

Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya

*CARME BORRELL
I JOAN BENACH
(COORDINADORS)*



Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya

INFORME CAPS-FUNDACIÓ JAUME BOFILL

CARME BORRELL I JOAN BENACH

(COORDINADORS)

Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya

*INFORME CAPS-FUNDACIÓ JAUME BOFILL
CARME BORRELL I JOAN BENACH
(COORDINADORS)*



La col·lecció *Polítiques* és la principal col·lecció de la Fundació Jaume Bofill. S'hi publiquen aquelles investigacions que han estat encarregades i que es consideren més rellevants pel seu interès social i polític. Les opinions que s'hi expressen corresponen als autors.

La reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol procediment, compresos la reprografia i el tractament informàtic, resta rigorosament prohibida sense l'autorització dels propietaris del *copyright*, i estarà sotmesa a les sancions establertes a la llei.

Amb la col·laboració de la Xarxa Temàtica sobre les Desigualtats Socials en Salut (DURSI 2003/XT/00102).

Primera edició: setembre de 2005

© Fundació Jaume Bofill, 2005
Provença, 324
08037 Barcelona
fbofill@fbofill.org
<http://www.fbofill.org>

© d'aquesta edició: Editorial Mediterrània, S. L.
Guillem Tell, 15, entl. 1a
08006 Barcelona
Tel. 93 218 34 58 – Fax 93 237 22 10
editorial@emediterrania.com
www.emediterrania.com

Disseny de la col·lecció: Martí Abril
Disseny de la coberta: Amador Garrell
Fotografia de la coberta: Lluís Salvadó
Maquetació: Jordi Vives

ISBN: 84-8334-671-0
DL: B-31.331-2005

Impressió: Romanyà Valls, Capellades (Anoia)
Imprès a Catalunya – *Printed in Catalonia*

Índex

PRESENTACIÓ	11
1. INTRODUCCIÓ. ELS EIXOS DE LA DESIGUALTAT, L'ANÀLISI DE LA SEVA EVOLUCIÓ I LES POLÍTIQUES PER REDUIR-LA	17
Introducció	19
Els eixos de la desigualtat	21
· La classe social	21
· El gènere	23
· El territori	23
L'anàlisi de l'evolució de les desigualtats socials en la salut	25
Les polítiques per reduir les desigualtats en la salut	30
Objectius i continguts de l'informe	32
Bibliografia	33
2. LES DESIGUALTATS GEOGRÀFIQUES EN ÀREES PETITES	37
Introducció	39
· Les desigualtats en la salut en àrees geogràfiques petites	39
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats geogràfiques a l'Estat espanyol, Catalunya i Barcelona	40
· Objectius i mètodes	42
Desigualtats en la salut en àrees petites a Catalunya	44
· Desigualtats en la mortalitat	44
· Relació entre els indicadors de privació material i la mortalitat	62
Conclusions	65
Bibliografia	67
3. LES DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT I LA MALALTIA	71
Introducció	73
· L'estat de salut i la malaltia	73
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats en l'estat de salut percebut i la malaltia a Catalunya i a l'Estat espanyol	74

· Objectius i mètodes	76
Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia a Catalunya	78
· La salut percebuda	78
· Els trastorns crònics	83
· La salut mental	87
· Mortalitat per malalties del sistema circulatori	90
· Mortalitat per càncer	93
· Mortalitat per sida	95
· Mortalitat per lesions (principalment per accidents en vehicles de motor i sobredosi de drogues)	97
Conclusions	100
Agraïments	101
Bibliografia	101
4. LES DESIGUALTATS EN ELS ESTILS DE VIDA	105
Introducció	107
· Antecedents en l'estudi de l'evolució de les desigualtats en els estils de vida a l'Estat espanyol i a Catalunya	108
· Objectius i mètodes	109
L'evolució de les desigualtats en els estils de vida a Catalunya	110
· El consum de tabac	110
· El consum d'alcohol	117
· L'activitat física	119
· El seguiment d'una dieta	125
Conclusions	127
Bibliografia	128
5. LES DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS	131
Introducció	133
· La utilització de serveis sanitaris	133
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris a l'Estat espanyol i a Catalunya	134
· Objectius i mètodes	135

Les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris a Catalunya	136
· La cobertura sanitària	136
· Les pràctiques preventives	141
· La utilització de serveis sanitaris	150
Conclusions	157
Bibliografia	158
6. LES DESIGUALTATS DE GÈNERE EN LA SALUT	161
Introducció	163
· El concepte i les desigualtats de gènere en la salut	163
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats de gènere a l'Estat espanyol i a Catalunya	166
· Objectius i mètodes	167
Les desigualtats segons el gènere a Catalunya	167
· Un exemple de la importància de l'anàlisi de gènere en les dades sanitàries: la relació entre l'estat civil i la salut	167
· La morbiditat diferencial entre dones i homes	170
· La salut sexual i reproductiva	188
· La violència contra les dones	195
Conclusions	197
Agraïments	198
Bibliografia	199
7. NOUS ELEMENTS EN SALUT I IMMIGRACIÓ	203
Introducció	205
· Antecedents en l'estudi de la immigració i la salut a l'Estat espanyol i a Catalunya	206
· Objectius i mètodes	207
La salut i la immigració a Catalunya	207
· Les desigualtats en la mortalitat	207
· La salut laboral	208
· Concepcions, actituds i pràctiques de salut i malaltia de la població immigrant llatinoamericana	209

Conclusions	220
Bibliografia	221
8. LES DESIGUALTATS EN LA SALUT LABORAL	225
Introducció	227
· La salut i el treball	227
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats en la salut laboral a l'Estat espanyol i a Catalunya	229
· Objectius i mètodes	230
Les desigualtats en la salut laboral a Catalunya	230
· Les condicions de treball	231
· La salut	241
· Una mirada a dos col·lectius d'especial interès	253
Conclusions	255
Bibliografia	256
9. RECOMANACIONS	261
Recomanacions generals	263
· Difusió, sistemes d'informació i formació	263
· Recerca	264
· Polítiques	265
Recomanacions específiques	266
· Sistemes d'informació i formació	266
· Recerca	269
· Polítiques	273
ANNEX	279

Presentació

La primavera del 2003 veia la llum el primer informe sobre les desigualtats en la salut a Catalunya, promogut per la Fundació Jaume Bofill i realitzat per un equip de professionals coordinats i dirigits pel Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), i concretament per Carme Borrell i Joan Benach. Com s'anunciava al final de la presentació, el compromís de la Fundació Jaume Bofill i del CAPS era repetir la fructífera col·laboració tan bon punt això fos possible, és a dir quan es disposés de noves dades per analitzar.

El llibre que teniu a les mans és, doncs, el resultat d'aquesta nova col·laboració. Una col·laboració que ha permès aprofundir i actualitzar amb dades ben recents (de l'any 2002) la situació de les desigualtats socials en la salut a Catalunya i elaborar aquest cop una anàlisi de tendències des de la segona meitat dels noranta fins els nostres dies. És important remarcar que les principals dades utilitzades corresponen a l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002. Volem agrair al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya les facilitats donades en permetre'ns disposar d'aquestes dades sense les quals l'informe no hagués estat possible.

Lamentablement, la novetat de les anàlisis realitzades per l'equip d'experts dirigit per Carme Borrell i Joan Benach és l'absència de grans novetats. És a dir, les desigualtats socials en la salut a Catalunya segueixen existint, i fins i tot, en determinades circumstàncies, augmentant. Aquesta no és, doncs, una bona notícia i, d'altra banda, malgrat no ser nova –aquest fet ja es recollia en l'informe publicat l'any 2003–, és enormement rellevant. En el nostre entorn, on els fets que es converteixen en notícies es cremen

–utilitzant l’argot periodístic– amb una rapidesa desconcertant, és imprescindible cridar l’atenció sobre la rellevància dels fets i de les conclusions recollides en l’estudi que presentem. Que no hi hagi grans novetats en referència a les conclusions de l’informe del 2003 és en ella mateixa la gran notícia.

Si ara recuperéssim informació de les hemeroteques i dels arxius de la Fundació Jaume Bofill i probablement del propi CAPS, veuríem com les incidències mediàtiques i polítiques que aparentment va provocar la presentació de l’informe anterior van ser elevades. Probablement ens quedaríem sorpresos de l’atenció mediàtica que se li va dedicar i del nombre de responsables polítics que es van interessar i van accedir a l’informe esmentat. En aquest sentit, l’impacte va ser positiu, ja que els professionals del mitjans de comunicació i una part important dels responsables polítics i tècnics del sector de la salut van copsar la rellevància de les conclusions de l’informe. Lamentablement, però, dos anys després, bona part dels deures que en el mateix informe es proposava que calia fer des del sector públic i la classe política està encara per fer.

En els informes que la Fundació Jaume Bofill encarrega i als quals dona suport és habitual que els autors facin, en l’apartat de conclusions, un seguit de propostes. Aquestes no han de ser llegides com l’única opció a seguir per millorar la situació analitzada, però sí que aporten des del coneixement i l’expertesa elements per al debat que sovint són favorablement recollits pels polítics que prenen decisions i per altres experts. Lamentablement, en el cas que ens ocupa i malgrat el notable ressò mediàtic i aparent interès manifestat per responsables polítics de totes les formacions, les propostes recollides en l’informe anterior encara no han estat discutides públicament ni valorades. És probable que els canvis polítics que hi ha hagut a Catalunya siguin utilitzats com a justificació per no haver encarat el debat públic sobre com combatre les desigualtats en matèria de salut. Sense negar que qualsevol canvi provoca necessàriament un temps de reflexió i prudència, és evident també que qualsevol canvi polític es pot considerar com un moment oportú per posar sobre la taula aquells elements que necessiten d’un major esforç per vèncer les tendències existents cap a la consolidació de les desigualtats.

Així doncs, aquest treball que recull dades ben recents arriba en un moment en què el debat és del tot necessari. No només perquè encara no s’ha fet o com a mínim no

s'ha fet amb la força que caldria esperar, sinó també perquè les desigualtats segueixen existint i en situacions determinades van incrementant.

L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya recull també un bon nombre de recomanacions, unes de caràcter més general i altres de més específiques. És especialment interessant veure com les recomanacions han estat dividides entre aquelles que afecten els sistemes d'informació i formació, les que tenen relació amb la recerca i, finalment, les que es relacionen directament amb l'acció pública, les referides amb les polítiques. Són propostes clares, ordenades i que posen a l'abast dels interessats uns camps d'acció que, de seguir-se, probablement reduiran les desigualtats en els anys futurs.

Els autors de l'informe ens criden l'atenció sobre cinc aspectes claus que avui s'han de considerar determinants en relació amb les desigualtats en la salut: el gènere, la població estrangera, la salut laboral, el medi ambient i el territori. Les actuacions contra les desigualtats en la salut no permeten pensar en resultats immediats. Qualsevol política en aquest sentit pot trigar uns quants anys a veure els efectes assolits. La complexitat social que s'amaga darrere de no poques d'aquestes desigualtats en la salut impedeix esperar resultats immediats. Precisament per això és del tot necessari que no es demori més l'abordatge d'aquesta problemàtica. És del tot necessari que s'obri un debat, en espais públics i també socials, sobre les dimensions de les desigualtats i particularment sobre com reduir-les.

Com ja va succeir en l'estudi del 2003, el present treball ha estat possible gràcies a un equip nombrós i plural. Uns investigadors i investigadores que han fet bé la seva feina i que gràcies a la direcció de Carme Borrell i Joan Benach han assolit les fites plantejades a l'inici del treball. A tots ells gràcies. I també gràcies als lectors, amb una crida ben concreta a obrir entre tothom el debat públic sobre aquesta qüestió que ens afecta a tots i cadascú de nosaltres.

Jordi Sànchez
Director de la Fundació Jaume Bofill
Setembre 2005

1 Introducció. Els eixos de la desigualtat, l'anàlisi de la seva evolució i les polítiques per reduir-la

Carme Borrell
Joan Benach

INTRODUCCIÓ

El terme *desigualtat en la salut* fa referència a les diferents oportunitats i els diversos recursos relacionats amb 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 renda baixa, presenten una salut pitjor que la de la resta de col·lectius.¹

Les desigualtats socials en la salut es poden caracteritzar principalment a partir dels aspectes següents:^{2,3} primer, les desigualtats socials en la salut són molt importants ja que l'impacte que tenen és més gran que el d'altres factors de risc d'emmalaltir tan coneguts com el tabaquisme. En aquest sentit, malgrat que avui dia les desigualtats entre el Primer i el Tercer Món són enormes, fins i tot en els països més desenvolupats existeixen clares desigualtats de salut entre les persones de diferent classe social, gènere, ètnia o localització territorial. Segon, les desigualtats en la salut es manifesten en forma d'un gradient en l'escala social i no afecten només un grup de població pobra sinó tota la població, sense que hi hagi un llindar a partir del qual s'incrementi el risc de patir una salut deficient. Tercer, les desigualtats en la salut estan augmentant. En els països desenvolupats la salut de la població ha millorat globalment, però aquesta millora és molt diferent segons 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 la salut són adaptatives, la qual cosa s'expressa en el fet que els grups socials més privilegiats es beneficien de les polítiques socials i sanitàries abans i en una proporció més gran que els altres grups socials. Finalment, avui dia hi ha proves suficients que demostren que les desigualtats socials en la salut es poden reduir mitjançant la posada en pràctica de polítiques socials i sanitàries apropiades.

Des que l'any 2003 es va editar l'informe *Les desigualtats en la salut a Catalunya* publicat per l'Editorial Mediterrània i la Fundació Jaume Bofill,⁴ que presentava per primera vegada de forma exhaustiva l'existència de desigualtats en salut a Catalunya, no ha canviat la situació respecte a les polítiques i intervencions que s'han de dur a terme, ja que les recomanacions que es feien en aquell informe no s'han posat en pràctica i, de fet, no han estat tingudes en compte pel Govern, ni els partits polítics ni altres grups socials.

Cal mencionar també que l'any 2004 es va publicar un altre informe, 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 de classe social. Aquest treball també posava en evidència, en aquest cas per a tot l'Estat, tant l'existència de desigualtats socials en la salut com la manca de polítiques públiques per aconseguir reduir-les.

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 entre els dos períodes, motiu pel qual l'objectiu principal d'aquest informe és presentar les tendències de les desigualtats en la salut a Catalunya des de la segona meitat dels anys noranta fins als primers anys del segle XXI.

En aquest capítol es descriuen breument els tres eixos principals de la desigualtat social en la salut que s'han analitzat en aquest treball (la classe social, el gènere i el territori), es comenten els avantatges i els inconvenients dels estudis que analitzen les tendències, es menciona l'escassetat de polítiques per disminuir les desigualtats en la salut en el

nostre medi i, finalment, es presenten els objectius d'aquest informe i el contingut de cadascun dels capítols.

ELS EIXOS DE LA DESIGUALTAT

En l'anterior informe CAPS-Fundació Jaume Bofill⁴ es va fer una revisió conceptual dels eixos de desigualtat analitzats així com de les causes de les desigualtats en la salut. En aquest informe només es mostren els aspectes metodològics fonamentals relacionats amb els eixos de desigualtat utilitzats.

La classe social

Les dues mesures més utilitzades a l'Estat espanyol per estudiar les desigualtats socials en la salut han estat les proposades per Domingo i Marcos⁶ i per la Sociedad Española de Epidemiología (SEE),⁷ respectivament (taula 1). L'anterior informe CAPS-Fundació Jaume Bofill va utilitzar la mesura dels primers, que 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* del 1979.

L'any 1995 un grup d'experts de la SEE va 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). En aquest informe s'ha tingut en compte aquesta darrera 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 aquest 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 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 2 mostra la distribució de les persones entrevistades en les dues enquestes de salut segons la classe social i el sexe, i s'hi observa que els percentatges del 1994 i del 2002 són similars en els homes mentre que en les dones han disminuït lleugerament els percentatges de les que pertanyen a les classes IV-V i han augmentat els de la classe III.

Taula 1.

Comparació de les classificacions de classe social de Domingo i Marcos i del Grupo de Trabajo 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 deu assalariats o més. Professions associades a titulacions de segon i tercer 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 deu assalariats. Professions associades a una titulació de primer cicle universitari. Tècnics i professionals de suport. Artistes i esportistes.
III Quadres i comandaments intermedis. 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 la indústria, el comerç i els serveis. Ídem del sector primari.	IVa Treballadors manuals qualificats.
IVb Treballadors manuals semiqualicats de la indústria, el comerç i els serveis. Ídem del sector primari.	IVb Treballadors manuals semiqualicats.
V Treballadors no qualificats.	V Treballadors no qualificats.

Font: Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología.⁸

Taula 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.

El gènere

El concepte de gènere, és a dir com construeix la societat el “ser dona” o el “ser home”,⁹ és 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, és una categoria biològica, en principi immutable i ahistòrica.

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

El territori

En aquest informe s'han utilitzat dos tipus d'unitats d'anàlisi territorial. D'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) (vegeu el 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 al mapa 1. Aquestes regions, delimitades a partir de factors geogràfics, socioeconòmics i demogràfics, tenen recursos sanitaris d'atenció primària i d'atenció especialitzada per atendre les necessitats de la població. Les regions amb la seva població corresponent l'any 2003 són les següents:

Mapa 1.

Regions sanitàries de Catalunya



Font: Servei Català de la Salut.

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.

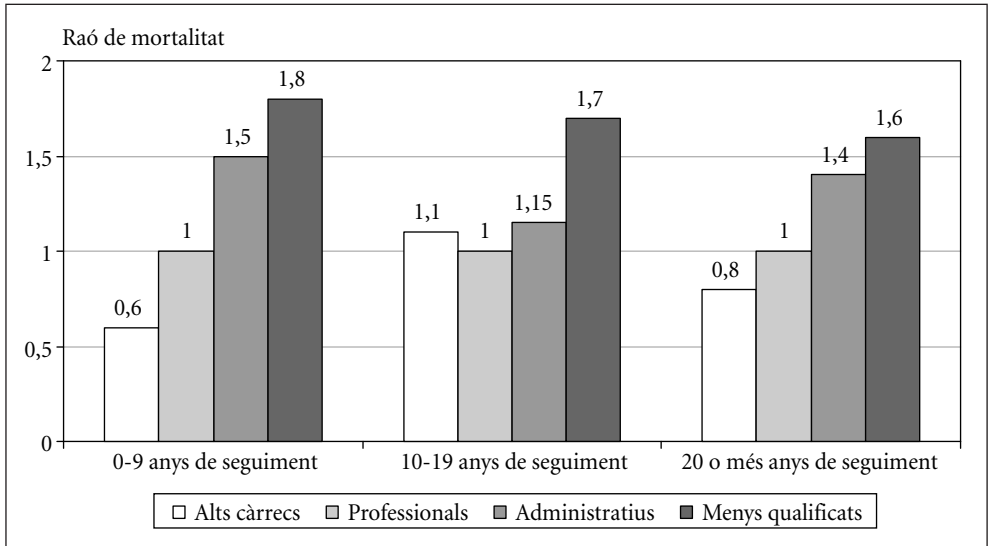
L'ANÀLISI DE L'EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN LA SALUT

Els estudis epidemiològics de cohorts (també coneguts en sociologia com estudis de panel) són una de les millors maneres per 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: primer, que hi ha un clar i consistent gradient entre les classes socials en indicadors de salut molt diversos; segon, que aquestes desigualtats es mantenen o augmenten quan es mesuren de manera relativa i, tercer, que les desigualtats no es poden explicar solament pel paper que puguin tenir els factors associats amb els estils de vida sinó, sobretot, pels factors de tipus material i psicosocial. Un exemple d'això el podem observar en el gràfic 1, que mostra la mortalitat de la cohort Whitehall I en diferents períodes de seguiment, i en el qual s'observa com les desigualtats de mortalitat entre les categories professionals es mantenen fins i tot després de vint anys de seguiment.¹⁰

De tota manera, atès 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 a partir dels quals s'analitzen les desigualtats en la salut segons la 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 en anys diferents, 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

Gràfic 1.

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



Nota: Raó de mortalitat: raó de taxes de mortalitat estandarditzades per edat essent els professionals el grup de referència.

Font: Van Rossum i col·l.¹⁰

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 resoldre aquest problema s'han utilitzat mesures, tant relatives com absolutes, en les quals s'introdueix la grandària de les classes socials en el càlcul.¹¹ Tanmateix, quan la dimensió de les classes no canvia excessivament, tal i com ha esdevingut a Catalunya (taula 2), les mesures clàssiques són molt útils per analitzar les desigualtats.

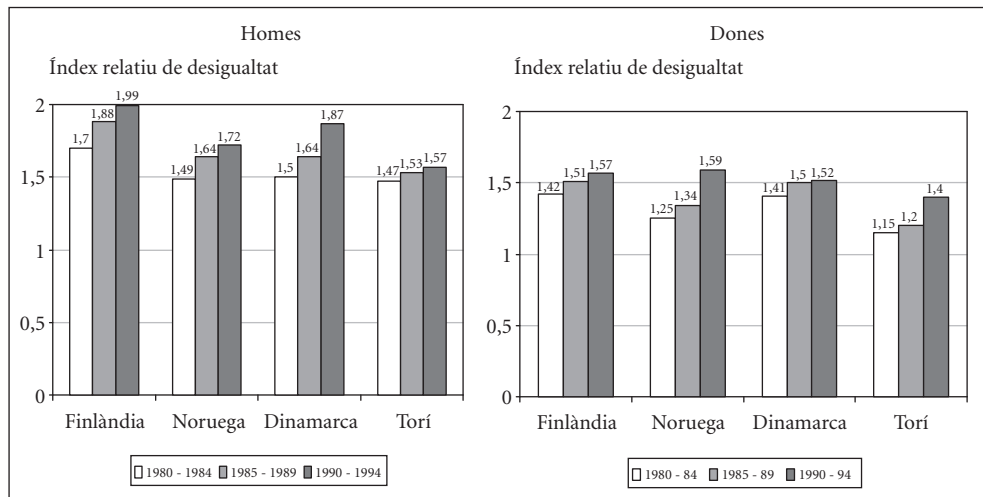
Les anàlisis de les desigualtats en la mortalitat, realitzades majoritàriament a l'Europa occidental durant les darreres dècades del xx, n'han mostrat molt sovint un aug-

ment. Així, com 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 dels quals es disposa de la informació adequada. Podem observar-ne un exemple al gràfic 2, en el qual s'observa l'evolució del risc de morir segons el nivell d'estudis (ajustada per la grandària dels grups de nivell d'estudis) en diferents països i una ciutat europeus.¹² Podem observar, primer, que en tots els casos les persones amb un nivell d'estudis més baix tenen més mortalitat i, segon, que les desigualtats augmenten entre els anys 1980-1984 i 1990-1994, en totes les àrees i en ambdós sexes.

A l'Estat espanyol, els estudis que analitzen l'evolució de les desigualtats no són gaire abundants. Vegem alguns exemples de desigualtats en el cas de la mortalitat. En di-

Gràfic 2.

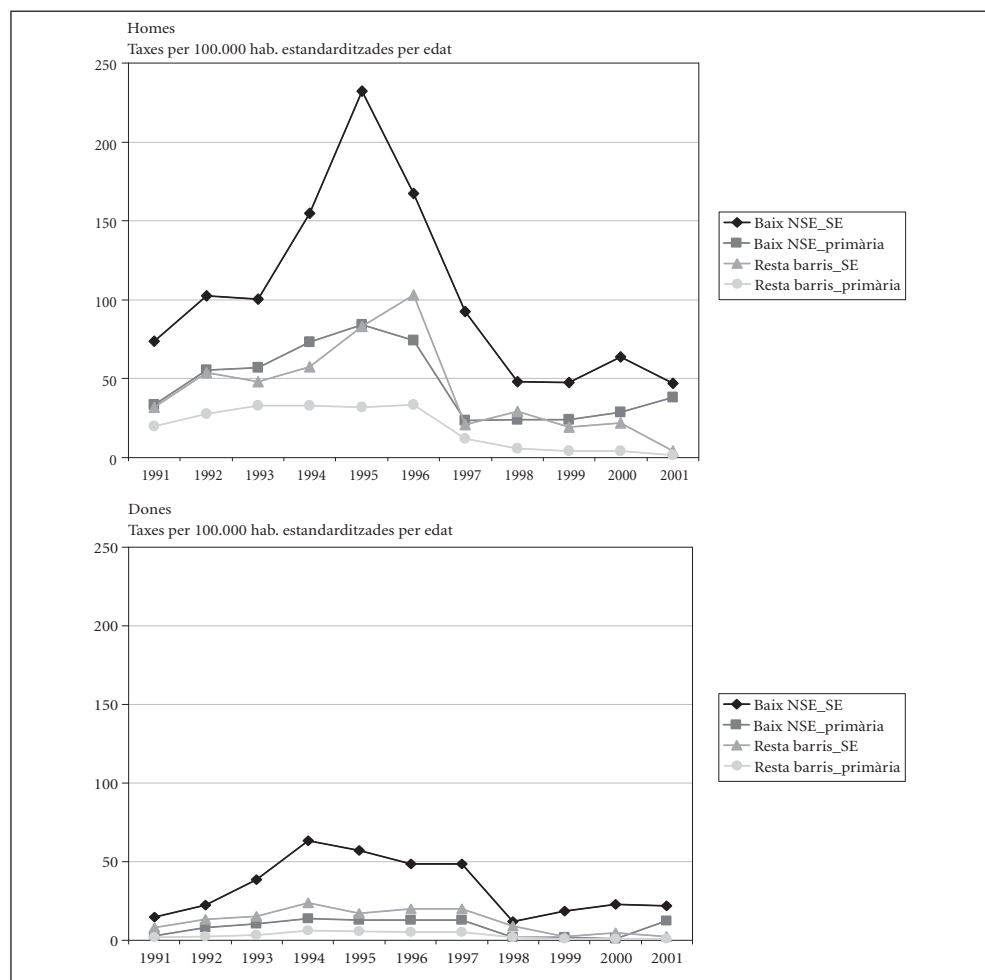
Desigualtats relatives en mortalitat entre el grup de menor nivell d'estudis i el de major nivell. Homes i dones de 30 a 74 anys. Diverses àrees geogràfiques, 1980-1994



Font: Kunst i col.l.¹²

Gràfic 3.

Mortalitat per sida segons el nivell d'estudis i el barri de residència. Homes i dones de 20 anys o més. Barcelona, 1991-2001



Baix NSE_SE: Barris de baix nivell socioeconòmic i sense estudis.

Baix NSE_primària: Barris de baix nivell socioeconòmic i estudis primaris o superiors.

Resta barris_SE: Resta de barris i sense estudis.

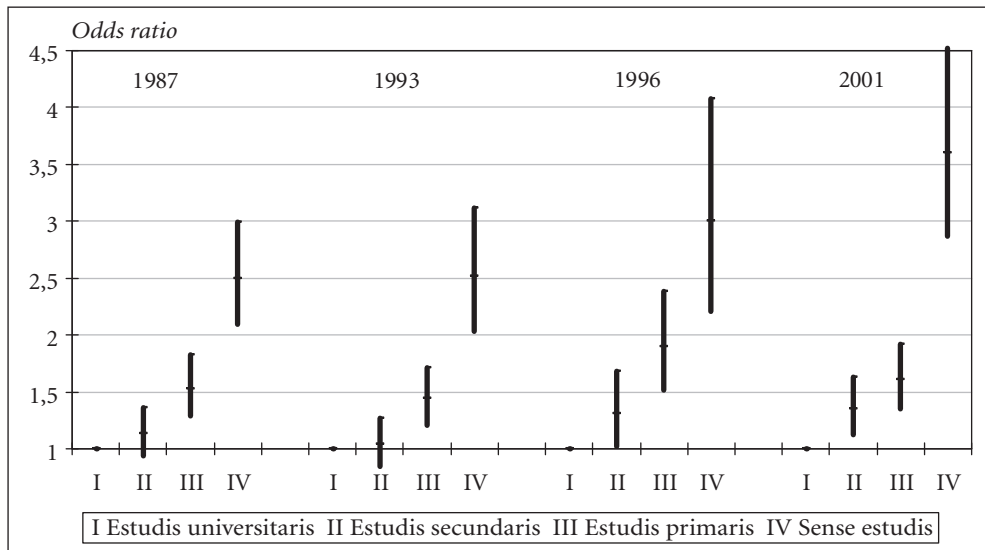
Resta barris_primària: Resta de barris i estudis primaris o superiors.

Font: Borrell i col·l.¹⁷

versos estudis sobre l'evolució de les desigualtats en la mortalitat entre 1980-1982 i 1988-1990 en vuit províncies de l'Estat espanyol en què l'ocupació estava suficientment reflectida 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, que han fet palès l'augment de les desigualtats en la mortalitat en la darrera dècada del segle xx, sobretot a causa de l'aparició de la sida.¹⁶ Un exemple d'això es mostra al gràfic 3, en el qual s'observa l'augment important de les desigualtats en la mortalitat per sida que es va produir a mitjan dècada dels noranta. Aquestes desigualtats es donen sobretot a causa de la incidència de la sida en els usuaris de drogues intravenoses i són menys evidents en el cas de la sida de transmissió heterosexual i homosexual.¹⁷

Gràfic 4.

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

Altres exemples són els estudis de tendències basats en la comparació de 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 al gràfic 4, que presenta les *odds ratio* de patir mala salut percebuda per les dones segons el nivell d'estudis 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, i han mostrat el canvi de patró que s'ha produït segons la classe social en els homes i les dones, així com també el fet que les raons de l'abandonament de l'hàbit sempre han estat més altes en les persones amb un nivell d'estudis més elevat. D'aquesta manera, aquestes desigualtats han tendit a augmentar al llarg dels anys.²¹

En la majoria de capítols d'aquest informe les desigualtats segons la classe social es comparen mitjançant l'anàlisi de les dades de les enquestes de salut de Catalunya del 1994 i del 2002. Tal com s'ha mostrat en la taula 2, atès 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 poden ser un bon reflex de l'evolució que han tingut al nostre país.

LES POLÍTIQUES PER REDUIR LES DESIGUALTATS EN LA SALUT

L'anterior informe CAPS-Fundació Jaume Bofill⁴ contenia un capítol que revisava les polítiques dutes a terme per reduir les desigualtats en la salut tant en l'àmbit internacional com estatal i català. En aquest informe no s'ha inclòs aquest capítol, 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 l'informe de la SESPAS de l'any 2004 va incloure dos treballs que revisaven tant les polítiques públiques²² com les intervencions més concretes²³ per disminuir les desigualtats en salut a l'Estat espanyol. El primer treball posava en evidència que 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 la salut dutes a terme per les administracions, fundacions i ONG i posava sobre la taula la gran escassetat de polítiques i programes.

Taula 3.

Sensibilitat de nivell socioeconòmic i de gènere en el Pla de Salut de Catalunya 2005-2008

	Nivell socioeconòmic		Gènere	
	Descripció del problema de salut o de l'entorn	Intervencions	Descripció del problema de salut o de l'entorn	Intervencions
Problemes de salut				
Tabac	-	-	sí	sí
Alcohol i drogues	-	-	sí	sí
Alimentació	-	-	-	-
Exercici físic	-	-	sí	sí
Diabetis	-	-	sí	-
M. cardiovascular i cerebrovascular	-	-	sí	-
M. oncològica	-	sí	sí	sí
M. osteoarticular	-	-	sí	sí
M. neurodegenerativa	-	-	sí	-
Accident de trànsit	-	sí	sí	sí
Violència	-	-	sí	sí
M. respiratòria	-	-	sí	-
M. infecciosa	-	sí	sí	sí
M. prevenible per vacunació	-	sí	-	-
VIH/sida	-	sí	sí	sí
Salut mental	-	-	sí	-
Àrea sociosanitaria, envelliment	-		sí	sí
Entorn per a la salut				
Salut laboral	-	-	-	-
Medi ambient	-	-	-	-
Total (19 problemes/entorns)	0	5	15	10

M: Malaltia.

Font: Peiró i col·l.²⁴ i Borrell i col·l.²⁵

També recentment s'ha revisat la sensibilitat de “gènere” i de “nivell socioeconòmic” existent en els plans de salut de les diferents comunitats autònomes.^{24,25} La taula 3 resumeix algunes de les troballes principals pel cas de Catalunya: mentre que el gènere es té en compte en l'anàlisi de la situació de la majoria dels problemes de salut i en algunes intervencions, el nivell socioeconòmic pràcticament no és té en compte i en tot cas quan s'hi fa referència solament es focalitza en poblacions excloses socialment. Pel que fa a l'estudi de la salut laboral i del medi ambient, cap dels dos temes no té sensibilitat de gènere ni de nivell socioeconòmic.

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 la salut existents a Catalunya. Dos en són els objectius generals: en primer lloc descriure els canvis de les desigualtats en la salut a Catalunya amb la informació disponible més recent i, en segon lloc, fer recomanacions sobre les necessitats d'informació, de recerca i de polítiques per disminuir les desigualtats socials en la salut en el nostre medi.

Aquest segon informe té la mateixa estructura que el primer, publicat l'any 2003.⁴ No obstant això, hi ha dos capítols que s'han exclòs, un perquè no disposàvem de nova informació per valorar els possibles canvis ocorreguts durant aquests darrers anys (desigualtats en el medi ambient) i l'altre perquè no s'han posat en marxa polítiques per reduir les desigualtats en el nostre medi (polítiques sobre desigualtats). La resta de capítols té una estructura molt semblant a la de l'informe anterior i presenta el canvi de la situació en aquests anys.

Així doncs, en aquest capítol 1 hem presentat una introducció sobre les desigualtats socials en la salut i sobretot respecte als estudis que n'analitzen l'evolució; el capítol 2 presenta informació sobre les desigualtats en la mortalitat general i la seva evolució, mitjançant l'enfocament d'àrees geogràfiques petites, tant de la ciutat de Barcelona com del conjunt de Catalunya. En el capítol 3 es mostren les tendències de les desigualtats socials i regionals quant a l'estat de salut i de malaltia, amb una selecció de temes

com ara 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 4 mostra la situació segons alguns dels estils de vida de la població catalana com ara l'hàbit de fumar, el consum d'alcohol, el nivell d'activitat física i el seguiment d'una dieta. En el capítol 5 es descriu la cobertura sanitària, la realització de pràctiques preventives i la utilització de serveis sanitaris. El capítol 6 assenyala els canvis en aspectes específics de l'anàlisi de les desigualtats de gènere com ara la morbiditat diferencial, la salut maternoinfantil i la violència de gènere. El capítol 7 mostra nova informació sobre la salut dels immigrants, sobre la base d'un estudi qualitatiu, ja que la mostra de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002 no és prou gran per descriure la salut d'aquest col·lectiu. El capítol 8 presenta l'evolució de les desigualtats en la situació laboral mitjançant l'anàlisi de les condicions de treball, els factors de risc laboral, les exigències familiars i diversos problemes de salut laboral com ara l'estat de salut, els problemes crònics o la salut mental. Finalment, en el darrer capítol es proposen les recomanacions més adients per fer front tant a les necessitats d'informació i de recerca com a les polítiques socials i sanitàries més urgents.

Bibliografia

¹ Whitehead M, Evandrou A, Haglund B, Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access 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. A: Navarro V (ed.). *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos, 2004.

⁴ Borrell C, Benach J (coords.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill. 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(Supl.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 de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar i Comunitaria. 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 Illustrations*. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University, 2000.

¹³ Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. 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;41:801-7.

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: 1879-87.

¹⁶ Borrell C, Plasència A, Pasarín MI, Ortún V. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern european city. *J Epidemiol Comm Health*. 1997;51:659-67.

¹⁷ Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pasarín 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? (pendent de publicació).

¹⁸ Navarro V, Benach J i 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 i The School of Hygiene and Public Health, The John's Hopkins University (EUA); 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 University; 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;55:729-30.
- ²² Navarro V, Quiroga A. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad. A: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl.1):158-67.
- ²³ Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. A: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración 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, Álvarez-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(Supl.2):36-46.
- ²⁵ Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, Álvarez-Dardet C. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las Comunidades Autónomas del Estado Español. *Gac Sanit* (en premsa).

2 Les desigualtats geogràfiques en àrees petites

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

INTRODUCCIÓ

Les desigualtats en la salut en àrees geogràfiques petites

L'estudi de les desigualtats geogràfiques ha estat un dels enfocaments més utilitzats per estudiar les desigualtats socials en la salut per dues raons fonamentals. Una primera raó, de tipus pràctic, és que en molts països no és factible encara avui dia analitzar les desigualtats en la 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 en néixer. La segona raó prové de l'interès intrínsec dels estudis geogràfics, ja que els individus que viuen en àrees geogràfiques socialment deprimides, ja sia en relació amb el nivell de riquesa, l'atur, l'educació o altres indicadors socials, tenen un nivell de salut pitjor que el de les persones que viuen en àrees més benestants.

Els indicadors de salut més emprats en els estudis sobre desigualtats geogràfiques són els de mortalitat, perquè aquests indicadors són de fàcil accés i tenen exhaustivitat i un bon nivell de qualitat. Pel que fa als indicadors socioeconòmics, 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 de béns,

serveis, recursos, comoditats i ambient físic que són habituals o, que almenys estan àmpliament estesos, en una societat determinada.^{2,3}

Cal destacar que en els 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 ha permès identificar i analitzar molt detalladament patrons geogràfics socials i de mortalitat de molt interès. Un bon exemple d'això són els atles de mortalitat⁴ dels Estats Units⁵ o d'Itàlia.⁶ Igualment, també a l'Estat espanyol⁷ i a Catalunya⁸ disposem ja d'atles semblants que, a més de permetre la descripció detallada dels patrons geogràfics de mortalitat, ajuden a plantejar els possibles factors de risc relacionats amb aquesta distribució i faciliten la planificació de polítiques socio sanitàries i la prioritització de programes de salut pública a les zones més necessitades. Durant la darrera dècada, la realització d'estudis transversals en societats desenvolupades com Anglaterra i Gal·les^{9,10} o Escòcia¹¹ ha evidenciat 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) del nord d'Anglaterra va fer palès que les taxes de mortalitat ajustades per edat del 10% d'àrees socioeconòmicament més afavorides van ser una tercera part de les de les àrees amb un nivell més baix.¹²

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

També en el cas de l'Estat espanyol en els darrers anys s'ha publicat un bon nombre de treballs que han analitzat les desigualtats en mortalitat a tot el territori i que han trobat que les comunitats autònomes amb pitjors indicadors de privació material, situades majoritàriament al sud de l'Estat espanyol, tenen també indicadors de mortalitat pitjors.^{13,14} Malgrat 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 mort¹⁵ i han calculat que els anys 1987-1995 l'excés de mortalitat associat a la privació va ser 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 riquesa.^{13,17} No obstant això, val a dir que a Catalunya la pobresa és un fenomen estructural i s'estima que almenys 300.000 llars i 670.000 persones són pobres (l'11% de la població), d'entre les quals 250.000 persones viuen en una situació de pobresa greu.¹⁸ Pel que fa a la mortalitat, Catalunya també presenta en general un risc de mortalitat menor en relació amb el conjunt del territori espanyol, si bé diverses causes de mort hi tenen una alta presència.⁷ Malgrat 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, que té una experiència molt llarga i àmplia d'estudis que analitzen indicadors de privació material i mortalitat en els districtes i els barris.^{20,21,22,23,24,25}

L'anàlisi de l'evolució de la mortalitat en àrees petites ha estat realitzada molt menys freqüentment que les anàlisis de tipus transversal. Això es deu, d'una banda, als reptes metodològics que es plantegen quan s'introdueix un nivell de complexitat més gran en l'anàlisi de les dades geogràfiques i, de l'altra, 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 en el cas anterior, també aquí la major part d'estudis s'ha fet 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 la salut. Per exemple, a Escòcia, l'augment de privació relativa entre 1981 i 1991 es va associar a un empitjorament de les desigualtats en la mortalitat,²⁶ i es va trobar un augment de les desigualtats en la mortalitat associat a un augment de les desigualtats econòmiques a Glasgow.²⁷ Igualment, estudis més recents al Regne Unit²⁸ i als Estats Units també han evidenciat un augment de les desigualtats en la mortalitat,^{29,30} especialment al sud d'aquest darrer país.³¹

En l'anterior informe sobre desigualtats en la salut a Catalunya³² es va arribar a diversos resultats que convé també repassar.³³ Existien desigualtats segons la privació material i la mortalitat, molt especialment en les àrees més urbanes de Catalunya. Es va calcular que l'excés de mortalitat associat a la privació era 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 (en municipis o agregats de municipis) per les principals causes de mort a Catalunya.⁸ No obstant això, no hi ha estudis que analitzin l'evolució de la relació entre la privació i la mortalitat en àrees geogràfiques petites.

Objectius i mètodes

L'objectiu d'aquest capítol és analitzar la distribució geogràfica i l'evolució de les desigualtats en la salut en àrees petites a Catalunya (municipis o agregats de municipis d'almenys 3.500 habitants) i a la ciutat de Barcelona (àrees bàsiques de salut (ABS)). Per dur a terme aquest objectiu es presenta informació sobre els indicadors de mortalitat general, i sobre la relació que tenen amb els 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'aquests dos triennis amb els indicadors del Cens del 1991. A continuació es descriuen els mètodes utilitzats per dur a terme aquests objectius.

DADES DE MORTALITAT I POBLACIÓ

Han estat analitzades les defuncions esdevingudes en 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 del 1981, 1991 i 2001. Les dades de mortalitat i dels censos han estat subministrades per l'Institut Nacional d'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 la instrucció insuficient, en el cas de les dones (percentatge de dones analfabetes i sense estudis en la població de 10 anys o més, segons les dades disponibles en el Cens del 1991).

ESTIMACIÓ DEL RISC RELATIU I DE LA SEVA EVOLUCIÓ

S'ha considerat un model espaciotemporal de Poisson ajustat per edat i amb efectes aleatoris³⁴ al qual s'ha aplicat un mètode d'estimació bayesià empíric.^{35,36,37} Aquest model ha permès obtenir el risc relatiu de mortalitat ajustat per edat en cada àrea petita i la seva evolució en el període d'estudi.

Per estudiar l'evolució del risc relatiu en cada una de les àrees petites, s'ha comparat la tendència temporal del risc relatiu en cada àrea respecte a la tendència del risc relatiu en el conjunt de les àrees de Catalunya. Per fer això s'ha calculat la desviació en la tendència de cada àrea respecte a la tendència de tot Catalunya, que s'ha denominat tendència diferencial (TD). D'aquesta manera s'identifiquen i es classifiquen les àrees amb una evolució superior o inferior a la de tot 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 tot 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 estimar l'esperança de vida en el grup de 0-4 anys en cada àrea petita s'ha utilitzat un enfocament que consisteix a 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 l'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 valorar la relació entre la mortalitat i els indicadors de privació material, ajustant-lo per l'efecte de l'edat. El model de regressió va utilitzar com a independent la variable de privació del Cens del 1991, categoritzada segons quintils, en què 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 àrees urbanes aquelles zones que tenen 20.000 habitants o més juntament amb les 66 ABS de Barcelona (n=107), i rurals aquelles zones que tenen menys de 20.000 habitants (n=247).

DESIGUALTATS EN LA SALUT EN ÀREES PETITES A CATALUNYA

Desigualtats en la mortalitat

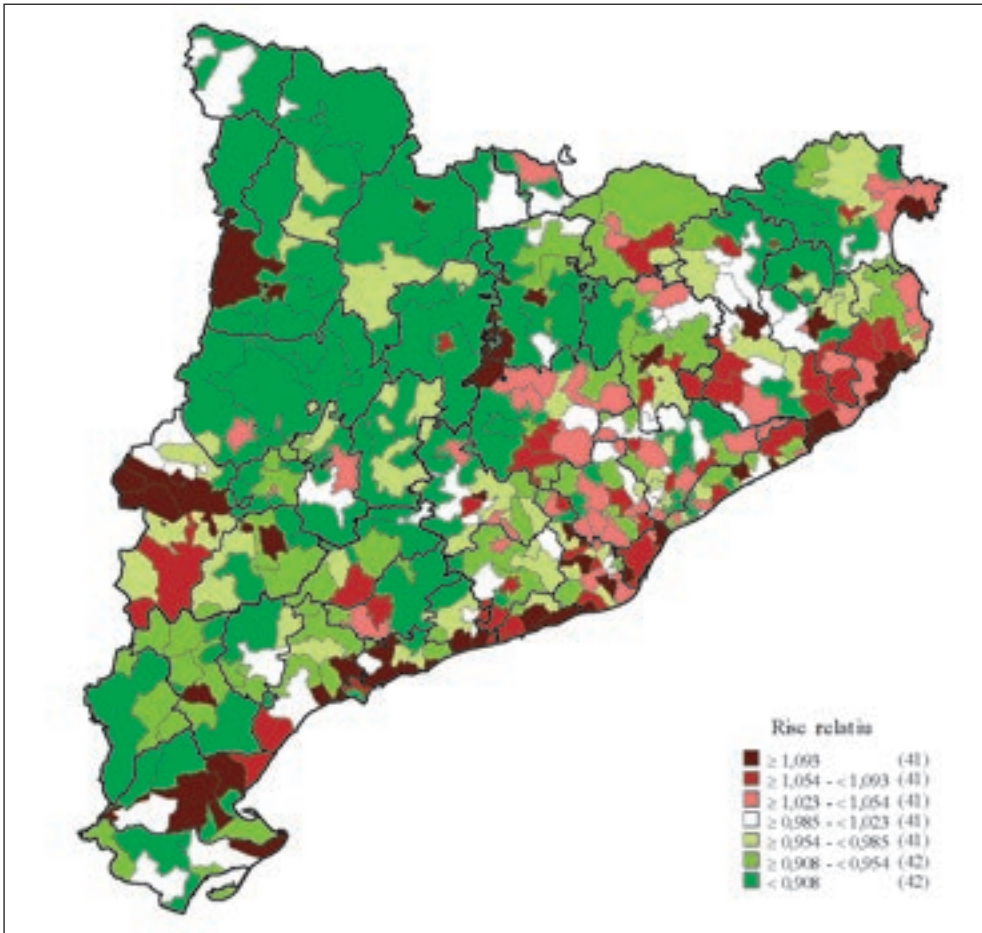
MORTALITAT EN HOMES

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 no es troba en un lloc tan destacat com en el cas de les dones.⁴⁰

La mortalitat en les àrees petites de Catalunya mostra una distribució territorial molt específica: les zones amb més mortalitat es troben a la zona litoral de Catalunya (mapa 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.

Mapa 1.

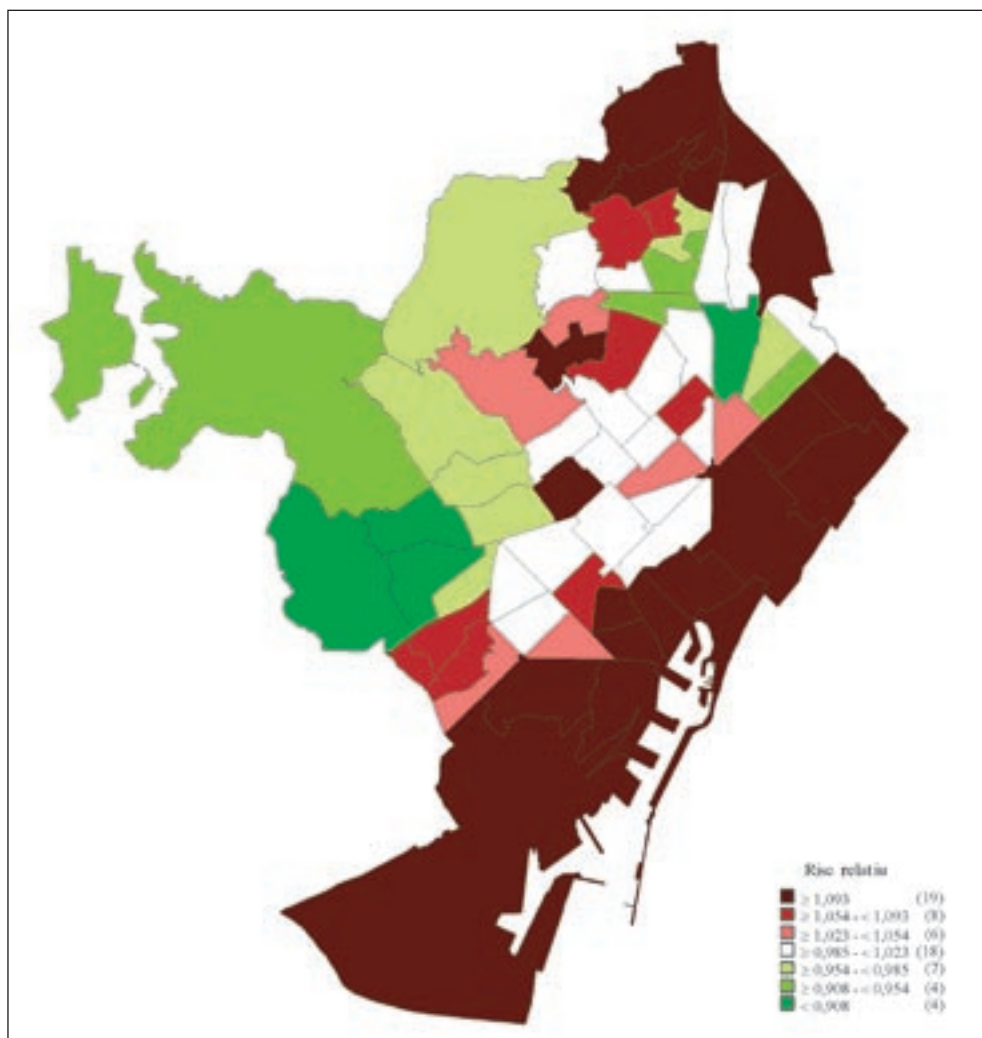
Distribució geogràfica en àrees petites del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999). Homes. Catalunya, 1984-1998



Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 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.

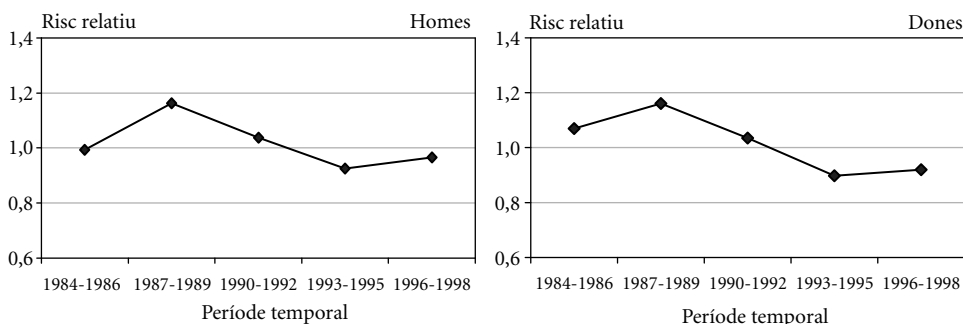
Al municipi de Barcelona el risc de mortalitat és alt. Dins de la ciutat (mapa 2), si s'analitzen les ABS, les àrees de les zones del litoral i del nord, concretament els districtes de Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Sant Martí i part dels districtes de Nou Barris i de Sant Andreu presenten un risc alt. La zona més benestant de la ciutat (les Corts i Sarrià-Sant Gervasi) i també les zones del centre presenten el risc més baix.

L'evolució general de la mortalitat per totes de les causes presenta una tendència descendent (gràfic 1). Les àrees amb una tendència superior a la de Catalunya en el risc relatiu de mortalitat 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 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 4 i 5, respectivament. El 14,3% de les àrees petites amb una esperança de vida millor en el període 1993-1995 presenten valors entre els 77,3 i els 80,5 anys de vida. Per al període 1996-1998 les zones amb una esperança de vida superior presenten valors entre els 76,7 i 79,8 anys.

Gràfic 1.

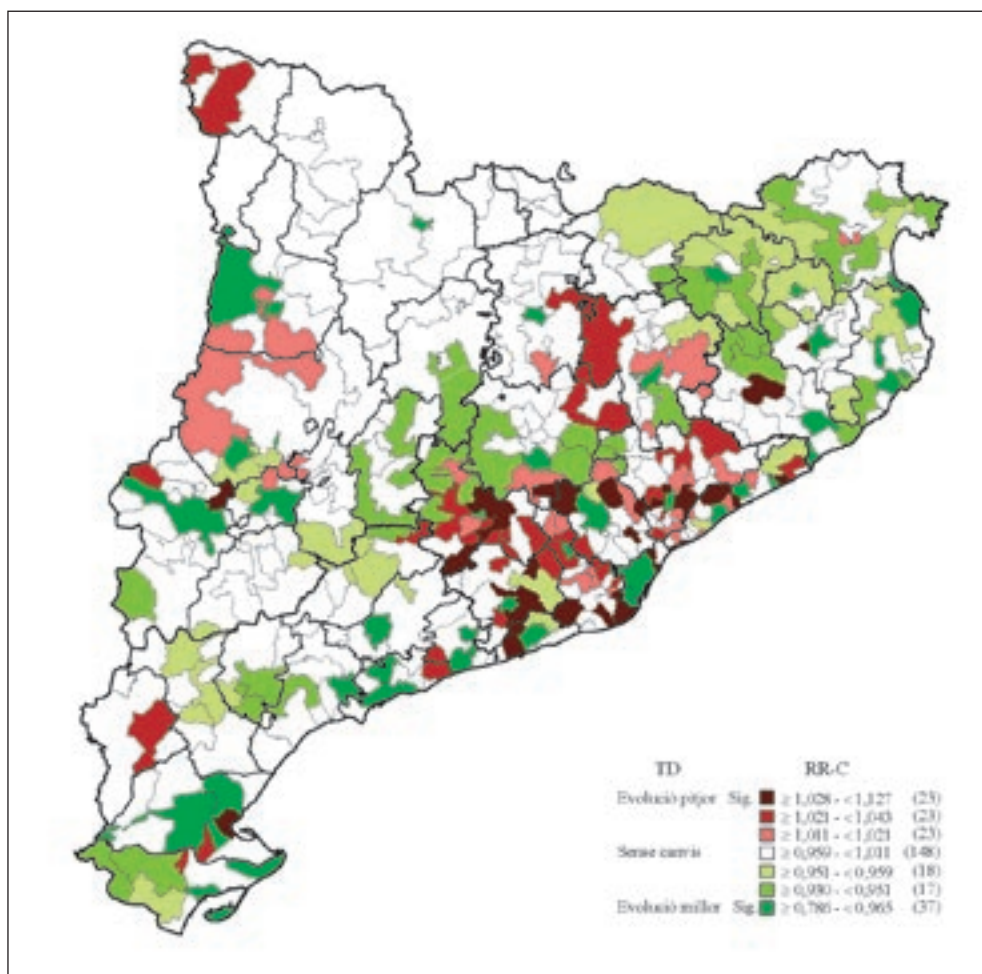
Evolució temporal del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat de cada trienni respecte al període 1984-1988. Homes i dones. Catalunya, 1984-1998



Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 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

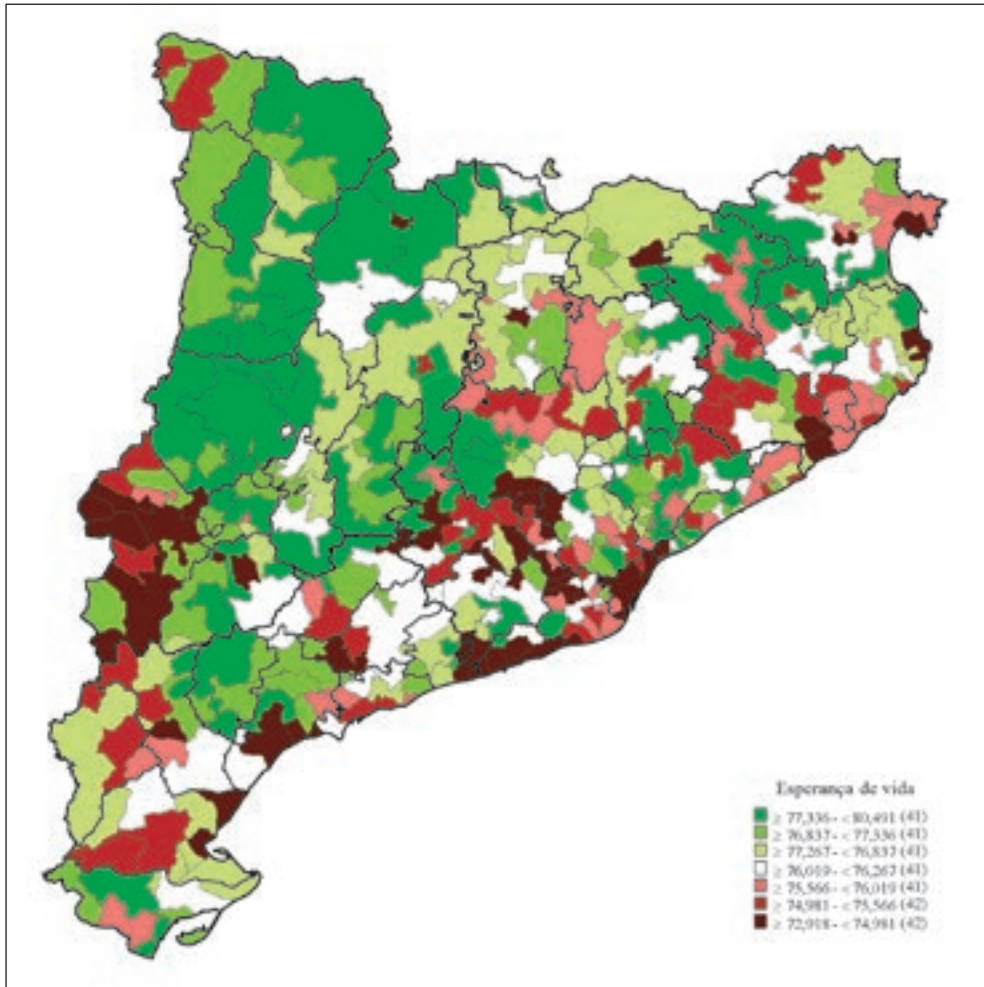


TD: Tendència diferencial; RR-C: Canvi temporal en el risc relatiu de mortalitat.

Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 4.

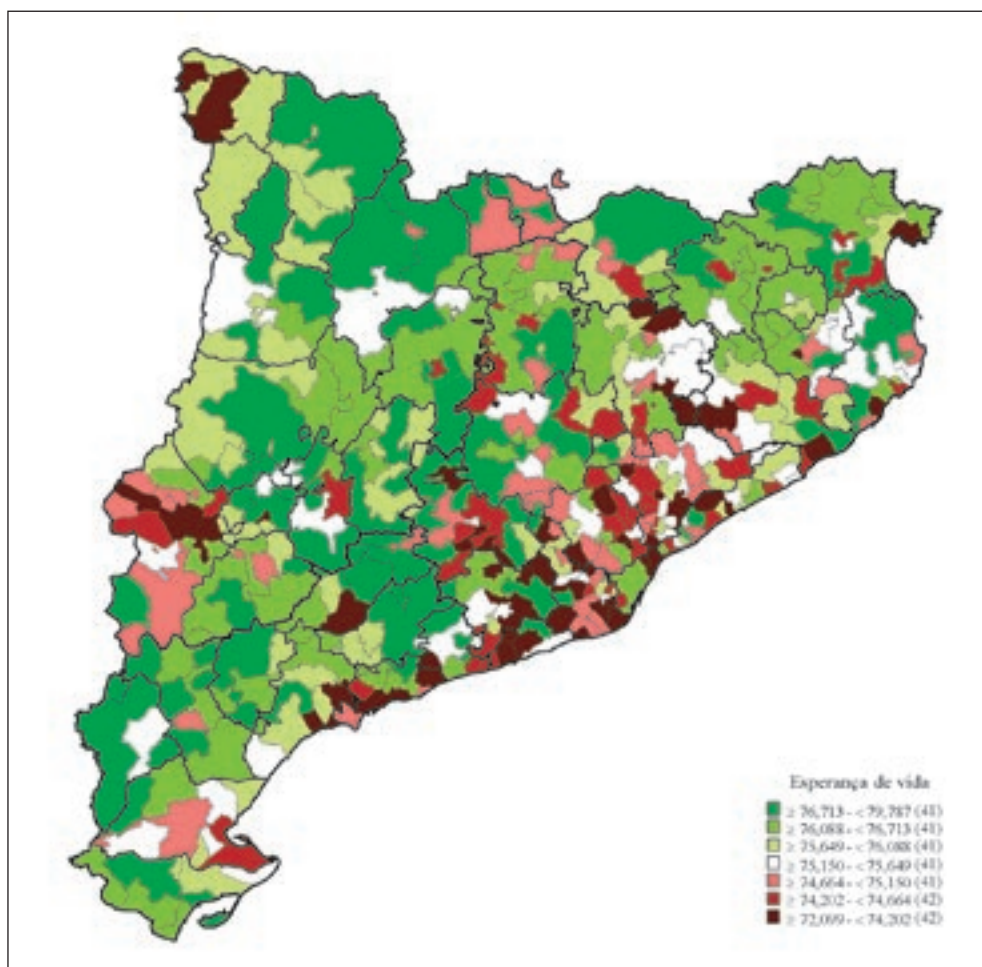
Distribució geogràfica en àrees petites de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Homes. Catalunya, 1993-1995



Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 5.

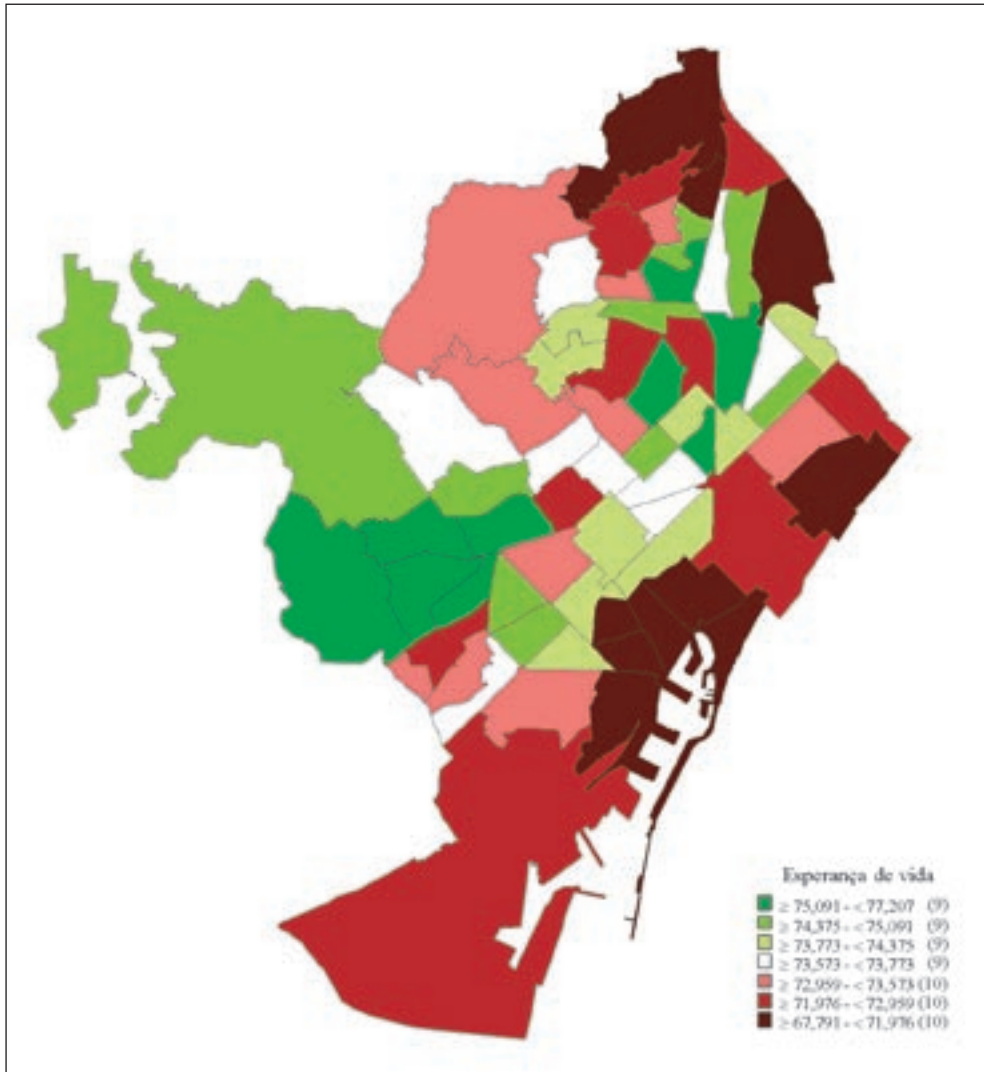
Distribució geogràfica en àrees petites de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Homes. Catalunya, 1996-1998



Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 6.

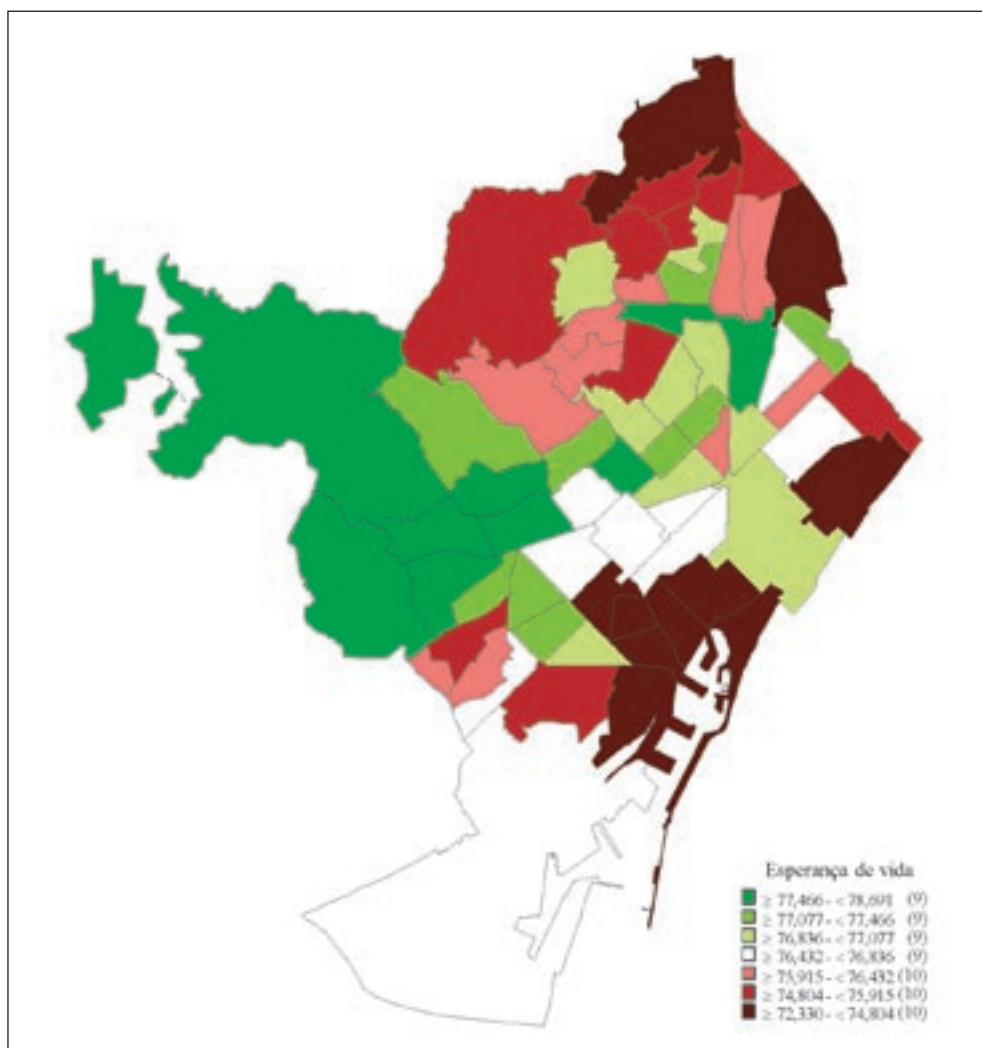
Distribució geogràfica en les àrees bàsiques de salut de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Homes. Barcelona, 1993-1995



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 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.

D'altra banda, l'esperança de vida del 14,3% de zones amb una pitjor esperança de vida, està entre els 72,9 i els 75,0 anys en el període 1993-1995 i entre els 72,1 i els 74,2 anys en el període 1996-1998. Per tant, en el període 1993-1995 hi ha una diferència d'aproximadament set anys entre la zona amb menys esperança de vida i la zona amb més. Aquesta diferència és aproximadament la mateixa en el 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 6 i 7) és pràcticament igual a la del risc relatiu mitjà ajustat per edat de tot el període 1984-1998 (mapa 2). L'esperança de vida del 14,28% de les ABS amb una esperança de vida superior en el període 1993-1995 se situa entre els 75,1 i els 77,2 anys. Per al període 1996-1998, les ABS amb una esperança de vida superior presenten valors entre els 77,5 i els 78,7 anys. D'altra banda, l'esperança de vida del 14,3% de les ABS amb una esperança de vida inferior està entre els 67,8 i els 72,0 anys en el període 1993-1995, i entre els 72,3 i els 74,8 anys en el període 1996-1998. Per tant, en el període 1993-1995 hi ha una diferència de més de nou anys entre la zona amb menys esperança de vida i la zona amb més. Aquesta diferència es de més de sis anys en el període 1996-1998.

MORTALITAT EN DONES

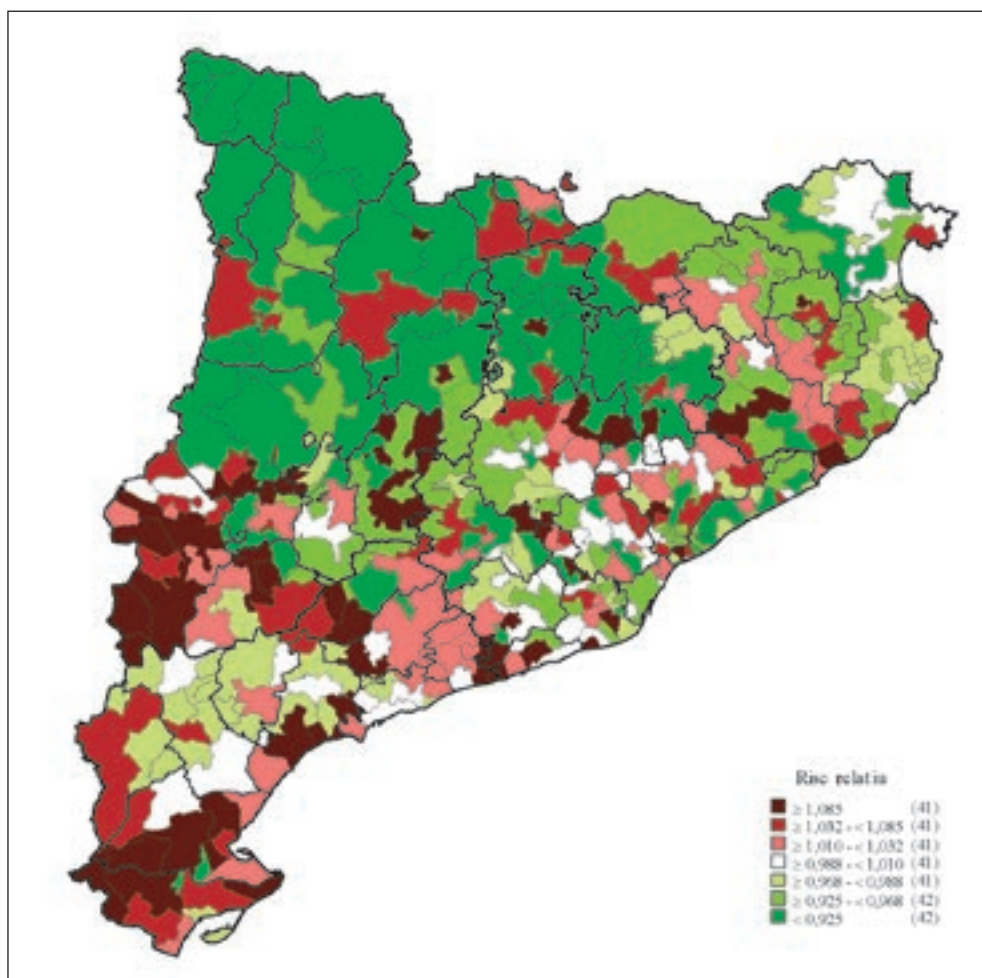
La mortalitat general ajustada per edat en les dones mostra, en els últims anys, una tendència general decreixent. A Catalunya les dones tenen una esperança de vida (83,4 anys el 2002), per sobre de la mitjana dels països de la Unió Europea.³⁹

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 8). La mortalitat major es presenta, sobretot, al sud de la província de Lleida (comarques del Segrià i les Garrigues), al sud (Montsià i Baix Ebre) i nord de la província de Tarragona (Alt Camp i Baix Penedès) i en algunes zones del sud de Girona.

En el municipi de Barcelona, el risc és baix amb relació a Catalunya. Si analitzem internament les desigualtats de les àrees bàsiques de salut de la ciutat de Barcelona (mapa 9), s'observa que hi ha un alt risc de mortalitat a la franja litoral i nord de la

Mapa 8.

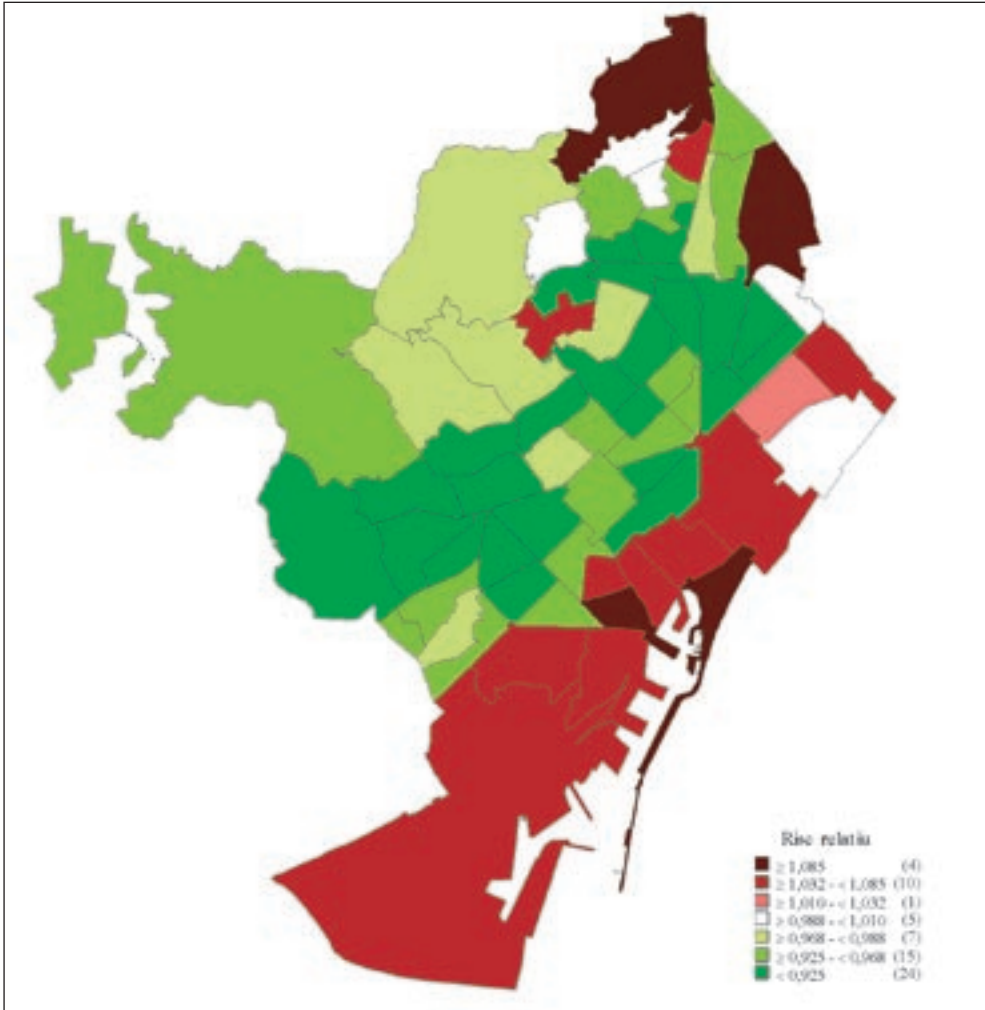
Distribució geogràfica en àrees petites del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999). Dones. Catalunya, 1984-1998



Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 9.

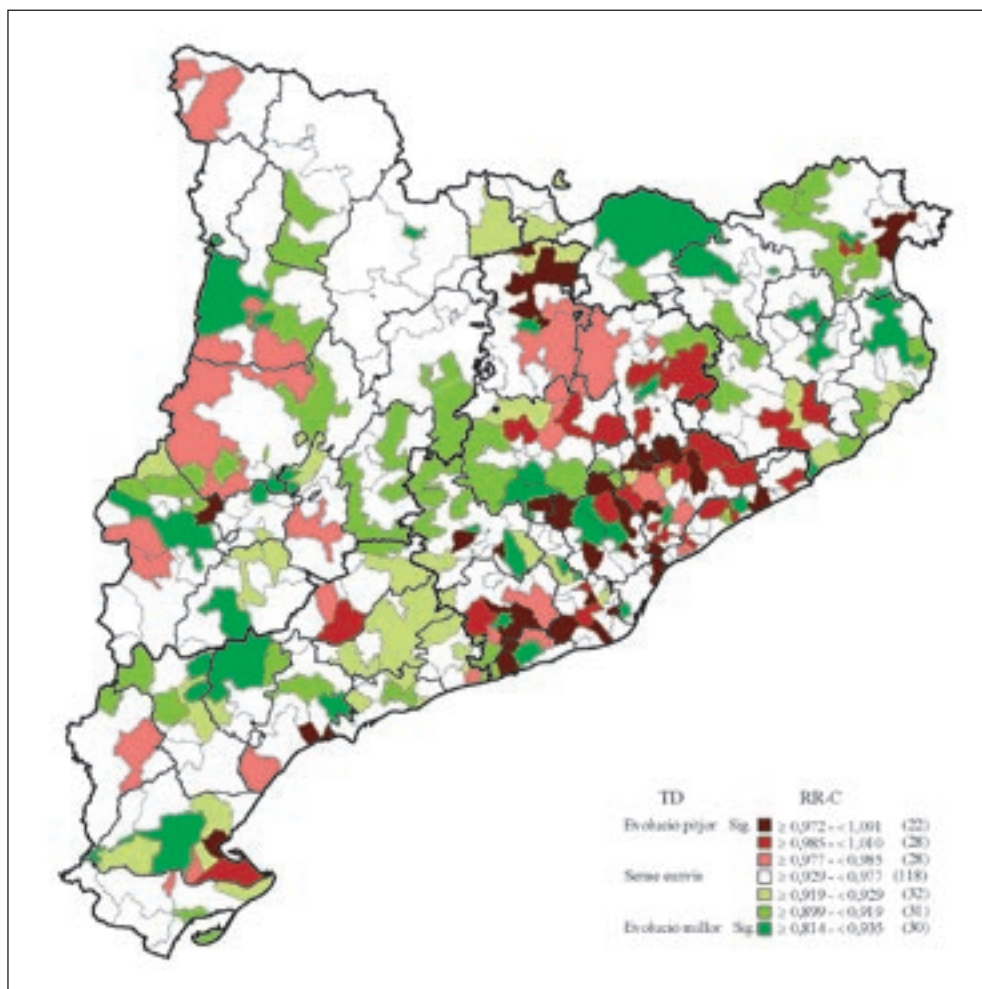
Distribució geogràfica en les àrees bàsiques de salut del risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i per totes les causes (CIM-9:000-999), amb l'escala de risc de Catalunya. Dones. Barcelona, 1984-1998



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 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

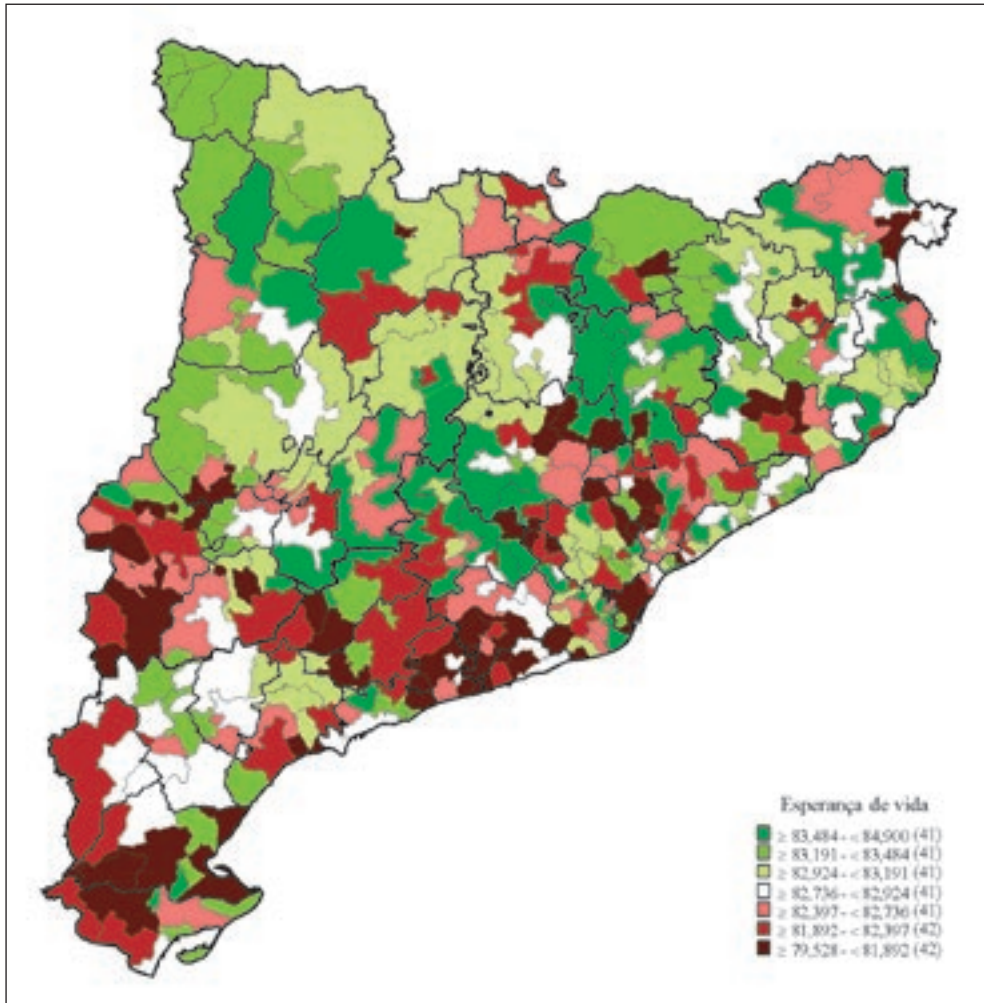


TD: Tendència diferencial; RR-C: Canvi temporal en el risc relatiu de mortalitat.

Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 11.

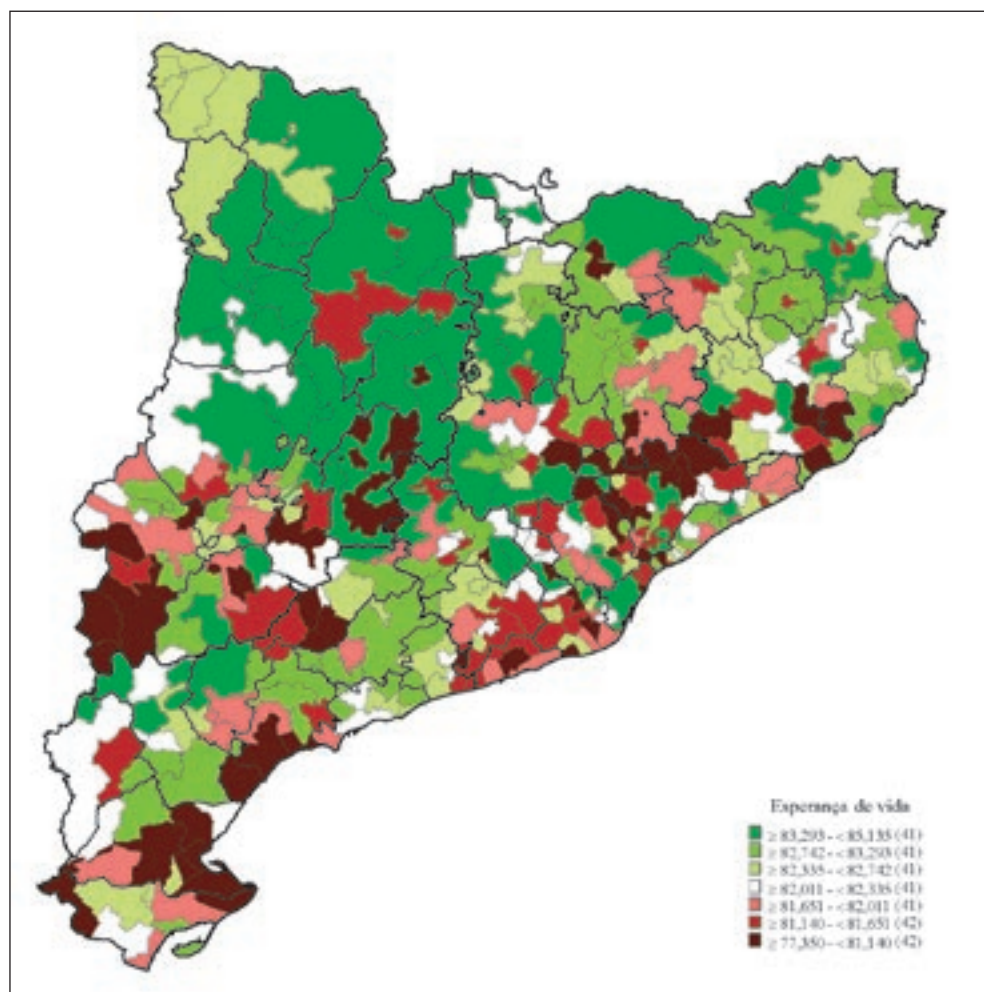
Distribució geogràfica en àrees petites de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Dones. Catalunya, 1993-1995



Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 12.

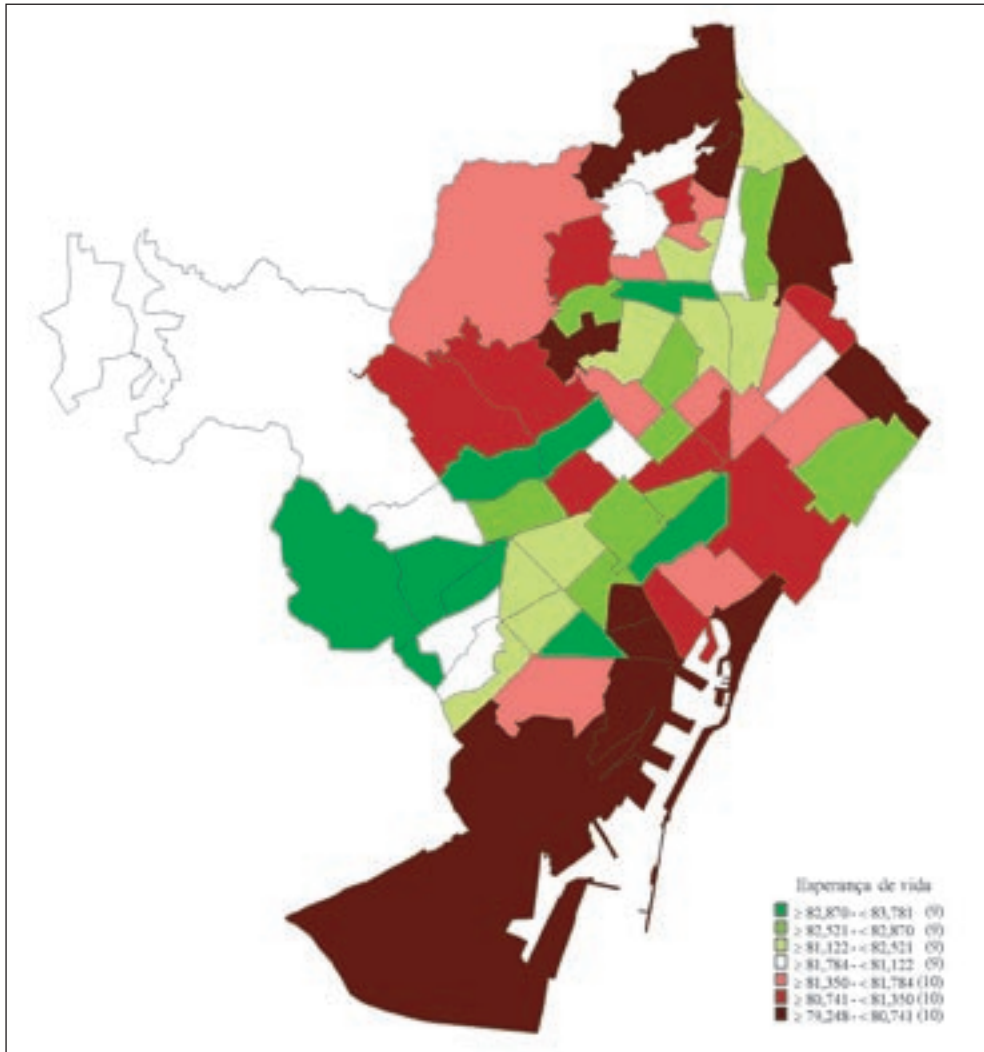
Distribució geogràfica en àrees petites de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Dones. Catalunya, 1996-1998



Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 13.

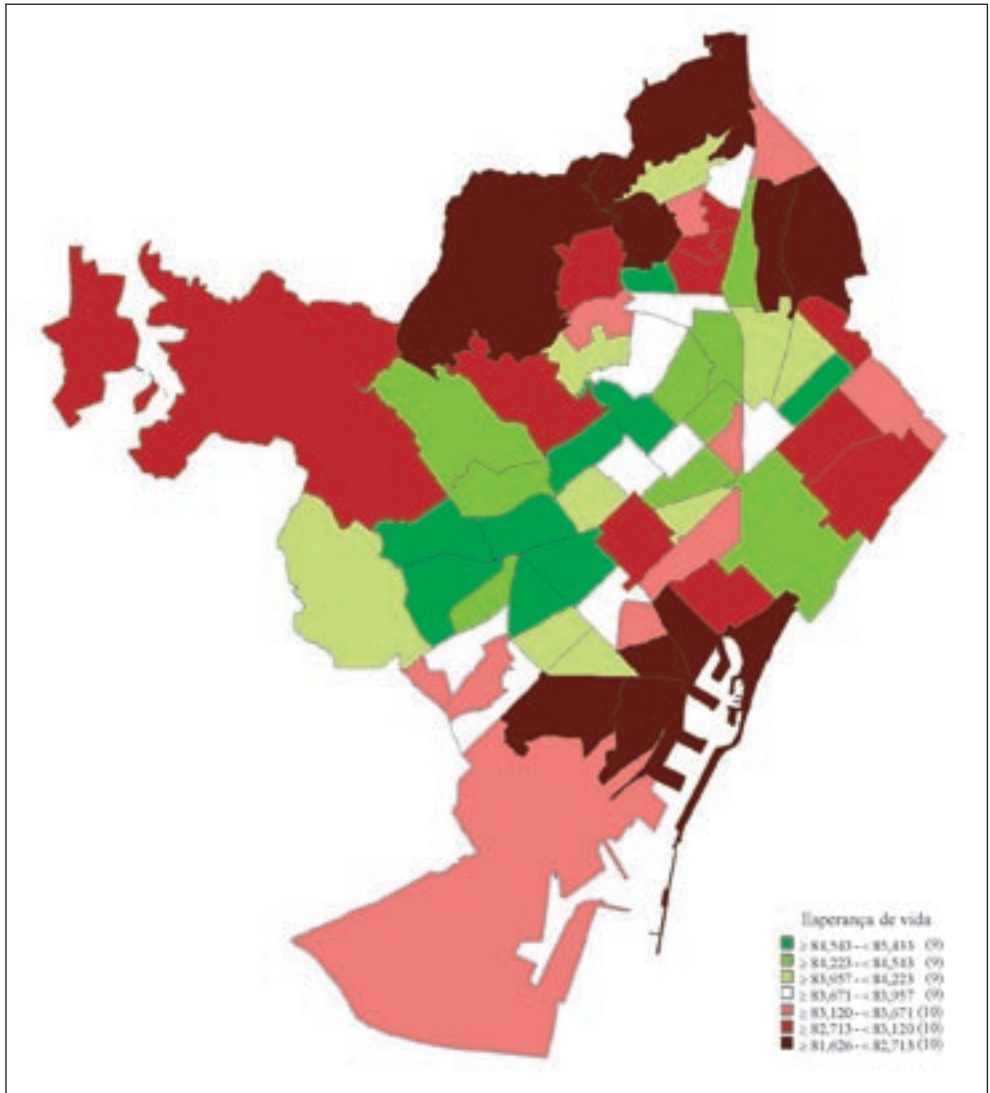
Distribució geogràfica en les àrees bàsiques de salut de l'esperança de vida (grup 0-4 anys). Dones. Barcelona, 1993-1995



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

Mapa 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.

ciutat, que correspon al nucli antic (Ciutat Vella) i a alguns barris construïts a la dècada dels seixanta, amb població immigrada procedent d'altres parts de l'Estat espanyol. Les àrees bàsiques de salut 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 observar-se en el gràfic que mostra l'evolució del risc relatiu de mortalitat durant el període d'estudi (gràfic 1). Les àrees amb una tendència superior a la de Catalunya en el risc relatiu de mortalitat es localitzen especialment a la província de Barcelona i en algunes zones disperses de les províncies de Lleida i Tarragona (mapa 10). Aquestes zones amb una evolució en la mortalitat pitjor respecte a la de Catalunya, se situen en les comarques del voltant de la ciutat de Barcelona i molt especialment al Vallès Occidental, el Vallès Oriental, 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 11 i 12, respectivament. L'esperança de vida del 14,3% de les àrees petites amb una esperança de vida més gran en el període 1993-1995 se situa entre els 83,5 i els 84,9 anys. Per al període 1996-1998 les zones amb esperança de vida superior presenten valors entre els 83,3 i els 85,1 anys. D'altra banda, l'esperança de vida del 14,3% de zones amb una esperança de vida més petita, esta entre els 79,5 i els 81,9 anys en el període 1993-1995, i entre els 77,4 i els 81,1 anys en el període 1996-1998. Per tant, en el període 1993-1995 hi ha una diferència de més de cinc anys entre la zona amb menys esperança de vida i la zona amb més. Aquesta diferència es de més de set anys en el 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 13 i 14, respectivament. L'esperança de vida del 14,3% de les ABS amb una esperança de vida superior en el període 1993-1995 se situa entre els 82,9 i els 83,8 anys. Per al període 1996-1998, les ABS amb una esperança de vida superior presenten valors entre els 84,5 i els 85,4 anys. D'altra banda, l'esperança de vida del 14,3% de les ABS amb una esperança de vida inferior està entre els 79,3 i els 81,0 anys en el període 1993-1995, i entre els 81,6 i els 82,7 anys en el període

1996-1998. D'aquesta manera, en el període 1993-1995 hi ha una diferència de més de quatre anys entre la zona amb menys esperança de vida i la zona amb més. Aquesta diferència es de més de tres anys en el període 1996-1998.

Relació entre els indicadors de privació material i la mortalitat

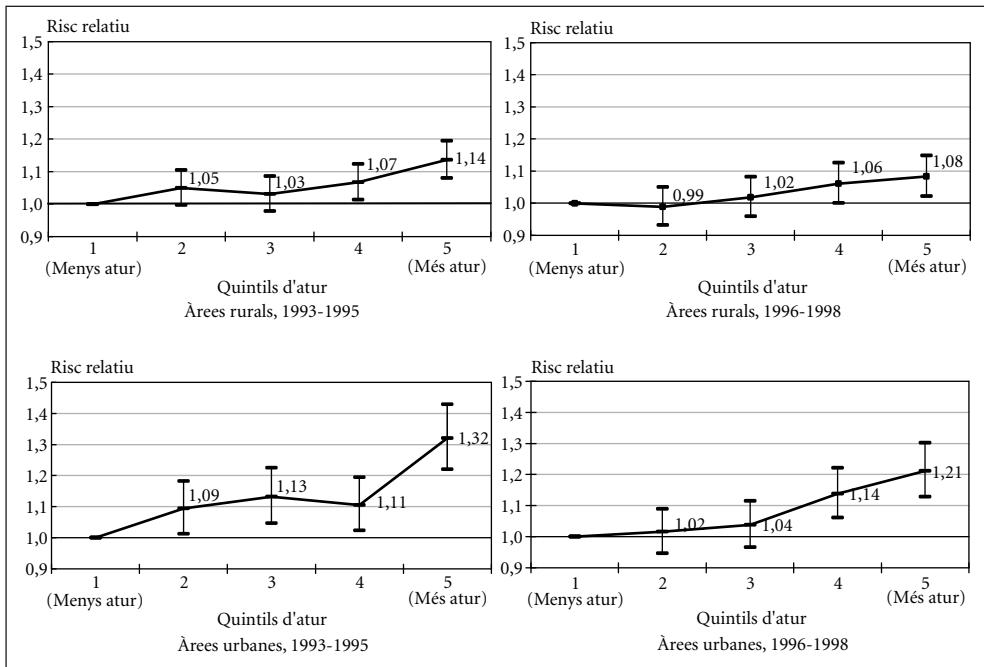
Els riscos relatius (RR) en les zones amb menys privació i intervals de confiança corresponents al 95% (IC 95%) es mostren, per les àrees urbanes i rurals, i per als períodes 1993-1995 i 1996-1998, en els gràfics 2 i 3 en els homes i les dones, respectivament.

L'associació positiva entre l'atur masculí i la mortalitat es veu tant en les zones rurals com en les urbanes i apareix en forma de gradient. En el cas dels homes, en 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]). D'altra banda, en el 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]) respecte a les àrees que tenen menys privació. Aquesta relació també és superior i significativa en el període 1996-1998 a les àrees rurals, però es produeix una reducció en l'excés de mortalitat, fins al 8,3% (RR: 1,08; IC 95%: [1,02-1,15]).

En el cas de 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, però es redueix lleugerament, al 12,6% (RR: 1,13; IC 95%:[1,05-1,21]). Cal destacar que en el període 1996-1998, respecte al 1993-1995, hi ha més diferències significatives en el risc de mortalitat entre les zones amb pitjors indicadors de privació i les zones amb millors condicions de privació. D'altra banda,

Gràfic 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 ABS de Barcelona) i rurals (menys de 20.000 habitants). Homes. Catalunya, 1993-1995 i 1996-1998



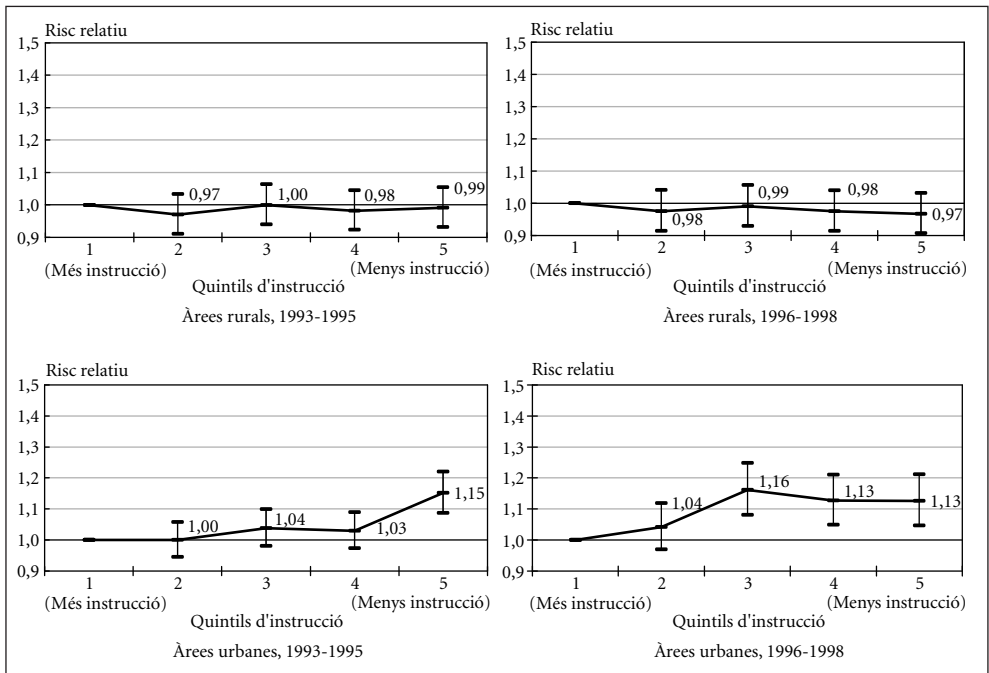
Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

no s'observen 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 a causa de la privació és de 8.029 morts (2.676 anuals) en el període 1993-1995 i de 5.487 (1.829 anuals) en el període 1996-1998. En el cas de les dones l'excés de morts en el període 1993-1995 és aproximadament de 1.874 (625 anuals) i de 3.866 (1.289 anuals) en el període 1996-

Gràfic 3.

Risc relatiu de mortalitat ajustat per edat i interval de confiança al 95%, per quintils d'instrucció 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



Font: Institut Nacional d'Estadística, Institut d'Estadística de Catalunya, Agència de Salut Pública de Barcelona. Elaboració pròpia.

1998. Per als homes i per al període 1993-1995 aquesta xifra representa un excés de mortalitat a causa de la privació del 9,6% anual respecte a les 84.080 morts produïdes en aquest trienni, i un 6,4% anual durant el període 1996-1998 de les respectives 85.932 morts. Per a les dones aquesta xifra representa un excés de mortalitat a causa de la privació del 2,5% anual respecte a les 74.395 morts produïdes en el període 1993-1995, i en el període 1996-1998 representa un 5,0% anual de les 77.395 morts

produïdes. Per tant podem observar que dels anys 1993-1995 als 1996-1998 s'ha produït una reducció de l'excés de morts degudes a la privació en el cas dels homes (del 9,6% al 6,4%), però aquest excés ha augmentat aproximadament el doble en el cas de les dones (del 2,5% al 5,0%).

CONCLUSIONS

Apareixen desigualtats en la mortalitat dels homes segons les àrees geogràfiques.

- En el cas dels homes, el risc de mortalitat mostra una distribució territorial molt específica: les zones amb més mortalitat es troben a la zona litoral de Catalunya. A la província de 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 la de Lleida, la comarca del Segrià.
- A la ciutat de Barcelona, les àrees amb més risc es localitzen a les zones del litoral i del nord, concretament als districtes de Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Sant Martí i part dels districtes de Nou Barris i de Sant Andreu.
- L'evolució general de la mortalitat mostra una tendència a una evolució pitjor a les zones de les comarques del voltant de la ciutat de Barcelona, al Vallès Oriental i l'Anoia.
- En el període 1993-1995 hi ha una diferència d'aproximadament set anys entre la zona amb menys esperança de vida i la zona amb més. Aquesta diferència és aproximadament la mateixa en el període 1996-1998.
- A la ciutat de Barcelona, en el període 1993-1995 hi ha una diferència de més de nou anys entre la zona amb menys esperança de vida i la zona amb més. Aquesta diferència és de més de cinc anys en el període 1996-1998.

Apareixen desigualtats en la mortalitat de les dones segons les àrees geogràfiques.

- En 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 la província de Lleida, al sud i al nord de la de Tarragona i en algunes zones del sud de la de Girona.

- En 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 situa a les comarques del voltat de la ciutat de Barcelona i molt especialment al Vallès Occidental, el Vallès Oriental, Osona i el Garraf.
- En el període 1993-1995 hi ha una diferència de més de cinc anys entre la zona amb menys esperança de vida i la zona amb més. Aquesta diferència és de més de set anys en el període 1996-1998.
- A la ciutat de Barcelona, en el període 1993-1995 hi ha una diferència de més de quatre anys entre la zona amb menys esperança de vida i la zona amb més. Aquesta diferència és de més de tres anys en el període 1996-1998.

Hi ha relacions entre la privació material i la mortalitat.

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

Bibliografia

- ¹ Borrell C, Mompart A, Brugal MT, Rohlfis I, Pérez G. La salut. A: Fundació Jaume Bofill. Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, economia, política, cultura. Barcelona: Editorial Mediterrània; 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, Cislighi C. L'atlante italiano di mortalità 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, 1981-1991. 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;61:280-1.
- 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 Epidemiol 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;36:300-8.
- ¹⁷ La Caixa. Servicio de Estudios. Anuario económico de España. Barcelona: Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, 2001.
- ¹⁸ Oliver J (dir.). La pobresa a Catalunya. Informe 2001. Fundació Un Sol Món. Barcelona: Caixa de Catalunya; 2001.
- ¹⁹ Mompert A, Pérez G, Borrell C, Pasarín MI. Las desigualdades de mortalidad en los sectores sanitarios de Cataluña. Comunicació presentada a 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 Epidemiol Community Health.* 1995;49:460-5.
- ²² Costa J. Desigualtats en la mortalitat als barris de Barcelona: la seva relació amb l'atur, l'analfabetisme i la categoria professional [tesi 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 [treball d'investigació de tercer cicle]. 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 Pasarín MI, Borrell C, Brugal MT, Díaz-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 Glasgow 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.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya.* Barcelona: Mediterrània; 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 (coords.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya;* 2003:253-82.
- 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;14:2433-43.
- ³⁵ Clayton D, Kaldor J. Empirical Bayes estimates of age-standardized relative risks for use in disease mapping. *Biometrics.* 1987;43:671-81.
- ³⁶ Procedure NLMIXED. SAS@ versió 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: 63-8.
- 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.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/evomor02.pdf>.

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

Esteve Fernández
Anna Schiaffino
Montse García

INTRODUCCIÓ

L'estat de salut i la malaltia

En els darrers anys del segle xx es va produir un increment de les diferències socioeconòmiques en la salut malgrat detectar-se una millora substancial en els indicadors de salut principals i un augment en el nivell socioeconòmic de la població.^{1,2} Els estudis que analitzen les desigualtats socials en la salut segons el gènere i segons la classe social posen de manifest que les persones de classes socials menys afavorides i les dones presenten un estat de salut pitjor 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 la salut s'han multiplicat enormement en els darrers deu anys. De fet, més del 65% dels articles sobre desigualtats en la salut a l'Estat espanyol s'han publicat en aquest període, tant en 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 (manca d'energia de l'individu en comparació amb altres individus de la mateixa edat i valoració de la 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 morbiditat i de la mortalitat, àdhuc millor que el diagnòstic mèdic.⁷ Els individus de classe social menys afavorida, amb ingressos o rendes més baixos i amb nivells d'estudis inferiors manifesten tenir un estat de salut pitjor.^{8,9} Les dones, en el nostre país, de la mateixa manera que en altres països desenvolupats, perceben que tenen un estat de salut pitjor que el dels homes. També s'observa un cert gradient en aquesta percepció segons l'edat, ja que les persones més grans són les que declaren una pitjor percepció de la salut.^{10,11} Aquestes diferències entre homes i dones poden ser degudes al fet que les dones tenen més malalties no mortals al llarg de 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'em-pitjorament de la salut que dirigeix l'atenció a les conseqüències de la malaltia, és a dir, si aquesta ha restringit les activitats quotidianes o no. Aquesta mesura proporciona una percepció sobre l'efecte de qualsevol malaltia crònica en la vida quotidiana.¹⁰ Respecte a la presència de trastorns crònics, un estudi amb dades de l'Enquesta Nacional de Salut del 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 sacarina augmenta en les classes socials menys afavorides.¹⁰

Les malalties més freqüents són les cardiovasculars 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 de la sida més elevades 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}

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 la salut han estat realitzats utilitzant les enquestes de salut que permeten analitzar les desigualtats en

morbidity i en l'ús dels serveis sanitaris.¹⁷⁻²⁰ També s'han realitzat estudis que analitzaven dades de mortalitat individual²¹⁻²⁴ i grupal, en els quals la unitat d'anàlisi no són les persones sinó les agrupacions de persones en barris o districtes.²⁵ Diversos treballs han constatat l'existència de desigualtats socials en la salut en localitzar zones que destacaven per presentar un excés de mortalitat, incloent mortalitat prematura, mortalitat infantil i esperança de vida menor. Per analitzar les desigualtats socials en la mortalitat amb estudis de base individual s'acostuma a utilitzar la informació dels butlletins estadístics 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, tant a causa d'una manca de validació de la variable "ocupació" en els registres de defunció com per l'existència de legislació que restringeix l'ús de les 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 ha assenyalat l'existència d'una relació inversa entre el nivell socioeconòmic i la mortalitat. Així, per exemple, un estudi realitzat a Barcelona va mostrar diferències respecte a la mortalitat perinatal segons el nivell socioeconòmic.²⁷ La majoria dels estudis demostra 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 col·l.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 amb les malalties cardiovasculars, un estudi mostra que els agricultors i els treballadors manuals van presentar per aquesta causa una major mortalitat que no pas la dels 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 intermèdies presentaven una prevalença d'hipertensió (factor de risc principal de les malalties cardiovasculars) menor 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 per malaltia cerebrovascular s'associa moderadament a la mortalitat infantil de sis dècades abans.³⁰

Respecte al conjunt de malalties que formen el càncer també es troben evidències de la seva relació amb el nivell socioeconòmic, tant pel que fa a la freqüència d'aparició com a la mortalitat associada.³¹ Tanmateix, la mortalitat global per càncer està relacionada inversament amb el nivell socioeconòmic 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 poder dissenyar intervencions adreçades a la reducció de les desigualtats socials en la salut, així com per integrar determinants de la salut en altres àrees polítiques, i per la necessitat de recolzar el desenvolupament d'evidències en l'impacte de la salut. Les polítiques sanitàries hauran d'insistir en les mesures preventives, l'educació per la salut, l'estudi de les variables epidemiològiques d'incidència, la prevalença i el risc de les malalties en el nostre context d'actuació, així com promoure una atenció sanitària efectiva i adequada.³³

Objectius i mètodes

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 la salut en la dècada dels noranta i fins l'any 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 en diverses etapes, de manera que, un cop ponderada, la mostra fos representativa de la població catalana. La grandària de la mostra va ser de 8.400 persones. Per a aquesta 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 6.999 persones. Per estudiar l'evolució entre el 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 en l'anterior informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill.⁹ El mostreig, la metodologia i els resultats de 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 Epidemiología, que utilitza la Classificació Nacional d'Ocupacions del 1994 (CNO-94). Les vuit 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 (vegeu l'apartat del capítol 1 sobre la classe social).

Salut percebuda: es preguntava sobre la percepció de l'estat de salut en general. És una variable mesurada en una escala de tipus Likert amb cinc 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 l'actualitat o que havia patit en el passat qualsevol de les malalties d'un llistat de 26 malalties cròniques. Per tal que els resultats fossin comparables entre les dues edicions s'han estudiat les mateixes 16 malalties sobre les quals es preguntava 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 dotze 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 del 1991 per tal que els resultats estandarditzats fossin comparables amb els de l'anterior informe CAPS-Fundació Jaume Bofill. Algunes de les anàlisis es presenten estratificades segons sis grups d'edat (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 i >64 anys).

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 (mitjançant el mètode directe, prenent com a població estàndard la població mundial ≥ 20 anys) d'acord amb el nivell d'estudis, agrupat en quatre categories (sense estudis, estudis de primària incompleta, primària completa i secundària o estudis universitaris).

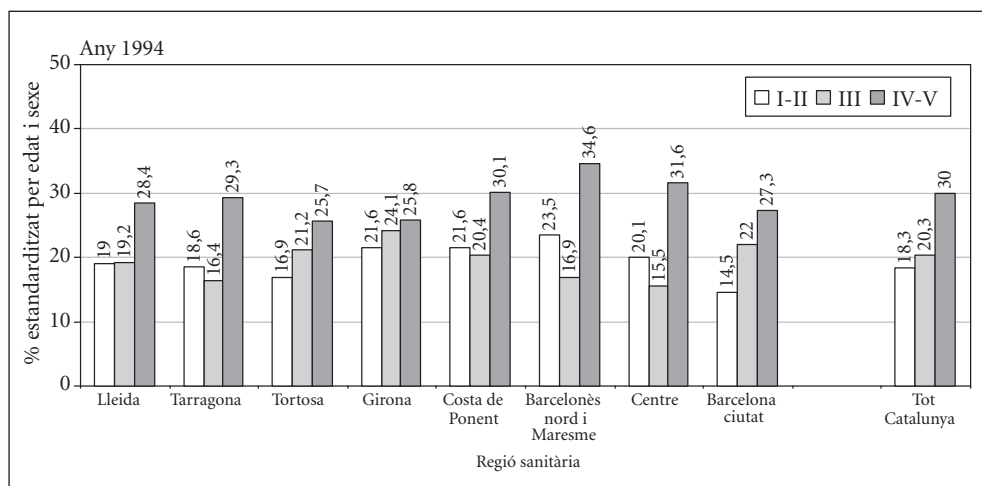
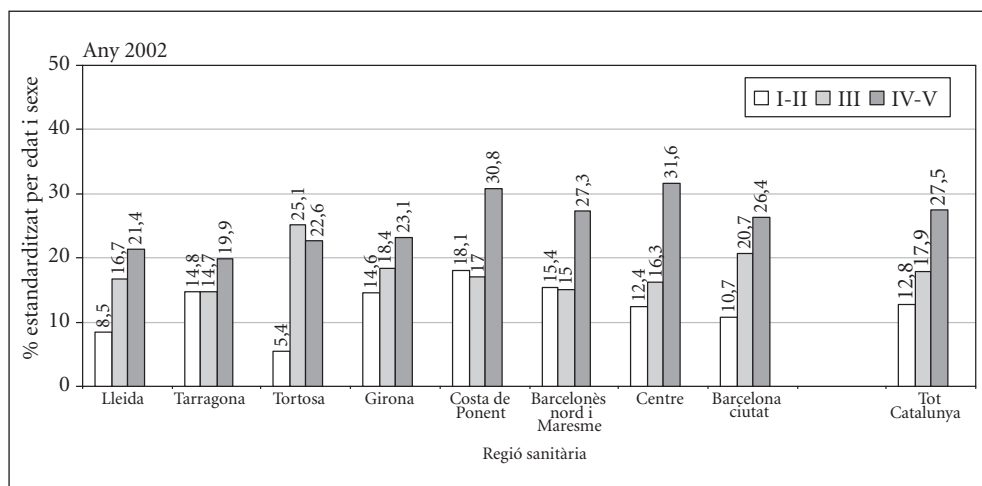
LES DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT I LA MALALTIA A CATALUNYA

La salut percebuda

Les dades de l'ESCA-02 posen de manifest que la proporció de persones de classes afavorides que declaren que la seva salut és 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 el seu estat de salut com a dolent és tres vegades més gran en les classes IV-V (5,9%) que en les classes I-II (1,9%), i gairebé el doble que la proporció de la classe III (2,6%). En comparar aquests resultats amb els obtinguts l'any 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 a la població de classes benestants.

Gràfic 1.

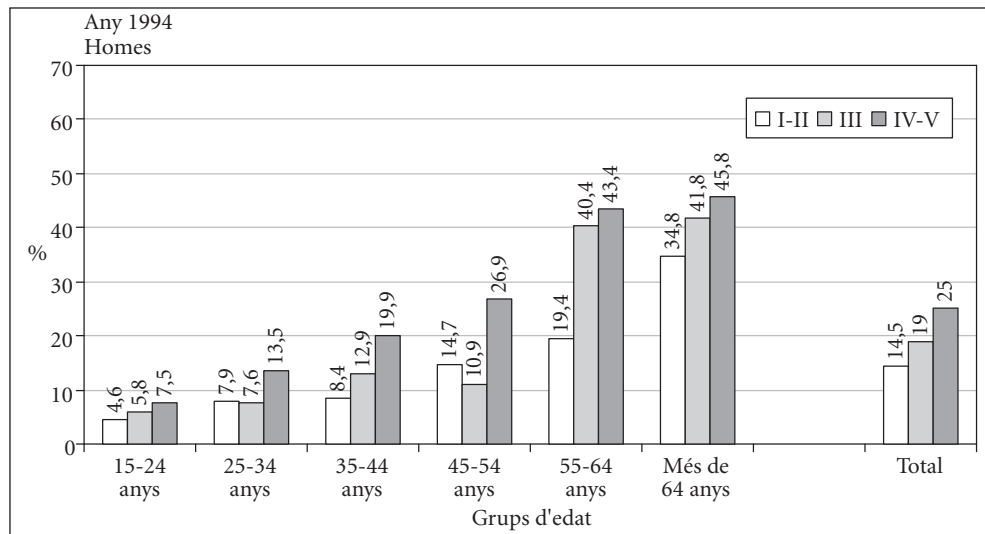
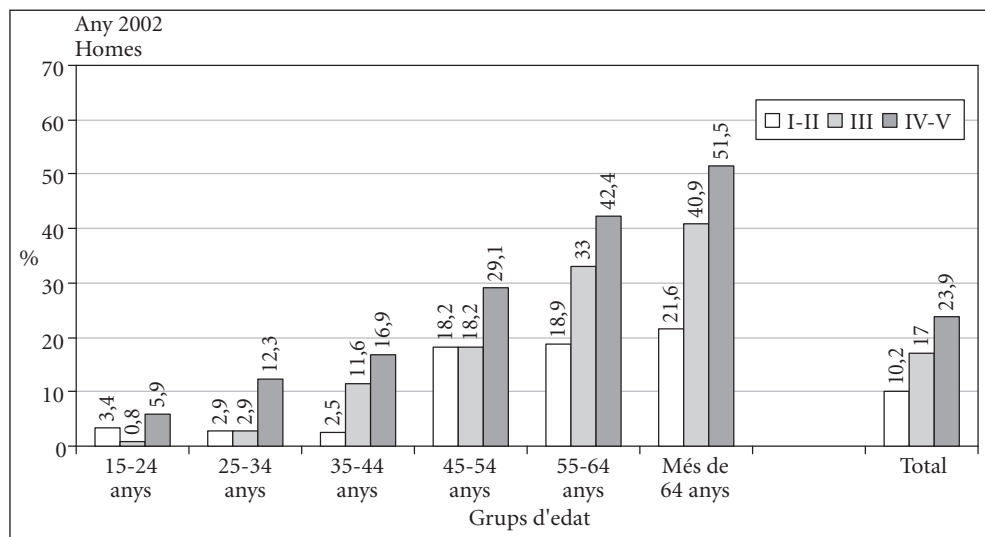
Estat de salut percebut com a regular o dolent segons la classe social i la regió. Persones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994

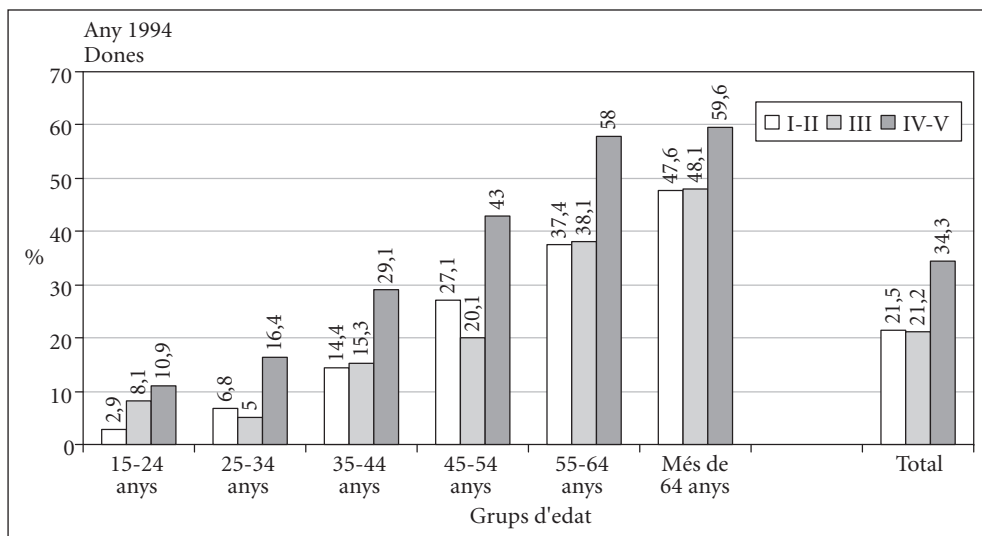
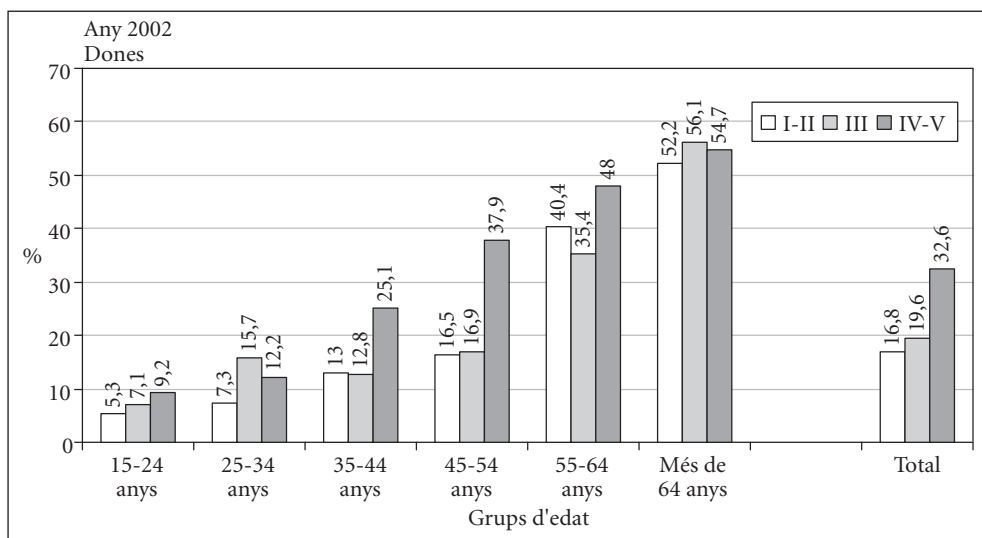


Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 2.

Estat de salut percebut com a regular o dolent segons la classe social i els grups d'edat. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994





Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Les diferències en l'estat de salut segons la classe social són més manifestes quan es consideren agrupades les categories regular i dolenta (gràfic 1). En aquesta figura es mostren, en dos gràfics diferents, els percentatges (estandarditzats per edat) segons les vuit regions sanitàries per a cada any de realització de l'entrevista (l'any 2002 i l'any 1994). Així, l'any 2002 el 28,4% dels individus de les classes IV-V declaraven tenir una salut subòptima (regular o dolenta) mentre tan sols ho feien així un 18,4% dels de la classe III i un 13,2% dels 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 per les persones que pertanyen a una classe benestant ha millorat. Aquest mateix patró s'observa per a cadascuna de les vuit regions sanitàries analitzades. Cal destacar, però, que en les regions de Lleida, Tarragona i Barcelonès nord i Maresme, la percepció de l'estat de salut en les persones de classes III i IV-V també ha millorat, encara que no de manera tan evident.

Les dones perceben més que els homes que el seu estat de salut és pitjor: un 27,6% de les dones el perceben com a regular o dolent mentre que aquesta proporció és del 19,7% en el cas dels 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 gràfic 2) s'observa que tant els homes com les dones segueixen el mateix patró descrit anteriorment per al total de Catalunya. L'any 2002 un 10,2% dels homes de classe I-II declara el seu estat de salut com a subòptim (regular o dolent) mentre que ho feia un 14,5% l'any 1994. En canvi, pels volts d'un 24% dels homes de classe IV-V, tant l'any 1994 com el 2002, percebi 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 percep la seva salut com a subòptima mentre que ho feia un 21,5% l'any 1994. En canvi, la proporció de dones de classe social IV-V que declaren que la seva salut era subòptima es manté pels volts d'un 33% tant l'any 2002 com el 1994.

Tal i com s'observa al gràfic 2, les diferències absolutes entre classes es van fer 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 entre els homes com entre les dones. S'observa que l'any 2002 la proporció d'homes de 25 a 34

anys que declara que la seva salut és 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 el grup d'edat entre 35 i 44 anys i en el 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.

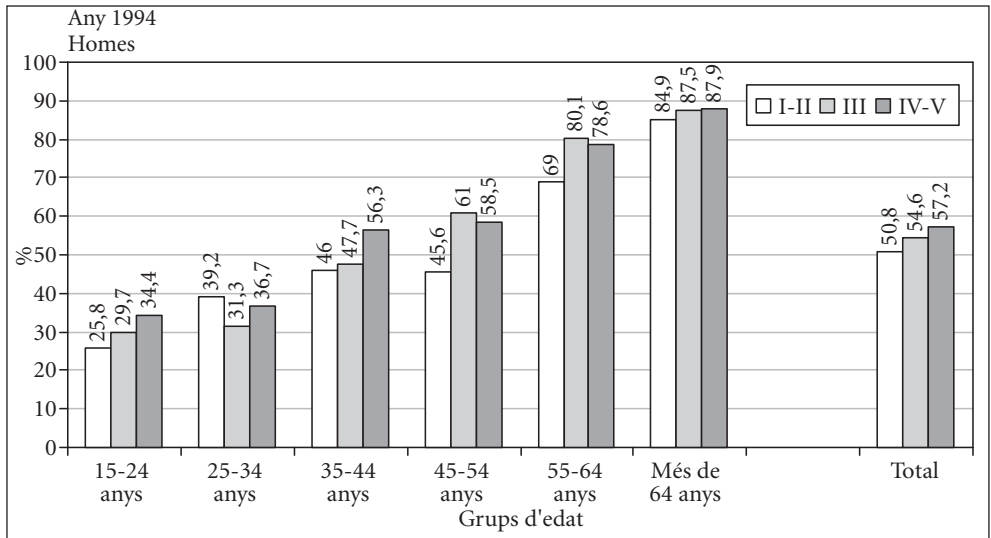
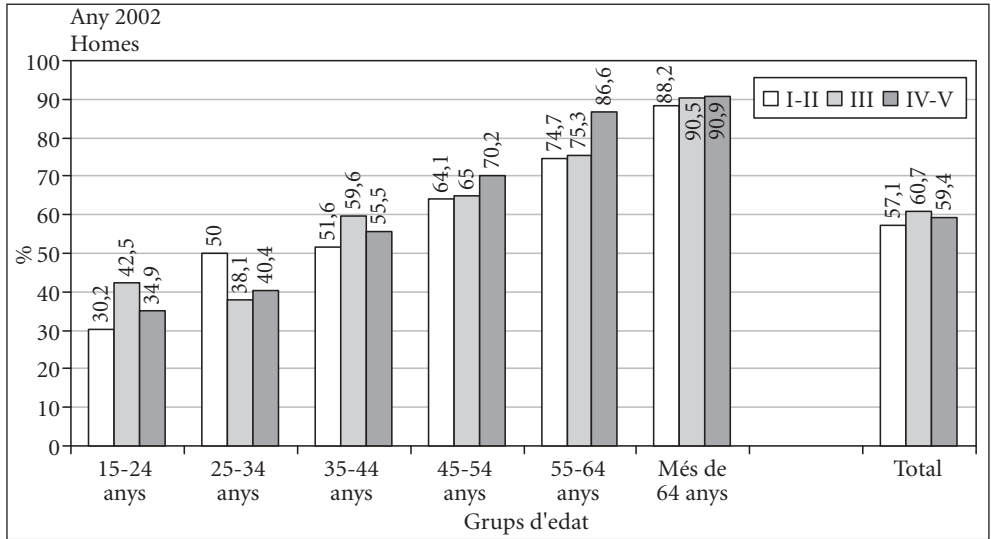
A la taula 2 de l'annex podem observar la distribució, per als homes i per a les dones, del percentatge de persones que declaren que la seva salut és subòptima, segons la classe social, segons la regió sanitària de residència i també segons tres grans grups d'edat. En aquesta taula s'observa clarament que el gradient social és evident i augmenta per a tots els grups d'edat i per a les vuit 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 té una distribució territorial força homogènia, sense grans desigualtats entre regions sanitàries.

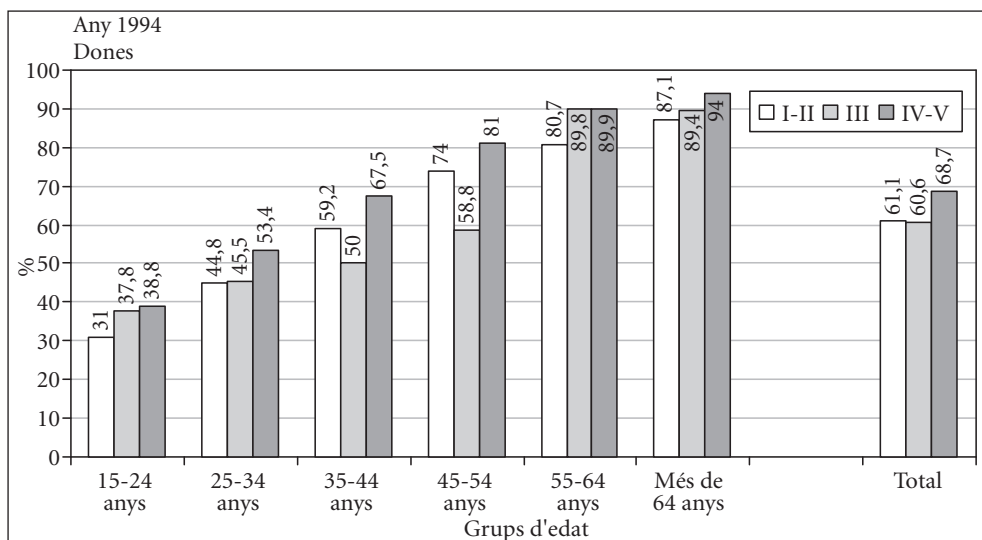
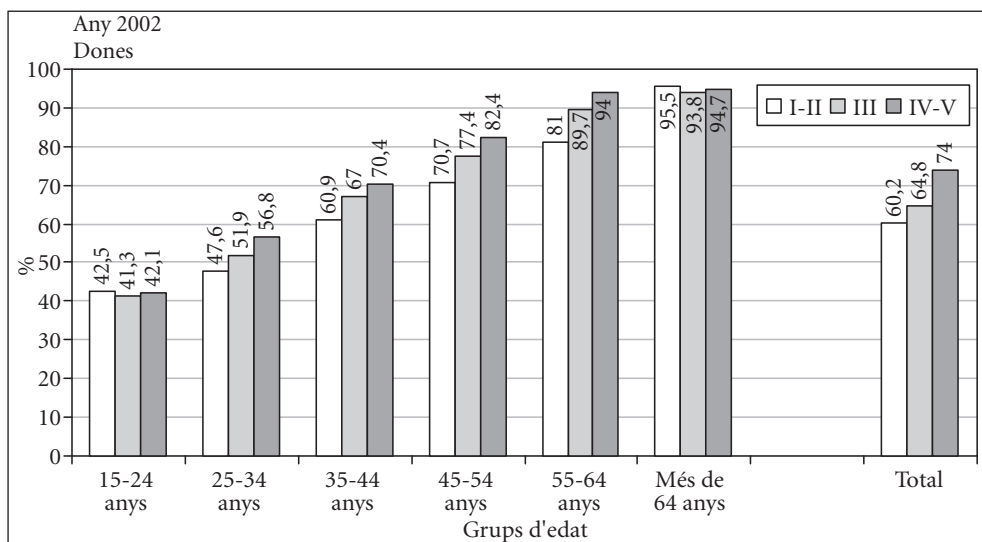
Els trastorns crònics

L'any 2002 la proporció de persones de les classes IV-V que declara patir algun trastorn crònic (67,1%) era 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. D'una banda s'observa que les diferències entre les classes s'han eixamplat: mentre que l'any 1994 la diferència entre les classes I-II i les classes IV-V era de 7 punts de percentatge (56,0% de la classe I-II versus 63,1% de la classe IV-V), aquesta diferència augmenta fins a 9 punts de percentatge l'any 2002 (58,2% de la classe I-II versus 67,1% de la classe IV-V). D'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 que patien algun trastorn crònic mentre que l'any 1994 aquests percentatges van ser del 54,4% i del 64,2%, respectivament. De totes maneres, la diferència entre homes i dones no ha augmentat (continua sent de 10 punts de percentatge).

Gràfic 3.

Presència d'algun trastorn crònic segons la classe social i els grups d'edat. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994





Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

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 els homes i les 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 que les diferències entre les classes socials són més paleses entre les dones que entre els homes.

Respecte a l'any 1994, els homes i les dones segueixen un patró diferent. En els homes s'observa que les classes socials que empitjoren són la classe I-II (57,1% l'any 2002 versus 50,8% l'any 1994) i la III (60,7% l'any 2002 versus 54,6% l'any 1994). En canvi, pels volts d'un 58% dels homes de classe IV-V, tant l'any 1994 com l'any 2002 declaren patir algun trastorn crònic. En les dones, però, s'observa un empitjorament en la classe III (64,8% l'any 2002 versus 60,6% l'any 1994) i la IV-V (74,0% l'any 2002 versus 68,7% l'any 1994). En canvi, pels volts d'un 60% de les dones de classe I-II, en les dues edicions de l'ESCA analitzades, declaren patir algun trastorn crònic (gràfic 3).

Les diferències segons la classe social es mantenen en gairebé tots els grups d'edat i segons el sexe. L'any 2002, en general s'observa una proporció més elevada de persones de les classes desfavorides que declaren patir algun trastorn crònic en cada categoria d'edat, com posa de manifest el gràfic 3, si bé a partir dels 64 anys l'efecte de l'edat és el determinant principal 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 la classe social en els grups de 15-44 i 45-64 anys una mica més evidents per a les regions sanitàries de Lleida i de Tarragona, si bé sense que les diferències siguin estadísticament significatives respecte al conjunt de Catalunya.

La salut mental

Un 13,3% de les persones entrevistades durant l'any 2002 presenta mala salut mental (puntuació superior a 2 en el GHQ-12) mentre que l'any 1994 ho feia un 12,5%. La proporció de persones que declaren tenir problemes de salut mental és major en les classes socials més desafavorides (14,5%) que no pas en la classe III (11,3%) i la 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 s'ha produït un empitjorament de l'estat de salut mental, sobretot en les classes I-II, si bé aquestes diferències no són estadísticament significatives.

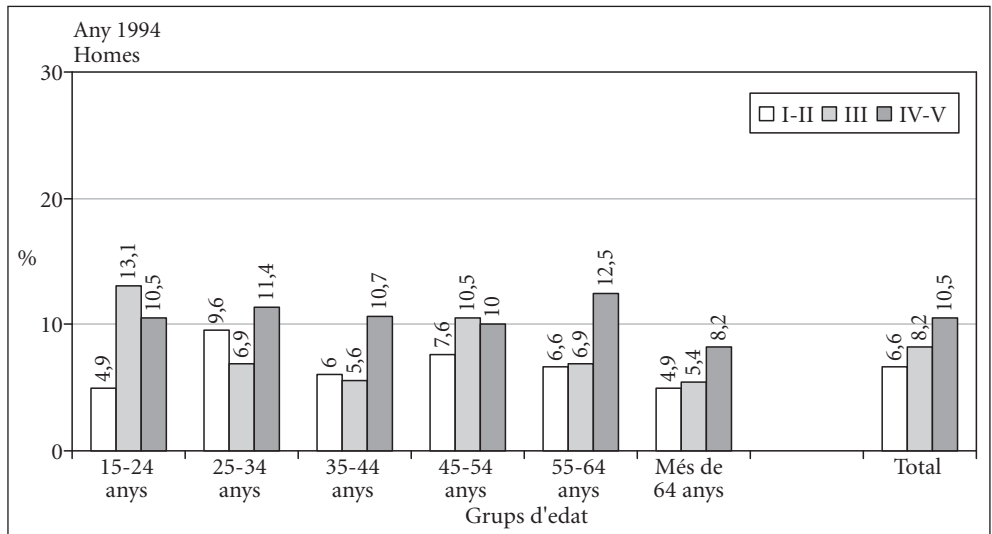
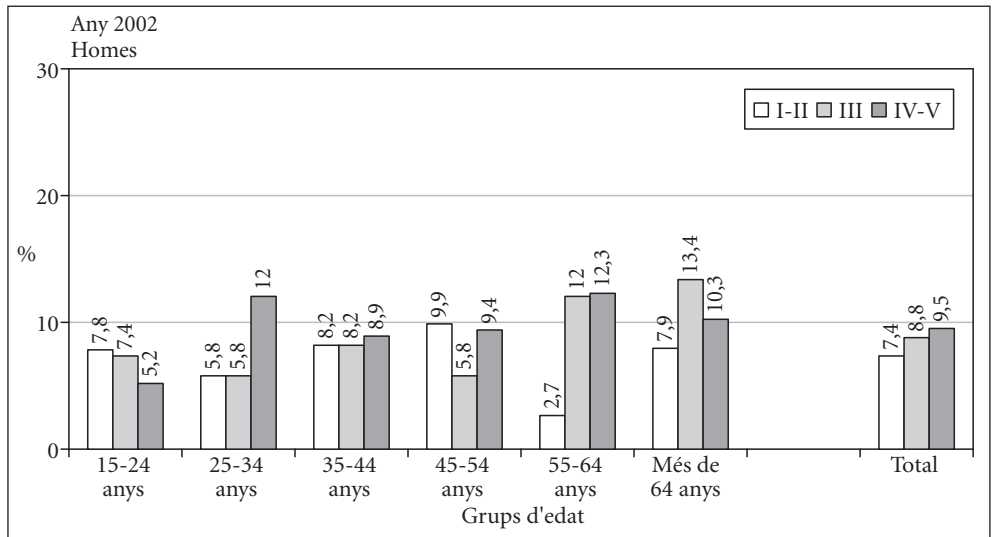
La presència de mala salut mental és molt diferent entre homes i dones: del 9% en els homes i del 17,4% en les dones, diferència que és estadísticament significativa. En part, això podria explicar-se pel fet que sembla que les dones tinguin més facilitat per expressar diferències i deficiències en el seu estat anímic, i això 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 per què l'empitjorament només es produeix en les dones. S'observa que en els homes pràcticament no hi ha diferències (9,0% el 2002 i 9,2% el 1994) mentre que en les dones aquesta diferència arriba a ser de 2 punts (17,4% l'any 2002 i 15,4% el 1994).

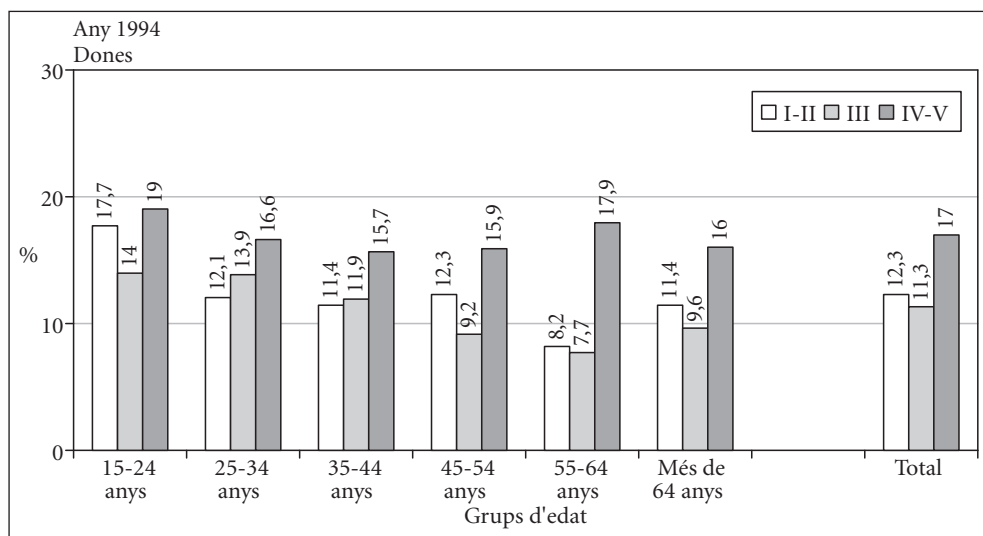
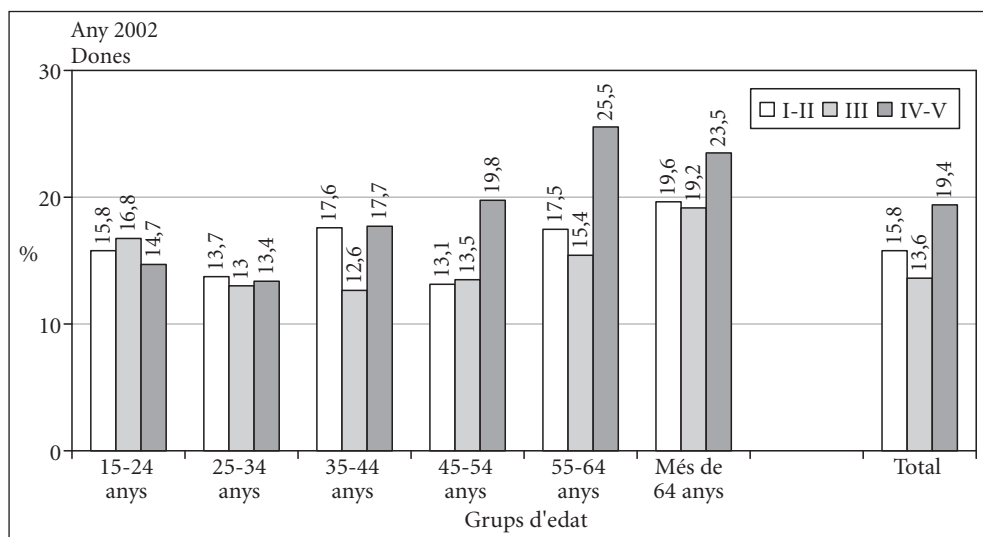
La taula 1 de l'annex presenta els resultats estratificats per edat i per classe social. Tal i com es mostra al gràfic 4 i a la taula 1 de l'annex, el 7,4% dels homes de classe I-II obté una puntuació superior a 2 en el GHQ-12 mentre que en el cas de les dones de les mateixes classes socials aquest percentatge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

En comparar aquests resultats amb els obtinguts l'any 1994 observem que hi ha un empitjorament en la salut mental de les dones però no dels 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 declarava tenir mala salut mental

Gràfic 4.

Mal estat de salut mental segons la classe social i els grups d'edat. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994





Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

(15,8% el 2002), un 11,3% de les de classe III (13,6% el 2002) i un 17,0% de les dones de classe IV-V (un 19,4% el 2002) (gràfic 4).

El patró de mala salut mental en ambdós sexes és ben diferent segons l'edat. En els homes d'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 les classes més desfavorides són les que presenten una major proporció de persones que obtenen una puntuació superior a 2 en el GHQ-12, tot i que no s'hi observen grans diferències. En canvi, en el cas de les dones, s'observa un punt d'inflexió als 45 anys: mentre que en les més joves no s'observen gaires diferències segons la 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 no són estadísticament significatives respecte al conjunt de Catalunya.

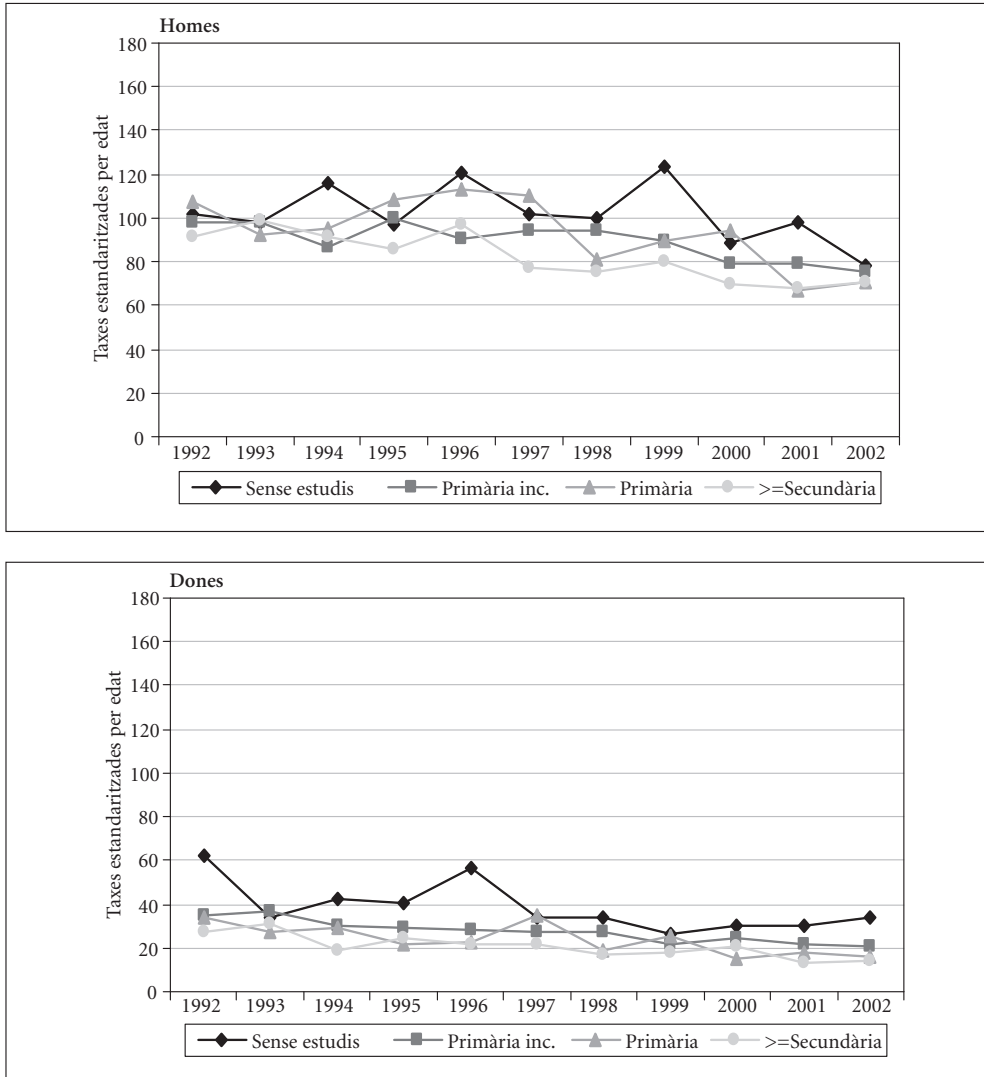
Mortalitat per malalties del sistema circulatori

Les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya no permeten calcular les taxes de mortalitat segons la classe social o el 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 sociodemogràfica del Padró Municipal, de manera que s'han pogut fer estimacions de la mortalitat per a determinats períodes d'acord amb el nivell d'estudis. Per a aquest 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. L'any 2002 era aproximadament de 100 defuncions per 100.000 habitants, sense diferències gaire evidents en les taxes

Gràfic 5.

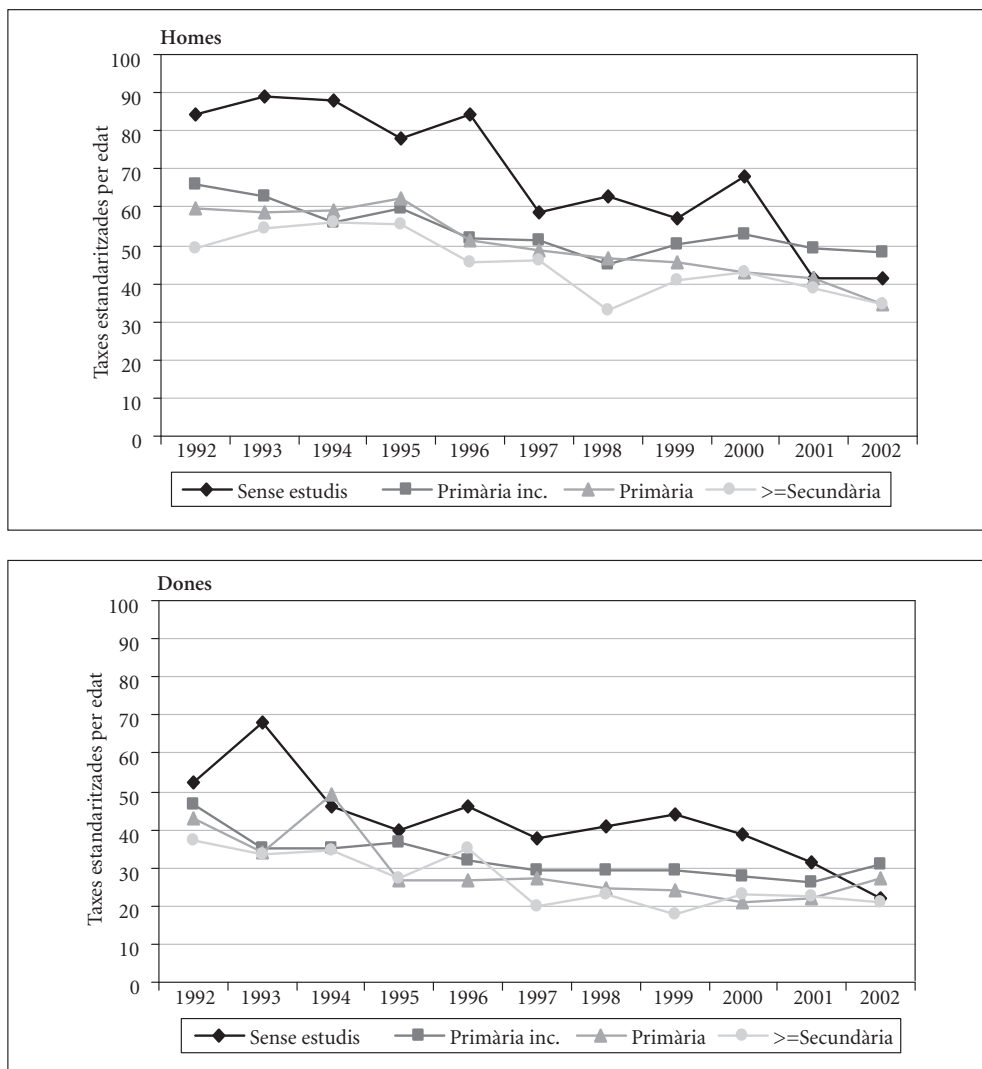
Mortalitat per cardiopatia isquèmica segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandaritzades per edat). Homes i dones de 20 anys o més. Barcelona, 1992-2002



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002. Elaboració pròpia.

Gràfic 6.

Mortalitat per malaltia cerebrovascular segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandaritzades per edat). Homes i dones de 20 anys o més. Barcelona, 1992-2002



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002. Elaboració pròpia.

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 inferior (gràfic 5). Pel que fa a les dones, observem que la mortalitat per aquesta causa presenta unes taxes menors (de 20 defuncions /100.000 dones) i que existeix un patró de desigualtat similar, si bé la tendència a la disminució no ha estat tan marcada com en el cas dels homes (gràfic 5).

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 aquesta causa de mortalitat han estat més evidents (gràfic 6) i tendeixen a fer-se més petites només en els darrers anys (2001 i 2002).

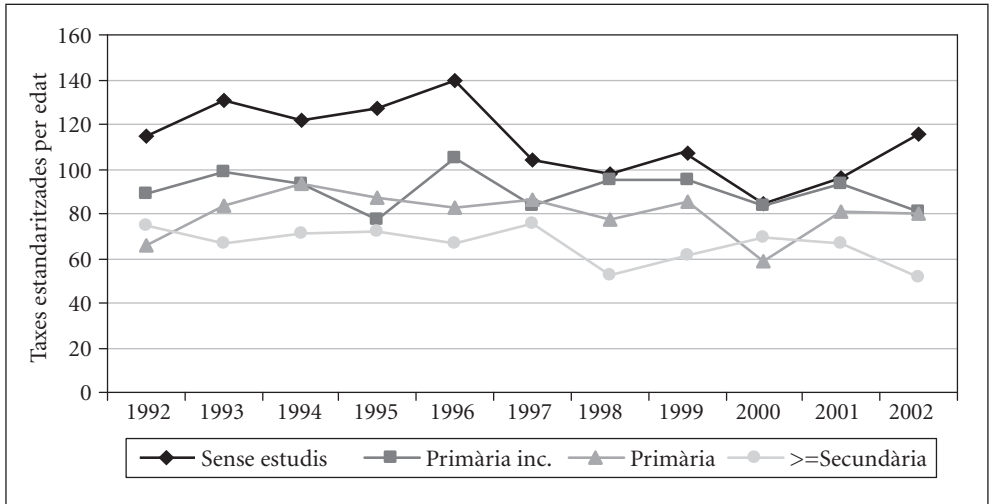
Mortalitat per càncer

L'anàlisi de la mortalitat per càncer tampoc no es deriva del Registre de Mortalitat de Catalunya, ja que presenta les limitacions comentades anteriorment. 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 1992-1995³¹ 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 els homes i el càncer de mama en les dones.

L'anàlisi de les tendències entre l'any 1992 i el 2002 per càncer de pulmó en els homes (gràfic 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

Gràfic 7.

Mortalitat per càncer de pulmó segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes de 20 anys o més. Barcelona, 1992-2002



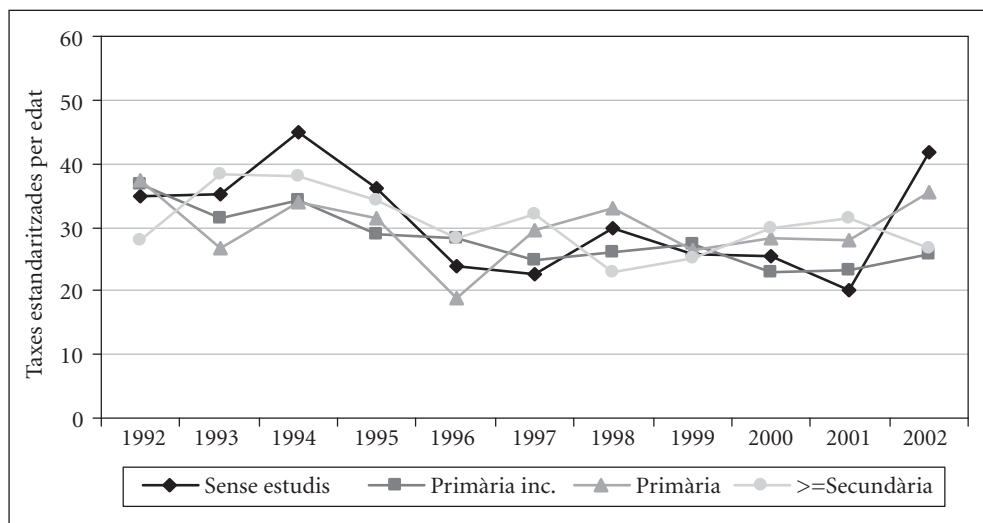
Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002. Elaboració pròpia.

càncer de pulmó presenta unes taxes molt baixes (inferiors a 10/100.000) sense un patró ben definit pel nivell d'estudis.

Pel que fa a la mortalitat per càncer de mama en les dones (gràfic 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 un patró clar de desigualtat segons 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 degut a variabilitat estadística.

Gràfic 8.

Mortalitat per càncer de mama segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Dones de 20 anys o més. Barcelona, 1992-2002



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002. Elaboració pròpia.

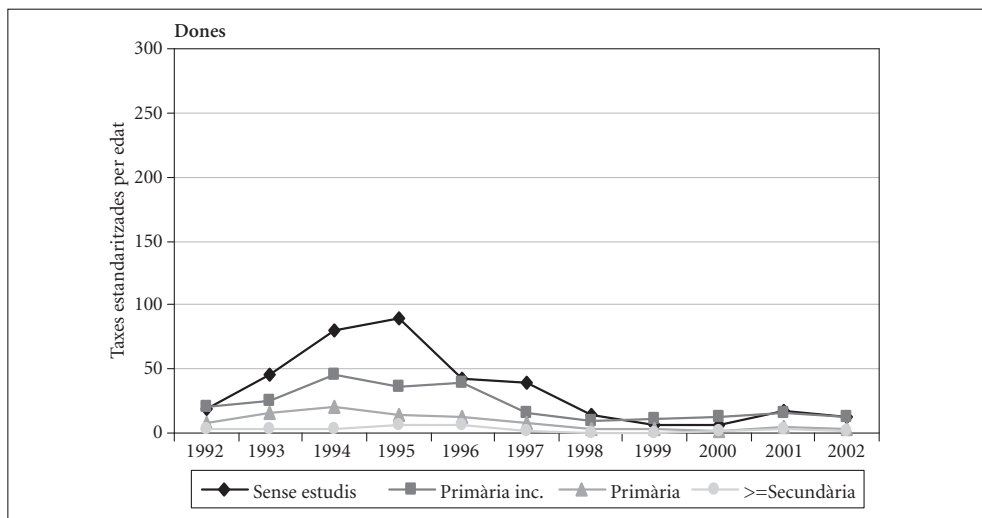
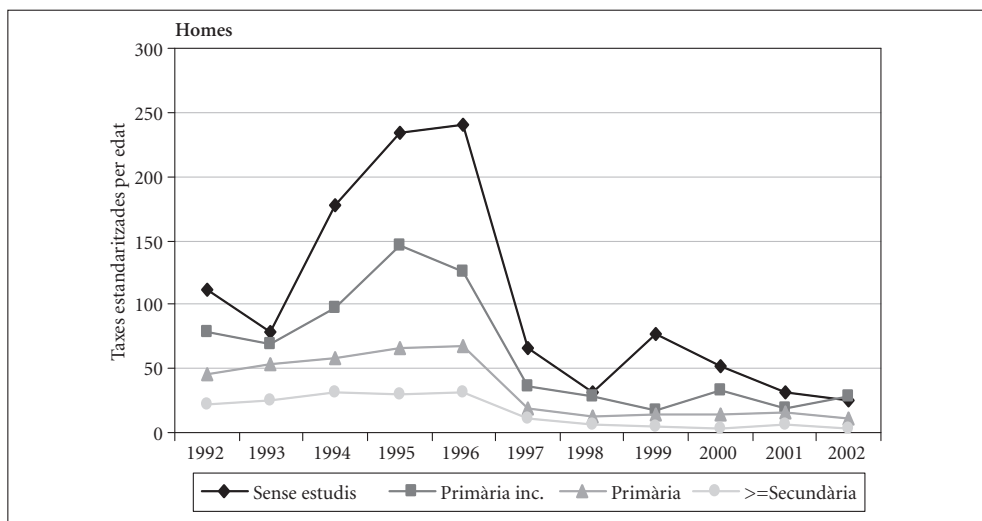
Mortalitat per sida

L'estudi de les desigualtats socials per sida a Catalunya es veu limitat per la disponibilitat d'informació associada a algun indicador de posició socioeconòmica individual en els registres de 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 des-

Gràfic 9.

Mortalitat per sida segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandaritzades per edat). Homes i dones de 20 anys o més. Barcelona, 1992-2002



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002. Elaboració pròpia.

igualtats segons la classe social, motiu pel qual es presenten les taxes de mortalitat per sida estandarditzades per edat per als homes i per a les dones (gràfic 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 en detriment dels grups amb nivell educatiu més baix. Les desigualtats de gènere han disminuït en els darrers anys, si bé els homes presenten encara taxes de mortalitat més elevades que les dones, però sense arribar a la magnitud registrada a inicis i mitjan dècada dels noranta. Les desigualtats segons el nivell d'estudis també han disminuït, de manera més acusada en les dones que en els homes, en els quals es mantenen, si bé en menor magnitud, les diferències relatives entre els nivells d'estudis.

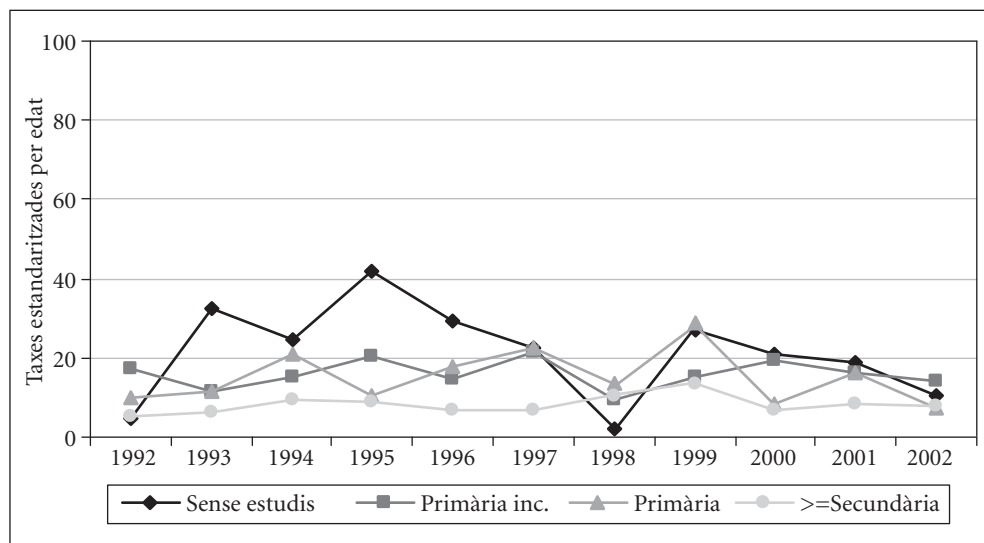
Mortalitat per lesions (principalment per accidents en vehicles de motor i sobredosi de drogues)

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

Atesa 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 les lesions per accidents de trànsit és més elevada entre els homes (gràfic 10) que no tenen estudis que no pas en aquells que tenen estudis primaris o secundaris, i s'ha mantingut estable 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 evidents durant els anys noranta tendeixen a reduir-se. Les dones presenten una mortalitat per lesions molt més baixa que els homes, amb una tendència i un patró de desigualtat similar a l'observat en els homes.

Gràfic 10.

Mortalitat per lesions per accidents de trànsit segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandarditzades per edat). Homes de 20 anys o més. Barcelona, 1992-2002

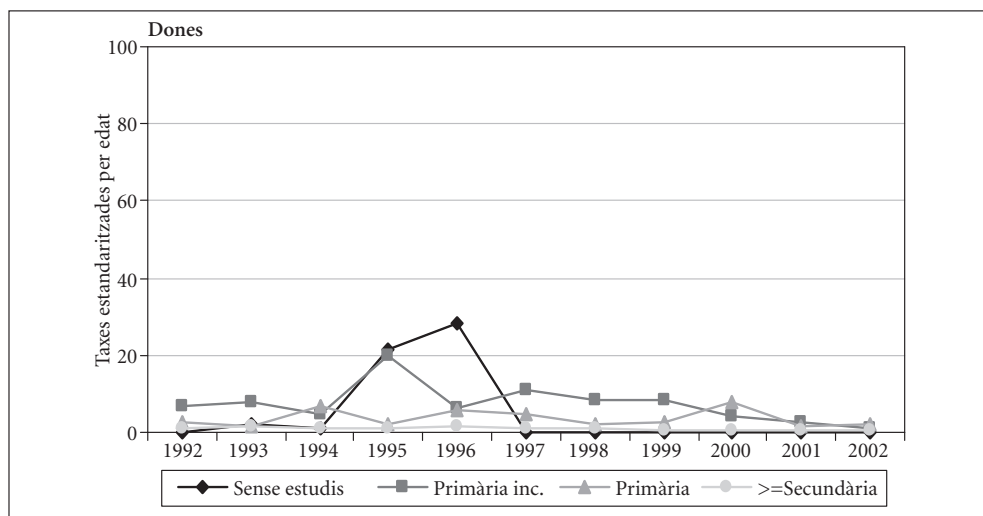
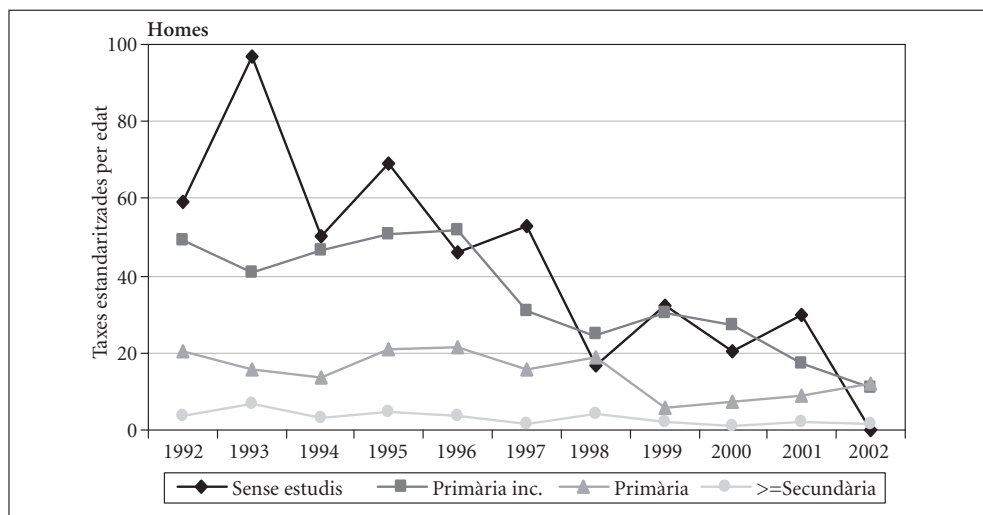


Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002. Elaboració pròpia.

Finalment, la mortalitat per sobredosi de drogues (gràfic 11), que era molt elevada en els homes a l'inici dels anys noranta, i amb un clar gradient segons el nivell educatiu (taxes tres vegades més elevades entre els que no tenien estudis o amb primària respecte a aquells amb estudis universitaris), ha disminuït durant la dècada estudiada, i de manera més acusada en aquells amb un nivell educatiu més baix. El resultat és una disminució progressiva de les desigualtats en la mortalitat segons el nivell d'estudis, pràcticament sense diferències l'any 2002 i amb taxes inferiors a 20 defuncions/100.000 habitants en els homes i inferiors a 5 defuncions/100.000 habitants en les dones.

Gràfic 11.

Mortalitat per sobredosi de drogues segons el nivell d'estudis (taxes per 100.000 habitants estandaritzades per edat). Homes i dones de 20 anys o més. Barcelona, 1992-2002



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, 1992-2002. Elaboració pròpia.

CONCLUSIONS

- Les classes socials menys afavorides segueixen presentant un estat de salut pitjor i les desigualtats han augmentat respecte a 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 la 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, i aquesta situació ha empitjorat respecte a l'any 1994.
- Les desigualtats de classe i de gènere en l'estat de salut es presenten de forma homogènia per tot el territori català, sense diferències respecte al patró territorial del 1994.
- Malgrat la disminució observada en la mortalitat per malalties cardiovasculars i cerebrovasculars, la mortalitat per cardiopatia isquèmica i per malaltia cerebrovascular continua sent més elevada en els homes i les dones de nivell educatiu més baix, 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. Aquestes diferències s'han mantingut en el darrer decenni.
- La mortalitat per sida i les desigualtats segons el nivell d'estudis en la mateixa malaltia han disminuït en la darrera dècada, encara que la mortalitat continua sent superior en els homes i les dones amb un nivell educatiu més baix.
- Si bé les diferències han anat disminuint en els darrers deu anys, la mortalitat per lesions és superior en els homes i les dones amb un nivell educatiu més baix.

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 en Salut (2003XT/00102), finançada pel Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació de la Generalitat de Catalunya, i de les 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 doctora Carme Borrell l'anàlisi de les tendències de mortalitat per diferents causes a la ciutat de Barcelona, així com els comentaris i les revisions que ha fet de versions prèvies del manuscrit.

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, Gutiérrez-Fisac JL, Domínguez V, Calle ME, Navarro P. Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995/1997. *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):560-2.

⁹ Fernández E, Schiaffino A. Les desigualtats socials en l'estat de salut i la malaltia. A: Borrell C, Benach J. (coords.) *Les desigualtats socials en la 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, García-Calvente M, Martí-Boscà JV (eds.). *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración 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 Damián J, Ruigómez A, Pastor V, Martín-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 LC, Navarro P, Puigpinós R, Domínguez V et al. Inequalities in mortality 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;13:259-61.

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, Rodríguez M, Ferrando J, Brugal MT, Pasarín MI, Martínez 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, Fernández E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbí 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, Cortès 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, 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 (1983-1984). *Prev Med*. 2000;31:691-701.

- ²⁰ 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.
- 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, Cortès 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, 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;36:300-8.
- 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, Pasarín 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. 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 Fernández 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, García-Calvente M, Martí-Boscà JV (eds.). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración 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.

4 Les desigualtats en els estils de vida

María Isabel Pasarín
Esteve Fernández
Maica Rodríguez-Sanz
Manel Nebot

INTRODUCCIÓ

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

En aquest capítol, de la mateixa manera que es va fer en l'anterior informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) i la Fundació Jaume Bofill,¹ ens referirem a algunes de les principals conductes que han estat descrites com a factors de risc 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, és important, ja que són indicatius de futures desigualtats en problemes de salut;² a més aporten informació que pot ser utilitzada per dirigir les polítiques i les pràctiques preventives per tal de millorar-ne l'efectivitat i reduir les desigualtats.

Cal dir que entre les conductes de risc per a la salut la més estudiada és el tabaquisme, en part a causa del seu gran impacte sobre la morbiditat, alhora que perquè és fàcil de mesurar. Conseqüència d'això és que en aquest mateix capítol és la conducta a què dediquem major extensió.

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 conjunt del país. 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 nivell educatiu més alt, 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 dels factors 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 nivells d'estudis més alts però també ells van començar abans a deixar de fumar. 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 desafavorits.^{8,9,10,11,12,13,14,15} La situació de les dones no és tan homogènia, ja que hi ha països, com el Regne Unit,⁹ on també ja són les dones de les classes socials més desafavorides les que més fumen, però n'hi ha altres on aquest fet encara no ha succeït i, o bé no s'observen diferències per classe¹¹ o bé encara fumen més les més benestants;¹⁰ en ge-

neral, en els països del sud d'Europa 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 l'evolució mateixa de les desigualtats socials en els estils de vida, en general la bibliografia apunta o bé a un manteniment¹⁷ o bé a un increment¹⁰ de les desigualtats. Les classes més desfavorides són les que presenten més conductes de risc per a la salut, tant el tabaquisme, que 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 identificar les classes o els 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

Objectius i mètodes

En l'informe CAPS-Fundació Jaume 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 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 cinc 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, intermèdia, 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 bé 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 es tractaran les desigualtats territorials segons les regions sanitàries.

Amb aquesta finalitat s'han analitzat les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya del 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 el percentatge de persones majors de 15 anys que presenta cada un dels estils de vida, segons la classe social, el gènere i les regions sanitàries i estandarditzats 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.

L'EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN ELS ESTILS DE VIDA A CATALUNYA

El consum de tabac

La prevalença del 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 va passar del 19,0% al 24,0%.

Al gràfic 1 es mostra la distribució per classe social i sexe, i s'observa 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 desfavorides (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 els 15 i els 44 anys i de classes socials menys privilegiades, la prevalença és més gran que en les dones de les classes I-II. Això ja ha succeït en altres països del món desenvolupat on, tal com s'ha descrit en els homes, les persones de les classes menys privilegiades són 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.

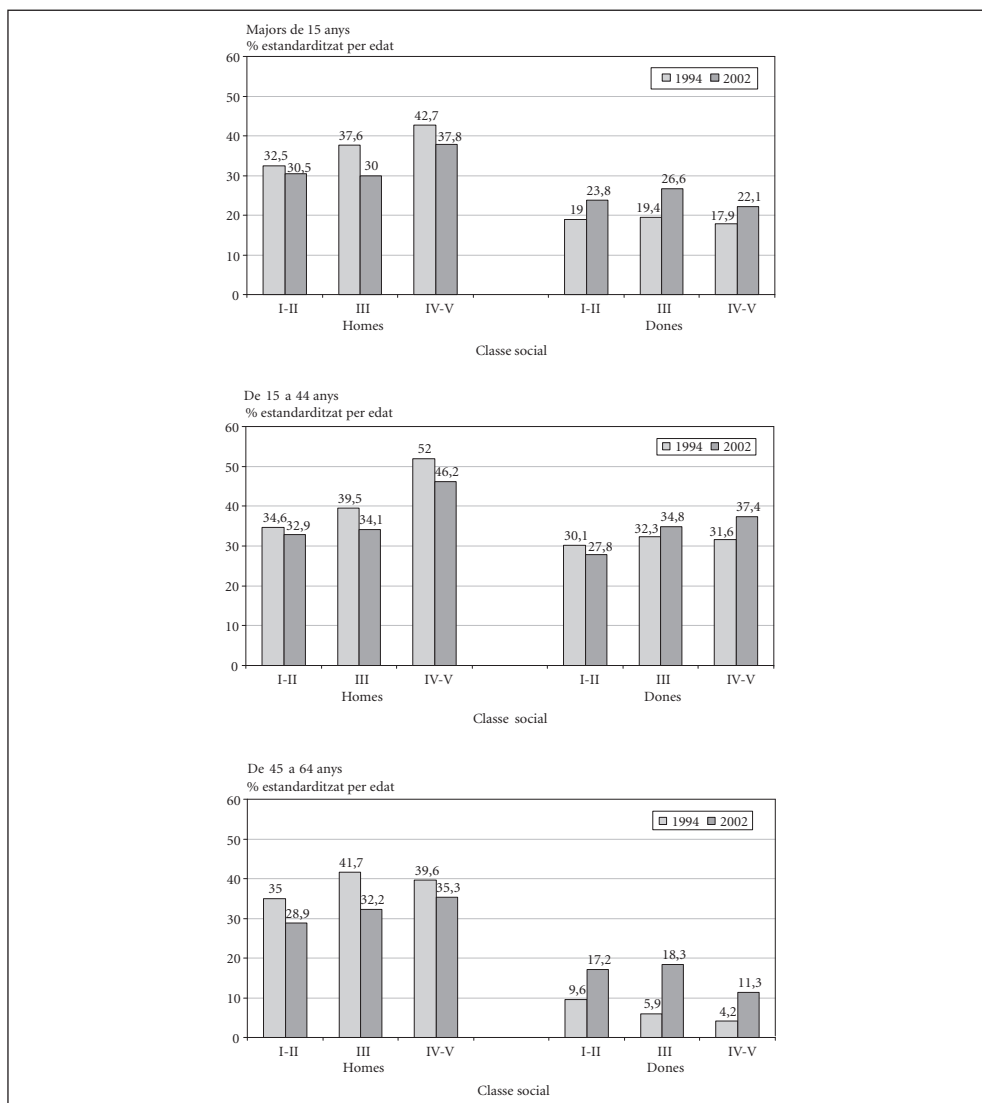
En resum, el patró de desigualtats tant de gènere com de classe social és similar al descrit l'any 1994. Tot i així, pel que fa a les desigualtats de gènere cal dir que han disminuït, a causa de la disminució de la prevalença en els homes i l'increment en les dones. Les desigualtats de classe s'han incrementat 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 elles 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.

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 les persones fumadores a abandonar aquest hàbit.

Gràfic 1.

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



Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994 i 2002. Elaboració pròpia.

L'anàlisi de l'evolució de l'abandonament del consum de tabac (gràfic 2) mostra que és actualment més gran en els homes que en les dones i que augmenta amb l'edat. En el grup de més joves (15-44 anys) és on s'observa un patró de classe, de manera que en les classes més benestants, tant en els homes com en les dones, és on hi ha una proporció d'abandonament més gran.

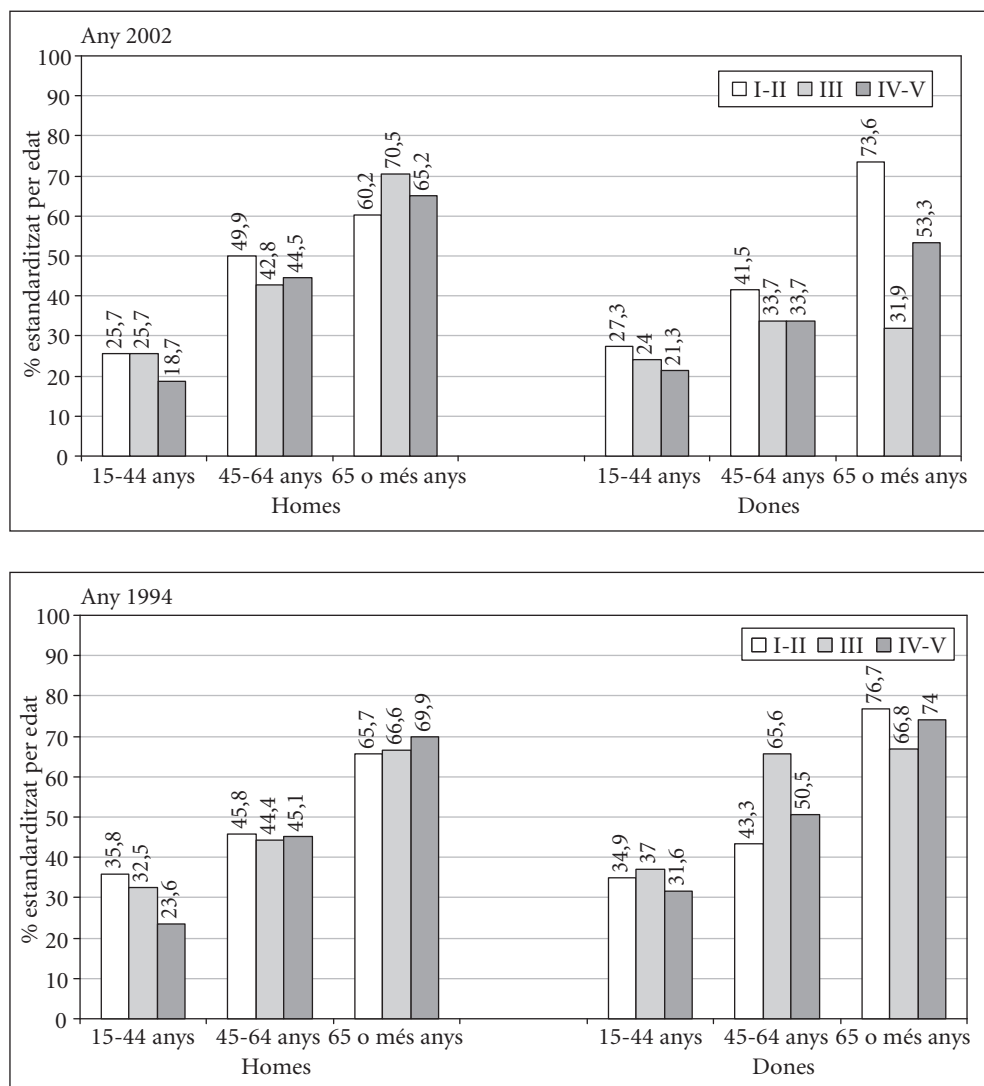
L'any 1994 hi havia desigualtats de gènere en l'abandonament del tabac, ja que eren més els homes que deixaven de fumar que les dones que ho feien. Hi havia també desigualtats per classe social, tant en els homes com en les dones, amb una major proporció d'homes i dones que deixaven de fumar en les classes afavorides. L'any 2002 les desigualtats per gènere persistien, així com les de classe, sobretot en les dones, ja que deixaven de fumar en major proporció les de classes més benestants; això es pot observar clarament en el gràfic 2 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 gairebé han desaparegut en els homes però s'han accentuat en les dones.

L'altre 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 el canvi que s'ha produït a Catalunya en els darrers anys (gràfic 3), de forma que la proporció d'homes que mai no han 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 no han 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 persones que comença a fumar.

Una altra estratègia preventiva és retardar tant com es pugui l'edat en què es comença a fumar. Es presenta, per als homes i les dones, la distribució de l'edat de començar a fumar per grups d'edat (taula 1) i per classe social (taula 2). Contràriament al que seria desitjable, l'edat d'inici ha disminuït entre el 1994 i el 2002, i de manera més

Gràfic 2.

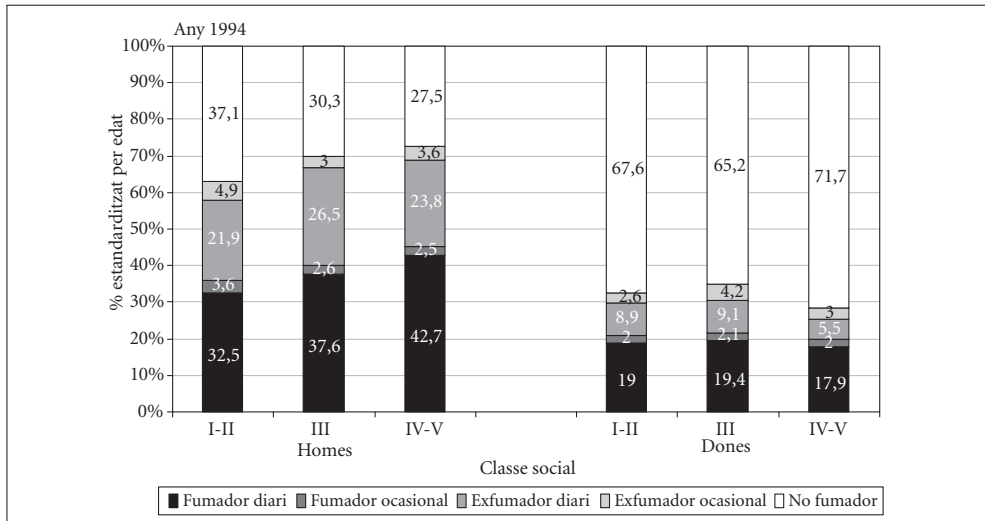
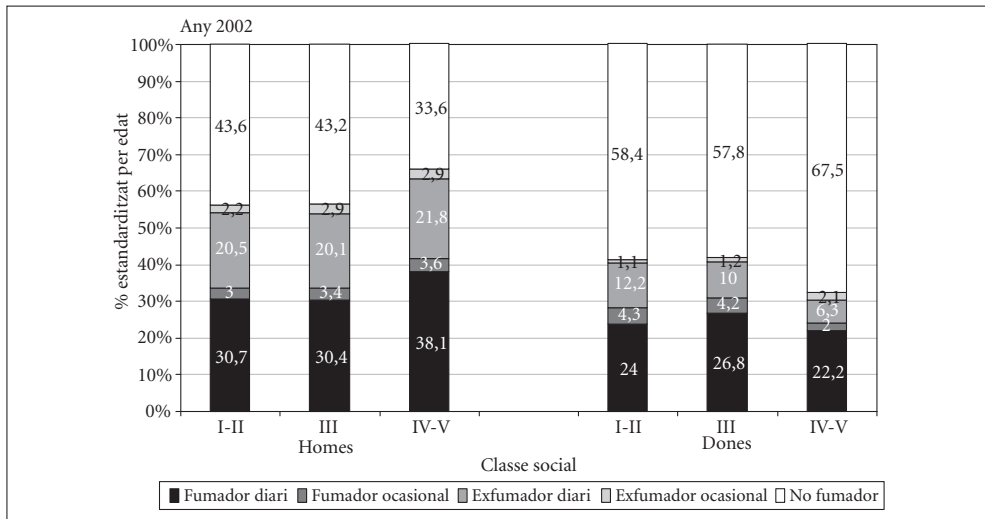
Abandonament de l'hàbit de fumar tabac segons la classe social i l'edat. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 3.

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



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

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 1.

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

	Edat (anys)	2002			1994		
		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	0,0
	Total	810	17,5	4,9	1211	18,7	7,4

N: Nombre de persones.

* Estandarditzada per edat.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Taula 2.

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

	Edat (anys)	2002			1994		
		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: Nombre de persones.

* Estandarditzada per edat.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

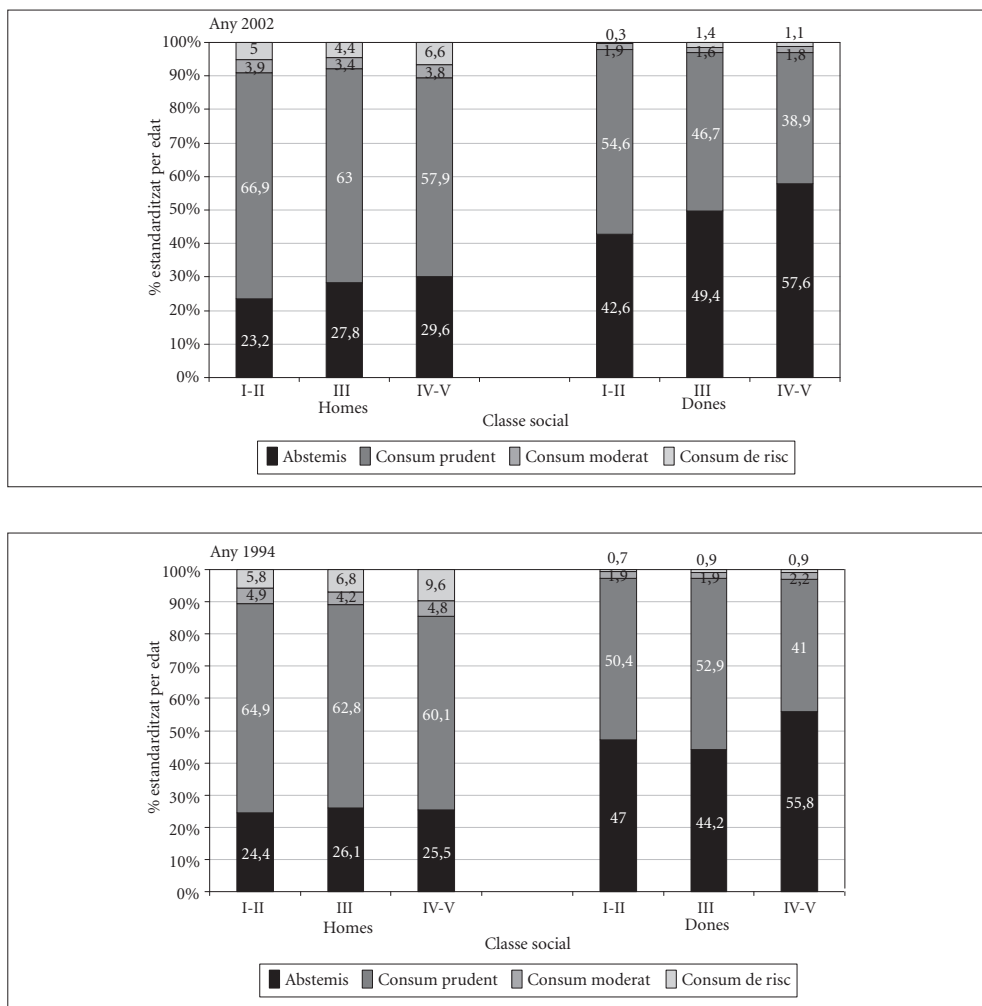
El consum d'alcohol

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 passa del 5,2% al 6,1%). Cal fer dues consideracions a l'hora de valorar aquestes dades; la primera és que és ben sabut que el consum d'alcohol és infradeclarat en les enquestes, i la segona és que les dues enquestes de salut de Catalunya no es van realitzar en els mateixos mesos de l'any (l'ESCA-94 va durar 12 mesos però l'ESCA-02 es va fer de l'octubre del 2001 al maig del 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 (que declaren no haver begut alcohol en el mes previ a l'entrevista) gairebé 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% (gràfic 4). El canvi lleuger que s'observa l'any 2002 és que ha disminuït la prevalença d'abstemis en les classes socials més afavorides i ha augmentat

Gràfic 4.

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



Consum prudent: inferior a 20 g/dia en dones i a 30 g/dia en homes.

Consum moderat: entre 21 i 30 g/dia en dones i entre 31 i 40 g/dia en homes.

Consum de risc: superior a 30 g/dia en dones i a 40 g/dia en homes.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

en les més desavantajades. 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 per grups d'edat (15-44, 45-64 i 65 o més), encara que aquests resultats no es presenten en aquest treball.

El patró de gènere que observem l'any 2002 és similar al de l'any 1994, amb més homes bevedors que dones bevedores. Cal recordar que els nivells de consum es categoritzen de manera 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 les dones que en els homes.

Les diferències territorials, per regions sanitàries, que es van observar en l'ESCA-94 de consum de risc en els homes, han disminuït notablement; el rang de prevalences de consum de risc en les regions varia actualment entre el 4,1% i el 6,8% (prevalences estandarditzades), i l'any 1994 estava entre els 4,3% i el 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 gairebé totes les regions, i sembla haver disminuït respecte a l'any 1994. En les dones, aquests percentatges són menors i se situen en gairebé totes les regions entre l'1 i el 3%, tot i que arriben al 4,5% a la ciutat de Barcelona.

L'activitat física

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

L'ACTIVITAT FÍSICA LABORAL O DOMÈSTICA

En general, a Catalunya s'ha incrementat el sedentarisme pel que fa a l'activitat física laboral (gràfic 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 hi havia 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 desafavorides i una disminució en les de les 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.

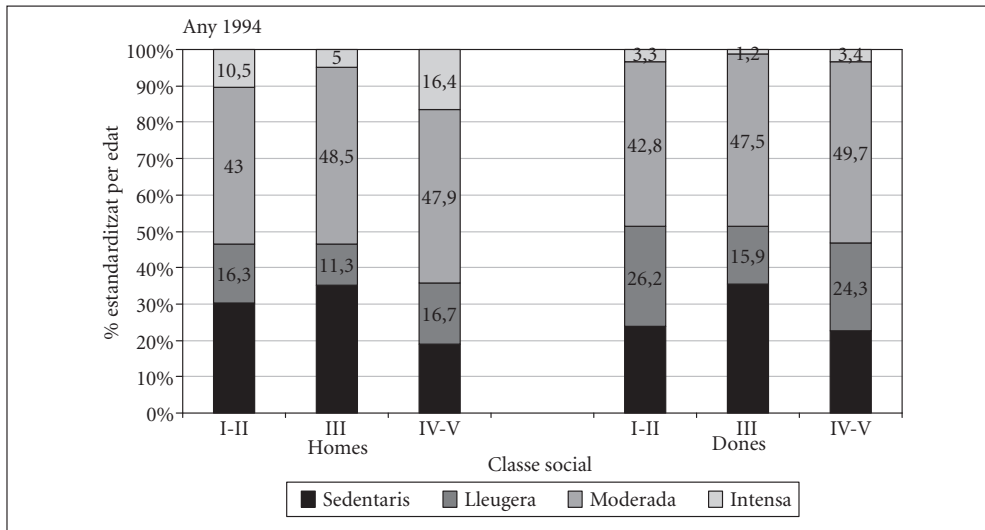
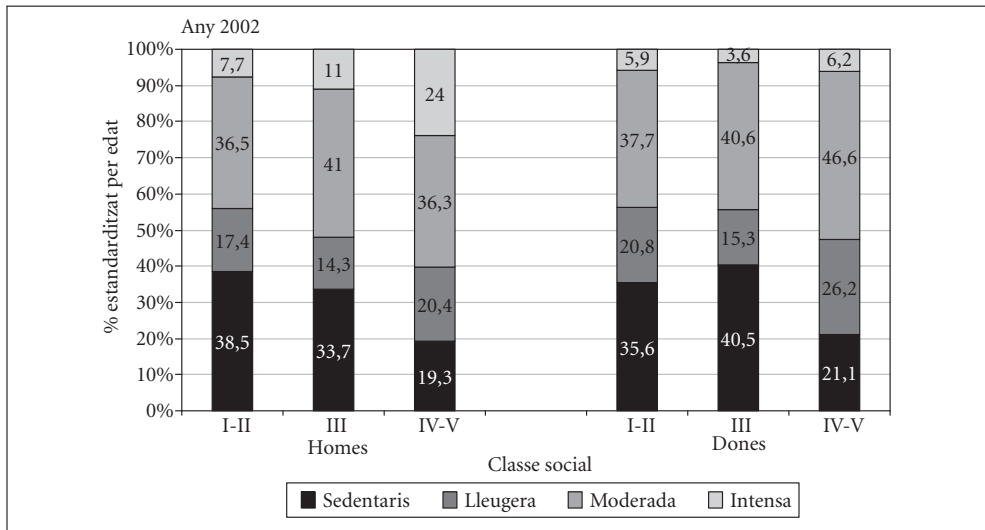
L'ACTIVITAT FÍSICA EN TEMPS LLIURE

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

L'any 1994 s'observaven desigualtats de gènere, ja que havia més dones que homes

Gràfic 5.

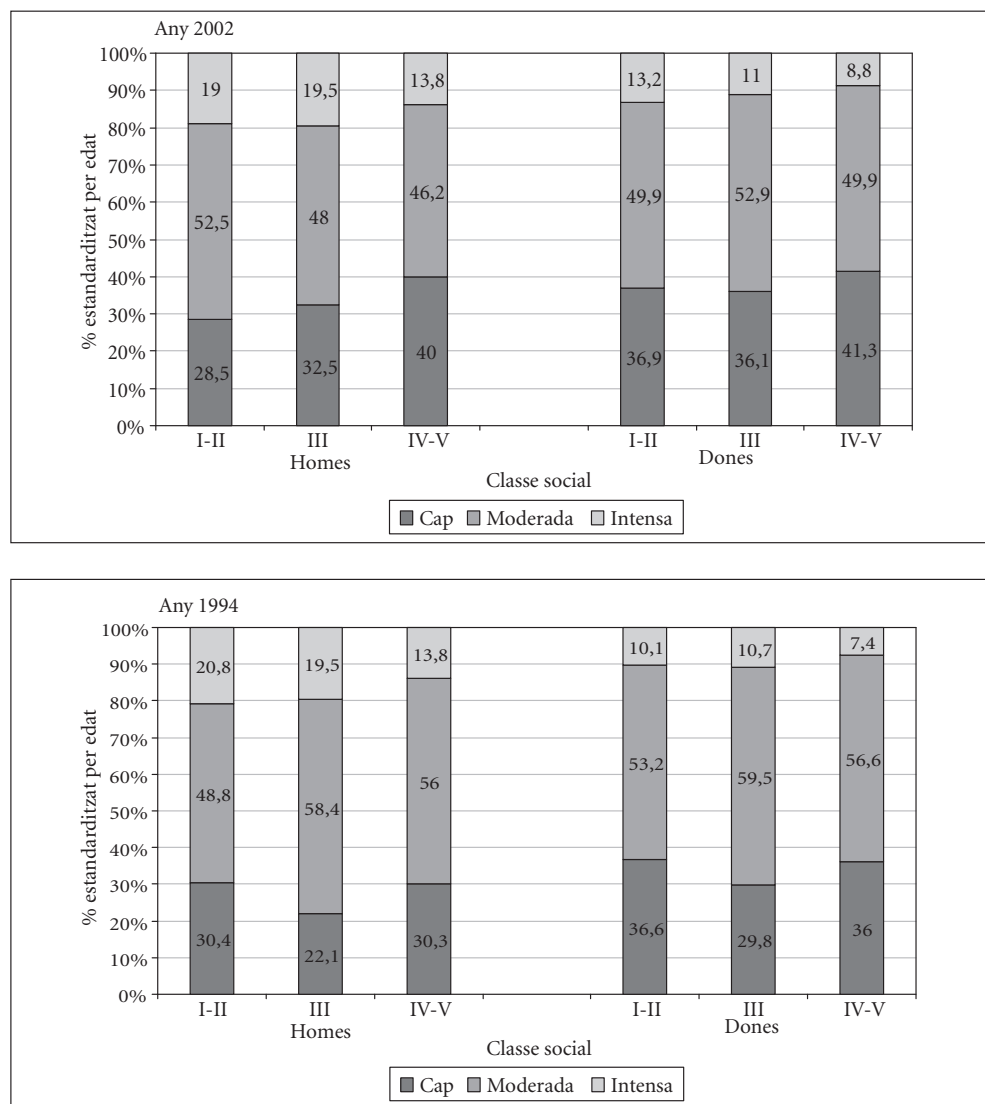
Activitat física laboral o domèstica segons la classe social. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 6.

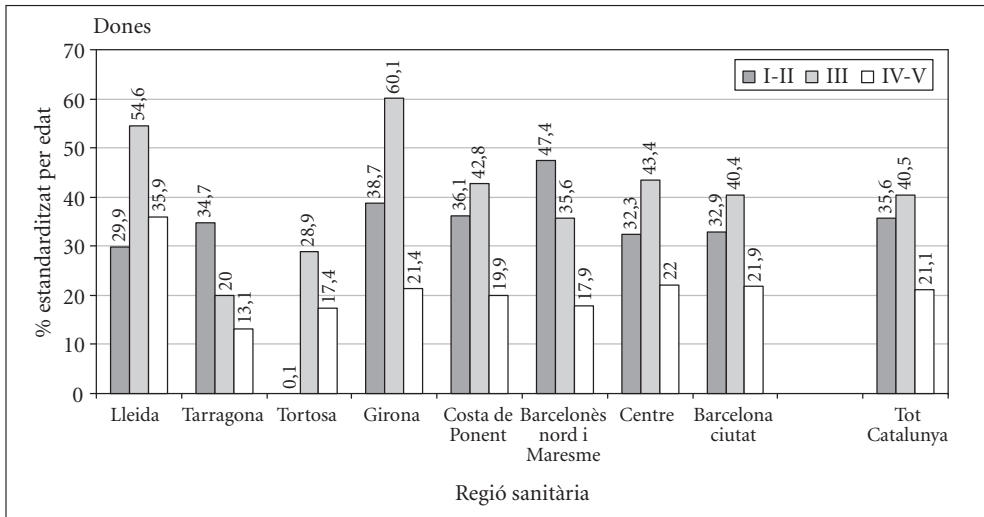
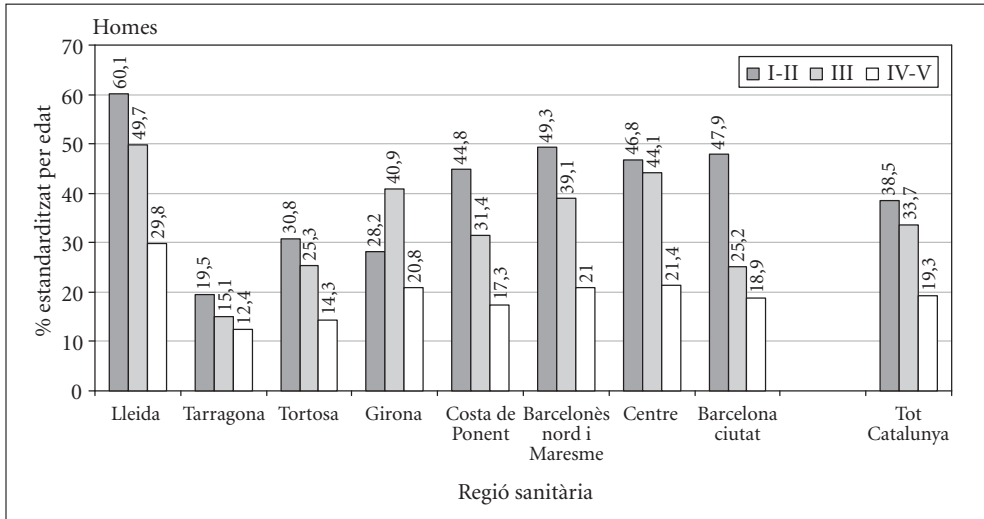
Activitat física en el temps lliure segons la classe social. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 7.

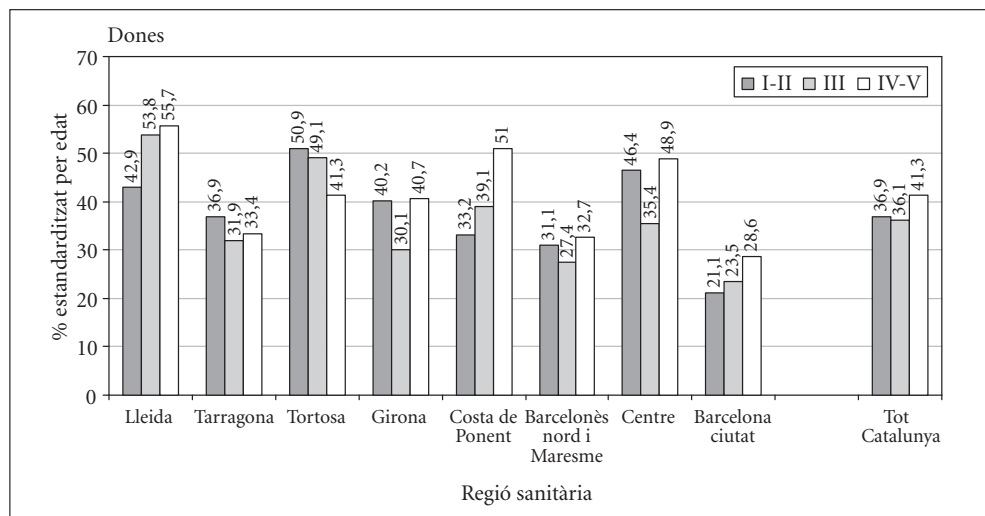
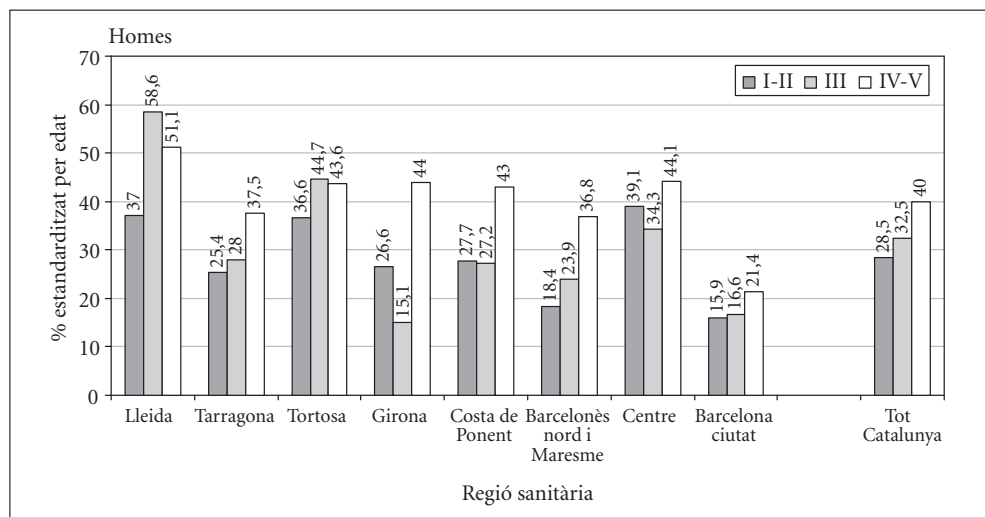
Sedentarisme en l'activitat física habitual, segons la classe social i la regió sanitària. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Elaboració pròpia.

Gràfic 8.

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



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Elaboració pròpia.

que no feien cap activitat física en el temps de lleure, i més homes que dones que feien activitat física intensa. Gairebé no hi havia diferències entre homes i dones en l'activitat física moderada en el temps de lleure. L'any 2002 continuava existint el mateix patró de desigualtats de gènere (gràfic 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 l'any 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 desfavorides les més sedentàries (gràfic 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.

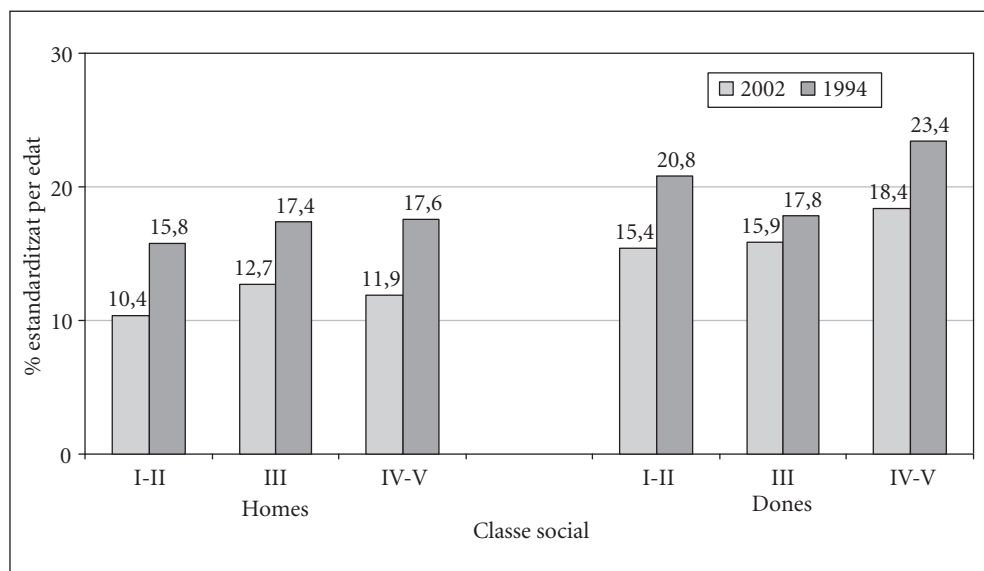
El patró de desigualtat per classe social, tant de l'activitat física habitual com de la de temps de lleure, es manté en general en les regions sanitàries: les persones de les classes benestants són més sedentàries pel que fa a l'activitat física habitual i les de les classes més desfavorides són les més sedentàries en l'activitat física de temps lliure (gràfics 7 i 8 i taules 5 i 6 de l'annex).

El seguiment d'una 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 del 1994 al 2002, tant en els homes (del 15,9% el 1994 a l'11,7% el 2002) com, sobretot, en les dones (21,4% i 16,6% els anys 1994 i 2002, respectivament). En la declaració de seguiment d'una 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.

Gràfic 9.

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



Font: Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

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 que declaren fer alguna dieta per motiu de salut, i són les persones de classe més desfavorida les que declaren en major proporció que segueixen alguna dieta per motius de salut (gràfic 9).

Els principals problemes de salut pels quals declaren que segueixen 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 3).

D'aquest apartat cal dir que en no disposar en l'enquesta de les dades requerides per conèixer la freqüència de sobrepès i d'obesitat, és difícil valorar la conducta de segui-

Taula 3.

Motius declarats pels quals se segueix una dieta. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002

	HOMES			DONES		
	N	% sobre els que fan dieta	% sobre el total	N	% sobre els que fan dieta	% sobre el 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.

ment d’una dieta. Seria més valuós disposar de la mesura del pes i conèixer i monitorar les alteracions del pes, tant per defecte com per excés.

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 què ha disminuït és el de les més joves i de classes socials més benestants. El patró de desigualtats tant de gènere com de classe social ha canviat poc des del 1994, amb excepció dels canvis deguts als efectes negatius de l’extensió del consum, que han afectat més les dones i les classes socials més desfavorides. En les dones joves es detecta un canvi important: ja fumen més les de classes més desfavorides que les de classes 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 desfavorides.

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 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 juntament amb l'aparició d'un patró de desigualtat per classe social, i afecta més les classes més desfavorides.

Dieta

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

Bibliografia

¹ Pasarín MI, Fernández E. Les desigualtats en els estils de vida. A: 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. Cap.4:121-50.

² Álvarez-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 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.
- ⁴ Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle E, Navarro P, Domínguez V. Trends in Cigarette 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 perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl.1):56-68.
- ⁶ Borràs JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. *Am J Public Health*. 2000;90:1459-62.
- ⁷ Schiaffino A, Fernández E, Borrell C, Saltó E, García M, Borràs 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. Decennial 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: masculinity, femininity and class differences in smoking in men and women from three generations in the west of Scotland. *Health Educ Res*. 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;59:395-401.

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, Groenhouf 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, 1982-1992 *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;90:1260-8.

5 Les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris

Carme Borrell
Luis Rajmil
Glòria Pérez

INTRODUCCIÓ

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 afavoreix, 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-ne una part en despeses per a la salut.

El sistema sanitari de l'Estat espanyol i de Catalunya s'emmarca dins dels primer tipus de sistema, i l'equitat n'és un dels 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 en 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 nivells de salut de la població millors.³ Dins d'un mateix sistema sanitari, la major oferta d'atenció primària, i sobretot una atenció primària de qualitat i accessible, ha estat relacionada amb uns nivells de salut millors, una mortalitat menor⁴⁻⁷ i una disminució de les desigualtats.⁸ Si analitzem aspectes específics de l'organització i el 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 que tenen. 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

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 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004 ha representat una fita important que aporta informació valuosa respecte de les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris a l'Estat espanyol i a Catalunya, amb 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'informe esmentat.

Els darrers anys ha augmentat la cobertura dels programes preventius que s'havien posat en marxa al començament dels anys noranta, i en molts casos s'ha completat la cobertura a tota la població. A Catalunya, recentment s'ha descrit l'augment de la realització de mamografies preventives a 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 l'atenció odontològica, continua sent una de les assignatures pendents. L'Estat espanyol va molt endarrerit quan es compara l'equitat socioeconòmica d'accés a aquest tipus de serveis amb la de la resta de països de la Unió Europea. No obstant això, l'atenció dental infantil del País Basc i de Navarra¹⁵ 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 de la 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.

Objectius i mètodes

Aquest capítol té com a objectius descriure les desigualtats en la cobertura sanitària, en la realització de pràctiques preventives, en la utilització de serveis sanitaris i en la qualitat d'aquests serveis a Catalunya segons la classe social, la regió sanitària i el sexe, l'any 2002, així com l'evolució d'aquestes desigualtats entre el 1994 i el 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 del 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 l'octubre del 2001 i el maig del 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 núm. PI021306 del Fondo de Investigación Sanitaria. Inèdit).

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 i 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) (vegeu l'apartat del capítol 1 sobre la classe social) 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 de la classe I-II i la variable dependent. Quan ha calgut, aquestes anàlisis s'han estratificat per estat de salut o per tipus de cobertura sanitària.

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

LES DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS A CATALUNYA

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 percentatge de persones

I. Contracte privat amb el metge directament i mitjançant un pagament periòdic.

que paguen una mútua canvia molt segons la classe social, tal com mostra la taula 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 que cal tenir en compte és que un 7% de les persones de classes I-II declaren tenir una mútua obligatòria (gairebé una tercera part, a més, tenen una mútua privada), mentre que en les classe IV-V ho declara un 1,6% de les persones.

Taula 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

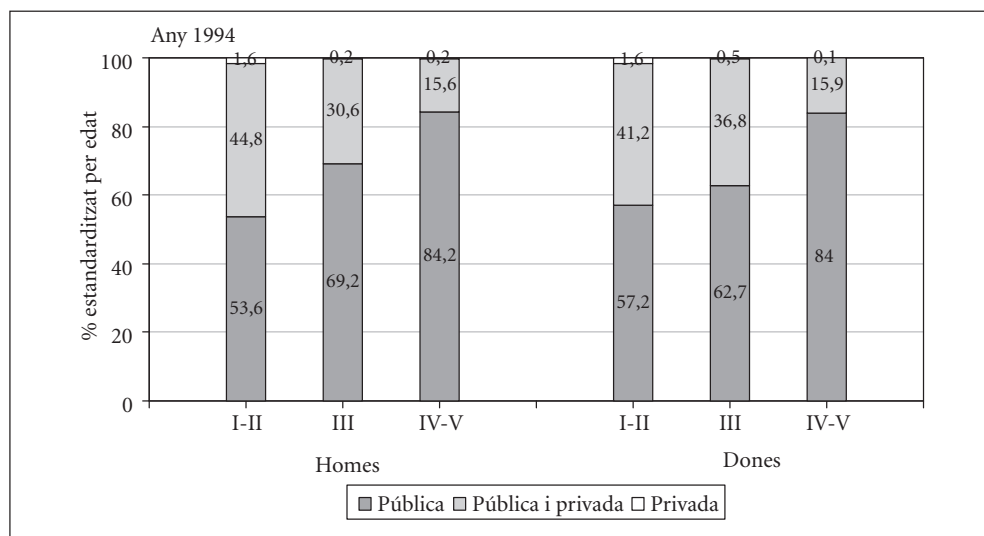
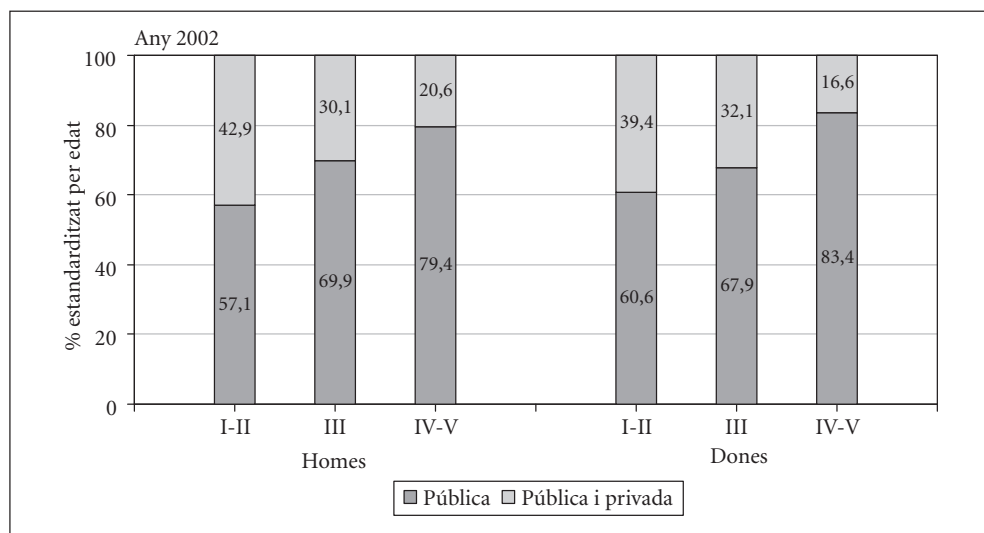
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002. Elaboració pròpia.

El gràfic 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 la classe social i el sexe. Només tretze persones de tota l'enquesta van declarar tenir només una cobertura privada, per aquest motiu l'any 2002 no es presenta aquest tipus de cobertura separatament. 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 (gràfic 1).

Quant a la distribució de la cobertura per regions sanitàries, les persones de Barcelona i de Lleida són les que declaren tenir menys cobertura només pública. Les desigualtats per classe social existeixen en totes les regions sanitàries i són similars a les de l'any 1994 (gràfic 2).

Gràfic 1.

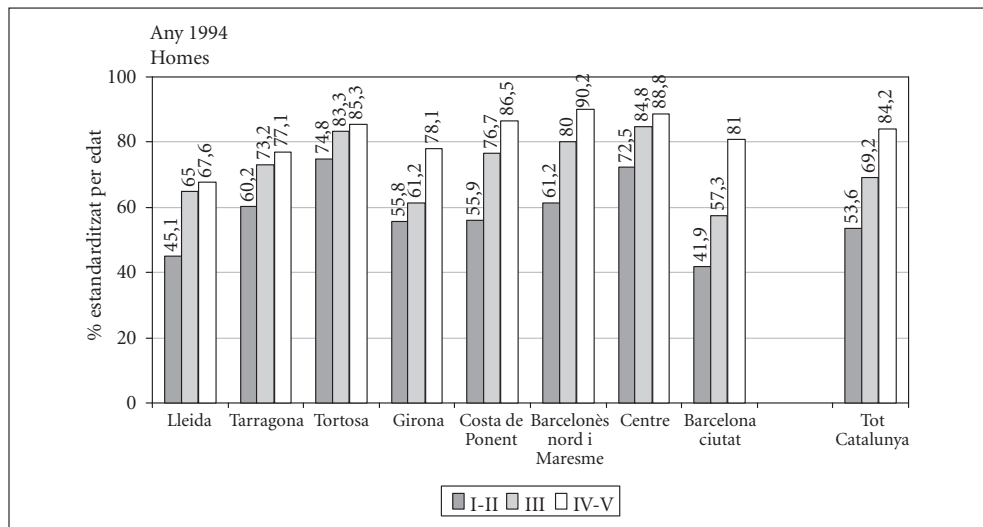
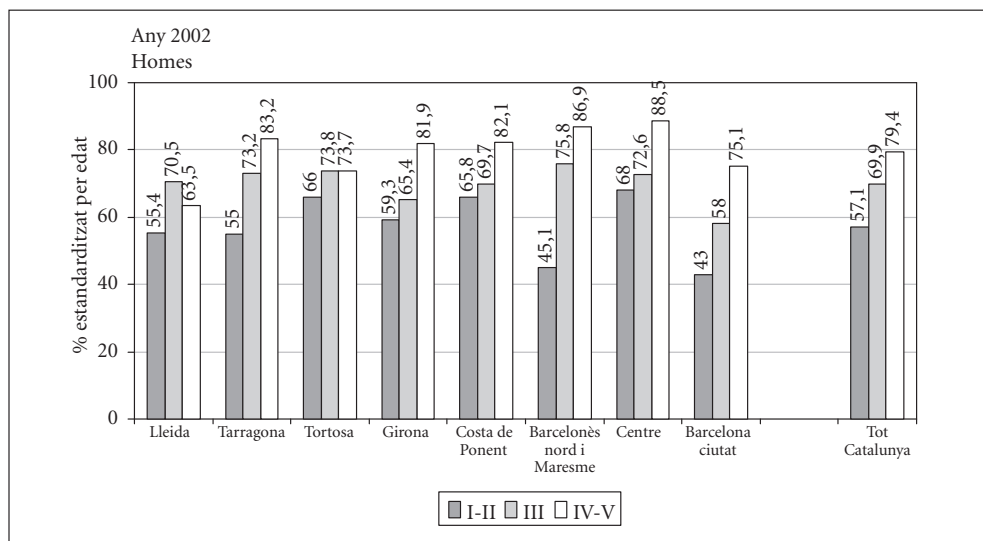
Cobertura sanitària segons la classe social. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 2.

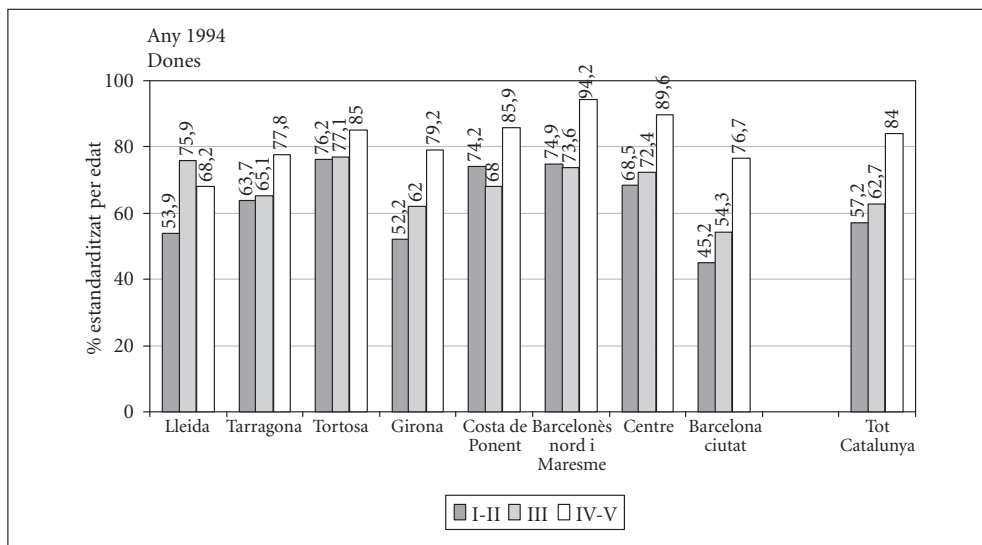
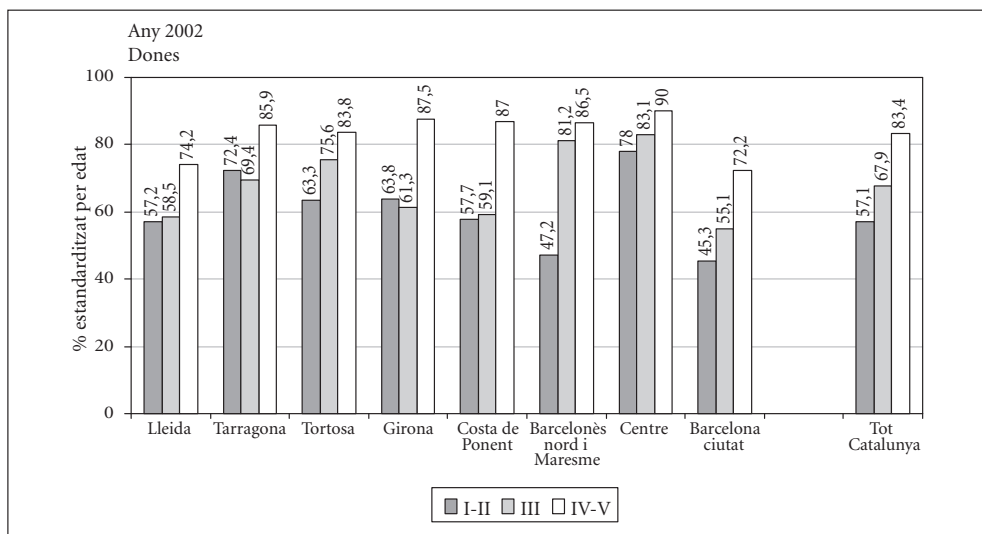
Cobertura sanitària pública exclusivament segons la classe social i la regió sanitària. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 2. Continuació

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



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

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

Les pràctiques preventives

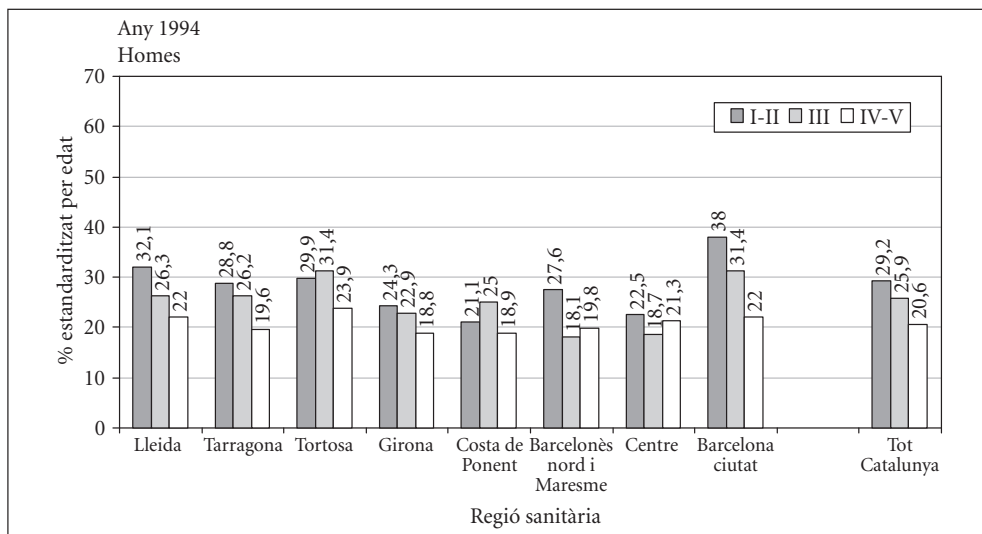
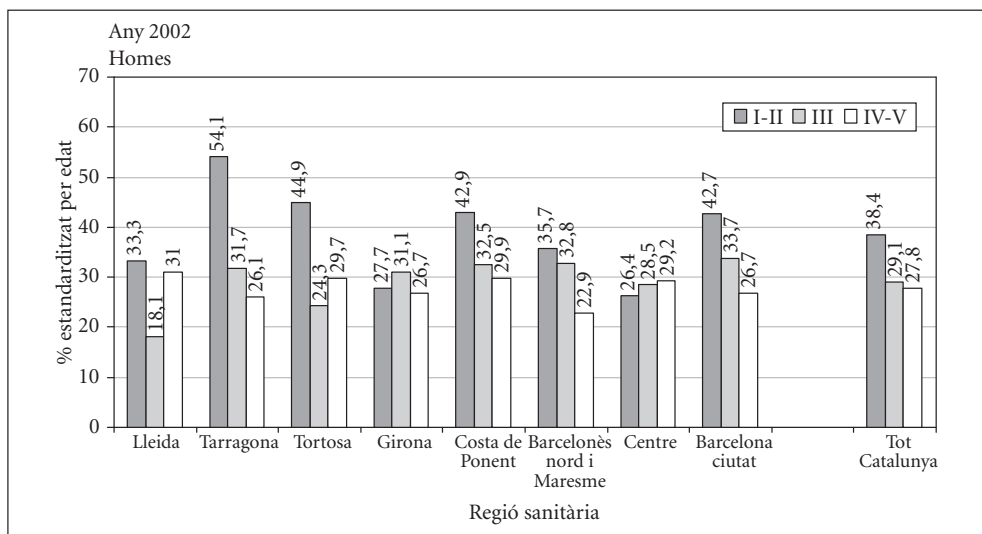
En aquest apartat es descriuen les pràctiques preventives realitzades per la població que es van recollir a l'ESCA-94 i l'ESCA-02. En la realització de pràctiques preventives hi influeix de manera important el fet de tenir una cobertura sanitària privada a més de la pública, ja que fins ara les mútues ofereixen més fàcilment la realització d'aquestes pràctiques. Per tant, tal com es va fer en l'informe anterior, 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 declaraven que es feien algun examen mèdic preventiu de manera regular o periòdica. Aquests percentatges són molt més alts que els del 1994 (25,3% i 23,5% respectivament). Els homes de classe I i II són els que ho declaraven en un percentatge més elevat; mentre que en les dones, les diferències entre classes són petites. Aquest patró és bastant similar en les diverses regions (vegeu la 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 (vegeu la 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.

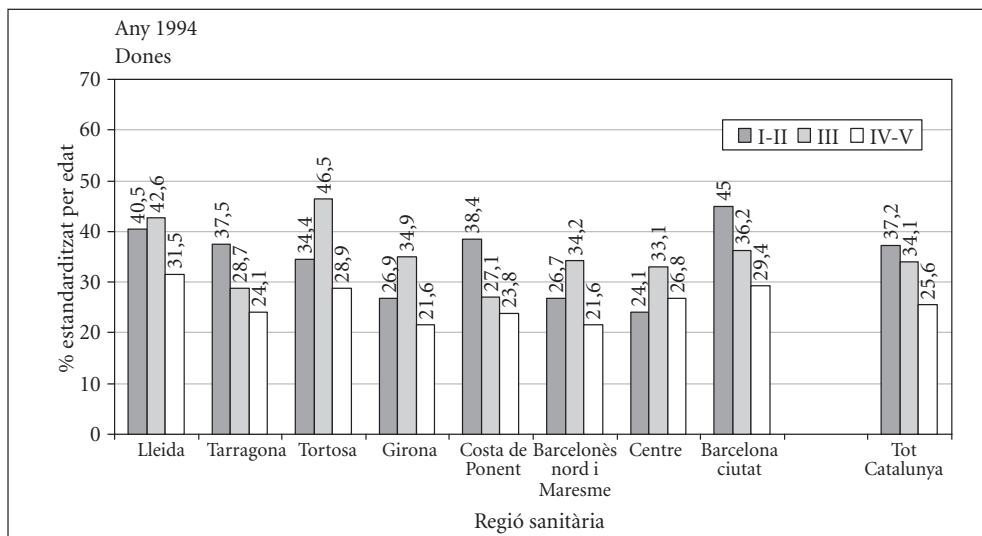
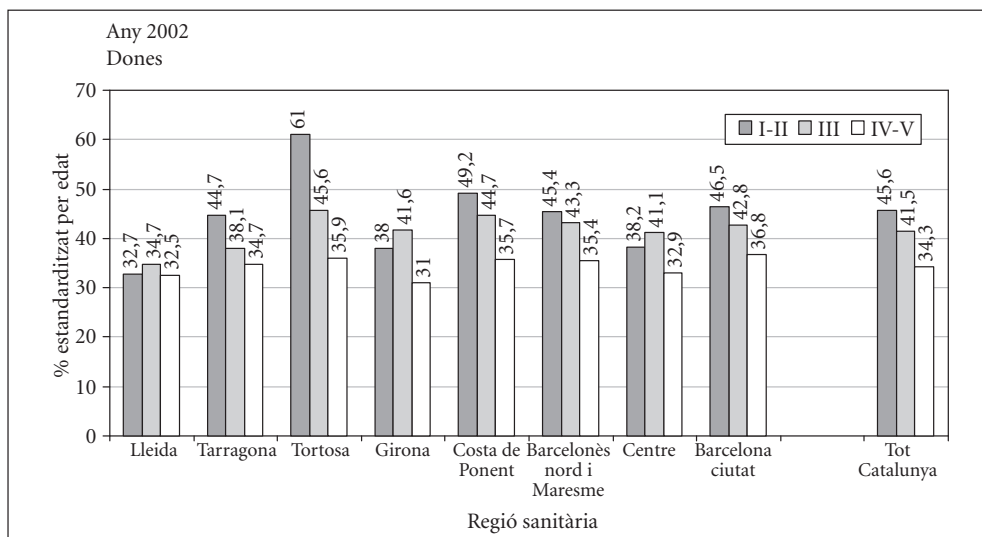
La visita al dentista no sempre és una pràctica preventiva ja que moltes vegades es fa per motius d'una malaltia dental; de tota manera s'ha inclòs en aquest apartat ja que també es fan visites amb caràcter preventiu. Un 30,7% dels homes i un 37,8% de les dones van declarar haver visitat el dentista l'any anterior, percentatges superiors als

Gràfic 3.

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



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.



del 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 (gràfic 3 i taula 8 de l'annex).

Tal com s'observa al gràfic 4 (i a 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 tots dos casos. Respecte a l'any 1994, les persones amb cobertura pública i 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 (gràfic 4).

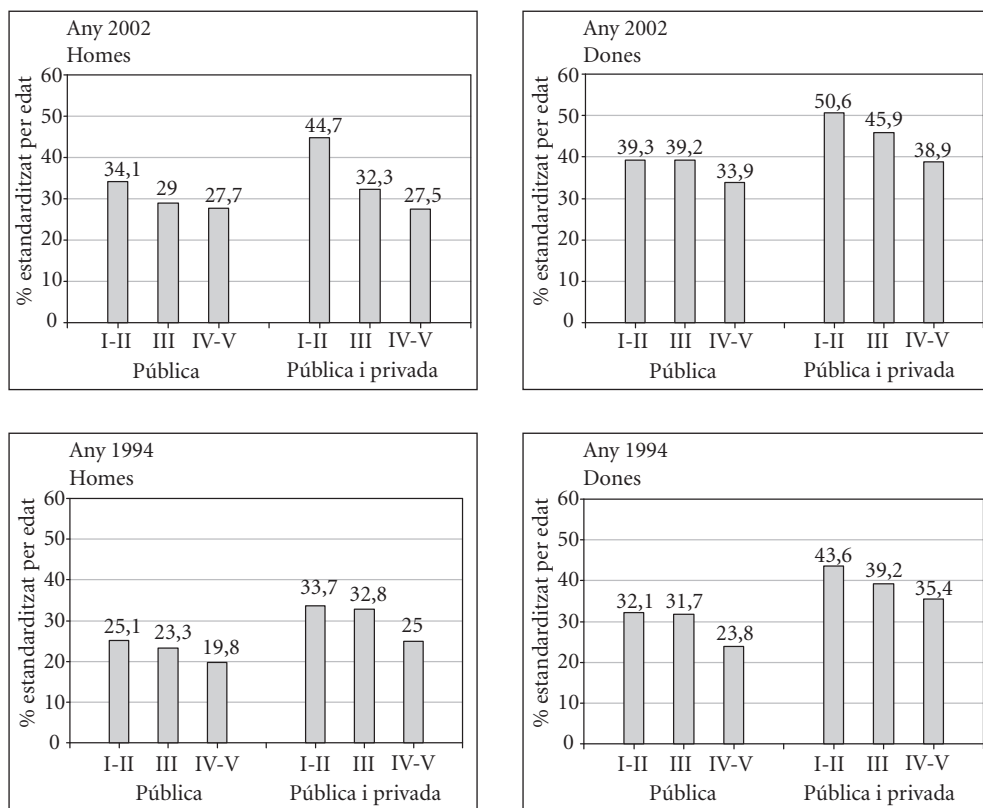
Una possible explicació de perquè les dones van més al dentista que els homes pot ser el fet de que sovint presenten una salut dental pitjor a causa de processos com l'embaràs o la menopausa.

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), i no hi ha 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 a Barcelona en el cas dels homes, sí que s'observen desigualtats per classe (taula 8 de l'annex). En algunes regions són les persones de classe IV-V les que declaren prendre-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 (gràfic 5 i taula 9 de l'annex).

Gràfic 4.

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

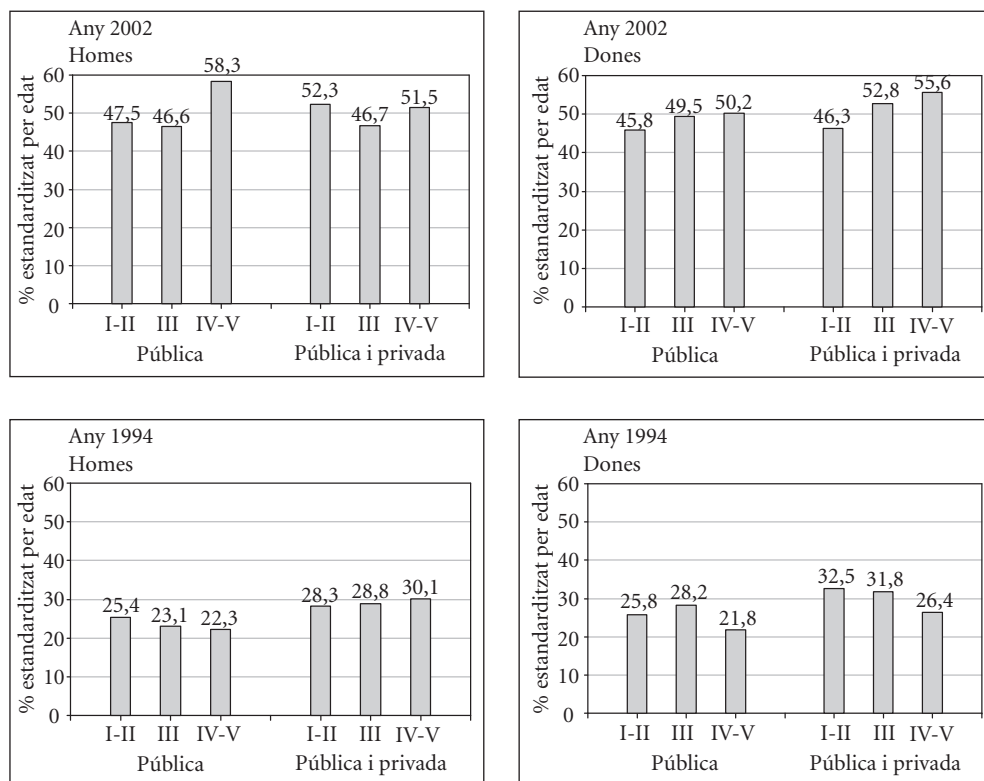


Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

No hi ha desigualtats importants segons la classe social en la revisió periòdica del nivell de colesterol de manera preventiva: hi ha 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 un 18%). A diferència de l'any 1994, en què en algunes regions sanitàries com Lleida hi havia percentatges més baixos, l'any 2002 els percentatges de les regions són més

Gràfic 5.

Presca de la tensió arterial periòdica segons la classe social i el tipus de cobertura sanitària. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

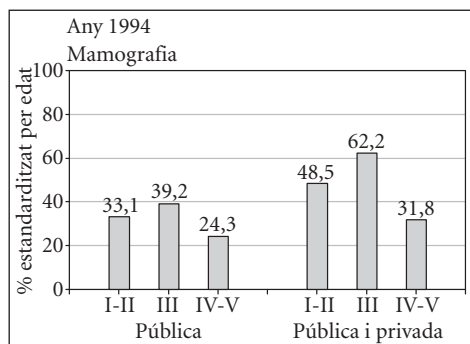
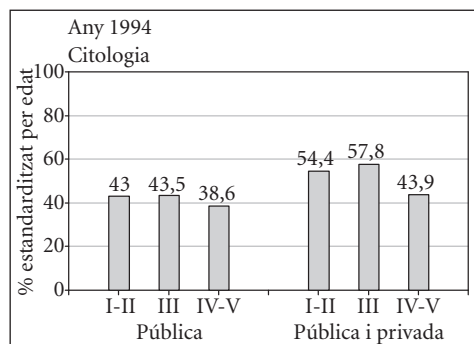
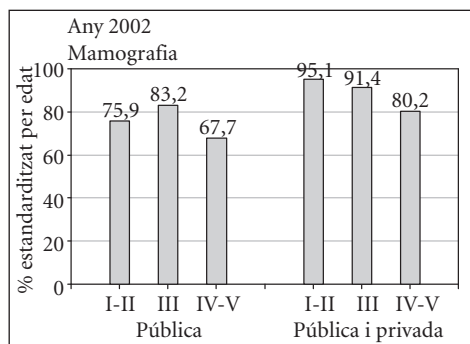
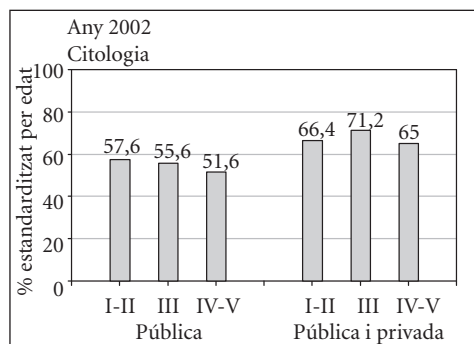
homogenis (vegeu la taula 8 de l'annex). Malgrat la no existència de grans desigualtats segons la classe social, pràcticament sempre són les persones de les classes IV-V les que se'l revisen en una proporció menor. Novament, el fet de tenir cobertura privada a més de pública s'associa a un percentatge més gran de persones que es controlen el colesterol, sobretot en el cas de les dones (vegeu la taula 9 de l'annex).

Finalment, es presenten els resultats de les pràctiques preventives en ginecologia. Pel que fa a la realització d'una citologia periòdica en 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 les classes I-II, un 58,3% de les de la classe III i un 52,5% de les de les classes IV o V (aquestes xifres per l'any 1994 eren: un 44,1%; un 46,3% i un 37,2% respectivament). 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 (vegeu la 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 es fan citologies periòdiques en menor proporció, tot i que, a diferència de l'any 1994, aquestes desigualtats per classe social no són estadísticament significatives (gràfic 6 i taula 9 de l'annex). Cal assenyalar que no existeixen programes poblacionals de prevenció del càncer de coll uterí. Per tant, aquesta prova es fa quan el metge ho sol·licita, fet que es dona més en la pràctica privada de la medicina, o bé quan les dones ho demanen, la qual cosa 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 de la prevenció del càncer de mama des de l'any 1992 existeix un programa a tot Catalunya dirigit a les dones de 50 a 64 anys, que les convida 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'havia 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 fan una mamografia periòdica de caràcter preventiu respecte al 1994. 7,5 de cada 10 dones de 50 a 64 anys se'n fan una (l'any 1994 eren 3 de cada 10). Aquestes xifres canvien per classe social ja que es fa 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 (gràfic 7 i taula 10 de l'annex). Aquesta pràctica també la segueixen molt més les dones que declaren tenir doble cobertura sanitària, tot i que les dones de les classes IV-V sempre són les que ho fan en menor percentatge (gràfic 6 i taula 9 de l'annex). Respecte a l'any 1994 les desigualtats de classe han disminuït.

Gràfic 6.

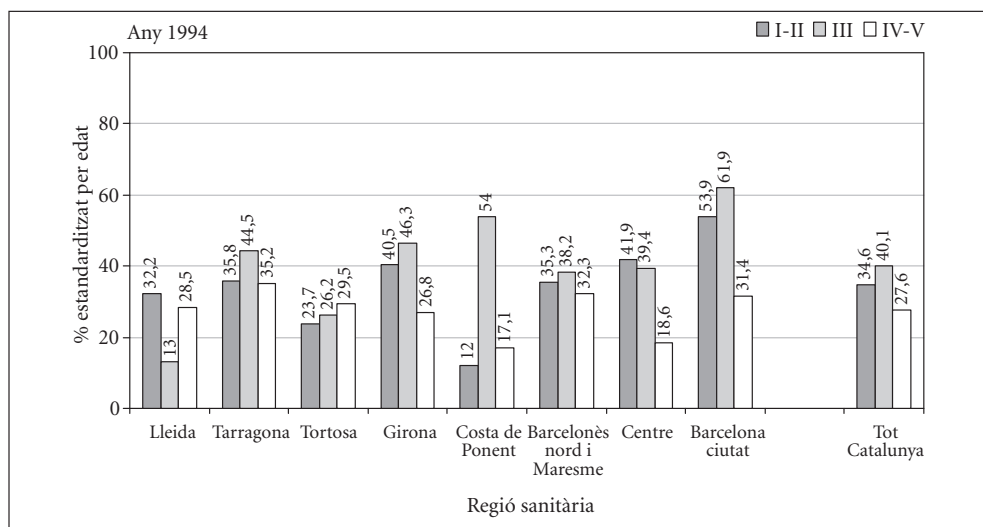
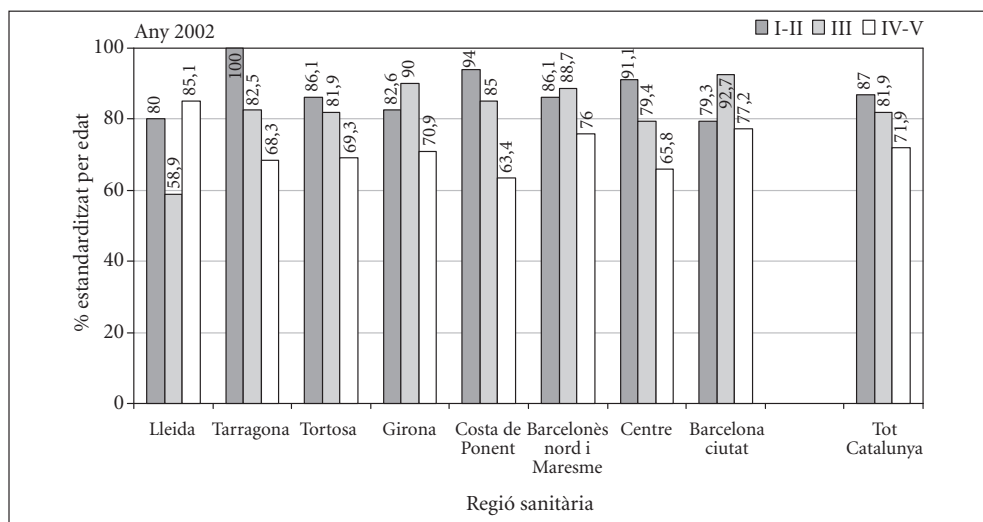
Realització de citologia periòdica en dones de 20 anys o més i de mamografia periòdica en dones de 50 a 64 anys, segons la classe social i el tipus de cobertura sanitària. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 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.

La utilització de serveis sanitaris

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 van visitar 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 la regió sanitària, així per exemple, Tortosa i Girona sí 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 cal tenir en compte el grau de problemes o necessitats en salut de la població de cada classe social per esbrinar 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 estat de salut excel·lent, molt bo o bo de la que declara que té una salut regular o dolenta. Tal com s'observa al gràfic 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 (vegeu el 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 la 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 quinze dies anteriors (19,5%) que en el dels 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 2 es presenten els resultats referits al temps d'espera des de l'arribada a la consulta del professional sanitari fins a la visita, per a homes i per a dones, segons la classe social, i segons qui ha finançat la darrera visita. El temps d'espera ha estat de deu minuts més en els homes i de cinc més 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 i inferiors a les de l'any 1994.

Taula 2.

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

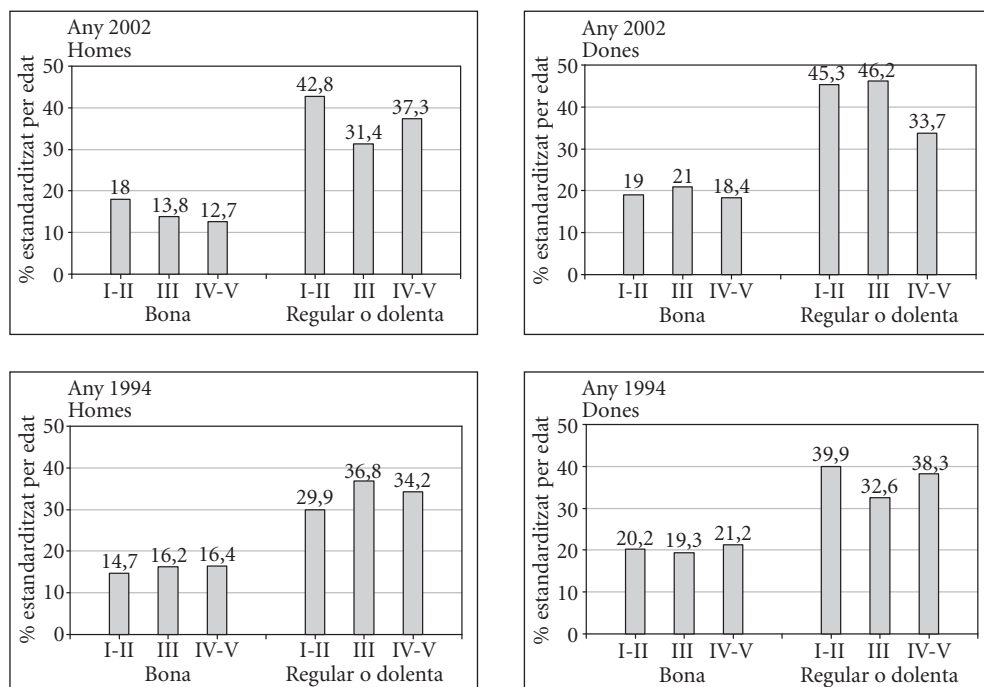
	Tipus de finançament de la visita			
	Públic		Privat	
	Mediana 2002	Mediana 1994	Mediana 2002	Mediana 1994
Homes				
Classe social I-II	25	30	10	10
Classe social III	15	15	10	10
Classe social IV-V	20	20	20	10
Total	20	20	10	10
Dones				
Classe social I-II	15	15	10	5
Classe social III	15	20	10	10
Classe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

Gràfic 8.

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



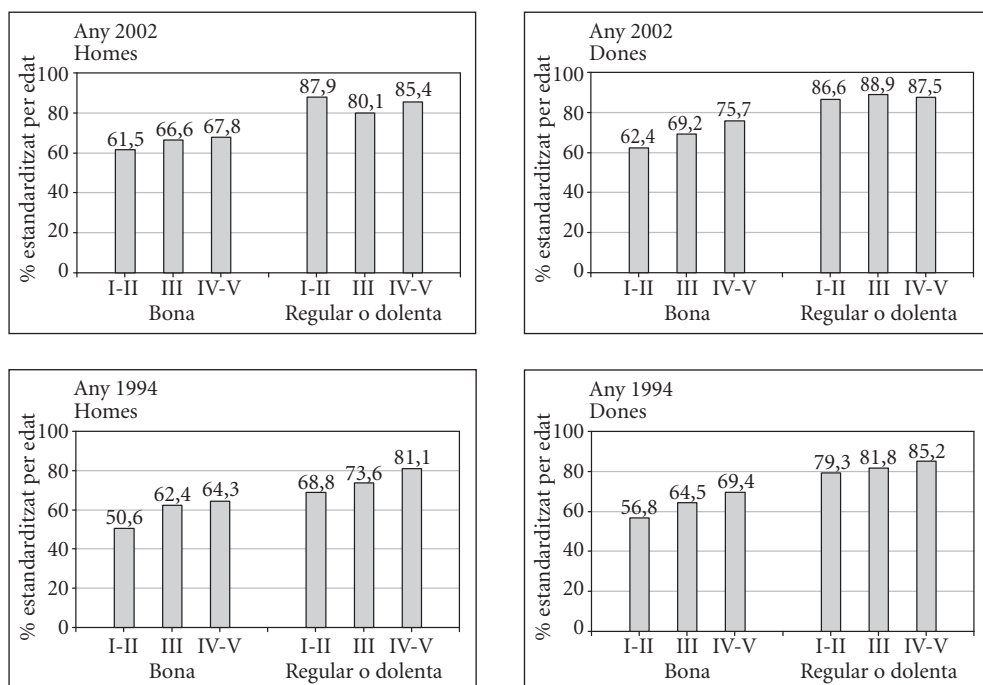
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

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

Gràfic 9.

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



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Un 69,2% dels homes i un 76,3% 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 persones que tenen una salut pitjor (gràfic 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 i hi ha un patró homogeni entre regions.

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, n'han realitzat com a mínim una 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 al 1994, que era d'un 40%. Lleida i Tortosa han presentat percentatges més baixos de persones que han visitat l'especialista (vegeu la taula 11 de l'annex).

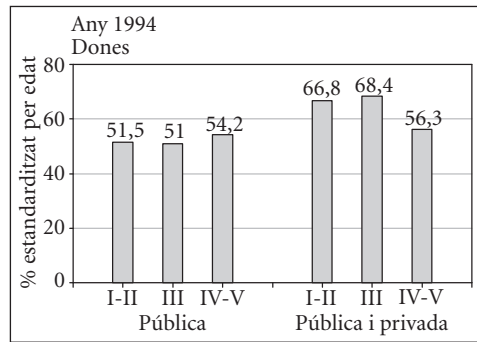
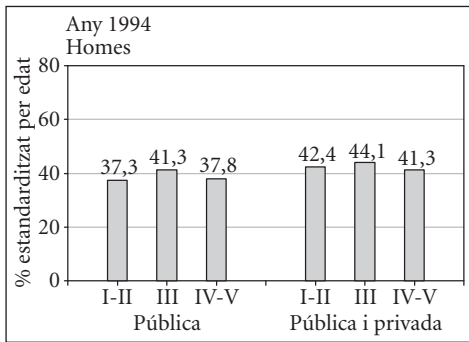
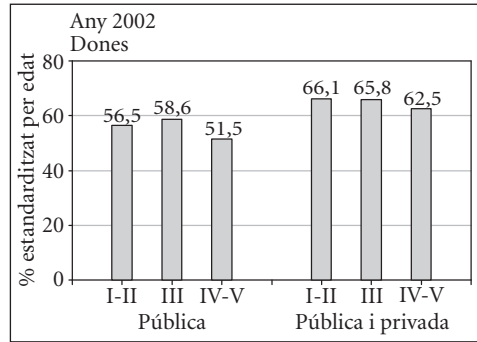
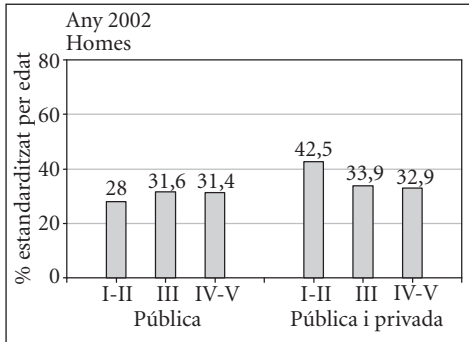
Les persones amb una salut percebuda dolenta o amb cobertura sanitària pública i privada visiten més l'especialista. A diferència de l'any 1994, s'han trobat desigualtats per classe social en homes i dones en tenir en compte la salut percebuda (són significatives en el cas de la bona salut) i també en tenir en compte el tipus de cobertura. Les persones de classes IV o V es visiten menys, a excepció dels homes amb cobertura pública (gràfic 10 i taules 12 i 13 de l'annex).

Un 8,9% dels homes i un 9,3% de les dones han estat ingressats en 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 les classes I o II de Tortosa i de 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 i les que tenen 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 persones en llista d'espera per ser intervingudes quirúrgicament (comptades sense tenir en compte l'espera tècnica, considerada de tres mesos), xifra inferior a la de l'any 2000 (39.145 persones) (taula 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 cinc procediments que tenen llistes d'espera més llargues, per regió sanitària.

Gràfic 10.

Visita a un especialista l'any anterior a l'entrevista segons la classe social i el tipus de cobertura sanitària. Homes i dones. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

HOSPITALITZACIONS EVITABLES EN 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 podria haver altres factors

Taula 3.

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

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

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

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

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

Font: Parlament de Catalunya^{II} i Servei Català de la Salut.

familiars i del sistema sanitari implicats en la major utilització que fan els nens dels hospitals.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 quan en l'anàlisi es tenen en compte altres variables (taula 15 de l'annex).

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

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 a l'any 1994.
- Ha augmentat considerablement la realització de pràctiques preventives de la població més gran de 15 anys, tot i que es continuen 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 l'any 1994.
- Ha augmentat la realització de citologies i mamografies periòdiques en 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 que les del 1994.
- Hi ha una clara diferència en la utilització de serveis sanitaris no totalment coberts per la sanitat pública com ara l'odontologia, que reflecteix una barrera econòmica d'accés als serveis sanitaris. Les desigualtats en aquest cas podrien haver augmentat respecte a l'any 1994, sobretot en els homes.
- La utilització de serveis sanitaris d'atenció primària (visita al metge general i al pediatre) i hospitalària no presenta desigualtats segons la classe social.
- Les visites a l'especialista són menys en les persones de 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 les dades recollides en les enquestes de salut, caldria posar en marxa estudis més específics adreçats als mecanismes pels qual es reproduïxen 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(Supl.1):96-101.

³ Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Nova York: 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;113:1493-8.

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;321-5.
- 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, Fernández 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.

6 Les desigualtats de gènere en la salut

Izabella Rohlf
Carme Valls
Glòria Pérez

INTRODUCCIÓ

El concepte i les desigualtats de gènere en la salut

Tot i que només es va començar a estudiar la influència de les assignacions de gènere en la salut de les dones i dels homes en el nostre entorn a partir del final de la dècada dels anys vuitanta i començament dels anys noranta del segle xx, Catalunya ja té un important cos de recerca^{1,2,3,4,5} i algunes persones de prestigi reconegut en aquest tema.

Però, tot i que sembli anacrònic en aquests moments, cal preguntar-nos què s'entén per assignacions, estereotips o rols de gènere. Ara per ara aquesta terminologia ja està incorporada, malgrat l'oposició de l'Academia de la Lengua Española, al vocabulari quotidià 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 Llei integral contra la violència de gènere. No obstant això, 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, és un dels principals impediments per la seva comprensió. Sense aprofundir en el tema, només calen alguns apunts: *gènere* no és sinònim de *dona* ni tampoc no s'ha de fer servir com un eufemisme “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 hegemònics de la feminitat i masculinitat en un determinat moment històric i segons les “normes” culturals. Tot això amb evidents inequitats en totes les esferes de la vida.⁶

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

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

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'èmfasi en l'atenció prenatal i el part i en menor escala en 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 mètode 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 les 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 l'afectivitat i del dret a triar i decidir quan, com, i amb qui mantenir

relacions sexuals i/o tenir criatures. Segon, que s'informi a la dona de quins són els procediments mèdics i sanitaris a què serà sotmesa, com per exemple el lligament de trompes o el part per cesària o els procediments de reproducció assistida, tots ells amb les seves possibles implicacions i complicacions.⁸

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 de les dones, tant física com psicològica, és un indicador molt important per entendre la magnitud d'aquest problema social.

Els serveis sanitaris tenen un paper important en la prevenció, la detecció i el tractament de les situacions de maltractament. D'aquesta manera l'abordatge del maltractament ha de ser ampli, i ha de tenir en compte que les manifestacions del maltractament no sempre són fàcils de detectar si no se'n fa una recerca activa. La hiperfreqüentació de les consultes o els trastorns psicològics poden ser els símptomes d'una situació d'abús. Els efectes més visibles i punyents de la violència es diagnostiquen sobretot en els serveis d'urgències. En la consulta habitual d'atenció primària l'accent s'ha de posar en la detecció de la violència en la seva fase inicial, a partir d'una simptomatologia molt variada: trastorns psicossomàtics, 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.

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

En els últims quatre anys hi ha hagut una bona producció científica a l'Estat espanyol i principalment a Catalunya que ha tingut en compte el concepte de gènere a l'hora d'estudiar els resultats d'anàlisis realitzades segons el sexe. Així, per fer aquest capítol s'ha realitzat una cerca a Medline amb els termes *gender, inequalities and spain* per al període de 2001 a 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 en altres llocs, en els quals era 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* del 2004, publicats a la revista *Gaceta Sanitaria* on tant la classe social com el gènere han estat els temes centrals.^{10,11} No obstant això, 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 amb la violència contra les dones s'ha publicat un editorial a la *Gaceta Sanitaria* que posa 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 a mans del company íntim, que posa 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 això, encara són pràcticament inexistentes 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 permetin confrontar hipòtesis sobre l'existència o no de relació entre la classe social i l'existència de maltractaments. En aquests moments està en premsa una guia metodològica per conèixer les variables i els indicadors necessaris per sistematitzar la recollida de dades sobre la violència de gènere en el nostre entorn.¹⁸

Objectius i mètodes

Els objectius principals d'aquest capítol són aprofundir en la morbiditat diferencial a Catalunya. Tanmateix, es vol estudiar les diferències i les desigualtats entre dones i homes en la salut percebuda i en alguns dels trastorns crònics que no s'havien recollit en 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 assolir els objectius esmentats hem consultat diverses fonts de dades. La font principal ha estat l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2002 (ESCA-02) i la seva comparació amb l'enquesta del 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.

LES DESIGUALTATS SEGONS EL GÈNERE A CATALUNYA

Un exemple de la importància de l'anàlisi de gènere en 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 infinitat de registres, poden donar una pista sobre els condicionants estruc-

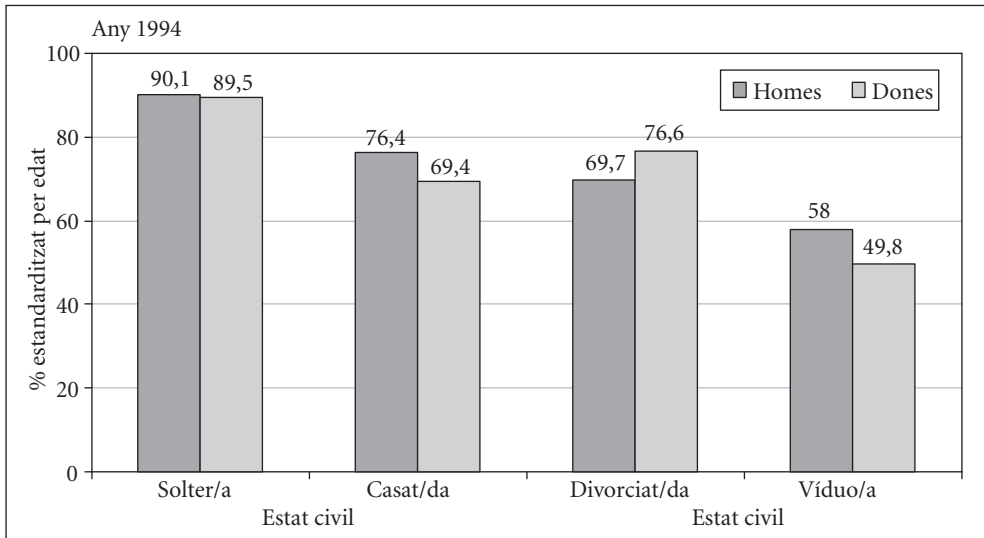
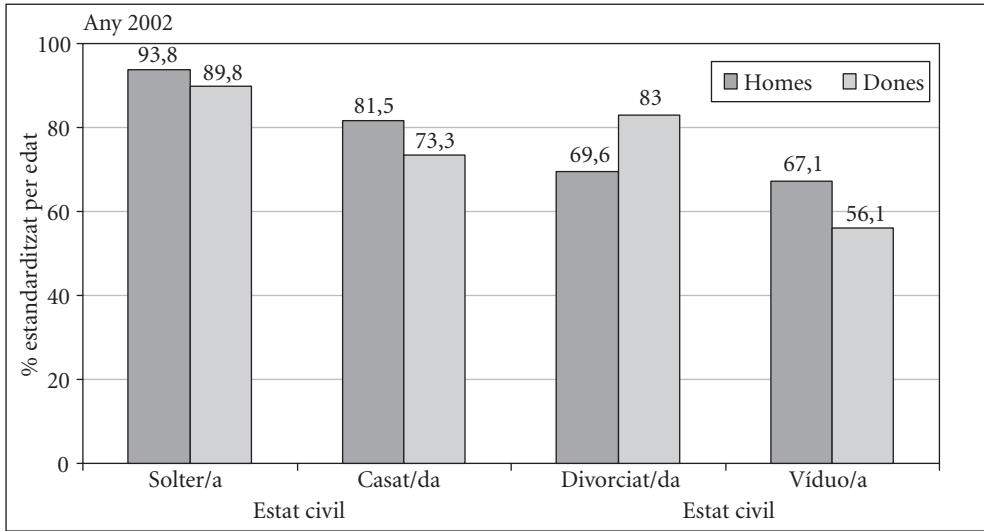
turals de la salut de dones i homes, deixant oberta la possibilitat de l'anàlisi segons el gènere. Alguns estudis indiquen que viure en parella afecta més negativament la salut de les dones, principalment a causa de la distribució desigual del treball reproductiu i també perquè la dona assumeix un paper important en el manteniment, la cura i el control de la salut de les 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 pel que fa a les dones com als homes respecte a l'enquesta del 1994, s'hi continuen observant diferències (gràfic 1). Mentre que l'any 1994 no es trobaven diferències en l'estat de salut percebut entre les dones i els homes solters, l'any 2002 s'observa que el 93,8% dels homes solters declaren tenir un bon estat de salut, i entre les dones solteres només el 89,8% (percentatges estandarditzats per edat). L'any 2002, en les persones casades o que viuen en parella, el percentatge de bona salut en els homes disminueix més del 10% (81,5%) i per a les dones més del 12% (73,3%) respecte als solters. En canvi, s'observa un millor estat de salut entre les dones divorciades/separades que entre els homes en igual situació, i aquesta diferència és força accentuada, 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 caldria un estudi que aprofundís més en les raons d'aquestes diferències. Una de les hipòtesis és 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 fessin 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 d'atendre'ls. Un altre aspecte que s'ha de 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 mesura que empitjora la situació de la classe social disminueix el percentatge de bona salut. En algunes regions s'ha accentuat aquest gradient, si comparem les dades actuals i les dades del 1994: exceptuant el Barcelonès nord i el 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

Gràfic 1.

Bon estat de salut segons l'estat civil / la convivència. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

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).

La morbiditat diferencial entre dones i homes

L'ANÀLISI DE LA MORBIDITAT EN LES ENQUESTES DE SALUT: NOVES OPORTUNITATS PER CONÈIXER DIFERÈNCIES EN LA SALUT DE LES DONES I DELS 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, sia mitjançant els registres d'utilització dels serveis sanitaris sia 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 no dir impossible, quantificar el grau de malaltia que té algú amb una malaltia determinada.

A l'anterior informe CAPS-Fundació Jaume Bofill, amb l'anàlisi de les desigualtats en la 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 poguessin 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. En l'ESCA-02 es va afegir l'infart de 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 (artrosi, 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, lligat a la seva fisiologia o biologia (com per exemple l'anèmia) o be als rols i les 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 a causa de 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 per sexe, ni en la dosi ni en la via d'administració.²³

L'ANÀLISI DE LA MORBIDITAT A CATALUNYA: LES EVIDÈNCIES DE LES DIFERÈNCIES I LA PERSPECTIVA DE GÈNERE

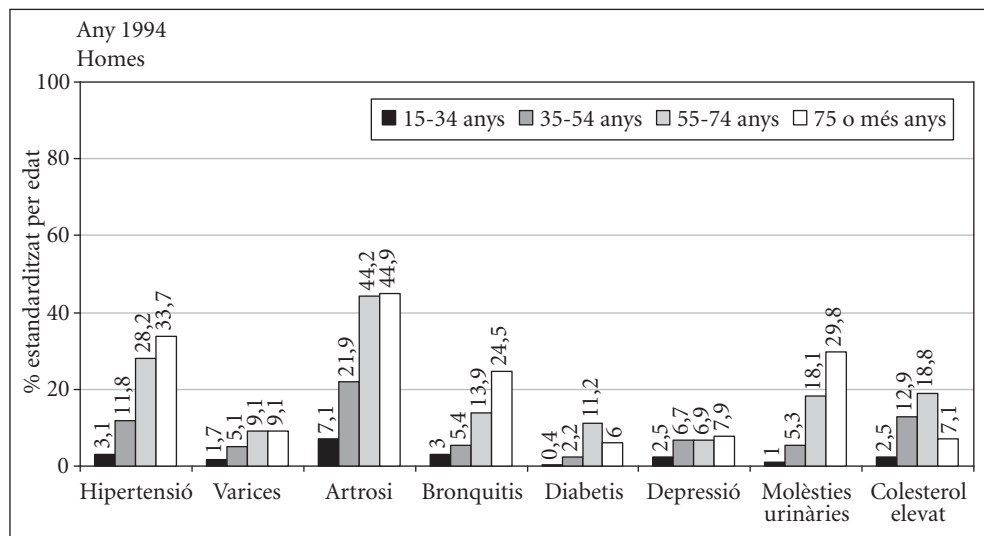
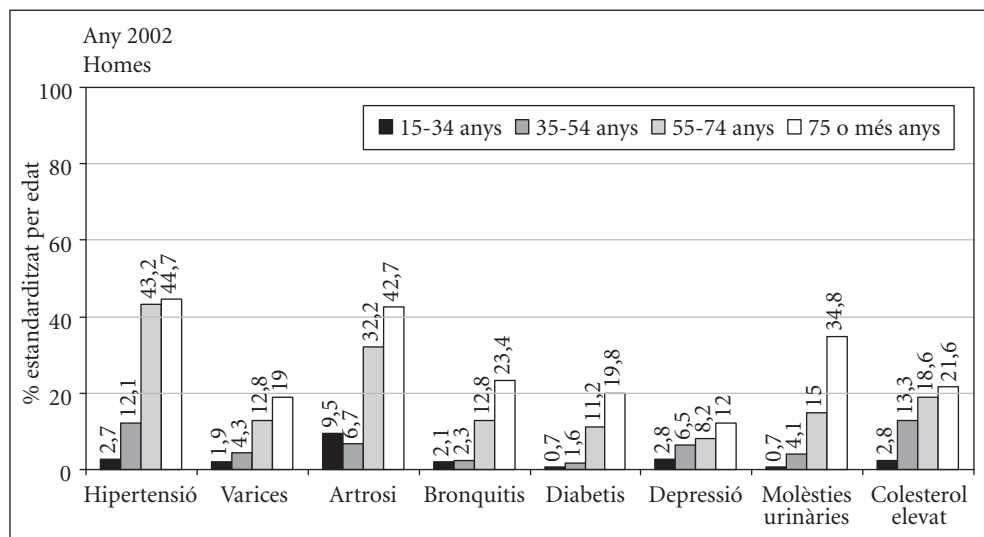
La majoria de trastorns crònics presenten un patró ascendent a mesura que augmenta l'edat. En aquest informe analitzem la situació a Catalunya, ajustant-la per la classe social, i s'observa que la hipertensió ha augmentat tant en els homes com en les dones més grans de 55 anys respecte al 1994 (gràfic 2).

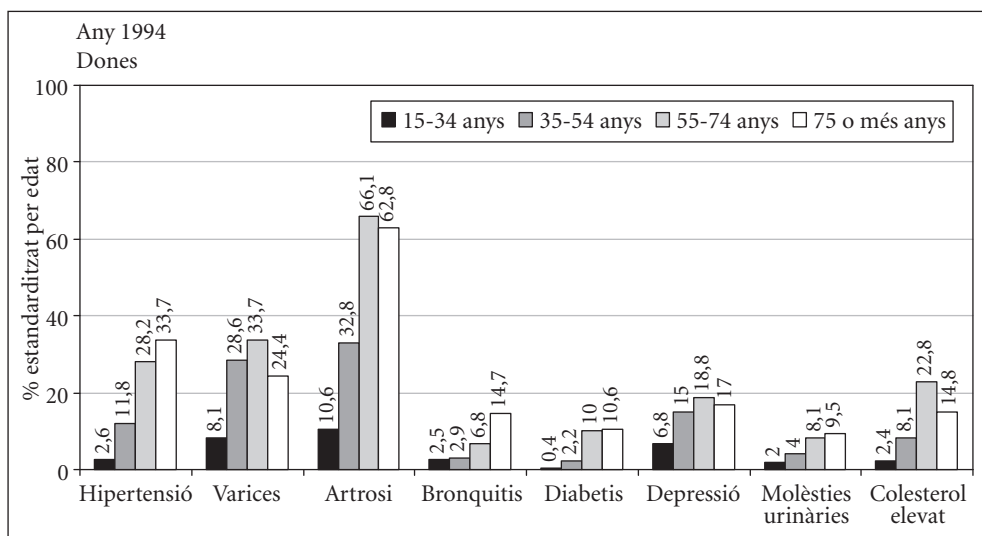
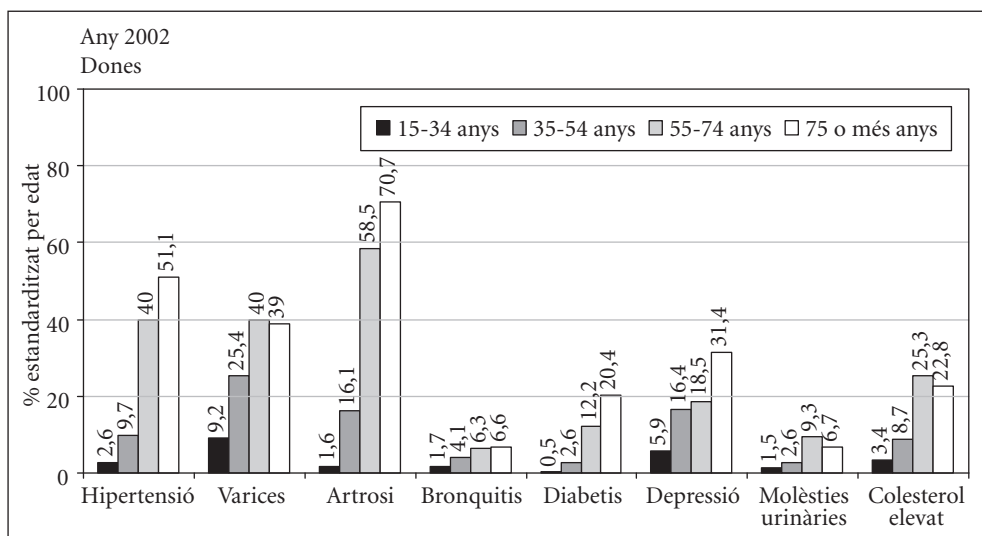
La proporció de dones amb artrosi i varices s'ha mantingut relativament estable i és clarament més alta que la dels homes que pateixen aquest tipus de malaltia en tots els grups d'edat. La proporció de persones amb bronquitis i amb molèsties urinàries també s'ha mantingut estable i més alta en els homes a partir dels 35 anys (gràfic 2). Probablement, la proporció més elevada d'homes amb bronquitis sigui deguda al fet que la proporció de fumadors és més elevada que la de fumadores. Tot i la incorporació massiva de les dones joves al tabaquisme, aquest hàbit encara no es veu reflectit en un augment de les malalties pulmonars en 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 d'homes que declaren patir depressions, sobretot en les persones més grans de 75 anys. La paraula *depressió* pot reflectir una situació de desesperança i desànim davant de les condicions vitals (pobresa, soledat i poques perspectives de suport social), més que un diagnòstic psiquiàtric mèdicament 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.

Gràfic 2.

Trastorns crònics segons els grups d'edat. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994





Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

El colesterol és més elevat en les dones que en els homes tot i que ha augmentat tant en un sexe com en l'altre respecte al 1994.

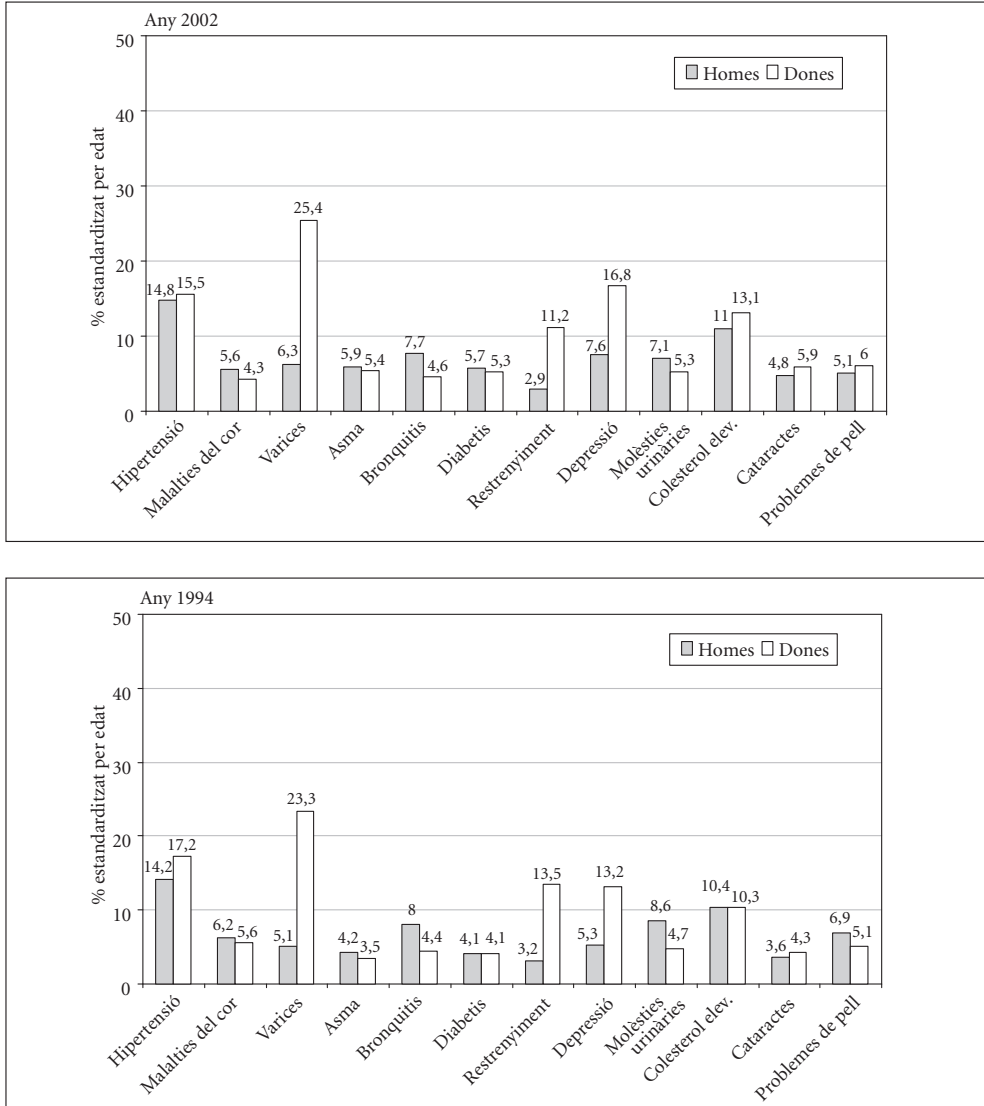
Al gràfic 3 hem inclòs els mateixos trastorns crònics sobre què es preguntava tant a l'ESCA-94 com a l'ESCA-02 (els altres trastorns sobre els quals es va preguntar només l'any 2002 seran objecte d'anàlisi més endavant). Si comparem les dues enquestes, observem que no hi ha hagut grans canvis l'any 2002. Tot i així, cal esmentar que l'any 2002 es pot observar l'elevada prevalença de persones que han declarat tenir hipertensió (el 14,8% 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, en què el percentatge de dones dobla el d'homes (el 16,8% i el 7,6% respectivament).

Pel que fa als trastorns crònics que s'han inclòs a l'enquesta del 2002 i que no constaven a la del 1994 (exceptuant els dolors crònics, que tractarem més endavant), cal destacar una clara diferència segons el 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 són declarades en el 7,4% de les dones mentre només l'1% dels homes declara aquesta malaltia, el mateix passa amb l'osteoporosi (la declara 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) (gràfic 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 en estudis específics fets en altres indrets. Això ens indica que en el nostre territori calen més estudis per conèixer aquestes malalties, i que potser a moltes persones encara no se'ls han diagnosticat les patologies indicades. No obstant això, 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

Gràfic 3.

Trastorns crònics. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

tiroides en les classes socials I-II, la qual cosa indica que probablement les dones més benestants tenen millors diagnòstics. 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 sagnat 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 Barcelonès 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 les que declaren més osteoporosi.

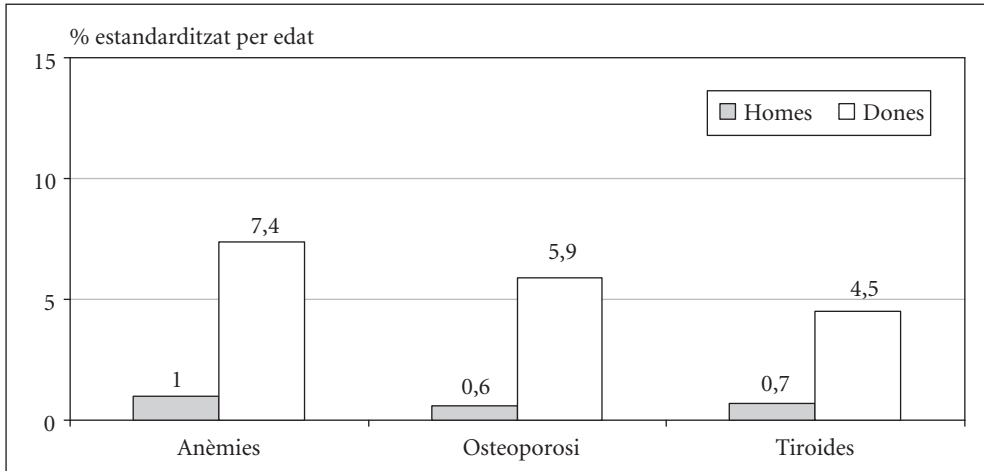
Els problemes de tiroides presenten una prevalença més alta en les classes I i II, a tot Catalunya excepte a la ciutat de Barcelona i a la regió sanitària Centre. Les regions sanitàries de Lleida, Girona i Tortosa són les que presenten una major proporció de diagnòstics en les dones de classes socials 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 amb què 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 en fer les anàlisis 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 específiques de diagnòstic, i prevenció d'aquests problemes de salut, adequant-les també a les desigualtats territorials.

Al gràfic 5 podem observar que l'any 2002 tant en els homes com en les dones ha augmentat lleugerament la declaració de depressió en totes les classes socials. L'any

Gràfic 4.

Anèmies, osteoporosi i trastorns de la tiroides. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002



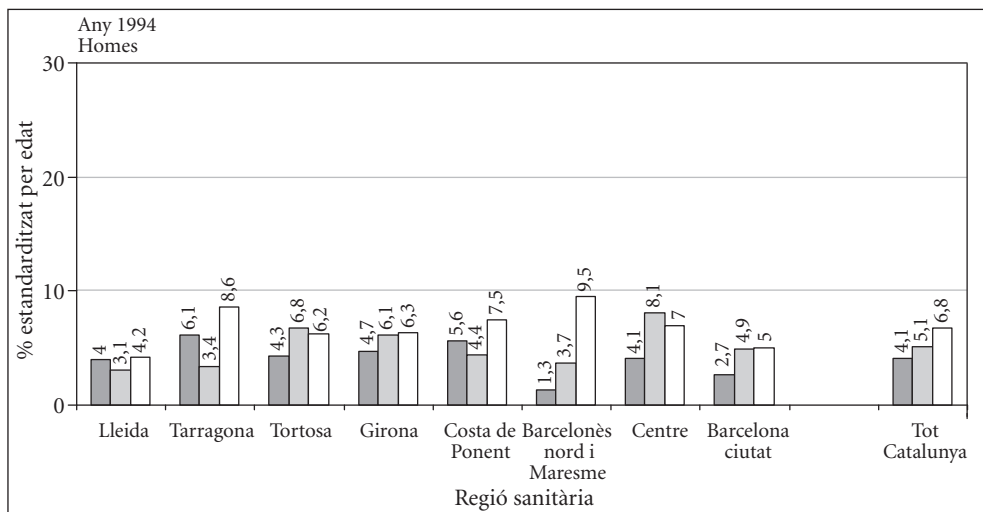
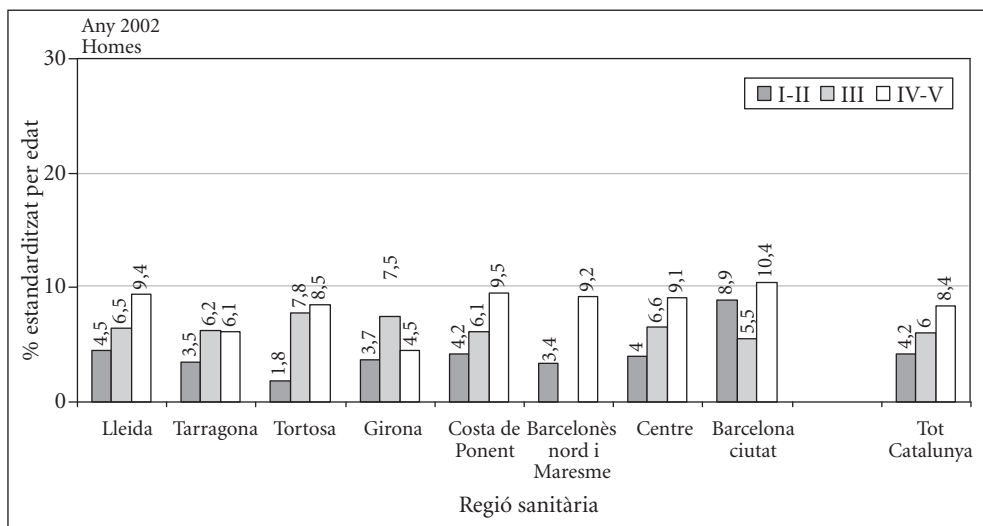
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002. Elaboració pròpia.

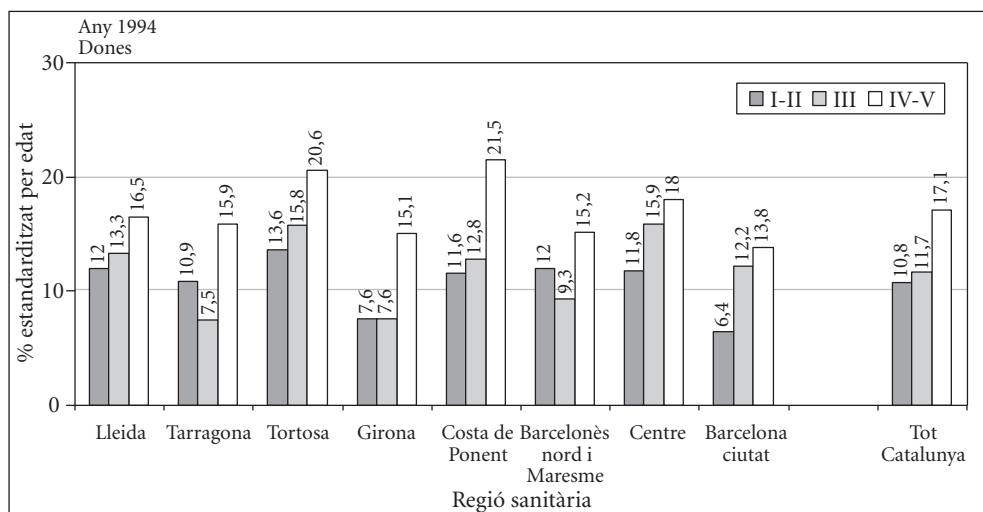
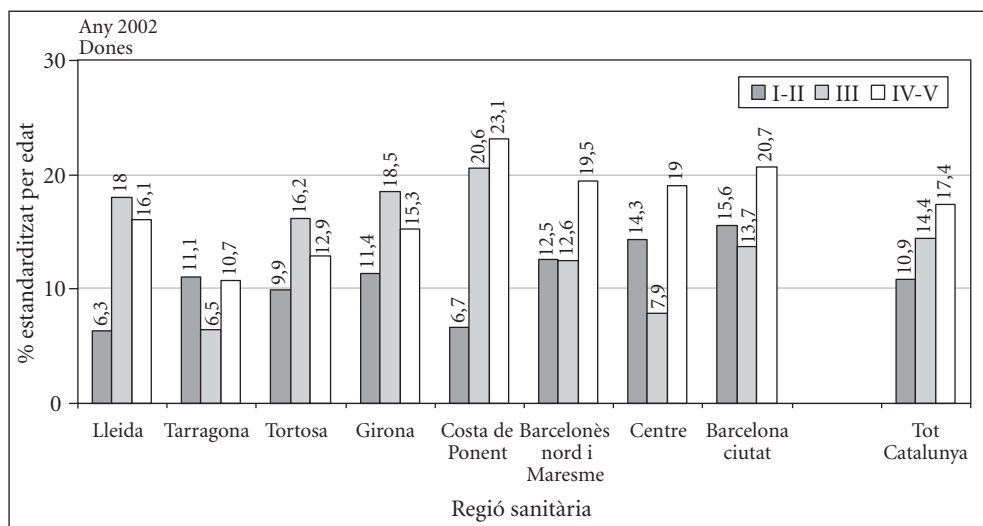
1994 eren les dones de les classes socials més desfavorides les que declaraven un percentatge més alt de depressions en totes les regions sanitàries. L'any 2002 aquest ja no és un fet tan generalitzable. Per als homes, el patró d'aquesta patologia segons la classe social no és clar.

A la 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 30% i que, de manera diferent que els homes (que no presenten un gradient segons la classe social), a mesura que empitjoren les condicions socioeconòmiques, augmenta el percentatge de varices. La

Gràfic 5.

Depressió segons la classe social i la regió sanitària. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994





Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

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.

L'ALTA PREVALENCIA DE DOLOR

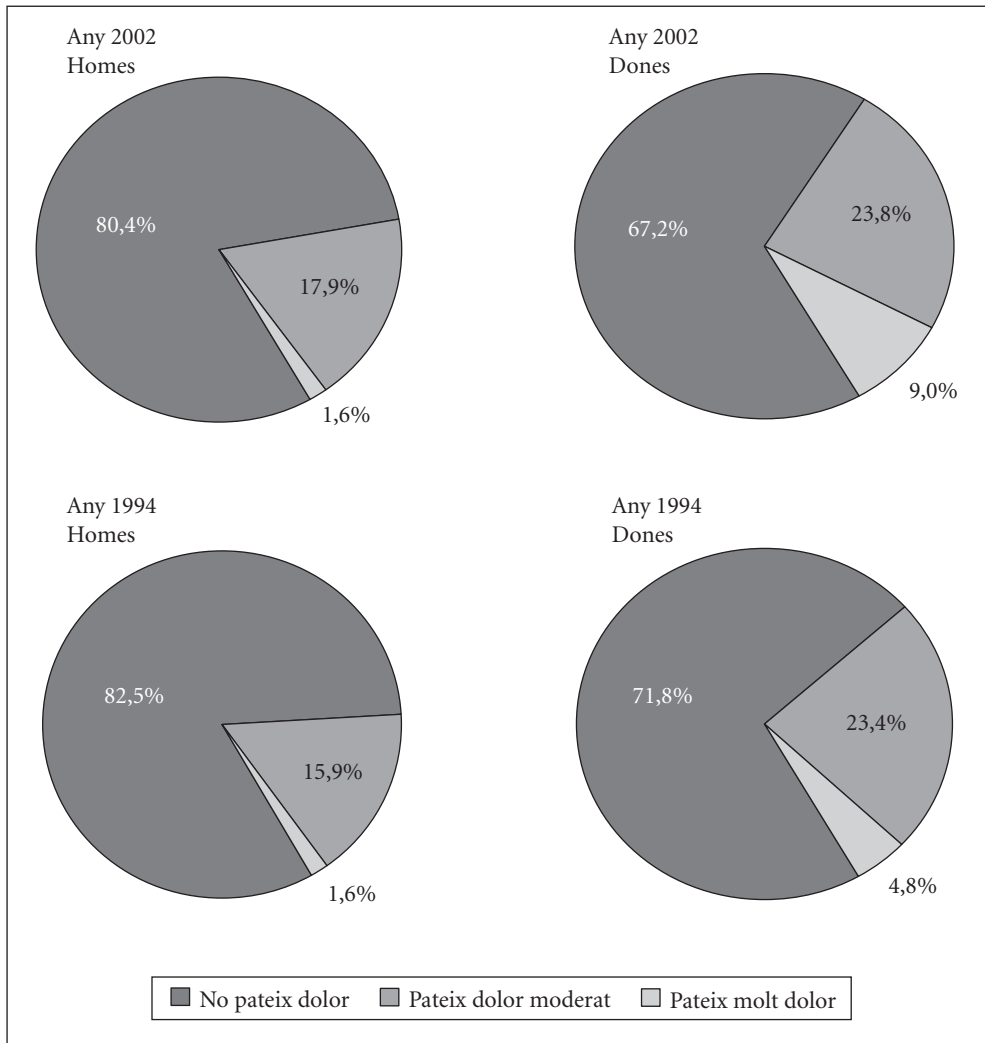
El dolor és una de les maneres que les persones tenen per expressar els patiments físics i psíquics i moltes vegades el malestar davant de les pressions socials, les situacions d'estrès o les desigualtats.^{25,26} Tant a l'ESCA-94 com a la l'ESCA-02 es preguntava si hom tenia dolor o malestar en el moment de l'enquesta. L'any 1994 el 17,5% dels homes i el 28,2% de les dones més grans de 15 anys van declarar que tenien un dolor o malestar moderat o fort; l'any 2002 aquests percentatges van augmentar al 19,5% i al 32,8% dels homes i dones, respectivament (gràfic 6).

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 musculoesquelètic 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 musculoesquelètics i articulars d'origen divers (reumàtic, endocrinològic, postural, tensional, etc.) hagin rebut l'etiqueta d'aquesta malaltia, sovint sense que 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 podran aclarir i desmitificar molts biaixos i errors que s'amaguen rere aquests diagnòstics i reconduir-los 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 de l'ESCA-02, és l'aparent davallada en la prevalença de persones que tenen "artrosi /mal d'esquena", ja que l'any 1994 declarava tenir 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

Gràfic 6.

Presència de dolor crònic. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



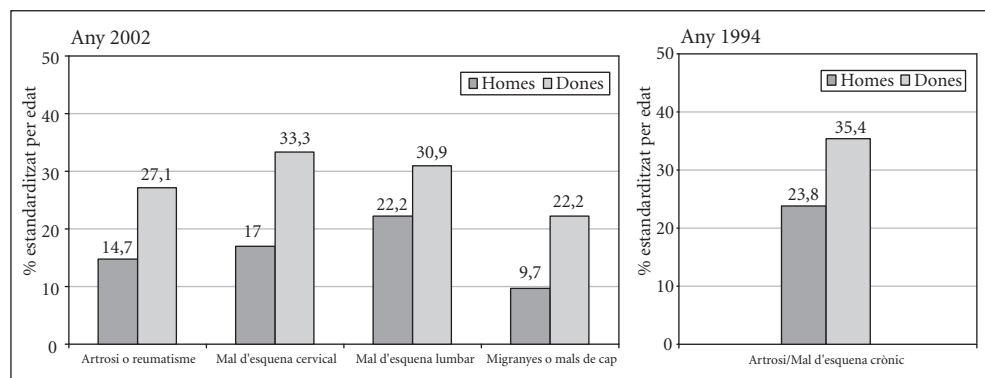
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 1994 i 2002. Elaboració pròpia.

l'any 2002 el mal d'esquena no estava recollit a la mateixa variable que l'artrosi. Així, cal destacar, com podem veure al gràfic 7, l'alta prevalença de mal d'esquena crònic, tant per homes com per dones. Si bé la freqüència de mal d'esquena cervical és molt més alt en les dones (declaren patir-lo un terç de les dones i un 17% dels homes), el mal d'esquena lumbar el pateix el 22,2% dels homes i el 30,9% de les dones. Aquesta troballa és un bon exemple del fet que, depenent de com estiguin formulades les preguntes, es pot arribar a un resultat o a un altre, i del perill que en formular preguntes poc específiques, aquests resultats estiguin amagant part de la realitat o bé 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).

Tot i que la comparació en el temps de la variable artrosi/mal d'esquena (ESCA-94) amb la variable artrosi (ESCA-02) és difícil, ja que no recullen les mateixes patologies, és inte-

Gràfic 7.

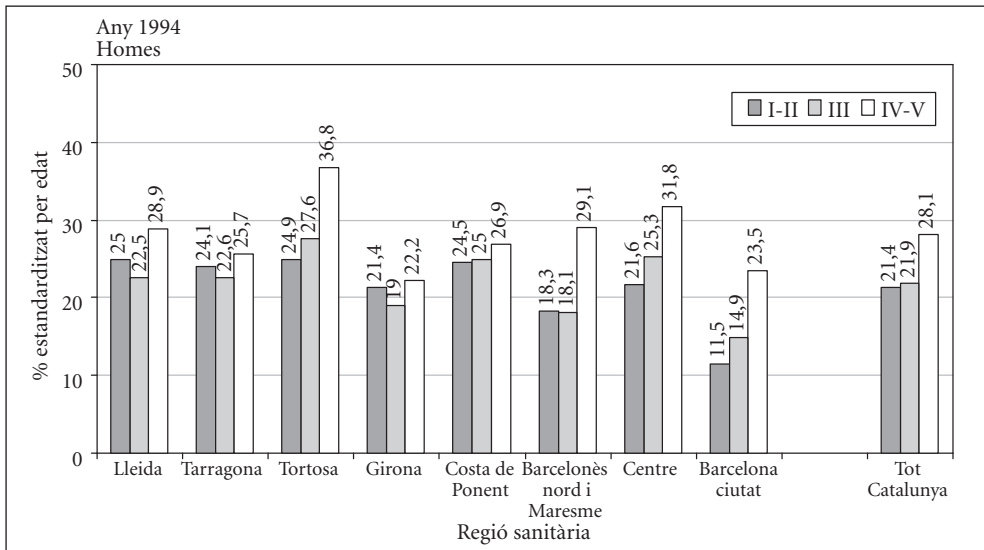
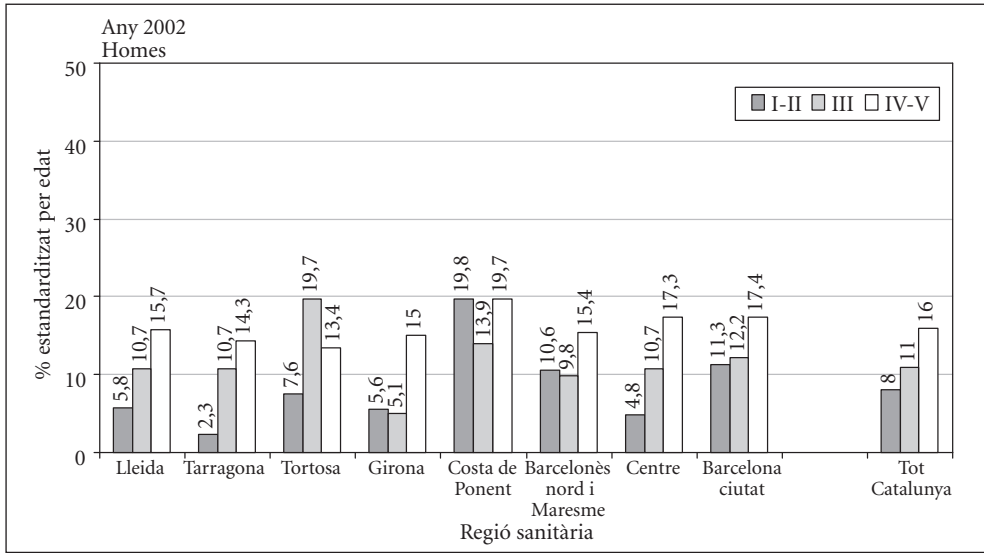
Artrosi o reumatisme, mal d'esquena cervical, mal d'esquena lumbar i migranyes/mals de cap (2002); artrosi/mal d'esquena crònic (1994). Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 8.

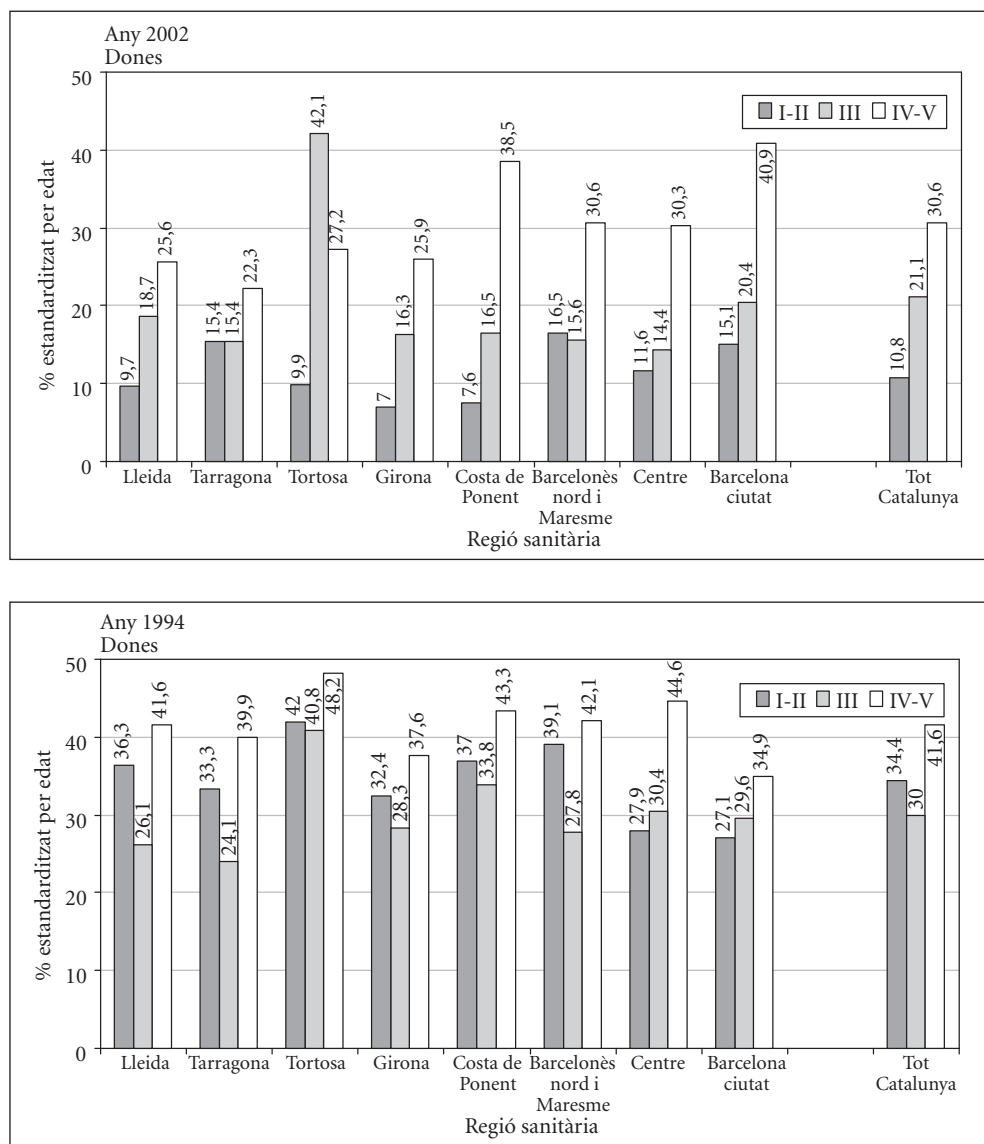
Artrosi segons la classe social i la regió sanitària. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 8. Continuació

Artrosi segons la classe social i la regió sanitària. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

ressant observar que l'any 2002 les dones de les classes socials més desfavorides tant de Costa del Ponent com de Barcelona ciutat segueixen presentant una proporció d'artrosi molt alta, pels volts 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 (gràfic 8).

També les migranyes o mals de cap crònics són un problema de salut que afecta el doble de dones que d'homes. És interessant observar que si bé es troba un clar gradient segons la classe social en els homes (aquests percentatges són del 6,8%, 8% i 9,9% respectivament en 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 en presenten un percentatge més alt (22,8%) (gràfic 7 i taula 19 de l'annex).

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, la qual cosa és compatible amb la seva més gran morbiditat i alta prevalença de dolors.²⁶ Existeixen problemes d'origen biològic que, en atribuir-los l'etiqueta de "trastorns psicossomàtics", s'estan tractant com a 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 lliniar de colesterol a la sang estan basades en estudis realitzats en altres indrets, principalment població anglosaxona i masculina. En el nostre entorn, Marrugat i col·l.²⁷, amb dades de la província de Girona, han analitzat els factors de risc cardiovascular en el nostre entorn i la probabilitat de mort a cinc 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 té només un impacte en el benestar de les persones que reben un tractament quan no el necessiten o el reben erròniament, sinó que també comporta un alt cost sanitari, el que representen els medicaments per a la sanitat pública.

Segons l'ESCA-02, gairebé 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 de la població, principalment la femenina.

La proporció de persones que prenen tranquil·lizants, antidepressius o pastilles per dormir és molt alta. Per als homes els percentatges se situen en el 5%, el 2,6% i el 2,7% i per les a 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.

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 llista d'espera per fer-se un dels catorze procediments quirúrgics que es va acordar controlar a tot l'Estat espanyol (cataractes, varices a les extremitats inferiors, hèrnies, colecistectomies, galindons, artroscòpies, quists o si pilonidal, 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 els anys anteriors no es computava com a demora), el nombre de persones en llista espera a desembre del 2003 era de 66.567.

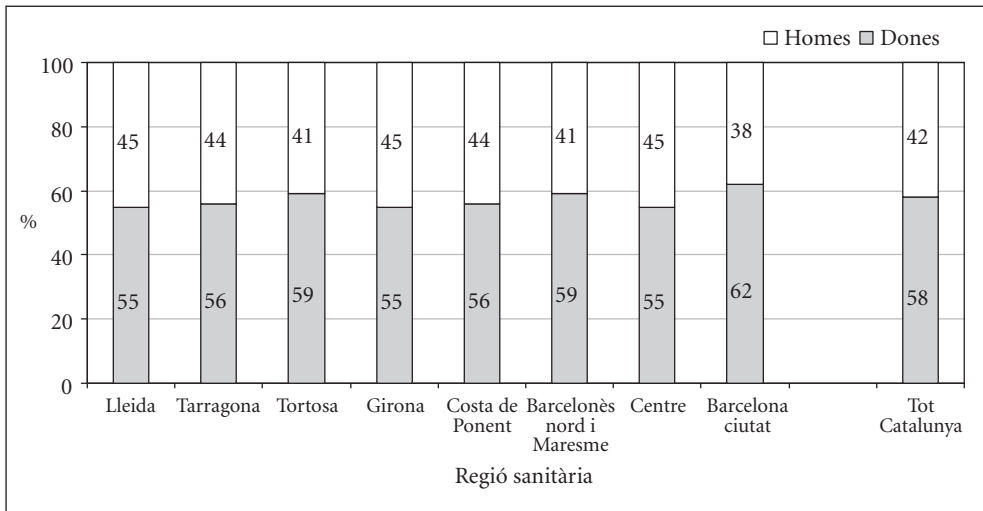
De gener a juny del 2004 s'han realitzat 75.837 intervencions, 4.203 més que en el mateix període de l'any anterior (el 5,87%), però malgrat aquest increment d'activitat el nombre de persones en llistes d'espera a juny del 2004 va ser de 67.073.

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 diferències en les llistes d'espera en funció del sexe, del procediment i de les diferents regions sanitàries

Gràfic 9.

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



Font: Servei Català de la Salut. Elaboració pròpia.

(gràfic 9). Exceptuant les hèrnie, en què hi ha un percentatge d'homes més gran en espera i les pròtesis de genoll, en què no es troben diferències entre sexes, en tots els altres procediments hi ha un percentatge més alt de dones en llista d'espera. Per saber si realment hi ha desigualtats entre dones i homes en el temps d'espera, necessitem més dades, de què 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 d'aprofundir 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.

La salut sexual i reproductiva

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 a les 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 embarassos per 1.000 dones l'any 1989 a 9,8 embarassos per 1.000 dones l'any 2003¹ i presenta una clara tendència a l'increment en els últims dotze anys (gràfic 10).

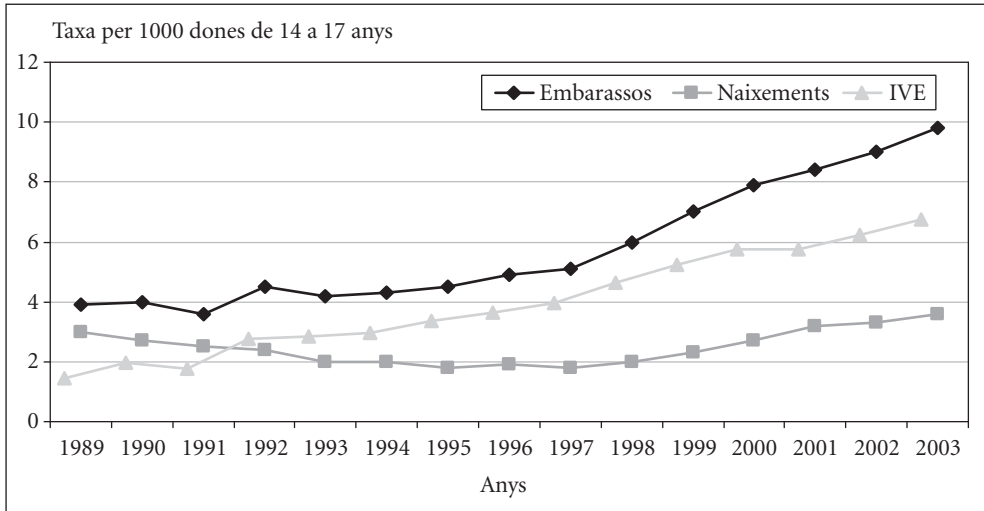
La taxa de naixements en les dones adolescents creix més lentament que la d'embarassos i això comporta que, d'una banda, aquests embarassos no desitjats s'estiguin eliminant mitjançant interrupcions de l'embaràs (IVE), mai innocus ni desitjables per a les dones, però alhora que part d'aquests embarassos 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, la qual cosa demostra aquest objectiu no només no s'ha assolit, sinó que la xifra cada vegada creix 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.

I. Les dades de l'any 2003 són provisionals.

Gràfic 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. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

NADONS DE BAIX PES I PREMATURITAT

Uns altres indicadors de salut reproductiva són el baix pes i la prematuritat dels nadons. L'Organització Mundial de la Salut defineix el baix pes en néixer com aquell pes inferior a 2.500 grams. Aquest indicador s'ha relacionat amb l'aparició de morbiditat neonatal i infantil i resulta ser un bon indicador del 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 ara l'anèmia, la desnutrició i les condicions de treball estresants.

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

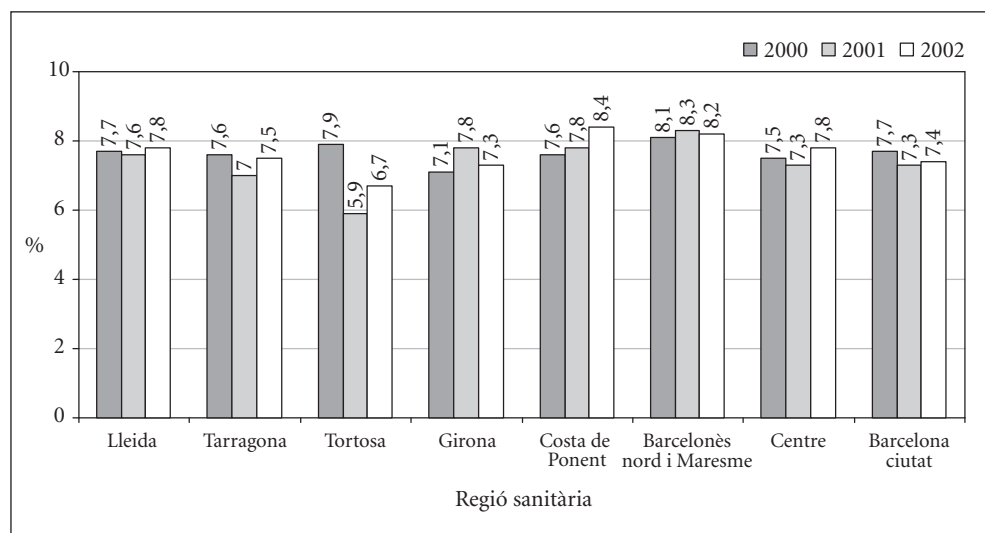
i morbiditat en els països desenvolupats, ja que entre el 60% i el 80% de les morts infantils sense anomalies congènites es relacionen amb la prematuritat.³⁰

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, i ha passat del 5,8% al 8% de nadons.

Gràfic 11.

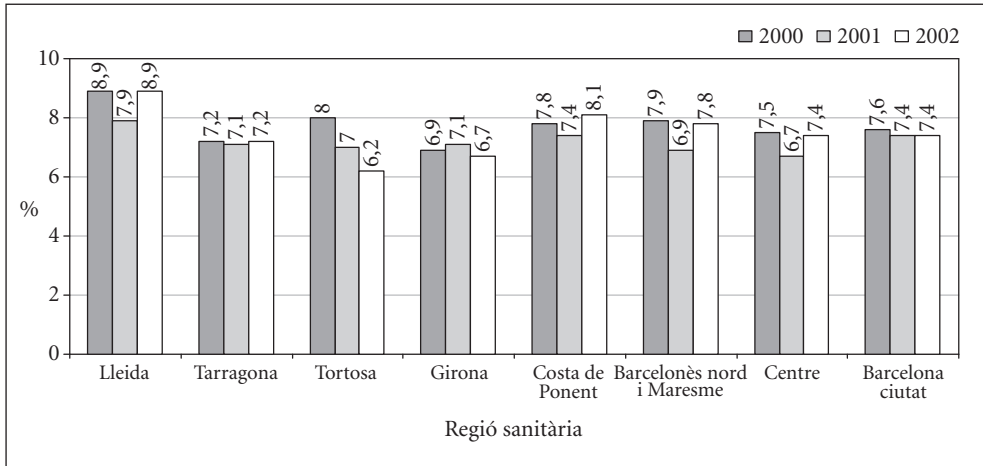
Baix pes en néixer (per 100 nadons nascuts vius) segons la regió sanitària. Catalunya, 2000-2002



Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

Gràfic 12.

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



Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

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 baix pes en néixer i de prematuritat per sota del 7%. Tot i així, a moltes regions sanitàries se supera aquesta xifra.

La regió de Barcelonès nord i Maresme presenta l'índex més alt de nadons amb baix pes, i aquesta xifra es manté durant els tres anys (8,1%, 8,3% i 8,2%). La regió sanitària de Costa de Ponent i Centre ha incrementat els nadons amb baix pes en néixer arribant a 8,4% l'any 2002. Totes les regions sanitàries han superat l'indicador negativament, menys la regió sanitària de Tortosa, que mostra un descens en aquest 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 (gràfic 11).

La prevalença de nadons nascuts preterme i pretermes extrems està creixent a Catalunya i mostra una tendència similar a la del baix pes en néixer. La prematuritat supera en moltes regions sanitàries l'objectiu de salut del Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. La Regió sanitària de Lleida presenta un 8,9% de nadons prematurs tant l'any 2000 com el 2002. Costa de Ponent i Barcelonès nord i Maresme també presenten més del 7,5% de nadons prematurs. Les regions sanitàries de Barcelona ciutat, Centre i Tarragona mantenen més d'un 7% de prematuritat. Només Girona i Tortosa se situen el 2002 per dessota i, en conjunt, disminueixen l'índex durant els tres anys (gràfic 12).

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. Els darrers anys s'ha observat un important augment en els parts per cesària realitzats a Catalunya. Aquest fet també es dona en altres indrets com el Regne Unit, els Estats Units, el Brasil i Itàlia, i ha generat un extens debat sobre quins serien els percentatges adequats 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 al personal mèdic i la pacient, en programar el dia i l'hora més adequats, la influència dels mitjans de comunicació en les preferències de les pacients i les raons econòmiques (cost de la intervenció).

Hi ha diverses recomanacions, entre les quals 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 evolucions recents seria recomanable donar diverses xifres ajustades segons el perfil de risc de l'embaràs, ja que en alguns casos és l'única opció de supervivència per al nadó i la mare. Tot i així, aquest procediment no està exempt de riscos i augmenta tant la morbiditat com la mortalitat maternes si es compara amb el part normal.³⁴

A Catalunya l'any 2002 es van realitzar 17.162 cesàries, la qual cosa 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 i ha arribat a constituir el 26,2% dels parts l'any 2002 (gràfic 13). Aquesta

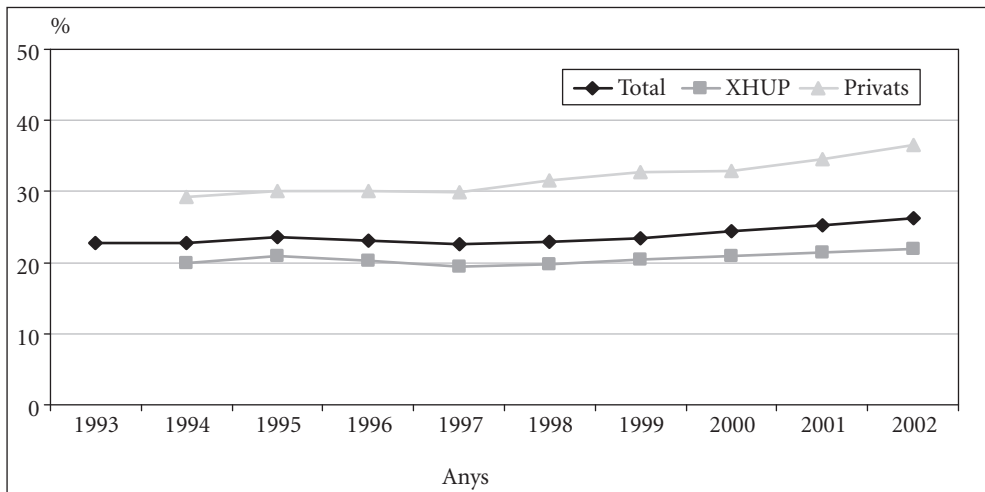
xifra està lluny del 15% acceptada internacionalment i tampoc no compleix els objectius assenyalats en el Pla de Salut de Catalunya 2002-2005, que pretenia disminuir el nombre de cesàries i no pas incrementar-lo.

El tipus d'hospital on es porta a terme aquesta pràctica assistencial és també significatiu ja que l'any 2002 en els hospitals de la Xarxa Hospitalària Unificada Pública (XHUP) el 22% dels parts atesos van ser amb cesària davant del 36% que van incloure aquesta intervenció 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, mentre que aquest percentatge és del 23,7 % en les classes “manuals”.³⁵

Gràfic 13.

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

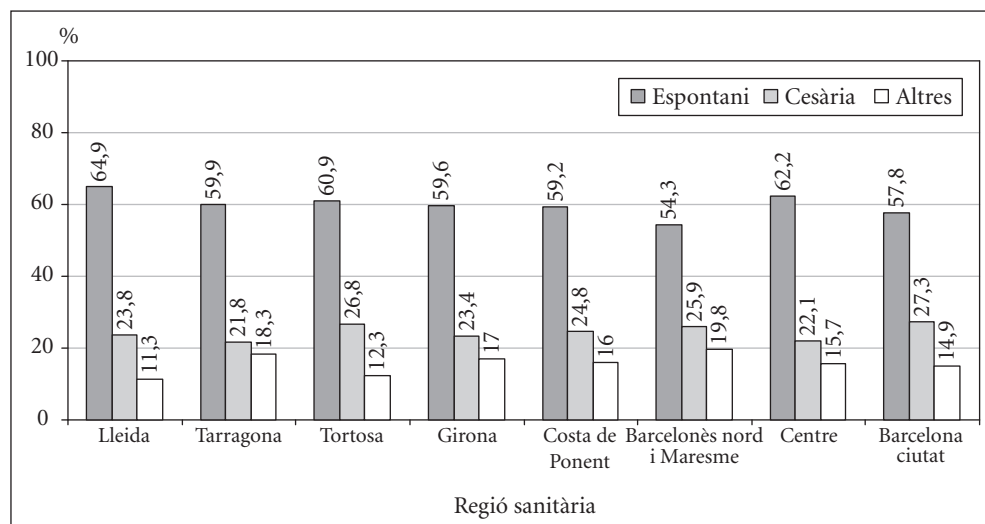


Font: Registre de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. Elaboració pròpia.

Cal destacar que existeixen diferències per tipus de part en els territoris. L'increment de cesàries és més alt a la regió sanitària de Barcelona ciutat, seguida per Tortosa, Barcelonès nord i Maresme, i Costa de Ponent. La regió sanitària amb el menor nombre de parts espontànies és la de Barcelonès nord i Maresme, que també presenta el nombre més elevat de parts amb fòrceps (inclòs a la categoria Altres al gràfic 14). Aquesta pràctica també és més elevada a Tarragona, Costa de Ponent i Centre. 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 va del 0,5% a l'1% segons els territoris. En totes les regions sanitàries creix el percentatge de cesàries en els tres darrers anys, excepte a la regió sanitària de Tarragona.

Gràfic 14.

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



Font: Programa de Salut Maternoinfantil. Departament de Salut. Elaboració pròpia.

La violència contra les dones

Com ja s'ha comentat en 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, hi ha 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, hi ha hagut setze dones mortes; segons el Centre Reina Sofia aquest nombre va ser de dotze dones mortes. Segons l'Institut Català de la Dona (basat en les dades dels mossos d'esquadra) van ser onze dones mortes l'any 2003 i vint-i-una l'any 2004.

Segons dades del Departament d'Interior - mossos d'esquadra la mortalitat i el nombre de denúncies s'ha duplicat en tres anys. La taula 1 mostra l'evolució d'aquestes denúncies.

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

L'evolució del nombre i les característiques de les trucades a la línia d'atenció del telèfon 900 900 120 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 rebre 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 comptabilitzar 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 de què s'informa són majoritàriament psíquics (13.223, el 60,4%), físics (8.038, el 36,7%), i també sexuals (637, el 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%).

Taula 1.

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

Any	Catalunya		Estat espanyol		
	Ministeri de l'Interior	Mossos d'esquadra	TOTAL	Ministeri de l'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 al mes d'octubre del 2004.

(2) Acumulat fins al mes de setembre del 2004.

Font: Pàgina web de l'Institut Català de la Dona, consultada el 15 de gener del 2005, <<http://www.gencat.net/icdona/estadistica/violencia2.pdf>>.

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 amb les places en les cases d'acollida de gestió pública, segons la ràtio establerta per la Unió Europea (una plaça per cada 7.500 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 ha set 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 més a la ràtio ideal són les Illes Balears, Castella-la Manxa, Madrid i el País Basc.

CONCLUSIONS

- Tot i que el patró de desigualtats en la salut segons el sexe i la 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 si 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, la qual cosa ens ha permès aprofundir en la morbiditat diferencial de dones i homes. Hem evidenciat que l'any 1994, en recollir-se a la mateixa variable dos trastorns diferents —el mal d'esquena i l'artrosi—, els resultats amagaven la magnitud veritable de l'impacte d'aquestes dues patologies en la nostra població.
- Cal destacar una clara diferència segons el 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 set 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, i una tercera part de les dones declaren patir amb freqüència dolor moderat o molt de dolor.
- La utilització de certs medicaments a Catalunya és molt alta. Destaca la utilització d'aspirines. Tot i que pot semblar que la utilització de la medicació psicotròpica (antidepressius, medicació per dormir i tranquil·lizants) no arriba a xifres astronòmiques, és alarmant que el 9,8% de les dones i el 5% dels homes prenguin tranquil·lizants. També cal revisar les indicacions d'ús de la medicació per al colesterol, ja que en aquests moments hi ha estudis realitzats al nostre entorn que 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 possibilitats de coneixement de les desigualtats, tant segons el sexe com segons el gènere i la regió sanitària. No obstant això, cal continuar estudiant les dades disponibles i disposar de dades noves per arribar a refinar aquestes anàlisis i extreure'n conclusions definitives.
- Alguns indicadors negatius de salut reproductiva mostren una tendència creixent i un desviació respecte 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 en la regió sanitària de Tortosa en el darrer any.
- Les cesàries continuen estant per sobre del 19% marcat pels 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 a les dones maltractades. Així mateix, hi ha escassetat de dades específiques, protocolitzades i centralitzades sobre aquest problema en el territori català.

AGRAÏMENTS

A tot l'equip del CAPS que està 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 la violència de gènere. A la Carme Borrell pel recolzament i els suggeriments.

Font de finançament: l'anàlisi de les dades del capítol ha estat finançada per la Red de Investigación en Salud y Género (RISG) del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad. Grup de Recerca en Gènere i Salut (GREGIS). Expedient G03/042, Universitat de Girona.

Bibliografia

- ¹ Valls-Llobet C. Dones i Homes: salut i diferències. Barcelona: Editorial Columna; 1994.
- ² Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortés 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;15:150-3.
- ⁴ Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escriba V et al. (per al Grupo Género y Salud Pública de SESPAS). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit.* 2001;14:146-55.
- 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;14:287-90.
- ⁶ Scott JW. Gender and the politics of history. Nova York: Columbia University Press; 1998.
- ⁷ Gender and Health Group - Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines for the analysis of Gender and Health. Liverpool; 1998 [pàgina visitada el 15/1/2005]. Disponible a: <<http://www.eldis.org/static/DOC7747.htm>>.
- ⁸ Diversos autors. Transforming health systems: gender and rights in Reproductive Health. Geneve: World Health Organization; 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(Supl.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, Fernández E, Borrell C, Salto E, García M, Borràs 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, 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;36:300-8.

¹⁵ Regidor E, Domínguez 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; 35:161-78.

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;42:1203-16.

²⁴ Valls-Llobet C, Webb S. Trastornos del ciclo menstrual: influencia del estrés, nutrición e insuficiencia luteínica en su etiopatogenia. A: Valls-Llobet C, Méndez-Méndez E (eds.). *Mujer y calidad de vida.* Barcelona: CAPS, 1991.

²⁵ Valls-Llobet C. Dolor crónico y fatiga crónica: una asignatura pendiente. *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, Rohlf's I, Elosua R, Sala J, Masia R, Faixedas MT, Marrugat J. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. *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;100:1020-37.
- 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; 284:843-9.
- 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-Maghani 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).

7 Nous elements en salut i immigració

Josep Maria Jansà
Juana Isabela Ordóñez

INTRODUCCIÓ

Considerant que en acabar l'any 2004 més de 700.000 persones d'origen estranger residien a Catalunya (pels volts del 10,5% de la població total), i els fluxos migratoris previsibles 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 sis anys ha estat molt elevat, cal pensar que el futur flux d'immigrants 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 a 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 postarribada 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 què l'immigrant es trobi sotmès, assumint que hagi assolit una regularització administrativa definitiva 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 altres no ho experimenten fins passats molts anys o fins i tot mai.

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 sobre la salut i la immigració, en els quals es fa 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, i es posa 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 quan té el primer fill, prematuritat i embaràs adolescent, entre altres). Es revisa la utilització que fan els immigrants dels recursos sanitaris 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, i destaca que molts dels trastorns que pateixen es vinculen a les condicions de vida a què s'enfronten una vegada han arribat als països de destinació; precarietat laboral, condicions de l'habitatge, dificultats d'integració, rebuig 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, i s'es-

menten les aportacions realitzades pels professionals que aborden la qüestió des de l'òptica de la psiquiatria transcultural.

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 d'immigrants d'Amèrica Llatina residents a Catalunya entorn de diverses qüestions relacionades amb el nostre sistema de salut.⁴

LA SALUT I LA IMMIGRACIÓ A CATALUNYA

Les desigualtats en la mortalitat

De les 2.690 morts ocorregudes en població immigrant a Catalunya en el període 1994-1999 el 63,4% tenia nacionalitat europea amb una edat mitjana de 71,2 anys. Del 36,6% de defuncions restants, les de persones d'altres continents, el 18,8% eren americans, el 14,6% africans i el 3,2% asiàtics, amb una edat mitjana de 53,1 anys per a aquest conjunt de població. 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 cardiovasculars i 2,80% més per causes externes. Entre les defuncions d'immigrants no europeus hi havia un 13,25% menys de morts per malalties cardiovasculars i també una menor proporció de morts per malalties respiratòries i per tumors i una proporció més gran de morts per causes externes (19,31%), per malalties infeccioses i endocrines (inclosa la sida).⁵

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

La salut laboral

En els estudis identificats en la revisió realitzada per l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques³ 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 treballa. Una resposta freqüent en les entrevistes que es fan al col·lectiu marroquí (un total de 186) és que no tenen bona salut, motivada per la manca de treball, fet que repercuteix en la possibilitat d'obtenir una situació administrativa regularitzada. El 37,1% havia patit accidents laborals i el 9%, més d'un accident 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 Cachón⁷ mostra com la incidència dels 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 treballa un 26,6% dels immigrants, i la construcció, on ho fa 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 fets a l'Estat espanyol en el sector de l'agricultura fan palès que 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 LICIT (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 el 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 contrauen a l’Estat espanyol les malalties de transmissió sexual.¹¹

També coincideix amb les dades de l’enquesta realitzada per l’Àmbit de Prevenció de Barcelona, segons la qual un 98% de les treballadores i treballadors sexuals coincideixen a assenyalar que la meitat dels clients demanen expressament relacions sense preservatiu, i subratllen que els controls periòdics sobre el virus de la sida (VIH) i les malalties de transmissió sexual es fan 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

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 del 2004 en una població d’immigrants adults de l’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 de Llobregat.⁴

La recerca es va dissenyar d’acord amb el model IAP¹⁴ (investigació-acció-participació). En una primera fase es van constituir 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 aquesta primera fase es van realitzar entrevistes obertes a aquests grups, i en la segona fase es va utilitzar 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, les situacions o els processos que identifiquessin com a perjudicials per a la seva salut. Aquesta situació va despertar el seu interès i la seva creativitat, i va fer possible, a més, estimular la reflexió individual, que s'involucressin com a part activa de la recerca, que aprofundissin en l'anàlisi de les dades obtingudes en els grups focals. Una vegada obtingudes les fotografies se'ls va demanar que les comentessin i interpretessin, la qual cosa 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 de les diverses cultures de procedència de les persones entrevistades.

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

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). Així mateix, l'ús de plantes medicinals i la consulta al xaman o al metge indígena van ser identificats com a pràctiques comunes. En aquest darrer cas, per guarir malalties que tenen igualment un origen màgic religiós, social i, per tant, cultural, com ara les *malas energías*, l'anomenat *mal de ojo*, *el susto* i *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 esdeveni-

ment que no es refereix únicament a l'individu sinó també a la família i al grup, per la qual cosa la curació es fa també en grup; bé en el grup social, bé en 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 que utilitzaven el sistema de salut occidental tant aquí com en el seu país d'origen.

Malgrat que el 76% dels entrevistats tenien una formació mitjana o superior, la majoria realitzava tasques de tipus tècnic o de treball menys qualificat. Les persones que

Taula 1.

Característiques de la població entrevistada (nombre de casos=21). Immigrants d'Amèrica Llatina. Barcelona i l'Hospitalet de Llobregat, 2004

Característiques	%
Sexe	
Homes	62
Dones	38
Procedència	
Rural	60
Urbana	40
Convivència	
Sols	5
En grup*	95
Ciutat de residència	
Barcelona	71
L'Hospitalet de Llobregat	29
Nivell d'estudis	
Analfabets	0
Primaris	24
Secundaris	24
Superiors	52

Característiques	%
Situació laboral	
Treballa per compte d'altri	33
Treballa com a autònom	6
Treballa en l'economia submergida	42
Atur	9,5
Mestressa de casa	9,5
Ocupació	
Hosteleria	10
Construcció	28
Servei domèstic	14
Feines diverses	29
Sense ocupació**	19

* Un 57% dels que vivien en grup conviuen amb la parella, i un 5% amb altres familiars.

** Mestresses de casa, aturats.

Font: Elaboració pròpia.

disposaven de xarxa social portaven en el nostre país una mitjana de més de tres anys, però 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 problemes 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 van caracteritzar per un sincretisme cultural on coincidien elements propis de la medicina al·lopàtica, barrejats amb elements de medicina tradicional amb un fort component màgic i religiós, excepte en els participants argentins, que només van manifestar elements del primer tipus. En la majoria d'entrevistats, estar sa es considerava el resultat d'un equilibri físic, mental i espiritual. Així, en els grups es van fer els plantejaments següents: 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 l'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*,¹ per esmentar els més comuns.

En l'estudi van aportar 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 bé *“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*

I. Segons la mitologia popular, el *chucaque* és una mena de vergonya que es concentra al cap en forma de dolor i després passa a l'estómac amb un possible desenllaç fatal. És la versió del *mal de ojo* però en l'adult. Es produeix per l'absorció d'una *mala energía* d'una persona que té la mirada molt forta.

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 hi ha 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 qué 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, familiars o apotecaris.

Es va observar que a Bolívia existeix una gran diversitat de síndromes folk, diferents d'altres regions de l'Amèrica del Sud, com per exemple *el pasmus*, una malaltia que afecta especialment l'estómac de les dones.

La pràctica dels remeis casolans és tan habitual que disposa d'una secció específica en les pàgines web dedicades a immigració.¹⁶ L'inconvenient és que en el nostre país no es troben les plantes necessàries per a la preparació dels remeis que prepararien 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 sí 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 mares i àvies. Tot i així, s'observa una transformació progressiva de les pràctiques dels immigrants. Adriana comenta: *“Yo, ahora, llevo primero a la niña al médico de cabecera, antes de empezar a darle algo”*.

Entre els remeis casolans més coneguts els immigrants van anomenar *el agua de matico*, que segons explica l'Eloy *“Es una agüita 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 plantas como el boldo y el ‘canelazo’, que es canela con un licor fuerte, se bebe caliente en guar-*

diente 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 l’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 que una vegada instal·lats al nostre país continuen prenent els remeis casolans basats en plantes portades dels seus països, i que encara envien aquests productes a familiars seus immigrants a altres països com els Estats Units. La Lucía comenta: *“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 avemaría, hay que hacerlo tres 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 está mal y le haces el ritual... Yo limpié, aquí en Barcelona, a mi hijo, lo he limpiado con el periódico y lo quemé”.*

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 comporten 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 de l'Amèrica Llatina, en sortir dels seus països d'origen s'han sotmès als controls mèdics requerits per l'ambaixada espanyola, amb la qual cosa el seu estat de salut de partida és bo. Ara bé, la seva situació d'immigrants econòmics determina que molts d'ells arribin 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 Sluzki¹⁷ es plantegen 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 per al qual disposa de condicions garantides, l'etapa de sobrecompensació resulta pràcticament inexistent en els immigrants econòmics de l'Amèrica Llatina. A més, sobretot en les primeres etapes, totes les energies dels immigrants se centren en la recerca de feina i la regularització de la situació administrativa. La manca de papers en si mateixa és una causa indirecta de problemes de salut mental, a causa també de les limitacions de mobilitat que determina, ja que els immigrants no poden sortir del país ni anar a veure la 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'accés a l'habitatge estan determinades especialment pels elevats costos, la gran quantitat de requisits que se'ls imposa (com ara avals, nòmines de treball i diverses bestretes de pagament de fins a sis mesos), mida reduïda i les condicions higièniques. L'Alonso comenta *“La vivienda es muy cara, por eso acá vivimos cuatro 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...”*. Igualment van expressar la dificultat d'aconseguir que lloguin un pis a un estranger, més si és un sud-americà o un africà. La Mónica manifesta: *“En el caso de mi tío estuvieron seis o siete 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...”*. A banda dels preus elevats, els pisos presenten males condicions higièniques i ambientals, i afavoreixen 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 porque empiezan a caer. No hay control de sanidad. El piso es alquilado y, por la necesidad, sin cédula de habitabilidad”.

És ben sabut que l’habitatge inadequat i l’amuntegament afavoreixen la presència de malalties infeccioses com ara 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 quals no tenien cap relació prèvia, i van descriure situacions conflictives amb els companys de casa.

L’entorn laboral

Es va poder comprovar que la manca de papers afectava gairebé tots els aspectes quotidians i, de forma especial, l’àmbit laboral, en què 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 ni prestacions laborals, manca de mesures de protecció i d’atenció contra accidents i malalties del treball i, en definitiva, un treball en condicions de precarietat.

En aquest sentit l’Adriana manifesta: *“Hace dos 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 a 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 quince inmigrantes que trabajaban conmigo. Y yo, por no ver quince 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 qué 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 porque no tienen tarjeta sanitaria...”. La Nilsa continua: “La mayoría de las veces hago dieciocho horas diarias... trabajo en un restaurante desde las tres 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, la qual cosa s'afegeix a l'incompliment de les normes de protecció de l'entorn laboral, l'extralimitació horària i la pressió psicològica a la feina, especialment sobre 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 ocho horas pero me toca trabajar entre diez y doce horas, las horas extras no me las pagan”. L'Alonso diu: “Estamos expuestos al polvo tóxico, al ruido que hay, a productos químicos, que nos están cayendo continuamente en los ojos y aspiramos tierra permanentemente. Nos ponemos guantes, mascarilla, lentes... , que conseguimos nosotros, porque los cascos a duras penas los dan... y eso los que quedan por ahí tirados... En seguridad lo de protegerse va por cuenta de uno. Nosotros trabajamos de ocho de la mañana a siete de la noche y le dicen a uno: 'lo que hay, o si no, tienen la puerta abierta'”.

Malgrat que entre els entrevistats hi ha sis persones amb formació universitària, mai no han pogut accedir a cap càrrec de la seva categoria, i realitzen activitats completament alienes a la seva formació, amb la conseqüent frustració que això representa. En Carlos expressa el seu descontentament: “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 comentaven 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, entre els quals destaquen els trastorns depressius, les crisis d'ansietat, els trastorns somatomorfs, l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics. Durant les entrevistes en els grups es van apreciar diversos indicis relacionats amb símptomes de malaltia mental i amb el fenomen migratori.

L'Adriana manifesta: *“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 tres años...”*.

Les circumstàncies adverses i els antecedents psiquiàtrics

Una sola de les participants tenia antecedents psiquiàtrics: havia rebut tractament hospitalari a causa d'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 frase següent de la Marcela, que 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 acostum-*

bra 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 assevera: “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 dan de comer, que la comida no es para la empleada... Se levanta a las seis de la mañana y se acuesta a las doce 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 altres relacionades amb el poc temps de què disposen en les consultes. L’Hernando comenta: “Los médicos no te examinan, máximo se demoran cinco 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 dos meses, ya cuando la enfermedad ha pasado... Entonces ¿de qué te sirve? Si cuando pides la cita es porque la necesitas”.

CONCLUSIONS

- Les causes externes, els accidents laborals i la sida constitueixen causes de mortalitat entre la població immigrant, més importants que en 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 condicionant important 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 de l'Amèrica Llatina conserva concepcions, creences, actituds i pràctiques d'acord amb les dels seus grups ètnics i culturals, països i regions d'origen, i s'observen també diferències relacionades amb l'origen rural o urbà.
- Les concepcions de salut i malaltia dels immigrants de l'Amèrica Llatina es relacionen amb les proporcions de poblacions indígenes en els països d'origen. D'aquesta manera, a l'Equador, Bolívia i el Perú l'ús de la medicina tradicional es troba força estès. En sentit contrari, en el cas de l'Argentina, on gairebé la totalitat de la població és d'origen europeu, no es coneixen ni es manifesten aquestes creences.
- La majoria d'immigrants de l'Amèrica Llatina residents a Barcelona i l'Hospitalet de Llobregat són la segona o tercera generació d'origen camperol o urbà marginal, la qual cosa confirma en part la seva naturalesa d'immigrants econòmics.
- La població llatinoamericana procedent d'aquests països, habituada a un esquema curatiu d'atenció en la salut, necessita major coneixement i informació sobre el funcionament i les característiques del nostre sistema de salut. Igualment, es requereix l'adaptació de les estratègies de promoció i prevenció en la salut, per aconseguir un millor ús dels serveis sanitaris i una incorporació progressiva a les pràctiques preventives.
- S'evidencia una manca d'orientació i informació adreçada als immigrants nous sobre el tipus de sistema sanitari català i espanyol i el seu funcionament.

- L'anàlisi dels factors de risc es relaciona sobretot amb estressors de tipus social, entre els quals destaquen la situació irregular, la manca d'una xarxa de suport social i la incertesa o l'exclusió social. D'aquests estressors se'n deriven trastorns de l'estat d'ànim (depressió), trastorns d'ansietat (estrès), esquizofrènia i altres trastorns psicòtics (brot psicòtic). Igualment, en menor mesura s'evidencia el consum de substàncies psicoactives com l'alcohol, el cànnabis 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 aquest estudi implicava l'exposició a pols i contaminants inorgànics i/o químics. Aquest aspecte és molt freqüent per al risc de contraure malaltia pulmonar i lesions visuals generadores d'incapacitats transitòries o permanents.
- Així mateix l'incompliment de les normes de seguretat industrial, les càrregues horàries excessives 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 a essencial la sensibilització social de la població sobre el fenomen de la immigració, mitjançant 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 la 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. (dirs.) 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 [tesina de grau]. Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomèdica (dir. Josep Maria 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; vol.XXIV, núm. 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 extraordinari dedicat al III Coloquio Internacional de Geocrítica, 28-31 maig 2001. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales (revista en línia) 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 Previsió. Estudi 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 Crítico de Ciencias Sociales. UCM; 2004.

¹⁵ Kleinman AL, Eisemberg L, Good B. Cultura, enfermedad y atención. Lecciones clínicas para la investigación antropológica e intercultural. *Annals Int Med*. 1978;88:251-8.

¹⁶ Directorio Latino. Massachusetts. [pàgina visitada el 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 el 14/11/2004]. Disponible a:
<<http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqcomunitaria/14956/?++interactivo>>.

8 Les desigualtats en la salut laboral

Lucía Artazcoz
Imma Cortès
Joan Benach

INTRODUCCIÓ

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 habilitats pròpies, 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 en què els salaris baixos tot just permeten sobreviure, en què els treballadors i les treballadores han de desenvolupar feines monòtones o repetitives, en què 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, lligat alhora 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 en un cas i en l'altre. 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 dels rols, on els papers d'esposa i de mare tenen un paper central i la feina remunerada ha estat tradicionalment considerada un rol addicional.²

La posició de les dones en el mercat laboral sovint és considerada en referència implícita o explícita al seu treball en l'esfera privada, com si es donés per descomptada 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 distribució desigual 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 del treball per sexes 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, la qual cosa requereix un abordatge de recerca que combini alhora el gènere i la classe social.

Hi ha desigualtats de gènere en el treball derivades d'una distribució diferent 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 vertical¹ 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 estat de salut pitjor.

I. Per *segregació ocupacional* per raons de gènere s'entén que un sexe predomina en tal mesura en una categoria específica (si hi representa almenys el 80%) que la categoria pot ser considerada "masculina" o "femenina". Per *segregació vertical* s'entén el fet del predomini masculí dins dels càrrecs i llocs de responsabilitat en les diferents ocupacions.

L'any 2003, en l'anterior informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) i la Fundació Jaume Bofill, es va publicar un estudi sobre les desigualtats en la salut laboral a Catalunya⁶ en què 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 major part de la informació procedia de l'Enquesta de Salut de Catalunya realitzada l'any 1994 (ESCA-94).⁷ A la segona Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA-02), realitzada l'any 2002, s'han introduït més variables per caracteritzar el treball remunerat i el domèstic.⁸ Això permet examinar l'evolució de les desigualtats en la salut laboral i aprofundir en alguns aspectes no tractats anteriorment.

Antecedents en l'estudi de les desigualtats en la salut laboral a l'Estat espanyol i a Catalunya

En l'informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) del 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 durant la darrera dècada i la incorporació progressiva de la dona al treball remunerat com els tres canvis més destacats del sector productiu espanyol. Remarcaven també les condicions de treball pitjors i la precarietat major en les dones i en els treballadors de les classes més desfavorides. Amb relació al treball reproductiu, Larrañaga i col·l.¹⁰ subratllaven que, malgrat l'augment de la presència de les dones en el mercat laboral, el treball reproductiu continua sent una responsabilitat eminentment femenina. En l'informe també s'estudiaven les desigualtats de gènere i de classe a través de l'impacte del treball remunerat i el treball domèstic en la salut.¹¹

L'any 2004 es van publicar en un número monogràfic de la revista de salut pública *Gaceta Sanitaria* tres articles que 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 altres de negatius, com ara la més gran 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. En 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}

Objectius i mètodes

Els objectius d'aquest capítol són descriure els canvis ocorreguts en el mercat laboral català entre el 1994 i el 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 l'ESCA-94⁷ i l'ESCA-02⁸. L'anàlisi comença per examinar les característiques del treball i arriba 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.

LES DESIGUALTATS EN LA SALUT LABORAL A CATALUNYA

En primer lloc es tracten les condicions de treball, per seguir amb aspectes relacionats amb desigualtats en la salut i acabar amb una mirada a dos col·lectius d'especial interès

(les dones que treballen en el servei domèstic i la neteja i les dones responsables de llars monoparentals).

Les condicions de treball

EL MERCAT LABORAL

Durant l'última dècada a Catalunya el sector de serveis ha tingut un abast majoritari amb una tendència progressiva a l'augment, i ha passat d'ocupar el 58,3% dels treballadors l'any 1994 a ocupar-ne el 62,3% l'any 2003. El sector de la construcció també ha experimentat un lleuger increment (va passar del 8,5% al 10,5% en el mateix període) mentre que el de la indústria va baixar del 29,9% al 24,7%.¹⁹

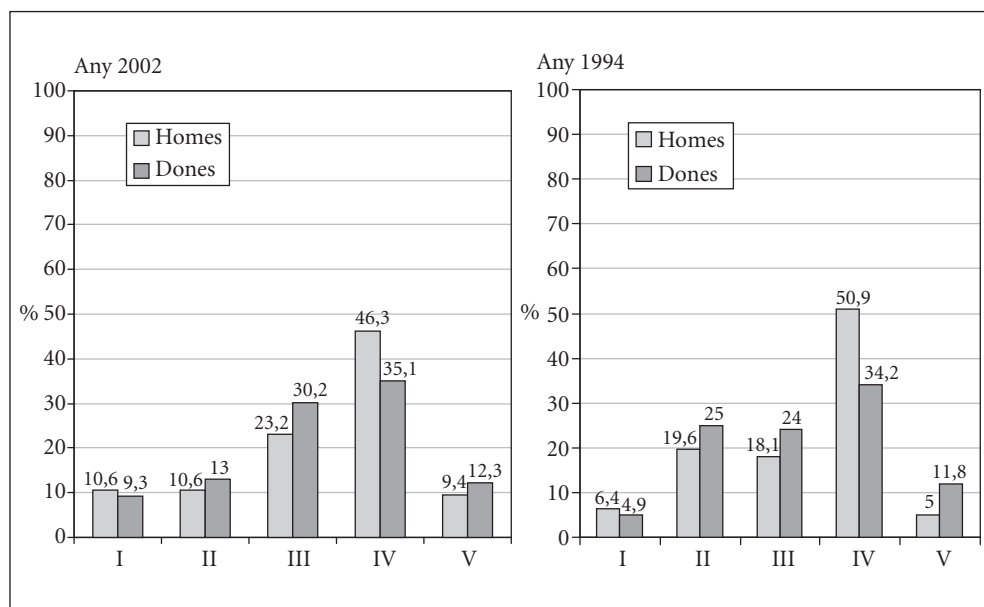
L'any 2003 la taxa d'activitat a Catalunya va ser del 60%, més alta en els homes (71% davant del 49%). Tot i que la taxa d'activitat de les dones ha crescut de forma significativa, no tota aquesta incorporació a l'activitat laboral s'ha traduït en ocupació, ja que des dels primers anys vuitanta l'atur afecta molt més les dones malgrat que 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 un 3,8%, la de classe social V (treball manual no qualificat) ho feia 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 el 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 en aquestes tasques (gràfic 1).

Gràfic 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.

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 l’altre i segons les ocupacions. Les dones es concentren sobretot en les professions feminitzades com ara 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 en el sector serveis ha estat del 80,3% mentre la d'homes era del 49,4%. D'altra banda, en el sector de la indústria i de la construcció treballava el 30,5% i el 16,8% dels homes, respectivament; mentre que els percentatges corresponents de dones han estat només del 16,8% i de l'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 que 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 que les dones romanen encara concentrades en les categories inferiors. Segons l'ESCA-02, el 19,9% dels homes assalariats tenen treballadors a càrrec seu; 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, en igualtat de la resta de condicions (l'edat, el sector, la categoria laboral, els estudis, l'antiguitat, la grandària de l'empresa, etc.), el fet de ser dona comporta tenir un salari un 20% menor que el que reben els homes. De la mateixa manera, en el cas dels contractes eventuais significa tenir un salari per hora un 14% més baix, també en igualtat de la resta de condicions.²²

S'han establert regles, visibles i invisibles, al voltant de la norma "masculina" a 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 les dones com a iguals als homes. Les dones 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, xarxes que tenen un paper important per 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 tant de temps al treball remunerat a causa de les seves responsabilitats familiars.

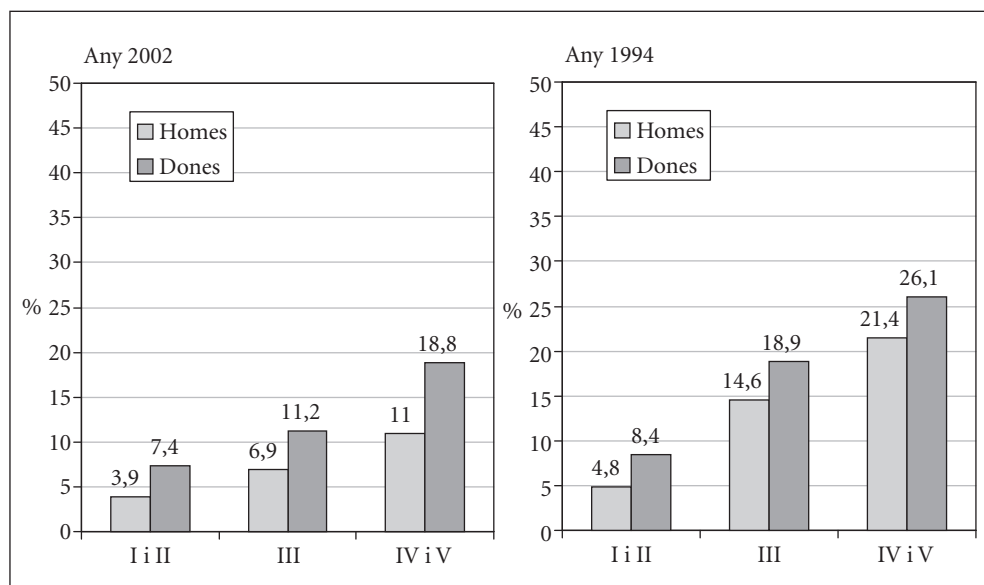
L'atur

En l'última dècada a Catalunya l'atur s'ha reduït significativament en ambdós sexes. En els homes ha passat del 18,4% el 1994 al 7,1% el 2003. En el mateix període les proporcions corresponents en les dones van ser del 26,8% i el 12,2% respectivament.

Persisteixen desigualtats importants de gènere i classe. L'atur és més alt en les dones, malgrat que el seu nivell d'estudis és més alt que el dels homes, i en les classes socials més desfavorides (gràfic 2). Segons el CES²⁰ 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.

Gràfic 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.

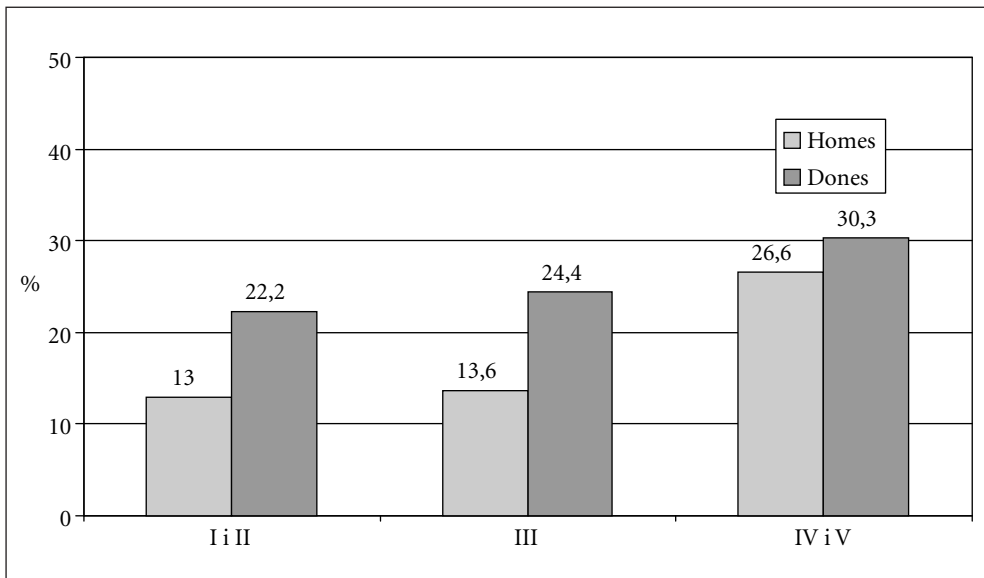
Entre les persones menys qualificades l'atur s'explica en bona part per l'evolució del mercat laboral català cap a sectors d'activitat que necessiten alta qualificació, mentre que els menys qualificats s'exporten a països on la mà d'obra és més barata.

La contractació temporal

En els últims anys la proporció de treballadors amb contracte temporal s'ha reduït. 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

Gràfic 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.

La contractació temporal s'associa amb la classe social de forma que en ambdós sexes és superior entre les classes menys afavorides (gràfic 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 hi dedicaven una mitjana de 42,7 hores setmanals davant de les 37,9 hores de mitjana de 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 seu. 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 seu van ser de 42,1 hores i 37,2 respectivament.

Arreu d'Europa el treball a temps parcial s'ha difós com 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 del 14,5% (en els homes era de només el 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 tercera Enquesta Europea de Condicions del Treball²⁴ 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 en 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 que les proporcions entre els que treballaven de 30 a 40 hores setmanals van 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 que entre les persones que treballaven de 30 a 40 hores les proporcions eren del 0,8% i el 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 de les dones), però també que es freni un repartiment més equitatiu del treball remunerat i domèstic entre les dones i els homes. Així, algunes de les que s'anomenen mesures de conciliació ocupació-família poden reforçar situacions de desigualtat entre ambdós sexes si no es promouen, també, altres accions per reduir aquest efecte. 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 treballava en torn de nit. Era més freqüent treballar en torns rotatoris (el 6,4% dels homes i el 5,1% de les dones), sobretot entre els treballadors manuals (el 7,8%, sense diferències de sexe).

EL TREBALL DOMÈSTIC

Tot i que habitualment en salut laboral l'anàlisi es limita al treball remunerat, entendre les desigualtats de gènere i de 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.

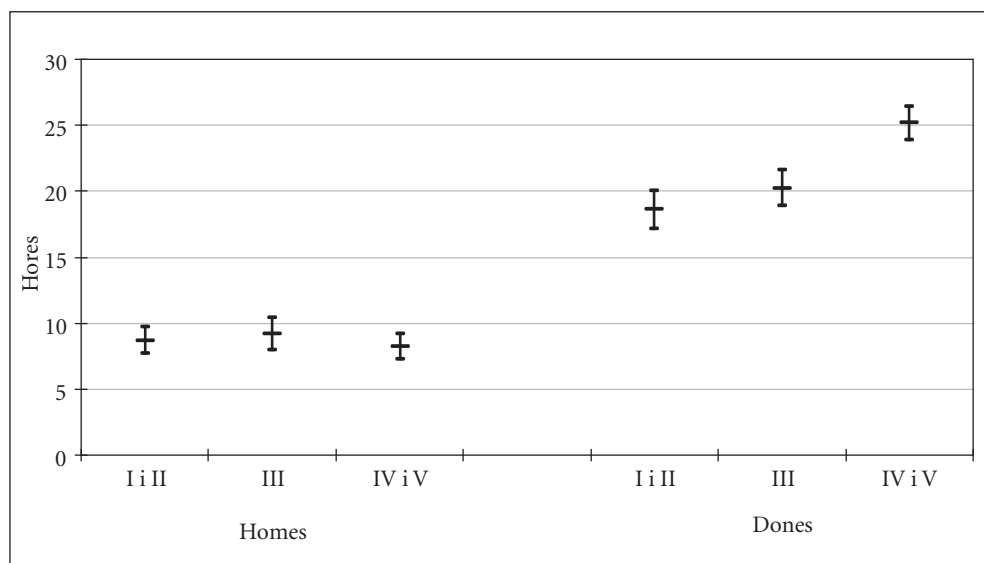
Entre 1994 i 2002 la proporció de dones de 16 a 64 anys que treballaven a temps complet com a mestresses de casa s'havia reduït del 36,7% al 26,4%. A més, aquesta davallada havia estat superior en les dones que pertanyen a les classes manuals. Si entre les de classe social I la proporció de mestresses 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 mesura 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, entre les dones casades o que vivien en parella, les ocupades dedicaven una mitjana de 22,1 hores setmanals al treball domèstic i les mestresses de casa hi 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

Gràfic 4.

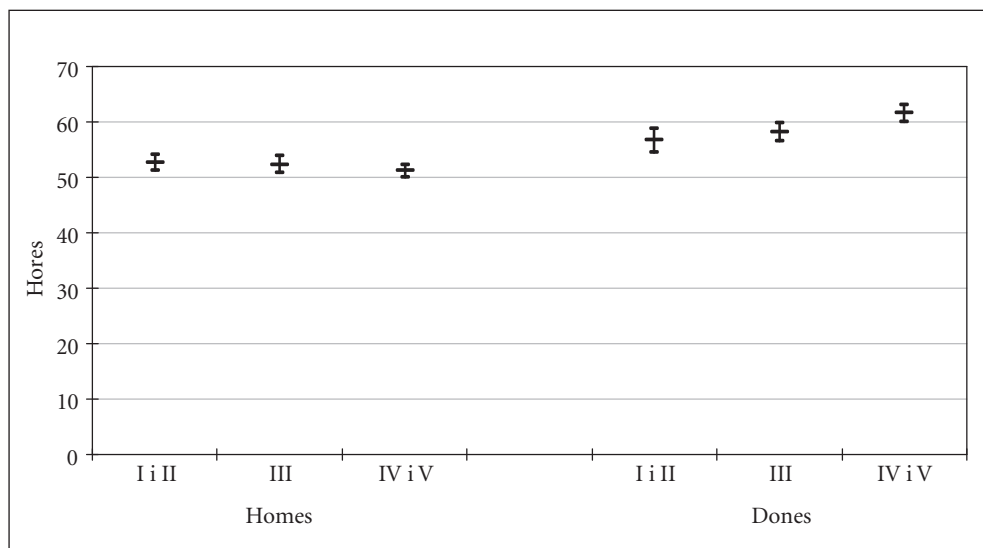
Temps de treball domèstic setmanal segons el sexe i la classe social (mitjana i interval de confiança del 95%). Població ocupada casada o que viu en parella. Catalunya, 2002



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Elaboració pròpia.

Gràfic 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



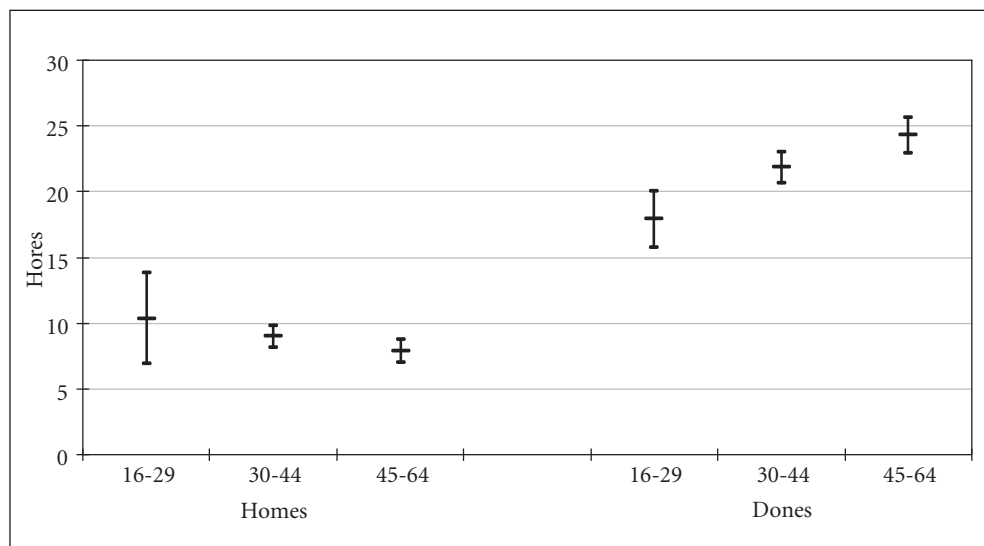
Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Elaboració pròpia.

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 que volen dedicar-li, mentre que les de classes 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.

Gràfic 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.

Segons l'ESCA-02, entre les persones ocupades menors de 65 anys i 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 una mitjana de 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 (gràfic 4). En definitiva, el temps de treball total, remunerat i domèstic, és superior en les dones que realitzen un treball de tipus manual (gràfic 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 (gràfic 6).

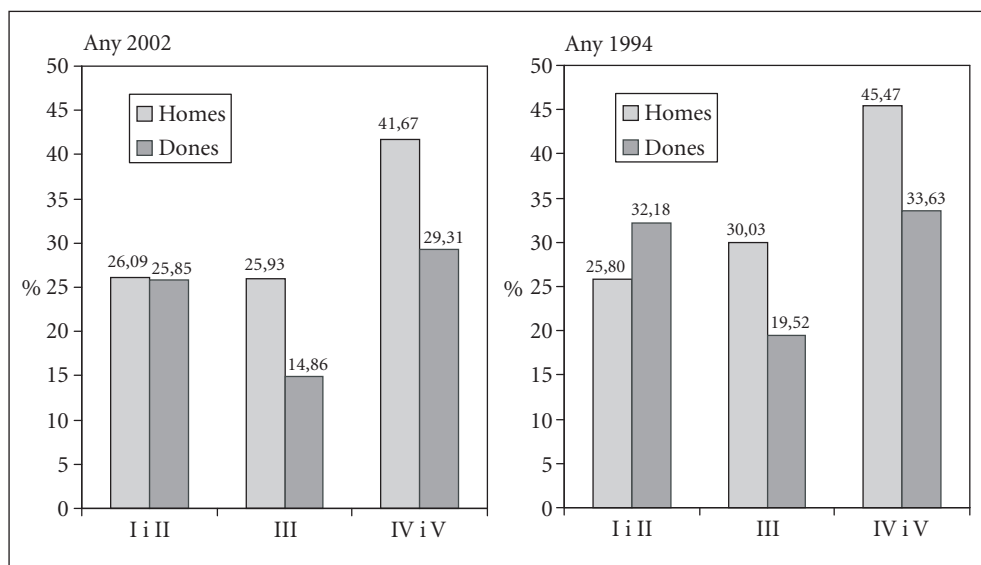
La salut

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. Per a l'any 2002 s'observa un descens en l'exposició a riscos laborals percebuda, lleugerament 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 en el gràfic 7, tret dels homes que pertanyen a les classes I i II, la reducció de la percepció del risc laboral s'ha produït en tots els grups.

Gràfic 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 1.

Població exposada moltes vegades o sempre a diferents factors de risc laboral segons el sexe i la classe social. Població ocupada. Percentatges estandarditzats per edat. 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 a 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 de 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.

La diferent formulació de les preguntes sobre els factors de risc laboral en les dues enquestes de salut de Catalunya en fa impossible la comparació; per tant, s'ha optat per limitar la seva descripció a la situació del 2002.

Com s'aprecia a la taula 1, la majoria dels factors de risc laboral (sobretot els de seguretat i higiene) són més freqüents en els homes^{II} i s'incrementen en les classes menys

.....
II. 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.

privilegiades. Ressalta la baixa autonomia sobre el treball. Així, aproximadament 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 afirma que moltes vegades o sempre fan una feina poc variada. És important tenir en compte l’elevada proporció —pels volts del 30%— de treballadors i treballadores que han de treballar massa. Pel que fa als riscos de tipus físic, 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 pels volts del 60%.

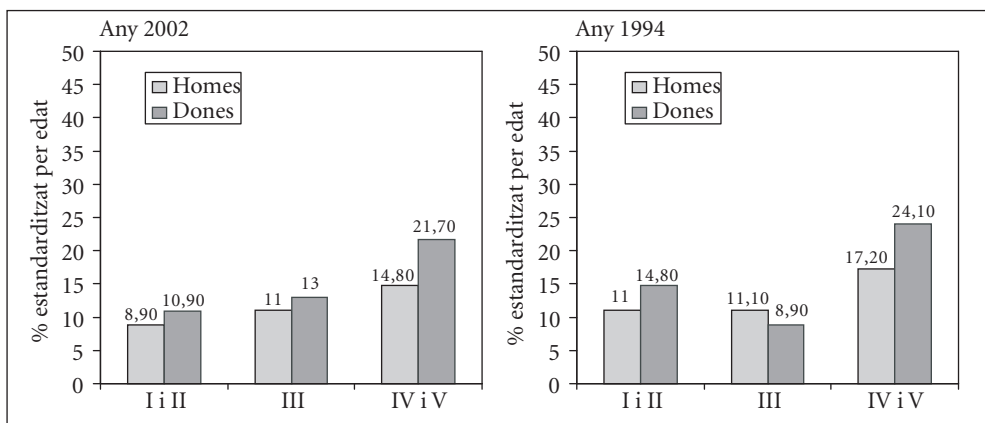
LA SALUT LABORAL

L’evolució de l’estat de salut

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

Gràfic 8.

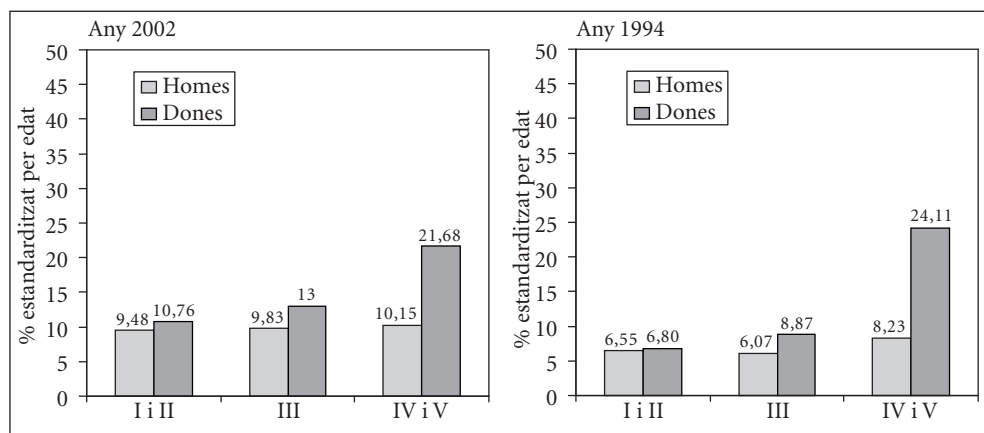
Mal estat de salut percebut segons el sexe i la classe social. Població ocupada. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 9.

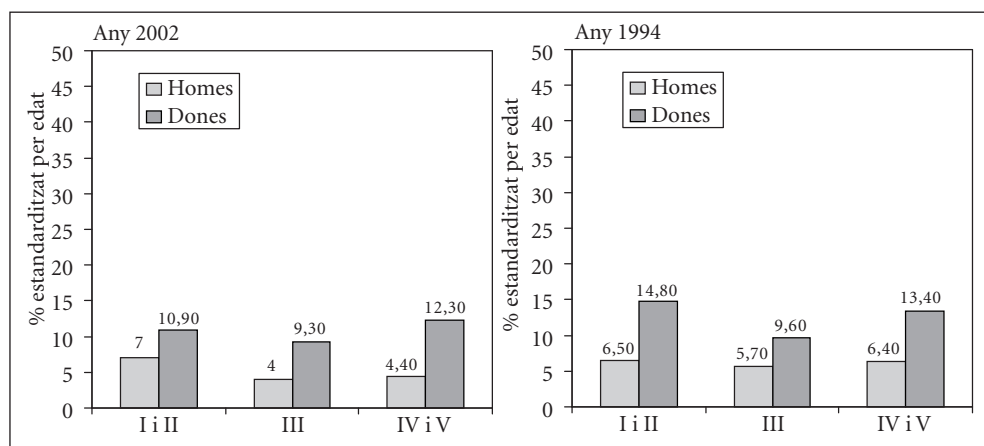
Limitació crònica de l'activitat segons el sexe i la classe social. Població ocupada. Catalunya, 2002 i 1994



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002 i 1994. Elaboració pròpia.

Gràfic 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.

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 (gràfic 8). Com s'aprecia al gràfic 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 (gràfic 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

Taula 2.

Trastorns crònics segons la classe social. Homes ocupats. Percentatges estandaritzats 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 3.

Trastorns crònics segons la classe social. Dones ocupades. Percentatges estandaritzats 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.

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% davant del 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 i 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 ha 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 al 13,3% i el 4,2%, respectivament (taula 2 i taula 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 insatsifets o molt insatsifets. Si en els homes no s'observa associació amb la classe social, en les dones la insatsifacció creix entre les de les classes més desfavorides, de forma que la proporció és del 5,6% en les de classes I o II i 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 d'entre els homes amb jornada a temps parcial, el 16,7% afirmava sentir-se insatsifet o molt insatsifet amb la seva feina, entre els que feien jornades d'entre 30 i 40 hores la insatsifacció era 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

En 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 del que afirmen alguns autors que han atribuït aquest fet a la centralitat del treball remunerat en la vida dels homes, sembla que en el 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 del 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. A causa de 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 diferències potencials segons el gènere i la classe social.²⁶ La inestabilitat la-

boral, sobretot en aquelles situacions laborals més precàries com ara el cas del contracte per obra i servei o el treball sense contracte, ha mostrat de forma consistent associació amb el mal estat de salut mental entre els grups amb més dificultats en el 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% té un 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 la salut social de la població treballadora en la mesura que la incertesa sobre el futur limita el seu potencial per desenvolupar la vida afectiva i endarrereix, 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 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'observa a la taula 4, en les mestresses de casa de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella l'estat de salut percebut ha millorat, sobretot a causa dels resultats obtinguts per les dones de classe III. Ressalta, però, el marcat increment en la prevalença del mal estat de salut mental, que passa del 12,9% l'any 1994 al 17,8% el 2004. Aquest augment es dona 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 pel 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·litzants, que passa del 7,5% l'any 1994 a l'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. Davant del temor inicial d'un efecte negatiu

Taula 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.

sobre el seu estat de salut, nombrosos estudis documenten que les dones assalariades tenen un estat de salut millor 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'autoestima i la confiança en la pròpia capacitat de decidir, el suport social per a persones que altrament estarien aïllades 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 viuen en parella tenien un estat de salut millor, 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 els de salut mental. De tota manera, les mestresses de casa consumien més fàrmacs ansiolítics, antidepressius o somnífers. Cridava l'atenció, però, l'impacte negatiu de tenir una ocupació remunerada sobre aquells comportaments relacionats amb la salut que requereixen tenir temps per a un mateix, el nombre d'hores diàries de son 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 (el 13,6%, davant del 6,5%). Tanmateix, en les dones de les classes més privilegiades, les mestresses de casa fan més exercici físic en el temps de lleure (el 88,8%, davant del 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 del 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 casades³¹ 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 perjudicar 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 ocupades 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 aquest col·lectiu amb menys hores de son i menys exercici en el temps de lleure.³⁵

Amb les dades del 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 del 1994,

en les treballadores manuals casades o que viuen en parella, el major 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.

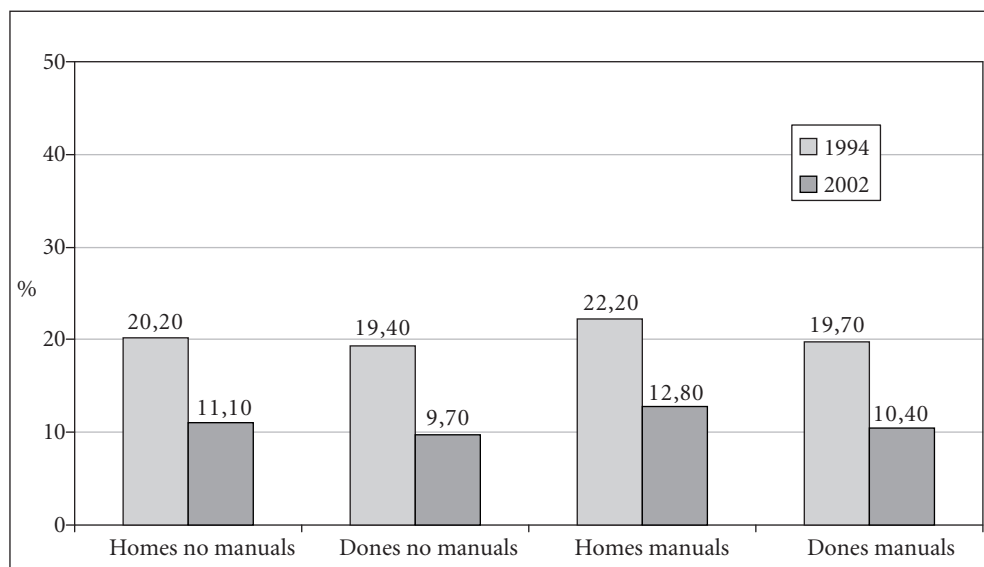
Sembla, doncs, que entre l'any 1994 i el 2002 l'impacte de la doble jornada sobre la salut s'ha reduït a Catalunya tot i que els recursos disponibles per a la cura de les persones dependents no sembla que hagin augmentat de forma gaire evident. Tot i que no es pot descartar que la Llei de conciliació de la vida laboral i familiar (Llei 39/1999 de 5 de novembre) hagi tingut un efecte positiu, això 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 familiar³⁶ 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 de la maternitat era de 30 anys, el 2002 se situava en 30,9.¹⁹ Més significativa és la reducció de la grandària de la llar, cosa que podria considerar-se com un índex 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 al gràfic 11, entre el 1994 i el 2002, entre les persones ocupades casades o que vivien en parella, en qualsevol combinació de sexe i classe social, s'ha reduït la proporció de les que viuen a llars de més de quatre persones pràcticament a la meitat.

S'ha assenyalat que ni els empresaris ni els sindicats no han integrat la dimensió familiar de les persones que treballen en el mercat laboral. Per això algunes dones, pressionades

Gràfic 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.

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 tenen un treball remunerat a Catalunya s’hi aferren, sigui per necessitats econòmiques i/o per millorar la seva autoestima i el seu creixement personal i social. Algunes d’elles renuncien a un projecte de família.²⁵

Una mirada a dos col·lectius d'especial interès

LES DONES QUE TREBALLEN AL SERVEI DOMÈSTIC I A LA NETEJA

L'any 1994 les dones que treballaven en el servei domèstic i la neteja, un col·lectiu en el qual conflueixen les desigualtats de gènere i de classe, presentaven els indicadors de salut pitjors, 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 femenina ocupada i el 2002 el 9%, i que treballa en situacions de gran precarietat. Així, l'any 2002 només el 40,5% tenia contracte fix, mentre que en la resta de treballadores de classe V la proporció era del 75,6%; el 27,9% tenia un contracte temporal de durada determinada, el 5,4% contracte d'obra o servei i un nombre molt elevat, el 26,1%, treballava sense contracte.

A la situació més desfavorable en l'àmbit laboral s'afegeixen problemes en la vida familiar. L'any 2002, el 8,5% estaven separades, el 3,1% divorciades i el 5,4% eren vídues. Els percentatges corresponents en la població femenina ocupada són del 4,0%, el 2,0% i el 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 que entre la resta de treballadores de classe V se situa en el 10,5%). Una altra diferència és que mentre que 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 (l'11,7% davant del 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 negatius per a les dones, especialment per a les de qualificació professional

més baixa, que sovint han de fer feines discontinües i poden ser fortament explotades quan fan treball a domicili.²⁵

LES DONES RESPONSABLES DE LLARS MONOPARENTALS

L'any 1994 entre les mares i els 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 havien pujat lleugerament (l'1,5% dels homes i el 8,6% de les dones).^{III} 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 i es compara 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'analiza el cas dels homes, a causa del baix nombre d'homes 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 el 1994 i el 2004 ha crescut la proporció de divorciades, 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 la parella. L'any 1994 el 61,4% de les primeres estaven assalariades i la proporció de mestresses de casa era de només un 13,3%. En canvi, en les segones els percentatges corresponents eren del 44,9% i el 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%.

Amb relació a l'ocupació, en 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

III. 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).

treballadores manuals en les primeres era del 63,8% i, en les segones, del 42,7%. Vuit anys després els percentatges corresponents són del 53,1% i del 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 (el 22,1% davant del 12,6% el 1994 i el 26,2% davant del 15,8% el 2002) i una prevalença superior de tabaquisme (el 43,6% davant del 23,4% el 1994 i el 57,1% davant del 35,6% el 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 què es troben les dones responsables d'una llar monoparental.

CONCLUSIONS

Les principals conclusions d'aquest capítol són les següents:

- 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 en el 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 fenòmens segueixen afectant més les dones i els treballadors de les classes més desafavorides.
- El temps dedicat al treball remunerat és superior en els homes; el de treball domèstic ho és més en les dones, sobretot les de classes més desafavorides. 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. A causa de 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 la mesura que és un factor percebut com a limitador 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.

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 la salut laboral a Catalunya. A: Borrell C, Benach J (coords.). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2003:251-82.

⁷ Servei Català de la Salut. Document Tècnic Enquesta de Salut 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(Supl.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, Rohlf's 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 el 2/08/2004]. Accessible a: <<http://www.idescat.es>>.

²⁰ Consejo Económico y Social. Panorama sociolaboral de la mujer en España, núm. 24. Madrid: Consejo Económico y Social; 2001.

²¹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. [pàgina visitada el 2/08/2004]. Disponible a: <<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. A: Corijn M, Klijzing E (eds.). *Living arrangements in Europe.* Londres: 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]. Estocolm: Karolinska Institute; 1990.

³¹ Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects of multiple roles on women's health. *J Health Soc Behav.* 1998;39:216-36.

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 de 5 de novembre de 1999.

9 Recomanacions

Aquest informe ha posat en evidència que, malgrat que la majoria d'indicadors de salut han millorat durant els darrers anys, les desigualtats a Catalunya no es redueixen o fins i tot, en alguns casos, augmenten. Les àrees geogràfiques més deprimides i la població menys benestant com ara les persones de les classes desfavorides, les dones i els immigrants de països de renda baixa són els més perjudicats.

L'informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) i la Fundació Jaume Bofill sobre desigualtats en la salut a Catalunya de l'any 2003 va proposar una sèrie de recomanacions, la majoria de les quals són encara vigents ja que, no només no s'han dut a terme sinó que ni tan sols han estat discutides o considerades pels partits polítics i els agents socials. Per tant, per tal de conèixer millor i, sobretot, per reduir les desigualtats socials en la salut, en aquest informe es proposen recomanacions generals i específiques, basades en part en les que s'havien proposat anteriorment però actualitzades amb la nova informació disponible.

RECOMANACIONS GENERALS

Difusió, sistemes d'informació i formació

Tot i existir múltiples desigualtats en la salut, avui en dia existeix un notable desconeixement entre la ciutadania i un oblit dels responsables polítics d'un tema fonamental, qualificat en revistes especialitzades com un dels problemes de salut pública més im-

portants. La manca de coneixement, informació i formació pel que fa a aquest tema és molt preocupant i hauria de ser corregida de forma immediata.

Per això recomanem:

- Que es promogui la difusió entre els partits polítics, els professionals, els agents socials i la ciutadania en general de quina és la situació de les desigualtats en la salut a Catalunya.
- Que el Govern de la Generalitat desenvolupi de forma adient els sistemes d'informació socials i sanitaris per poder estudiar més adequadament les diverses dimensions de les desigualtats en la salut, algunes de les quals encara són molt poc conegudes.
- Que les dades sobre la salut i els seus determinants siguin desagregades geogràficament per variables fonamentals com ara la classe social, el sexe, el país d'origen, la nacionalitat i l'ètnia.
- Que els programes de formació dels professionals socials i sanitaris incloguin detalladament l'estudi de la situació, l'evolució i les causes de producció i reproducció de les desigualtats en la salut, i s'ampliï l'enfocament avui predominant, de caire excessivament biologicista.
- Que el Govern de la Generalitat constitueixi de forma immediata un Centre d'Anàlisi i Vigilància de les Desigualtats en la Salut que produeixi periòdicament informes en què s'analitzin l'existència, l'evolució i les causes de les desigualtats en la salut, i es proposin les intervencions més adients per a la reduir-les.

Recerca

La recerca institucional per investigar les desigualtats en la salut, la seva evolució i les seves causes és molt deficient.

Per això recomanem:

- Que la Generalitat i les administracions públiques ajudin a desenvolupar programes de recerca institucional amb el finançament adient per aprofundir en la

investigació de les desigualtats en la salut així com en la proposta d'intervencions socials i sanitàries necessàries per reduir-les.

- Que les administracions públiques fomentin en les institucions acadèmiques i de recerca l'estudi dels determinants i els mecanismes generadors de les desigualtats en la salut així com la seva evolució i reproducció.
- Que es fomenti la recerca mitjançant ajuts i beques específics per a aquest àmbit amb la promoció de xarxes i grups de col·laboració.

Polítiques

Les polítiques socials i sanitàries més efectives per millorar els nivells de salut de *tota* la població són aquelles que redueixen les desigualtats en la salut. Tot i l'existència d'algunes propostes generals i de diverses accions específiques, sovint descoordinades entre sí, les desigualtats en salut no són objecte de debat públic ni un tema que rebí l'adequada atenció i acció de les administracions i institucions públiques.

Per això recomanem:

- Que el Govern de la Generalitat i la resta d'institucions públiques catalanes considerin com una prioritat de la seva agenda política l'objectiu de reduir les desigualtats en la salut.
- Que les polítiques generals i els programes d'intervenció afectin tota la població amb una atenció especial als grups socials més vulnerables, i que aquestes accions i els seus resultats siguin avaluats al llarg del temps mitjançant indicadors adients.
- Que els plans de salut de Catalunya tinguin com un objectiu cabdal la reducció de les desigualtats en la salut. Aquest objectiu general s'haurà de traduir en objectius i activitats específiques que caldrà avaluar periòdicament per tal de valorar-ne el grau d'efectivitat.
- Que les autoritats amb competències sobre desigualtats (sanitàries, econòmiques i serveis socials) coordinin les seves intervencions entre sí i promoguin que els grups de defensa de la salut pública, professionals sociosanitaris, sindicats, moviments

veïnals i altres organitzacions socials puguin participar activament en l'elaboració i realització de programes de reducció de les desigualtats en la salut.

- Que es constitueixi una Comissió sobre Desigualtats en Salut que, sobre la base de la informació generada pel Centre d'Anàlisi i Vigilància de les Desigualtats en la Salut, proposi la realització d'un Llibre blanc on es puguin establir les prioritats i activitats més adients per reduir les desigualtats en la salut. Aquestes prioritats hauran de comptar amb els recursos necessaris per dur a terme programes d'intervenció socials i sanitaris que siguin efectius i eficients.

RECOMANACIONS ESPECÍFIQUES

Sistemes d'informació i formació

Fonts d'informació habituals

L'absència d'indicadors socials i econòmics en les dades administratives i sanitàries recollides rutinàriament a Catalunya és notòria i limita en gran mesura una anàlisi detallada de la situació, l'evolució i les causes de les desigualtats socials en la salut. Per exemple, la majoria de les fonts d'informació sanitàries habituals no contenen dades sobre la classe social o l'ètnia. A més, sovint la informació disponible no s'analitza de forma separada per sexe, classe social o territori, entre altres.

Per això recomanem:

- Que s'introdueixin millores en els sistemes d'informació rutinaris (mortalitat, salut maternoinfantil, càncer, cardiovasculars, VIH/sida, registres clínics, altes hospitalàries, etc.) i es recullin variables socials que ajudin en l'estudi, la vigilància i la prevenció de les desigualtats en la salut. A més, les dades haurien de ser sistemàticament desagregades per variables com la classe social, el país d'origen, el sexe i el territori geogràfic.
- Que les enquestes de salut (o altres enquestes sociològiques relacionades amb la salut) tinguin la periodicitat i coherència metodològica adequades, amb la

inclusió de la informació social i sanitària necessària per analitzar l'evolució de les desigualtats en la salut. Molt especialment caldria incloure informació sobre l'ocupació, la classe social, el nivell d'estudis, el treball remunerat i no remunerat (domèstic i cura de les persones) i la precarietat laboral.

- Que es facin enquestes de salut específiques per conèixer la situació de poblacions encara molt poc estudiades com són, per exemple, una bona part dels immigrants, els treballadors de l'economia submergida i la població exclosa (sense sostre, toxicòmans, etc.).

Gènere

La recollida de dades necessàries per conèixer les diferències i desigualtats en la salut de dones i homes ha de ser un aspecte fonamental dels sistemes d'informació sanitària.

La violència contra les dones és un problema social emergent, que malgrat haver entrat a l'agenda política amb la promulgació de la Llei integral contra la violència de gènere, no compta encara amb un sistema d'informació sanitària ni amb vigilància adient.

Per això recomanem:

- Que s'incloguin dins el sistema sanitari programes de formació continuada que tinguin en compte els diversos temes de gènere i salut.
- Que les enquestes de salut desenvolupin preguntes amb perspectiva de gènere per tal de millorar aspectes poc coneguts com l'estudi de la morbiditat diferencial entre homes i dones, el seu diagnòstic, o els treballs realitzats (remunerat i no remunerat), entre altres.
- Que es creï una comissió que valori els sistemes d'informació més adients per augmentar el coneixement sobre la violència de gènere. Com a primer pas caldria posar en marxa un sistema d'informació centralitzat que reculli les dades mínimes necessàries en els serveis assistencials.
- Que els professionals socials i sanitaris elaborin guies de pràctica clínica per detectar precoçment la violència de gènere, especialment en els serveis d'ur-

gències i l'atenció primària, fent un seguiment de la morbiditat física i mental, així com de les seqüeles en les persones afectades.

Immigració

La majoria de fonts d'informació disponibles no contenen dades relacionades amb la immigració i, per tant, avui dia no és factible analitzar adequadament molts dels problemes de salut en la població immigrant.

Per això recomanem:

- Que els sistemes d'informació sanitària amb dades rutinàries incorporin les variables de nacionalitat, país d'origen i ètnia.
- Que les enquestes de salut tinguin en compte les variables relacionades amb la immigració que permetin estudiar en profunditat els fenòmens migratoris i la salut.
- Que es facin estudis específics, especialment qualitatius, que permetin aprofundir en aspectes culturals i psicosocials de la població immigrant, que són poc coneguts.

Salut laboral

Els sistemes d'informació laboral actuals, centrats sobretot en les lesions per accidents de treball i les malalties professionals, són molt insuficients.

Per això recomanem:

- Que es millorin els sistemes rutinaris d'informació en salut laboral, que se n'ampliï l'abast i se'ls faci més adients per conèixer temes com la precarietat laboral, les desigualtats de gènere, de classe social i d'ètnia.
- Que les dades estadístiques de salut laboral que habitualment es publiquen es presentin desagregades sempre per sexe, classe social, territori i altres aspectes socials rellevants com el tipus de contracte, el país d'origen, etc.

- Que les enquestes de salut i les enquestes de condicions de treball permetin estudiar la flexibilització del mercat de treball, per analitzar la precarietat laboral i les desigualtats de gènere, classe social i ètnia.
- Que s'harmonitzin els sistemes d'informació en salut laboral de l'Administració de Salut i de la de Treball i que s'incrementi la coordinació entre aquestes dues administracions.

Medi ambient

Tal i com es va assenyalar en l'anterior Informe sobre desigualtats en la salut a Catalunya, els actuals sistemes d'informació sobre la salut i el medi ambient són molt insuficients.

Per això recomanem:

- Que s'introdueixin modificacions en els sistemes d'informació en la salut ambiental per fer-los més efectius, que se n'ampliï l'abast i s'hi introdueixin indicadors per a l'anàlisi de les desigualtats.
- Que es desenvolupin sistemes d'informació de malalties relacionades amb el medi ambient amb la col·laboració de l'àmbit sanitari i ambiental de l'Administració autonòmica i local.
- Que es realitzi a Catalunya una enquesta de medi ambient i salut en una mostra de domicilis que sigui representativa del conjunt de la població general utilitzant indicadors socials, factors de risc mediambientals i biològics.

Recerca

Àrees geogràfiques

Aquest informe ha descrit l'existència i l'evolució de les desigualtats en la mortalitat en els municipis de Catalunya i en les àrees bàsiques de salut de la ciutat de Barcelona. No obstant això, aquests resultats han de ser analitzats amb més profunditat.

Per això recomanem:

- Que s'investigui en àrees geogràfiques petites la relació entre els indicadors socioeconòmics (privació material) disponibles i les diverses causes específiques de mortalitat. A més, caldria desenvolupar els sistemes d'informació per conèixer millor, en aquestes àrees, altres indicadors socials, econòmics, de salut i d'ús de serveis sanitaris.
- Que s'estudiïn detalladament aquestes desigualtats geogràfiques en la salut en tots els municipis de Catalunya i també dins dels districtes de les ciutats, que fins ara s'han analitzat fonamentalment a la ciutat de Barcelona.

Estat de salut, estils de vida i serveis sanitaris

Tot i que les enquestes de salut realitzades fins ara han permès conèixer diversos aspectes de les desigualtats en l'estat de salut, els estils de vida i els serveis sanitaris, la dificultat a l'hora d'obtenir informació sobre alguns indicadors fa necessari aprofundir en el coneixement d'alguns problemes de salut.

Per això recomanem:

- Que es realitzin estudis descriptius i de tendències sobre les desigualtats en les malalties que constitueixen les principals causes de morbimortalitat a Catalunya com ara les malalties cardiovasculars, el càncer, la sida i les toxicomanies.
- Que s'estudiïn les desigualtats en la salut de les persones grans aprofundint, per exemple, en la influència del suport social en la qualitat de vida i la salut.
- Que es facin estudis que permetin conèixer amb més profunditat les desigualtats de classe social, gènere i ètnia en diversos estils de vida encara mal coneguts. Dos exemples a destacar en la població juvenil són l'estudi de l'excés de pes, mitjançant la inclusió del pes i l'altura en les enquestes de salut, i l'anàlisi de l'increment en l'ús de drogues il·legals.
- Que es facin enquestes específiques o estudis qualitatius que aprofundeixin en l'anàlisi de les desigualtats en la qualitat de l'atenció sanitària rebuda, així com dels mecanismes pels quals es reproduïen 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.

- Que s'estudii amb més profunditat el temps d'espera quirúrgic a les regions sanitàries tenint en compte tant el gènere com la classe social i l'ètnia.

Gènere

L'informe ha mostrat com la salut de les dones i els homes és desigual perquè hi ha factors socials associats al gènere que afecten d'una manera injusta la salut de les persones. No obstant això, la recerca sobre desigualtats de gènere i salut és encara molt mins.

Per això recomanem:

- Que s'aprofundeixi en l'estudi de l'evolució i les causes de les desigualtats en la salut segons el gènere. Dos exemples són la feminització de la pobresa i la precarietat laboral de les dones.
- Que es desenvolupin estudis quantitius i qualitius que permetin conèixer la magnitud, l'evolució i les causes de la violència contra les dones, especialment les relacions amb els trastorns de salut i les seqüeles a llarg termini.
- Que s'estudii la prevalença real i els determinants de malalties que tendeixen a augmentar sobretot en les dones, o que són poc conegudes com ara la depressió, la fibromiàlgia, la fatiga crònica, l'anèmia, la patologia de tiroides i l'osteoporosi.
- Que es facin estudis específics per conèixer la proporció real de dones i homes amb tractament farmacològic inadequat o no controlat, amb relació, per exemple, al fet de tenir el colesterol elevat, amb la hipertensió o el tractament del dolor i la fatiga. A més, també caldria conèixer les diferències en l'ús de psicofàrmacs entre dones i homes i l'adequació de la seva indicació.

Immigració

La investigació sobre les desigualtats en la salut dels immigrants és un dels camps amb menys informació disponible i sobre el qual la situació de la recerca es troba més endarrerida.

Per això recomanem:

- Que es realitzin estudis que permetin conèixer la situació, l'evolució i les causes de la salut dels immigrants, comparant adequadament els indicadors de salut més importants segons la classe social, el gènere i el territori entre la població d'immigrants i la població general.
- Que es realitzin estudis qualitatius que permetin conèixer la situació, les percepcions i les expectatives de les poblacions immigrades pel que fa als conceptes de salut i malaltia.
- Que s'aprofundeixi en l'estudi de la pobresa, el treball precari, les condicions de l'habitatge i la seva repercussió en la salut i la qualitat de vida en la població immigrant.

Salut laboral

A Catalunya la recerca sobre desigualtats en la salut laboral és encara molt insuficient i la que es fa sovint no té l'adequat nivell de rigor i qualitat.

Per això recomanem:

- Que es fomenti extensivament la recerca institucional sobre la salut laboral, millorant-ne la qualitat i el rigor metodològic i s'ampliï la pràctica de la recerca aplicada en la prevenció de riscos laborals en les empreses.
- Que s'aprofundeixi la investigació en les àrees de salut laboral més prioritàries. Entre els temes més destacats podem esmentar: l'impacte de la flexibilització del treball en diferents dimensions de la salut de la població treballadora i la recerca sobre col·lectius vulnerables com ara les dones de la neteja, les dones responsables de llars monoparentals o aquells grups en situació de més precarietat, com alguns col·lectius d'immigrants.

Medi ambient

Tal i com es va assenyalar en l'anterior Informe sobre desigualtats en la salut a Catalunya, la recerca sobre desigualtats en la salut relacionades amb el medi ambient és encara molt minsa i la que es fa sovint no té l'adequat nivell de rigor i qualitat. Donada l'actual manca d'informació, la tasca més urgent és estudiar diversos contaminants específics en mostres poblacionals.

Per això recomanem:

- Que s'estudiï el nivell de contaminació individual per compostos orgànics persistents i metalls pesats en una mostra representativa de la població general de Catalunya, amb una àmplia representació dels infants (que són els més susceptibles).
- Que s'estudiï el nivell de contaminació en l'interior dels edificis pel que fa al diòxid de nitrogen, el benzè i els compostos orgànics volàtils en una mostra de domicilis que sigui representativa del conjunt de la població.
- Que s'estudiï el nivell d'exposició a trihalometans domiciliari i també el nivell d'exposició individual en una mostra representativa de la població general.
- Que es faci un seguiment adequat mitjançant una enquesta periòdica de l'evolució dels nivells individuals de contaminants com ara les dioxines, els PCB, els metalls i els pesticides, entre altres.

Polítiques

Àrees geogràfiques

A Catalunya existeixen desigualtats socioeconòmiques i de mortalitat en àrees geogràfiques petites (municipis o agregats de municipis) així com una notable associació entre ambdós tipus d'indicadors amb desigualtats en forma de gradient. A més, s'ha observat un augment de les desigualtats en la mortalitat a diversos municipis al voltant de la ciutat de Barcelona. Aquesta informació té especial importància per a la planificació de prioritats en polítiques socials i sanitàries.

Per això recomanem:

- Que es tingui en compte la necessitat de reduir les desigualtats geogràfiques en la salut en la planificació de prioritats de les polítiques socials i sanitàries.
- Que es posin en marxa programes d'intervenció socials i sanitaris efectius en les àrees geogràfiques amb pitjors indicadors de salut de Catalunya (Baix Llobregat, Vallès Occidental, Segrià i diverses comarques de Tarragona, la zona costanera de Catalunya, i el centre, la zona litoral i el nord de la ciutat de Barcelona).
- Que s'estableixin intervencions de salut pública específiques en els municipis que presenten les tendències de mortalitat pitjors respecte a la mitjana de Catalunya, que fonamentalment es troben al voltant de la ciutat de Barcelona.

Estat de salut i estils de vida

En general, l'estat de salut desfavorable i els estils de vida menys saludables són més freqüents en les classes socials més desfavorides i, en especial, en les dones. Fins ara, els plans de salut de Catalunya no han tingut en compte la posada en marxa d'accions per reduir aquestes desigualtats.

Per això recomanem:

- Que l'orientació dels plans de salut de Catalunya i de les estratègies d'intervenció sobre l'estat de salut i els estils de vida tingui en compte la perspectiva de classe social, gènere, territori, ètnia i edat de la població.
- Que es reforcin les intervencions de prevenció i abandonament del consum de tabac i la reducció del consum d'alcohol, fent un èmfasi especial en els joves, les dones i les classes socials més desfavorides.
- Que es potenciïn estratègies orientades a aconseguir que la població incrementi la realització d'exercici en temps d'oci, especialment en les classes socials més desfavorides i en les dones. Aquestes estratègies han d'anar orientades a promoure el temps lliure i l'accessibilitat a les instal·lacions esportives d'aquestes poblacions.
- Que es posin en pràctica intervencions preventives sobre la sida i les drogues il·legals adreçades especialment a les poblacions més vulnerables.

Serveis sanitaris

Les classes més benestants tenen més freqüentment una doble cobertura sanitària i per tant tenen més accés als serveis preventius i utilitzen menys els serveis públics. Aquest fet té repercussions en el funcionament del sistema de salut, ja que aquests serveis reben menys prioritat política i tenen menys finançament.

Per això recomanem:

- Que s'ampliïn les prestacions del sistema de salut, específicament dels serveis que han mostrat més desigualtats d'ús com ara l'odontologia i els serveis preventius, per tal que puguin arribar en més gran mesura a les classes menys benestants.
- Que millorin els serveis públics, sobretot els serveis d'atenció primària, i els serveis d'atenció especialitzada extrahospitalaris.

Gènere

A Catalunya hi ha desigualtats de gènere que, en general, mantenen els patrons de pitjor estat de salut i una major prevalença de trastorns crònics en les dones. Cal destacar també l'increment de la violència de gènere. A més, les polítiques sobre desigualtats en la salut han de tenir en compte el treball remunerat i no remunerat així com la interacció amb la classe social i el gènere.

Per això recomanem:

- Que es desenvolupin polítiques que augmentin les escoles bressol públiques per als menors de tres anys, els serveis postescolars i l'assistència familiar per a les dones de les famílies amb menys recursos.
- Que des de l'atenció primària es posin en marxa guies de pràctica clínica específiques per al diagnòstic i el tractament diferencial entre homes i dones del dolor i el cansament.
- Que es fomentin polítiques específiques per aconseguir un millor control i un ús més adequat dels medicaments i de les receptes.

- Que es disposi de més recursos per la prevenció i detecció precoç de la violència contra les dones i es millori la col·laboració entre els serveis sanitaris, socials, policials i judicials. Especialment, caldria fer programes de formació entre els professionals sociosanitaris que puguin tenir contacte amb les dones maltractades.
- Que es fomentin programes d'intervenció per reduir els embarassos en adolescents i l'alt nombre de parts per cesària.

Immigració

La població immigrant està creixent notablement en el nostre medi i sovint es troba en condicions socials desfavorables que generen desigualtats en la salut. Per exemple, és deficient l'accessibilitat d'aquesta població als serveis sanitaris, tant curatius com preventius, així com la comprensió que tenen del funcionament dels serveis.

Per això recomanem:

- Que es faciliti l'accés a un habitatge digne i a un treball no precari a la població immigrant.
- Que es garanteixi a tots els immigrants l'accés tant als serveis bàsics de salut com als serveis socials, i que es potenciïn intervencions específiques perquè les poblacions immigrants es familiaritzin amb les característiques, el funcionament, les vies d'accés i les prestacions sanitàries del sistema de salut existent en el nostre país.
- Que es destinin més recursos tant a l'atenció primària com als serveis d'urgències destinats a l'atenció als immigrants, la qual cosa comporta un augment del nombre de professionals, i que hi hagin intèrprets i mediadors culturals.
- Que es promogui la formació dels professionals de la salut, tant en l'àmbit de patologies específiques relacionades amb persones procedents d'altres entorns com en aspectes antropològics i culturals.

Salut laboral

La flexibilització del mercat de treball afecta més les persones ocupades de classes desfavorides, les dones, els joves i els immigrants de països de renda baixa. Aquestes

persones presenten una situació pitjor en les condicions de treball, amb més demandes familiars i un estat de salut pitjor. Un nombrós col·lectiu que exemplifica aquesta pitjor situació és el de les dones que treballen en la neteja i el servei domèstic.

Per això recomanem:

- Que s'introdueixi la perspectiva de salut, gènere, classe social i ètnia en les polítiques socials, econòmiques i laborals.
- Que la incorporació de les dones al mercat de treball vagi acompanyada de mesures adients per combinar la vida laboral i familiar.
- Que es posin en marxa accions preventives prioritàriament en els col·lectius de treballadors més desfavorits com són, entre altres, les dones de la neteja, el servei domèstic i els treballadors de la construcció. Les intervencions haurien d'incloure l'augment de l'equitat d'oportunitats en el mercat de treball, la millora en les condicions de treball i les mesures preventives i la vigilància de la salut.
- Que es redueixi la precarietat laboral, lligada en molts casos als contractes a temps parcial i als contractes temporals, mitjançant polítiques generals d'àmbit autonòmic i local, i també en els convenis col·lectius.
- Que les polítiques de prevenció de riscos laborals a les empreses incrementin la seva atenció a la precarietat laboral dins de les avaluacions de riscos i els plans de prevenció.

Medi ambient

Tal i com es va assenyalar en l'anterior informe sobre *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, tot i que a Catalunya molts factors de risc del medi ambient són universals i per tant tota la població pot estar-hi exposada de forma involuntària, en bona mesura es desconeixen les possibles desigualtats entre les distintes classes socials, gèneres, ètnies i territoris. Tot i amb així, s'han detectat diverses desigualtats en la salut relacionades amb el medi ambient.

Per això recomanem:

- Que es redueixin els nivells de partícules i de gasos comuns en l'aire urbà, sobretot mitjançant polítiques de reducció del trànsit rodat i control d'algunes fonts industrials (foneries, cimenteres).
- Que es redueixin els nivells de subproductes de la cloració de l'aigua de l'aixeta i que la prevenció de la contaminació de les aigües subterrànies pels residus agrícoles i ramaders, i especialment en els municipis en situació pitjor, que això sigui una prioritat política.
- Que s'analitzi i es vetlli per l'absència de contaminants i l'adequada qualitat dels aliments.
- Que es dugui a terme una política de tractament de residus que tingui en compte els possibles efectes perjudicials per la salut, tant dels veïns com del conjunt de la població.

Annex

Taula 1.

Estat de salut percebut com a regular o dolent, presència de trastorns crònics i mal estat de salut mental segons la classe social. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002

	Homes		Dones		Total	
	n	% *	n	% *	n	% *
Estat de salut percebut com a 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	1.110	28,4
Presència d'algun trastorn crònic						
Classe social I-II	381	57,1	332	60,2	713	58,2
Classe social III	456	60,7	571	64,8	1.027	63,3
Classe social IV-V	1.131	59,4	1.437	74,0	2.568	67,1
Mal estat de salut 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

* Proporció estandarditzada per edat mitjançant el mètode directe.

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2002. Elaboració pròpia.

Taula 2.

Estat de salut percebut com a regular o dolent segons la regió sanitària, la classe social i l'edat. Percentatges. Homes i dones de 15 anys o més. Catalunya, 2002

		Regió sanitària								Tot Catalunya
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Homes										
15-44 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 de 15 anys o més. Catalunya, 2002

		Regió sanitària								Tot Catalunya
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Homes										
15-44 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 de 15 anys o més. Catalunya, 2002

		Regió sanitària								Tot Catalunya
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	
Homes										
15-44 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 anys	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 de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994

	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot 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
Exfumadors*									
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
Consum 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
Consum 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
Consum 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
Seguiment d'una 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

* Exfumadors: denominador fumadors i exfumadors.

** Consum prudent: inferior a 20 g/dia en dones i 30 g/dia en homes.

Consum moderat: entre 21 i 30 g/dia en dones i entre 31 i 40 g/dia en homes.

Consum de risc: superior a 30 g/dia en dones i 40 g/dia 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 de 15 anys o més. Catalunya, 2002 i 1994

	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot 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	19,0
Exfumadores*									
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
Consum 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
Consum 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
Consum 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
Seguiment d'una 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

* Exfumadores: denominador fumadores i exfumadores.

** Consum prudent: inferior a 20 g/dia en dones i 30 g/dia en homes.

Consum moderat: entre 21 i 30 g/dia en dones i entre 31 i 40 g/dia en homes.

Consum de risc: superior a 30 g/dia en dones i 40 g/dia 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 de Ponent	Barcelonès nord i 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
Classe social III	Pública	70,5	73,2	73,8	65,4	69,7	75,8	72,6	58,0	69,9
	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
Classe social III	Pública	58,5	69,4	75,6	61,3	59,1	81,2	83,1	55,1	67,9
	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: 1.001; Costa de Ponent: 1.101; Barcelonès nord i Maresme: 1.047; Centre: 1.204; Barcelona ciutat: 1.400.

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 de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes									
Examen mèdic preventiu (≥15 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
Presca de la tensió arterial periòdica (≥15 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 (≥15 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 (≥15 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
Presca de la tensió arterial periòdica (≥15 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 (≥15 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 (≥15 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 (≥15 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 (≥15 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 de Ponent	Barcelonès nord i 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 de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes									
Visita a un professional sanitari els quinze 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 professional sanitari els quinze 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				Dones			
	Salut percebuda				Salut percebuda			
	Regular o dolenta		Excel·lent, molt bona o bona		Regular o dolenta		Excel·lent, molt bona o bona	
	% ^a	OR (IC 95%) ^b	% ^a	OR (IC 95%) ^b	% ^a	OR (IC 95%) ^b	% ^a	OR (IC 95%) ^b
Visita a un professional sanitari els quinze dies anteriors								
Classe social I-II	42,8	1 ^c	18,0	1 ^c	45,3	1 ^c	19,0	1 ^c
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 ^c	32,3	1 ^c	81,6	1 ^c	56,9	1 ^c
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 ^c	7,3	1 ^c	11,4	1 ^c	8,6	1 ^c
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)

^a Percentatges estandarditzats per edat pel mètode directe.

^b *Odds ratio* i interval de confiança al 95% ajustada per edat, regió i tipus de cobertura sanitària.

^c 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	
	% ^a	OR (IC 95%) ^b	% ^a	OR (IC 95%) ^b	% ^a	OR (IC 95%) ^b	% ^a	OR (IC 95%) ^b
Visita a un professional sanitari els quinze dies anteriors								
Classe social I-II	22,0	1 ^c	18,9	1 ^c	21,0	1 ^c	22,9	1 ^c
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 ^c	42,5	1 ^c	56,5	1 ^c	66,1	1 ^c
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 ^c	9,8	1 ^c	8,3	1 ^c	10,1	1 ^c
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)

^a Percentatges estandarditzats per edat pel mètode directe.

^b *Odds ratio* i interval de confiança al 95% ajustada per edat, regió i salut percebuda.

^c Categoria de referència.

Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Elaboració pròpia.

Taula 14.

Temps de resolució en mesos i llista d'espera pels cinc procediments amb llista d'espera més llarga, segons la regió sanitària. Catalunya, 2003

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i 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	1.289	271	942	3.903	3.324	2.848	6.985	20.316
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	2.198	776	1.193	3.765	9.966
Herniorràfia									
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	1.054	727	1.074	1.400	5.214
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	1.645	4.504
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	3.549

* en mesos.

Font: Servei Català de la Salut.

Taula 15.

Variables associades amb les hospitalitzacions evitables en pediatria (de menors de 15 anys). *Odds ratio*. Catalunya, 1998-1999

	Hospitalització evitable	
	OR	IC 95%
Sexe		
Nena	1,0	
Nen	0,8	(0,7 - 0,8)
Edat		
Menys d'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 / 1.000 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 de Ponent	Barcelonès nord i Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
Homes									
Classe social I-II	89,9	90,8	93,9	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									
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 de Ponent	Barcelonès nord i 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 de 15 anys o més. Catalunya, 2002

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i 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	5,1	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	9,0	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 de 15 anys o més. Catalunya, 2002

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès nord i 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	8,9	13,8	13,8	17,2	23,7	12,8	7,0	13,9	14,0
Classe social III	15,3	13,2	27,0	18,8	21,6	19,1	20,0	21,4	19,6
Classe social IV-V	17,9	20,8	23,6	29,7	31,4	24,5	21,6	24,7	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	26,3	16,4	50,9	17,8	21,8	30,7	17,3	27,1	22,3
Classe social III	15,2	9,4	28,8	19,3	37,1	24,0	20,4	27,4	22,9
Classe social IV-V	26,5	21,6	32,1	33,0	50,2	41,3	35,8	41,8	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.

Aquest llibre, resultat de la col·laboració entre la Fundació Jaume Bofill i el CAPS, analitza l'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya des de la dècada dels noranta fins a l'any 2002. Es tracta d'un estudi que dóna continuïtat al que es va publicar en aquesta mateixa col·lecció l'any 2003 i que se centra, especialment, en l'evolució que han experimentant aquestes desigualtats en els darrers anys.

Al llarg dels diversos capítols es posa en evidència que a Catalunya continuen existint desigualtats en la salut segons la classe social, les àrees geogràfiques i el gènere. D'acord amb les dades analitzades (Enquesta de Salut del 2002) les persones de classes socials menys afavorides i d'àrees geogràfiques amb menys recursos són les que tenen els pitjors indicadors de salut. Les dones declaren una pitjor salut —segons la seva percepció— que els homes, tot i tenir una esperança de vida més llarga.

També s'hi tracten l'evolució de les desigualtats en els estils de vida (consum de tabac, alcohol, exercici físic i sobrepès), en la salut de les persones immigrades i en aspectes relacionats amb els serveis sanitaris i la salut laboral. Novament, es posa en evidència l'existència de desigualtats en salut en cada un dels aspectes analitzats.

El llibre inclou un seguit de recomanacions adreçades prioritàriament a les institucions públiques amb l'objectiu d'obrir un debat social i polític que faciliti la posada en marxa d'intervencions adreçades a reduir les desigualtats existents.



Editorial Mediterrània

