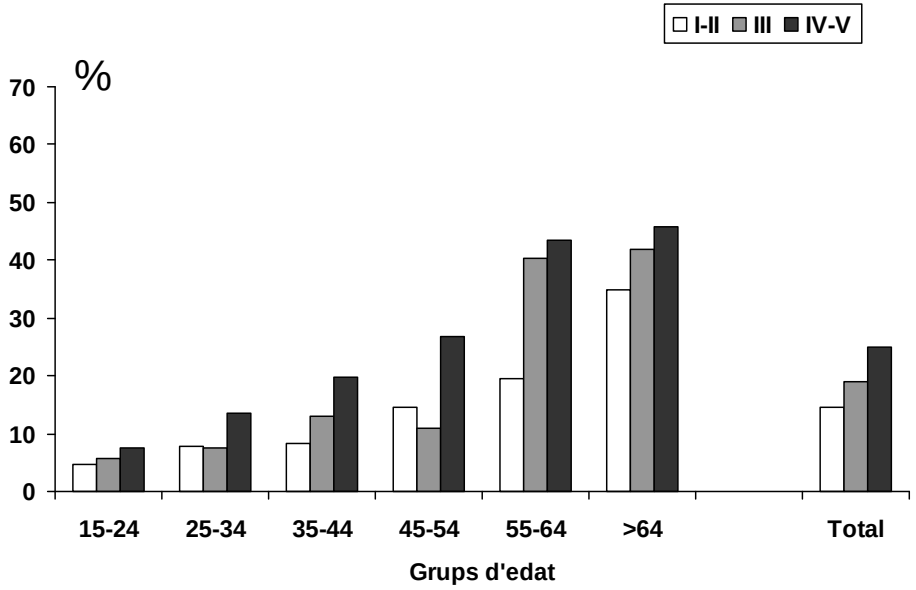
[35] Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. Gac Sanit. 1998;12(4):153-9.

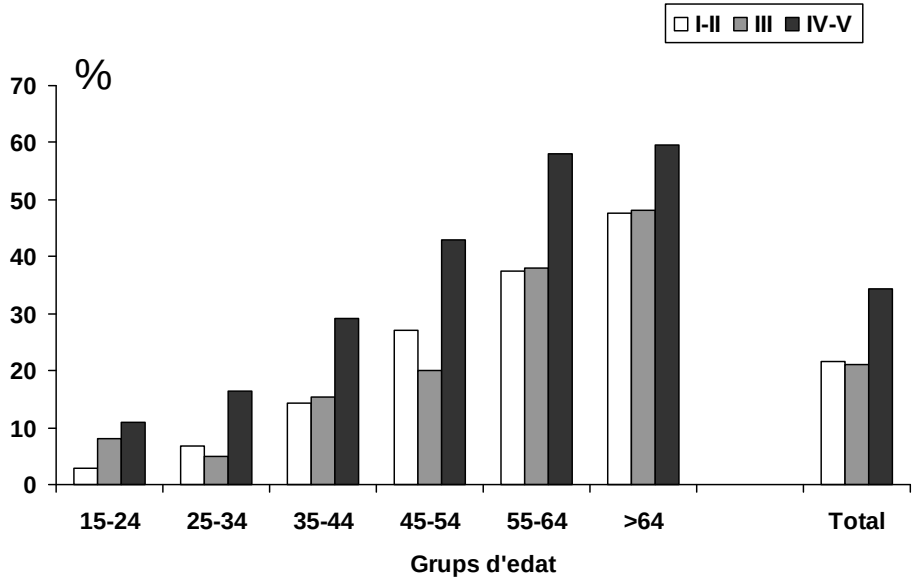

% estandarditzat per edat i sexe
I-II III IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
Costa Ponent
Barcelones Nord Maresme
Centre
Barcelona Ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

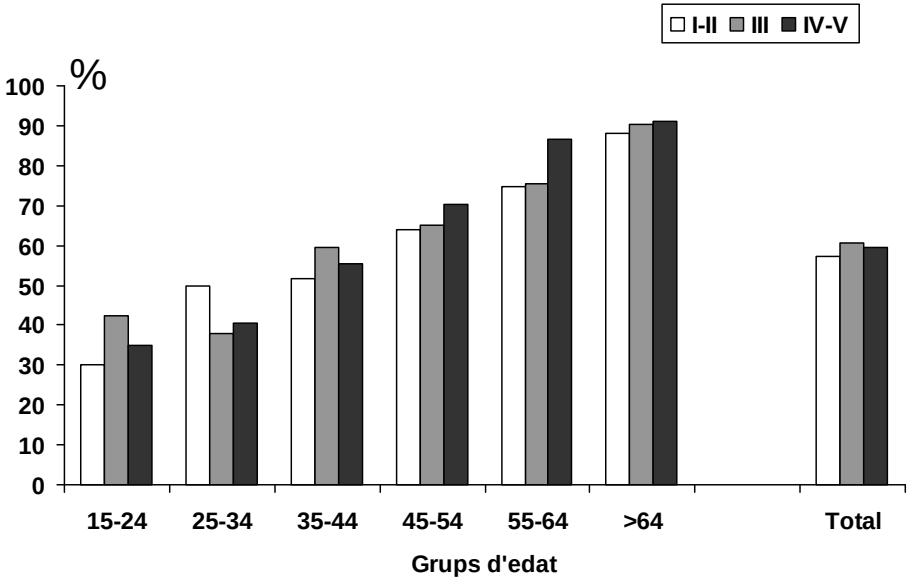

% estandarditzat per edat i sexe
I-II III IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
Costa Ponent
Barcelones Nord Maresme
Centre
Barcelona Ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

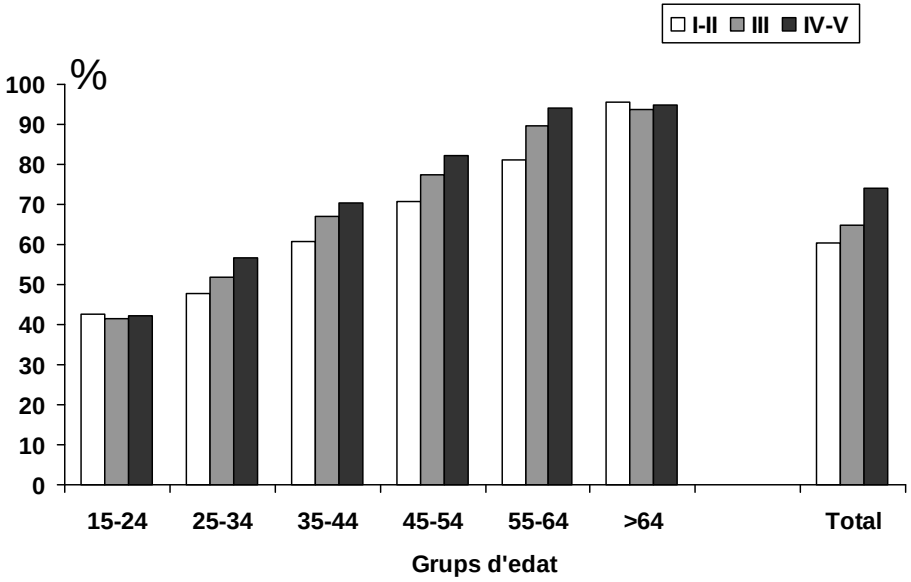

I-II
III
IV-V
%
70
60
50
40
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat

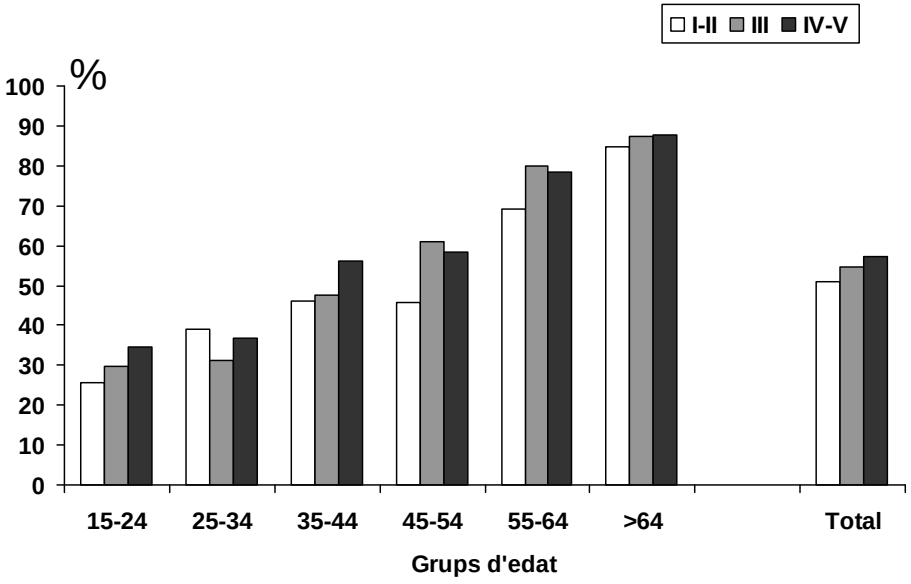

I-II
III
IV-V
%
70
60
50
40
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat

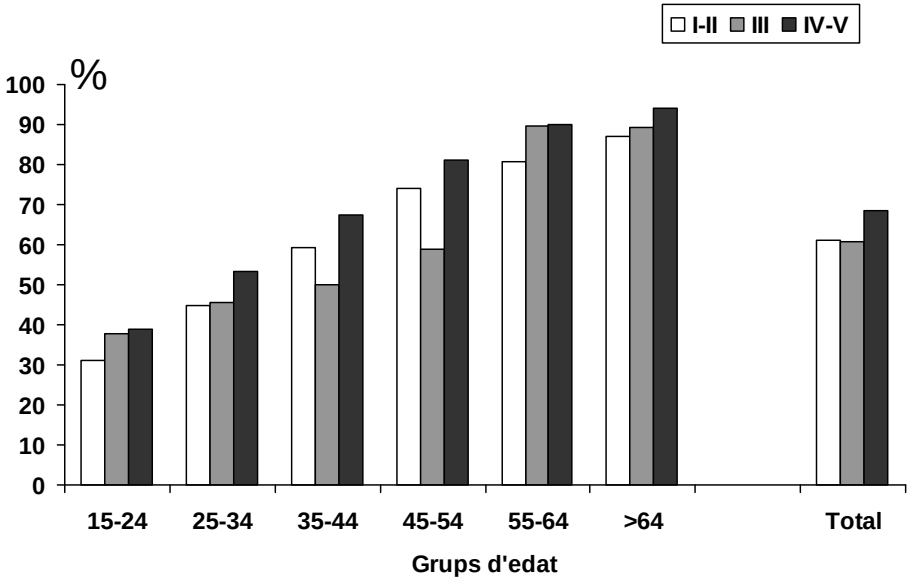

I-II
III
IV-V
%
70
60
50
40
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat

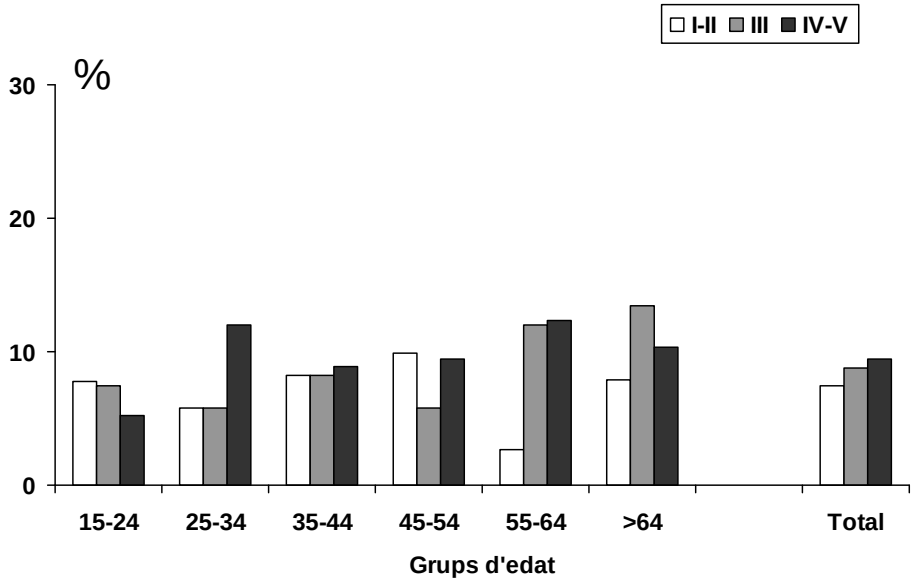

I-II
III
IV-V
%
70
60
50
40
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat

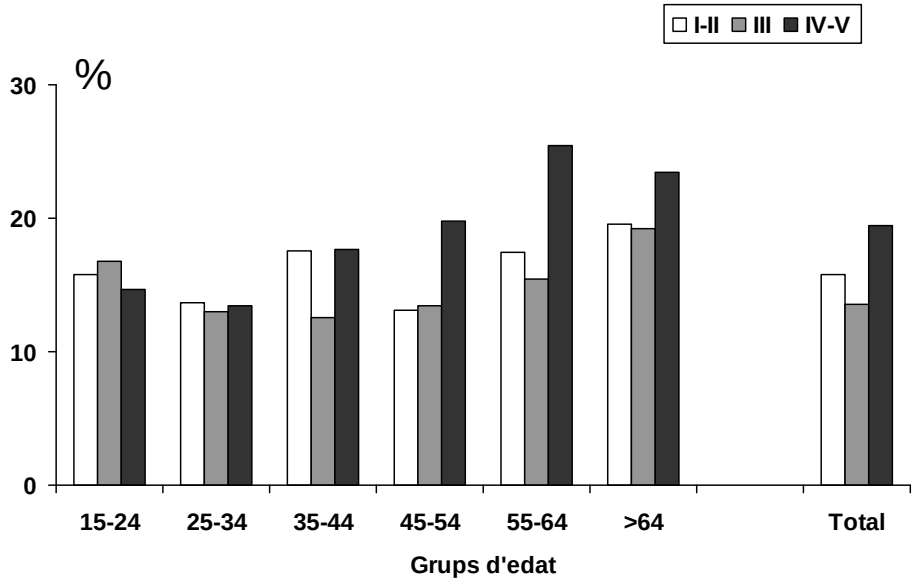

I-II III IV-V
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat

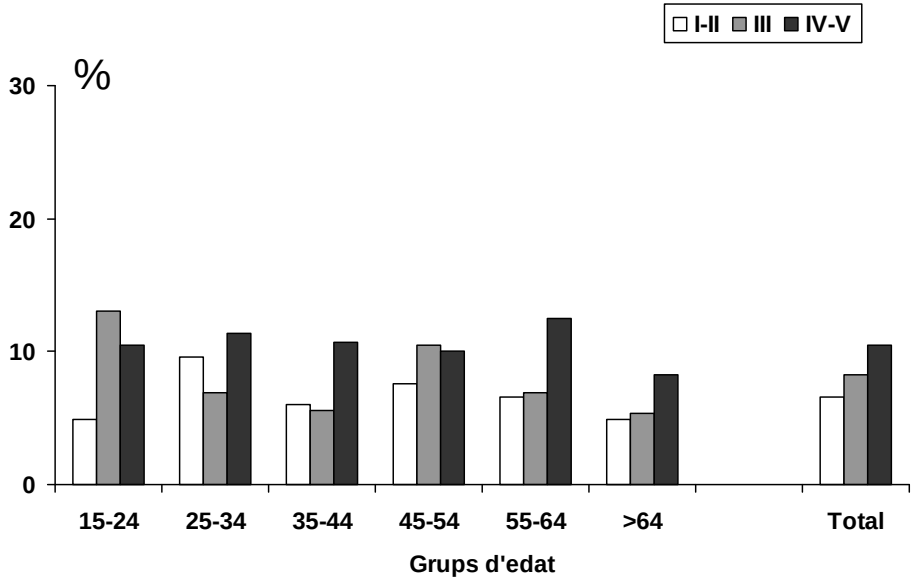

I-II III IV-V
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat


I-II III IV-V
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat


I-II III IV-V
%
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat


I-II
III
IV-V
%
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat


I-II
III
IV-V
%
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat


I-II
III
IV-V
%
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat

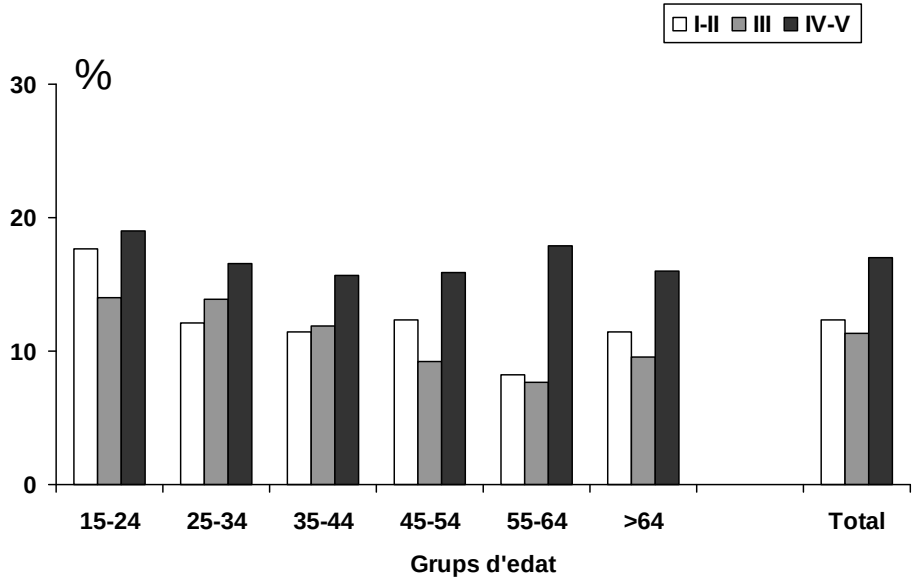
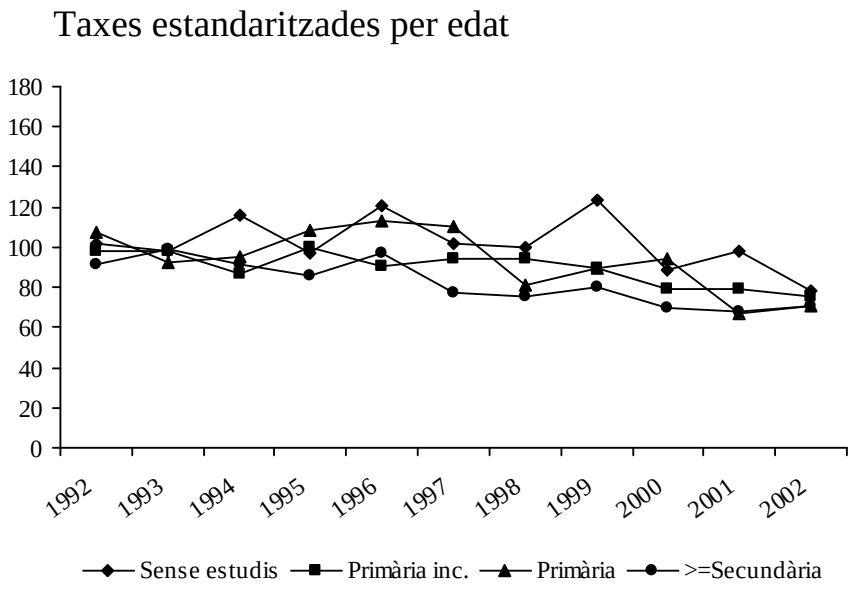

I-II
III
IV-V
%
30
20
10
0
15-24
25-34
35-44
45-54
55-64
>64
Total
Grups d'edat

Figura 3.5. Mortalitat per cardiopatia isquèmica segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



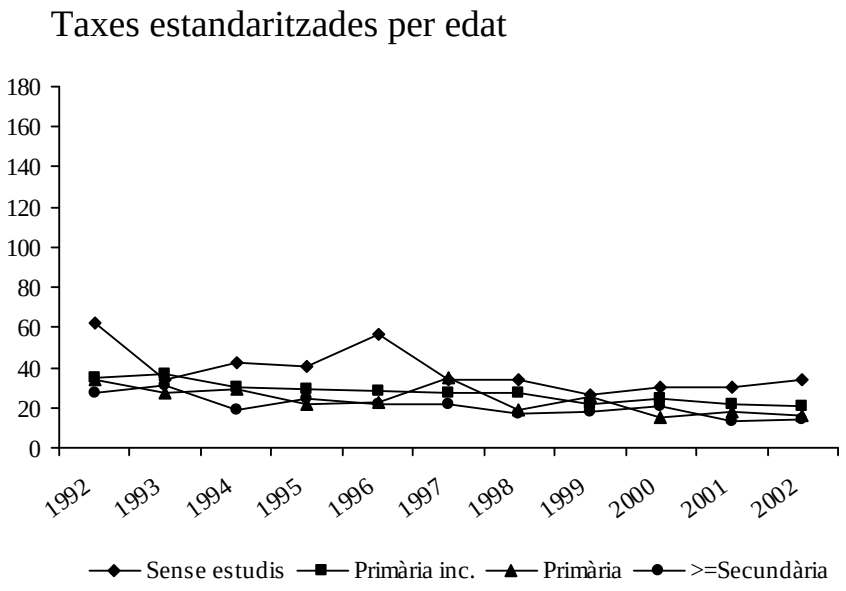
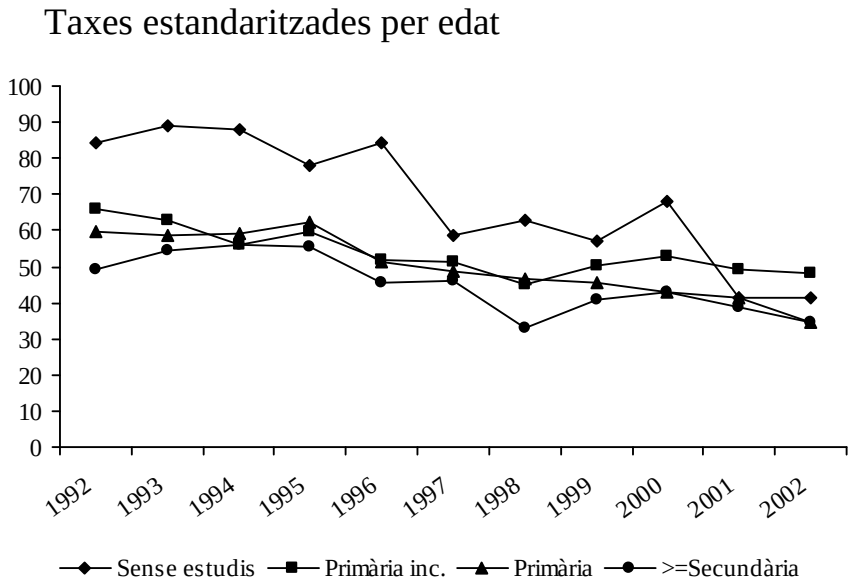


Figura 3.6. Mortalitat per malaltia cerebro-vascular segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



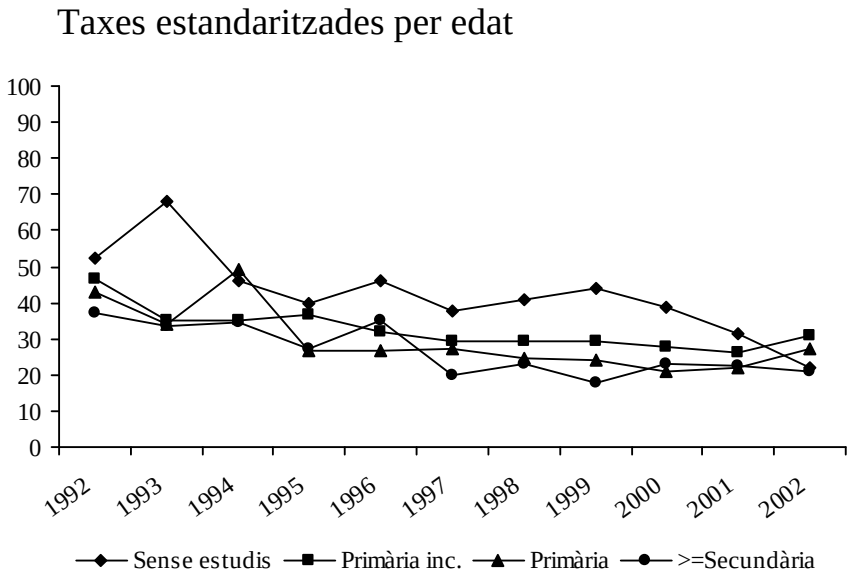


Figura 3.7. Mortalitat per càncer de pulmó segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.

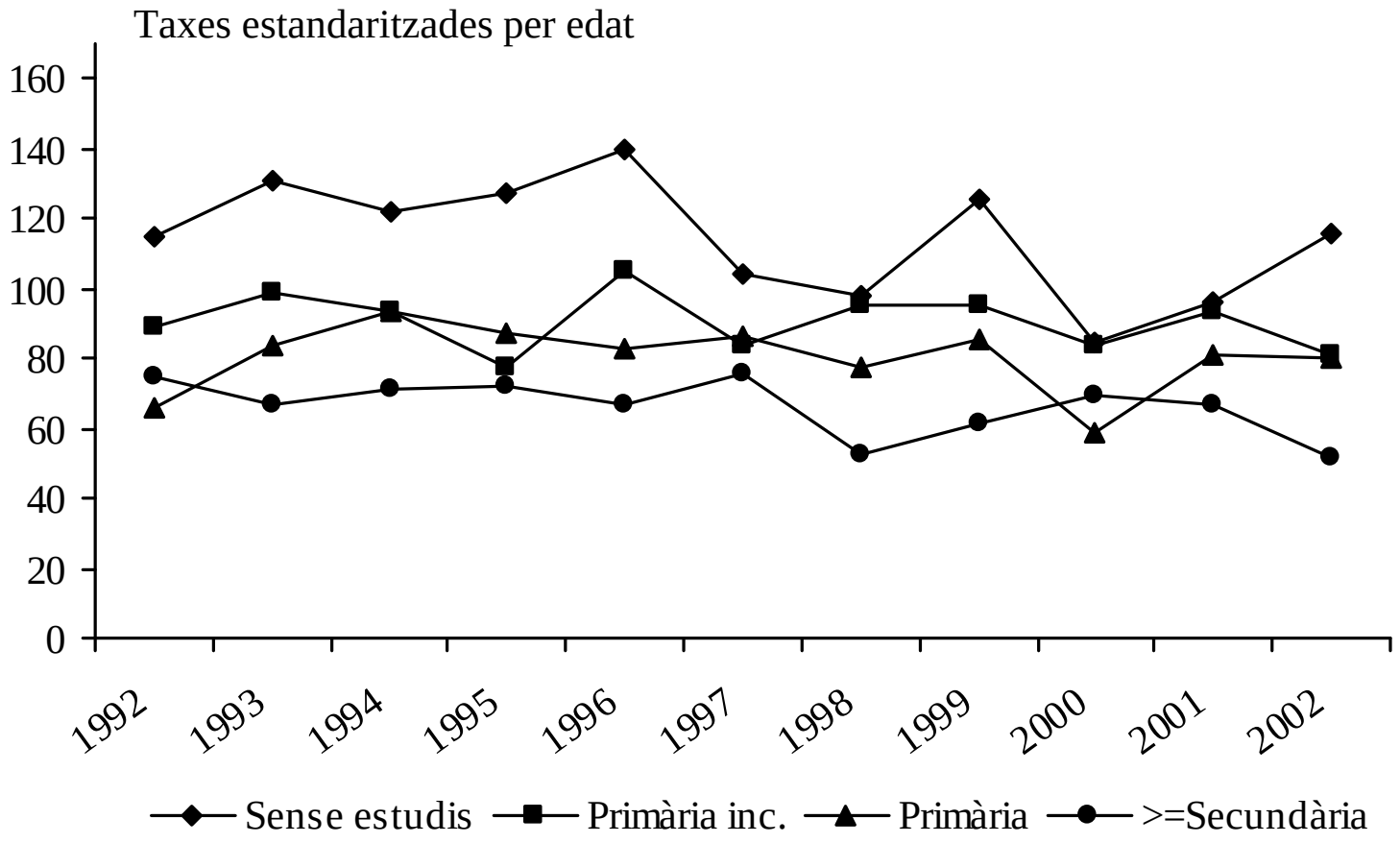


Figura 3.8 Mortalitat per càncer de mama segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.

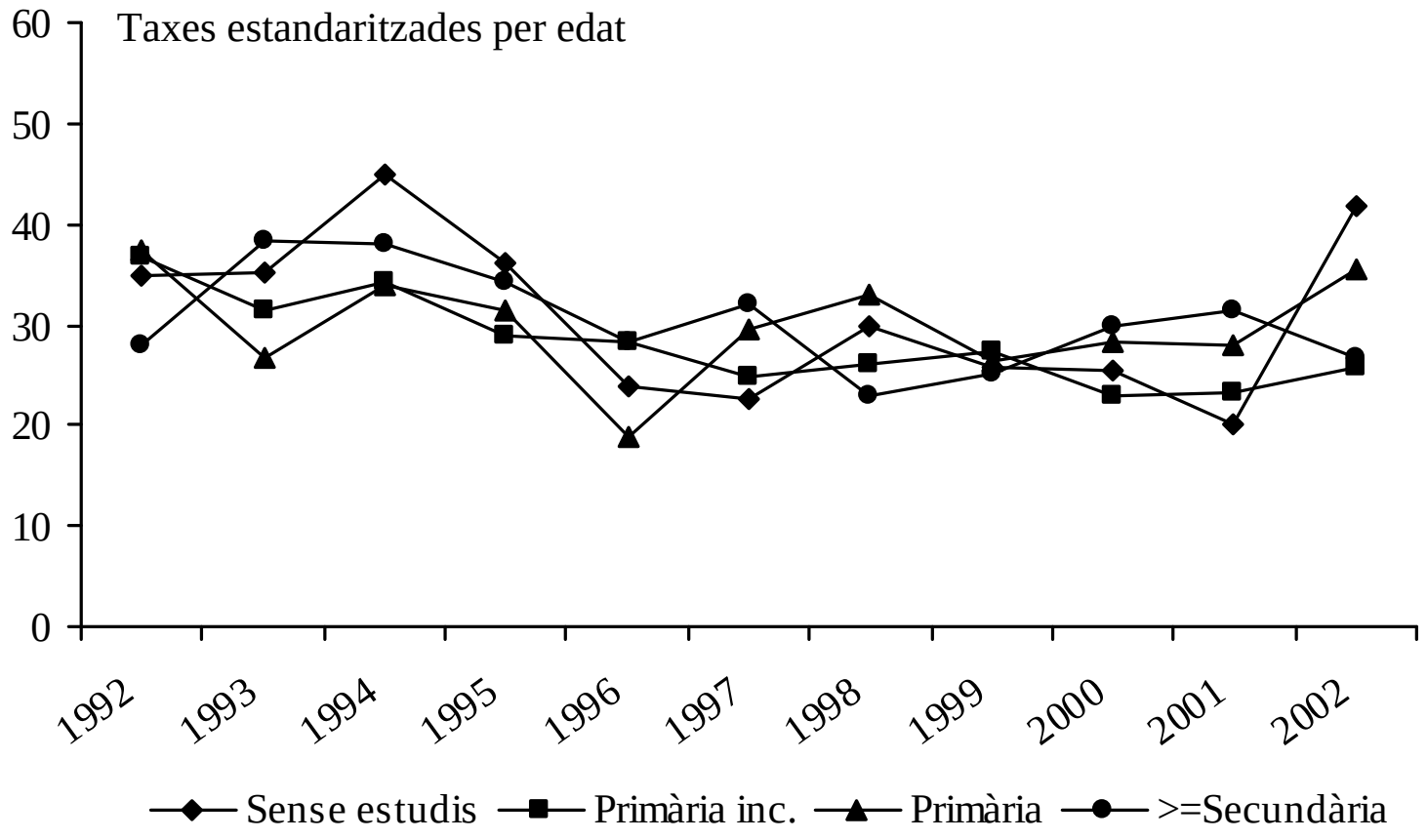
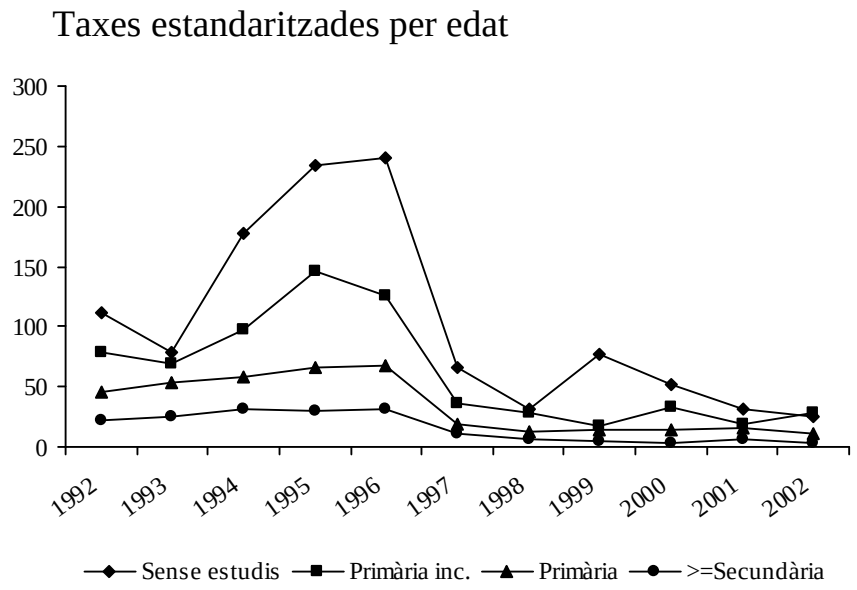


Figura 3.9 Mortalitat per sida segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.



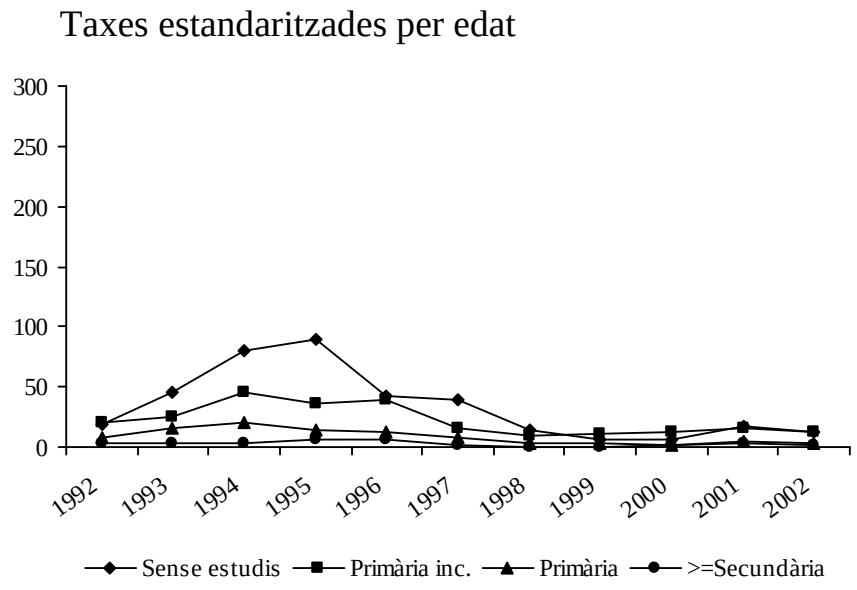


Figura 3.10 Mortalitat per lesions per accidents de trànsit segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.

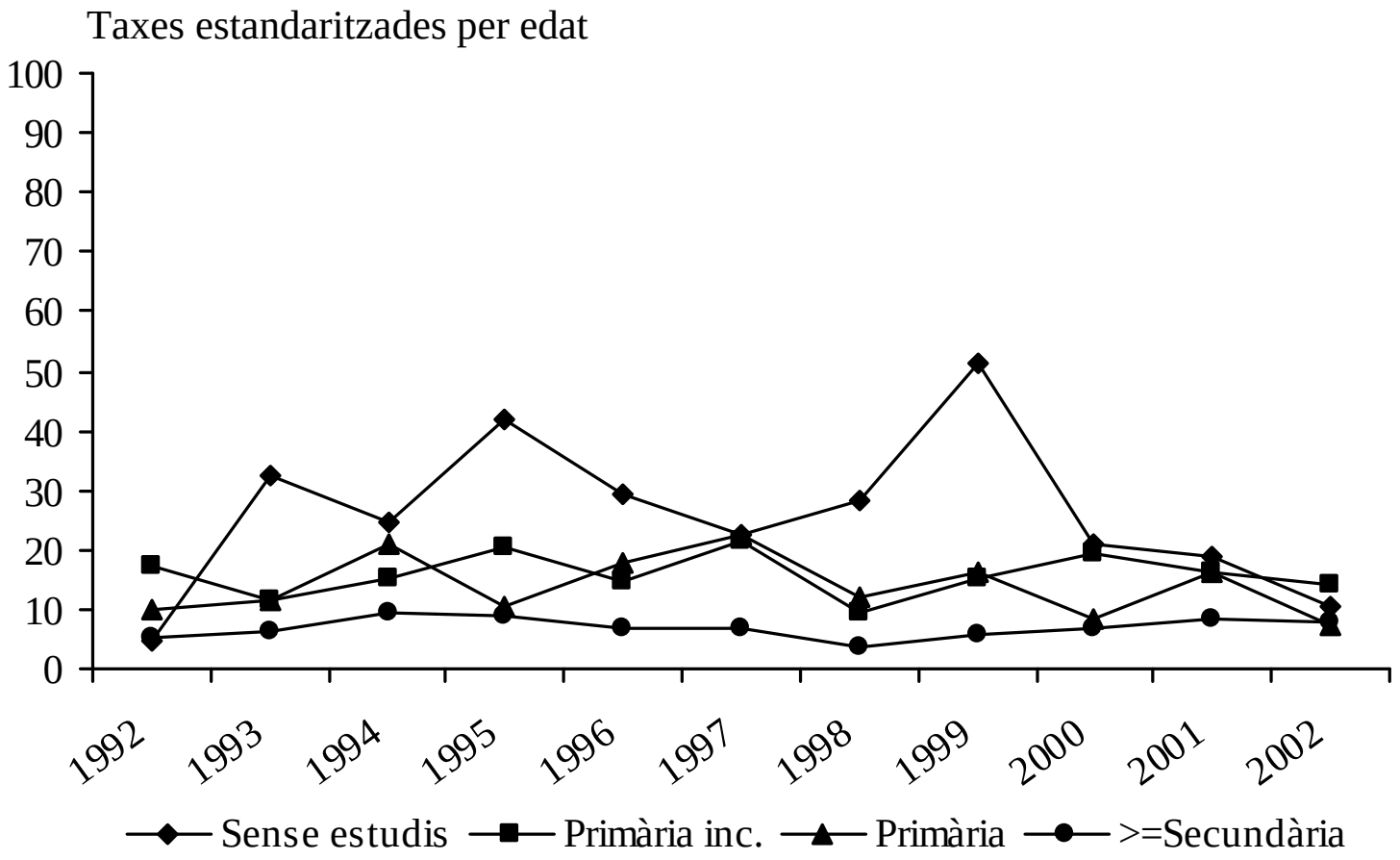
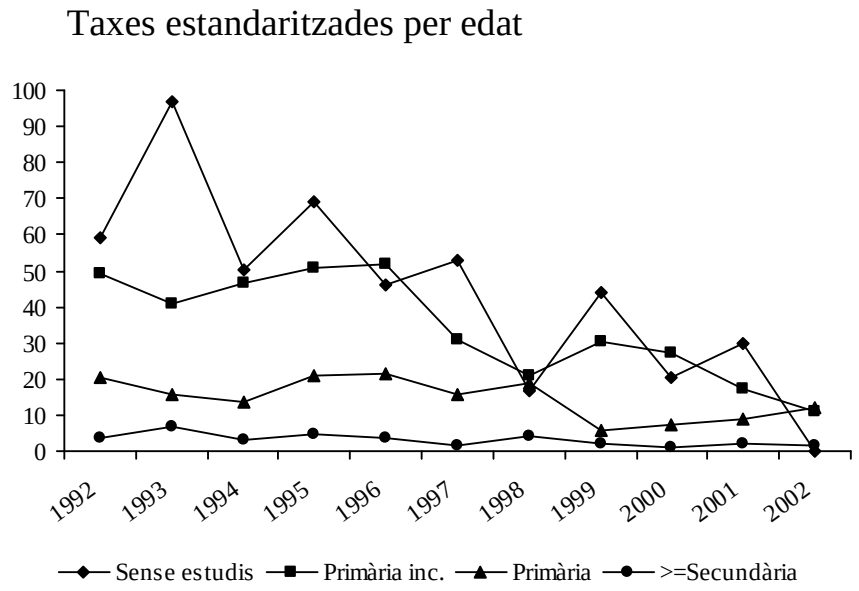
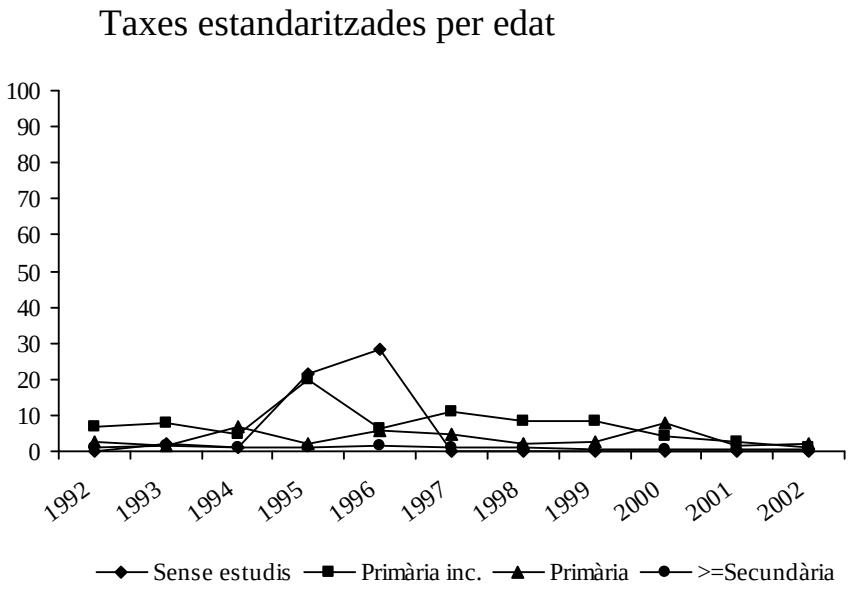


Figura 3.11 Mortalitat per sobredosi a drogues segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona 1992-2002.





Capítol 4. Evolució de les desigualtats en els estils de vida

M Isabel Pasarín
Esteve Fernández
Maica Rodríguez
Manel Nebot

1. Introducció

La salut de les persones depèn tant de factors individuals com de l'entorn en el que viuen i es desenvolupen. La forma en que vivim, les conductes que desenvolupem, els hàbits que adquirim, són determinants de la millor o pitjor salut que tenim al llarg de la vida. Quan aquestes conductes o hàbits s'associen a pitjor salut o dit d'altra manera incrementen el risc de tenir problemes de salut es parla de factors de risc.

En aquest capítol, igual que es va fer en l'anterior informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill (CAPS-FJ Bofill)[1], ens referirem a algunes de les principals conductes que han estat descrites com a riscos per a la salut i que estan especialment associades a algunes de les patologies cròniques més presents en el món desenvolupat: el tabaquisme, el consum d'alcohol, el sedentarisme i el consum de dietes poc equilibrades.

El seguiment dels factors de risc en els diferents grups de població, especialment si expressen l'existència de desigualtats, són importants ja que són indicatius de futures desigualtats en problemes de salut[2], a més aporta informació que pot ser utilitzada per dirigir les polítiques i les pràctiques preventives, per tal de millorar la seva efectivitat i reduir les desigualtats.

Cal dir que entre les conductes de risc per a la salut la més estudiada és el tabaquisme, degut en part al seu gran impacte sobre la morbimortalitat, al temps que per la seva fàcil mesura. Conseqüència d'això és que en aquest mateix capítol sigui la conducta a la que dediquem major extensió.

1.1. Antecedents en l'estudi de l'evolució de les desigualtats en els estils de vida a l'Estat espanyol i a Catalunya

En els darrers anys s'han publicat diversos treballs sobre la tendència de les desigualtats socials en les conductes de risc per a la salut. A l'Estat espanyol, la disponibilitat d'una sèrie d'enquestes de salut ha permès conèixer quina és l'evolució de les desigualtats per a tot el país en conjunt. Així, s'ha descrit com, entre els anys 1987 i 1997, ha disminuït el tabaquisme en els homes però més en els de classes socials més benestants i de major nivell educatiu, i en les dones ha augmentat, en totes les classes socials[3]. En el grup de dones entre 25 i 44 anys, l'any 1997 ja no existien diferències en la prevalença de tabaquisme segons la classe social[4]. Un altre factor que va influir en els canvis va ser la gran incorporació de les dones al mercat laboral, de forma que l'any 1997 fumaven menys les mestresses de casa (20%) que les dones aturades (41%) i les ocupades (39%)[5]. L'inici del consum de tabac per diferents generacions o cohorts de naixement a l'Estat espanyol i a Catalunya mostra diferències de gènere i segons el nivell d'estudis:

en els homes el consum va començar en els de nivell d'estudis més alts però també aquests van començar abans a deixar-ho, i en les dones l'inici del consum en les primeres cohorts també va ser en les de nivells d'estudis més alts, però en la darrera generació que era objecte d'estudi (1988-1992) ja començaven a fumar més les de menor nivell d'estudis[6,7].

En la majoria de països europeus i del món desenvolupat ha estat descrit que el tabaquisme en els homes ja és més freqüent en les classes socials o grups més desfavorits[8,9,10,11,12,13,14,15]. La situació de les dones no és tan homogènia, ja que hi ha països com Gran Bretanya[9], on també ja són les dones de classes socials més desafavorides les que més fumen, però hi ha altres on encara aquest fet no ha succeït i, o bé no s'observen diferències per classe[11] o bé encara fumen més les més benestants[10]; en general, són els països del sud d'Europa en els que encara s'observa aquest darrer patró[16]. Cal tenir en compte també que el canvi de patró en les dones s'observa abans quan s'analitzen diferents grups d'edat, i és en els grups més joves on s'inicia el canvi de patró[4].

Quant a la pròpia evolució de les desigualtats socials en els estils de vida, en general la bibliografia apunta o bé a un manteniment[17] o bé a un increment[10] de les desigualtats. Les classes més desafavorides són les que presenten més conductes de risc per a la salut, tant el tabaquisme com ja hem comentat, com realitzar menys exercici físic en temps de lleure, com un major consum d'alcohol[15,18,19,20]. L'excés de pes i l'obesitat, en gran part relacionats amb conductes (alimentàries i d'exercici físic), són els factors de risc en què hi ha menys concordança entre els diferents estudis publicats. Si bé sembla clar que l'excés de pes i l'obesitat són més freqüents en les dones, els resultats difereixen quant a les classes o grups socials més afectats. Alguns estudis indiquen una major prevalença en els grups benestants[21], mentre que altres troben prevalences més altes en els menys benestants[22].

1.2. Objectius i mètodes

En l'informe del CAPS-FJ Bofill "Les desigualtats en la salut a Catalunya", publicat l'any 2003 es van analitzar les desigualtats existents l'any 1994 entre diferents estrats socials, entre els dos gèneres i entre les diferents regions sanitàries[1]. La informació provenia de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 1994 (ESCA-94). L'estratificació social utilitzada era una agregació de les 5 classes socials obtingudes a partir de l'ocupació. S'analitzaven les tres categories següents: 1) classes socials I-II, com les més benestants, 2) classe social III, intermitja, i 3) classes socials IV-V, les més desfavorides. Les regions sanitàries a Catalunya són vuit: 1) Lleida, 2) Tarragona, 3) Tortosa, 4) Girona, 5) Costa de Ponent, 6) Barcelonès Nord i Maresme, 7) Centre i 8) Barcelona ciutat.

En aquest capítol d'aquest nou informe, s'analitza quina ha estat l'evolució de les desigualtats socials entre l'any 1994 i el 2002. S'han mantingut o bé han disminuït? És la pregunta que ens fem, o en el pitjor dels escenaris: les desigualtats socials en els estils de vida han augmentat o n'han aparegut de noves? Els estils de vida que s'estudien són els mateixos que l'any 1994: el consum de tabac, el consum d'alcohol, la pràctica d'activitat física i la realització d'algun tipus de dieta per motius de salut.

L’objectiu del capítol és analitzar l’evolució de les desigualtats socials en els estils de vida (consum de tabac, consum d’alcohol, pràctica d’activitat física i de dieta) a Catalunya entre els anys 1994 i 2002. Les desigualtats socials es tractaran bàsicament com a desigualtats segons la classe social i el gènere, i de forma breu les desigualtats territorials segons regions sanitàries.

Amb aquesta finalitat s’han analitzat les dades de l’Enquesta de Salut de Catalunya de 2002 (ESCA-02) que també inclou una mostra representativa de la població catalana no institucionalitzada. Metodològicament l’anàlisi de l’evolució és factible ja que les preguntes sobre aquests aspectes van ser les mateixes en totes dues enquestes. L’anàlisi realitzada inclou el càlcul de la prevalença o percentatge en les persones majors de 15 anys que presenta cada un dels estils de vida, segons la classe social, el gènere i les regions sanitàries i estandarditzant per edat mitjançant el mètode directe. Com a població de referència per a l’estandardització s’ha utilitzat la de majors de 15 anys de l’ESCA-94.

L’evolució de les desigualtats de classe per regions sanitàries ha presentat problemes ja que en l’ESCA-02 es va reduir la grandària mostral i en algunes regions sanitàries s’obtenen mesures puntuals inestables en tractar-se d’una mostra petita.

2. L'evolució de les desigualtats en els estils de vida a Catalunya.

2.1 El consum de tabac

La prevalença de tabaquisme a Catalunya ha disminuït en els homes i s'ha incrementat en les dones. Així, la prevalença estandarditzada per edat va passar del 38,9% en els homes més grans de 15 anys l'any 1994 al 32,4% l'any 2002, i en canvi, en les dones del 19,0% al 24,0%.

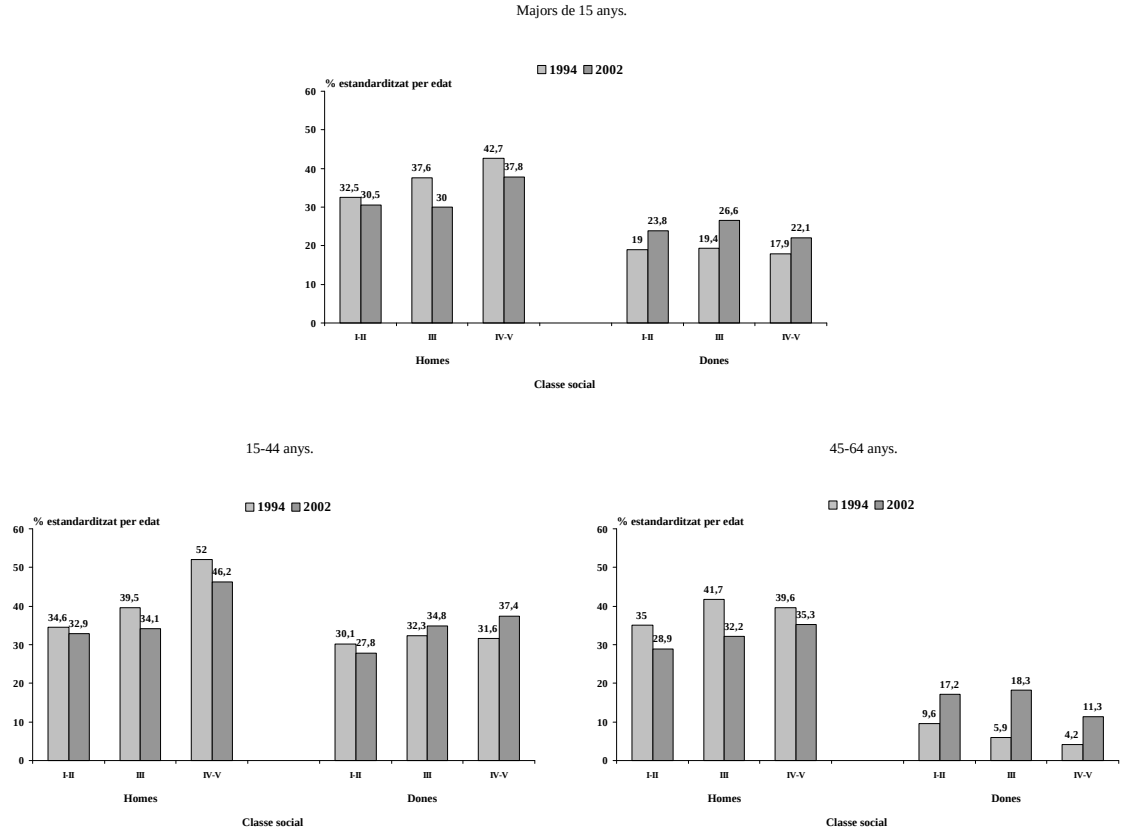
A la figura 4.1 es mostra la distribució per classe social i sexe, observant-se que la disminució en els homes i l'increment en les dones s'ha produït en totes les classes socials. L'any 1994 es presentaven desigualtats tant de gènere com de classe social en el consum de tabac a Catalunya. Hi havia més homes fumadors que dones fumadores i tanmateix l'any 2002 continuen fumant més els homes que les dones. Ara bé, les diferències s'han reduït, ja que la prevalença ha baixat en els homes i ha augmentat en les dones.

Els homes de classes socials més desafavorides (IV-V) fumen més que els de classes socials més benestants, fet que s'observava ja l'any 1994. En les dones continuen fumant menys les classes IV-V. Però si s'analitza el que ha succeït en diferents grups d'edat, s'observa que en les dones més joves, entre 15 i 44 anys i de classes socials menys privilegiades, la prevalença és més gran que en les dones de classes I-II. Això ja ha succeït en altres països del món desenvolupat on, tal com s'ha descrit en els homes, són les persones de classes menys privilegiades les que acaben sent més fumadores. En realitat, en aquest grup d'edat (15-44 anys) identifiquem l'únic grup de dones en què ha disminuït el tabaquisme: dones joves de classes socials privilegiades.

En resum, el patró de desigualats tant de gènere com de classe social és similar al descrit l'any 1994, encara que pel que fa a les desigualtats de gènere han disminuït degut a la disminució de la prevalença en els homes i l'increment en les dones, i les desigualtats de classe s'han incrementat en les dones.

Totes les regions sanitàries han experimentat una disminució del tabaquisme en els homes i un increment en les dones (taules 5 i 6 de l'annex), en totes ells hi ha més homes i menys dones que no han estat mai fumadors ni fumadores. Les regions sanitàries amb més homes fumadors són Girona i Tarragona. En el cas de les dones són Costa de Ponent, Girona i Centre.

Figura 4.1. Consum de tabac segons la classe social i l'edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994 i 2002.



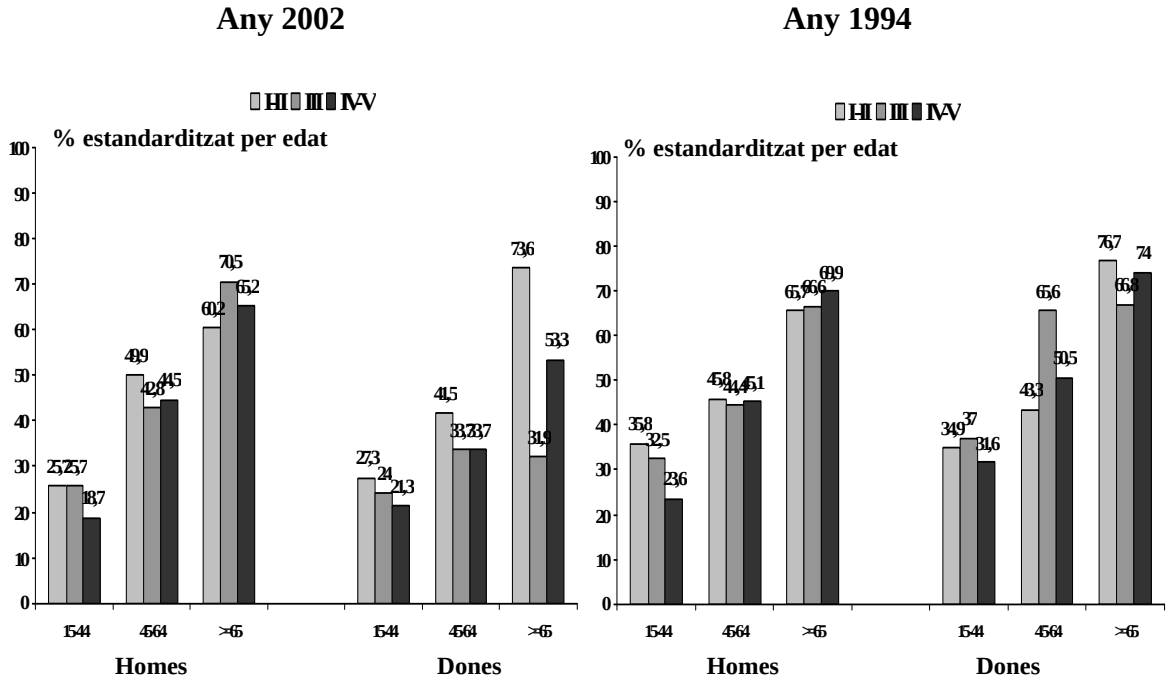
Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994 i 2002 (elaboració pròpia)

Les intervencions sanitàries preventives sobre el consum de tabac s'orienten en general a intentar que no comencin a fumar aquelles persones que no són fumadores (especialment els joves) i a estimular l'abandonament de les persones fumadores.

L'anàlisi de l'evolució d'abandonament del consum de tabac (figura 4.2) mostra que és actualment més gran en els homes que en les dones i que augmenta amb l'edat. És en el grup de més joves (15-44 anys) en el que s'observa un patró de classe de forma que són les classes més benestants, tant en els homes com en les dones, en les que hi ha una proporció d'abandonament més gran.

L'any 1994 hi havia desigualtats de gènere en l'abandonament del tabac ja que eren més els homes que les dones que deixaven de fumar. Hi havia també desigualtats per classe social, tant en els homes com en les dones, amb una major proporció d'homes i dones que deixaven de fumar en les classes afavorides. L'any 2002 les desigualtats per gènere persisteixen, així com les de classe, sobretot en les dones, ja que deixen de fumar en major proporció les de classes més benestants, en el gràfic (figura 4.2) es pot observar clarament en els grups d'edat de 15-44 i de 45-64 anys. El grup de dones majors de 64 anys fumadores representen poca quantitat i per tant les mesures relatives tenen una elevada variabilitat. En els homes les proporcions d'abandonament del tabac tendeixen a ser més similars entre les diferents classes socials. Per tant, les desigualtats de classe de l'any 1994 quasi han desaparegut en els homes però s'han accentuat en les dones.

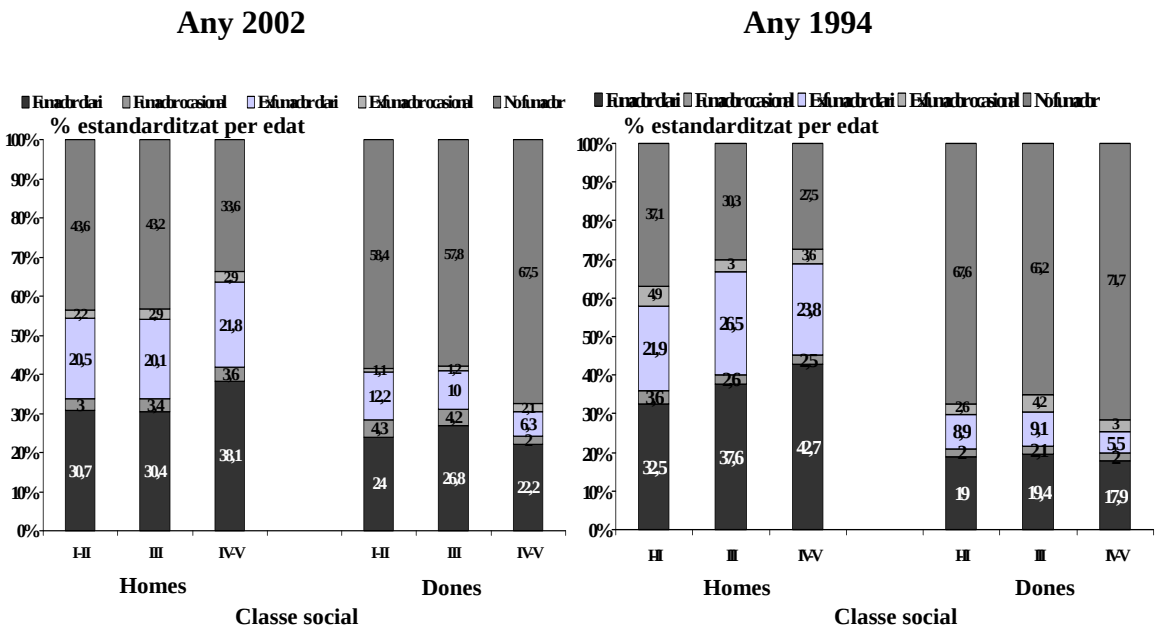
Figura 4.2. Abandonament de l'hàbit tabàquic segons la classe social i l'edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

L'altra vessant d'esforços preventius es dirigeix a que menys persones comencin a fumar i per tant esdevinguin "no fumadors de tota la vida". És molt remarcable els canvis que s'han produït a Catalunya en els darrers anys (figura 4.3), de tal forma que la proporció d'homes que mai ha fumat s'ha incrementat molt (27,7% l'any 1994 i 40,1% l'any 2002 –percentatges estandarditzats per edat-), però en les dones els canvis han anat en sentit contrari, ha disminuït la prevalença de dones que mai ha fumat (68,5% l'any 1994 i 61% l'any 2002). Tot això indica que en els homes hi ha un decrement important en la incorporació al consum de tabac, mentre que en les dones hi ha encara un increment en el nombre de dones que comença a fumar.

Figura 4.3. Consum de tabac segons la classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

Una altra estratègia preventiva és retardar quan més millor l'edat en que es comença a fumar. Es presenta, per als homes i les dones, la distribució de l'edat d'inici en començar a fumar per grups d'edat (taula 4.1) i per classe social (taula 4.2). Contràriament al que seria desitjable, l'edat d'inici ha disminuït entre el 1994 i el 2002, i de manera més important en les dones (1,2 anys de mitjana) que en els homes (0,8 anys de mitjana). En el grup específic de 15 a 24 anys, l'any 2002, les noies han passat a tenir una mitjana d'edat d'inici inferior a la dels nois, i el mateix s'observa en el grup de 25 a 34 anys. En la resta de grups d'edat, els homes tenen edats d'inici menors que les dones. És en el grup de 35 a 44 anys on s'aprecien les diferències més grans en l'edat d'inici.

Respecte a les desigualtats de classe, l'edat d'inici ha disminuït en totes les classes socials, però en els homes ha estat sempre menor. En les persones de classes I-II és on aquesta edat ha disminuït menys. En les dones, les classes en què menys ha disminuït l'edat d'inici han estat les més desafavorides.

Taula 4.1. Mitjana i desviació estàndard de l'edat d'inici de fumar segons el grup d'edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

		2002			1994		
	Edat (anys)	N	Mitjana*	Desv. est.	N	Mitjana*	Desv. est.
Homes	15-24	221	15,9	2,0	414	16,0	3,8
	25-34	289	16,7	2,9	484	17,1	5,9
	35-44	241	16,9	3,6	458	18,1	8,7
	45-54	185	17,4	4,7	358	17,3	5,3
	55-64	137	17,3	5,4	287	18,5	8,9
	65-74	62	18,0	9,8	153	18,4	10,9
	>=75	12	17,7	11,0	42	28,1	28,1
	Total	1147	16,8	4,4	2195	17,6	8,2
Dones	15-24	222	15,7	1,9	363	16,1	5,8
	25-34	191	16,4	2,3	400	16,9	3,2
	35-44	241	17,5	4,0	303	19,5	4,9
	45-54	106	20,2	5,4	100	27,2	13,4
	55-64	32	21,6	7,8	28	28,6	10,6
	65-74	13	32,1	17,3	16	35,1	15,5
	>=75	4	21,2	4,2	2	30,0	,0
	Total	810	17,5	4,9	1211	18,7	7,4

N: Número de persones.
* Estandarditzada per edat.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

Taula 4.2. Mitjana i desviació estàndard de l'edat d'inici de fumar segons la classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

		2002			1994		
	Edat (anys)	N	Mitjana*	Desv. est.	N	Mitjana*	Desv. est.
Homes	I-II	186	17,7	4,5	412	18,1	7,5
	III	225	17,5	6,1	425	18,1	8,5
	IV-V	736	16,4	4,2	1358	17,2	7,8
Dones	I-II	133	17,8	3,6	235	19,4	9,8
	III	243	17,1	4,0	328	18,9	5,8
	IV-V	433	17,2	5,0	648	18,0	6,1

N: Número de persones.
* Estandarditzada per edat.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

2.2 El consum d'alcohol

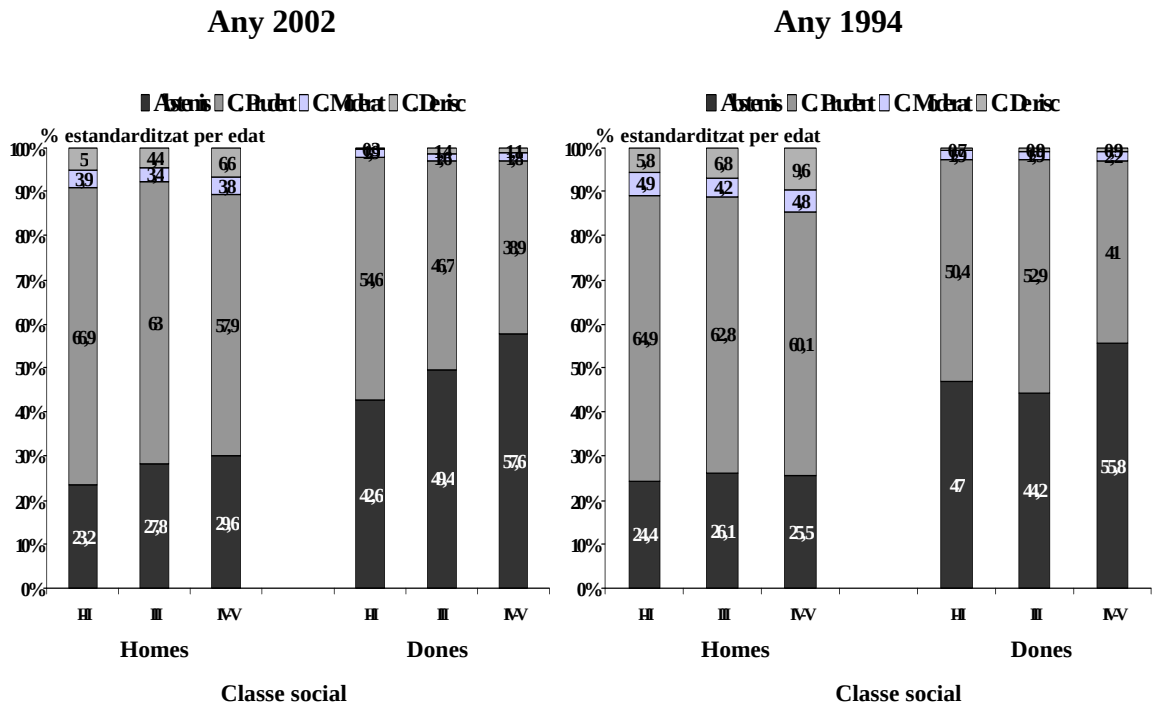
Es detecten pocs canvis en el consum d'alcohol entre els anys 1994 i 2002. Tan sols un lleuger increment del consum baix i de risc en homes (aquest darrer de 5,2% a 6,1%). Cal tenir dues consideracions a l'hora de valorar aquestes dades, la primera és que és conegut que el consum d'alcohol és infradeclarat en les enquestes, i la segona consideració és que les dues enquestes de salut de Catalunya no es varen realitzar en els mateixos mesos de l'any (l'ESCA-94 va durar 12 mesos però l'ESCA-02 es va fer d'octubre de 2001 a maig de 2002) i això pot repercutir en la mesura d'aquells fenòmens que puguin tenir una estacionalitat (variar la seva freqüència en els diferents mesos de l'any). Considerem però que l'impacte d'aquest fet en el consum d'alcohol no ha de ser especialment important.

La prevalença de persones abstèmies (declaren no haver begut res en el mes previ a l'entrevista) quasi be no s'ha modificat, ni en els homes ni en les dones. En els homes era del 25,4% l'any 1994 i ha estat del 26,8% l'any 2002, i en les dones ha passat del 51,2 % al 50,2% (figura 4.4). El canvi lleuger que s'aprecia l'any 2002 és que ha disminuït la prevalença d'abstemis en les classes socials més afavorides i ha augmentat en les més desavantatjades. En resum, l'any 2002 es mostra més clarament que hi ha menys persones abstèmies en classes socials benestants, amb un cert gradient o patró de classe. Quant al consum de risc (més de 30 g/dia en dones i més de 40 g/dia en homes), especialment en els homes, continua sent lleugerament més alt en les persones de classes socials IV-V; això s'observa també quan s'analitzen en grups d'edat (15-44, 45-64 i 65 o més), encara que no es presenten els resultats en aquest treball.

El patró de gènere que observem l'any 2002 és similar al caracteritzat l'any 1994, amb més homes bevedors que dones bevedores. Cal recordar que els nivells de consum es categoritzen diferent per homes i dones, ja que per raons fisiològiques el metabolisme de l'alcohol és diferent en tots dos sexes i fa que a igualtat de nivells de consum els efectes siguin pitjors en dones que en homes.

Les diferències territorials, per regions sanitàries, que s'observaren en l'ESCA-94 de consum de risc en els homes, han disminuït notablement, el rang de prevalences de consums de risc en les regions varia actualment entre 4,1 i 6,8% (prevalences estandarditzades), i l'any 1994 era entre 4,3 i 18 % (amb dues regions amb valors superiors al 10%) (taules 5 i 6 de l'annex). En els homes, la prevalença dels que declaren beure nivells més alts (moderats o de risc) és en general inferior al 10% en quasi totes les regions, i sembla haver disminuït respecte a 1994. En les dones, aquests percentatges són menors i es situen en quasi totes les regions entre l'1 i el 3%, arribant al 4,5% a Barcelona ciutat.

Figura 4.4. Consum d'alcohol declarat segons la classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Consum prudent: inferior a 20 grams / dia en dones i 30 en homes
Consum moderat: entre 21 i 30 grams / dia en dones i entre 31 i 40 en homes
Consum de risc: superior a 30 grams / dia en dones i 40 en homes.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

2.3 L'activitat física

Tal i com es va explicar en l'anterior informe, l'activitat física que es realitza s'ha de diferenciar entre aquella que és conseqüència de l'activitat laboral, de la que es realitza en el temps lliure. S'han de diferenciar perquè el patró de gènere i classe de tots dos tipus d'activitat és diferent i perquè el seu impacte sobre la salut també pot ser diferent.

2.3.1. L'activitat física laboral o domèstica.

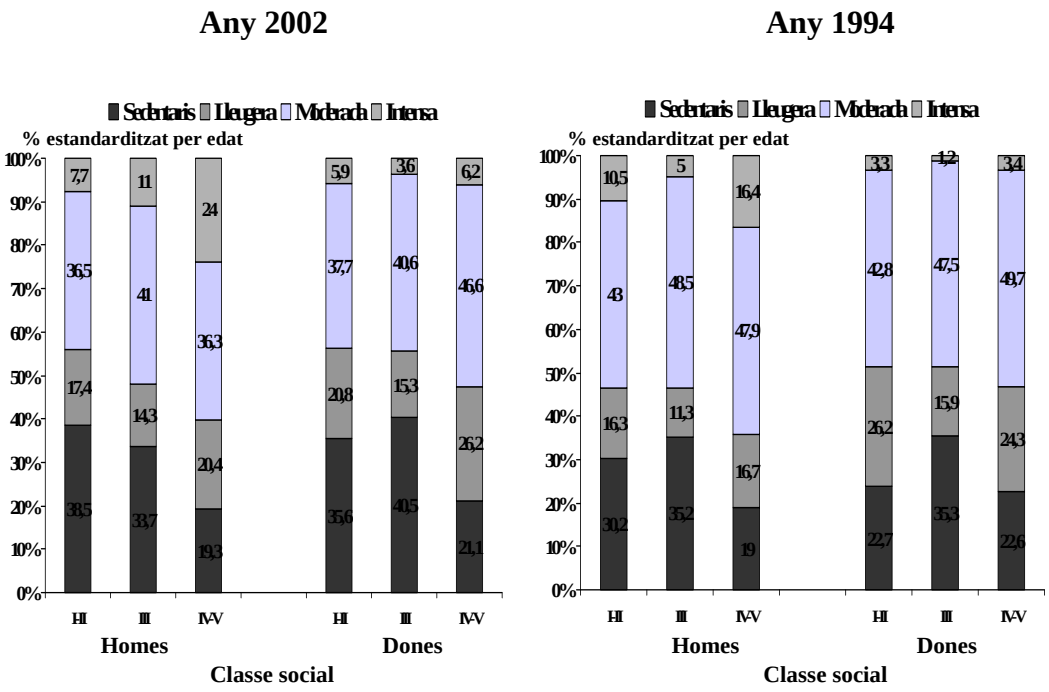
En general, a Catalunya s'ha incrementat el sedentarisme pel que fa a l'activitat física laboral (figura 4.5).

L'any 1994 i l'any 2002 s'observa el mateix tipus de desigualtats de gènere en el sentit que els homes realitzen més activitat física habitual intensa que les dones, encara que en el sedentarisme no havien diferències importants entre dones i homes. La proporció d'activitat física lleugera és més gran en les dones que en els homes, mentre que en l'activitat física moderada no hi ha diferències de gènere.

Pel que fa al patró de desigualtats per classe social, tot i no aparèixer un clar gradient el 1994, els homes de les classes IV-V realitzaven en major proporció activitat física intensa. Tanmateix, les persones de les classes socials IV-V eren menys sedentàries. L'any 2002 apareix un patró de desigualtats en l'activitat física intensa, amb un increment important en les persones de les classes mitjanes i desfavorides i disminució en les de classes benestants, amb un gradient clar en els homes. En l'activitat física sedentària l'any 2002 observem un gradient invers de classe en els homes, en el sentit que hi ha més sedentarisme en els homes de les classes socials menys afavorides.

En les dones, l'activitat física laboral o domèstica intensa continua sent poc prevalent però també s'ha incrementat respecte al 1994.

Figura 4.5. Activitat física laboral o domèstica segons la classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

2.3.2. L'activitat física en temps lliure

Des de l'any 1994 al 2002, s'ha incrementa la prevalença d'homes i de dones que no fan cap activitat física en el temps lliure, en uns 10 punts de percentatge en cada un dels dos sexes (taules 5 i 6 de l'annex). Aquest increment ha estat a expenses dels qui feien activitat física moderada, ja que les prevalences d'homes i dones que fan activitat física intensa en el temps lliure s'ha mantingut.

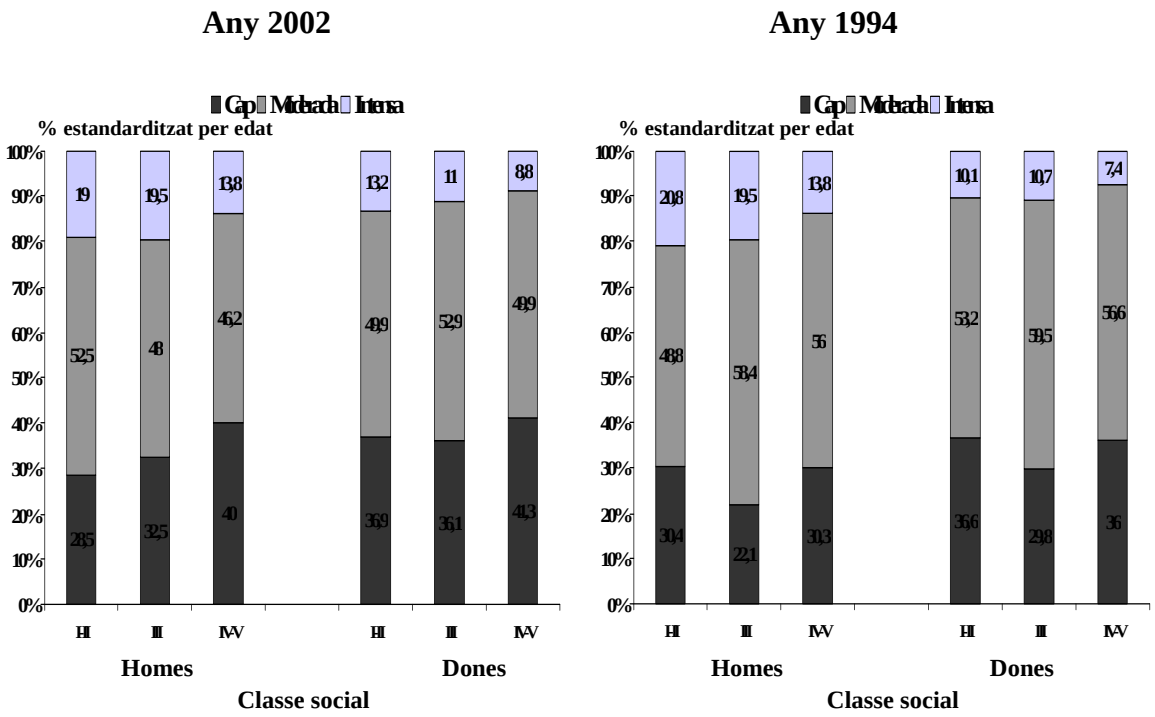
L'any 1994 s'observaven desigualtats de gènere ja que havia més dones que homes que no feien cap activitat física en temps de lleure, i més homes que dones que feien activitat física intensa. No hi havia quasi bé diferències entre homes i dones en l'activitat física moderada en el temps de lleure. L'any 2002 continua existint el mateix patró de desigualtats de gènere (figura 4.6).

Respecte a les desigualtats per classe social, l'any 1994 existia un patró de desigualtat en l'activitat física intensa (més freqüent en les classes més privilegiades). L'any 2002, tant en els homes com en les dones, les classes benestants continuen fent més exercici físic intens en el temps de lleure (igual que al 1994) i sense diferències en l'activitat física moderada. Apareix, però, un patró de desigualtat en la prevalença de no realització d'activitat física en temps de lleure, en el sentit que són les classes més desafavorides les més sedentàries (figura 4.6).

Per tant, les desigualtats per classe social de l'any 1994 s'han accentuat lleugerament amb un gradient en l'actualitat més clar en les dones que realitzen activitat física intensa així com en els homes i les dones sedentaris.

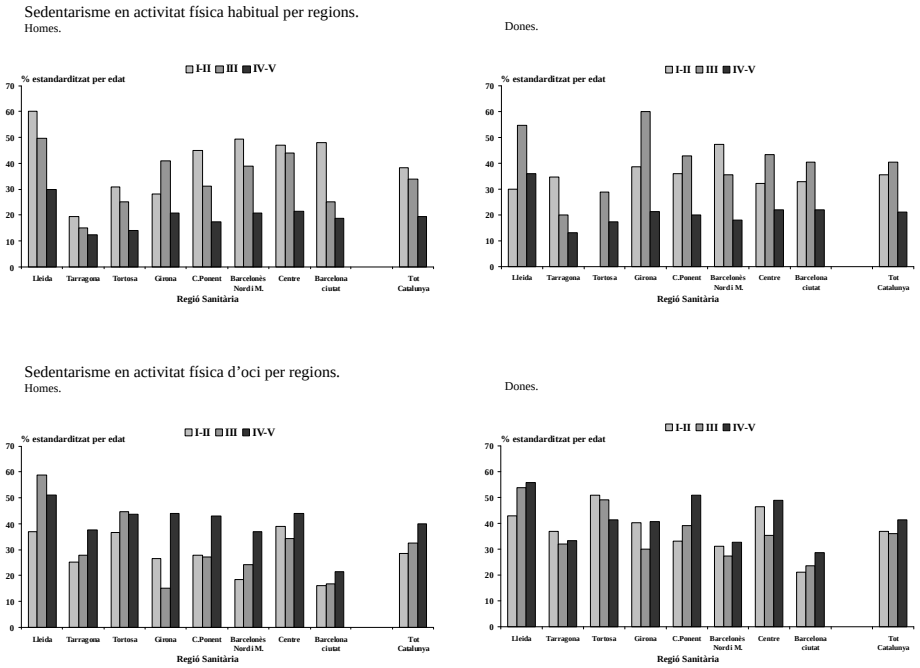
El patró de desigualtat per classe social, tant de l'activitat física habitual com de la de temps de lleure, es manté en general en les regions sanitàries: les persones de les classes benestants són més sedentàries pel que fa a l'activitat física habitual i les de les classes més desfavorides són les més sedentàries en l'activitat física de temps lliure (figura 4.7 i taules 5 i 6 de l'annex).

Figura 4.6. Activitat física en temps lliure segons la classe social. Homes i dones més gran de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

Figura 4.7. Sedentarisme en l'activitat física habitual i en l'activitat física d'oci, segons la classe social i la regió sanitària. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002.



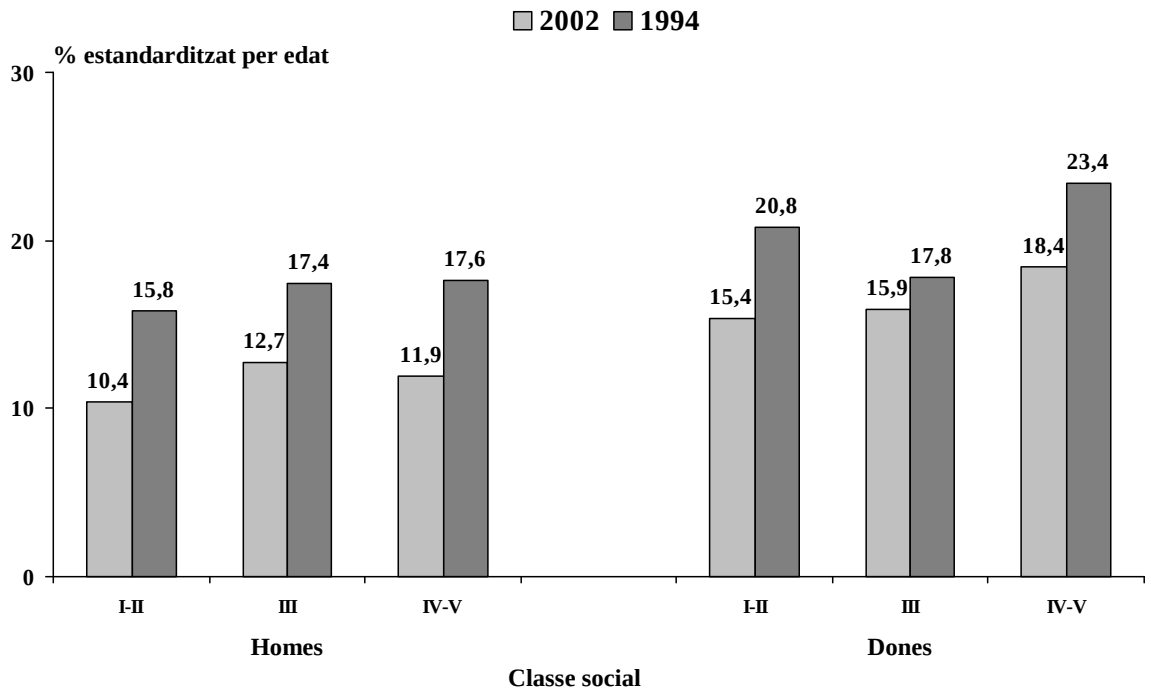
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002 (elaboració pròpia)

2.3 La realització de dieta

La prevalença a Catalunya de persones majors de 15 anys que declaren estar seguint algun tipus de dieta per motius de salut ha disminuït considerablement des del 1994 al 2002, tant en els homes (15,9 % el 1994 a 11,7 % el 2002) com sobretot en les dones (21,4 % i 16,6 % els anys 1994 i 2002, respectivament). En la declaració de realització de dieta pot influir també el fet que l'ESCA 2002 no va incloure els mesos de juny a setembre, fet que podria explicar en part les diferències respecte a l'any 1994.

Les desigualtats de gènere i de classe que s'observaven l'any 1994 s'han mantingut l'any 2002. Així, continuen sent més les dones que els homes les que declaren fer alguna dieta per motiu de salut, i són les persones de classe més desfavorida les que declaren en major proporció seguir alguna dieta per motius de salut (figura 4.8).

Figura 4.8. Persones que declaren fer algun tipus de dieta per motius de salut segons la classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

Els principals problemes de salut pels que declaren seguir una dieta són la hipertensió arterial, el colesterol elevat, la diabetis i l'excés de pes en els homes i l'excés de pes, la hipertensió arterial, el colesterol elevat i la diabetis en les dones (taula 4.3).

D'aquest apartat cal dir que al no disposar en l'enquesta de les dades requerides per conèixer la freqüència de sobrepès i d'obesitat, és difícil valorar la conducta de realització de dieta. Seria més valuós disposar de la mesura del pes i poder conèixer i monitorar les alteracions del pes, tant per defecte com per excés.

Taula 4.3. Motius declarats pels quals es realitza dieta. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002.

	HOMES			DONES		
	N	% sobre els que fan dieta	% sobre total	N	% sobre els que fan dieta	% sobre total
Excés de pes "perdre pes"	80	19,2	2,4	219	38,2	6,4
Diabetis	117	28,2	3,5	92	15,9	2,7
Hipertensió arterial	126	30,3	3,7	120	20,8	3,5
Colesterol elevat	125	30,2	3,7	168	29,1	4,9
Àcid úric	19	4,5	0,6	15	2,6	0,4
Problemes digestius	17	4,1	0,5	58	10,1	1,7
Problemes de ronyó	8	2,0	0,2	19	3,2	0,5
Anorèxia / bulímia	0	0	0	3	0,6	0,1
Altres	60	14,6	1,8	94	16,3	2,7

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002 (elaboració pròpia)

3. Conclusions

Tabac

- La prevalença del consum de tabac està disminuint en els homes però incrementant-se en les dones. L'únic grup de dones en que ha disminuït és el de les més joves de classes socials més benestants. El patró de desigualtats tant de gènere com de classe social ha canviat poc des de 1994, amb excepció dels canvis deguts als efectes negatius de l'extensió del consum afectant més a les dones i a les classes socials més desafavorides. En les dones joves es detecta un important canvi: ja fumen més les classes més desafavorides que les benestants.
- No s'està aconseguint retardar l'edat d'inici del consum: tant els nois com les noies comencen a fumar actualment en edats més precoces que l'any 1994.
- Tots els indicadors reflecteixen que el tabaquisme s'estén i es manté en les classes socials més desafavorides.

Alcohol

- Es detecten pocs canvis en el consum d'alcohol entre els anys 1994 i 2002. Tant en homes com en dones, hi ha més abstemis en les classes socials IV-V, però el consum de risc, especialment en els homes, també és lleugerament més freqüent en aquest grup.

Activitat física

- L'activitat física intensa relacionada amb el treball ha adquirit un patró de classe ja que l'increment d'homes i dones que fan treballs que requereixen una activitat física intensa afecta principalment a les classes socials menys benestants.
- S'ha incrementat el percentatge d'homes i dones que no fan cap tipus d'activitat física en el temps de lleure. Aquest increment de sedentarisme s'ha produït junt amb l'aparició d'un patró de desigualtat per classe social, afectant més a les classes més desfavorides.

Dieta

- S'ha produït una disminució de les persones que declaren seguir una dieta per motius de salut.

4. Bibliografia

[1] Pasarín MI, Fernández E. Les desigualtats en els estils de vida. En: Borrell C, Benach J (coords.). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Editorial Mediterrània.; 2002. Capítol 4: 121-150.

[2] Alvarez-Dardet C, Montahud C, Ruiz MT. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. Eur J Public Health. 2001; 11: 225-6.

[3] Fernandez E, Schiaffino A, García M, Borràs JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. J Epidemiol Community Health. 2001;55:729-730.

[4] Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle E, Navarro P, Domínguez V. Trends in Cigarrete Smoking in Spain by Social Class. Prev Med. 2001; 33: 241-8.

[5] Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. A: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004. La salud pública desde la perspeciva de género y clase social. Gac Sanit . 2004; 18 Suppl.1: 56-68.

[6] Borràs JM, Fernandez E, Schiaffino A**,** Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. Am J Public Health. 2000; 90: 1459-1462

[7] Schiaffino A, Fernández E, Borrell C, Saltó E, Garcia M, Borrás JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. Eur J Public Health. 2003; 13: 56-60.

[8] Maziak W, Hense HW, Doring A, Keil U. Ten–year trends in smoking behaviour among adults in south Germany. Int J Tuberc Lung Dis. 2002; 6: 824-30.

[9] Jefferis BJ, Power C, Graham H, Manor O. Changing social gradients in cigarette smoking and cessation two decades of adult follow-up in a British birth cohort. J Public Health (Oxf). 2004; 26: 13-8.

[10] Faggiano F, Versino E, Lemma P. Deccennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. Cancer Causes Control. 2001; 12: 665-71.

[11] Galobardes B, Costanza MC, Bernstein MS, Delhumeau C, Morabia A.. Trends in Risk Factors for Lifestyle-Related Diseases by Socioeconomic Position in geneva, Switzerland, 1993-2000: Health Inequalities Persist. Am J Publ Health. 2003; 93: 1302-9.

[12] Lee DJ, LeBlanc W, Fleming LE, Gomez-Marin O, Pitman T. Trends in US smoking rates in occupational groups: the national Health Interview Survey 1987-1994. J Occup Environ Med. 2004; 46: 538-48.

[13] Jarvis MJ. Monitoring cigarette smoking prevalence in Britain in a timely fashion. Addiction. 2003; 98: 1569-74.

[14] Hunt K, Hanna MK, West P. Contextualizing smoking: masculimity, feminity and class differences in smoking in men and women from three generations in the west of Scotland. Health Education Research. 2004: 19: 239-49.

[15] Borrell C, Rué M, Pasarín MI, Rohlfs I, Ferrando J, Fernández E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). Prev Med. 2000: 31: 691-701.

[16] Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. J Epidemiol Community Health. 2005 (en premsa).

[17] Ferrie JE, Shipley MJ, Davey Smith G, Stansfeld SA, Marmot MG. Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. J Epidemiol Community Health. 2002: 56: 922-6.

[18] Mackenbach JP, Cavelaars AE, Kunst AE, Groenhof F. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality: an international study. Eur Heart J. 2000; 21: 1141-51.

[19] Wong J, Wong S.Trends in lifestyle cardiovascular risk factors in women: analysis from the Canadian National Population Health Survey. Int J Nurs Stud. 2002; 39: 229-42.

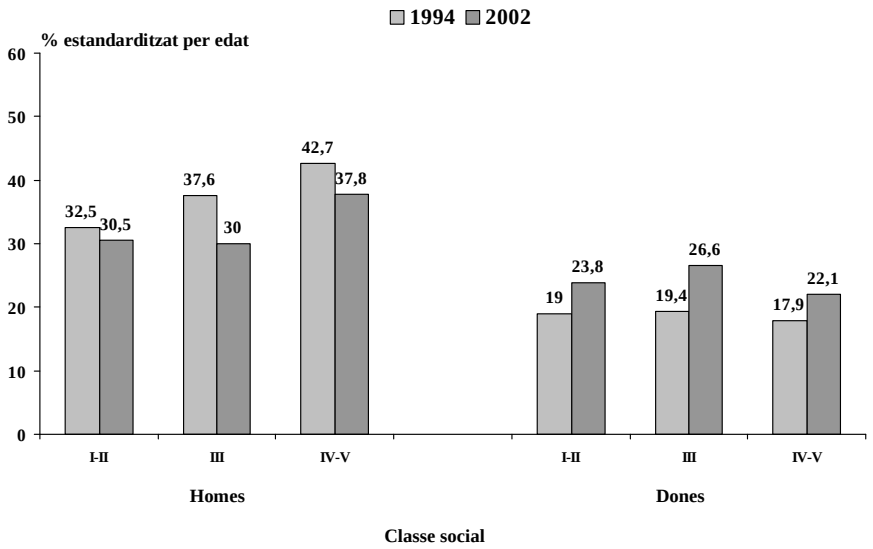
[20] Osler M, Jorgensen T, Davidsen M, Gronback M, Bronnum-Hansen H, Madsen M, Gerdes U, Schroll M. Socioeconomic status and trends in alcohol drinking in the Danish MONICA population, 1982-92 Scand J Public Health. 2001; 29: 40-3.

[21] Cabrera C, Wilhelmson K, Allebeck P, Wedel H, Steen B, Lissner L. Cohort differences in obesity-related health indicators among 70- years olds with special reference to gender and education. Eur J Epidemiol. 2003; 18: 883-90.

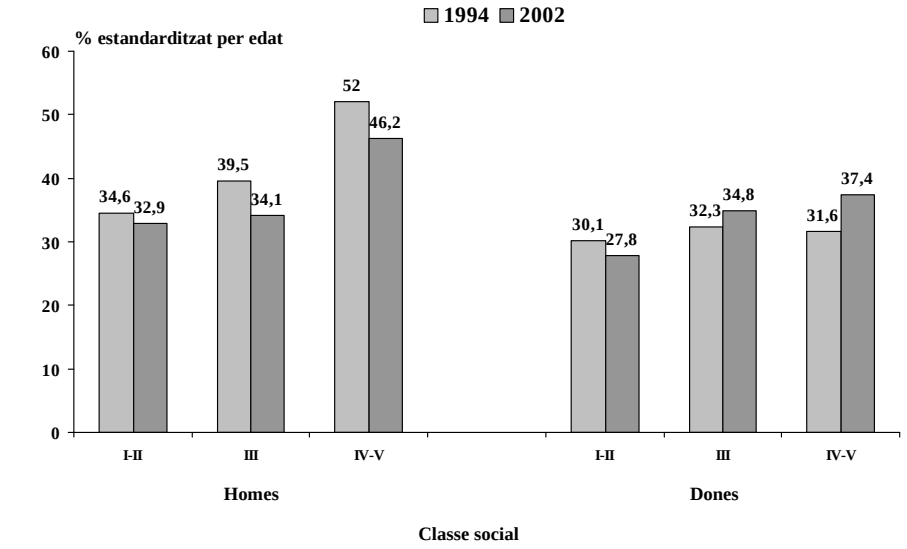
[22] Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K for the WHO MONICA Project. Educational Level, Relative Body Weight, and Changes in Their Association Over 10 Years: An International Perspective From the WHO MONICA Project. Am J Public Health. 2000; 90: 1260-68).

Fig. 4.1

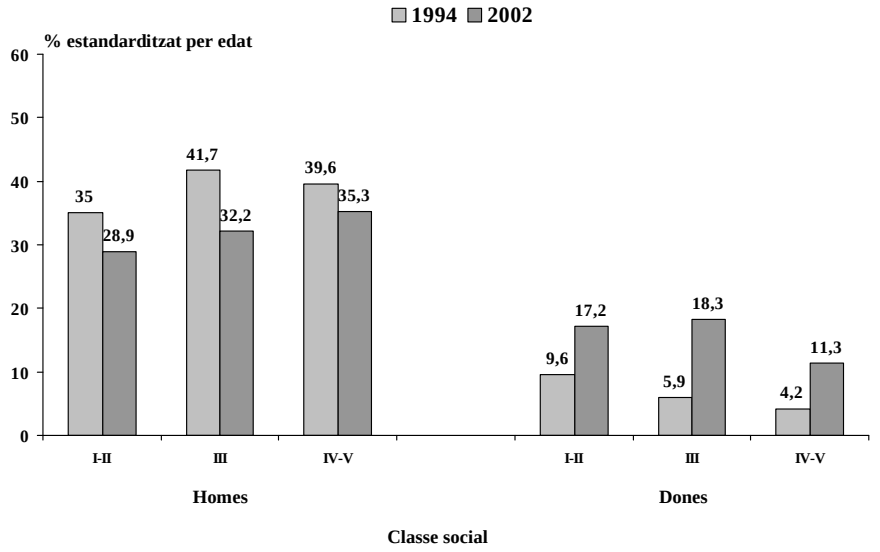
Majors de 15 anys.



15-44 anys.

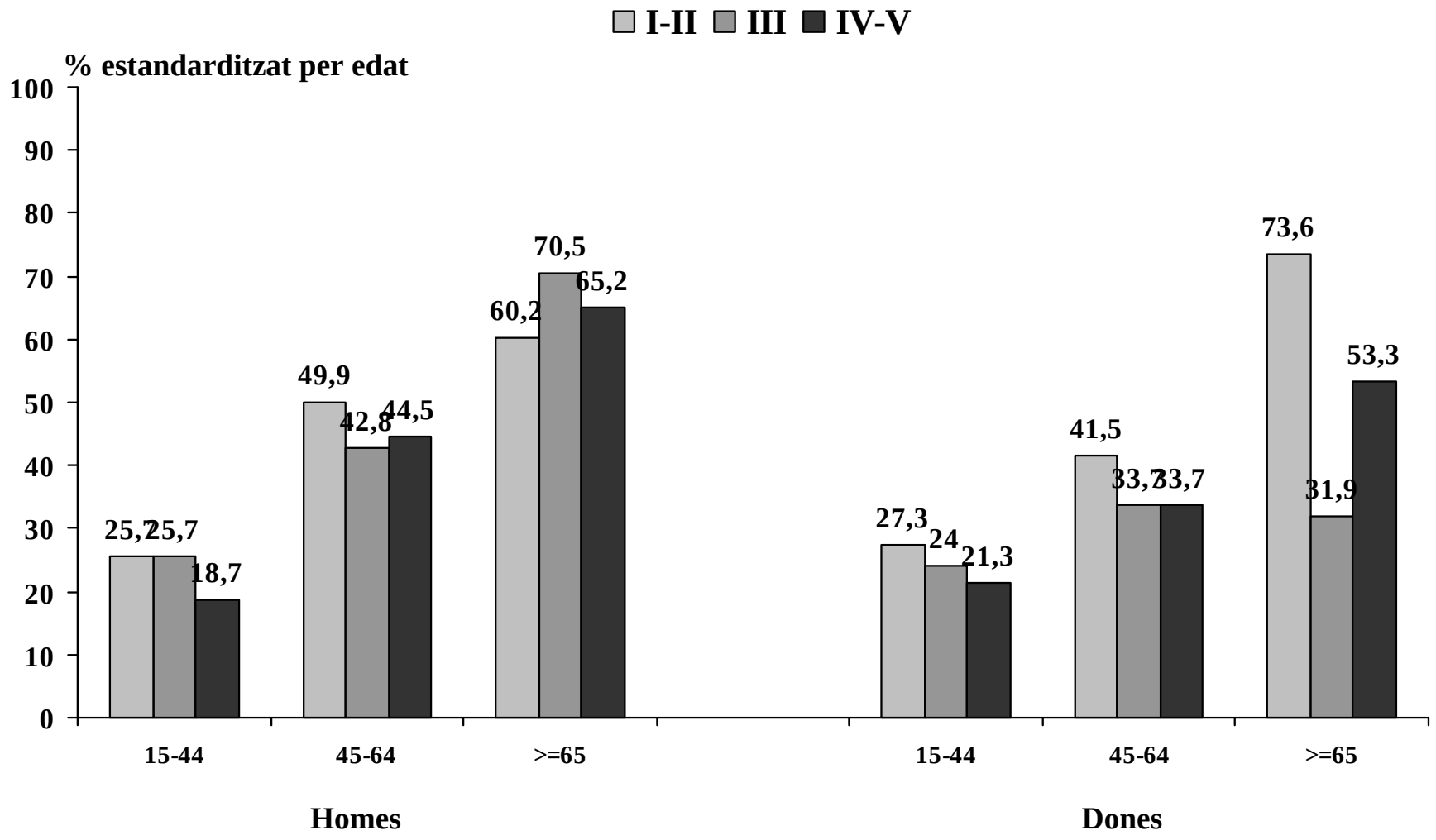


45-64 anys.



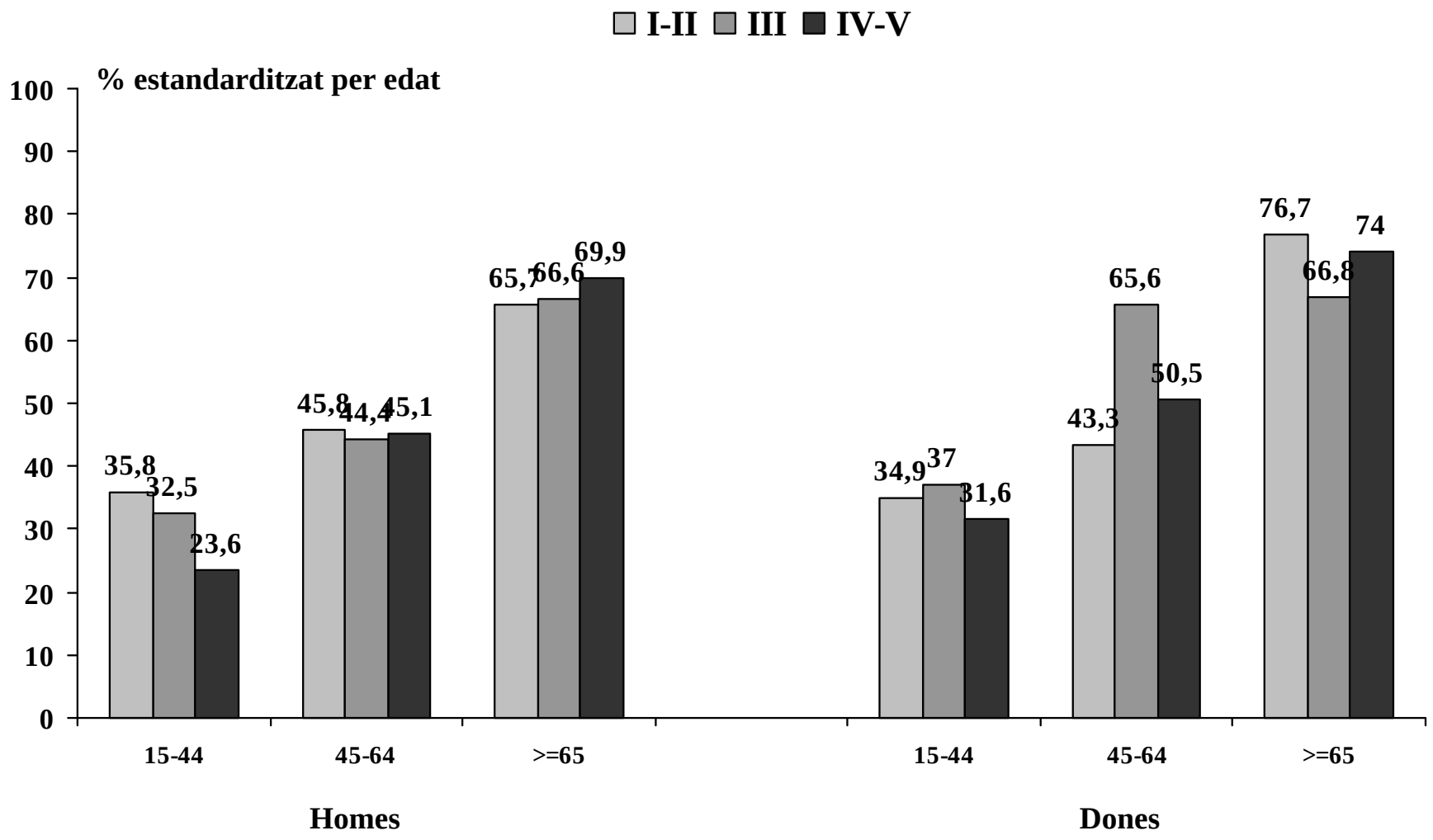
2002

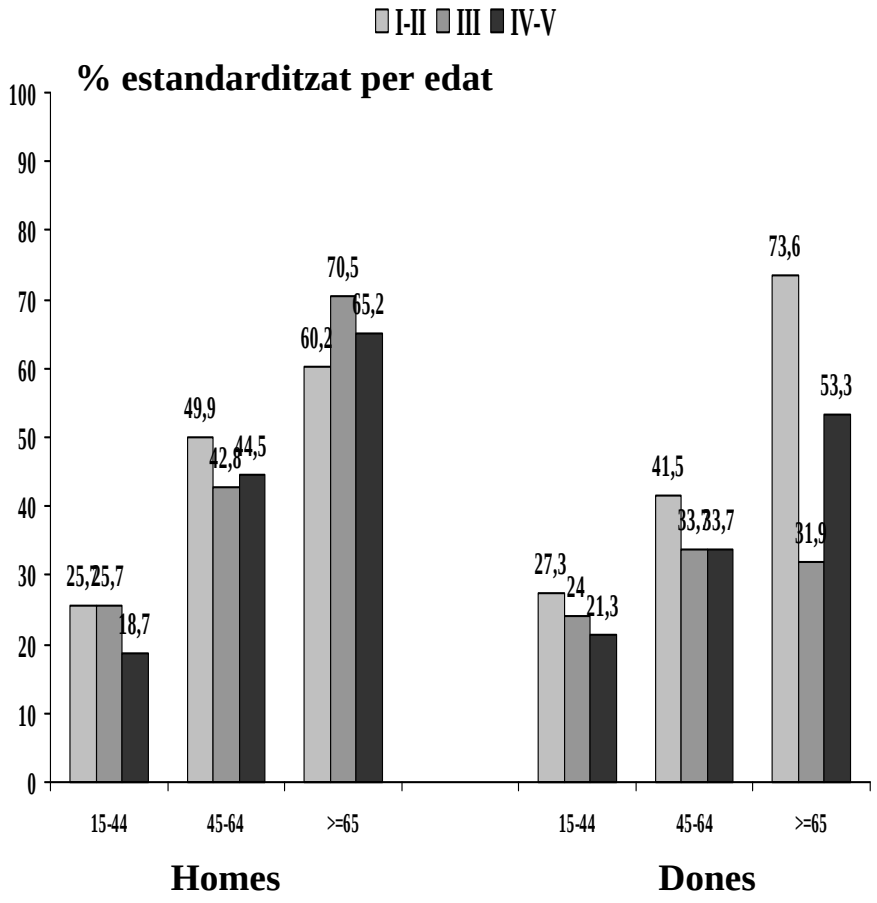
Fig. 4.2a

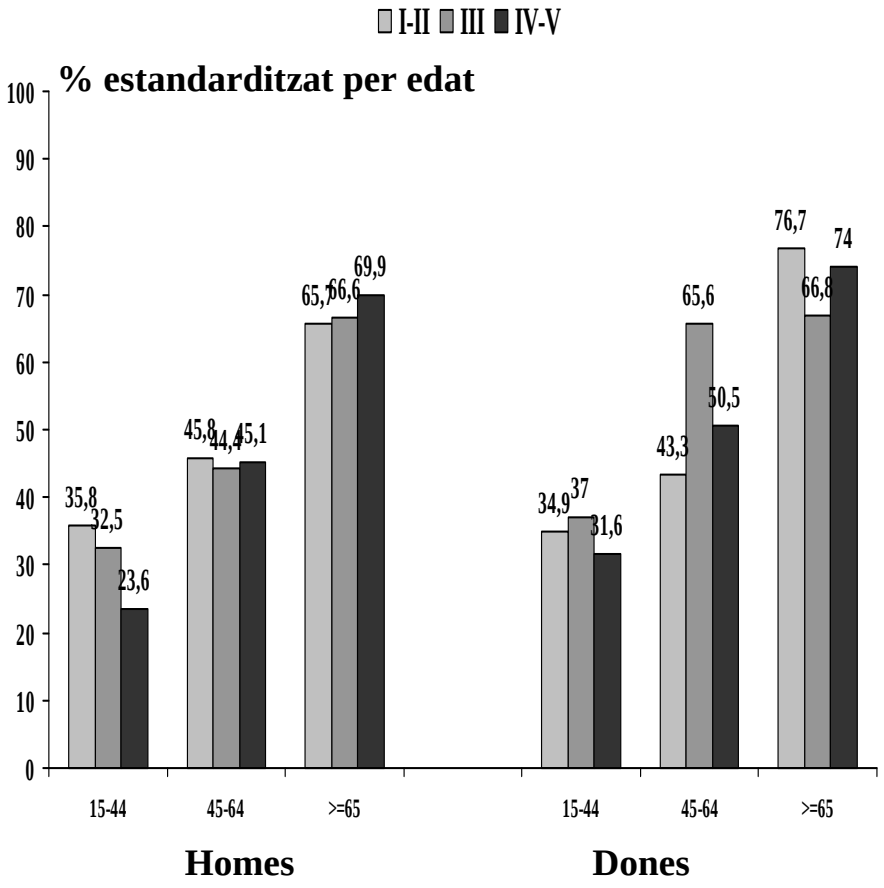

I-II
III
IV-V
% estandarditzat per edat
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
25,7
25,7
18,7
49,9
42,8
44,5
60,2
70,5
65,2
27,3
24
21,3
41,5
33,7
33,7
73,6
31,9
53,3
15-44
45-64
>=65
15-44
45-64
>=65
Homes
Dones

1994

Fig. 4.2b

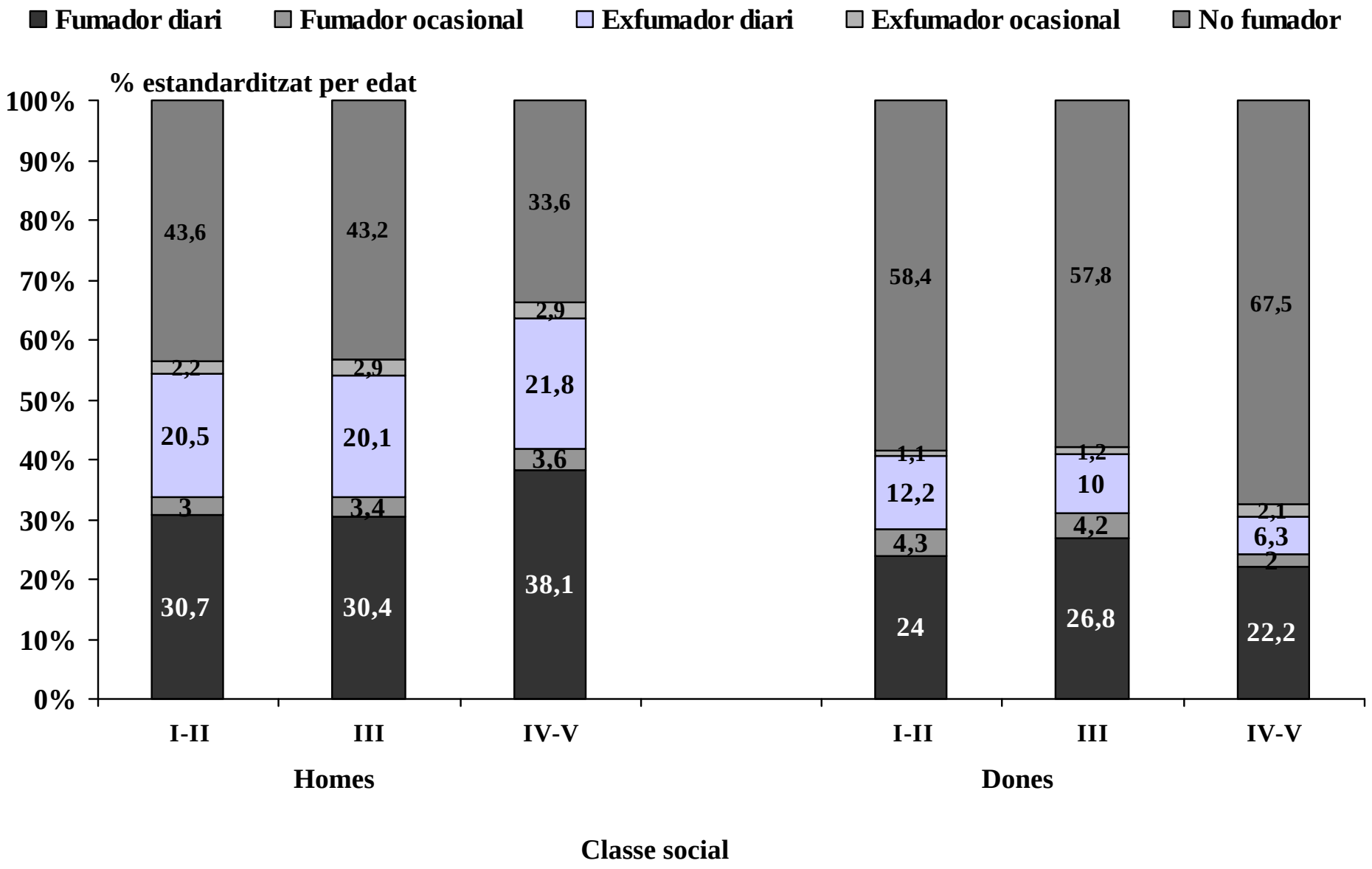

I-II
III
IV-V
% estandarditzat per edat
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
35,8
32,5
23,6
45,8
44,4
45,1
65,7
66,6
69,9
34,9
37
31,6
43,3
65,6
50,5
76,7
66,8
74
15-44
45-64
>=65
15-44
45-64
>=65
Homes
Dones


I-II
III
IV-V
% estandarditzat per edat
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
25,7
25,7
18,7
49,9
42,8
44,5
60,2
70,5
65,2
27,3
24
21,3
41,5
33,7
33,7
73,6
31,9
53,3
15-44
45-64
>=65
15-44
45-64
>=65
Homes
Dones


I-II
III
IV-V
% estandarditzat per edat
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
35,8
32,5
23,6
45,8
44,4
45,1
65,7
66,6
69,9
34,9
37
31,6
43,3
65,6
50,5
76,7
66,8
74
15-44
45-64
>=65
15-44
45-64
>=65
Homes
Dones

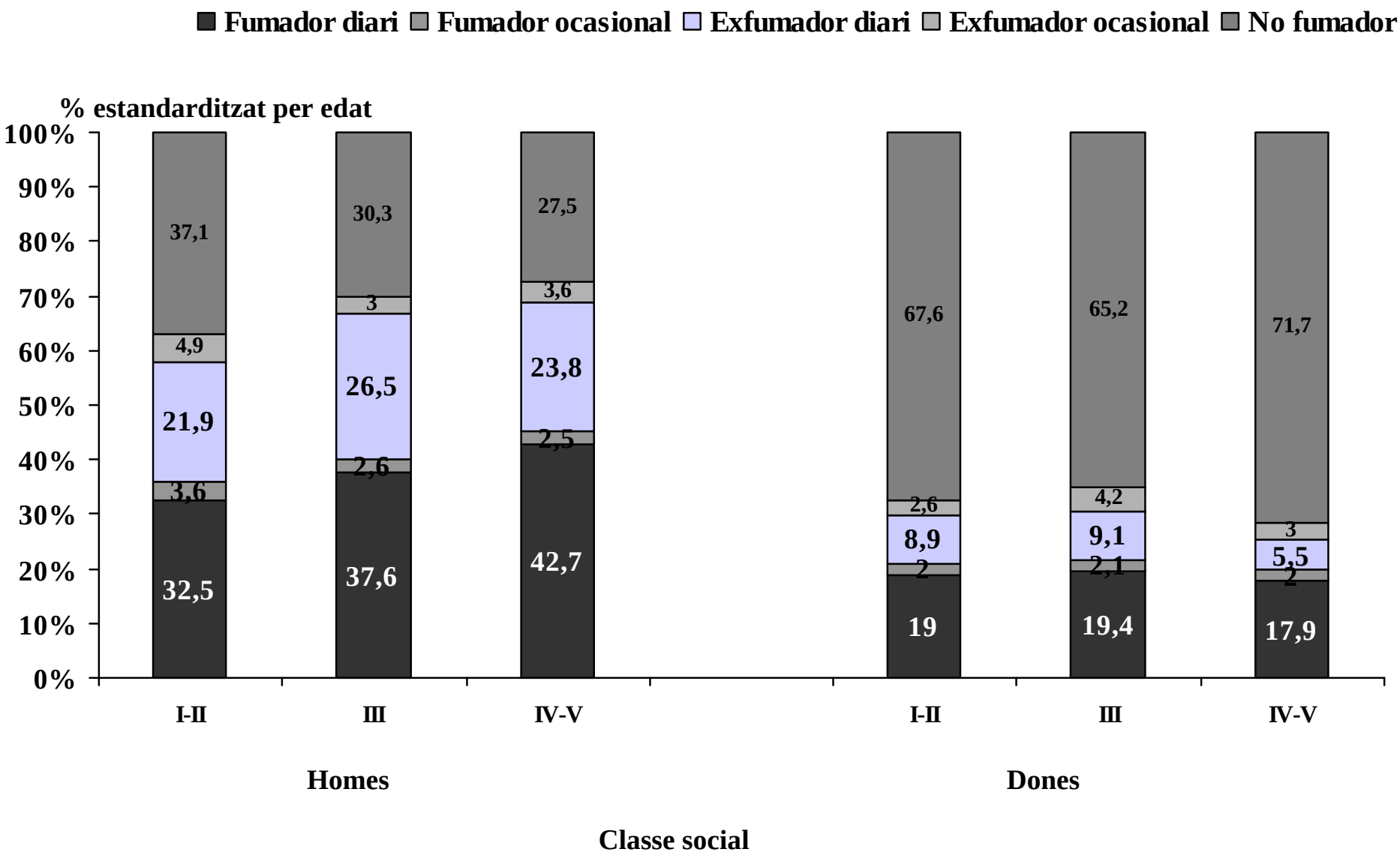
2002

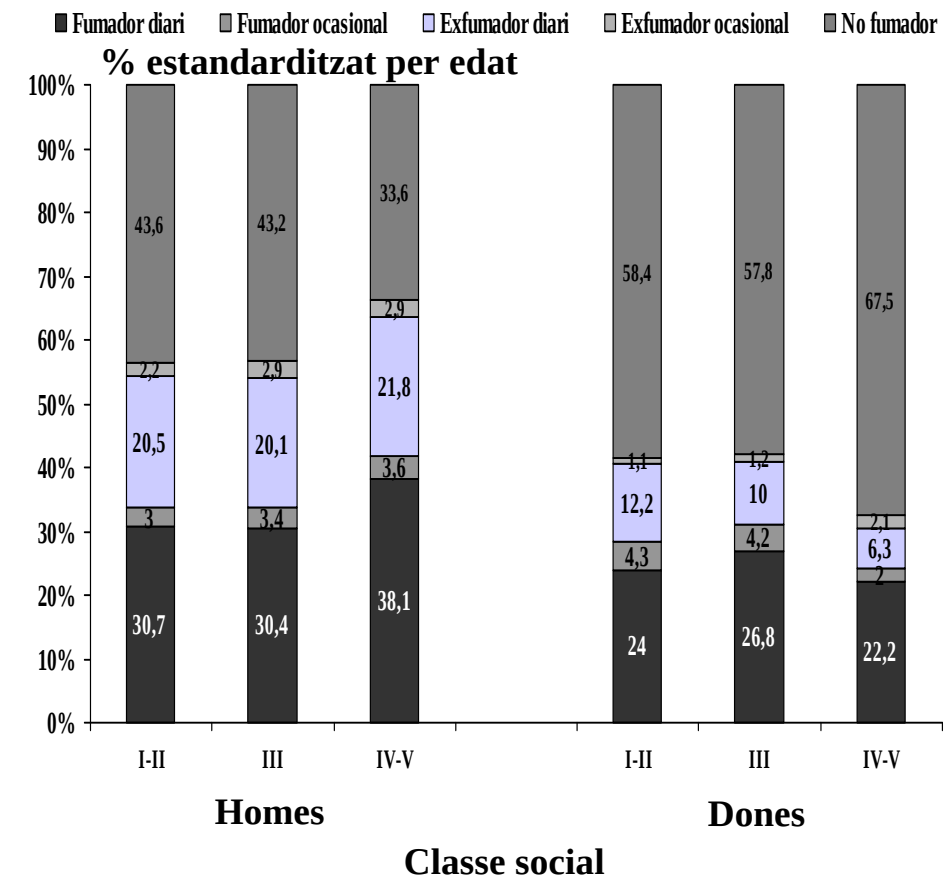
Fig. 4.3a

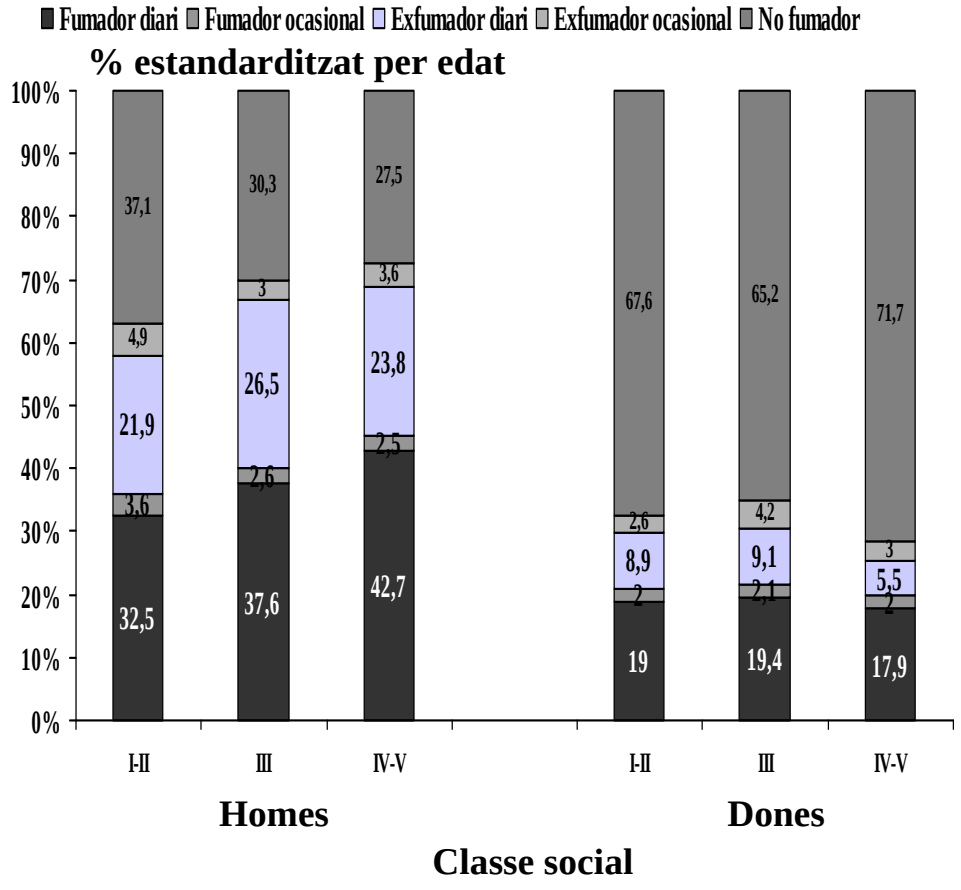

Fumador diari
Fumador ocasional
Exfumador diari
Exfumador ocasional
No fumador
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
43,6
2,2
20,5
3
30,7
43,2
2,9
20,1
3,4
30,4
33,6
2,9
21,8
3,6
38,1
58,4
1,1
12,2
4,3
24
57,8
1,2
10
4,2
26,8
67,5
2,1
6,3
2
22,2
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

1994

Fig. 4.3b

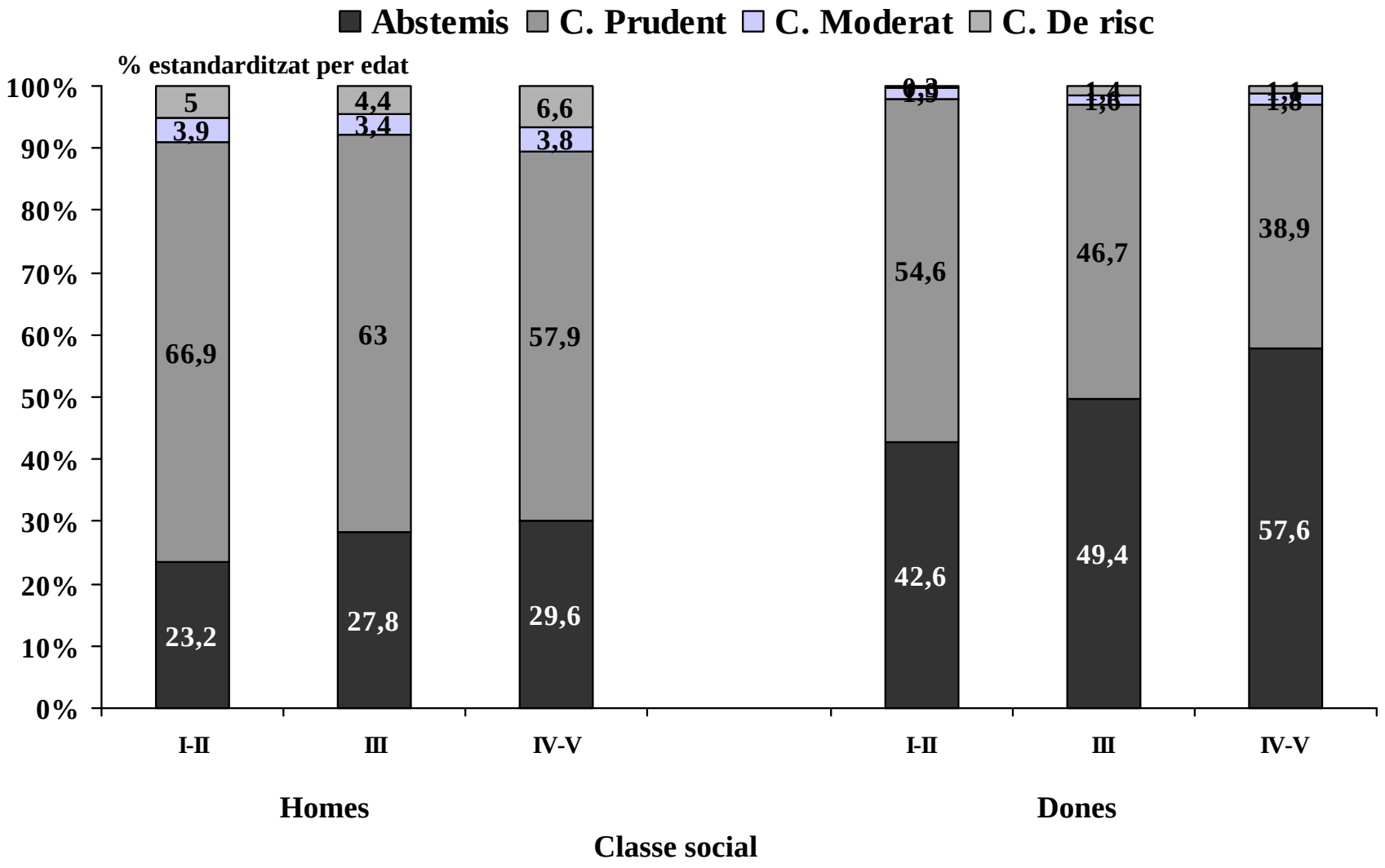

Fumador diari
Fumador ocasional
Exfumador diari
Exfumador ocasional
No fumador
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
37,1
4,9
21,9
3,6
32,5
30,3
3
26,5
2,6
37,6
27,5
3,6
23,8
2,5
42,7
67,6
2,6
8,9
2
19
65,2
4,2
9,1
2,1
19,4
71,7
3
5,5
2
17,9
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social


Fumador diari
Fumador ocasional
Exfumador diari
Exfumador ocasional
No fumador
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
43,6
2,2
20,5
3
30,7
43,2
2,9
20,1
3,4
30,4
33,6
2,9
21,8
3,6
38,1
58,4
1,1
12,2
4,3
24
57,8
1,2
10
4,2
26,8
67,5
2,1
6,3
2
22,2
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social


Fumador diari
Fumador ocasional
Exfumador diari
Exfumador ocasional
No fumador
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
37,1
4,9
21,9
3,6
32,5
30,3
3
26,5
2,6
37,6
27,5
3,6
23,8
2,5
42,7
67,6
2,6
8,9
2
19
65,2
4,2
9,1
2,1
19,4
71,7
3
5,5
2
17,9
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

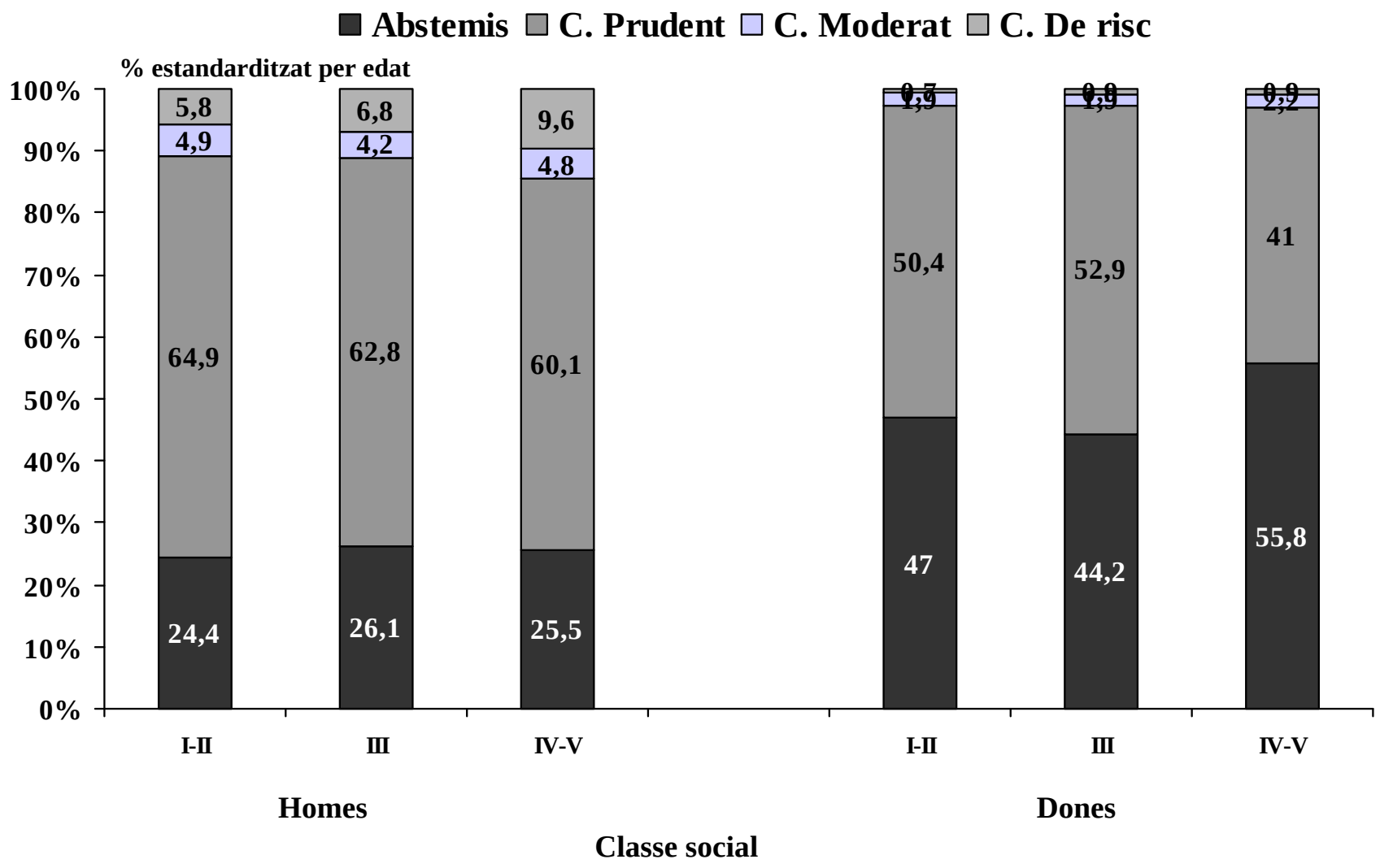
2002

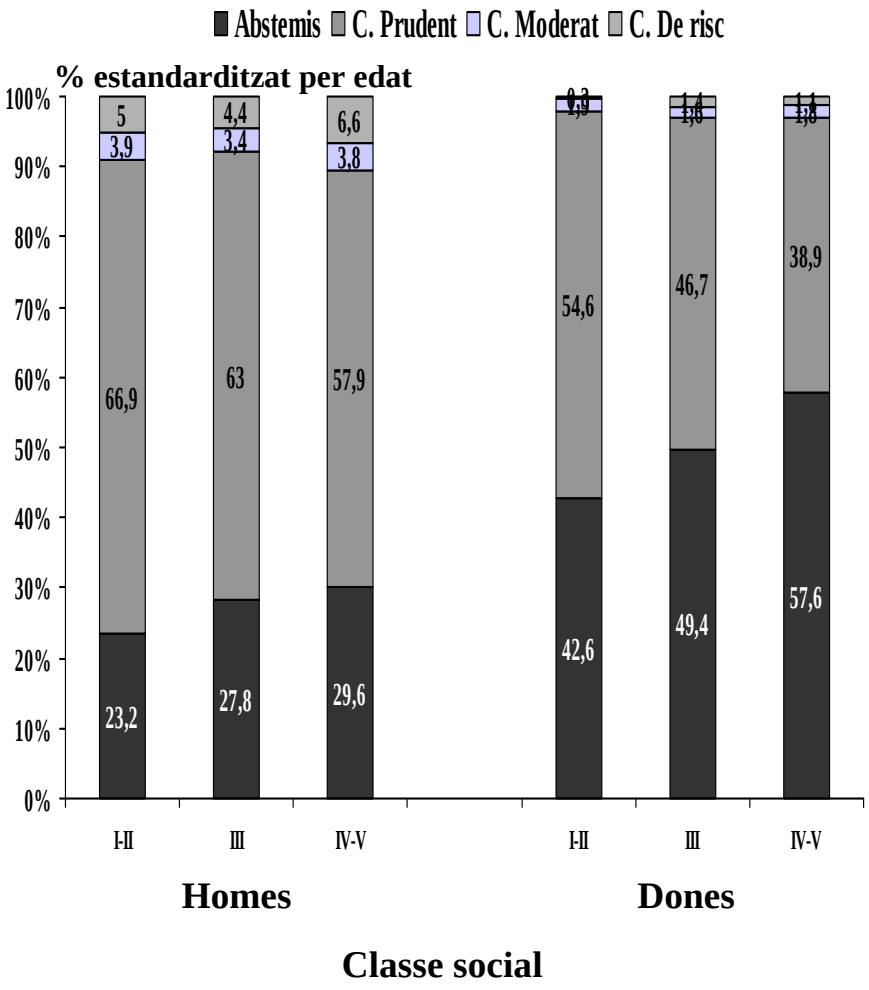
Fig. 4.4a

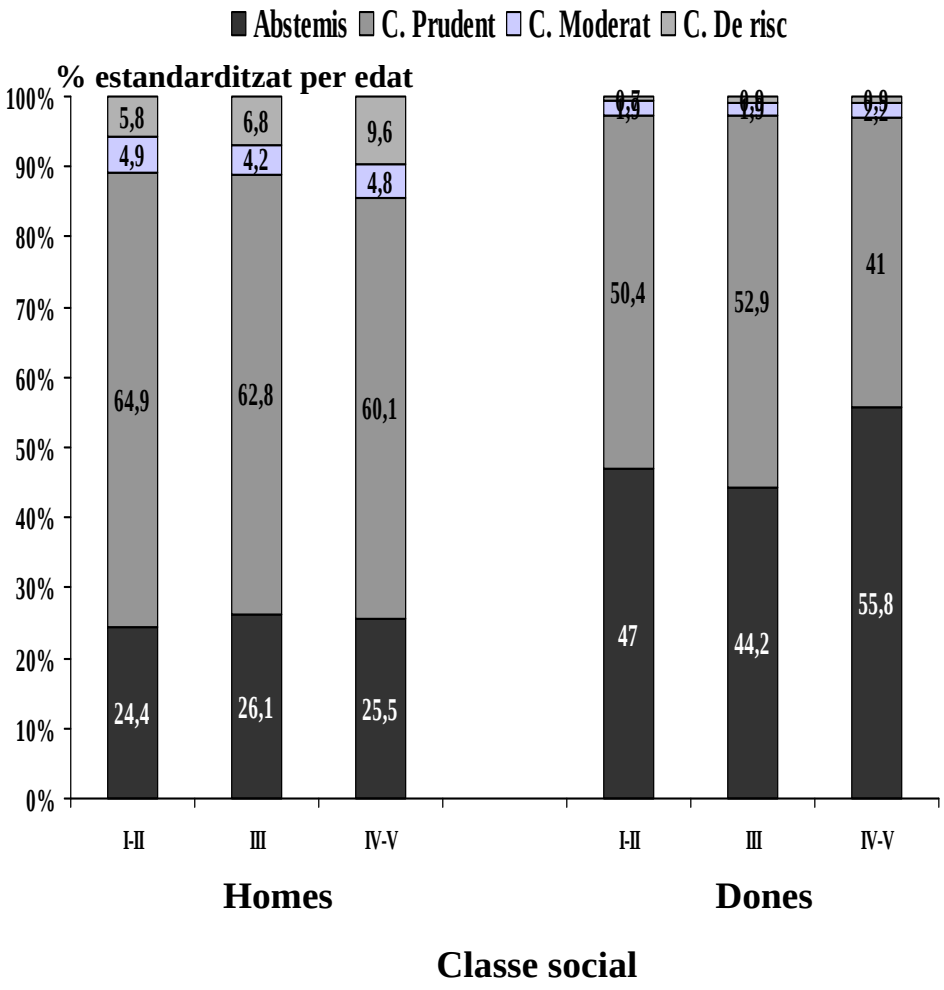

Abstemis
C. Prudent
C. Moderat
C. De risc
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
5
3,9
66,9
23,2
4,4
3,4
63
27,8
6,6
3,8
57,9
29,6
0,3
1,9
54,6
42,6
1,4
1,6
46,7
49,4
1,1
1,8
38,9
57,6
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

1994

Fig. 4.4b


Abstemis
C. Prudent
C. Moderat
C. De risc
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
5,8
4,9
64,9
24,4
6,8
4,2
62,8
26,1
9,6
4,8
60,1
25,5
1,9
50,4
47
1,9
52,9
44,2
2,2
41
55,8
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social


Abstemis
C. Prudent
C. Moderat
C. De risc
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
5
3,9
66,9
23,2
4,4
3,4
63
27,8
6,6
3,8
57,9
29,6
54,6
42,6
46,7
49,4
38,9
57,6
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social


Abstemis
C. Prudent
C. Moderat
C. De risc
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
5,8
4,9
64,9
24,4
6,8
4,2
62,8
26,1
9,6
4,8
60,1
25,5
50,4
47
52,9
44,2
41
55,8
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

2002

Fig. 4.5b

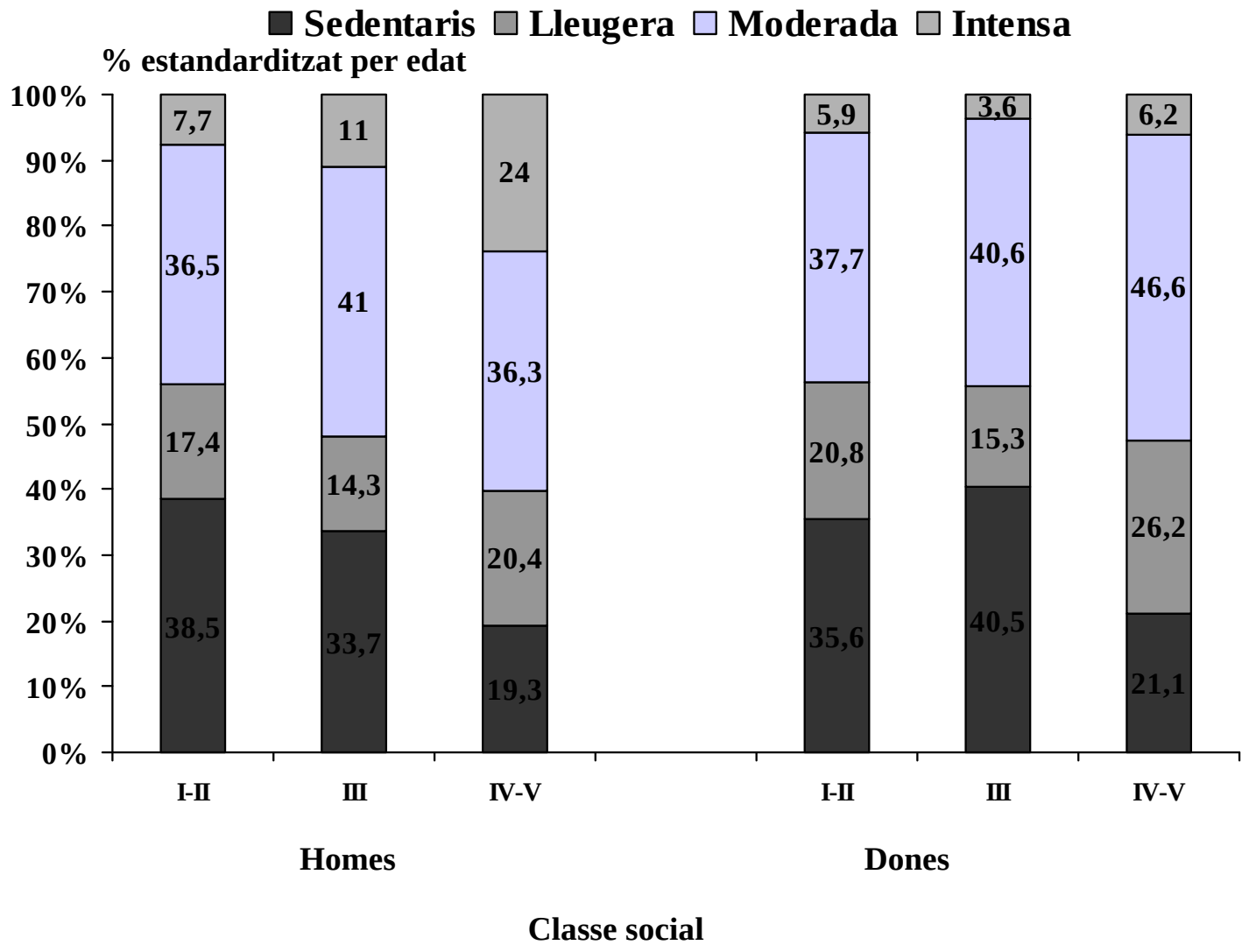

Sedentaris
Lleugera
Moderada
Intensa
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
7,7
36,5
17,4
38,5
11
41
14,3
33,7
24
36,3
20,4
19,3
5,9
37,7
20,8
35,6
3,6
40,6
15,3
40,5
6,2
46,6
26,2
21,1
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

Fig. 4.5b

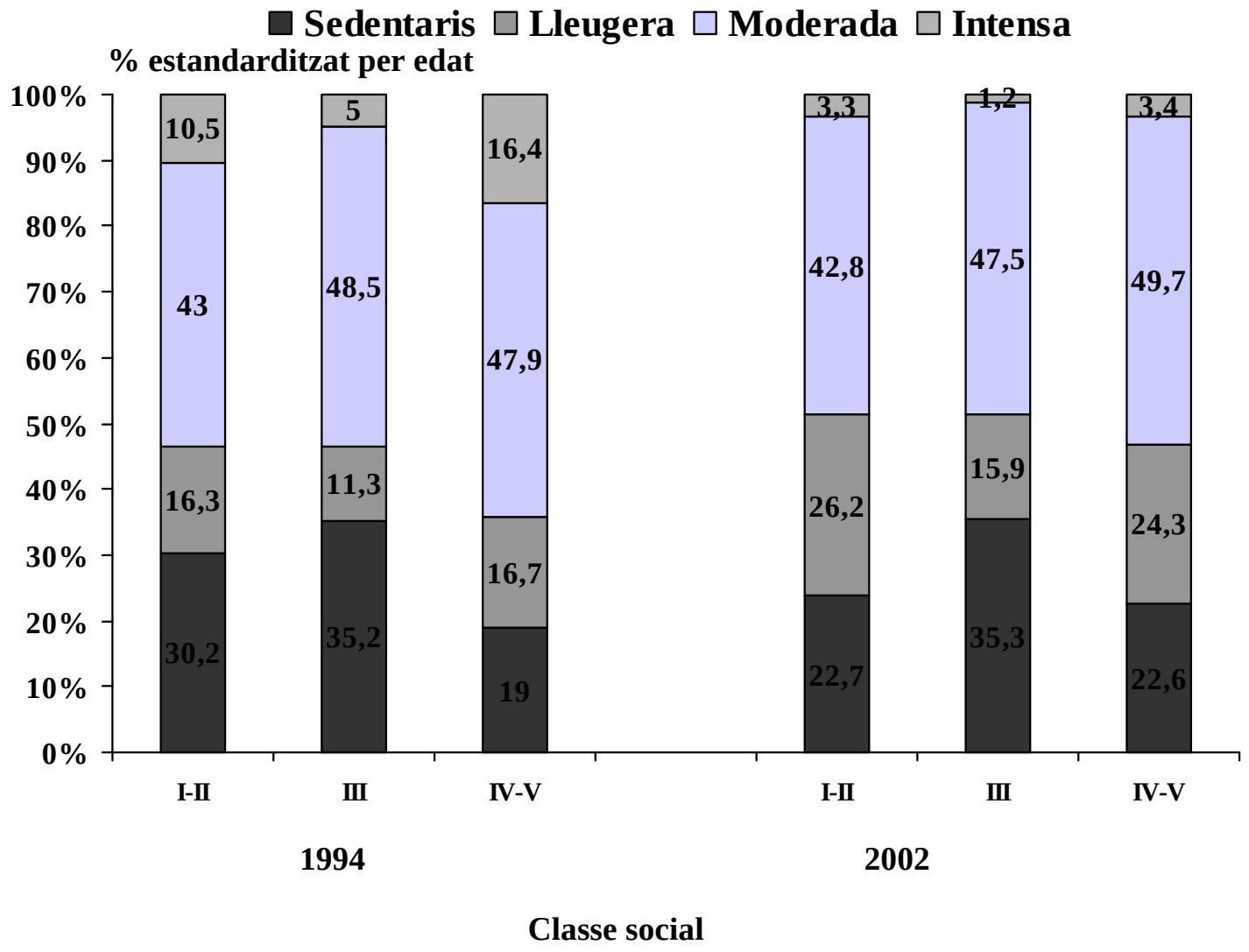
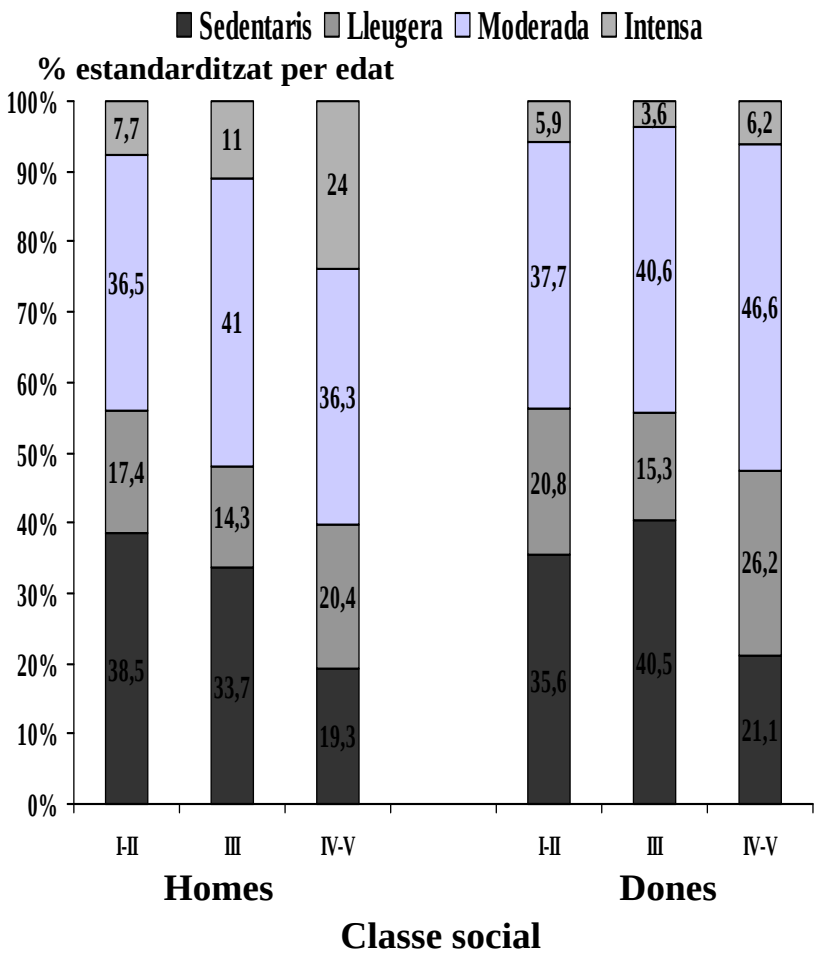
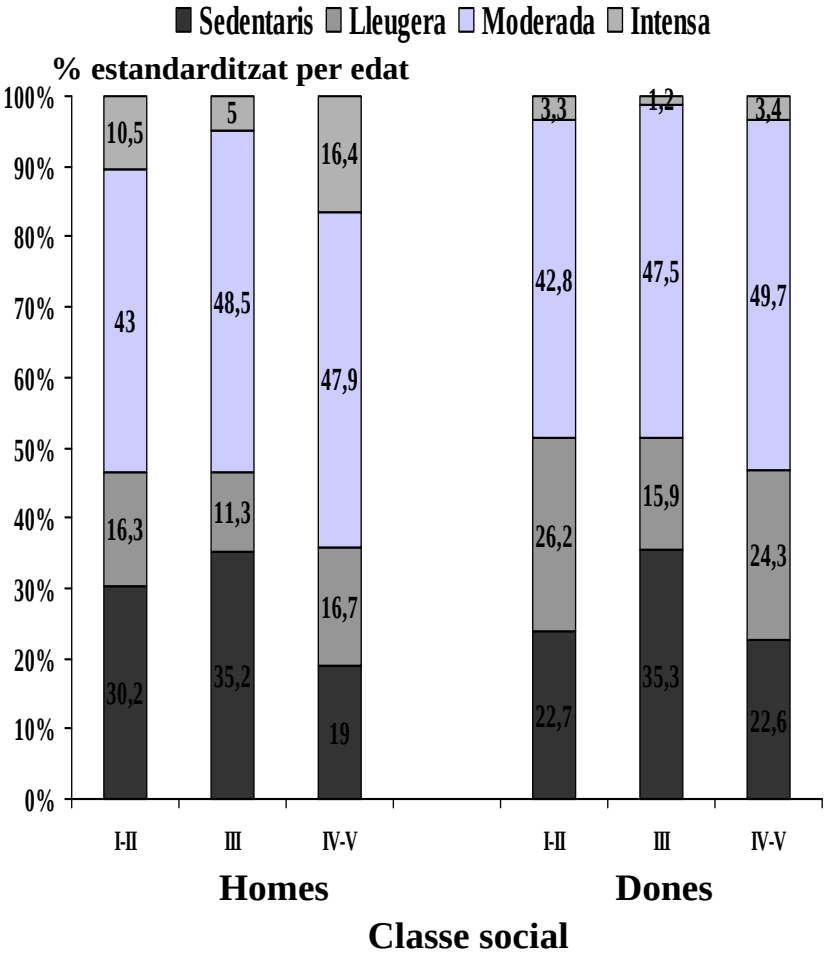

Sedentaris
Lleugera
Moderada
Intensa
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
10,5
43
16,3
30,2
5
48,5
11,3
35,2
16,4
47,9
16,7
19
3,3
42,8
26,2
22,7
1,2
47,5
15,9
35,3
3,4
49,7
24,3
22,6
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
1994
2002
Classe social

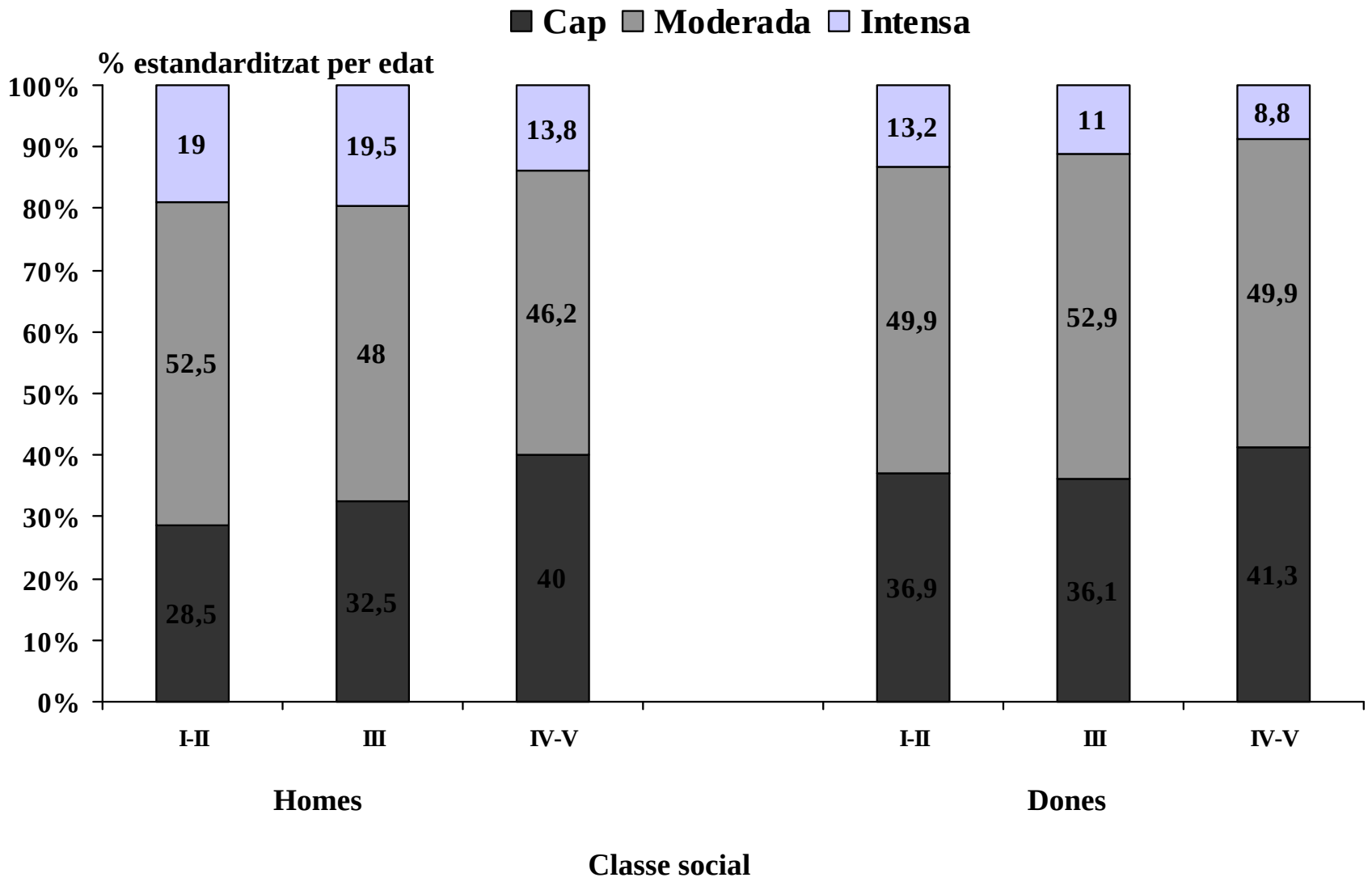
Fig. 4.5


Sedentaris
Lleugera
Moderada
Intensa
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
7,7
36,5
17,4
38,5
11
41
14,3
33,7
24
36,3
20,4
19,3
5,9
37,7
20,8
35,6
3,6
40,6
15,3
40,5
6,2
46,6
26,2
21,1
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social


Sedentaris
Lleugera
Moderada
Intensa
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
10,5
43
16,3
30,2
5
48,5
11,3
35,2
16,4
47,9
16,7
19
3,3
42,8
26,2
22,7
1,2
47,5
15,9
35,3
3,4
49,7
24,3
22,6
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

2002

Fig. 4.6a


Cap
Moderada
Intensa
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
19
52,5
28,5
19,5
48
32,5
13,8
46,2
40
13,2
49,9
36,9
11
52,9
36,1
8,8
49,9
41,3
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

1994

Fig. 4.6b

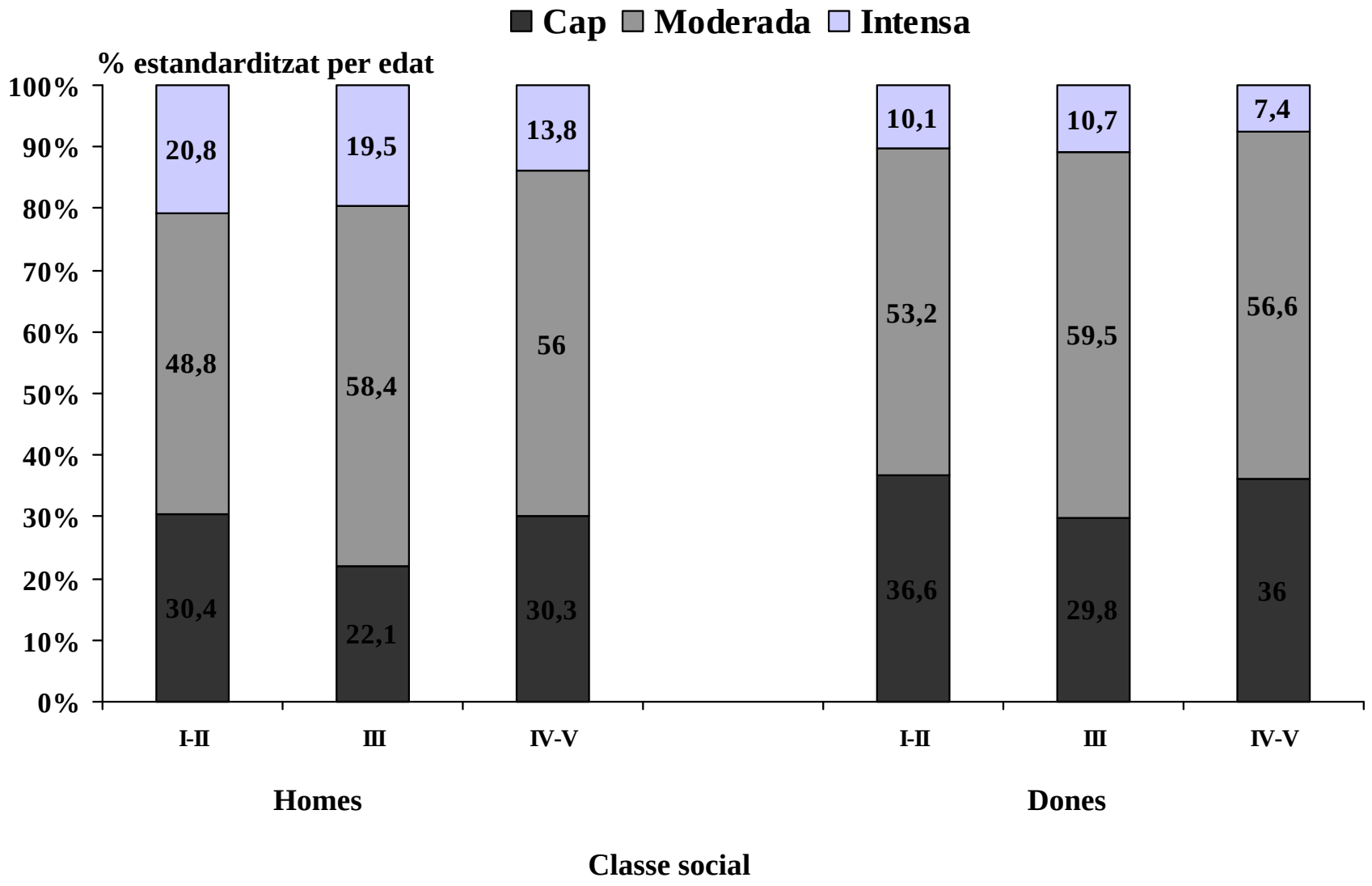
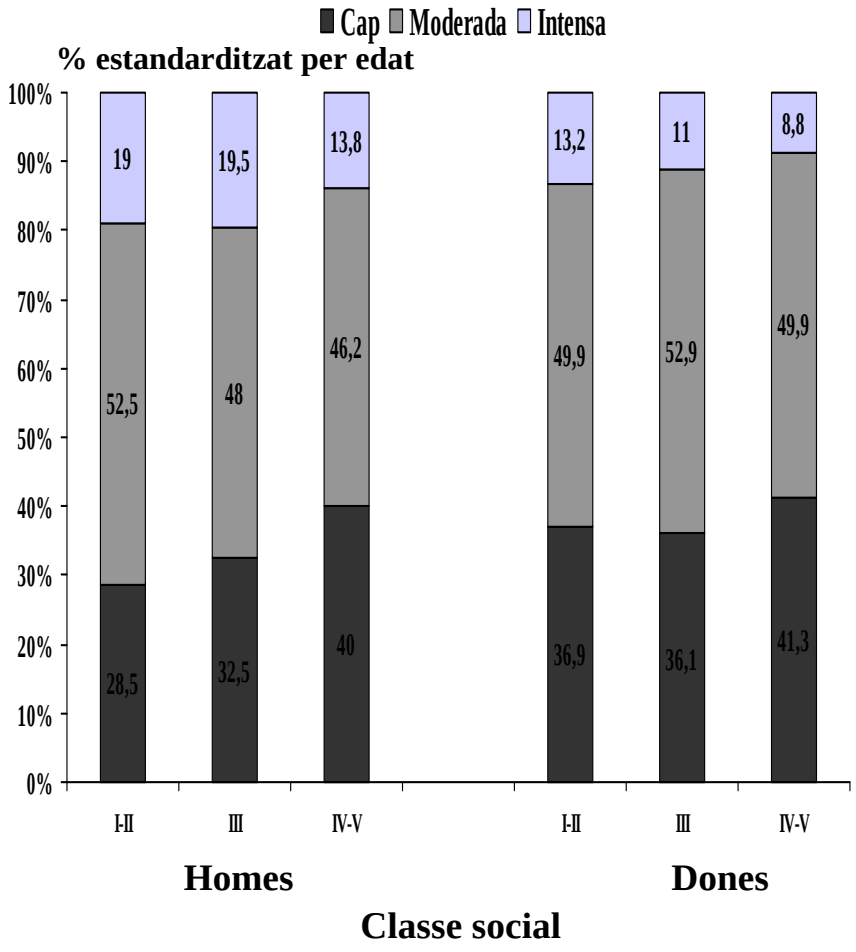
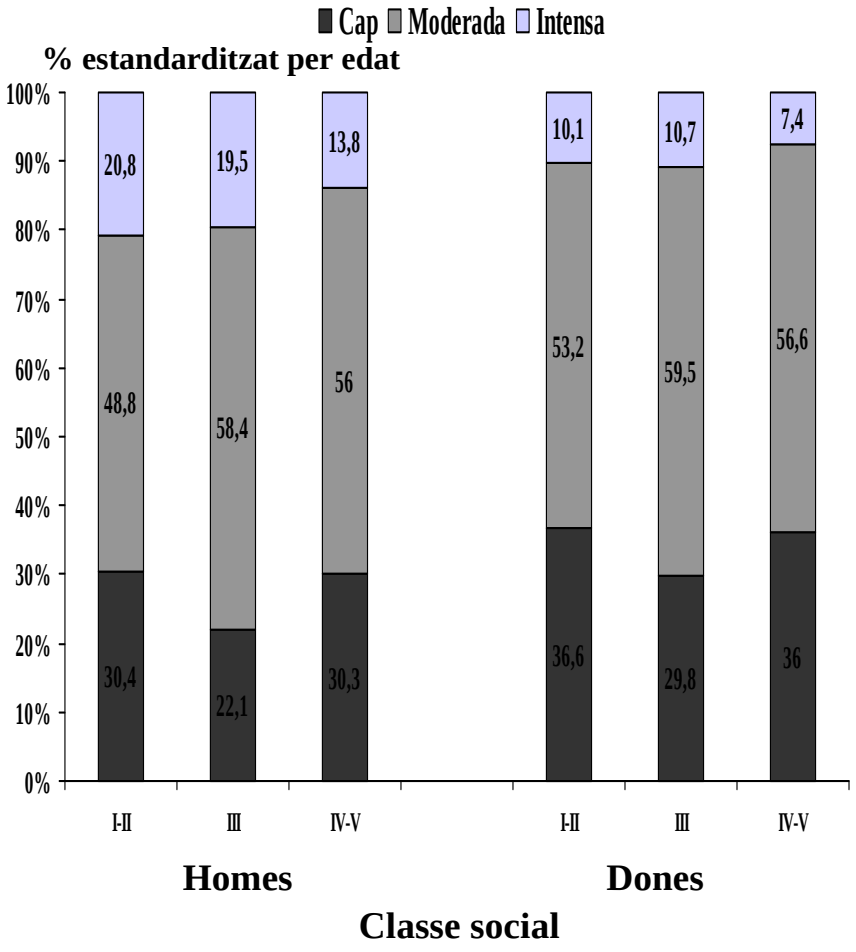

Cap
Moderada
Intensa
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
20,8
48,8
30,4
19,5
58,4
22,1
13,8
56
30,3
10,1
53,2
36,6
10,7
59,5
29,8
7,4
56,6
36
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

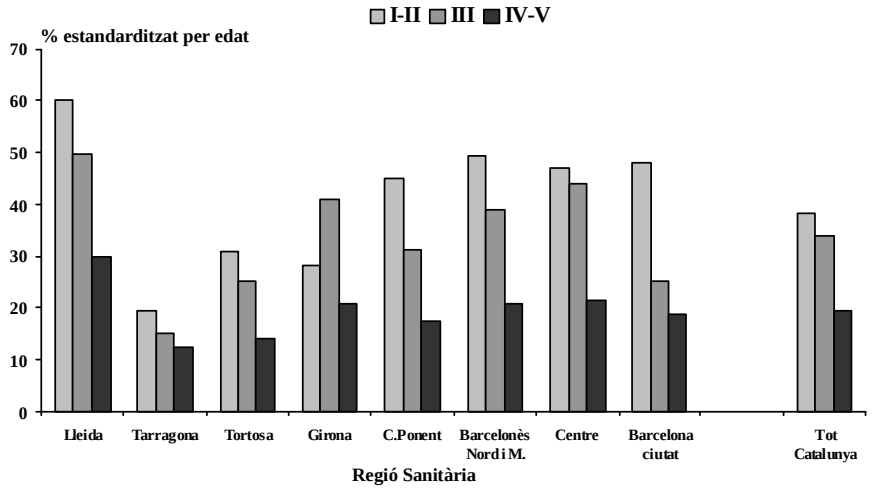
Fig. 4.6


Cap
Moderada
Intensa
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
19
19,5
13,8
13,2
11
8,8
52,5
48
46,2
49,9
52,9
49,9
28,5
32,5
40
36,9
36,1
41,3
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

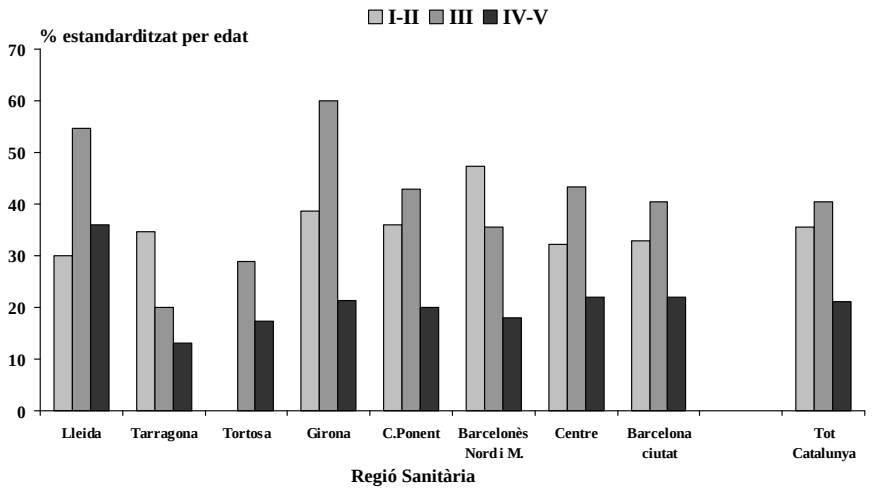

Cap
Moderada
Intensa
% estandarditzat per edat
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
20,8
19,5
13,8
10,1
10,7
7,4
48,8
58,4
56
53,2
59,5
56,6
30,4
22,1
30,3
36,6
29,8
36
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones
Classe social

Sedentarisme en activitat física habitual per regions.

Homes.

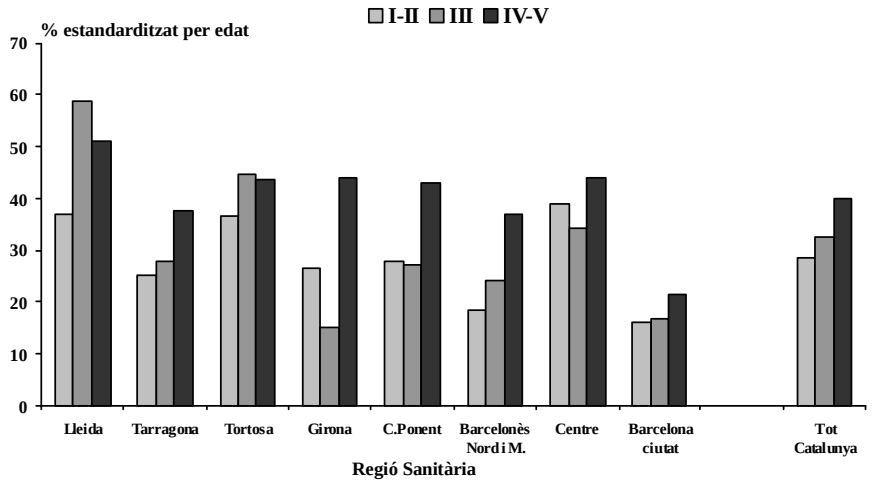


Dones.



Sedentarisme en activitat física d'oci per regions.

Homes.



Dones.

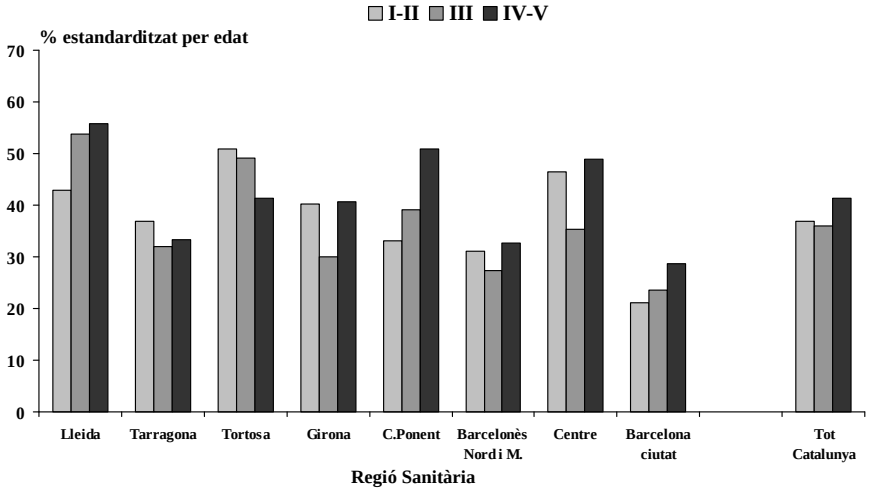
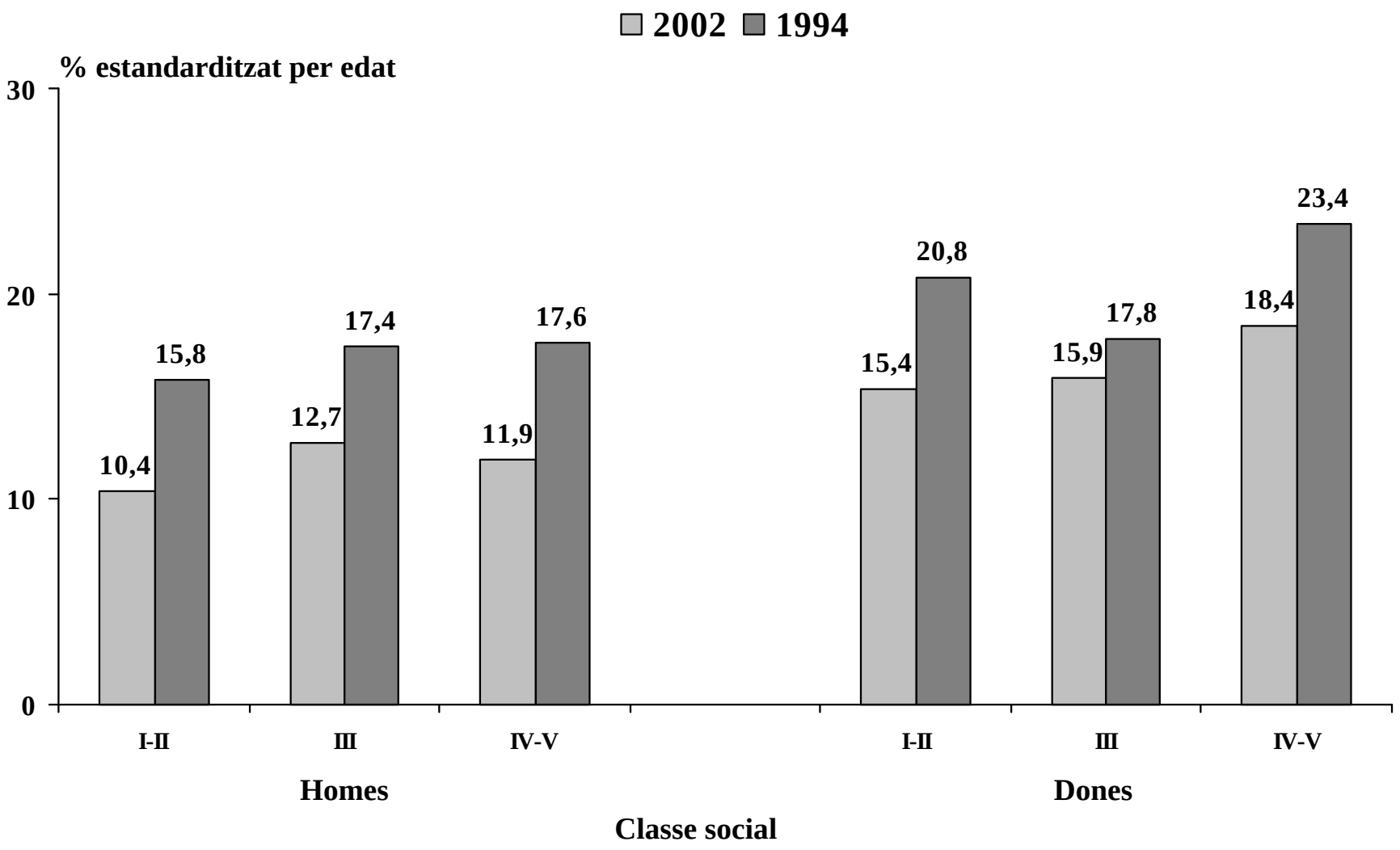


Fig 4. Realització de dieta segons CS a Catalunya. ESCA 2002 i 1994



Capítol 5. Evolució en les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris

Carme Borrell.
Luis Rajmil.
Glòria Pérez.

1. Introducció

1.1. La utilització de serveis sanitaris

Hi ha prou evidència acumulada que mostra que els sistemes sanitaris de finançament fonamentalment públic assoleixen els millors nivells d'equitat quant a la cobertura de les necessitats en salut de la població[1]. Aquest tipus de sistemes afavoreixen, a la vegada, la redistribució de la riquesa social. D'altra banda, els sistemes sanitaris basats fonamentalment en la capacitat privada de "consumir" salut, en general presenten major despesa sanitària, però també més desigualtats en la cobertura de les necessitats i en l'accés. La població amb menys salut té més probabilitats de tenir cobertura privada que la població més saludable (selecció adversa dels compradors d'assegurances). A més, els sistemes basats en la compra d'assegurances privades o el pagament per visita afavoreixen la pobresa de la població, ja que la població amb menys ingressos ha de gastar part dels seus ingressos en despeses en salut.

El sistema sanitari de l'Estat espanyol i de Catalunya s'emmarca dins dels primers tipus de sistema, essent l'equitat un dels seus objectius bàsics. Malgrat tot, existeixen desigualtats en l'accés a algunes prestacions i en la utilització de serveis sanitaris segons el gènere, la classe social, o el territori. A més, la introducció de mecanismes de provisió privats dins de l'oferta pública de serveis, com ara la creació de les fundacions sanitàries o l'oferta de mútues d'assegurança privada (sobretot a la població de les classes benestants) són una font de potencial augment de les desigualtats[2].

Quant a l'organització del sistema sanitari, s'ha trobat una relació entre els sistemes sanitaris orientats cap a una atenció primària de salut amb bona capacitat resolutiva i de qualitat, i uns millors nivells de salut de la població[3]. Dins d'un mateix sistema sanitari, la major oferta d'atenció primària, i sobretot una atenció primària de qualitat i accessible, han estat relacionades amb uns millors nivells de salut, una menor mortalitat[4-7] i una disminució de les desigualtats[8]. Analitzant aspectes específics de l'organització i funcionament de l'atenció primària, sembla que la identificació d'un metge de capçalera com a font d'atenció continuada, més que no pas la identificació d'un lloc d'atenció, es tradueix en menys costos, menys utilització dels serveis d'urgències, menys hospitalitzacions, menys necessitats no cobertes i millors nivells de prevenció[9].

Els programes preventius sovint presenten cobertures desiguals segons la classe social, el sexe o el territori, fet que es tradueix en variacions en els resultats dels mateixos. Habitualment se'n beneficien més els individus de classes més privilegiades, que solen ser els que tenen menys risc de patir la malaltia en qüestió[10-12].

1.2. Antecedents en l'estudi de les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris a l'Estat espanyol i a Catalunya

La publicació de l'informe SESPAS 2004 ha representat una fita important, que aporta informació valuosa respecte de les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris a l'Estat espanyol i a Catalunya, en relació al gènere, la classe social, el nivell d'estudis i el territori[13]. L'informe aborda aspectes concrets i fa palesa la necessitat de dur a terme estudis més específics per esbrinar els mecanismes pels quals es produeixen les desigualtats en l'ús dels serveis sanitaris. Els canvis en el finançament de la sanitat de les Comunitats Autònomes i les fonts econòmiques per assolir aquest finançament, a partir dels impostos directes i indirectes; la introducció de mecanismes de gestió privada en la sanitat pública que no sempre presenta resultats satisfactoris quant a la qualitat dels serveis; l'equilibri i les diferències de l'oferta pública i privada de serveis; les desigualtats de gènere i de classe que podrien condicionar la pràctica professional i l'esforç diagnòstic i terapèutic, són alguns dels aspectes tractats en l'esmentat informe.

Els darrers anys ha augmentat la cobertura dels programes preventius que s'havien posat en marxa a començament dels anys noranta, i en molts casos s'ha completat la cobertura al total de la població. A Catalunya, recentment s'ha descrit l'augment de la realització de mamografies preventives per part de les dones de 50 a 69 anys[14]. Malgrat tot, persisteixen desigualtats socioeconòmiques d'accés a alguns tipus de serveis. L'atenció dental, tant la preventiva com ara l'atenció odontològica, continua com a una de les assignatures pendents. L'Estat espanyol va molt endarrerit quan es compara l'equitat socioeconòmica d'accés a aquests tipus de serveis amb la de la resta de països de la Comunitat Europea. No obstant això, l'atenció dental infantil del País Basc i de Navarra[15], sembla haver disminuït les desigualtats en salut dental segons la classe social en els nens i nenes de 12 anys de Navarra.

A Catalunya, la possibilitat d'analitzar les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002, i comparar-les amb les del 1994, dutes a terme amb metodologia semblant, ha permès monitorar l'estat de les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris en el temps.

1.3. Objectius i mètodes

Aquest capítol té com a objectius descriure les desigualtats en la cobertura sanitària, la realització de pràctiques preventives, la utilització de serveis sanitaris i la qualitat dels mateixos a Catalunya segons la classe social, la regió sanitària i el sexe, l'any 2002, així com l'evolució d'aquestes desigualtats entre 1994 i 2002.

Amb aquesta finalitat s'han analitzat les darreres dades disponibles que són les de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002 (ESCA-02) així com les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 1994 (ESCA-94), que inclouen mostres representatives de la població catalana no institucionalitzada. L'ESCA-02 es va fer per entrevista als domicilis de les persones seleccionades entre octubre de 2001 i maig de 2002, l'ESCA-94 durant tot l'any 1994. La informació sobre llistes d'espera s'ha obtingut del Servei Català de la Salut. Les dades d'hospitalitzacions evitables procedeixen de l'estudi "*Monitorización de la efectividad de la atención primaria mediante indicadores basados en datos administrativos*" (projecte nº PI021306 del *Fondo de Investigación Sanitaria*).
Per a cada una de les variables de serveis sanitaris estudiades s'ha calculat la proporció d'individus de cada classe social que va declarar aquella condició, estandarditzada per edat pel mètode directe prenent com a població de referència la població total entrevistada l'any 1994. Per analitzar l'associació entre la classe social (amb la classe I-II com a categoria de referència) (veure l'apartat de classe social del capítol 1) i les variables d'utilització de serveis tenint en

compte altres variables d'ajustament s'ha usat la regressió logística, incloent també la ponderació mostral, que proporciona l'*odds ratio* de prevalença (OR) com a mesura de l'associació entre cada categoria de la classe social respecte la classe I-II i la variable dependent. Quan ha estat necessari aquestes anàlisis s'han estratificat per estat de salut o per tipus de cobertura sanitària.

Les dades es presenten respecte a 2002, però es fa referència a les dades presentades en l'anterior informe per tal de poder comparar les desigualtats trobades l'any 1994 amb les més actuals.

2. Les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris a Catalunya

2.1. La cobertura sanitària

A Catalunya, el 99,8 % de la població té cobertura sanitària pública (Servei Català de la Salut o mútua d'afiliació obligatòria o pública), però hi ha un percentatge important de la població que, a més, declara tenir cobertura sanitària privada, bé perquè paga una mútua voluntàriament, bé perquè pertany a una iguala[1]. El fet de pagar una mútua canvia molt segons classe social tal com mostra la taula 5.1, mentre que les persones de classes socials I-II declaren tenir més freqüentment una cobertura privada (40,9%), només ho fan un 18,5% de les persones de classes IV-V. Un altre fet a tenir en compte, es que un 7% de les persones de classes I-II declaren tenir una mútua obligatòria (quasi una tercera part d'aquestes a més tenen una mútua privada), mentre que de les classe IV-V ho declaren un 1,6%.

La figura 5.1 i la taula 7 de l'annex, mostren la distribució de la cobertura pública (Servei Català de la Salut o mútua obligatòria) i mixta (pública més privada) segons classe social i sexe. Només 13 persones de tota l'enquesta varen declarar tenir només una cobertura privada, per aquest motiu, l'any 2002 no es presenta aquest tipus de cobertura separadament. La distribució de la cobertura per classes socials és semblant per a homes i dones. Pel que fa a la comparació de les desigualtats de classe de l'any 1994, es pot comentar que la situació és la mateixa (figura 5.1).

Quant a la distribució de la cobertura per regions sanitàries, són les persones de Barcelona i Lleida les que declaren tenir menys cobertura solament pública. Les desigualtats per classe social existeixen a totes les regions sanitàries i són similars a les de l'any 1994 (figura 5.2.).

La desigual distribució segons classe social de la cobertura sanitària es tradueix, tal com veurem posteriorment, en diferències en el tipus d'atenció rebuda per part de la població. A més, la menor utilització dels serveis públics per part de les classes benestants té repercussions en el funcionament del Servei Nacional de Salut ja que els serveis públics reben menys prioritat política i menys finançament[16].

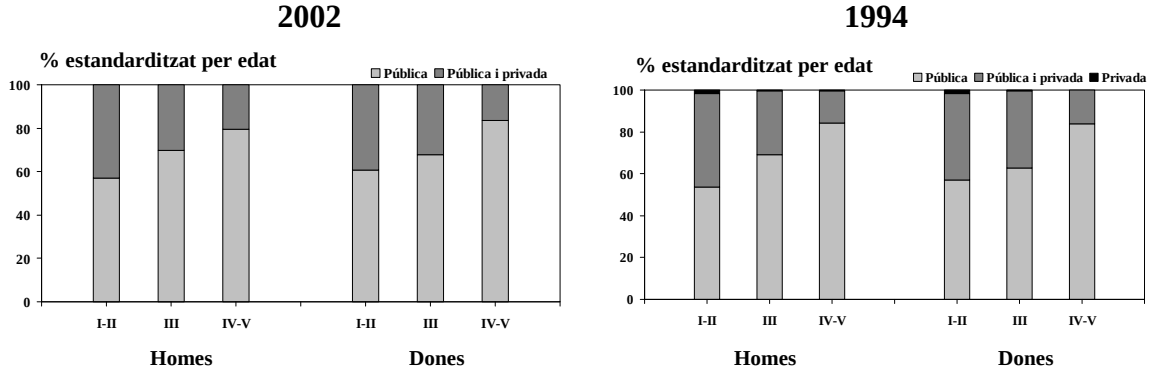
[1] Contracte privat amb el metge directament i mitjançant un pagament periòdic

Taula 5.1. Cobertura sanitària segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Catalunya, 2002.

	Servei Català de la Salut		Mútua obligatòria		Total segons cobertura pública o pública i privada		Total
	Sense mútua privada	Amb mútua privada	Sense mútua privada	Amb mútua privada	Pública	Pública i privada	
Classe social I-II	54,3	38,7	4,8	2,2	59,1	40,9	100
Classe social III	65,7	30,1	3,2	1,0	68,9	31,1	100
Classe social IV-V	80,3	18,1	1,2	0,4	81,5	18,5	100

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

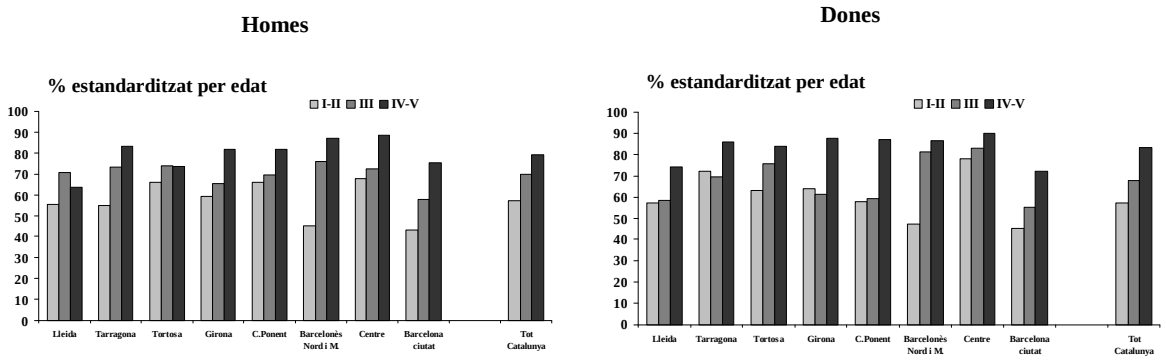
Figura 5.1. Cobertura sanitària segons la classe social. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994.



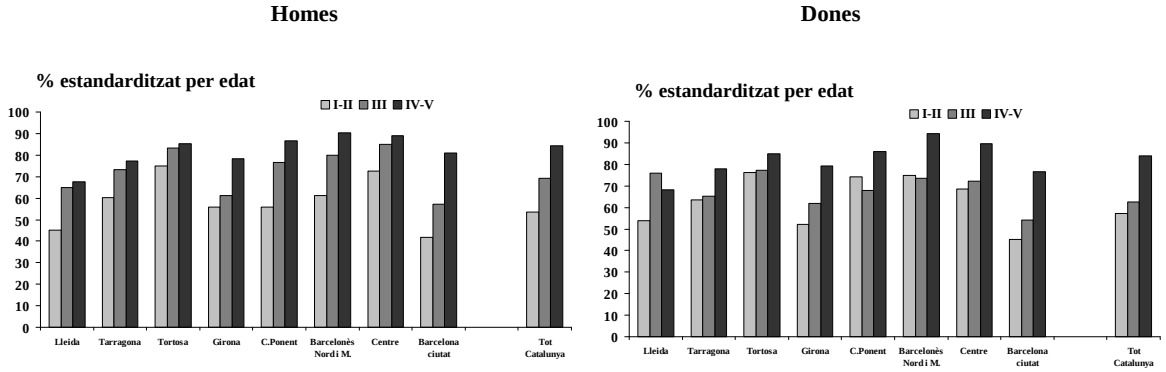
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 5.2. Cobertura sanitària pública exclusivament segons la classe social i la regió sanitària. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

2.2. Les pràctiques preventives

En aquest apartat es descriuen les pràctiques preventives realitzades per la població que es van recollir a l'ESCA-94 i l'ESCA-02. En la realització de pràctiques preventives hi influeix de manera important el fet de tenir una cobertura sanitària privada a més de la pública, ja que fins ara les mútues ofereixen més fàcilment la realització d'aquestes pràctiques. Per tant, tal com es va fer en l'anterior informe, les desigualtats segons la classe social es descriuran separant la població que només declara cobertura pública de la que declara tenir doble cobertura.

L'any 2002, un 46,6 % dels homes i un 40,4 % de les dones de 15 anys d'edat o més declaren realitzar-se algun examen mèdic preventiu de manera regular o periòdica. Aquests percentatges són molt més alts que els de 1994 (25,3 % i 23,5 % respectivament). Els homes de classe I i II són els que ho declaren en un percentatge més elevat; mentre que en les dones, les diferències entre classes són petites. Aquest patró és bastant similar a les diferents regions (taula 8 de l'annex). El fet de tenir una cobertura sanitària doble (pública més privada) fa que un percentatge més elevat de població es faci exàmens preventius ja que tant en homes com en dones i en totes les classes socials, els percentatges augmenten en els que tenen doble cobertura (taula 9 de l'annex). Les desigualtats de classe social que s'observen en els homes l'any 2002, no s'observaven l'any 1994.

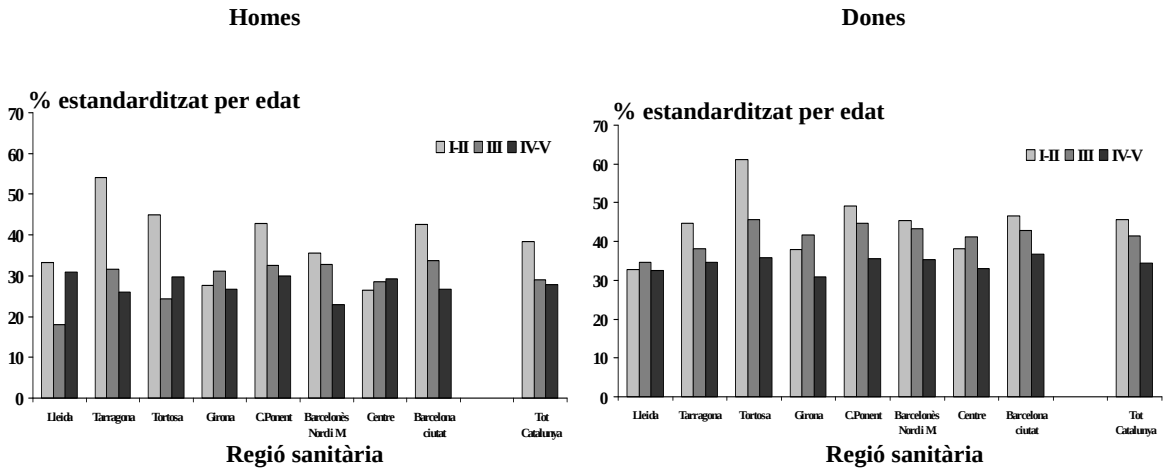
La visita al dentista no sempre és una pràctica preventiva ja que moltes vegades es fa per motius d'una malaltia dental; de tota manera s'ha inclòs en aquest apartat ja que també es fan visites amb caràcter preventiu. Un 30,7 % dels homes i un 37,8 % de les dones van declarar haver visitat el dentista l'any anterior, percentatges superiors als de 1994 (25,2 i 32,3 % respectivament). Aquests percentatges varien segons la classe social, essent les classes més benestants les que utilitzen més els serveis d'odontologia: 38,4 % dels homes i 45,6 % de les dones de classes I i II en comparació amb un 27,8 % dels homes i un 34,3 % de les dones de les classes IV i V. Aquestes desigualtats es presenten en la majoria de regions (figura 5.3 i taula 8 de l'annex).

Tal com s'observa a la figura 5.4 (i la taula 9 de l'annex), les persones que declaren tenir cobertura privada a més de la pública han anat més al dentista i les dones ho fan més que els homes. De totes maneres les desigualtats segons la classe social es produeixen en els dos casos. Respecte a l'any 1994, les persones amb cobertura privada, i sobretot els homes, de les classes socials I i II han augmentat considerablement la freqüència d'haver-se visitat, fet que no ha passat en les altres classes, per tant, en aquest cas, les desigualtats entre classes, han augmentat entre les dues enquestes (figura 5.4).

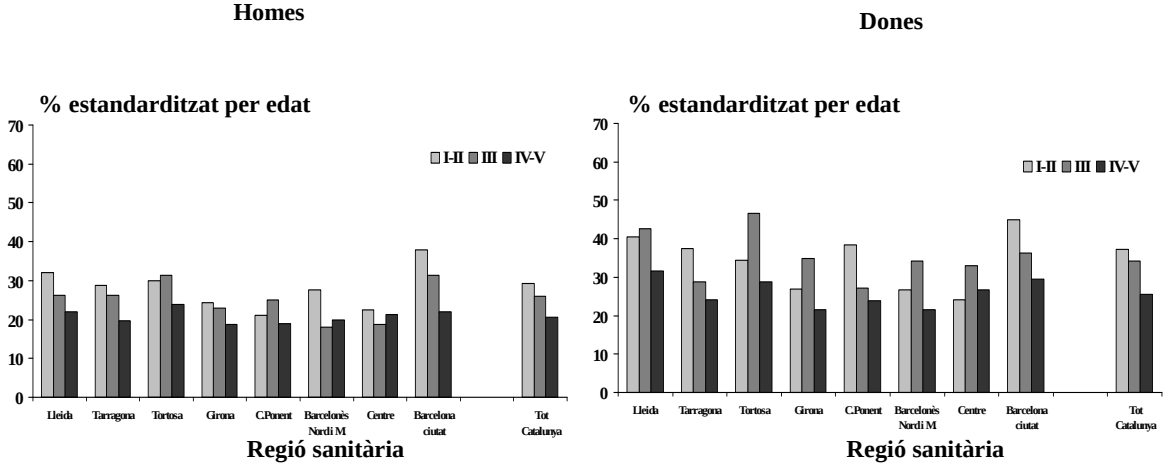
Una possible explicació de perquè les dones van més al dentista que els homes pot ser el fet de que aquestes sovint presenten pitjor salut dental a causa de processos com l'embaràs o la menopausa.

Figura 5.3. Visita al dentista segons la classe social i la regió sanitària. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



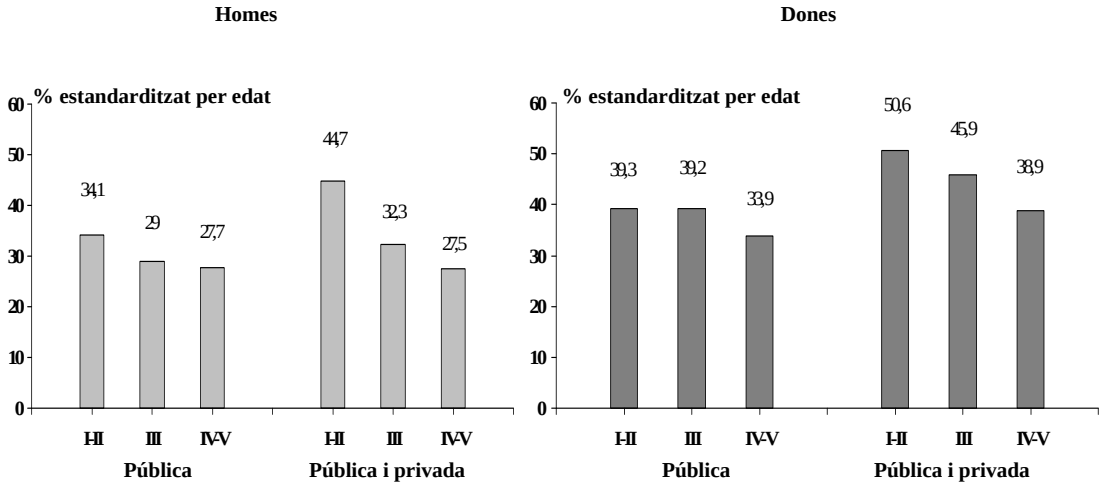
Any 1994



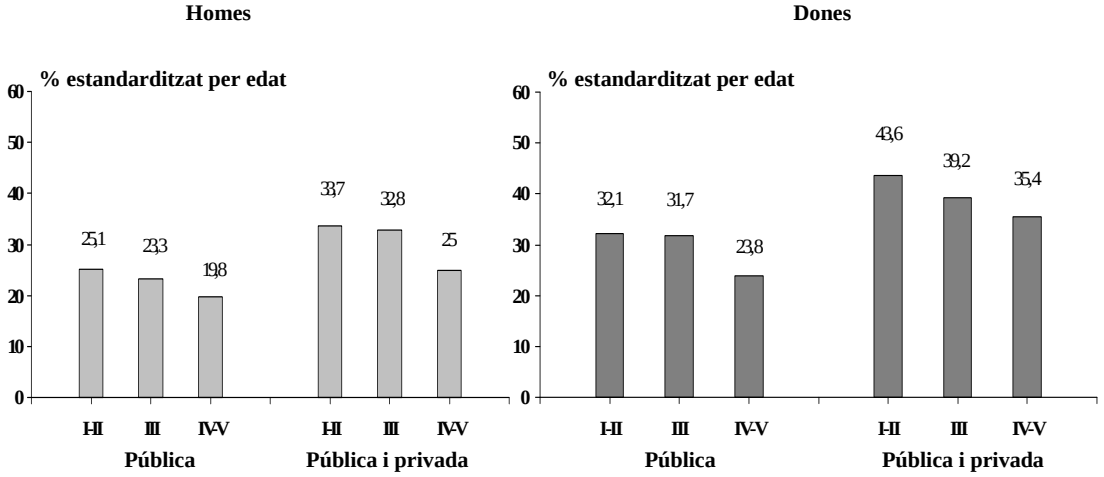
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 5.4. Visita al dentista segons la classe social i el tipus de cobertura sanitària. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



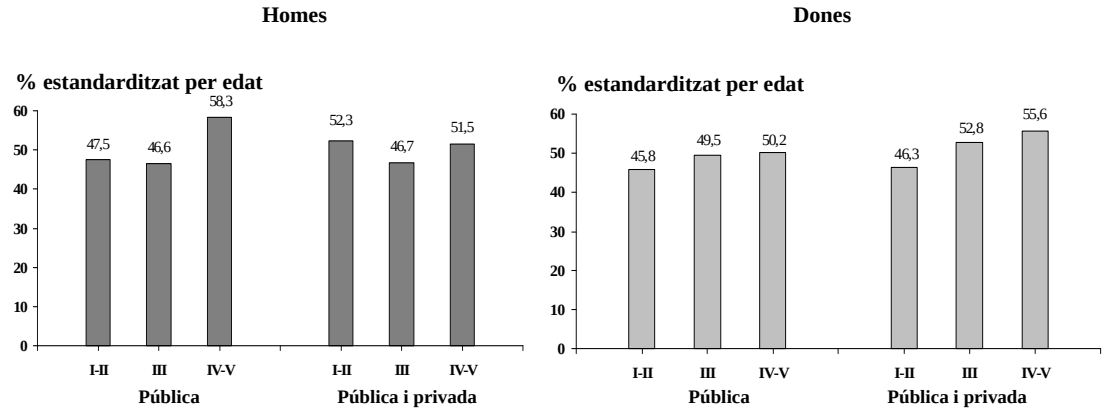
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Un 48 % dels homes i un 50,8 % de les dones de 15 anys o més declaren que es prenen la tensió arterial de manera periòdica, percentatges molt superiors als de l'any 1994 (26,3 % i 29 % respectivament), no havent-t'hi diferències importants segons la classe social. Aquest patró és diferent segons la regió sanitària de residència, ja que en alguns casos, com per exemple a Tortosa o Barcelona en el cas dels homes, si que s'observen desigualtats per classe (taula 8 de l'annex). En algunes regions són les persones de classe IV-V les que declaren pendre-se la més, com per exemple Costa de Ponent en el cas dels homes o Barcelonès Nord i Maresme, Centre i Barcelona en el cas de les dones.

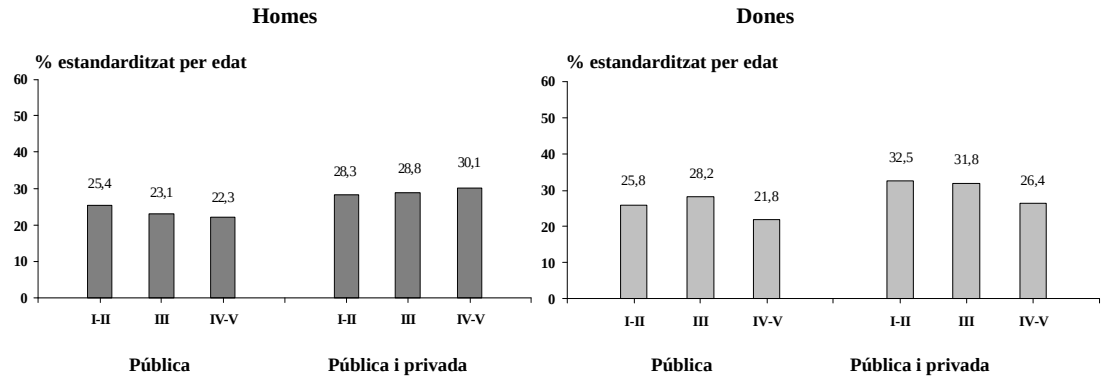
Es pot observar que hi ha percentatges una mica més elevats de presa de la tensió arterial de manera periòdica en les dones amb cobertura pública i privada, respecte a les dones que només tenen cobertura pública. Aquest fet en el cas dels homes no es produeix. Respecte a l'any 1994, podem afirmar que les desigualtats de classe que existien, ara no s'observen, ja que les persones de classes IV-V són les que més declaren que es prenen la tensió arterial (figura 5.5 i taula 9 de l'annex).

Figura 5.5. Presa de la tensió arterial periòdica segons la classe social i el tipus de cobertura sanitària. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

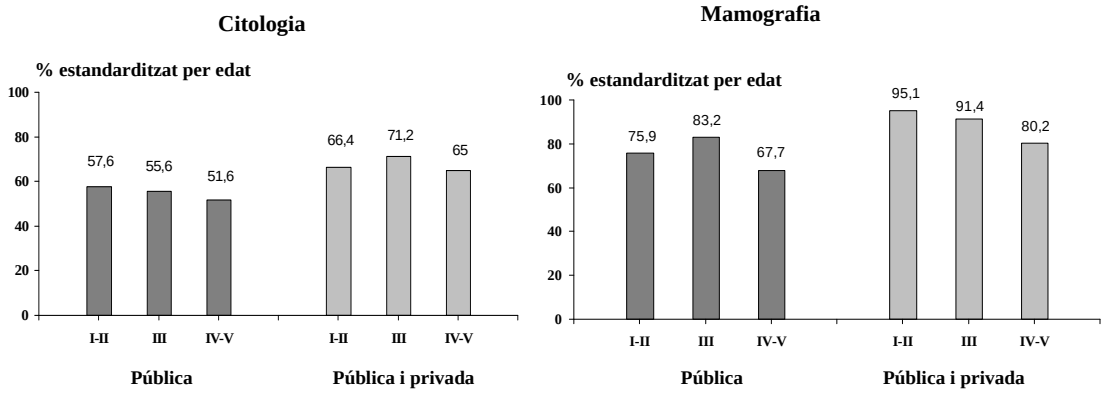
No hi ha desigualtats importants segons classe social en la revisió periòdica del nivell de colesterol de manera preventiva, essent un 44,2 % dels homes i un 46,6 % de les dones de 15 anys o més que declaren revisar-se'l de manera periòdica (l'any 1994 era d'un 18 %). A diferència de l'any 1994, en que algunes regions sanitàries com Lleida hi havia percentatges més baixos, l'any 2002, els percentatges de les regions són més homogenis (taula 8 de l'annex). Malgrat la no existència de grans desigualtats segons la classe social, pràcticament sempre són les persones de classes IV-V les que se'l revisen en una menor proporció. Novament, el fet de tenir cobertura privada a més de la pública, s'associa a major percentatge de persones que es controlen el colesterol, sobretot en el cas de les dones (taula 9 de l'annex).

Finalment, es presenten els resultats de les pràctiques preventives en ginecologia. Pel que fa a la realització de citologia periòdica per part de les dones de 20 anys o més també ha existit un augment i declaren que se la fan un 61,9 % de les dones de classes I - II, un 58,3 % de la classe III i un 52,5 % de classes IV o V (aquestes xifres per 1994 eren: 44,1; 46,3 i 37,2). Segons les regions sanitàries, s'observen resultats força similars tot i que en algunes regions sanitàries (Tortosa, Costa de Ponent i Centre) les dones de classe I-II se'n practiquen en més del 70 % dels casos (taula 10 de l'annex). Aquesta pràctica també la realitzen molt més les dones que declaren tenir doble cobertura i sempre les dones de classes IV-V se'n fan en menor proporció, tot i que, a diferència de l'any 1994, aquestes desigualtats per classe social no són estadísticament significatives (figura 5.6 i taula 9 de l'annex). Cal assenyalar que no existeixen programes poblacionals de cribratge del càncer de coll uterí. Per tant, aquesta prova es realitza quan el metge ho sol·licita, fet que es dóna més en la pràctica privada de la medicina, o be quan les dones ho demanen, el que sol passar més freqüentment en el cas de les de classes socials més avantatjades atès que solen tenir més informació sobre el possible benefici de la citologia.

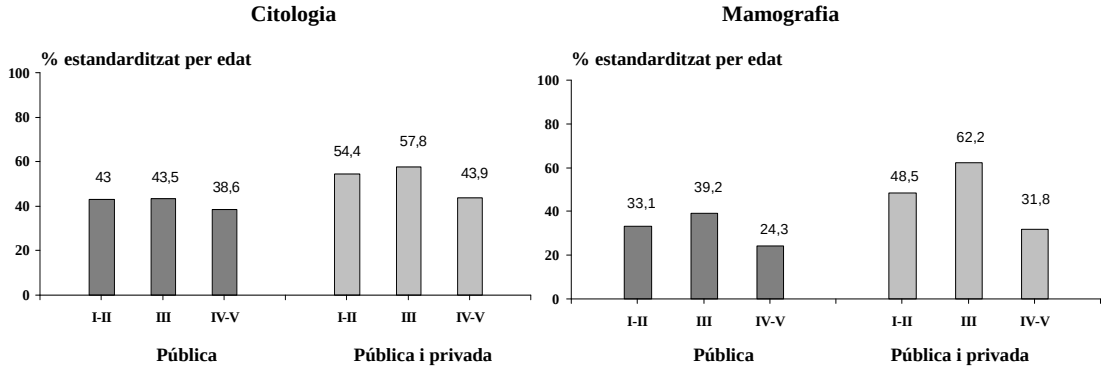
En el cas del cribratge de càncer de mama des de l'any 1992 existeix un programa a tot Catalunya dirigit a les dones de 50 a 64 anys, convidant-les a realitzar-se una mamografia periòdicament. A començaments de l'any 2002 el programa tenia un 80,2 % de cobertura poblacional. L'any 2004, el programa s'ha estès a tota la població, tot i que hi ha dones que encara no han estat convidades a fer-se la mamografia. Probablement per aquest motiu, l'any 2002 ha augmentat molt el percentatge de dones que es realitzen una mamografia periòdica de caràcter preventiu respecte a 1994, essent 7,5 de cada 10 dones de 50 a 64 anys que se'n realitzen una (l'any 1994 eren 3 de cada 10). Aquestes xifres canvien per classe social ja que es fan la prova un 87 % de les dones de classes I-II, un 81,9 % de la classe III i un 71,9 % de les classes IV-V. A les regions de Tarragona, Tortosa, Costa de Ponent i Centre les desigualtats per classe són més importants (figura 5.7 i taula 10 de l'annex). Aquesta pràctica també es realitza molt més per part de les dones que declaren doble cobertura sanitària, tot i que sempre les dones de classes IV-V són les que se'n fan en menor percentatge (figura 5.6 i taula 9 de l'annex). Respecte a l'any 1994 les desigualtats de classe han disminuït.

Figura 5.6. Realització de citologia periòdica en dones més grans de 20 anys i de mamografia periòdica en dones de 50 a 64 anys, segons la classe social i el tipus de cobertura sanitària. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002

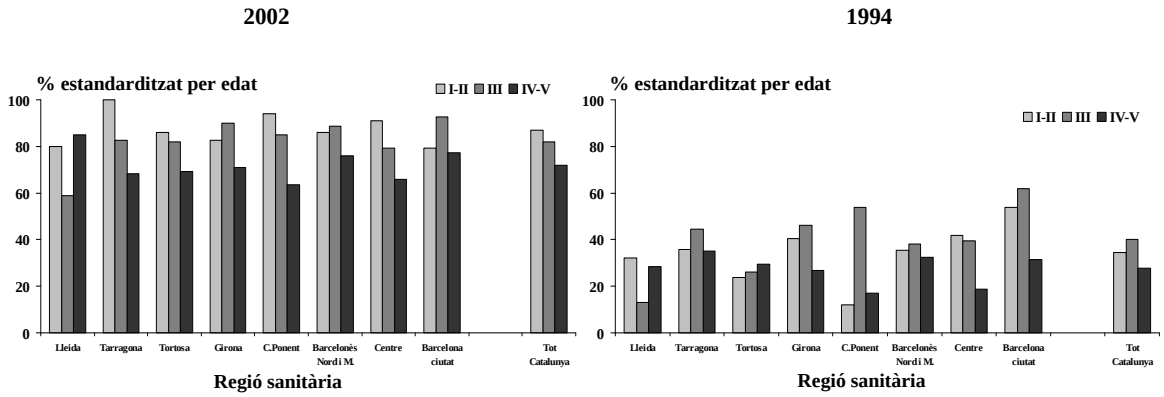


Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 5.7. Realització de mamografia periòdica segons la classe social i la regió sanitària. Dones de 50 a 64 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

2.3. La utilització de serveis sanitaris

2.3.1. La visita a un professional sanitari les dues setmanes anteriors a l'entrevista

Un 17,3 % dels homes i un 23,5 % de les dones han visitat un professional sanitari les dues setmanes anteriors a l'entrevista. Tal com s'observa a la taula 11 de l'annex, aquests percentatges són similars en les diferents classes socials. Els resultats poden canviar una mica segons regió sanitària, així per exemple, Tortosa i Girona si que presenten desigualtats segons la classe social i a Lleida els percentatges de població que s'ha visitat són més baixos.

Per descriure la utilització de serveis sanitaris és necessari tenir en compte el grau de problemes o necessitats en salut de la població de cada classe social per poder conèixer si la població més necessitada té accés als serveis. Amb aquesta finalitat, s'ha utilitzat l'estat de salut percebut com a mesura de necessitat en salut. S'ha separat la població que declara un excel·lent, molt bo o bon estat de salut de la que declara una salut regular o dolenta. Tal com s'observa a figura 5.8 i a la taula 12 de l'annex, la població que declara pitjor estat de salut percebut utilitza més els serveis sanitaris, i les dones més que els homes. A diferència de l'any 1994, les persones de classe social IV-V han visitat menys un professional sanitari, sobretot en el cas dels homes i en les dones amb salut regular o dolenta, tot i que les diferències no sempre han estat estadísticament significatives.

El fet que les dones es visitin més que els homes pot ser perquè les dones presenten pitjor salut percebuda i més trastorns crònics que els homes (veure capítol 6) o també perquè part de les visites que les dones fan són per motius relacionats amb el seu rol de tenir cura d'altres persones de la llar.

A la taula 13 de l'annex es descriu la utilització de serveis segons el tipus de cobertura sanitària. A diferència de les pràctiques preventives, en aquest cas no s'observen diferències en la utilització segons el tipus de cobertura. Respecte a les desigualtats segons classe social, només en el cas dels homes de les classes socials IV o V amb cobertura pública, s'observen

percentatges més baixos d'haver realitzat una visita els 15 dies anteriors (19,5 %) que els homes de classes I o II (22 %).

Tal com s'ha comentat anteriorment, hi ha pocs estudis que analitzin les desigualtats en la qualitat dels serveis rebuts. El fet que una part important de la població de les classes benestants tingui doble cobertura, probablement influeix en la qualitat rebuda. A la taula 5.2 es presenten els resultats referits al temps d'espera des de l'arribada a la consulta del professional sanitari fins la visita, per a homes i dones, segons la classe social, i segons qui ha finançat la darrera visita. El temps d'espera ha estat de 10 minuts més en els homes i de 5 en les dones que han utilitzat els serveis públics en comparació amb els que han fet una visita finançada privadament. Les diferències entre classes són poc importants.

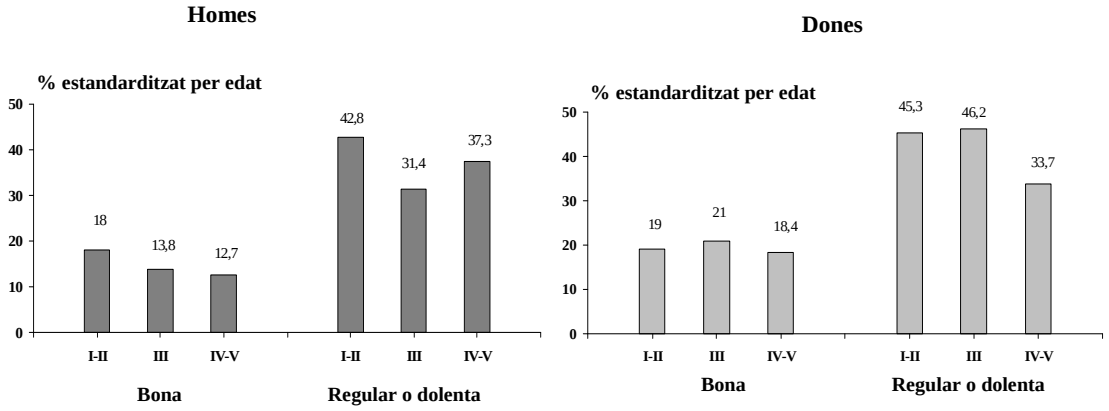
Taula 5.2. Temps d'espera (minuts) des de l'arribada a la consulta fins que la visita segons el tipus de finançament de la visita i la classe social. Homes i dones que s'han visitat els 15 dies anteriors a l'entrevista. Catalunya, 2002 i 1994.

	Tipus de finançament de la visita			
	Públic		**Privat**	
	Mediana 2002	**Mediana 1994**	**Mediana 2002**	**Mediana 1994**
Homes				
Classe social I-II	25	30	10	10
Classe social III	15	15	10	10
Classe social IV-V	20	20	20	10
Total	20	20	10	10
Dones				
Classe social I-II	15	15	10	5
Classe social III	15	20	10	10
Classe social IV-V	15	20	10	5
Total	15	20	10	5

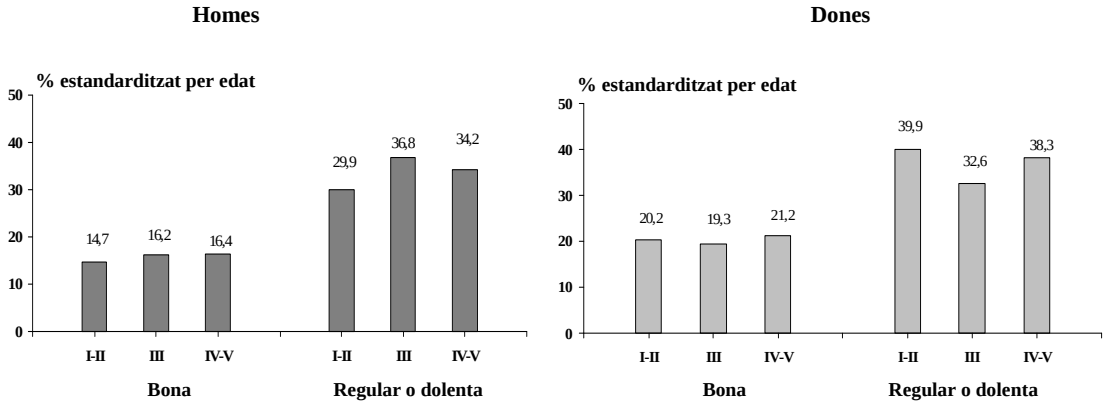
Medianes estandarditzades per edat pel mètode directe.
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 5.8. Visita a un professional sanitari els 15 dies anteriors a l'entrevista segons la classe social i l'estat de salut. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

2.3.2. L'atenció primària

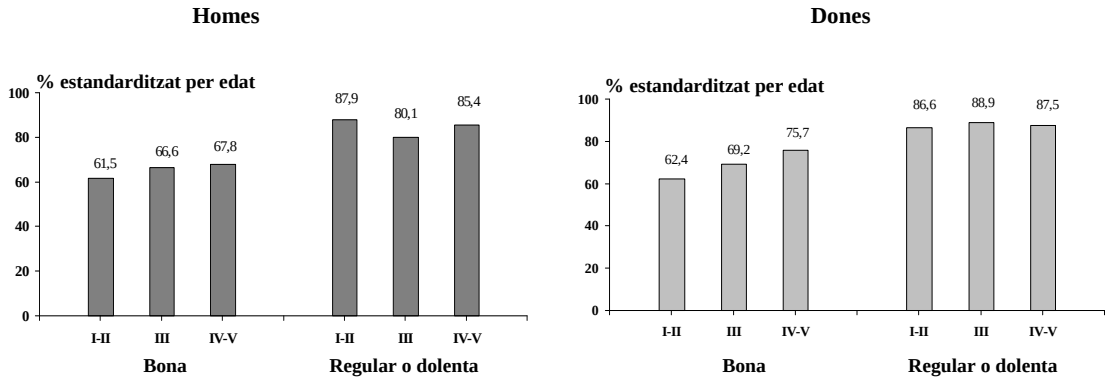
La reforma de l'atenció primària va començar a Catalunya l'any 1984, essent la cobertura l'any 2004 del 100 % de la població, tot i que alguns centres no tenen tots els metges/esses treballant en horari de 6 hores, ja que segueixen fent l'antic horari de 2 hores.

Un 69,2 % % dels homes i un 76,3 % de les dones de les dones de 15 anys o més han visitat el metge de capçalera l'any anterior a l'entrevista. Les persones de classes socials IV-V l'han visitat més i també les que tenen pitjor salut (figura 5.9). Aquest patró és homogeni en les diferents regions sanitàries i similar al de 1994.

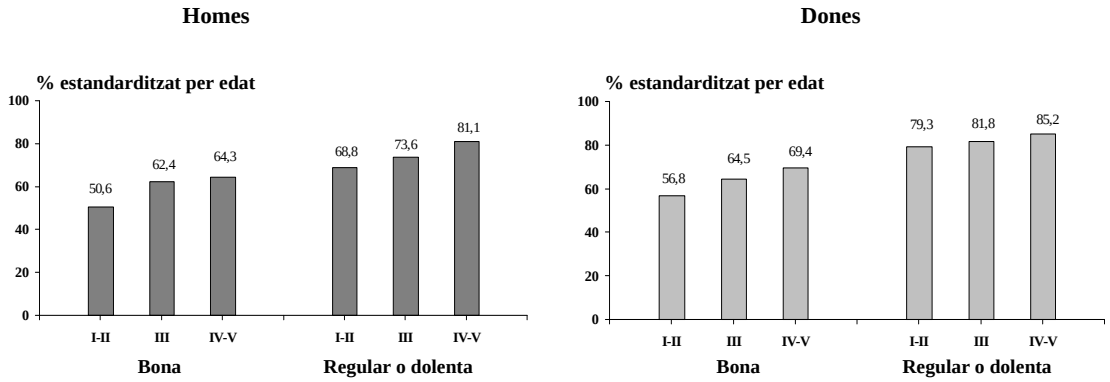
Un 80,4 % dels nens i un 76,8 % de les nenes menors de 14 anys han visitat el pediatre l'any anterior a l'entrevista. No hi ha diferències per classe social, essent un patró homogeni entre regions.

Figura 5.9. Visita al metge general l'any anterior a l'entrevista segons la classe social i l'estat de salut. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

2.3.3. L'atenció especialitzada rebuda durant l´últim any

Pel que fa a la visita a l'especialista, durant l'any anterior a l'entrevista, a Catalunya, ho han realitzat un 31,1 % dels homes i un 56,7 % de les dones l'any 2002. En el cas dels homes, el percentatge ha disminuït respecte a 1994 que era d'un 40 %. Lleida i Tortosa han presentat percentatges més baixos de persones que han visitat l'especialista (taula 11 de l'Annex).

Les persones amb una salut percebuda dolenta o amb cobertura sanitària pública i privada visiten més l'especialista. A diferència de l'any 1994, s'han trobat desigualtats per classe social en homes i dones al tenir en compte la salut percebuda (són significatives en el cas de la bona salut) i també al tenir en compte el tipus de cobertura, visitant-se menys les persones de classes IV o V, a excepció dels homes amb cobertura pública (figura 5.10 i taules 12 i 13 de l'annex).

Un 8,9 % dels homes i un 9,3 % de les dones han estat ingressats a un hospital l'any anterior a l'entrevista (excloent les causes relacionades amb el part). Tampoc en aquest cas hi ha diferències segons la classe social. La població de classes I o II de Tortosa i Costa de Ponent s'hospitalitza més que la de les mateixes classes de les altres regions (taula 11 de l'annex). Les persones amb salut percebuda dolenta o amb cobertura sanitària pública i privada s'hospitalitzen més freqüentment, sense desigualtats segons la classe social (taules 12 i 13 de l'annex).

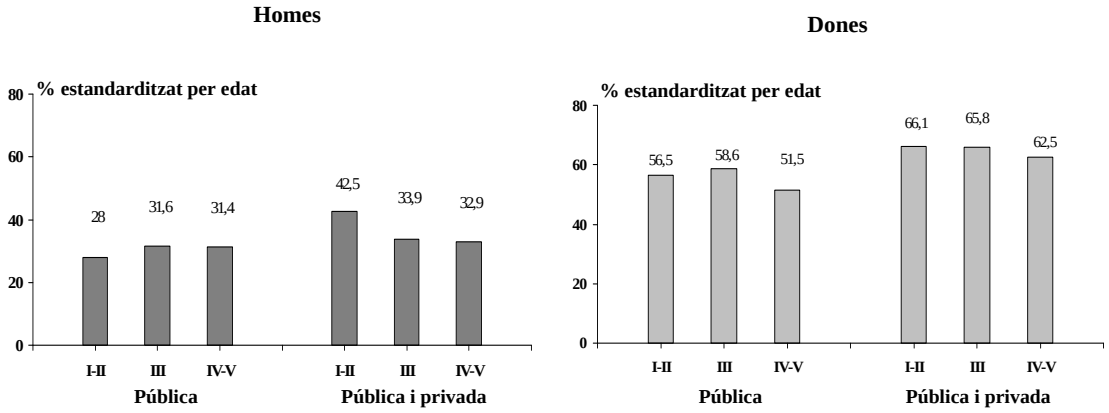
L'any 2003 hi havia a Catalunya 29.921 en llista d'espera per a ser intervingudes quirúrgicament (comptades sense tenir en compte l'espera tècnica, considerada de 3 mesos), xifra inferior a la de l'any 2000 (39.145 casos) (taula 5.3). Les regions amb més persones en llista d'espera han estat les de Barcelona ciutat, Tortosa, Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme. Si es té en compte la llista total un 35 % són malalts en espera de ser operats de cataractes i un 17 % de pròtesi de genoll. A la taula 14 de l'annex es presenten els 5 procediments que tenen llistes d'espera més llargues, per regió sanitària.

2.3.4. Hospitalitzacions evitables en l'edat pediàtrica

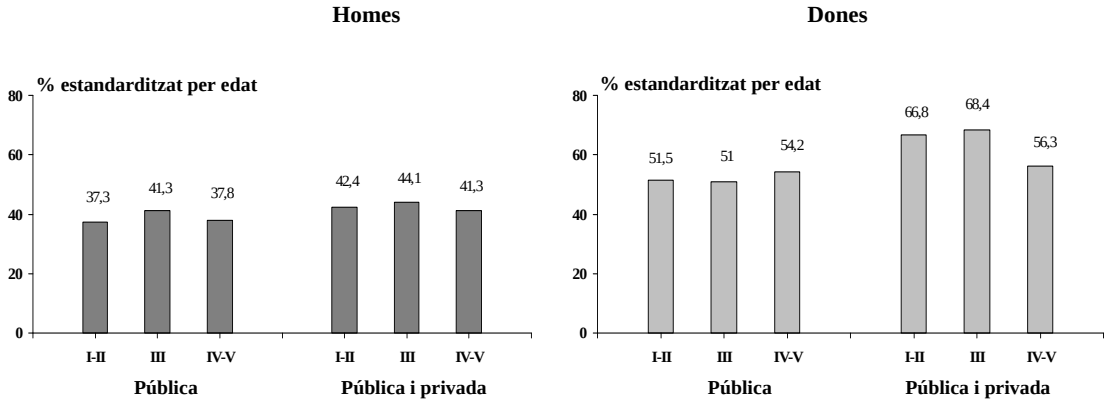
La taxa d'hospitalització és superior en els homes que en les dones en tots els grups d'edat excepte en l'etapa fèrtil de les dones en la qual les hospitalitzacions augmenten amb motiu de l'ingrés per atenció al part. També s'han confirmat aquestes diferències de gènere en l'hospitalització infantil. Tot i que la morbiditat diferencial segons el sexe explica una part important de les diferències trobades, hi podrien haver altres factors familiars i del sistema sanitari implicats en la major utilització hospitalària per part dels nens[17]. Un estudi recent que analitza les hospitalitzacions evitables en menors de 15 anys mostra que el patró és semblant, amb taxes més elevades en nens que en nenes[18]. No obstant això, la probabilitat d'aquest tipus d'hospitalització és inferior en els nens (OR: 0,8; IC95%:0,7-0,8) quan en l'anàlisi es tenen en compte altres variables (taula 15 de l'annex).

Figura 5.10. Visita a un especialista l'any anterior a l'entrevista segons la classe social i l'estat de salut. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Taula 5.3. Llistes d'espera per a una intervenció quirúrgica per 14 procediments† segons la regió sanitària. Catalunya, 2000 i 2003

Regió sanitària	Temps mig de resolució (mesos)*		Llista d'espera (nombre de casos)*		Llista per 1.000 habitants*		Temps resolució	LLista d'espera
	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2003	2003
Lleida	1,37	1,59	852	1.026	2,50	2,93	3,61	2.330
Tarragona	2,78	2,29	2.152	1.794	4,91	3,75	4,55	3.824
Tortosa	4,74	3,1	766	736	5,75	5,34	5,25	957
Girona	1,62	1,18	1.509	1.246	2,91	2,19	3,14	3.326
Costa de Ponent	3,99	3,02	7.167	6.331	6,21	5,10	5,58	11.689
Barcelonès Nord-Maresme	3,25	3,05	3.477	3.605	5,06	5,04	6,14	7.251
Centre	3,24	1,86	7.603	4.534	5,81	3,17	4,01	9.760
Barcelona ciutat	5,14	3,1	15.619	10.649	10,35	7,09	5,52	18.966
Tot Catalunya	3,65	2,52	39.145	29.921	6,43	4,66	4,89	58.103

† 14 procediments: cataractes, varices, hèrnies, colecistectomia, septoplàstia, astrocòpia, vasectomia, prostatectomia, alliberament del canal carpià, amigdalectomia, circumsició, histerectomia, pròtesi maluc, pròtesi de genoll.

Temps mig de resolució: Malalts en llista d'espera / activitat que es fa cada mes

*Aquestes columnes no tenen en compte els 3 mesos considerats d'espera tècnica

Font: Parlament de Catalunya[2] i Servei Català de la Salut

3. Conclusions

- La població de classes benestants té una doble cobertura sanitària amb molta més freqüència que les persones de classes IV i V, situació estable respecte l'any 1994.

- Ha augmentat considerablement la realització de pràctiques preventives per part de la població més gran de 15 anys tot i que es segueixen observant desigualtats en les pràctiques preventives segons la classe social. Els individus de classe social més afavorida declaren més pràctiques preventives que els seus homòlegs de classe menys afavorida, sobretot en la consulta al dentista. La presa periòdica de la tensió arterial no presenta desigualtats per classe l'any 2002, a diferència de 1994.

- Ha augmentat la realització de citologia i mamografia periòdica per part de les dones de 20 anys o més i de 50 a 64 anys respectivament. Les dones de classe social IV-V declaren practicar-se menys citologies i mamografies periòdiques que les de les altres classes socials, però en el cas de la mamografia, les desigualtats són menors a les de 1994.

- Hi ha una clara diferència en la utilització de serveis sanitaris no totalment coberts per la sanitat pública com és l'odontologia i que reflecteix una barrera econòmica d'accés als

[2] Les dades de l'any 2000 s'han obtingut de les declaracions de Carme Figueras, diputada-portaveu de Sanitat, en nom del Grup Parlamentari Socialistes-Ciutadans pel Canvi, 5 de febrer de 2001.

serveis sanitaris. Les desigualtats en aquest cas podrien haver augmentat respecte l'any 1994 sobretot en els homes.

- La utilització de serveis sanitaris d'atenció primària (visita el metge general i al pediatra) i hospitalària no presenta desigualtats segons la classe social.

- Les visites a l'especialista són menys realitzades per les classes desafavorides, diferències que no existien l'any 1994.

- La doble cobertura sanitària és un factor que influeix en la generació de desigualtats segons la classe social, sobretot pel que fa a les pràctiques preventives, l'accés als serveis sanitaris sense cobertura pública i la qualitat de l'atenció rebuda.

- A més de l'estudi de les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris a partir de dades recollides a les enquestes de salut, seria necessari posar en marxa estudis més específics adreçats als mecanismes pels qual es reprodueixen les desigualtats de gènere, de classe social o de territori en l'ús de serveis sanitaris per a determinats problemes de salut i/o programes d'intervenció sanitària.

Bibliografia

[1] Hsiao WC, Liu Y. Health care financing: assessing its relationship to health equity. A: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health. From ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001.

[2] Martín-García M, Sánchez-Bayle M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades . A: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 1: 96-101

[3] Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. NY: Oxford University Press; 1998.

[4] Shi L. Balancing primary versus specialty care. J Royal Soc Med. 1995;88:428-32.

[5] Shi L. Primary care, specialty care, and life chance. Int J Health Serv. 1994;24:431-58.

[6] Shi L. The relation between primary care and life chances. J Health Care Poor Underserver. 1992;3:321-35.

[7] Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria en la salud. Aten Primaria. 1999;24:468-74.

[8] Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. primary care, self rated health , and reductions in social disparities in health. Health Serv Res. 2002;37(3):529-50.

[9] Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. Pediatrics. 2004;113:1493-98.

[10] Solberg LI, Brekke ML, Kottke TE. Are physicians less likely to recommend preventive services to low-SES patients? Prev Med. 1997;26:350-7.

[11] De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P. Social inequalities and prevention: vaccination of adolescents. Rev Epidemiol Sante Publique. 1996;44:228-36.

[12] Navarro-Rubio MD, Jovell AJ, Schor EL. Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain. Am J Prev Med. 1995;11:256-62.

[13] Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Capítulo 3. La atención a la salud. Gac Sanit. 2004;18 (Supl 1):81-145.

[14] Masuet C, Séculi E, Brugulat P, Tresserras R. La práctica de la mamografía preventiva en Cataluña. Un paso adelante. Gac Sanit. 2004;321-325.

[15] Freire JM. El programa dental de atención infantil (PADI) de Navarra y del País Vasco: logros y nuevas metas. An Sist Sanit Navar. 2003;26(3)423-8.

[16] Sanchez-Bayle M. The health care counter-reform in Spain. J Public Health Policy. 1999;20(4):471-3.

[17] Rajmil L, Fernandez E, Salas T, Barba G, Raspall F, Vila C et al. Gender differences in children's hospitalization in Catalonia: another inequality?. Acta Paediatr. 1999;88:990-7.

[18] Sánchez E, Caminal J, Morales M, Vall O. Hospitalizaciones evitables en la edad pediátrica. Gac Sanit. 2004;18(Supl 3):130.

Fig. 1. Model sobre els determinants de la salut per Evans i Stoddart

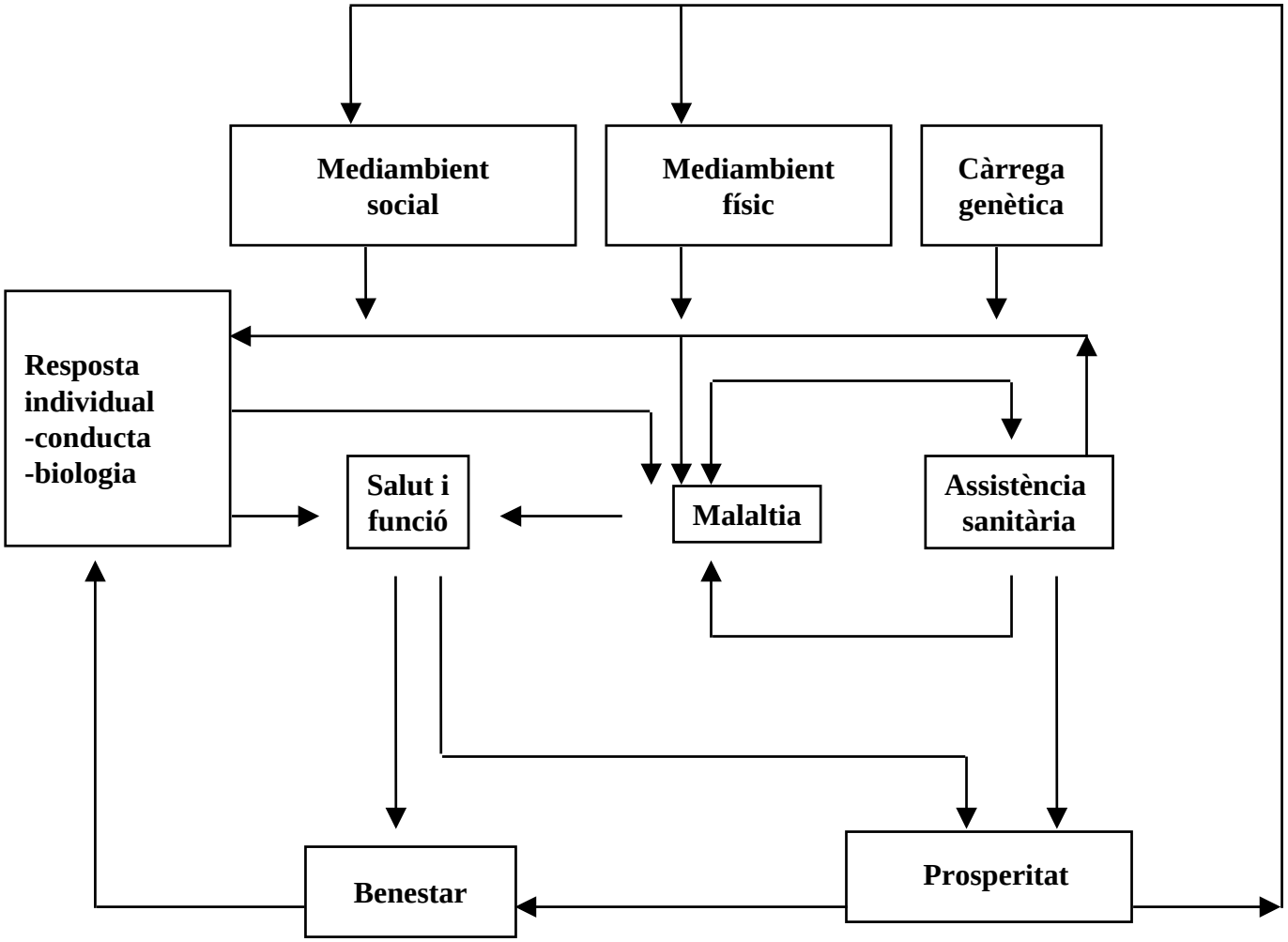


Fig. 5.1. Cobertura sanitaria segons classe social

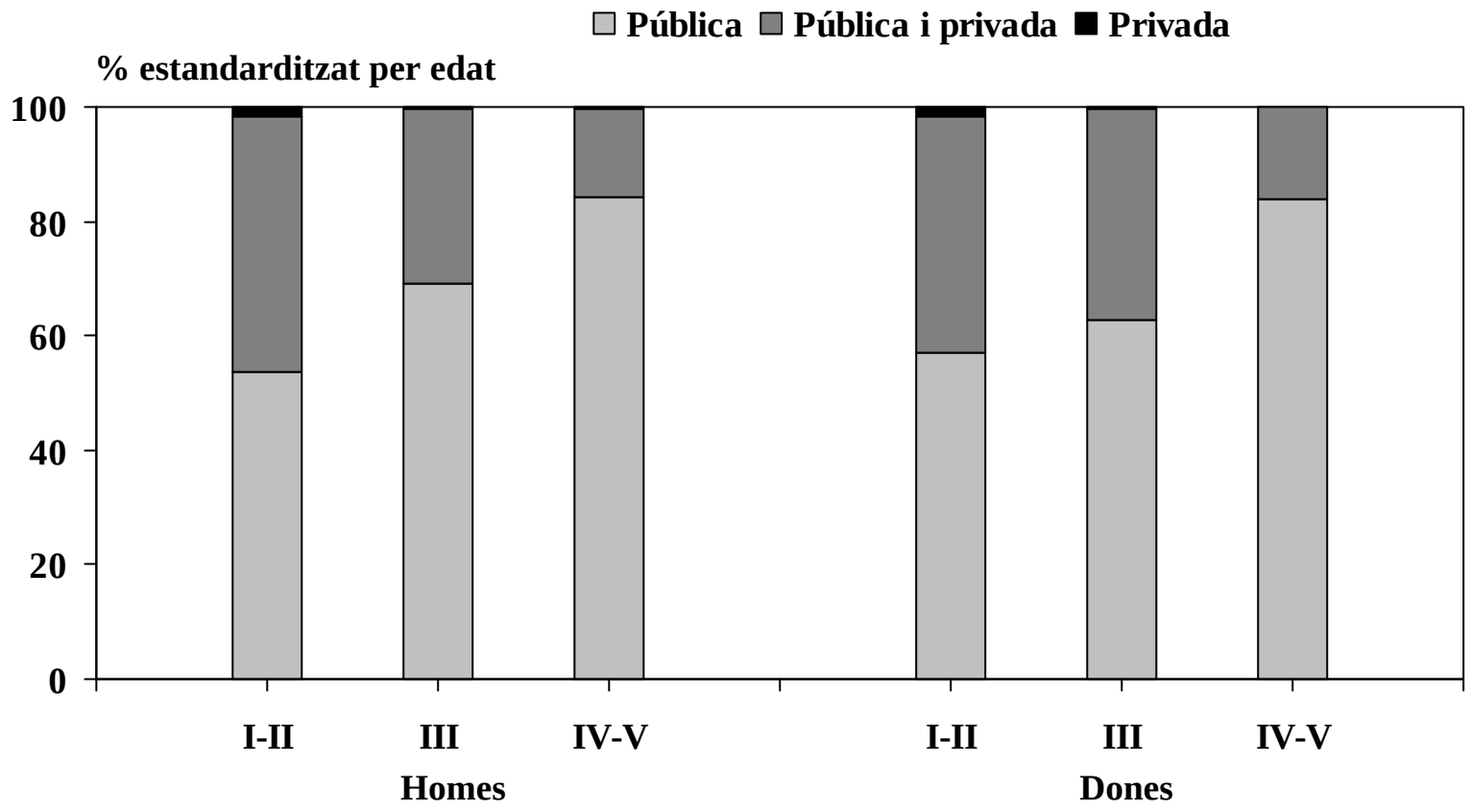


Fig. 5.2. Cobertura pública per regions -homes

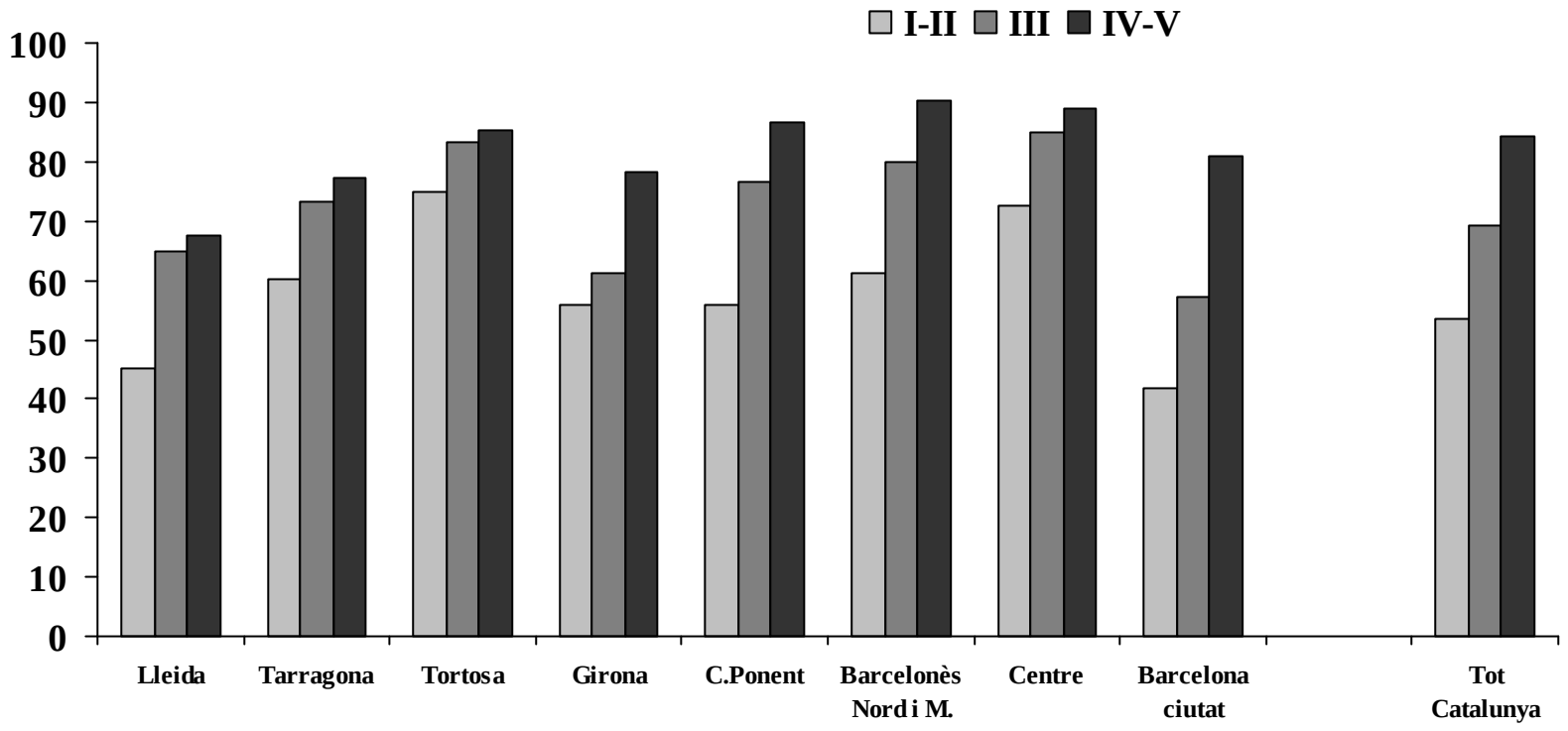
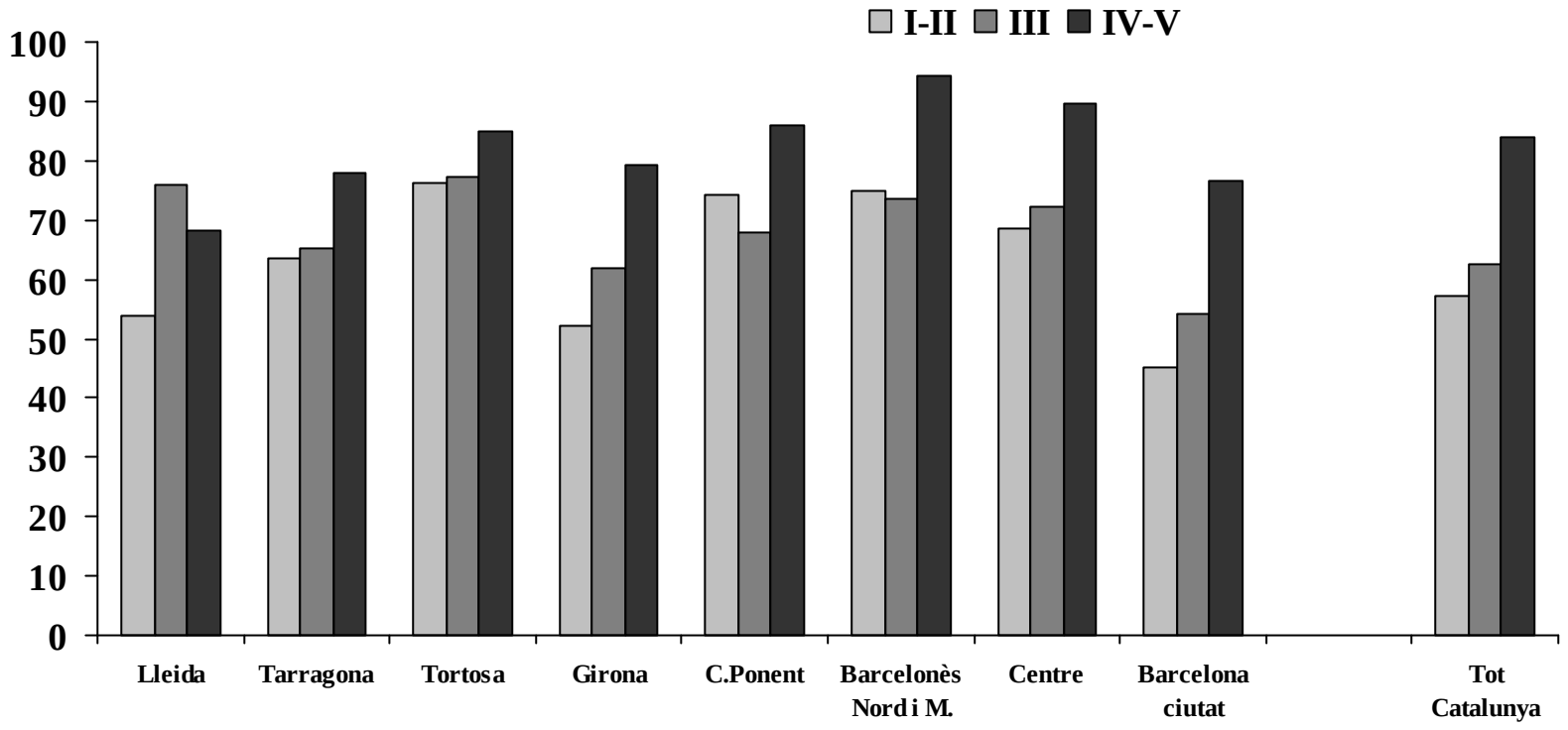
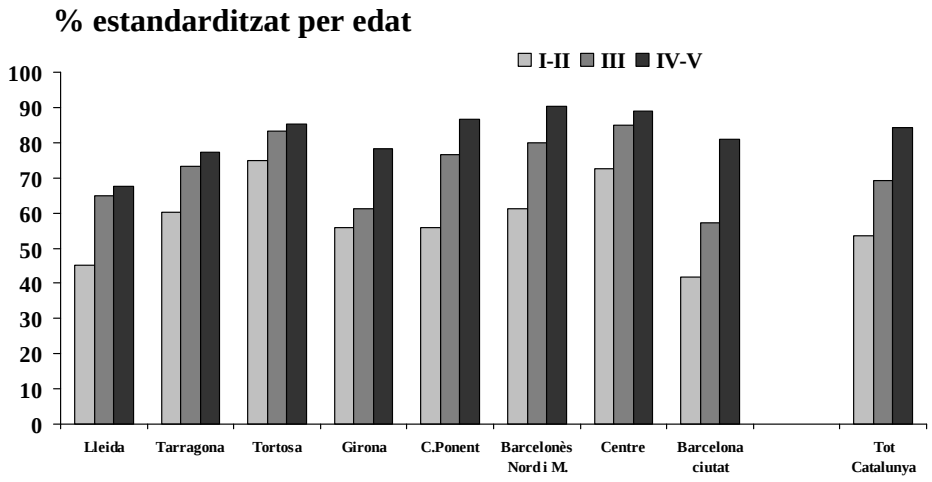


Fig. 5.2. Cobertura pública per regions –dones- 1994



Homes


% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya

Dones

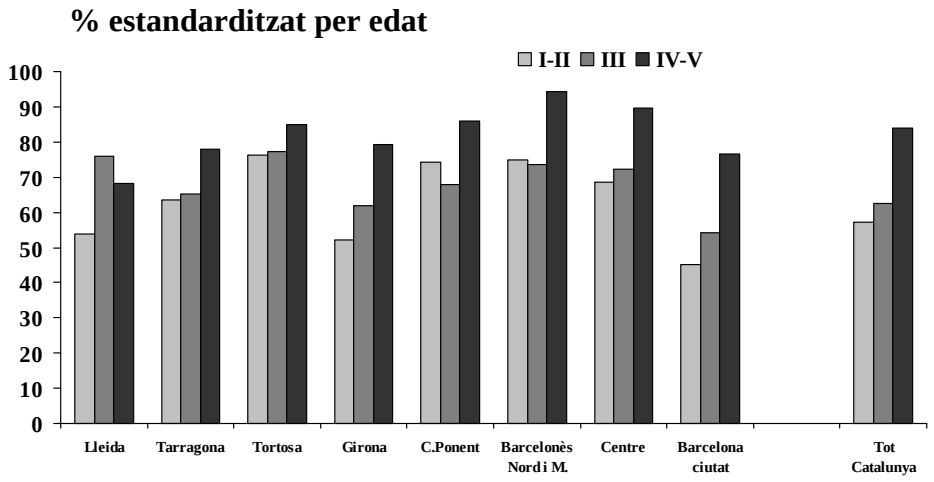

% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya

Fig. 5.7. Visita mèdica segons classe social

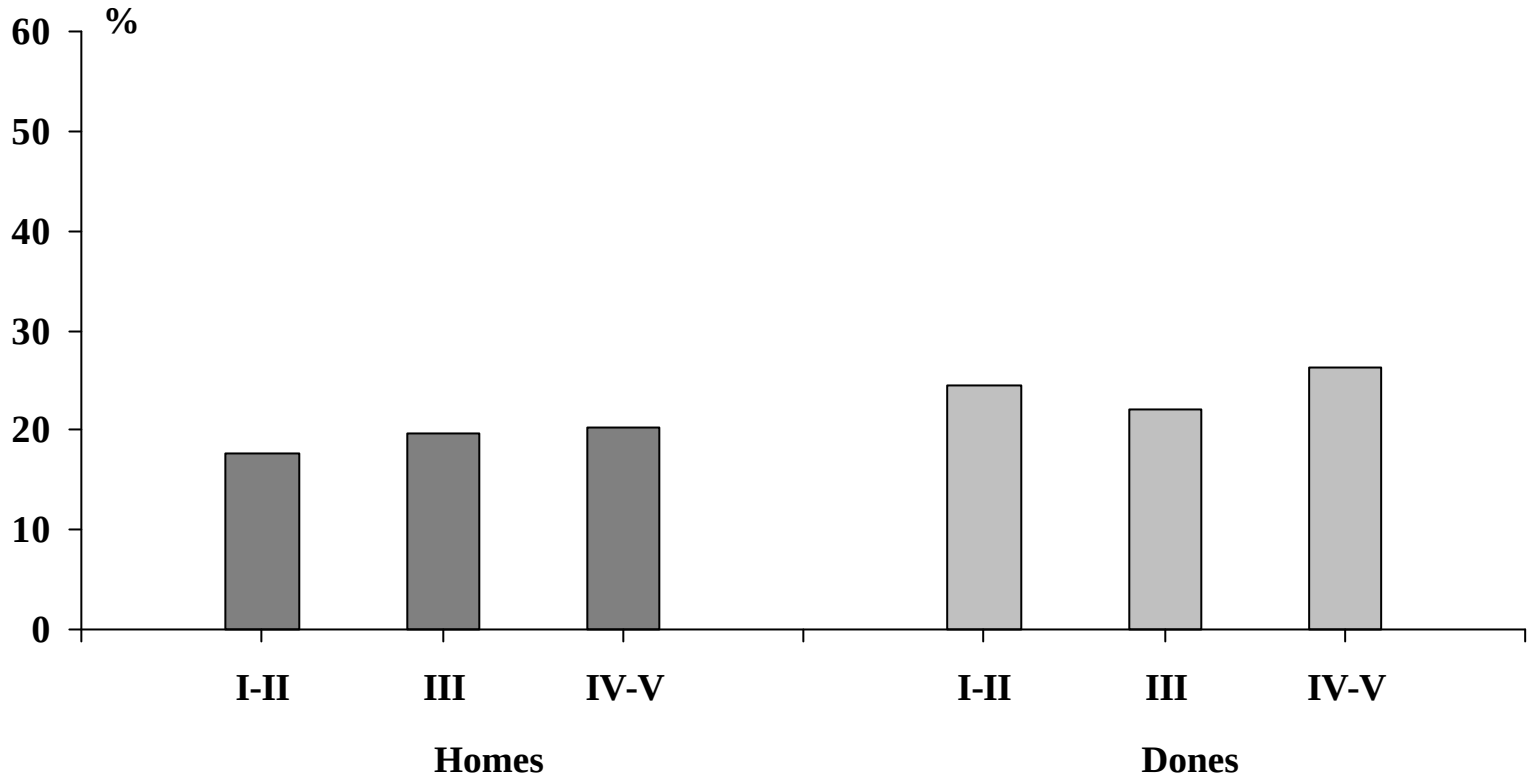


Fig. 5.7. Visita a l'especialista segons classe social

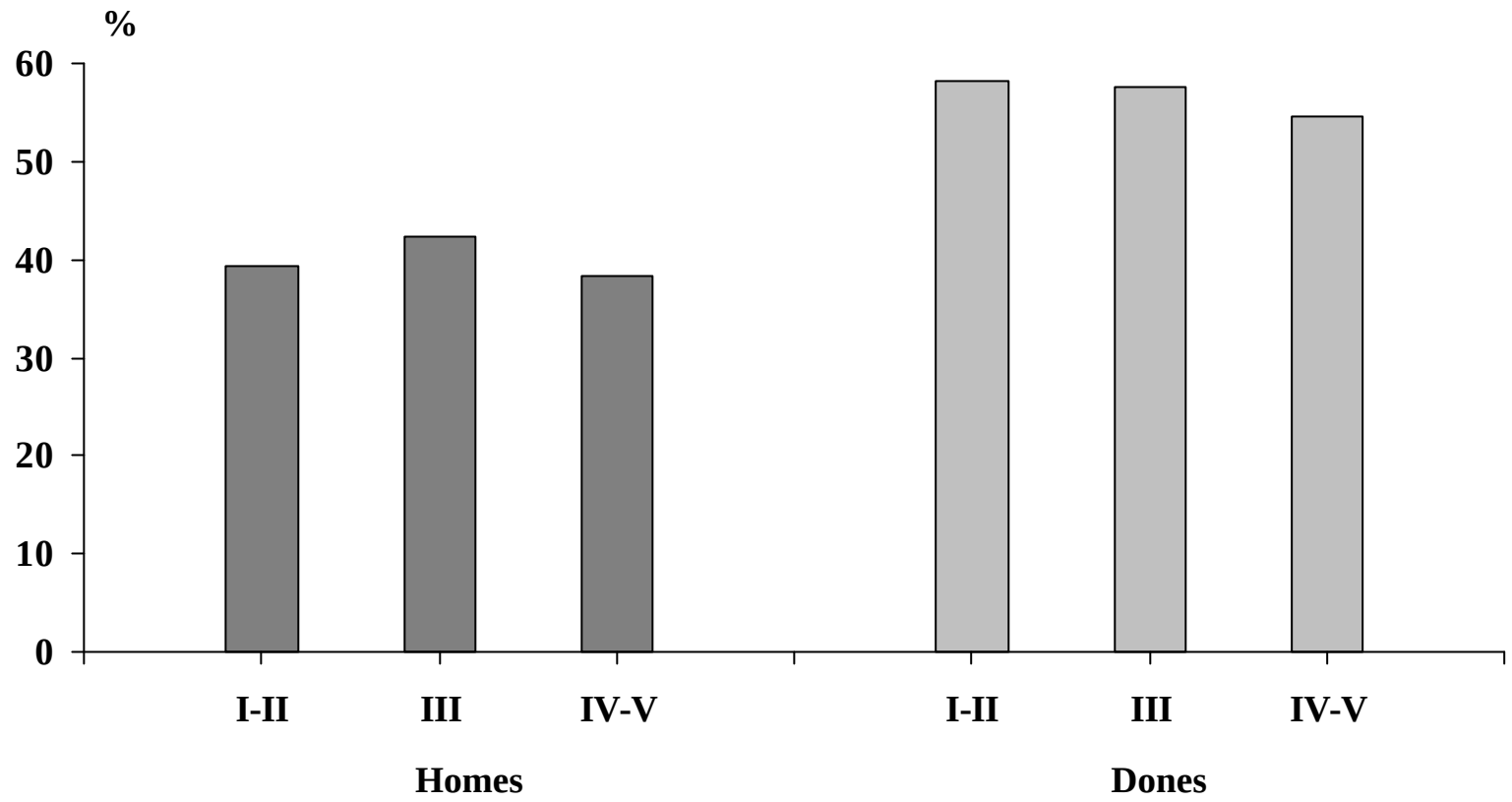


Fig. 5.7. Hospitalització segons classe social

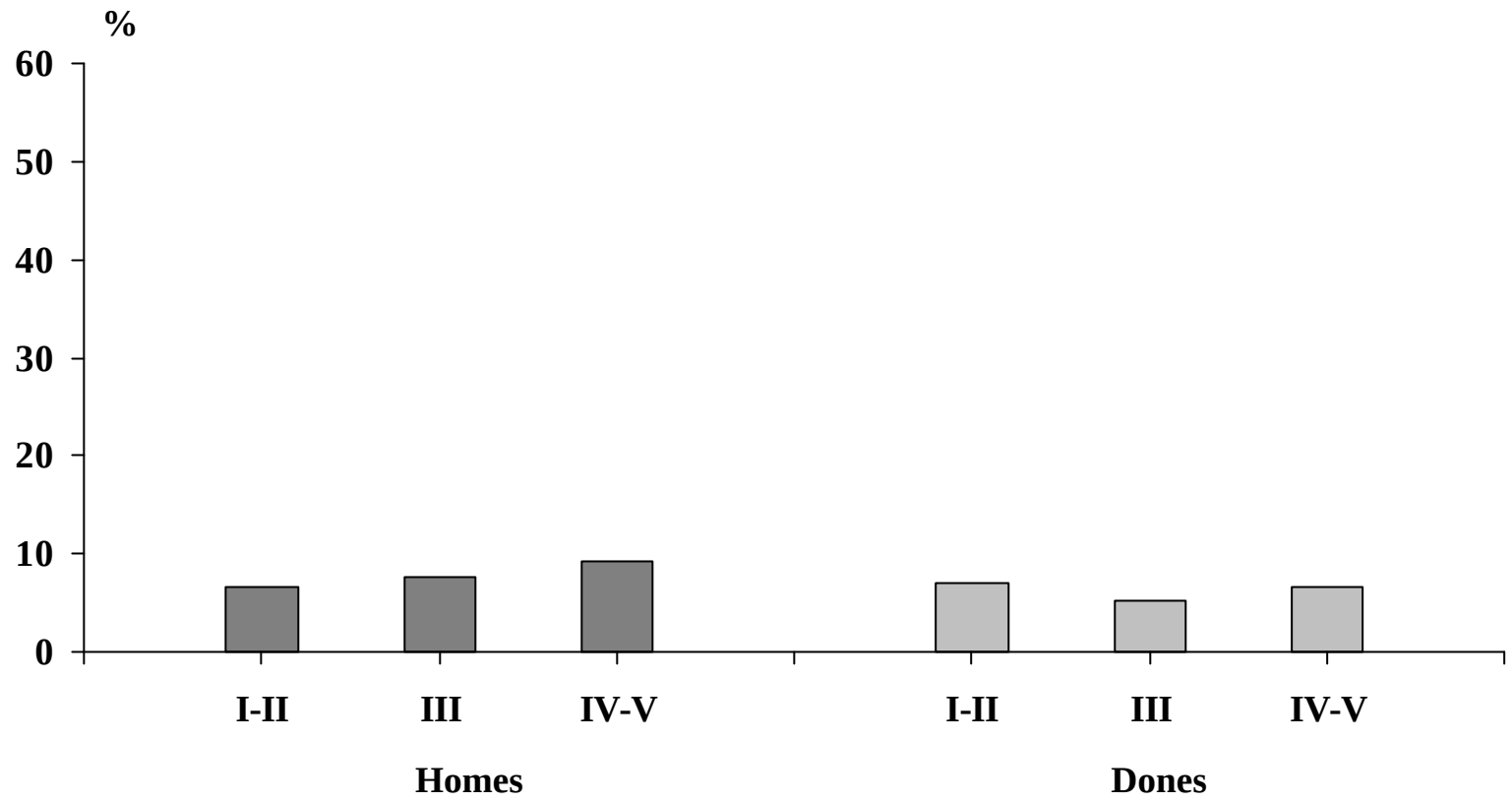


Fig. 5.7. Segons classe social

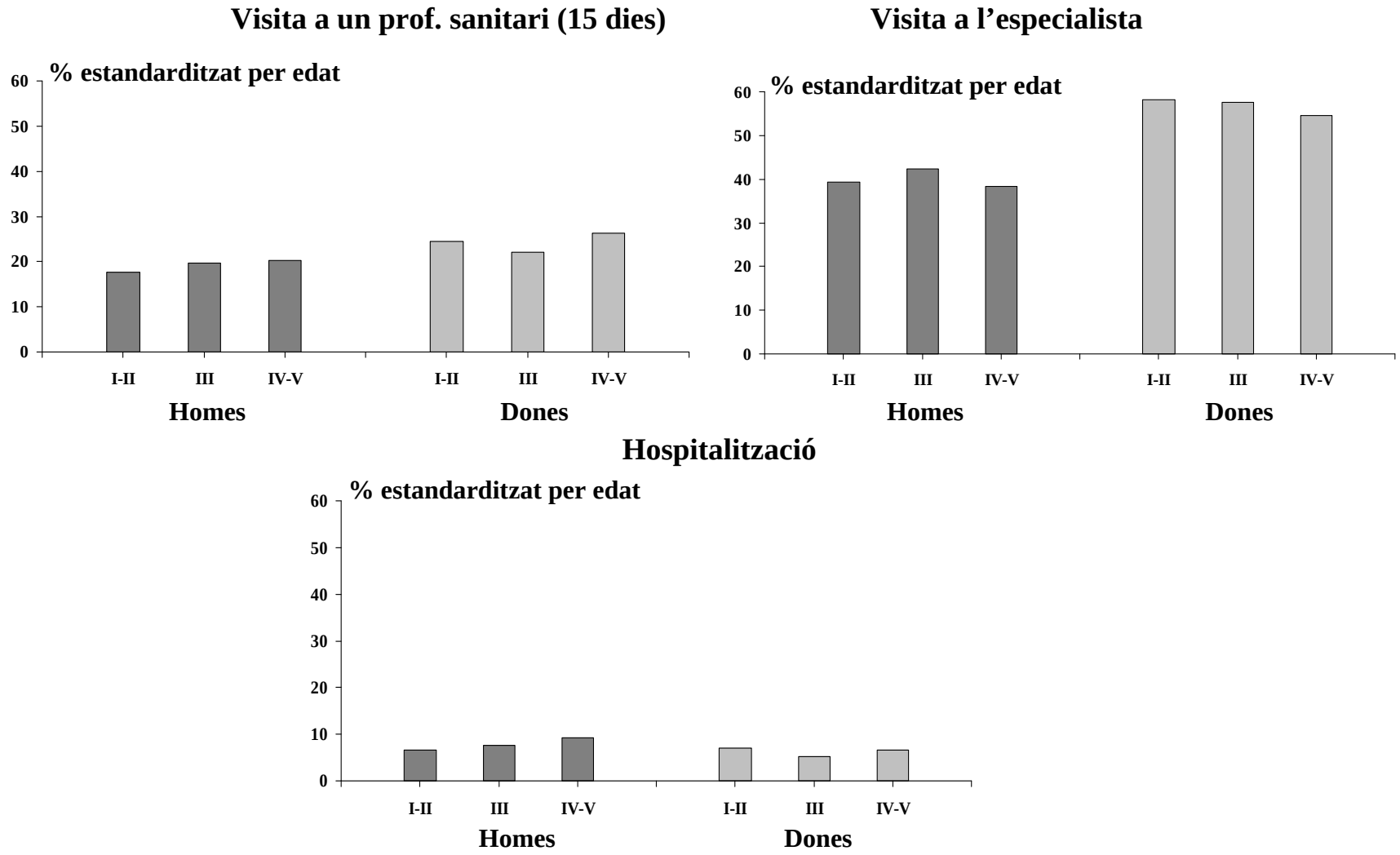


Fig. 5.4. Visita al dentista segons classe social. Homes

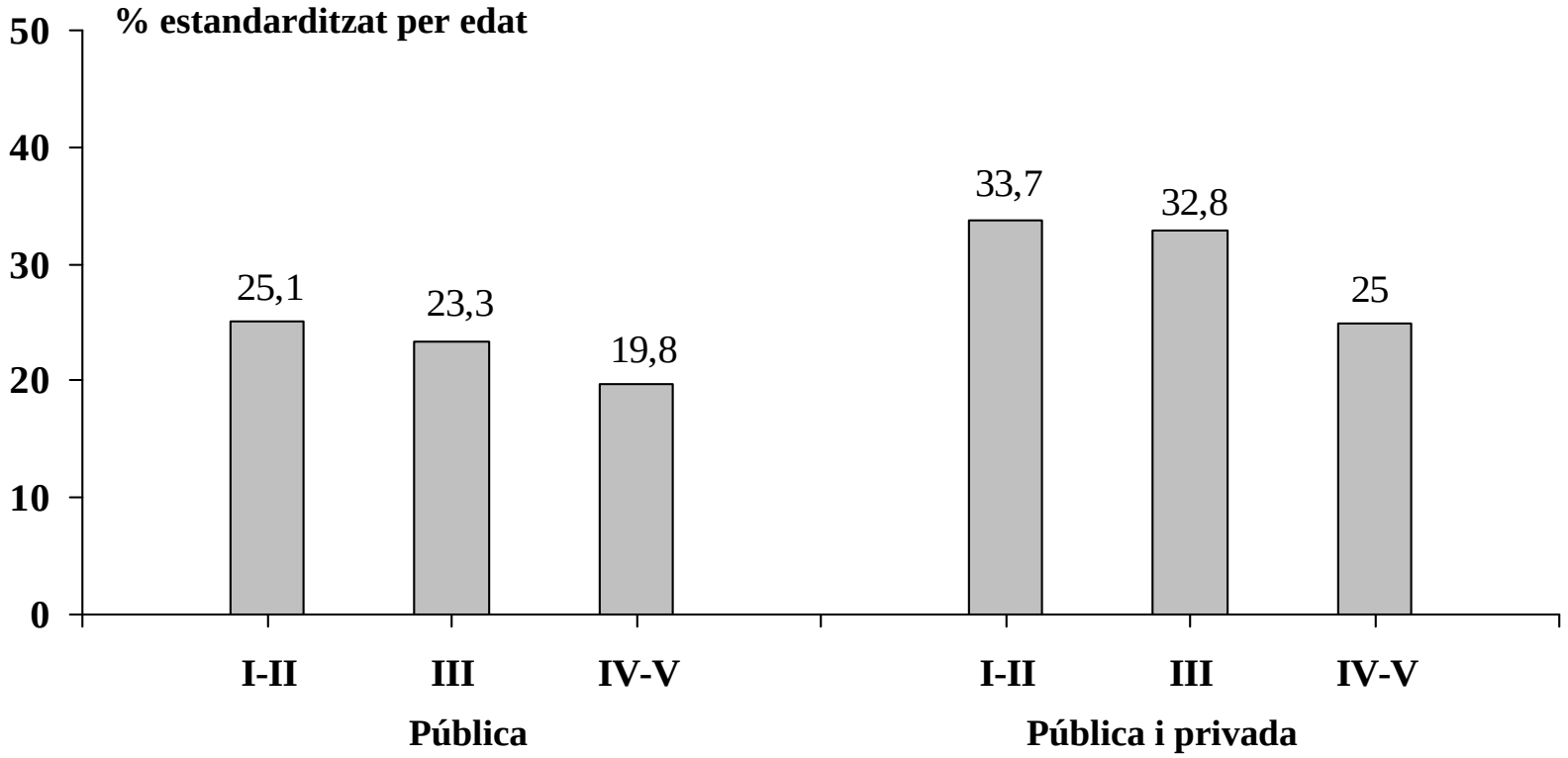
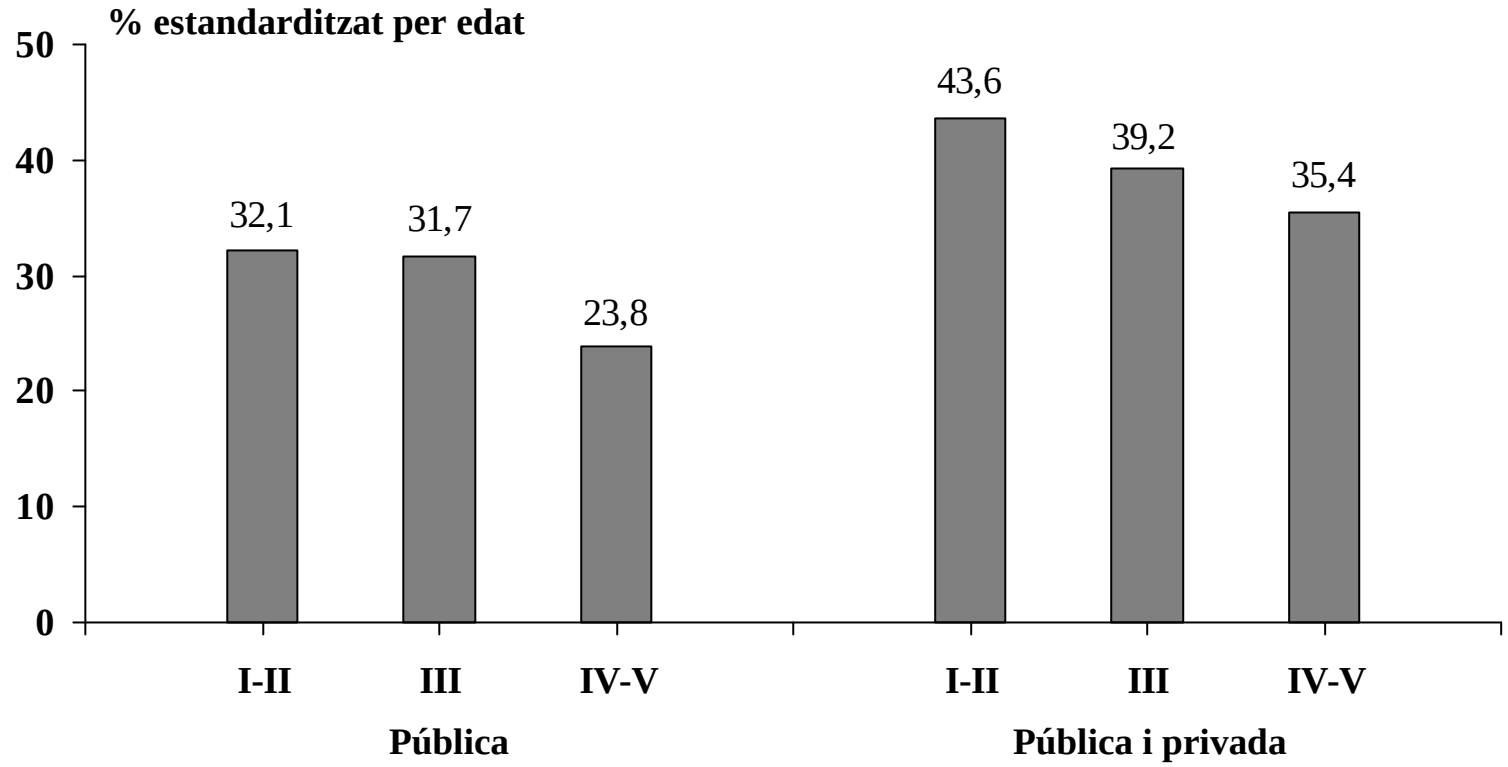
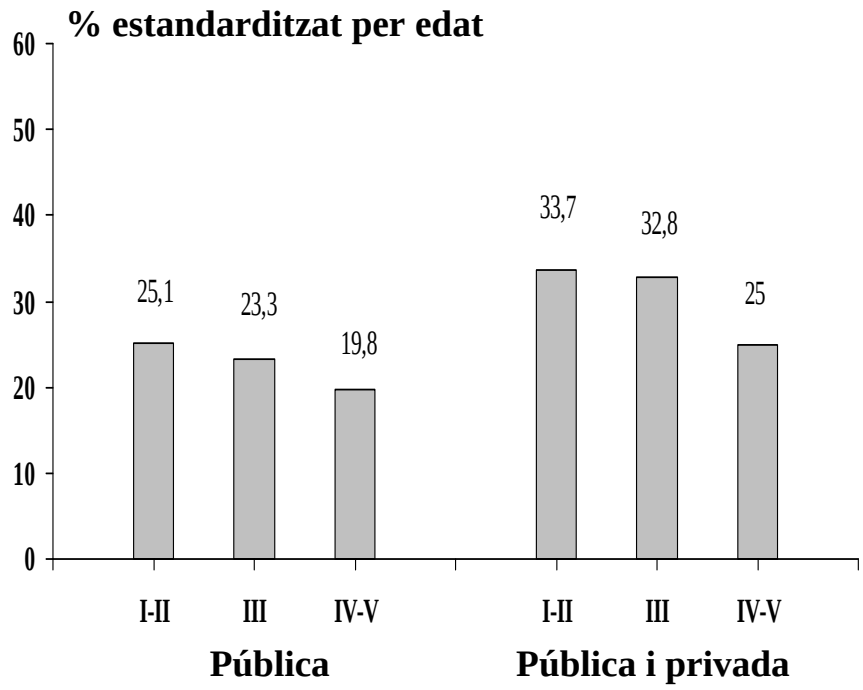


Fig. 5.4. Visita al dentista segons classe social. Dones



Homes


% estandarditzat per edat
60
50
40
30
20
10
0
25,1
23,3
19,8
33,7
32,8
25
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Pública
Pública i privada

Dones

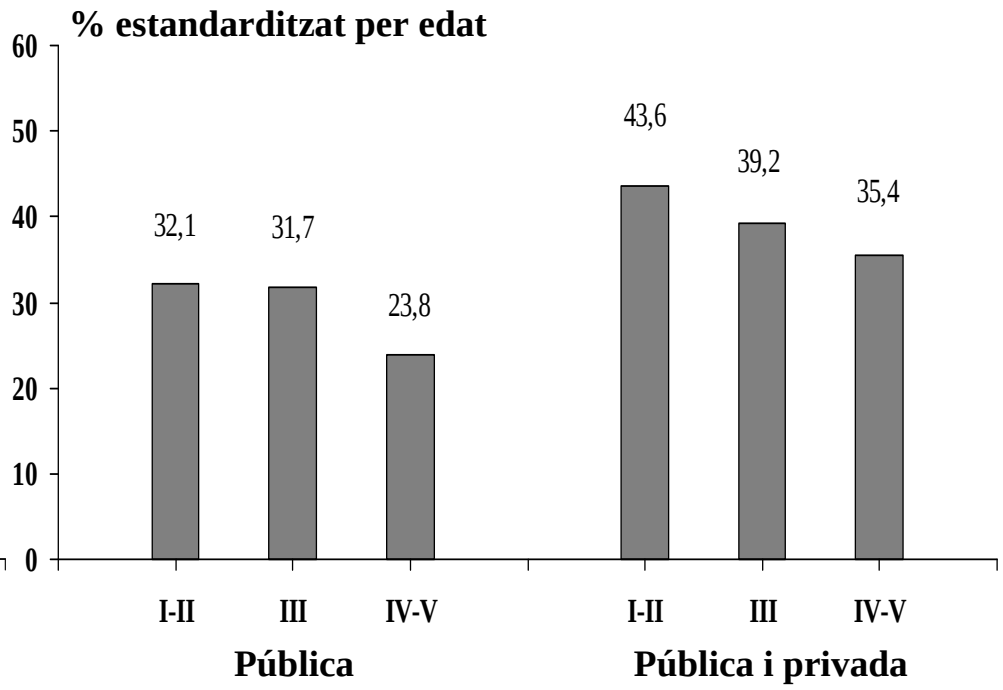

% estandarditzat per edat
60
50
40
30
20
10
0
32,1
31,7
23,8
43,6
39,2
35,4
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Pública
Pública i privada

Fig. 5.5. Presa de la tensió arterial periòdica segons classe social. Homes

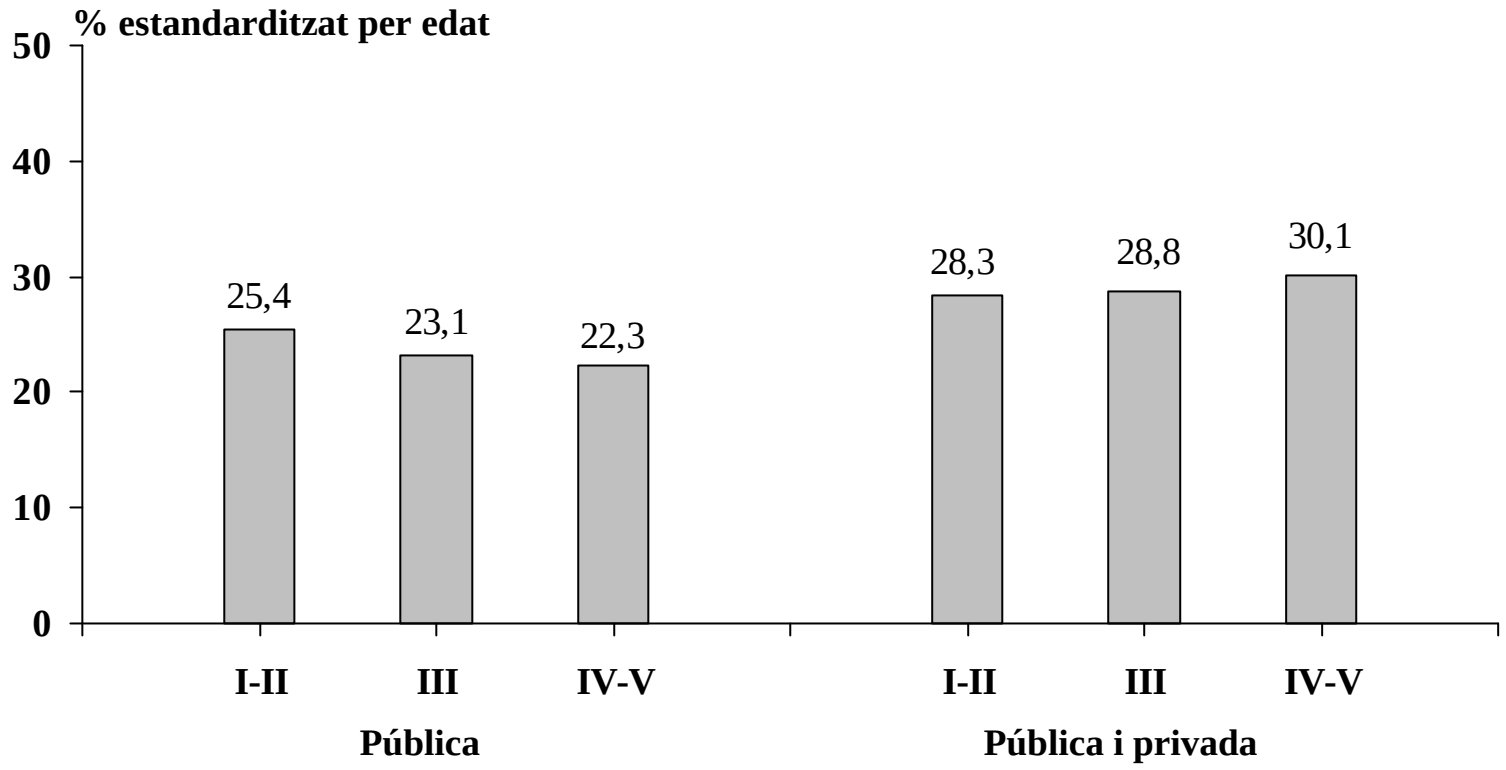
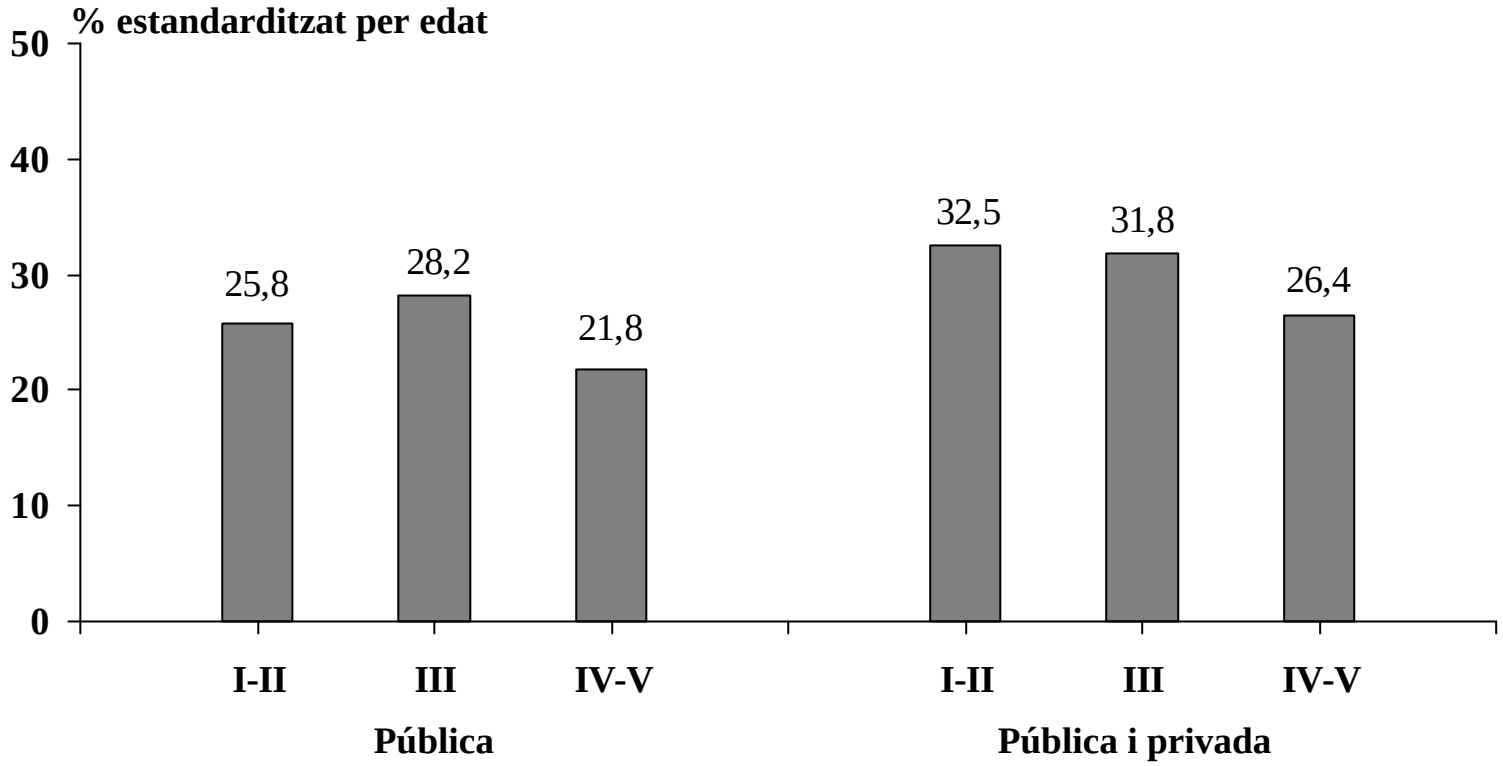
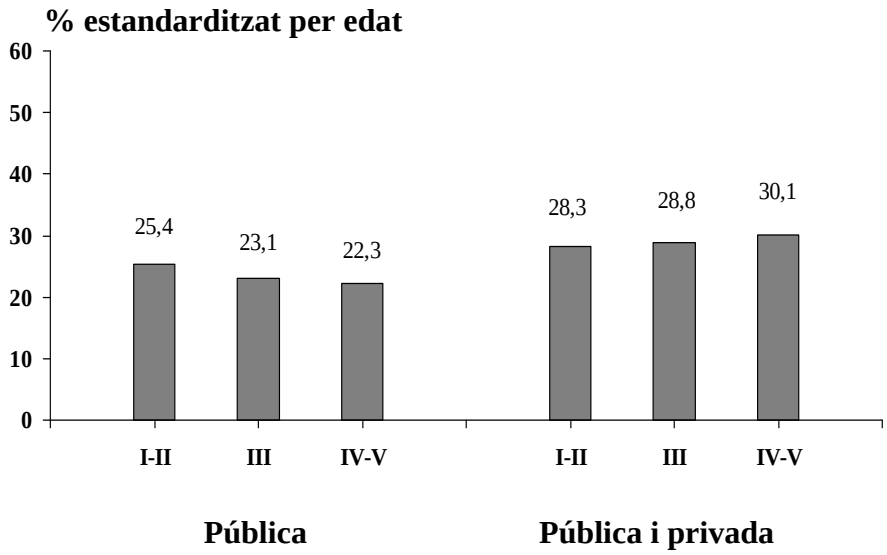


Fig. 5.5. Presa de la tensió arterial periòdica segons classe social. Dones



Homes


% estandarditzat per edat
60
50
40
30
20
10
0
25,4
23,1
22,3
28,3
28,8
30,1
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Pública
Pública i privada

Dones

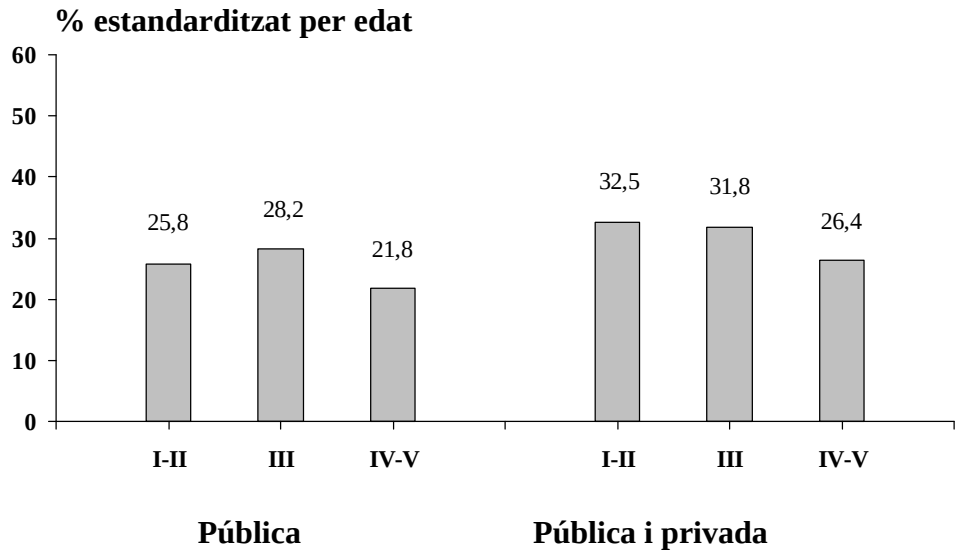

% estandarditzat per edat
60
50
40
30
20
10
0
25,8
28,2
21,8
32,5
31,8
26,4
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Pública
Pública i privada

Fig. 5.5. Realització de citologia periòdica en dones de 15 o més i de mamografia periòdica en dones de 50 a 64 anys segons classe social i tipus de cobertura. Percentatges estandarditzats per edat. ESCA-94

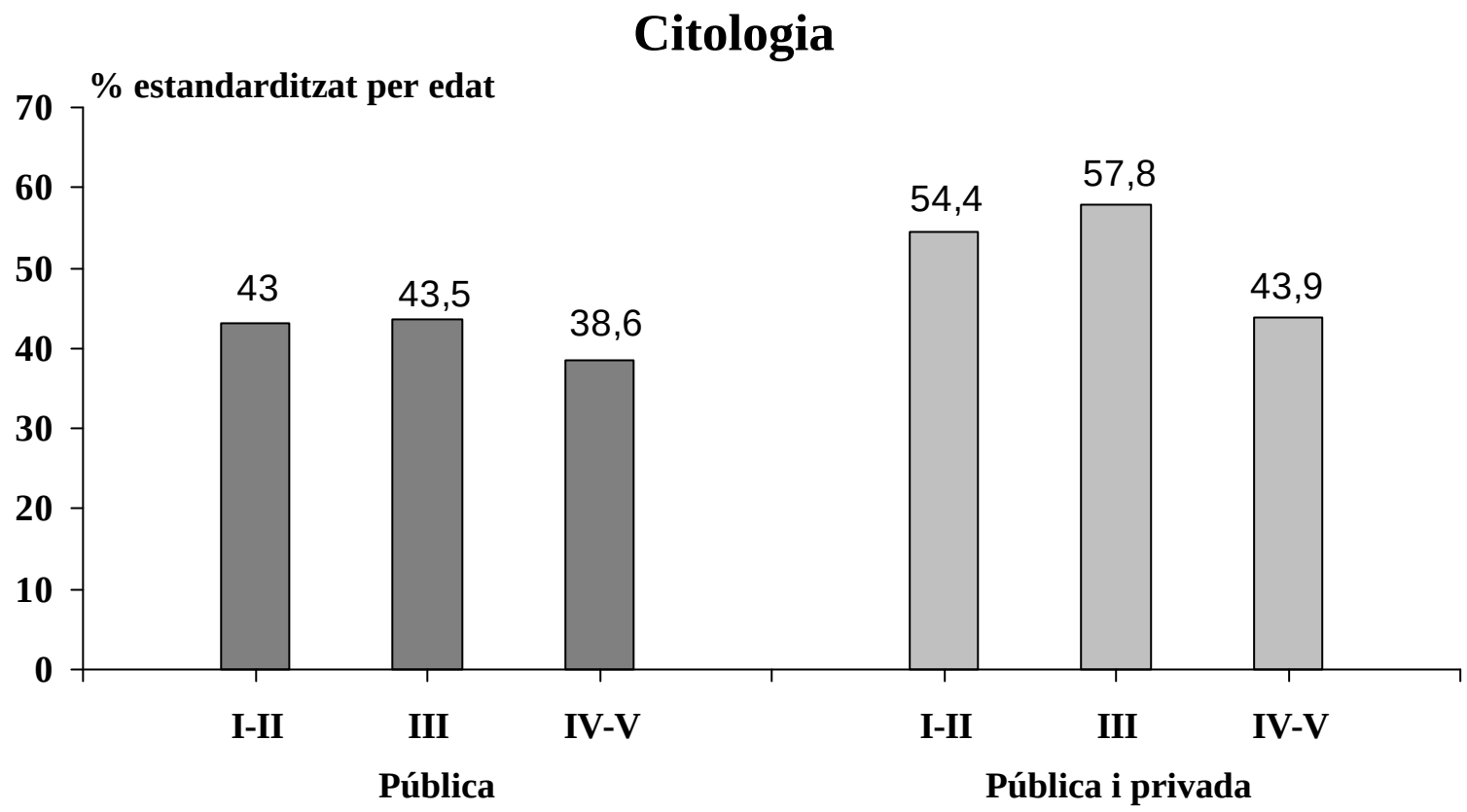
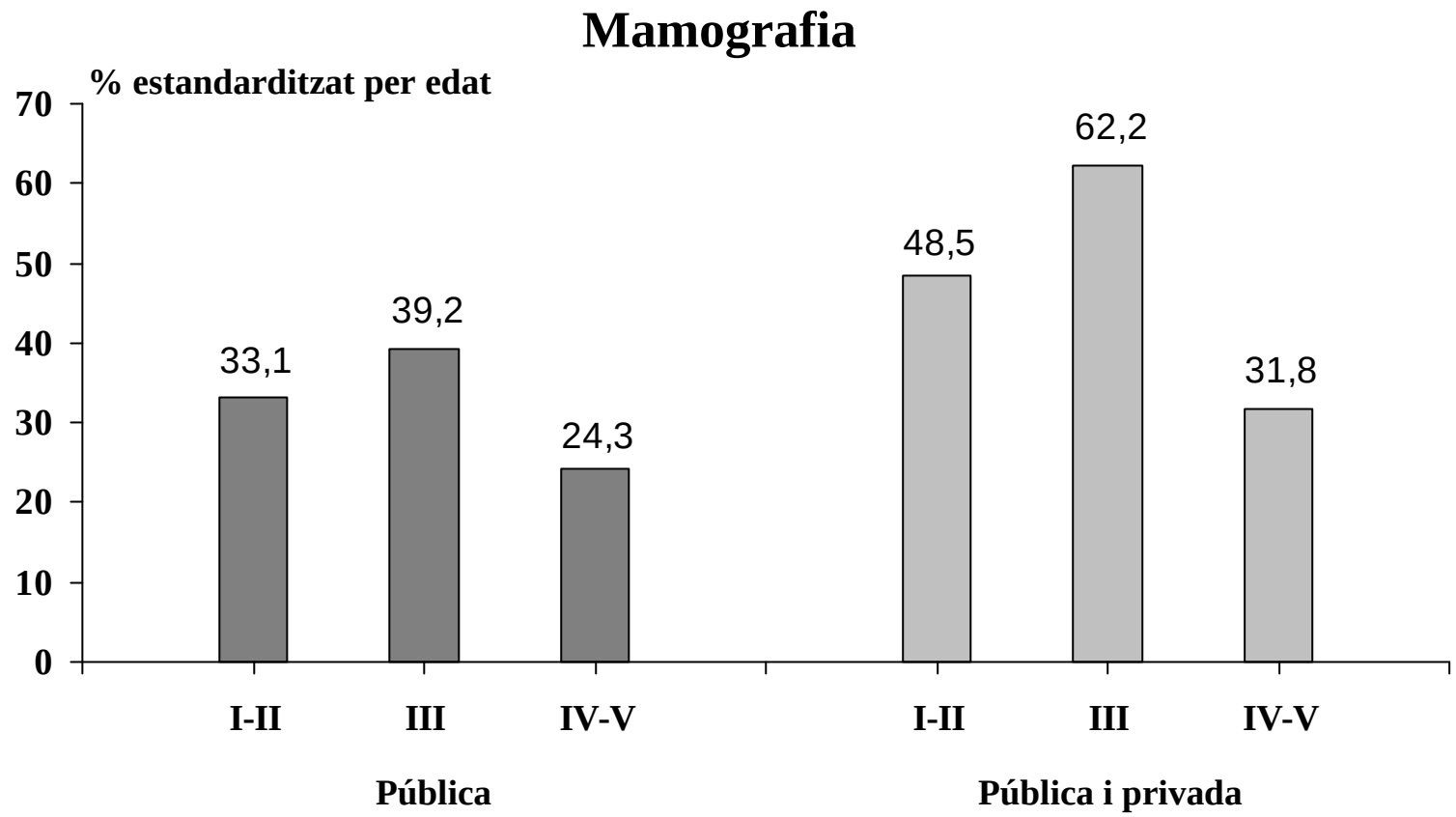
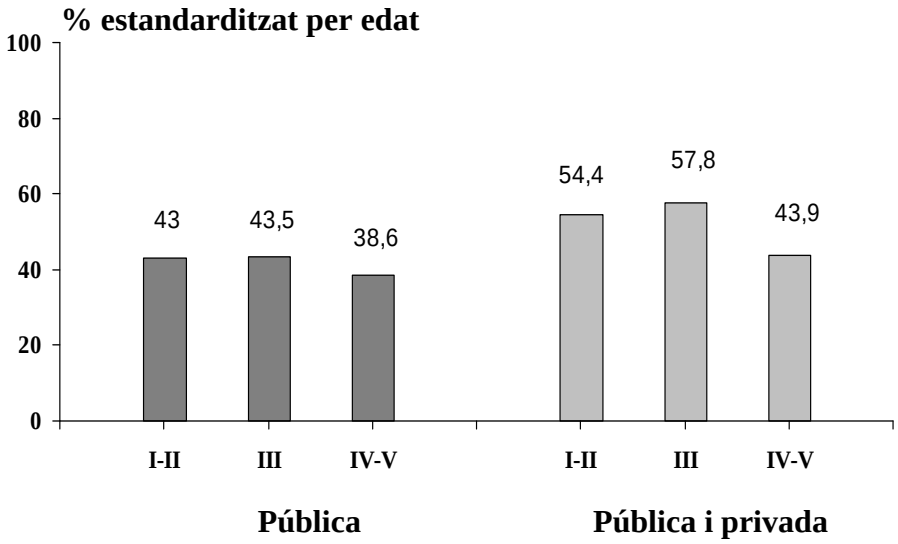


Fig. 5.5. Realització de citologia periòdica en dones de 15 o més i de mamografia periòdica en dones de 50 a 64 anys segons classe social i tipus de cobertura. Percentatges estandarditzats per edat. ESCA-94



Citologia



Mamografia

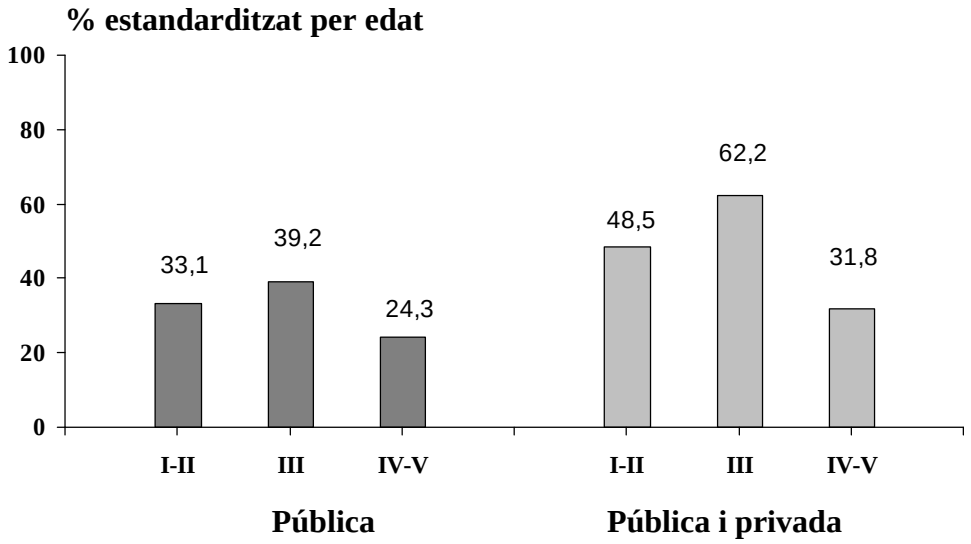
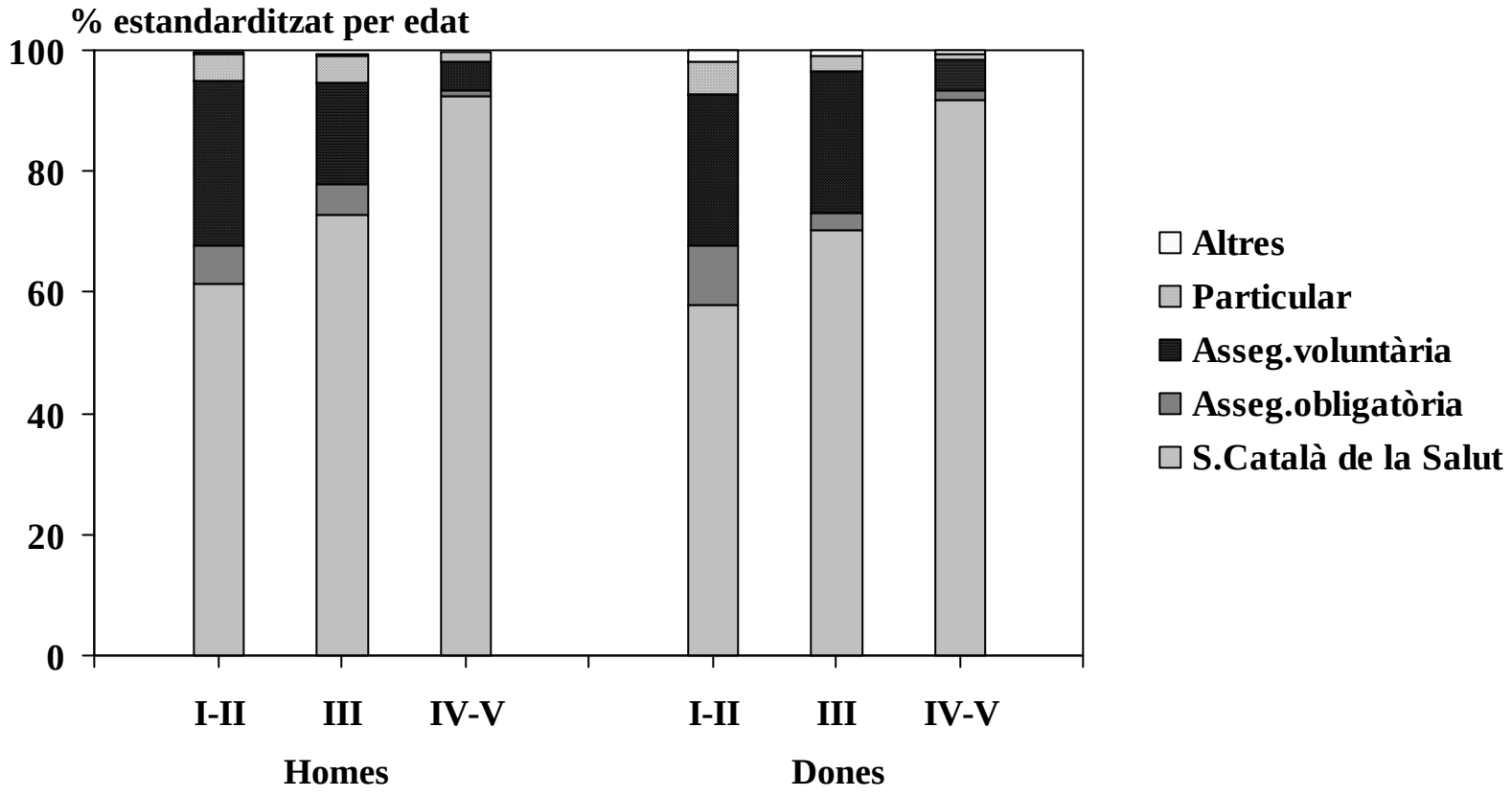
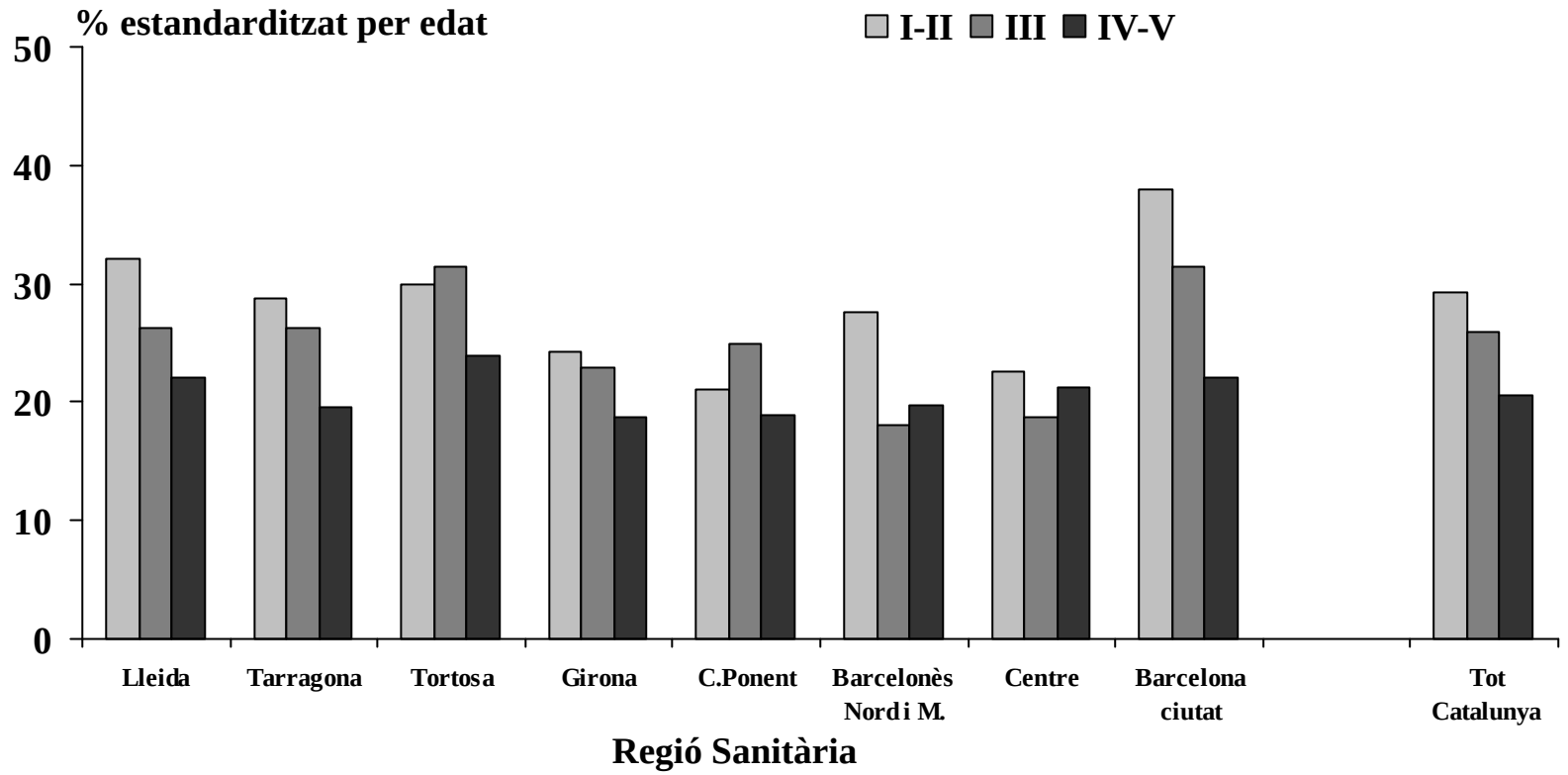


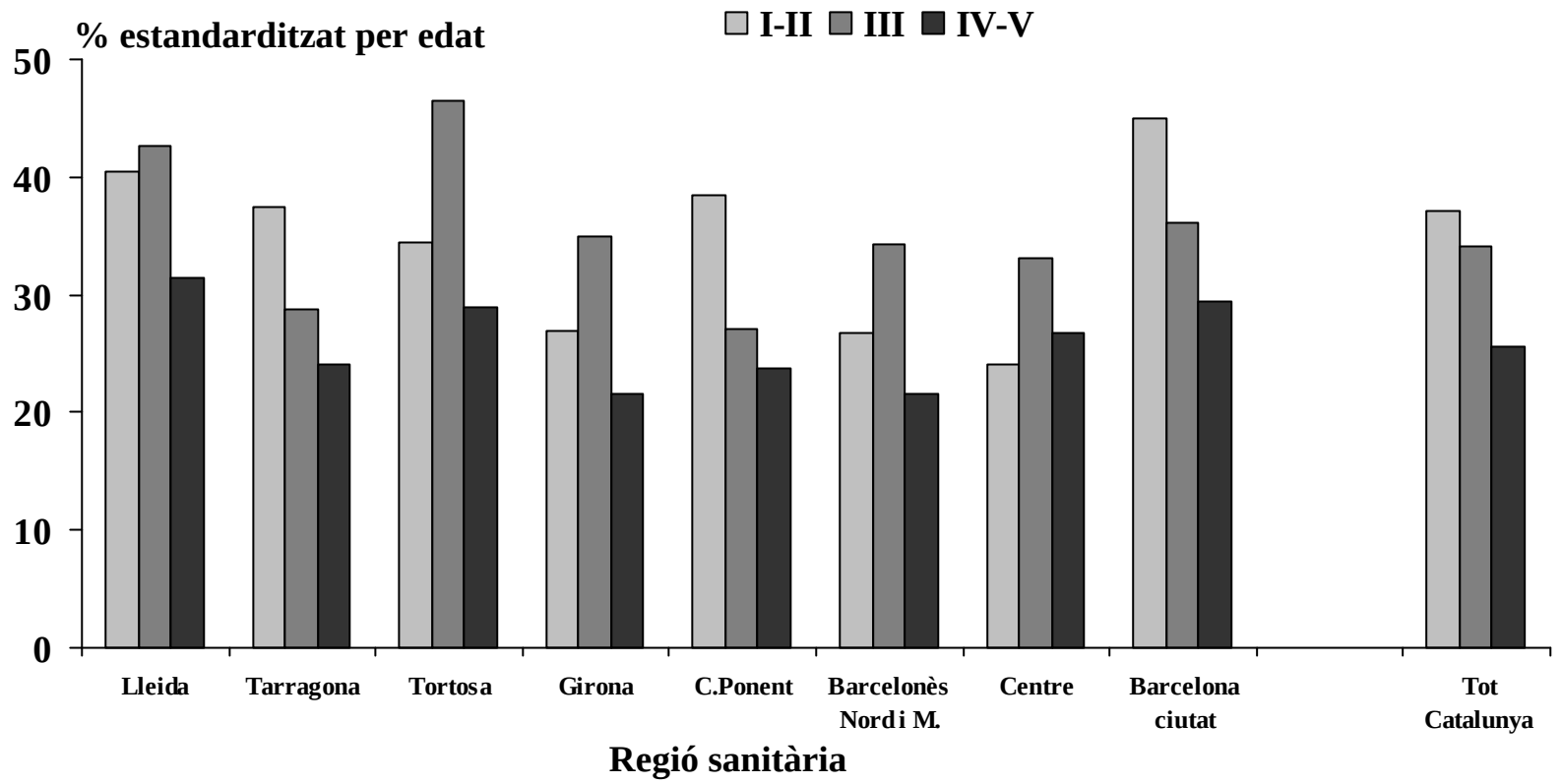
Fig. 5.8. Assegurança d'on prové el metge de capçalera o pediatra. Homes i dones que declaren tenir metge de capçalera o pediatra. Percentatges estandarditzats per edat. ESB-2000



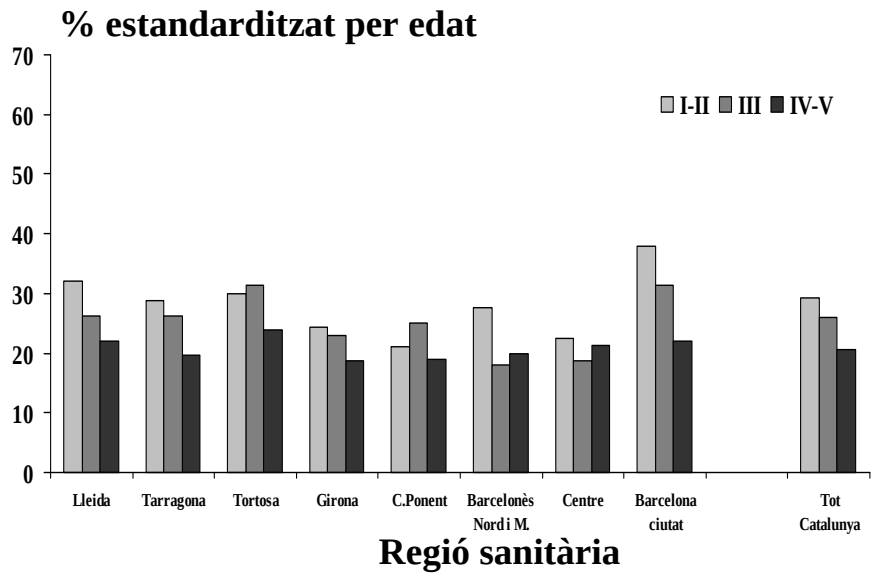
5.2.Visita al dentista. Homes



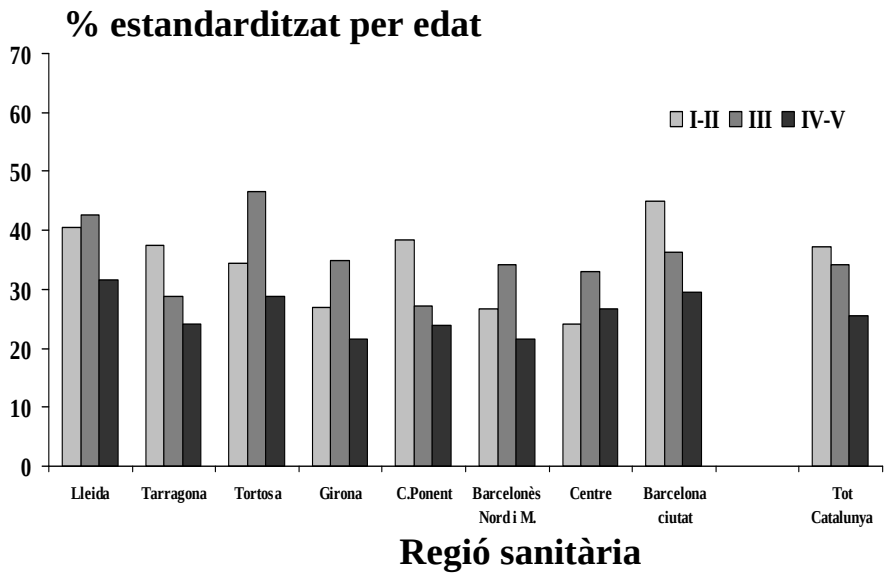
5.2.Visita al dentista. Dones



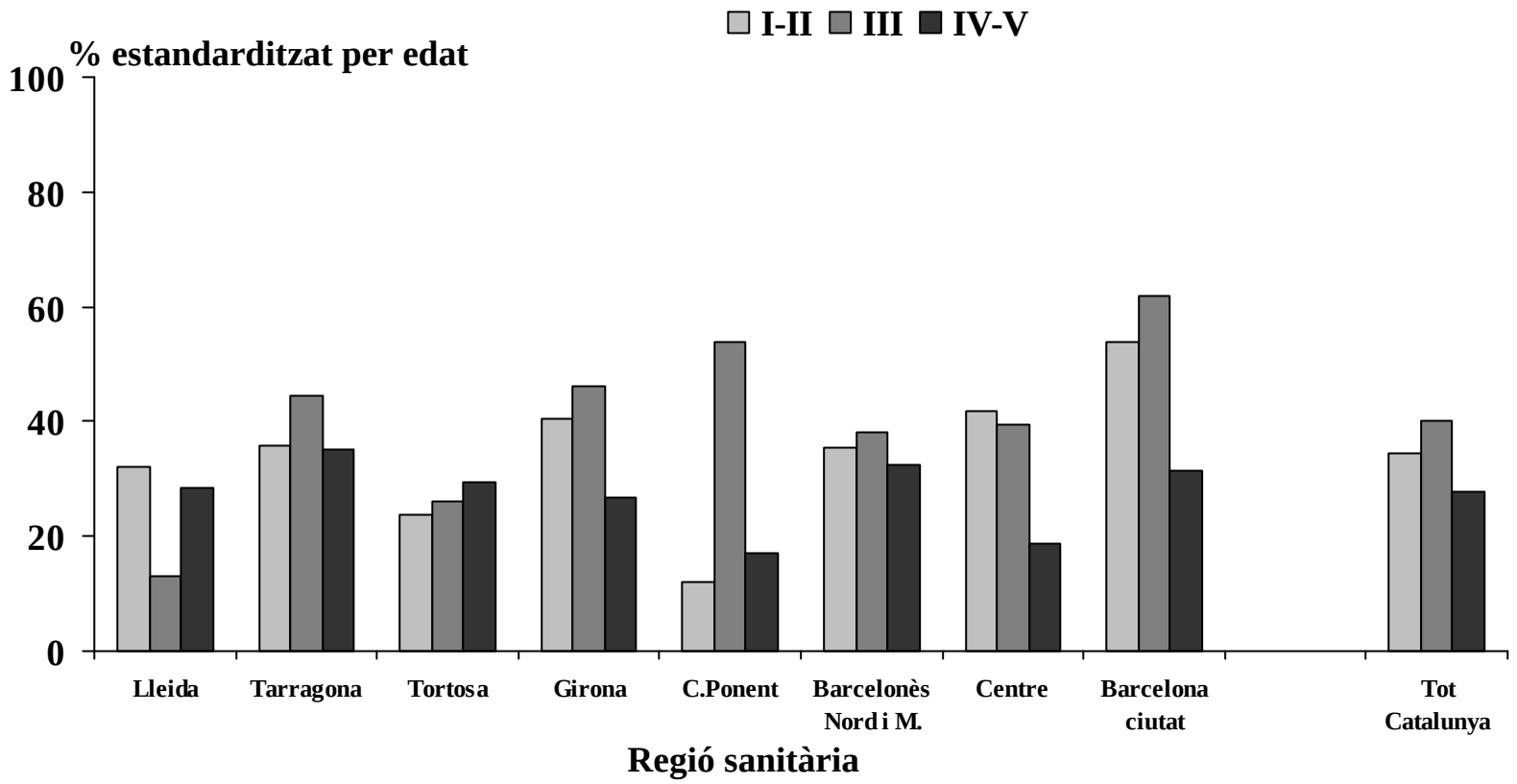
Homes


% estandarditzat per edat
70
60
50
40
30
20
10
0
I-II
III
IV-V
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Dones


% estandarditzat per edat
70
60
50
40
30
20
10
0
I-II
III
IV-V
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

5.6. Mamografía



Cobertura sanitària

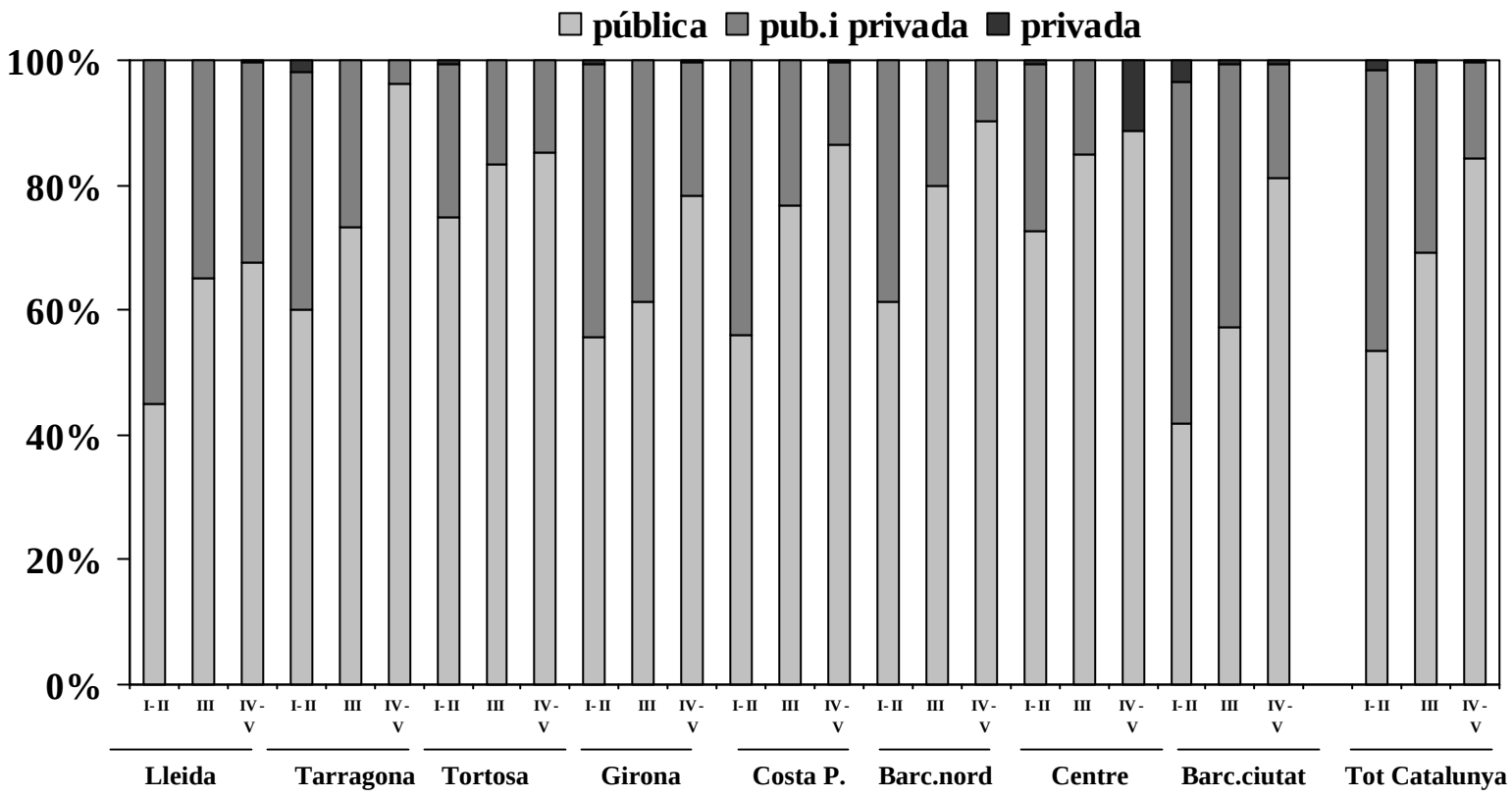
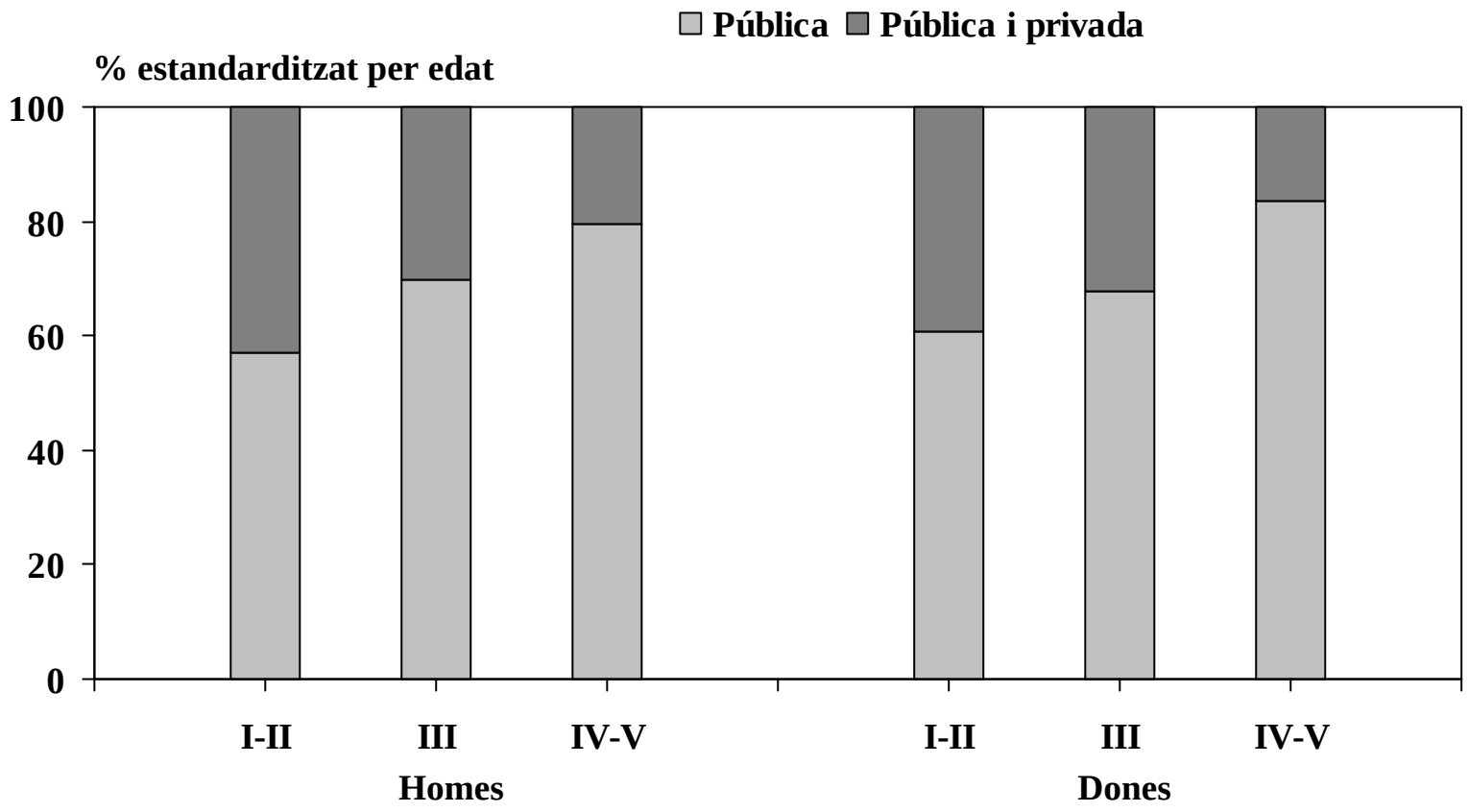
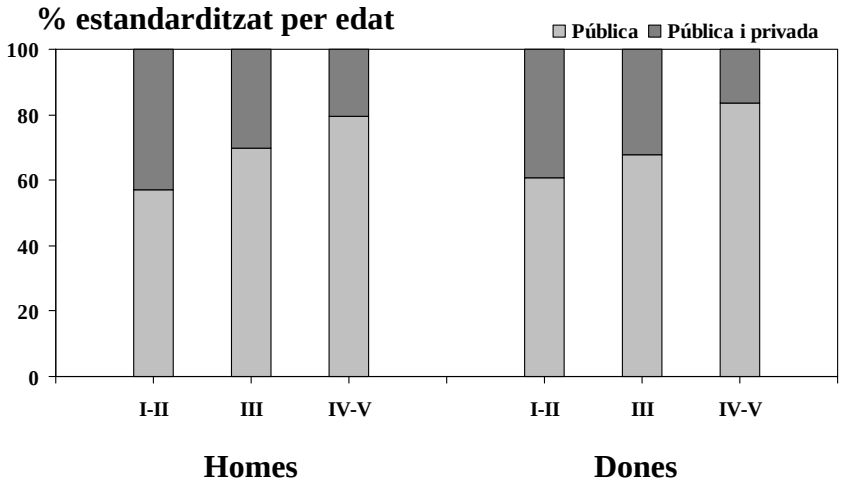


Fig. 5.1. Cobertura sanitaria segons classe social



2001-2


% estandarditzat per edat
Pública
Pública i privada
100
80
60
40
20
0
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones

1994

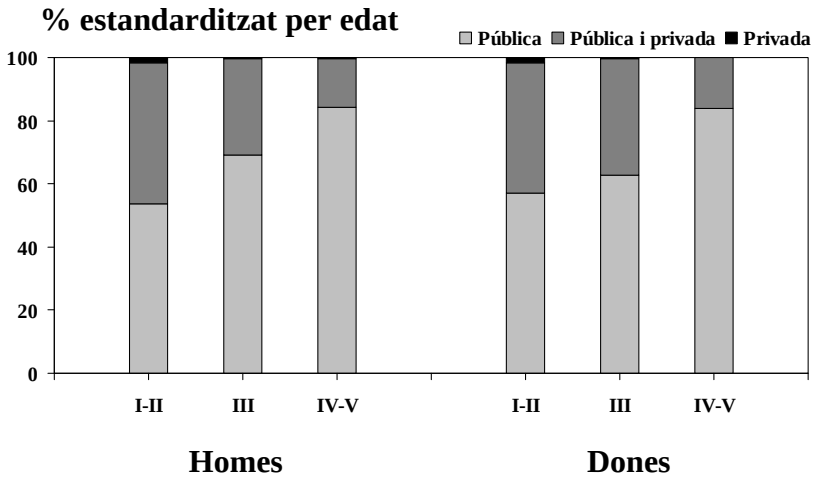

% estandarditzat per edat
Pública
Pública i privada
Privada
100
80
60
40
20
0
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Homes
Dones

Fig. 5.2. Cobertura pública per regions -homes

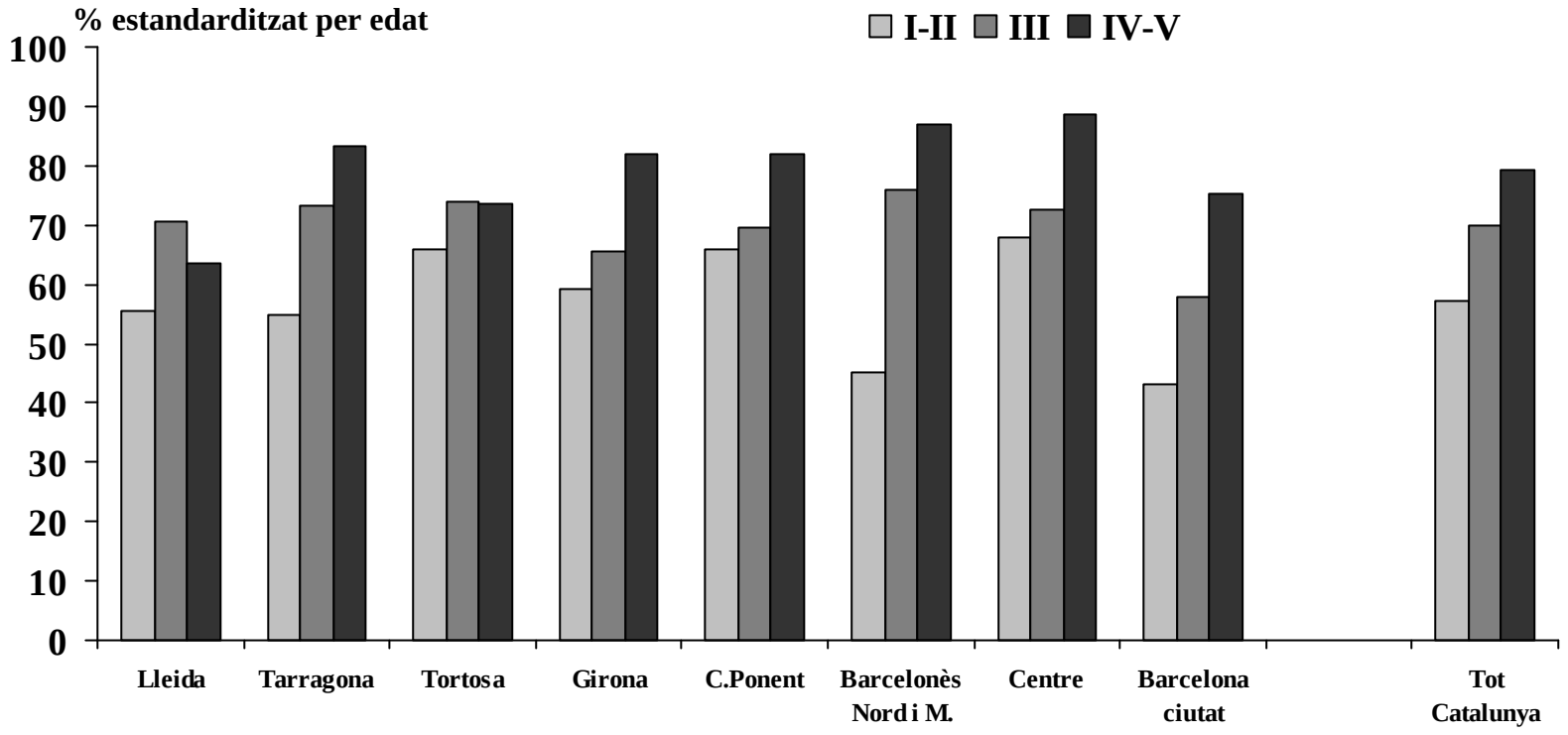
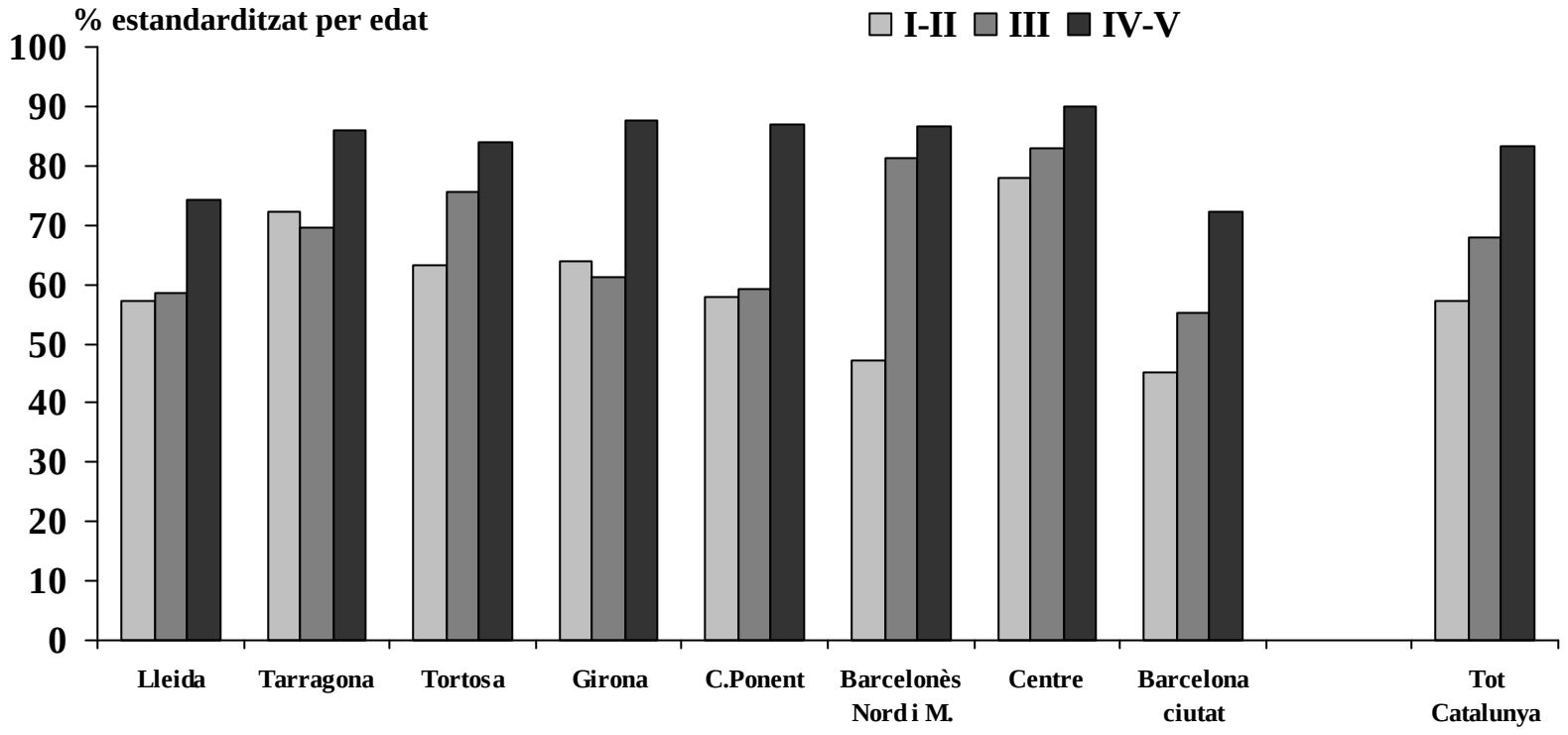
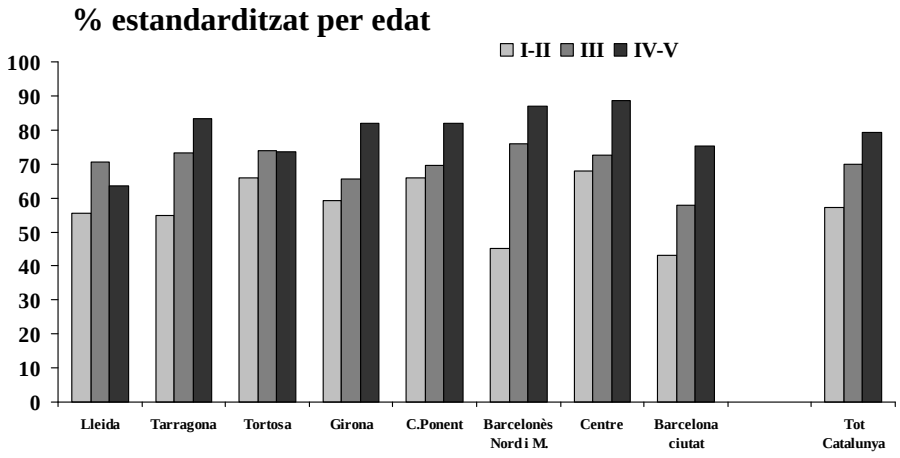


Fig. 5.2. Cobertura pública per regions -dones



Homes


% estandarditzat per edat
I-II III IV-V
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya

Dones

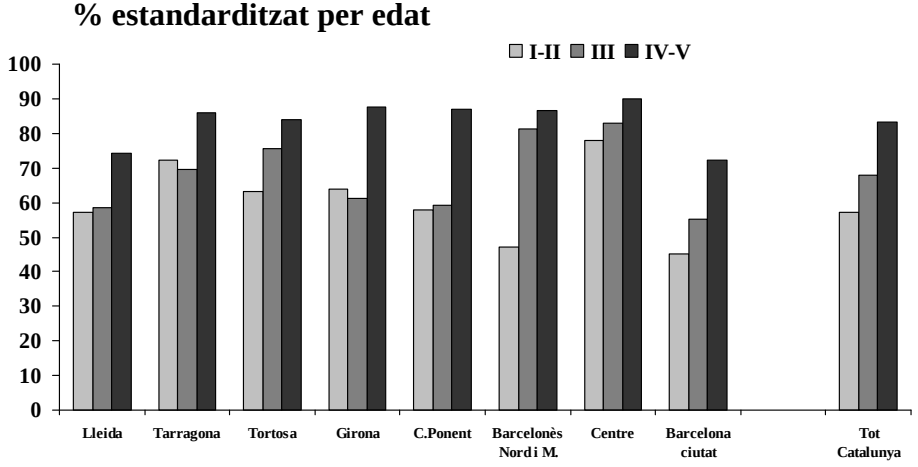

% estandarditzat per edat
I-II III IV-V
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya

Fig. 5.7. Visita mèdica segons classe social

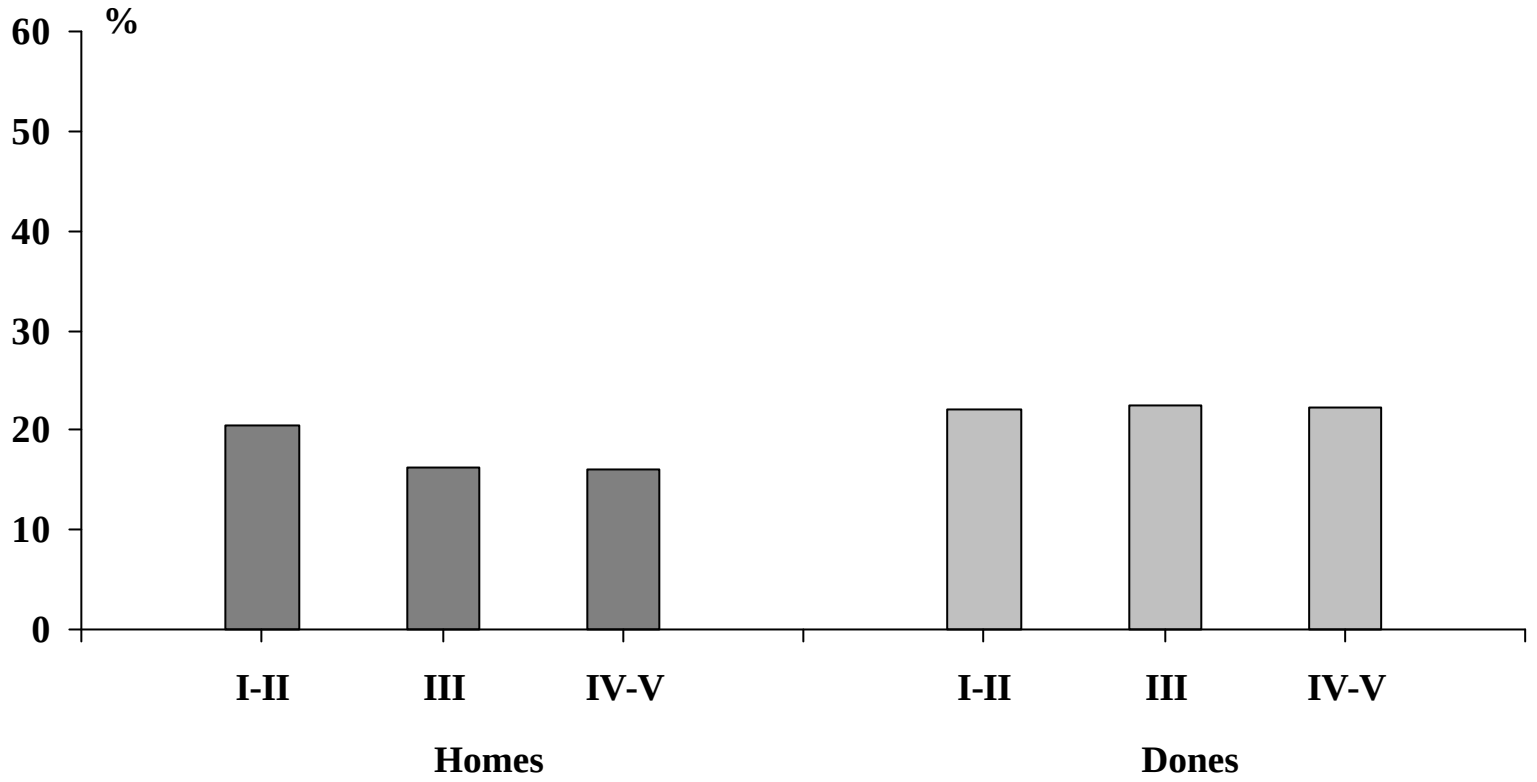


Fig. 5.7. Visita a l'especialista segons classe social

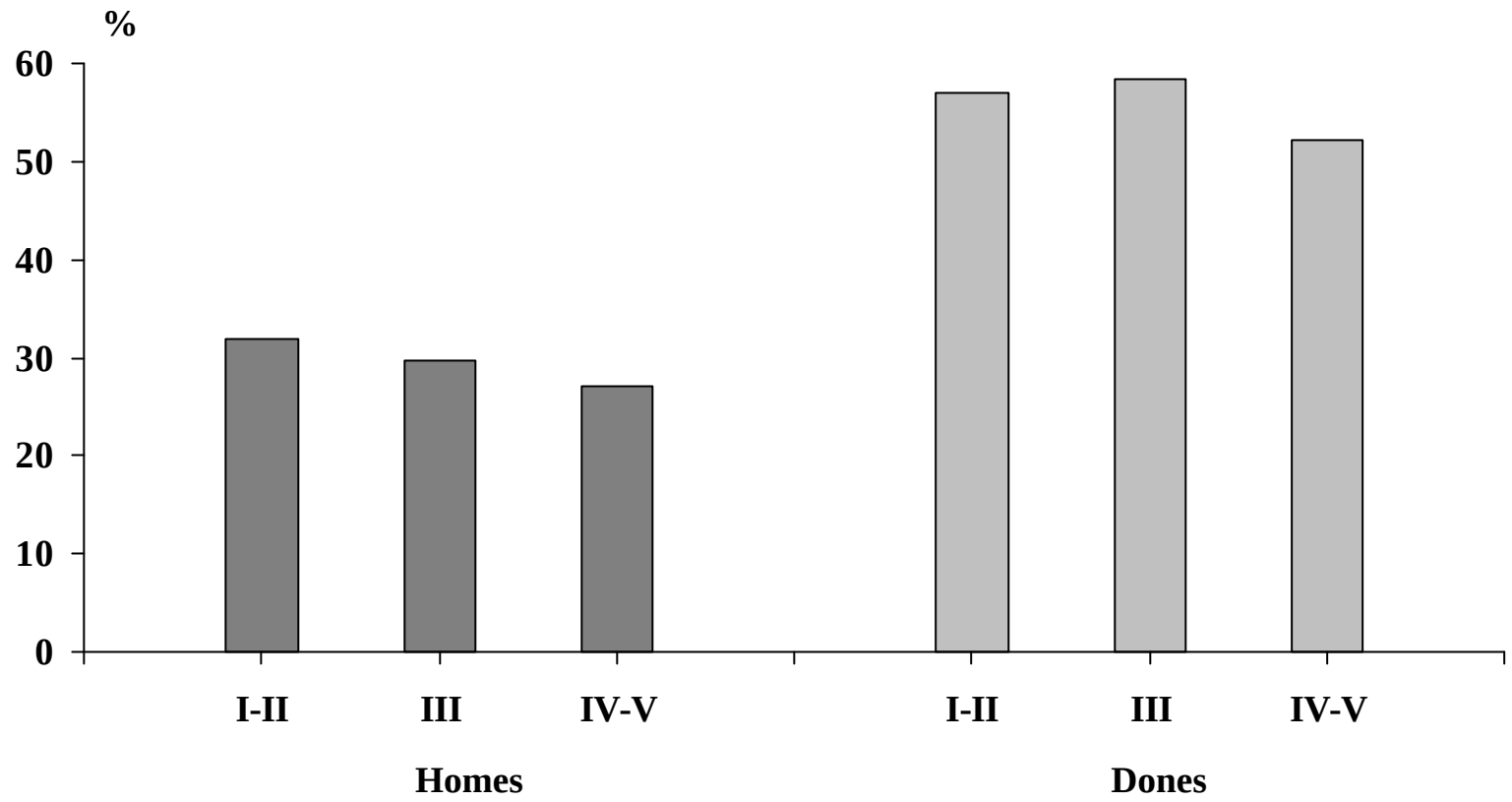


Fig. 5.7. Hospitalització segons classe social

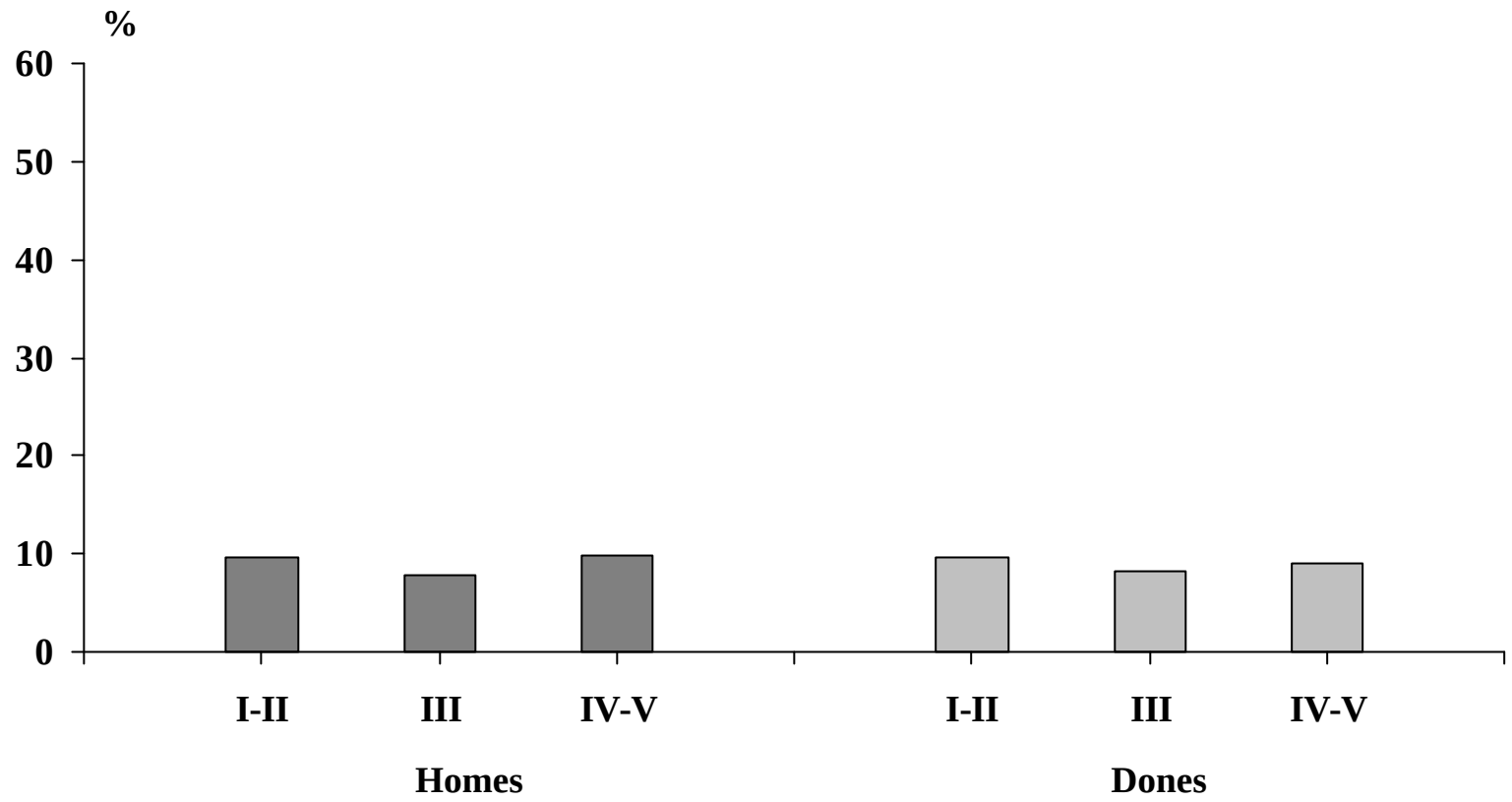
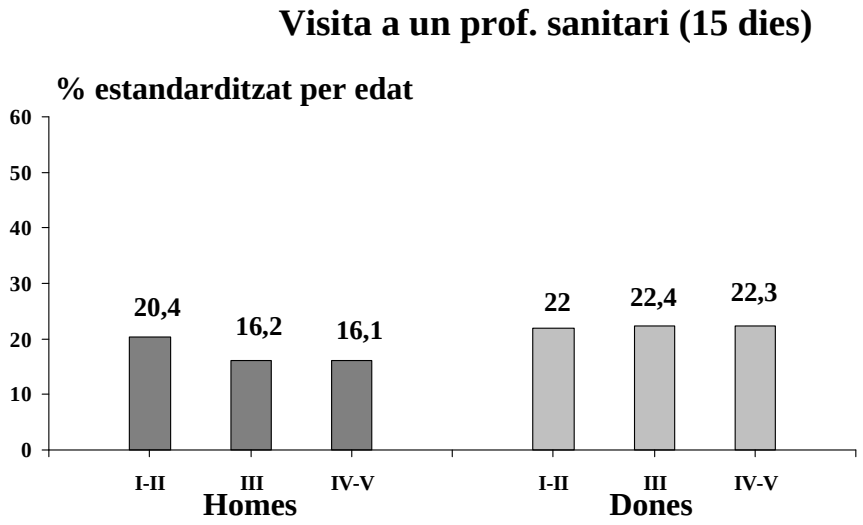
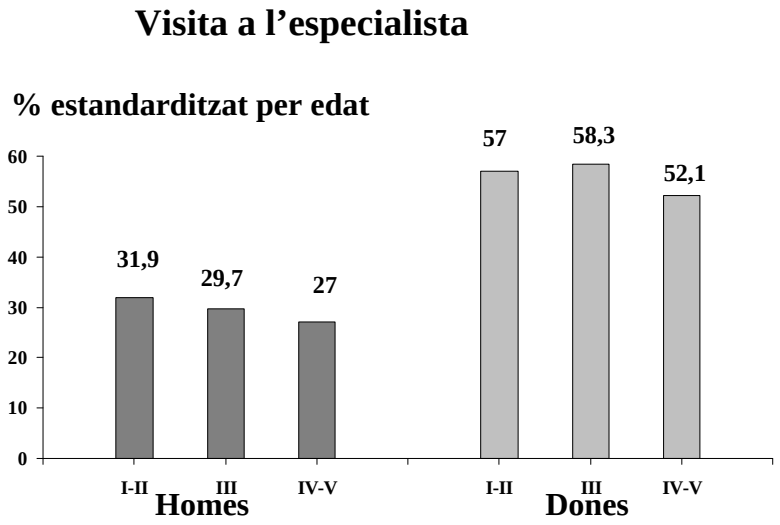


Fig. 5.7. Segons classe social





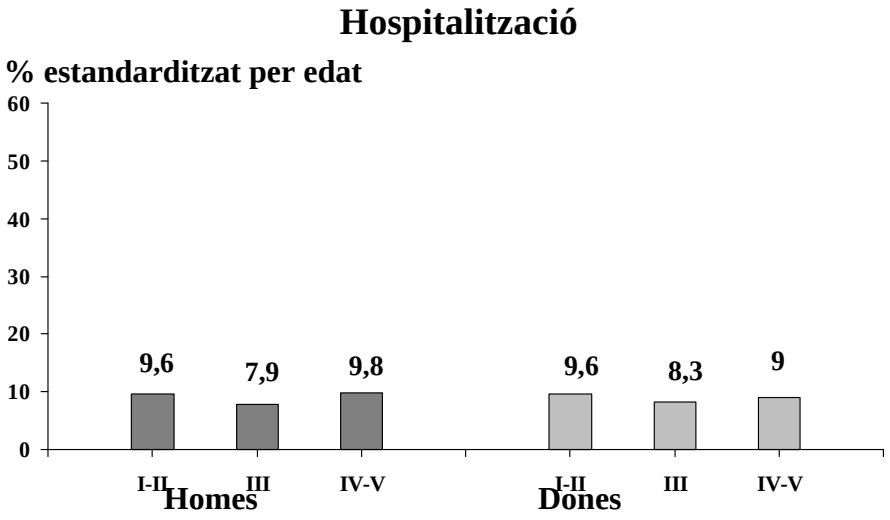


Fig. 5.4. Visita al dentista segons classe social. Homes

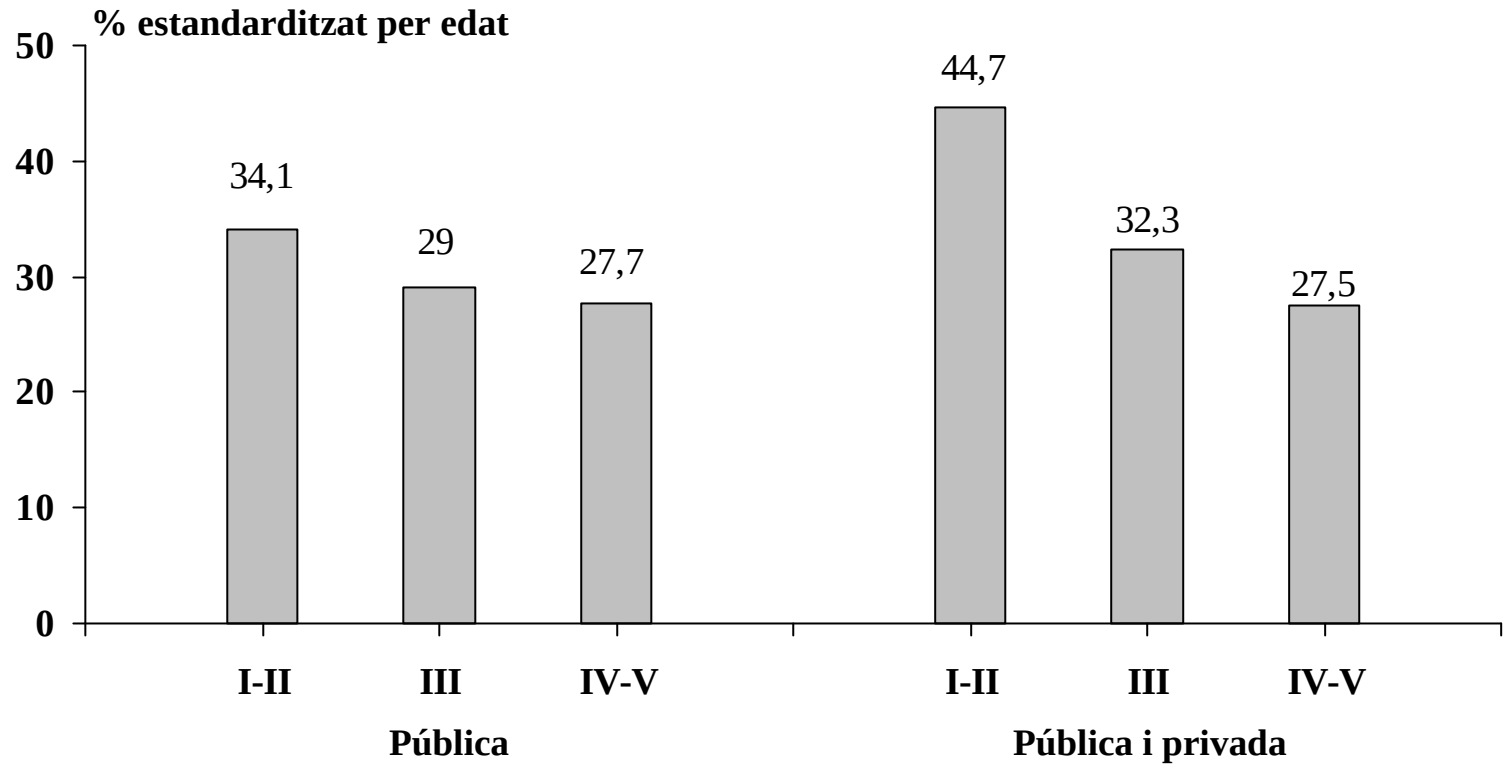
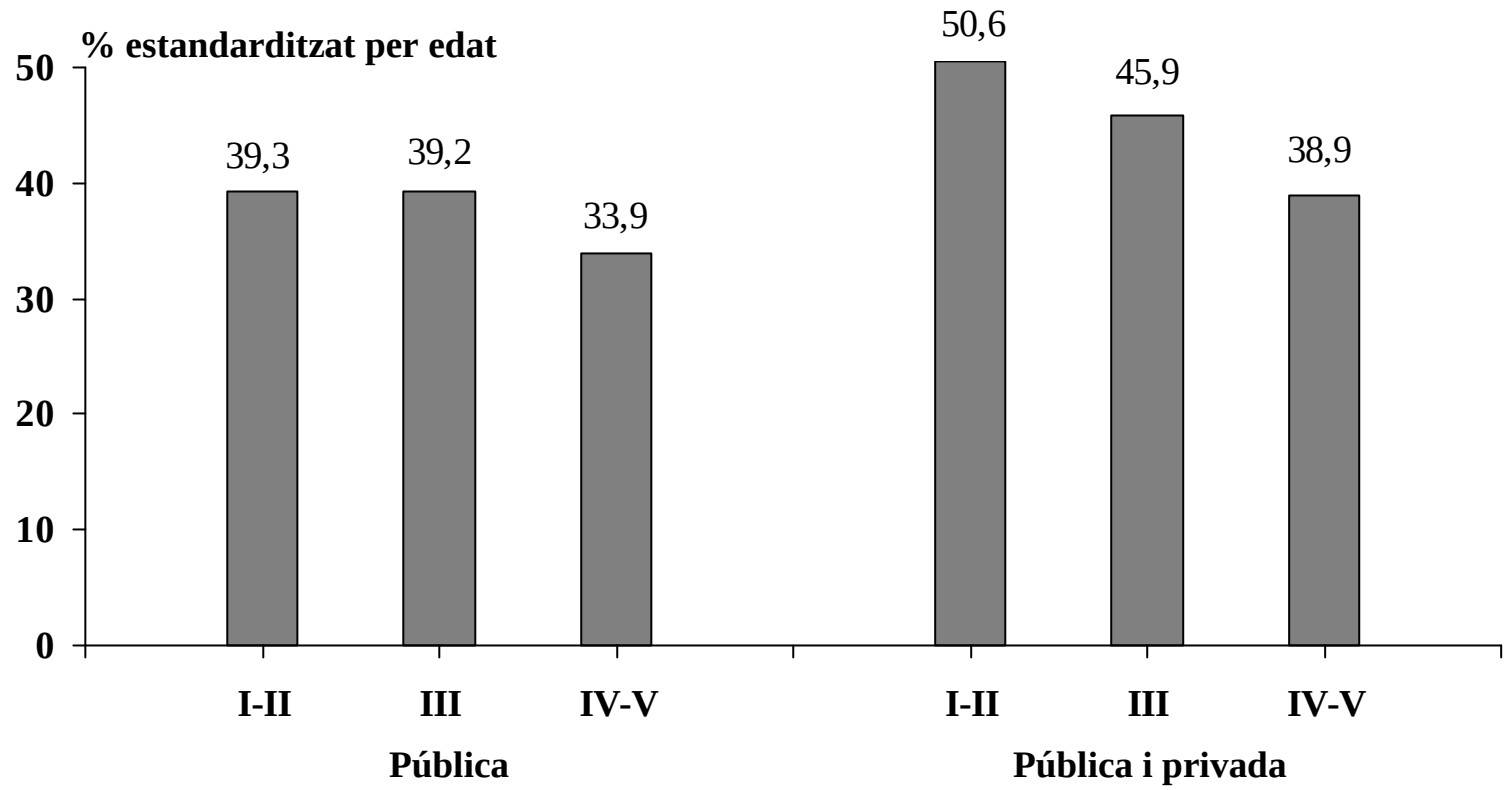
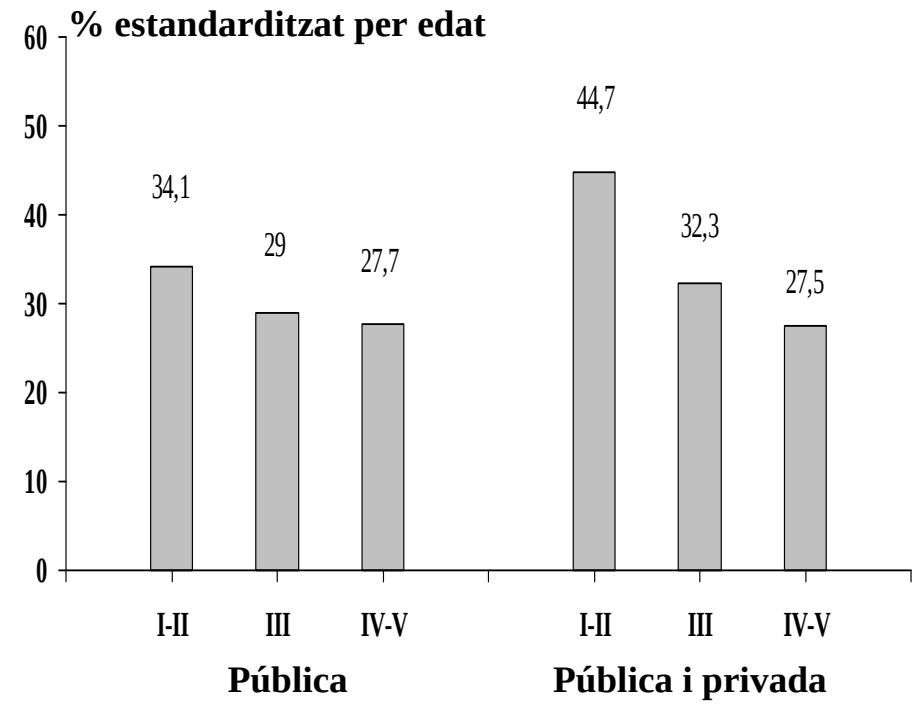


Fig. 5.4. Visita al dentista segons classe social. Dones



Homes


% estandarditzat per edat
60
50
40
30
20
10
0
34,1
29
27,7
44,7
32,3
27,5
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Pública
Pública i privada

Dones

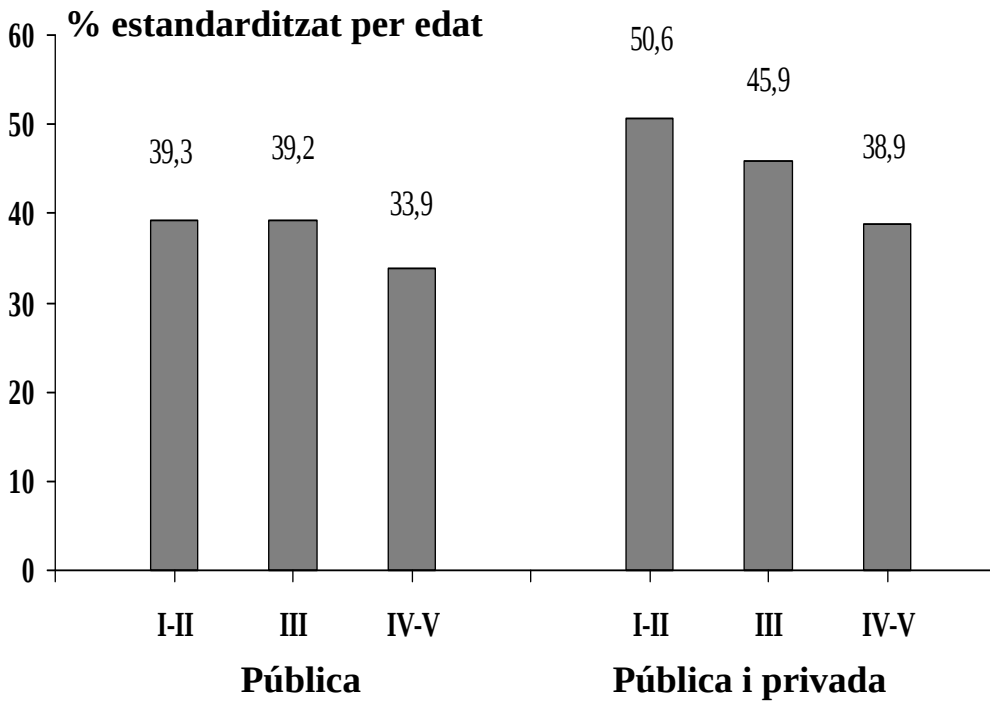

% estandarditzat per edat
60
50
40
30
20
10
0
39,3
39,2
33,9
50,6
45,9
38,9
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Pública
Pública i privada

Fig. 5.5. Presa de la tensió arterial periòdica segons classe social. Homes

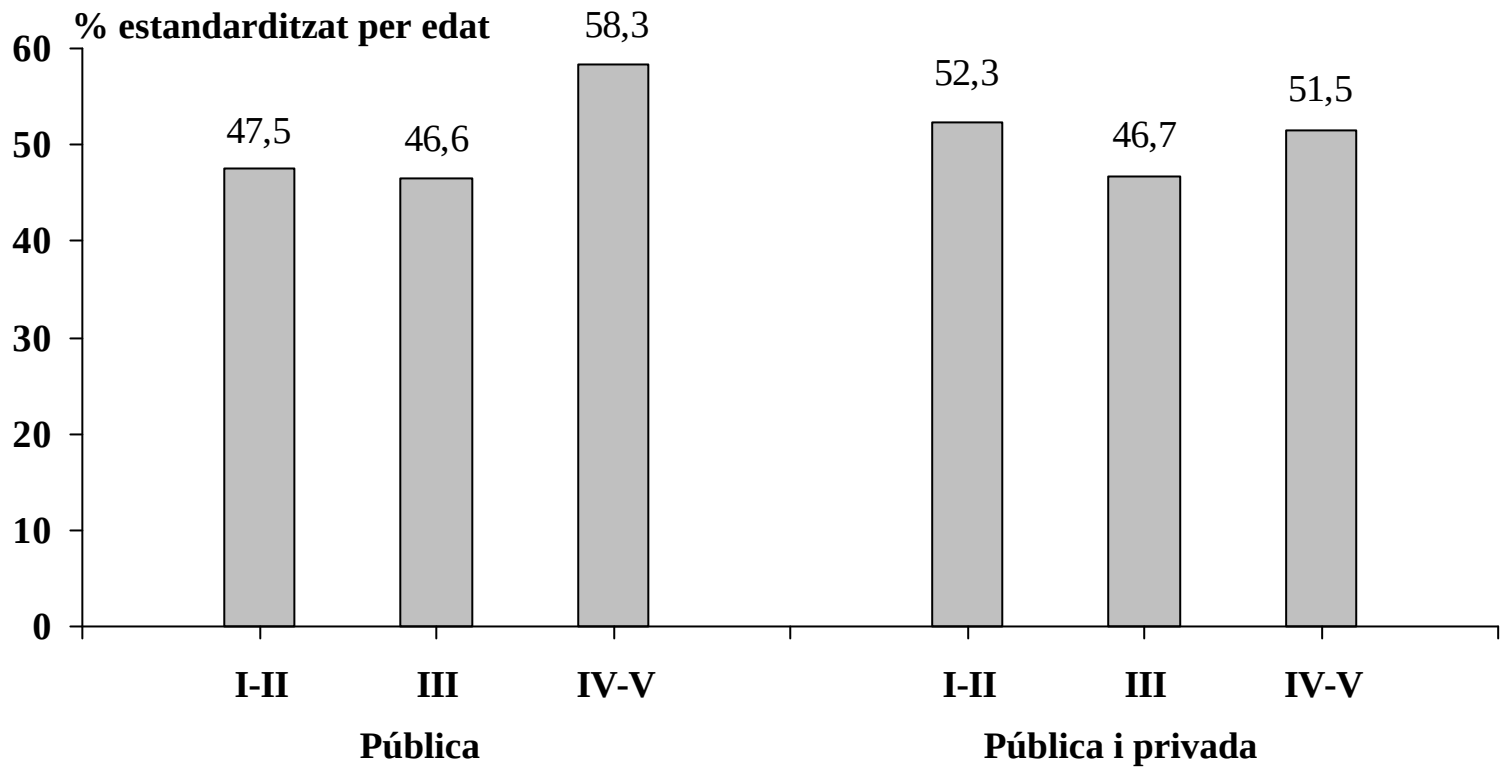
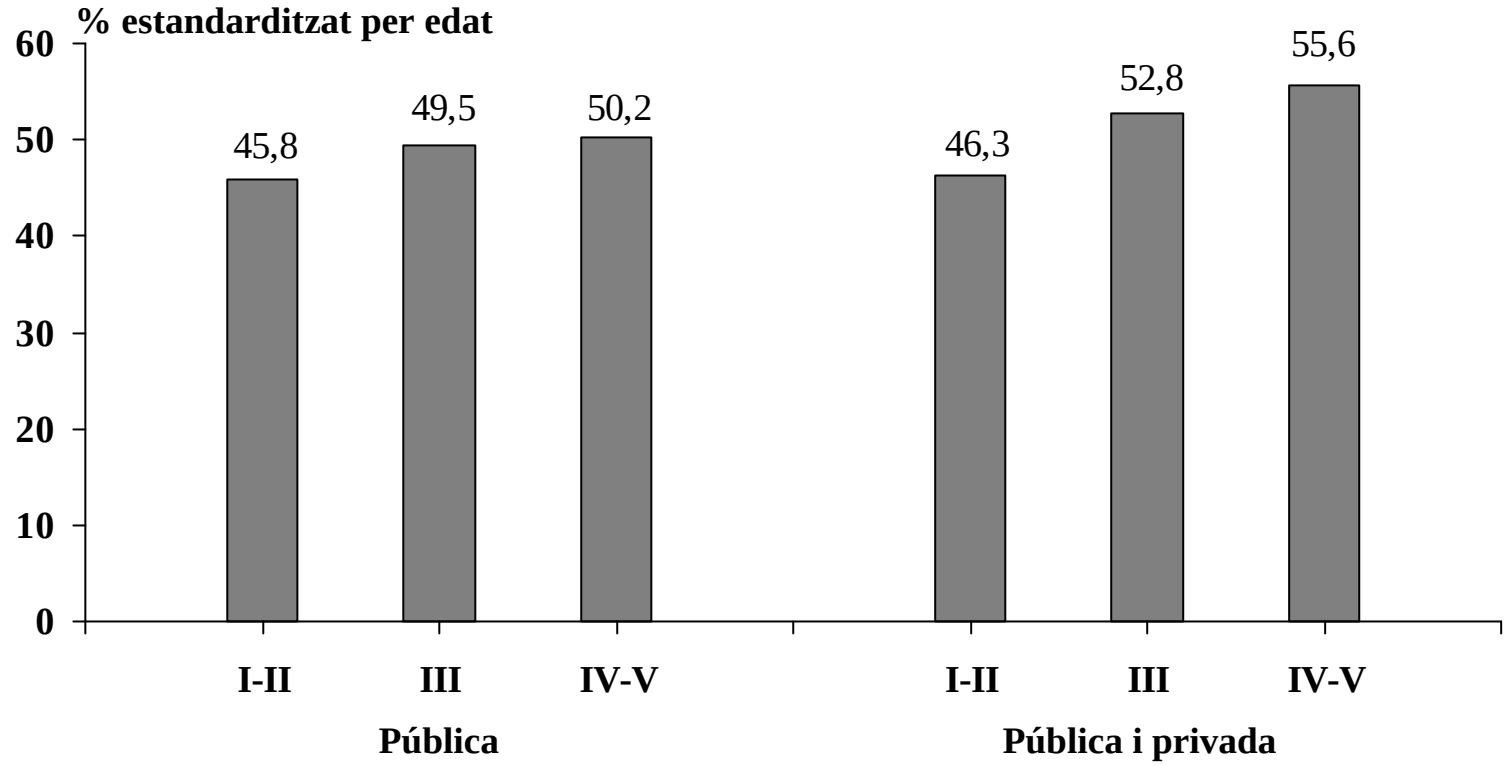
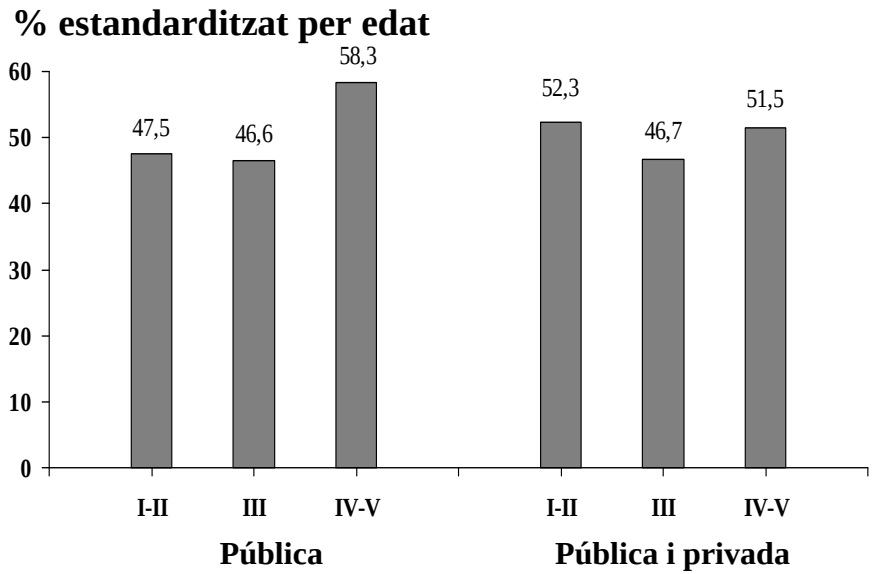


Fig. 5.5. Presa de la tensió arterial periòdica segons classe social. Dones



Homes


% estandarditzat per edat
60
50
40
30
20
10
0
47,5
46,6
58,3
52,3
46,7
51,5
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Pública
Pública i privada

Dones

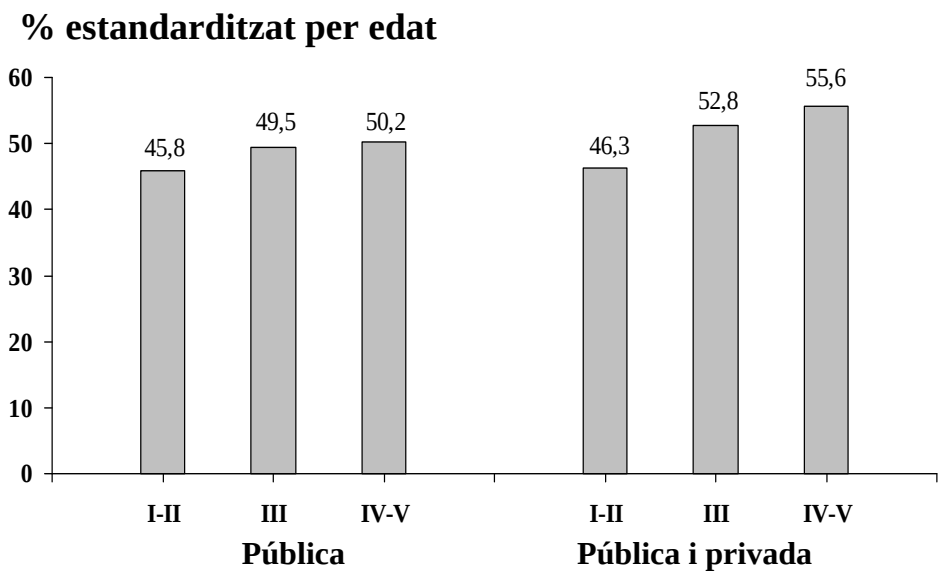

% estandarditzat per edat
60
50
40
30
20
10
0
45,8
49,5
50,2
46,3
52,8
55,6
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Pública
Pública i privada

Fig. 5.5. Citologia >=20 anys

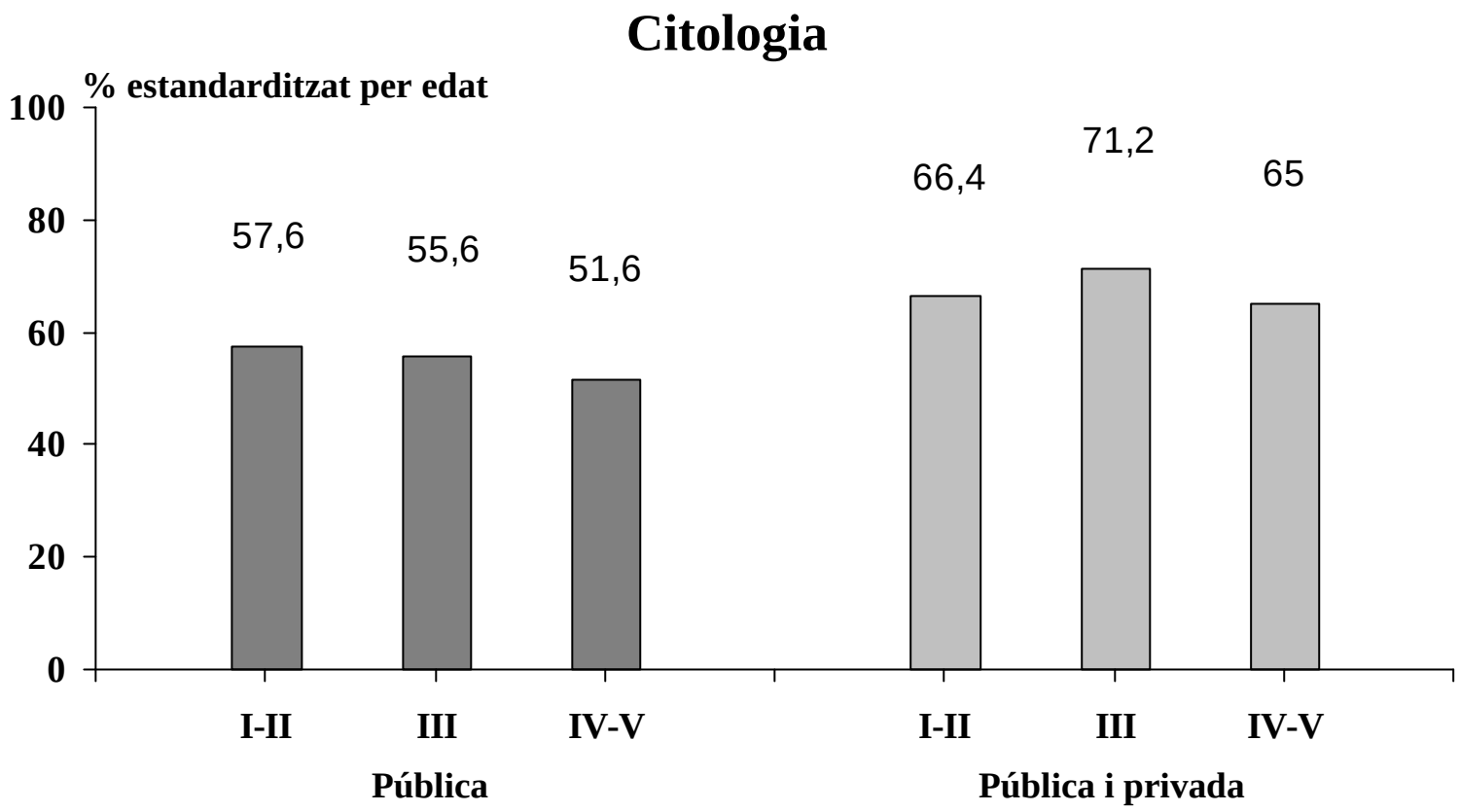
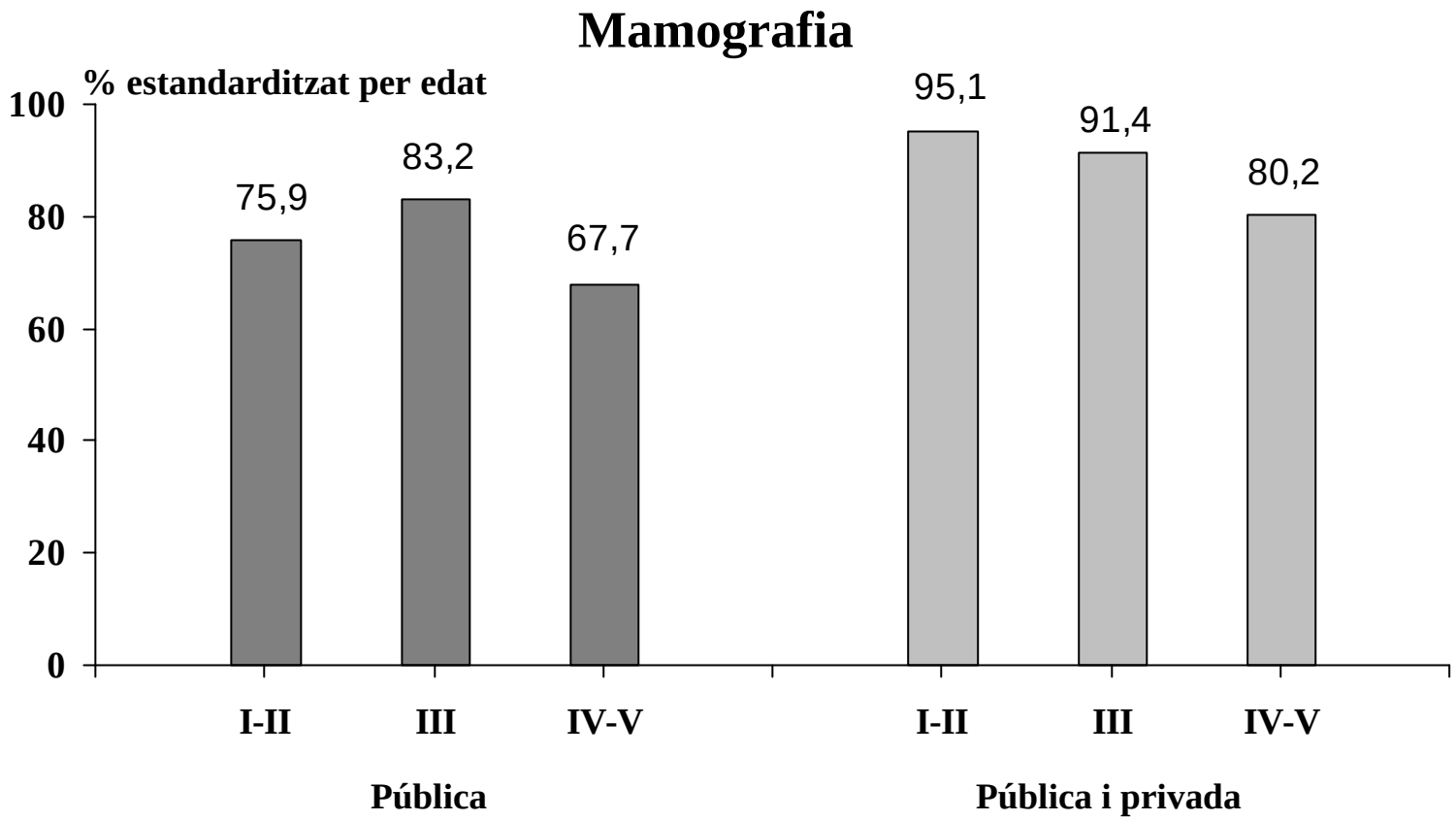
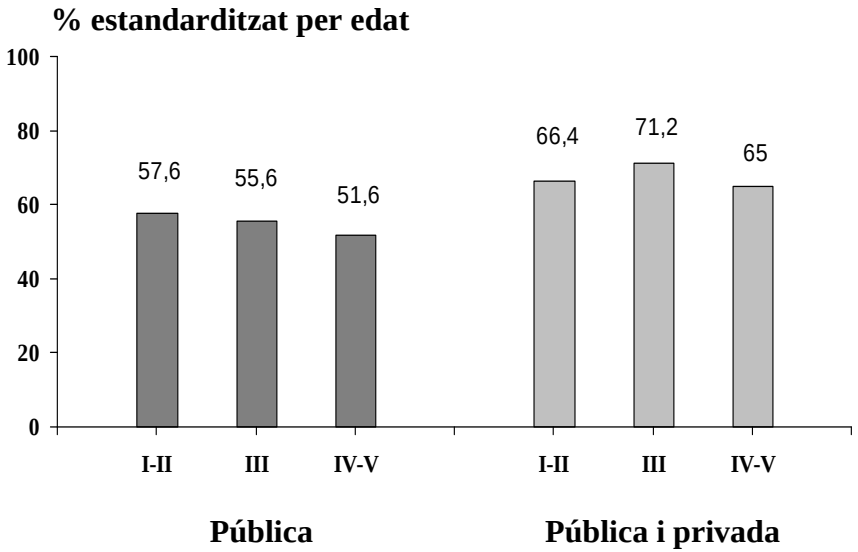


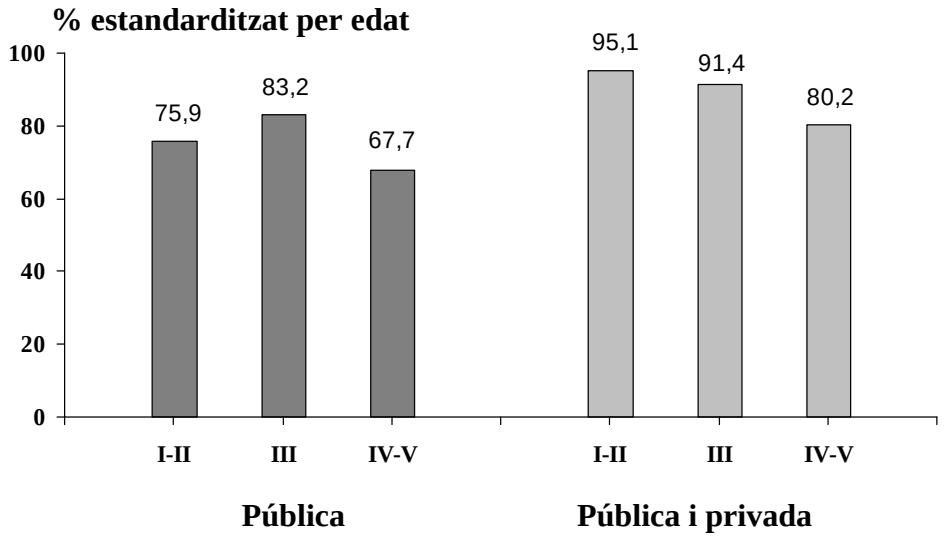
Fig. 5.5. Mamografia periòdica en dones de 50 a 64.



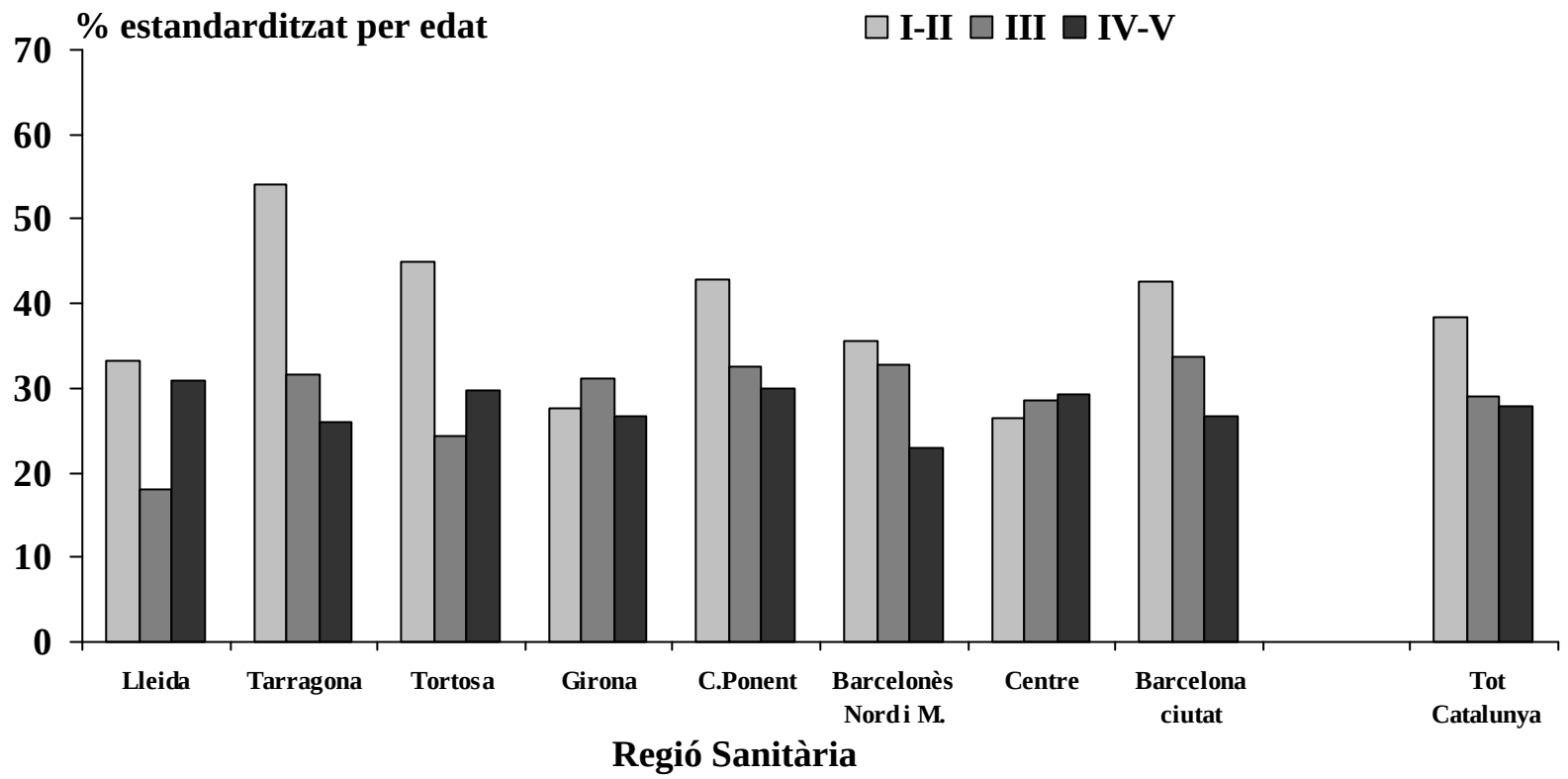
Citologia



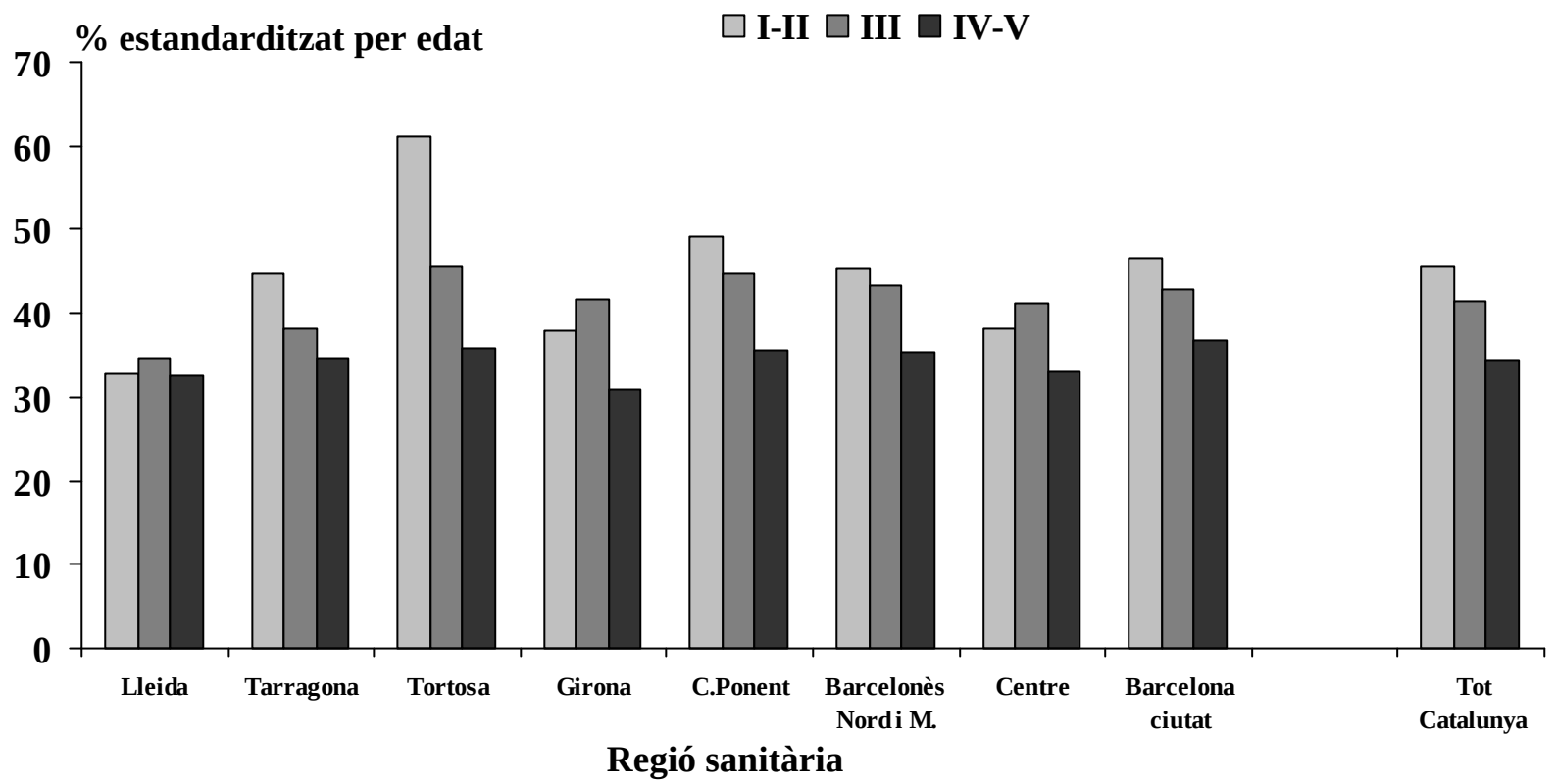
Mamografia



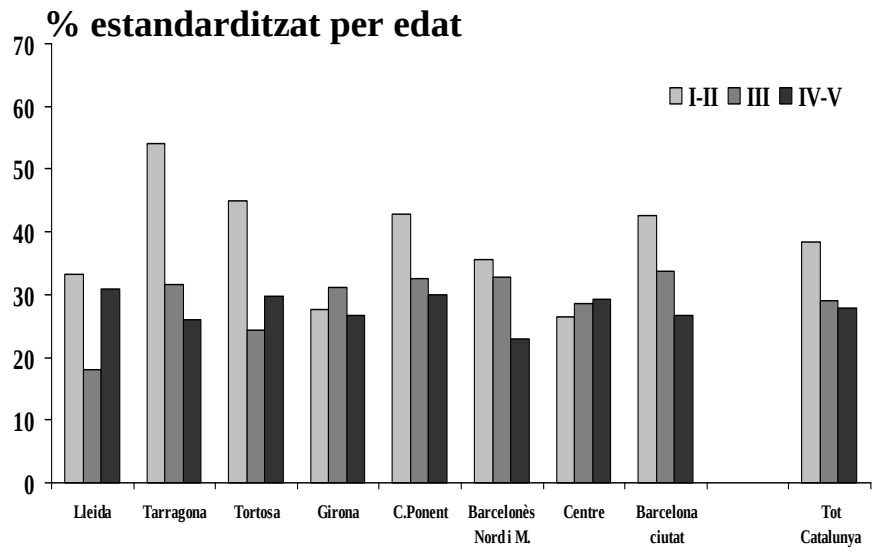
5.3.Visita al dentista. Homes



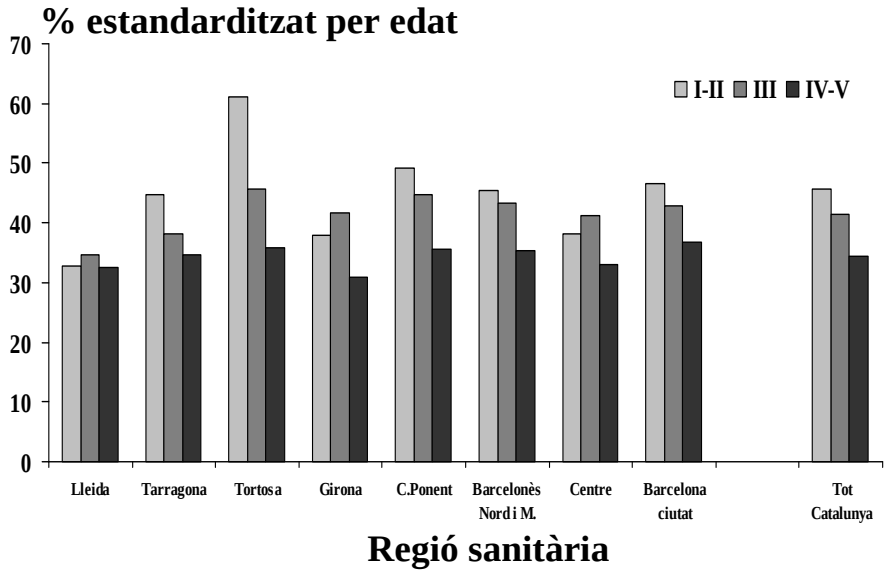
5.3.Visita al dentista. Dones



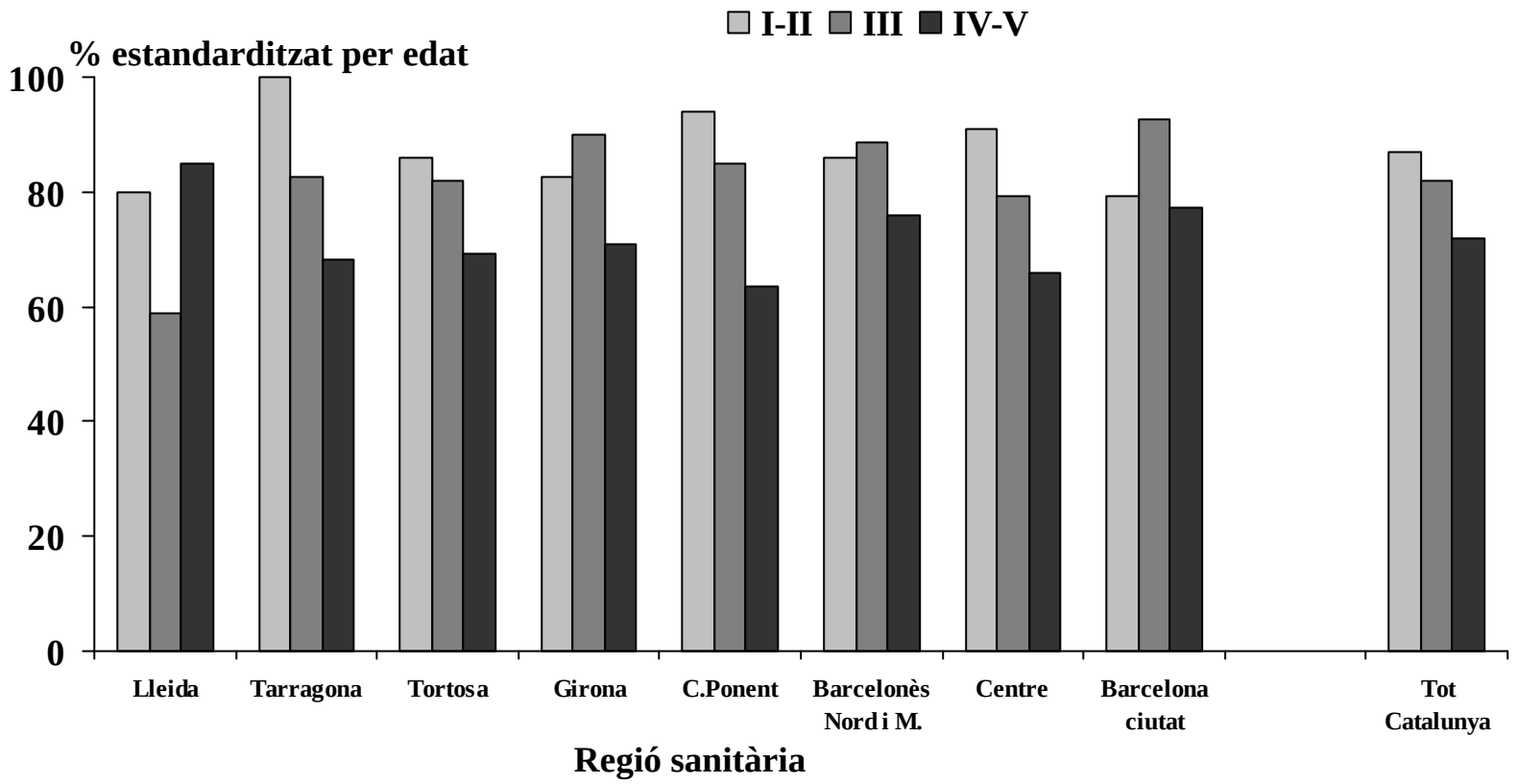
Homes


% estandarditzat per edat
70
60
50
40
30
20
10
0
I-II
III
IV-V
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

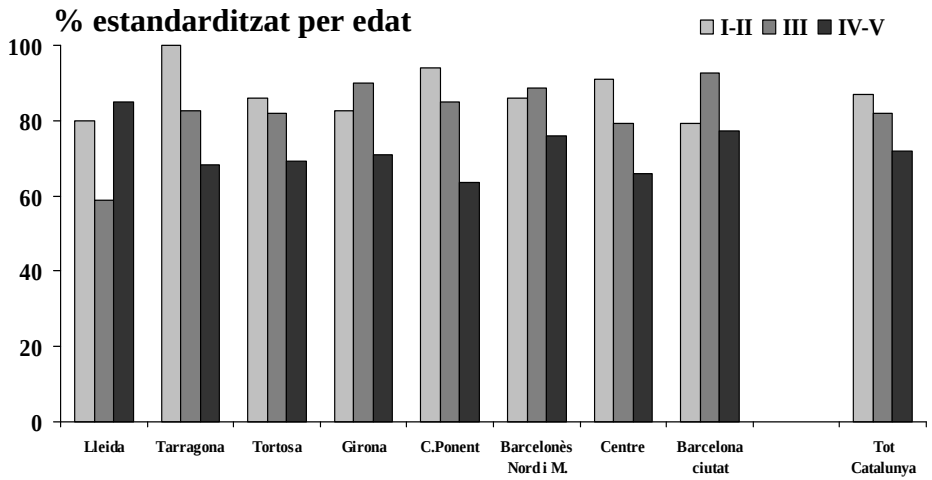
Dones


% estandarditzat per edat
70
60
50
40
30
20
10
0
I-II
III
IV-V
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

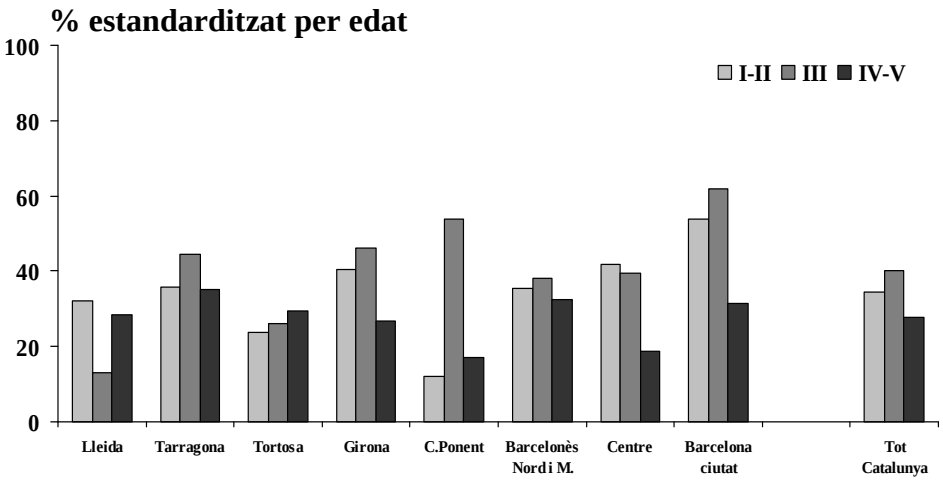
5.6. Mamografía



2002


% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
100
80
60
40
20
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

1994

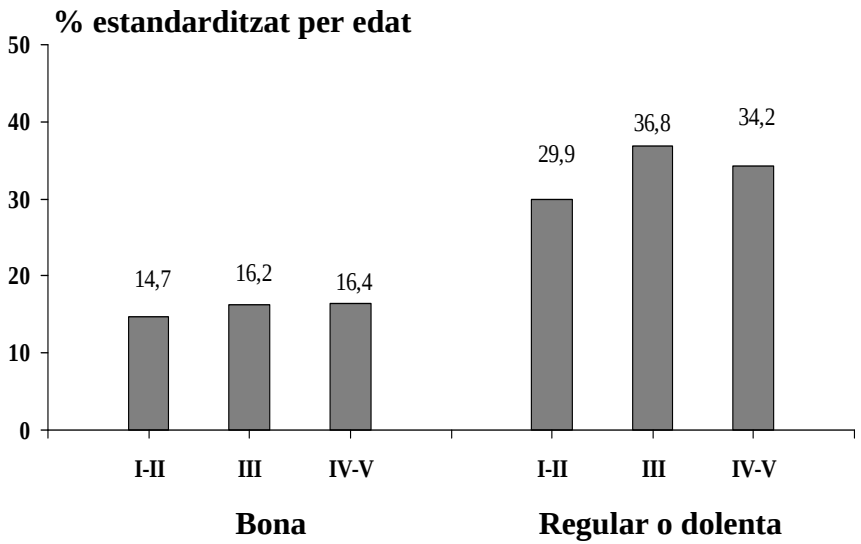

% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
100
80
60
40
20
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C.Ponent
Barcelonès Nord i M.
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

A les 4 properes diapos hi ha:

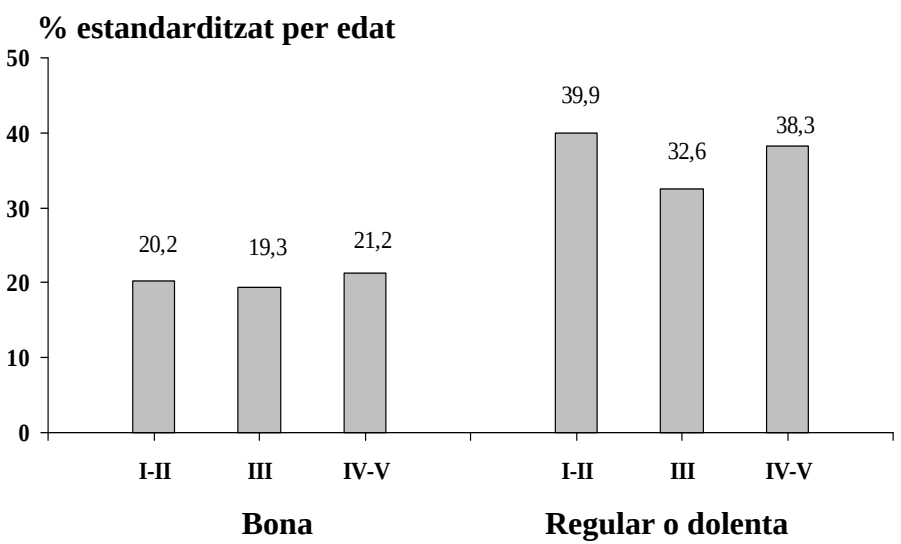
1) **Visita a un professional 1994 per salut**
2) **Igual per 2002 per salut**
3) **Especialista 1994 per xhup**
4) **Especialista 2002 per xhup**
5) **M. GENeral per salut 1994**
6) **M. General per salut 2002**

1994

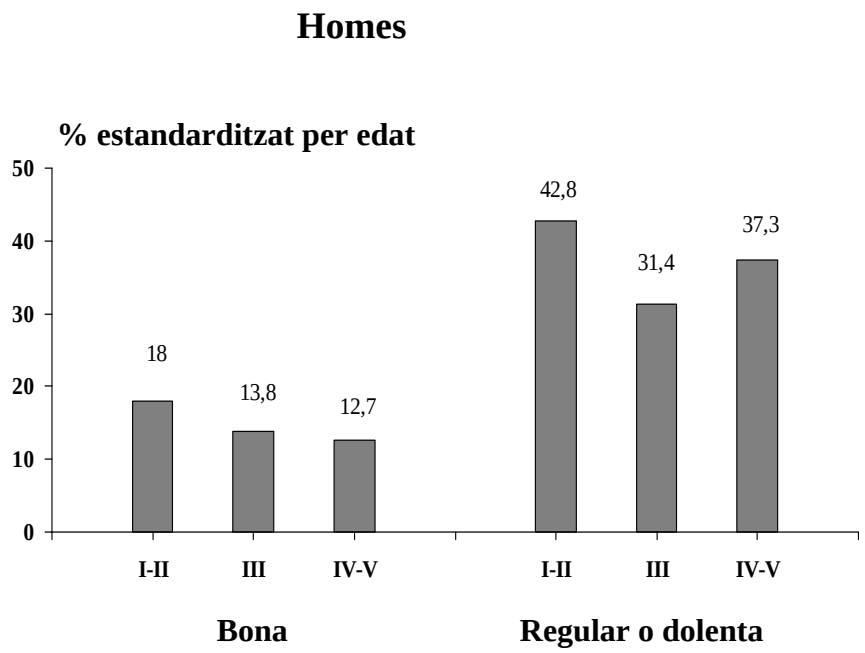
Homes

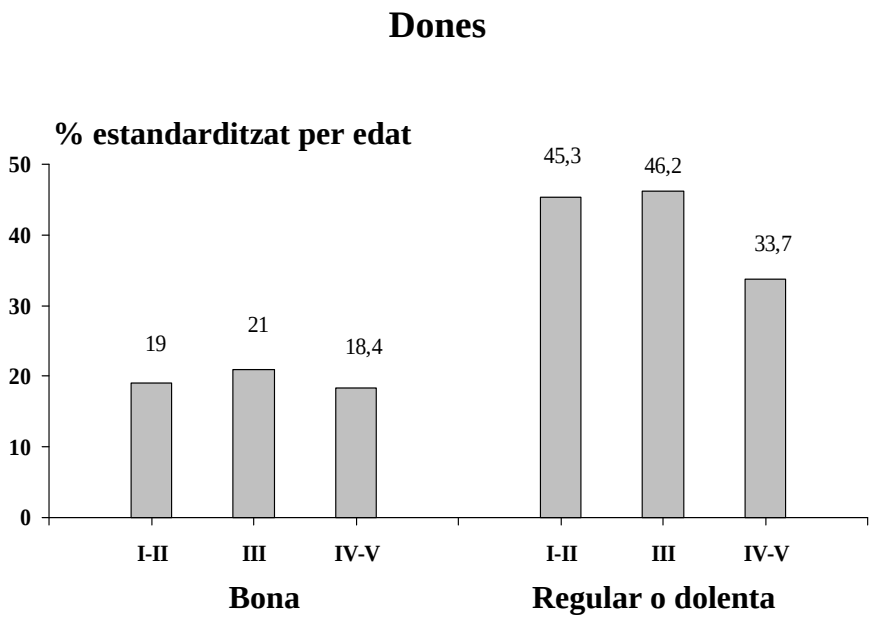


Dones



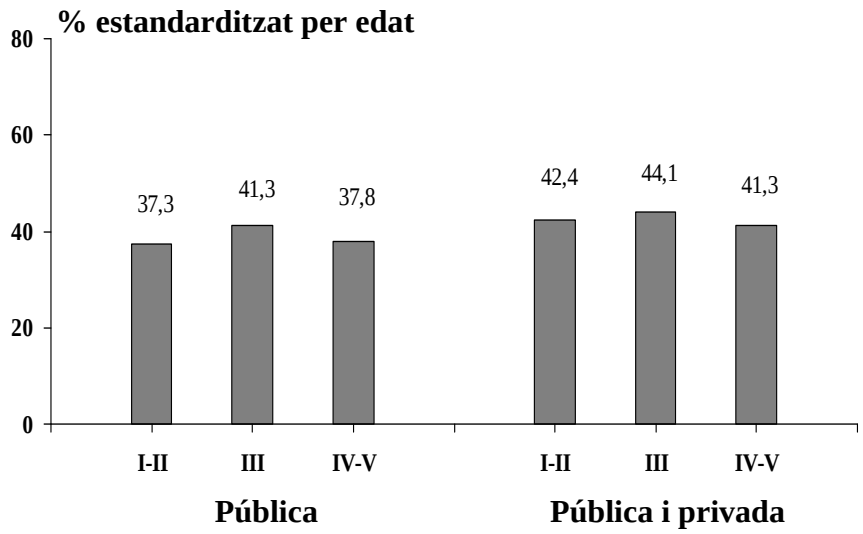
2002


Homes
% estandarditzat per edat
50
40
30
20
10
0
18
13,8
12,7
42,8
31,4
37,3
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Bona
Regular o dolenta

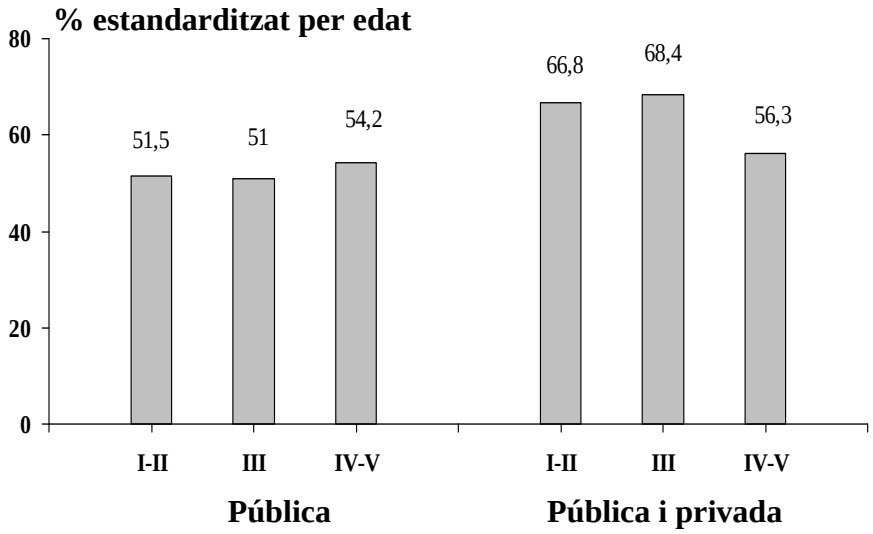

Dones
% estandarditzat per edat
50
40
30
20
10
0
19
21
18,4
45,3
46,2
33,7
I-II
III
IV-V
I-II
III
IV-V
Bona
Regular o dolenta

1994

Homes

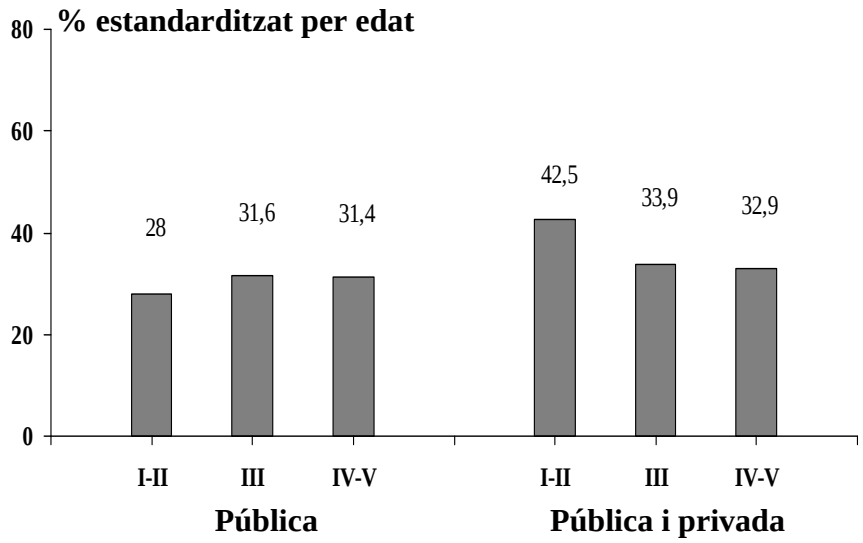


Dones

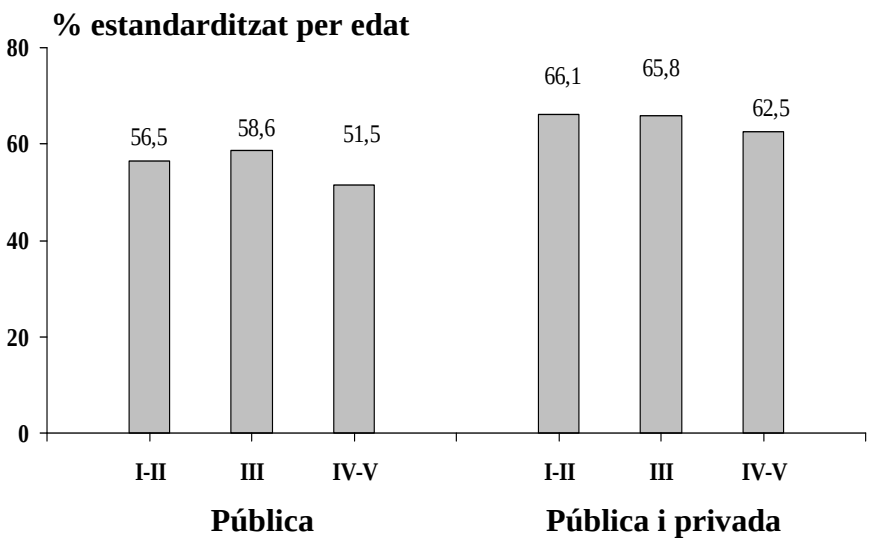


2002

Homes

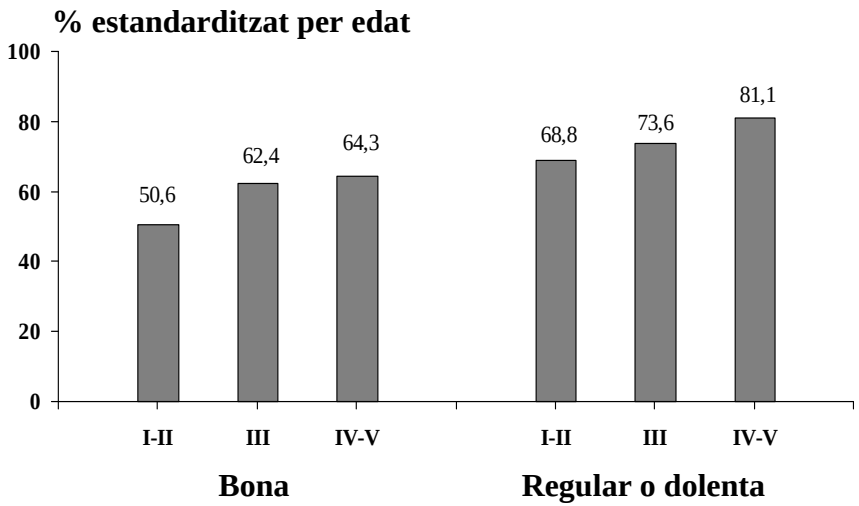


Dones

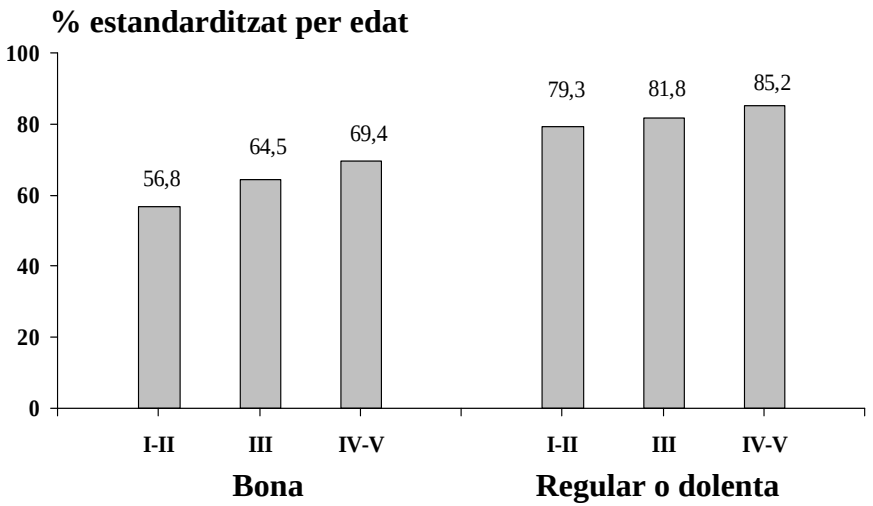


1994

Homes

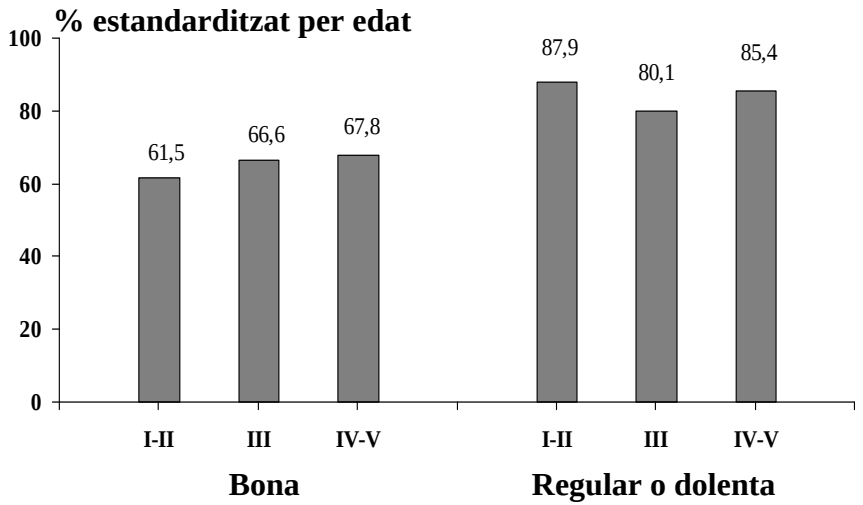


Dones



2002

Homes



Dones

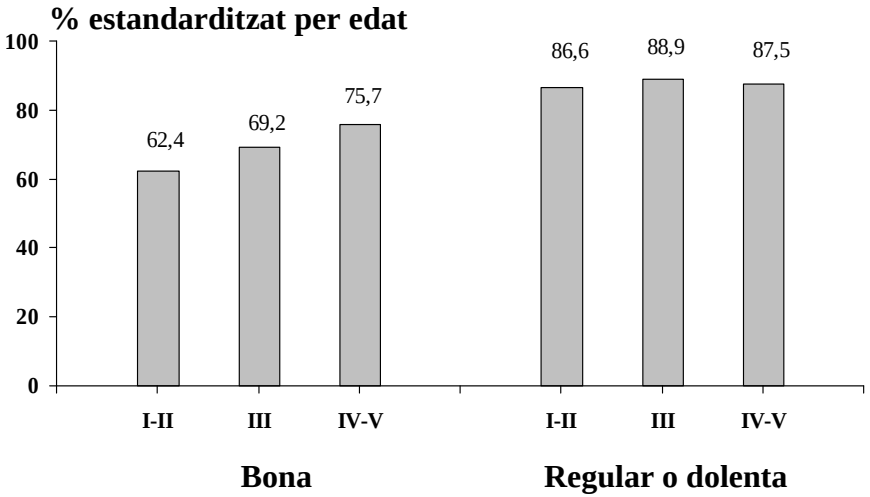


Figura 6.1A

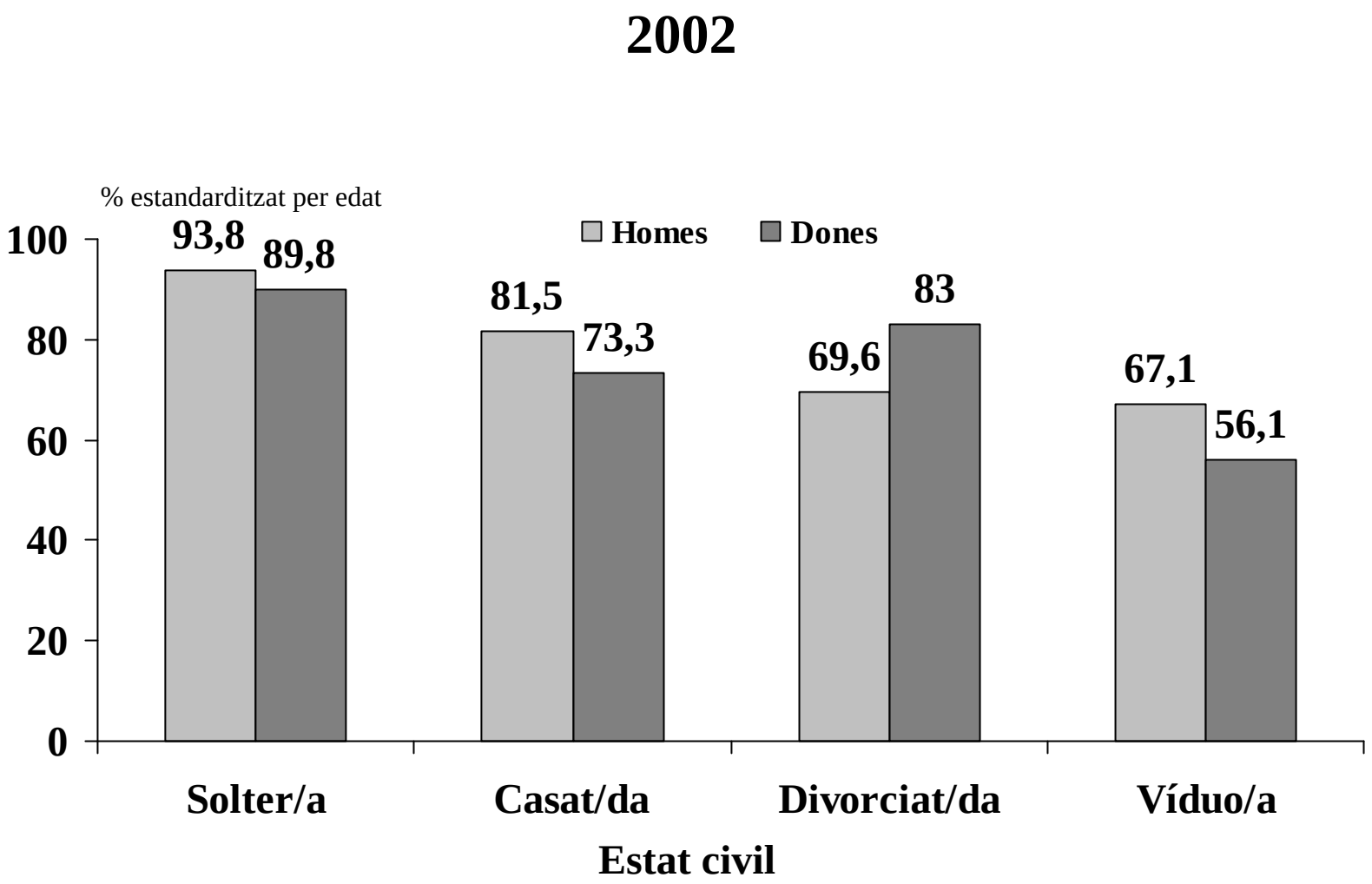

2002
% estandarditzat per edat
Homes
Dones
100
80
60
40
20
0
93,8
89,8
81,5
73,3
69,6
83
67,1
56,1
Solter/a
Casat/da
Divorciat/da
Víduo/a
Estat civil

Figura 6.1B

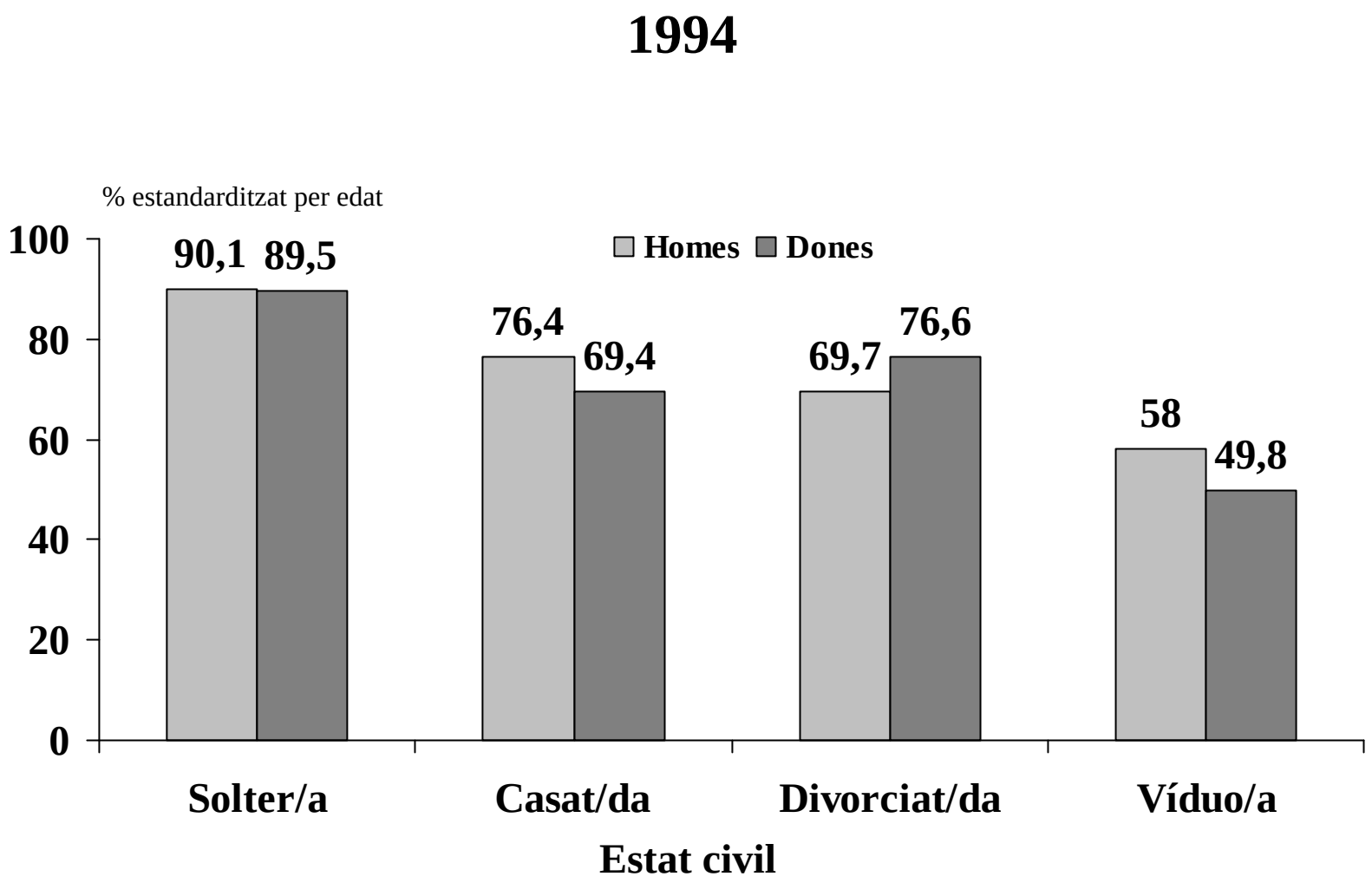

1994
% estandarditzat per edat
100
80
60
40
20
0
Homes
Dones
90,1
89,5
76,4
69,4
69,7
76,6
58
49,8
Solter/a
Casat/da
Divorciat/da
Víduo/a
Estat civil

Fig.6.1

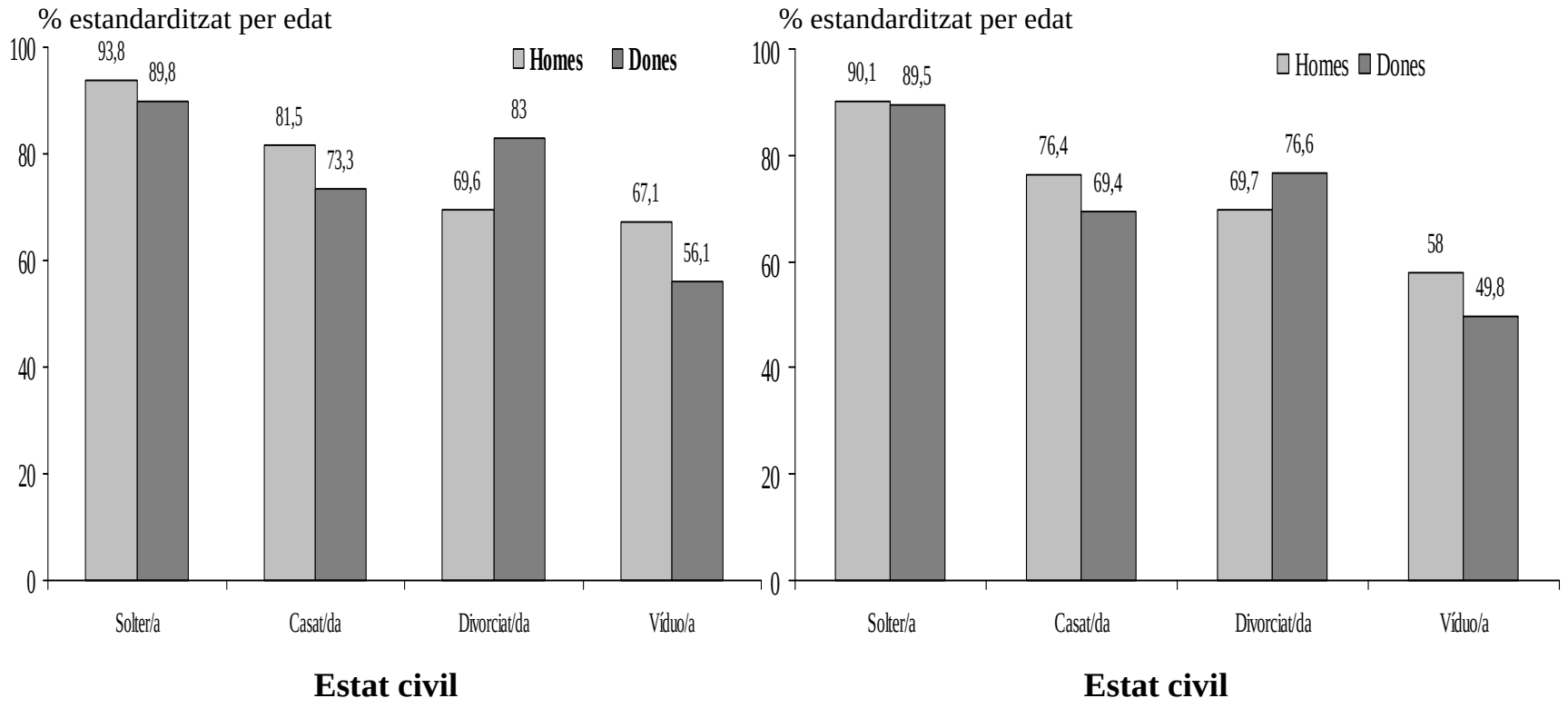

% estandarditzat per edat
Homes
Dones
100
80
60
40
20
0
93,8
89,8
81,5
73,3
69,6
83
67,1
56,1
Solter/a
Casat/da
Divorciat/da
Víduo/a
Estat civil
% estandarditzat per edat
Homes
Dones
90,1
89,5
76,4
69,4
69,7
76,6
58
49,8
Solter/a
Casat/da
Divorciat/da
Víduo/a
Estat civil

Figura 6.2AA

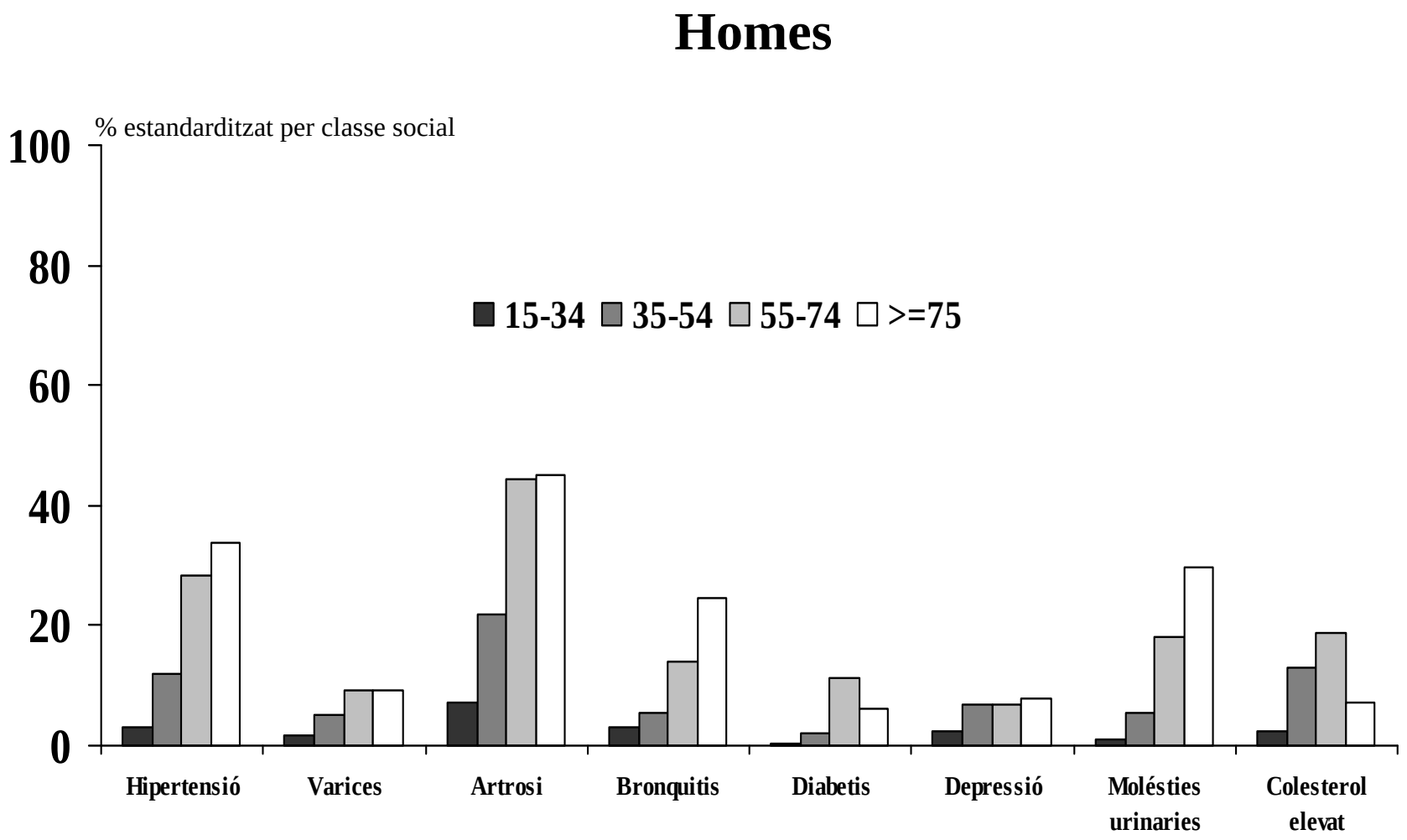

Homes
% estandarditzat per classe social
100
80
60
40
20
0
15-34
35-54
55-74
>=75
Hipertensió
Varices
Artrosi
Bronquitis
Diabetis
Depressió
Molésties urinaries
Colesterol elevat

Figura 6.2AA

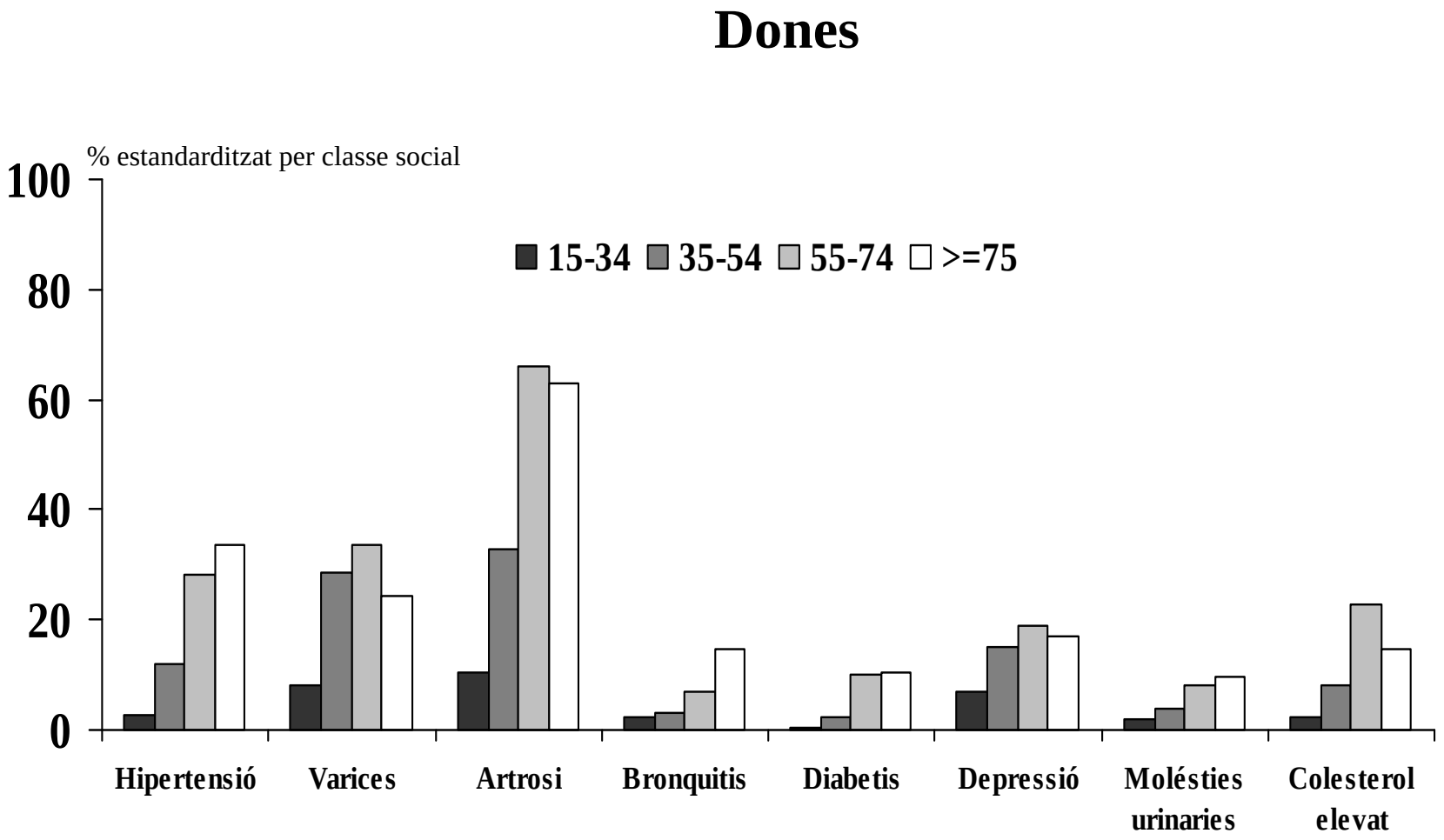
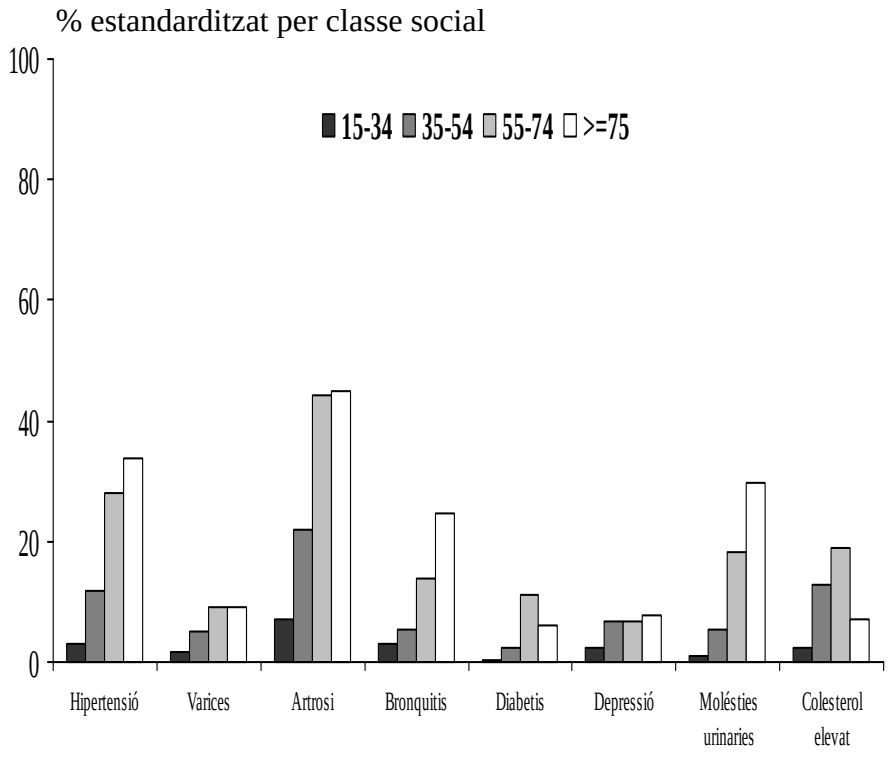

Dones
% estandarditzat per classe social
100
80
60
40
20
0
15-34
35-54
55-74
>=75
Hipertensió
Varices
Artrosi
Bronquitis
Diabetis
Depressió
Molésties urinaries
Colesterol elevat

Fig.6.2- any 1994



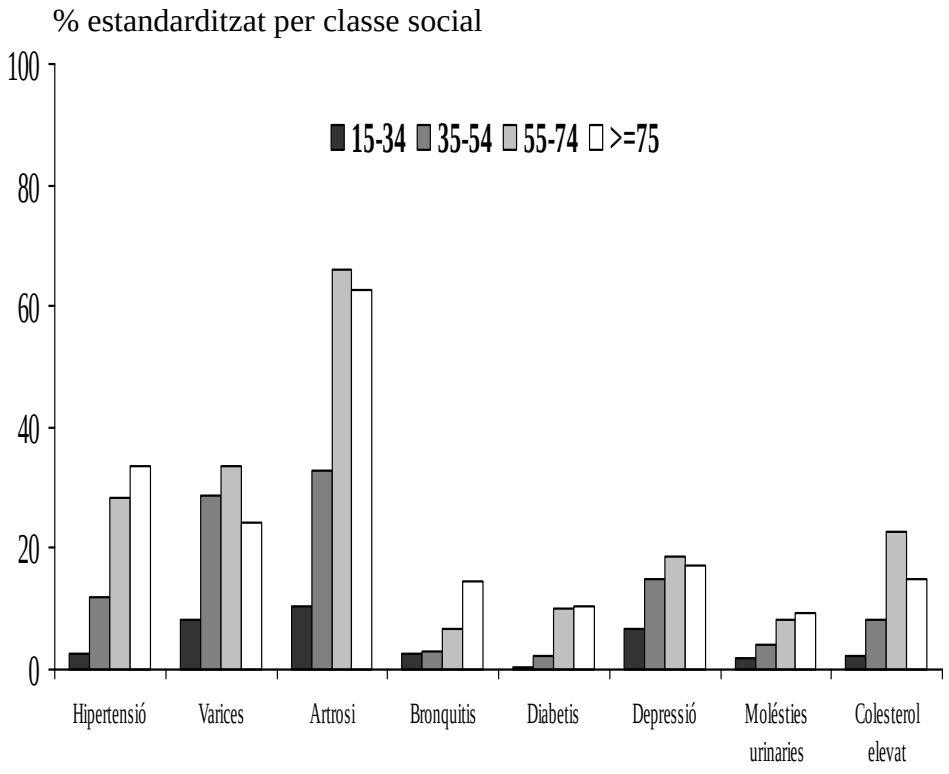


Figura 6.2BB

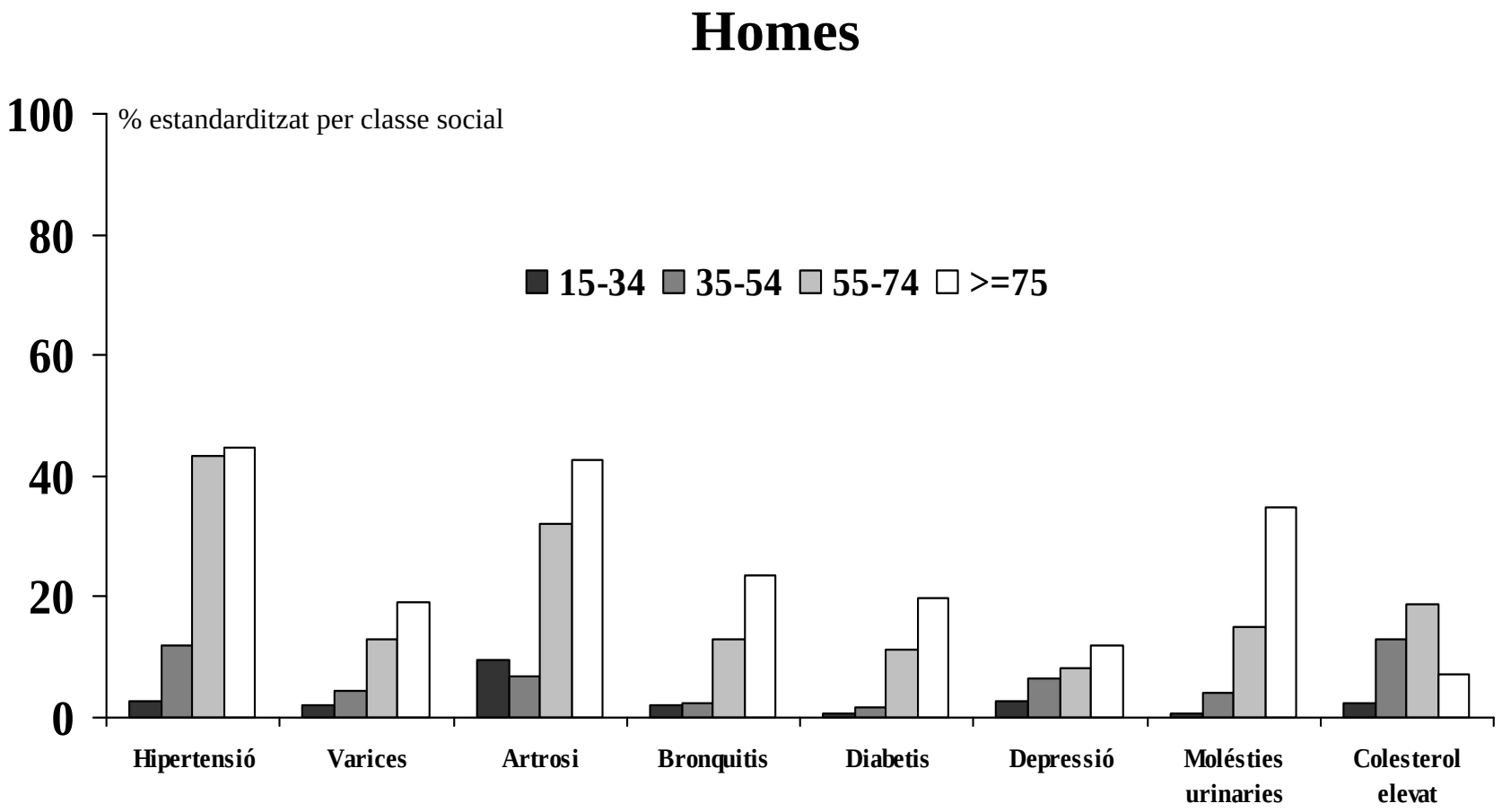

Homes
% estandarditzat per classe social
100
80
60
40
20
0
15-34
35-54
55-74
>=75
Hipertensió
Varices
Artrosi
Bronquitis
Diabetis
Depressió
Molésties urinaries
Colesterol elevat

Figura 6.2BB

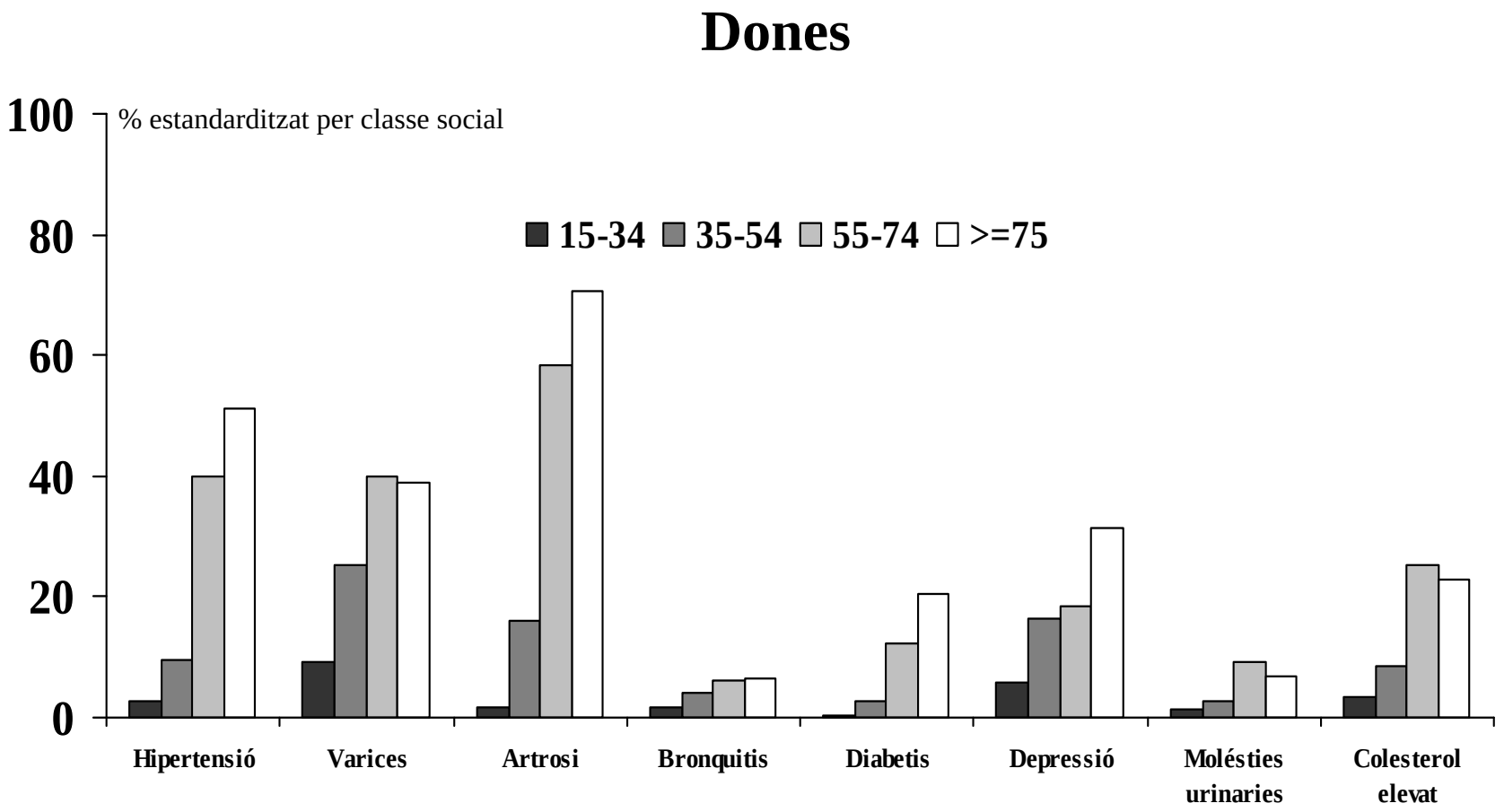
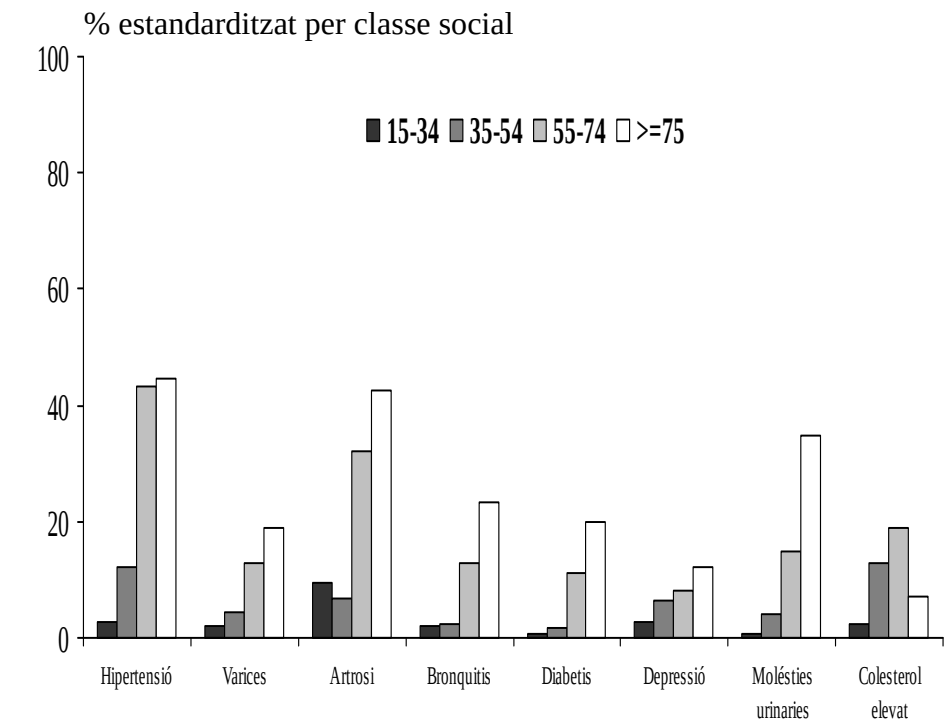

Dones
% estandarditzat per classe social
100
80
60
40
20
0
15-34
35-54
55-74
>=75
Hipertensió
Varices
Artrosi
Bronquitis
Diabetis
Depressió
Molésties urinaries
Colesterol elevat

Fig.6.2- any 2002



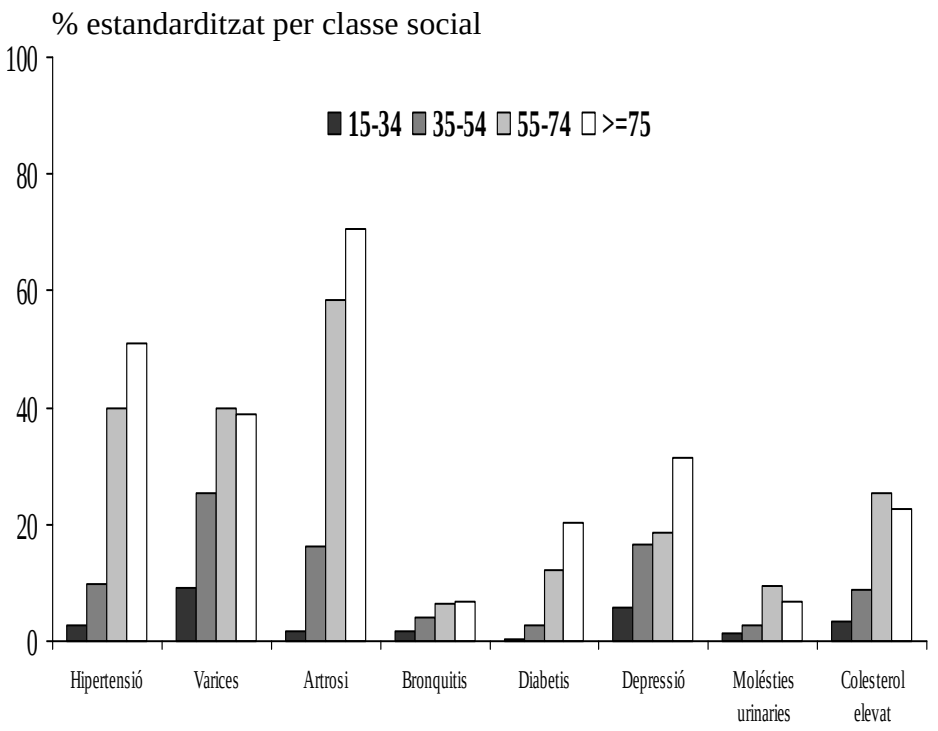
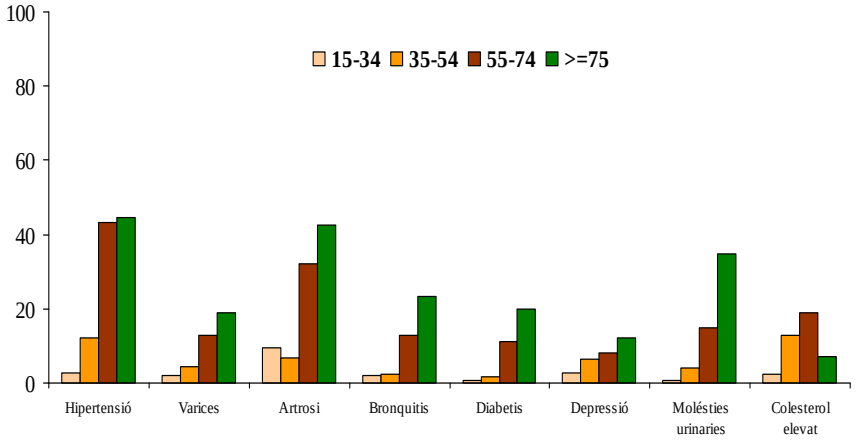


Figura 6.2

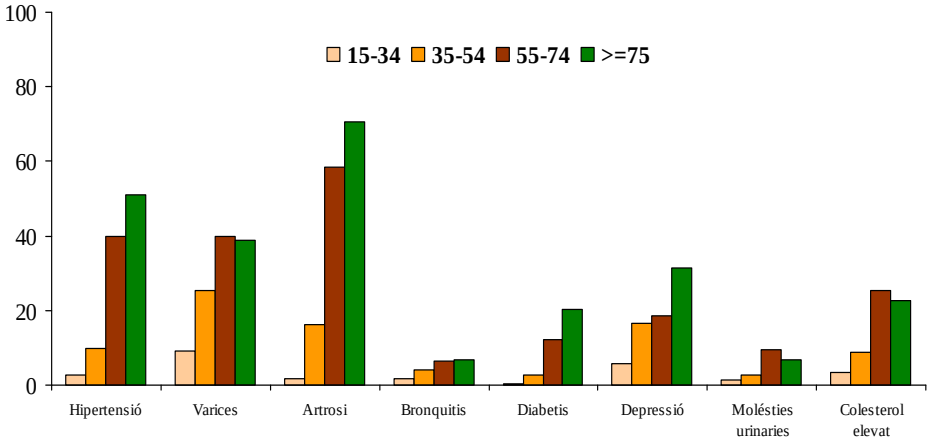
Homes 2002

% estandarditzat per classe social



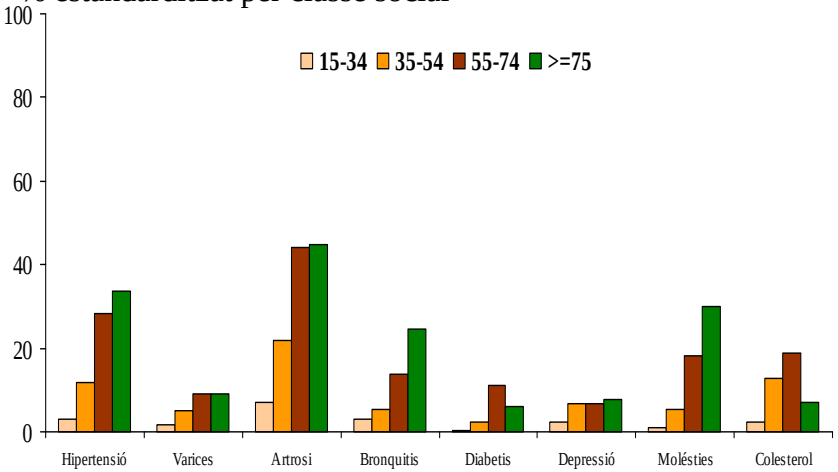
Dones 2002

% estandarditzat per classe social



Homes 1994

% estandarditzat per classe social



Dones 1994

% estandarditzat per classe social

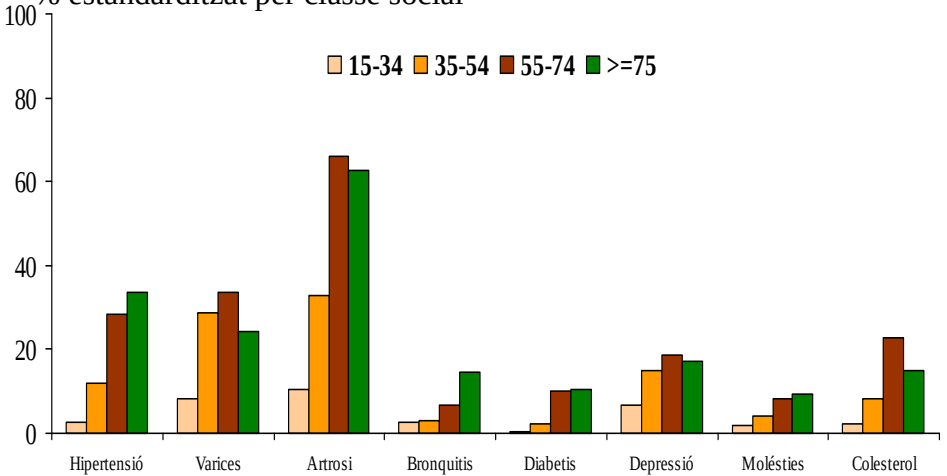


Figura 6.3A

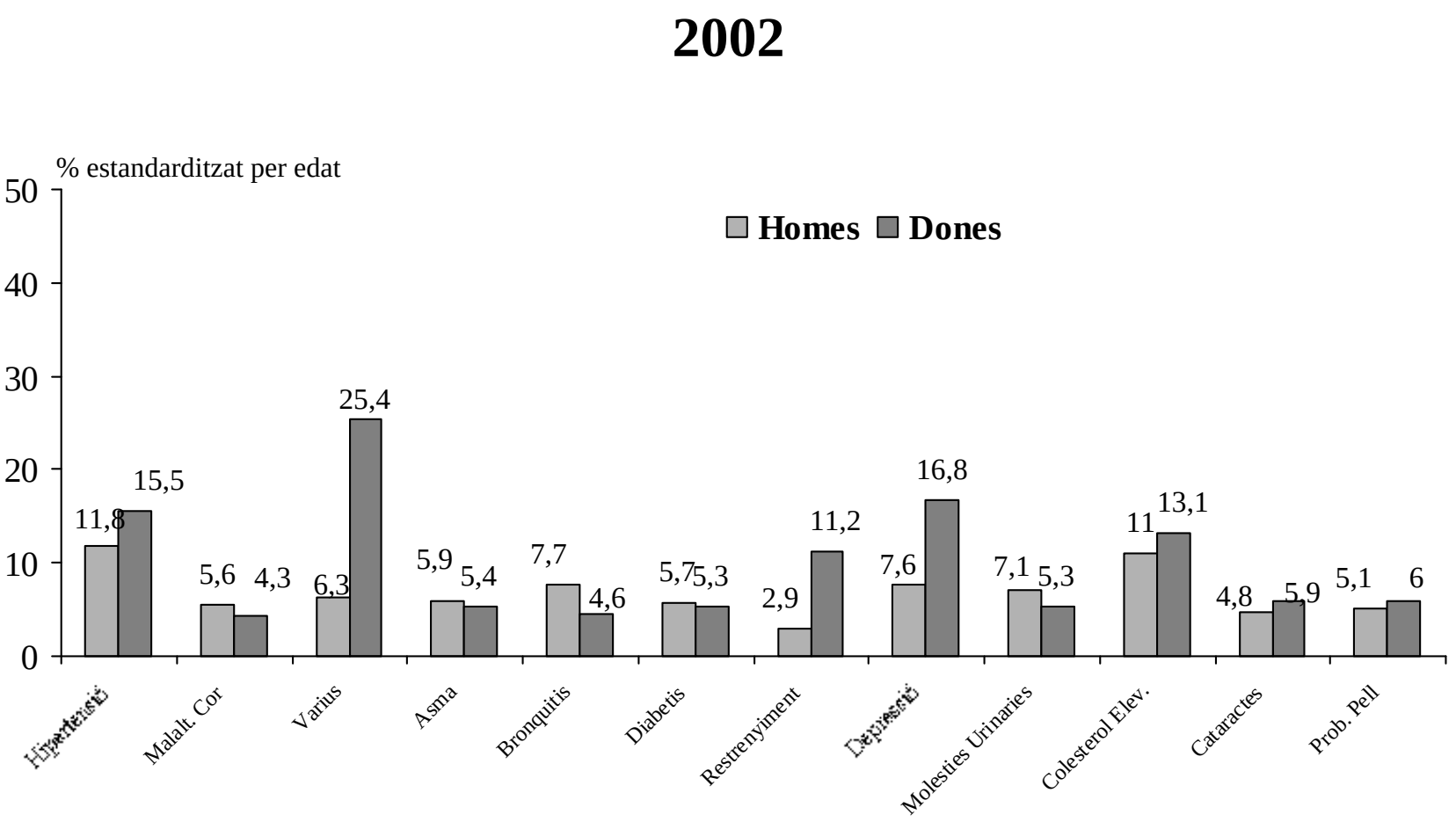

2002
% estandarditzat per edat
Homes
Dones
50
40
30
20
10
0
11,8
15,5
5,6
4,3
6,3
25,4
5,9
5,4
7,7
4,6
5,7
5,3
2,9
11,2
7,6
16,8
7,1
5,3
11
13,1
4,8
5,9
5,1
6
Malalt. Cor
Varius
Asma
Bronquitis
Diabetis
Restrenyiment
Molesties Urinaries
Colesterol Elev.
Cataractes
Prob. Pell

Figura 6.3B

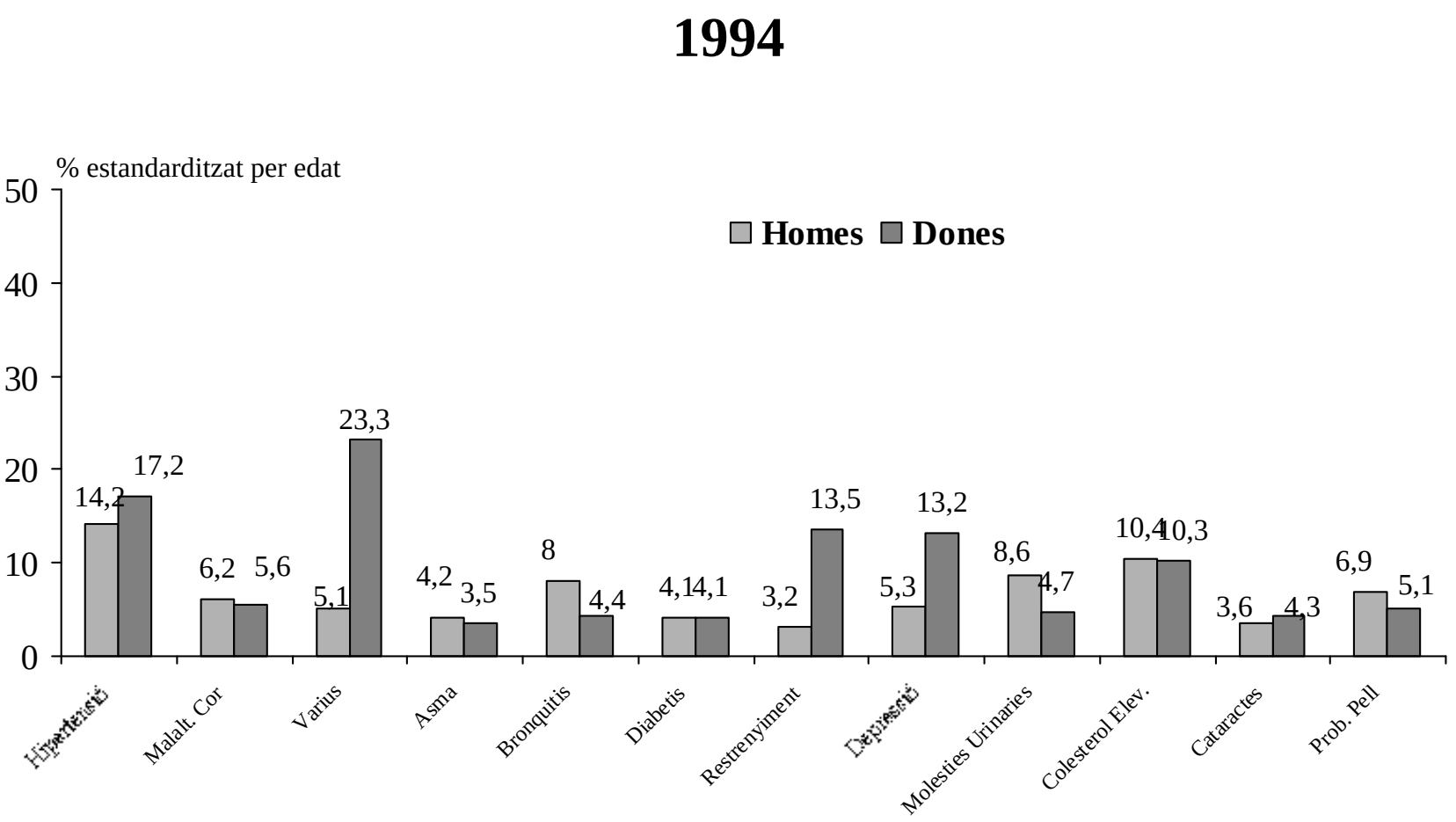
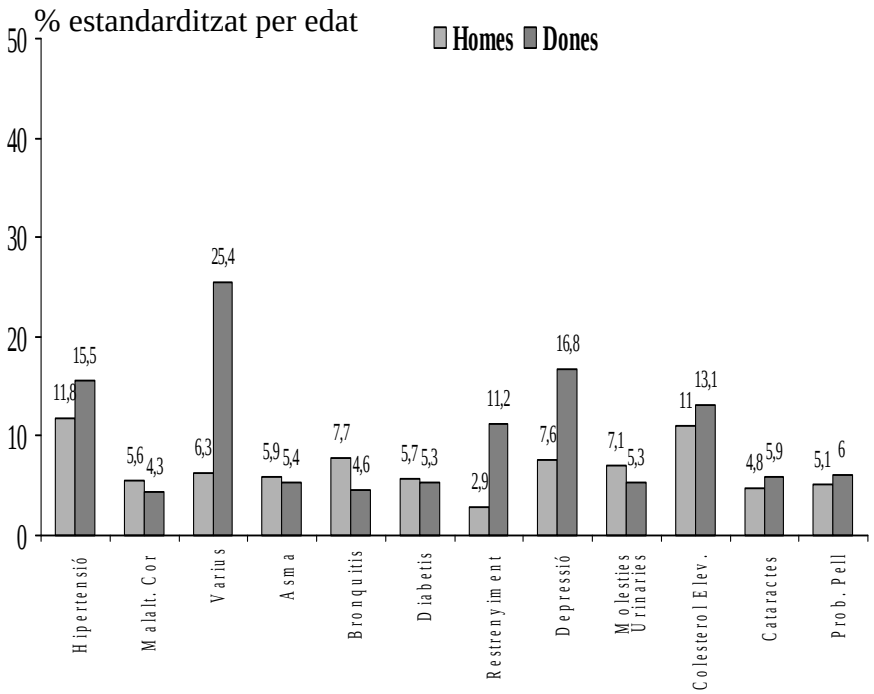

1994
% estandarditzat per edat
50
40
30
20
10
0
Homes
Dones
14,2
17,2
6,2
5,6
5,1
23,3
4,2
3,5
8
4,4
4,1
4,1
3,2
13,5
5,3
13,2
8,6
4,7
10,4
10,3
3,6
4,3
6,9
5,1
Malalt. Cor
Varius
Asma
Bronquitis
Diabetis
Restrenyiment
Molesties Urinaries
Colesterol Elev.
Cataractes
Prob. Pell

Figura 6.3


% estandarditzat per edat
Homes
Dones
50
40
30
20
10
0
11,8
15,5
5,6
4,3
6,3
25,4
5,9
5,4
7,7
4,6
5,7
5,3
2,9
11,2
7,6
16,8
7,1
5,3
11
13,1
4,8
5,9
5,1
6
Hipertensió
Malalt. Cor
Varius
Asma
Bronquitis
Diabetis
Restrenyiment
Depressió
Molesties Urinàries
Colesterol Elev.
Cataractes
Prob. Pell

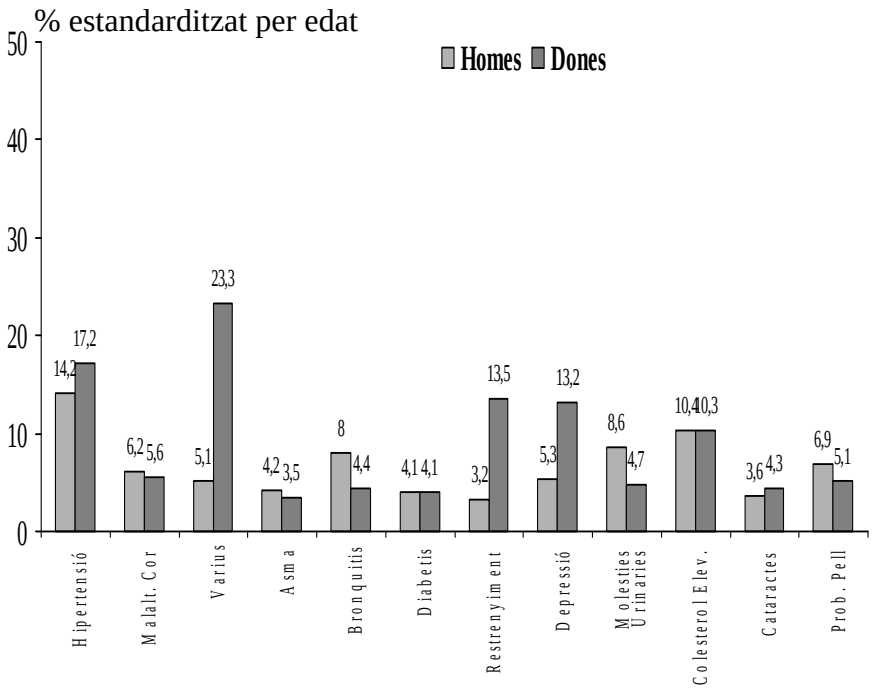

% estandarditzat per edat
Homes
Dones
50
40
30
20
10
0
14,2
17,2
6,2
5,6
5,1
23,3
4,2
3,5
8
4,4
4,1
4,1
3,2
13,5
5,3
13,2
8,6
4,7
10,4
10,3
3,6
4,3
6,9
5,1
Hipertensió
Malalt. Cor
Varius
Asma
Bronquitis
Diabetis
Restrenyiment
Depressió
Molesties Urinàries
Colesterol Elev.
Cataractes
Prob. Pell

Figura 6.4

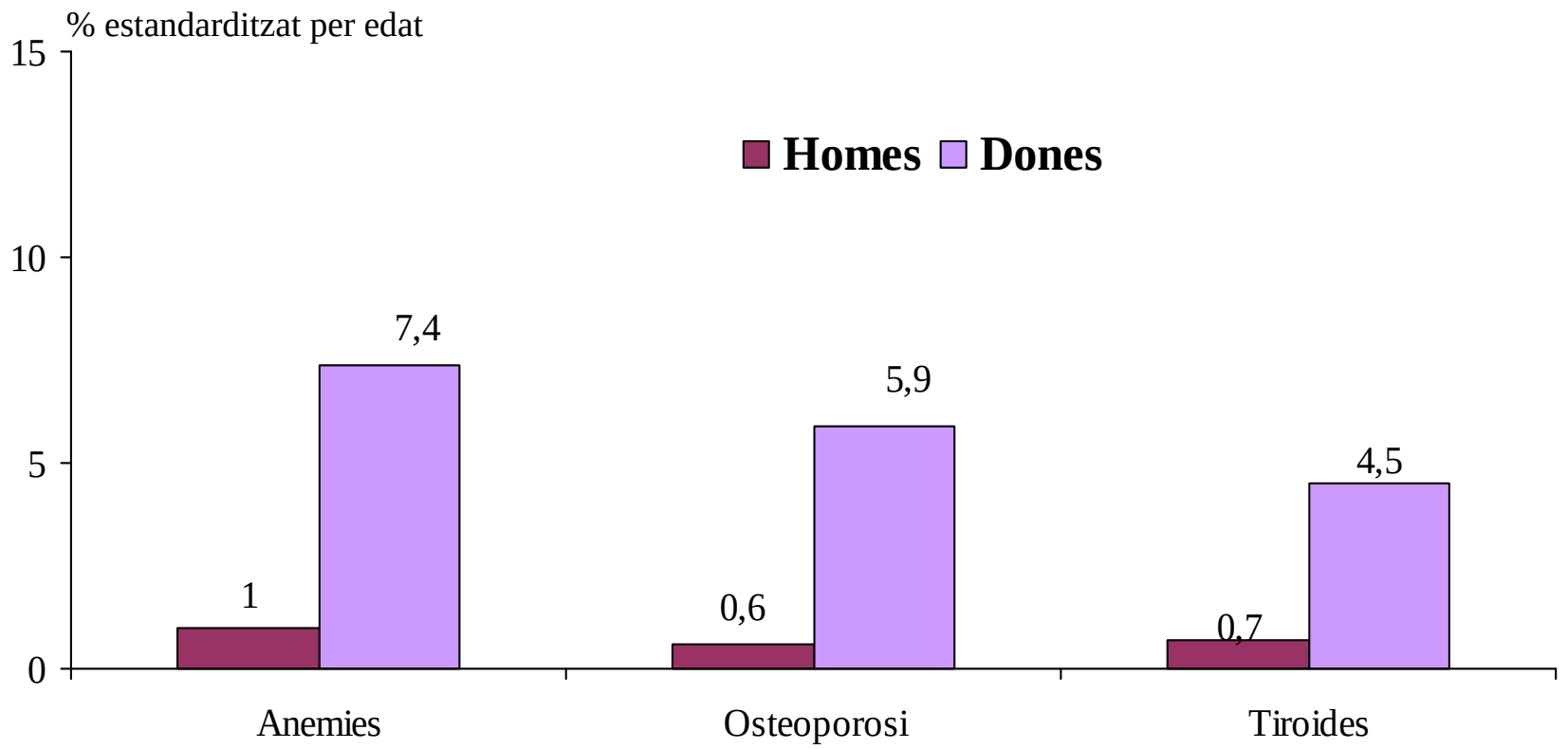

% estandarditzat per edat
15
10
5
0
Homes
Dones
7,4
5,9
4,5
1
0,6
0,7
Anemies
Osteoporosi
Tiroides

Figura 6.5AA

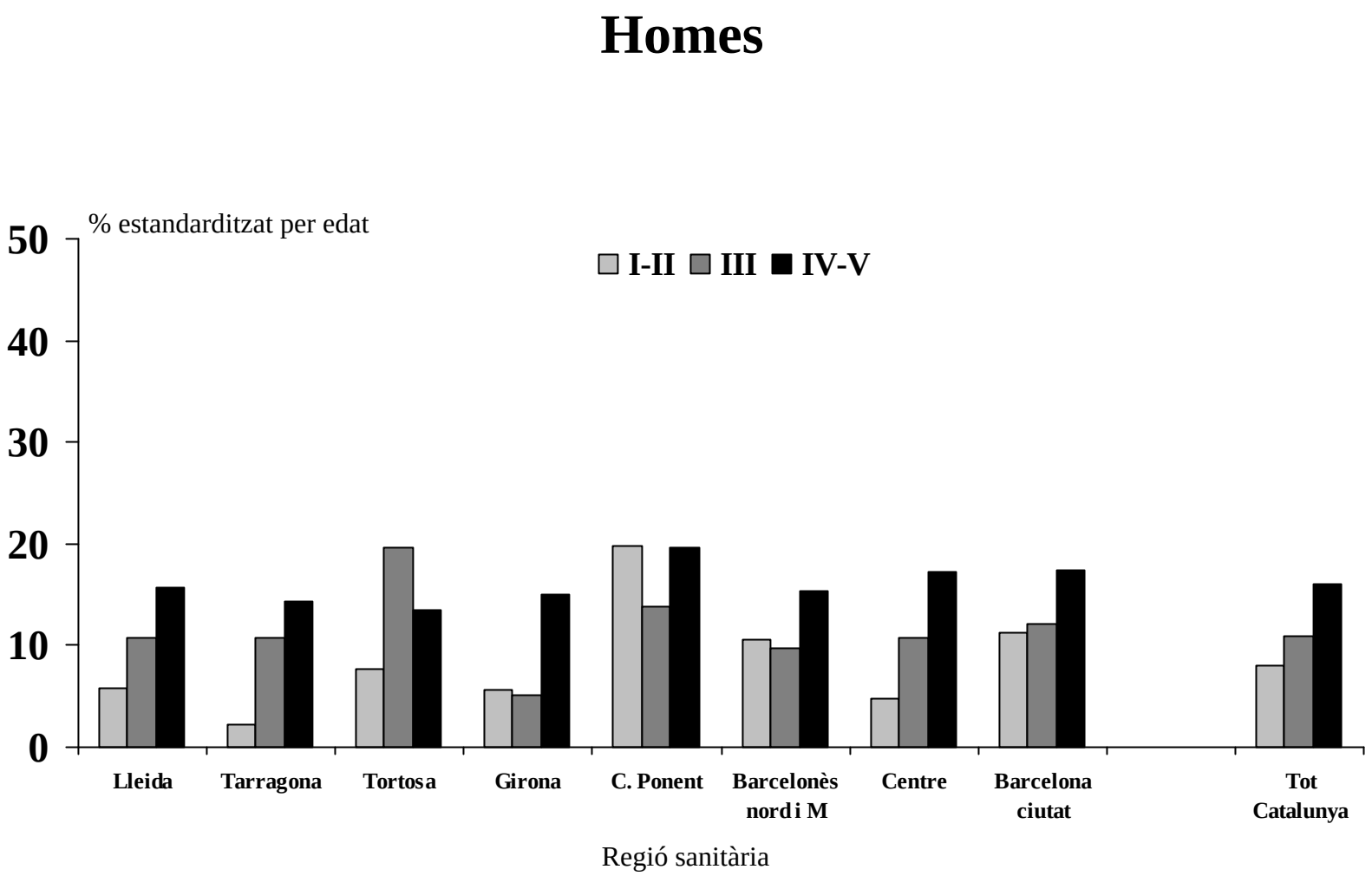

Homes
% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Figura 6.5AA

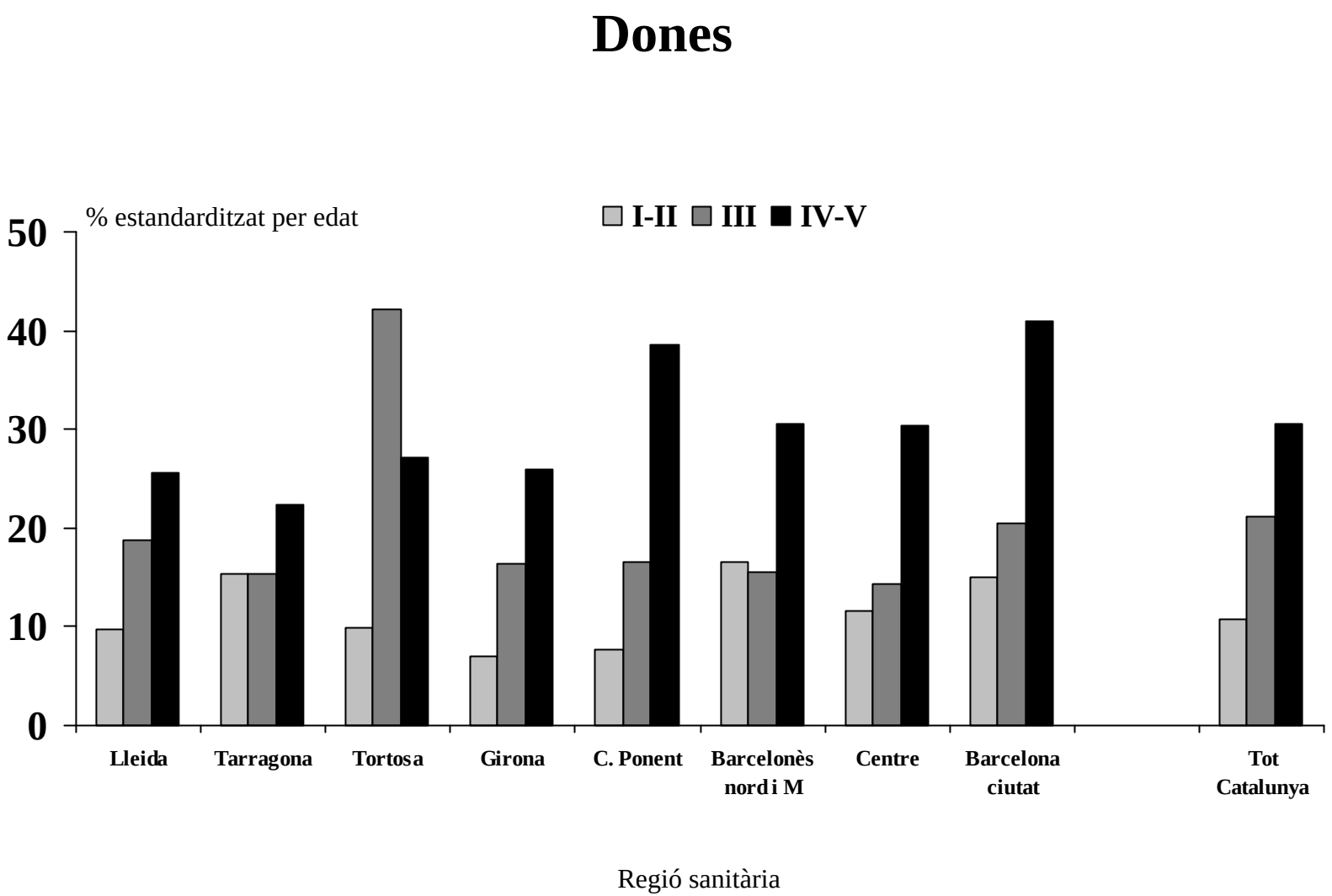
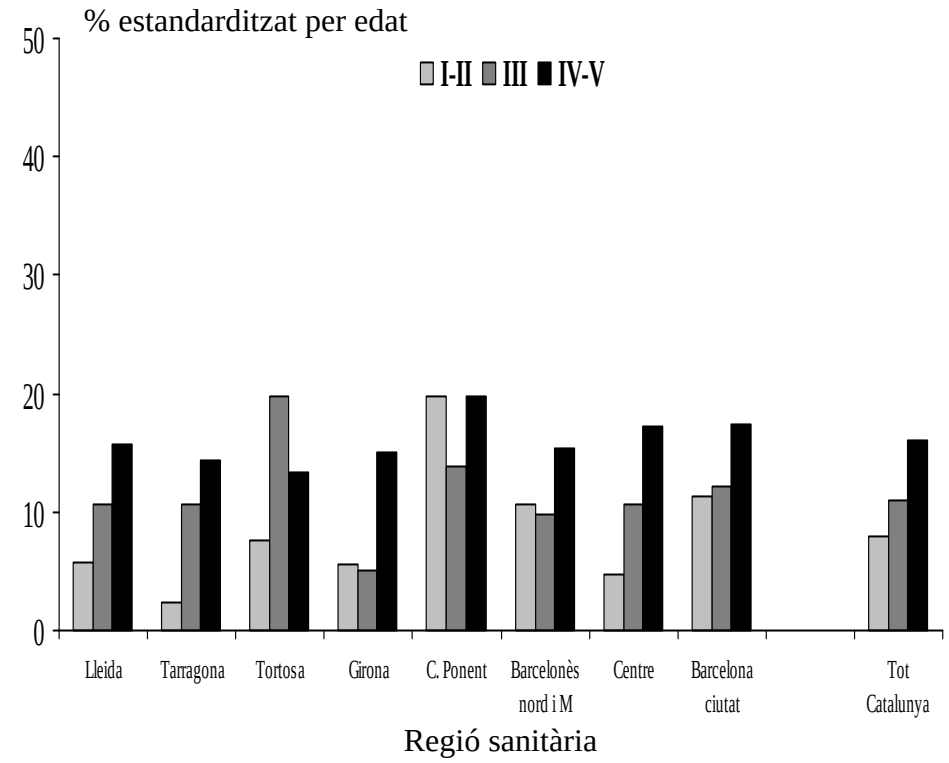

Dones
% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Fig.6.5- any 2002



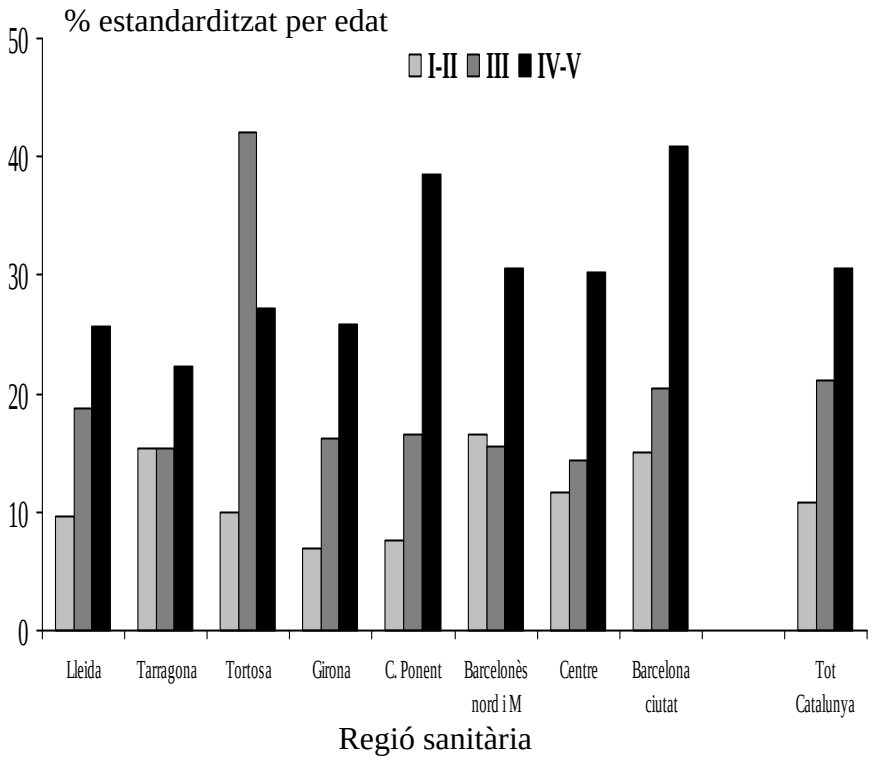


Figura 6.5BB

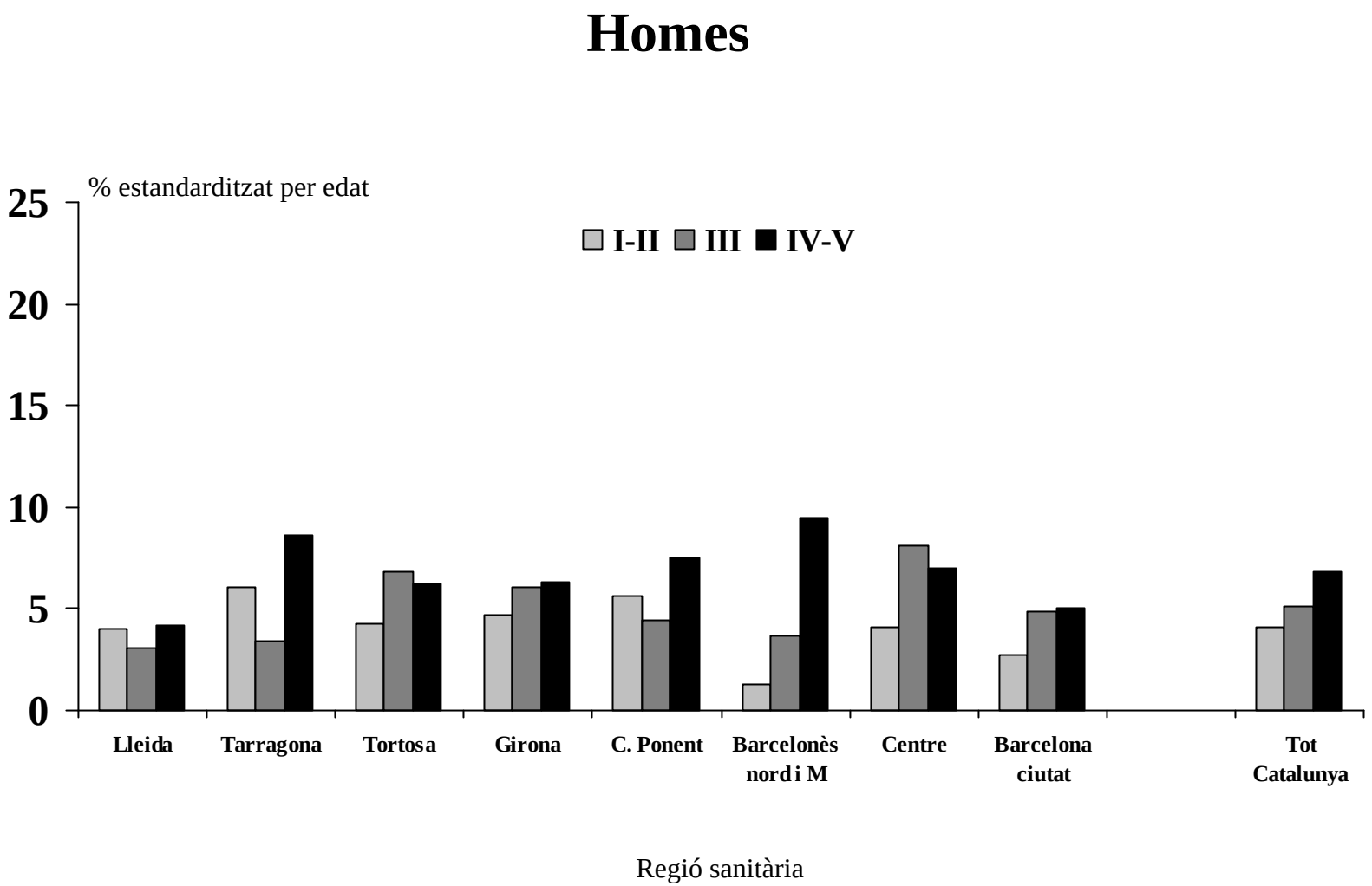

Homes
% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
25
20
15
10
5
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Figura 6.5BB

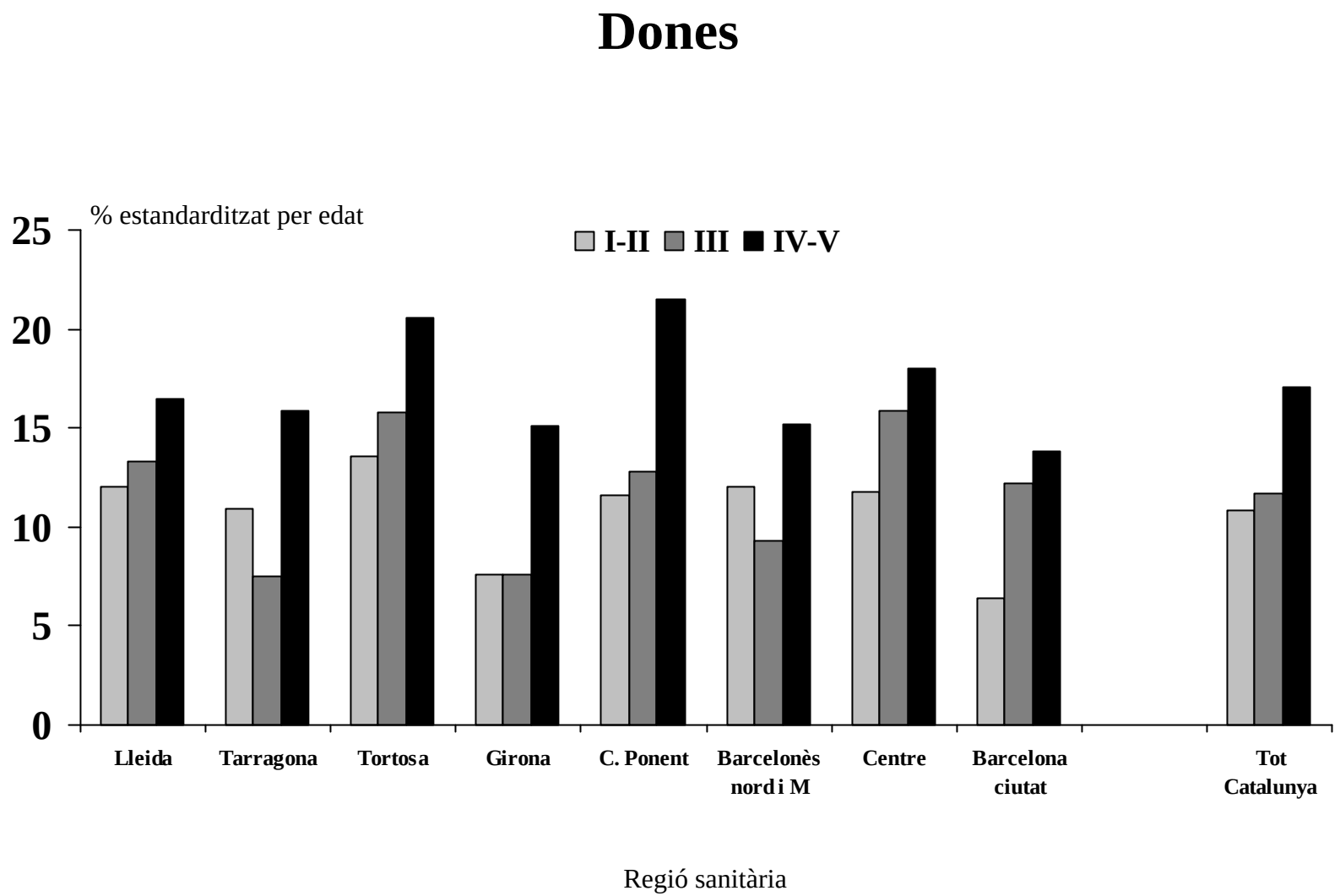
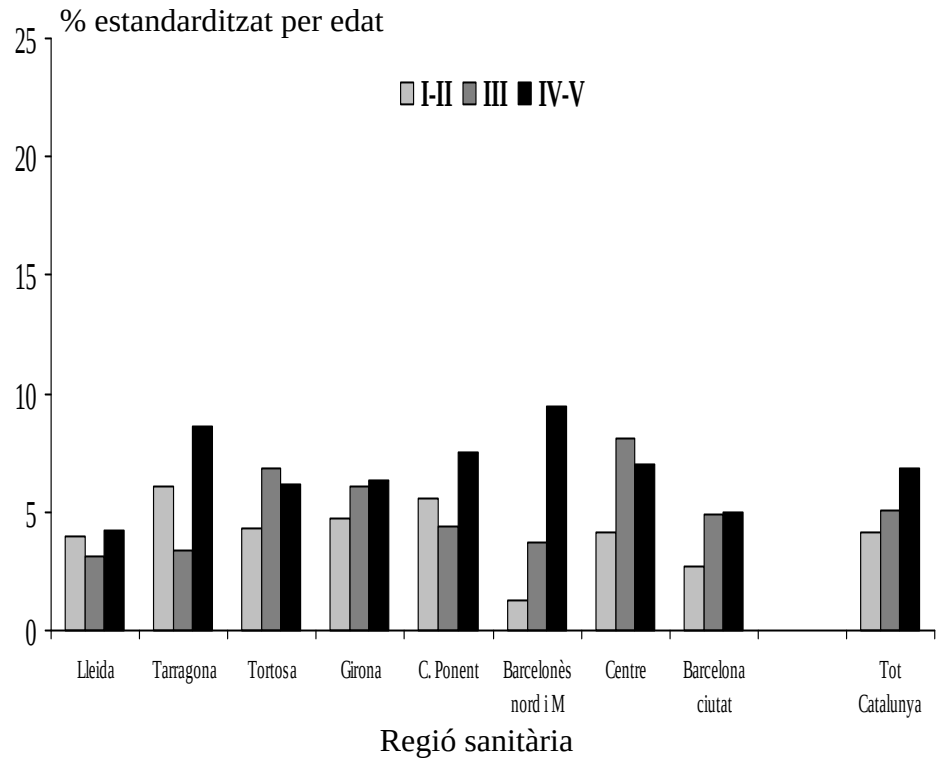

Dones
% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
25
20
15
10
5
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Fig.6.5- any 1994



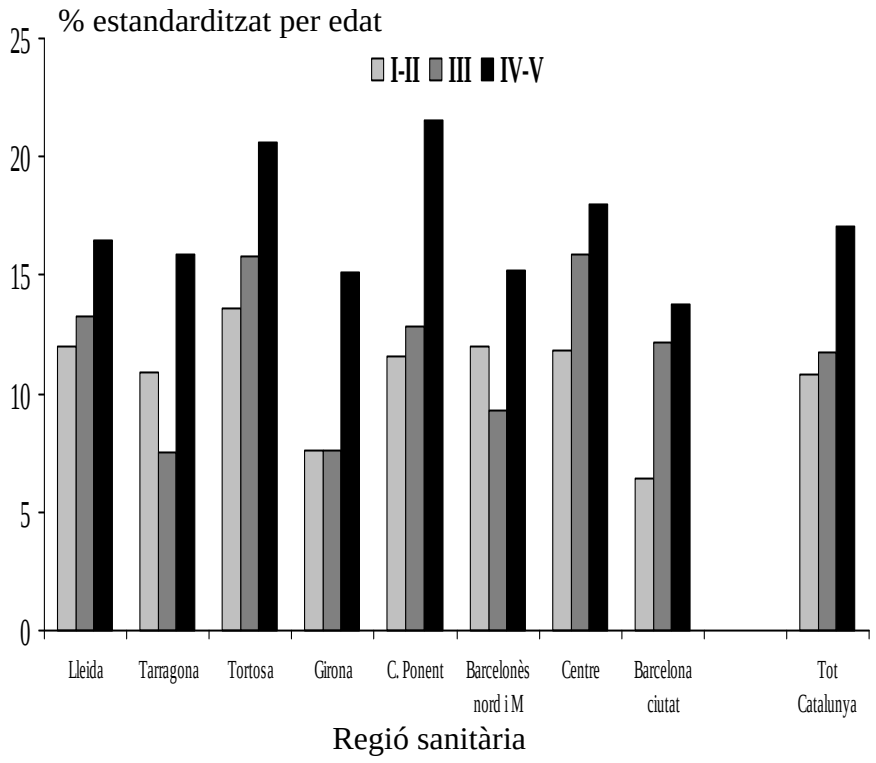


Figura 6.6AA

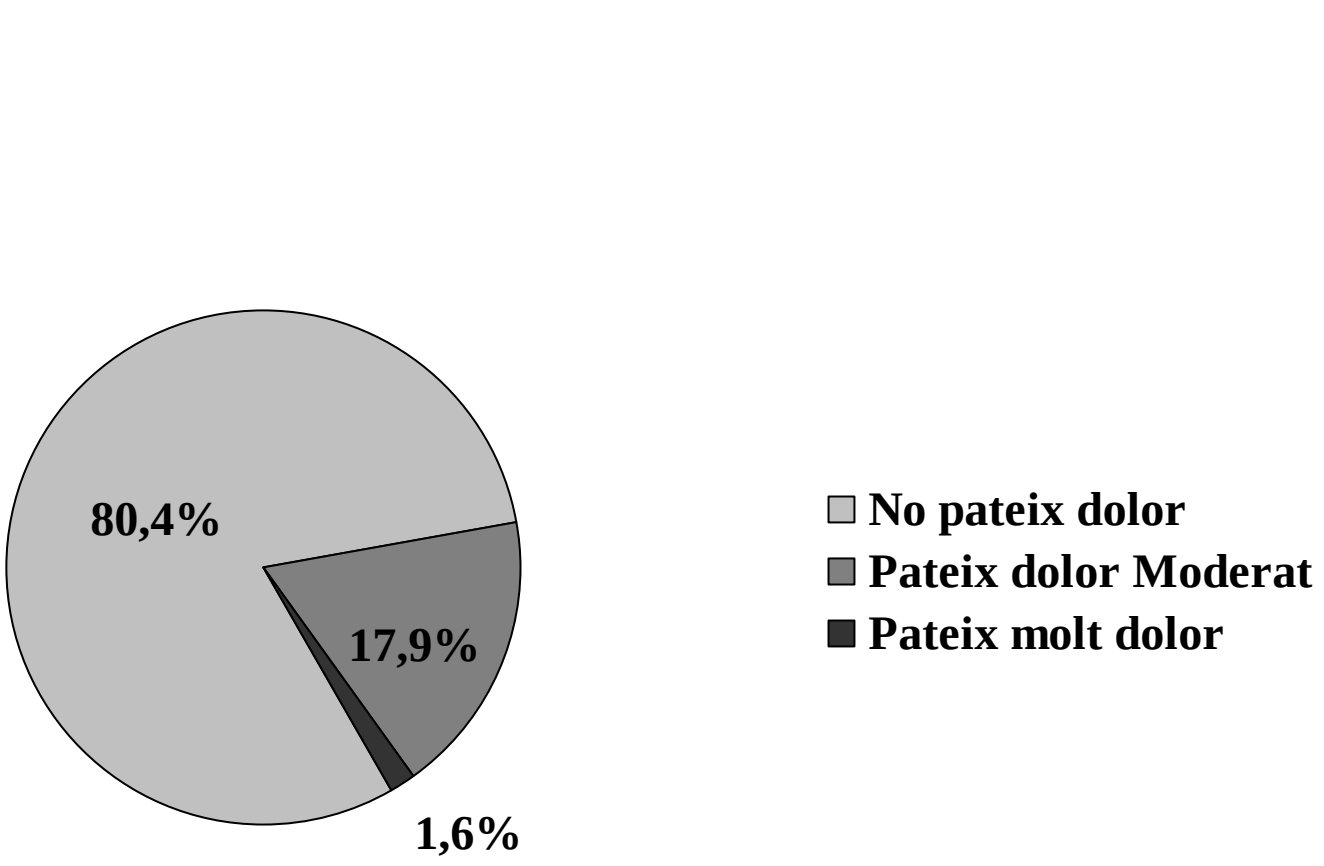

Homes
80,4%
17,9%
1,6%
No pateix dolor
Pateix dolor Moderat
Pateix molt dolor

Figura 6.6AA

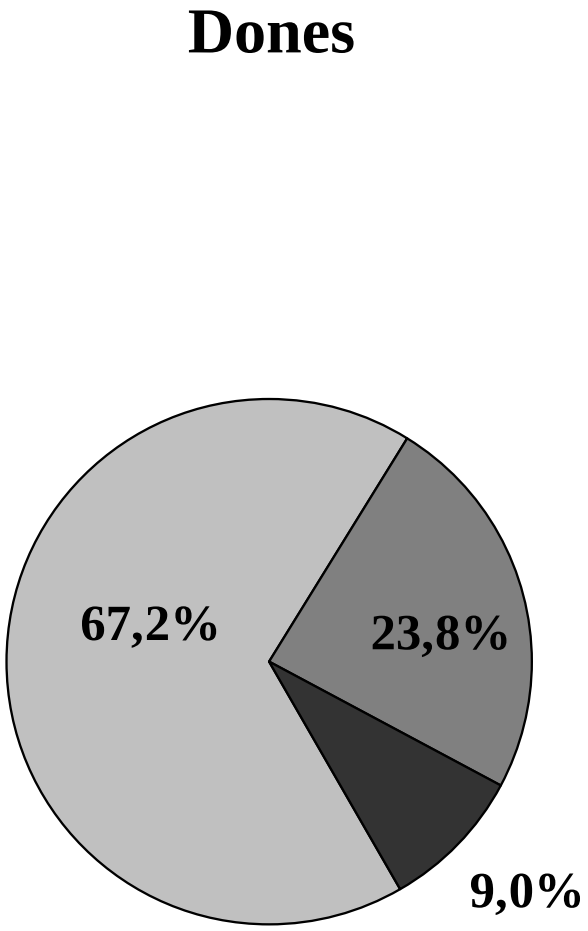


Figura 6.6 BB

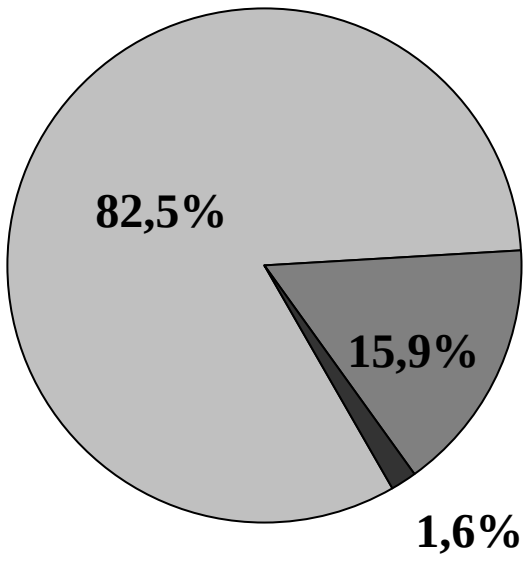


Figura 6.6 BB

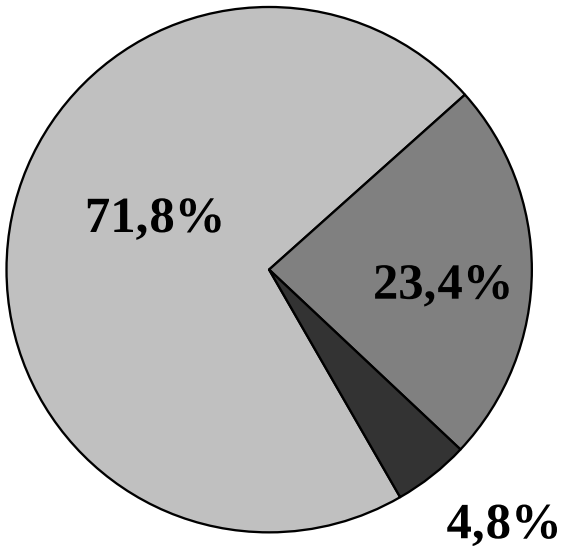


Figura 6.6

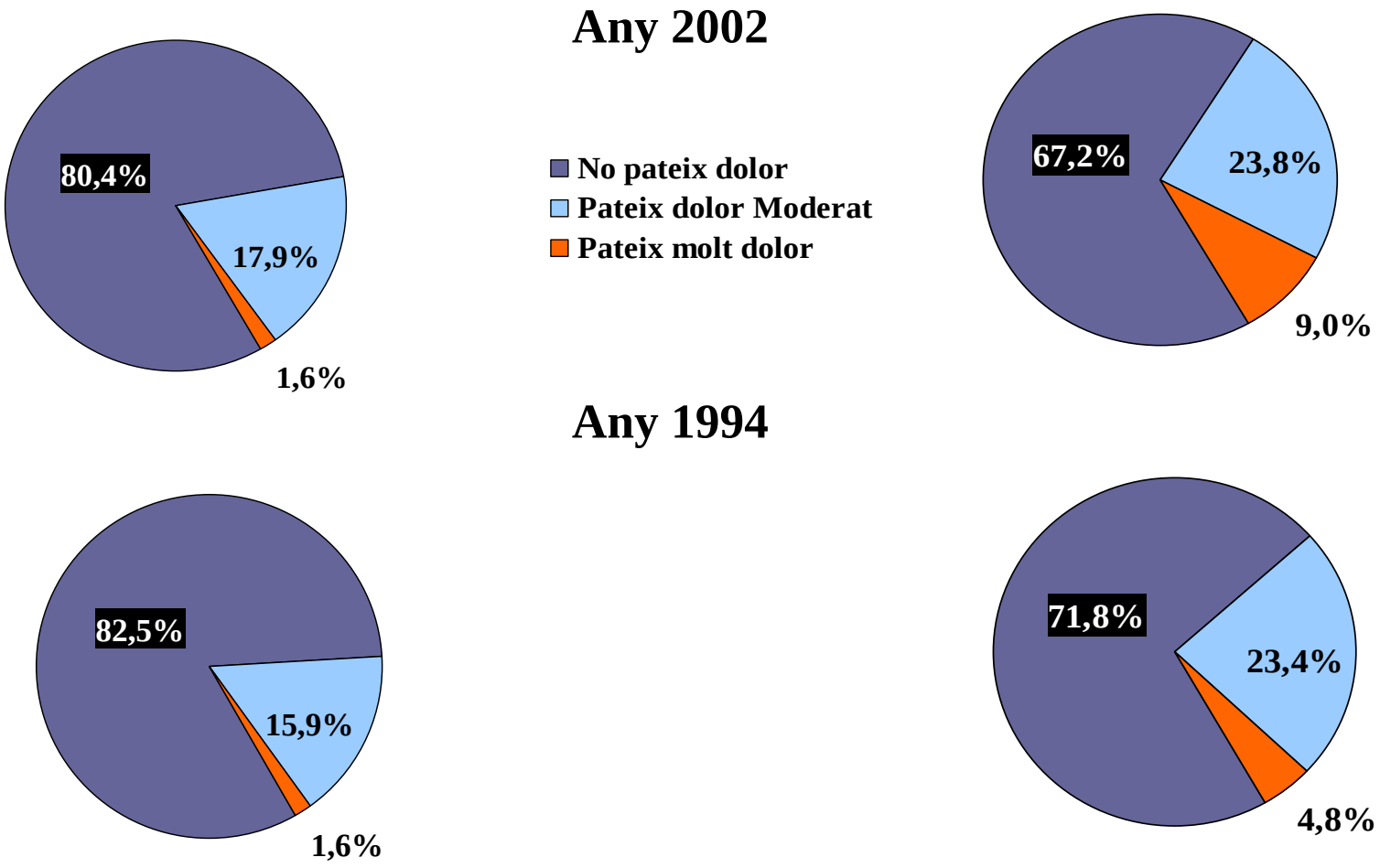

Any 2002
80,4%
17,9%
1,6%
No pateix dolor
Pateix dolor Moderat
Pateix molt dolor
67,2%
23,8%
9,0%
Any 1994
82,5%
15,9%
1,6%
71,8%
23,4%
4,8%

Figura 6.7A

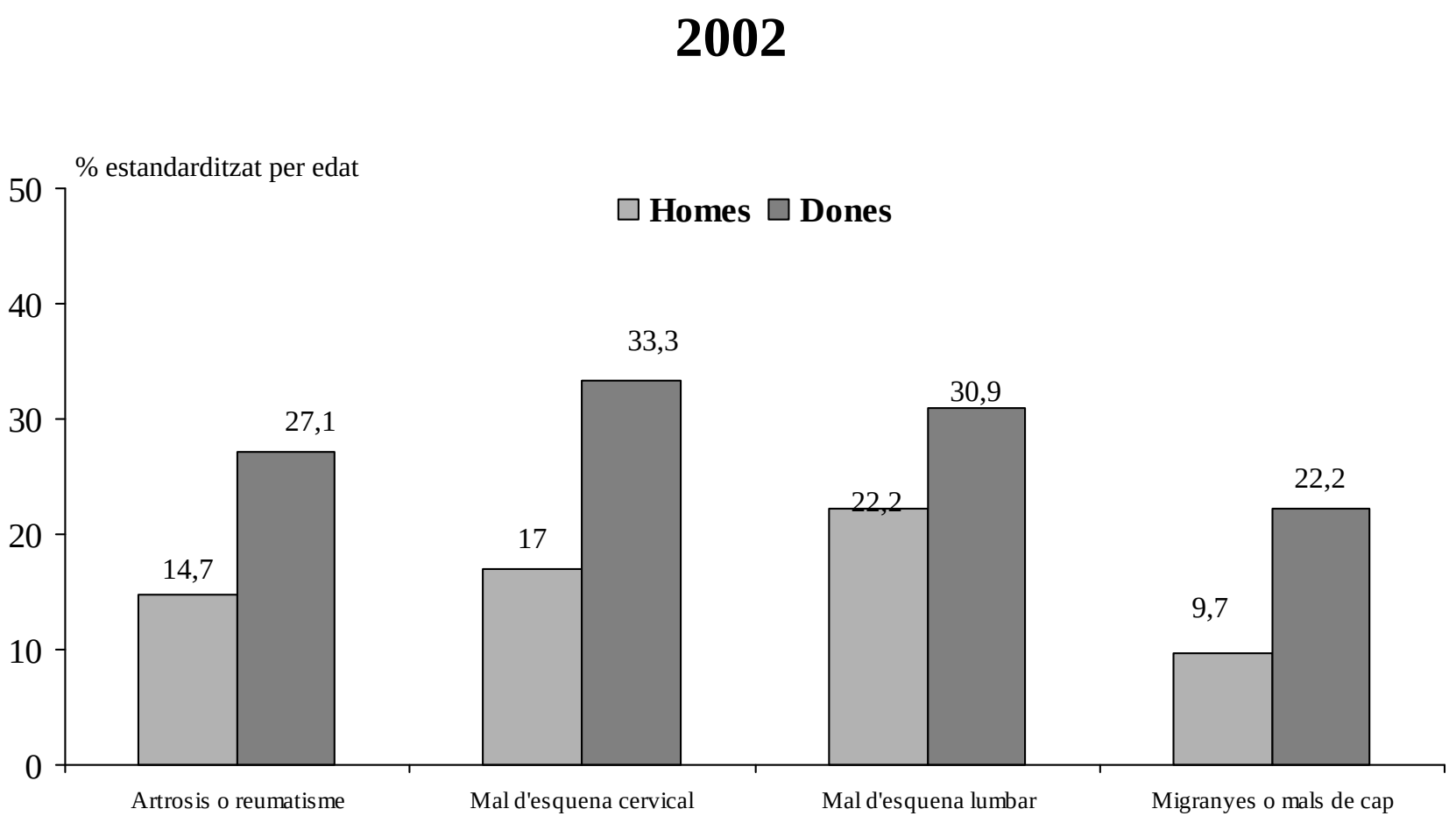

2002
% estandarditzat per edat
Homes
Dones
50
40
30
20
10
0
14,7
27,1
17
33,3
22,2
30,9
9,7
22,2
Artrosis o reumatisme
Mal d'esquena cervical
Mal d'esquena lumbar
Migranyes o mals de cap

Figura 6.7 B

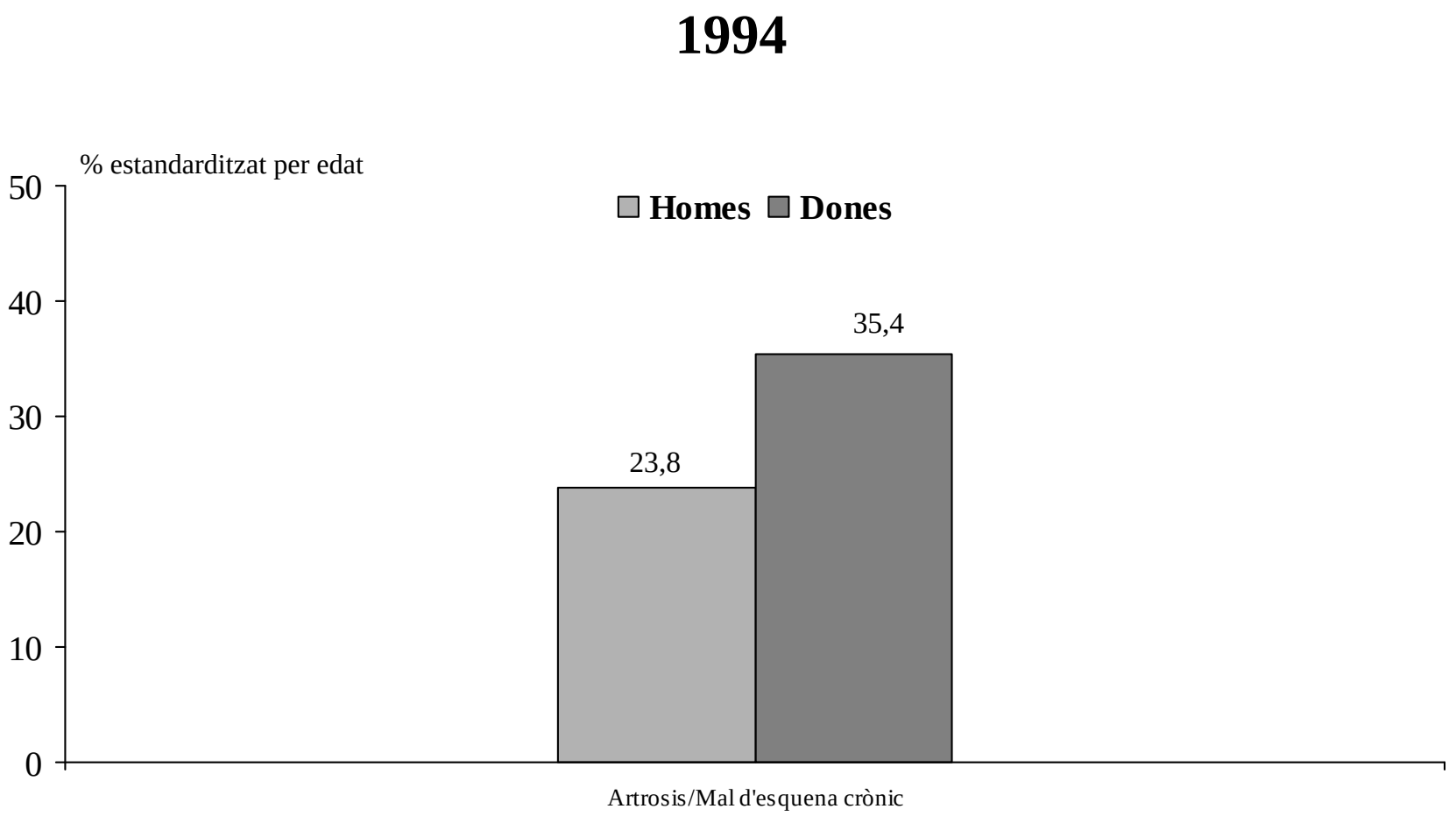
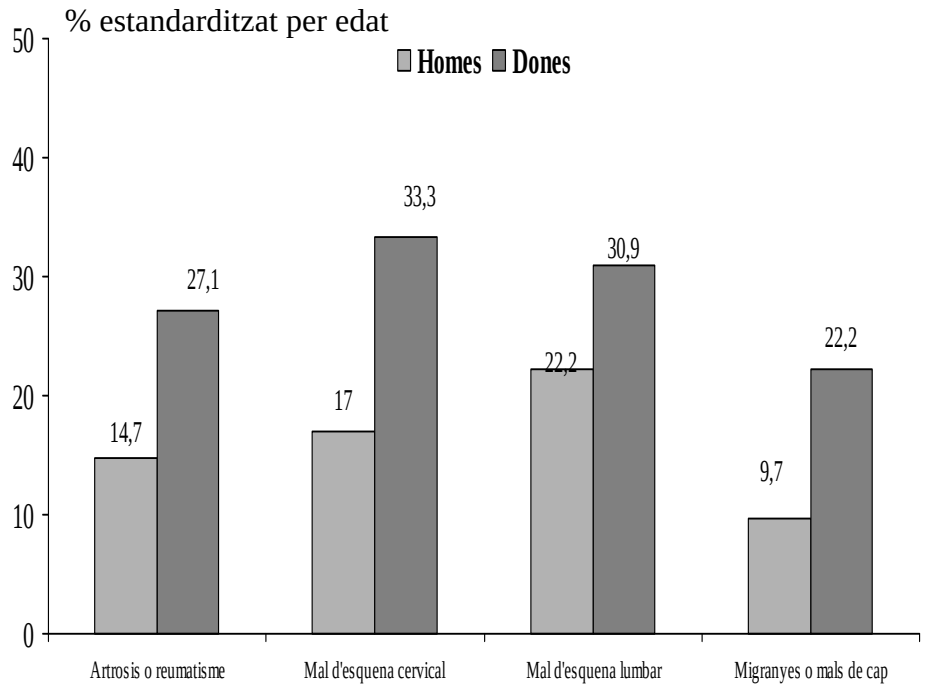

1994
% estandarditzat per edat
50
40
30
20
10
0
Homes
Dones
23,8
35,4
Artrosis/Mal d'esquena crònic

Fig.6.7


% estandarditzat per edat
Homes
Dones
50
40
30
20
10
0
14,7
27,1
17
33,3
22,2
30,9
9,7
22,2
Artrosis o reumatisme
Mal d'esquena cervical
Mal d'esquena lumbar
Migranyes o mals de cap

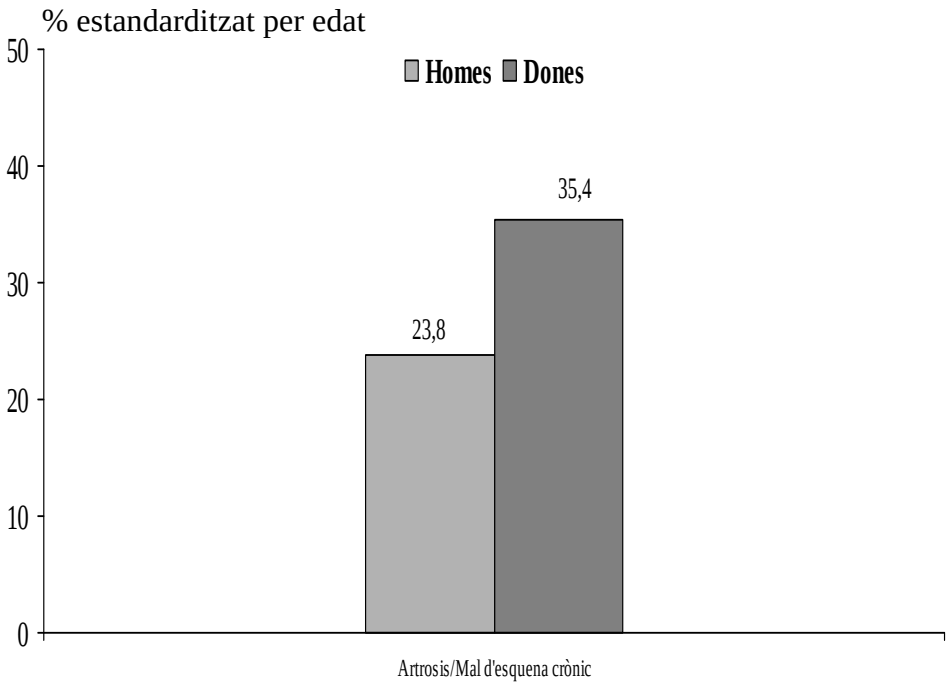

% estandarditzat per edat
Homes
Dones
50
40
30
20
10
0
23,8
35,4
Artrosis/Mal d'esquena crònic

Figura 6.8 AA

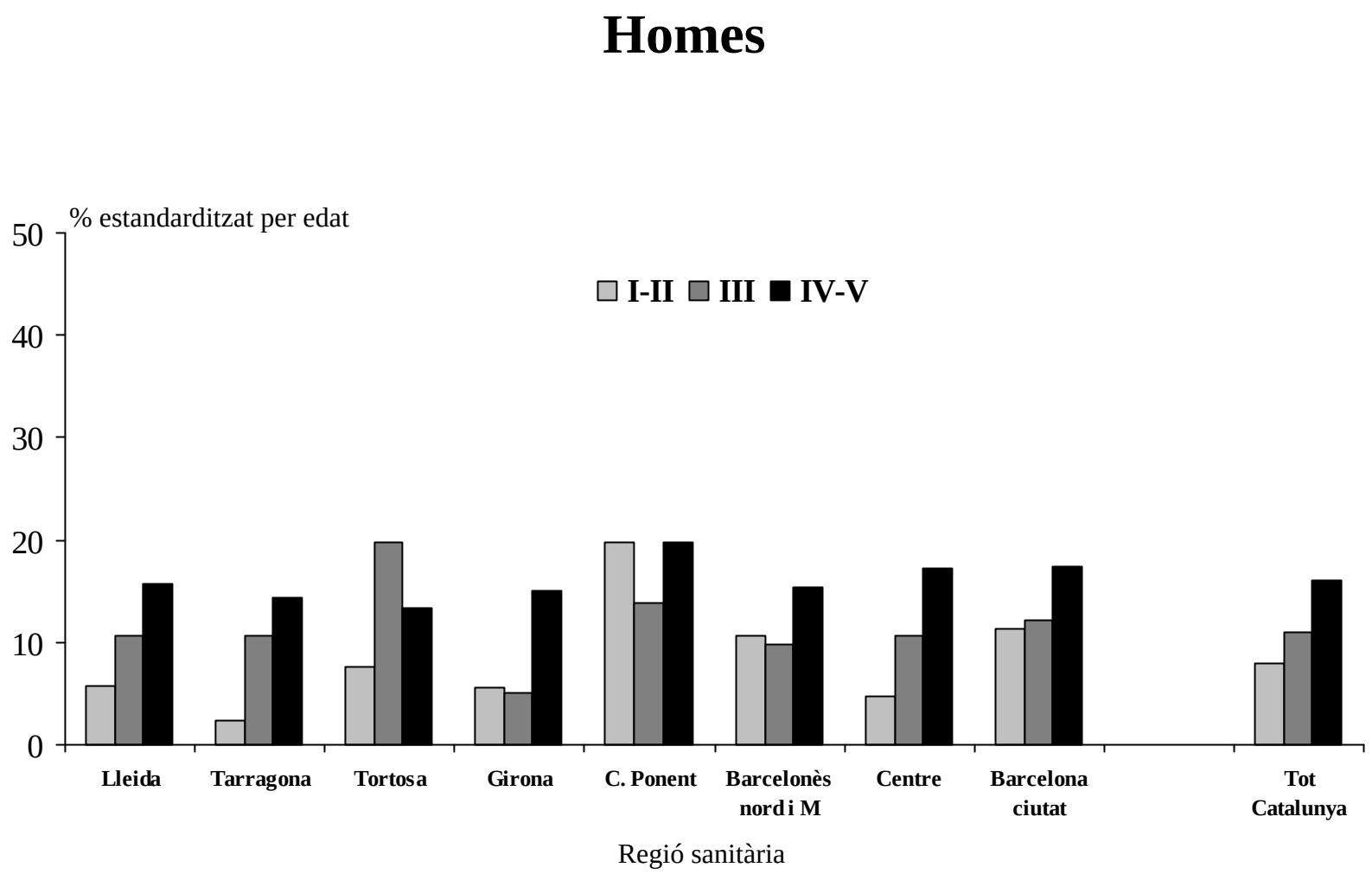

Homes
% estandarditzat per edat
50
40
30
20
10
0
I-II
III
IV-V
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Figura 6.8 AA

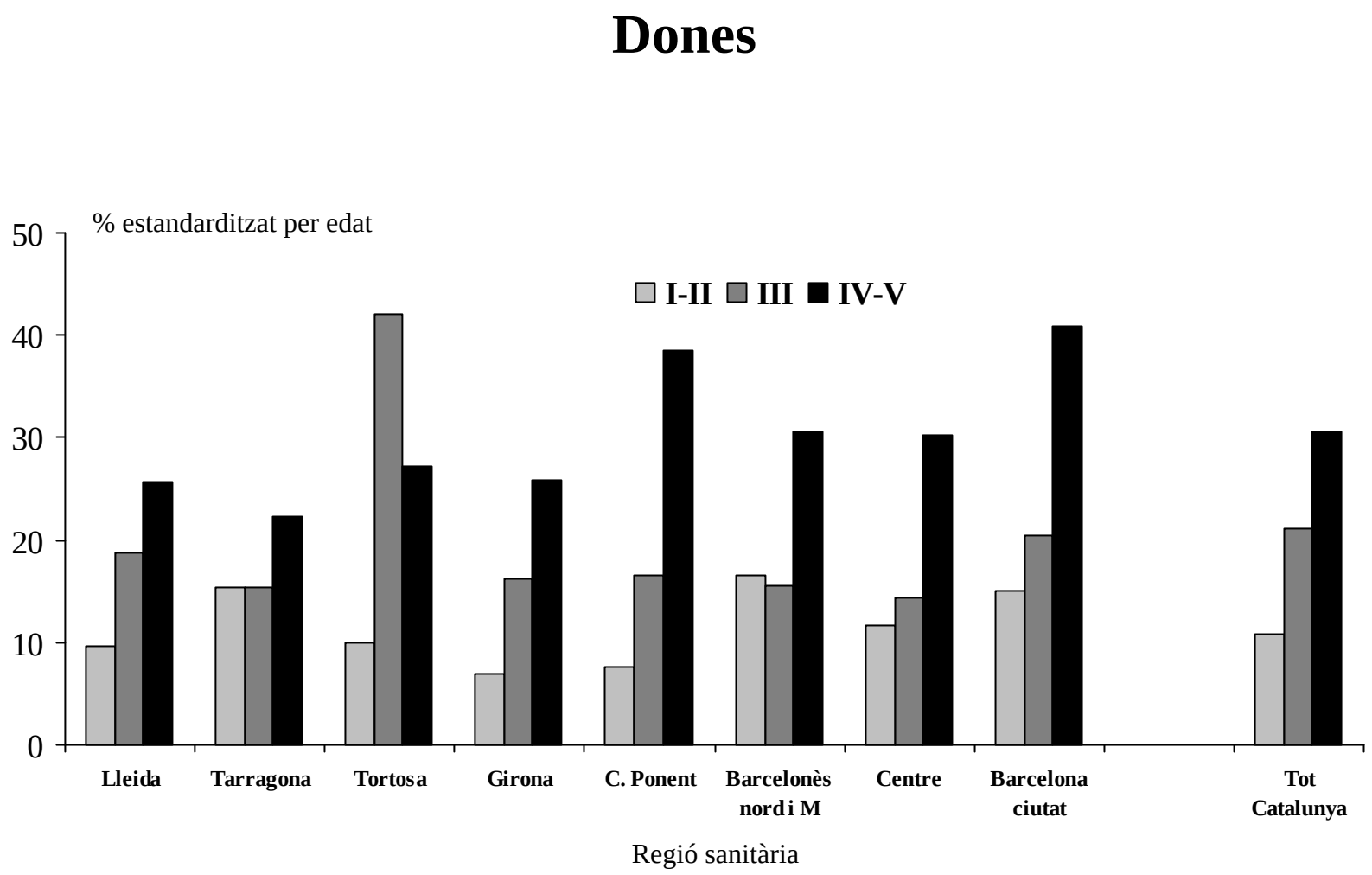
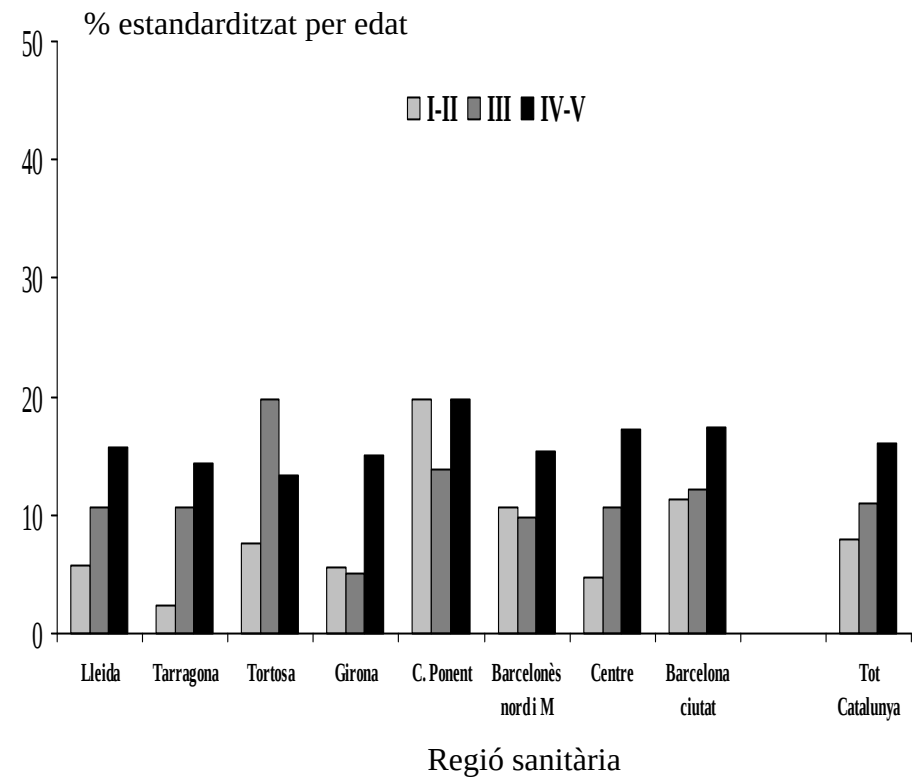

Dones
% estandarditzat per edat
50
40
30
20
10
0
I-II
III
IV-V
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Fig.6.8. 2002


% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

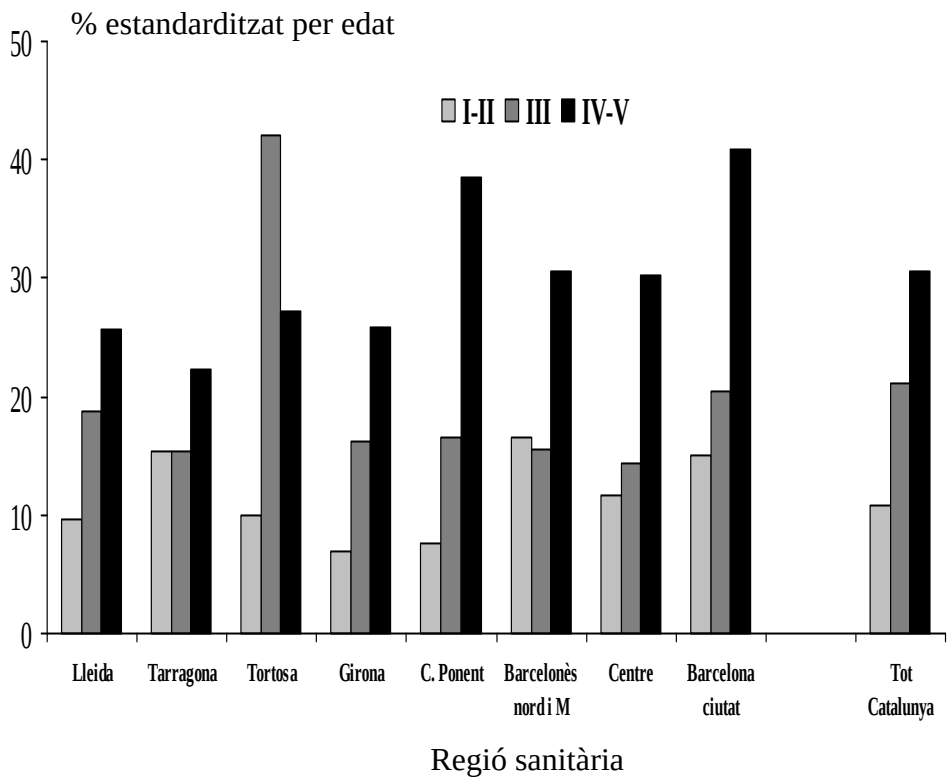

% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Figura 6.8 BB

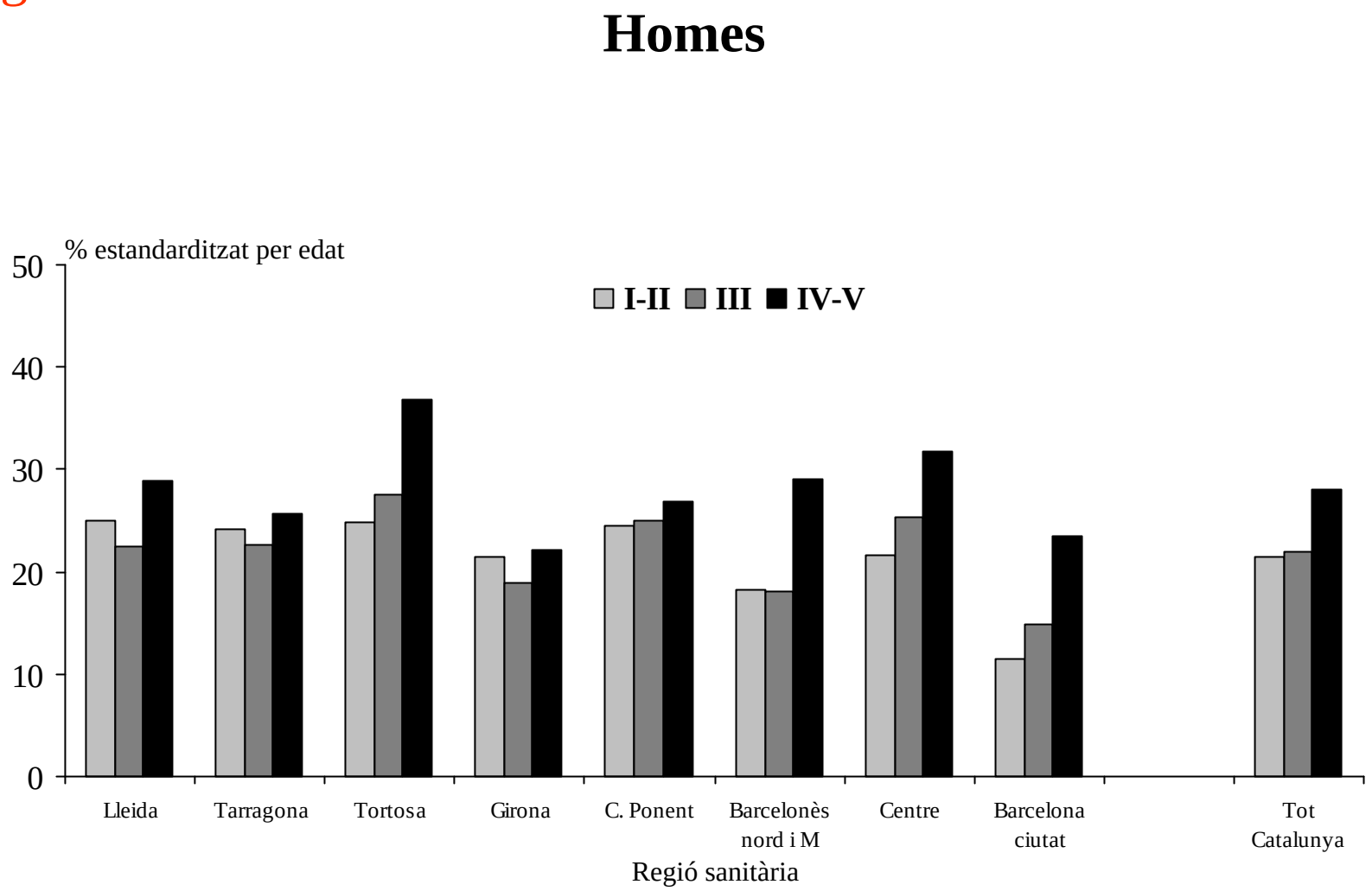

Homes
% estandarditzat per edat
50
40
30
20
10
0
I-II
III
IV-V
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Figura 6.8 BB

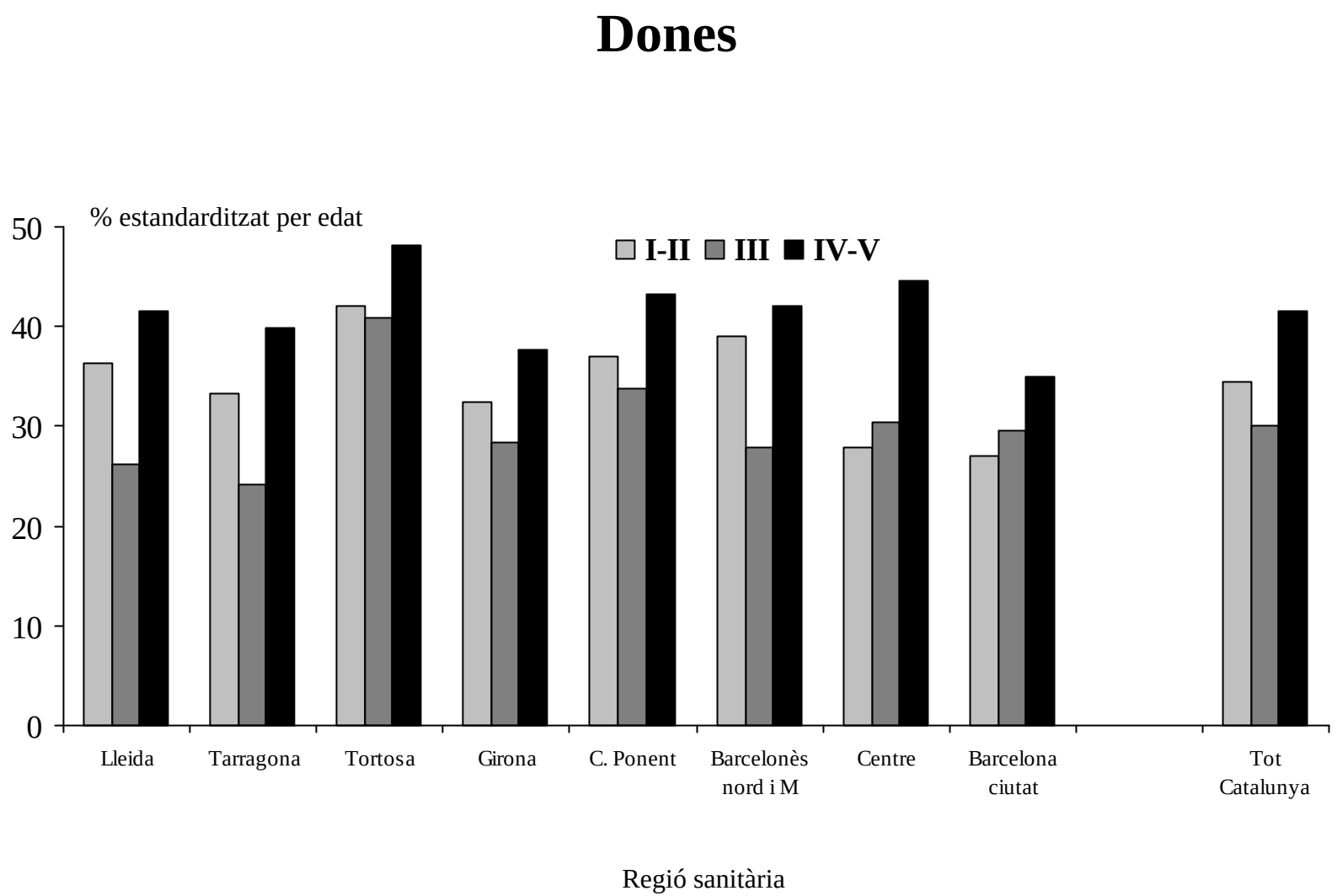
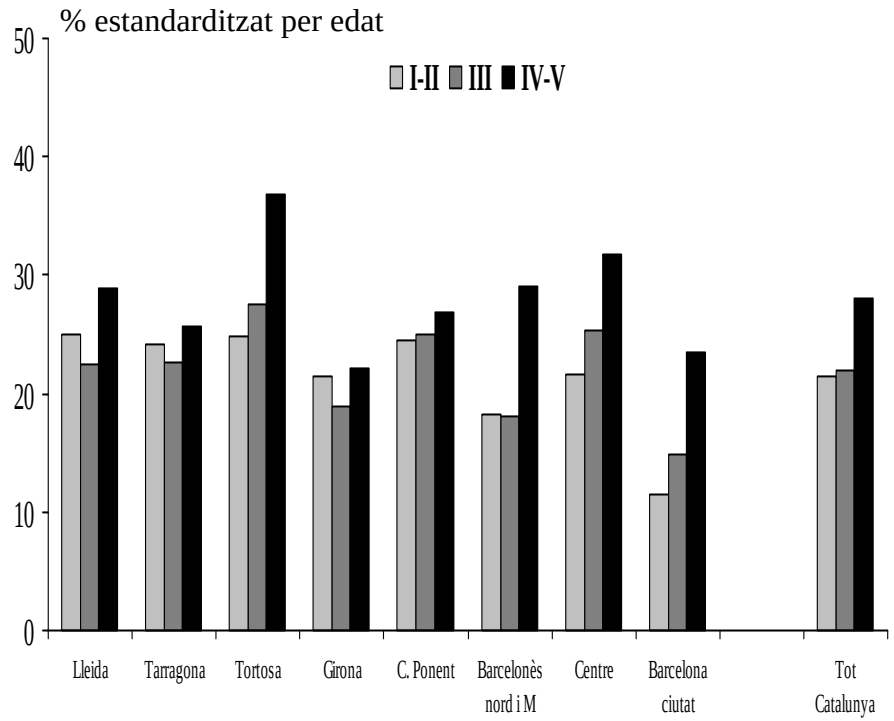

Dones
% estandarditzat per edat
I-II
III
IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Fig.6.8. 1994


% estandarditzat per edat
I-II III IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

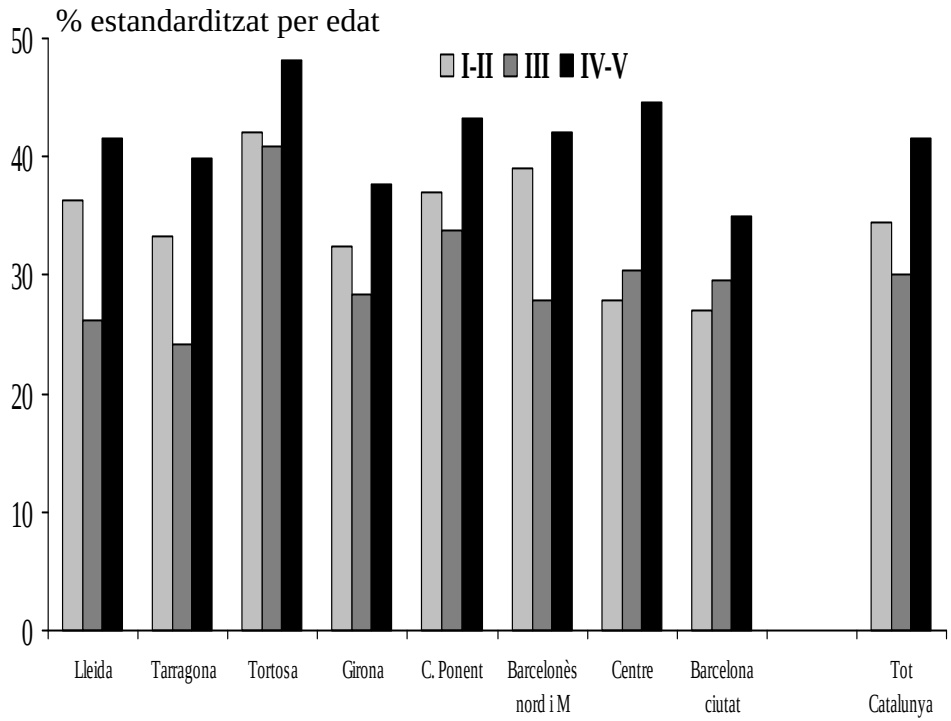

% estandarditzat per edat
I-II III IV-V
50
40
30
20
10
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Figura 6.9

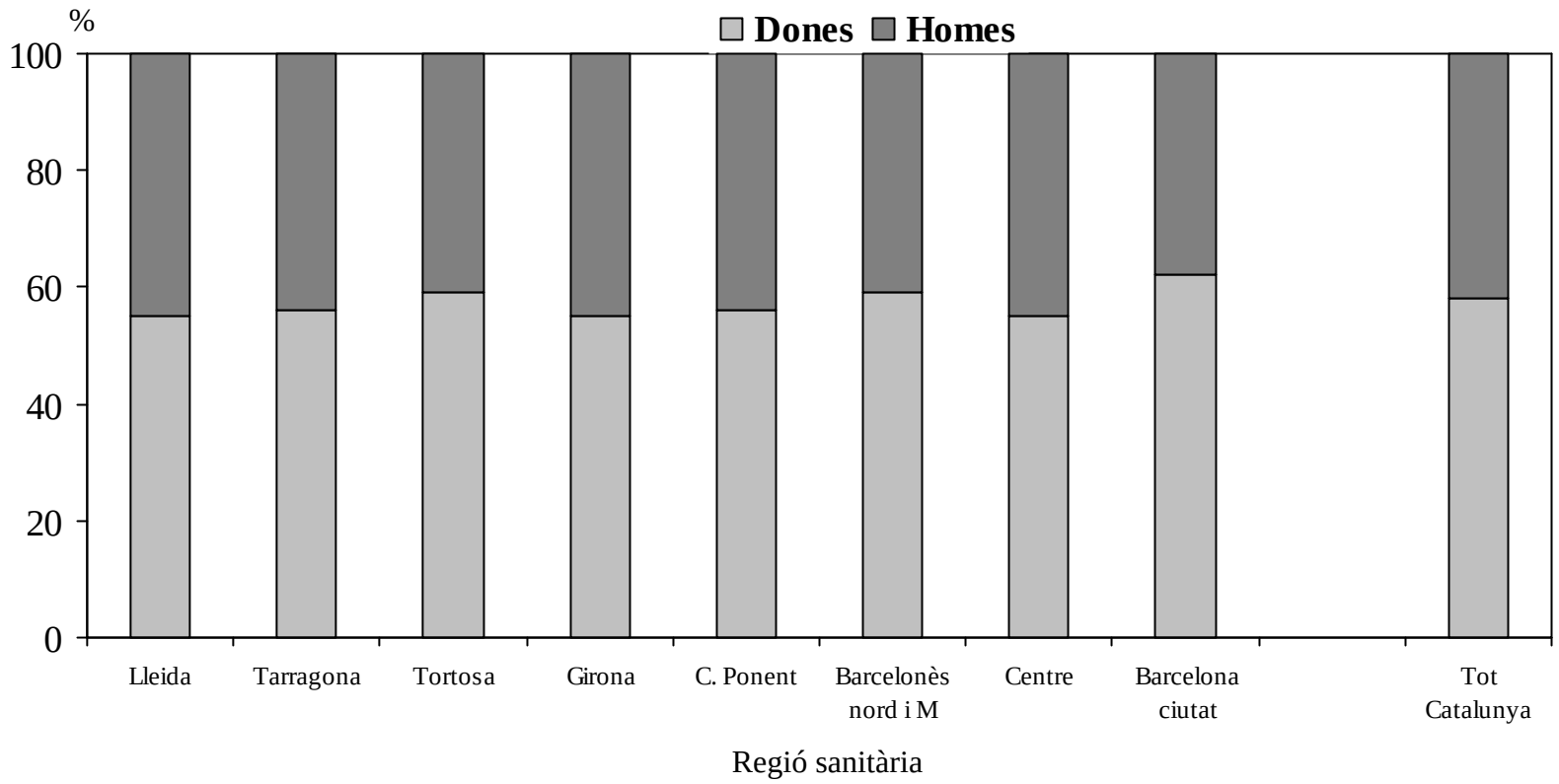
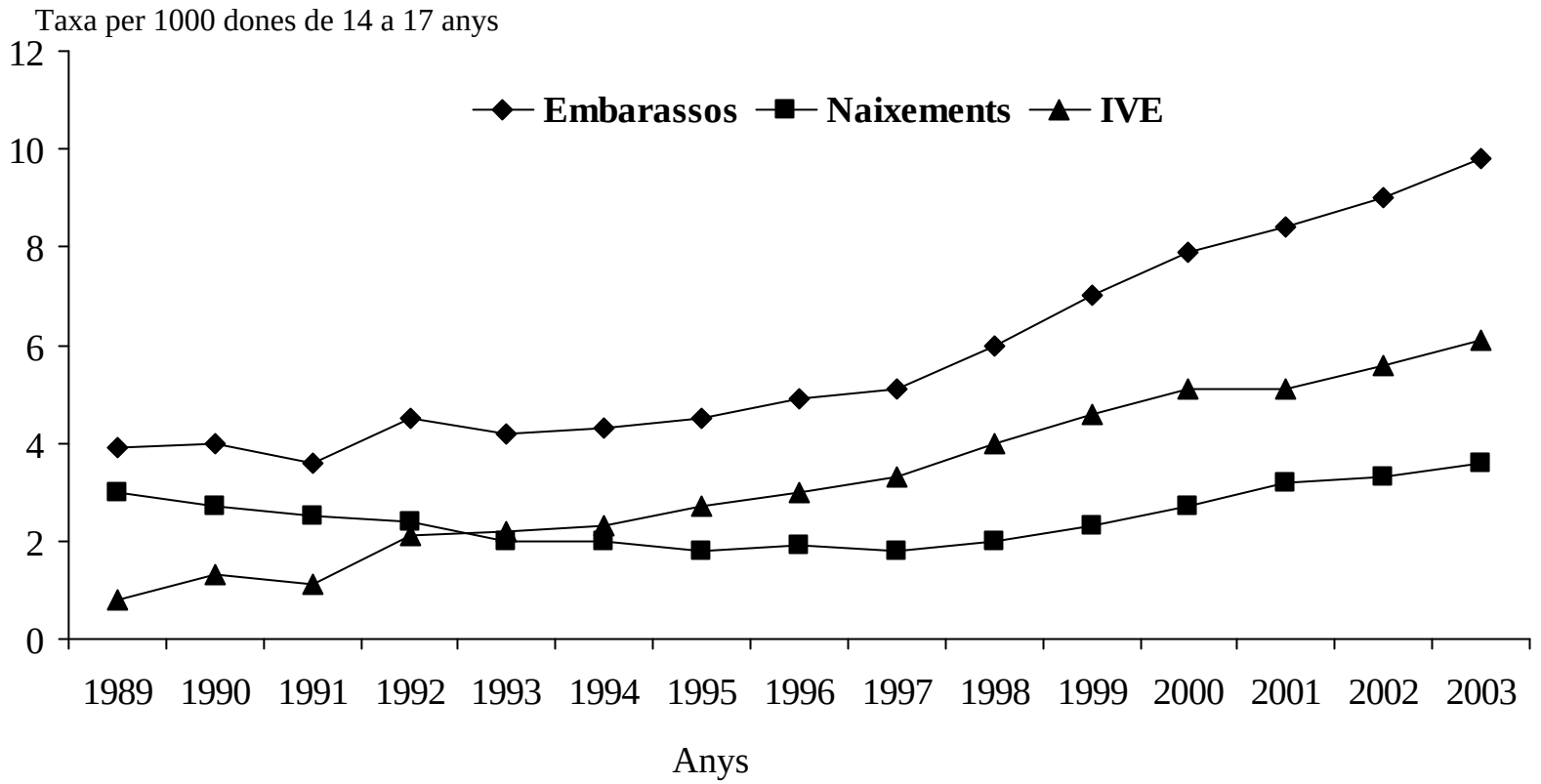
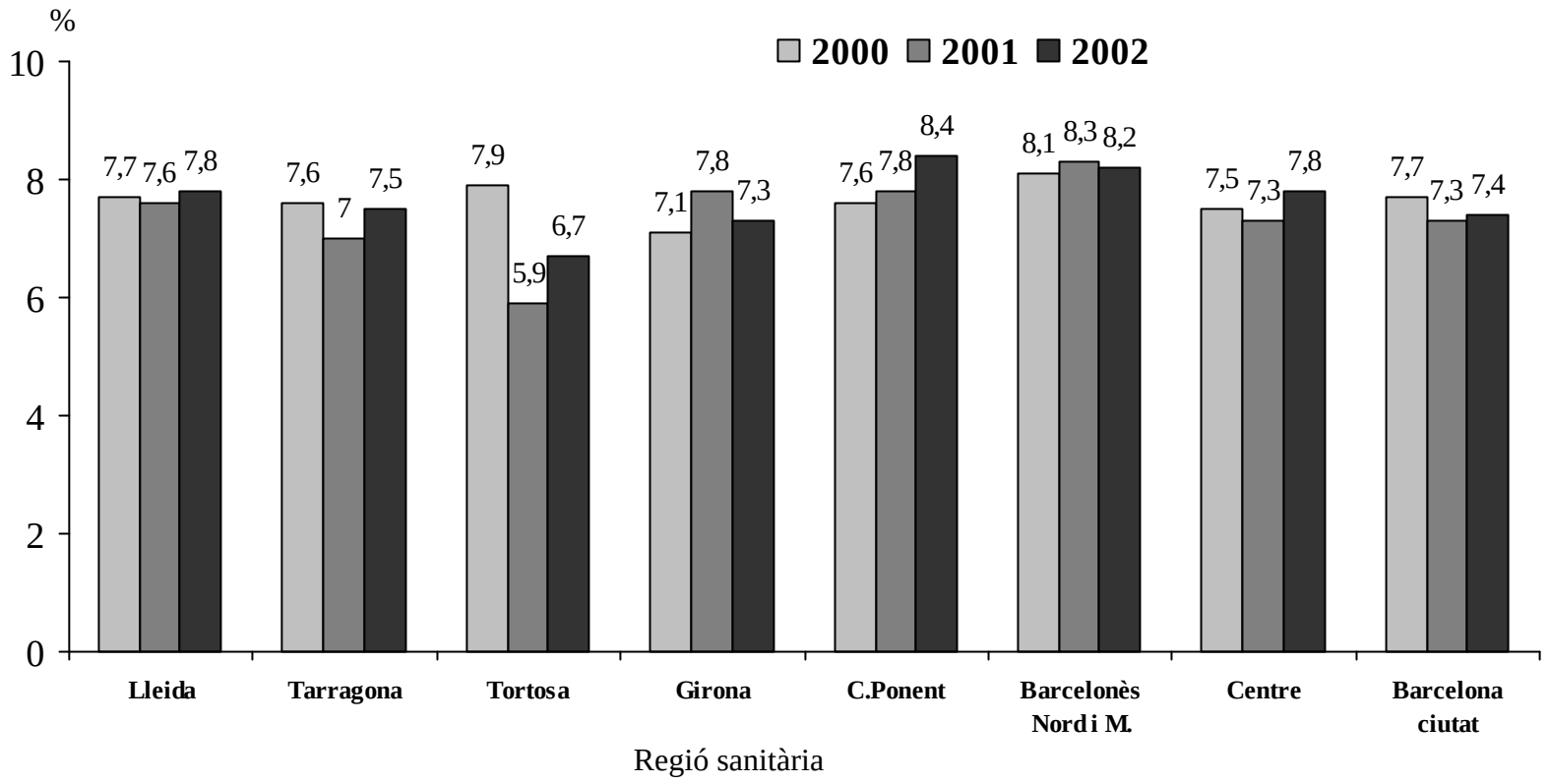

%
Dones
Homes
100
80
60
40
20
0
Lleida
Tarragona
Tortosa
Girona
C. Ponent
Barcelonès nord i M
Centre
Barcelona ciutat
Tot Catalunya
Regió sanitària

Figura 6.10



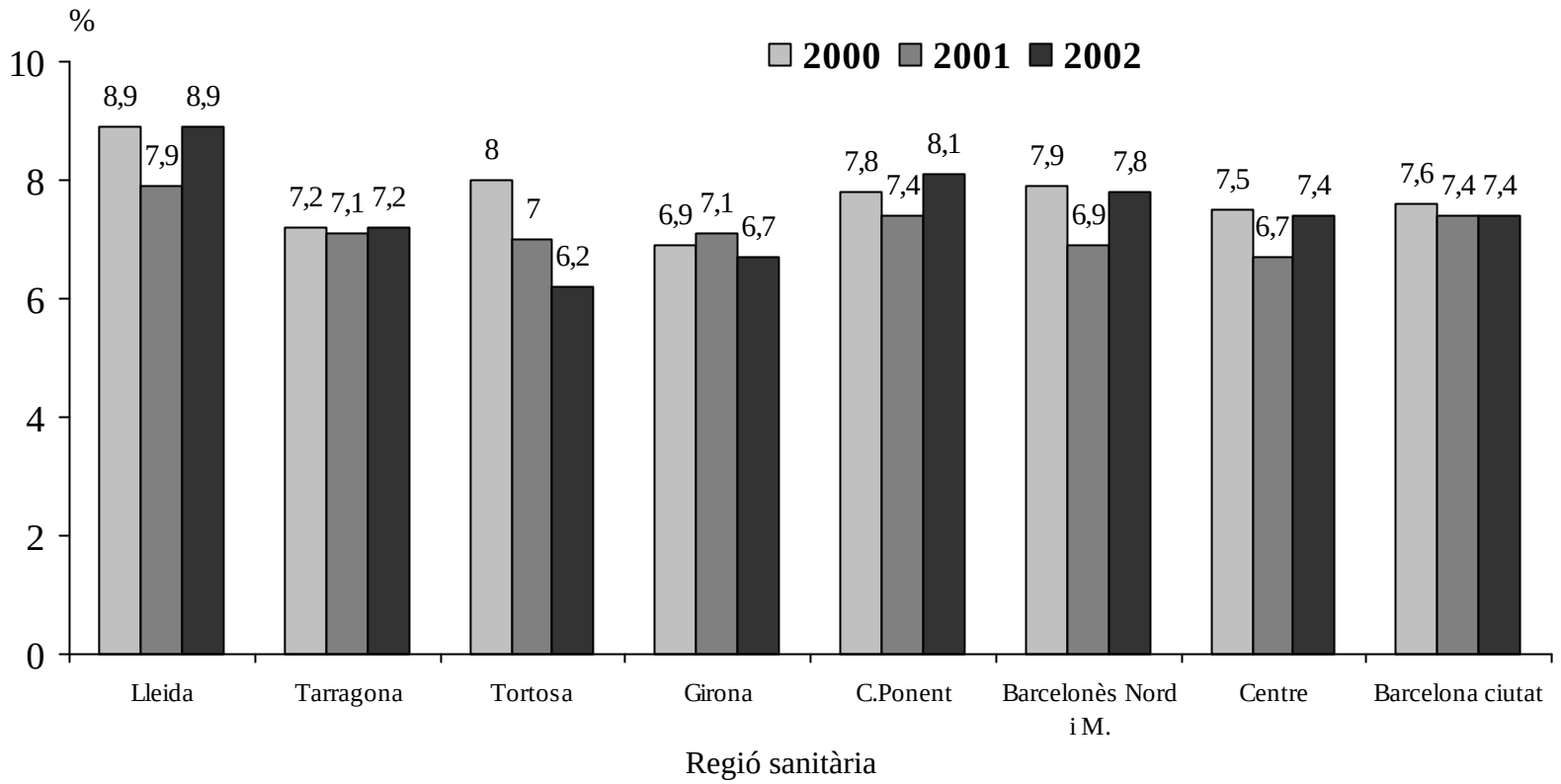
Font: Pprograma de Salut maternoinfantil i Registre d'IVEs.
Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (elaboració pròpia)

Figura 6.11



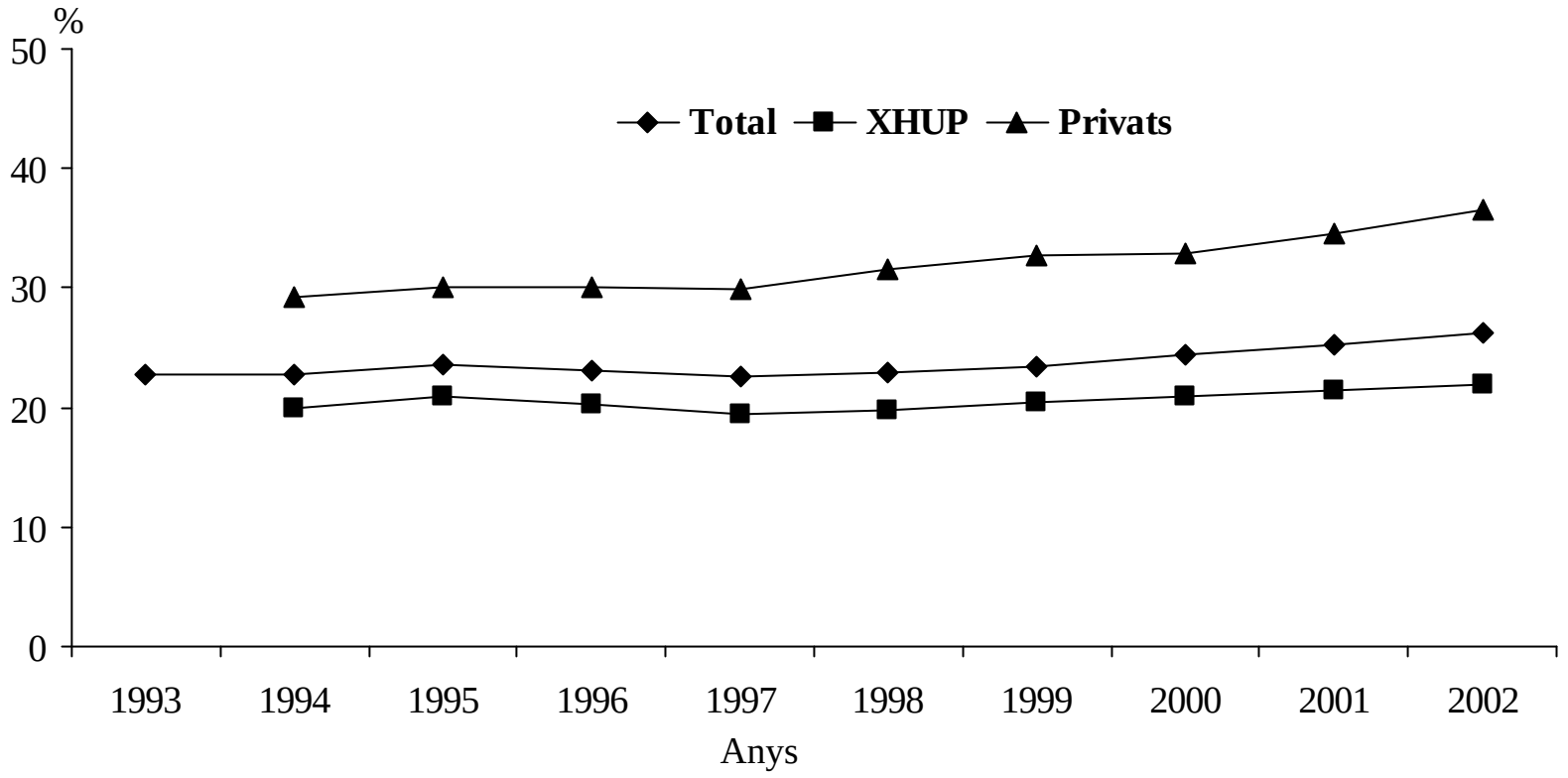
Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Department de Salut

Figura 6.12



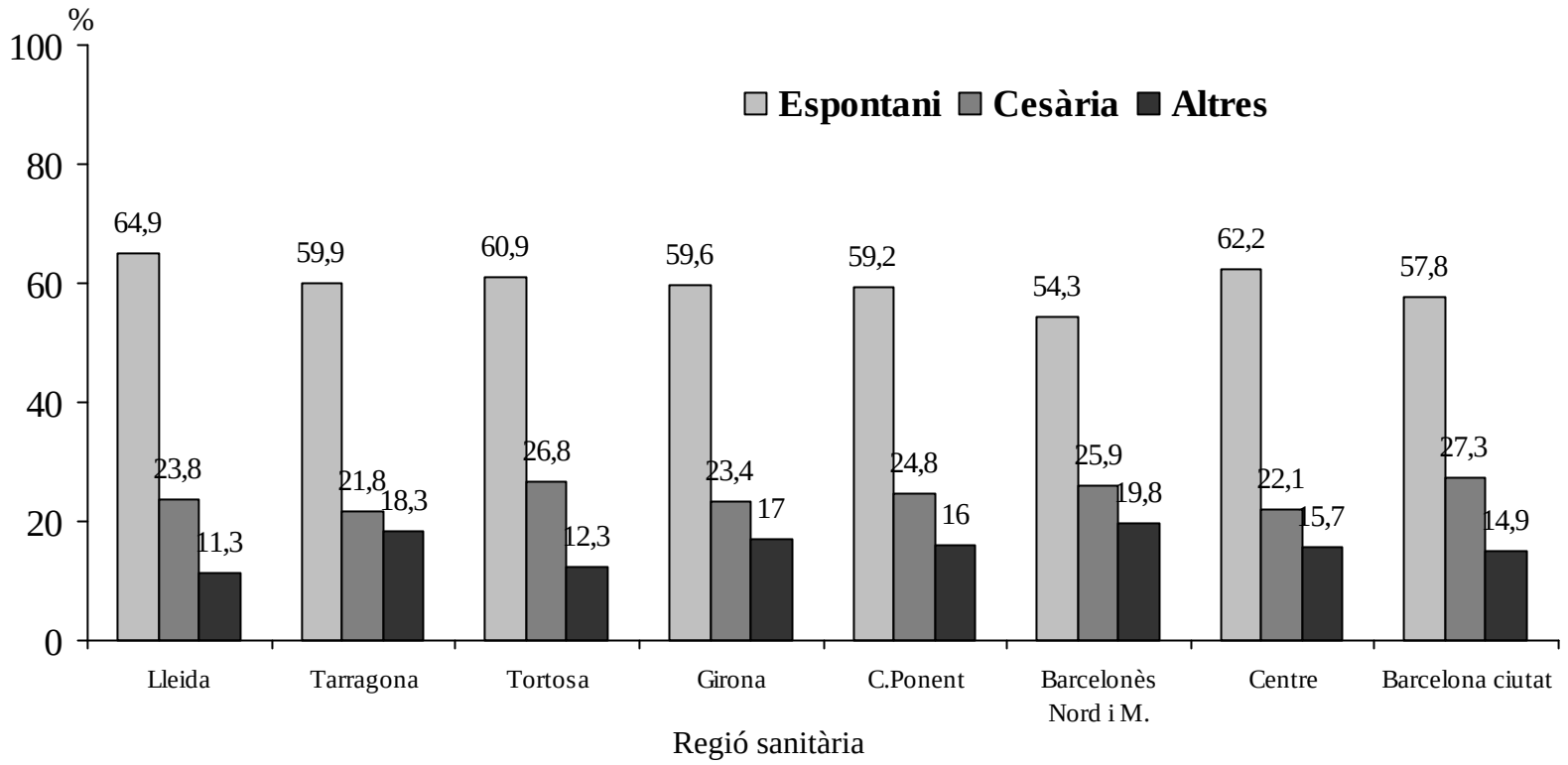
Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Department de Salut

Figura 6.13.



Font: Registre de salut maternoinfantil. Direcció General de Salut Publica (elaboració pròpia)

Figura 6.14



Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Department de Salut

Capítol 6. Desigualtats de gènere en la salut

Izabella Rohlfs.
Carme Valls Llobet
Glòria Pérez

1. Introducció

1.1 El concepte i les desigualtats de gènere a la salut

Tot i que només va ser a partir del final de la dècada dels any 80 i inici dels anys 90 del segle XX, que al nostre entorn es va començar a estudiar la influència de les assignacions de gènere en la salut de les dones i dels homes, Catalunya ja té un important cos de recerca[1,2,3,4,5] i compta amb algunes persones de reconegut prestigi en aquest tema.

Però, tot i que sembli anacrònic en aquests moments, cal preguntar-nos que s'entén per assignacions, estereotips o rols de gènere. Ara per ara, aquesta terminologia ja esta incorporada, malgrat l'oposició de l'*Academia de la Lengua Española*, al vocabulari diari de les persones. És freqüent la utilització del sintagma 'violència de gènere' sobretot a causa de les campanyes als mitjans de comunicació i de la promulgació el 22 de desembre del 2004 de la nova *Ley Integral contra la violencia de género*. No obstant, el terme *gènere* encara no ha estat comprès per una gran part de la població, fins i tot en alguns entorns acadèmics. La complexitat de l'estudi del gènere, lligat a la necessitat d'un canvi de paradigma, són els principals impediments per la seva comprensió. Sense aprofundir en el tema, només calen alguns apunts: gènere no és sinònim de dona ni tampoc s'ha de fer servir com un substitut 'políticament' correcte de sexe; gènere no és una variable amb la qual podem dividir la població i fer anàlisis estadístiques. Molt resumidament, el gènere és la manera com les dones i els homes aprenen a construir la seva subjectivitat dintre dels paràmetres de la feminitat i masculinitat hegemònics en un determinat moment històric i segons les 'normes' culturals. Tot això amb evidents inequitats a totes les esferes de la vida[6].

Pensar sobre els condicionants de la nostra salut ens porta a una reflexió de que estem immersos tant en un món biològic com en un context social, és a dir, les principals preguntes que ens formulem són: fins a quin punt ens condicionen les hormones, o els nostres cicles de vida? O bé, són els condicionants socials que determinen les diferències i desigualtats de gènere en la salut? Per un abordatge de gènere que no sigui sectari cal considerar tot el ventall de possibles determinants de la salut.

Conjuntament amb les desigualtats socioeconòmiques, les desigualtats segons el gènere són els principals determinants de les inequitats respecta a la salut i a la utilització dels serveis sanitaris. No obstant això, encara falta molt perquè la perspectiva de gènere sigui incorporada en l'anàlisi de les condicions de salut de la població, i també en la planificació sanitària[7].

1.1.1. La salut sexual i reproductiva

L'abordatge de la salut de la dona no hauria de ser sinònim de salut reproductiva tot i que encara molts dels programes d'atenció a la dona estan centrats en les conseqüències i els problemes de la reproducció biològica. Sovint, posen l'enfasi a l'atenció prenatal i al part i en menor escala a una atenció integral dels cicles de vida de la dona: la menarquia i l'adolescència, els embarassos no desitjats i els avortaments, les malalties de transmissió sexual, l'elecció del mètodo contraceptiu, la menopausa i la sexualitat i l'afectivitat. Així hi ha una manca de perspectiva de gènere i de la morbiditat diferencial, ja que no es treballa per una atenció integral a las persones i falten programes específics de formació del personal mèdic i sanitari amb aquesta visió.

Quins són els principals reptes per una assistència a la salut sexual i reproductiva amb qualitat i calidesa? Primer, que sigui considerada un dret humà, amb l'abordatge de la sexualitat i afectivitat i del dret a triar i decidir quan, com, i amb qui mantenir relacions sexuals i tenir criatures. Segon, que s'informi a la dona quins són els procediments mèdics i sanitaris a que serà sotmesa com per exemple els lligaments de trompes o el part per cesària o els procediments de reproducció assistida, tots ells amb les seves possibles implicacions i complicacions[8].

1.1.2. La violència contra les dones

L'Organització Mundial de la Salut defineix la violència com "l'ús intencional de la força física o el poder contra un mateix, contra una altra persona, grup o comunitat, i que té com a conseqüències probables lesions físiques, danys psicològics, alteracions del desenvolupament, abandonament i fins i tot la mort"[9].

La violència de gènere fa referència a la violència exercida sobre les persones pel sol fet de pertànyer a un sexe determinat, majoritàriament el femení. Aquesta violència específica s'utilitza com a instrument per mantenir la discriminació, la desigualtat i les relacions de poder, sobretot dels homes sobre les dones. Comprèn la violència física, la sexual i la psicològica, incloses les amenaces, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, que es dóna en la vida pública o privada, i el principal factor de risc el constitueix el fet de ser dona. La salut, tant física com psicològica, de les dones és un indicador molt important per entendre la magnitud d'aquest problema social.

Els serveis sanitaris juguen un important paper en la prevenció, detecció i tractament de les situacions de maltractament. D'aquesta manera l'abordatge del maltractament ha de ser ampli, tenint en compte que las manifestacions del maltractament no sempre són fácils de detectar si no es fa una recerca activa dels mateixos. La hiperfrequentació a les consultes o transtorns psicòlogics poden ser els símptomes d'una situació d'abús. Els efectes més visibles i punyents de la violència, es diagnostiquen sobretot en les urgències. En la consulta habitual d'atenció primària l'accent s'ha de posar en detectar la violència en la seva fase inicial, a partir de simptomatologia molt variada, transtorns psicosomàtics, contusions i cops en diversos estadis de recuperació i també en la hiperfreqüentació d'aquests serveis. S'haurien d'establir mecanismes que evitin la victimització secundària de les dones i fomentin els aspectes de promoció de la salut.

1.2. Antecedents en l'estudi de les desigualtats de gènere a l'Estat espanyol i a Catalunya

Als últims 4 anys, ha hagut una bona producció científica a l'Estat espanyol i principalment a Catalunya, tenint en compte el concepte de gènere a l'hora d'analitzar els resultats d'anàlisis realitzades segons el sexe. Així, per aquest capítol s'ha realitzat una recerca a Medline amb els termes *'gender inequalities and spain'* pel període del 2001 al 2004 i s'han trobat 58 articles amb resum. Després d'una primera selecció, ens han quedat 33 articles publicats en aquest període, tant en revistes de l'Estat espanyol com d'altres llocs, on estava clar que en algun moment es tractaven les desigualtats de gènere en la salut.

Molts d'aquests articles han format part d'un monogràfic o de l'*Informe de la Sociedad Española de Salud Pública* de 2004, publicats a la revista Gaceta Sanitaria on tant la classe social com el gènere han estat els temes centrals[10,11]. No obstant, cal destacar que també s'han realitzat importants estudis sobre desigualtats per gènere i classe social en el món laboral i en els treballs reproductius no remunerats[1,2], en els estils de vida relacionats amb la salut[12,13], i en la mortalitat[14,15] entre altres temes.

En relació a la violència contra les dones s'ha publicat un editorial a *Gaceta Sanitaria*, posant en evidència la necessitat de l'abordatge d'aquest tema com un problema de salut pública[16]. També el grup de la Universitat d'Alacant ha presentat un estudi sobre el càlcul de l'índex epidèmic de mort per violència pel company íntim, posant de manifest que ja es poden considerar els assassinats per violència de gènere com una veritable epidèmia, que va en augment en tot el territori de l'Estat[17]. No obstant, encara són pràcticament inexistents les publicacions que donen dades epidemiològiques fiables sobre la violència de gènere i també sobre la seva distribució territorial i quines són les característiques sociodemogràfiques tant de les dones maltractades com dels agressors, que ens puguin permetre contrastar hipòtesis sobre l'existència o no de relació de la classe social amb l'existència de maltractaments. En aquests moments està en premsa una guia metodològica per conèixer les variables i indicadors necessaris per sistematitzar la recollida de dades sobre la violència de gènere al nostre entorn[18].

1.3. Objectius i mètodes

Els objectius principals d'aquest capítol són aprofundir en la morbiditat diferencial a Catalunya. Tanmateix, es vol estudiar les diferencies i les desigualtats entre dones i homes en la salut percebuda i en alguns dels trastorns crònics que no s'havien recollit a altres enquestes de salut anteriors (l'osteoporosi, l'anèmia, les migranyes i els problemes de tiroides). També es vol conèixer la utilització de medicaments i les diferències d'aquesta utilització segons el gènere i la classe social. Finalment, volem fer una aproximació a la salut maternoinfantil i a la violència contra les dones en el nostre entorn.

Per a assolir els objectius esmentats hem consultat diverses fonts de dades. La principal d'aquestes fonts ha estat l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002 (ESCA-02) i la seva comparació amb l'enquesta de 1994 (ESCA-94), de les quals hem analitzat les dades de morbiditat i utilització de medicaments.

A partir de diverses fonts de dades, publicades o no, hem intentat obtenir una visió de l'evidència de la manca d'informació que tenim sobre la prevalença de la violència

contra les dones en el nostre entorn, les dades presentades en aquest capítol provenen de les estadístiques de l'Institut Català de la Dona.

Les dades sobre embarassos adolescents, baix pes en néixer, prematuritat i realització de cesàries s'han obtingut del Programa de Salut Maternoinfantil de la Direcció General de Salut Pública i del registre d'interrupcions de l'embaràs de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut.

2. Les desigualtats segons gènere a Catalunya

2.1. Un exemple de la importància de l'anàlisi de gènere amb les dades sanitàries: la relació entre l'estat civil i la salut

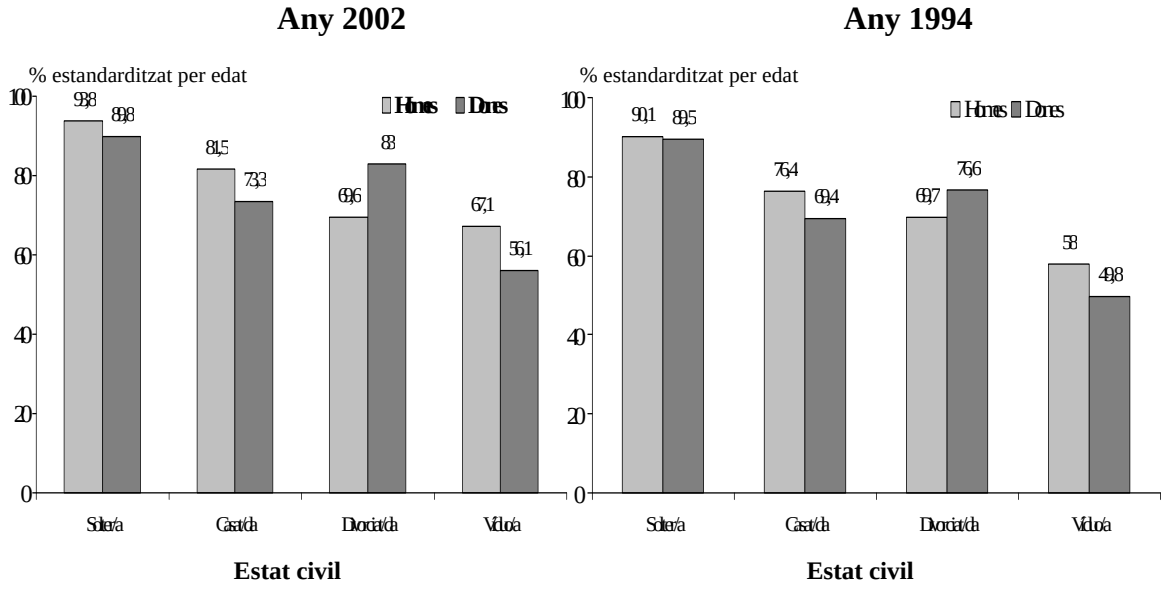
Les dades sociodemogràfiques relativament usuals, com per exemple l'estat civil, disponible en una infinitat de registres, pot donar una pista sobre els condicionants estructurals de la salut de dones i homes, deixant oberta la possibilitat de l'anàlisi segons gènere. Alguns estudis indiquen que viure en parella afecta més negativament a la salut de les dones, principalment degut a la distribució desigual del treball reproductiu i també perquè la dona assumeix un paper important en el manteniment, cura i control de la salut de las persones que conviuen a la llar com per exemple els hàbits saludables: l'alimentació, el menor consum de tabac, la conducció segura, etc.[19,20,21].

Tot i que a l'ESCA-02, s'observa una lleugera millora en la percepció de la salut tant per part de les dones com dels homes, en relació a l'enquesta del 1994, es segueixen observant diferències (figura 6.1). Mentre que l'any 1994 no es troben diferències en l'estat de salut percebut entre les dones i homes solters, l'any 2002 s'observa que el 93,8 % dels homes solters declaren tenir un bon estat de salut, i les dones el 89,8% (percentatges estandarditzats per edat). En relació a l'any 1994, en els/les casats/des o que viuen en parella el percentatge de bona salut en els homes disminueix més d'un 10% (81,5%) i per les dones més del 12% (73,3%). En canvi, s'observa un millor estat de salut entre les dones divorciades/ separades que entre els homes en igual situació, essent força accentuada aquesta diferència, amb el 83% de bona salut entre les dones (respecte al 69,6 dels homes). Es poden elaborar algunes hipòtesis per explicar aquests fets, tot i que seria necessari un estudi que aprofundís més en les raons d'aquestes diferències. Una de les hipòtesis seria que les dones que fan el pas de separar-se necessàriament s'haurien de trobar més fortes i recolzades i també possiblement amb condicions socioeconòmiques que no les fes dependents d'una relació deteriorada. Els vidus tenen millor salut que les vídues, fet explicable tant per la menor edat dels vidus (les dones vídues són més grans) com pel major recolzament social que tenen ja que sovint hi ha persones que es fan càrrec de la seva cura. Un altre aspecte a tenir en compte és que els vidus solen tenir més recursos econòmics.

En els homes casats és molt clara la relació entre l'estat de salut percebut i la classe social: a mida que empitjora la situació de la classe social disminueix el percentatge de bona salut. En algunes regions s'ha accentuat aquest gradient, comparant les dades actuals i les dades del 1994: exceptuant el Barcelonès nord i Maresme, s'observa una millora en la salut de les classes més altes (I-II). Per a les dones casades, tot i que s'observa que les classes socials més desfavorides (IV-V) són les que presenten els

percentatges més baixos de bon estat de salut, aquest gradient no és tan clar com l'observat per als homes (taula 16 de l'annex).

Figura 6.1. Bon estat de salut segons l'estat civil / convivència. Dones i homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

2.2. La morbiditat diferencial entre dones i homes

2.2.1. L'anàlisi de la morbiditat a les enquestes de salut: noves oportunitats per conèixer diferències en la salut de dones i homes

La mesura de la morbiditat i de la discapacitat és més difícil que la de la mortalitat, ja que depèn d'instruments que mesurin la salut de la població general, bé mitjançant els registres d'utilització dels serveis sanitaris o bé amb enquestes de salut poblacionals. Les dades de morbiditat no capten fàcilment les conseqüències de les malalties, ni l'afectació de la vida de les persones. Així, és molt difícil, per a no dir impossible, quantificar el grau de malaltia que té algú amb una determinada dolença.

A l'anterior informe CAPS- FJ Bofill, amb l'anàlisi de les desigualtats en salut basades en les dades de l'enquesta de salut de Catalunya del 1994, ja posàvem en evidència la necessitat de la inclusió de determinades preguntes que pugessin palesar les diferències i les desigualtats en la salut de dones i homes. Tant la llista de malalties cròniques com les preguntes sobre els factors de risc per a la salut han de ser coherents amb els coneixements actuals de les diferències que existeixen entre dones i homes : "allò que no es pregunta no es coneix i allò que no és visible no existeix". Per exemple, en l'ESCA-94, la llista de trastorns crònics es referia a setze patologies o simptomatologies. A l'ESCA-02 es va afegir: l'infart del miocardi, la migranya i el mal de cap freqüents, les morenes/hemorroides, els tumors malignes, l'osteoporosi, l'anèmia

i els problemes de tiroides, algunes de les quals tindran un lloc destacat en aquest capítol. Tanmateix, cal aplaudir la iniciativa de separar les molèsties doloroses de les articulacions (artrosis, artritis o reumatisme) del mal d'esquena, i aquest també segons la seva localització (cervical o lumbar). Totes aquestes malalties tenen un clar component diferenciador entre les dones i els homes, el qual està lligat a la seva fisiologia o biologia (com per exemple l'anèmia) o be als tipus de rols i feines assignats segons el gènere (com per exemple el mal d'esquena).

El biaix de gènere en l'atenció sanitària es fonamenta en la manca d'estudis sobre la morbiditat diferencial degut a la visió androcèntrica de les ciències biomèdiques[22]. La rigidesa d'aquesta visió ha produït biaixos en el moment del diagnòstic i també en els mètodes d'exploració clínica, en la valoració de la normalitat en les anàlisis clíniques, i en l'aplicació de teràpies sense cap diferenciació por sexe, ni en la dosi ni en la via administrada[23].

2.2.2. L'anàlisi de la morbiditat a Catalunya: les evidencies de les diferències i la perspectiva de gènere

La majoria de trastorns crònics presenten un patró ascendent a mida que augmenta l'edat. En aquest informe analitzem la situació a Catalunya, ajustant per la classe social, i s'observa que la hipertensió ha augmentat tant en els homes com en les dones més grans de 55 anys respecta a 1994 (figura 6.2.).

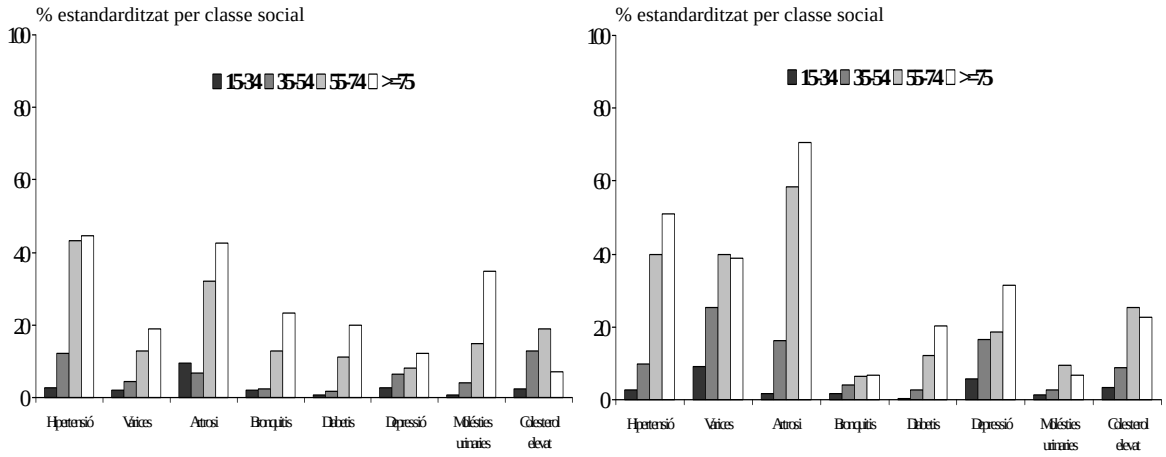
La proporció de dones amb artrosi i varices ha seguit relativament estable i és clarament més alta que la dels homes que pateixen aquest tipus de malaltia en tots els grups d'edat. També la proporció de persones amb bronquitis i molèsties urinàries s'ha mantingut estable i més alta en els homes a partir dels 35 anys (figura 6.2). Probablement, la proporció més elevada d'homes amb bronquitis sigui perquè la proporció de fumadors és més elevada que la de fumadores. Tot i la massiva incorporació de les dones joves al tabaquisme, aquest hàbit encara no es veu reflectit t en un augment de les malalties pulmonars entre les dones.

Pel que fa a la diabetis, s'observa que les proporcions de dones i homes que pateixen aquesta malaltia és similar i ha augmentat a l'ESCA-02. També ha augmentat el percentatge de dones i homes que declaren patir depressions sobretot en les persones més grans de 75 anys . La paraula depressió pot reflectir la situació de desesperança i desànim, davant de les condicions vitals (pobresa, soledat, i poques perspectives de suport social), més que un diagnòstic psiquiàtric medicament definit. Pot haver augmentat també la declaració subjectiva perquè molts problemes de malestar en la gent gran i més si són dones, són tractats en atenció primària amb antidepressius.

Figura 6.2. Trastorns crònics segons els grups d'edat. Dones i homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

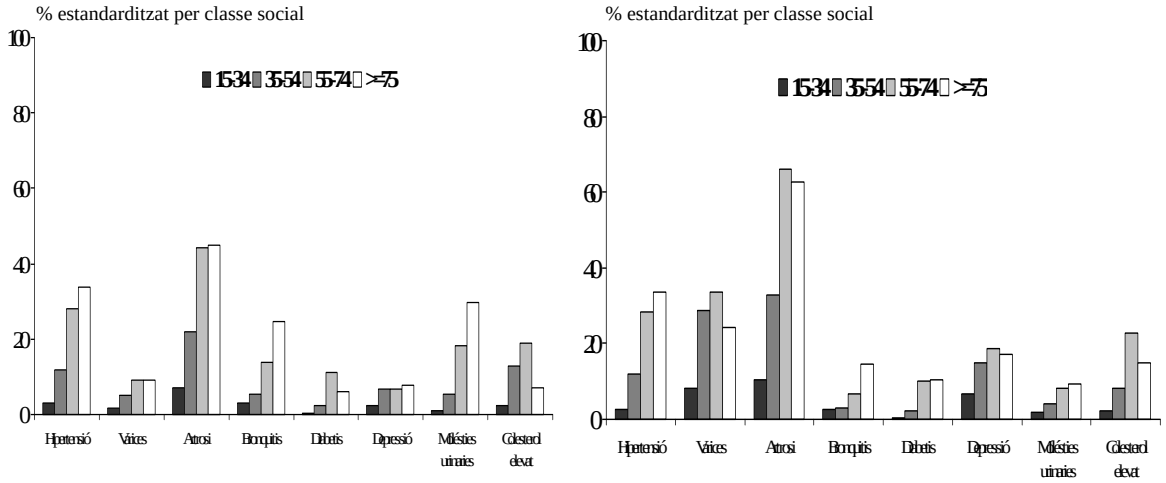
Any 2002

Homes **Dones**



Any 1994

Homes **Dones**



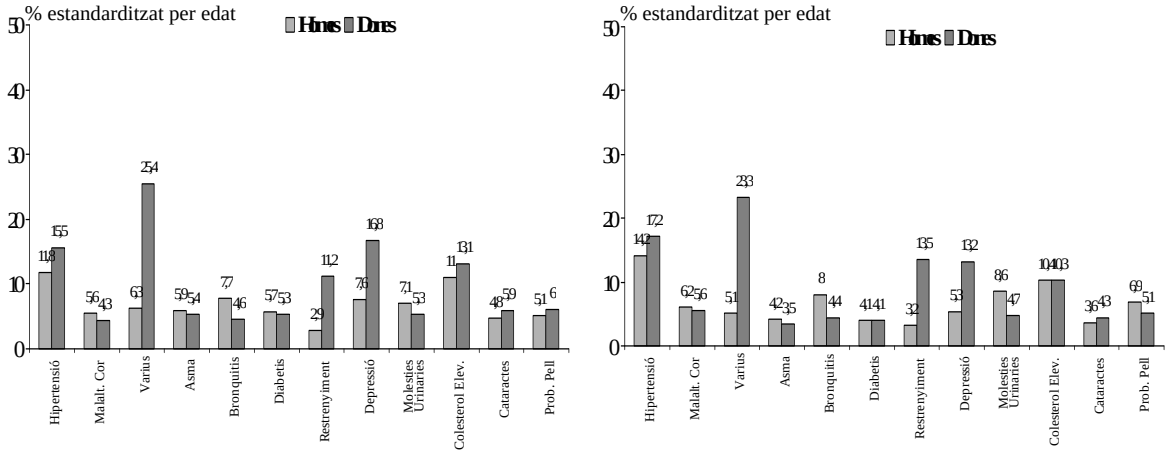
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

A la figura 6.3 hem inclòs els mateixos trastorns crònics que es preguntaven tant a l'ESCA-94 com a l'ESCA-02 (els altres trastorns que es van preguntar només l'any 2002 seran objecte d'anàlisi més endavant). Comparant les dues enquestes, observem que no hi ha hagut grans canvis l'any 2002. Tot i així, cal fer esment que l'any 2002 es pot observar l'elevada prevalença de persones que han declarat tenir hipertensió (el 11,8% dels homes i el 15,5% de les dones), tot i que aquests percentatges són lleugerament inferiors als de l'any 1994. També destaca l'alta proporció de dones amb

varices (25,4%) i l'augment tant en les dones com en els homes de la declaració de depressions, on el percentatge de dones dobla el dels homes (el 16,8% i el 7,6% respectivament).

Figura 6.3. Trastorns crònics. Dones i homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002 **Any 1994**



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

En relació als trastorns crònics que s'han inclòs a l'enquesta del 2002 i que no constaven al 1994 (exceptuant els dolors crònics que tractarem més endavant), cal destacar una clara diferència segons sexe, que podria comportar biaixos en els diagnòstics mèdics si no és correctament valorada. Un dels estereotips de gènere dins la medicina és que els problemes de salut de dones i homes, sovint, són considerats iguals quan a vegades són diferents. Així, s'observa que les anèmies son declarades en el 7,4% de les dones mentre només l' 1% dels homes declara aquesta malaltia, el mateix passa amb l'osteoporosi (la declaren el 5,9% de dones i el 0,6% de homes) i els problemes de la tiroides (el 4,5% de les dones i el 0,7% dels homes) (figura 6.4). A la taula 17 de l'annex es pot observar la distribució d'aquestes malalties segons la classe social i la regió sanitària.

Aquests primers resultats ja posen de manifest que tres patologies com les anèmies, l'osteoporosi i els problemes de tiroides són més predominants en les dones. Tot i així, aquests resultats són inferiors a les prevalences trobades a estudis específics fets en altres indrets. Això ens indica que al nostre territori calen més estudis per conèixer aquestes malalties, i que, potser moltes persones encara no han estat diagnosticades de les patologies indicades. No obstant, aquesta primera aproximació és un clar avenç per començar a conèixer la morbiditat diferencial de la població catalana. La taula 17 de l'annex també posa de manifest diferències entre les classes socials i els territoris. Cal constatar en primer lloc un increment del diagnòstic d'anèmies i problemes de tiroides en les classes socials I-II, indicant que probablement les dones més benestants estan millor diagnosticades. S'hauria d'estudiar quines són les raons d'aquestes diferències en el diagnòstic.

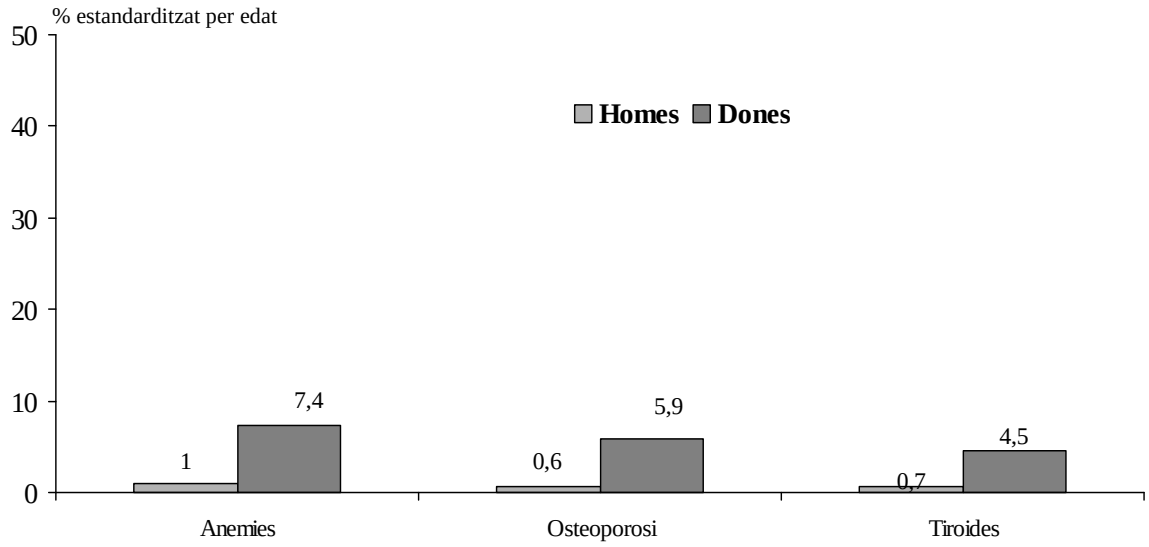
L'alta prevalença de l'anèmia entre les dones està relacionada amb l'excés del sangnat menstrual, amb l' estrès físic i mental, i també, però en la nostra societat en menor grau, amb la nutrició[24]. En L'ESCA-02 trobem que les anèmies són molt més prevalents entre les dones de les classes socials més benestants a Lleida, Tortosa, Girona i Centre i en les de les classes socials més desfavorides de Tarragona, Costa de Ponent i Barcelonés Nord i Maresme.

L'osteoporosi és més prevalent en les persones de les classes socials IV i V a gairabé tots els territoris de Catalunya. Només destaca que a la regió sanitària de Tortosa són les dones de classe més benestant que declaren més osteoporosi.

Els problemes de tiroides presenten una prevalença més alta en les classes I i II, en tota Catalunya a excepció de Barcelona ciutat i la regió sanitària Centre. Les regions sanitaries de LLeida, Girona i Tortosa son les que presenten una major proporció de diagnòstics en les dones de classes socials més afavorides.

Tots els fets esmentats, i que per primera vegada s'han pogut analitzar a partir de les preguntes noves introduïdes en l'ESCA-02, posen de manifest unes noves desigualtats que fins ara no havien estat analitzades en altres enquestes de salut, i plantegen la necessitat d'introduir algunes preguntes noves en les properes enquestes per saber el mètode en que s'ha arribat al diagnòstic, si aquest diagnòstic s'ha fet per mitjans públics o privats, i per saber si hi ha diferències entre classes i territoris al fer les analítiques diagnòstiques o les exploracions. Però també posa de manifest una realitat que havia estat invisible fins ara i és l'existència d'una morbiditat diferent entre homes i dones, i la necessitat de desenvolupar estratègies especifiques de diagnòstic, i prevenció d'aquests problemes de salut, adequant-les també a les desigualtats territorials.

Figura 6.4. Anèmies, osteoporosi i trastorns de la tiroides. Dones i homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002.

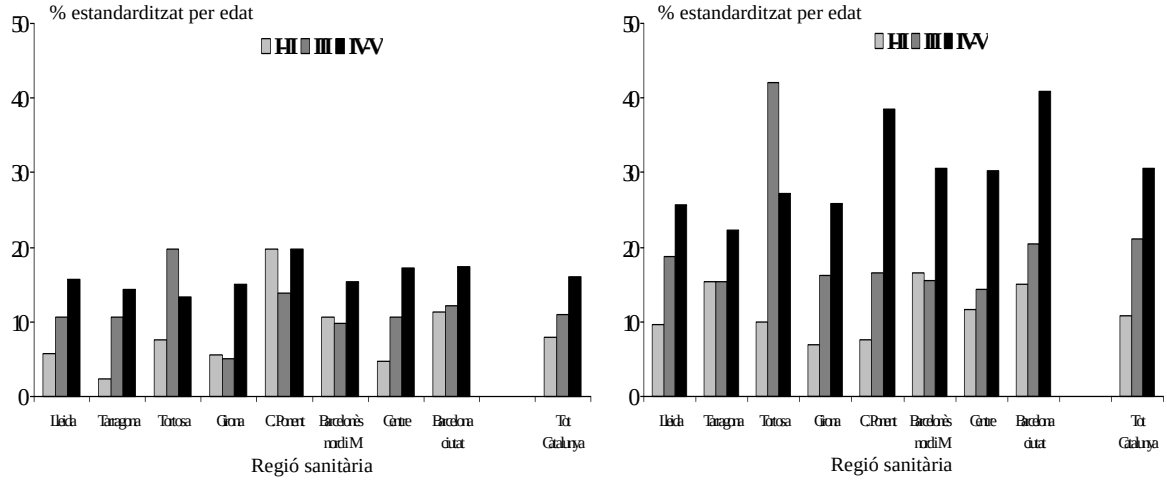


Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

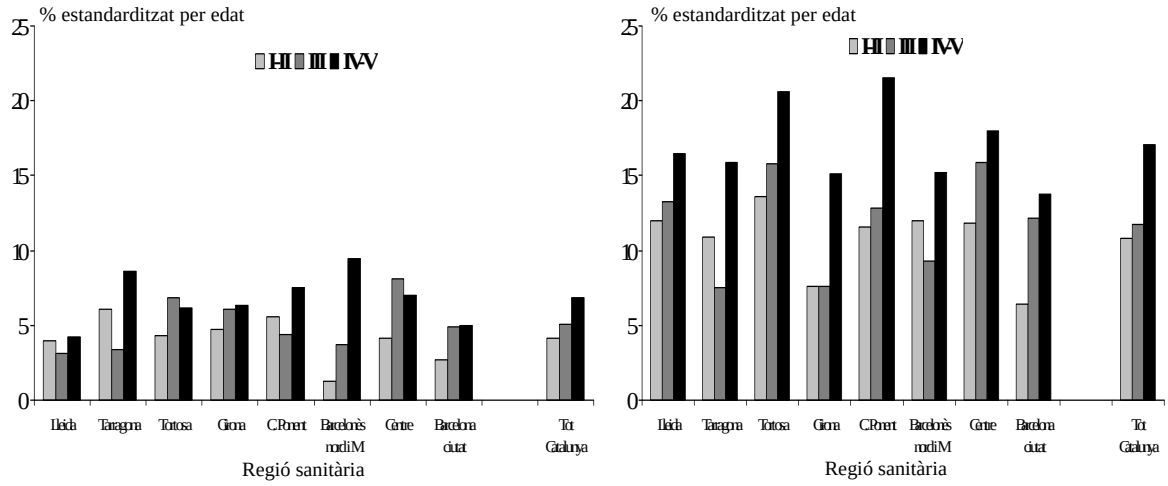
A la figura 6.5 podem observar que, l'any 2002, tant en els homes com en les dones ha augmentat la declaració de depressió a totes les classes socials. L'any 1994 eren les dones de les classes socials més desafavorides que declaraven un percentatge més alt de depressions a totes les regions sanitàries. L'any 2002 aquest ja no és un fet generalitzable i per exemple trobem que a Lleida, Tortosa i Girona són les dones de la classe III que declaren més depressions i a Tarragona són les de les classes I-II. No obstant, crida l'atenció que tant a la regió de Costa de Ponent com a la de Barcelona ciutat casi una quarta part de les dones de les classes socials més desafavorides declaren patir depressions. Per els homes el patró d'aquesta patologia segons la classe social no és clar.

Figura 6.5. Depressió segons la classe social i la regió sanitària. Dones i homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

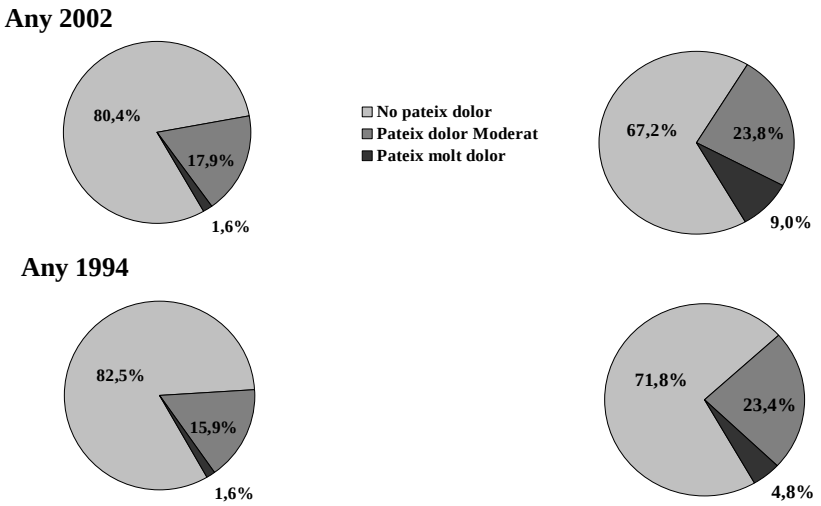
A taula 18 de l'annex, es poden veure els percentatges estandarditzats per edat d'algunes de les malalties cròniques més prevalents a Catalunya i la seva distribució territorial segons el sexe. Els percentatges més alts d'hipertensió arterial s'observen en els homes i les dones de la regió de Tortosa i no s'observa una tendència clara de relació amb la classe social. Per les varices, s'observa que les dones en general i principalment a les regions sanitàries de Tortosa, Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme i Barcelona presenten percentatges d'aquesta malaltia superiors al 20% i que, de manera diferent que els homes (que no presenten un gradient segons la classe social), a mida que empitjoraven les condicions socioeconòmiques d'aquestes, augmentava el percentatge de varices. La presència de colesterol elevat no segueix un gradient de classe social clar

per cap dels dos sexes, tot i que crida l'atenció que el 23,8% de les dones de les classes socials IV-V de Barcelona declaren aquest trastorn.

2.2.3. L'alta prevalença de dolor

El dolor és una de les maneres que les persones tenen per expressar els patiments físics i psíquics i moltes vegades el malestar davant de les pressions socials, les situacions d'estrès o les desigualtats[25,26]. Tant a l' ESCA-94 com a la l'ESCA-02 es preguntava si es tenia dolor o malestar en el moment de l'enquesta. L'any 1994 el 17,5 % dels homes i el 29,2 % de les dones més grans de 15 anys van declarar que tenien un dolor o malestar moderat o fort, l'any 2002 aquests percentatges han augmentat al 19,3% i al 33,6% dels homes i dones respectivament (figura 6.6).

Figura 6.6. Presència de dolor crònic. Percentatges estandaritzats per edat. Dones i homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



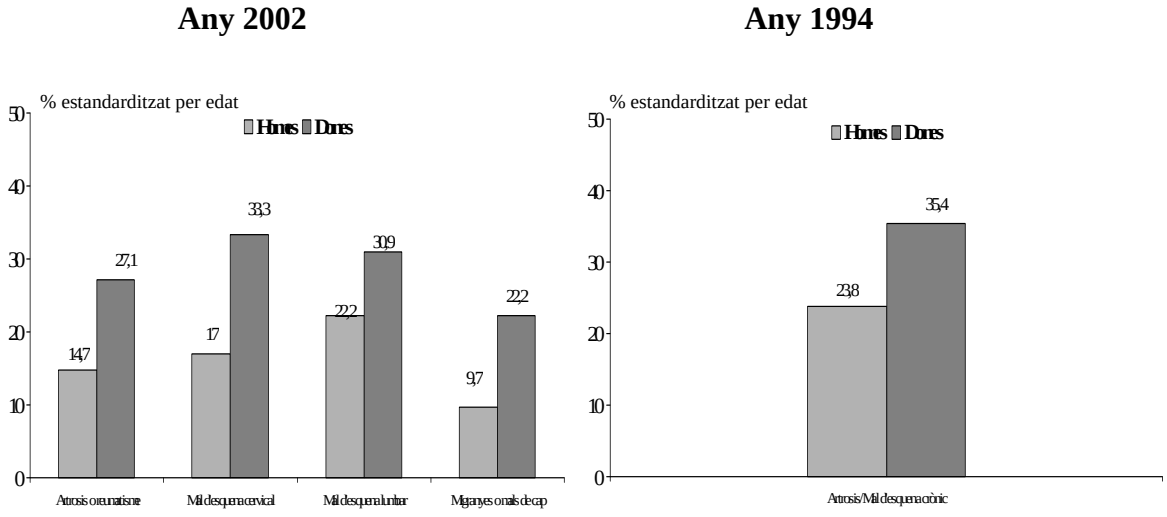
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 1994 i 2002 (elaboració pròpia).

La presència de dolor crònic localitzat a les articulacions i a l'esquena és un determinant important de la mala qualitat de vida de moltes dones i de molts homes, encara que aquests dolors són més prevalents en les dones. Tot i així sabem que el dolor articular o músculesquelètic generalitzat, últimament rep la denominació de fibromialgia. Ara per ara, el gran impacte mediàtic que ha tingut el conjunt de símptomes i signes d'aquesta síndrome, fa que molts dolors múscul – esquelètics i articulars d'origen divers (reumàtic, endocrinològic, postural, tensional, etc.) hagin rebut l'etiqueta d'aquesta malaltia, sense que, sovint, no s'hagi fet el diagnòstic diferencial amb altres malalties que causen dolor i malestar generalitzat. De manera que cal conèixer dades concretes amb proves específiques i amb patrons diagnòstics definits sobre la prevalença de fibromialgia i fatiga crònica en el nostre entorn. Només així es podrà aclarir i desmitificar molts biaixos i errors que s'amaguen darrera d'aquests diagnòstics i reconduir cap a una atenció sanitària amb més qualitat i eficiència.

Un dels principals canvis que trobem quan comparem les dades respecte als trastorns crònics de l'ESCA-94 i les de l'ESCA-02, és la aparent davallada en la prevalença de

persones que tenen 'artrosi /mal d'esquena' ja que l'any 1994 declaraven aquestes patologies el 23,8 % dels homes i el 35,4 % de les dones i l'any 2002 el 14,7% dels homes i el 27,1% de les dones han declarat patir artrosi. La principal causa d'aquesta diferència, és que l'any 2002 el mal d'esquena no estava recollit a la mateixa variable de l'artrosis. Així, cal destacar com podem veure a la figura 6.7 l'alta prevalença de mal d'esquena crònic, tant per homes com per dones. Si be la freqüència de mal d'esquena cervical és molt més alt en les dones (un terç de les dones declaren patir-lo mentre el 17% dels homes ho fa), el mal d'esquena lumbar el pateixen el 22,2% dels homes i el 30,9% de les dones. Aquesta troballa és un bon exemple de que depenent de com estiguin formulades les preguntes es pot arribar a un resultat o a un altre, i del perill de que al formular preguntes poc específiques, aquests resultats puguin estar amagant part de la realitat o be esbiaixant-la. Segons la classe social, s'observa un gradient positiu tant per dones com per homes, així el 10,2% dels homes i el 22,3% de les dones de les classes socials més benestants pateixen mal d'esquena cervical, mentre que en les classes més desafavorides aquests percentatges són del 17,8% i del 35,7% respectivament per homes i dones (taula 19 de l'annex).

Figura 6.7. Artrosis o reumatisme, mal d'esquena cervical, mal d'esquena lumbar i migranyes/mals de cap (2002); artrosis/mal d'esquena crònic (1994), . Dones i homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

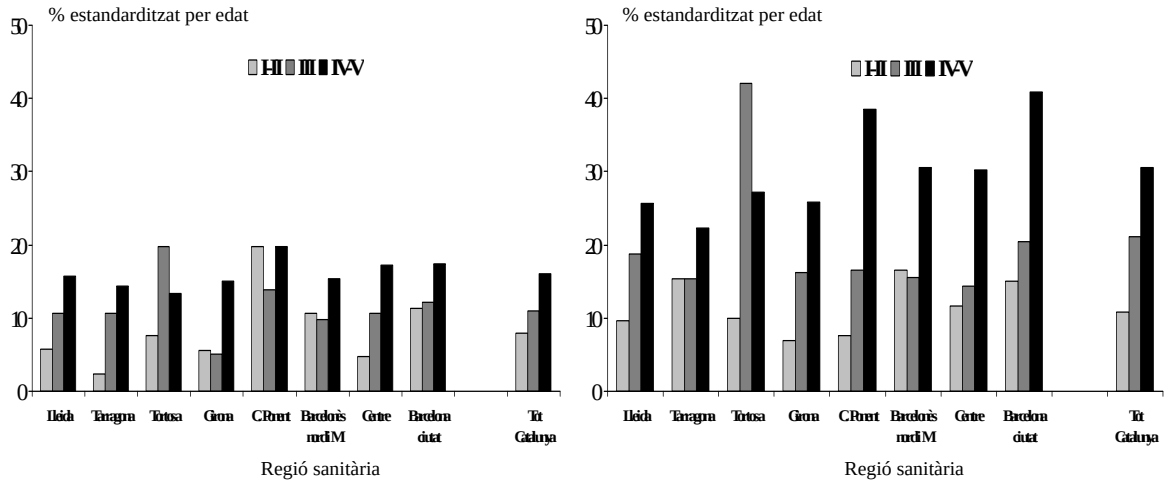
Tot i que la comparació en el temps de la variable artrosis/mal d'esquena (ESCA-94) amb la variable artrosis (ESCA-02) és difícil, ja que aquestes no recullen les mateixes patologies, és interessant observar que l'any 2002 les dones de les classes socials més desafavorides tant de Costa del Ponent com de Barcelona ciutat, segueixen presentant una proporció d'artrosis molt alta, al voltant del 40%. Però és en les dones de la classe III de la regió de Tortosa on s'observen els percentatges més alts d'artrosi de tot el territori català (figura 6.8).

També les migranyes o mals de cap crònics són un problema de salut que afecten el doble de dones que d'homes. És interessant observar que si be es troba un clar gradient segons la classe social en els homes, essent aquests percentatges del 6,8%, del 8% i

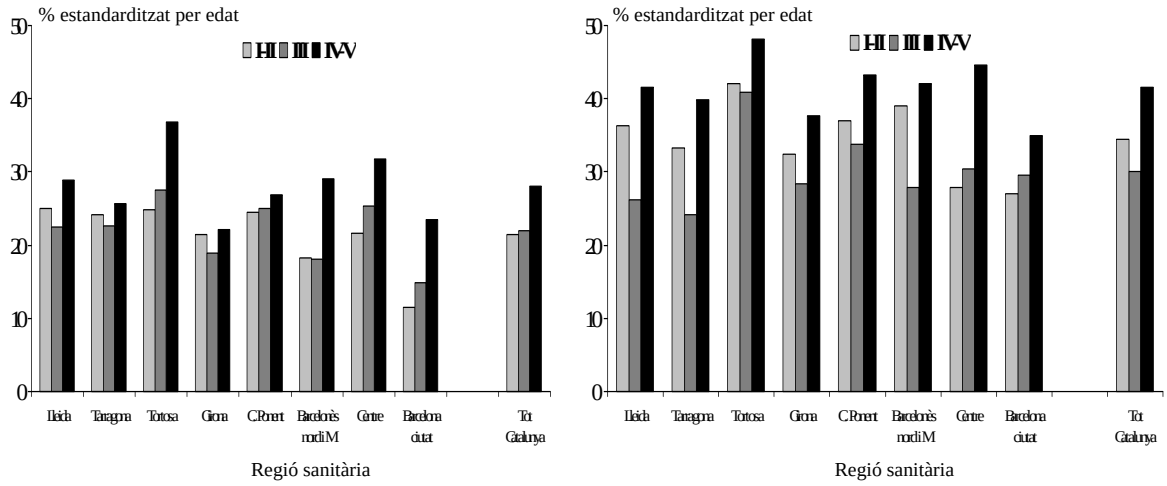
9,9% respectivament a les classes I-II, III i IV-V, les dones de les classes mitjanes tenen un percentatge més baix de migranyes que les de les classes més altes, tot i que són les dones de les classes més desfavorides les que presenten el percentatge més alt (22,8%) (figura 6.7 i taula 19 de l'annex)

Figura 6.8. Artrosis segons la classe social i la regió sanitària. Dones i homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

Any 2002



Any 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

2.2.4. El consum de medicaments

La medicalització de processos naturals o la hipermedicació o el consum de fàrmacs sense recepta mèdica és un dels temes claus per entendre les desigualtats de gènere en la salut. Alguns autors indiquen que les dones s'automediquen més freqüentment, el que és compatible amb la seva més gran morbiditat i alta prevalença de dolors[26]. Existeixen problemes d'origen biològic que a l'atribuïr-los l'etiqueta de "trastorns psicosomàtics" s'estan tractant com depressió o ansietat.

Però aquest és només un exemple, últimament també s'ha posat sobre la taula l'important augment de la utilització de medicació per tractar el colesterol, ja que les guies que recomanen aquest tractament a partir de determinat llindar de colesterol a la sang, estan basades en estudis realitzats en altres indrets, principalment població anglo-saxona i d'homes. Al nostre entorn, Marrugat i col·l.[27], amb dades de la província de Girona, han analitzat els factors de risc càrdiovascular al nostre entorn i la probabilitat de mort a 5 anys, posant de manifest que hi ha un alt percentatge de la població que està rebent aquesta medicació sense una indicació estricta. Tot això no vol dir solament l'impacte en el benestar de les persones que reben un tractament quan no el necessiten o el reben equivocadament, sinó també l'alt cost sanitari que representen els medicaments per la sanitat publica.

Segons l'ESCA-02, quasi una quarta part dels homes i més de la tercera part de les dones pren aspirines regularment, no hem trobat cap gradient segons la classe social ni per les dones ni pels homes. Aquestes dades coincideixen amb l'alt percentatge de dolor a la població, principalment la femenina.

La proporció de persones que prenen tranquil·lizants, antidepressius o pastilles per dormir és molt alta . Pels homes els percentatges es situen en el 5%, el 2,6% i el 2,7% i per les dones notem un augment accentuat: el 9,5%, el 6,8% i el 5,8%, respectivament per tranquil·lizants, antidepressius o pastilles per dormir, fet que coincideix amb el que hem exposat anteriorment.

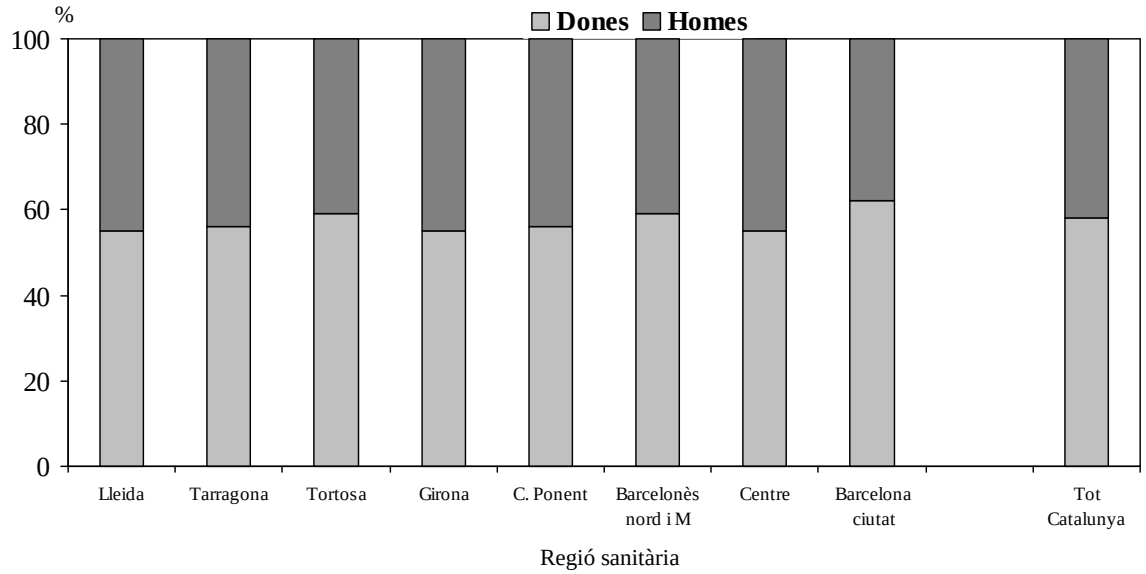
2.2.5 Les llistes d'espera quirúrgica a Catalunya

Per primera vegada a la història de la Sanitat Catalana podem conèixer amb claredat el nombre de persones que estan en espera per fer-se un dels 14 procediments quirúrgics que es van acordar controlar a tot l'Estat espanyol (cataractes, varices extremitats inferior, hèrnies, colecistectomies, galindons, artroscòpies, quist o si pilodinal, prostatectomies, canal carpiana, amigdalectomies, circumcisió, histerectomies, pròtesis de maluc, pròtesis de genoll). La transparència de la Conselleria de Sanitat ha permès constatar que una vegada suprimida la denominada 'espera tècnica' de tres mesos (que en als anys anteriors no es computaven com demora), el nombre de persones en espera a Desembre de 2003 era 66.567.

De Gener a Juny 2004 s'han realitzat 75.837 intervencions, 4.203 més que en el mateix període de l'any anterior (el 5,87%), però malgrat aquest increment d'activitat el nombre de persones en llistes d'espera a Juny 2004 va ser de 67.073.
Cal assenyalar que aquests nombres no coincideixen amb els del capítol 5 ja que en aquell capítol només es fa menció a les llistes d'espera sense tenir en compte l'espera tècnica.

L'anàlisi de les dades actualment disponibles, posa de manifest que hi ha diferencies en les llistes d'espera en funció del sexe, del procediment i de les diferents regions sanitàries (figura 6.9). Exceptuant les hèrnies on hi ha un percentatge d'homes més gran en espera i les pròtesis de genoll on no es troben diferències entre sexes, a tots els altres procediments hi ha un percentatge més alt de dones. Per saber si realment hi ha desigualtats entre dones i homes en el temps d'espera, necessitem més dades de les que no disposem com per exemple quina és la proporció de dones i homes que acudeixen al sistema sanitari i que tenen aquestes patologies diagnosticades. En el futur hem de profunditzar en l'anàlisi d'aquestes dades crues, ajustant-les per la població usuària, l'edat de la població i la prevalença dels trastorns que ocasionen aquestes intervencions segons el sexe.

Figura 6.9. Proporció segons el sexe de persones en llista d'espera segons la regió sanitària. Catalunya, 2004.



Font: Servei Català de la Salut (elaboració pròpia)

2.3. La salut sexual i reproductiva

2.3.1. Els embarassos a l'adolescència

L'embaràs en l'adolescència és un indicador de salut reproductiva que evidencia la manca de planificació dels embarassos, ja que la majoria d'aquests embarassos no són desitjats. Tanmateix, sovint suposen un conflicte humà, i psicològic per les dones adolescents que han de prendre decisions molt importants per la seva vida i que poden comprometre el seu desenvolupament personal com per exemple la interrupció de la formació, les dificultats per accedir al mercat laboral i en molts casos, la formació de parelles inestables.

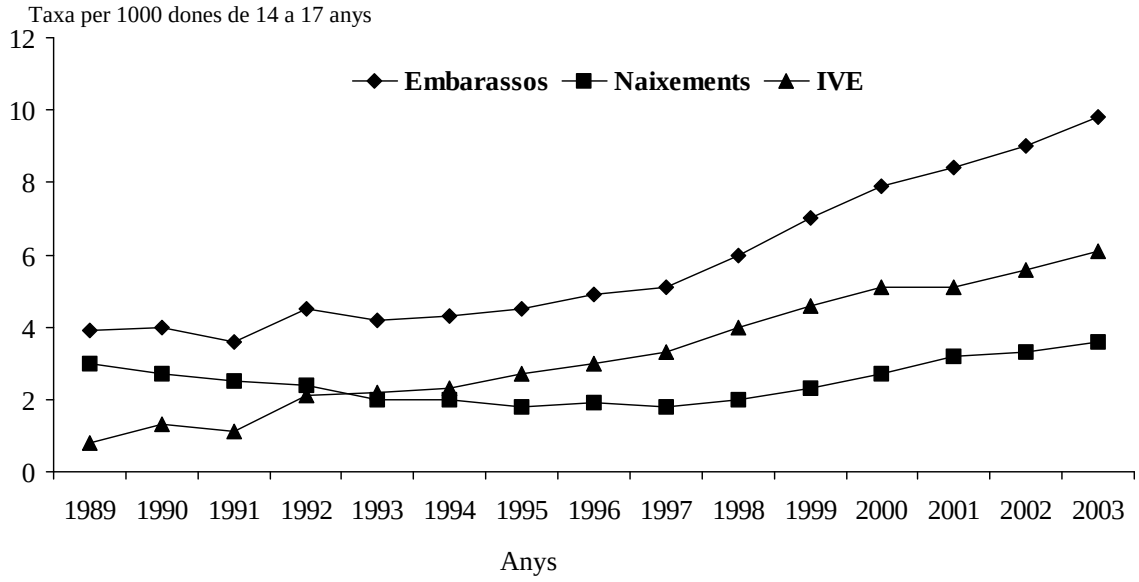
A Catalunya i des de l'any 1989 el nombre d'embarassos adolescents s'ha triplicat de forma que la taxa d'embarassos entre les dones de 14 a 17 anys ha passat de 3,6 per

1000 dones l'any 1989 a 9,8 per 1000 dones l'any 2003[1] presentant una clara tendència a l'increment en els últims dotze anys (figura 6.10).

La taxa de naixements en les dones adolescents creix més lentament que la d'embarassos i això comporta que per una banda aquests embarassos no desitjats s'estiguin eliminant mitjançant la realització d'interrupcions de l'embaràs, mai innòcua ni desitjable per les dones, però alhora que part d'aquests embarassos arribin a terme.

La disminució dels embarassos en dones menors de 18 anys ha estat inclòs repetidament com a objectiu en els diversos Plans de Salut de Catalunya, mostrant que aquest objectiu no només no s'ha assolit, sinó que la xifra cada vegada s'allunya més. L'assoliment d'aquest important objectiu en els propers anys no serà possible si no es dediquen esforços específics per tal d'invertir la tendència.

Figura 6.10. Evolució dels embarassos, els naixements i les interrupcions de l'embaràs (IVE). Dones adolescents de 14 a 17 anys. Catalunya, 1989-2003.



Font: Programa de Salut maternoinfantil i Registre d'IVE's. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (elaboració pròpia).

2.3.2. Nadons de baix pes i prematuritat

Uns altres indicadors de salut reproductiva són el baix pes i la prematuritat dels nadons. L'OMS defineix el baix pes en néixer com aquell pes inferior a 2500 grams. Aquest indicador s'ha relacionat amb l'aparició de morbiditat neonatal i infantil i resulta ser un bon indicador de benestar infantil[28,29]. L'etiologia del baix pes és multifactorial. S'ha relacionat amb el tabaquisme durant l'embaràs i amb algunes malalties maternes com l'anèmia, la desnutrició i les condicions de treball estresant.

[1] Les dades de l'any 2003 són provisionals

La prematuritat es defineix com els naixements que es produeixen abans de les 37 setmanes de gestació. La prematuritat és per ella mateixa la primera causa de mortalitat i morbiditat en els països desenvolupats ja que entre el 60% i el 80% de les morts infantils sense anomalies congènites es relacionen amb la prematuritat[30].

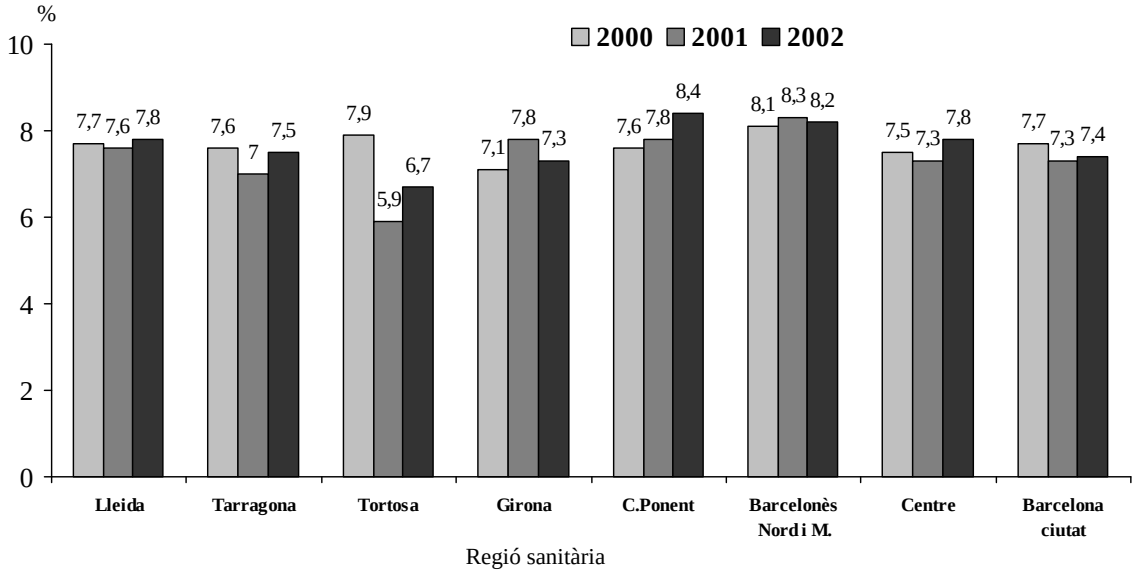
La prematuritat està augmentant i aquest augment es podria relacionar amb l'augment de la viabilitat dels nadons prematurs, amb l'augment de les intervencions obstètriques i la incorporació de noves teràpies[31,32]. També i en bona mesura, es relaciona amb l'augment dels embarassos aconseguits mitjançant tècniques de reproducció assistida, que alhora estan relacionades amb el baix pes.

A Catalunya la prevalença de baix pes i molt baix pes en néixer està augmentant de forma sostinguda des de l'any 1993, passant del 5,8% al 8%.

L'objectiu del Pla de Salut de Catalunya 2002-2005 per aquests indicadors es va establir en un 7%, adaptant l'objectiu als resultats trobats ja que en els anteriors Plans de Salut l'objectiu era mantenir el percentatge de pes en néixer per sota del 7%. Tot i això, a moltes regions sanitàries es supera aquesta xifra.

La regió de Barcelonès Nord i Maresme presenta l'índex més alt de 8,1% de nadons amb baix pes, que es manté durant els tres anys. La regió sanitària de Costa de Ponent i Centre han incrementat els nadons amb baix pes al néixer i durant el 2002 totes les regions sanitàries han superat l'indicador negativament, menys la regió sanitària de Tortosa que mostra un descens en el trienni. Caldria aprofundir en les causes per poder fer-ne prevenció ja que és un indicador negatiu que està creixent de forma desigual en totes les regions sanitàries (figura 6.11).

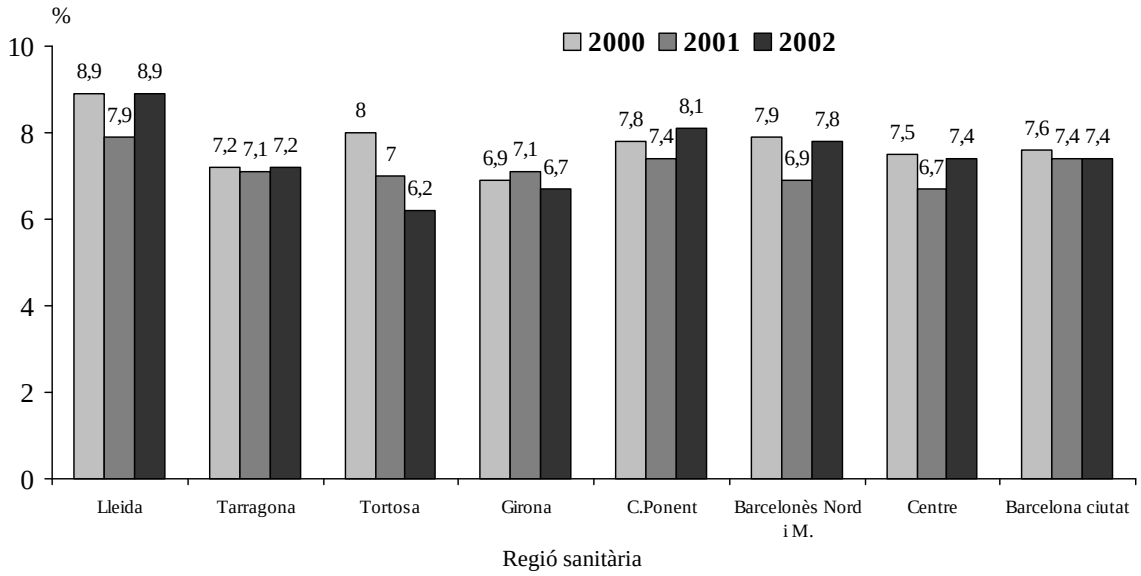
Figura 6. 11. Baix pes en néixer (per 100 nascuts vius) segons la regió sanitària. Catalunya, 2000-2002.



Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Departament de Salut (elaboració pròpia).

La prevalença de nadons nascuts preterme i pretermes extrems està creixent a Catalunya mostrant una tendència similar a la del baix pes en neixer. La prematuritat supera en moltes regions sanitàries l'objectiu de salut del Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. La Regió sanitària de Lleida és la que presenta un 8,9% de nadons prematurs tant al 2000 com al 2002. Costa de Ponent i Barcelones Nord i Maresme també presenten més del 7,5% de nadons prematurs. Les regió sanitària de Barcelona Ciutat, Centre i Tarragona mantenen més d'un 7% de prematuritat. Només Girona i Tortosa es situen al 2002 per sota i en conjunt disminueixen l' índex durant els tres anys (figura 6.12).

Figura 6.12. Prematuritat (per 100 nascuts vius) segons la regió sanitària. Catalunya, 2000-2002.



Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Departament de Salut (elaboració pròpia).

2.3.3. Medicalització de l'embaràs i part: cesàries

Un altre punt important a destacar, és la tendència a medicalitzar processos naturals com l'embaràs o la menopausa. Als darrers anys s'ha observat un important augment en els parts per cesària realitzats a Catalunya. Aquest fet també es dóna en altres indrets com el Regne Unit, Estats Units, Brasil i Itàlia, i ha generat un extens debat sobre quines serien unes taxes adequades d'aquesta intervenció. Entre les possibles explicacions d'aquest alt nombre de cesàries cal destacar: la reducció del risc associat a aquest procediment, les millores en les tècniques de diagnòstic neonatal i d'anestèsia, la 'comoditat' per el/la metge o metgessa i la pacient al programar dia i hora més adequats, la influència dels mitjans de comunicació en les preferències de les pacients i les raons econòmiques (cost de l'intervenció).

Existeixen diverses recomanacions entre les que cal destacar la de Walker que proposa com a taxes acceptables de cesàries entre el 12 i el 15 %[33]. A la vista de les recents evolucions seria recomanable poder donar diverses xifres ajustades segons el perfil de risc de l'embaràs ja que en alguns casos és l'única opció de supervivència pel nadó i per la mare. Tot i això, aquest procediment no està exempt de riscos i augmenta tant la morbiditat com la mortalitat maternes quan es compara amb el part normal[34] .

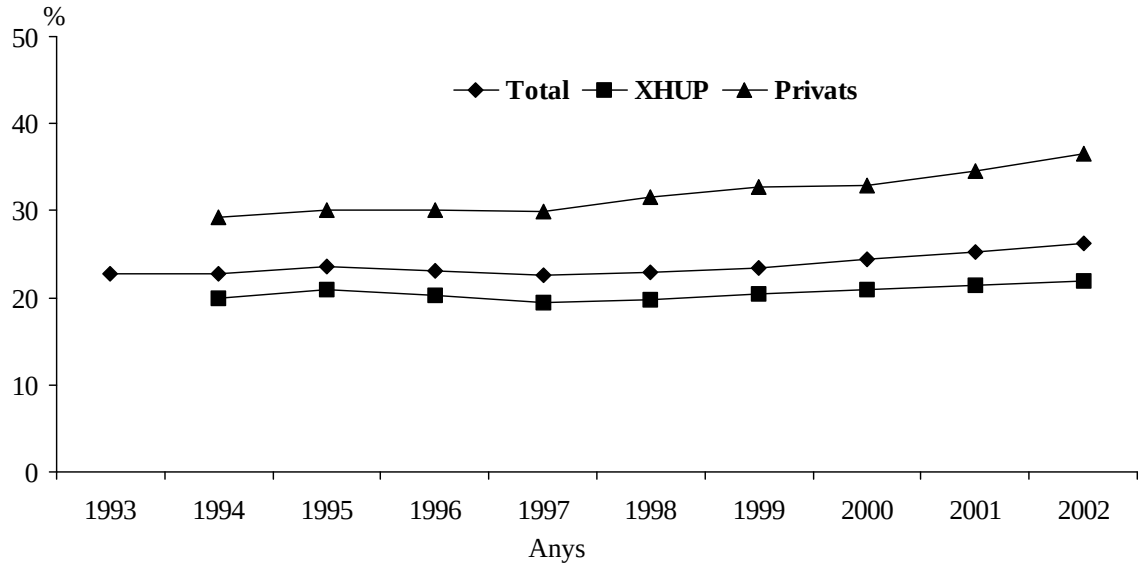
A Catalunya l'any 2002 es van realitzar 17.162 cesàries que va representar un increment de poc més de 3.000 casos respecte al nombre de cesàries realitzades l'any 2000 (14.780). El percentatge de parts per cesària ha sofert un increment progressiu des de 1993 arribant a ser de 26,2 per 100 parts l'any 2002 (figura 6.13). Aquesta xifra està lluny del 15% acceptada internacionalment i tampoc compleix els objectius assenyalats

en el Pla de Salut de Catalunya 2002-2005 que pretenia disminuir el nombre de cesàries i no incrementar-les.

El tipus d'hospital on es realitza aquesta pràctica assistencial és també significatiu ja que l'any 2002 en els hospitals de la Xarxa Hospitalària Unificada Publica (XHUP) el 22% dels parts atesos van ser amb cesària front del 36% en els centres privats. En canvi la utilització de fòrceps i ventosa va ser més freqüent en els centres públics.

Un estudi realitzat a Barcelona també posa en evidència que els centres privats fan més cesàries i això repercuteix en les classe socials més avantatjades ja que hi ha un 33,1% de les dones de classes "no manuals" que tenen un part per cesària, essent aquest percentatge de 23,7 % en les classes "manuals"[35].

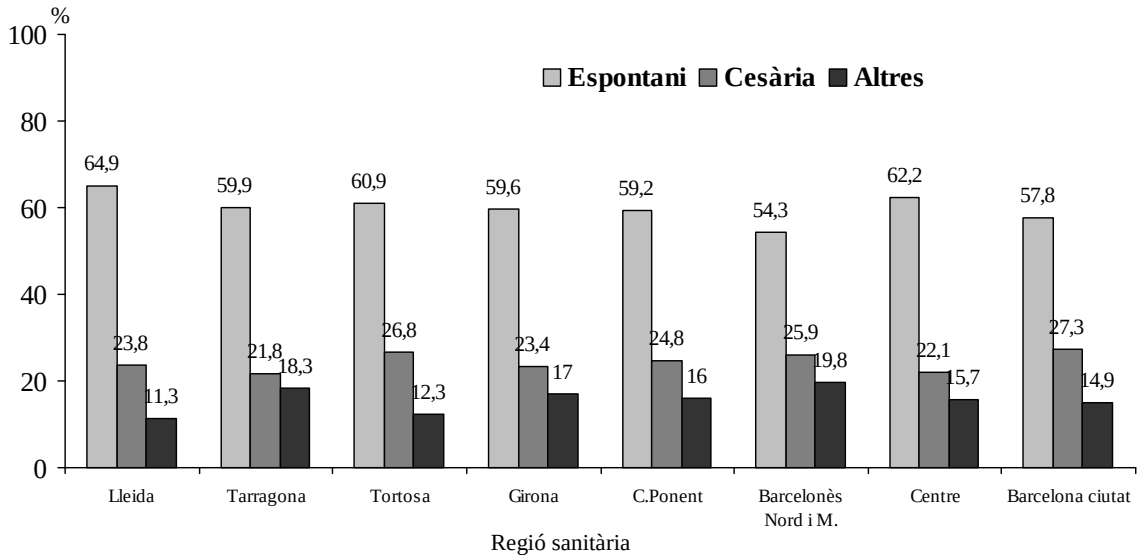
Figura 6.13. Evolució dels parts per cesària per 100 naixements segons tipus de centre hospitalari. Catalunya, 1993-2002.



Font: Registre de salut maternoinfantil. Direcció General de Salut Publica (elaboració pròpia)

Cal destacar que existeixen diferències per tipus de part en els territoris. L'increment de cesàries és més alt a la regió sanitària de Tortosa, seguida per Barcelonès Nord i Maresme, Barcelona Ciutat i Costa de Ponent. La regió sanitària amb el menor nombre de parts espontanis és la de Barcelona Ciutat, que també presenta el nombre més elevat de parts amb fòrceps (inclòs a la categoria d'altres a la figura 6.14). Aquesta pràctica també és més elevada a Tarragona, Costa de Ponent i Catalunya Central. En canvi la utilització de ventosa en el part és més freqüent a Tortosa i Girona. Els diferents tipus de part no són homogenis segons les Regions Sanitàries, llevat del part de natges que suposa d'un 0,5% a 1% segons els territoris. A totes les regions sanitàries creix el percentatge de cesàries en els tres darrers anys excepte a la Regió Sanitària Tarragona.

Figura 6.14. Tipus de part per 100 naixements segons la regió sanitària. Catalunya, 2002.



Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Departament de Salut (elaboració pròpia)

2.4 La violència contra les dones

Com ja s'ha comentat a la introducció d'aquest capítol, la falta d'homogeneïtat i de definicions comunes i protocolitzades és una de les principals fonts de variació en les xifres de la violència. Fins i tot en la mortalitat que és el desenllaç final més tràgic i visible es troben variacions segons la font de dades. Per exemple a Catalunya l'any 2003, segons la Federació de dones divorciades i separades i segons la 'Red feminista contra la violència, han hagut 16 dones mortes; segons el Centre Reina Sofia aquest nombre va ser de 12 dones mortes. Segons l'Institut Català de la Dona (basat en les dades dels mossos d'esquadra) van ser 11 mortes l'any 2003 i 21 l'any 2004.

Segons dades del Departament d'Interior – Mossos d'Esquadra la mortalitat i el nombre de denuncies s'ha duplicat en tres anys. La taula 6.1 mostra l'evolució d'aquestes denúncies.

Taula 6.1. Evolució de denúncies de maltractaments produïts per la parella o exparella. Catalunya i Estat espanyol, 1998-2004.

	Catalunya			Estat espanyol	
Any	Ministeri Interior	Mossos d'Esquadra	TOTAL	Ministeri Interior	% Catalunya
1998	2 630	630	3 260	19 535	13,5%
1999	2 668	650	3 318	21 680	12,3%
2000	2 593	969	3 562	22 397	11,6%
2001	2 530	1 733	4 263	24 158	10,5%
2002	5 113	2 340	7 453	43 313	11,8%
2003	5 187	4 621	9 808	50 090	10,4%
2004	4 668(1)	5 719(2)	10 387	48 366	9,7%

(1) Acumulat fins el mes d'octubre de 2004.
(2) Acumulat fins el mes de setembre de 2004.
Font: Plana WEB Institut Cátala de la Dona consultada el dia 15 de gener del 2005 http://www.gencat.net/icdona/estadistica/violencia2.pdf (elaboració pròpia)

També s'observa un augment important de les ordres de protecció que sol·liciten les dones que estan en situació de maltractaments. Si a l'any 2003 d'agost a desembre es van sol·licitar 1.557 ordres de protecció, només de gener a març del 2004 ja s'havien sol·licitat 1.420 ordres de protecció.

L'evolució del nombre i característiques de les trucades a la línia d'atenció del telèfon 900 900120 de l'Institut Català de la Dona també ens dóna informació rellevant sobre la repercussió social dels maltractaments. De l'agost al desembre del 2001 van ser 1.722 trucades. L'any 2002 aquest nombre va ser de 5.132 trucades, l'any 2003 7.288 trucades i el 2004 es van compatabilitzar 9.413 trucades. En total des de l'any 2001 hi ha un 86,3% de les trucades que són de dones, un 7,1% d'homes i un 6,6 % d'associacions o entitats. Els maltractaments per els que s'informen són majoritàriament psíquics 13.223 (60,4 %), físics 8.038 (36,7%), i també sexuals 637 (2,9%). El grup d'edat que més ha consultat es el de 31 a 40 anys (40,9%), seguit del de 41 a 50 (23,4 %) i del de 19 a 30 anys (15,2%). La mitjana mensual de trucades rebudes va ser de 547,5 i segons l'origen de la trucada, Lleida va ser la que va realitzar menys trucades: 754 (3,2%).

Tota aquesta informació ens pot donar més eines per visualitzar l'alta prevalença de la violència contra les dones i la manca de recursos socials per prevenir, tractar, recolzar i recuperar les dones maltractades. Catalunya està lluny d'apropar-se als mínims necessaris i recomanats. Només amb un exemple: en relació a places a les cases d'acollida de gestió pública, segons la raó establerta per la Unió Europea (1 plaça per cada 7500 persones), Catalunya presenta una cobertura de les necessitats d'un 9,9 % segons el cens del 2001 (INE). És a dir, amb una població de 6.343.110, hi ha 84 places d'acollida en el sector públic, i se'n necessitarien 846 més. També hi han 7 centres privats, que atenen aproximadament unes 157 dones. Així, podem afirmar que Catalunya és la comunitat autònoma que presenta menys cobertura de cases d'acollida. Les Comunitats Autònomes que s'acosten mes a la raó ideal son les Illes Balears, Castella - la Manxa, Madrid i País Basc.

3. Conclusions

- Tot i que el patró de desigualtats en la salut segons sexe i classe social es manté estable, l'any 2002 s'observa una lleugera tendència a la millora en els indicadors de salut pels dos sexes, encara que no sabem si és un fet aïllat o es mantindrà.

- En l'entorn català hi ha desigualtats de gènere que en línies generals mantenen els patrons de pitjor estat de salut en les dones. Aquest patró, de mal estat de salut i una major prevalença de trastorns crònics de les dones no és uniforme i depèn de la situació laboral, el grup d'edat, la classe social i les patologies estudiades.

- L'enquesta de salut de l'any 2002 ha recollit un ventall més ampli i acurat de trastorns crònics el que ens ha permès aprofundir en la morbiditat diferencial de dones i homes. Hem evidenciat que l'any 1994 al recollir-se a la mateixa variable dos trastorns diferents: el mal d'esquena i l'artrosi els resultats amagaven la veritable magnitud de l'impacte d'aquestes dos patologies a la nostra població.

- Cal destacar una clara diferència segons sexe, amb implicacions de gènere, en alguns dels trastorns inclosos a l'ESCA-02. S'observa que en les dones el percentatge d'anèmies és més de 7 vegades superior al dels homes, el mateix passa amb l'osteoporosi (el 5,9% de les dones i el 0,6% dels homes) i els problemes de la tiroides (el 4,5% de les dones i el 0,7% dels homes).

- S'observa un augment en el percentatge de població que declara dolors crònics, essent una tercera part de les dones que declaren patir amb freqüència dolor moderat o molt dolor.

- La utilització de certs medicaments a Catalunya és molt alta. Destaquen la utilització d'aspirines. Tot i que la utilització de la medicació psicotròpica (antidepressius, medicació per dormir i tranquil·lizants) pugui semblar que no arribi a xifres astronòmiques, és alarmant que el 9,8% de les dones i el 5% dels homes prenen tranquil·lizants. També s'ha de revisar les indicacions d'us de la medicació pel colesterol, ja que en aquests moments estudis realitzats al nostre entorn, posen de manifest que aquests tractaments no s'estan donant de la manera més adient.

- La disponibilitat de dades sobre les llistes d'espera, obre tot un ventall de possibilitat de coneixement de les desigualtats tant segons el sexe com el gènere i la regió sanitària. No obstant hem de seguir estudiant les dades disponibles i disposar-ne de noves per arribar a refinar aquestes anàlisis i treure conclusions definitives.

- Els indicadors de salut reproductiva mostren una tendència creixent i desviant-se dels objectius marcats pel Pla de Salut de Catalunya 2002-2005.

- El baix pes en néixer i la prematuritat estan per sobre del 7% en totes les regions sanitàries excepte la regió sanitària de Tortosa en el darrer any.

- Les cesàries continuen estant per sobre del 19% marcat per els successius plans de salut i a més aquesta xifra és major en els centres hospitalaris privats.

- La violència contra les dones és un problema evident i les denúncies en aquest sentit van augmentant. Cal posar de manifest la manca de recursos públics tant preventius com de tractament, recuperació i recolzament per les dones maltractades. Tanmateix, hi ha escassesa de dades específiques, protocolitzades i centralitzades sobre aquest problema en el territori català.

Agraïments

A tot a l'equip del CAPS que esta treballant en l'estudi de la morbiditat diferencial perquè sense les seves reflexions prèvies seria impossible aquest capítol (Margarita López, Julia Ojuel, Mercè Fuentes i Montse Cervera). A la Mercè Fuentes per les seves aportacions en el tema de violència de gènere. A la Carme Borrell pel seu recolzament i suggeriments.

Font de finançament: L'anàlisi de les dades del capítol ha estat finançat per la "Red de Investigación en Salud y Género (RISG) del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad". Grup GREGIS. Expedient **G03/042**

Bibliografia

[1] Valls-Llobet. Dones i Homes: salut i diferencies. Barcelona: Editorial Columna; 1994

[2] Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortes I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. Soc Sci Med. 2004;59:263-74.

[3] Artazcoz L, Borrell C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. Gac Sanit.2001; 15: 150-53.

[4] Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escriba V, et al por el Grupo Género y Salud Pública de SESPAS. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit. 2001; 14:146-155.

[5] Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. Gac Sanit.2000; 14:287-290.

[6] Scott JW. Gender and the politics of history. Nueva York: Columbia University Press; 1998.

[7] Gender and Health Group – Liverpool Schol of Tropical Medicine. Guidelines for the analysis of Gender and Health. Liverpool; 1998. [pàgina visitada 15/1/2005]. Disponible a: http://www.eldis.org/static/DOC7747.htm

[8] Anònim (diversos autors). Transforming health systems: gender and rights in Reproductive Health. Geneve: WHO; 2001.

[9] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB; Lozano R (eds). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

[10] Diversos autors. Edición monográfica género y salud. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 2.

[11] Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 Supl 1.

[12] Schroder H, Rohlfs I, Schmelz EM, Marrugat J; REGICOR investigators. Relationship of socioeconomic status with cardiovascular risk factors and lifestyle in a Mediterranean population. Eur J Nutr. 2004;43:77-85.

[13] Schiaffino A, Fernandez E, Borrell C, Salto E, Garcia M, Borras JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. Eur J Public Health. 2003;13(1):56-60.

[14] Benach J, Yasui Y, Borrell C, Pasarin MI, Martinez JM, Daponte A. The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain. Prev Med. 2003;36:300-8.

[15] Regidor E, Dominguez V, Calle ME, Navarro P. [Socioeconomic circumstances and premature mortality from chronic diseases] Med Clin (Barc). 2003;120:201-6.

[16] Rohlfs I, Valls-Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Gac Sanit. 2003;17(4):263-5.

[17] Vives C, Caballero P, Álvarez-Dardet C. Análisis temporal de la mortalidad por violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit. 2004;18; 346 - 50

[18] Rohlfs I, Olmo R. Guia per a la identificació de variables d'interès i elaboració d'indicadors de violència contra les dones a la ciutat de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Serveis Personals; (en premsa).

[19] Gove WR. Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles. Soc Sci Med. 1984; 19:77-91.

[20] Ross CE, Bird C. Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. J Health Soc Behav. 1994; 35:161-178.

[21] Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. Med Clin (Barc).1997; 108:566-71.

[22] Mastroianni AC, Faden R, Federman D ,eds.Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies. Washington DC: National Academy Press; 1994.

[23] Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's health: dimensions and differentials. Soc Sci Med. 1996; 42 : 1203-1216.

[24] Valls-Llobet C, Webb S. Trastornos del ciclo menstrual: influencia del estrés, nutrición e insuficiencia luteínica en su etiopatogenia. A: Valls-Llobet C, Mendez-Mendez E (eds). Mujer y Calidad de Vida. Barcelona: CAPS, 1991.

[25] Valls-Llobet C. [Differential diagnosis between chronic pain and chronic fatigue: a pending matter]. Med Clin (Barc). 2003;121(11):412-3

[26] Bassols A, Bosch F, Banos JE. How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. J Pain Symptom Manage. 2002;23:318-28

[27] Ramos R, Solanas P, Cordon F, Rohlfs I, Elosua R, Sala J, Masia R, Faixedas MT, Marrugat J. [Comparison of population coronary heart disease risk estimated by the Framingham original and REGICOR calibrated functions] Med Clin (Barc). 2003;121(14):521-6

[28] Gissler M, Jarvelin MR, Louhiala P, Rahkonen O, Hemminki E. Can children's health be predicted by perinatal health?Int J Epidemiol. 1999;28(2):276-80.

[29] Jefferis B, Power C, Hertzman C. Birth weight, childhood socioeconomic environment, and cognitive development in the 1958 British birth cohort study. BMJ. 2002;325:305-8.

[30] Goldenberg RL. The management of preterm labor. Obstet Gynecol.2000;100:1020-1037

[31] Kramer S, Demissie K, Hong Y, Plat RW, Sauve R, Liston R. The contribution of mild and moderate pre-term birth to infant mortality. JAMA. 2000; 284:843-849.

[32] Alexander GR, Kogan M, Bader D, Carlo W, Allen M, Mor J. US birth weight/gestational age-specific neonatal mortality: 1995-1997 rates for whites, hispanics, and blacks. Pediatrics. 2003;111:61-6.

[33] Mayor S. Caesarean section rate in England reaches 22%. BMJ. 2002;324(7346):1118.

[34] Penn Z, Ghaem-Maghami S. Indications for caesarean section. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.2001;15:1-15.

[35] Cano-Serra G, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Pérez MM, Salvador J. Desigualdades sociales en el cuidado y control del embarazo: Barcelona 1994-2003. (enviat)

Capítol 7. Nous elements en salut i immigració

Josep Mª Jansà
Juana Isabela Ordóñez

1. Introducció

Considerant que en acabar l'any 2004 més de 700.000 persones d'origen estranger residien a Catalunya (en torn al 10,5% de la població total), i els previsibles fluxos migratoris per al proper quinquenni, caldrà seguir avançant en l'anàlisi dels condicionants de salut, el disseny de polítiques i l'adaptació dels recursos sanitaris per a aquestes poblacions. Així mateix, en la mesura que les xifres d'estrangers residents a Catalunya són equivalents o superiors a les dels països europeus del nostre entorn i que l'impacte migratori en els darrers 6 anys ha estat molt elevat, cal pensar que el futur flux de migrants cap al nostre país, serà menor a curt termini.

D'altra banda cal plantejar-se que "*l'estatut d'immigrant*" no és ni hauria de contemplar-se com una marca per tota la vida. Així, malgrat la utilització de diverses definicions operatives sobre el concepte d'immigrant, i la disponibilitat de classificacions per definir categories, intervals de temps post arribada i indicadors d'integració, el que acaba marcant la pauta, és com s'ubica cadascú en la nova situació. En aquest procés hi intervindran els diversos condicionants externs i interns a que l'immigrant es trobi sotmès, assumint que hagi assolit una definitiva regularització administrativa i una certa estabilitat econòmica, social i familiar. Altrament, partint de condicions socioeconòmiques equivalents, hi ha individus que se senten plenament integrats en el nou context al cap de poc de la seva arribada, mentre que d'altres no ho experimenten fins passats molts anys o fins i tot mai.

1.1. Antecedents en l'estudi de la immigració i la salut a l'Estat espanyol i a Catalunya

A finals de l'any 2004, no es disposa encara de fonts d'informació que hagin incorporat les variables que permetin monitoritzar indicadors de salut de la població immigrant que resideix a Catalunya i a l'Estat espanyol.

Algunes de les dades sobre els principals condicionants de salut dels immigrants es recullen en dues publicacions recents: *Les desigualtats en la Salut a Catalunya*[1] i *La immigració a Catalunya avui. Anuari 2003*[2]. Ambdós informes disposen de capítols específics en salut i immigració, en els que es realitza una revisió exhaustiva de la legislació, els reglaments i les normatives relacionades amb la regulació en matèria de salut sobre l'accés dels immigrants als serveis de la xarxa sanitària d'utilització pública a Catalunya i a l'Estat Espanyol. Es fa referència també a les prioritats en salut pública per alguns d'aquests col·lectius, posant l'accent en la salut bucodental, l'estat vacunal dels infants nouvinguts o diversos aspectes vinculats a la salut maternoinfantil (controls durant l'embaràs, evolució dels naixements de fills de mares i pares estrangers, indicadors de pes en néixer, edat de la mare en el primer fill, prematuritat i embaràs adolescent entre d'altres). Es revisa la utilització dels recursos sanitaris dels immigrants a partir dels informes d'alta dels serveis hospitalaris i de la freqüentació en les consultes d'atenció primària, i es revisa la morbiditat relacionada amb les infeccions i malalties per VIH, tuberculosi, malària i hepatitis víriques com a patologies especialment vinculades a aquestes poblacions.

Altres aspectes destacats en les esmentades publicacions, fan referència a la bona salut dels immigrants, considerant que essencialment es tracta de persones joves que han estat capaces de superar la duresa de les condicions que implica sovint el procés migratori. Així mateix s'analitzen els principals condicionants de la salut dels immigrants, destacant-se que molts dels trastorns que pateixen es vinculen a les condicions de vida a que s'enfronten una vegada han arribat als països de destinació; precarietat laboral, condicions de l'habitatge, dificultats d'integració, rebuig per part de la societat d'acollida, diferències socials i culturals. En relació amb aquests darrers aspectes, s'analitza la importància de la salut mental en el procés migratori, fent esment de les aportacions realitzades pels professionals que aborden la qüestió des de la òptica de la psiquiatria transcultural.

1.2. Objectius i mètodes

A fi i efecte d'evitar repeticions respecte de les publicacions esmentades, en aquest capítol s'inclouen algunes dades sobre mortalitat, consideracions de salut laboral recollides en la revisió publicada per l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques[3], i de forma més exhaustiva les aportacions obtingudes en un estudi qualitatiu sobre les percepcions d'un grup de migrants d'Amèrica Llatina residents a Catalunya en torn a diverses qüestions relacionades amb el nostre sistema de salut[4].

2. La salut i la immigració a Catalunya

2.1. Les desigualtats en mortalitat

De les 2690 morts ocorregudes en població immigrant a Catalunya, en el període 1994-1999, el 63,4% tenien nacionalitat europea amb una edat mitjana de 71,2 anys. Del 36,6% de les defuncions de persones d'altres continents, el 18,8% eren americans, 14,6% africans i el 3,2% asiàtics, amb una edat mitjana per a aquest conjunt de població, de 53,1 anys. En el grup d'immigrants europeus les causes de mortalitat són similars a les dels desplaçats d'altres zones de l'Estat espanyol, tret d'un lleuger increment de 2,68% de morts per causes càrdiovasculars i 2,80% més per causes externes. Entre les defuncions d'immigrants no europeus, hi havia un 13,25% menys de morts per malalties càrdiovasculars i també una menor proporció de morts per malalties respiratòries i per tumors i una proporció més gran per causes externes (19,31%) malalties infeccioses i endocrines [5].

Probablement quan es disposi de les dades de mortalitat del darrer quinquenni (2000-2004), es podrà confirmar aquest diferencial i oferir nous detalls sobre les causes de mortalitat en els immigrants estrangers que viuen a Catalunya.

2.2. La salut laboral

En els estudis identificats en la revisió de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques[3] es tracta de forma sintètica la influència en la salut de la inestabilitat laboral i la qüestió dels accidents laborals. Igualment es destaca que, sovint, les conclusions provenen més d'opinions dels autors que no pas dels resultats d'estudis concrets.

L'estudi realitzat en el col·lectiu marroquí de l'Àrea sanitària 6 de Madrid formula com a hipòtesi, que la població immigrant (econòmica) és especialment vulnerable als problemes de salut, causats en part per les condicions sociolaborals en què treballen. Una resposta freqüent en les entrevistes que es realitzen al col·lectiu marroquí (un total de 186) és que no tenen una bona salut, motivada per la carència de treball, fet que repercuteix en la possibilitat d'obtenir una situació administrativa regularitzada. El 37,1%, havien sofert accidents laborals, i el 9% d'ells més d'un al llarg de l'any. Destaca que el 81,8% dels accidentats no sabia llegir ni escriure en espanyol, i un 68,2% no el sabia parlar. L'autora suggereix la possible relació del desconeixement de la llengua espanyola amb la dificultat de llegir i identificar perills laborals[6].

El treball de revisió d'estadístiques oficials dels anys 1990, 1992, 1994 i 1995, realitzat per Cachón[7], mostra com la incidència d'accidents laborals mortals a l'Estat espanyol en els 44 sectors d'activitat econòmica només supera els 30 per 100.000 ocupats en 7 sectors, dos dels quals es troben entre els 5 més prevalents entre la població immigrant. Es tracta del servei domèstic, on hi treballen un 26,6% dels immigrants, i de la construcció, on ho fan el 9,4% dels immigrants. Els altres sectors majoritaris on treballen els immigrants són l'hostaler, (13,4%), el comerç al detall (9,4%) i l'agricultura (26,6%), dades que es confirmen en els estudis de Solé sobre immigració econòmica[8]. Estudis realitzats a l'Estat espanyol en el sector de l'agricultura posen de manifest com els immigrants es troben més

exposats a pesticides i a altres substàncies químiques i presenten sovint problemes crònics associats a depressions i trastorns neurològics[9].

D'altra banda, l'estudi del col·lectiu d'investigadors del L.I.C.I.T (*Línea de Investigación y Cooperación con las Inmigrantes Trabajadoras Sexuales*) fet a Barcelona i liderat per Juliano, es basa en entrevistes a dones immigrants treballadores sexuals durant els anys 2000 i 2001, i constata que al 1999 només hi havia 79 casos de "coacció" a la prostitució, i apunten com a possible motiu el baix nivell de denúncies i la criminalització de l'activitat, ja que en denunciar, s'incriminen com a transgressores de la llei. La coacció sovint està associada a maltractaments físics[10]. En el treball de camp de López-Vélez s'ha confirmat que moltes dones immigrants contraurien a l'Estat espanyol les malalties de transmissió sexual[11].

També coincideix amb les dades de l'enquesta realitzada per l'Àmbit Prevenció de Barcelona on un 98% de les treballadores i treballadors sexuals coincideixen a assenyalar que la meitat dels clients demanen expressament relacions sense preservatiu, subratllant com els controls periòdics sobre el virus de la sida (VIH) i les malalties de transmissió sexual es realitzen a les prostitutes i no als clients[12].

També hi ha dades a la literatura internacional que indiquen que la població immigrant és una població especialment propensa a patir accidents laborals i que les taxes d'accidentalitat existents en la població immigrant són majors que en la població autòctona[13]

2.3. Concepcions actituds i pràctiques de salut i malaltia de la població immigrant llatinoamericana

Amb la finalitat d'aprofundir en el coneixement dels factors relacionats amb la salut dels immigrants, es presenten a continuació les dades d'un estudi realitzat en el període de gener a juny de 2004 en una població d'immigrants adults d'Amèrica Llatina d'ambdós sexes, amb un mínim d'un any d'estada en el nostre país, i residents a les ciutats de Barcelona i l'Hospitalet del Llobregat[4].

La recerca es va dissenyar d'acord amb el model IAP[14] (investigació acció participació), constituint-se en una primera fase grups focals de 6 a 8 immigrants reclutats mitjançant la tècnica de la bola de neu, a partir d'individus contactats directament per l'autora de la recerca. En una primera fase es realitzaren entrevistes obertes a aquests grups, utilitzant-se en una segona etapa el suport de fotografies narratives o *"photonarratives"* (segons la terminologia anglesa original d'aquesta tècnica). Per obtenir aquestes imatges es va demanar als participants que fessin fotografies de les coses, situacions o processos que identifiquessin com a perjudicials per a la seva salut. Aquesta situació va despertar el seu interès i creativitat, possibilitant, a més d'estimular la reflexió individual, que s'involucressin com a part activa de la recerca, aprofundint en l'anàlisi de les dades obtingudes en els grups focals. Una vegada obtingudes les fotografies s'els va demanar que les comentessin i interpretessin, el que va generar una reflexió més profunda sobre els factors de risc i les possibilitats d'evitar, apartar o minimitzar els factors identificats.

Els conceptes de salut i malaltia de l'estudi són representatius dels diversos països, Equador, Colòmbia, Bolívia, Argentina, Perú, Xile i cultures de procedència de les persones entrevistades.

Es van entrevistar a 21 persones de 23 a 45 anys d'edat, essent l'edat mitjana de 31,6 anys. A la taula 1 es mostren les característiques principals dels entrevistats.

2.3.1. Les concepcions de la salut i la malaltia i les formes de guarir-se

Els participants feien ús habitual dels serveis de salut en els seus països d'origen (hospitals, centres d'atenció primària, centres i unitats de salut, ambulatoris i centres comunitaris). Altrament, l'ús de plantes medicinals i la consulta al Xaman o metge indígena van ser identificats com pràctiques comuns. En aquest darrer cas per conjurar malalties que tenen igualment un origen màgic religiós, social i per tant cultural com les *"malas energías"*, l'anomenat *"mal de ojo"*, *"el susto y el espanto"*.

Molts dels immigrants procedeixen dels diferents països andins i guarden molts d'aquests coneixements. En aquest sentit, resulta imprescindible per al personal mèdic informar-se sobre aquests i altres aspectes que els permetin disposar d'un millor enteniment de les cultures de procedència dels seus pacients.

En l'entorn llatinoamericà, el model explicatiu es dirigeix no tant al mecanisme de la malaltia sinó al sentit que la produeix[15]. La malaltia és considerada com un esdeveniment que no es refereix únicament a l'individu sinó també a la família i al grup, amb el que la curació es realitza també en grup; bé pel grup social, bé per la comunitat terapèutica. El tractament col·lectiu de la malaltia, permet un compromís entre una etiologia col·lectiva i familiar del mal i una etiologia individual. Tal com s'observà en la majoria de les entrevistes, els participants van fer esment i emfasitzaren les seves creences tradicionals, malgrat el seu ús del sistema de salut occidental tant aquí com en el seu país d'origen.

Taula 1. Característiques de la població entrevistada (nombre de casos=21). Immigrants d'Amèrica Llatina. Barcelona i Hospitalet de Llobregat, 2004.

Característiques	%	Característiques	%
Sexe		Situació laboral	
Homes	62	Treballa per altres	33
Dones	38	Treballa com a autònom	6
Procedència		Treb. economia submergida	42
Rural	60	Atur	9,5
Urbà	40	Mestressa de casa	9,5
Convivència		Ocupació	
Sols	5	Hosteleria	10
Grup*	95	Construcció	28
Ciutat de residència		Servei domèstic	14
Barcelona	71	Feines diverses	29
L'Hospitalet de Llobregat	29	Sense ocupació**	19
Nivell d'estudis			
Analfabets	0		
Primaris	24		
Secundaris	24		
Superiors	52		

* Un 57% dels que vivien en grup convivien amb la parella, i un 5% amb altres familiars
** Mestresses de casa, aturats

Font: elaboració pròpia.

Malgrat que el 76% dels entrevistats tenien una formació mitjana o superior, la majoria realitzaven tasques de tipus tècnic o de treball menys qualificat. Les persones que disposaven de xarxa social portaven en el nostre país una mitjana de més de tres anys, tot i així no es consideraven adaptats ni integrats en la nova societat. La majoria de participants tenien problemes econòmics, familiars, socials i gairebé tots ells laborals derivats principalment de la manca de papers. El 95% dels entrevistats en els grups focals convivia amb altres famílies en el mateix habitatge.

Les concepcions de salut i malaltia, les dels processos d'emmalaltir i les formes de guarir-se, es varen caracteritzar per un sincretisme cultural on coincidien elements propis de la medicina alopàtica, barrejats amb elements de medicina tradicional amb un fort component màgic i religiós, excepte en els participants Argentins que només manifestaren elements del primer tipus. En la majoria d'entrevistats, estar sa es plantejava com a resultat d'un equilibri físic, mental i espiritual. Així en els grups es realitzaren els següents plantejaments: la Mònica comenta "*Yo no creo en el mal de ojo "; pero por si acaso, desde que la niña nació, le puse una pulsera de oro bendita*" i Adriana afegeix*" Yo tampoco creo, pero le puse a mi hijo el Ojito de Santa Lucía, desde que nació, para que lo proteja*". Així de l'anàlisi dels resultats es pot concloure, que tots els participants entrevistats excepte

els argentins, creuen en els síndromes folk, com el *"mal de ojo", el susto, el espanto* i *el chucaque*[a] per esmentar els més comuns.

En l'estudi aportaren més informació les dones que els homes. Algunes opinions dels informants evidenciaven una forta influència religiosa, molt més arrelada en els Equatorians que en la resta de nacionalitats, amb afirmacions del tipus; "*las enfermedades son enviadas por Dios, y son el destino que le toca a cada persona*" o " *Yo tenía una amiga, en Italia, quien hace un tiempo, murió de SIDA, era una buena chica, pero fue el destino*".

Els immigrants Xilens, tenen una concepció holística de la salut, representada en la següent frase de la Marcela: "*La gente se enferma por un virus, una bacteria, una mala postura, le da lumbago. Si viviéramos sanamente , si no fumáramos , si no tomáramos, si tuviéramos, si comiéramos sanamente, una dieta sana, si estuviéramos felices. Si no trabajáramos tanto, ya está; estaríamos todos sanos. No nos quejaríamos de nada y además tenemos carga congénita.. Llevamos genes…diabetes depresión*".

Els participants de Bolívia tenien la concepció que en el seu país es donen malalties diferents de les del nostre entorn i que aquestes malalties no poden ser guarides pel metge occidental. *"Aquí en Barcelona, acudimos a medicamentos,…llamamos a Bolivia y preguntamos que hacer… Aquí las enfermedades son diferentes…"*. També comentaren que per manca de recursos econòmics, en el seu país, especialment en les àrees rurals, les malalties inicialment són tractades per veïns, amics, persones grans, famílies o boticaris.

Es va observar que a Bolívia existeixen gran diversitat de síndromes folk, diferents d'altres regions de Sudamèrica, com per exemple "*el pasmo*" malaltia que afecta especialment l'estómac de les dones.

La pràctica dels remeis casolans és tant habitual, que disposa d'una secció específica en les pagines web dedicades a immigració[16]. L'inconvenient és que en el nostre país no es troben les plantes necessàries per la preparació del remei que preparen en el seu indret d'origen. L'Henry afirma: " *Los remedios caseros son muy útiles. Aquí no se consiguen las hierbas, y si se consiguen son muy caras. Además no crecen algunas plantas que si se encuentran en mi país, yerba de San Juan, Agua de Valeriana, para los nervios y para dormir bien"*. Les dones també recorden que durant l'embaràs trucaven per telèfon al seu país, per demanar consell i recomanacions de remeis casolans a les seves mares i àvies. Tot i així s'observa una progresiva transformació en les pràctiques dels immigrants. Adriana comenta: " *Yo ahora, llevo primero la niña al médico de cabecera, antes de empezar a darle algo*".

Entre els remeis casolans més coneguts els immigrants anomenaren "*el agua de matico*", que segons explica l'Eloy: "*Es una aguita que se toma, y va limpiando el organismo de todo lo malo. La mayoría de la gente en su casa tiene vasijas de barro o porcelanizadas, con "agua de matico ", especialmente, en el área rural… También utilizamos otras*

[a] Segons la mitologia popular, *"el chucaque"* és una mena de vergonya que es concentra en el cap en forma de dolor i després passa a l'estómac amb un possible desenllaç fatal. És la versió del mal d'ull però en l'adult. Es produeix per l'absorció d'una "mala energia" d'una persona que té la mirada molt forta.

plantas como el boldo y el " canelazo" que es canela con un licor fuerte, se bebe caliente en aguardiente para la infección de garganta, pero la mayoría de personas toma contrex que es un antigripal, que viene en una sola toma, y se consigue en tiendas y supermercados". En la curació folk destaca el "*ojeo*" que es verifica mitjançant el ritual de l'ou (creença àmpliament practicada) *" Mi mamá, que en paz descanse, nos rezaba con el huevo, haciéndonos la señal de la cruz por todo el cuerpo, y la mayoría de las veces daba resultado, pero si no mejorábamos en 24 horas, nos llevaban al médico"*.

Els immigrants entrevistats mostren com una vegada instal·lats al nostre país continuen prenent els seus remeis casolans en base a plantes portades dels seus països, i com encara envien aquests productes a familiars seus immigrats a altres països com els EE.UU. Comenta la Lucía "*Aquí seguimos tomando la uña de gato, jarabes para la tos preparados con hierbas y preferimos tomar una hierba. Mandé a pedir un jarabe de puras hierbas a pesar de ir al doctor, nos cansamos de tomar pastillas recetadas en el ambulatorio, y no nos curamos, y el jarabe nos limpió a todos"* i l'Homero afegeix "*Aquí encontramos la linaza,,. la valeriana, para relajarse y el boldo. Pero no se encuentra la uña de gato…..No hay espacio para sembrar. Aquí lo único que tenemos sembrado es la hierba luisa…té digestivo. Yo traje con su raíz."* Els immigrants Peruans van als herbolaris a comprar herbes o visiten alguns dels metges naturòpates que hi ha a Barcelona, a més dels mètodes tradicionals del seu país. Diu la Lucía; "*Con el periódico le limpias por todo el cuerpo junto con su padrenuestro y Ave María, hay que hacerlo 3 veces y luego se quema el papel,... el periódico tiene un tipo de tinta imán que absorbe la energía negativa de las personas, es el rito tradicional que hace la gente y lo utilizan muchísimo. Tu ves a una persona que esta mal y le haces el ritual,… Yo limpié aquí en Barcelona, a mi hijo lo he limpiado con el periódico y lo quemé"*.

2.3.2. Factors de risc per a la salut dels immigrants

Atenent a la metodologia qualitativa de l'estudi, com a factors de risc s'exposen els diversos factors i causes que suposen riscos per a la salut sense entrar en l'anàlisi d'associacions epidemiològiques. Dels relacionats amb la malaltia mental, destaquen la manca d'una xarxa social de suport, la irregularitat administrativa, la incertesa social i les dificultats en l'accés a la feina i l'habitatge vinculats a les pèssimes polítiques migratòries dels governs espanyols dels darrers anys.

Els immigrants d'Amèrica llatina, en sortir dels seus països d'origen s'han sotmès als controls mèdics requerits per l'ambaixada espanyola, amb el que el seu estat de salut de partida és bo. Ara bé, la seva situació de migrants econòmics determina que molts d'ells arriben només amb els diners del bitllet d'avió havent rebut préstecs dels seus familiars o amics, i havent hipotecat els seus habitatges per poder fer el viatge.

Atenent a la classificació de Sluzki[17], es plantejen cinc etapes en el procés migratori: preparació, migració, sobrecompensació (un any), descompensació (que podria durar fins a dotze anys) i aculturació.

Considerant el breu espai de temps pel que disposa de condicions garantides, l'etapa de sobrecompensació resulta pràcticament inexistent en els migrants econòmics d'Amèrica llatina. A més, sobretot en les primeres etapes, totes les energies dels migrants se centren en la cerca de feina i la regularització de la seva situació administrativa. La manca de papers en si mateixa és una causa indirecta de problemes de salut mental, també degut a les limitacions de mobilitat que determina ja que els immigrants no poden sortir del país i anar a veure la seva família. Aquest fet incrementa el seu sentiment de culpa i els ocasiona tristesa, depressió i temor. Les queixes sobre aquesta situació i les complicacions burocràtiques del procés, van ser reiteratives durant les entrevistes.

L'habitatge

Les dificultats en l'accessibilitat a l'habitatge venen determinades especialment pels seus elevats costos, la gran quantitat de requisits que sel's imposa (com avals, nòmines de treball i diverses bestretes de pagament fins a 6 mesos), el reduït tamany i les condicions higièniques. L'Alonso comenta *"La vivienda es muy cara, por eso acá vivimos 4 personas y se comparten los gastos. No te permitiría... con lo que ganas, enviar dinero a tu familia; se tiene que compartir porque si no, no te alcanza..."*. Igualmente van expresar la dificultat perquè lloguin un pis a un estranger, més si és un Sudamericà o un africà. Mònica manifesta: *"En el caso de mi tío estuvieron 6 ó 7 meses tratando de conseguir piso... no había fiadores,…al final les tuvo que coger piso un español porque a ellos por ningún lado les resultó.."*. Apart dels preus elevats, els pisos presenten males condicions higièniques i ambientals, afavorint l'amuntegament. L'Álvaro afirma: *"La vivienda es muy pequeña sin vista a la calle, sin buena ventilación, si no entra el sol no entra la vida…Aquí todo son pisos reformados… Aquí hay un nido de cucarachas, no podemos apagar ninguna luz por que empiezan a caer. No hay control de sanidad. El piso es alquilado y por la necesidad, sin cédula de habitabilidad"*.

És conegut que l'habitatge inadequat i l'amuntegament afavoreixen la presència de malalties infeccioses com la tuberculosi i promouen el conflicte familiar i de les persones que comparteixen un mateix espai per viure. Totes les persones entrevistades, compartien llar, en ocasions amb persones d'altres cultures amb les que no tenien cap relació prèvia, i varen descriure situacions conflictives amb els companys de casa.

L'entorn laboral

Es va poder comprovar com la manca de papers afectava gairebé tots els aspectes quotidians i, de forma especial, l'àmbit laboral on l'accés a una feina digna es troba seriosament limitat. Els immigrants no regularitzats formen part d'una borsa de treball irregular que es caracteritza per l'absència de reconeixement en tots els aspectes dels drets dels treballadors: absència de contracte laboral, manca de pagament de la seguretat social, no reconeixement de garanties o prestacions laborals, manca de mesures de protecció i atenció contra accidents i malalties del treball i, en definitiva, un treball en condicions de precarietat.

En aquest sentit l'Adriana manifesta *"Hace 2 años y medio, trabajaba en una fábrica de embutidos. Como el piso de la fábrica estaba mal, me cayó un carro con 800 kilos encima;*

no tenía aún los papeles y como estaba ilegal el señor de la fábrica me dijo: "no vas a decir que fue un accidente laboral." … Me tocó apañarme yo misma, mi esposo tuvo que ir por mí, traerme a Barcelona para que me atendieran. Tuve que callar por cuidar el trabajo de los inmigrantes. Si yo decía algo, echaban a los 15 inmigrantes que trabajaban conmigo. Y yo por no ver 15 familias en la calle me quedé callada. Además quedé con secuelas de cervicales por eso".

L'Álvaro afirma: " *En el trabajo, no nos dan medidas de protección… si uno mismo no las compra, no le dan nada. A los empleadores les gusta el inmigrante sin papeles pues es un costo que se ahorran. Uno pide la protección... ah sí sí pero nunca llega. Entonces me toca aspirar todo el polvo...*" i la Nilsa afegeix; "*Lo que pasa es que en el caso de uno sin papeles, uno sopesa que es más importante... perder el trabajo... O ir al médico? Voy sólo al médico, cuando ya no doy más.… Conozco mucha gente que no van a donde el médico por que no tienen tarjeta sanitaria...* " i continúa la Nilsa: " *La mayoría de las veces hago 18 horas diarias... trabajo en un restaurante desde las 3 de la mañana, me voy a cuidar una señora, me voy a unas obras...aquí como tiempo no tengo si me duele algo tomo gelocatil y llego tan cansada, tan cansada que no tengo tiempo de hacer remedios caseros … Mi estado de salud es muy regular... hace tiempo tengo que ir al odontólogo... pero no saco el tiempo para ir. El mismo problema como no hay papeles, no hay seguridad social. Me dedico a trabajar a trabajar y el estado de salud lo dejo en un segundo plano".*

L'ús abusiu i fraudulent en l'ofici de la construcció, amb la subcontractació d'activitats i la utilització creixent de treballadors estrangers i immigrants irregulars, està produint un important subregistre de la sinistralitat en aquest sector, tal com ho afirmen diversos informes governamentals, afegint-se a l'incompliment de les normes de protecció de l'entorn laboral, l'extralimitació horària i la pressió psicològica a la feina especialment en els immigrants irregulars. L'Álvaro afirma: *" Casi siempre tengo presión psicológica por parte de los jefes... para sacar el trabajo...La carga horaria normal es de 8 horas pero me toca trabajar entre 10 y 12 horas, las horas extras no me las pagan".* L'Alonso diu: *"Estamos expuestos al polvo tóxico, al ruido que hay, a químicos, que nos están cayendo continuamente en ojos y aspiramos tierra permanentemente. Nos ponemos guantes, mascarilla, lentes…que conseguimos nosotros, porque los cascos a duras penas lo dan…..y eso los que quedan por ahí tirados… En seguridad lo de protegerse va por cuenta de uno. Nosotros trabajamos de 8 de la mañana a 7 de la noche y le dicen a uno lo que hay o sino tienen la puerta abierta".*

Malgrat que entre els entrevistats hi ha 6 persones amb formació universitària, mai han pogut accedir a cap càrrec de la seva categoria, realitzant activitats completament alienes a la seva formació, amb la conseqüent frustració que això representa. En Carlos expressa el seu descontent: *"No considero el salario justo y además no me gusta lo que estoy haciendo... porque estoy trabajando de noche... Soy ingeniero industrial... y trabajo en una panadería. Para la expectativa que yo tengo, el estar trabajando en una panadería no me convence."*

Els entrevistats que treballaven en la construcció, comentaren que el consum d'alcohol i de substàncies psicoactives era usual en aquest entorn laboral.

L'àmbit social i familiar

L'absència del nucli familiar i la manca d'una xarxa social de suport són factors de risc dels trastorns mentals descrits habitualment dels que en destaquen els trastorns depressius, les crisis d'ansietat, els trastorns somatomorfs, l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics. Durant les entrevistes en els grups s'apreciaren diversos indicis relacionats amb símptomes de malaltia mental i en relació amb el fenomen migratori.

L'Adriana manifiesta: " *Yo me enfermo de soledad, mi madre está lejos mi padre también, en mi caso es estrés por soledad. A veces lo controlo viéndolos por Internet…*" tot i que els aspectes comentats més sovint es relacionaven amb depressió i trastorns somatomorfs. Diu l'Álvaro"*En el caso de los que estamos sin papeles y no podemos viajar la cosa es distinta. Uno se siente muy deprimido… No veo a mis niños desde hace 3 años…".*

Les circumstàncies adverses i antecedents psiquiàtrics

Una sola de les participants tenia antecedents psiquiàtrics, havent rebut tractament hospitalari, degut a un brot psicòtic, relacionat amb el consum de substàncies psicoactives.

La discriminació, l'hostilitat i el racisme

Segons expliquen alguns participants, malgrat que es parli castellà, existeixen diferències culturals que poden tornar-se conflictives, tal com ho expressa la següent frase de la Marcela, on s'evidencia el xoc cultural: "*Me han discriminado en muchas partes, tengo documentos soy española..., pido todo por favor... En un trabajo me trató de seducir el viejo, me dijo que yo no mandaba y que todo lo pedía por favor... Aquí no se acostumbra a pedir por favor se dan órdenes. Se asume que el favor va dentro de la orden…*" i afegeix: "*Me han llamado de muchos empleos pues ven que soy española que tengo DNI español pero cuando llega el momento de la entrevista y cuando ven que no hablo como ellos; hasta allí llega todo… por mi acento*". L'Adriana asevera: "*Un negro tiene mucha dificultad para poder conseguir trabajo... Tengo un amigo cubano que no podía conseguir piso y tuve que alquilarlo yo, porque a él no se lo alquilaban*". I l'Hernando explica: "*Muchas veces fui a pedir trabajo a sitios, donde había anuncios de "se necesita empleado" y siempre me decían que ya habían conseguido; algunos días después pasaba de nuevo y los anuncios continuaban ahí. Es más, hay anuncios en los diarios que solicitan única y exclusivamente gente autóctona*". El César assegura: "*Yo no me siento discriminado, pero conozco una cantidad de amigas que me comentan. Las que trabajan en el servicio doméstico, las personas mayores que ellas atienden… las doñas, las yayas... discriminan a las chicas, les gritan, conozco una chica que trabaja fija y no le da de comer que la comida no es para la empleada...se levanta a las 6 de la mañana y se acuesta a las 12 de la noche la hacen trabajar...*".

L'ús dels serveis de salut

Malgrat que la majoria de participants quan ho necessiten van al metge de l'ambulatori o dels serveis d'urgències, s'aprecien algunes dificultats de comunicació amb els metges i d'altres relacionades amb el poc temps de que disposen en les consultes. L'Hernando comenta *" Los médicos no te examinan, máximo se demoran 5 minutos y ya está; solo te envían exámenes y te dan recetas"* . Molts pacients troben a faltar la medicina dels seus països, encara que la majoria reconeix els grans avantatges de la gratuïtat i la universalitat del sistema d'aquí.

S'observa també que els entrevistats no entenen que el servei s'orienti cap a la prevenció, a més dels aspectes curatius. Diu l'Eloy *"Dan una cita para dentro de 2 meses, ya cuando la enfermedad ha pasado... Entonces de que te sirve? Si cuando pides la cita es por que la necesitas"*.

3. Conclusions

- Les causes externes, la sida i els accidents laborals, constitueixen els principals factors de mortalitat entre les poblacions immigrants, amb un clar diferencial respecte a la població autòctona.
- Les dificultats d'accés al mercat laboral dels immigrants econòmics, relacionades amb la seva irregularitat administrativa i amb situacions de discriminació, representen un important condicionant per al seu estat de salut.
- Els tipus de treball que realitzen els immigrants econòmics, el seu desconeixement de l'idioma i de les normatives de seguretat i higiene laborals, condicionen en bona mesura l'elevat nombre d'accidents i malalties del treball en aquestes poblacions.
- A grans trets, la població immigrant d'Amèrica Llatina conserva concepcions, creences, actituds i pràctiques, d'acord amb les dels seus grups ètnics i culturals, països i regions d'origen, observant-se també diferències relacionades amb l'origen rural o urbà.
- Les concepcions de salut i malaltia dels immigrants d'Amèrica Llatina es relacionen amb les proporcions de poblacions indígenes en els països d'origen. D'aquesta manera, a Equador, Bolívia i Perú; l'ús de la medicina tradicional, es troba força estès. En sentit contrari, en el cas d'Argentina on gairebé la totalitat de la població és d'origen Europeu, no es coneixen ni es manifesten aquestes creences.
- La majoria d'immigrants d'Amèrica Llatina, residents a Barcelona i l'Hospitalet del Llobregat, són la segona o tercera generació d'origen camperol o urbà marginal, el que confirma en part, la seva naturalesa d'immigrants econòmics.
- La població llatinoamericana procedent d'aquests països, habituada a un esquema curatiu d'atenció en salut, necessita un major coneixement i informació sobre el funcionament i característiques del nostre sistema de salut. Igualment, es requereix l'adaptació de les estratègies de Promoció i Prevenció en salut, per tal d'aconseguir un millor ús dels serveis sanitaris i una progressiva incorporació a les pràctiques preventives.

- S'evidencià una manca d'orientació i informació adreçada als immigrants nouvinguts sobre el tipus i funcionament del sistema sanitari Català i Espanyol.
- L'anàlisi dels factors de risc es relaciona sobretot amb estressors de tipus social, destacant la situació irregular, la manca d'una xarxa de suport social i la incertesa o exclusió social. D'aquests estressors se'n derivaren trastorns de l'estat d'ànim (depressió), trastorns d'ansietat (estrès) i esquizofrènia, i altres trastorns psicòtics (brot psicòtic). Igualment, en menor mesura s'evidencia el consum de substàncies psicoactives com l' alcohol, cannabis i altres no especificades.
- De l'anàlisi dels elements relacionats amb l'entorn laboral, s'identifiquen com a factors de risc, la manca de mesures de protecció en el treball, que en el cas d'alguns dels entrevistats en l'estudi que es presenta, implicava l'exposició a pols i contaminants inorgànics i/o químics, aspecte molt freqüent pel risc de contraure malaltia pulmonar i lesions visuals; generadores d'incapacitats transitòries o permanents.
- Igualment l'incompliment de les normes de seguretat industrial, les excessives càrregues horàries, i la pressió psicològica, constitueixen factors de risc de sinistralitat laboral, que produeixen tota mena de traumes físics, psíquics, invalidesa o mort.
- Finalment, s'identifica com essencial la sensibilització social de la població sobre el fenomen de la immigració, oferint informació adient i estratègies que promoguin la integració i evitin estereotips negatius, que poden esdevenir fonts de conflicte.

Bibliografia

[1] Jansà JM, García de Olalla P. Desigualtats en la salut i la immigració. A: Borrell C, Benach J (coords). Les desigualtats en salut a Catalunya. Informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.

[2] Alonso E, Jansà JM La salut i els immigrants a Catalunya: situació i perspectives. A: Aja E, Nadal M. La immigració a Catalunya avui. Anuari 2003. Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2004.

[3] Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2004.

[4] Ordóñez JI. Concepciones actitudes y prácticas de salud y enfermedad de la población Inmigrante Latinoamericana [tesi doctoral]. Doctorat en Salut Pública i Metodología de la Recerca Biomèdica (dir. Josep Mª Jansà). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.

[5] Mortalitat dels residents de nacionalitat estrangera i dels no residents a Catalunya, anys 1994-1999. BEC (Butlletí Epidemiològic de Catalunya). 2004; volum XXIV, nº 8.

[6] Sanz B, Torres AM. Situación sociolaboral y accidentes referidos por la población inmigrante marroquí en un área de la Comunidad de Madrid. Ofrim Suplementos. 1999;185-94.

[7] Cachón L. Segregación sectorial de los inmigrantes en el mercado de trabajo en España. Cuadernos de Relaciones Laborales. 1997;(10):49-73.

[8] Solé C. Immigració econòmica (dossier). Curs de formació per a professionals sobre les polítiques d'immigració a Catalunya. Barcelona: Institut Català de la Mediterrània; 2003.

[9] Castelló SF. Condiciones de trabajo y seguridad e higiene en los invernaderos. Ponència presentada en el curs sobre immigració i malalties transmissibles. Nerja (Málaga); 1992.

[10] Holgado I. Las nuevas retóricas de la inmigración femenina: la prostitución en las calles de Barcelona. Migración y cambio social . Número extraordinario dedicado al III coloquio internacional de Geocrítica , 28-31 de mayo de 2001. Scripta Nova . Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales (revista enlínia) 2003; 94(100). URL disponible a: http://www.ub.es/geocrit/sn-94-100-htm

[11] Huerga H, López-Vélez R. Infectious diseases in sub-Saharan African immigrant children in Madrid, Spain. Pediatr Infect Dis J. 2002;21(9):830-4.

[12] Àmbit Prevenció. Estudis del treball sexual de carrer al barri del Raval i a les Corts de la ciutat de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2001.

[13] Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Trop Med Int Health. 1998;3(12):936-44.

[14] Moreno JL, Espadas MA. Investigación - acción participativa. Diccionario-Proyecto Critico de Ciencias Sociales. UCM 2004.

[15] Kleinman A. L. Eisemberg L y Good B. Cultura, enfermedad y atención. Lecciones clínicas para la investigación Antropológica e intercultural. Annals Int Med. 1978; 88: 251-258.

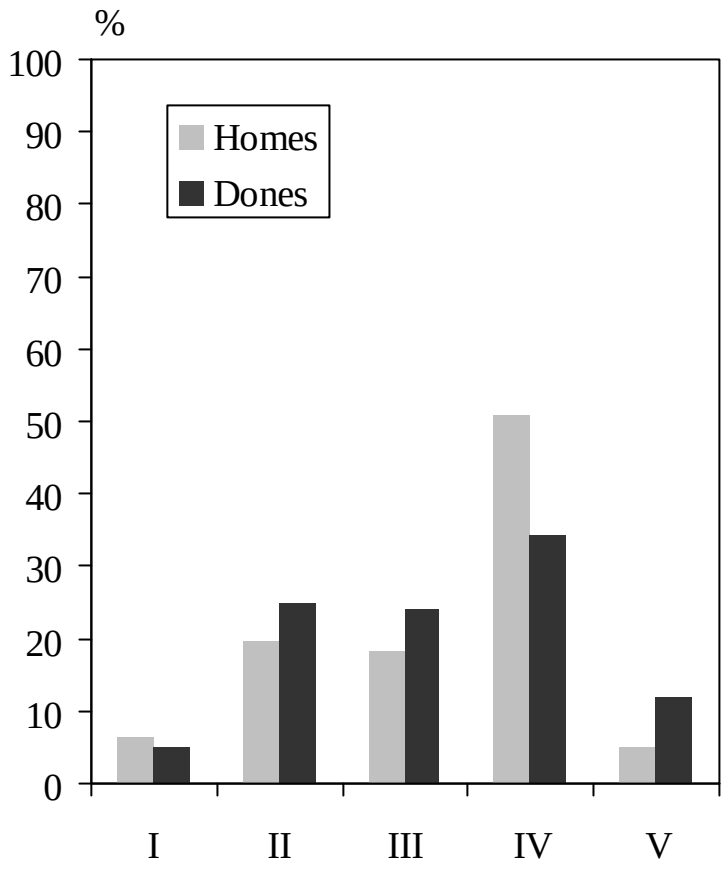
[16] Directorio Latino. Massachusetts. [pàgina visitada 14/11/2004]. Disponible a: http://www.eldirectoriolatino.com/submenus/listadoscateg/salud/remedioscasa.htm

[17] Matamala P, Crespo A. Pacientes inmigrantes en un Centro de Salud Mental Comunitario. Interpsiquis. 2004. [pàgina visitada 14/11/2004]. Disponible a: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqcomunitaria/14956/?++interactivo

Informe Bofill, versió final

Desembre de 2004

Figura 8.1. Classe social



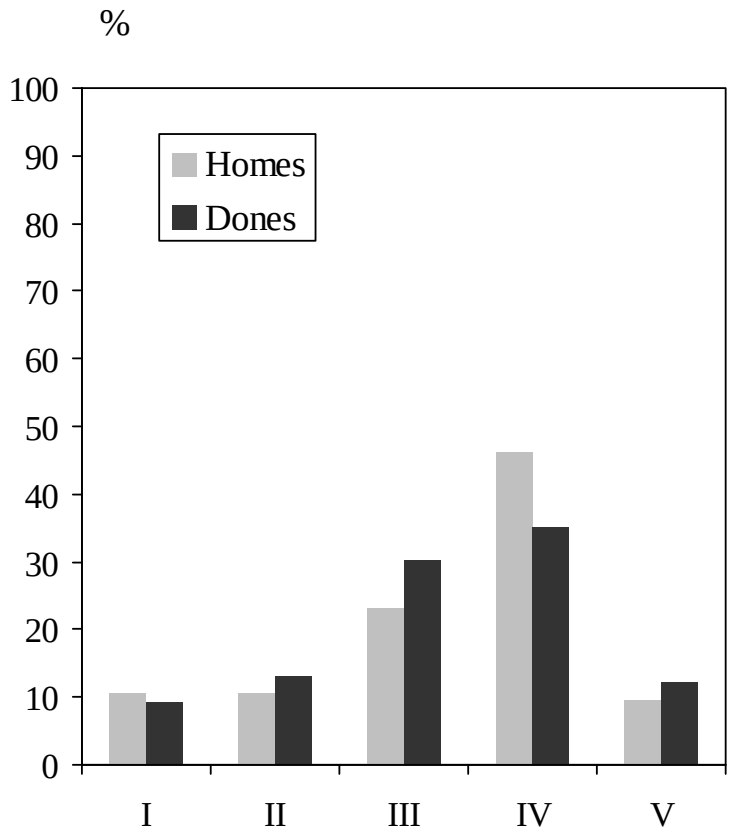
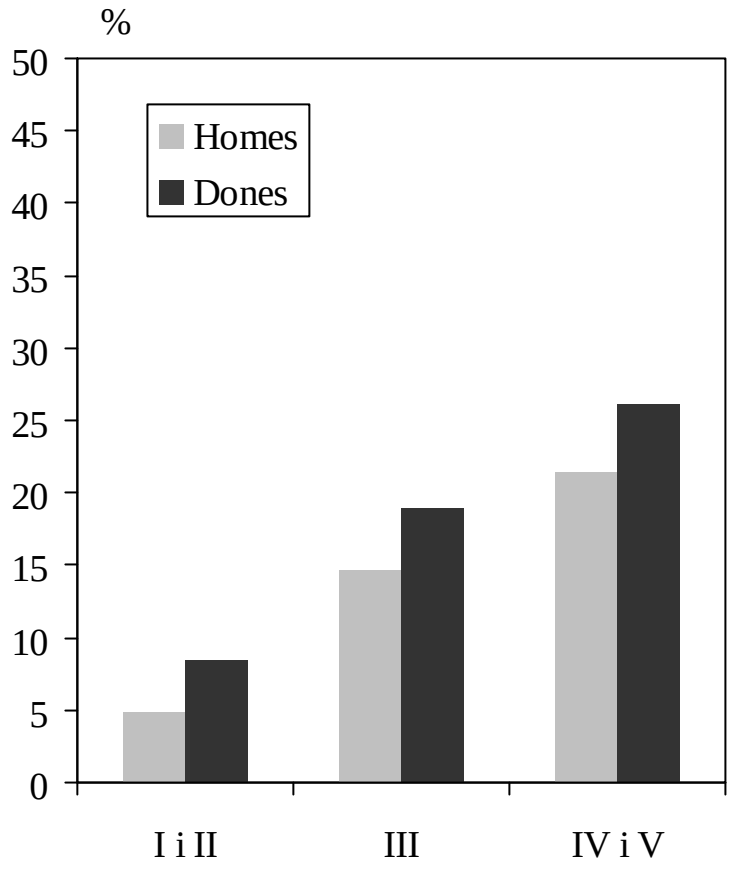


Figura 8.2. Atur i classe social



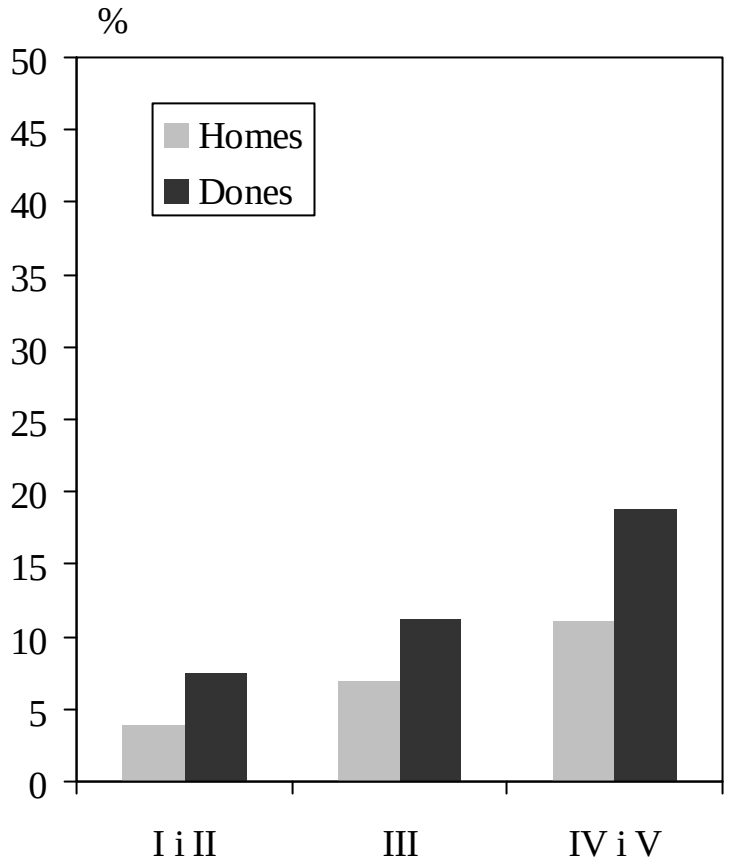


Figura 8.3. Contractació temporal i classe social

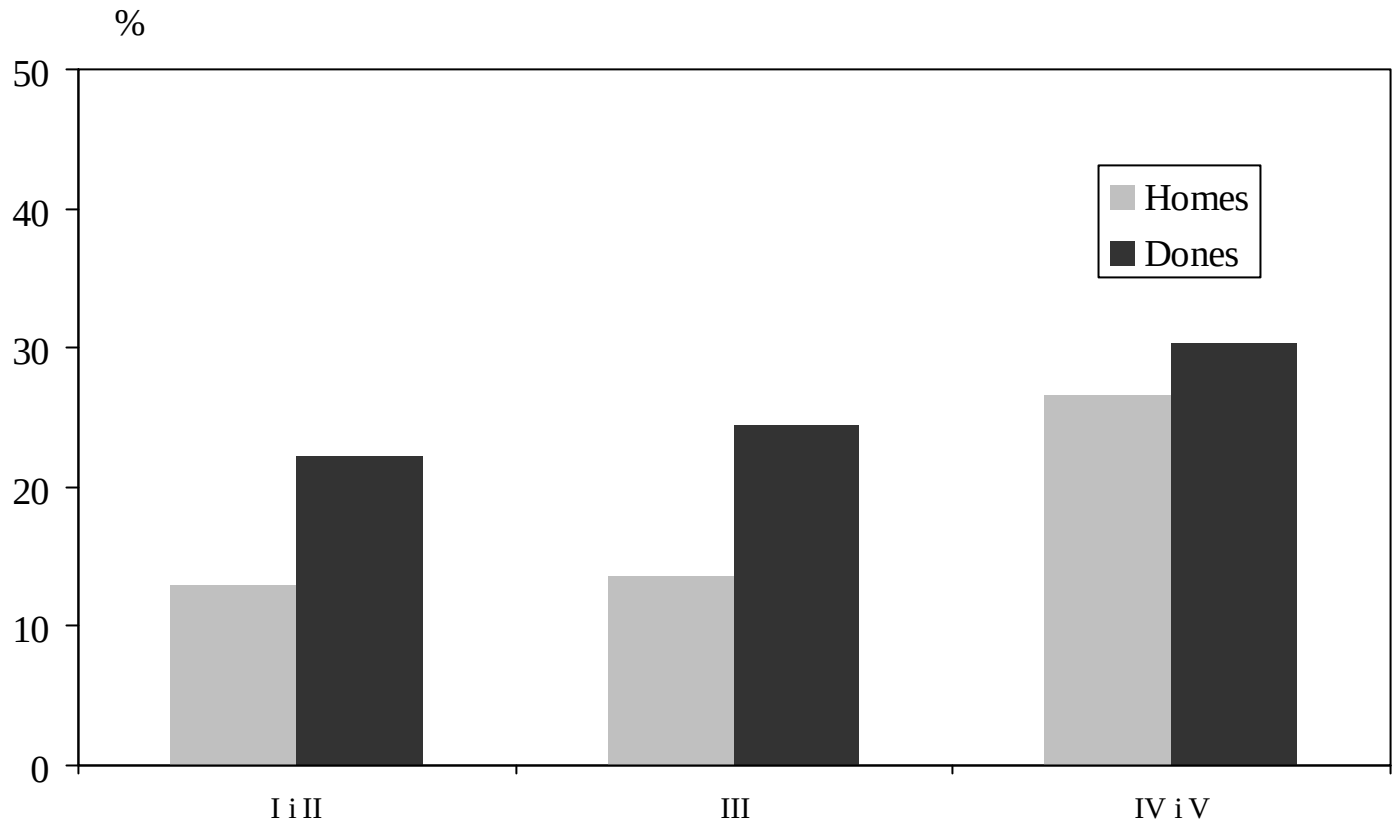


Figura 8.4. Hores de treball domèstic segons sexe i classe social

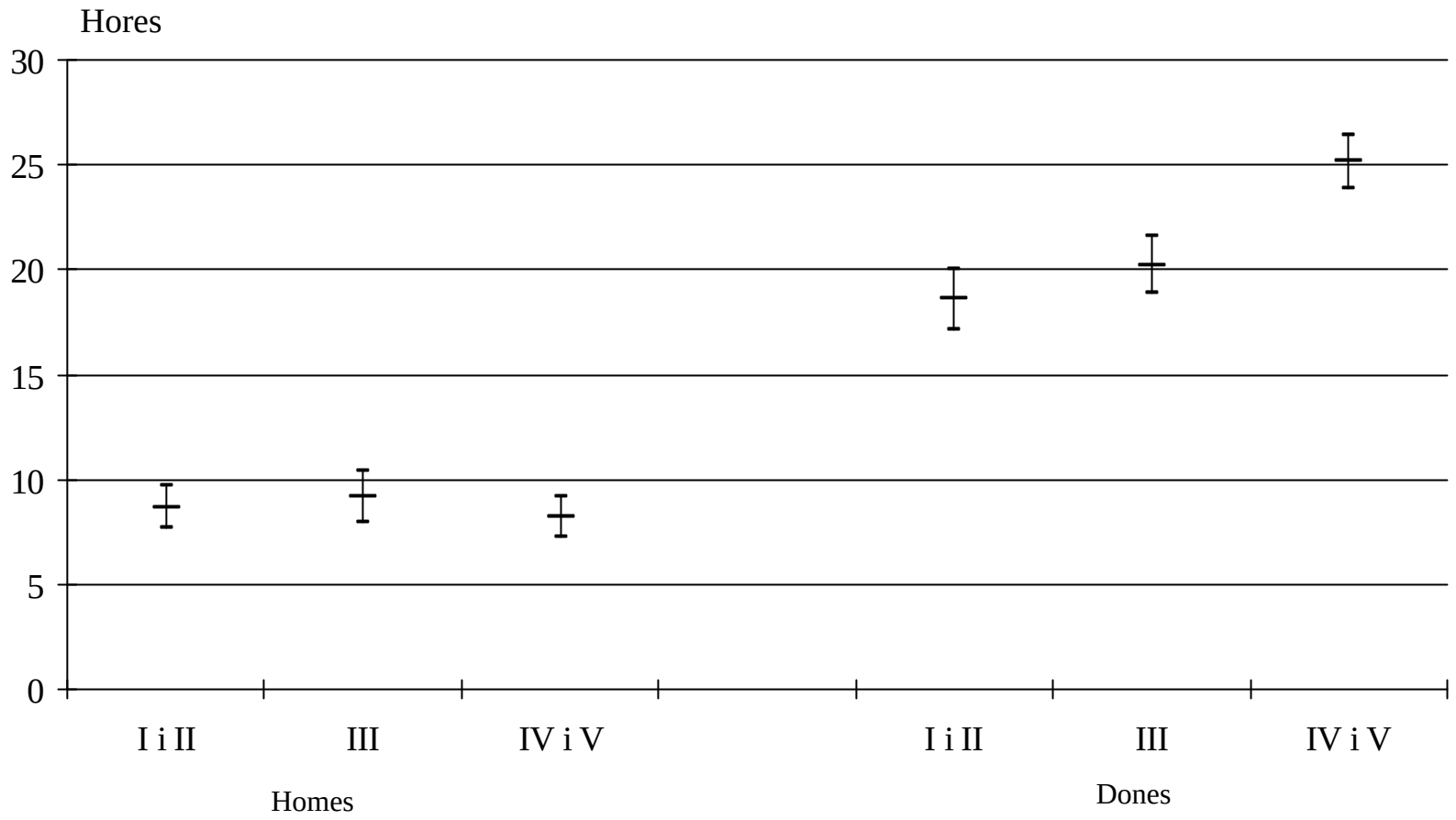


Figura 8.5. Hores de treball total (ocupats casats)

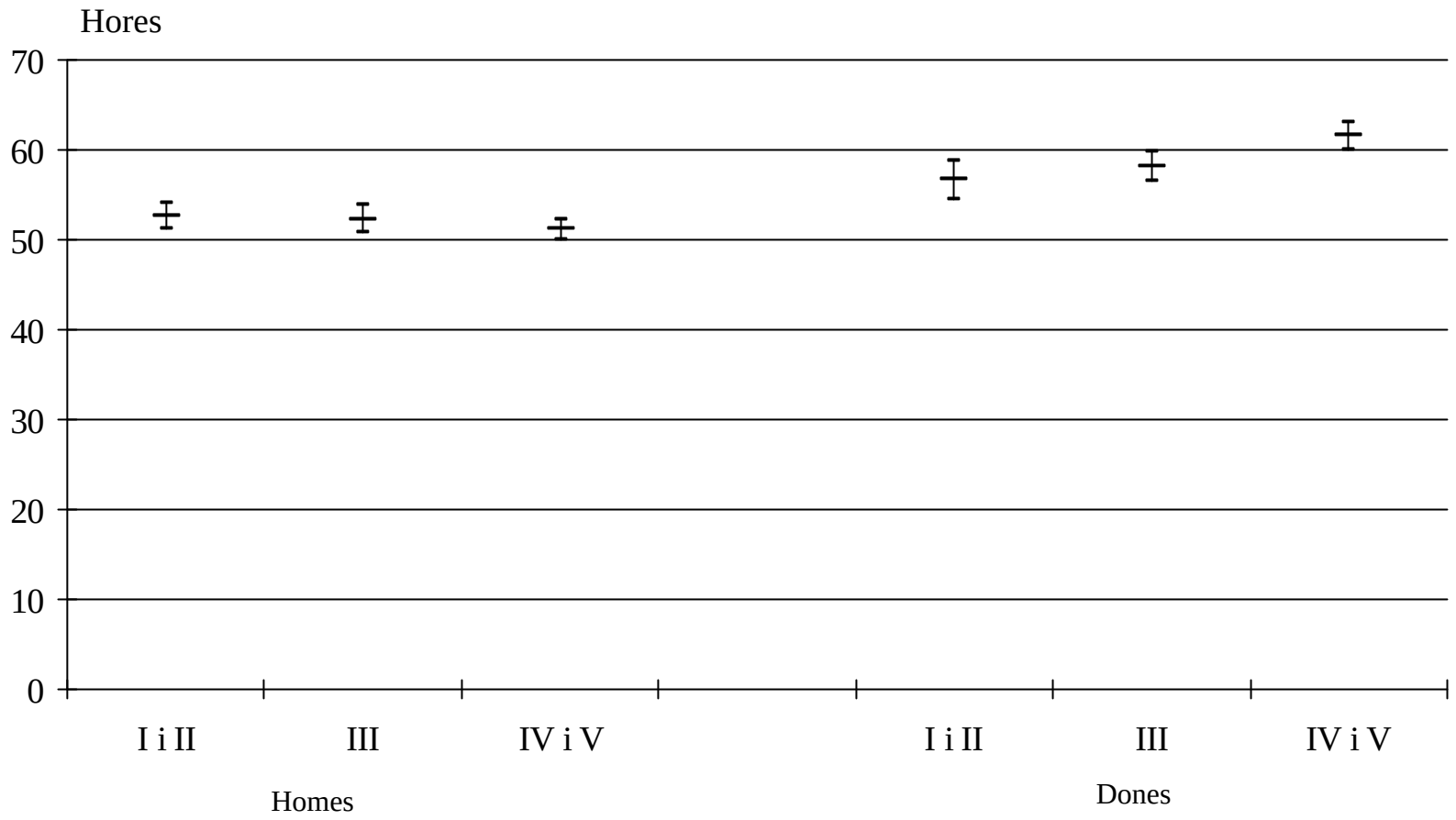


Figura 8.6. Hores de treball de casa (ocupats casats)

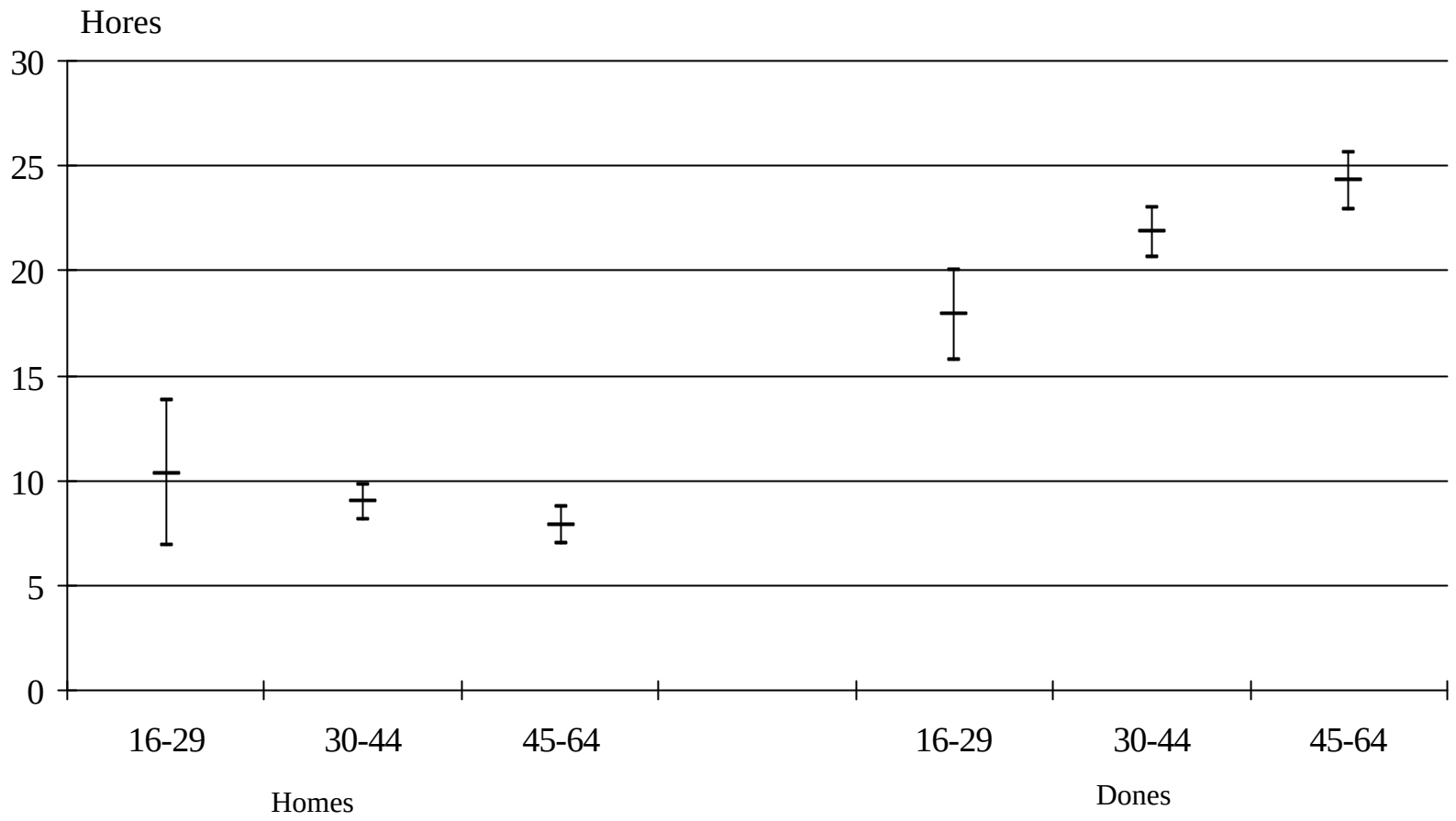
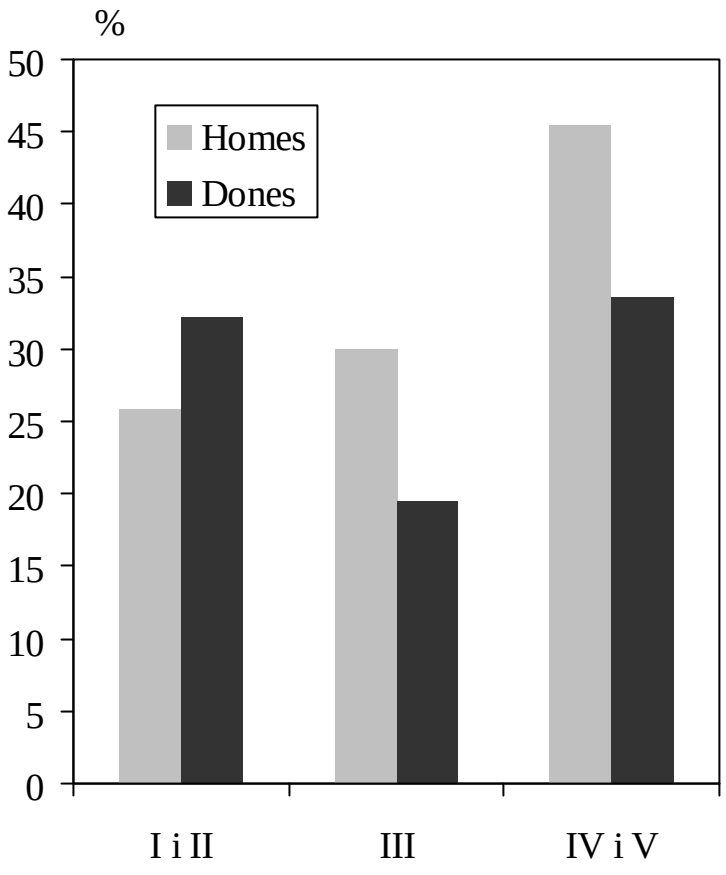


Figura 8.7. Risc laboral



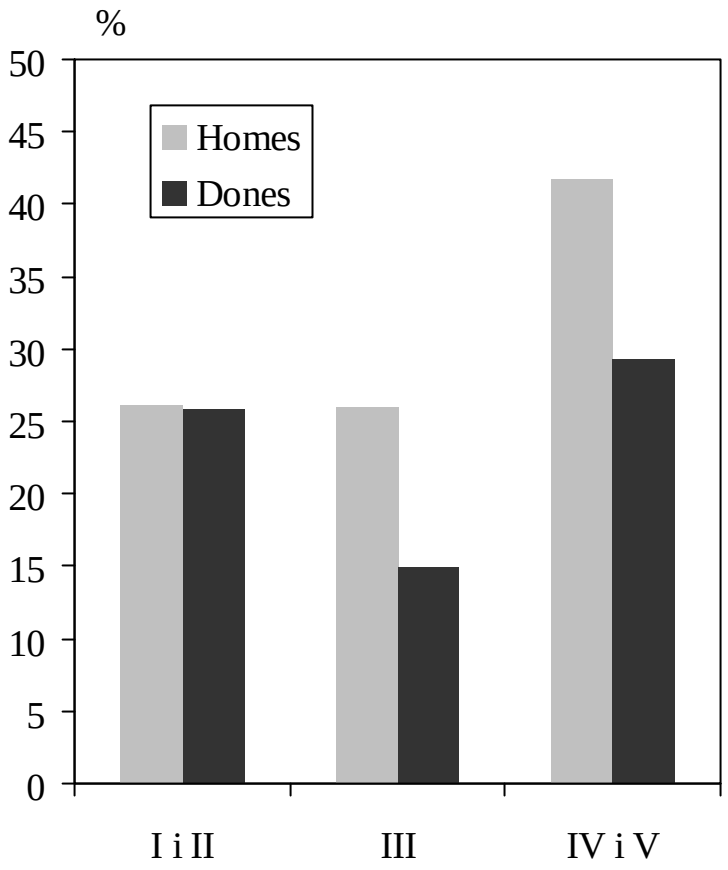
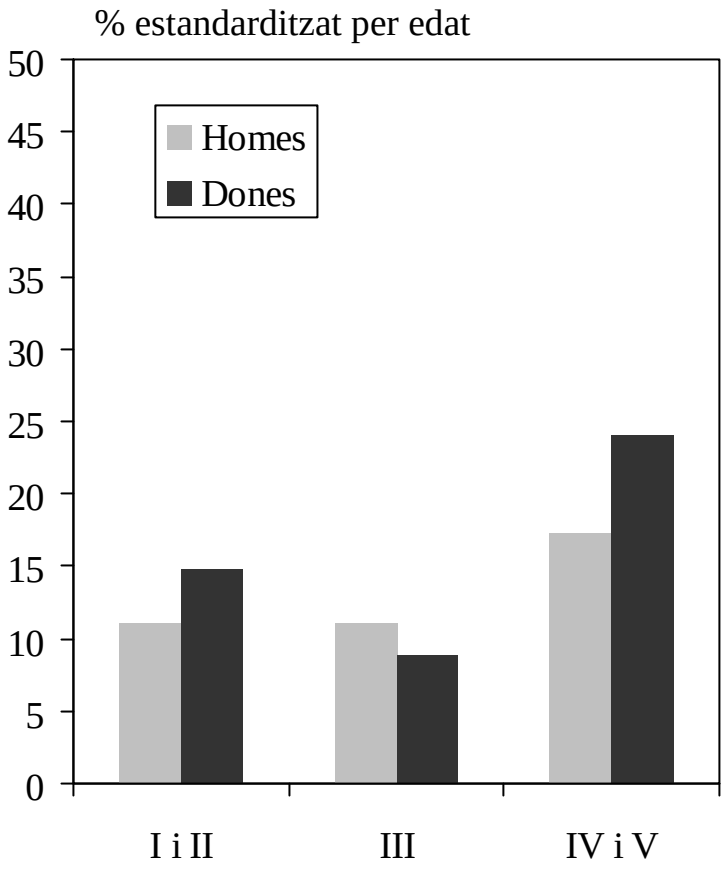


Figura 8.8. Mal estat de salut



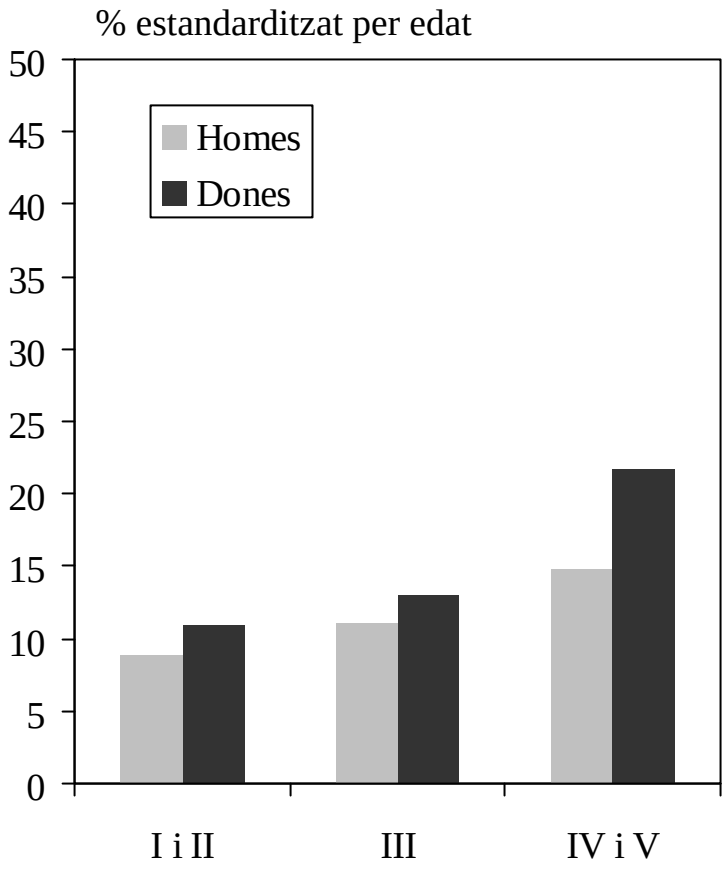
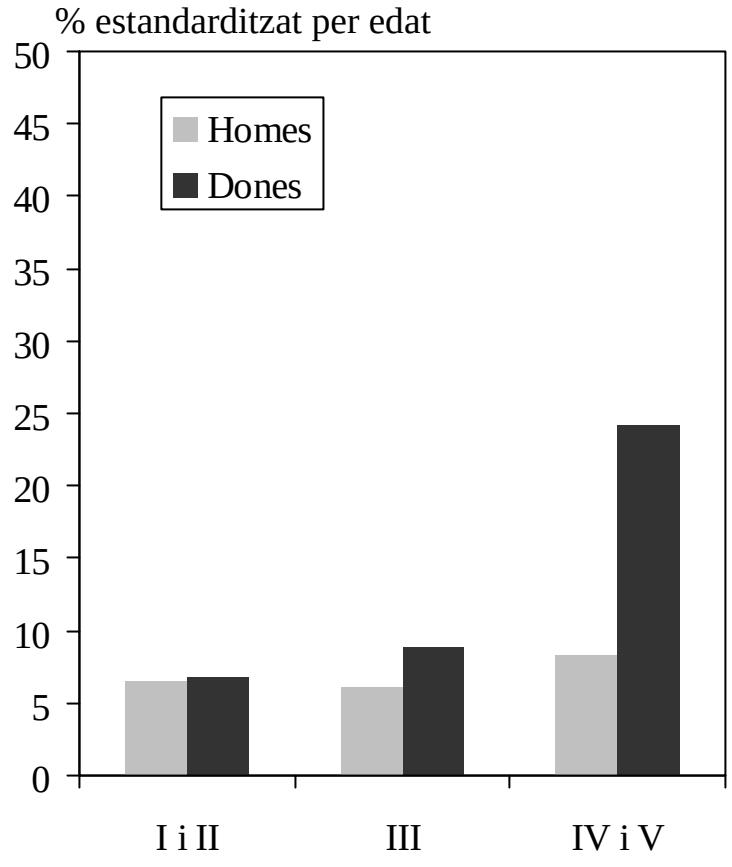


Figura 8.9. Limitació crònica de l'activitat



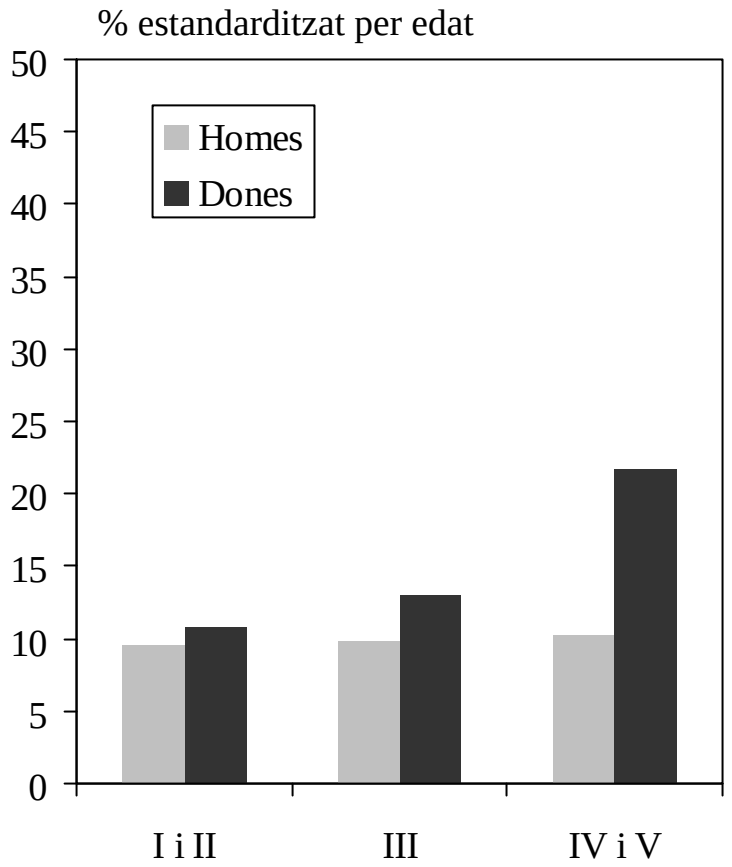
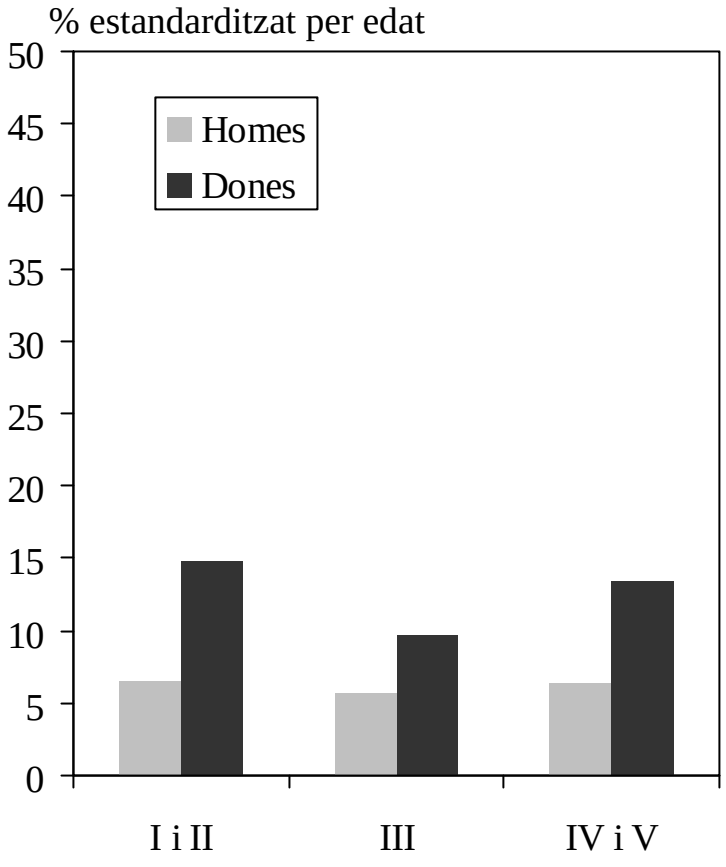


Figura 8.10. Mal estat de salut mental



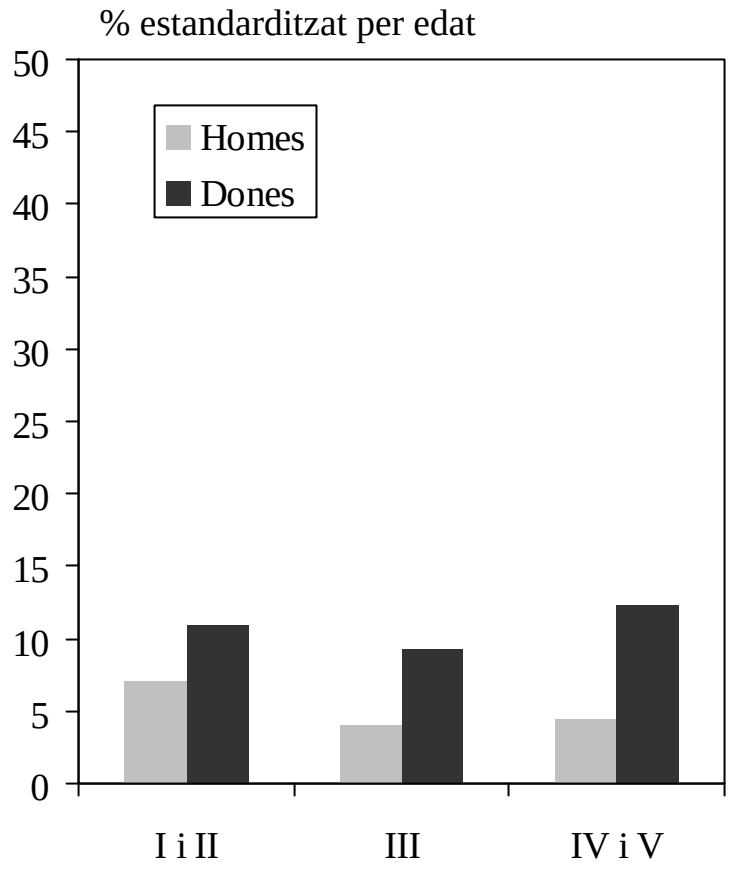
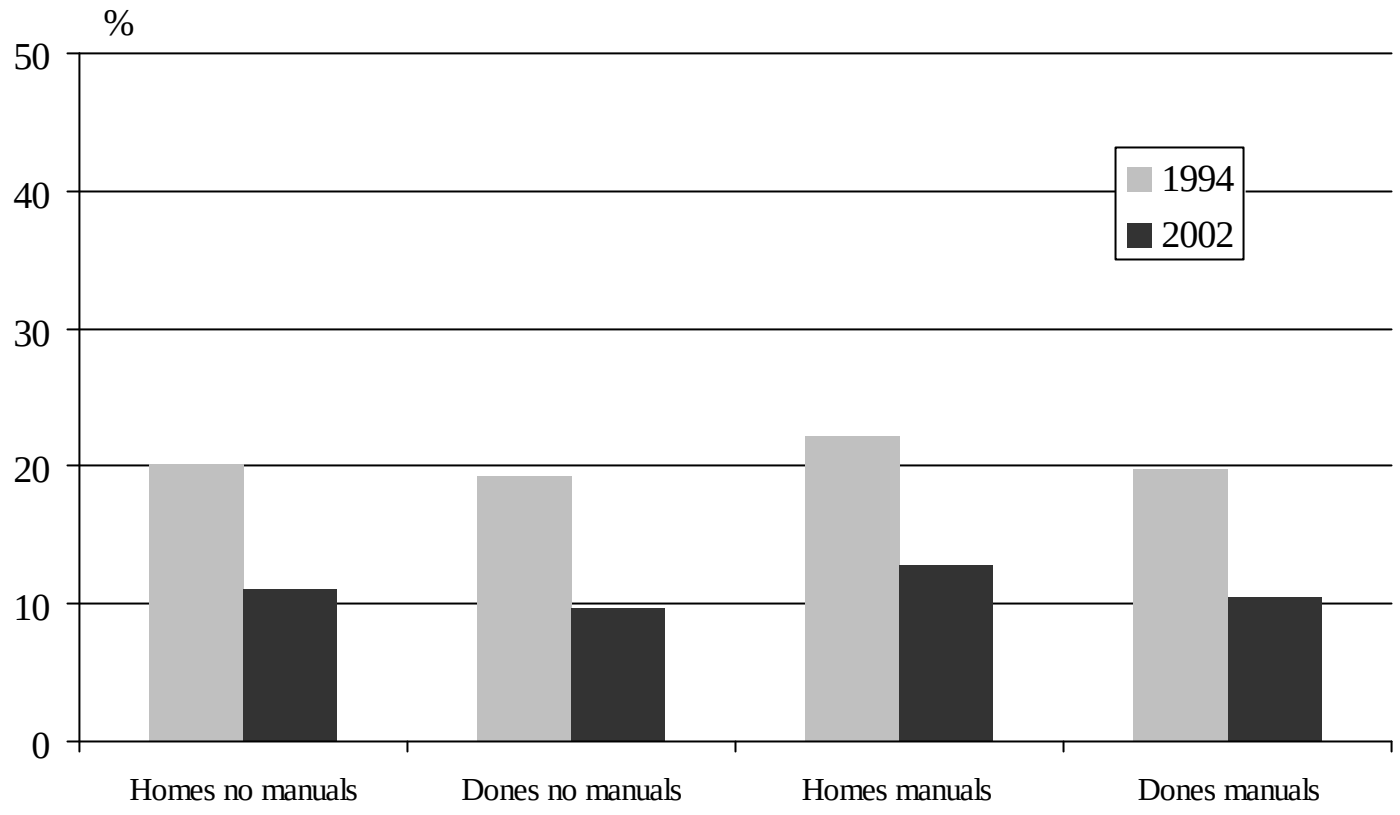


Figura 8.11. Cinc o més membres en la família



Capítol 8. Les desigualtats en la salut laboral

Lucía Artazcoz
Imma Cortès
Joan Benach

1. Introducció

1.1. La salut i el treball

Hi ha moltes raons que expliquen el potencial efecte beneficiós del treball sobre la salut. En primer lloc, per a la majoria de les persones treballar és la principal font de recursos econòmics. A més, proporciona altres beneficis intangibles com ara l'estatus social, l'autoestima, l'oportunitat de desenvolupar les pròpies habilitats, de prendre decisions, el suport social o l'estructura temporal de la vida quotidiana[1]. Tanmateix, en alguns treballs els beneficis són pocs. Hi ha feines on els salaris baixos tot just permeten sobreviure, on els treballadors i les treballadores han de desenvolupar feines monòtones o repetitives, on no poden utilitzar les seves habilitats ni prendre decisions o bé es troben exposats a riscos que posen en perill la seva salut física o mental. Que les condicions de treball siguin bones o dolentes no és aleatori sinó un fenomen estructural determinat en gran mesura pel gènere i la classe social alhora lligat a les desigualtats en l'estructura de poder existent a la societat i al treball.

La recerca dels determinants socials de la salut dels homes i de les dones ha tingut com a element central el treball, però s'ha abordat de forma diferent. Així, mentre que en el cas dels homes ha adoptat un marc estructural dominat per les desigualtats de classe social, habitualment mesurada a través de l'ocupació, o els models d'estrès basats en el risc psicosocial del treball remunerat, en el cas de les dones l'anàlisi s'ha centrat en el marc de rols on els papers d'esposa i mare juguen un paper central i la feina remunerada ha estat tradicionalment considerada un rol addicional[2].

La posició de les dones al mercat laboral sovint és considerada en referència implícita o explícita al seu treball en l'esfera privada, com si es donés per descomptat la seva responsabilitat en l'àmbit familiar[3]. Fins ara, però, s'ha prestat molt poca atenció a la influència dels rols familiars en la salut dels homes, així com a les desigualtats de gènere en la salut derivades de la desigual distribució de les responsabilitats familiars entre els homes i les dones[4,5]. D'altra banda, la recerca sobre els determinants socials de la salut de les dones ha deixat de banda el paper de la classe social, determinant que, com el gènere, és una categoria social que fonamenta diferents valors i actituds, recursos i oportunitats per a les persones.

En l'actualitat, en un context social de transició des d'una rígida divisió sexual del treball a posicions més igualitàries entre els homes i les dones, el treball remunerat té cada vegada més importància en la vida de les dones, mentre que progressivament s'espera que els rols familiars en tinguin en la dels homes, cosa que requereix un abordatge de recerca que combini alhora el gènere i la classe social.

Hi ha desigualtats de gènere al treball derivades d'una diferent distribució dels homes i les dones en el mercat laboral i en el treball domèstic; d'un mercat laboral caracteritzat per un nivell molt més alt d'atur i precarietat en les dones i d'una clara segregació horitzontal i

vertical[a] que determina diferències i desigualtats de gènere en l'exposició als riscos laborals i en la salut. Hi ha també desigualtats de classe social que determinen que les persones de classes més desfavorides estiguin exposades a més atur i precarietat, a més factors de risc laboral i a tenir un pitjor estat de salut.

L'any 2003, en l'anterior informe del Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris (CAPS) i la Fundació Jaume Bofill, es va publicar un estudi sobre les desigualtats en la salut laboral a Catalunya[6] on s'examinaven les desigualtats de gènere i de classe social en el mercat laboral, en l'exposició als riscos laborals i en diferents indicadors de l'estat de salut entre la població treballadora. La majoria de la informació procedia de l'Enquesta de Salut de Catalunya de Catalunya realitzada l'any 1994 (ESCA-94)[7]. A la segona Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA-02) realitzada el 2002 s'han introduït més variables per caracteritzar el treball remunerat i el domèstic[8]. Això permet examinar l'evolució de les desigualtats a la salut laboral i aprofundir en alguns aspectes no tractats anteriorment.

1.2. Antecedents en l'estudi de les desigualtats en la salut laboral a l'Estat espanyol i Catalunya

A l'informe de la *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* (SESPAS) de 2004 es van publicar tres estudis sobre les desigualtats de gènere i classe social en el treball i la seva influència en la salut. Santolaria i col·l.[9] assenyalaven el creixement del sector serveis en detriment d'un sector primari cada cop més reduït, la flexibilització del mercat laboral a la darrera dècada i la progressiva incorporació de la dona al treball remunerat com els tres canvis més destacats del sector productiu espanyol. Remarcaven també les pitjors condicions de treball i la major precarietat en les dones i entre els treballadors de les classes més desfavorides. En relació al treball reproductiu Larrañaga i col·l.[10] subratllaven que, malgrat l'augment de les dones al mercat laboral, el treball reproductiu segueix sent una responsabilitat eminentment femenina. També a l'informe s'estudiaven les desigualtats de gènere i classe analitzant l'impacte del treball remunerat i el domèstic en la salut[11].

L'any 2004 es publicaven a un número monogràfic de la revista de salut pública Gaceta Sanitaria tres articles on s'analitzaven les desigualtats de gènere en els treballs i la seva influència sobre la salut. L'article d'Artazcoz i col·l.[12] assenyalava alguns aspectes positius – per exemple, la incorporació decidida de la dona espanyola al mercat laboral - i d'altres negatius com ara la major precarietat del treball de les dones. García-Calvente i col·l.[13] subratllaven que a l'Estat espanyol la cura informal es resol mitjançant el treball i el temps de les dones, sobretot de les de menor nivell educatiu, sense feina remunerada i de classes més desfavorides. A l'article de Maroto-Navarro i col·l.[14] es destacava que per a les dones tenir una criatura significa un canvi en la vida quotidiana que implica la desaparició de moltes activitats agradables així com conflictes amb la parella.

Finalment, al llarg d'aquest any s'han publicat alguns articles sobre les desigualtats de gènere i de classe social en la salut lligades al treball, la majoria realitzats en població de Catalunya, que il·lustren l'interès creixent d'aquest tema[15,16,17,18].

[a] Per segregació ocupacional per raons de gènere s'entén que un sexe predomina en tal mesura en una categoria específica (representant almenys el 80%) que pot ser considerat com a "masculina" o "femenina". Per segregació vertical s'entén el fet del predomini masculí dins dels càrrecs i llocs de responsabilitats a les diferents ocupacions.

1.3. Objectius i mètodes

Els objectius d'aquest capítol són descriure els canvis ocorreguts en el mercat laboral català entre 1994 i 2003, així com examinar l'evolució de les desigualtats en la situació laboral, el treball domèstic i els factors de risc laboral i l'estat de salut segons el gènere i la classe social entre els anys 1994 i 2002.

Les fonts de dades utilitzades han estat l'Enquesta de Població Activa (EPA)[19], les enquestes de salut de Catalunya de 1994 i 2002 (ESCA-94[7] i ESCA-02[8]). L'anàlisi comença per examinar les característiques del treball fins a les seves conseqüències per a la salut. Finalitza amb una secció en la qual s'analitzen dos col·lectius d'alt risc i poc coneguts: les dones del servei domèstic i de la neteja i la situació de les dones responsables de llars monoparentals. Tota l'anàlisi es restringeix a la població en edat de treballar (majors de 16 anys). Quan s'examina l'àmbit domèstic, l'estudi se centra en la població de 25 a 64 anys, és a dir, en edat d'assumir plenes responsabilitats laborals i familiars.

2. Les desigualtats en la salut laboral a Catalunya

En primer lloc es tracten les condicions de treball, per seguir en aspectes relacionats en desigualtats en la salut i acabar amb una mirada a dos col·lectius d'especial interès (les dones que treballen al servei domèstic i a la neteja i les dones responsables de llars monoparentals).

2.1. Les condicions de treball

2.1.1. El mercat laboral

Durant l'última dècada a Catalunya el sector serveis ha tingut un abast majoritari amb una progressiva tendència a l'augment, passant d'ocupar el 58,3% dels treballadors l'any 1994 a ocupar el 62,3% l'any 2003. També el sector de la construcció ha experimentat un lleuger increment (passava del 8,5% al 10,5% en el mateix període) mentre el de la indústria baixava del 29,9% al 24,7%.[19]

L'any 2003 la taxa d'activitat a Catalunya va ser del 60%, més alta en els homes (71% front a 49%). Tot i que la taxa d'activitat de les dones ha crescut de forma significativa, no tota aquesta incorporació a l'activitat laboral s'ha traduït en ocupació ja que des dels primers anys vuitanta, l'atur afecta molt més a les dones malgrat el seu nivell d'estudis és superior al dels homes (l'any 2003, a Catalunya, les dones ocupades tenien una mitjana d'anys de formació d'11,3 anys i els homes de 10,5 anys). Segons el *Consejo Económico y Social* (CES)[20], la incorporació de les dones espanyoles al mercat de treball és un moviment irreversible que va començar més tard que en altres països de la Unió Europea de 15 països (UE-15) però que manté un ritme més accelerat. Tanmateix, tot i que les dones comencen a ocupar llocs de treball tradicionalment masculins, el mercat laboral presenta encara una clara segregació de gènere.

Entre 1994 i 2002 s'ha produït un lleuger increment en les desigualtats de classe entre la població ocupada ja que han augmentat els treballadors dels grups extrems de qualificació. Així, mentre la proporció de treballadors en la classe social I (professionals i directius) s'incrementava en un 3,8%, la de classe social V (treball manual no qualificat) ho feia en un 2,7%. Tanmateix, les desigualtats de gènere, mesurades amb la distribució de la població

treballadora segons la classe social ocupacional, s'han reduït. Si l'any 1994, la proporció de dones treballant en la classe social V era 8 punts percentuals més alta que la dels homes, el 2002 la diferència era de només 2,9%. Lamentablement aquesta reducció no ha estat fruit d'una disminució en el nombre de dones en les ocupacions menys qualificades sinó d'un augment dels homes (figura 8.1).

La segregació de gènere

La segregació ocupacional de gènere com a resultat de les actituds culturals i socials respecte al que constitueix el treball "masculí" o "femení" varia en extensió d'un país a altre i segons les ocupacions. Les dones es concentren sobretot en les professions feminitzades com són la sanitat, l'ensenyament i la neteja (segregació horitzontal) on paral·lelament romanen en categories més baixes que els homes (segregació vertical).

A Catalunya l'any 2003 la proporció de dones ocupades al sector serveis ha estat del 80,3% mentre la d'homes era de 49,4%. D'altra banda, al sector de la indústria i de la construcció treballaven el 30,5% i el 16,8% dels homes respectivament; mentre els percentatges corresponents en les dones han estat només de 16,8% i 1,8%[21]. A més, el ventall d'ocupacions de les dones és sensiblement inferior al dels homes. Segons l'ESCA-02, el 50% dels homes es distribueixen entre les 23 ocupacions més freqüents, mentre el mateix percentatge de dones es distribueix en només 10 ocupacions.

Hi ha també dades que il·lustren la segregació vertical. En general, els homes són majoria entre els directius, els alts executius i ocupen els nivells superiors de les ocupacions professionals mentre les dones romanen encara concentrades en les categories inferiors. Segons l'ESCA-02, el 19,9% dels homes assalariats tenen treballadors al seu càrrec; la proporció en les dones és del 10,1%. A més, les diferències són independents de l'edat i del nivell d'estudis. S'ha documentat que a Catalunya, a igualtat de la resta de condicions (l'edat, el sector, la categoria laboral, els estudis, l'antiguitat, la mida de l'empresa, etc.), el fet de ser dona implica un salari un 20% menor al que reben els homes. De la mateixa manera, els contractes eventuals signifiquen un salari-hora menor en un 14%, també a igualtat de la resta de condicions[22].

S'han establert regles, visibles i invisibles, en torn a la norma "masculina" a la què les dones a vegades troben difícil adaptar-se. Així, per exemple, els col·legues, independentment del seu sexe, i els clients no consideren automàticament a les dones com a iguals als homes. Elles generalment han de treballar més dur que els homes per provar-se a elles mateixes i, en ocasions, han d'adoptar estils i actituds "masculines" de treball. A més, dins les empreses, les dones tendeixen a ser excloses de les xarxes informals de poder dominades pels homes que juguen un paper important per a desenvolupar una carrera professional. El problema s'agreuja per la suposició de molts empresaris que les dones, a diferència dels homes, no són capaces de dedicar ni tanta energia ni el propi temps al treball remunerat degut a les seves responsabilitats familiars.

L'atur

En l'última dècada a Catalunya l'atur s'ha reduït significativament en ambdós sexes. En els homes ha passat del 18,4% al 1994 a 7,1% al 2003. En el mateix període les proporcions corresponents en les dones van ser del 26,8% i 12,2% respectivament.

Persisteixen importants desigualtats de gènere i classe. L'atur és més alt en les dones, malgrat el seu nivell d'estudis és més alt que el dels homes, i en les classes socials més desfavorides (figura 8.2). Segons el CES[20] és difícil sostenir que el principal problema de l'atur femení radica en el menor nivell formatiu de les dones associat a edats més altes. Encara que no es pot descartar la discriminació de gènere en el mercat laboral, és possible que el problema no estigui tant en el nivell de formació com en el tipus de formació.

Entre les persones menys qualificades l'atur s'explica en bona part per l'evolució del mercat laboral català cap a sectors d'activitat que necessiten alta qualificació mentre els menys qualificats s'exporten a països on la mà d'obra és més barata.

La contractació temporal

En els últims anys la proporció de treballadors amb contracte temporal s'ha reduït lleugerament en els homes i més significativament en les dones. Si l'any 2001 el 25% dels assalariats treballava amb contractes temporals (22,4% dels homes i 28,8% de les dones) el 2003 la proporció va baixar fins al 22% (19,8% dels homes i 24,9% de les dones). Aquest últim any el 75% dels assalariats amb contracte temporal afirmava que aquest tipus de relació laboral no era desitjada, sense diferències de gènere[19].

La contractació temporal s'associa amb la classe social de forma que en ambdós sexes és superior entre les classes menys afavorides (figura 8.3). Cal ressaltar, a més, que segons l'ESCA-02, l'any 2002 l'1,3% dels homes assalariats i el 4,8% de les dones treballaven sense contracte.

El temps de treball

Segons l'ESCA-02[8], el temps de treball remunerat és més elevat en els homes. Així, l'any 2002 aquests dedicaven una mitjana de 42,7 hores setmanals front a 37,9 en les dones, en part pel pes del treball a temps parcial en aquestes últimes. El temps de treball remunerat no s'associa a la classe social però sí al fet de tenir personal a càrrec. Entre els treballadors en aquesta situació la mitjana d'hores de treball remunerat en els homes era de 45 hores i en les dones de 41,6 hores. En canvi, les mitjanes corresponents als treballadors sense personal a càrrec van ser de 42,1 hores i 37,2 respectivament.

Arreu d'Europa el treball a temps parcial s'ha difós com a una de les principals estratègies utilitzades per les dones per compaginar la vida laboral i la familiar. A Catalunya, però, la jornada parcial és molt menys freqüent. L'any 2002, el 33% de les dones ocupades de la UE-15 treballaven en jornada parcial, mentre que a Catalunya la proporció era de només 14,5% (en els homes era de només 2,5%). El treball a temps parcial no sembla, però, la millor solució per assolir la igualtat de gènere en el treball. S'han descrit pitjors condicions de treball en les ocupacions a temps parcial[23]. Així, segons la III Enquesta Europea de Condicions del Treball[24] el treball a jornada parcial es concentra en un petit nombre d'ocupacions que habitualment suposen tasques més monòtones, amb menys oportunitats per aprendre i desenvolupar les habilitats i pitjor pagat, no només en termes del salari mensual, sinó en preu per hora.

A més, s'ha de tenir en compte que les formes de relacions laborals flexibles – treballar amb contractes temporals o sense contracte – són molt més freqüents entre els treballs a temps

parcial. L'any 2002, el 46% dels homes i el 39,7% de les dones amb jornada parcial tenien contracte temporal, mentre les proporcions entre els que treballaven de 30 a 40 hores setmanals va ser de només 19,9% i 24,9% respectivament. A més el 10,3% dels homes amb jornada parcial i el 16,8% de les dones treballaven sense contracte, mentre entre les persones que treballaven de 30 a 40 hores les proporcions eren 0,8% i 2% respectivament.

Si es promou la jornada a temps parcial només per a les dones, cal preveure alguns efectes probables: que augmenti l'activitat femenina (fent possible una major autonomia econòmica en les dones), però també que es freni un repartiment més equitatiu del treball remunerat i domèstic en les dones i els homes. Així, algunes mesures dites de conciliació ocupació-família poden reforçar situacions de desigualtat entre ambdós sexes si no es promouen, també, d'altres accions per reduir-les. Aquest risc s'ha fet més evident amb la crisi de l'ocupació d'aquests darrers anys, en què s'han estès i s'han legalitzat a L'Estat espanyol i a Catalunya noves formes de treball precari, discontinu o a temps parcial, de tal manera que s'ha reforçat un mercat secundari d'ocupació per a les dones que ha existit des de sempre[25].

L'any 2002 el 2,1% dels homes i l'1,5% de les dones treballaven en torn de nit. Més freqüent era treballar en torns rotatoris (6,4% dels homes i 5,1% de les dones), sobretot entre els treballadors manuals (7,8%, sense diferències de sexe).

2.1.2. El treball domèstic

Tot i que habitualment en salut laboral l'anàlisi es limita al treball remunerat, entendre les desigualtats de gènere i classe en el treball exigeix considerar també el treball domèstic. Afortunadament l'ESCA-02 va incorporar noves preguntes relacionades amb l'àmbit familiar que permeten aquesta aproximació que no va ser possible amb l'ESCA-94.

Entre 1994 i 2002 la proporció de dones de 16 a 64 anys que treballaven a temps complet com a mestresses de casa s'havia reduït de 36,7% a 26,4%. A més, aquesta davallada havia estat superior en les dones que pertanyen a les classes manuals. Si entre les de classe social I la proporció de mestresses de casa va baixar del 16,8% al 12,4%, entre les de les classes IV i V ho va fer del 46,9% al 32,7%. D'altra banda, les dones han reduït l'abandonament del mercat laboral. Mentre l'any 1994 el 68% de les mestresses de casa menors de 65 anys afirmava haver realitzat alguna vegada un treball remunerat, el 2002 la proporció es va reduir al 59%. En ambdós anys la sortida del mercat laboral va ser més freqüent a mida que es reduïa el nivell d'estudis.

El temps dedicat al treball domèstic és superior, òbviament, en les dones que es defineixen com a mestresses de casa. L'any 2004, en les dones casades o que vivien en parella, mentre les ocupades dedicaven una mitjana de 22,1 hores setmanals al treball domèstic, les mestresses de casa dedicaven 16 hores més (38,8 hores). El temps de treball total era, però, significativament més alt en les primeres amb una mitjana de 58,1 hores. És interessant remarcar que si bé entre les mestresses de casa no s'observaven diferències segons la classe social, en les dones ocupades, el temps de treball domèstic i el total – però no el laboral - s'incrementava entre les de classes més desfavorides. I és que les dones ocupades de classes més privilegiades poden finançar part del treball domèstic i del temps a dedicar-li, mentre les més desfavorides l'han d'assumir soles.

Moltes persones volen tenir un treball remunerat satisfactori i una vida familiar feliç. Tanmateix per a moltes dones aquesta aspiració és molt difícil ja que continuen sent les

principals responsables de les tasques domèstiques. Per tant, sovint han de triar entre el treball remunerat i la família, o han de donar prioritat a una per sobre de l'altra en algun moment de la seva vida. Els homes, en canvi, semblen ser capaços de tenir-ho tot més fàcilment, però generalment la seva participació en les tasques de la llar està lluny de ser igual a la de les seves parelles.

Segons l'ESCA-02, entre les persones ocupades menors de 65 anys, casades o que vivien en parella, les dones treballaven a casa una mitjana de 22,1 hores a la setmana mentre els homes ho feien només 8,6 hores. A més, mentre en els homes, de forma similar al que esdevé amb les mestresses de casa, el nombre d'hores de treball domèstic era independent de la classe social, en les dones el nombre d'hores s'incrementava entre les de classes més desfavorides (figura 8.4). En definitiva, el temps de treball total, remunerat i domèstic, és superior en les dones que realitzen un treball de tipus manual (figura 8.5). Tot i que les desigualtats de gènere en la distribució del treball domèstic augmenten en les dones de més edat, les generacions joves estan encara lluny d'assolir la igualtat (figura 8.6).

2.2. La salut

2.2.1. Els factors de risc laboral

L'any 1994 el 37,2% dels treballadors de Catalunya i el 29,4% de les treballadores consideraven que la seva activitat laboral representava un risc per a la seva salut. L'any 2002 s'observa un descens en l'exposició percebuda als riscos laborals, més accentuat en les dones ja que el 34,6% dels homes i el 23,8% de les dones afirmaven estar exposats a algun risc laboral. Com s'aprecia a la (figura 8.7), tret dels homes que pertanyen a les classes I i II, la reducció de la percepció del risc laboral s'ha produït a tots els grups.

La diferent formulació de les preguntes sobre els factors de risc laboral a les dues enquestes de salut de Catalunya fa impossible la comparació, per tant, s'ha optat per limitar la seva descripció a la situació de 2002.

Com s'aprecia a la Taula 8.1, la majoria dels factors de risc laboral (sobretot els de seguretat i higiene) són més freqüents en els homes[b] i s'incrementen en les classes menys privilegiades. Ressalta la baixa autonomia sobre el treball. Així, al voltant de la meitat dels treballadors afirmen que moltes vegades o sempre no treballen "al seu aire". També destaca la manca de varietat de la feina, sobretot entre els treballadors manuals. En aquest grup la tercera part dels homes i el 42,1% de les dones afirmen que moltes vegades o sempre fan una feina poc variada. És important tenir en compte l'elevada proporció - al voltant del 30% - de treballadors i treballadores, que han de treballar massa. Pel que fa als riscos de naturalesa física, cal assenyalar l'alta proporció de treballadors que fan moviments repetitius de braços o mans, que en el cas dels treballadors manuals i en ambdós sexes, se situa al voltant del 60%.

2.2.2. La salut laboral

L'evolució de l'estat de salut

[b] El llistat de factors de risc laboral inclosos a l'ESCA-02 recull fonamentalment factors de risc laboral clàssics, més freqüents en les ocupacions típicament masculines.

A continuació s'analitza l'evolució de l'estat de salut percebut, la limitació crònica de l'activitat, els trastorns crònics i l'estat de salut mental en la població ocupada de Catalunya durant el període 1994-2002. Mentre que per a la majoria dels grups analitzats la prevalença de mal estat de salut percebut s'ha reduït, amb diferències que són estadísticament significatives per als homes de les classes IV i V i per a les dones de les classes I i II, en les dones de la classe III s'ha produït un increment (figura 8.8.). Com s'aprecia a la figura 8.9, s'ha produït un increment significatiu de la limitació crònica de l'activitat en els homes de totes les classes socials i en les dones de classe I. Finalment, s'ha produït, en els dos sexes, una reducció en la prevalença de mal estat de salut mental que és significativa en els homes de les classes III, IV i V i en les dones de les classes IV i V (figura 8.10).

Tant l'any 1994 com el 2002, en ambdós sexes el risc de mal estat de salut percebut i de limitació crònica de l'activitat ha estat superior en les dones i en les persones de classes socials menys afavorides. La salut mental no s'ha associat amb la classe social en els homes però sí en les dones. En aquest sentit és important remarcar, però, que aquesta associació estava mediada, tant l'any 1994 com, sobretot, el 2002 per l'estat civil. Així, per aquest darrer any, la prevalença de mal estat de salut mental en les dones separades, divorciades o vídues (un col·lectiu amb una situació més desfavorida que altres formes de convivència) ha estat del 29,2% front al 12,9% entre les solteres i el 17,6% entre les casades o que vivien en parella. Aquesta troballa és consistent amb el risc de mal estat de salut mental que pateixen les dones responsables de llars monoparentals que s'analitza en una altra secció d'aquest capítol.

En ambdós sexes la prevalença de la majoria de trastorns crònics és similar l'any 1994 i el 2004, tret de les al·lèrgies i l'asma que en els homes han augmentat. Si l'any 1994 el 10,6% dels homes afirmaven patir algun tipus d'al·lèrgia i el 2,6% asma, l'any 2004 els percentatges corresponents han pujat fins el 13,3% i el 4,2% respectivament (Taula 8.2 i Taula 8.3).

La satisfacció laboral

A l'ESCA-02 es va introduir una pregunta sobre la satisfacció global amb el treball remunerat. El 9,0% dels treballadors i el 10,5% de les treballadores es mostren insatisfets o molt insatisfets. Si en els homes no s'observa associació amb la classe social, en les dones la insatisfacció creix entre les de les classes més desfavorides, de forma que si la proporció és del 5,6% en les de classes I ó II, puja al 13,8 en les treballadores manuals.

En ambdós sexes el grau de satisfacció és inferior entre les persones que treballaven a temps parcial. Així, mentre que en els homes amb jornada a temps parcial, el 16,7% afirmaven sentir-se insatisfets o molt insatisfets amb la seva feina, en els que feien jornades entre 30 i 40 hores la insatisfacció és només del 8,0%. Els percentatges corresponents en les dones han estat del 19,6 i del 7,8% respectivament.

La precarietat laboral i la salut mental

A l'anàlisi realitzada amb dades de l'ESCA-94 ja es documentava el major impacte de l'atur sobre la salut mental dels homes, sobretot en els de les classes menys afavorides. És interessant assenyalar que, en contra de l'afirmat per alguns autors que han atribuït aquest fet a la centralitat del treball remunerat en la vida dels homes, sembla que al nostre entorn

s'explicaria en bona mesura per l'efecte protector que tenen sobre les dones les responsabilitats familiars[15].

L'any 2002 es tornen a observar diferències de gènere encara més accentuades ja que en les dones no s'observa relació amb la mala salut mental, mentre que la relació entre l'atur i la mala salut mental en els homes apareix sobretot quan no reben cap prestació econòmica. Així, si la prevalença de mal estat de salut mental en els homes ocupats ha estat de 8,0%, aquesta xifra s'eleva al 22,8% entre els que estan aturats amb prestacions econòmiques d'atur i fins al 28,9% en els aturats que no en reben cap. Degut a la menor grandària de la mostra de l'ESCA-02 no s'ha pogut analitzar el paper dels rols familiars tal com es va fer amb l'ESCA-94.

L'ESCA-02 ha permès, a més, examinar l'impacte de la inestabilitat laboral sobre la salut mental i les potencials diferències segons el gènere i la classe social[26]. La inestabilitat laboral, sobretot en aquelles situacions laborals més precàries com ara el cas del contracte per obra i servei o el treball sense contracte han mostrat de forma consistent associació amb el mal estat de salut mental entre els grups amb més dificultats al mercat laboral, les dones i els treballadors manuals. Per exemple, en les dones treballadores no manuals amb contracte d'obra i servei el 39,3% tenen mal estat de salut mental, mentre que en les que tenen contracte fix la prevalença és del 14%. En els homes treballadors manuals els percentatges corresponents són del 17,5% i del 7,2% respectivament.

La flexibilització del treball afecta també a la salut social de la població treballadora en tant que la incertesa sobre el seu futur limita el seu potencial per desenvolupar la vida afectiva endarrerint, per exemple, la decisió de conviure en parella o de tenir criatures. Aquestes limitacions en la salut social són superiors en els homes[26], cosa que s'explica en bona mesura pel procés de socialització que fa que tenir un treball remunerat sigui un requisit més important per formar una família en els homes[27]. I és que encara es conviu amb la idea de que el treball fix a temps complet en els homes és necessari per consolidar la base econòmica de la família.

Les mestresses de casa i les dones ocupades

Com s'aprecia a la Taula 8.4, en les mestresses de casa de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella l'estat de salut percebut ha millorat degut, sobretot, als resultats obtinguts en les dones de classe III. Ressalta, però, el marcat increment en la prevalença de mal estat de salut mental que passa de 12,9% l'any 1994 a 17,8% el 2004. Aquest augment es dóna en totes les classes socials però és més accentuat en les dones de classes més afavorides, tot i que les xifres han d'interpretar-se amb precaució degut al baix nombre de persones entrevistades d'aquest grup. En consonància amb aquest patró de mal estat de salut mental, també hi ha un increment en el consum de tranquil·lizants que passa de 7,5% l'any 1994 a 11,9% el 2002, més accentuat entre les mestresses de casa de la classe I.

Amb la progressiva incorporació de les dones al mercat laboral, molts estudis han examinat l'impacte del treball remunerat sobre la seva salut comparant les dones amb treball remunerat i les mestresses de casa. Front al temor inicial d'un efecte negatiu sobre el seu estat de salut, nombrosos estudis documenten que les dones empleades tenen millor estat de salut que les que treballen a temps complet com a mestresses de casa. Alguns dels beneficis que proporcionaria el treball remunerat són la independència econòmica, les oportunitats per

desenvolupar l'auto-estima i la confiança en la pròpia capacitat de decidir, el suport social per a persones que d'altra forma estarien aïllades, la independència econòmica i les experiències que augmenten la satisfacció amb la vida[28].

També a Catalunya l'any 1994, el treball remunerat tenia un efecte positiu sobre l'estat de salut de les dones.[16] Les ocupades casades o que vivien en parella tenien millor estat de salut, mesurat amb diferents indicadors, que les mestresses de casa en la mateixa situació de convivència. Ressaltava també que l'efecte beneficiós del treball remunerat se centrava en els indicadors de salut física però no en la salut mental. De tota manera, les mestresses de casa, però, consumien més fàrmacs ansiolítics, antidepressius o somnífers. Cridava també l'atenció l'impacte negatiu de ser mestressa de casa sobre aquells comportaments relacionats amb la salut que requereixen tenir temps per a un mateix, el nombre d'hores diàries de són i l'exercici en el temps de lleure, cosa que coincideix amb el que han documentat altres autors[29].

Vuit anys més tard, l'any 2002, el potencial efecte beneficiós del treball remunerat se centra fonamentalment en les dones de classes més privilegiades. En les dones casades o que viuen en parella, les dones amb un treball de tipus no manual tenen millor estat de salut percebut que les mestresses de casa. La prevalença de mal estat de salut percebut en les dones ocupades és del 13,5% mentre que entre les mestresses de casa és del 31,0%. Encara que no hi ha diferències en l'estat de salut mental, les mestresses de casa de les classes afavorides consumeixen més tranquil·lizants (13,6% front a 6,5%). Tanmateix, en les dones de les classes més privilegiades, les mestresses de casa fan més exercici físic en el temps de lleure (88,8% front a 73,5%). En les dones de les classes menys afavorides únicament s'observen diferències segons la situació laboral en el nombre d'hores de son. La proporció de dones que dormen sis o menys hores diàries és de 25,2% en les ocupades i de 20% en les mestresses de casa.

La combinació de la vida laboral i familiar

Molts estudis que han analitzat l'impacte de la combinació de la vida laboral i familiar en la salut donen suport a la hipòtesi de la potenciació de rol, és a dir, com més rols ocupa una dona, millor és el seu estat de salut. Com subratlla Hall[30], sembla que el treball és la panacea per a les dones, però probablement per millorar la seva salut s'ha de fer alguna cosa més que donar-los més treball per fer. Així, alguns estudis han donat suport a les hipòtesis de sobrecàrrega i conflicte de rol. Per exemple, s'ha documentat que el treball remunerat té efectes beneficiosos sobre la salut de les dones solteres però no sobre la salut de les casades[31] o que entre les mares aquests beneficis es limiten a les que treballen a temps parcial[32,33,34].Sembla, doncs, que quan el volum de treball total és alt, combinar la vida laboral i la familiar pot danyar la salut.

En un estudi realitzat amb dades de l'ESCA-94 es demostrava que mentre la càrrega de treball domèstic no tenia impacte en la salut dels homes ni en la de les dones ocupades de classes més privilegiades, en les dones de les classes menys afavorides aquesta càrrega s'associava amb un major risc de mal estat de salut percebut, més limitació crònica de l'activitat i més trastorns crònics. A més, es relacionava també en aquest col·lectiu amb menys hores de son i menys exercici en el temps de lleure[35].

Amb les dades de 2002, l'associació entre la càrrega de treball domèstic i l'estat de salut en les dones és menys evident. De forma consistent amb els resultats de 1994, en les

treballadores manuals casades o que viuen en parella, el nombre de persones a la llar s'associa amb menys activitat física en el temps de lleure. Però la càrrega domèstica, mesurada amb el nombre de persones a la llar com l'any 1994 o amb el nombre de criatures, no es va associar a cap altre indicador de salut. Si l'any 1994 en els homes no es va observar cap impacte negatiu de les exigències familiars, el 2002 el nombre de criatures s'associa, en els treballadors no manuals, amb més risc de mal estat de salut mental. En diferents grups, tant d'homes com de dones, la convivència amb criatures fins a 3 anys s'associa amb un bon estat de salut percebut o un bon estat de salut mental.

Sembla, doncs, que entre 1994 i 2002 l'impacte de la doble jornada sobre la salut s'ha reduït a Catalunya tot i que els recursos disponibles per a la cura de les persones dependents no semblen haver augmentat de forma molt evident. Tot i que no es pot descartar que la llei de conciliació de vida laboral i familiar (Llei 39/1999, de 5 de novembre) hagi tingut un efecte positiu, aquest és dubtós. El CES assenyala que les reformes legals vinculades només a la relació laboral són insuficients i és necessari promoure els serveis de proximitat, tal i com es recull expressament en les orientacions de treball de la UE-15 del quart pilar sobre igualtat d'oportunitats. Lamentablement la llei de conciliació de vida laboral i familiar[36] no incorpora cap mesura que permeti assegurar que els homes s'involucrin més en les responsabilitats familiars ja que el seu disseny respecta el model actual de permisos, llicències i excedències laborals.

Una altra possible raó del menor impacte de la doble jornada sobre la salut de les dones l'any 2002 són els ajustos que s'han produït en les famílies com a forma de compaginar vida laboral i familiar. Així, d'una banda, la maternitat s'ha endarrerit. Si l'any 1994 l'edat mitjana a la maternitat era de 30 anys, el 2002 se situava en 30,9[19]. D'altra banda s'ha reduït la grandària de la llar, cosa que podria considerar-se com un indici d'una tendència cap a la reducció del treball domèstic com a forma de compaginar adequadament la vida laboral i la familiar. Com s'aprecia a la figura 8.11 entre 1994 i 2002, entre les persones ocupades casades o que vivien en parella, en qualsevol combinació de sexe i classe social, s'ha reduït la proporció dels que viuen a llars de més de quatre persones pràcticament a la meitat.

S'ha assenyalat que ni els empresaris ni els sindicats han integrat la dimensió familiar de les persones que treballen en el mercat laboral. Per això, algunes dones, pressionades entre una esfera laboral molt precaritzada i una família que els demana una presència important, acaben abandonant el seu projecte laboral o desestimen la possibilitat de promocionar-se i augmentar la seva qualificació. Però la majoria de les dones que avui fan treball remunerat a Catalunya s'hi aferren, sigui per necessitats econòmiques i/o per millorar la seva auto-estima i el seu creixement personal i social. Algunes d'elles renuncien a un projecte de família.

2.3. Una mirada a dos col·lectius d'especial interès

2.3.1. Les dones que treballen al servei domèstic i a la neteja

L'any 1994 les dones que treballaven al servei domèstic i a la neteja, un col·lectiu en el qual conflueixen les desigualtats de gènere i classe, presentaven els pitjors indicadors de salut, fins i tot significativament pitjors que altres treballadores de la mateixa classe social. Es tracta d'un col·lectiu nombrós, que el 1994 suposava el 12% de la població ocupada femenina i el 2002 el 9%, que treballa en situacions de gran precarietat. Així, l'any 2002 només el 40,5% té contracte fix, mentre que la resta de treballadores de classe V la proporció és del 75,6%, el

27,9% té contracte temporal de durada determinada, el 5,4% d'obra o servei i un nombre molt elevat, el 26,1%, treballa sense contracte.

A la situació més desfavorable en l'àmbit laboral s'afegeixen problemes en la vida familiar. L'any 2002, el 8,5% estan separades, el 3,1% divorciades i el 5,4% són vídues. Els percentatges corresponents en la població ocupada femenina són del 4,0%, 2,0% i 1,8% respectivament. A més, el 20% de les mares que treballen en la neteja i el servei domèstic són responsables de llars monoparentals, quan la proporció en les dones ocupades que són mares se situa en l'11,6%.

Si l'any 1994 es documentava en aquest col·lectiu un risc superior, fins i tot comparat amb altres dones de la mateixa classe social, de mal estat de salut percebut, mala salut mental, dolor i restricció de l'activitat, el 2002 les diferències es mantenen només per a l'estat de salut percebut (la prevalença de mal estat de salut percebut estandarditzada per l'edat en aquest col·lectiu és del 29,5% mentre entre la resta de treballadores de classe V se situa en el 10,5%). Una altra diferència és que mentre el 1994 no existeixen diferències en el consum de tranquil.litzants, el 2002 les dones de la neteja i el treball domèstic consumeixen aquests fàrmacs més que la resta (11,7% front a 6,8% en percentatges estandarditzats per l'edat).

Cal insistir en el fet que els efectes de les polítiques de precarització del treball de mercat són molt negatives per a les dones, especialment per a les de més baixa qualificació professional, que sovint han de fer feines discontínues i poden ser fortament explotades quan fan treball a domicili[25].

2.3.2. Les dones responsables de llars monoparentals

L'any 1994 entre les mares i pares de 25 a 64 anys amb fills menors de 15 anys, l'1% dels homes i el 7,5% de les dones eren responsables d'una llar monoparental. L'any 2002 les proporcions han pujat lleugerament (1,5% dels homes i 8,6% de les dones)[c]. Ser responsable d'una llar monoparental és generalment una situació difícil amb potencials efectes adversos per a la salut. A continuació es descriu breument la situació de les mares de 25 a 64 anys comparant la situació d'aquelles que són responsables de llars monoparentals amb la de les casades o que viuen en parella. Es restringeix l'anàlisi a les llars amb menors de 15 anys perquè l'ESCA-94 no permet conèixer si hi viuen fills o filles majors d'aquesta edat. No s'analitzen els homes degut al baix nombre d'ells que són responsables de llars monoparentals.

Tant l'any 1994 com el 2002 més de la meitat de les dones responsables de llars monoparentals eren separades. Aproximadament el 10% eren solteres, l'estat de convivència menys habitual. Entre 1994 i 2004 ha crescut la proporció de divorciades des del 15,6% al 21,4%. Destaca la gran diferència en la situació laboral en les mares responsables de llars monoparentals i les que comparteixen la responsabilitat amb una parella. L'any 1994 el 61,4% de les primeres estaven empleades i la proporció de mestresses de casa era de només un 13,3%. En canvi, en les segones els percentatges corresponents eren de 44,9% i 43,9% respectivament. El 2004 en ambdós grups s'havia reduït la proporció de mestresses de casa. En les dones responsables de llars monoparentals havia baixat al 7,0% i en les mares casades o que viuen en parella al 35,2%.

En relació amb l'ocupació, els dos anys analitzats la situació de les dones responsables de llars monoparentals va ser pitjor que la d'altres mares treballadores, si bé les diferències s'han reduït durant el període d'estudi. L'any 1994, la proporció de treballadores manuals en les primeres era de 63,8% i en les segones de 42,7%. Vuit anys després els percentatges corresponents són del 53,1% i 46,9%. L'ocupació més freqüent en ambdós anys ha estat la de treballadora de la neteja (29,8% el 1994 i 22% el 2002).

Tant l'any 1994 com el 2002 les mares responsables de llars monoparentals tenien més risc de mal estat de salut mental (22,1% front a 12,6 al 1994 i 26,2% front a 15,8% al 2002) i una prevalença superior de tabaquisme (43,6% front a 23,4% al 1994 i 57,1% front a 35,6% al 2002) que les mares casades o que vivien en parella. No s'observava cap associació amb l'estat de salut percebut, amb la pràctica d'exercici físic o amb el nombre d'hores de son. Aquestes troballes apunten cap a una situació d'estrès crònic en que es troben les dones responsables d'una llar monoparental.

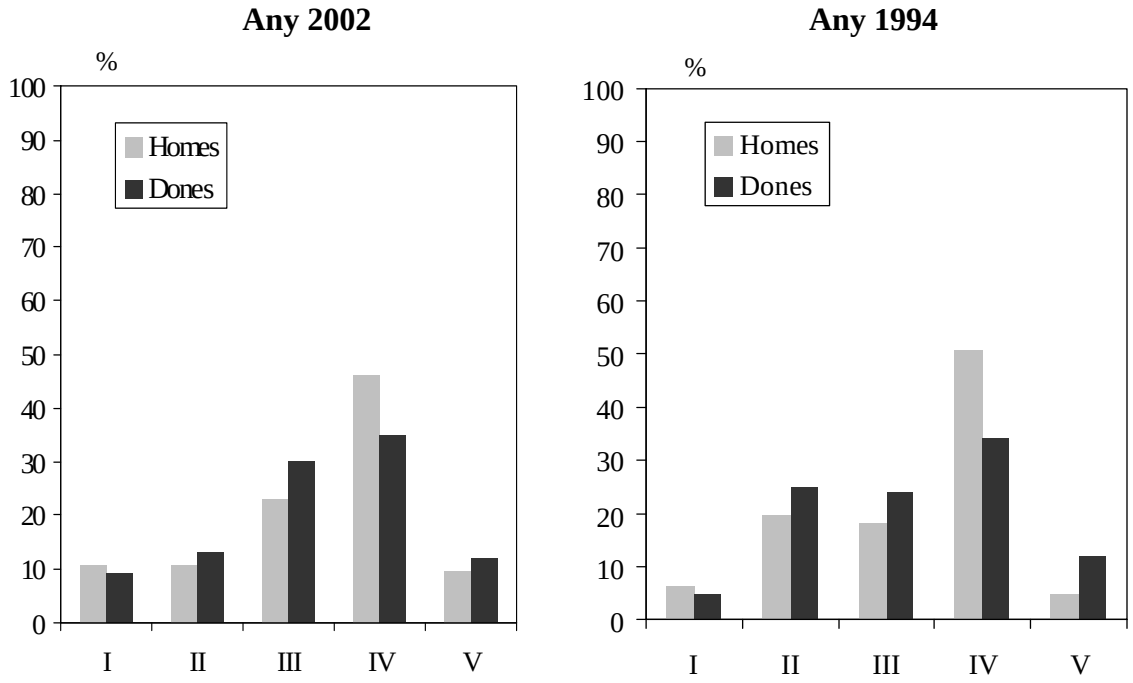
3. Conclusions

Les principals conclusions d'aquest capítol son les següents:

[c] Entre les mares ocupades l'11,6% era responsable d'una llar monoparental i entre els pares ho era el 3,3% (sense restriccions en l'edat de les criatures)

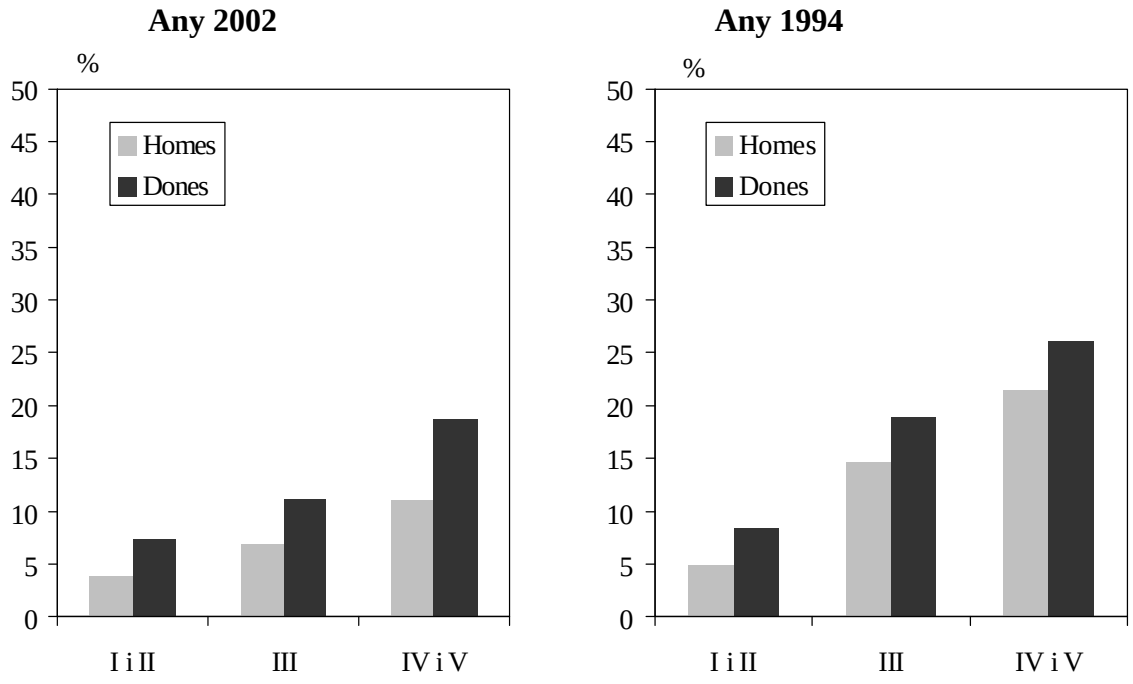
- La taxa d'activitat de les dones ha crescut els darrers anys però continua sent força més baixa que la dels homes i persisteix una marcada segregació horitzontal i vertical al mercat de treball.
- Entre la població ocupada han augmentat les diferències de classe – més persones en les classes extremes – mentre que s'han reduït les de gènere.
- Encara que l'atur s'ha reduït significativament i també ho ha fet, encara que en menor mesura, la contractació temporal, ambdós segueixen afectant més les dones i els treballadors de les classes més desfavorides.
- El temps dedicat al treball remunerat és superior en els homes; el de treball domèstic ho és en les dones, sobretot les de classes més desfavorides. En la població ocupada amb responsabilitats familiars, el temps de treball total és més alt en les dones.
- El treball a temps parcial, molt més freqüent en les dones, s'associa amb la contractació temporal i el treball sense contracte.
- S'ha reduït la prevalença de risc laboral autopercebut però es mantenen les desigualtats, especialment pel que fa a la pitjor situació de les persones de classes més desfavorides. Degut a la segregació horitzontal del mercat de treball els riscos de seguretat i higiene són més alts en els homes.
- S'ha reduït la prevalença de mal estat de salut percebut, mal estat de salut mental i de la majoria dels trastorns crònics. S'ha incrementat la prevalença de limitació crònica de l'activitat habitual. Persisteixen les desigualtats en la salut.
- La flexibilització del treball (treballar amb contracte temporal o sense contracte) s'associa amb més risc de mal estat de salut mental en les dones i els homes de classes més desfavorides. A més, en els homes s'associa amb pitjor salut social en tant que és un factor limitant per a la formació d'una família.
- S'ha reduït l'impacte negatiu de la combinació de la vida laboral i familiar sobre la salut de les dones possiblement per la reducció de la grandària de la unitat familiar i l'endarreriment de l'edat de tenir la primera criatura.

Figura 8.1. Evolució de la classe social segons el sexe. Població ocupada. Catalunya, 2002 i 1994.



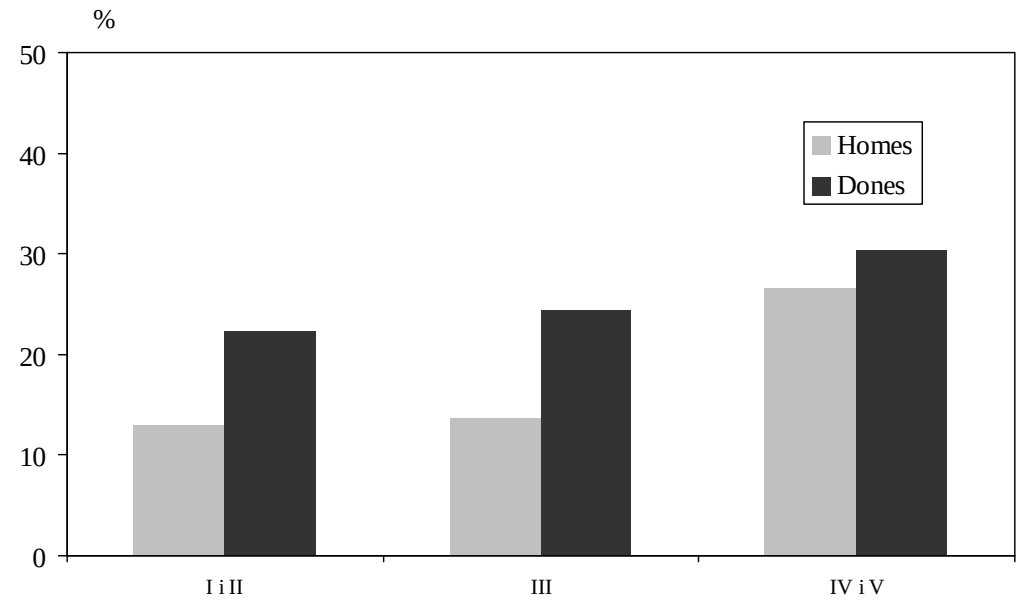
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 8.2. Evolució de la taxa d'atur segons el sexe i la classe social. Població activa. Catalunya, 2002 i 1994.



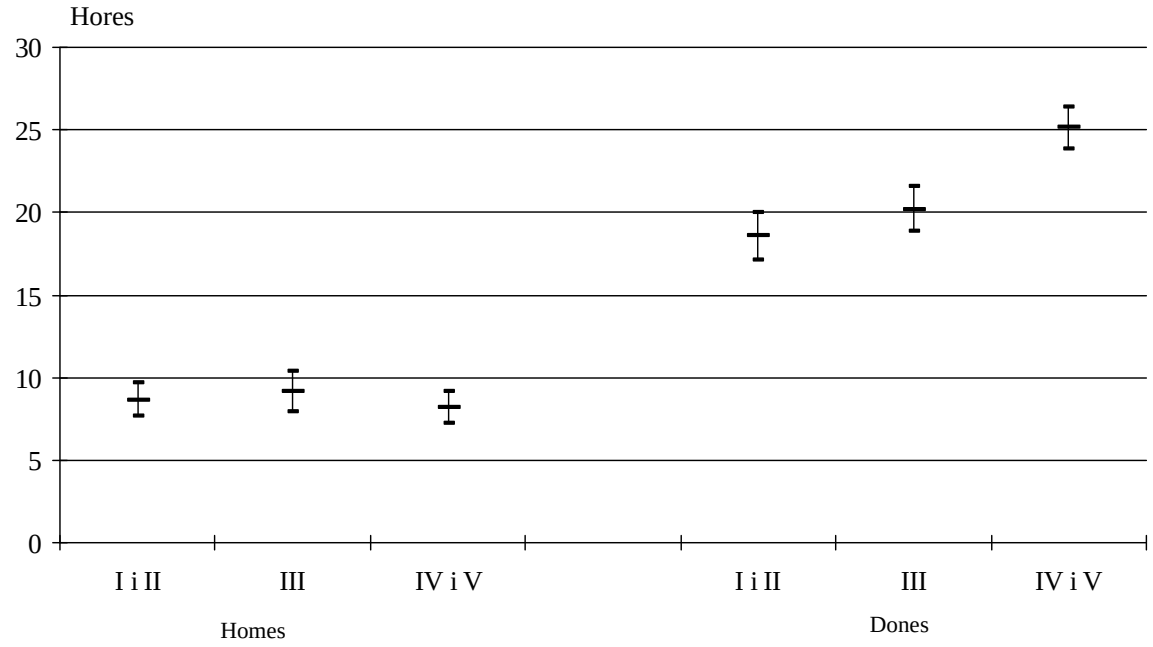
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 8.3. Contractació temporal segons el sexe i la classe social l'any 2002. Població assalariada. Catalunya, 2002.



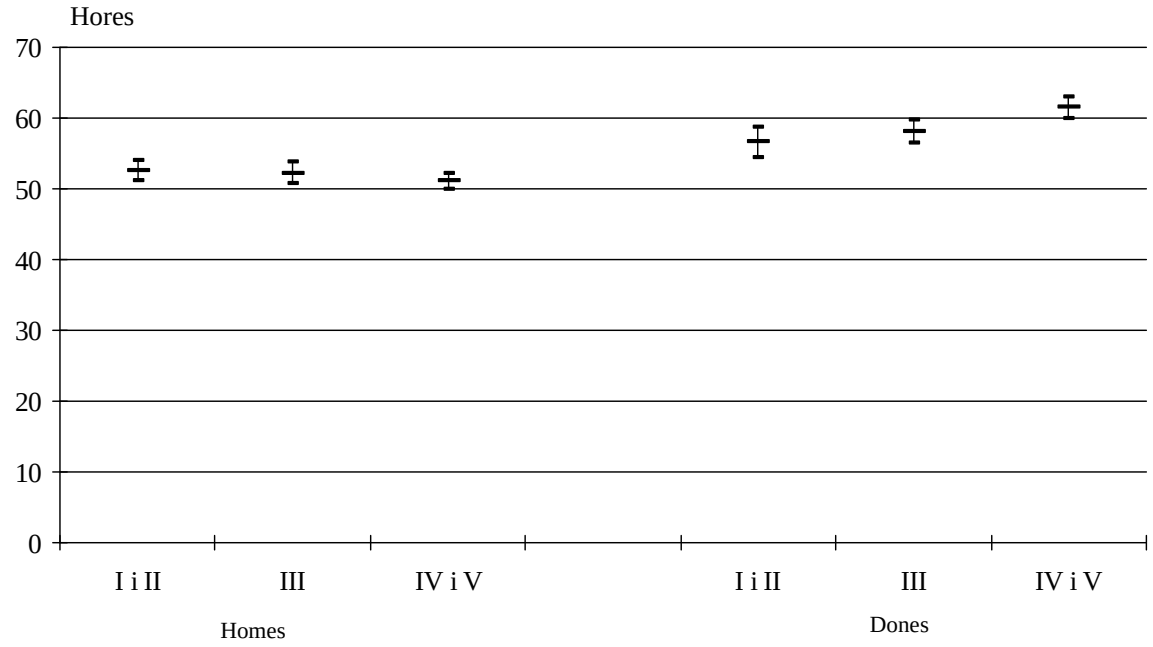
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Figura 8.4. Temps de treball domèstic setmanal segons el sexe i la classe social (mitjana i interval de confiança del 95%). Població ocupada casada o que viu en parella. Catalunya, 2002.



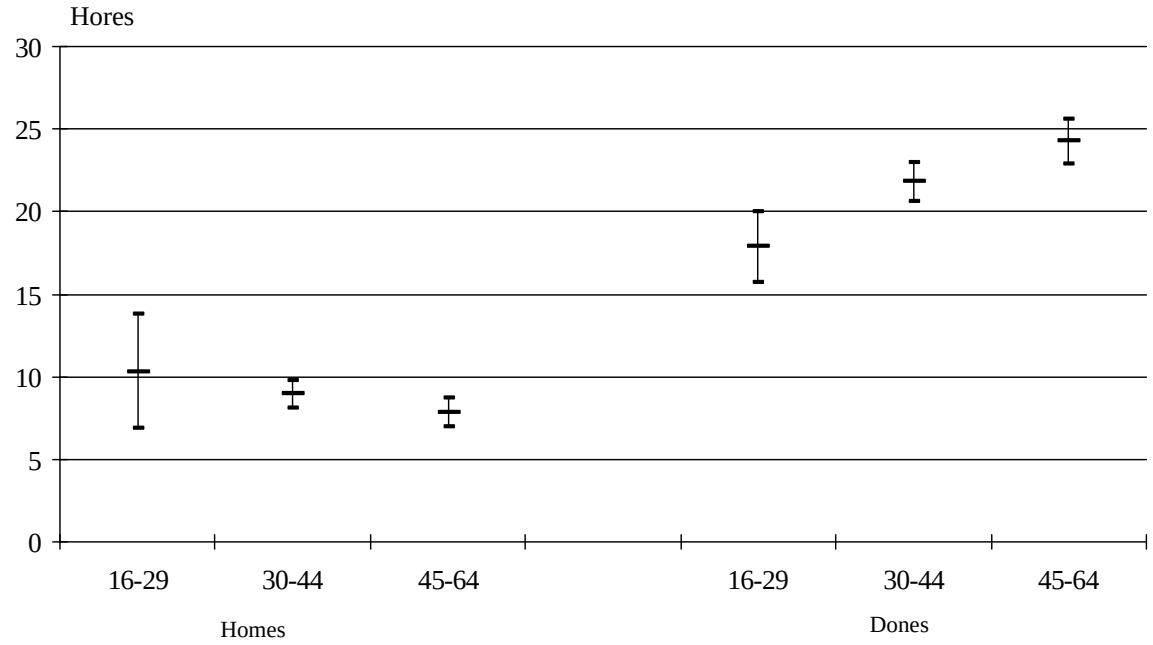
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Figura 8.5. Temps de treball total setmanal segons el sexe i la classe social (mitjana i interval de confiança del 95%). Població ocupada casada o que viu en parella. Catalunya, 2002.



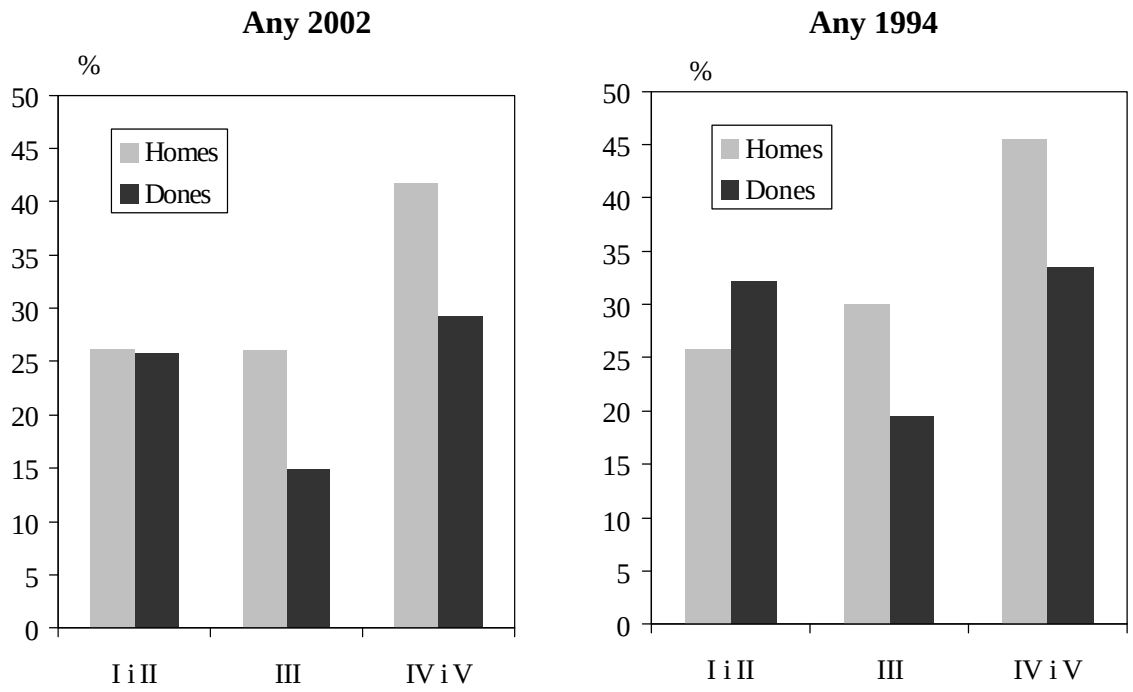
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Figura 8.6. Temps de treball domèstic setmanal segons el sexe i l'edat (mitjana i interval de confiança del 95%). Població ocupada casada o que viu en parella. Catalunya, 2002.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Figura 8.7. Percepció d'exposició a riscos laborals segons el sexe i la classe social. Població ocupada. Catalunya, 2002 i 1994.



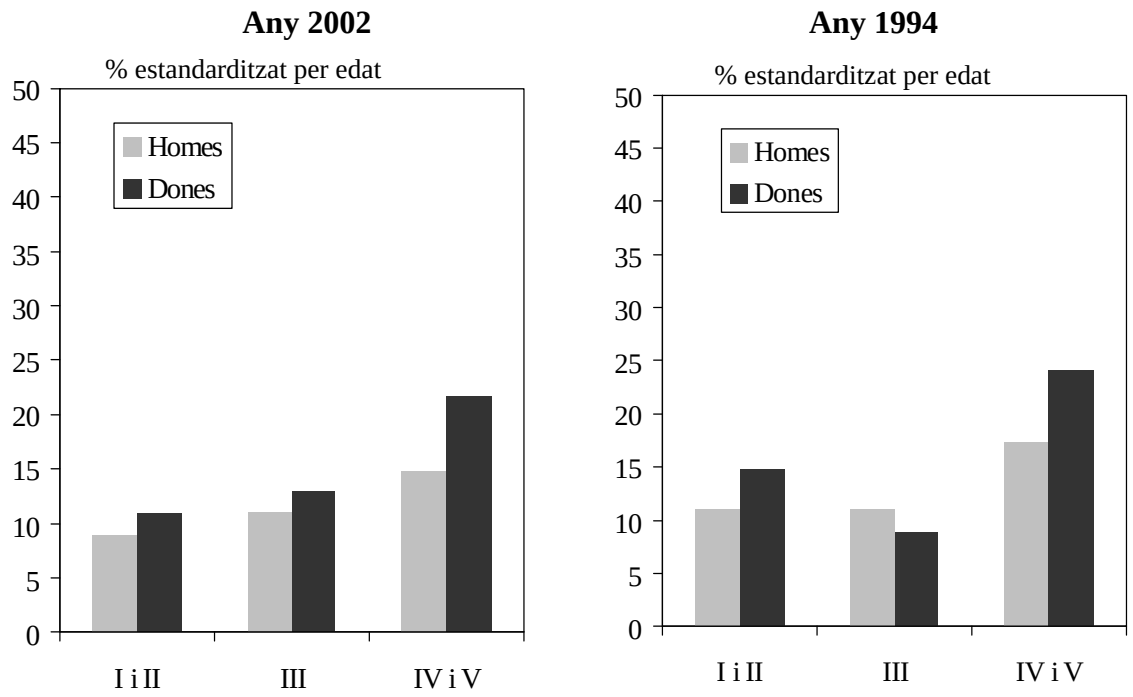
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Taula 8.1. Població exposada moltes vegades o sempre a diferents factors de risc laboral segons el sexe i la classe social. Població ocupada. Catalunya, 2002.

	Homes				Dones			
	I i II	**III**	**IV i V**	**Total**	**I i II**	**III**	**IV i V**	**Total**
Volum de soroll que obliga aixecar la veu	6,9	10,8	27,2	19,1	16,8	7,5	15,8	13,3
Pol·lució de l'aire	7,8	14,4	33,0	23,2	12,5	8,9	19,7	14,6
Aixecar pesos de més de 15 kg.	7,5	20,4	44,1	30,6	6,7	4,9	16,4	10,5
Moviments repetitius braços o mans	26,5	36,4	59,4	46,8	36,8	42,2	60,8	49,3
Productes tòxics	3,1	6,9	15,2	10,7	5,7	1,7	12,7	7,6
Risc elèctric	3,7	6,2	13,8	9,8	2,1	3,0	4,9	3,6
Risc de cremades	4,3	5,8	14,2	10,1	3,6	2,8	8,9	5,7
Risc d'accidents de trànsit	11,4	23,9	21,0	19,6	6,5	3,4	3,3	4,0
Risc d'altres accidents	2,5	4,2	6,7	5,2	2,1	1,0	1,4	1,4
Canvis de temperatura	10,4	16,1	28,4	21,6	9,9	10,2	14,9	12,2
Il·luminació inadequada	9,5	8,1	12,8	11,0	14,0	12,5	9,6	11,6
Maquinària perillosa	4,8	15,0	29,2	20,5	2,2	2,9	12,4	7,0
Postures molestes	10,5	17,9	35,1	25,7	14,4	15,4	29,8	21,6
Massa treball	31,9	29,1	35,4	33,1	24,7	25,5	32,9	28,6
Feina poc variada	14,9	21,5	33,1	26,3	16,5	30,5	42,0	32,5
No treballa al seu aire	41,9	44,7	57,3	48,9	46,7	48,6	55,1	49,0
Males relacions amb els companys	1,9	2,0	2,1	2,0	1,2	0,9	2,5	1,7
Males relacions amb els superiors	0,5	1,5	1,8	1,5	2,3	1,3	2,5	2,1
Treballa sol/a	21,8	24,7	22,3	22,6	21,3	20,5	26,4	23,5

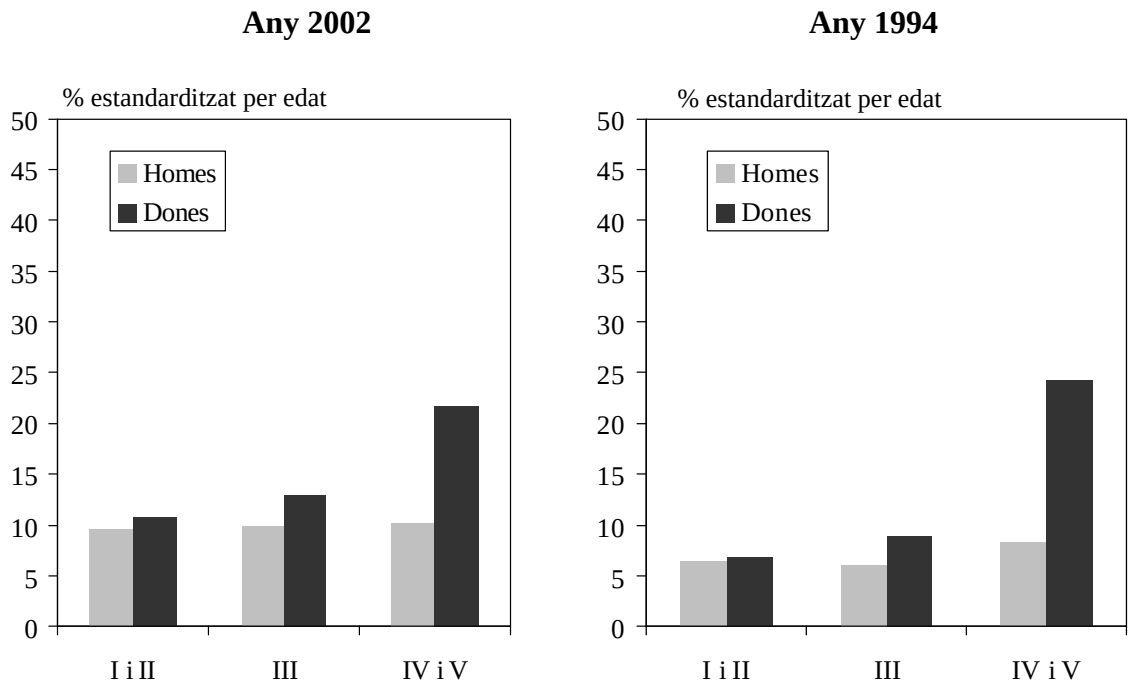
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Figura 8.8. Mal estat de salut percebut segons el sexe i la classe social. Població ocupada. Catalunya, 2002 i 1994.



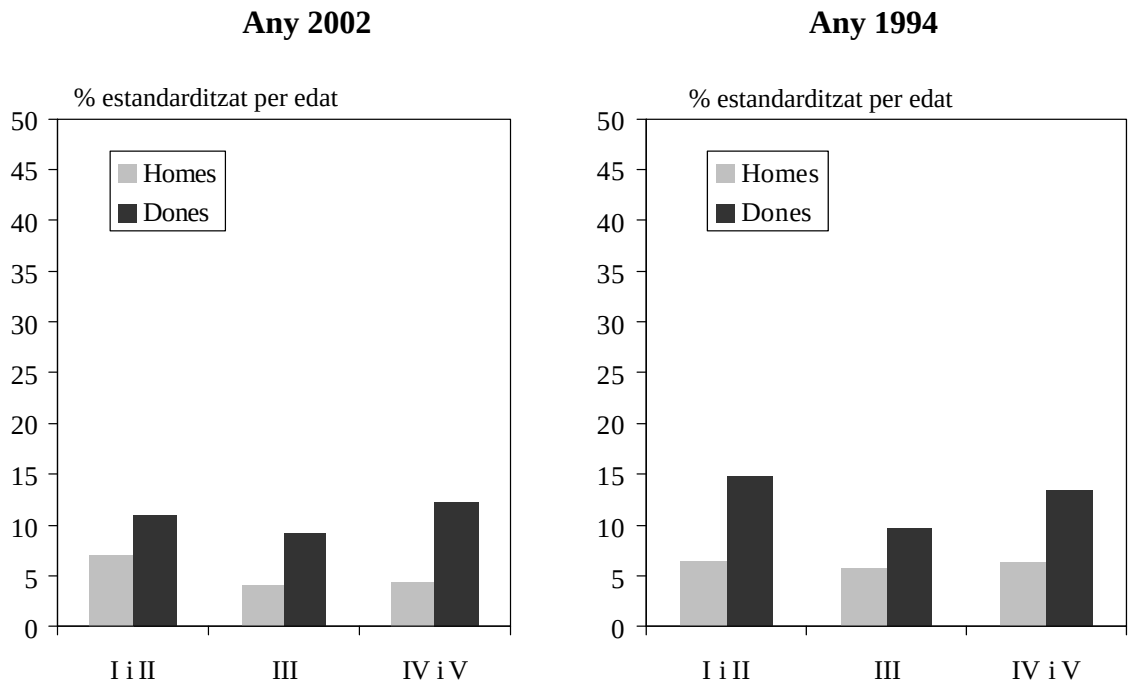
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 8.9. Limitació crònica de l'activitat segons el sexe i la classe social. Població ocupada. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 8.10. Prevalença de mal estat de salut mental segons el sexe i la classe social. Població ocupada. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Taula 8.2. Trastorns crònics segons la classe social. Homes ocupats. Percentatges estandarditzats per l'edat. Catalunya, 2002 i 1994.

	2002				1994			
	I i II	**III**	**IV i V**	**Total**	**I i II**	**III**	**IV i V**	**Total**
Pressió alta	10,7	11,2	9,1	10,3	10,4	10,4	9,2	9,7
Malalties del cor	3,2	2,5	2,9	3,0	2,9	2,8	3,1	3,0
Varices	4,8	2,3	5,3	4,8	4,2	5,0	4,6	4,6
Al·lèrgies	16,4	12,8	12,6	13,3	11,3	8,8	11,0	10,6
Asma	5,0	2,6	4,6	4,2	2,1	2,3	3,0	2,6
Bronquitis	3,4	4,4	4,8	4,6	3,2	3,2	5,6	4,5
Diabetis	3,1	1,6	2,0	2,2	2,8	1,6	3,0	2,6
Úlcera	4,4	3,2	4,5	4,3	4,2	6,6	6,3	5,9
Molèsties urinàries	3,8	3,4	2,5	3,2	4,0	2,8	3,8	3,6
Colesterol elevat	8,1	9,4	7,8	8,5	9,7	9,5	8,4	8,9
Cataractes	0,5	1,0	1,3	1,1	1,0	0,4	0,7	0,7
Problemes de la pell	5,9	3,7	3,9	4,3	4,3	3,4	4,3	4,1
Restrenyiment	2,0	1,8	1,5	1,7	2,2	2,1	2,3	2,2
Embòlia	0,5	1,4	0,6	0,9	0,4	0,5	0,3	0,4

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Taula 8.3. Trastorns crònics segons la classe social. Dones ocupades. Percentatges estandarditzats per l'edat. Catalunya, 2002 i 1994.

	2002				1994			
	I i II	**III**	**IV i V**	**Total**	**I i II**	**III**	**IV i V**	**Total**
Pressió alta	4,5	5,0	9,3	6,8	8,1	3,3	10,4	7,8
Malalties del cor	1,4	2,5	1,9	2,0	1,3	2,2	2,7	2,2
Varices	17,0	18,0	24,7	20,9	19,6	11,8	26,7	20,6
Al·lèrgies	17,5	11,8	14,9	14,4	16,6	16,3	16,6	16,5
Asma	6,1	3,0	5,1	4,7	2,6	4,1	3,3	3,3
Bronquitis	2,0	3,4	4,3	3,5	2,8	2,8	3,6	3,1
Diabetis	3,0	1,4	2,0	2,0	1,4	0,7	2,5	1,7
Úlcera	2,5	1,1	3,1	2,3	2,6	2,3	2,7	2,5
Molèsties urinàries	2,8	3,4	4,0	3,5	1,8	2,8	3,3	2,7
Colesterol elevat	6,7	7,8	9,0	8,0	7,4	3,7	7,2	6,3
Cataractes	0,9	1,0	2,1	1,5	0,5	0,0	0,8	0,5
Problemes de la pell	6,3	7,4	5,0	6,0	5,9	6,8	4,3	5,5
Restrenyiment	7,4	9,8	8,6	8,6	12,0	9,5	13,8	12,1
Embòlia	1,1	0	0,6	0,5	0,8	0	0,6	0,5

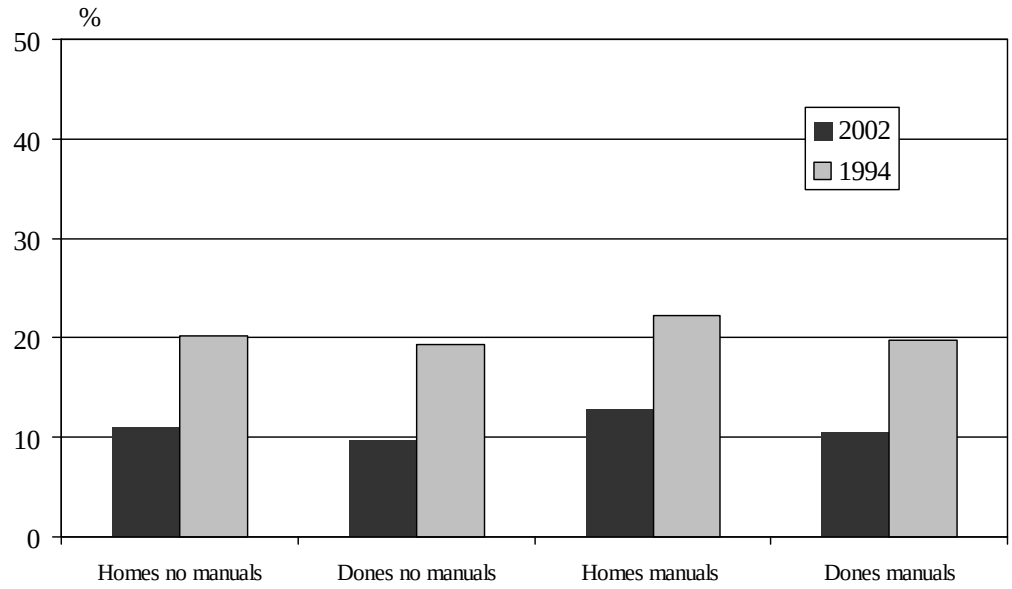
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Taula 8.4. Alguns indicadors de salut segons la classe social. Percentatges estandarditzats per l'edat. Mestresses de casa de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella. Catalunya, 2002 i 1994.

	2002				1994			
	I i II	**III**	**IV i V**	**Total**	**I i II**	**III**	**IV i V**	**Total**
Mala salut percebuda	32,1	18,9	35,1	32,3	29,9	24,8	39,8	36,9
Restricció crònica de l'activitat	10,3	12,4	19,9	18,2	15,1	8,8	17,7	16,3
Mala salut mental	27,6	11,0	18,5	17,8	6,1	8,4	14,4	12,9
Tranquil·litzants	17,9	8,9	12,2	11,9	5,4	5,3	8,2	7,5

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

Figura 8.11. Llars de més de quatre membres. Persones de 25 a 64 anys ocupades i casades o que viuen en parella. Catalunya, 2002 i 1994.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994 (elaboració pròpia).

4. Bibliografia

[1] Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. J Epidemiol Comm Health. 1994; 48: 333-7.
[2] Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. Ann Rev Public Health. 1987; 8: 235-51.
[3] Reid C. A Full measure. Towards a comprehensive model for the measurement of women's health. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2002.
[4] Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. Int J Health Serv. 1992; 22: 239-60.
[5] Hunt K, Annandale E. Just the job? Is the relationship between health and domestic and paid work gender specific? Sociology of Health and Illness. 1993; 15: 632-64.
[6] Artazcoz L, Cortès I, Benach J, Benavides FG. Les desigualtats en salut laboral a Catalunya. A: Borrell C, Benach J (eds.). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània; 2003: 251-82.
[7] Servei Català de la Salut. Document Tècnic Encuesta de Salud de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 1994. Barcelona, Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1995.
[8] Servei Català de la Salut. Document Tècnic Enquesta de Salut de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2003.
[9] Santolaria E, Fernández A, Daponte A. El sector productivo. A: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social.Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):24-30.
[10] Larrañaga I, Arregi B, Arpal J. El trabajo reproductivo o doméstico. A: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):31-7.
[11] Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de la población adulta en España desde la perspectiva de género y clase social. A: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004; 18 (Suppl 1):56-68
[12] Artazcoz L, Escribà V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. Gac Sanit 2004; (Supl. 2): 24-35.
[13] García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto del cuidado informal sobre la vida de las mujeres. A: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):83-92.
[14] Maroto-Navarro G, García Calvente MM, Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: Dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit. 2004;18(Supl 2):13-23.
[15] Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health. 2004; 94: 82-8.
[16] Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. Soc Sci Med. 2004;59:263-74
[17] Artazcoz L, Artieda L, Borrell, C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? Eur J Public Health. 2004; 14: 43-8.
[18] Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour. Soc Sci Med. 2004;58:1869-87.
[19] Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya. [pàgina visitada 2/08/2004]. Accessible a: URL:http://www.idescat.es.
[20] Consejo Económico y Social. Panorama sociolaboral de la mujer en España, número 24. Madrid: Consejo Económico y Social; 2001.
[21] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. [pàgina visitada 2/08/2004]. Disponible a: http: http://www.ine.es/inebase/cgi/axi.
[22] González-Calvet J, Mir-Artigues P, Gil-Estallo A. La desigualtat salarial a Catalunya (1995-2000). Barcelona: Editorial Mediterrània; 2002.
[23] Matthews S, Hertzman C, Ostry A, Power C. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. Soc Sci Med 1998; 46: 1417-24.
[24] Paoli P, Merllié D. Third European Survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
[25] Brullet C. El debat sobre la conciliació ocupació-família dins el marc de la Unió Europea. Revista Catalana de Sociologia. 2000; 12: 155-85.

[26] Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. J Epidemiol Community Health. (en premsa).
[27] Baizán P. Living arrangements in Spain. In: Corijn M, Klijzing E (editors). Living arrangements in Europe. London: Kluwer Academic Publishers; 2001.
[28] Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work, and health. Ann Rev Public Health. 1987; 8: 235-51.
[29] Hochschild A. The second shift: working parents and the revolution at home. New York: Viking Press; 1989.
[30] Hall EM. Women's work: An inquiry into the health effects of invisible and visible labour. [Tesi doctoral]. Estocolmo: Karolinska Institute; 1990.
[31] Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects of multiple roles on women's health. J Health Soc Behav. 1998; 39: 216-236.
[32] Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. Sociology of Health and Illness. 1992; 14: 313-43.
[33] Walters V, Denton R, French S, Eyles J, Mayr J, Newbold, B. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. Soc Sci Med. 1996; 43: 1627-36.
[34] Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. Soc Sci Med. 1999; 48:99-115.
[35] Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health. 2001; 55: 639-47.
[36] Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral en las personas trabajadoras. Llei 39/1999 (5 de novembre, 1999).

Taula 1. Estat de salut percebut regular o dolent, presència de trastorns crònics i mal estat de salut mental segons la classe social. Homes i dones més grans de 14 anys. Catalunya, 2002.

	Homes		Dones		Total	
	n	%[a]	n	%[a]	n	%[a]
Estat de salut percebut regular o dolent						
Classe social I-II	68	10,2	92	16,8	160	13,1
Classe social III	129	17,0	172	19,6	301	18,4
Classe social IV-V	463	23,9	647	32,6	1110	28,4
Presència d'algun trastorn crònic						
Classe social I-II	381	57,1	332	60,2	713	58,8
Classe social III	456	60,7	571	64,8	1027	63,3
Classe social IV-V	1131	59,4	1437	74,0	2568	67,1
Mal estat de salud mental						
Classe social I-II	51	7,4	87	15,8	138	11,2
Classe social III	66	8,8	119	13,6	185	11,3
Classe social IV-V	182	9,5	383	19,4	565	14,5

[a] Proporció estandarditzada per edat mitjançant el mètode directe
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia)

Taula 2. Estat de salut percebut regular o dolent segons la regió sanitària, la classe social i l'edat. Percentatges. Homes i dones més grans de 14 anys. Catalunya, 2002.

		Regió sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes										
15-44 a	Classe social I-II	-	7,7	-	3,6	6,3	-	3,9	0,8	2,9
	Classe social III	7,1	7,7	-	3,4	5,4	2,2	7,9	5,7	5,4
	Classe social IV-V	9,3	8,1	4,0	9,3	9,1	11,6	15,0	10,2	10,9
45-64 a	Classe social I-II	11,1	16,7	-	14,3	20,8	17,6	24,4	16,3	18,4
	Classe social III	21,7	22,2	14,3	10,5	31,1	20,0	33,3	25,4	24,8
	Classe social IV-V	26,3	33,3	27,3	22,4	45,9	32,9	37,1	36,0	36,2
>64 a	Classe social I-II	33,3	-	-	16,7	40,0	25,0	36,4	15,9	21,6
	Classe social III	33,3	28,6	50,0	62,5	43,8	37,5	58,8	36,8	40,9
	Classe social IV-V	37,5	41,7	55,6	36,7	67,3	46,9	52,6	52,4	51,5
Dones										
15-44 a	Classe social I-II	9,5	13,6	-	10,5	13,0	15,0	3,8	6,9	8,7
	Classe social III	6,7	7,9	10,0	14,6	15,2	19,7	6,6	11,3	11,7
	Classe social IV-V	4,3	6,6	12,5	15,3	18,8	19,7	23,2	5,8	15,6
45-64 a	Classe social I-II	18,2	25,0	-	25,0	50,0	25,0	52,6	12,1	25,5
	Classe social III	22,2	20,0	40,0	23,1	17,1	20,0	22,7	25,0	22,8
	Classe social IV-V	25,0	29,4	33,3	38,8	48,5	43,4	54,0	34,2	42,8
>64 a	Classe social I-II	-	33,3	-	50,0	37,5	83,3	-	55,0	52,2
	Classe social III	44,4	40,0	66,7	54,5	55,6	33,3	38,5	65,9	56,1
	Classe social IV-V	60,9	53,3	50,0	55,0	63,4	52,2	51,4	52,9	54,7

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia)

Taula 3. Presència d'algun trastorn crònic segons la regió sanitària, la classe social i l'edat. Percentatges. Homes i dones més grans de 14 anys. Catalunya, 2002.

		Regió sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes										
15-44 a	Classe social I-II	25,0	36,0	40,0	40,7	54,2	50,0	49,4	41,3	44,4
	Classe social III	23,1	34,6	57,1	53,6	47,8	51,1	47,4	51,0	47,2
	Classe social IV-V	32,1	34,9	30,8	49,1	44,6	41,6	38,1	50,5	42,4
45-64 a	Classe social I-II	66,7	54,5	66,7	50,0	78,3	52,9	60,0	76,1	68,1
	Classe social III	52,2	66,7	85,7	57,9	88,6	53,3	60,0	73,7	69,7
	Classe social IV-V	73,7	69,4	83,3	73,5	89,1	77,0	75,5	80,0	79,1
>64 a	Classe social I-II	100	50,0	-	91,7	90,0	87,5	100	88,1	88,2
	Classe social III	85,0	84,6	85,7	87,5	100	87,5	94,1	92,1	90,5
	Classe social IV-V	87,5	87,0	100	89,3	98,0	93,8	86,8	90,2	90,9
Dones										
15-44 a	Classe social I-II	47,5	50,0	66,7	42,1	46,3	56,4	45,0	56,3	50,7
	Classe social III	31,0	34,2	55,6	48,8	64,8	57,6	50,4	56,3	53,3
	Classe social IV-V	39,1	43,4	56,4	60,4	61,1	61,5	52,9	58,4	56,0
45-64 a	Classe social I-II	77,8	54,5	100	75,0	85,7	75,0	85,0	72,9	75,4
	Classe social III	77,8	73,3	80,0	76,9	85,7	93,3	79,5	82,3	81,5
	Classe social IV-V	71,4	73,5	78,6	88,0	90,6	91,9	88,3	92,0	62,7
>64 a	Classe social I-II	100	100	-	83,3	100	100	100	94,4	95,5
	Classe social III	75,0	100	100	90,9	100	100	100	92,7	93,8
	Classe social IV-V	85,7	93,1	100	97,4	100	95,7	91,0	95,0	94,7

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia)

Taula 4. Mal estat de salut mental segons la regió sanitària, la classe social i l'edat. Percentatges. Homes i dones més grans de 14 anys. Catalunya, 2002.

		Regió sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes										
15-44 a	Classe social I-II	10,0	7,7	20,0	7,1	8,2	2,2	9,0	7,1	7,4
	Classe social III	3,6	4,0	0	3,4	5,4	6,5	10,5	10,4	7,4
	Classe social IV-V	11,1	3,5	3,8	8,4	6,3	6,5	9,2	13,9	8,5
45-64 a	Classe social I-II	12,5	-	-	-	-	11,8	9,8	9,8	7,8
	Classe social III	13,6	11,1	-	-	22,7	6,7	2,8	3,3	8,6
	Classe social IV-V	5,3	5,6	16,7	6,1	13,9	14,5	10,3	10,1	11,0
>64 a	Classe social I-II	-	-	-	8,3	-	-	20,0	6,8	7,9
	Classe social III	14,3	7,1	14,3	14,3	6,7	11,1	17,6	13,5	13,4
	Classe social IV-V	-	4,3	11,1	6,7	7,7	16,1	15,8	8,1	10,3
Dones										
15-44 a	Classe social I-II	9,5	13,6	25,0	11,1	10,9	15,4	17,7	17,6	15,5
	Classe social III	10,0	5,3	10,0	12,5	21,9	18,3	15,6	9,0	14,0
	Classe social IV-V	6,4	9,1	17,4	9,2	16,8	20,5	16,7	16,8	15,4
45-64 a	Classe social I-II	20,0	18,2	-	8,3	25,0	23,1	26,3	5,2	14,8
	Classe social III	11,1	-	-	25,0	5,7	6,7	26,7	13,5	14,2
	Classe social IV-V	13,8	8,6	13,3	20,0	28,6	26,3	21,4	23,5	22,6
>64 a	Classe social I-II	-	-	-	16,7	13,6	50,0	-	15,0	19,6
	Classe social III	12,5	-	26,7	9,1	-	-	-	14,3	19,2
	Classe social IV-V	16,7	12,9	20,0	22,5	26,4	23,9	31,8	19,9	23,5

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia)

Taula 5. Estils de vida segons la regió sanitària. Percentatges estandarditzats per edat. Homes més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	CATALUNYA
Consum de tabac									
Fumadors									
2002	28,7	36	31,5	36,2	31,6	31,5	29,7	33,7	32,4
1994	35,9	39,2	42	36,1	41,9	42,1	39	38,9	38,9
Ex-fumadors*									
2002	23,7	32,3	37,5	25,9	33,3	32,4	35,1	36,4	32,3
1994	38,2	37,3	32,2	37,9	31,6	32,4	37,1	37,5	35,7
No fumadors									
2002	47,3	39,1	41,0	39,8	38,0	38,1	40,2	36,7	40,1
1994	36,3	27,9	29,9	34,1	28	30,1	29,6	28,6	29,7
Consum d'alcohol**									
Abstemis									
2002	41,9	26,5	30,1	23,6	24,4	26,0	21,0	19,7	26,7
1994	29,4	25,7	18,6	26,8	25,8	25,3	26,6	23,3	25,4
C. prudent									
2002	44,0	65,1	59,5	63,8	66,3	65,0	70,7	70,3	62,9
1994	54,8	56,7	57,6	64,4	64,8	65,2	64,3	66,0	63,7
C. moderat									
2002	3,5	3,6	3,4	6,5	3,9	1,4	2,6	4,2	3,7
1994	4,0	5,6	5,6	3,3	3,5	4,9	4,8	5,9	4,8
C de risc									
2002	5,3	4,3	6,8	5,2	4,7	5,8	5,2	4,1	5,2
1994	11,8	11,8	18,0	5,5	5,8	4,5	4,3	4,8	6,1
Activitat física (AF) habitual									
Sedentaris									
2002	46,7	15,9	24,8	30,5	31,3	35,9	38,3	31,7	31,3
1994	14,8	26,1	23,8	19,7	24,1	21,8	22,6	41,4	27,4
AF Intensa									
2002	11,3	23,2	22,0	8,5	8,9	12,0	8,5	10,7	13,5
1994	6,7	12,7	24,4	11,9	10,9	18,0	11,5	8,0	8,0
Activitat física d'oci									
Sedentaris									
2002	50,8	29,6	41,2	27,4	32,4	26,8	38,8	17,8	33,3
1994	49,8	25,7	48,9	26,4	20,7	19,9	19,5	17,7	22,8
Realització de dieta									
2002	11,6	12,9	12,4	10,8	14,7	8,4	9,1	13,0	11,7
1994	17,9	16,1	23,8	18,5	14,0	16,4	14,6	14,6	15,9

*Ex-Fumadors: denominador fumadors i exfumadors

** Consum prudent: inferior a 20 grams / dia en dones i 30 en homes
Consum moderat: entre 21 i 30 grams / dia en dones i entre 31 i 40 en homes
Consum de risc: superior a 30 grams / dia en dones i 40 en homes.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

Taula 6. Estils de vida segons la regió sanitària. Percentatges estandarditzats per edat. Dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002 i 1994.

	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	CATALUNYA
Consum de tabac									
Fumadores									
2002	19,6	23,4	20,6	25,9	28,5	22,9	25,1	24,8	24,0
1994	15,7	16,4	14,2	14,4	21,9	17,5	17,4	21,7	19
Ex-fumadores*									
2002	14,4	25,4	22,8	27,0	20,8	25,4	16,9	25,6	23,0
1994	27,8	29,2	18,4	26,9	20,0	29,4	21,8	27,2	25,1
No fumadores									
2002	67,8	64,1	68,7	55,1	57,3	59,5	62,3	57,5	61,0
1994	76,2	68,6	78,6	76,0	65,9	70,6	70,9	63,4	68,5
Consum d'alcohol**									
Abstèmies									
2002	72,1	54,6	52,0	45,3	44,9	44,9	50,1	40,8	50,2
1994	64,2	51,2	48,6	57,0	51,3	53,9	55,9	42,9	51,2
C. prudent									
2002	23,9	40,2	45,1	51,0	54,0	52,4	47,8	54,5	46,4
1994	31,9	42,1	48,1	41,1	46,2	45,2	43,2	53,3	46,1
C. moderat									
2002	1,3	2,0	1,9	3,0	0,6	0,8	1,2	2,2	1,7
1994	3,3	4,1	2,3	1,4	2,0	0,9	0,7	2,9	2,0
C de risc									
2002	1,1	1,7	0,8	0,3	0,4	0,6	0,4	2,3	0,9
1994	0,6	2,5	0,9	0,5	0,5	--	0,2	0,9	0,7
Activitat física (AF) habitual									
Sedentàries									
2002	39,0	22,1	22,1	40,0	31,7	31,6	31,2	31,0	31,8
1994	17,8	28,3	30,7	22,3	28,5	24,5	29,2	33,0	28,4
AF Intensa									
2002	2,4	7,8	7,7	5,9	4,7	3,5	4,4	5,5	5,3
1994	0,5	1,3	3,6	2,6	2,9	6,7	2,4	3,6	3,2
Activitat física d'oci									
Sedentàries									
2002	50,5	34,0	45,6	37,9	41,7	30,8	44,2	24,8	38,3
1994	58,0	30,5	64,8	33,7	23,2	25,2	28,3	21,1	27,9
Realització de dieta									
2002	13,6	11,8	26,3	17,5	18,8	16,8	12,7	16,3	16,6
1994	27,0	19,0	32,8	22,7	21,9	21,1	26,2	16,4	21,4

*Ex-Fumadores: denominador fumadores i exfumadores

** Consum prudent: inferior a 20 grams / dia en dones i 30 en homes
Consum moderat: entre 21 i 30 grams / dia en dones i entre 31 i 40 en homes
Consum de risc: superior a 30 grams / dia en dones i 40 en homes.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994 (elaboració pròpia)

Taula 7. Cobertura sanitària segons la regió sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Catalunya, 2002.

		Regió Sanitària								
		Lleida	**Tarragona**	**Tortosa**	**Girona**	**Costa Ponent**	**Barcelonès Nord Maresme**	**Centre**	**Barcelona ciutat**	**Tot Catalunya**
Homes										
Classe social I-II	Pública	55,4	55,0	66,0	59,3	65,8	45,1	68,0	43,0	57,1
	Pública i privada	44,6	45,0	34,0	40,7	34,2	54,9	32,0	57,0	42,9
	Pública	70,5	73,2	73,8	65,4	69,7	75,8	72,6	58,0	69,9
Classe social III	Pública i privada	29,5	26,8	26,2	34,6	30,3	24,2	27,4	42,0	30,1
Classe social IV-V	Pública	63,5	83,2	73,7	81,9	82,1	86,9	88,5	75,1	79,4
	Pública i privada	36,5	16,8	26,3	18,1	17,9	13,1	11,5	24,9	20,6
Dones										
Classe social I-II	Pública	57,2	72,4	63,3	63,8	57,7	47,2	78,0	45,3	60,6
	Pública i privada	42,8	27,6	36,7	36,2	42,3	52,8	22,0	54,7	39,4
	Pública	58,5	69,4	75,6	61,3	59,1	81,2	83,1	55,1	67,9
Classe social III	Pública i privada	41,5	30,6	24,4	38,7	40,9	18,8	16,9	44,9	32,1
Classe social IV-V	Pública	74,2	85,9	83,8	87,5	87,0	86,5	90,0	72,2	83,4
	Pública i privada	25,8	14,1	16,2	12,5	13,0	13,5	10,0	27,8	16,6

Casos entrevistats: Lleida: 899; Tarragona: 950; Tortosa: 798; Girona: 1001; Costa de Ponent: 1101; Barcelonès-Nord-Maresme: 1047; Centre: 1204; Barcelona ciutat: 1400.

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 8. Pràctiques preventives segons la regió sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Catalunya, 2002.

	Regió Sanitària								
	Lleida	**Tarragona**	**Tortosa**	**Girona**	**Costa Ponent**	**Barcelonès Nord Maresme**	**Centre**	**Barcelona ciutat**	**Tot Catalunya**
Homes									
Examen mèdic preventiu (>14 anys)									
Classe social I-II	57,4	54,0	51,3	59,7	46,3	52,7	48,8	59,2	53,7
Classe social III	43,8	52,0	34,4	59,7	41,6	45,5	44,2	40,9	45,2
Classe social IV-V	53,6	48,5	45,3	39,8	51,7	44,2	41,2	45,0	46,1
Visita al dentista l'any anterior									
Classe social I-II	33,3	54,1	44,9	27,7	42,9	35,7	26,4	42,7	38,4
Classe social III	18,1	31,7	24,3	31,1	32,5	32,8	28,5	33,7	29,1
Classe social IV-V	31,0	26,1	29,7	26,7	29,9	22,9	29,2	26,7	27,8
Presa de la tensió arterial periòdica (>14 anys)									
Classe social I-II	58,4	54,0	54,6	50,7	44,2	50,8	42,9	52,8	51,0
Classe social III	44,3	56,1	45,1	50,1	52,8	55,7	41,7	39,8	48,2
Classe social IV-V	56,6	50,9	49,0	47,0	58,1	52,3	50,4	45,3	51,2
Revisió periòdica del colesterol (>14 anys)									
Classe social I-II	49,1	44,7	49,1	46,4	44,0	51,1	46,5	52,2	47,9
Classe social III	39,0	47,2	26,0	46,6	51,6	53,8	40,7	37,0	42,7
Classe social IV-V	51,6	42,6	40,6	39,3	53,6	43,1	41,2	44,5	44,5
Dones									
Examen mèdic preventiu (>14 anys)									
Classe social I-II	34,6	37,3	38,1	26,0	48,5	38,2	30,0	42,6	37,0
Classe social III	35,5	44,4	39,5	45,6	37,2	36,7	41,8	47,1	41,1
Classe social IV-V	38,1	40,6	35,7	32,3	40,9	37,2	38,8	40,1	37,9
Visita al dentista l'any anterior									
Classe social I-II	32,7	44,7	61,0	38,0	49,2	54,6	38,2	46,5	45,6
Classe social III	34,7	38,1	45,6	41,6	44,7	43,3	41,1	42,8	41,5
Classe social IV-V	32,5	34,7	35,9	31,0	35,7	35,4	32,9	36,8	34,3
Presa de la tensió arterial periòdica (>14 anys)									
Classe social I-II	57,8	46,6	67,0	50,7	54,9	43,8	48,0	42,0	51,1
Classe social III	45,1	49,3	63,2	53,8	52,3	48,3	53,9	47,6	51,7
Classe social IV-V	55,4	50,0	55,1	46,9	52,0	54,4	51,9	48,7	51,8
Revisió periòdica del colesterol (>14 anys)									
Classe social I-II	43,4	33,2	47,8	37,7	54,6	50,7	48,9	47,8	45,6
Classe social III	44,6	39,9	37,6	48,2	46,5	42,5	47,9	50,6	44,7
Classe social IV-V	39,9	42,2	43,4	45,4	47,4	48,4	44,1	45,1	44,5

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 9. Pràctiques preventives segons el tipus de cobertura sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat i *odds ratio*. Homes i dones. Catalunya, 2002.

	Homes				Dones			
	Tipus de cobertura sanitària				Tipus de cobertura sanitària			
	Pública		Pública i privada		Pública		Pública i privada	
	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †
Examen mèdic preventiu (>14 anys)								
Classe social I-II	48,3	1 ‡	58,1	1 ‡	34,2	1 ‡	44,8	1 ‡
Classe social III	42,8	0,7 (0,5-0,9)	48,9	0,7 (0,5-0,9)	39,1	1,2 (0,9-1,5)	46,9	1,2 (0,8-1,7)
Classe social IV-V	47,3	0,7 (0,5-0,9)	52,8	0,8 (0,6-1,1)	37,3	1,1 (0,8-1,4)	47,4	1,0 (0,7-1,5)
Visita al dentista l'any anterior								
Classe social I-II	34,1	1 ‡	44,7	1 ‡	39,3	1 ‡	50,6	1 ‡
Classe social III	29,0	0,8 (0,6-1,0)	32,3	0,6 (0,4-0,8)	39,2	1,0 (0,8-1,4)	45,9	0,8 (0,6-1,1)
Classe social IV-V	27,7	0,7 (0,6-0,9)	27,5	0,5 (0,4-0,7)	33,9	0,8 (0,7-1,0)	38,9	0,6 (0,4-0,8)
Presa de la tensió arterial periòdica (>14 anys)								
Classe social I-II	47,5	1 ‡	52,3	1 ‡	45,8	1 ‡	46,3	1 ‡
Classe social III	46,6	0,8 (0,6-1,1)	46,7	0,7 (0,5-1,0)	49,5	1,2 (0,9-1,6)	52,8	1,3 (0,9-1,9)
Classe social IV-V	58,3	1,0 (0,8-1,3)	51,5	0,8 (0,6-1,2)	50,2	1,2 (0,9-1,5)	55,6	1,5 (1,0-2,1)
Revisió periòdica del colesterol (>14 anys)								
Classe social I-II	46,4	1 ‡	51,2	1 ‡	38,1	1 ‡	56,0	1 ‡
Classe social III	43,0	0,8 (0,6-1,1)	47,2	0,8 (0,5-1,1)	44,7	1,2 (0,9-1,7)	53,4	0,9 (0,6-1,3)
Classe social IV-V	51,2	0,8 (0,6-1,1)	45,0	0,7 (0,5-0,9)	43,9	1,1 (0,9-1,5)	51,9	0,8 (0,6-1,2)
Citologia periòdica (dones >=20 anys)								
Classe social I-II	-	-	-	-	57,6	1 ‡	66,4	1 ‡
Classe social III	-	-	-	-	55,6	0,9 (0,7-1,3)	71,2	1,2 (0,8-1,7)
Classe social IV-V	-	-	-	-	51,6	0,8 (0,6-1,0)	65,0	0,8 (0,5-1,1)
Mamografia periòdica (dones de 50 a 64 anys)								
Classe social I-II	-	-	-	-	75,9	1 ‡	95,1	1 ‡
Classe social III	-	-	-	-	83,2	1,9 (0,8-4,4)	91,4	0,5 (0,1-3,1)
Classe social IV-V	-	-	-	-	67,7	0,8 (0,4-1,6)	80,2	0,2 (0,0-0,9)

* Percentatges estandarditzats per edat pel mètode directe.

† *Odds ratio* i interval de confiança al 95% ajustada per edat, regió i salut percebuda.

‡ Categoria de referència.

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 10. Pràctiques preventives en ginecologia segons la regió sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Dones. Catalunya, 2002.

	Regió Sanitària								
	Lleida	**Tarragona**	**Tortosa**	**Girona**	**Costa Ponent**	**Barcelonès Nord Maresme**	**Centre**	**Barcelona ciutat**	**Tot Catalunya**
Citologia periòdica (>=20 anys)									
Classe social I-II	50,1	54,2	71,2	52,8	76,2	56,6	72,9	63,9	61,9
Classe social III	50,3	59,5	50,3	60,5	67,1	62,0	53,9	63,4	58,3
Classe social IV-V	52,4	46,3	48,9	51,1	56,3	56,4	56,1	52,5	52,5
Mamografia periòdica (50 a 64 anys)									
Classe social I-II	80,0	100,0	86,1	82,6	94,0	86,1	91,1	79,3	87,0
Classe social III	58,9	82,5	81,9	90,0	85,0	88,7	79,4	92,7	81,9
Classe social IV-V	85,1	68,3	69,3	70,9	63,4	76,0	65,8	77,2	71,9

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 11. Utilització de serveis sanitaris segons la regió sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Catalunya, 2002.

	Regió Sanitària								
	Lleida	**Tarragona**	**Tortosa**	**Girona**	**Costa Ponent**	**Barcelonès Nord Maresme**	**Centre**	**Barcelona ciutat**	**Tot Catalunya**
Homes									
Visita a un prof. sanitari els 15 dies anteriors									
Classe social I-II	10,5	17,3	32,7	26,5	22,9	11,2	20,2	22,7	20,4
Classe social III	8,0	15,0	19,7	16,6	18,4	13,4	18,0	20,0	16,2
Classe social IV-V	9,2	16,4	15,6	13,2	25,0	13,5	17,8	18,6	16,1
Visita a l'especialista l'any anterior									
Classe social I-II	30,0	35,3	20,8	34,1	36,0	34,8	25,1	38,0	31,9
Classe social III	22,7	23,8	25,2	28,0	36,8	27,8	39,1	34,4	29,7
Classe social IV-V	17,9	26,0	20,2	19,4	38,8	30,7	28,5	34,6	27,0
Hospitalització l'any anterior									
Classe social I-II	6,2	7,5	12,3	10,7	12,8	13,2	6,6	7,2	9,6
Classe social III	8,1	4,9	3,5	8,9	9,9	10,7	11,9	5,8	7,9
Classe social IV-V	9,4	8,5	8,8	10,7	11,8	10,0	8,2	11,3	9,8
Dones									
Visita a un prof. sanitari els 15 dies anteriors									
Classe social I-II	11,0	22,1	34,9	26,1	21,4	22,1	16,5	22,3	22,0
Classe social III	15,8	21,5	27,7	23,0	27,1	14,6	21,2	28,0	22,4
Classe social IV-V	14,1	18,0	26,0	20,2	27,5	25,3	22,7	24,3	22,3
Visita a l'especialista l'any anterior									
Classe social I-II	42,3	55,7	47,3	48,7	62,3	73,5	62,5	63,1	57,0
Classe social III	60,4	51,7	55,3	57,4	68,2	52,4	55,7	65,4	58,3
Classe social IV-V	48,1	43,8	51,1	55,4	56,1	54,8	51,1	56,7	52,1
Hospitalització l'any anterior									
Classe social I-II	6,0	6,0	16,0	9,1	12,7	10,1	11,9	5,4	9,6
Classe social III	11,0	9,5	8,7	8,2	7,2	2,9	11,4	7,7	8,3
Classe social IV-V	7,5	8,0	9,9	10,6	8,8	12,3	8,2	6,9	9,0

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 12. Utilització de serveis sanitaris segons la salut percebuda i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat i *odds ratio*. Homes i dones. Catalunya, 2002.

	Homes Salut percebuda				**Dones** Salut percebuda			
	Regular o dolenta		Excel.lent,molt bona o bona		Regular o dolenta		Excel.lent,molt bona o bona	
	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †
Visita a un prof. sanitari els 15 dies anteriors								
Classe social I-II	42,8	1 ‡	18,0	1 ‡	45,3	1 ‡	19,0	1 ‡
Classe social III	31,4	0,6 (0,3-1,1)	13,8	0,8 (0,6-1,0)	46,2	1,0 (0,6-1,7)	21,0	1,3 (0,9-1,7)
Classe social IV-V	37,3	0,7 (0,4-1,2)	12,7	0,7 (0,6-0,9)	33,7	0,9 (0,6-1,4)	18,4	1,1 (0,9-1,5)
Visita a l'especialista l'any anterior								
Classe social I-II	61,1	1 ‡	32,3	1 ‡	81,6	1 ‡	56,9	1 ‡
Classe social III	44,6	0,6 (0,3-1,1)	28,4	1,0 (0,8-1,2)	82,4	1,0 (0,6-1,7)	56,1	1,1 (0,9-1,4)
Classe social IV-V	53,7	0,6 (0,4-1,1)	22,3	0,8 (0,6-0,9)	69,6	0,6 (0,4-1,1)	47,1	0,7 (0,6-0,9)
Hospitalització l'any anterior								
Classe social I-II	34,0	1 ‡	7,3	1 ‡	11,4	1 ‡	8,6	1 ‡
Classe social III	13,9	0,7 (0,3-1,3)	6,1	0,8 (0,5-1,3)	7,1	0,5 (0,2-1,2)	8,5	1,1 (0,7-1,6)
Classe social IV-V	22,8	0,7 (0,4-1,3)	7,1	1,0 (0,7-1,5)	17,2	1,1 (0,6-2,0)	6,6	0,8 (0,5-1,2)

* Percentatges estandarditzats per edat pel mètode directe.

† *Odds ratio* i interval de confiança al 95% ajustada per edat, regió i tipus de cobertura sanitària.

‡ Categoria de referència.

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 13. Utilització de serveis sanitaris segons la cobertura sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat i *odds ratio*. Homes i dones. Catalunya, 2002.

	Homes				Dones			
	Tipus de cobertura sanitària				Tipus de cobertura sanitària			
	Pública		Pública i privada		Pública		Pública i privada	
	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †
Visita a prof. sanitari els 15 dies anteriors								
Classe social I-II	22,0	1 ‡	18,9	1 ‡	21,0	1 ‡	22,9	1 ‡
Classe social III	15,3	0,6 (0,5-0,9)	18,7	0,9 (0,6-1,3)	23,4	1,2 (0,9-1,6)	26,3	1,3 (0,9-1,8)
Classe social IV-V	19,5	0,7 (0,5-0,9)	18,0	0,8 (0,5-1,2)	22,5	1,0 (0,8-1,3)	27,2	1,2 (0,8-1,7)
Visita a l'especialista l'any anterior								
Classe social I-II	28,0	1 ‡	42,5	1 ‡	56,5	1 ‡	66,1	1 ‡
Classe social III	31,6	1,2 (0,9-1,5)	33,9	0,7 (0,5-0,9)	58,6	1,2 (0,9-1,6)	65,8	1,0 (0,7-1,4)
Classe social IV-V	31,4	0,9 (0,7-1,2)	32,9	0,7 (0,5-0,9)	51,5	0,7 (0,6-0,9)	62,5	0,8 (0,6-1,1)
Hospitalització l'any anterior								
Classe social I-II	7,9	1 ‡	9,8	1 ‡	8,3	1 ‡	10,1	1 ‡
Classe social III	8,0	0,9 (0,5-1,4)	7,1	0,6 (0,4-1,2)	6,7	0,8 (0,5-1,2)	11,5	1,1 (0,7-1,9)
Classe social IV-V	11,1	1,0 (0,7-1,5)	9,4	0,8 (0,5-1,4)	8,8	0,9 (0,6-1,4)	8,7	0,8 (0,4-1,3)

* Percentatges estandarditzats per edat pel mètode directe.

† *Odds ratio* i interval de confiança al 95% ajustada per edat, regió i salut percebuda.

‡ Categoria de referència.

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 14. Temps de resolució en mesos i llista d'espera pels 5 procediments amb llista d'espera més llarga, segons la regió sanitària. Catalunya, 2003.

	Regió Sanitària								
	Lleida	**Tarragona**	**Tortosa**	**Girona**	**Costa Ponent**	**Barcelonès Nord Maresme**	**Centre**	**Barcelona ciutat**	**Tot Catalunya**
Cataractes									
Temps de resolució *	3,23	5,83	3,86	2,80	5,88	7,82	3,77	4,69	4,84
Llista d'espera (número)	754	1289	271	942	3903	3324	2848	6985	20316
Pròtesi de genoll									
Temps de resolució *	16,91	17,26	16,58	7,31	27,33	13,32	6,31	24,72	15,68
Llista d'espera (número)	472	689	420	453	2198	776	1193	3765	9966
Hèrniorràfia									
Temps de resolució *	3,53	3,21	2,64	2,59	4,80	5,38	4,08	4,57	4,19
Llista d'espera (número)	288	272	66	333	1054	727	1074	1400	5214
Varices									
Temps de resolució *	1,36	3,31	3,10	6,62	4,05	6,16	4,34	5,86	4,92
Llista d'espera (número)	33	248	24	575	760	410	809	1645	4504
Artroscòpia									
Temps de resolució *	4,73	4,62	4,80	2,35	5,11	6,51	3,78	7,30	5,05
Llista d'espera (número)	197	150	90	175	509	525	741	1162	3549

* en mesos
Font: Servei Català de la Salut

Taula 15. Hospitalitzacions evitables en pediatria (<15 anys). *Odds ratio*. Catalunya, 1998-1999.

	Hospitalització evitable	
	OR	**IC 95%**
Sexe		
Nena	1,0	
Nen	0,8	(0,7 - 0,8)
Edat		
< 1 any	0,9	(0,9 - 1,0)
1 - 4 anys	2,7	(2,5 - 2,8)
5 - 9 anys	1,2	(1,1 - 1,2)
10 -14 anys	1,0	
Pediatres / 1000 habitants	1,0	(0,9 - 1,0)
Renda Familiar disponible	1,0	(1,0 - 1,0)
Regió sanitària		
Lleida	0,8	(0,7 - 0,9)
Tarragona	0,9	(0,8 - 0,9)
Tortosa	1,3	(1,1 - 1,3)
Girona	0,9	(0,9 - 1,1)
Costa de Ponent	0,8	(0,7 - 0,8)
Barcelonès Nord i Maresme	0,9	(0,9 - 1,0)
Centre	1,0	
N (altes)	113.235	

OR: *Odds ratio*
IC: Interval de confiança
OR ajustada amb un model de regressió logística binària per totes les variables que apareixen a la taula i per l'any de l'alta (1998, 1999).

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Altes Hospitalàries de Catalunya (CMBDAH)

Taula 16. Bon estat de salut percebut segons la regió sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones que estan casats o viuen en parella. Catalunya, 2002.

	Regió Sanitària								
	Lleida	**Tarragona**	**Tortosa**	**Girona**	**Costa Ponent**	**Barcelonès Nord Maresme**	**Centre**	**Barcelona ciutat**	**Tot Catalunya**
Homes									
Casats o que conviuen en parella									
Classe social I-II	89,9	90,8	90,9	92,9	90,4	81,7	83,8	89,1	90,0
Classe social III	75,1	84,5	78,4	89,9	80,9	84,7	78,7	83,1	81,4
Classe social IV-V	73,8	74,5	74,0	77,4	63,2	72,1	64,5	67,2	70,9
Dones									
Casades o que conviuen en parella									
Classe social I-II	82,3	75,6	90,1	83,1	73,4	72,8	83,0	87,2	81,0
Classe social III	63,5	83,9	58,5	79,1	82,0	74,5	84,9	75,1	73,0
Classe social IV-V	69,5	78,1	66,5	67,6	59,0	67,6	57,2	62,9	66,3

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 17. Anèmies, osteoporosi i problemes de tiroides segons la regió sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Catalunya, 2002.

		Regió Sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa Ponent	Barcelonès Nord Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes										
Anèmies										
	Classe social I-II	-	-	3,2	-	3,3	-	-	-	0,3
	Classe social III	-	1,0	2,6	-	0,9	1,2	-	1,5	0,4
	Classe social IV-V	-	0,6	3,1	1,3	2,1	2,0	0,5	1,4	1,0
Osteoporosi										
	Classe social I-II	-	-	-	1,5	-	-	-	0,4	0,9
	Classe social III	0,4	-	2,3	-	-	-	-	-	0,9
	Classe social IV-V	1,5	-	1,6	0,6	0,8	1,3	0,1	1,7	1,4
Problemes de tiroides										
	Classe social I-II	-	0,8	-	-	-	4,1	-	0,3	0,5
	Classe social III	-	-	2,6	-	0,9	-	-	0,6	0,6
	Classe social IV-V	1,2	-	3,0	0,4	0,7	1,4	0,6	1,0	1,1
Dones										
Anèmies										
	Classe social I-II	7,3	3,1	21,1	11,2	3,9	5,5	10,8	6,9	7,9
	Classe social III	3,0	8,8	3,3	2,7	8,5	7,0	3,1	8,6	5,5
	Classe social IV-V	3,4	9,0	12,4	7,7	11,7	9,3	6,0	6,0	8,1
Osteoporosi										
	Classe social I-II	2,6	2,5	9,9	0,4	1,1	6,3	3,3	6,0	2,7
	Classe social III	2,0	3,4	1,9	3,0	6,5	1,2	0,9	4,7	3,0
	Classe social IV-V	3,9	3,0	3,4	5,2	8,2	7,6	4,1	10,8	6,0
Problemes de tiroides										
	Classe social I-II	11,9	1,4	9,9	10,2	4,6	6,5	2,3	4,4	7,0
	Classe social III	3,2	5,3	4,7	1,9	3,6	-	2,9	4,7	3,5
	Classe social IV-V	2,6	3,9	5,2	5,2	5,7	2,6	4,6	5,5	4,4

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 18. Hipertensió, varices i colesterol elevat segons la regió sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002.

		Regió Sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa Ponent	Barcelonès Nord Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes										
Hipertensió										
	Classe social I-II	16,2	5,8	17,4	6,1	5,7	16,4	4,9	13,4	10,8
	Classe social III	17,2	12,5	32,4	13,8	17,0	7,0	7,2	16,6	16,2
	Classe social IV-V	13,9	19,2	20,5	12,3	16,8	14,3	12,1	19,3	16,1
Varices										
	Classe social I-II	3,1	1,5	3,5	3,6	3,2	3,9	5	5,1	3,3
	Classe social III	5,3	7,2	10,9	4,4	2,5	3,3	1,5	5,6	5,0
	Classe social IV-V	2,9	6,0	11,5	10,2	8,2	7,6	5,7	9,5	8,0
Colesterol										
	Classe social I-II	11,0	3,7	9,8	12,8	5,8	9,7	5,9	8,6	8,6
	Classe social III	7,9	14,1	10,4	8,9	13,0	6,3	4,2	11,8	9,6
	Classe social IV-V	7,8	11,6	13,2	9,0	18,1	13,7	9,1	9,7	11,5
Dones										
Hipertensió										
	Classe social I-II	10,2	8,8	22,0	12,3	4,8	8,0	4,8	5,6	8,9
	Classe social III	14,8	11,0	27,3	7,6	9,6	10,1	6,3	8,4	12,5
	Classe social IV-V	16,6	15,2	22,9	16,8	18,8	17,2	17,3	25,9	19,1
Varices										
	Classe social I-II	9,5	11,9	12,1	17,2	13,5	26,6	11,5	22,0	15,9
	Classe social III	23,1	17,6	29,4	12,2	22,7	17,3	11,6	24,2	20,2
	Classe social IV-V	23,4	22,2	30,0	28,7	33,6	30,2	26,8	30,3	28,3
Colesterol										
	Classe social I-II	5,5	9,0	9,9	12,9	8,9	10,2	8,6	8,5	9,2
	Classe social III	7,0	6,8	13,3	7,7	5,4	5,4	5,5	13,5	8,6
	Classe social IV-V	8,7	5,1	11,6	15,0	15,8	16,1	13,0	23,8	14,5

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Taula 19. Mal d'esquena cervical, mal d'esquena lumbar i migranyes segons la regió sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 2002.

		Regió Sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa Ponent	Barcelonès Nord Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes										
Mal d'esquena cervical										
	Classe social I-II	8,1	5,2	8,0	5,2	23,3	11,2	5,9	18,1	10,2
	Classe social III	8,4	12,6	19,9	9,8	14,5	12,0	21,5	17,8	14,6
	Classe social IV-V	15,7	13,5	17,5	15,9	21,1	21,3	16,2	20,7	17,8
Mal d'esquena lumbar										
	Classe social I-II	26,3	16,4	50,9	17,8	21,8	30,7	17,3	27,1	14,0
	Classe social III	15,2	9,4	28,8	19,3	37,1	24,0	20,4	27,4	19,6
	Classe social IV-V	26,5	21,5	32,1	33,0	50,2	41,3	35,8	41,8	24,3
Migranyes										
	Classe social I-II	1,8	5,3	9,6	3,4	8,1	6,4	7,4	11,1	6,8
	Classe social III	6,1	2,6	12,3	5,3	9,7	6,9	8,3	12,7	8,0
	Classe social IV-V	5,1	7,4	12,6	9,3	11,9	14,0	7,7	10,6	9,9
Dones										
Mal d'esquena cervical										
	Classe social I-II	8,9	13,8	13,8	17,2	23,7	12,8	7,0	13,9	22,3
	Classe social III	15,3	13,2	27,0	18,8	21,6	19,1	20,0	21,4	22,9
	Classe social IV-V	17,9	20,8	23,6	29,7	31,4	24,5	21,6	24,7	35,7
Mal d'esquena lumbar										
	Classe social I-II	19,8	23,3	39,8	17,1	19,1	27,0	18,4	25,2	20,9
	Classe social III	22,4	14,3	27,4	20,0	28,3	18,6	14,6	26,2	21,9
	Classe social IV-V	24,0	23,5	26,2	34,7	46,3	36,6	32,1	41,5	33,5
Migranyes										
	Classe social I-II	10,8	13,3	9,9	21,7	24,4	23,8	10,9	25,1	19,0
	Classe social III	8,0	9,6	18,1	14,8	25,3	26,3	9,0	22,5	16,7
	Classe social IV-V	18,4	15,9	19,0	22,6	27,8	29,0	20,9	27,1	22,8

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

AUTORS

Artazcoz, Lucía. Directora de l'Institut de Serveis a la Comunitat. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Benach, Joan. Professor titular del Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Unitat de Recerca en Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra.

Borrell, Carme. Directora de l'Observatori de la Salut Pública. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Buxó, Maria. Becària. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Unitat de Recerca en Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra.

Cortès, Immaculada. Tècnica Superior del Servei de Salut Laboral. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Fernández, Esteve. Metge Adjunt del Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia.

Garcia, Montse. Tècnica superior del Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia.

Jansà, Josep M. Cap del Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Martínez, José Miguel. Professor associat del Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Unitat de Recerca en Salut Laboral. Universitat Pompeu Fabra.

Nebot, Manel. Cap del Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Ordóñez, Juana Isabela. Metgessa; doctorant en Salut Pública de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Pasarín, M. Isabel. Cap del Servei de Salut Comunitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Pérez, Glòria. Tècnica superior en medicina del Servei de Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Rajmil, Luis. Tècnic superior. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Rodríguez, Maica. Tècnica estadística del Servei de Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Rohlfs, Izabella. Epidemiòloga del Servei de Cardiologia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Schiaffino, Anna. Tècnic Mig del Servei de Prevenció i Control del Càncer. Institut Català d'Oncologia.

Valls-Llobet, Carme. Presidenta del Centre d'Anàlisis i Programes Sanitaris de Barcelona.

Yasui, Yutaka. Department of Public Health Sciences. Faculty of Medicine and Dentistry. University of Alberta. Edmonton (Canadà).