

# Les desigualtats en la salut a Catalunya

*CARME BORRELL  
I JOAN BENACH  
(COORDINADORS)*





# **Les desigualtats en la salut a Catalunya**

*INFORME CAPS-FUNDACIÓ JAUME BOFILL*

*CARME BORRELL I JOAN BENACH*

*(COORDINADORS)*



# Les desigualtats en la salut a Catalunya

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



Editorial Mediterrània

polítiques | 35

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.

Primera edició: abril de 2003

© Fundació Jaume Bofill, 2002  
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](mailto:editorial@emediterrania.com)  
[www.emediterrania.com](http://www.emediterrania.com)

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

ISBN: 84-8334-452-1  
DL: B-20.528-2003

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

# Índex

## Presentació

<b>1. Conceptes, antecedents i causes de les desigualtats socials en la salut</b>	15
<b>Introducció</b>	17
<b>Conceptes de desigualtat, desigualtat en la salut, classe social, gènere i territori</b>	18
· Concepte de desigualtat i desigualtat en la salut	18
· Concepte de classe social	20
· Concepte de gènere	24
· El territori	26
<b>Alguns exemples internacionals i de l'Estat espanyol de desigualtats socioeconòmiques en la salut</b>	29
· Exemples internacionals	29
· Exemples de l'Estat espanyol	33
<b>Les causes de les desigualtats socioeconòmiques en la salut</b>	37
· La selecció social	38
· Explicacions del comportament i/o culturals	38
· Explicacions materials o estructurals	39
· Els factors psicosocials	40
· Els serveis sanitaris	41
· La perspectiva vital ( <i>life-course</i> )	42
<b>La importància d'estudiar les desigualtats en la salut</b>	44
<b>Objectius i continguts de l'informe</b>	45
· Bibliografia	47
<b>2. Desigualtats geogràfiques en àrees petites</b>	55
<b>Introducció</b>	57
· Les desigualtats en la salut en àrees petites	57
· Desigualtats geogràfiques en àrees petites a l'Estat espanyol i a Catalunya	60
· Objectiu i mètodes	65
<b>Desigualtats en la salut en àrees petites a Catalunya</b>	66
· Desigualtats en la privació material	66
· Desigualtats en la mortalitat	73
· Relació entre els indicadors de privació material i la mortalitat	80
<b>Conclusions</b>	84
· Bibliografia	86

<b>3. Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia</b>	91
<b>Introducció</b>	93
· L'estat de salut i la malaltia	93
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia a l'Estat espanyol i a Catalunya	95
· Objectius i metodologia	97
<b>Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia a Catalunya</b>	98
· La salut percebuda i els trastorns crònics	98
· La salut mental	103
· La incidència i la mortalitat per malalties del sistema circulatori	105
· La incidència i la mortalitat per càncer	108
· La incidència i la mortalitat per sida	112
· La incidència i la mortalitat per lesions (principalment accidents amb vehicles de motor)	114
<b>Conclusions</b>	115
· Agraïments	117
· Bibliografia	117
<b>4. Les desigualtats en els estils de vida</b>	121
<b>Introducció</b>	123
· Els estils de vida relacionats amb la salut	123
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats en els estils de vida a l'Estat espanyol i a Catalunya	125
· Objectius i mètodes	126
<b>Les desigualtats en els estils de vida a Catalunya</b>	127
· El consum de tabac	127
· El consum d'alcohol	133
· L'activitat física	137
· La realització de dieta	141
<b>Conclusions</b>	145
· Bibliografia	147
<b>5. Les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris</b>	151
<b>Introducció</b>	153
· La utilització dels serveis sanitaris	153
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris a l'Estat espanyol i a Catalunya	154
· Objectius i mètodes	157
<b>Les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris a Catalunya</b>	158
· La cobertura sanitària	158



· Les pràctiques preventives	159
· La utilització dels serveis sanitaris	167
<b>Conclusions</b>	174
· Bibliografia	175
<b>6. Desigualtats de gènere en la salut</b>	179
<b>Introducció</b>	181
· El concepte i les desigualtats de gènere en la salut	181
· Antecedents en l'estudi de les desigualtats de gènere a l'Estat espanyol i a Catalunya	187
· Objectius i mètodes	190
<b>Les desigualtats segons el gènere a Catalunya</b>	191
· Un exemple de la importància de l'anàlisi de gènere en les dades sanitàries: la relació entre l'estat civil i la salut	191
· La paradoxa entre l'esperança de vida i la morbiditat en les dones	193
· Alguns problemes emergents i tradicionals: l'impacte de les estructures socials en les desigualtats de gènere en la salut	204
<b>Conclusions</b>	211
· Bibliografia	212
<b>7. Desigualtats en la salut i la immigració</b>	217
<b>Introducció</b>	219
· Les desigualtats en la salut i la immigració	219
· Antecedents sobre les desigualtats en la salut i la immigració a l'Estat espanyol	222
· Objectius i mètodes	227
<b>Desigualtats en la salut i immigració a Catalunya</b>	228
· La salut percebuda i la salut mental	228
· La salut maternoinfantil	229
· VIH-Sida	237
· Tuberculosi	239
<b>Conclusions</b>	244
· Bibliografia	245
<b>8. Les desigualtats en la salut laboral</b>	251
<b>Introducció</b>	253
· Les desigualtats en la salut laboral	253
· Desigualtats en la salut laboral a l'Estat espanyol i Catalunya	255
· Objectius i mètodes	256
<b>Les desigualtats en la salut laboral a Catalunya</b>	257
· El treball remunerat	257

· El treball de casa	263
· Els factors de risc laboral	265
· La salut de la població ocupada	268
<b>Conclusions</b>	279
· Bibliografia	280
<b>9. Medi ambient i desigualtats en la salut</b>	283
<b>Introducció</b>	285
· Les desigualtats en el medi ambient	285
· Antecedents en l'estudi de l'impacte sobre la salut de les desigualtats en el medi ambient	287
· Objectius i mètodes	291
<b>Les desigualtats en medi ambient a Catalunya</b>	291
<b>Conclusions</b>	299
· Bibliografia	300
<b>10. Polítiques per reduir les desigualtats en la salut</b>	303
<b>Introducció</b>	305
· Desigualtats en la salut: del coneixement a l'acció	305
· Polítiques socioeconòmiques i sanitàries per reduir les desigualtats en la salut	307
· Objectius i mètodes	313
<b>Polítiques socioeconòmiques i sanitàries per a la reducció de les desigualtats en la salut a Catalunya</b>	313
· Polítiques socioeconòmiques i sanitàries potencialment relacionades amb la reducció de les desigualtats en la salut	314
· Polítiques relacionades amb la reducció de les desigualtats en la salut	319
· Polítiques per reduir les desigualtats en la salut que han estat avaluades	324
<b>Conclusions</b>	327
· Bibliografia	328
<b>11. Recomanacions</b>	333
<b>Recomanacions generals</b>	335
· Difusió, sistemes d'informació i formació	335
· Recerca	336
· Polítiques	337
<b>Recomanacions específiques</b>	338
· Sistemes d'informació i formació	338
· Recerca	341
· Polítiques	344
<b>Annex</b>	351

## Presentació



Aquest llibre és el resultat de la col·laboració entre la Fundació Jaume Bofill i el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS). L'objectiu d'aquesta col·laboració és analitzar de manera exhaustiva les desigualtats socials en la salut existents a Catalunya i proposar mesures que les redueixin.

L'estudi que recull aquest llibre dona resposta de forma positiva als objectius plantejats. Dificultats per portar-lo a terme no n'han faltat, entre elles la sempre difícil accessibilitat a dades rellevants i recents a partir de les quals dur a terme l'anàlisi. El resultat obtingut pel grup d'investigadors i investigadores és plenament satisfactori. Al llarg dels diversos capítols es posen sobre la taula aspectes importants relacionats amb la salut dels quals en deriva que la societat catalana no es pugui considerar plenament igualitària. Les causes són diverses i potser hauran de ser estudiades amb més profunditat en treballs futurs. En qualsevol cas, les desigualtats en la salut avui són ben visibles, especialment quan analitzem les variables de gènere i classe social. En quina direcció? Doncs en la mateixa que es produeixen altres desigualtats: per un costat, les dones gaudeixen, en general, d'un estat de salut inferior que el dels homes i, per un altre costat, els sectors socials més populars —que en l'estudi s'identifiquen com a classes baixes— són els que, amb diferència, tenen una salut més precària en referència a la resta de les classes socials.

Algú pot pensar que aquestes conclusions —exposades en aquesta presentació de forma quasi telegràfica i, per tant, potser recollides de forma distorsionada, per la qual cosa espero que els autors em disculparan— no són cap novetat. Lamentablement és així.

El més rellevant d'aquest llibre no és l'aspecte novedós de les seves conclusions. El que és rellevant és que avui aquestes desigualtats socials en matèria de salut se segueixin produint en la intensitat i la direcció que ho fan.

Aquest estudi apareix pocs mesos després d'altres recerques publicades en aquesta mateixa col·lecció i també de les primeres dades obtingudes i analitzades a través del Panel de Desigualtats a Catalunya (PAD), els primers resultats del qual es poden consultar a <http://www.obdesigualtats.org>. Les conclusions de tots aquests treballs apunten cap a una mateixa direcció: la nostra és una societat desigual. Els sectors que pateixen més negativament aquesta desigualtat són en molts casos els mateixos. Crida l'atenció de manera especial el fet que les dones siguin un dels col·lectius en el qual les desigualtats es manifesten amb més insistència. Aquesta dada, present en la majoria dels estudis que més recentment han estat elaborats en el nostre país per mesurar els processos i intensitats de les desigualtats, ens posa sobre avís d'una de les assignatures pendents que la nostra societat té plantejats malgrat que les aparences diguin el contrari: consolidar un procés real d'igualtat entre gèneres.

Aquesta recerca ha estat possible gràcies a l'esforç d'un equip nombrós i plural d'investigadors i investigadores, coordinats eficaçment per Carme Borrell i Joan Benach. Aquesta pluralitat és, sens dubte, la que ha portat a obtenir un resultat tan positiu, ja que ha permès reunir especialistes en cada un dels aspectes tractats en la recerca.

La voluntat de la Fundació Jaume Bofill i l'associació CAPS és repetir i aprofundir aquesta col·laboració en temps futurs.

Jordi Sànchez

Director de la Fundació Jaume Bofill

Abril de 2003

# 1 Conceptes, antecedents i causes de les desigualtats socials en la salut

Carme Borrell i Joan Benach





## INTRODUCCIÓ

L'existència de desigualtats en la salut produïdes per factors socials ha estat àmpliament descrita en la literatura científica al llarg de les dues darreres dècades (Amick i col·l., 1995; Marmot i Wilkinson, 1999; Berkman i Kawachi, 2000). Hi ha una evidència clara: la gent de les classes socials més desafavorides presenta un nivell de salut més dolent que el de la població més benestant. També s'ha descrit a bastament que les zones geogràfiques amb més privació socioeconòmica presenten uns nivells de salut més dolents. Altres aspectes que cal tenir en compte són les desigualtats en la salut segons el gènere; en aquest sentit cal analitzar, per exemple, l'impacte que tenen les diferències en el treball laboral i domèstic que realitzen les dones i els homes, o bé les desigualtats segons les diferents ètnies, ja que el paper de la migració dins i entre els països cada cop juga un paper social més rellevant.

A l'Estat espanyol, l'estudi de les desigualtats socials en la salut s'inicia a partir dels anys 80, es desenvolupa progressivament a començaments dels anys 90 (Benach, 1995) i, a partir de la meitat d'aquesta dècada, creix marcadament. L'any 1996, es publica el primer informe global sobre desigualtats en la salut a l'Estat espanyol, conegut com el *Black report* espanyol (Navarro, Benach, i col·l., 1996), que inclou unes conclusions i recomanacions específiques orientades a la reducció de les desigualtats; i durant els darrers anys, diversos grups d'investigadors han documentat progressivament l'existèn-

cia de desigualtats en la salut (Borrell, 1998; Borrell i Pasarín, 1999). No obstant això, la quantitat de recursos per a la recerca, les fonts d'informació accessibles i el nombre de treballs empírics encara és molt limitat i la reacció de les administracions públiques davant un tema clau per la salut pública és pràcticament inexistent (Benach i col·l., 2002). Un exemple d'aquesta situació és el fet que la majoria d'estudis utilitzin com a fonts d'informació, quasi exclusivament, les dades de mortalitat i, darrerament, les dades de les enquestes de salut; que la majoria dels estudis siguin descriptius; i que, fins ara, no s'hagi realitzat cap treball de conjunt sobre les desigualtats en la salut a cap comunitat autònoma de l'Estat espanyol.

La finalitat d'aquest informe és presentar, per primera vegada de forma global, les característiques de les desigualtats en la salut existents a Catalunya. En aquest primer capítol, es presenten els conceptes fonamentals dels tres principals eixos de la desigualtat social en la salut que s'utilitzen en aquest treball (la classe social, el gènere i el territori), es mostren diversos exemples internacionals i de l'Estat espanyol sobre el tema, es comenten les principals causes de les desigualtats, s'exposa la rellevància d'estudiar les desigualtats en la salut i, finalment, es presenten els objectius de l'informe i el contingut de cadascun dels seus capítols.

## **CONCEPTES DE DESIGUALTAT, DESIGUALTAT EN LA SALUT, CLASSE SOCIAL, GÈNERE I TERRITORI**

### **Concepte de desigualtat i desigualtat en la salut**

Des del punt de vista de l'estructura social, el concepte de desigualtat fa referència a les diferències existents en l'accés que tenen les persones als recursos, tant pel que fa a la seva qualitat com a la quantitat. L'estudi de la desigualtat és important almenys per tres motius (Miguélez i col·l., 1996). En primer lloc, perquè l'accés als recursos està relacionat amb les condicions de vida de la gent. La vida de les persones que no assoleixen els recursos vitals mínims, com l'alimentació o l'habitatge, és més difícil i la seva salut se'n ressent. Però, a més, fins i tot entre els que tenen la supervivència garantida, les diferències en l'accés a alguns recursos, com ara l'educació o la seguretat

a la feina, no només pot produir més dificultats vitals, sinó també una reducció del seu estat de salut i de la seva qualitat de vida respecte aquelles persones que es troben en una situació més bona. En segon lloc, la desigualtat està fortament associada a la quantitat de poder. És a dir, les classes i els grups socials que es troben en una posició dominant dins la societat tenen un control més gran dels recursos per fer valer els seus interessos, coincideixin o no amb els que tenen les classes i els grups socials dominats. Finalment, perquè l'estudi de les desigualtats permet analitzar les dinàmiques d'identificació col·lectiva que es generen entre les classes i els grups socials que tenen unes condicions de vida semblants.

Cal assenyalar que, tot i que en diferents graus, la desigualtat ha existit sempre al llarg de la història. Un fet característic remarcat els darrers decennis, però, és la seva ampliació i la seva justificació. Així, les desigualtats socials no solament tendeixen a créixer, sinó que els grups dominants tendeixen a legitimar-les com a resultat dels afanys de superació individual de la gent, de manera que es considera “natural” que en resultin premiades les persones que arriben a assolir les posicions dominants o més benestants. A més, els grups dominants promouen l'existència de les desigualtats, que són necessàries pel bon funcionament del sistema capitalista.

Les desigualtats socials són un obstacle, no solament per la millora de la salut i el benestar social de la població, sinó també pel creixement econòmic i el desenvolupament social. La reducció de les desigualtats socials beneficia el nivell de salut de tota la població i, especialment, de la que viu en unes condicions socials més dolentes.

Quan parlem de la salut, la desigualtat fa referència a les diferències d'oportunitats i recursos lligats a la salut que trobem entre les persones de diferent classe social, gènere, ètnia o territori, que fan que els col·lectius més afavorits presentin un estat de salut més bo que la resta. Per tant, el concepte de les desigualtats en la salut conté una clara dimensió moral i ètica. Fa referència a diferències en la salut que són innecessàries i evitables i que, a més, són injustes i intolerables. Assolir l'equitat en l'accés a la salut comportaria que, idealment, tothom tingués una oportunitat justa d'assolir el màxim desenvolupament possible de la seva salut (Whitehead, 1992).

## Concepte de classe social

L'estudi de l'estructuració de la societat a partir de les desigualtats existents entre les persones de diferents classes socials ha estat molt utilitzat en l'anàlisi sociològica de les relacions socials de les societats nascudes de la revolució industrial. Entre els diversos significats de *classe*, cal destacar els següents: en primer lloc, la classe es pot utilitzar per descriure els grups situats en un determinat ordre jeràrquic com, per exemple, el sistema d'ordenació feudal (senyors, homes lliures, servents, etc.); en segon lloc, la classe pot ser usada per indicar el prestigi o el nivell social; un tercer ús del terme classe es basa en la descripció de la desigualtat material; en quart lloc, es pot utilitzar la classe per descriure la situació dels grups socials en funció de les seves desigualtats pel que fa a ocupació, nivell d'ingressos, etc.; finalment, les classes han estat identificades com a forces socials potencials o reals amb capacitat per transformar la societat (Crompton, 1993).

Els dos teòrics socials que, a cavall dels segles XIX i XX, van aportar les dues aproximacions clàssiques a la conceptualització de la classe social van ser Karl Marx i Max Weber (Feito, 1995). Segons Marx, les relacions de classe s'inscriuen en les relacions de producció i en les desigualtats existents en la propietat dels mitjans de producció. Per tant, durant les primeres etapes de la societat capitalista, les dues classes socials eren la *burgèsia* i el *proletariat*; la primera explotava i dominava la segona, que només posseïa la seva força de treball, que havia de vendre per sobreviure. Per Marx, les classes socials són forces socials que transformen les societats al llarg de la història. L'aportació conceptual de Weber postulava que, si bé la propietat dels mitjans de producció és un element important de l'estructuració social, també ho són la propietat, les diferències econòmiques, els coneixements tècnics i les qualificacions, el prestigi social i la identificació amb uns valors culturals; tots aquests elements no deriven directament de la possessió dels mitjans de producció. Per tant, les situacions de classe reflectirien les diferents oportunitats vitals existents en el mercat i el consum. Finalment, per Weber, la diferència de classes no ha de provocar necessàriament lluita i revolucions.

No hi ha dubte que, a les societats occidentals, s'ha produït una evolució important de l'estructura de classes. Els conflictes i les condicions de vida, certament, han canviat i

l'actual relació de classes s'assembla poc a la de les etapes de la primera industrialització, quan hi havia un gran contingent de classe treballadora, poc diferenciada i molt poc qualificada, i encara existia un contingent important de persones del medi rural dedicades a l'agricultura. Per tot això, els marcs conceptuals clàssics desenvolupats per ajudar a entendre la societat nascuda de la revolució industrial i el primer capitalisme productiu han estat actualitzats i revisats durant el segle XX per tal d'analitzar l'estructura social en les anomenades societats postindustrials. Un fet destacable de les societats actuals és l'aparició d'una nova classe, la classe mitjana, però cal afirmar que la vida social continua estant marcada per les diferències de classe (Giddens, 1991). Tot i que els processos de classe no són els únics factors productors de desigualtat, les societats actuals continuen caracteritzant-se per la seva estratificació i les teories sobre les classes socials continuen essent fonamentals a l'hora d'explicar la traducció de les desigualtats socials, econòmiques i de poder —entre molts altres aspectes— en nivells de salut de la població molt desiguals (Crompton, 1993).

### Mesura de la classe social

L'indicador de classe social més utilitzat en els estudis empírics sociològics ha estat el de l'ocupació. Cal diferenciar entre els esquemes que es basen en la descripció de l'estructura de classes, dels esquemes conceptuals que intenten mesurar les relacions de classe. Entre els primers, podem incloure la classificació del *British Registrar General* i, entre els segons, podem destacar la classificació de Goldthorpe, que es basa en Weber, i la de Wright, que es basa en Marx. A continuació, descrivim la primera de les tres propostes, que és la classificació en què es basa aquest informe.

### Classificació del British Registrar General

El *British Registrar General* anglès va crear una primera classificació de classe social, l'any 1911, tenint en compte una escala jeràrquica que graduava les ocupacions segons el nivell d'educació o d'aprenentatge que requerien (*Office of Population Censuses and Surveys*, 1980 i 1990). Aquesta ha estat la categorització de classe social més utilitzada en l'estudi de les desigualtats socials en la salut. Actualment, es basa en l'agrupació d'ocupacions següent: classe I, professionals; classe II, ocupacions mitjanes; classe III

N, treballadors no manuals qualificats; classe III M, treballadors manuals qualificats; classe IV, treballadors semiqualicats; classe V, treballadors no qualificats; i classe VI, ocupacions descrites inadequadament.

Entre els avantatges d'aquesta classificació, destaquen la possibilitat de comparar grups de grandària raonable, l'associació de l'ocupació amb altres mesures de posició socioeconòmica i, en tercer lloc, el seu valor predictiu a l'hora de mostrar clares desigualtats en la morbiditat, la mortalitat i la utilització dels serveis. No obstant això, altres autors també han destacat diverses limitacions importants. Per una banda, aquesta classificació ha anat canviant al llarg del temps, tant per adaptar-se als canvis en l'estatus de les ocupacions com per intentar captar millor les desigualtats entre les classes socials. És a dir, progressivament, la classificació ha anat refinant els seus efectes discriminadors a l'hora de detectar desigualtats en les estadístiques vitals, cosa que podria facilitar que s'observés un augment de les desigualtats al llarg del temps. D'altra banda, tot i que la gradació d'ocupacions del *British Registrar General* prediu resultats de salut, aquestes mesures no posen en evidència els mecanismes socials que expliquen com els individus assoleixen diferents nivells de benestar material (Jones i Cameron, 1984; Krieger i col·l., 1997).

En canvi, la classe social definida a partir de les relacions socials de producció —proposada pels autors marxistes— ajuda a entendre de quina manera el poder i el control sobre els béns físics, financers i /o organitzatius dels mitjans de producció tenen conseqüències en la vida dels individus i, per tant, en la seva salut (Jones i Cameron, 1984; Krieger i col·l., 1997; Muntaner i col·l., 2000; Wright 2000). Només darrerament, alguns estudis han començat a relacionar la mesura de classe social proposada per Wright amb indicadors de salut (Muntaner i col·l., 2000; Muntaner i col·l., en premsa).

### Classificacions utilitzades a l'Estat espanyol

A l'Estat espanyol, Domingo i Marcos (1989) van proposar una adaptació de l'escala britànica utilitzant la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1979 (CNO-79). La CNO-79 està organitzada en 10 grans grups subdividits en 85 subgrups. Com que aquesta classificació no facilitava la distinció entre treballadors qualificats i semiqualicats, però

sí que ho feia entre manuals i no manuals, a la classe III s'hi van col·locar els treballadors no manuals qualificats i a la classe IV els treballadors manuals qualificats i semiqua-  
lificats. Finalment, van quedar les classes que es poden observar a la taula 1.1. A l'Estat  
espanyol, aquesta adaptació ha estat utilitzada en algunes de les enquestes de salut i és  
la que s'utilitza en aquest informe quan es tenen en compte les dades de l'Enquesta de  
Salut de Catalunya de l'any 1994.

L'any 1995, un grup d'experts de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) varen fer  
una nova proposta de classificació basada en la de Domingo i Marcos i en la de Goldt-  
horpe. És una agrupació de les ocupacions de la *Clasificación Nacional de Ocupaciones*  
de l'any 1994 (*Grupo de trabajo* de la SEE, 1995; *Grupo SEE* i *Grupo SEMfYC*, 2000)  
(taula 1.1.). Segons el grup de treball de la SEE, aquesta informació s'hauria d'obtenir  
tant de les fonts de dades rutinàries (butlletí estadístic de defunció, butlletí estadístic de  
naixement i avortament, conjunt mínim bàsic de dades hospitalàries, història clínica i  
registres de malalties) com dels estudis periòdics i investigacions específiques. En aquest  
informe, s'ha tingut en compte aquesta classificació més recent a l'hora d'utilitzar les  
dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000.

**Taula 1.1.**

Comparació de les classificacions de classe social del *British Registrar General*, de Domingo i Marcos i del grup de treball de la Sociedad Española de Epidemiología.

Classificació del BRG	Domingo i Marcos	Grup de treball SEE
I Professionals	I Directius de l'Administració Pública i de les empreses (excepte els inclosos a II). Alts funcionaris. Professionals liberals. Tècnics superiors.	I Directius de l'Administració Pública i d'empreses de 10 o més assalariats. Professions associades a titulacions de 2n i 3er cicle universitari.
II Ocupacions intermèdies	II Directius i propietaris-gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.	II Directius d'empreses amb menys de 10 assalariats. Professions associades a una titulació de 1er cicle universitari. Tècnics i professionals de suport. Artistes i esportistes.
III N Treballadors no manuals qualificats	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 a compte propi. IIIc Supervisors de treballadors manuals.
III M Treballadors manuals qualificats	IVa Treballadors manuals qualificats de la indústria, el comerç i els serveis. Ídem del sector primari.	IVa Treballadors manuals qualificats.
IV Treballadors manuals parcialment qualificats	IVb Treballadors manuals semiqualficats de la indústria, el comerç i els serveis. Ídem del sector primari.	IVb Treballadors manuals semiqualficats.
V Treballadors manuals no qualificats	V Treballadors manuals no qualificats.	V Treballadors manuals no qualificats.

SEE: Sociedad Española de Epidemiología, BRG: *British Registrar General*.

Font: Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología, 1995.

**Concepte de gènere**

El concepte de gènere ha estat creat per les ciències socials i intenta diferenciar el sexe biològic de la manera com la societat construeix el *ser dona* o el *ser home* (Rohlf's i



col·l., 2000). El gènere és un “constructe” social i històric, ja que els conceptes de ser dona o ser home poden ser diferents d’una societat a una altra i han canviat al llarg del temps; el sexe, en canvi, es una categoria biològica que, en principi, és immutable i ahistòrica.

A la majoria de les societats industrialitzades, amb algunes variacions, es produeix una distribució desigual en funció del gènere entre el món de la producció (econòmic-mercantil) i el món de la reproducció (àmbit domèstic-familiar, que garanteix el sosteniment de la vida humana) que és discriminatòria per a les dones. Això implica que, majoritàriament, els homes realitzin el treball productiu fora de la llar —que és considerat un rol fonamental i és reconegut socialment— i les dones s’encarreguin, bàsicament, de les tasques relacionades amb la cura de les persones, que són considerades de tipus complementari i no tenen tant valor social. Històricament, els sistemes econòmics, i sobretot els sistemes capitalistes, han mantingut aquesta rígida dualitat per tal d’assegurar, gràcies al treball de les dones, l’oferta de força de treball necessària. Per als grups de població amb menys recursos, això ha significat una vertadera explotació dins la unitat domèstica (Carrasco, 2002). Aquesta és una de les causes centrals que explica la desigualtat, quantitativa i qualitativa, que han patit les dones en l’accés al mercat laboral.

A la majoria de les societats occidentals, la desigualtat es tradueix en una segregació laboral molt forta en funció del gènere en dos sentits: en sentit horitzontal, que es manifesta en el fet que les dones es concentrin en uns pocs sectors de l’activitat econòmica, sobretot als serveis; i una segregació vertical, que fa que les dones ocupin la majoria de feines menys qualificades i els homes ocupin amb més freqüència les posicions d’autoritat. A més, la progressiva incorporació de les dones al món laboral no domèstic es realitza sense que puguin renunciar al treball i la responsabilitat de les tasques de la llar, cosa que produeix tensió i conflicte entre les dues feines i en l’organització dels temps socials. La necessària conciliació dels dos àmbits recau en les dones i els exigeix desenvolupar diferents formes d’adaptació, resistència i eleccions diverses —tant en l’àmbit domèstic familiar com en el mercat laboral—, situació que necessàriament tindrà conseqüències per a la seva salut.

En definitiva, les desigualtats de gènere en els rols, els treballs i el poder repercuteixen de manera diferent en la salut de les dones i els homes. Cal assenyalar que, mentre als homes se'ls ha investigat més en relació a les desigualtats en la salut en funció de la classe social, en el cas de les dones s'ha fet, sobretot, en funció dels seus rols (esposa, mare, etc.) (Artazcoz, 2002). Fins fa molt poc temps, no s'ha començat a tenir en compte una visió que integri la desigualtat de classe social i de gènere (Macintyre i Hunt, 1997; Emslie, Hunt i Macintyre, 1999). A l'Estat espanyol i a Catalunya, encara hi ha molt pocs estudis que analitzin les desigualtats de gènere en la salut, tot i que durant els últims anys han tendit a augmentar. La majoria d'estudis s'han basat en les desigualtats en la mortalitat (més mortalitat i menys esperança de vida en els homes) (Brugulat i col·l., 2001) o bé en les enquestes de salut, intentant esbrinar l'impacte de les diferents posicions socials (rols, treballs, classe social, situació laboral etc.) en la salut percebuda i en els estils de vida de les dones i els homes (Rohlf s i col·l., 1997; Fernández i col·l., 1999; Rohlf s i Borrell 2000; Artazcoz i col·l., 2001a; Artazcoz i col·l., 2001b).

En aquest informe, la majoria de capítols mostren els resultats separats per sexe i es presenta la informació, sempre que és possible, amb una visió de gènere. De tota manera, hi ha un capítol que, sobretot, es focalitza en les desigualtats de gènere en la salut, posant més èmfasi en els aspectes que no s'han esmentat als altres capítols (capítol 6).

## **El territori**

Tot i que l'interès a analitzar les variacions geogràfiques en la salut té una història llarga, recentment s'ha reforçat la noció que el territori on es viu representa un context important a l'hora d'explicar la salut de les poblacions (Díez-Roux, 2001). Així, d'una banda, conèixer quina és la situació de la salut de les persones i de les poblacions mitjançant els indicadors geogràfics de salut més pertinents té un gran interès per la descripció dels problemes de salut pública i la planificació de les polítiques sanitàries. D'altra banda, un dels factors que, últimament, han reforçat l'important paper de la geografia —tant des del punt de vista social com ambiental— és el fet que el territori constitueix, en si mateix, un factor important per la salut. Així, diversos estudis han

mostrat que el context geogràfic pot influenciar en la salut, independentment dels atributs personals que tinguin els individus. La importància del territori, a més, és especialment rellevant quan es produeixen agregacions d'àrees amb un risc molt alt de mortalitat o de patir determinades malalties o problemes de salut.

En aquest informe s'utilitzen tres tipus d'unitats d'anàlisi territorial. Per una banda, l'anàlisi de la mortalitat a Catalunya s'ha descrit a les quatre províncies catalanes i, molt especialment, s'han analitzat 354 àrees petites (288 municipis o agregats de municipis de Catalunya i 66 àrees bàsiques de salut de la ciutat de Barcelona) (veure capítol 2).

D'altra banda, sempre que ha estat possible, s'han utilitzat les vuit regions sanitàries de Catalunya com a unitat geogràfica: Lleida, Tarragona, Tortosa, Girona, Costa de ponent, Barcelonès nord-Maresme, Centre i Barcelona ciutat (veure capítols 3 a 6 i 8). 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. Les regions sanitàries compten amb recursos sanitaris d'atenció primària i d'atenció especialitzada per atendre les necessitats de la població. La població de les regions varia entre 134.661 habitants (Tortosa) i 1.428.477 habitants (Barcelona ciutat; taula 1.2.).

Les regions, tot i que són unes unitats territorials força grans i, per tant, heterogènies en si mateixes, tenen característiques geogràfiques, socioeconòmiques i demogràfiques diferencials importants. Així, la regió de Lleida es caracteritza pel fet de tenir una densitat poblacional baixa a causa del seu ruralisme, sobretot a les comarques de muntanya, on els nuclis de població són molt dispersos. De fet, la meitat de la població viu en municipis de menys de 5.000 habitants. El nivell socioeconòmic està per sobre de la mitjana i les comarques de muntanya destaquen perquè són les que tenen la renda bruta familiar disponible més alta de Catalunya.<sup>1</sup> El percentatge de població de 65

---

1. La renda bruta disponible mesura els ingressos de què disposen els residents d'un territori per destinar-los al consum o al estalvi. Aquesta renda no només depèn dels ingressos de les famílies directament vinculats a la retribució per la seva aportació a l'activitat productiva (remuneració d'assalariats i excedent brut d'explotació), sinó que també és influïda per l'activitat de l'Administració pública mitjançant els impostos i les prestacions socials. Es calcula com a saldo del compte de renda de les famílies, és a dir,

**Taula 1.2.**

Estructura de la població segons les regions sanitàries. Catalunya, 2000.

Regió	Habitants	% de 14 anys o menys	% de 65 anys o més
Lleida	343.254	13,4	21,0
Tarragona	465.266	14,7	16,8
Tortosa	134.661	13,1	22,0
Girona	541.202	14,8	17,9
Costa de ponent	1.186.814	14,1	14,6
Barcelonès nord-Maresme	696.260	14,4	14,6
Centre	1.376.005	15,1	15,3
Barcelona ciutat	1.428.477	11,7	22,6
<b>Catalunya</b>	<b>6.171.939</b>	<b>13,8</b>	<b>17,6</b>

Font: Institut d'Estadística de Catalunya. Estimacions postcensals. Dades referides a l'any 2000.

anys o més és elevat (21%). A la regió de Tarragona, la majoria de la població viu a les zones costaneres i existeix una dispersió més gran a les zones interiors. Té una renda familiar disponible per càpita que varia força entre comarques; n'hi ha que la tenen alta (Baix Penedès) i n'hi ha que la tenen de les més baixes de Catalunya (la Terra Alta i el Priorat). Tortosa és la regió més meridional, amb un nombre d'habitants més petit, amb un percentatge elevat de gent gran (22%) i amb una renda familiar disponible inferior a la mitjana de Catalunya. La regió de Girona és la més pròspera pel que fa al nivell socioeconòmic, amb una renda familiar disponible per càpita superior a la del conjunt de Catalunya; el turisme i la població flotant constitueixen fenòmens importants en aquesta regió. La regió de la Costa de ponent, que inclou quatre comarques (entre elles el Baix Llobregat) i la ciutat de l'Hospitalet de Llobregat, està formada per la major part de municipis de l'àrea metropolitana de Barcelona, que tenen una densitat poblacional elevada, un nivell socioeconòmic situat entre els nivells mitjà i baix

és la diferència entre el conjunt de recursos i usos. El caràcter que té és el de renda bruta, atès que no dedueix cap consum del capital fix (Institut d'Estadística de Catalunya: <http://www.idescat.es/scripts/dce.dll?TC=7&ID=5104>)

i un percentatge de població que ha nascut fora de Catalunya força elevat, sobretot al cinturó industrial de Barcelona. La regió del Barcelonès nord i Maresme engloba zones urbanes de nivell socioeconòmic mitjà-baix —com Santa Coloma de Gramenet, Badalona o Sant Adrià— i zones de nivell socioeconòmic mitjà-alt —com és el cas de gran part del Maresme. La regió sanitària del Centre comprèn, bàsicament, les comarques del Vallès, el Berguedà i el Bages i té àrees molt poblades (el Vallès, amb municipis com Terrassa, Sabadell i Rubí) i zones molt poc poblades com el Berguedà; el nivell socioeconòmic és inferior a la mitjana. La regió de Barcelona és la més gran, és la que té la població més envellida (22,6% de la població té més de 65 anys) i correspon a la ciutat de Barcelona. Per tant, és un territori totalment urbanitzat i amb una densitat alta, on trobem —com a la majoria de nuclis urbans grans— població amb un nivell socioeconòmic molt alt i població amb un grau molt alt de marginalitat.

## **ALGUNS EXEMPLES INTERNACIONALS I DE L'ESTAT ESPANYOL DE DESIGUALTATS SOCIOECONÒMIQUES EN LA SALUT**

### **Exemples internacionals**

Tot i l'existència —des de mitjans del segle XIX i al llarg del segle XX— de diversos estudis sobre la relació entre la classe social, la pobresa o altres factors socials i la salut, l'estudi modern de les desigualtats socials en la salut es pot dir que neix fa poc més de dues dècades amb la publicació de l'informe Black (Black i col·l., 1988). Aquest informe, publicat al Regne Unit l'any 1980, va analitzar en profunditat la informació disponible, a Anglaterra i Gal·les i també a d'altres països europeus, sobre les desigualtats en la mortalitat, la morbiditat i la utilització dels serveis sanitaris. A més, va descriure les possibles explicacions sobre les causes de les desigualtats i va oferir recomanacions per la recerca i les polítiques de salut pública per tal d'avançar en la seva reducció. Aquest treball tan important va assenyalar que, per ambdós sexes i per a totes les edats, les desigualtats en la salut entre les classes socials eren clares i havien augmentat durant el segle XX. Constatava que la salut havia millorat molt més entre les classes benestants que no pas entre les classes més desfavorides i va recomanar una millora en la distribució dels recursos en funció de les necessitats. No obstant això, la influència que va tenir l'informe Black

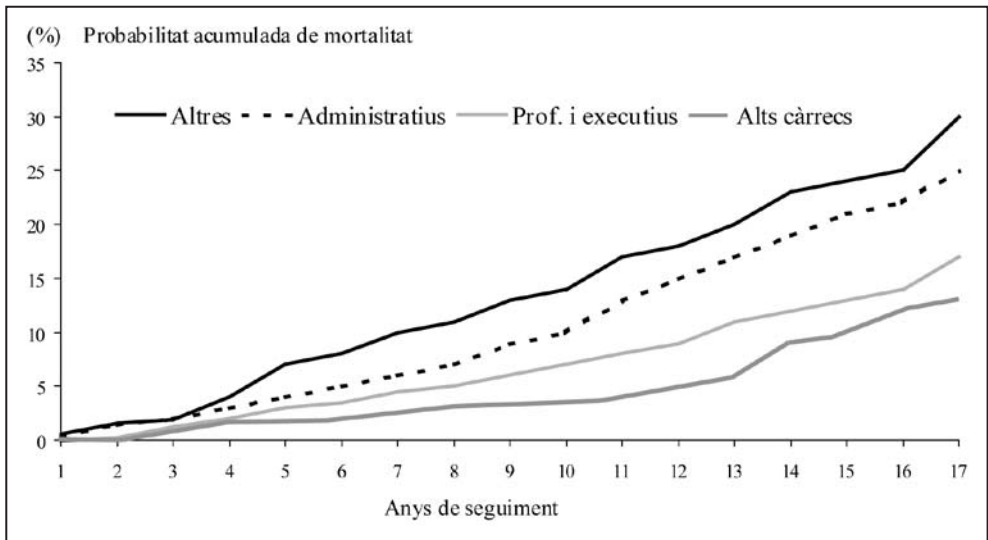
no només va ser per la informació que va oferir, sinó també pel debat científic, ideològic i polític que va generar.

Deixant de banda el Regne Unit, al llarg dels anys 1980 i 1990, la major part d'estudis sobre les desigualtats en la salut han estat realitzats a diversos països del centre d'Europa, com Holanda, Suècia i també Nord-Amèrica. En canvi, en altres països europeus desenvolupats, aquest tema s'ha començat a tractar des de fa poc temps i als països subdesenvolupats encara hi ha molt pocs estudis. Trobem diversos exemples que ens permeten il·lustrar alguns punts especialment interessants pel que fa al coneixement de què disposem avui dia.

Un dels nuclis d'informació més rics per a l'estudi de les desigualtats en la salut el trobem, probablement, en les diverses anàlisis realitzades en dues cohorts de fun-

### Figura 1.1.

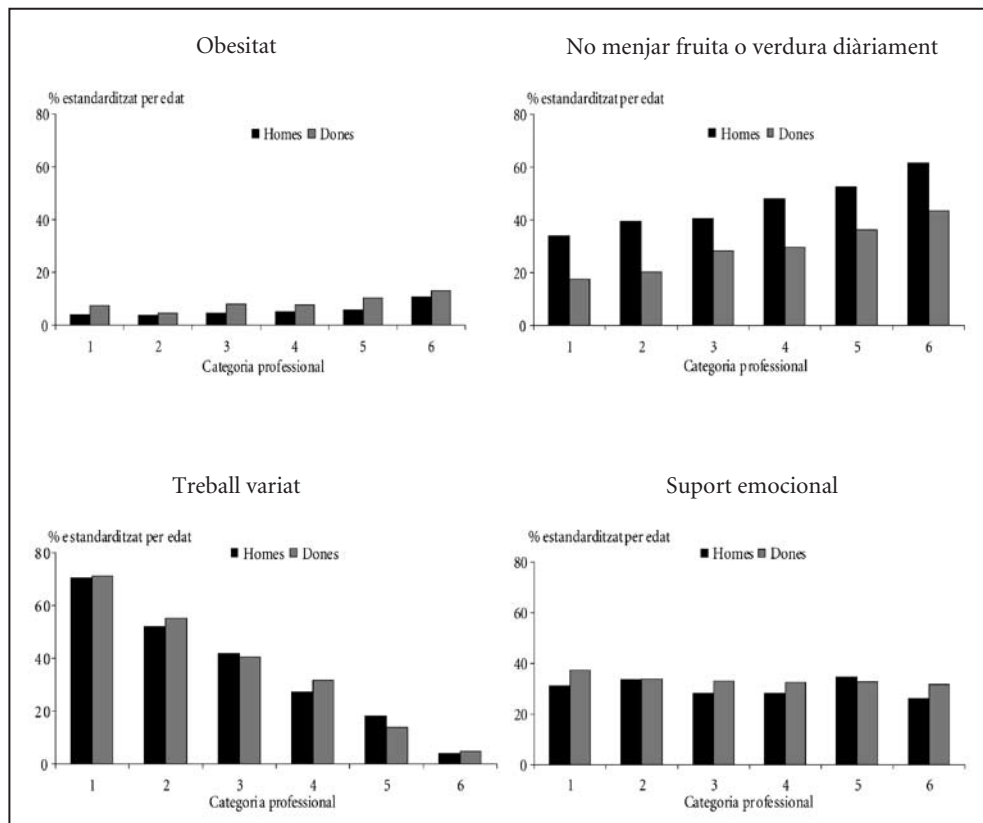
Mortalitat per totes les causes per any de seguiment i categoria professional. Cohort de funcionaris Whitehall I. Homes de 40 a 64 anys a l'inici del seguiment. Londres.



Font: Marmot i col·l., 1995

**Figura 1.2.**

Característiques relacionades amb la salut en la cohort de funcionaris Whitehall II. Homes i dones de 35 a 55 anys. Londres, 1985-88.



Font: Marmot i col·l., 1991

cionaris de l'ajuntament de Londres (Whitehall I i Whitehall II), que han donat lloc a multitud de publicacions científiques de gran interès. Aquests estudis han realitzat tres observacions molt rellevants: existeix un gradient clar i consistent entre les classes socials en indicadors de salut molt diversos, s'observa un manteniment o augment d'aquestes desigualtats quan es mesuren de forma relativa i, tercer, les desigualtats no es poden explicar solament pel paper que puguin jugar-hi factors associats amb els estils de vida, sinó, sobretot, pels factors materials i psicosocials. Un exemple d'això el

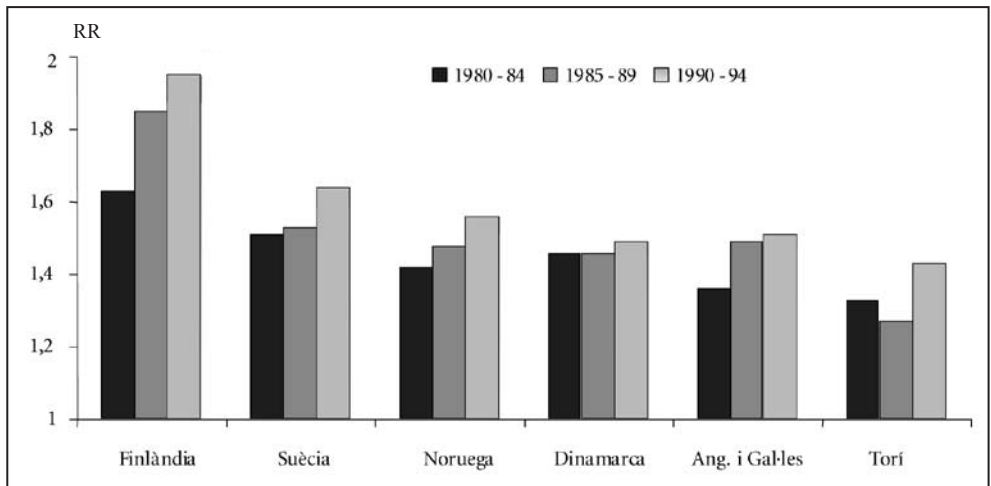
podem observar a la figura 1.1., on veiem que, després de 17 anys de seguiment de la cohort Whitehall I, les desigualtats en la mortalitat entre les categories professionals tendeixen a augmentar.

La figura 1.2. ens mostra un exemple de la cohort Whitehall II on s'evidencia l'efecte de gradient entre les categories professionals, des de les més avantatjades (1) fins a les més desavantatjades (6). En aquest exemple es mostra l'augment de l'obesitat, la dieta menys equilibrada i la disminució de població que fa treball variat. S'observen menys diferències respecte al suport emocional. Els resultats són consistents, tant en els homes com en les dones.

Recentment, diversos anàlisis de les desigualtats en la mortalitat durant les darreres dècades del segle XX han mostrat que hi ha hagut un augment. Com que les tendències en la mortalitat han estat més favorables a les classes benestants que a les classes més desfavorides, les diferències relatives en la mortalitat han augmentat a la majoria de

### Figura 1.3.

Risc de mortalitat (RR) comparant les classes manuals i les no manuals. Homes de 30 a 59 anys. Diversos països, 1980-1994.



Font: Kunst i col·l., 2000.



països dels quals disposem de la informació adequada. Podem observar un exemple a la figura 1.3., on s'aprecia l'evolució del risc de mortalitat en els homes de 30 a 59 anys entre l'any 1980 i el 1994 a diversos països europeus.

D'altra banda, els estudis espacials no només han identificat diferències molt clares entre àrees geogràfiques molt petites, sinó que també han trobat una associació molt marcada entre diversos factors de privació material —com ara l'atur, la pobresa o la manca d'educació— i la salut. Alguns dels millors exemples els trobem als estudis realitzats a Escòcia (Carstairs i Morris, 1991) i Anglaterra (Townsend i col·l., 1988).

## Exemples de l'Estat espanyol

L'estudi de les desigualtats socioeconòmiques en la salut a l'Estat espanyol és relativament recent. No és fins a mitjans de la dècada dels anys 90 que es produeixen tres avenços importants en la recerca. A continuació els assenyalarem breument.

En primer lloc, l'any 1994 es publica un dels primers textos sobre les desigualtats i les diferències de salut a l'Estat espanyol (Regidor i col·l., 1994). Utilitzant les dades de mortalitat, les enquestes disponibles i el registre estatal de la sida, aquest treball posava l'èmfasi en les diferències segons l'edat i el sexe en l'esperança de vida, l'esperança de vida lliure d'incapacitat, l'estat de salut percebut, la talla, el pes al moment de néixer i també en els problemes de salut prioritaris, com ara la malaltia isquèmica del cor, la malaltia cerebrovascular, el càncer de pulmó o les lesions per accidents de trànsit, entre d'altres.

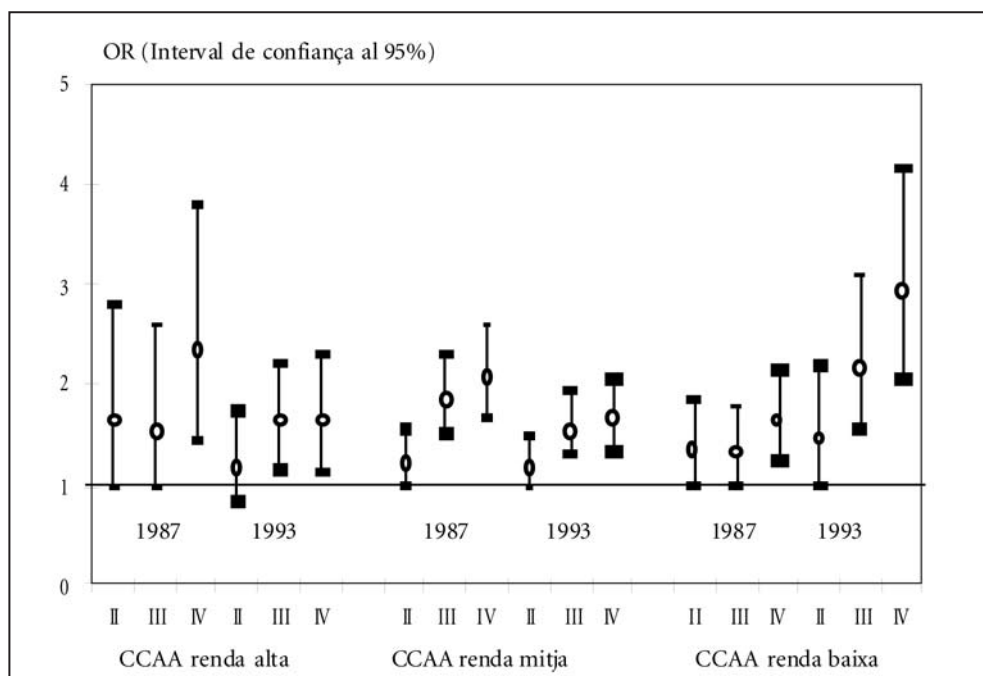
En segon lloc, l'any 1996 es publica el *Black report* espanyol. En aquest treball, realitzat per un grup d'experts ampli, es va presentar la informació empírica més completa que hi ha fins ara sobre les desigualtats socials en la salut a l'Estat espanyol (Navarro, Benach i col·l., 1996). Per un costat, era la per primera vegada que s'estudiaven les desigualtats en la mortalitat en àrees geogràfiques petites (municipis o agregats de municipis). Per l'altre, s'analitzaven les desigualtats en funció de la classe social, l'edat, el sexe i la comunitat autònoma i es mostrava l'evolució de les desigualtats en l'estat

de salut, les conductes relacionades amb la salut i la utilització dels serveis sanitaris. A més, el llibre contenia un capítol sobre les polítiques orientades a la reducció de les desigualtats en la salut i plantejava recomanacions com la necessitat de disposar de fonts d'informació amb indicadors socials comparables, d'utilitzar indicadors de classe social apropiats i de desenvolupar les polítiques que permetessin reduir les desigualtats en la salut. Quan es va publicar l'informe, l'any 1996, el govern conservador del Partit Popular en va fer una difusió molt reduïda i les seves recomanacions no varen ser tingudes en compte.

En tercer lloc, durant els darrers anys, s'ha produït un avenç destacat en el coneixement de les desigualtats en la salut mitjançant la publicació de diversos articles a revistes científiques especialitzades. Vegem-ne alguns exemples. En un estudi sobre l'evolució de les desigualtats en la mortalitat realitzat a vuit províncies de l'Estat espanyol entre els anys 1980-82 i 1988-90, es va observar un augment de les desigualtats en la majoria de causes de defunció (Regidor i col·l., 1996). L'anàlisi a les àrees geogràfiques petites ha posat en evidència que l'excés de mortalitat a causa de la privació material és de 35.000 defuncions anuals. És a dir, cada hora, la mort de quatre persones està associada a la desigualtat social. Les comunitats d'Andalusia i Extremadura, amb una cinquena part de la població espanyola, acumulen un terç de les morts evitables associades a factors socioeconòmics (Benach i Yasui, 1999; Benach i col·l., 2001). Pel període 1987-95, l'excés de mortalitat s'ha xifrat en més de 222.000 morts (Benach i col·l., 2003). D'altra banda, diversos estudis realitzats a ciutats com Pamplona (Casi-Casanellas i Moreno, 1992), Madrid (Pérez-Domínguez i col·l., 1993), Màlaga (Marín i March 1992) o València (Arias i col·l., 1993) han evidenciat que els barris amb un nivell socioeconòmic baix i amb més privació material presenten més mortalitat i més mortalitat prematura. Els estudis realitzats a Barcelona encara són més abundants. S'han realitzat estudis sobre les desigualtats en la salut analitzant les desigualtats en la mortalitat al territori (districtes, barris o àrees bàsiques de salut) (Borrell i Arias 1995; Borrell i col·l., 1997; Pasarín i col·l., 1999), les desigualtats en la mortalitat segons el nivell d'estudis (Borrell i col·l., 1999; Fernández i Borrell 1999; Borrell i col·l., 2002a) i les desigualtats segons les classes socials, sobretot amb dades de les 4 enquestes de salut de la ciutat (Borrell i col·l., 2000).

D'altra banda, l'anàlisi de les diverses enquestes de salut realitzades a l'Estat espanyol ha permès estudiar les desigualtats segons la classe social i el sexe en la salut percebuda, en els hàbits relacionats amb la salut i en la utilització dels serveis sanitaris. Així, s'ha posat en evidència que, en general, les classes més privilegiades tenen uns indicadors de salut més bons i que les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris fan referència, sobretot, als serveis o a les pràctiques preventives que no ofereix el Sistema Nacional de Salut. Vegem dos exemples de la informació de què disposem. La figura 1.4. evidencia que, tant l'any 1987 com el 1993, el risc de patir mal estat de salut és més important en les persones de les classes menys privilegiades.

**Figura 1.4.**  
Mal estat de salut percebut segons la classe social i les regions agrupades en funció de la riquesa. Homes. Estat espanyol, 1987 i 1993.



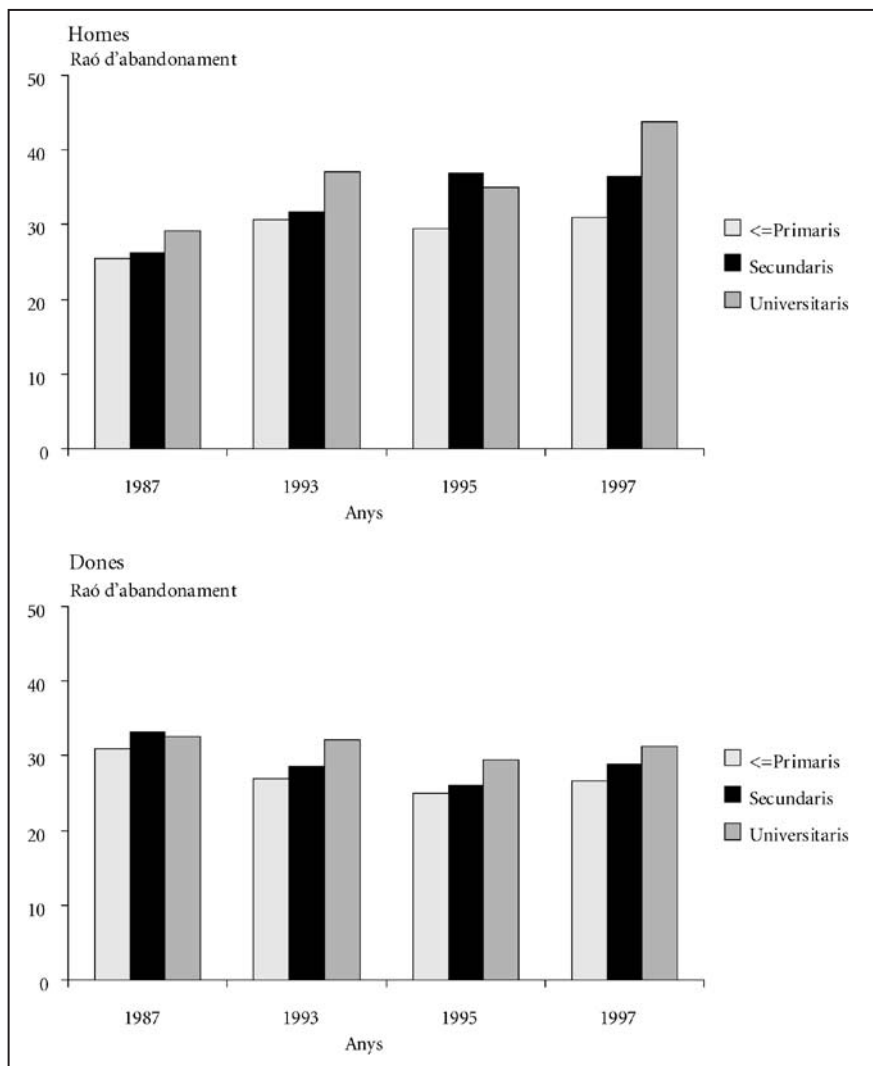
OR: *odds ratio*, CCAA: Comunitat Autònoma.

La classe I és la classe de referència.

Font: Navarro, Benach i col·l., 1996.

**Figura 1.5.**

Abandonament de l'hàbit de fumar. Homes i dones. Estat espanyol, 1987-1997.



Raó d'abandonament: exfumadors / fumadors + exfumadors

Font: Fernández i col·l., 2001.

Un altre exemple el trobem a la figura 1.5., on es presenten les raons de l'abandonament de l'hàbit de fumar a l'Estat espanyol. S'observa que sempre han estat més elevades entre les persones que tenen un nivell d'estudis més alt i que aquestes desigualtats han tendit a augmentar al llarg dels anys.

Finalment, cal destacar que, a part de les enquestes de salut, hi ha altres treballs que han analitzat altres indicadors de salut en l'anàlisi de les desigualtats com ara el pes al moment de néixer (Armero 1991, Rodríguez i col·l., 1995), la situació dels pacients ingressats i/o morts en unitats de cures intensives (Latour i col·l., 1991) o l'obesitat (Gutiérrez-Fisac i col·l., 1996).

## **LES CAUSES DE LES DESIGUALTATS SOCIOECONÒMIQUES EN LA SALUT**

L'informe Black (Black i col·l., 1988) i l'informe *The Health Divide* (Whitehead, 1988) van mostrar l'evidència de les desigualtats en la salut a Anglaterra i altres països i van proposar quatre possibles causes per explicar les desigualtats socials en la salut: els errors metodològics existents als propis estudis, la selecció social, els comportaments lligats a la salut i les explicacions de tipus estructural o material. Aquesta darrera explicació és la que va defensar amb més èmfasi l'informe Black, probablement, més per l'eliminació de les altres causes que no pas perquè aquesta hagués estat prou demostrada (Davey Smith i col·l., 1994). La recerca científica ulterior, durant dues dècades, ha posat de manifest tres aspectes que tenen un relleu especial. En primer lloc, que les desigualtats socials en la salut són un fenomen real que no es pot explicar a partir dels problemes específics en la qualitat de les dades disponibles o d'errors metodològics en la seva anàlisi. Segon, que l'explicació de les desigualtats en la salut prové, fonamentalment, de les causes socials i no pas d'una selecció social, que faria que els que es trobessin en un estat de salut més dolent empitjoressin la seva situació social. I tercer, que, a més de les explicacions esmentades, també hi ha altres causes complementàries que juguen un paper rellevant: els factors psicosocials, els serveis sanitaris i la perspectiva de vida. A continuació, fem una descripció breu de cadascuna d'aquestes possibles causes.

## **La selecció social**

Aquest enfocament suggereix que les desigualtats socials es poden explicar a partir d'un procés de selecció segons el qual el nivell de salut determina el canvi en la posició social i no a l'inrevés. És a dir, la gent que té mala salut tendiria a moure's cap a les classes socials més desafavorides i la gent amb bona salut cap a les benestants. La mobilitat social es podria donar dins d'una mateixa generació (selecció intrageneracional) o entre dues generacions (selecció intergeneracional). A més, aquesta darrera selecció podria ser directa —quan l'estat de salut determina la posició econòmica— o bé indirecta —quan alguns factors ocorreguts durant la infantesa que són determinants per la salut, com són la privació o l'educació, determinen tant la salut com la mobilitat social en els adults.

Alguns estudis han mostrat l'existència d'un cert grau de mobilitat social entre les persones amb unes malalties determinades, com el cas de la bronquitis crònica (Susser i col·l., 1985). No obstant això, diversos estudis de seguiment han trobat resultats diferents. Així, un estudi de l'*Office of Population, Censuses and Surveys* va permetre avaluar la influència de la mobilitat social en els canvis de les taxes de mortalitat sense trobar cap relació entre ambdós fets (Fox i col·l., 1982). Un altre exemple és l'estudi Whitehall —esmentat anteriorment—, que es va realitzar en una cohort de funcionaris de Londres per estudiar les desigualtats de mortalitat en els individus que no estaven malalts al començament de l'estudi i que no va trobar que la mobilitat social pogués explicar les desigualtats (Davey Smith 1990).

## **Explicacions del comportament i/o culturals**

Aquesta explicació es basa en el fet que el comportament i les conductes individuals perjudicials per la salut —com ara el consum de tabac, la manca d'activitat física o fer una dieta inadequada— comporten desigualtats de salut. Ha de quedar clar però, que aquestes conductes relacionades amb la salut no només estan subjectes a l'elecció individual, sinó que tenen relació amb la cultura i les circumstàncies de l'estructura social. En aquest sentit, no és estrany que, sovint, les explicacions del comportament i les explicacions estructurals s'hagin plantejat conjuntament.

Actualment, les persones que pertanyen a les classes menys privilegiades fumen més que les de les classes benestants. Aquest fenomen, però, no passava fa uns anys. S'ha descrit que les conductes perjudicials per a la salut —com el consum de tabac— s'inicien en els homes de les classes benestants i, posteriorment, són adoptades per les classes populars i les dones (Waldron, 1991; Pierce, 1991; López i col·l., 1994; Graham, 1996; Cavelaars i col·l., 2000). A l'estudi Whitehall II, per exemple, es va detectar que les categories professionals menys qualificades fumaven més, feien menys exercici en temps de lleure i feien una dieta menys equilibrada, però, en canvi, presentaven poques diferències en el colesterol sèric i en la tensió arterial (Marmot i col·l., 1991). De tota manera, cal remarcar que diversos estudis han trobat desigualtats en la salut independentment de quines siguin les conductes dels individus. L'estudi Whitehall, per exemple, va descriure l'existència de desigualtats clares en la mortalitat cardiovascular en funció del nivell socioeconòmic que no es podien explicar per les diferències en el consum de tabac, la tensió arterial, el nivell de colesterol, la intolerància a la glucosa, la talla o les malalties prevalents (Davey Smith i col·l., 1990). Igualment, l'estudi de l'*Alameda County* va trobar desigualtats en la mortalitat dels diferents grups socials després de tenir en compte el consum de tabac, l'activitat física, el consum d'alcohol, l'obesitat i els patrons de la son (Haan i col·l., 1987).

### **Explicacions materials o estructurals**

Aquestes teories posen l'èmfasi en el paper que juguen l'entorn social i les condicions de vida i de treball de la gent en la producció de salut. Per exemple, s'ha comprovat que l'ocupació i l'atur tenen una influència clara en l'estat de salut física i psíquica de les persones i en l'aparició més freqüent de determinades malalties. Les característiques de l'habitatge i dels serveis de què es disposa també han estat relacionats amb l'estat de salut i, sobretot, amb les taxes elevades de malaltia respiratòria en els infants. Altres factors destacables són l'ambient laboral, social i ambiental. En aquest sentit, les desigualtats es produïrien perquè, sovint, les classes populars estan molt més exposades a una situació global menys saludable que no pas les altres classes socials. Habitualment, les classes socials més desavantajades treballen en ocupacions que estan més exposades a factors de risc físics, químics i psicosocials, habiten en

residències de menys qualitat i, sovint, viuen en àrees on hi ha més contaminació ambiental (Davey Smith i col·l., 1994).

També s'ha mostrat el paper que juguen el nivell d'ingressos i la riquesa a l'hora d'explicar les desigualtats i, més recentment, s'ha posat èmfasi en la importància que poden tenir les desigualtats de renda sobre la salut; de manera que a les àrees on la distribució de la renda és més desigual hi ha més mortalitat i un estat de salut percebut més dolent (Wilkinson, 1996). Els mecanismes que expliquen aquesta relació difereixen segons els autors: mentre que, per uns, serien sobretot factors psicosocials —com els que constitueixen el capital social (Wilkinson, 1996; Kawachi, Kennedy i Wilkinson, 1999; Wilkinson, 2000)—, d'altres defensen que són factors materials, com la manca d'inversions en zones amb més desigualtat de renda, o els factors polítics lligats al mercat de treball o a l'estat del benestar les que expliquen millor aquesta relació (Muntaner i Lynch, 1999; Lynch i col·l., 2000; Navarro i Shi, 2001). Cadascun dels factors esmentats contribueix al gradient de salut que apareix entre les diferents classes socials.

### **Els factors psicosocials**

Els factors psicosocials laborals també han estat esmentats entre les causes que produeixen les desigualtats socials en la salut (Marmot i col·l., 1991; Marmot i col·l., 1995). Entre els principals factors d'estrès existents dins l'àmbit laboral, destaca la manca de control sobre el propi treball. Així, Johnson i Hall (1995) han destacat que el control sobre el procés del treball disminueix en les classes menys privilegiades, ja que la subordinació implica tenir menys possibilitats de decisió i menys autoritat i control sobre el propi temps, les activitats que es fan i els recursos que es tenen. A més, el grau de control afecta l'habilitat de determinar el curs de la vida, de poder seleccionar l'ocupació, de tenir possibilitats de mobilitat i, fins i tot, de l'ús del temps de lleure (Johnson i Hall, 1995). Aquest factor té un efecte clar sobre la salut. Així, per exemple, els homes exposats a un control baix en el seu lloc de treball tenen un risc més elevat de mortalitat cardiovascular que no pas els homes amb treballs amb un control alt (Johnson i col·l., 1996). L'estudi Whitehall II ha mostrat que les persones amb més qualificació professional, globalment, tenen una ocupació més satisfactòria —tenen



més control sobre el propi treball, una feina més variada i menys pressió sobre el ritme de treball. A més, aquestes persones, tenen una xarxa social més extensa d'amics i tenen més possibilitat de tenir *hobbies* (Marmot i col·l., 1991).

## Els serveis sanitaris

L'informe Black no va considerar els serveis sanitaris com un dels factors primordials de les desigualtats socials en la salut. Segons Blaxter (1983), però, com a mínim, els serveis sanitaris alleugen el patiment dels malalts. Aquesta autora revisa el benefici potencial que pot tenir la prevenció primària, secundària i terciària, assenyalant les desigualtats socials en aquests beneficis; així, per exemple, trobem que les classes socials benestants tenen més accés als missatges d'educació sanitària que els treballadors manuals. De la mateixa manera, s'ha emfasitzat que hi ha una tendència per part dels grups privilegiats socioeconòmicament a beneficiar-se més dels serveis sanitaris i de les polítiques socials (Deleek, 1989).

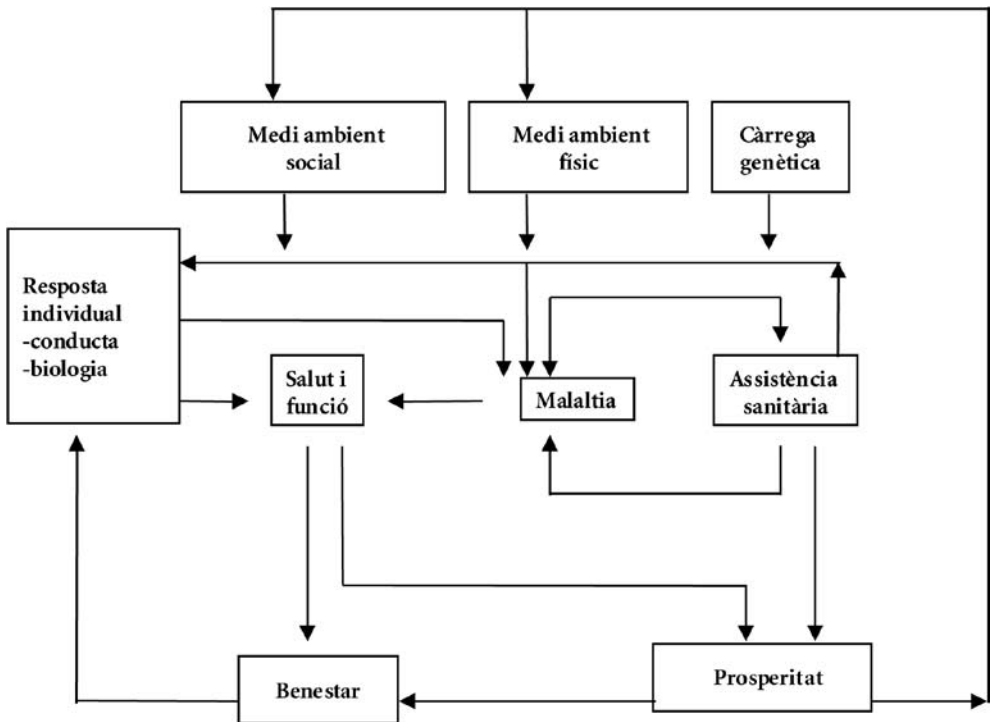
Tot i que les diferències en l'organització dels serveis sanitaris als diferents països desenvolupats fa difícil la seva comparació (Macintyre, 1989), hi ha estudis molt diversos que han assenyalat la seva possible contribució. Per exemple, Mackenbach i col·l. (1989) han mostrat que l'augment de les desigualtats en la mortalitat a Anglaterra i Gal·les es deu, parcialment, a la mortalitat que es pot prevenir a causa de les diferències en l'atenció mèdica. Avui dia, l'accés reduït de les classes socials menys benestants als serveis sanitaris preventius, als serveis curatius de qualitat i als serveis sanitaris de cures pal·liatives és un fet prou evident (Blaxter, 1983; Macintyre, 1989; Whitehead i col·l., 1997). Feinstein assenjala que, als EUA, les diferències en l'accés i la utilització dels serveis sanitaris contribueixen a l'existència de desigualtats segons el nivell socioeconòmic. Divideix la utilització dels serveis sanitaris en els aspectes següents: els serveis preventius, el diagnòstic i l'entrada als serveis de salut, l'eficàcia dels tractaments i el seguiment i les readmissions. En les quatre etapes, les persones de classes socials menys privilegiades presenten una situació de desavantatge respecte als altres grups (Feinstein, 1993).

**La perspectiva vital (*life-course*)**

Aquesta explicació analitza com s'esdevé la malaltia i l'adquisició de factors de risc al llarg de la història vital de cada persona (Blane, 1999). De fet, la classe social a la qual es pertany durant la infantesa determina —en bona mesura— la classe social de l'edat adulta, ja que, malgrat la mobilitat social, hi ha una proporció elevada de persones que no canvien de classe al llarg de la vida. El fet de pertànyer a una classe social desfavorida durant més temps, implica un estat de salut més dolent i una adquisició i acumulació de factors de risc per a la salut. L'estudi de la perspectiva vital, anomenada

**Figura 1.6.**

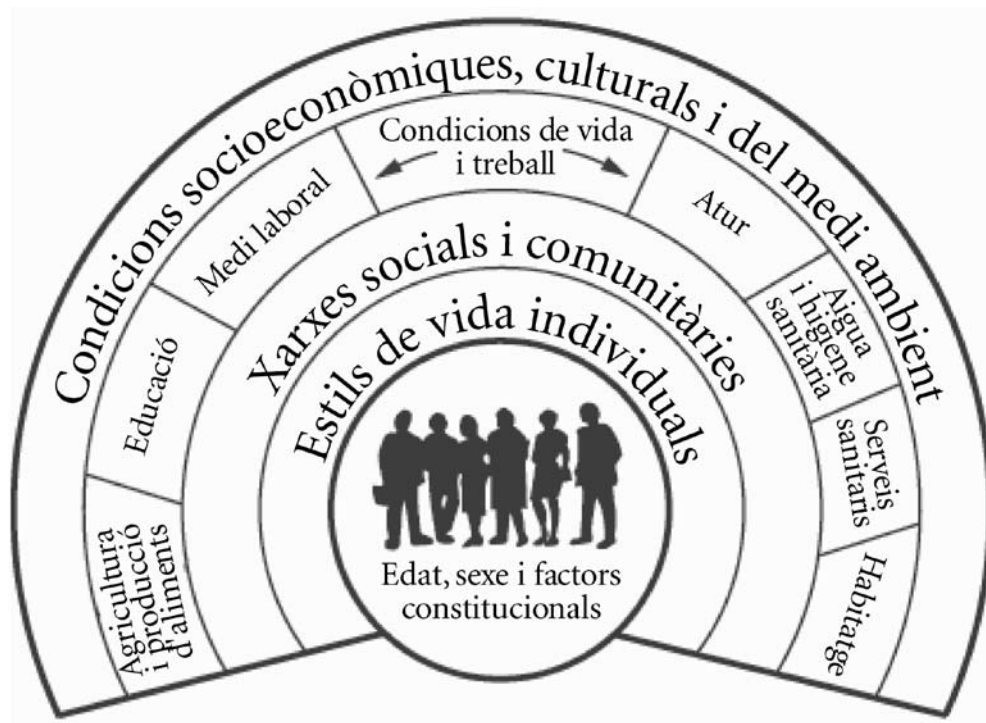
Model sobre els determinants de salut d'Evans i Stoddart.



Font: Evans i Stoddart, 1996.

**Figura 1.7.**

Model de salut de Dalghren i Whitehead.



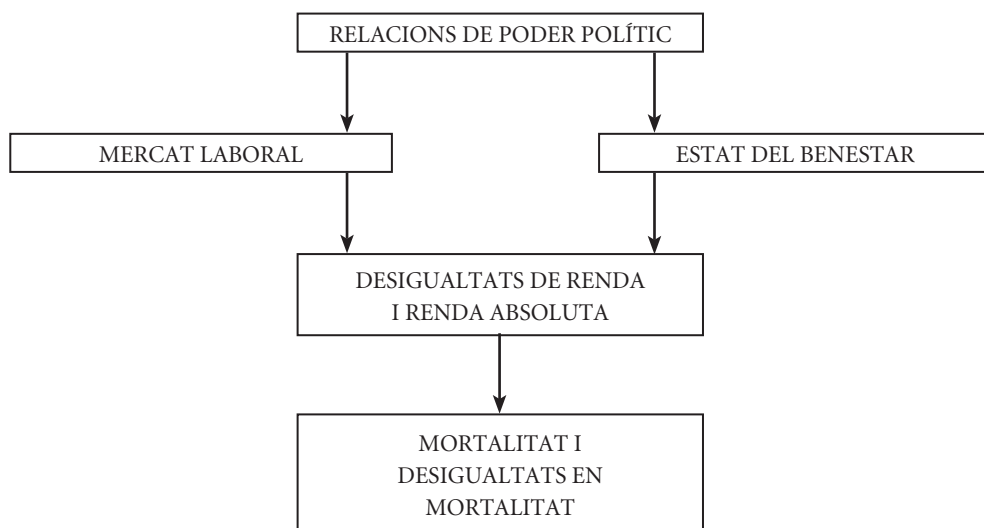
Font: Dalghren i Whitehead, 1991.

també del curs de la vida (*life-course*), també permet analitzar la selecció social o el canvi de classe social per la manca de salut i, al mateix temps, els altres factors que causen les desigualtats socials en la salut. Aquesta anàlisi global permet entendre més fàcilment les desigualtats existents a l'edat adulta.

Per entendre les causes de les desigualtats en la salut, diversos autors han definit models conceptuals que intenten integrar el conjunt de factors que hem assenyalat anteriorment. Tres d'aquests models es presenten a les figures 1.6., 1.7. i 1.8.

**Figura 1.8.**

Model proposat per la Xarxa Europea sobre desigualtats socials i salut.



Font: Modificat de *European Network on social inequalities and health*, 2003.

## LA IMPORTÀNCIA D'ESTUDIAR LES DESIGUALTATS EN LA SALUT

La importància i la necessitat de conèixer i reduir les desigualtats socials en la salut es pot concretar en les raons generals següents: en primer lloc, les desigualtats en la salut existeixen a tots els països i en forma de gradient en l'escala social. En aquest sentit, tot i que les desigualtats entre el primer i el tercer món avui dia són enormes, fins i tot als països més desenvolupats existeixen clares desigualtats entre les persones de diferent classe social, gènere o ètnia; en segon lloc, les desigualtats socials en la salut són molt grans. De fet, l'impacte de les desigualtats en la salut és més gran que l'impacte que tenen factors de risc d'emmalaltir tan coneguts com el tabac; en tercer lloc, les desigualtats en la salut estan augmentant. Als països desenvolupats existeix una millora de la salut de la població, però aquesta millora és molt diferent segons la

classe social a la qual pertanyis, de manera que les classes més benestants presenten davallades més importants de la mortalitat i de la morbiditat, fet que repercuteix en l'augment relatiu de les desigualtats; i finalment, avui dia, hi ha proves suficients que mostren que les desigualtats socials en la salut es poden reduir mitjançant la posada en pràctica de polítiques socials i sanitàries apropiades (Benach, 1997).

A Catalunya, el coneixement de les desigualtats socials en la salut encara està molt poc desenvolupat. El nombre d'estudis que les analitzen encara són escassos i els plans de salut de Catalunya pràcticament no contemplen abordar el tema de les desigualtats socials en la salut entre els seus objectius. No obstant això, durant els darrers anys, s'han publicat alguns estudis —encara poc coneguts— que han estudiat les desigualtats segons la classe social, el gènere i el territori i que han estat realitzats amb dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 1994 (Rajmil i col·l., 1998; Rajmil i col·l., 2000; Fernández i col·l., 2000; Borrell i col·l., 2001). L'estudi de les desigualtats en la mortalitat ha estat abordat en molt poques ocasions i gairebé no hi ha publicacions sobre el tema (Borrell i Pasarín, 1999). Aquest fet es veu dificultat per la manca de variables socioeconòmiques existents al Butlletí Estadístic de Defunció. No obstant això, l'estudi de les desigualtats a nivell territorial, sobretot comparant àrees geogràfiques petites amb diferents nivells socioeconòmics, tampoc no s'ha realitzat fins el moment. Una excepció, però, és la ciutat de Barcelona, on l'estudi de les desigualtats socials en la salut té una llarga tradició des de les primeres eleccions democràtiques, quan una coalició de partits polítics —liderada pel Partit dels Socialistes de Catalunya— va començar a governar la ciutat. Durant tots aquests anys, a Barcelona, s'ha fet un seguiment de les desigualtats, s'ha reconegut el problema, tant en els informes de salut anuals presentats al Ple de l'Ajuntament de Barcelona com en l'elaboració dels Plans de Salut, i s'han establert alguns programes d'intervenció des de l'àmbit de la salut pública (Borrell i col·l., 2002b).

## **OBJECTIUS I CONTINGUTS DE L'INFORME**

Aquest informe presenta un conjunt de treballs que, per primer cop, ofereixen una visió de conjunt de les desigualtats en la salut existents a Catalunya. Els seus objectius generals són tres: en primer lloc, situar les desigualtats en la salut a Catalunya dins del

context estatal i internacional; segon, oferir una visió global del tema utilitzant la informació més rellevant de què disposem actualment; i, finalment, mostrar les prioritats en la reducció de les desigualtats en la salut i les necessitats d'aprofundir en el seu estudi.

Al primer capítol, presentem una introducció sobre les desigualtats socials en la salut i es mostra la rellevància del tema i l'interès de la publicació d'aquest informe; al segon capítol, es presenta informació sobre les desigualtats en la mortalitat general utilitzant l'enfocament d'àrees geogràfiques petites, tant per la ciutat de Barcelona com pel conjunt de Catalunya. Al tercer capítol, es mostren les desigualtats socials i regionals pel que fa a l'estat de salut i malaltia, seleccionant temes com l'estat de salut percebut, els trastorns crònics, els trastorns mentals, les malalties del sistema circulatori, el càncer, les lesions i la sida. El capítol quatre mostra la situació en què es troben algunes de les conductes relacionades amb la salut de la població catalana, com l'hàbit de fumar, el consum d'alcohol, el nivell d'activitat física i la dieta. Al capítol cinc, es descriu la cobertura sanitària, la realització de pràctiques preventives i la utilització dels serveis sanitaris. El capítol sis assenyalava aspectes específics de l'anàlisi de les desigualtats de gènere com ara l'esperança de vida i la morbiditat diferencial entre gèneres, la salut maternal i infantil i la violència. El capítol set mostra la informació disponible sobre la salut dels immigrants, presentant diversa informació sobre l'estat de salut, la salut maternal i infantil, l'accés als recursos de salut, les vacunacions, la sida, la tuberculosi, i la salut mental i bucodental. El capítol vuit presenta una revisió àmplia sobre les desigualtats en la situació laboral analitzant les condicions de treball, els factors de risc laboral, les exigències familiars i diversos problemes de salut laboral com les lesions causades pels accidents laborals, l'estat de salut, els problemes crònics o la salut mental. El capítol nou presenta la informació de què disposem sobre un tema molt poc tractat en altres informes de desigualtats, el tema del medi ambient, mostrant exemples sobre diversos factors de risc i contaminants físics i químics perjudicials per a la salut. Al capítol deu, es mostren les intervencions per reduir les desigualtats en la salut i es posa l'èmfasi en la manca actual de polítiques en aquest sentit. Finalment, en un darrer capítol, es plantegen les principals conclusions de l'informe i es proposen les recomanacions més adients per fer front tant a les necessitats d'informació i recerca com a les de les polítiques socio sanitàries més urgents.

## Bibliografia

Amick III B.; Levine S.; Tarlov A.; Chapman Walsh D. (eds) (1995). *Society and Health*. New York: Oxford University Press.

Armero MJ.; Frau MJ.; Colomer C. (1991). "Indicadores de salud en el medio urbano. Variaciones en función de la coherencia social de las áreas geográficas utilizadas". *Gac Sanit* 22: 17-20.

Arias A.; Rebagliato M.; Palumbo MA.; Bellver R.; Ashton J.; Colomer C. i col·l. (1993). "Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia". *Med Clin* 100: 281-287.

Artazcoz L.; Cortés I.; Benach J.; Borrell C. (2001a). "Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada". *Gac Sanit* 15: 150-153.

Artazcoz L.; Borrell C.; Benach J (2001b). "Gender inequalities in health among workers: the role of family demands". *J Epidemiol Community Health* 55: 639-47.

Artazcoz L (2002). "Salud y género". *Documentación social* 127: 181-206.

Benach J (1995). "Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994)". *Gac Sanit* 49: 251-64.

Benach J (1997). "La desigualdad perjudica seriamente la salud". *Gac Sanit* 11: 255-57.

Benach J. i Yasui Y. (1999). "Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation". *J Epidemiol Community Health* 53: 423-31.

Benach J.; Yasui Y.; Borrell C.; Saez M.; Pasarín MI. (2001). "Material deprivation and leading causes of death: evidence from a nation-wide small-area study". *J Epidemiol Community Health* 55: 239-245.

Benach J.; Yasui Y.; Borrell C.; Pasarín MI.; Daponte A. (2003). "The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain". *Prev Med* 36: 300-308.

Benach J.; Borrell C.; Daponte A. (2002). "National experiences. Spain". A: Mackenbach J. i Bakker M. *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge: 262-73.

Berkman L. i Kawachi I. (2000). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Blane D (1999). "The life course, the social gradient and health". A: Marmot M, Wilkinson G. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press: 64-80.

Black D.; Morris JN.; Smith C.; Townsend P. (1988). "The Black Report". A: Townsend P.; Davidson N.; Whitehead M. *Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide*. London: Penguin Books.

Blaxter M. (1983). "Health Services as a defence against the consequences of poverty in industrialised societies". *Soc Sci Med* 17: 1139-48.

Borrell C. i Arias A. (1995). "Socioeconomic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain". *J Epidemiol Community Health* 49: 460-5.

Borrell C.; Plasència A.; Pasarín I.; Ortún V. (1997). "Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city". *J Epidemiol Community Health* 51: 659-667.

Borrell C. (1998). *Les desigualtats socials en salut. Revisió de la bibliografia*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Col·lecció Estadístiques de Salut.

Borrell C.; Regidor E.; Arias LA.; Navarro P.; Puigpinós R.; Domínguez V.; Plasència A. (1999). "Inequalities in mortality according to educational level in two large Southern European cities". *Int J Epidemiology* 28: 58-63.

Borrell C. i Pasarín MI. (1999). "The study of social inequalities in health in Spain: where are we?" *J Epidemiol Community Health* 53: 388-9.

Borrell C.; Rué M.; Pasarín MI.; Rohlfs I.; Ferrando J.; Fernández E. (2000). "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* 31: 691-701.

Borrell C.; Fernandez E.; Schiaffino A.; Benach J.; Rajmil LL.; Villalbí JR.; Segura A. (2001). "Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia (Spain): what is the influence of a supplemental private health insurance?" *Int J Quality Health Care* 13(2): 117-25.

Borrell C.; Rodríguez M.; Ferrando J.; Brugal MT.; Pasarín MI.; Martínez V.; Plasència A. (2002a). "The role of individual and contextual effects in injury mortality: new evidence from small area analysis". *Injury Prevention* 8: 297-302.

Borrell C.; Villalbí JR.; Díez E.; Brugal MT.; Benach J. (2002b). "Municipal policies. The example of Barcelona". A: Mackenbach J. i Bakker M. *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge: 77-84.

Brugalat P.; Séculti E.; Fusté J. (2001). "Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a las fuentes de información disponibles". *Gac Sanit* 15: 54-60.



Carrasco C. (2002). "La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres?" *Mientras Tanto*, 82: 43-69.

Carstairs V. i Morris R. (1991). *Deprivation and Health in Scotland*. Sheffield: Aberdeen University Press.

Casi-Casanellas A. i Moreno-Iribas C. (1992). "Desigualdad ante la muerte: estudio comparativo entre comunidades de Navarra en el segmento de población de 25 a 74 años". *Aten Primaria* 10: 543-8.

Cavelaars A.; Kunst AE.; Geurts JJM.; Crialesi R.; Grötvedt L.; Helmert U i col·l. (2000). "Educational differences in smoking: international comparisons". *BMJ* 320: 1102-7.

Crompton R. (1993). *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid: Tecnos.

Dalghren G. i Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Davey-Smith G.; Shipley MJ.; Rose G. (1990). "Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study". *J Epidemiol Community Health* 44: 265-70.

Davey-Smith G.; Blane D.; Bartley M. (1994). "Explanations for socio-economic differentials in mortality. Evidence from Britain and elsewhere". *Eur J Public Health* 4: 131-44.

Deleek H. (1989). "The Mattheus effect in health care". A: Gunning-Schepers LJ.; Spruit IP.; Krijnen JH. *Socio economic inequalities in health. Questions on trends and explanations*. The Hague.

Diez-Roux AV. (2001). "Investigating Neighborhood and Area Effects on Health". *Am J Public Health*. 91: 1783-9.

Domingo A. i Marcos J. (1989). "Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación". *Gac Sanit* 3: 320-6.

Emslie C.; Hunt K.; Macintyre S. (1999). "Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees". *Soc Sci Med* 48:33-48.

European Network on social inequalities and health (2003). *Social Capital, income inequalities and Health. Final EU Report*.

Evans RG. i Stoddart GL. (1996). "Producir salud, consumir asistencia sanitaria". A: Evans RG.; Barer ML.; Marmor TR. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid: Díaz de Santos.

Feinstein JS. (1993). "The relationship between socioeconomic status and health. A review of the literature". *Milbank Quarterly* 71: 279-322.

Feito R. (1995). *Estructura social contemporánea. Las clases sociales en los países industrializados*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Fernández E.; Schiaffino A.; Rajmil L. i col·l. (1999). "Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia. (Spain)". *J Epidemiol Community Health* 53: 218-22.

Fernández E.; Schiaffino A.; Rajmil L. i col·l. (2000). "Desigualdades en salud según la clase social en Catalunya, 1994". *Aten Primaria* 25: 560-62.

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

Fernández E. i Borrell C. (1999). "Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona". *Br J Cancer* 79: 684-9.

Fox AJ.; Goldblatt PO.; Adelstein AM. (1982). "Selection and mortality differentials". *J Epidemiol Community Health* 36: 69-79.

Giddens A. (1991). "Estratificación y estructura de clase". A: Giddens A. *Sociología*. Barcelona: Alianza Editorial.

Graham H. (1996). "Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990". *Soc Sci Med* 43: 243-54.

Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.

Grupo SEE y Grupo SEMfYC. (2000). "Una propuesta de medida de la clase social". *Aten Primaria* 25: 350-63.

Gutiérrez-FisaC JL.; Reguidor E.; Rodríguez C. (1996). "Trends in obesity differences by educational level in Spain". *J Clin Epidemiol* 49: 351-4.

Haan M.; Kaplan GA.; Camacho T. (1987). "Poverty and health. Prospective evidence from the Alameda County Study". *Am J Epidemiol* 125: 989-98.

Johnson JV. i Hall EM. (1995). "Class, work and helth". A: Amick III BC.; Levine S.; Tarlov AR.; Chapman Walsh D. *Society and Health*. Oxford: Oxford University Press.

Johnson JV.; Stewart W.; Hall EM.; Fredlund P.; Theorell T. (1996). "Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among swedish men". *Am J Public Health* 86: 324-31.

Jones IG. i Cameron D. (1984). "Social class analysis - an embarrassment to epidemiology". *Comm Med* 6: 37-46.

Kawachi I.; Kennedy BP.; Wilkinson RG. (eds) (1999). *Income inequality and health*. New York: The New Press New York.

Krieger N.; Williams DR.; Moss NE. (1997). "Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines". *Annu Rev Public Health* 18: 341-378.

Kunst AE.; Bos V.; Mackenbach J. (2000). *Monitoring socioeconomic inequalities in health in the European Union: Guidelines and Illustrations*. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University.

Latour J.; López V.; Rodríguez M.; Nolasco A.; Álvarez-Dardet C. (1991). "Inequalities in health in intensive care patients". *J Clin Epidemiol* 44: 889-94.

López AD.; Hollinshaw EN.; Piha T. (1994). "A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries". *Tob Control* 3: 242-7.

Lynch JW.; Smith GD.; Kaplan GA.; House JS. (2000). "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions". *BMJ* 320: 1200-4.

Macintyre S. (1989). "The role of health services in relation to inequalities in health in Europe". A: Fox J. *Health Inequalities in European Countries*. European Science Foundation. Great Britain: Gower.

Macintyre S. i Hunt K. (1997). "Socio-economic position, gender and health. How do they interact?" *J Health Psychology* 2: 315-334.

Mackenbach JP.; Stonks K.; Kunst AE. (1989). "The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical care". *Soc Sci Med* 29: 369-76.

Marin FJ. i March JC. (1992). "Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga". *Gac Sanit* 6: 198-206.

Marmot MG.; Davey Smith G.; Stansfeld S.; Patel C.; North F.; Head J i col-l. (1991). "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study". *Lancet* 337: 1387-93.

Marmot M.; Bobak M.; Davey Smith G. (1995). "Explanations for Social Inequalities in Health". A: Amick III B.; Levine S.; Tarlov A.; Chapman Walsh D. (eds). *Society and Health*. New York: Oxford University Press.

Marmot M. i Wilkinson RG. (eds) (1999). *Social determinants of Health*. Oxford: Oxford University press.

Miguélez F.; Garcia T.; Rebollo O.; Sánchez C.; Romero A. (1996). *Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània*. Barcelona: Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona.

Muntaner C. i Lynch J.(1999). "Income inequality, social cohesion and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program". *Int J Health Serv* 29: 59-81.

Muntaner C.; Eaton W.; Diala CC. (2000). "Socioeconomic inequalities in mental health: a review of concepts and underlying assumptions". *Health* 47: 2043-2053.

Muntaner C.; Borrell C.; Benach J.; Pasarín MI.; Fernández E. (en premsa). "The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population". *Int J Epidemiology*.

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

Navarro V. i Shy L. (2001). "The political context of social inequalities and health". *Soc Sci Med* 52: 481-491.

Office of Population and Censuses and Surveys. *Classification of Occupations (1980)*. London: HMSO, 1980.

Office of Population and Censuses and Surveys i Employment Department Group (1990). *Standard Occupational Classification*, volume 3: "Social classifications and coding methodology". London: HMSO.

Pasarín I.; Borrell C.; Plasència A. (1999). "¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona?" *Gac Sanit* 13: 431-440.

Pérez-Domínguez FJ.; Gallardo V.; García M.; Ruiz R. (1993). "Análisis de la mortalidad en el Sector 7 de la Comunidad de Madrid durante 1987". *Aten Primaria* 12: 38-46.

Pierce JP. (1991). "Progress and problems and international public health efforts to reduce tobacco usage". *Annu Rev Publ Health* 12: 383-400.

Rajmil L.; Gispert Magarolas R.; Roset Gamisans M.; Muñoz Rodríguez PE.; Segura Benedicto A. (1998). "Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya". *Gac Sanit* 12: 153-9.

- Rajmil L.; Borrell C.; Fernández E. i col·l. (2000). "The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain)". *Arch Dis Child* 83 (3): 211-4.
- Regidor E.; Gutiérrez-Fisac JL.; Rodríguez C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- Regidor E.; Mateo S.; Gutiérrez-Fisac JL.; Rodríguez C. (1996). "Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas". *Med Clin (Barc)* 106: 285-9.
- Rodríguez C.; Regidor E.; Gutiérrez-Fisac JL. (1995). "Low birth weight in Spain associated with sociodemographic factors". *J Epidemiol Community Health* 49: 38-42.
- Rohlfs I.; De Andrés J.; Artazcoz L.; Ribalta M.; Borrell C. (1997). "Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres". *Med Clin* 108: 566-571.
- Rohlfs I. i Borrell C. (2000). "La percepció de l'estat de salut en homes i dones". *Annals de Medicina* 83: S1-26-31.
- Rohlfs I.; Borrell C.; Fonseca C. (2000). "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos". *Gac Sanit* 14 (Supl.3): 60-71.
- Susser MW.; Watson W.; Hopper K. (1985). *Sociology in Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Townsend P.; Phillimore P.; Beattie A. (1988). *Health and deprivation. Inequality and the North*. New York: Croom Helm.
- Waldron I. (1991). "Patterns and causes of gender differences in smoking". *Soc Sci Med* 32: 989-1005.
- Whitehead M. (1988). "The Health Divide". A: Townsend P.; Davidson N.; Whitehead M. *Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide*. London: Penguin Books.
- Whitehead M. (1992). "The concepts and principles of equity and health". *Int J Health Serve* 22(3): 429-445.
- Whitehead M.; Evandrou A.; Haglund B.; Diderichsen . (1997). "As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to acces to care?" *BMJ* 315: 1006-9.
- Wilkinson RG. (1996). *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson RG. (2000). "Social relations, hierarchy and health". A: Tarlov, P. *The society and population health*. New York: The New Press.

Wright EO. (2000). *Class counts: comparative studies in class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

## 2 Desigualtats geogràfiques en àrees petites

Joan Benach, José Miguel Martínez, Carme Borrell,  
M. Isabel Pasarín i Yutaka Yasui





## **INTRODUCCIÓ**

### **Les desigualtats en la salut en àrees petites**

L'estudi de les desigualtats geogràfiques ha estat, tradicionalment, un dels enfocaments més utilitzats a l'hora d'estudiar les desigualtats socials en la salut. Les raons principals són dues: la conveniència pràctica de la seva realització i el propi interès de la utilització dels estudis que treballen amb informació representada en forma cartogràfica.

Pel que fa a la primera raó, en molts països, la realització d'estudis sobre desigualtats socials en la salut basats en informació provinent dels individus no és factible. Així, per exemple, a causa de la poca exhaustivitat de la declaració de l'ocupació en els registres de defunció, ni a Catalunya ni a l'Estat espanyol, no és possible estudiar adequadament la distribució segons la classe social d'indicadors de salut tan fonamentals com el de l'esperança de vida en el moment de néixer. Una excepció a aquest fet la trobem en els casos de les ciutats de Madrid i Barcelona on, gràcies a la bona qualitat de la informació que relaciona el registre de defuncions amb el padró d'habitants, s'han pogut estudiar les desigualtats socials en la mortalitat a nivell individual segons el nivell d'estudis. Així, per exemple, a Barcelona, pels anys 1992-93, la taxa de mortalitat dels universitaris va ser d'11,6 morts per 1.000 habitants en els homes i de 9,8 en les dones, mentre que,

entre els analfabets, va ser de 30,3 i 15,5 morts per 1.000 habitants en els homes i les dones respectivament (Borrell i col·l., 1999). No obstant això, la disponibilitat de dades de mortalitat i d'informació socioeconòmica agregada geogràficament en els municipis o en els districtes i àrees bàsiques de salut de les ciutats permet la realització d'estudis per àrees geogràfiques a Catalunya i al conjunt de l'Estat espanyol.

La segona raó de la utilitat del estudis geogràfics té relació amb el propi interès de les anàlisis de dades agregades espacialment. Les característiques socioeconòmiques que configuren i que, alhora, són reflex d'un determinat àmbit geogràfic afecten les formes de treballar, de viure i de relacionar-se de les persones que hi habiten; són factors que es tradueixen en nivells de salut diferents. Així doncs, en general, les persones que viuen a les regions més empobrides d'un país, als municipis que tenen un nivell d'atur més elevat o als barris d'una ciutat on hi ha els habitatges de més mala qualitat tenen més factors de risc, menys oportunitats socials i laborals i més problemes vitals que aquelles persones que viuen en zones amb unes condicions més bones.

Els estudis sobre desigualtats geogràfiques acostumen a utilitzar tres tipus de mètodes que cal esmentar breument. En primer lloc, l'ús d'indicadors de mortalitat com a principals indicadors de salut. La mortalitat constitueix un indicador de salut molt utilitzat, de fàcil accés quan s'empra de forma agregada i amb un nivell de qualitat elevat o, almenys, acceptable en la majoria de països i regions. Segon, l'ús de la "privació material" (*material deprivation*) com a indicador socioeconòmic. El concepte de privació material —que està molt relacionat amb el d'exclusió social i pobresa relativa— fa referència a la manca relativa dels béns, els serveis, els recursos, les comoditats i l'ambient físic que són habituals o que, almenys, estan àmpliament estesos en una societat o comunitat determinada (Townsend, 1979; Gordon, 1995; Domínguez-Berjón i col·l., 2001). La privació pot influir en diversos aspectes de la vida relacionats amb la salut, com ara el fet de tenir menys oportunitats per assolir necessitats bàsiques com l'ocupació o l'educació, o el fet de mantenir un estil de vida saludable. Finalment, en tercer lloc, la utilització d'àrees geogràfiques petites permet descriure amb molt detall la distribució dels indicadors sanitaris. Així, mentre els estudis que utilitzen zones amb poca resolució geogràfica —com ara les comunitats autònomes o les províncies— te-

nen un interès limitat, la disponibilitat d'informació accessible i el desenvolupament de sistemes d'informació geogràfics (SIG) fan possible la realització d'estudis amb un nivell de resolució geogràfica molt detallat.

La realització de mapes amb indicadors socio-sanitaris té tres utilitats principals. Primerament, permet descriure amb detall els patrons geogràfics dels indicadors socials i de salut estudiats; en segon lloc, ajuda a analitzar la possible associació entre aquests tipus d'indicadors; i, finalment, ajuda a planificar les polítiques sanitàries i a prioritzar els programes de salut pública més adients a les zones més necessitades. D'entre els estudis geogràfics descriptius en àrees petites que són més útils per a la identificació i l'anàlisi detallada de patrons geogràfics de mortalitat i de patrons socials d'interès, cal destacar —per l'elevada quantitat d'informació que aporten— els atles de mortalitat (Walter i Birnie, 1991; Gundersen, 2000). Entre els més interessants, podem esmentar els dels EUA (Pickle i col·l., 1996), la Gran Bretanya (Dorling, 1997), Itàlia (Luppi i col·l., 1995) i l'Estat espanyol (Benach i col·l., 2001, Benach i col·l., en premsa). D'altra banda, els nombrosos estudis científics realitzats a països com Anglaterra i Gal·les (Townsend i col·l., 1988; Eames i col·l., 1993; Phillimore i col·l., 1994) o Escòcia (Carstairs i Morris, 1991; McLoone i Boddy, 1994; McCarron i col·l., 1994) han detectat una relació estreta entre els nivells de privació i la mortalitat de les àrees. Per exemple, en analitzar 678 *wards* (zones amb una població mitjana de 25.000 habitants) del nord d'Anglaterra, es va trobar que, entre la població de 0 a 64 anys d'edat, 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 (Townsend i col·l., 1988). Altres estudis han mostrat que els indicadors individuals de classe social i els indicadors de privació de les àrees tenien efectes independents sobre les mesures de salut (Carstairs i Morris, 1989) i mostraven que els efectes de les mesures de privació material basats en les àrees persistien després de tenir en compte els efectes individuals de classe social dins aquestes àrees (Morgan i Chinn, 1983; Fox i col·l., 1984). Finalment, cal destacar que alguns treballs han trobat efectes contextuais en la utilització simultània de mesures individuals i ecològiques, tot i que han ajustat per diverses variables individuals (Haan i col·l., 1987; Krieger, 1991; O'Campo i col·l., 1995; Diez i col·l., 1997). Krieger, per exemple, va trobar que les persones de classe social més desafavorida que viuen en comunitats amb més privació tenen més probabilitats de fumar i de tenir hipertensió

arterial que no pas les de la seva mateixa classe que viuen en àrees més afavorides (Krieger, 1992).

### **Desigualtats geogràfiques en àrees petites a l'Estat espanyol i a Catalunya**

A l'Estat espanyol, la majoria d'estudis geogràfics sobre desigualtats en la salut s'han realitzat en comunitats autònomes o províncies (Lardelli i col·l., 1991, 1993a, 1993b, Navas i col·l., 1997, Domínguez i col·l., 1999) i la utilització dels municipis ha estat molt menys freqüent. Això és així a causa de dues dificultats característiques del medi espanyol i català: l'heterogeneïtat dels municipis pel que fa a la seva grandària, població i característiques socioeconòmiques i la necessitat de mantenir la confidencialitat estadística de la mortalitat dels municipis més petits; tot això ha fet inviable la utilització directa de la informació subministrada per l'Instituto Nacional de Estadística (INE) (Navarro i Benach i col·l., 1996). No obstant això, durant els darrers anys, l'agregació dels municipis espanyols més petits (d'almenys 3.500 habitants) i l'agregació de dades de mortalitat de diversos anys han permès superar aquestes limitacions. Hi ha diversos estudis que han analitzat, pel conjunt de l'Estat espanyol, les desigualtats en la mortalitat en 2.218 o 2.220 municipis o agregats de municipis utilitzant diversos indicadors socials del Cens de 1991 i les dades rutinàries de mortalitat disponibles. En una primera aproximació, l'informe sobre desigualtats en la salut a l'Estat espanyol (Navarro i Benach i col·l., 1996) va mostrar l'existència de desigualtats entre indicadors socials com l'atur i l'analfabetisme i les taxes estandarditzades de mortalitat. Aquest informe mostrava l'existència d'un patró geogràfic nord-sud a l'Estat espanyol i un altre estudi va mostrar que la majoria de zones d'alt risc es trobava al sud d'una línia diagonal que creua l'Estat des de Lugo fins a Alacant (Benach i col·l., 1998). Així doncs, totes les comunitats autònomes amb els pitjors indicadors de privació material del sud de l'Estat, amb l'excepció de Castilla la Mancha, també van presentar un percentatge de població elevat que vivia en zones amb una mortalitat més alta. La major part de zones (entre un 20% i un 40%) amb un risc alt de mortalitat es concentren a les províncies de Huelva, Sevilla i Cadis (Benach, i col·l., en premsa b). Així, aquestes tres províncies —que només tenen un 8% del total de la població espanyola— acumulen una tercera part de l'excés de morts que tenen lloc a les zones amb un risc més alt.

Un altre estudi ha mostrat que, cada any, a l'Estat espanyol, es podria evitar la mort de més de 35.000 persones si la mortalitat de les zones més pobres fos equivalent a la de les zones més riques (Benach i Yasui, 1999). Andalusia i Extremadura, amb solament una cinquena part de la població espanyola, sumen una tercera part de les morts potencialment evitables. No obstant això, el 14% del total d'excés de morts (4.930 persones) va correspondre als municipis de Catalunya. És a dir, com a mitjana, a l'Estat espanyol, cada dia moren prop de 96 persones a causa de la desigualtat social i a Catalunya gairebé 14 persones. Una investigació més recent va trobar associacions importants entre dos índexs de privació material i les deu causes principals de mort en els homes i les dones respectivament (Benach i col·l., 2001). En el cas dels homes, els percentatges més elevats d'excés de mortalitat (entre el 40% i el 60%) es van trobar en causes de mort relacionades amb el tabac i l'alcohol, mentre que, en el cas de les dones, l'excés de risc (entre el 40% i el 60%) es va trobar en causes de mort relacionades amb la dieta —com és el cas de la diabetis i les malalties coronàries. Un darrer treball ha xifrat l'excés de morts associat a la privació en un 14,4% en els homes i un 11% en el cas de les dones. Pel total del període estudiat (1987-1995), s'ha calculat un total de l'excés de mortalitat que arriba a 222.000 morts aproximadament (Benach i col·l., 2003).

A més dels estudis realitzats al conjunt del territori nacional, també cal destacar els estudis realitzats a diverses ciutats espanyoles. Així, a València (Arias i col·l., 1993), Màlaga (Martín Santos, 1990; Martín i March 1992), Granada (March, 1989, Ruiz i March 1998) i Pamplona (Casi-Casanellas i col·l., 1992) s'han realitzat estudis per barris que han trobat desigualtats en la salut. A Astúries, s'ha realitzat un estudi de les àrees de salut amb la descripció i associació d'indicadors socioeconòmics censals i de diversos indicadors de salut de morbiditat, de mortalitat i de serveis sanitaris i a la Comunitat de Madrid s'han analitzat les diferències en els districtes sanitaris i les zones bàsiques de salut (Etxenike, 1984).

Pel que fa als estudis realitzats a les ciutats —indret on, sovint, s'ajunten els nuclis de riquesa, pobresa i marginació més extrems—, destaca especialment el cas de Barcelona, que compta amb una llarga experiència de més de dues dècades en la realització d'estudis en àrees petites utilitzant diversos indicadors de privació material en l'anàlisi dels districtes i els barris (Arias i col·l., 1993; Borrell i Arias, 1995; Costa, 1989). Molts

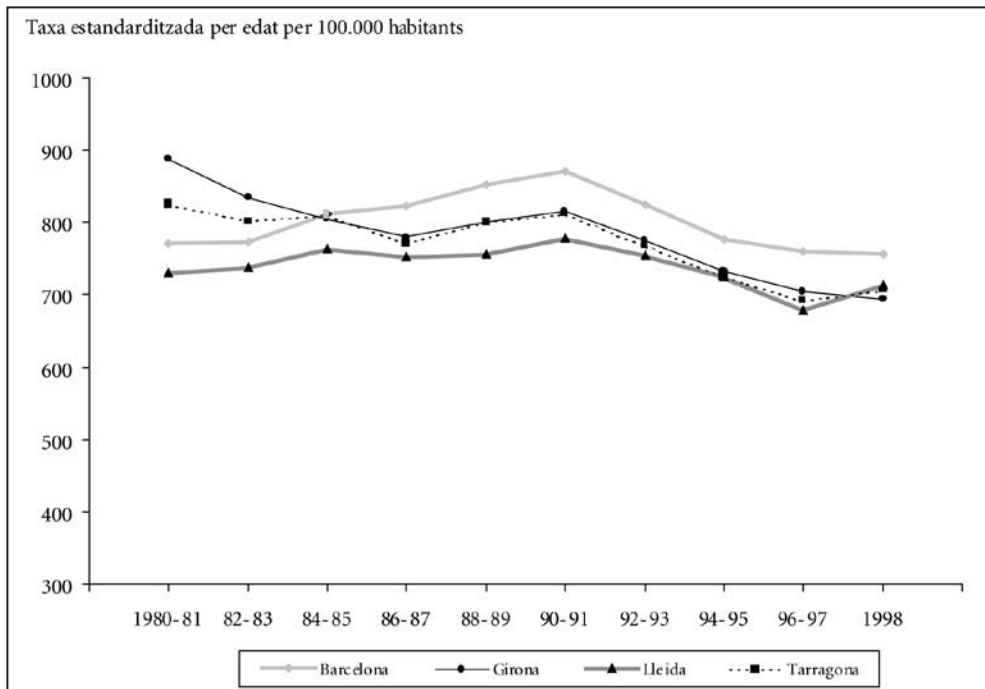
dels resultats d'aquests treballs són preocupants. Per exemple, la diferència en l'esperança de vida entre el barri que la té més alta i el que la té més baixa era de 10,5 anys en el cas dels homes i de 6,5 anys en el cas de les dones (Borrell i Arias 1995). Un altre exemple ens mostra les altes correlacions entre la incidència de la sida en els usuaris de drogues i alguns indicadors de privació (atur, instrucció insuficient, pobresa extrema i conflictivitat social), ja que són superiors a 0,7 (Brugal i col·l., 2002). Respecte a les tendències des de 1983 a 1998, cal assenyalar que, fins l'any 1995, la sida va presentar una tendència ascendent molt més pronunciada als barris amb un nivell socioeconòmic baix, fet que va fer que les desigualtats en la mortalitat a causa de la sida i en el total de mortalitat prematura augmentessin (Borrell i col·l., 1997). Després de l'aparició dels tractaments antirretrovirals, la mortalitat a causa de la sida ha disminuït, però encara existeixen desigualtats importants (Borrell i Pasarín, 2002). Darrerament, s'ha pogut analitzar la informació de les àrees bàsiques de salut, que equivalen a les zones bàsiques de salut en la major part del territori espanyol (Pasarín 1996; Pasarín i col·l., 1999) i que permeten identificar més bé la localització de les àrees de risc. És important destacar que s'ha trobat que les diferències en l'esperança de vida en el moment de néixer entre les àrees extremes va ser de 13,7 anys en els homes i de 7,2 anys en les dones (Pasarín i col·l., 1999).

Els municipis de Catalunya es troben en una situació general bona en comparació amb la resta de l'Estat espanyol en relació a diversos indicadors de privació material com l'atur, el nivell educatiu o l'amuntegament (Benach i col·l., 1998) i en funció de la seva riquesa (La Caixa, 2001). Les àrees del país que presenten un desenvolupament econòmic més elevat es concentren, fonamentalment, a les comarques gironines, les comarques del nord de l'àmbit de ponent i la Cerdanya. En canvi, el nivell més baix es concentra a les terres de l'Ebre, la majoria de les comarques centrals, les comarques interiors de l'àmbit metropolità i les comarques del sud de l'àmbit de ponent (Amorós, 1999). No obstant això, com ja s'ha assenyalat, cal tenir en compte que els indicadors de privació material no es relacionen necessàriament amb la riquesa material sinó amb la desigualtat, la pobresa relativa o l'exclusió social. Un estudi recent ha estimat que, a Catalunya, la pobresa és un fenomen estructural que comprèn almenys 300.000 llars i 670.000 persones (l'11% de la població), d'entre les quals 250.000 viuen en una situació de pobresa severa (Oliver, 2001).

A les figures 2.1. i 2.2. es pot veure l'evolució de la mortalitat per sexe en les quatre províncies catalanes entre l'any 1981 i el 1998. Com es pot observar, tant en el cas dels homes com en el de les dones, es produeix una progressiva reducció de les taxes de mortalitat, amb l'única excepció dels homes de la província de Barcelona (figura 2.1.).

No obstant això, els estudis sobre desigualtats en àrees petites permeten desagregar la informació en àrees amb un nivell de resolució geogràfica més elevat. A part de la recerca feta a la ciutat de Barcelona, els estudis sobre desigualtats en la salut en àrees petites que, fins ara, s'han realitzat a Catalunya són molt escassos. Un estudi va mostrar la distribució territorial de la mortalitat des de l'any 1989 al 1993 en funció dels

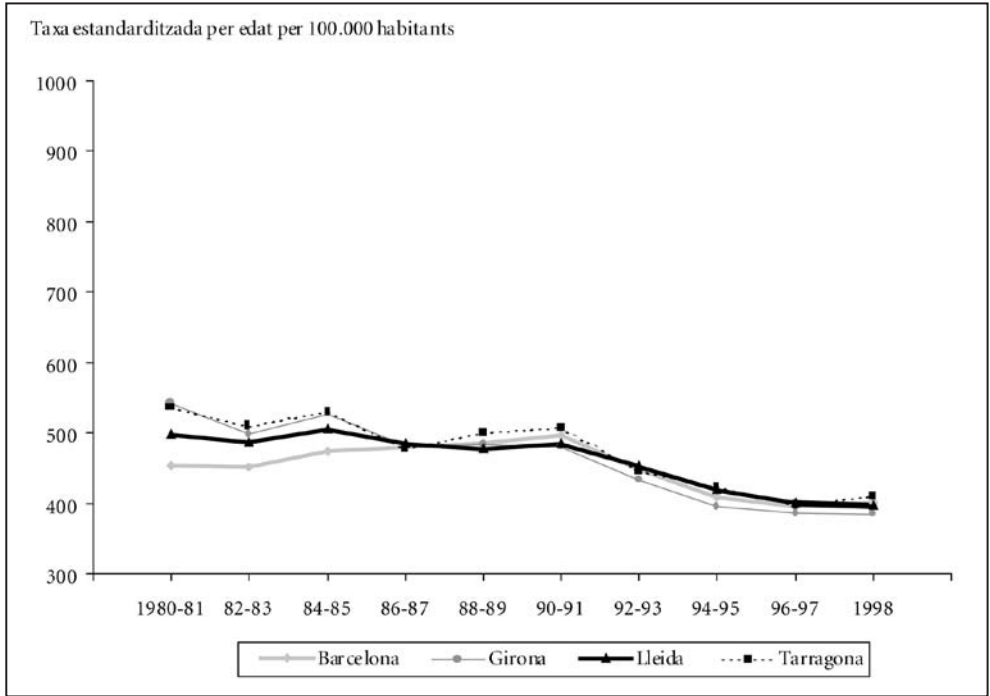
**Figura 2.1.**  
Evolució de la mortalitat a les províncies. Homes. Catalunya, 1980-1998.



Font: Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

**Figura 2.2.**

Evolució de la mortalitat a les províncies. Dones. Catalunya, 1980-1998.



Font: Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

sectors sanitaris (Mompert i col·l., 1999; Borrell i col·l., 1999). La variabilitat de les raons de mortalitat estandarditzades oscil·lava de l'1,46 al 0,73 en els homes i de l'1,16 al 0,68 en les dones. Els sectors sanitaris més privilegiats, amb una mortalitat inferior al conjunt de Catalunya per ambdós sexes, van ser l'Alta Ribagorça, la Vall d'Aran i, en el cas de la ciutat de Barcelona, els districtes de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi. En canvi, respecte al conjunt de Catalunya, els sectors sanitaris amb una mortalitat més elevada en homes i dones es van trobar al Baix Llobregat, al Delta-Litoral, al Garraf i, a la ciutat de Barcelona, als districtes de Ciutat Vella i de Sants-Montjuïc.



## Objectiu i mètodes

L'objectiu d'aquest capítol és l'anàlisi de les desigualtats en àrees petites a Catalunya (municipis o agregats de municipis de 3.500 habitants, com a mínim) i a Barcelona (àrees bàsiques de salut o ABS) a partir de la informació disponible dels indicadors de mortalitat general i els indicadors de privació material seleccionats i de la seva relació.

Per assolir aquest objectiu, es realitza una anàlisi transversal en 354 àrees petites de Catalunya (288 municipis o agregats de municipis de Catalunya i 66 ABS de Barcelona) de totes les defuncions esdevingudes durant el període de 1987 a 1995 per totes les causes de defunció agregades. Per obtenir els denominadors poblacionals adequats, s'han utilitzat les dades del Cens de 1991, que representa el punt central del període d'estudi. Les dades de mortalitat i les poblacions de referència han estat subministrades per l'Instituto Nacional de Estadística (INE) i l'Institut Municipal 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 entre la població activa), i les persones amb instrucció insuficient, en el cas de les dones (percentatge de dones analfabetes i sense estudis entre la població de 10 o més anys segons les dades disponibles en el Cens de 1991). Ambdós indicadors es van categoritzar en quintils; el quintil més baix representa menys atur i més instrucció per als homes i les dones respectivament.

Per a la representació cartogràfica s'han utilitzat mapes de coropletes, és a dir, un dels mètodes més utilitzats per identificar els patrons geogràfics de mortalitat. A més s'han fet servir rangs de valors en quintils, amb seqüències divergents i patrons de colors. El risc de mortalitat de cada àrea s'ha estimat mitjançant la raó de mortalitat estandarditzada (RME) per tal de controlar l'efecte de l'edat. La inestabilitat estadística de les RME d'àrees poc poblades s'ha controlat mitjançant una estimació del risc relatiu,

basat en un mètode empíric bayesià. Per saber més detalls d'aquest mètode, es poden consultar altres publicacions (Böhning 1999; Yasui i col·l. 2000).

Per altra banda, per a les taxes de mortalitat, es va considerar un model de regressió de Poisson que ens va permetre valorar els efectes dels indicadors de privació material, ajustant 18 grups d'edat de 5 anys (0-4 anys, 5-9 anys..., +85 anys). El model de regressió va utilitzar quatre variables *dummy* per als cinc grups de privació; el quintil més baix va ser el grup de referència (menys privació). Es va utilitzar la modificació GEE (*generalised estimating equation*) del model de Poisson (Liang i Zeger, 1986) per controlar la correlació en les morts dels 18 grups d'edat dins de cada àrea. Per estudiar el gradient de mortalitat es va representar gràficament l'excés de mortalitat i l'interval de confiança al 95% de cada valor de l'indicador de privació respecte al quintil més baix. També es va obtenir l'excés de mortalitat resultant de reduir hipotèticament el nivell de l'indicador de privació de cada zona al quintil més baix i calcular la reducció en el nombre de morts esperades segons el model GEE de Poisson. Els resultats es presenten per homes i dones segons àrees urbanes i rurals. Es consideren com a àrees urbanes aquelles zones que tenen 20.000 habitants o més, juntament amb les ABS de Barcelona (n=107), i com a rurals aquelles zones que tenen menys de 20.000 habitants (n=247).

## **DESIGUALTATS EN LA SALUT EN ÀREES PETITES A CATALUNYA**

### **Desigualtats en la privació material**

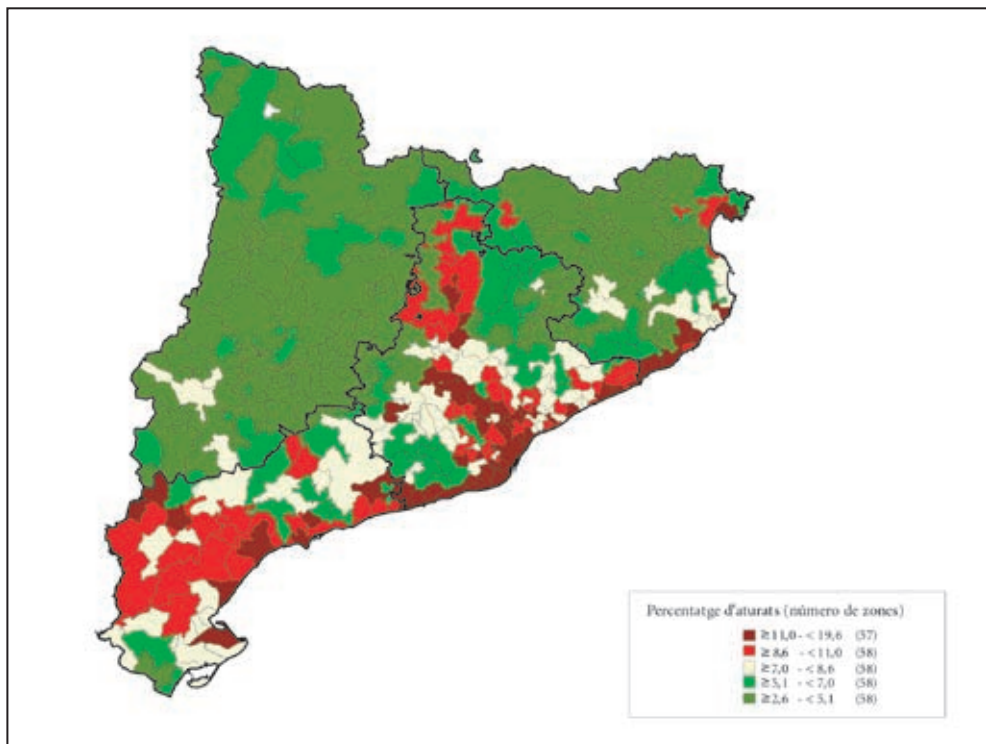
Al conjunt de les àrees de Catalunya, la mediana del percentatge d'homes aturats va ser del 7,8%, amb una distribució que oscil·la entre el 2,6% i el 19,6%. Si examinem la distribució espacial de l'atur entre els homes, podem observar que apareix un patró geogràfic clar, en el qual destaquen els valors més elevats de molts dels municipis de tota la franja costanera, un bon nombre de municipis de les comarques del Baix Llobregat, el Vallès Occidental, l'Anoia, el Bages i el Berguedà i de la majoria de municipis de les terres de l'Ebre. En canvi, entre les àrees amb un nivell més baix, fonamentalment destaquen moltes de les àrees de les províncies de Girona i Lleida (mapa 2.1.).

En el 10% de les zones amb els pitjors indicadors d'atur (on s'inclouen un bon nombre de zones urbanes al voltant de Barcelona i varies ABS de Barcelona), trobem que amb valors que tenen una mediana del 15% hi viuen uns 641.338 homes. D'altra banda, en el 10% de les zones amb el nivell d'atur masculí més baix (mediana del 3,8%), hi viuen solament uns 98.462 homes. Aquestes zones es concentren, majoritàriament, als municipis situats a les comarques de la Noguera, el Pallars Jussà, la Segarra, el Solsonès i, en general, al sud de l'àmbit de ponent.

A Barcelona ciutat, l'atur masculí presenta una mediana de l'11,6%, amb una distri-

### Mapa 2.1.

Desigualtats en l'atur. Homes. Catalunya, 1991.

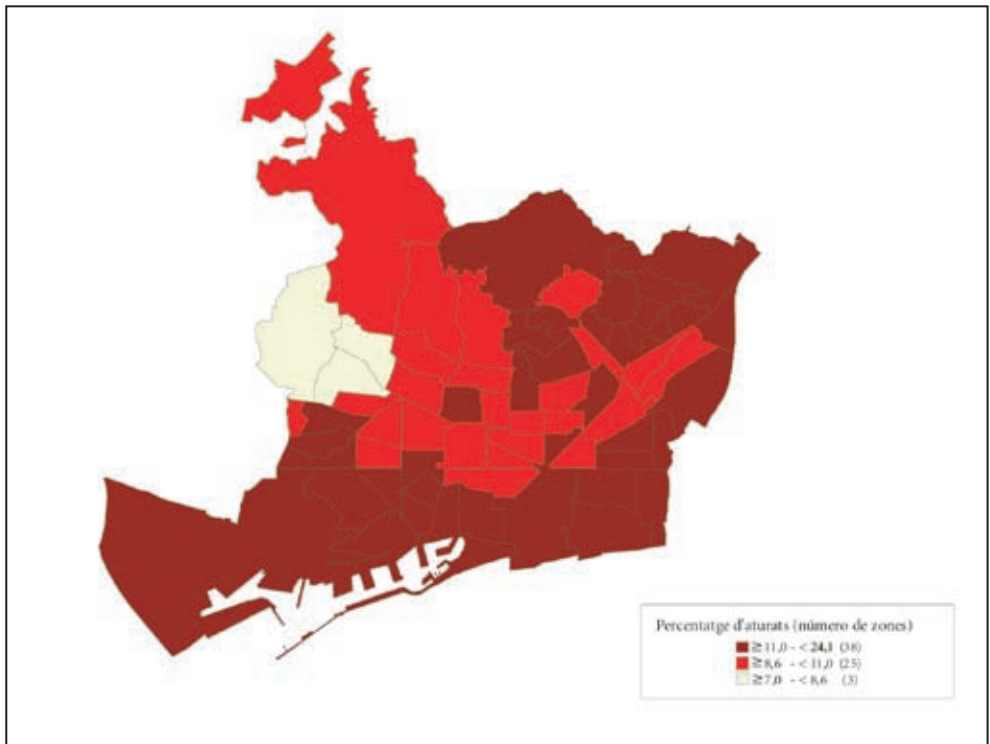


Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

bució desigual entre les àrees bàsiques de salut (ABS) que oscil·la entre el 7,2% i el 24,1%. La gran magnitud de la diferència en la distribució de l'atur en relació als valors totals de Catalunya es pot observar en el mapa 2.2. La distribució interna de les ABS dins la ciutat de Barcelona es presenta en el mapa 2.3. Els mapes permeten observar un patró geogràfic clar, amb una situació més desfavorable a la part més cèntrica de la ciutat i les zones del litoral i del nord. Així, amb els valors més elevats destaquen les ABS 3A i 3C (Dr. Carles Riba) als barris de Montjuïc i de la Zona Franca-Port, al Districte de Sants-Montjuïc; les ABS del Districte de Ciutat Vella; l'ABS 6B al barri de Gràcia; les ABS 10D i 10I (La Pau) al Districte de Sant Martí; les ABS 9F (Via Barcino)

**Mapa 2.2.**

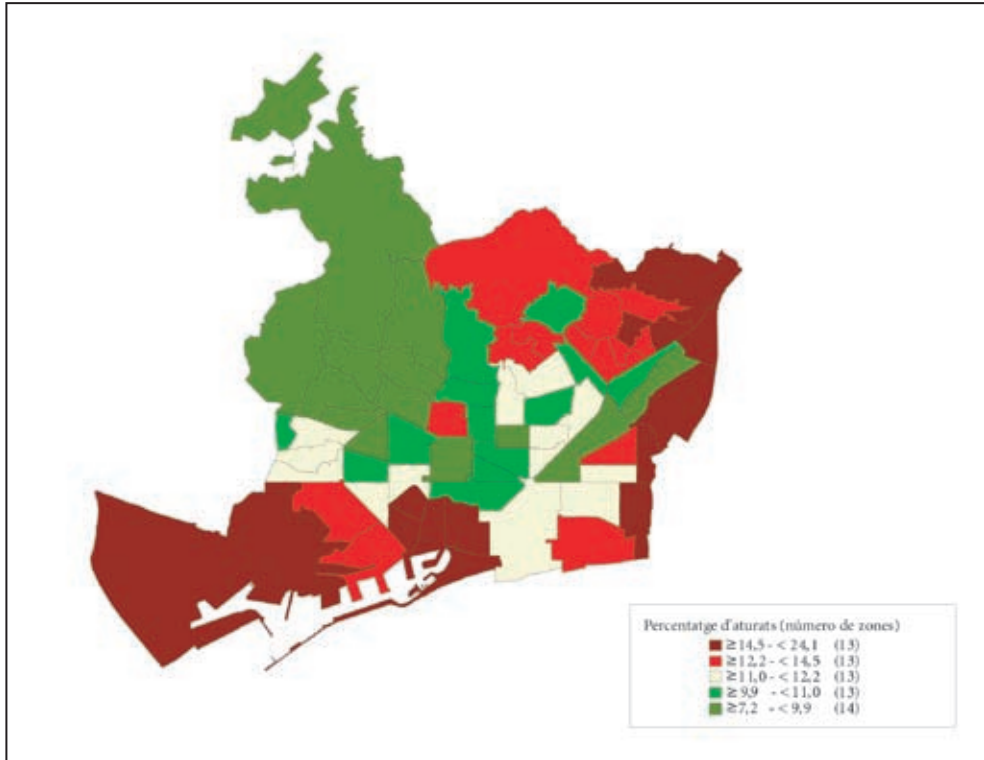
Desigualtats en l'atur en relació a Catalunya. Homes. Barcelona, 1991.



Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

**Mapa 2.3.**

Desigualtats en l'atur. Homes. Barcelona, 1991.



Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

i 9E (Bon Pastor) al Districte de Sant Andreu; i les ABS 8E, 8G (Cantera), 8H (Ciutat Meridiana), 8I (Xafarines) al Districte de Nou Barris. De fet, a les ABS de Ciutat Vella —on hi viuen 85.000 persones— el percentatge d'atur és del 20%. Les ABS amb els nivells més baixos es troben als districtes de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi.

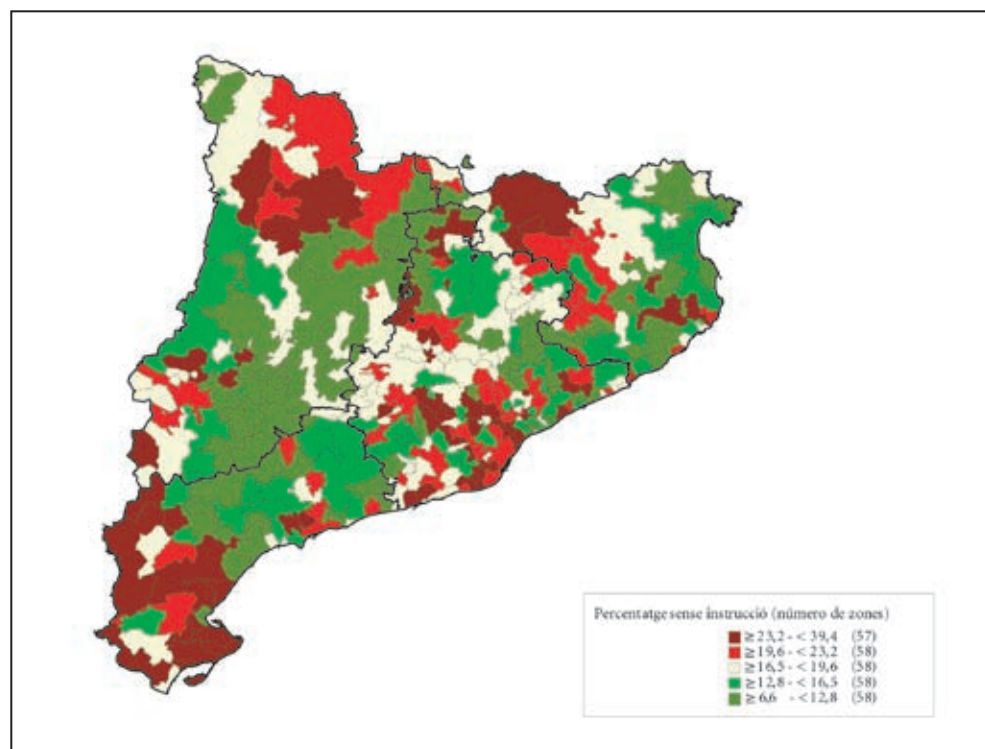
La mediana del percentatge de la manca d'instrucció en les dones a les àrees de Catalunya va ser del 18%, amb una oscil·lació des del 6,6% fins al 39,4%. Si s'examinen els mapes, s'observa que la distribució de la manca d'instrucció entre les dones segueix un patró geogràfic, en el qual destaquen uns percentatges elevats en la majoria

de municipis de les terres de l'Ebre, els municipis del voltant del Barcelonès, el Baix Llobregat i el Vallès Occidental i Oriental. A més, també s'observen nivells elevats a diversos municipis de la part nord de l'àmbit de ponent (en concret a les comarques del Pallars Sobirà i l'Alt Urgell i als municipis del Ripollès). En canvi, entre les àrees amb un nivell més baix, fonamentalment, destaquen moltes de les àrees del sud de Lleida a les comarques de les Garrigues, l'Urgell i el Pla d'Urgell (mapa 2.4.).

En el 10% de les zones amb un percentatge més alt de manca d'instrucció (on s'inclouen les ABS de Barcelona), amb una mediana del 32,2%, hi viuen aproximadament 529.541

**Mapa 2.4.**

Desigualtats en la manca d'instrucció. Dones. Catalunya, 1991.



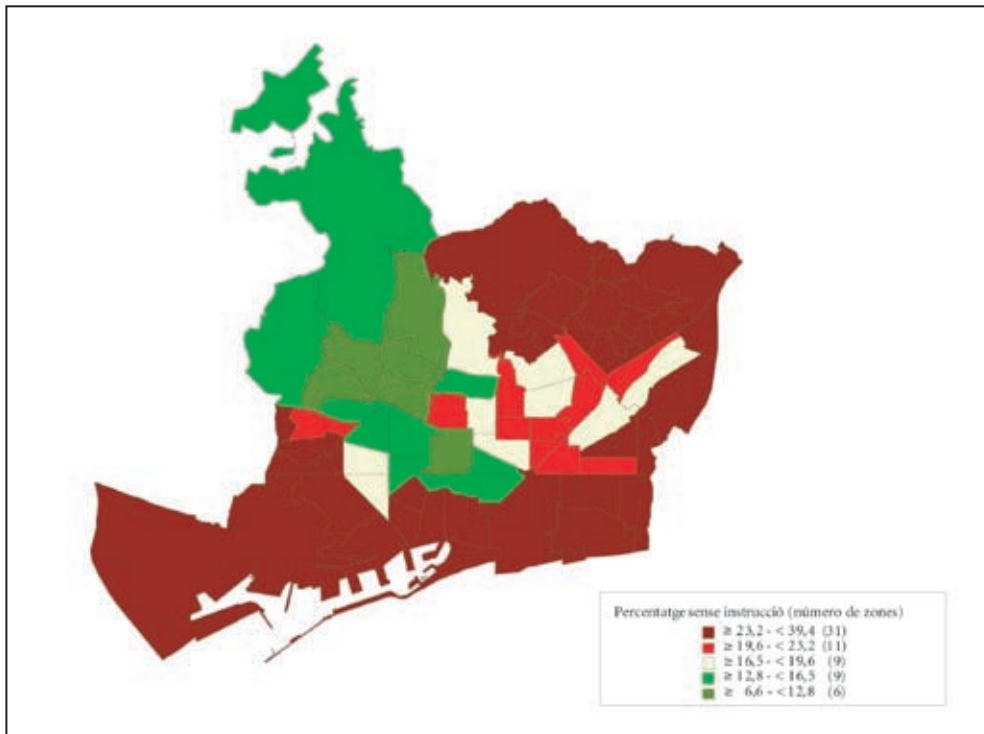
Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

dones. D'altra banda, en el 10% de zones amb un percentatge més baix de manca d'instrucció, amb una mediana del 10%, hi viuen unes 182.067 dones concentrades, majoritàriament, als municipis situats a les comarques del sud de Lleida, el nord de Tarragona i a bona part dels municipis orientals de les comarques gironines.

A Barcelona ciutat, la manca d'instrucció femenina presenta una mediana del 22%, amb una distribució desigual entre les àrees bàsiques de salut (ABS) que oscil·la entre el 8,8% i el 38%. La distribució de la manca d'instrucció en relació als valors totals de

**Mapa 2.5.**

Desigualtats en la manca d'instrucció en relació a Catalunya. Dones. Barcelona, 1991.

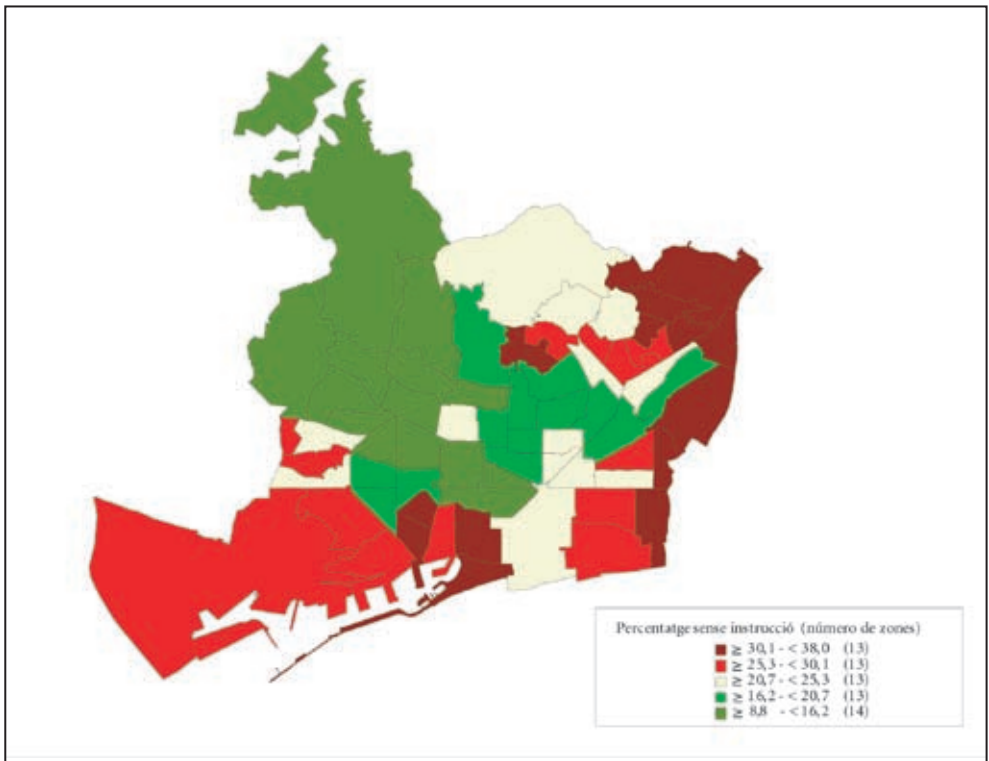


Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

Catalunya es pot observar al mapa 2.5., mentre que la distribució interna de les ABS per la ciutat de Barcelona es presenta al mapa 2.6. S'observa un patró geogràfic clar, amb una situació més desfavorable a la part més antiga de la ciutat i a la zona nord. És a dir, entre les ABS amb una manca d'instrucció més elevada, destaquen la 1A (Barceloneta), 1B (Casc Antic), 1D (Raval Sud) i 1E (Dr. Lluís Sayé), al Districte de Ciutat Vella; les ABS 10D i 10I (La Pau), al Districte de Sant Martí; les ABS 9F (Via Barcino) i 9E (Bon Pastor), al Districte de Sant Andreu; les ABS 8E, 8G (Cantera), 8H (Ciutat Meridiana), 8I (Xafarines), al Districte de Nou Barris; i l'ABS 7C (El Carmel), al Districte d'Horta-Guinardó. De fet, a les ABS 1A i 1D de Ciutat Vella i 8E, 8G i 8I de Nou

### Mapa 2.6.

Desigualtats en la manca d'instrucció. Dones. Barcelona, 1991.



Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).



Barris, on viuen més de 87.000 persones, el percentatge amb més manca d'instrucció supera el 35%. Les ABS amb menys manca d'instrucció es concentren als districtes de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi i a alguns districtes de l'Eixample.

## Desigualtats en la mortalitat

En comparació amb la resta de l'Estat espanyol, els municipis de Catalunya es troben en una situació bona o molt bona pel que fa a indicadors com la raó de mortalitat comparativa (RMC) o l'esperança de vida en néixer (Benach i col·l., 1998), tant en el cas dels homes com en el de les dones. No obstant això, a l'interior de Catalunya, els indicadors de mortalitat es distribueixen de forma força heterogènia i amb diferències força grans. A la taula 2.1. es pot observar la distribució de la mortalitat segons la mida i el nombre de zones, la població, el nombre de morts i la seva variabilitat per zona.

Pel que fa als homes, a Catalunya, la mediana de les RME va ser del 0,98 amb una distribució que oscil·la entre el 0,67 i l'1,36. Si examinem la distribució espacial de la mortalitat, podem observar que apareix un patró geogràfic clar, en el qual destaquen

### Taula 2.1.

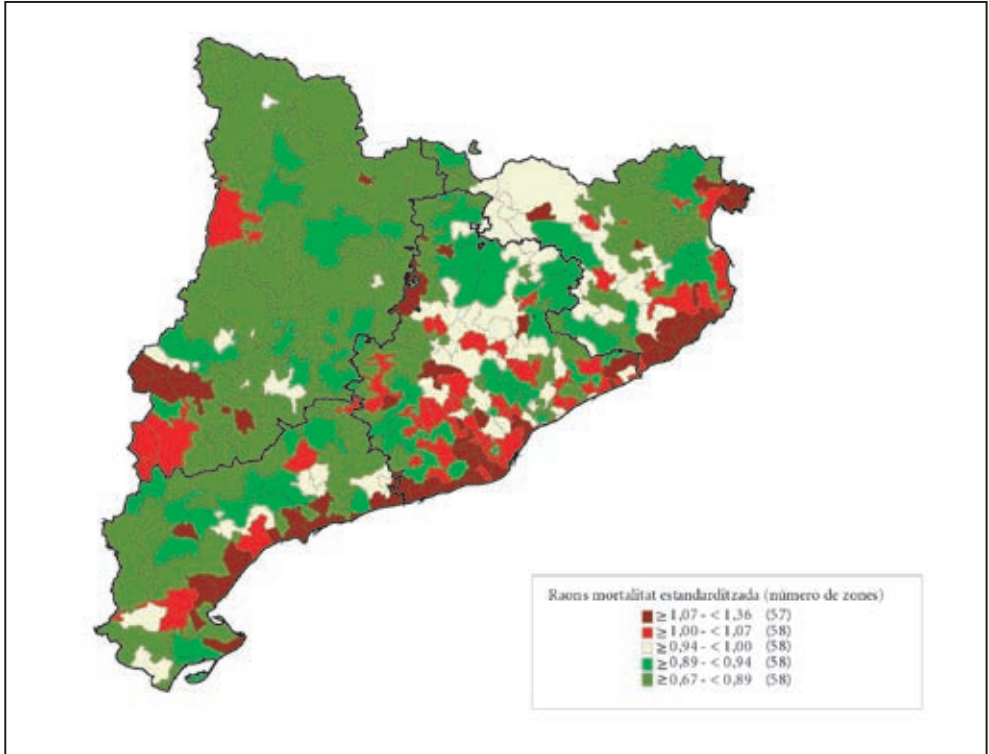
Nombre de zones, població i morts segons la mida de les zones. Catalunya.

Mida zona (habitants)	Nombre de zones	(%)	Població (1991)	(%)	Nombre total de morts (1987-1995)	(%)	Rang de morts per zona
≥ 3500 - < 5000	83	(23,4)	351472	(5,8)	31003	(6,7)	198-556
≥ 5000 - < 10000	118	(33,3)	785336	(13,0)	65835	(14,2)	238-984
≥ 10000 - < 20000	64	(18,1)	915302	(15,1)	74275	(16,1)	481-2763
≥ 20000 - < 50000	72	(20,3)	2103004	(34,7)	168722	(36,5)	1131-4514
≥ 50000 - < 100000	9	(2,5)	608716	(10,0)	38113	(8,2)	2355-6354
≥ 100000	8	(2,3)	1295664	(21,4)	84322	(18,2)	6469-17010
<b>Total</b>	<b>354</b>	<b>(100,0)</b>	<b>6059494</b>	<b>(100,0)</b>	<b>462270</b>	<b>(100,0)</b>	<b>198-17010</b>

Font: dades de mortalitat, 1987-1995. Instituto Nacional de Estadística i Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

**Mapa 2.7.**

Desigualtats en la mortalitat. Homes. Catalunya, 1987-1995.



Font: Dades mortalitat 1987-1995. Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

els valors més elevats de molts dels municipis de tota la franja costanera, un bon nombre de municipis de les comarques del Baix Llobregat, el Vallès Occidental i altres àrees de risc disperses al Segrià. En canvi, entre les àrees amb un nivell de mortalitat més baix, trobem moltes àrees de les províncies de Lleida i àrees interiors de Girona i Tarragona (mapa 2.7.).

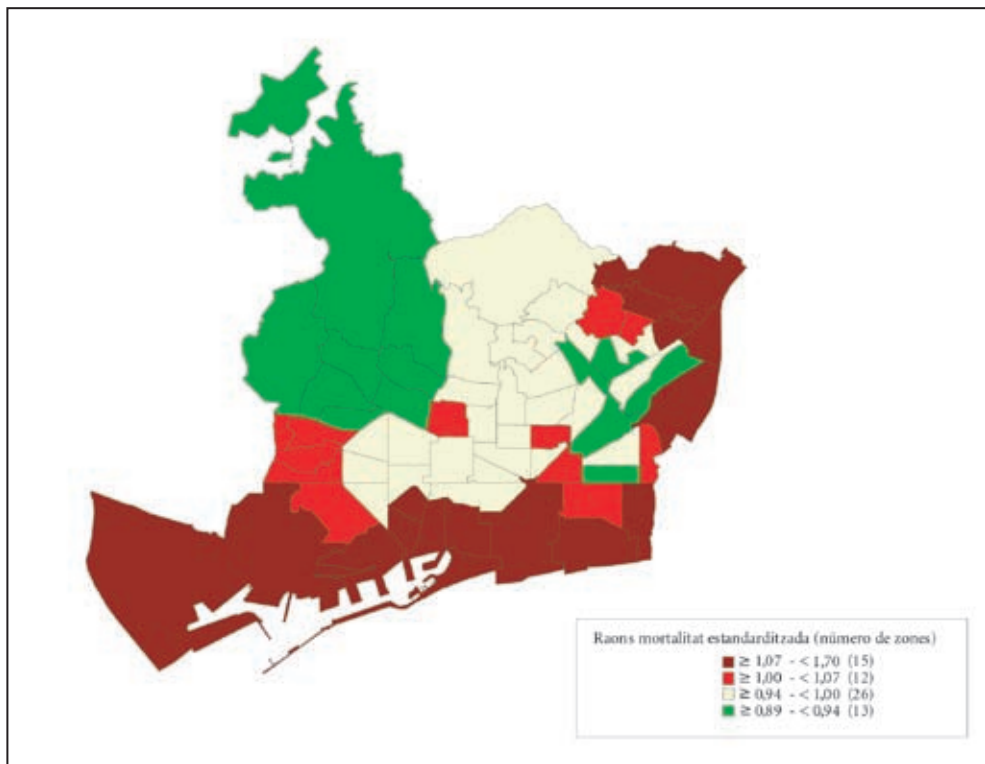
En el 10% de les zones amb els pitjors indicadors de mortalitat, que tenen uns valors de RME (on s'inclouen les ABS de Barcelona) amb una mediana d'1,18, hi viuen 426.187 homes; es concentren, fonamentalment, a la costa i molt especialment a les ABS de

Ciutat Vella, a Barcelona. D'altra banda, en el 10% de les zones amb RME més baixes (mediana de 0,82), hi viuen prop de 106.821 homes, que es concentren, majoritàriament, als municipis situats al nord de la província de Lleida.

La distribució de la mortalitat en els homes a les ABS de Barcelona (mapes 2.8. i 2.9.) permet veure que existeixen unes desigualtats grans, fet que presenta semblances amb la distribució de l'atur masculí que hem vist anteriorment (mapes 2.2. i 2.3.). La mediana de la RME va ser del 0,99. Les RME extremes van des del 0,90 fins a l'1,39. A l'àrea més

### Mapa 2.8.

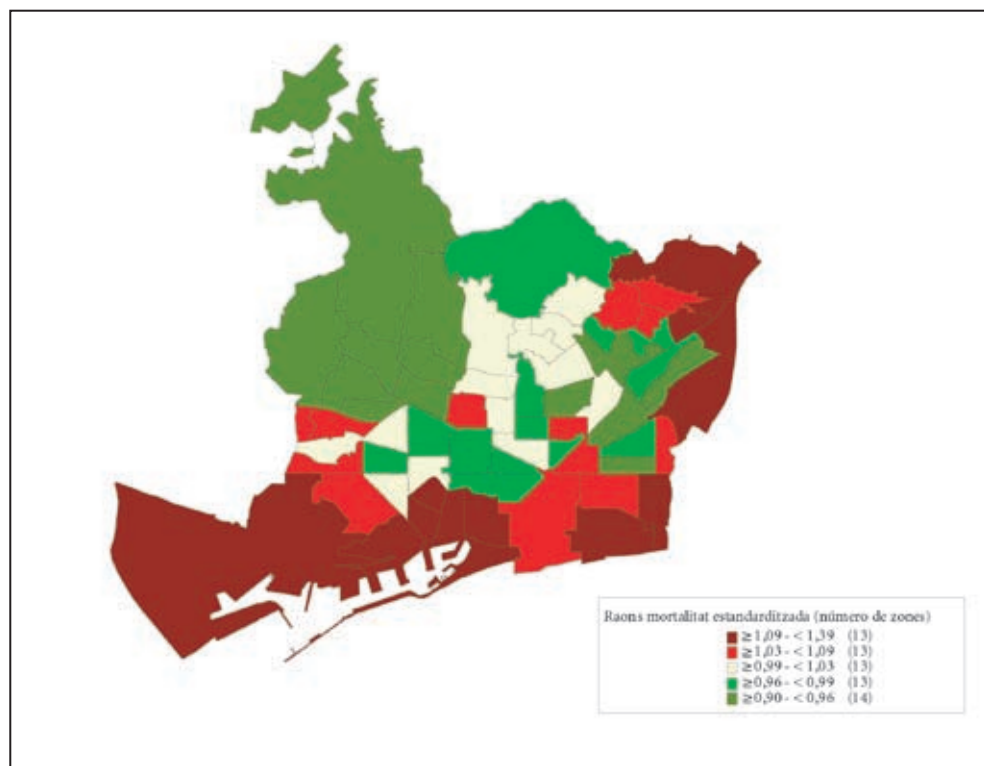
Desigualtats en la mortalitat en relació a Catalunya. Homes. Barcelona, 1987-1995.



Font: Registre de mortalitat, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona (elaboració pròpia).

**Mapa 2.9.**

Desigualtats en la mortalitat. Homes. Barcelona, 1987-1995.

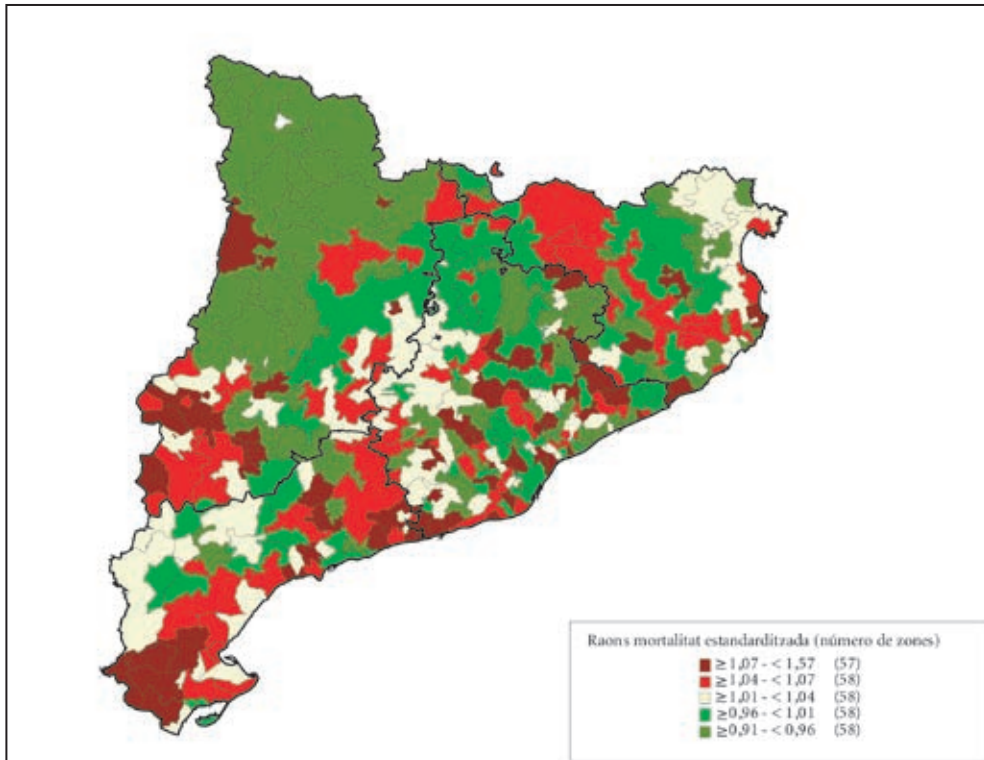


Font: Registre de mortalitat, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona (elaboració pròpia).

desafavorida, la mortalitat és un 54% superior a la de l'àrea amb menys mortalitat. En el cas dels homes, la distribució de les RME en relació al conjunt de Catalunya (mapa 2.8.) i, internament, a la ciutat (mapa 2.9.) permeten observar un patró geogràfic clar, amb una situació més desfavorable a la part del centre de la ciutat i a les zones perifèriques del litoral i el nord, és a dir, a les zones més deprimides de la ciutat. Les ABS que presenten més risc de mortalitat són: les cinc ABS de Ciutat Vella i, molt especialment, la 1D (Raval Sud), la 3A i la 3C (Dr. Carles Riba), al barri de Montjuïc i la Zona Franca-Port; la 10B (Lope de Vega) i 10D, al Districte de Sant Martí; les ABS 9E (Bon Pastor)

**Mapa 2.10.**

Desigualtats en la mortalitat. Dones. Catalunya, 1987-1995.



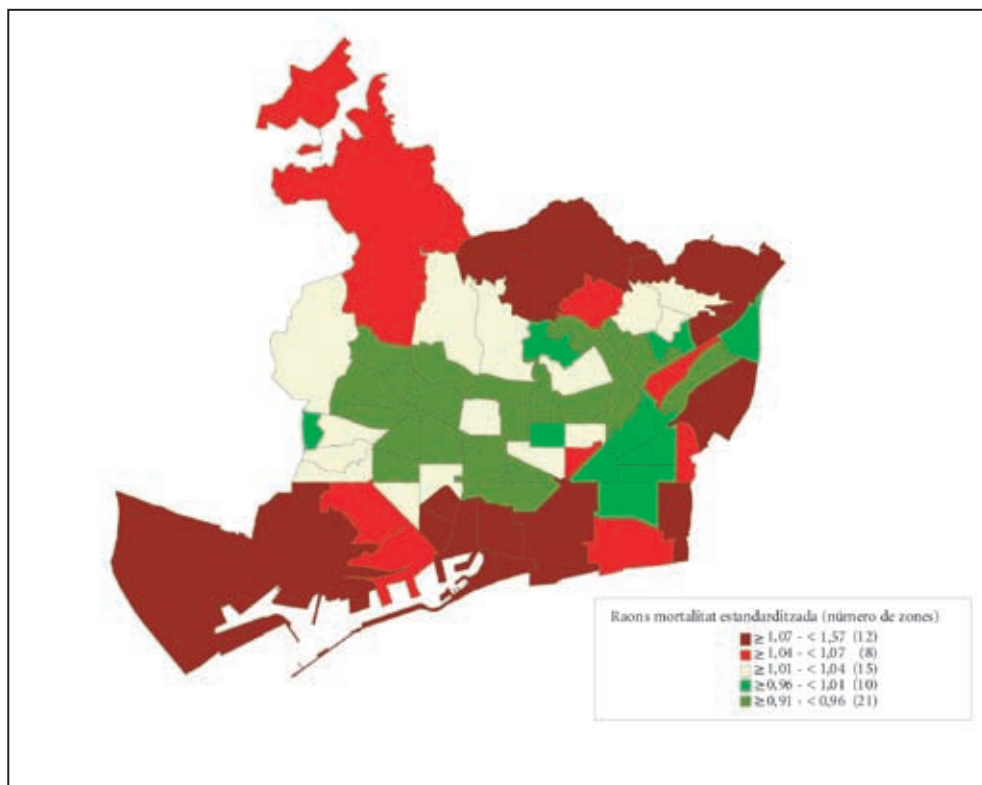
Font: Dades mortalitat 1987-1995. Instituto Nacional de Estadística (elaboració pròpia).

i 9F (Via Barcino), al Districte de Sant Andreu; i les ABS 8H i 8I del Districte de Nou Barris. De fet, les ABS de Ciutat Vella tenen un risc de mortalitat situat entre un 29% i un 39% per sobre de la mitjana de Catalunya. Les ABS amb el risc de mortalitat més baix es concentren als districtes de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi.

Pel que fa a les dones, la mediana de les RME va ser de l'1,02, amb una distribució que oscil·la entre el 0,91 i l'1,57. Si examinem la distribució espacial de la mortalitat, podem observar que apareix un patró geogràfic molt més dispers que en el cas dels

**Mapa 2.11.**

Desigualtats en la mortalitat en relació a Catalunya. Dones. Barcelona, 1987-1995.



Font: Registre de mortalitat, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona (elaboració pròpia).

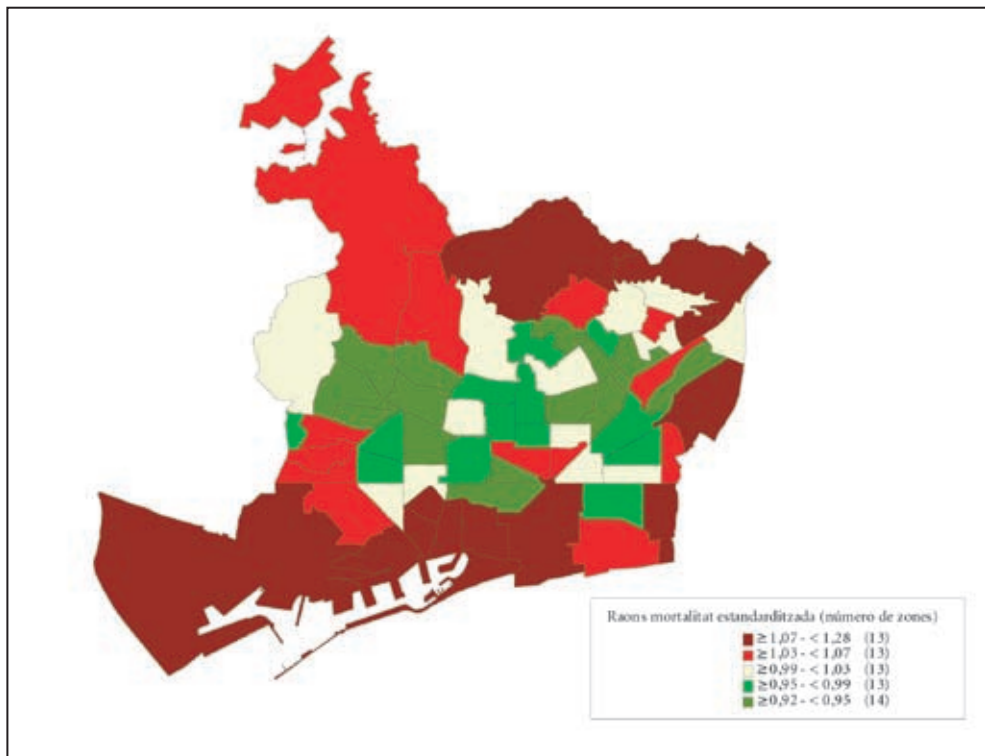
homes. És a dir, en el cas de les dones, fonamentalment, destaquen un bon nombre d'àrees de risc elevat a tota la província de Tarragona (especialment a la comarca del Baix Ebre i del Montsià), a la comarca del Segrià, a diverses zones disperses del Baix Llobregat i el Vallès Occidental i en una franja d'àrees que recorre les comarques del Ripollès, la Garrotxa, el Gironès i el Baix Empordà. En canvi, entre les àrees amb un nivell de mortalitat més baix, destaquen moltes àrees de la part nord de la província de Lleida (mapa 2.10.).

El 10% de les zones amb els pitjors indicadors de mortalitat, que tenen uns valors de RME (on s'inclouen les ABS de Barcelona) amb una mediana d'1,13 i on viuen unes 305.366 dones, es concentren als municipis de les comarques del Segrià, a Lleida, del Baix Ebre i el Montsià, a Tarragona, i a diversos municipis de la província de Barcelona. D'altra banda, al 10% de zones amb les RME més baixes (mediana de 0,92) hi viuen unes 465.836 dones, que, majoritàriament, es concentren als municipis situats al nord de la província de Lleida.

La distribució de la mortalitat en les dones a les ABS de Barcelona també permet

### Mapa 2.12.

Desigualtats en la mortalitat. Dones. Barcelona, 1987-1995.



Font: Registre de mortalitat, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona (elaboració pròpia).

veure que hi ha unes grans desigualtats, que presenten una semblança notable amb la distribució de la manca d'instrucció en les dones que hem vist anteriorment (mapes 2.5. i 2.6.). La mediana de la RME va ser d'1,01. Les RME extremes van des de 0,92 fins a 1,28 i, a l'àrea més desfavorida, la mortalitat és un 39% superior a la de l'àrea amb menys mortalitat. En les dones, la distribució de les RME en relació a Catalunya (mapa 2.11.) i internament, a la ciutat (mapa 2.12.) permeten observar un patró geogràfic clar; també hi destaca una situació més desfavorable a la part del centre de la ciutat i a les zones perifèriques del litoral i del nord, és a dir, a les zones més deprimides de la ciutat. Les ABS que presenten més risc de mortalitat són: les cinc ABS de Ciutat Vella i, molt especialment, la 1D (Raval Sud); la 3A i la 3C (Dr. Carles Riba), al barri de Montjuïc i de la Zona Franca-Port; la 10D, al Districte de Sant Martí; l'ABS 9E (Bon Pastor), al Districte de Sant Andreu; les ABS 8H i 8I del Districte de Nou Barris i l'ABS 7E, al Districte d'Horta-Guinardó. De fet, les ABS 1A i 1D de Ciutat Vella i la 8H de Nou Barris tenen un risc de mortalitat situat entre un 27% i un 28% per sobre de la mitjana de Catalunya. Les ABS amb el risc de mortalitat més baix es concentren als districtes de Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi i l'Eixample.

### **Relació entre els indicadors de privació material i la mortalitat**

En general, els indicadors socials seleccionats en aquest estudi presenten una relació molt estreta amb els indicadors de mortalitat. Així doncs, trobem que, entre els homes, existeix una clara associació entre l'atur masculí i la mortalitat i, en el cas de les dones, entre la manca d'instrucció i la mortalitat. No obstant això, aquestes relacions presenten dos patrons diferenciats en funció de la mida de les àrees, de manera que les associacions són molt més evidents en el cas de les àrees urbanes (igual o més de 20.000 habitants i les ABS de Barcelona) que no pas en el de les àrees rurals (menys de 20.000 habitants). En els homes, les correlacions entre l'atur i la RME és de 0,74 i de 0,37 per les àrees urbanes i rurals respectivament. En el cas de les dones, però, la situació és diferent; tot i que es manté una correlació elevada de 0,53 a les àrees urbanes, la correlació pràcticament desapareix (0,01) en el cas de les àrees rurals.

Les taules 2.2. i 2.3. mostren l'associació entre els indicadors de privació material



**Taula 2.2.**

Atur en els homes (mediana dels percentatges) a 354 zones ordenades en funció de la privació, l'any 1991, i de la Raó de Mortalitat Estandarditzada (RME), els anys 1987-1995, segons zones urbanes i rurals. Catalunya.

Zones ordenades segons privació	Homes							
	Urbà				Rural			
	Atur	RME	Població	(%)	Atur	RME	Població	(%)
Menys privació	8,3	99	368198	(17,6)	4,1	90	142242	(16,3)
Segon quintil	10,5	102	383128	(18,3)	5,8	94	147697	(16,9)
Tercer quintil	11,6	105	300823	(14,4)	7,3	93	169384	(19,4)
Quart quintil	13,0	105	570311	(27,3)	8,8	101	185832	(21,3)
Més privació	15,6	114	467648	(22,4)	11,4	104	227684	(26,1)
<b>Catalunya</b>	<b>11,6</b>	<b>105</b>	<b>2090108</b>	<b>(100)</b>	<b>7,3</b>	<b>97</b>	<b>872839</b>	<b>(100)</b>

Font: Dades del Cens de 1991 i de la mortalitat (1987-1995). Instituto Nacional de Estadística i Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

**Taula 2.3.**

Manca d'instrucció en les dones (mediana dels percentatges) a 354 zones ordenades en funció de la privació, l'any 1991, i de la Raó de Mortalitat Estandarditzada (RME), els anys 1987-1995, segons zones urbanes i rurals. Catalunya.

Zones ordenades segons privació	Dones							
	Urbà				Rural			
	Manca instrucció	RME	Població	(%)	Manca instrucció	RME	Població	(%)
Menys privació	14,2	93	372644	(16,8)	11,1	102	140731	(16,0)
Segon quintil	19,7	97	380857	(17,2)	14,3	103	152164	(17,3)
Tercer quintil	22,5	103	402244	(18,1)	16,8	101	191423	(21,8)
Quart quintil	26,0	102	595942	(26,9)	19,9	102	197048	(22,4)
Més privació	32,5	104	466898	(21,0)	24,8	104	196596	(22,4)
<b>Catalunya</b>	<b>22,5</b>	<b>100</b>	<b>2218585</b>	<b>(100)</b>	<b>16,8</b>	<b>103</b>	<b>877962</b>	<b>(100)</b>

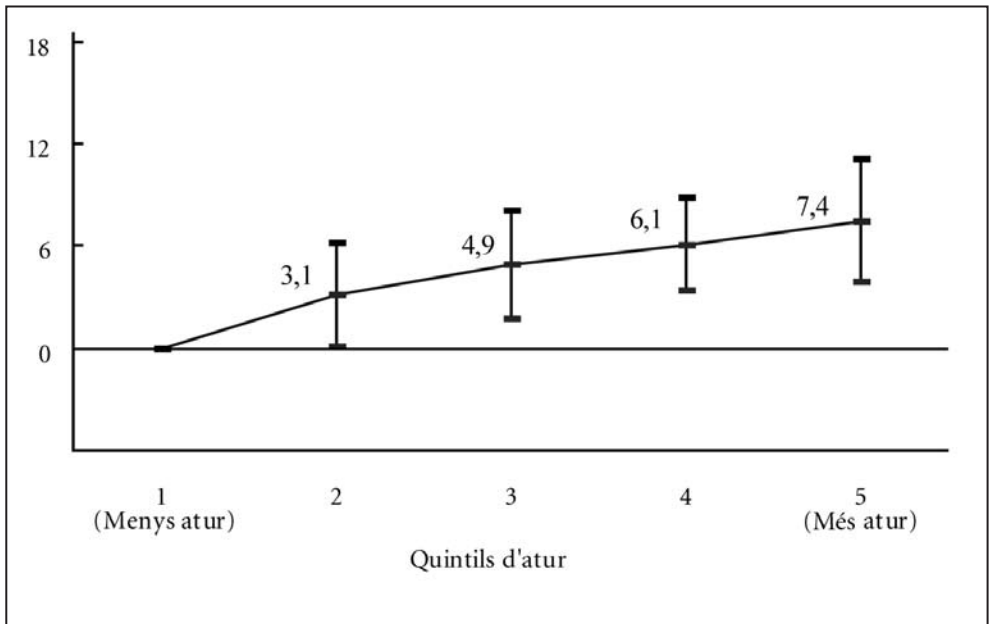
Font: Dades del Cens de 1991 i de la mortalitat (1987-1995). Instituto Nacional de Estadística i Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

seleccionats i la mortalitat, en quintils, a les àrees urbanes i rurals pels homes i les dones respectivament. D'acord amb els resultats obtinguts anteriorment, en general, l'empitjorament en els indicadors de privació s'associa a un augment de la mortalitat. No obstant això, aquest resultat s'aprecia consistentment en els homes i solament a les zones urbanes en les dones.

Els percentatges (i els intervals de confiança corresponents) de l'excés de mortalitat que s'associen als indicadors de privació seleccionats es mostren, a les àrees urbanes i rurals, a les figures 2.3. i 2.4. pels homes i a les figures 2.5. i 2.6. per les dones.

### Figura 2.3.

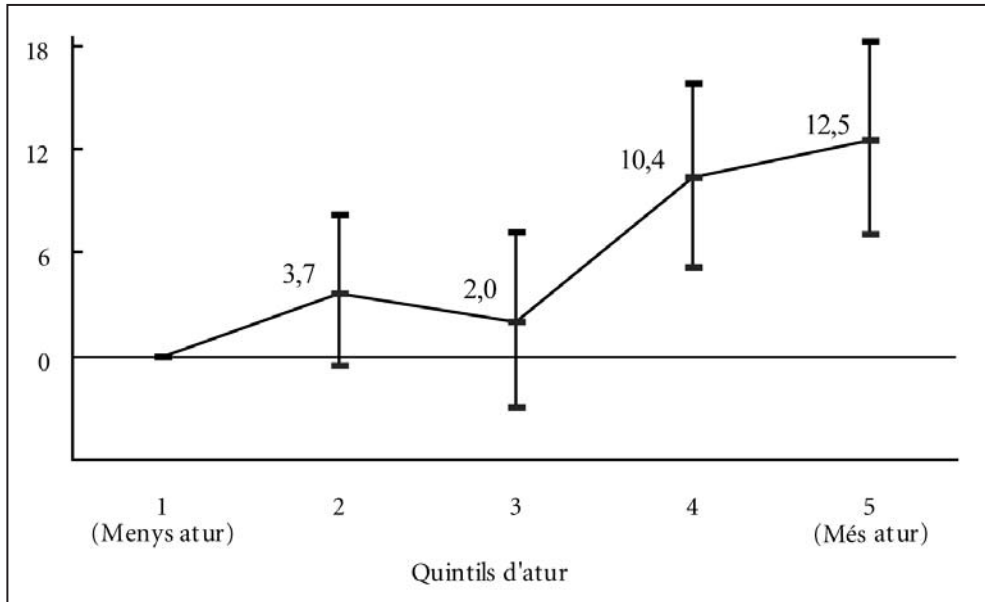
Excés de mortalitat (percentatge) i interval de confiança al 95% per quintils d'atur en àrees urbanes (més de 20.000 habitants i ABS de Barcelona). Homes. Catalunya, 1987-1995.



Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística i Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

**Figura 2.4.**

Excés de mortalitat (percentatge) i interval de confiança al 95% per quintils d'atur en àrees rurals (menys de 20.000 habitants). Homes. Catalunya, 1987-1995.



Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística i Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

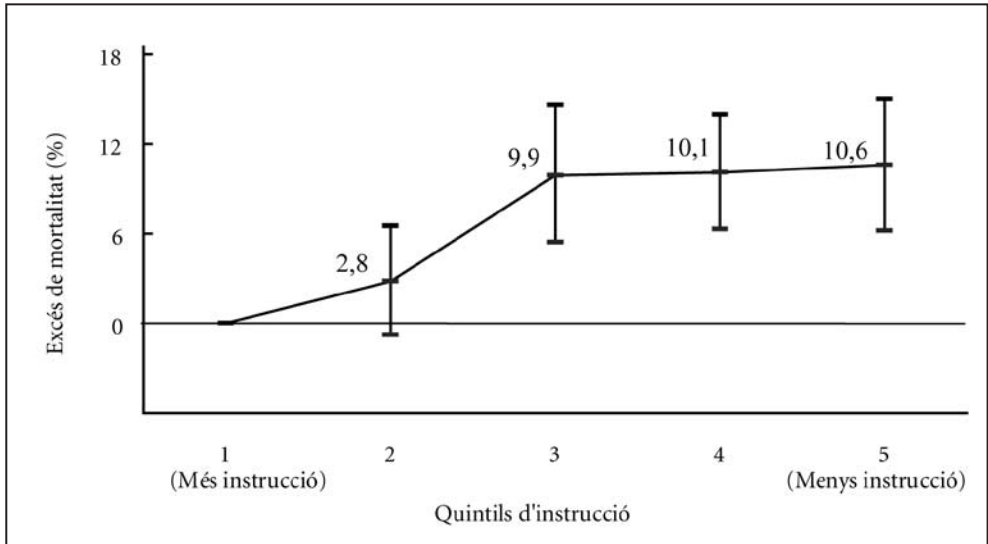
L'associació positiva entre atur masculí i mortalitat es veu tant a les zones urbanes com a les rurals. En el cas dels homes, la cinquena part de les àrees urbanes amb les condicions de privació més elevades tenen un excés de mortalitat del 7,4% en comparació a la cinquena part d'àrees amb menys privació (figura 2.3.).

Igualment, la cinquena part de les àrees rurals amb més privació tenen un excés de mortalitat del 12,5% en relació a les que tenen menys privació. Aquestes relacions apareixen en forma de gradient (figura 2.4.).

En el cas de les dones, solament s'aprecia una associació a les àrees urbanes (10,6% en el quintil amb més privació; figura 2.5.) però no a les àrees rurals (figura 2.6.).

**Figura 2.5.**

Excés de mortalitat (percentatge) i interval de confiança al 95% per quintils de manca d'instrucció en àrees urbanes (més de 20.000 habitants i ABS de Barcelona). Dones. Catalunya, 1987-1995.



Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística i Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

El nombre total d'excés de morts que es produeix anualment en els homes a causa de la privació és de 2.374 i, en el cas de les dones, és de 807. Aquesta xifra equival al 6,2% del total de les més de 50.000 morts que es produeixen cada any a Catalunya.

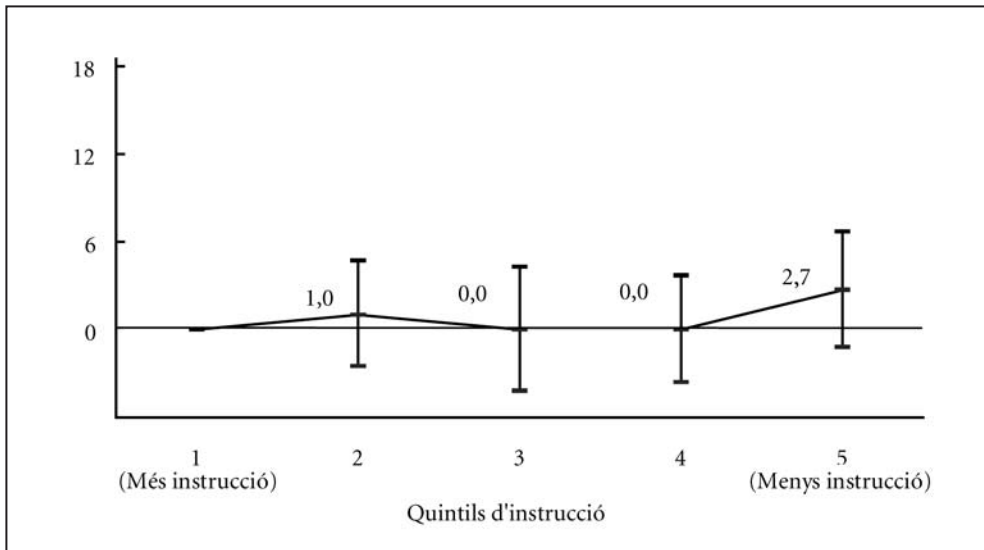
## CONCLUSIONS

Apareixen diferències en la privació material i la mortalitat:

- En els homes, la distribució espacial de l'atur presenta un patró geogràfic on destaquen els valors més elevats de molts dels municipis de tota la franja costanera, un bon nombre de municipis de les comarques del Baix Llobregat, el Vallès Occidental, l'Anoia, el Bages i el Berguedà, i també de la majoria de municipis de les terres de

**Figura 2.6.**

Excés de mortalitat (percentatge) i interval de confiança al 95% per quintils de manca d'instrucció en àrees rurals (menys de 20.000 habitants). Dones. Catalunya, 1987-1995.



Font: Dades del Cens 1991, Instituto Nacional de Estadística i Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (elaboració pròpia).

l'Ebre. La distribució interna de les ABS dins la ciutat de Barcelona presenta una situació més desfavorable a la part més cèntrica de la ciutat i a les zones del litoral i del nord.

- La distribució de la manca d'instrucció entre les dones segueix un patró geogràfic en el qual destaquen els percentatges elevats de la majoria de municipis de les terres de l'Ebre, els municipis situats al voltant del Barcelonès, el Baix Llobregat i el Vallès Occidental i Oriental. A més, també s'observen nivells elevats a diversos municipis de la part nord de l'àmbit de ponent. A la ciutat de Barcelona, la manca d'instrucció femenina presenta una situació més desfavorable a la part més antiga de la ciutat i a la zona nord.

- En el cas dels homes, destaca especialment l'elevada mortalitat que s'observa a tota la zona costanera, al Baix Llobregat, al Vallès Occidental, en algunes zones del Segrià i, a Barcelona, a les ABS de Ciutat Vella i dels districtes de la zona del litoral (districtes de Sants-Montjuïc i Sant Martí) i del nord de la ciutat (Sant Andreu i Nou Barris).
- Pel que fa a les dones, a més de diverses zones del Baix Llobregat i del Vallès Occidental, trobem un risc elevat de mortalitat en un bon nombre d'àrees de la província de Tarragona, a la comarca del Segrià i a les comarques del Ripollès, la Garrotxa, el Gironès i el Baix Empordà. Com en el cas dels homes, a Barcelona també destaquen les ABS del centre de la ciutat i de les zones del litoral i del nord.
- Existeixen desigualtats en funció de la privació material i la mortalitat, especialment a les àrees més urbanes de Catalunya, que apareixen en forma de gradient. A Catalunya, l'excés de mortalitat associat a la privació es pot calcular anualment en un total de 3.181 morts potencialment evitables. Aquesta xifra equival al 6,2% del total de les més de 50.000 morts que es produeixen cada any a Catalunya.

## **Bibliografia**

Amorós J. (1999). "Els desequilibris territorials i la política regional de la Unió Europea a Catalunya". A: Fundació Jaume Bofill. *Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, economia, política, cultura*. Barcelona: Editorial Mediterrània: 317-336.

Arias A.; Rebagliato M.; Palumbo MA.; Bellver R.; Ashton J.; Colomer C. i col·l. (1993). "Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia". *Med Clí (Barc)* 100: 281-7.

Benach J.; Borrell C.; Garcia MD.; Chamizo H. (1998). *Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España*. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): 141-175.

Benach J. i Yasui Y. (1999). "Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation". *J Epidemiol Community Health* 53: 423-31.

Benach J.; Yasui Y.; Borrell C.; Saez M.; Pasarín MI. (2001). "Material deprivation and leading causes of death: evidence from a nation-wide small-area study". *J Epidemiol Community Health* 55: 239-245.

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

Benach J.; Yasui Y.; Borrell C.; Rosa E.; Pasarín MI.; Benach N.; Español E.; Martínez JM.; Daponte A. (en premsa) "Examining geographic patterns of mortality. The Atlas of mortality in small areas in Spain (1987-1995)". *Eur J Public Health*.

Benach J.; Yasui Y.; Borrell C.; Pasarín MI.; Martínez JM., Daponte A. (2003) "The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain". *Prev Med* 36: 300-08.

Benach J.; Yasui Y.; Martínez JM., Borrell C.; Pasarín MI.; Daponte A. (en premsa b) "The geography of the highest mortality areas in Spain: a striking cluster in the south-western region of the country". *Occup Environ Med*.

Böhning D. (1999). "Computer-assisted analysis of mixtures and applications: meta-analysis, disease mapping, and others". Boca Raton, Fla. London Chapman Hall.

Borrell C. i Arias A. (1995). "Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain". *J Epidemiol Community Health* 49: 460-65.

Borrell C.; Plasència A.; Pasarín MI. i col·l. (1997). "Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city". *J Epidemiol Community Health* 51: 659-67.

Borrell C.; Mompart A.; Brugal MT.; Rohlf I.; Pérez G. (1999). "La salut". A: Fundació Jaume Bofill. *Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, economia, política, cultura*. Barcelona: Editorial Mediterrània.

Borrell C. i Pasarín MI. (2002). "Desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona". A: Universidad de Alicante. *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Murcia: Compobell SL.

Brugal MT.; Borrell C.; Díaz-Quijano E.; Pasarín MI.; García-Olalla P.; Villalbí JR. (en premsa) "Deprivation and AIDS in a Southern European city: different patterns across transmission group". *Eur J Public Health*.

Carstairs V. i Morris R. (1989). "Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales". *BMJ* 299: 886-9.

Carstairs V. i Morris R. (1991). *Deprivation and health in Scotland*. Aberdeen: Aberdeen University Press.

Casi-Casanellas A. i Moreno-Iribas C. (1992). "Desigualdad ante la muerte: estudio comparativo entre comunidades de Navarra en el segmento de población de 25 a 74 años". *Aten Prim* 10: 543-48.

Costa J. (1989). "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.

Díez-Roux AV.; Nieto J.; Muntaner C.; Tyroler HA.; Comstock GW.; Shahar E.; Cooper LS.; Watson RL.; Szklo M. (1997). "Neighborhood Environments and Coronary Heart Disease: a Multilevel Analysis". *Am J Epidemiol* 146: 48-63.

Domínguez-Berjón MF.; Benach J.; García-Arcal D.; Borrell C. (1999). "Infant and perinatal mortality in Spain 1981-1991: interprovincial variations in Autonomous Communities with extreme economic levels". *Eur J Epidemiol* 15: 723-29.

Domínguez F.; Borrell C.; Benach J.; Pasarín MI. (2001). "Medidas de privación material en el estudio de las desigualdades sociales en salud en áreas geográficas pequeñas". *Gac Sanit Supl* 4: 23-33.

Dorling D. (1997). *Death in Britain*. Bristol: Joseph Rowntree Foundation.

Eames M.; Ben-Shlomo Y.; Marmot MG. (1993). "Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England". *BMJ* 307: 1097-102.

Etxenike M. (1994). "Inégalités sociales en matière de santé dans l'aire sanitaire numero un de la Communauté de Madrid" [treball d'investigació de tercer cicle]. Brussel·les: Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Fox AJ.; Jones DR.; Goldblatt PO. (1984). "Approaches to studying the effect of socioeconomic circumstances on geographic differences in mortality in England and Wales". *Br Med Bull* 4: 309-314.

Gordon D. (1995). "Census based deprivation indices: their weighting and validation". *J Epidemiol Community Health* 49 supl 2: 39-44.

Gundersen L. (2000). "Mapping it out: Using Atlases to detect patterns in health care, disease and mortality". *Annals of Internal Medicine* 133: 161-164.

Haan M.; Kaplan GA.; Camacho T. (1987). "Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County Study". *Am J Epidemiol*. 125: 989-98.

Krieger N. (1991). "Women and social class: a methodological study comparing individual, household, and census measures as predictors of black/white differences in reproductive history". *J Epidemiol Community Health*. 45: 35-42.

Krieger N. (1992). "Overcoming the absence of socioeconomic data in medical records: validation and application of a census-based methodology". *Am J Public Health*. 82: 703-10.



La Caixa (2001). Servicio de Estudios. *Anuario económico de España*. Barcelona: Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona.

Lardelli P.; Masa J.; Maderuelo A.; Delgado M.; Gálvez M. (1991). "Infant, neonatal, postneonatal and perinatal mortality in Spain, 1975-1984. Interregional and interannual differences". *Soc Sci Med* 33: 613-20.

Lardelli P.; Luna JD.; López R.; Delgado M.; Gálvez R. (1993a). "Desigualdades en salud: la mortalidad perinatal e infantil en España". *Gac Sanit* 7: 21-6.

Lardelli P.; Blanco JI.; Delgado-Rodríguez M.; Bueno A.; Luna JD.; Gálvez R. (1993b). "Influence of socio-economic and health care development on infant and perinatal mortality in Spain 1975-86". *J Epidemiol Comm Health* 47: 260-4.

Liang K-Y. i Zeger SL. (1986). "Longitudinal data analysis using generalized lineal models". *Biometrika* 73: 13-22.

Luppi G.; Camnasio M.; Benedetti G.; Covezzi I.; Cislighi C. (1995). "L'atlante italiano di mortalità a livello comunale". *Epidemiologia e Prevenzione*. 19: 132-41.

March JC. (1989). *Granada en sus barrios. Descripción de sus desigualdades en salud* [tesi doctoral]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Martín-Santos FJ. (1990). "Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga". Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (mimeo).

Martín-Santos FJ. i March-Cerdá JC. (1992). "Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga". *Gac Sanit* 6: 198-206.

McCarron PG.; Davey Smith G.; Womersley JJ. (1994). "Deprivation and mortality in Glasgow from 1980 to 1992". *BMJ* 309: 1481-2.

McLoone P. i Boddy FA. (1994). "Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991". *BMJ* 309: 1465-70. 8.

Mompert A.; Pérez G.; Borrell C.; Pasarín MI. (1999). "Las desigualdades de mortalidad en los sectores sanitarios de Cataluña". Comunicació presentada a la XVII reunió de la SEE. *Gac Sanit* 13 (supl. 2): 66.

Morgan M. i Chinn S. (1983). "ACORN group, social class and child health". *J Epidemiol Community Health*. 37:196-203.

Navarro V.; Benach J. i la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España

(1996). *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo i The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University.

Navas JL.; Fernández-Crehuet R.; Irala I.; Serrano A.; Pelayo A. (1997). “Mortalidad por suicidio en España: factores socioeconomicos y ambientales asociados”. *Aten Primaria* 19: 250-256.

O’Campo P.; Gielen AC.; Faden RR.; Xue X.; Kass N. i col·l. (1995). “Violence by male partners against women during the childbearing year: a contextual analysis”. *Am J Public Health* 85: 1092-97.

Oliver J. (dir.) (2001). *La pobreza a catalunya. Informe 2001*. Fundació un sol món. Caixa de Catalunya.

Pasarín MI (1996). *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.

Pasarín MI.; Borrell C.; Plasència A. (1999) “¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona?” *Gac Sanit* 13: 431-440.

Phillimore P.; Beattie A.; Townsend P. (1994). “Widening inequality of health in northern England, 1981-91”. *BMJ* 308: 1125-8.

Pickle LW.; Mungiole M.; Jones GK.; White AA. (1996). *Atlas of United States mortality*. Hyattsville: National Center for Health Statistics.

Ruiz I. i March JC. (1998). “Desigualdades en salud en los municipios periféricos de la aglomeración urbana de Granada”. *Aten Primaria* 22: 269-78.

Townsend P. (1979). *Poverty in the United Kingdom. A survey of household resources and standards of living*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Townsend P.; Phillimore P.; Beattie A. (1988). *Health and deprivation. Inequality and the North*. London: Croom Helm.

Walter SD. i Birnie SE. (1991). “Mapping Mortality and Morbidity Patterns: An International Comparison”. *Int J Epidemiol* 20: 678-89.

Yasui Y.; Hao Liu; Benach J.; Winget M. (2000). “An Empirical Evaluation of Various Priors in the Empirical Bayes Estimation of Small-Area Disease Risks”. *Statistics in Medicine* 19: 2409-20.

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

Esteve Fernández i Anna Schiaffino



## INTRODUCCIÓ

### L'estat de salut i la malaltia

L'autovaloració de l'estat de salut combina l'experiència subjectiva de patir malalties agudes i/o cròniques amb les sensacions personals com, per exemple, el fet de sentir-se esgotat. L'*estat de salut percebut* és un bon indicador de l'estat de salut i està relacionat tant amb les percepcions subjectives de la qualitat de vida com amb la presència de malalties diagnosticades clínicament i amb l'ús dels serveis sanitaris (Patrick i Berger, 1990); alhora, també és un predictor important de la mortalitat (Idler i Benyamini, 1997). Entre les principals utilitats de la mesura de l'estat de salut trobem el seguiment de la població en els plans de salut, l'establiment de prioritats, la identificació de grups d'alt risc i l'anàlisi dels patrons d'utilització dels serveis sanitaris. Les enquestes de salut són una de les fonts d'informació més utilitzades per tal de recollir totes aquestes dades (Bruin i col·l. 1996).

S'han descrit desigualtats en l'estat de salut percebut. Així, per exemple, les enquestes de salut mostren que existeixen desigualtats en funció de la classe social basada en l'ocupació i també en funció del nivell d'estudis o d'ingressos.

Respecte a les malalties, les més habituals són les cardiovasculars i el càncer; de tota manera, malalties com la sida o les lesions per accidents de trànsit també tenen impor-

tància, ja que, principalment, afecten la població jove. Així doncs, el desenvolupament de la sida i les lesions per accident han adoptat el caràcter d'una veritable epidèmia. Trobem diferents estudis internacionals que mostren les desigualtats existents segons la classe social en la incidència i en la mortalitat causada per aquestes malalties.

La malaltia isquèmica del cor, juntament amb les malalties cardiovasculars i cerebrovasculars, són un problema de salut important dins les societats occidentals. Fins a la primera meitat del segle XX, aquestes malalties es descrivien com a pròpies de les societats benestants, de manera que la seva incidència va créixer a mesura que augmentava la industrialització i la prosperitat de les societats occidentals. Durant les darreres dècades, però, el patró epidemiològic ha canviat substancialment. Les taxes de mortalitat per malalties cardiovasculars han disminuït molt als països occidentals i, dins d'aquests països, la disminució ha estat més acusada entre les classes socials més benestants. També s'observa un augment de la mortalitat a causa d'aquest conjunt de malalties als països de l'est d'Europa i a alguns països en vies de desenvolupament (Marmot i Mustard, 1996). És a dir, actualment, als països industrialitzats, la mortalitat causada per malalties cardiovasculars és més elevada en els grups socials més desafavorits que en els grups més benestants. És per això que el fet de reduir les elevades taxes de mortalitat en els grups més desafavorits pot tenir un gran impacte en la reducció de la mortalitat per aquestes causes, a més de disminuir les desigualtats socials en aquest sentit.

Juntament amb el grup de malalties cardiovasculars i cerebrovasculars, el conjunt de malalties que formen el càncer són la principal causa de morbimortalitat de la nostra societat, ja que el càncer és un dels principals problemes de salut als països desenvolupats. Entre el conjunt de factors que el determinen, s'inclouen causes externes (com ara radiacions, productes químics i infeccions víriques) i internes (hormones, aspectes immunitaris i mutacions heretades). Tanmateix, la freqüència d'aparició i la mortalitat d'alguns càncers està relacionada amb el nivell socioeconòmic. La mortalitat global per càncer està relacionada inversament amb el nivell socioeconòmic en els homes però no en les dones (Doll i Peto, 1981). Els càncer de coll d'úter, de fetge, d'estómac, de boca, de laringe i de bufeta urinària són freqüents als països en vies de desenvolupament i entre els estrats socials desafavorits i, contràriament, el càncer de

mama, de pulmó, de melanoma i colorectal són propis de països desenvolupats i de grups socials benestants (Faggiano i col·l., 1997).

El coneixement de les causes de les desigualtats en la incidència i la mortalitat per malalties cardiovasculars i per càncer és limitat i les evidències provenen d'estudis epidemiològics fets principalment als Estats Units i al Regne Unit. Aquests estudis apunten que el gradient socioeconòmic de les desigualtats socials no es pot explicar solament per factors de risc coneguts, com ara el tabac, la concentració elevada de colesterol sèric o la hipertensió arterial (Suadicani i col·l., 2001).

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

Un dels primers estudis fets a Catalunya es va realitzar amb les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 1986 (Alonso i Antó, 1988) i va mostrar diferències socials en l'estat de salut percebut. Mentre el 81,6% de les persones de les classes més afavorides (I i II) va declarar la seva salut com a bona o molt bona, entre les persones de classe més desafavorida (IV-V) només ho van fer el 67,6%. Tanmateix, en les classes I-II el 51,5% va declarar que patia algun trastorn crònic i el 56,8% en les classes IV-V; també es van trobar diferències respecte al fet d'haver fet un dia de llit per malaltia durant les dues setmanes prèvies a l'entrevista. La primera enquesta de salut d'àmbit estatal, realitzada l'any 1987, també va servir com a font d'informació per a l'estudi de les desigualtats socials en la salut. D'acord amb el treball de Fernández de la Hoz i León (1996), el 82,9% de les persones amb estudis universitaris van declarar el seu estat de salut percebut com a bo o molt bo, mentre que només el 49,6% de les persones sense estudis van declarar que fos així. Semblantment, la proporció de persones amb una salut declarada com a dolenta o molt dolenta va ser gairebé set vegades més gran entre les persones sense estudis (15,0%) que entre les que tenien estudis universitaris (2,9%). De la mateixa manera, Regidor i col·l. (1994) i l'Informe de la Comissió d'Estudis sobre Desigualtats a Espanya, amb el patrocini del Ministerio de Sanidad y Consumo (Navarro i Benach i col·l., 1996), han constatat la persistència de desigualtats en la salut i també en les comunitats autònomes dins l'àmbit estatal (Regidor i col·l., 1999).

Fins l'any 1994, moment en què es va realitzar l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA-94), no hi havia hagut la possibilitat de fer una anàlisi de les desigualtats en la salut i en la utilització dels serveis que abastés tot Catalunya a causa de la inexistència de fonts d'informació sobre la morbiditat i la utilització dels serveis amb base poblacional (llevat de les dades sobre mortalitat i de les altes hospitalàries). L'ESCA-94 va permetre analitzar l'existència de desigualtats segons la classe social en l'estat de salut a Catalunya, unes desigualtats que ja havien estat descrites a la ciutat de Barcelona o a l'Estat espanyol. La mateixa ESCA-94 ha originat diferents publicacions (Fernández i col·l., 1996; Fernández i col·l., 1999a; Fernández i col·l., 1999b; Fernández i col·l., 2000; Rajmil i col·l., 2000; Borrell i col·l., 2001) que han contribuït a millorar el coneixement de l'estat de les desigualtats socials en la salut al nostre país. A la ciutat de Barcelona, hi ha una llarga tradició d'estudis sobre les desigualtats, sobretot amb disseny ecològic, és a dir, estudis on la unitat d'anàlisi no són les persones individualment sinó les agrupacions d'aquestes persones en barris o districtes. Aquests estudis han posat de manifest l'existència de desigualtats socials en la mortalitat general i per diferents grups de causes segons els districtes, els barris i les àrees bàsiques de salut de la ciutat (Borrell i Arias 1995; Borrell i col·l., 1997; Pasarín i col·l., 1999).

Per analitzar les desigualtats socials en la mortalitat amb estudis de base individual (és a dir, calculant les taxes de mortalitat segons els estrats socials o els nivells educatius) s'acostuma a utilitzar la informació de les butlletes estadístiques de defunció (on consta l'ocupació) o la connexió del registre de mortalitat amb les dades censals o del padró (veure capítol 1). A l'Estat espanyol, però, l'especificació de l'ocupació a la butlleta de defunció és molt baixa (Grupo de Trabajo de la SEE, 1995). Tot i això, hi ha hagut alguns estudis de base poblacional, com els que s'han dut a terme a vuit províncies espanyoles, que tenien un percentatge de complementació acceptable (Regidor i col·l. 1996; Lostao i col·l., 2000); o els que s'han realitzat a Barcelona mitjançant la connexió de la mortalitat amb el padró (Arias i Borrell, 1998; Borrell i col·l., 1999a; Fernández i Borrell, 1999), que han permès descriure les desigualtats en la mortalitat a causa de malalties cardiovasculars, càncer, sida i lesions.



## Objectius i metodologia

L'objectiu d'aquest capítol és descriure les desigualtats socials i territorials en la salut percebuda i en els trastorns crònics, els trastorns mentals, les malalties del sistema circulatori, el càncer, les lesions i la sida a Catalunya. S'han seleccionat aquests problemes de salut per la seva rellevància en termes d'impacte (incidència, prevalença i mortalitat) sobre la població i, cosa que no és menys important, per la disponibilitat de dades per a la seva anàlisi.

Per estudiar les desigualtats socials en la salut s'ha utilitzat l'ESCA-94, que és una enquesta transversal per entrevista d'una mostra aleatòria de la població no institucionalitzada de Catalunya. Per a cadascuna de les vuit regions sanitàries de Catalunya, es va fer un mostreig polietàpic de manera que, un cop ponderada, la mostra fos representativa de la població catalana. La grandària de la mostra va ser de 15.000 persones. Per a les anàlisis utilitzades en aquest capítol, s'han inclòs els 12.245 individus de 15 anys o més no incapacitats directament entrevistats. Les substitucions a causa de la negativa a contestar o per absència van ser del 5,4%.

Les variables dependents indicadores de l'estat de salut analitzades han estat la salut percebuda i el fet de presentar algun trastorn crònic (d'una llista de setze). La salut mental s'ha avaluat mitjançant el *General Health Questionnaire* (GHQ), que consta de dotze preguntes. El GHQ és un instrument que detecta dos tipus de trastorn: la incapacitat per continuar desenvolupant amb normalitat les activitats d'un individu "sa" i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena.

Per a cadascuna de les variables dependents, s'ha calculat la proporció d'individus de cada classe social 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. Per avaluar l'associació entre la classe social (amb la classe I-II com a categoria de referència) i l'estat de salut percebut i el fet de patir algun trastorn crònic —tenint en compte altres variables d'ajustament— s'ha usat la regressió logística, que també inclou la ponderació mostral, i proporciona l'*odds ratio* de prevalença (OR) com a mesura de l'associació entre cada categoria de la classe social respecte a la classe I-II i la variable dependent.

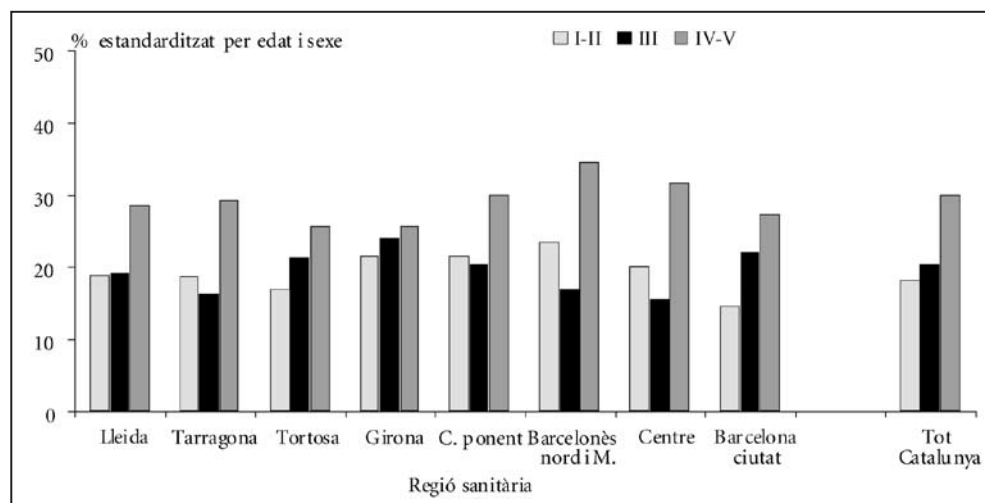
## LES DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT I LA MALALTIA A CATALUNYA

### La salut percebuda i els trastorns crònics

Entre les classes benestants, la proporció de persones que declaren la seva salut com a regular (16,0%) és inferior a la que declaren els individus de les classes mitjanes (III) i desfavorides (IV-V) (17,6% i 24,9%), una diferència que és estadísticament significativa entre les classes I-II i IV-V. Respecte als que declaren un estat de salut dolent, entre les classes IV-V, la proporció d'individus és una mica més del doble que la proporció que trobem a les classes I-II i III. Les diferències segons la classe social en l'estat de salut són més manifestes quan es consideren les categories regular i dolenta agrupades (figura 3.1.). Així, a les classes IV i V, el 30,0% dels individus declaren una salut dolenta mentre que, a la classe III, tan sols ho fa un 20,3% i, en el cas de les classes I-II, un 18,3%.

#### Figura 3.1.

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



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

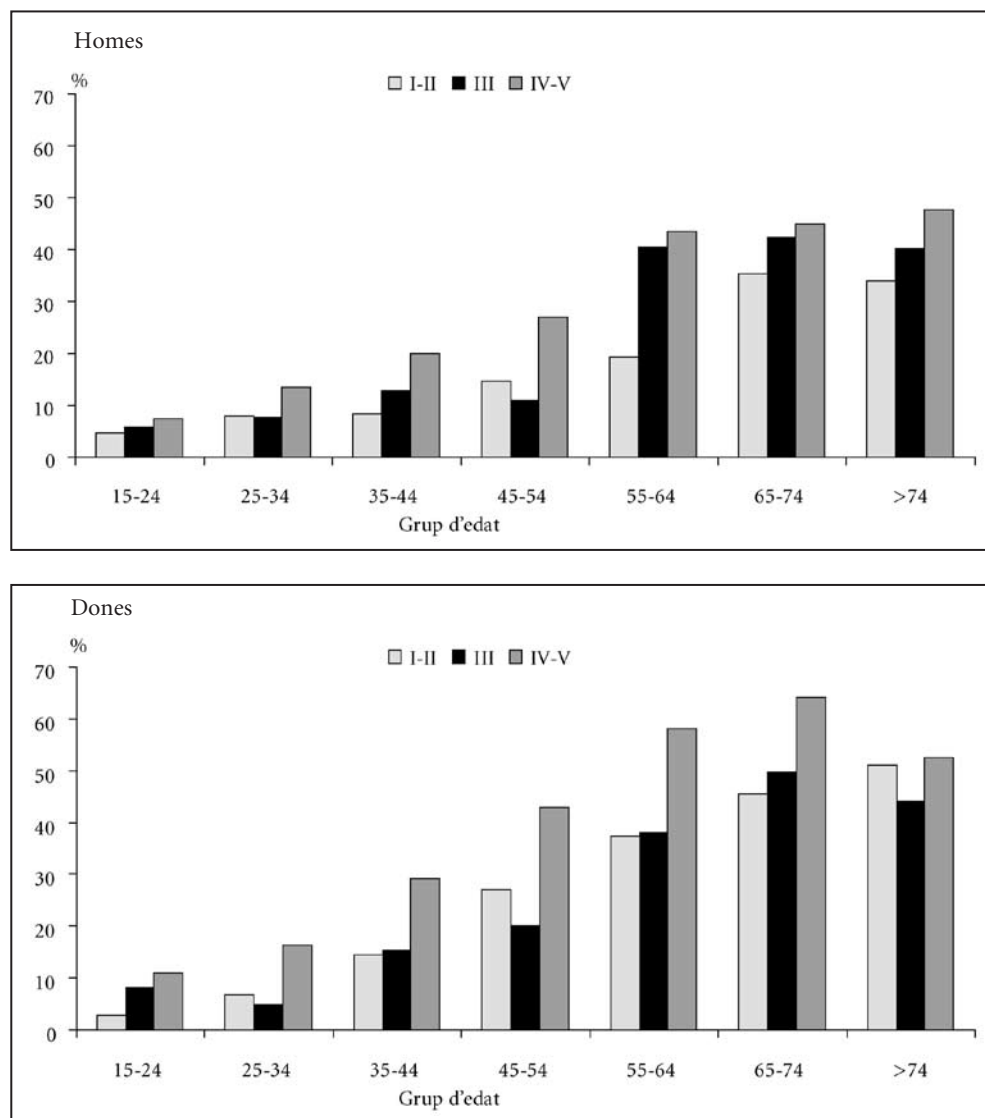
Aquestes diferències, però, s'han d'analitzar en els homes i les dones per separat, ja que poden existir diferències de gènere en l'estat de salut percebut (veure capítol 6). Així, amb aquestes mateixes dades (Fernández i col·l., 1999), es va constatar que la proporció de dones (29,8%) que declaren la seva salut com a regular o dolenta era superior a la proporció d'homes (21,4%). Les diferències en la percepció de l'estat de salut com a regular o dolenta entre els homes i les dones (figura 3.2.) segons la classe social ja es comencen a constatar des de les edats joves, sobretot entre les dones; aquestes desigualtats són molt evidents en les edats més avançades, sobretot entre les classes I-II i IV-V. A la figura 3.2. es pot comprovar que la proporció d'homes i dones que declaren la seva salut com a dolenta és més elevada entre les persones de més edat. Cal assenyalar que les diferències absolutes entre les classes es van fent més grans al mateix temps. La proporció d'homes de 25 a 34 anys que declara la seva salut com a regular o dolenta és del 13,5% en les classes IV-V i del 7,9% en les classes I-II, és a dir, una diferència de 5,6 punts de percentatge; però, als 65-74 anys, aquesta diferència augmenta a 9,4 punts de percentatge. Aquest mateix fenomen també es pot observar en les dones, fins i tot de manera més marcada (diferència de 8 punts de percentatge en les dones de 15 a 24 anys i de 18,5 punts en les dones de 65 a 74 anys).

Com es pot apreciar a la taula 1 de l'annex, el percentatge d'homes de les classes IV-V que van declarar el seu estat de salut com a regular o dolent va ser aproximadament el doble (25,0%) respecte al dels homes de les classes benestants (14,5%). Aquesta associació és independent un cop controlades l'edat, l'àrea de residència (regió sanitària) i el nombre de trastorns crònics. Aquestes diferències de classe també són presents en les dones: la proporció de dones que van declarar la seva salut com a regular o dolenta va ser encara més gran (34,3%), amb un patró similar a l'observat en el cas dels homes.

Com es pot observar a la figura 3.1., les diferències pel conjunt de Catalunya són constants i pràcticament de la mateixa magnitud per a les vuit regions sanitàries de Catalunya. En algunes regions (Tortosa i Girona) les diferències són menors. S'aprecia un efecte gradient més marcat a la regió de Barcelona ciutat. A les regions del Barcelonès nord-Maresme, Tarragona i el Centre, el percentatge de salut dolenta en la classe III fins i tot és més petit que el que trobem a les classes I-II (figura 3.1.).

**Figura 3.2.**

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



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

A la taula 2 de l'annex podem observar la distribució, per als homes i les dones, del percentatge de persones que declaren la seva salut com a regular o dolenta segons la classe social, segons la regió sanitària de residència i, també, segons tres grans grups d'edat. En aquesta taula, s'aprecia 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, tant en els homes com en les dones. Aquesta taula posa de manifest que les diferències socials observades pel conjunt de Catalunya tenen una distribució força homogènia, sense grans desigualtats territorials en aquest sentit.

Pel que fa als trastorns crònics, la proporció d'homes i dones de les classes IV-V que declaren que en pateixen o n'han patit algun (63,1%) és major que en les classes I-II (56,0%) i III (57,7%), diferència que és estadísticament significativa (entre les classes I-II i III; I-II i IV-V).

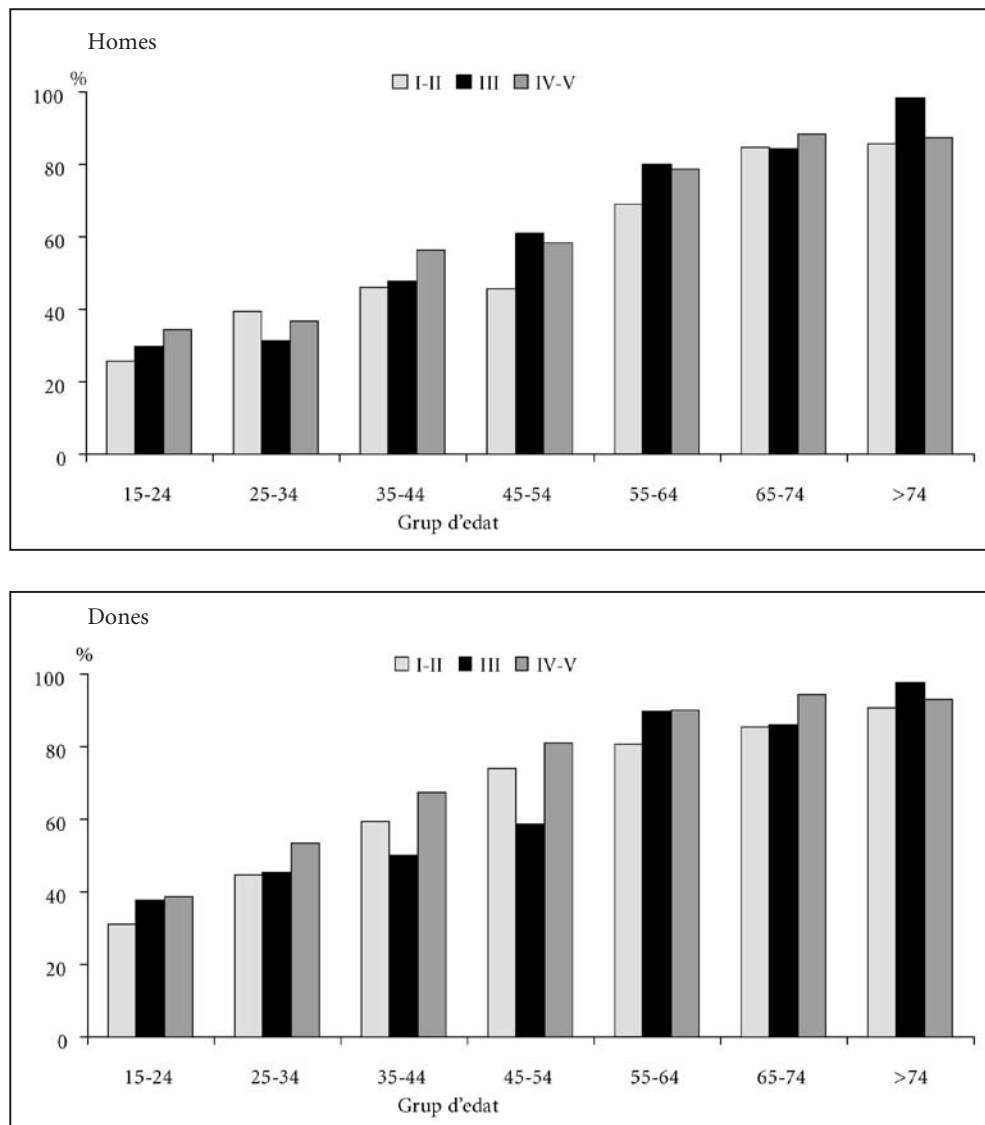
La presència de trastorns crònics, a més, està determinada pel sexe i per l'edat. És a dir, mentre un 54,4% dels homes van declarar que tenien algun trastorn crònic, aquest percentatge va ser del 64,2% en les dones. A més, en els grups de més edat, la proporció d'individus amb algun trastorn crònic és més gran. Les diferències en funció de la classe social es mantenen en gairebé tots els grups d'edat i segons el sexe, amb una proporció més elevada de persones de les classes desfavorides que declaren algun trastorn crònic en cada categoria d'edat —com posa de manifest la figura 3.3.— si bé a partir dels 55-64 anys l'efecte de l'edat és el principal determinant i les diferències pràcticament desapareixen.

L'associació entre la classe social i el fet de presentar algun trastorn crònic és igualment evident quan s'ajusta per les variables sociodemogràfiques, tant en els homes com en les dones de classe IV-V respecte la classe I-II (taula 1 de l'annex).

Com es pot observar a la taula 3 de l'annex, aquesta desigualtat segons la classe social és present —i aproximadament en la mateixa magnitud— en totes les regions sanitàries, amb unes desigualtats socials en els grups de 15-44 i de 45-64 anys una mica més evidents per a les regions sanitàries de Lleida i Tarragona, si bé són diferències que no són estadísticament significatives respecte al conjunt de Catalunya.

**Figura 3.3.**

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



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

La diferència en la percepció de la salut segons la classe social ja ha estat constatada en enquestes de salut anteriors en el nostre medi i s'han obtingut resultats semblants als de l'ESCA-94. A l'Enquesta de Salut de Barcelona de 1986 (Alonso i Antó, 1988) es van descriure desigualtats en l'estat de salut autopercebut. A l'Enquesta de Salut de Barcelona de 1992 (Borrell i col·l. 1995), es va observar que la proporció d'homes i dones amb una salut dolenta de les classes IV i V era pràcticament el doble que la de les classes I i II; aquesta associació es va mantenir (amb una OR de la mateixa magnitud a les derivades de l'ESCA-94) després de ser ajustada per variables indicadores de l'estil de vida (consum de tabac i alcohol, activitat física) i per la presència de sobrepès (Borrell i col·l. 1995; Borrell i col·l. 1999b).

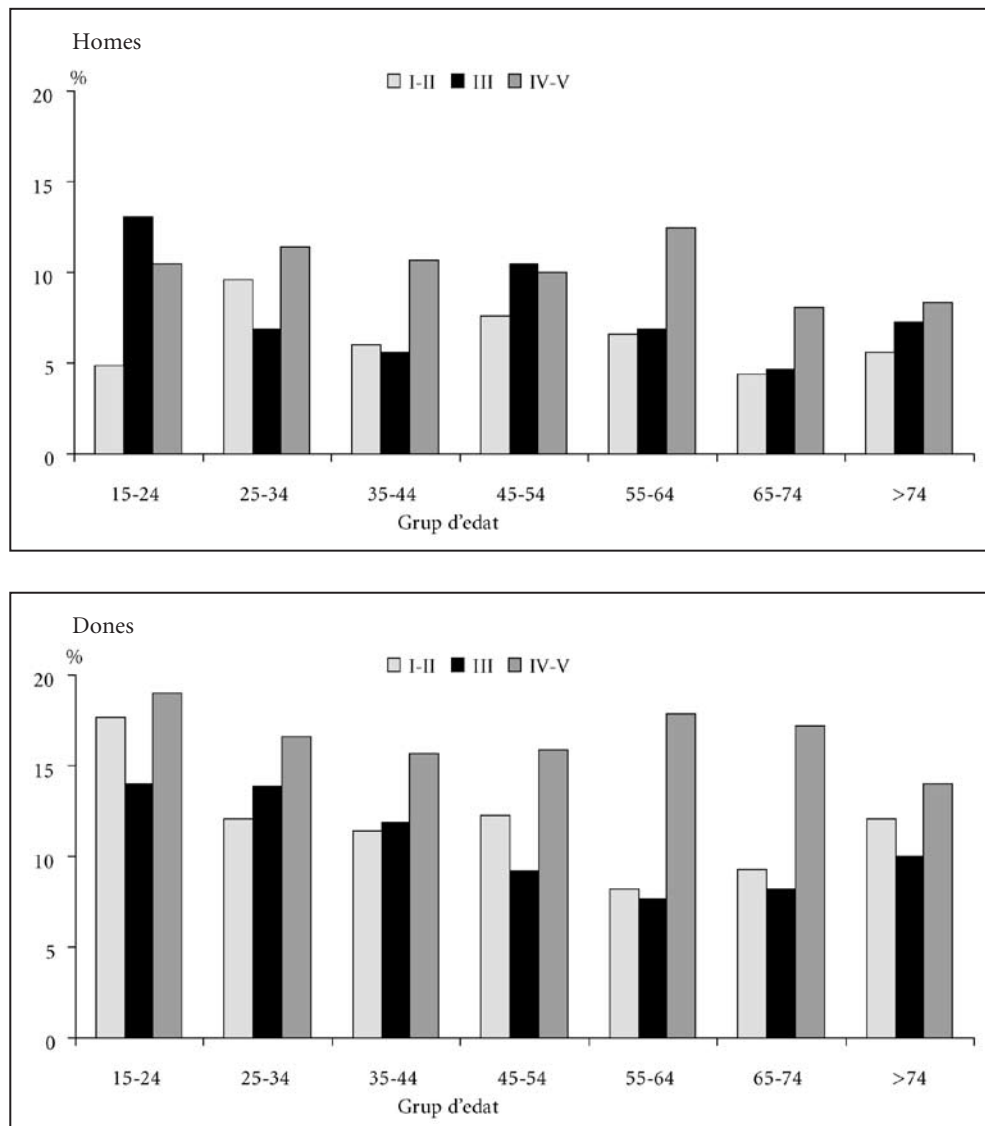
Per tot el territori espanyol, segons l'Encuesta Nacional de Salud de 1987 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987), aquesta diferència a l'hora de declarar la salut com a regular, dolenta o molt dolenta —entre els individus amb estudis inferiors als primaris en comparació amb els individus amb estudis universitaris— també era notable i de gran magnitud; tenia una OR de 2,5, després de tenir en compte l'efecte de l'edat, el sexe i l'estat civil (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987; Regidor i col·l. 1994). Una reanàlisi de les dades de les enquestes de salut de l'Estat espanyol de 1993 i 1997, feta amb motiu de l'informe sobre *Desigualdades sociales en salud en España*, encarregat pel Ministerio de Sanidad espanyol (Navarro, Benach i col·l. 1996), constata que la proporció d'homes i dones amb una salut percebuda com a regular, dolenta o molt dolenta ('salut subòptima o deficient') en les classes menys afavorides és més gran; entre els homes, compta amb una probabilitat (ajustada per edat, renda, estat civil i grandària de l'hàbitat) gairebé dues vegades més gran de declarar la seva salut com a deficient.

## La salut mental

Segons les dades de l'ESCA-94, la salut mental mesurada amb el qüestionari GHQ-12 presenta algunes diferències segons la classe social (taula 4 de l'annex). La proporció d'homes de les classes IV-V amb risc de tenir mala salut mental va ser gairebé el doble que la de les classes I-II pel conjunt de Catalunya, sense que es pugui apreciar un patró

**Figura 3.4.**

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



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



geogràfic ben definit. El percentatge de dones amb risc de mala salut mental va ser, sistemàticament, més elevat que en els homes i de manera més evident en les classes socials menys afavorides. Així, per exemple, en les edats joves de 15 a 44 anys, el 6,9% i el 10,8% dels homes de les classes I-II i IV-V, respectivament, corrien el risc de tenir una mala salut mental, mentre que entre les dones de la mateixa edat aquests percentatges van ser del 14,0% (classes I-II) i del 17,% (classes IV-V). Pel que fa a l'edat, es pot apreciar que el percentatge de persones amb risc de mala salut mental disminueix progressivament entre els 15 i els 64 anys (si bé les diferències de classe esmentades es mantenen) i augmenta en les edats més adultes, sobretot en les dones (figura 3.4.).

En un estudi previ sobre la prevalença de trastorns mentals a Catalunya basat, també, en les dades de l'ESCA, però utilitzant una metodologia diferent per definir la probabilitat individual de patir un trastorn mental a partir del GHQ-12, es va constatar igualment la important desigualtat de gènere pel que fa a la salut mental i la influència de l'edat (Rajmil i col·l. 1996; Rajmil i col·l. 1998). La diferència de gènere és similar a la que es troba en altres poblacions. Aquesta prevalença més gran de mala salut mental entre les dones podria atribuir-se, almenys en part, al fet que el GHQ subestima les drogodependències i l'alcoholisme. Les dones també podrien tenir més facilitat per expressar diferències i deficiències en el seu estat anímic, que és un fet socialment acceptat i que es podria traduir en una major sensibilitat selectiva de l'instrument (el GHQ) utilitzat (Rajmil i col·l. 1998). Respecte a l'edat, la presència de problemes somàtics i alguns factors socials (per exemple, més dones soles o vídues que homes sols o vidus a partir d'una determinada edat) podrien explicar part d'aquestes diferències. Sembla clar que els problemes de salut mental són més freqüents entre els adults joves, menys freqüents entre els 40 i 60 anys i variables (o molt elevats o molt baixos) en les persones de més edat (Rajmil i col·l. 1998).

## **La incidència i la mortalitat per malalties del sistema circulatori**

A Catalunya, el registre de malalts amb malaltia isquèmica del cor o coronària del Departament de Sanitat i Seguretat Social (que forma part del projecte MONICA coordinat per l'OMS) cobreix, des del 1985, els episodis coronaris aguts de la població

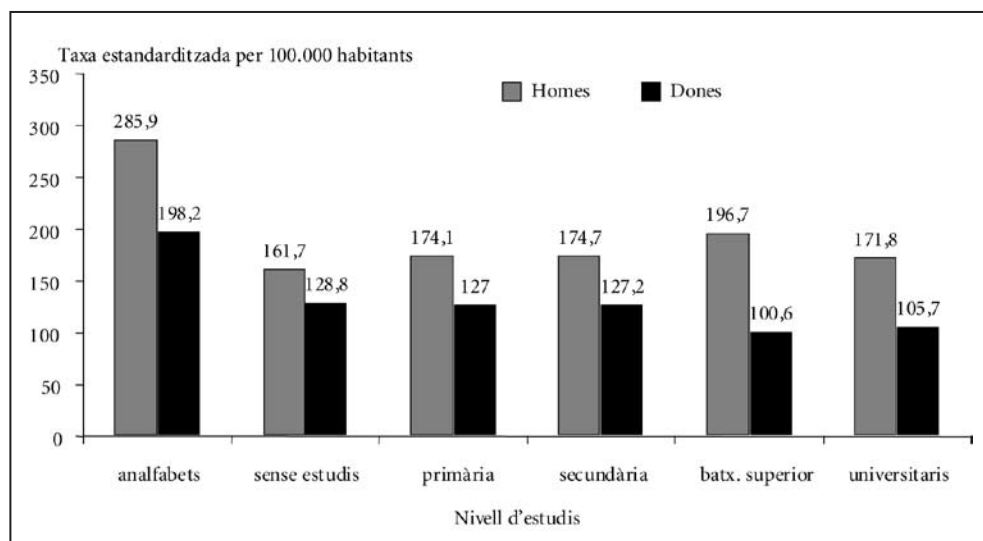
de 25 a 74 anys d'edat de les comarques del Vallès Oriental, el Vallès Occidental, el Bages, el Berguedà i el Solsonès amb l'objectiu de conèixer la incidència i les tendències temporals de la malaltia coronària a Catalunya (Sans i col·l., 2000). Segons aquest registre, la taxa d'atac d'episodis coronaris definits (primers infarts de miocardi i segons infarts, mortals o no) va presentar una tendència creixent entre l'any 1985 i el 1991, moment a partir del qual s'estabilitza amb una tendència a la disminució. En concret, entre els homes de 35 a 74 anys la taxa ajustada per edat va ser de 293/100.000 el 1997 i, en les dones, de 77/100.000 habitants. No es disposa d'informació de la incidència d'aquestes malalties segons la classe social o altres indicadors de posició socioeconòmica. Les malalties de l'aparell circulatori suposen, per a homes i dones conjuntament, la segona causa de mort més freqüent a Catalunya, amb una mortalitat proporcional estandarditzada del 29,4% l'any 1997 (Duran i Gispert, 2000), si bé representen la segona causa de mortalitat en els homes (taxa estandarditzada de 150,9/100.000 habitants) després dels tumors (170,5/100.000 habitants) i la primera causa en les dones (93,4/100.000 habitants).

Tot i que la incidència i la mortalitat per aquestes malalties és més gran en els homes, s'han constatat desigualtats de gènere importants respecte a la comorbiditat que presenten homes i dones i la letalitat (mortalitat als 28 dies i als 6 mesos). Així, en un estudi realitzat a Girona (Marrugat i col·l. 1998) que va incloure 331 dones i 1129 homes amb infart de miocardi, es va posar de manifest que les dones eren més grans, tenien diabetis, hipertensió o angina de pit com a antecedents mèdics amb més freqüència que els homes i que la gravetat de l'infart també era més important en les dones. La proporció de persones que va rebre teràpia trombolítica va ser més gran entre els homes (41,3%) que entre les dones (23,9%), però la proporció d'homes i dones als quals es va practicar una angioplàstia transluminal percutània o un *by-pass* quirúrgic va ser similar. Tot i així, la taxa de mortalitat als 6 mesos va ser més gran en les dones (18,5%) que en els homes (8,3%), amb un 73% d'excés de risc de morir als 6 mesos després de tenir en compte l'edat, la comorbiditat i la resta de factors relacionats amb la presentació i tractament de l'infart.

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 disposem

**Figura 3.5.**

Mortalitat per malaltia isquèmica del cor segons el nivell d'estudis. Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona, 1992-1993.



Font: Elaboració pròpia a partir de Arias i Borrell, 1998.

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 per a determinats períodes de la mortalitat d'acord amb el nivell d'estudis. El primer estudi que es va fer va incloure la mortalitat dels anys 1992 i 1993 i es van estudiar diferents causes de mort —incloent-hi la malaltia isquèmica del cor i les cerebrovasculars (Arias i Borrell, 1998)— segons el nivell d'estudis en 5 categories (universitaris, batxillerat superior, secundària, primària i analfabets o sense estudis).

Segons aquest estudi, la taxa de mortalitat per cardiopatia isquèmica estandarditzada per edat va ser més elevada en els homes que en les dones i, en tots dos sexes, s'aprecien unes taxes més elevades en els grups amb un nivell d'estudis més elevat (figura 3.5. Així, el risc relatiu de morir va ser un 66% i un 87% més gran en els homes i en les dones analfabets o sense estudis respecte als homes amb estudis universitaris, respec-

tivament. Aquest mateix patró es va posar clarament de manifest per a la mortalitat a causa de malaltia cerebrovascular en les dones (taxa de mortalitat de 264,2/100.000 entre les analfabetes o sense estudis i de 132,6/100.000 entre les universitàries), però no en els homes. Aquests resultats van ser semblants als d'altres estudis, que indiquen com a possible explicació la relació inversa entre diversos factors de risc i l'educació (Kaplan i Keil, 1993; Borrell i col·l. 1999a).

### **La incidència i la mortalitat per càncer**

Tal com s'ha dit anteriorment, existeixen dificultats serioses a l'hora d'analitzar les desigualtats socials en la mortalitat amb estudis de base individual, que també són aplicables al càncer. En el cas del càncer, es compta amb registres poblacionals de llarga tradició a la província de Tarragona (Borràs i col·l. 1997) i més recentment a Girona (Viladiu i col·l. 2000) que serveixen per monitoritzar les tendències en la incidència i la supervivència després del diagnòstic. Aquests registres, però, no inclouen informació que permeti atorgar la classe social o altres indicadors de posició social o de nivell socioeconòmic. La mortalitat per càncer també es deriva del Registre de Mortalitat de Catalunya, amb les limitacions que ja hem comentat respecte a la inclusió de l'ocupació en les butlletes estadístiques de defunció.

Al període 1996-1997, la freqüència relativa dels diferents tipus de càncer a Catalunya presenta un perfil molt diferenciat en funció del sexe. Els tumors més freqüents són el càncer de pulmó (al voltant del 17% del total de càncer), seguit del de pròstata (15%) i del colorectal (14%) en els homes. Cal remarcar que el càncer colorectal ocupava la segona posició fins a principis dels anys noranta i que és a partir de l'any 1995 que és sobrepasat pel de pròstata, tal com ha passat a diferents països europeus. Entre les dones, el tumor més freqüent és el de mama (28%), seguit —a una certa distància— pel càncer colorectal (15%). Amb una freqüència relativa força inferior, trobem els tumors de cos d'úter (6%) i d'estómac (5%).

La incidència, segons els registres de Girona i Tarragona, és semblant. Mostra unes taxes brutes que se situen al voltant dels 500 nous casos per cada 100.000 habitants

en el cas dels homes i de 350/100.000 en el de les dones. Al llarg del període 1980-97, s'observa una tendència creixent de la incidència total per càncer en els homes i en les dones (Borràs i col·l. 2001; Fernández i col·l. 2001). Entre els homes, el càncer de pulmó presenta la taxa ajustada més elevada (al voltant de 53/100.000 el 1996-97) i, des del 1980, presenta una tendència creixent. El càncer de mama és el tumor més freqüent entre les dones i té una taxa ajustada al voltant de 65/100.000 habitants.

Durant el període 1997-98, s'han registrat —com a mitjana anual— 8.985 noves morts per càncer entre els homes i 5.499 entre les dones. El nombre més gran de defuncions són causades pel càncer de pulmó (27,6%) i pel colorectal (11,3%) en els homes, i pel càncer de mama (19,0%) i també colorectal (15,5%) en les dones. Entre les homes, la mortalitat global per càncer va ser màxima durant el període 1991-92, moment en què es va estabilitzar i va començar a disminuir. De la mateixa manera, la taxa de mortalitat global entre les dones ha anat disminuint des de l'any 1975 (Borràs i col·l. 2001; Fernández i col·l. 2001). El càncer de pulmó ha estat la primera causa de mortalitat per càncer en els homes durant les darreres dècades. L'increment més marcat es va produir fins l'any 1990 i, posteriorment, es va estabilitzar i ha disminuït fins a l'actualitat. En el cas de les dones, el càncer de pulmó ha passat a ser la tercera causa de mort per càncer, després dels càncers de mama i colorectal. El càncer de mama ha estat la principal causa de mort per càncer entre les dones durant les últimes dècades, i anava creixent fins el 1992, any a partir del qual disminueix fins a l'actualitat (Fernández i col·l. 2001; Borràs i col·l. 2001).

De manera semblant al cas de les malalties circulatòries, farem referència a un altre estudi realitzat a la ciutat de Barcelona per analitzar les desigualtats socials en la mortalitat per càncer amb dades individuals. Aquest estudi va incloure la mortalitat dels anys 1992-1995 per a 15 localitzacions tumorals diferents (Fernández i Borrell, 1999), segons el nivell d'estudis en 5 categories (universitaris, batxillerat superior, secundària, primària i analfabets o sense estudis), i va calcular el risc relatiu (RR) de morir per càncer de les persones sense estudis o analfabets en comparació a les de més nivell educatiu (universitaris).

En aquesta anàlisi, es van incloure les 17.005 defuncions per càncer de la ciutat de

**Taula 3.1.**

Mortalitat per càncer. Risc relatiu (RR) de morir i interval de confiança del 95% (CI) segons el nivell d'estudis. Homes més grans de 25 anys. Barcelona, 1992–1995.

	Uni- versi- tari <sup>a</sup>	Nivell d'estudis			
		Batxillerat superior	Secundaris	Primaris	Analfabets i menys que primaris
<b>Càncer</b>					
Totes les localitzacions	1	1.18 (1.09, 1.29)	1.20 (1.11, 1.30)	1.18 (1.10, 1.26)	1.21 (1.13, 1.29)
Boca i faringe	1	1.14 (0.71, 1.83)	1.19 (0.77, 1.85)	1.44 (1.00, 2.06)	1.70 (1.18, 2.45)
Esòfag	1	1.64 (0.91, 2.94)	1.53 (0.87, 2.69)	2.74 (1.72, 4.35)	2.14 (1.32, 3.48)
Estómac	1	1.35 (0.89, 2.05)	1.79 (1.24, 2.60)	1.88 (1.36, 2.58)	1.99 (1.44, 2.74)
Còlon	1	0.88 (0.66, 1.18)	1.02 (0.78, 1.33)	0.88 (0.71, 1.10)	1.05 (0.85, 1.30)
Recte	1	1.07 (0.62, 1.85)	1.03 (0.61, 1.74)	1.17 (0.77, 1.77)	1.29 (0.85, 1.96)
Fetge	1	1.52 (1.09, 2.13)	1.41 (1.02, 1.95)	1.37 (1.04, 1.80)	1.33 (1.01, 1.75)
Pàncrees	1	1.05 (0.69, 1.60)	1.30 (0.90, 1.90)	0.78 (0.55, 1.09)	0.84 (0.60, 1.17)
Laringe	1	1.79 (1.02, 3.13)	1.92 (1.13, 3.25)	2.11 (1.33, 3.35)	2.56 (1.62, 4.06)
Pulmó	1	1.23 (1.05, 1.45)	1.24 (1.07, 1.45)	1.24 (1.09, 1.41)	1.35 (1.19, 1.53)
Pell	1	0.75 (0.39, 1.47)	0.55 (0.28, 1.10)	0.53 (0.31, 0.90)	0.53 (0.30, 0.93)
Pròstata	1	0.99 (0.75, 1.32)	1.11 (0.85, 1.44)	0.94 (0.76, 1.17)	0.90 (0.73, 1.12)
Bufeta urinària	1	0.84 (0.58, 1.22)	1.04 (0.75, 1.44)	1.02 (0.78, 1.33)	1.20 (0.92, 1.55)
Sistema nerviós	1	1.33 (0.74, 2.38)	1.43 (0.83, 2.48)	1.07 (0.65, 1.76)	1.09 (0.65, 1.82)
Limfomes	1	1.30 (0.87, 1.95)	1.12 (0.75, 1.68)	1.02 (0.72, 1.43)	0.99 (0.70, 1.40)
Leucèmies	1	1.17 (0.70, 1.95)	1.01 (0.61, 1.68)	1.21 (0.81, 1.80)	0.89 (0.59, 1.35)

<sup>a</sup> Categoria de referència.

Font: Fernández i Borrell, 1999.

Barcelona dels anys 1992-1995, ja que es disposava del seu nivell d'estudis a través del Padró d'Habitants. La mortalitat per qualsevol tipus de càncer va ser més gran entre els homes amb un nivell educatiu més baix (RR=1,21), mentre que, entre les dones, l'associació va anar en l'altra direcció; hi va haver menys mortalitat entre les dones amb un nivell educatiu més baix (RR=0,81). En el cas dels homes, es va constatar una mortalitat més elevada entre els grups amb un nivell educatiu més baix en el càncer de boca i de faringe (RR=1,70), d'esòfag (RR=2,14), d'estómac (RR=1,99), de

**Taula 3.2.**

Mortalitat per càncer. Risc relatiu (RR) de morir i interval de confiança del 95% (CI) segons el nivell d'estudis. Dones més grans de 25 anys. Barcelona, 1992–1995.

		Nivell d'estudis			
		Universitaris <sup>a</sup>	Batxillerat superior	Secundaris	Primaris
<b>Càncer</b>					
Totes les localitzacions	1	0.99 (0.86, 1.14)	0.99 (0.88, 1.12)	0.86 (0.78, 0.95)	0.82 (0.74, 0.90)
Estómac	1	0.70 (0.35, 1.40)	0.96 (0.56, 1.65)	0.88 (0.56, 1.38)	1.07 (0.69, 1.66)
Còlon	1	0.96 (0.62, 1.48)	1.07 (0.75, 1.55)	0.91 (0.67, 1.23)	0.76 (0.56, 1.03)
Recte	1	1.48 (0.60, 3.64)	1.70 (0.78, 3.71)	1.18 (0.59, 2.37)	1.27 (0.64, 2.52)
Fetge	1	0.60 (0.28, 1.28)	0.78 (0.43, 1.40)	1.01 (0.64, 1.60)	0.90 (0.57, 1.42)
Pàncrees	1	0.75 (0.39, 1.45)	0.90 (0.53, 1.52)	0.63 (0.40, 0.98)	0.59 (0.38, 0.91)
Pulmó	1	1.17 (0.72, 1.91)	0.78 (0.49, 1.24)	0.61 (0.41, 0.89)	0.55 (0.37, 0.81)
Mama	1	0.82 (0.62, 1.08)	0.83 (0.66, 1.05)	0.73 (0.60, 0.89)	0.65 (0.53, 0.79)
Coll d'úter	1	1.81 (0.63, 5.21)	1.84 (0.70, 4.79)	1.68 (0.70, 4.05)	2.62 (1.09, 6.27)
Cos d'úter	1	2.82 (1.28, 6.24)	1.70 (0.78, 3.70)	1.54 (0.77, 3.08)	1.34 (0.67, 2.67)
Ovari	1	0.93 (0.50, 1.74)	1.05 (0.62, 1.77)	0.76 (0.48, 1.20)	0.83 (0.53, 1.30)
Pell	1	0.70 (0.28, 1.77)	0.95 (0.46, 1.96)	0.88 (0.47, 1.62)	0.93 (0.51, 1.73)
Bufeta urinària	—	1 <sup>b</sup>	0.91 (0.39, 2.12)	0.89 (0.48, 1.65)	0.82 (0.45, 1.50)
Sistema nerviós	1	0.70 (0.28, 1.77)	0.95 (0.46, 1.96)	0.88 (0.47, 1.62)	0.93 (0.51, 1.73)
Limfomes	1	0.60 (0.28, 1.27)	1.03 (0.59, 1.77)	0.93 (0.59, 1.77)	0.92 (0.58, 1.44)
Leucèmies	1	1.76 (0.79, 3.87)	1.67 (0.81, 3.40)	1.19 (0.63, 2.26)	1.18 (0.62, 2.22)

<sup>a</sup> Categoria de referència; <sup>b</sup> Categoria de referència: Universitaris + Batxillerat superior.

Font: Fernández i Borrell, 1999.

bronquis i de pulmó (RR=1,35) i de fetge (RR=1,33). Entre les dones, les que tenien un nivell educatiu més baix van presentar un RR de morir més gran en els casos de càncer de coll d'úter (RR=2,62). El risc de morir per càncer de pell (RR=0,53) en els homes i per càncer de mama (RR=0,65), pàncreas (RR=0,59) i pulmó (RR=0,55) en les dones va ser més baix entre les persones amb menys nivell educatiu. El RR per cada categoria d'estudis es mostra a les taules 3.1. i 3.2. Aquests resultats, si bé són derivats de les defuncions registrades a la ciutat de Barcelona, indiquen unes desigualtats molt

marcades segons el nivell educatiu. Això es pot considerar com un bon indicador de posició socioeconòmica en la mortalitat pels principals tipus de càncer, tal com havien posat de manifest prèviament alguns estudis de caràcter ecològic.

### **La incidència i la mortalitat per sida**

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

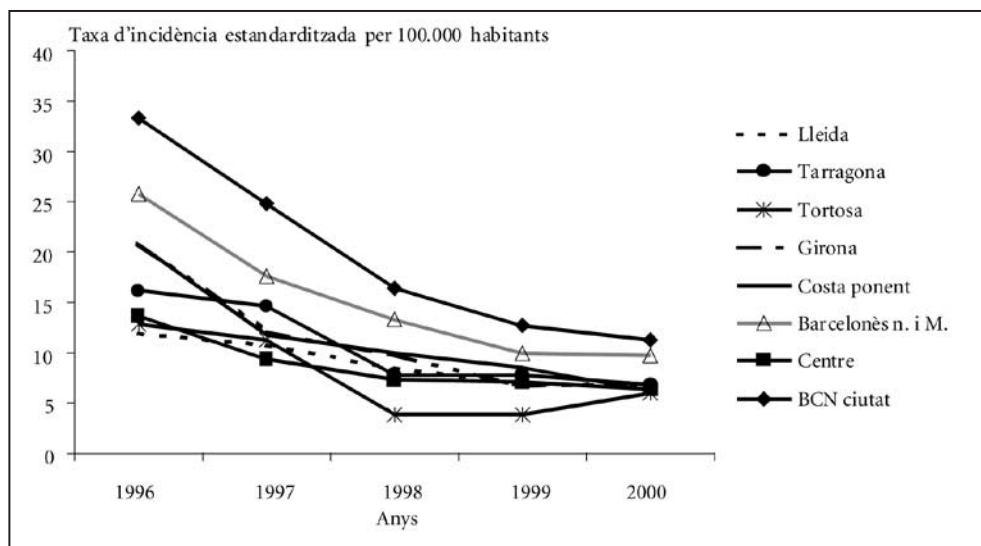
D'acord amb les dades del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya del Departament de Sanitat i Seguretat Social fins el desembre de 2001 (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya, 2002), el nombre de casos notificats de sida va anar en augment des de l'any 1983. Entre els anys 1994 i 1996 es va registrar un increment de nous casos de sida, fonamentalment a causa de l'ampliació de la definició de cas de sida amb tres noves malalties (tuberculosi pulmonar, pneumònies bacterianes i recurrents i càncer invasiu de cèrvix en persones infectades pel VIH), però a partir de 1996 es constata una disminució dels casos notificats. Així, la taxa d'incidència va ser de 2 casos/100.000 habitants el 1986, va augmentar fins els 25,9 casos/100.000 habitants el 1994 i, a partir d'aquí, va començar a disminuir fins als 8,0 casos/100.000 habitants l'any 2000 (figura 3.6.).

Segons el grup de transmissió, el 55,2% dels homes i el 58,2% de les dones es poden classificar com a heterosexuales i usuaris de drogues per via parenteral, que representa el grup de transmissió més freqüent. Si bé no es disposa d'informació sobre el nivell socioeconòmic de les persones diagnosticades, aquesta distribució ens indica amb claredat que la malaltia afecta els estrats de la població desfavorits socialment. Pel que fa a les desigualtats territorials, a la figura 3.6. podem observar que la incidència de casos de sida notificats a les regions sanitàries del Barcelonès nord-Maresme i de Barcelona ciutat és superior a la del conjunt de Catalunya, mentre que a la regió sanitària de Tortosa i del Centre la incidència és sensiblement inferior a la del conjunt de Catalunya.



**Figura 3.6.**

Evolució de la incidència de la sida a Catalunya per regions sanitàries. Catalunya, 1981-2000.



Font: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya, 2002 (elaboració pròpia).

Per tots dos sexes, la mortalitat per sida ha anat augmentant progressivament des de l'inici de l'epidèmia, l'any 1985 (0,28 defuncions/100.000 habitants), fins al 1995 (17,7 defuncions/100.000 hab.), moment en què comença a disminuir. Aquesta disminució es produeix, sobretot, a causa de la reducció de la mortalitat entre els grups d'edat de 20 a 39 anys —sobretot entre els homes—, tot i que s'observa un increment de la mortalitat entre els homes majors de 40 anys i en tots els grups d'edat de les dones.

D'acord amb l'estudi esmentat sobre les desigualtats en la mortalitat segons el nivell d'estudis a Barcelona (Arias i Borrell, 1998), la mortalitat específica i prematura va ser més elevada entre els homes i les dones amb un nivell educatiu més baix, i de manera més accentuada en els homes. La taxa de mortalitat per sida, estandarditzada per edat, va ser de 72,4 defuncions/100.000 habitants en els homes i de 24,4/100.000 en les dones sense estudis, mentre que, entre els homes i dones amb estudis universitaris

va ser molt inferior —de 24,7/100.000 i d'1,31/100.000, respectivament—; aquestes dades suposen un excés important en el risc de morir amb un RR d'1,5 en el cas dels homes i de 10,4 en el de les dones.

### **La incidència i la mortalitat per lesions (principalment accidents amb vehicles de motor)**

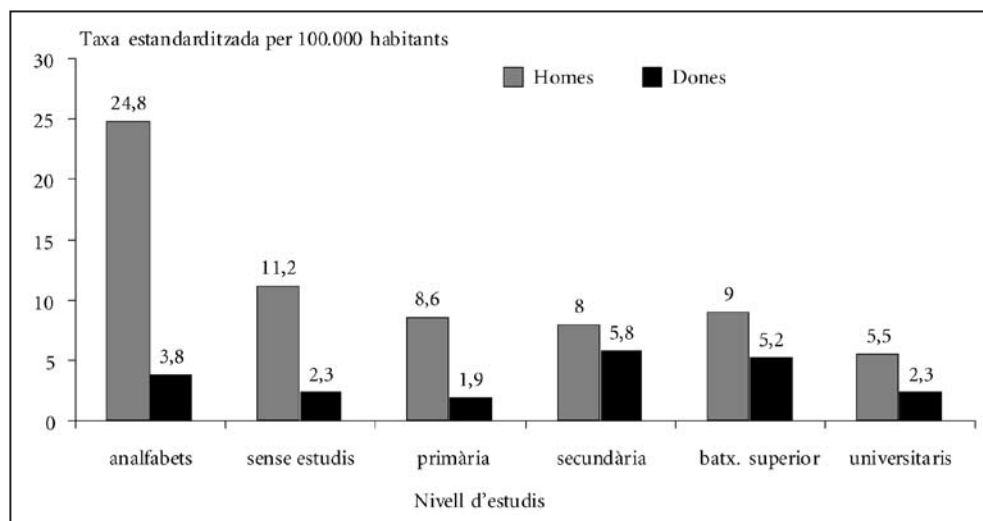
Pel que fa als accidents, cal dir que, actualment, a Catalunya, constitueixen una de les principals causes de defunció tant en homes com en dones, i sobretot entre les edats més joves. Les causes externes (que inclouen els accidents) són la primera causa de mortalitat en els homes i les dones d'entre 15 i 34 anys i la segona entre els de 35 i 44 anys d'edat. En concret, la mortalitat per accidents amb vehicles de motor presenta un augment sostingut en els homes i les dones fins l'any 1991, moment a partir del qual comença a disminuir de forma progressiva. Pel que fa a la mortalitat a causa d'accidents de tipus industrial, també presenta una disminució progressiva que s'ha fet més evident durant els darrers anys (Duran i Gispert, 2000).

Donada la manca d'informació sobre les desigualtats socials en la mortalitat per causes externes pel conjunt de Catalunya, comentarem breument els principals resultats derivats de l'anàlisi que es va fer a nivell individual a la ciutat de Barcelona (Arias i Borrell, 1998). La mortalitat per accidents amb vehicles de motor va ser més elevada en els homes de tots els nivells educatius, sobretot la mortalitat prematura estudiada a partir de les taxes d'anys potencials de vida perduts, ja que —com hem dit— aquesta causa té una importància especial entre els joves. Segons aquest estudi, les taxes de mortalitat per accidents de motor van ser més elevades en els grups amb menys nivell d'estudis (figura 3.7.). Així, el RR de morir va ser de 5,8 en els homes i de 5,4 en les dones analfabetes o sense estudis respecte als homes i les dones amb estudis universitaris.

Un estudi més recent, realitzat a la ciutat de Barcelona sobre la mortalitat per accidents durant el període 1992-1998, ha combinat la informació individual sobre el nivell d'estudis i els indicadors grupals o contextuals segons els barris de la ciutat relatius a l'atur i problemàtica social. Després de considerar l'edat i les variables socials relatives

**Figura 3.7.**

Mortalitat per accidents amb vehicles de motor segons el nivell d'estudis. Homes i dones més grans de 25 anys. Barcelona, 1992-1993.



Font: elaboració pròpia a partir de Arias i Borrell, 1998

al barri, els seus resultats confirmen que la taxa de mortalitat per accidents de trànsit és més elevada entre els homes i les dones sense estudis que no pas entre els qui tenen estudis primaris o secundaris. Aquestes dades mostren que les intervencions orientades a reduir les desigualtats han de tenir present —a més del nivell socioeconòmic de les persones— les condicions socioeconòmiques del barri on viuen (Borrell i col·l. 2002).

## CONCLUSIONS

En aquest capítol s'ha posat de manifest l'existència de desigualtats socials importants en l'estat de salut a partir de les dades poblacionals recollides en l'Enquesta de Salut de Catalunya; concretament, es pot concloure que:

- Les classes socials menys afavorides presenten un estat de salut més dolent.
- 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.
- Les desigualtats de classe i de gènere en l'estat de salut es presenten de forma homogènia per tot el territori català.
- Les persones de les classes menys afavorides declaren que pateixen més trastorns crònics que no pas les de classes socialment més afavorides. Tanmateix, les diferències són més grans entre les dones i a les edats més avançades.
- La probabilitat de patir un trastorn mental és més gran entre les dones i entre les persones de classe social menys afavorida.
- El risc de morir per cardiopatia isquèmica és més elevat entre els homes i les dones amb un nivell educatiu més baix.
- El risc de morir per càncer de boca i faringe, d'esòfag, d'estómac, de bronquis i pulmó i de fetge és més gran entre els homes amb un nivell educatiu més baix.
- El risc de morir per càncer de coll d'úter és més gran entre les dones amb un nivell educatiu més baix, mentre que el risc de morir per càncer de mama és més gran entre les dones amb un nivell d'estudis més alt.
- La mortalitat a causa de la sida és més elevada en els homes i les dones amb un nivell educatiu més baix i es concentra a les regions amb grans concentracions urbanes.
- La mortalitat per accident és més elevada entre els homes i dones amb un nivell educatiu més baix.

## Agraïments

Aquest capítol recull l'anàlisi i la discussió de diferents treballs realitzats en el marc de l'Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya (ISP) durant els anys 1996-1999. Volem agrair al que va ser el seu Director, el professor Andreu Segura, el suport rebut durant aquells anys per començar els estudis sobre les desigualtats socials en l'estat de salut i en la utilització dels serveis sanitaris a Catalunya. Els "Seminaris sobre desigualtats socials en la salut", dirigits per la doctora Carme Borrell i el professor Vicenç Navarro i organitzats des de l'ISP, van ser un esperó important per aquests estudis. Altres companys de viatge i culpables del nostre interès per aquests temes van ser el doctor Luis Rajmil del mateix ISP; la doctora Carme Borrell i el doctor Joan R. Villalbí de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona; el professor Joan Benach i el professor Vicenç Navarro, de la Universitat Pompeu Fabra; i el doctor Josep Maria Borràs de l'Institut Català d'Oncologia. Aquesta darrera institució ens va obrir les seves portes a l'òbit de l'ISP i per això cal fer constar el nostre agraïment als companys que ens han acollit i donat suport. Finalment, agraïm al Servei Català de la Salut la cessió de les dades de l'ESCA per a la realització de les anàlisis sobre desigualtats i estils de vida.

## Bibliografia

Alonso J. i Antó JM. (1988). "Desigualtats de salut a Barcelona". *Gac Sanit* 2: 4-12.

Arias LC. i Borrell C. (1998) "Desigualdades en la mortalidad según la educación en la ciudad de Barcelona". *Med Clin (Barc)* 110: 161-6.

Borràs J.; Galceran J.; Bosch X i col·l. (1997). "Cancer Registry of Tarragona, Catalonia, Spain". A: Parkin DM.; Whelan SL.; Ferlay J.; Raymond L.; Young J. (eds). *Cancer Incidence in five continents, vol VII*. IARC Scientific Publication no. 143, Lyon.

Borràs J.; Borràs JM.; Bosch FX. i col·l. (2001). *Càncer Catalunya 2001*. L'Hospitalet: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Institut Català d'Oncologia.

Borrell C. i Arias A. (1995) "Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain". *J Epidemiol Community Health* 49: 460-65.

Borrell C.; Pasarín I.; Plasència A. (1995). "Enquesta de Salut de Barcelona 1992-93". A: *Estadístiques de Salut*, 23. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Borrell C.; Plasencia A.; Pasarin I. i col·l. (1997). "Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city". *J Epidemiol Community Health* 51: 659-67.

Borrell C.; Regidor E.; Arias LA. i col·l. (1999a). "Inequalities in mortality according to educational level in two large Southern European cities". *Int J Epidemiology* 28: 58-63.

Borrell C.; Rohlf's I.; Ferrando J. i col·l. (1999b). "Social Inequalities in Perceived Health and Utilization of Health Services in a South European Urban Area". *Int J Health Serv* 29: 743-764.

Borrell C.; Fernández E.; Schiaffino A. i col·l. (2001). "Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia (Spain): what is the influence of the type of health insurance?" *Int J Quality Health Care* 13(2): 117-25.

Borrell C.; Rodríguez M.; Ferrando J.; Brugal MT.; Pasarín MI.; Plasencia A. (2002). "The role of individual and contextual effects in injury mortality: new evidence from small area analysis". *Injury Prevention* 8: 297-302.

Bruin A.; Picavet HSJ.; Nossikov A. (1996). *Health Interview Surveys. Towards International harmonization of methods and instruments*. European Series núm. 58, Geneve: WHO, Statistics Netherlands.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (2002). "Vigilància epidemiològica de la sida a Catalunya. Situació fins al 31 de setembre de 2001". *Butll Epidemiol Cat* XXIII (3): 21-7.

Doll R. i Peto R. (1981) "The causes of cancer. Quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today". *J Natl Cancer Inst* 66: 1191-308.

Duran J. i Gispert R. (2000). *Evolució de la mortalitat a Catalunya, 1983-1997*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Faggiano F.; Partanen T.; Kogevinas M.; Boffeta P. (1997). "Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality". A: Kogevinas M.; Pearce N.; Susser M.; Boffeta P. *Social inequalities and cancer*. Lyon: IARC Scientific Publications 138: 65-206

Fernández E.; Schiaffino A.; Segura A. (1996). "Desigualtats en salut i utilització de serveis sanitaris segons la classe social a Catalunya". L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya (mimeo).

Fernandez E. i Borrell C. (1999). "Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona". *Br J Cancer* 79: 684-9.

Fernández E.; Schiaffino A.; Rajmil L. i col·l. (1999a). "Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia. (Spain)". *J Epidemiol Community Health* 53: 218-22.

Fernández E.; Schiaffino A.; Segura A. (1999b). "Desigualtats socials en salut a Catalunya". *BEC XX*(5): 63-6.

Fernández E.; Schiaffino A.; Rajmil L. i col·l. (2000). "Desigualdades en salud según la clase social en Catalunya, 1994". *Aten Primaria* 25: 560-62.

Fernández E.; González JR.; Borràs JM. i col·l. (2001). "Evolución de la mortalidad por cáncer en Cataluña (1975-1998)". *Med Clin (Barc)* 116: 605-9.

Fernández de la Hoz K. i Leon DA. (1996). "Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain". *Int J Epidemiol* 25: 593-603.

Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores, S.A.

Idler EL. i Benyamini Y. (1997). "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *J Health Soc Behav*; 38: 21-37.

Kaplan G. i Keil JE. (1993). "Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature". *Circulation* 88: 1.973-88.

Lostao L.; Regidor E.; Aiach P. i col·l. (2000). 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* 14: 264-7.

Marmot MG. i Mustard JF. (1996). "La enfermedad coronaria desde una perspectiva poblacional". A: Evans RG.; Barer ML.; Marmor TR. (eds) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.: 207-34.

Marrugat J.; Sala J.; Masia R.; Pavesi M.; Sanz G.; Valle V.; Molina L.; Seres L.; Elosua R. (1998). "Mortality differences between men and women following first myocardial infarction". RESCATE Investigators. Recursos Empleados en el Síndrome Coronario Agudo y Tiempo de Espera. *JAMA* 280: 1405-9.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1999). *Encuestas Nacionales de Salud, 1993, 1995, 1997*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Navarro V.; Benach J. i la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España (1996). *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pasarin M.; Borrell C.; Plasencia A. (1999). "Dos patrones de desigualdades sociales en la mortalidad en Barcelona, España". *Gac Sanit* 13: 431-40.

Patrick DL, i Berger M. (1990). "Measurement of health status in the 1990's". *Ann Rev Public Health* 11: 165-183

Rajmil L.; Roset M.; Segura A (1996). "Salut mental a Catalunya". A: *Enquesta de salut de Catalunya 1994*. L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya (mimeo).

Rajmil L.; Gispert Magarolas R.; Roset Gamisans M.; Muñoz Rodríguez PE., Segura Benedicto A. (1998). "Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya". *Gac Sanit* 12: 153-9.

Rajmil L.; Borrell C.; Fernández E. i col.l. (2000). "The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain)". *Arch Dis Child* 83 (3): 211-4.

Regidor E.; Gutiérrez-Fisac JL.; Rodríguez C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.

Regidor E.; Mateo S.; Gutiérrez-Fisac JL. i col.l. (1996). "Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas". *Med Clin (Barc)* 106: 285-289.

Regidor E.; Domínguez V.; Navarro P.; Rodríguez C. (1999). "The magnitude of differences in perceived general health associated with educational level in the regions of Spain". *J Epidemiol Community Health* 53: 288-93.

Sans S.; Paluzie G.; Puigdefàbregas A (2000). "Tendències de la malaltia coronària a Catalunya, 1985-97": projecte MONICA. *BEC Juny XXI*: 61-8.

Suadicani P.; Hein HO.; Gyntelberg F. (2001). "Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in middle-aged men: importance of the duration of follow-up. The Copenhagen Male Study". *Int J Epidemiol* 30: 248-255.

Viladiu P.; Izquierdo A.; Marcos R. i col.l. (2000). *Epidemiologia del càncer a Girona*. Girona: Unitat de Registre del Càncer de Girona, Institut d'Assistència Sanitària.



## **4** Les desigualtats en els estils de vida

M. Isabel Pasarín i Esteve Fernández



## INTRODUCCIÓ

### Els estils de vida relacionats amb la salut

La forma d'emmalaltir de la població depèn, en part, dels riscos als quals s'enfronten les persones durant les seves activitats quotidianes i les seves conductes o estils de vida. Alguns dels principals factors que han estat descrits com a riscos per a la salut, sobretot de les patologies cròniques més presents en el món desenvolupat, han estat el tabaquisme, el consum d'alcohol, el sedentarisme i els trastorns derivats del consum de dietes poc equilibrades.

Molts autors entenen les conductes dels individus o els estils de vida no pas com a eleccions individuals, sinó com a fets que —en gran part— estan determinats per l'entorn social, econòmic i cultural de les persones, i també pels determinants individuals (Dean i col·l., 1995; Rohlfs, 1998). Tanmateix, moltes de les conductes desfavorables per a la salut són més freqüents entre els grups socials més desafavorits. Per exemple, entre els homes, l'hàbit de fumar és més freqüent en els grups amb un nivell d'estudis més baix i amb ocupacions manuals (Borrell, 1998). La pràctica d'exercici físic en el temps lliure és més freqüent en les persones de classe social més afavorida, mentre que l'activitat física realitzada en l'àmbit laboral és més elevada entre les persones amb ocupacions manuals (Salonene i col·l., 1988; Lissner i col·l., 1996; Domínguez-Berjón i col·l., 1998 a i b).

Les persones que tenen un nivell d'estudis més alt tenen un coneixement més bo dels temes relatius a la salut i a la participació social i tenen més sentit de domini sobre l'ambient (Winkleby i col·l., 1990; Regidor i col·l., 1994; Krick i Sobal, 1990). També tenen més capacitat d'assimilar els missatges d'educació sanitària destinats a millorar els hàbits i comportaments, fet que explicaria que l'evolució de les exposicions a certs factors de risc sigui més bona entre els grups socioeconòmics alts (Terris, 1992).

La importància de l'entorn també queda reflectida en la troballa de l'efecte que tenen algunes característiques de l'àrea de residència en els resultats de mesures individuals. Així, en el cas del consum d'alcohol, s'ha observat que la relació entre la classe social i el consum d'alcohol depèn molt de l'entorn social i de la significació que tingui l'alcohol per a la població (Hupkens i col·l., 1993). D'aquesta manera, el nivell mitjà de consum d'alcohol d'una àrea geogràfica influeix en la distribució del consum segons els grups socioeconòmics, de manera que, en àrees d'alt consum, els individus amb un nivell socioeconòmic alt sovint es declaren bevedors moderats i els de nivell socioeconòmic baix es declaren més com a bevedors excessius (Marmot, 1997).

El model de difusió d'innovacions de Graham (descriu inicialment per Rogers) explica com les innovacions d'idees i pràctiques lligades a la salut entre la població segueixen un patró socialment diferenciat (Graham, 1996). Inicialment, les innovacions són adoptades per les persones i les comunitats que tenen unes condicions socials més favorables; després d'estendre's per tota la comunitat, acaben restringides als grups que les han adoptat més tardanament. Els homes tenen la tendència a adoptar les innovacions abans que les dones per la seva situació històrica de poder, pels sous més elevats i pel fet de passar més temps fora del domicili i tenir un contacte més gran amb les fonts d'informació.

Aquests models teòrics explicarien perquè el tabaquisme ha estat —i encara és— més freqüent entre els homes que entre les dones i perquè, en el cas dels homes, l'hàbit es va estendre primer en els de les classes afavorides mentre que, actualment, a molts països ja és més important en els grups socioeconòmics més desfavorits (López i comp., 1994). En el cas de les dones, que van començar a fumar unes dècades més tard, el fenomen encara està en la fase d'expansió —a Catalunya i a molts altres països— per

a tots els grups socials i, per tant, la desigualtat social no s'expressa tan clarament. Als països del nord d'Europa ja s'observa que l'hàbit és prevalent en les dones de les classes socials més desafavorides (Cavelaars i col·l., 2000).

### **Antecedents en l'estudi de les desigualtats en els estils de vida a l'Estat espanyol i a Catalunya**

A l'Estat espanyol, l'estudi de les desigualtats en els estils de vida ha estat factible en els àmbits on s'han realitzat enquestes de salut poblacionals. A partir de les enquestes nacionals de salut d'Espanya (ENSE) dels anys 1987 i 1993, l'informe global sobre desigualtats socials en la salut (Navarro i Benach i col·l., 1996) descrivia que s'havia produït una disminució de la prevalença de tabaquisme entre els homes (del 55% al 49%) i un lleuger increment en les dones (de 24% al 26%). Segons la classe social, entre els homes, el nombre de fumadors era més gran en les classes desafavorides, tot i que el consum de tabac disminuïa en totes les classes. En les dones, la relació entre la classe social i la prevalença de tabaquisme era inversa; les classes més avantatjades eren les més fumadores.

Segons l'ENSE de 1997, el consum excessiu d'alcohol va ser del 4,7% entre els homes i del 0,3% entre les dones. En els homes, la prevalença seguia un gradient clar segons el nivell d'estudis (8,1% en els homes sense estudis i 2,6% en els de més nivell d'estudis); en les dones, la baixa prevalença no permet analitzar diferències (Regidor i Gutiérrez-Fisac, 1999). Aquests resultats concorden amb els que ha publicat l'informe de desigualtats socials en la salut a l'Estat espanyol, on trobem que el percentatge d'homes consumidors excessius d'alcohol incrementa a mesura que empitjora la classe social (Navarro i Benach i col·l., 1996).

Segons les ENSE de 1987 i 1997, el sedentarisme en l'activitat física d'oci és molt més prevalent entre les persones sense estudis —tant homes com dones— i l'activitat augmenta a mesura que augmenta el nivell d'estudis. Ben al contrari del que passa amb el sedentarisme segons l'activitat física laboral. Aquí trobem que les persones que tenen un nivell d'estudis més baix són les més actives laboralment (Regidor i Gutiérrez-Fisac,

1999). En l'informe de desigualtats esmentat anteriorment, s'apreciava clarament el gradient d'inactivitat física en temps de lleure segons la classe social; les classes més benestants eren més actives, tant en el cas dels homes com en el de les dones (Navarro i Benach i col·l., 1996).

La prevalença d'obesitat també és més alta en els grups amb un nivell d'estudis més alt (Regidor i Gutiérrez-Fisac, 1999). Pel que fa a la classe, en el cas de les dones, el patró és més patent per classe social en el sentit que hi ha una prevalença més gran en les classes més desfavorides (Navarro i Benach i col·l., 1996).

A Catalunya, l'estudi de les desigualtats en els estils de vida s'ha realitzat, sobretot, a la ciutat de Barcelona i també a partir de les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 1994, que s'han reflectit en diverses publicacions (Borràs i col·l., 2000; Borrell i col·l., 2000; Fernández i col·l., 2001a; Fernández i col·l., 2001b).

## **Objectius i mètodes**

L'objectiu d'aquest capítol és descriure l'impacte de les desigualtats socials a Catalunya en algunes de les conductes relacionades amb la salut de la població catalana durant la dècada dels 90; concretament, en l'hàbit de fumar, el consum d'alcohol, el nivell d'activitat física i la realització habitual de dieta. Les desigualtats socials es tractaran com a desigualtats segons la classe social, el gènere i la regió sanitària de residència.

En aquest capítol, s'ha utilitzat com a font d'informació principal l'Enquesta de Salut de Catalunya, realitzada l'any 1994 (ESCA-94) pel Servei Català de la Salut. Tots els indicadors s'han analitzat per a la població més gran de 15 anys i es presenten taxes estandarditzades per edat. També s'ha revisat la bibliografia publicada sobre les desigualtats en els estils de vida a Catalunya (inclosa l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2000).

## LES DESIGUALTATS EN ELS ESTILS DE VIDA A CATALUNYA

En el cas dels homes, de totes les conductes estudiades, l'hàbit de fumar és la més freqüent, seguida de prop pel sedentarisme, que, en alguns casos, és tant o més freqüent que el tabaquisme (per exemple, a Barcelona ciutat). En canvi, entre les dones, el nivell baix d'activitat física és més freqüent que no pas el tabaquisme. Però això és una visió transversal en el temps que cal completar amb una visió d'evolució temporal, ja que, com veurem més endavant, durant els darrers anys, l'hàbit de fumar ha augmentat entre les dones però ha disminuït entre els homes.

Les taules 5 i 6 de l'annex mostren informació sobre les prevalences dels estils de vida estudiats en aquest capítol.

### El consum de tabac

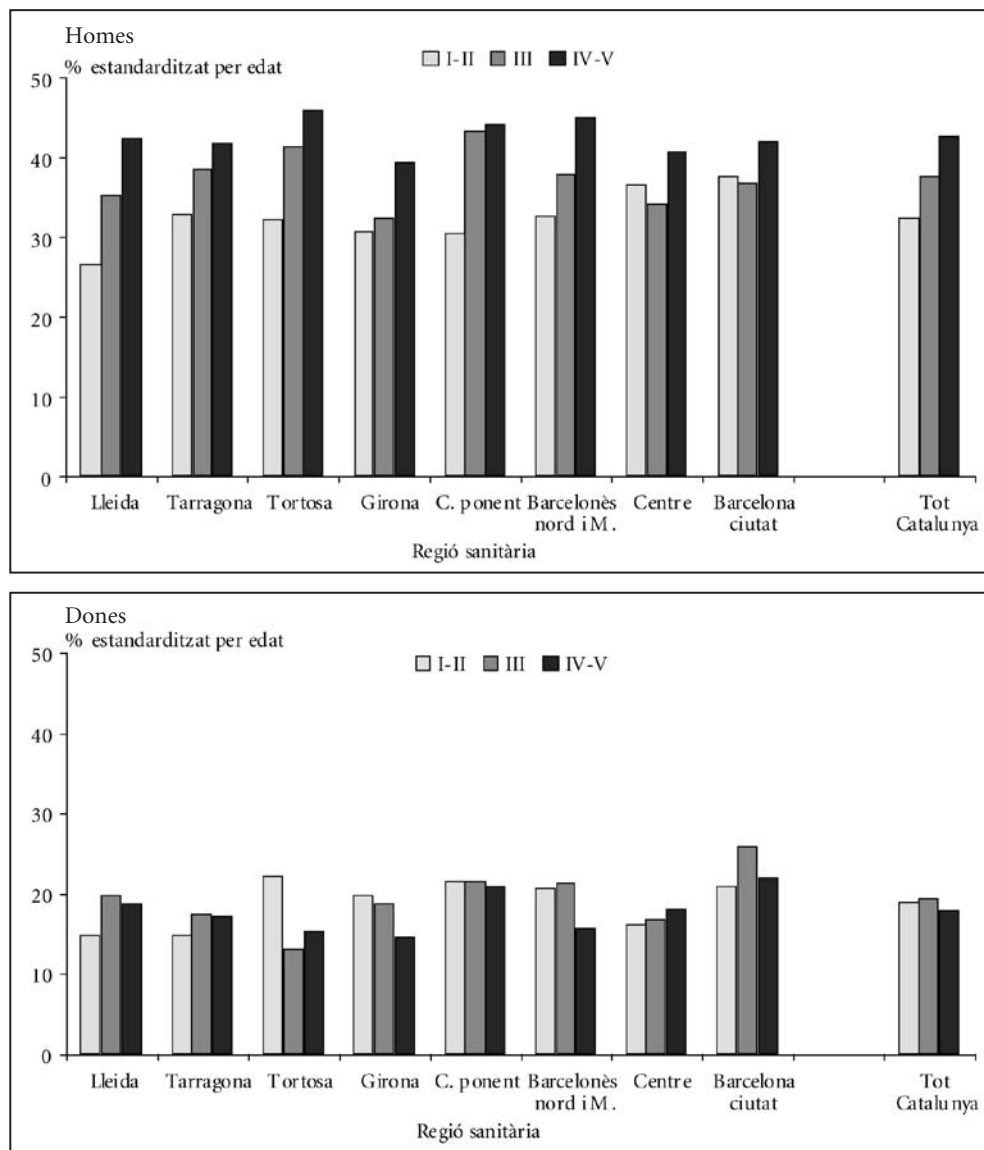
#### L'hàbit de fumar

Amb les dades de l'ESCA-94, s'observa que l'hàbit de fumar és més freqüent entre els homes que entre les dones (taula 7 de l'annex) i que, entre els primers, hi ha un gradient per classe social, de manera que l'hàbit augmenta a mesura que la classe social empitjora. En el cas de les dones no s'observa una freqüència desigual segons la classe social. Pel que fa al territori, destaca que a les regions sanitàries del Centre i Barcelona, els homes de les classes socials més benestants són més fumadors que a la resta de regions; també s'observa que les regions amb prevalences més grans en les classes desafavorides són Tortosa i el Barcelonès nord i Maresme. La regió de Girona és la que, en conjunt, té una prevalença més petita de tabaquisme en totes les classes. Entre les dones, al conjunt de Catalunya, no hi ha diferències de prevalença de tabaquisme per classes socials, encara que les classes més benestants són més fumadores en algunes regions sanitàries: a Tortosa, Girona, Barcelonès Nord i Maresme (figura 4.1. i taula 7 de l'annex).

En una anàlisi específica amb les dades de l'ESCA-94 sobre la probabilitat de començar a fumar, es va determinar que l'inici de l'hàbit de fumar estava inversament relacionat

**Figura 4.1.**

Tabaquisme segons la classe social i la regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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



amb el nivell educatiu dels homes: els de més nivell educatiu (universitaris) presentaven un 40% menys de probabilitat de començar a fumar que els homes amb un nivell educatiu més baix (estudis primaris). En les dones la tendència era la contrària; així, la probabilitat de començar a fumar era més gran si es tenia un nivell educatiu més alt (Borràs i col·l., 2000; Fernández i col·l., 2001a).

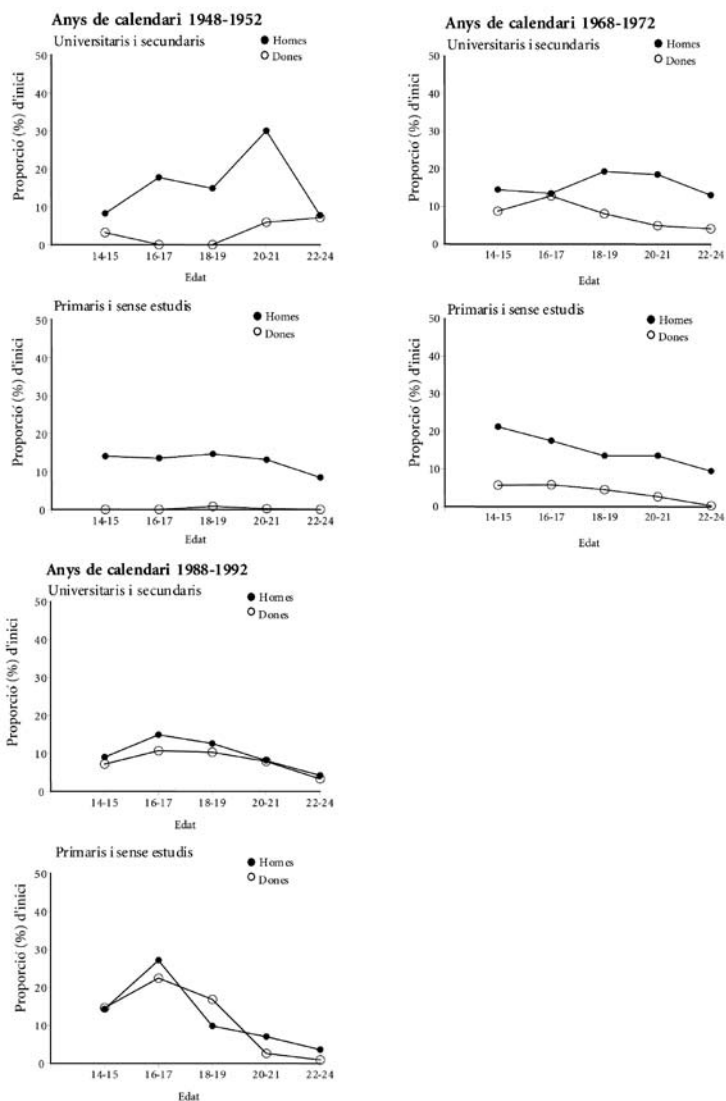
Un altre estudi va posar de manifest la dinàmica d'inici en el consum de tabac dels homes i les dones de Catalunya des dels anys 40 als 90 (Borràs i col·l., 2000). L'anàlisi va mostrar clarament que, al nostre país, el consum de tabac va seguir la teoria de difusió de les innovacions que hem esmentat a la introducció d'aquest capítol, de manera que el consum de tabac i la proporció de dones que començaven a fumar abans dels anys 60 era baixíssima, però, des del període 1968-1972 —moment en què es comença a observar l'increment de fumadores— es dona un patró de convergència entre homes i dones. Aquest patró es va apreciar de manera més precoç en les dones amb un nivell educatiu més alt que van començar a fumar abans que les dones amb un nivell educatiu inferior. El gradient educatiu, però, ha canviat durant els últims anys i, ara, ja són les dones amb un nivell educatiu baix les que presenten proporcions d'inici al tabaquisme semblants i, fins tot, més elevades que les de les dones amb més nivell educatiu. La figura 4.2 mostra les proporcions d'inici al tabaquisme en diferents períodes de temps per a homes i dones, segons l'edat i el nivell d'estudis agrupat en dues grans categories (alt: universitaris i estudis secundaris, baix: estudis primaris i menys que primaris).

A Catalunya, durant els darrers anys, l'hàbit del tabaquisme ha canviat. Tal com es pot apreciar a la figura 4.3., des de l'any 1982 fins al 1998, en els homes d'entre 15 i 64 anys, s'ha observat una reducció de la prevalença del consum de tabac del 58,3% al 44,4%, mentre que, en les dones, la tendència ha estat l'increment de la proporció de fumadores: la prevalença ha augmentat del 20,0% al 30,7%.

Respecte al tabaquisme segons els grups d'edat cal assenyalar que, tot i que l'hàbit generalment és més freqüent entre els homes que no pas entre les dones, segons les dades de 1998, fumen més les dones joves que els homes joves. Així doncs, el 1998, la prevalença de tabaquisme entre les dones de 15 a 24 anys va ser del 45,1% i en els

**Figura 4.2.**

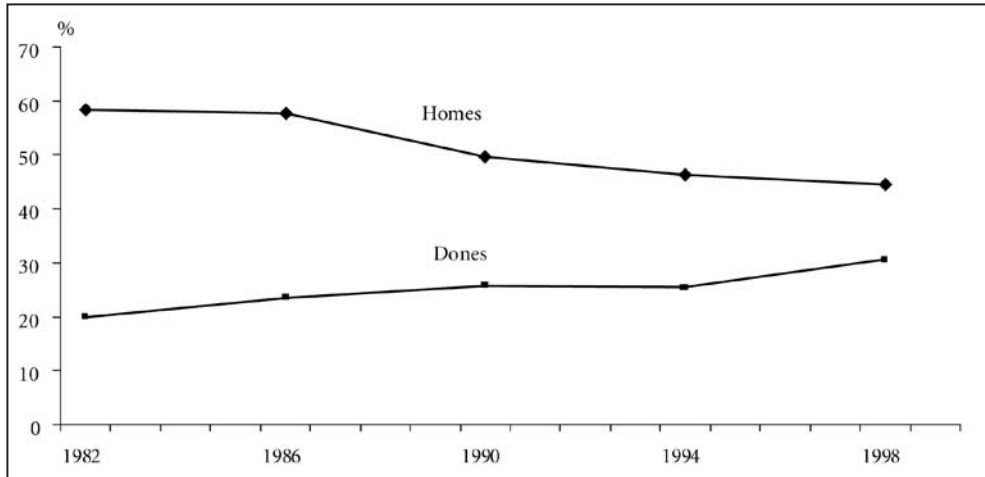
Proporcions d'inici del consum de tabac segons el nivell d'estudis pels anys 1948-1952, 1968-1972 i 1988-1992. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

**Figura 4.3.**

Evolució de la prevalença de fumadors. Homes i dones de 15 i 64 anys. Catalunya, 1982-1998.



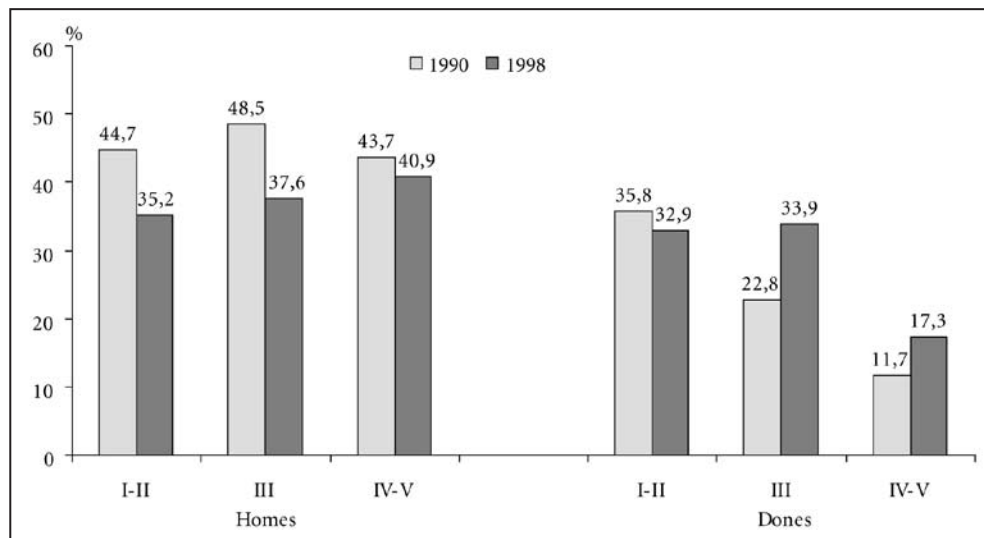
Font: Dades extretes de Jané i col·l., 2002.

homes del 43,4%, mentre que, en anys anteriors, la prevalença en aquesta franja d'edat sempre havia estat més elevada en els homes (Jané i col·l., 2002).

Borrell i col·l. (2000) han estudiat l'evolució de les desigualtats socials en el consum de tabac a la ciutat de Barcelona. Si bé l'any 1983, entre els homes, no hi havia diferències entre les classes socials, els anys 1992 i 1994 l'hàbit ja era més prevalent en les classes socials IV i V. En el cas de les dones, van observar que l'any 1992 fumaven més les dones de les classes benestants (I i II) i que l'any 1994 aquest predomini ja havia desaparegut. Pel conjunt de Catalunya, també s'observa un canvi de patró des de l'any 1990. Entre els homes la prevalença de tabaquisme s'ha reduït a totes les classes socials; però, si bé l'any 1990 la prevalença més elevada es trobava a la classe III (48,5%), l'any 1998 la prevalença més elevada correspon als homes de les classes IV i V (40,9%). Pel que fa a les dones, entre el 1990 i el 1998 s'observa una lleugera disminució de la prevalença entre les dones de les classes afavorides (I-II) i un augment en les classes III i IV-V. Si bé el 1990 la prevalença de fumadores era més gran entre les classes I-II, actualment,

**Figura 4.4.**

Tabaquisme segons la classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1990 i 1998.



Font: Salleras i col·l., 2001.

l'hàbit s'ha desplaçat cap a les classes mitjanes i, si segueix les tendències actuals —com es posava de manifest a la ciutat de Barcelona—, la prevalença més elevada es donarà, en un futur pròxim, entre les dones de les classes més desfavorides (figura 4.4).

### Els exfumadors

Durant els darrers quinze o vint anys s'han dut a terme diferents estratègies amb l'objectiu de disminuir l'hàbit del tabac entre la població; des de mesures legislatives fins a intervencions directes sobre els individus per part dels metges i metgesses de capçalera, que aconsellen i ajuden a fer que els fumadors deixin de fumar. El cert és que aquests darrers 15 anys, a Catalunya, les dades evolutives de les diferents enquestes de salut han mostrat que la prevalença d'exfumadors ha anat incrementant, de manera que, l'any 1982, aquesta proporció va ser del 24,4% dels homes i el 19,4% de les dones entre 15 i 64 anys i l'any 1998 va ser del 31,9% dels homes i el 27,3% de les dones (Jané i col·l.,

2002). S'ha descrit, però, que la probabilitat de deixar de fumar va ser més gran en els homes i les dones amb un nivell d'estudis més alt (Fernández i col·l., 2001a).

Els canvis polítics, socials i econòmics que s'han produït a Catalunya i a l'Estat les darreres cinc dècades expliquen, en bona mesura, perquè l'epidèmia del tabaquisme, per les dones, aquí va començar més tard que en altres països europeus. L'accés de les dones als estudis superiors, durant els darrers 30 anys, és un factor important i també la seva incorporació massiva a la força de treball remunerat. En consonància amb aquests fets, aquestes darreres dècades, les campanyes de la indústria tabaquera han intentat associar el consum de tabac amb falses imatges d'emancipació, independència i igualtat destinades, sobretot, a les dones joves i de mitjana edat de les classes socials menys afavorides. Les diferències en la prevalença i en l'abandonament segons el nivell d'estudis poden atribuir-se a una major receptivitat en les persones amb més nivell d'estudis i amb millor posició socioeconòmica, ja que els missatges de salut tradicionals es basen en la capacitat cognitiva i depenen, en part, dels canvis voluntaris de comportament (Fernández i col·l., 2001b).

Pel que fa a les desigualtats territorials, l'ESCA-94 mostra que, en el cas dels homes, les regions de Girona, Lleida, Tarragona i Barcelona ciutat són les zones on hi ha hagut una quantitat més gran de persones de les classes socials benestants que han deixat de fumar, amb diferències importants respecte als homes de les classes desfavorides. Entre les dones, destaca la regió del Barcelonès nord i el Maresme perquè presenta les prevalences més altes d'exfumadores, com les dones de Barcelona ciutat de les classes benestants (taula 7 de l'annex).

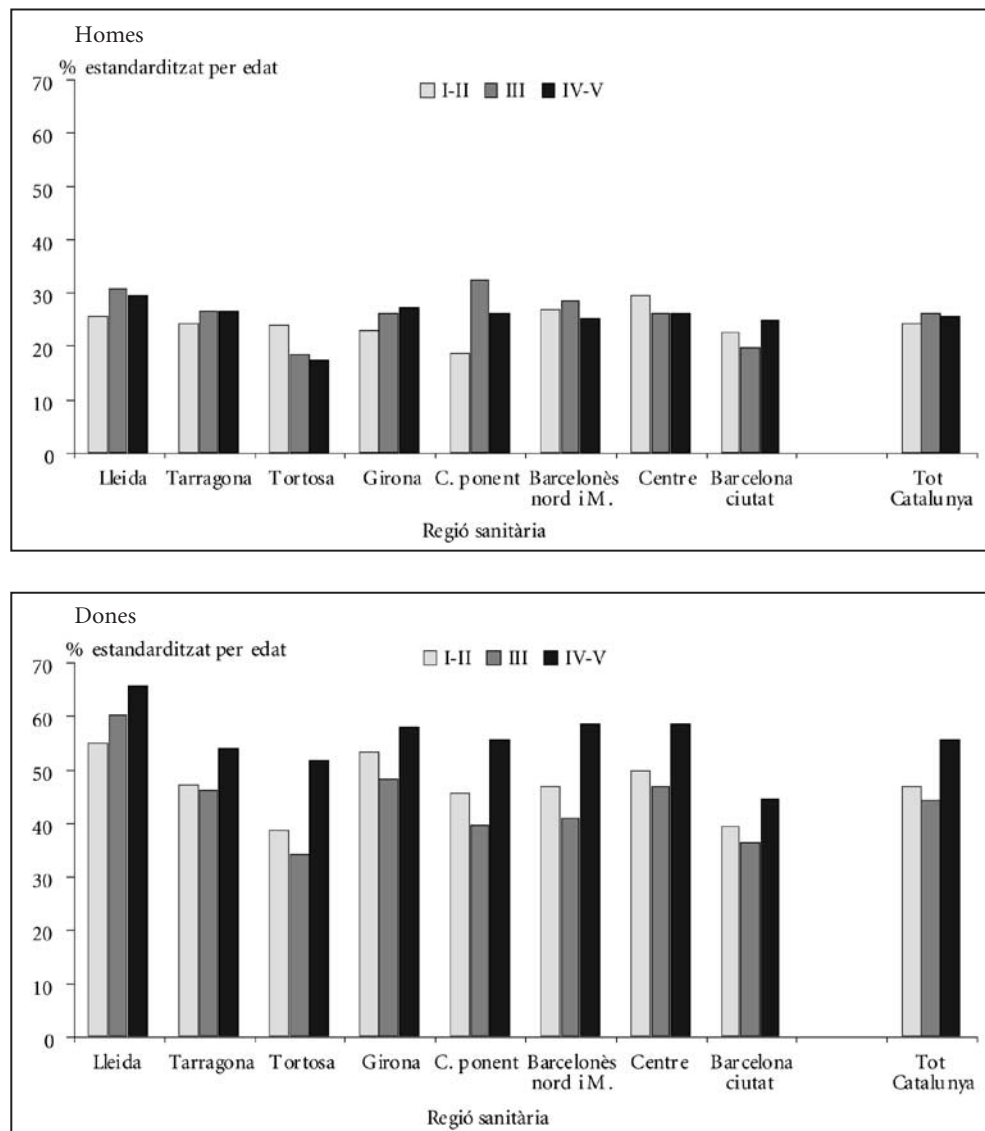
## **El consum d'alcohol**

A la taula 8 de l'annex es presenta la descripció del consum d'alcohol a Catalunya, partint de la declaració feta a l'ESCA-94.

Pel que fa a les persones abstèmies, en conjunt, hi ha més dones que no pas homes (figura 4.5.) que declaren que no beuen mai alcohol. En les dones, a totes les regions

**Figura 4.5.**

Persones abstèmies segons la classe social i la regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

sanitàries hi ha una prevalença més gran d'abstèmies entre les classes socials IV-V, mentre que en els homes s'observen situacions diferents i sense un patró clar de desigualtat, excepte a la regió de Tortosa, on a mesura que millora el benestar de la classe social la prevalença d'abstemis incrementa.

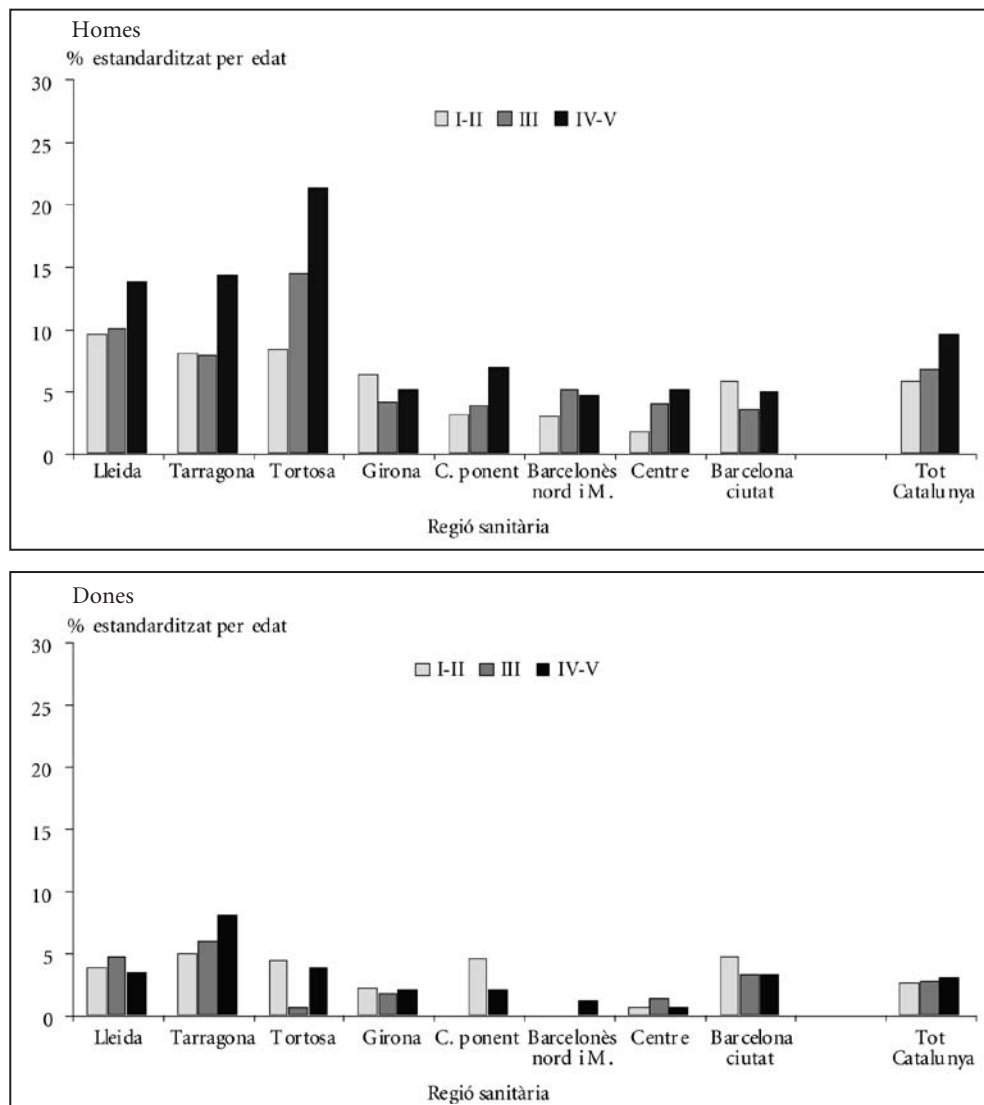
Es considera consum baix d'alcohol la ingestió de menys de 20 g./dia en les dones i menys de 30 g./dia en els homes. La major part dels homes declaren uns nivells de consum baix, però amb diferències entre les regions; la de Lleida és la que té els percentatges més baixos i la de Costa de ponent els més elevats. A Lleida, la menor prevalença en consum baix es compensa, principalment, per una prevalença més gran de consumidors de risc; per tant, és la regió sanitària on es declara un consum d'alcohol més elevat. El consum baix en els homes és més freqüent entre les classes socials benestants, igual que en el cas de les dones. Entre les dones de les classes socials benestants hi ha més consum baix que no pas abstèmies, a diferència del que passa a les classes IV-V, on predominen les abstèmies.

El consum de risc, definit com a més de 30 g./dia en les dones i més de 40 g./dia en els homes, té prevalences molt baixes en les dones sense que hi hagi diferències entre les classes socials. Si ajuntem les categories de dones amb un consum superior als 20 grams d'alcohol pur al dia (figura 4.6.) destaca, únicament, la regió sanitària de Tarragona amb una prevalença més gran i amb un gradient segons la classe social, amb més predomini entre les classes menys benestants (IV i V). A la resta de regions sanitàries, les prevalences són més baixes i no s'aprecien diferències importants entre classes. En els homes, les prevalences són més altes i destaquen especialment les regions de Tortosa, Lleida i Tarragona; a més, a totes tres regions hi ha més consumidors de risc entre les classes socials desafavorides. A la resta de regions sanitàries, les prevalences són més baixes i només presenten el mateix patró per classe social la de Costa de ponent i la de Centre, cosa que no passa a les regions de Girona i Barcelona ciutat (la prevalença de consum d'alcohol és més alta en els homes de les classes socials I i II).

Respecte a la declaració del consum d'alcohol, cal tenir en compte que diversos estudis han mostrat que sovint es produeix una infradeclaració. No es coneix, però, si aquesta infraestimació presenta una variació segons les classes socials i el gènere. De totes ma-

**Figura 4.6.**

Homes bevedors de risc (>40 grams d'alcohol/dia) i dones amb consum moderat i de risc (>20 grams/dia) segons la classe social i la regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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



neres, alguns treballs suggereixen que les diferències en els nivells d'alcohol i el patró de consum d'homes i dones poden explicar-se pels diferents rols d'identitat de gènere, perquè els estereotips convencionals internalitzats influeixen les conductes a l'hora de beure (Pyne i col·l., 2002). No obstant això, aquests estereotips podrien tenir una influència en la declaració del consum i, per tant, podria ser que la infradeclaració fos més gran en les dones que en els homes.

## **L'activitat física**

Cal diferenciar dos tipus d'activitat física: aquella que es realitza habitualment en relació amb el treball (activitat laboral o domèstica) i la que es realitza en temps d'oci com a exercici físic. Hi ha prou evidències científiques que assenyalen que el patró de gènere i de classe de tots dos tipus d'activitat física és diferent. A més, l'impacte en la salut no és el mateix en aquests dos tipus d'activitat física. La que deriva de l'exercici físic realitzat en temps d'oci és la que s'associa amb més guanys per a la salut. De fet, l'activitat física realitzada en el treball fins i tot acostuma a estar associada a problemes de salut (sobrecàrregues musculars esquelètiques per treball repetitiu d'un grup muscular, càrregues excessives, etc.).

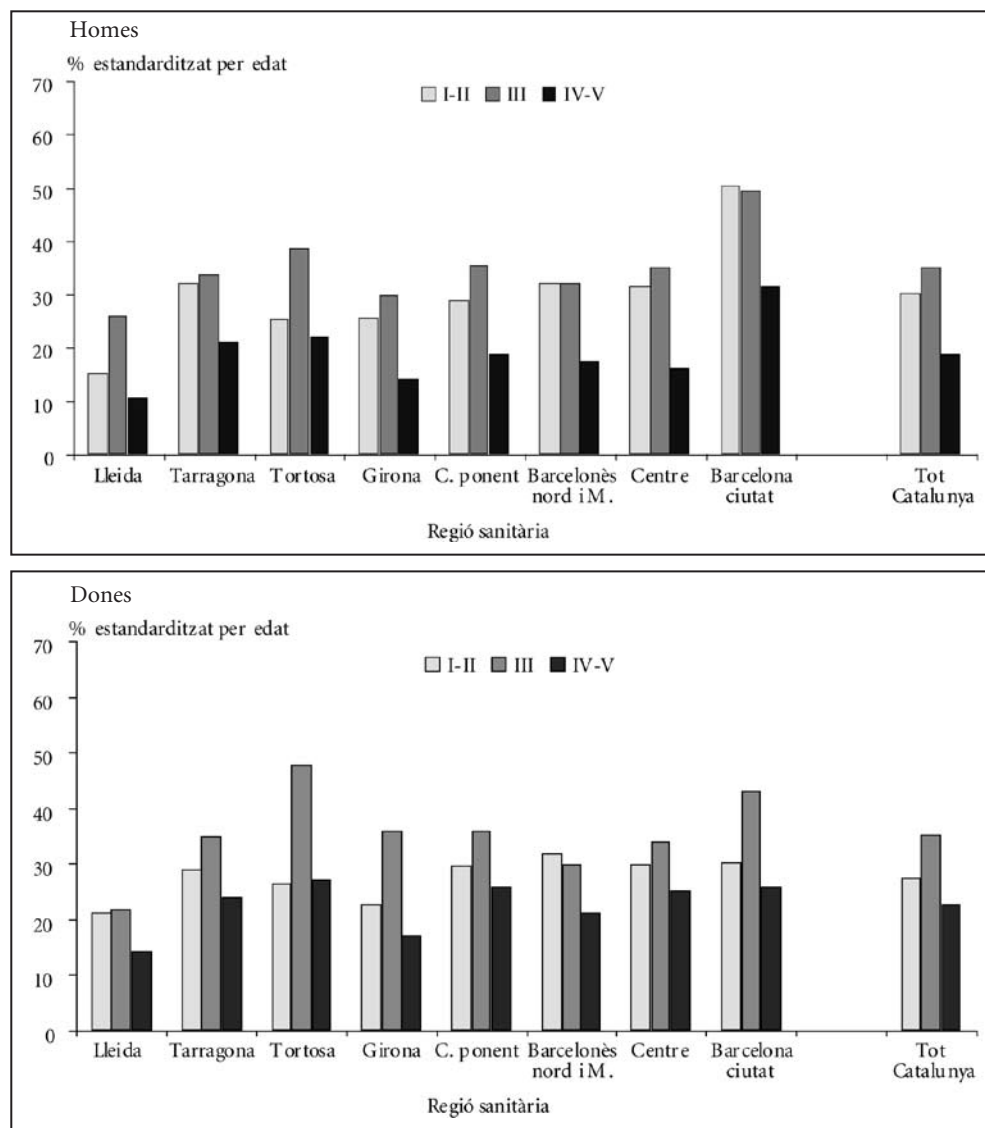
### **L'activitat física laboral o domèstica**

A la taula 9 de l'annex presentem la distribució de la població catalana en funció del seu nivell d'activitat física realitzada habitualment en el marc de l'activitat laboral o domèstica.

A la figura 4.7. es presenta la prevalença de persones que en la seva activitat habitual o domèstica són sedentàries. En primer lloc, destaca que, a totes les regions sanitàries i tant en els homes com en les dones, on hi ha menys persones sedentàries és entre les classes socials IV-V. No obstant això, no s'observa un patró esglaonat per classe, ja que la classe social III és la que presenta una prevalença més gran de persones sedentàries, excepte a la regió de Barcelona ciutat, on el patró segons la classe és clar.

**Figura 4.7.**

Nivell de sedentarisme en funció de l'activitat física habitual segons la classe social i la regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

Les diferències de prevalença de sedentarisme en l'activitat laboral o domèstica no són molt importants entre els homes i les dones, exceptuant el cas de la regió de Barcelona ciutat, on els homes són més sedentaris que les dones en totes les classes socials. La regió sanitària de Lleida és la que presenta una prevalença més baixa de sedentarisme en tots dos sexes i en totes les classes. A Barcelona, s'ha observat, gràcies a la sèrie d'enquestes de salut dutes a terme des dels anys 80, que durant els darrers anys les dones s'han fet més sedentàries i ara ja ho són gairebé tant com els homes.

### L'activitat física en temps lliure

A la taula 10 de l'annex, presentem la distribució de la població segons el grau d'activitat física que realitza en el temps lliure, diferenciant els que no realitzen cap tipus d'activitat, els que realitzen activitat moderada i els que realitzen activitat intensa. Exceptuant la regió de Lleida, on predominen els que no realitzen cap activitat durant el temps lliure, a la resta de regions el nivell d'activitat predominant és el d'una activitat moderada. Barcelona ciutat és la regió on hi ha menys persones que no realitzin cap tipus d'activitat durant el temps lliure.

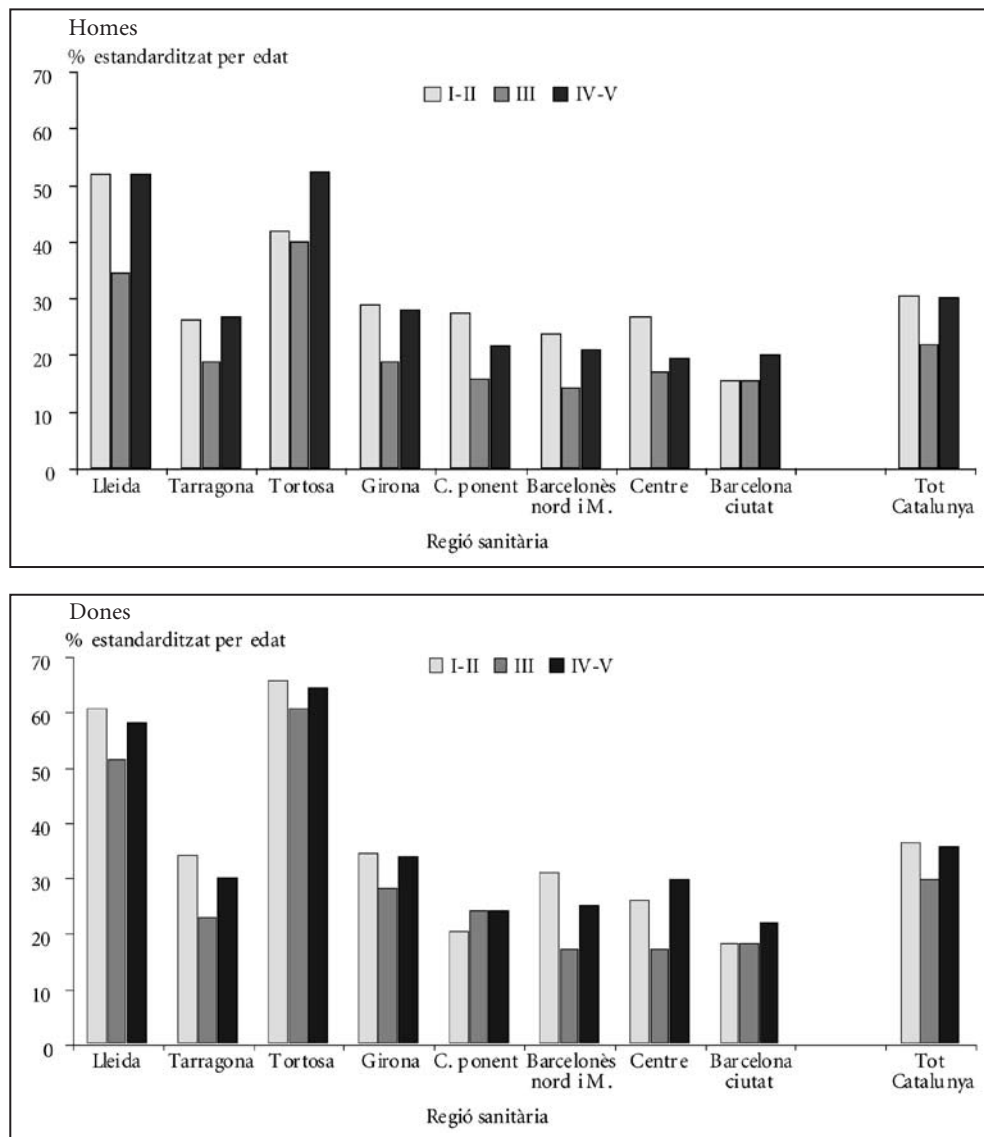
A la figura 4.8., s'ha representat la prevalença de persones que declaren que no realitzen cap tipus d'activitat física en el seu temps lliure. Tant pels homes com per les dones, destaquen les regions de Lleida i Tortosa, que tenen els nivells més baixos d'activitat física en el temps lliure. A totes les regions sanitàries hi ha més dones que no pas homes que no realitzin cap tipus d'activitat física en el temps lliure.

Respecte a les classes socials, no s'aprecia un patró molt clar però, en general, les que presenten les prevalences de sedentarisme més altes són les més benestants (I i II) i les més desfavorides (IV i V). La regió de Barcelona ciutat és l'única que presenta una prevalença de sedentarisme més alta en les classes socials IV i V, tant en els homes com en les dones; a la regió de Tortosa passa el mateix en el cas dels homes.

Si ens centrem en la prevalença de persones que realitzen activitat física intensa en el seu temps lliure, observem que és més alta en els homes que no pas en les dones i també

**Figura 4.8.**

Nivell de sedentarisme en funció de l'activitat física en temps lliure segons la classe social i la regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

entre les classes socials més benestants (I-II i III). El que no s'observa són diferències importants entre regions sanitàries.

## La realització de dieta

Un 16% dels homes i un 21,4% de les dones de Catalunya declaraven, l'any 1994, que sovint seguien una dieta per algun motiu de salut. Aquesta, doncs, és una conducta que, en general, és més freqüent en les dones que en els homes, encara que les diferències no són excessivament grans. A la taula 11 de l'annex presentem la distribució per classes socials, segons les regions sanitàries i el sexe. S'observa que el predomini de les dones en la realització de dieta de forma habitual es dona en quasi totes les classes socials, amb l'excepció de les classes I-II de Girona i Barcelona ciutat, on hi ha més homes que dones que declarin que fan dieta habitualment.

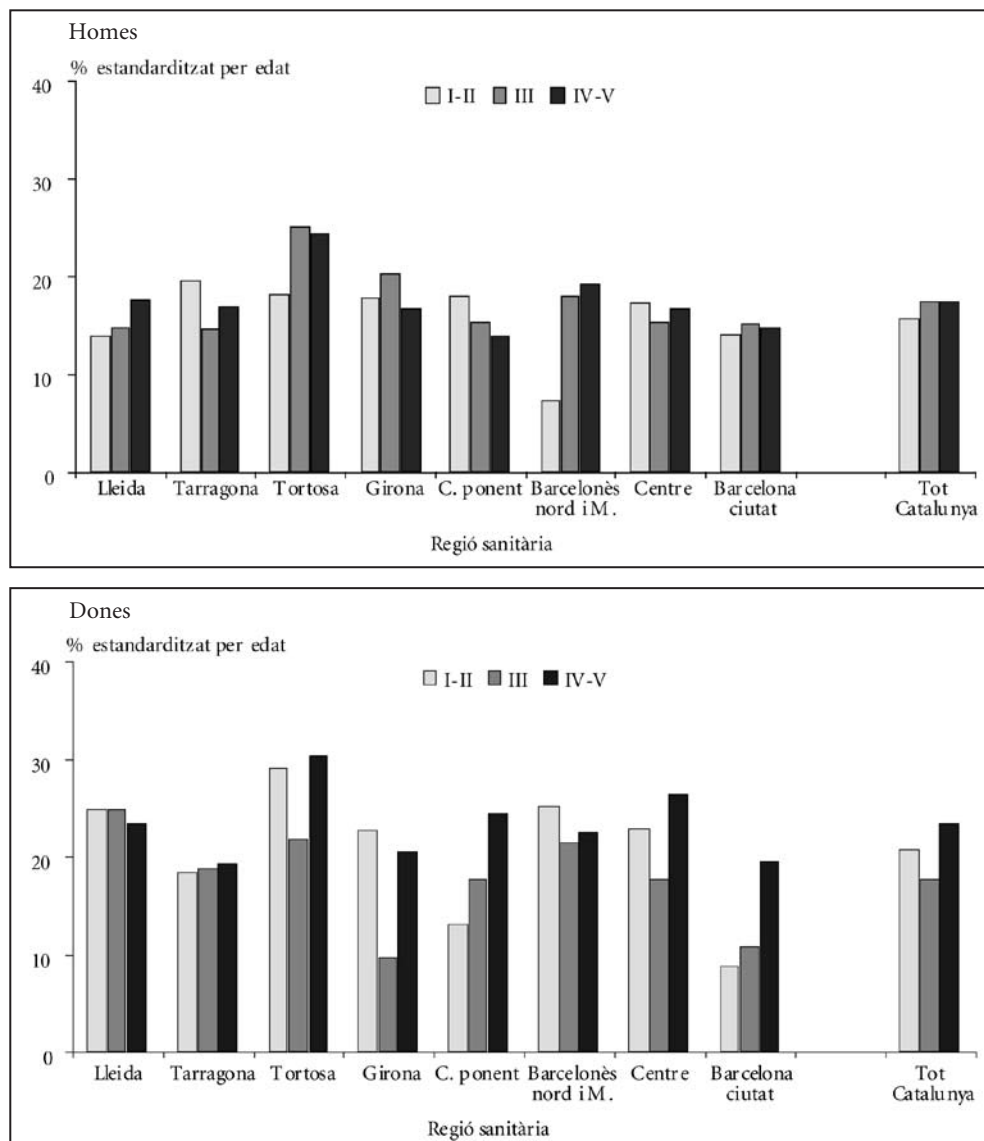
A la figura 4.9. és més fàcil observar visualment que la distribució i el patró de classe social varia segons el sexe i les regions. En alguns grups hi ha un gradient clar de classe social en el sentit que declaren més que fan dieta les persones de les classes socials més desfavorides; és el cas de les dones de les regions de la Costa de ponent, el Centre i Barcelona ciutat i els homes de les regions de Lleida i el Barcelonès nord i Maresme. Però en altres grups, aquest gradient no s'observa o bé és totalment diferent (com el cas dels homes de la Costa de ponent).

La de Tortosa és la regió sanitària on, en conjunt, les prevalences de persones que declaren que fan dieta —homes i dones i de totes les classes socials— són més altes.

Els motius declarats per justificar la dieta (taula 4.1.) són, en primer lloc, la hipertensió arterial (35,6% dels homes i 40,5% de les dones), la hipercolesterolèmia (30,9% homes i 29% dones), la diabetis (24% homes i 19,9% dones) i, en quart lloc, l'excés de pes (9,7% homes i 18,6 %dones).

**Figura 4.9.**

Persones que fan dieta de forma habitual segons la classe social i la regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

**Taula 4.1.**

Motius declarats pels quals realitzen dieta de forma habitual. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Homes		Dones	
	N	%	N	%
Excés de pes	87	9,7	267	18,6
Diabetis	215	24	285	19,9
Hipertensió arterial	319	35,6	580	40,5
Colesterol elevat	277	30,9	416	29
Àcid úric	82	9,1	30	2,1
Problemes digestius	116	13	212	14,8
Problemes de ronyó	34	3,8	52	3,6
Altres	178	19,9	242	16,9

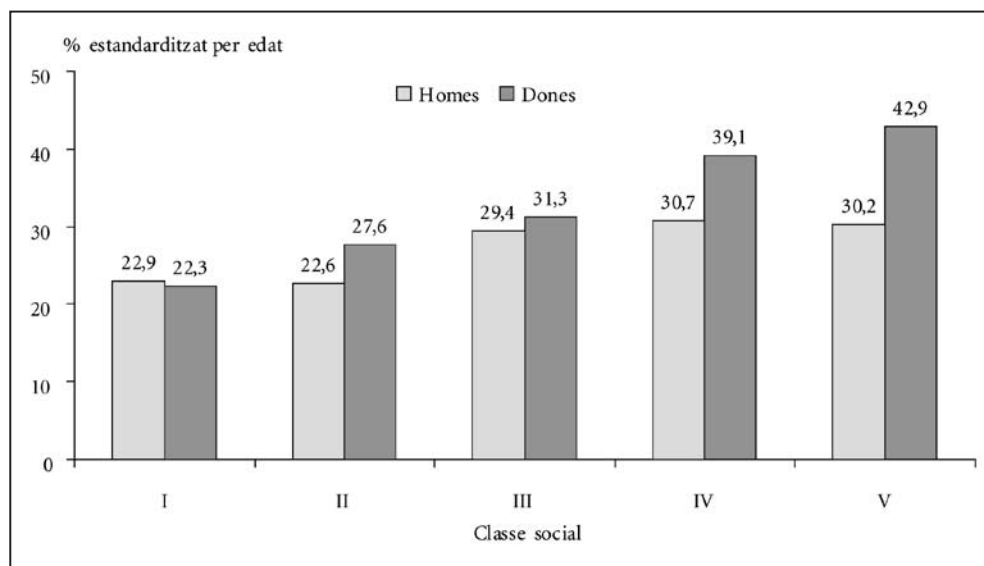
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 1994 (elaboració pròpia).

Com que no disposem de les dades de prevalences de malalties ni de les seves possibles diferències per classe social i regió sanitària (que, si existissin, podrien justificar les diferències observades en la realització de dieta) no podem valorar més profundament aquesta conducta. Per altra banda, com que els números són molt petits no ens permeten desagregar les dades pels diferents motius de realització de la dieta, per classe i per regió.

La informació sobre l'obesitat i l'excés de pes a Catalunya prové de l'avaluació de l'estat nutricional de la població catalana de l'any 1992-93 (Serra i col·l., 1996). En aquest estudi es va determinar el pes i l'alçada, a banda d'altres paràmetres antropomètrics i dels qüestionaris de freqüència de consum d'aliments. Així, la prevalença d'obesitat, entesa com un índex de massa corporal superior a 30 Kg/m<sup>2</sup>, va ser superior en les dones (13,4%) que en els homes (8,5%). Si es considera l'excés de pes (índex de massa corporal entre 25 i 30 kg/m<sup>2</sup>) la prevalença va ser de 26% en les dones i 38,1% en els homes. La prevalença d'excés de pes i d'obesitat augmenta, tant en els homes com en les dones, amb l'edat. No disposem de les dades d'aquesta enquesta en relació a la classe social, unes dades que podrien documentar diferències socials com els que s'han observat a l'Estat espanyol i a altres països. A Barcelona, tal com s'aprecia a la figura

**Figura 4.10.**

Excés de pes segons la classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000.

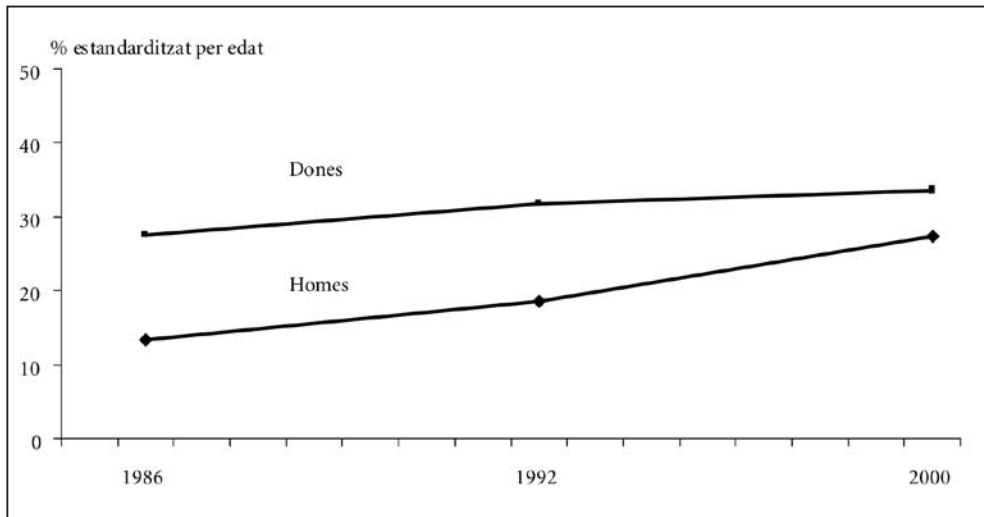
4.10, la diferència en la prevalença d'excés de pes segons les classes socials és evident; així doncs, la prevalença és més alta a mesura que la classe social és més desfavorida; aquest patró és més clar en les dones que no pas en els homes.

Segons les dades de la darrera Enquesta de Salut de Barcelona i tal com mostra la figura 4.11., durant els darrers anys, hi ha hagut una tendència a l'increment de persones que tenen excés de pes, tant entre els homes com entre les dones. Ja se sap que l'excés de pes és un factor de risc per diverses malalties (diabetis mellitus, malalties cardiovasculars, etc.) i, a l'informe de salut de la ciutat de Barcelona de l'any 2000 (Institut Municipal de Salut Pública, 2002), ha estat descrit com un problema de salut emergent en el nostre medi.



**Figura 4.11.**

Evolució de l'excés de pes. Homes i dones més gran de 15 anys. Barcelona, 1986-2000.



Font: Enquestes de salut de Barcelona dels anys 1986, 1992 i 2000. Figura de la publicació "La Salut a Barcelona 2000". Institut Municipal de Salut Pública, 2002.

## CONCLUSIONS

### Consum de tabac

- Entre els homes catalans, tal com s'observa en altres països del món desenvolupat, hi ha una situació de desigualtat clara segons la classe social en la distribució del tabaquisme. Les classes més desfavorides són les que presenten unes prevalències més grans. En el cas de les dones catalanes és previsible que passi el mateix d'aquí a pocs anys, ja que a la majoria de regions ja s'observa un patró de prevalències semblant en les diferents classes socials, i aquest és un fet previ a la concentració del problema de salut en les classes socials més desfavorides.

- Girona és la regió que presenta les prevalences de tabaquisme més baixes pels homes i Tortosa i el Barcelonès nord-Maresme són les que presenten prevalences més grans, sobretot entre els homes de les classes socials més desafavorides (IV-V).
- Lleida és la regió sanitària amb una prevalença més gran d'homes que mai no han estat fumadors, en totes les classes socials, tot i que manté el patró de desigualtat segons la classe (més nombre de no fumadors en les classes més benestants).

### Consum d'alcohol

- A Catalunya, la prevalença més gran d'abstemis s'observa entre les classes socials més desafavorides, excepte a les regions sanitàries de Barcelona i Girona. En els homes, no hi ha un patró de desigualtat segons la classe social en la prevalença d'abstemis.
- Pel que fa al consum de risc, a les regions on hi ha unes prevalences més grans (Lleida, Tarragona i Tortosa) s'observa un gradient per classe social; les classes menys privilegiades són les que tenen més homes amb un consum d'alcohol situat al nivell de risc.

### Sedentarisme

- Les dones són més sedentàries que els homes pel que fa a l'activitat física en temps d'oci. Els homes i les dones de les classes socials més afavorides són més sedentaris pel que fa a l'activitat laboral o domèstica, però, en canvi, són les persones que declaren més una activitat física d'oci més intensa, sobretot els homes (les dones no tenen un patró per classe ben definit).
- Els homes són més sedentaris que les dones pel que fa a l'activitat física laboral, però, segons les Enquestes de Salut de Barcelona, la prevalença de sedentarisme en les dones està augmentant i quasi ja no hi ha diferències amb els homes.
- Lleida és la regió sanitària que presenta menys persones sedentàries —homes i dones— perquè té una prevalença més gran de persones actives durant el temps

laboral o domèstic. En canvi, és la regió que té més persones que no fan activitat física en temps de lleure.

- Barcelona ciutat és la regió sanitària amb més persones que fan activitat física en temps de lleure.

### Realització de dieta i qüestions relacionades

- La informació disponible ens indica que una quarta part de les dones i una cinquena part dels homes de Catalunya fan dieta de forma habitual. Existeix un gradient en la prevalença d'excés de pes segons la classe social, de manera que a mesura que empitjora la classe social, la prevalença d'excés de pes augmenta. Si la prevalença d'excés de pes a Catalunya segueix la tendència de la ciutat de Barcelona —com sembla que està fent— podem dir que s'està produint un increment.

### Bibliografia

Borras JM.; Fernández E.; Schiaffino A.; Borrell C.; La Vecchia C. (2000). "Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992". *Am J Public Health* 90: 1459-1462.

Borrell C. (1998). "Les desigualtats socials en la salut. Revisió de la bibliografia." Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública. Documents.

Borrell C.; Rue M.; Pasarín MI.; Rohlf's I.; Ferrando J.; Fernández E. (2000). "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* 31: 691-701.

Cavelaars A.; Kunst AE.; Geurts JJM.; Crialesi R.; Grøtvedt L.; Helmer U. et al. (2000). "Educational differences in smoking: International comparisons". *BMJ* 320: 1102-7.

Dean K.; Colomer C.; Pérez-Hoyos S. (1995). "Research on lifestyles and health: searching for meaning". *Soc Sci Med* 41: 845-55.

Domínguez-Berjón F.; Borrell C.; Nebot M.; Artazcoz L.; Moncada S.; Plasència A. (1998a). "La actividad física habitual de la población residente en la ciudad de Barcelona". *Gac Sanit* 12: 110-117.

Domínguez-Berjón F.; Borrell C.; Nebot M.; Plasència A. (1998b). “La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud”. *Gac Sanit* 12: 100-109.

Fernández E.; García M.; Schiaffino A.; Borràs JM.; Nebot M.; Segura A (2001a). “Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia (Spain)”. *Prev Med* 32(3): 218-23.

Fernández E.; Schiaffino A.; Peris M. (2001b). “Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente”. *Enf Emerg* 3(4): 184-90.

Graham H. (1996). “Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990”. *Soc Sci Med* 43: 243-54.

Hupkens CLH.; Knibbe RA.; Drop MJ. (1993) “Alcohol consumption in the European Community: uniformity and diversity in drinking patterns”. *Addiction* 88: 1391-404.

Institut Municipal de Salut Pública (2002). *La salut a Barcelona 2000*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública.

Jané M.; Salto E.; Pardell H.; Tresserras R.; Guayta R.; Taberner JL.; Salleras L. (2002). “Prevalencia del tabaquismo en Cataluña, 1982-1998: una perspectiva de género”. *Med Clin (Barc)* 118(3): 81-5.

Krick JP. i Sobal J. (1990). “Relationships between health protective behaviors”. *J Commun Health* 15: 19-34.

Lissner L.; Bengtsson C.; Bjökelund C.; Wedel H. (1996). “Physical activity levels and changes in relation to longevity. A prospective study of swedish women”. *Am J Epidemiol* 143: 54-62.

López AD.; Hollinshaw EN.; Piha T. (1994). “A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries”. *Tob Control* 3: 242-247.

Marmot M. (1997). “Inequality deprivation and alcohol use”. *Addiction* 92 (Suppl 1): S13-20.

Navarro V.; Benach J. y la Comisión Científica de estudios de desigualdades sociales en salud en España (1996). *Desigualdades en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo i The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University.

Pyne H H.; Claeson M.; Correia M. (2002). “Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol-Related problems in Latin America and the Caribbean”. World Bank Discussion Paper No 433. Washington.

Regidor E.; Gutiérrez-Fisac JL.; Rodríguez C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.

Regidor E. i Gutiérrez-Fisac JL. (1999). *Indicadores de Salud. Cuarta Evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rollhs I. (1998). *Diferencias y Desigualdades. La Salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona*. Tesi doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.

Salleras L.; Pardell H.; Jané M.; Saltó E. (2001). *Dona i tabac. Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Salonene JT.; Slater JS.; Tuomilehto J.; Rauramaa R. (1998). "Leisure time and occupational physical activity: risk of death from ischemic heart disease". *Am J Epidemiol* 127: 87-94.

Serra L.; Ribas L.; García R. i col·l., (1996). *Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-93)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Terris M. (1992). "Healthy lifestyles: the perspective of epidemiology". *J Public Health Policy* 13: 186-94.

Winkleby MA.; Fortmann SL.; Barret DC. (1990). "Social class disparities in risk factors of disease: eight-year prevalence by level of education". *Prev Med* 19: 1-12.



## **5** Les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris

Carme Borrell i Luis Rajmil





## **INTRODUCCIÓ**

### **La utilització dels serveis sanitaris**

És prou reconegut que els serveis sanitaris només són una part, i no la més important, dels determinants de la salut. De tota manera, diversos autors han evidenciat que, com a mínim, els serveis sanitaris poden alleugerar el patiment de les persones i facilitar la cura de malalties. Per tant, l'accés a uns serveis sanitaris de qualitat ha de ser un dret de tots els ciutadans i ciutadanes, independentment de quines siguin les seves condicions socials.

L'absència de cobertura sanitària s'associa, congruentment, al fet d'estar en una situació de salut més dolenta (Baker i col·l., 2001; Rowland i col·l., 1998). A més, quan s'ha analitzat la relació existent entre el tipus de sistema sanitari i la mortalitat, s'ha pogut observar que, partint de la igualtat en la despesa sanitària, els sistemes nacionals de salut amb cobertura universal i finançament progressiu a través dels impostos directes assoleixen uns nivells de salut de la població més bons (Elola i col·l., 1995).

La provisió assistencial no s'associa sistemàticament a les necessitats de salut de la població o, si més no, les evidències no són consistents (Andersen i Mooney, 1990; Evans i Stoddart, 1994). Als països on l'accés a la sanitat és gratuït i universal, el nivell

de morbiditat explica la part més important de variabilitat en l'ús dels serveis sanitaris. En aquests països —tot i que l'equitat és un objectiu més fàcil d'assolir— encara trobem desigualtats en l'accés als serveis sanitaris segons la classe social i desigualtats generades per aspectes relacionats amb la qualitat de l'atenció rebuda (Carr-Hill i col·l., 1996).

Un altre aspecte que cal tenir en compte és l'organització del sistema sanitari. Alguns estudis han mostrat una forta relació entre els sistemes sanitaris orientats cap a una atenció primària de salut amb bona capacitat resolutiva i de qualitat, i els millors nivells de salut de la població (Starfield, 1994; Starfield, 1998). D'altra banda, dins d'un mateix sistema sanitari, la major disponibilitat d'oferta d'atenció primària s'associa al fet de tenir una salut més bona i unes taxes de mortalitat més baixes (Villalbí i col·l., 1999; Shi, 1992; Shi, 1994; Shi, 1995).

Els sistemes sanitaris orientats a l'atenció comunitària faciliten la incorporació d'activitats preventives a tots els nivells d'atenció, sobretot a l'atenció primària. Quan es té en compte la classe social, però, el benefici de les activitats preventives i de detecció sembla menys clar. En molts casos, el nivell de cobertura dels programes és variable i se'n beneficien els individus amb menys risc de patir la malaltia en qüestió —que, habitualment, són els de les classes més privilegiades (Solberg i col·l., 1997; De Spiegelaere i col·l., 1996; Navarro-Rubio i col·l., 1995). Aquest fet tendeix a augmentar les desigualtats en la salut, encara que el cribatge hagi mostrat ser efectiu.

### **Antecedents en l'estudi de les desigualtats en la utilització dels serveis sanitaris a l'Estat espanyol i a Catalunya**

Els estudis sobre la utilització dels serveis sanitaris de la població general duts a terme a l'Estat espanyol i a Catalunya han donat resultats diferents al llarg de les dues darreres dècades. Els estudis fets amb dades recollides durant la dècada dels vuitanta havien mostrat que la població de les classes menys afavorides, quan declarava problemes de salut, realitzava un nombre més petit de visites als professionals sanitaris que no pas la de les classes socials més benestants (Fernández de la Hoz i León, 1996; González i Regidor,

1990; Alonso i Antó, 1988). En canvi, els estudis realitzats durant la dècada dels noranta no han trobat diferències en les visites mèdiques realitzades i en les hospitalitzacions en individus amb un nivell d'educació més baix i pertanyents a una classe social menys afavorida, quan es tenen en compte els problemes o necessitats de salut (Borrell i col·l., 2001; Rajmil i col·l., 2000; Borrell i col·l., 1999; Borrell i Fernández, 1999; Rajmil i col·l., 1998; Regidor i col·l., 1996; Navarro i Benach i col·l., 1996; Casanova i Starfield, 1995). Tampoc no s'han trobat diferències importants en l'ús dels serveis mèdics i d'hospitalització segons el gènere (Fernández i col·l., 1999; Rohlf, 1998). L'anomenada "lleï d'atenció inversa", d'acord amb la qual aquells que estan en situació de més necessitat reben menys serveis sanitaris (Hart, 1971), sembla que, en general, no es compleix en el cas de l'Estat espanyol i de Catalunya durant la darrera dècada. No obstant això, l'anàlisi duta a terme per la "Comisión de Estudio de las Desigualdades Sociales en Salud en España" va mostrar que les desigualtats en la utilització del Servei Nacional de Salut han disminuït o desaparegut, tot i que les desigualtats entre regions i dins d'algunes regions persisteixen o augmenten en alguns casos (Navarro i Benach i col·l., 1996).

La millora de l'equitat en l'ús dels serveis sanitaris a l'Estat espanyol i a Catalunya es podria explicar per diversos motius: en primer lloc, per l'extensió de la cobertura sanitària determinada a la Ley General de Sanidad de 1986, que ha estès la cobertura a quasi tota la població; en segon lloc, per la reforma de l'atenció primària que es va iniciar l'any 1984 i que cada vegada està més estesa per tot el territori; i, finalment, per la descentralització de la gestió dels serveis sanitaris a les comunitats autònomes, que va començar amb Catalunya l'any 1981 (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 1993).

També s'han trobat diferències de gènere en l'hospitalització infantil. Tot i que, probablement, la morbiditat diferencial segons el sexe explica una part important de les diferències trobades, hi podrien haver altres factors familiars i del sistema sanitari implicats en la major utilització hospitalària per part dels infants (Rajmil i col·l., 1999). La situació podria ser semblant a la de la malaltia coronària, on les dones són sotmeses a menys procediments diagnòstics i terapèutics que els homes, cosa que pot influir en la supervivència posterior a l'infart de miocardi (Marrugat i col·l., 1994; Ayanian i Epstein, 1991; Steingart i col·l., 1991).

Hi ha pocs estudis que s'hagin adreçat a l'avaluació de la reforma de l'atenció primària de salut —tant a l'Estat espanyol com a Catalunya— i no hi ha cap treball que analitzi l'impacte de la reforma en les desigualtats socials en la salut. No obstant això, al País Basc, l'any 1992, després de deu anys d'implantació de la reforma de l'atenció primària, alguns aspectes com la qualitat tècnica de l'atenció i la longitudinalitat semblaven més eficients a les àrees reformades que no pas a les no reformades (Larizgoitia i Starfield, 1997). D'altra banda, els resultats d'un estudi realitzat a la ciutat de Barcelona suggereixen que a les àrees bàsiques de salut on la reforma es va posar en marxa en primer lloc hi ha una davallada més gran de la mortalitat per totes les causes i per algunes de les causes previsible des de l'atenció primària (Villalbí i col·l., 1999). A més, el fet que el criteri per posar en marxa la reforma a la ciutat de Barcelona fos la privació socioeconòmica (Villalbí i col·l., 1998), a la llarga, podria afavorir la disminució de les desigualtats entre les àrees més benestants i les menys afavorides de la ciutat pel que fa a alguns problemes de salut susceptibles de ser resolts des de l'atenció primària.

Malgrat l'èxit aparent assolit a l'hora de facilitar l'ús dels serveis entre els individus en una situació de desavantatge socioeconòmic, les desigualtats persisteixen almenys en tres temes rellevants: en la utilització dels serveis sanitaris que no són totalment coberts per la sanitat pública, en la qualitat dels serveis i, finalment, en la utilització de programes preventius. Aquesta discriminació es pot veure a partir de l'anàlisi de la regió de residència, del gènere i/o de la classe social tal com comentem a continuació.

En relació al primer tema, per exemple, la utilització dels serveis d'odontologia —un servei sanitari sense cobertura pública completa— mostra diferències en la freqüència d'utilització segons variables sociodemogràfiques, fet que reflecteix una clara barrera d'accés de naturalesa socioeconòmica que és conseqüència de les diferències en la capacitat de finançament privat individual (Borrell i col·l., 2001; Rajmil i col·l., 2000; Borrell i col·l., 1999; Navarro i Benach i col·l., 1996; Regidor i col·l., 1996).

Respecte a la qualitat dels serveis, cal esmentar que existeixen pocs estudis que hi facin referència. Quan s'ha estudiat el temps d'espera de les visites mèdiques com a indicador de la qualitat dels serveis rebuts, s'han trobat diferències notables en el temps d'espera en funció del nivell d'estudis o la classe social de l'entrevistat (Borrell i col·l., 2001;

Rajmil i col·l., 2000; Regidor i col·l., 1996), i aquestes desigualtats són persistents en el temps (Lostao i col·l., 2001).

Finalment, la utilització de serveis preventius també ha mostrat desigualtats importants. Així, les dones de classe social més afavorida tenen quasi dues vegades més probabilitats de fer-se un examen periòdic de detecció (cribratge) de càncer de coll uterí que les de les classes menys afavorides (Borrell i col·l., 1999; Rohlf s i col·l., 1999). El cribratge oportunist ic de càncer de mama era més freqüent en les dones amb una situació socioeconòmica bona de la ciutat de Barcelona abans de la posada en marxa dels programes poblacionals de detecció sistemàtica (Rohlf s i col·l., 1998).

## Objectius i mètodes

Aquest capítol té com a objectiu descriure la cobertura sanitària, la realització de pràctiques preventives, la utilització dels serveis sanitaris i de la seva qualitat a Catalunya en funció de la classe social, la regió i el sexe.

Amb aquesta finalitat, s'han analitzat les darreres dades disponibles —que són les de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 1994 (ESCA-94)—, que inclouen una mostra representativa de la població catalana no institucionalitzada. L'enquesta es va fer a través d'una entrevista als domicilis de les persones seleccionades durant tot l'any 1994. Les dades referides a l'atenció primària i l'atenció d'urgències s'han obtingut de l'enquesta de Barcelona de l'any 2000 (ESB-2000), que inclou una mostra de la població no institucionalitzada de Barcelona. La informació sobre les llistes d'espera s'ha obtingut a través del Parlament de Catalunya.<sup>1</sup>

Per cadascuna 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 mitjançant el mètode directe i prenent com a població de referència la població total entrevistada. Per analitzar l'associació entre la classe social (amb la classe I-II com

---

1. Dades del grup parlamentari PSC-Ciutadans pel Canvi.

a categoria de referència) (veure l'apartat de classe social del capítol 1) i les variables d'utilització dels serveis —tenint en compte altres variables d'ajustament— s'ha utilitzat la regressió logística (que també inclou la ponderació de la mostra) que proporciona l'*odds ratio* de prevalença (OR) com a mesura de l'associació entre cada categoria de la classe social respecte a la classe I-II i la variable dependent. Quan ha estat necessari, aquestes anàlisis s'han estratificat per estat de salut o per tipus de cobertura sanitària.

## **LES DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS A CATALUNYA**

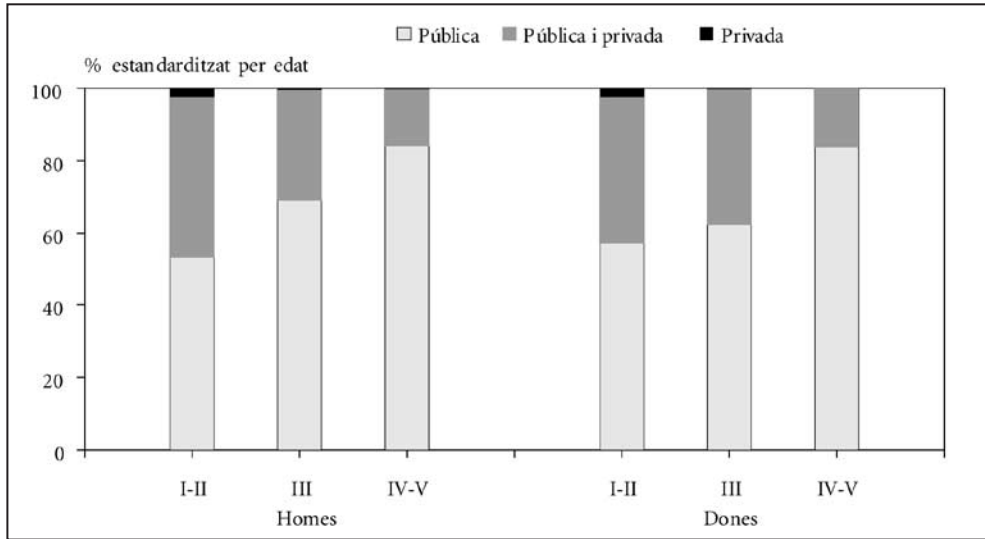
### **La cobertura sanitària**

A Catalunya, el 99% de la població té cobertura sanitària pública (Servei Català de la Salut o mútua obligatòria), però hi ha un percentatge important de la població que, a més, declara que compta amb una cobertura sanitària privada, ja sigui perquè paga una mútua voluntàriament, o bé perquè pertany a una iguala. Aquests percentatges varien segons la classe social. Al voltant del 40% de la població de les classes més privilegiades (I i II) declara que té cobertura pública i privada i entre la població de les classes menys benestants (classes IV i V) només un 15% (figura 5.1. i taula 12 de l'annex). Aquesta distribució és semblant per a homes i dones. Per regions sanitàries, les persones de Lleida, Girona i Barcelona són les que més declaren que tenen cobertura pública i privada. En el cas de Barcelona i Girona perquè paguen una mútua voluntària, mentre que, a Lleida, això passa a causa de les iguales. Les desigualtats per classe social existeixen a totes les regions.

La distribució desigual de la cobertura sanitària en funció de la classe social es tradueix, tal com veurem posteriorment, en diferències en el tipus d'atenció rebuda per part de la població. A més, el fet que les classes benestants utilitzin menys els serveis públics té repercussions en el funcionament del Servei Nacional de Salut, ja que els serveis públics esdevenen menys prioritaris políticament i reben menys finançament (Sánchez-Bayle 1999).

**Figura 5.1.**

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



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

### Les pràctiques preventives

En aquest apartat, es descriuen les pràctiques preventives realitzades per la població que es van recollir a l'ESCA-94. 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 la realització d'aquestes pràctiques amb més facilitat. Per tant, les desigualtats segons la classe social es descriuran separant la població que només declara que té cobertura pública de la que declara que té doble cobertura.

Un 25,3% dels homes i un 23,5% de les dones de 15 anys o més d'edat declaren que es fan algun examen mèdic preventiu de manera regular o periòdica. La població de

la classe social III és la que ho declara en un percentatge més elevat. Aquest patró és força semblant a les diferents regions estudiades (taula 13 de l'annex). El fet de tenir una cobertura sanitària doble (pública i privada) fa que un percentatge més elevat de la població es faci exàmens preventius. Així, un 21,3% dels homes amb cobertura pública es realitza un examen preventiu de manera periòdica i entre els homes amb doble cobertura ho fa un 33,6%; en el cas de les dones, aquests percentatges són de 21,0% i 31,8% respectivament. Cal assenyalar que, en el cas de les dones que tenen doble cobertura, les de les classes socials IV-V són les que es fan menys exàmens preventius (24%), en comparació amb les de les classes I-II (33,2%) i de la classe III (38,3%) (taula 14 de l'annex). Aquest fet es podria explicar pel nombre reduït de visites ginecològiques preventives que realitzen les dones de les classes desfavorides, tal com s'observa més endavant.

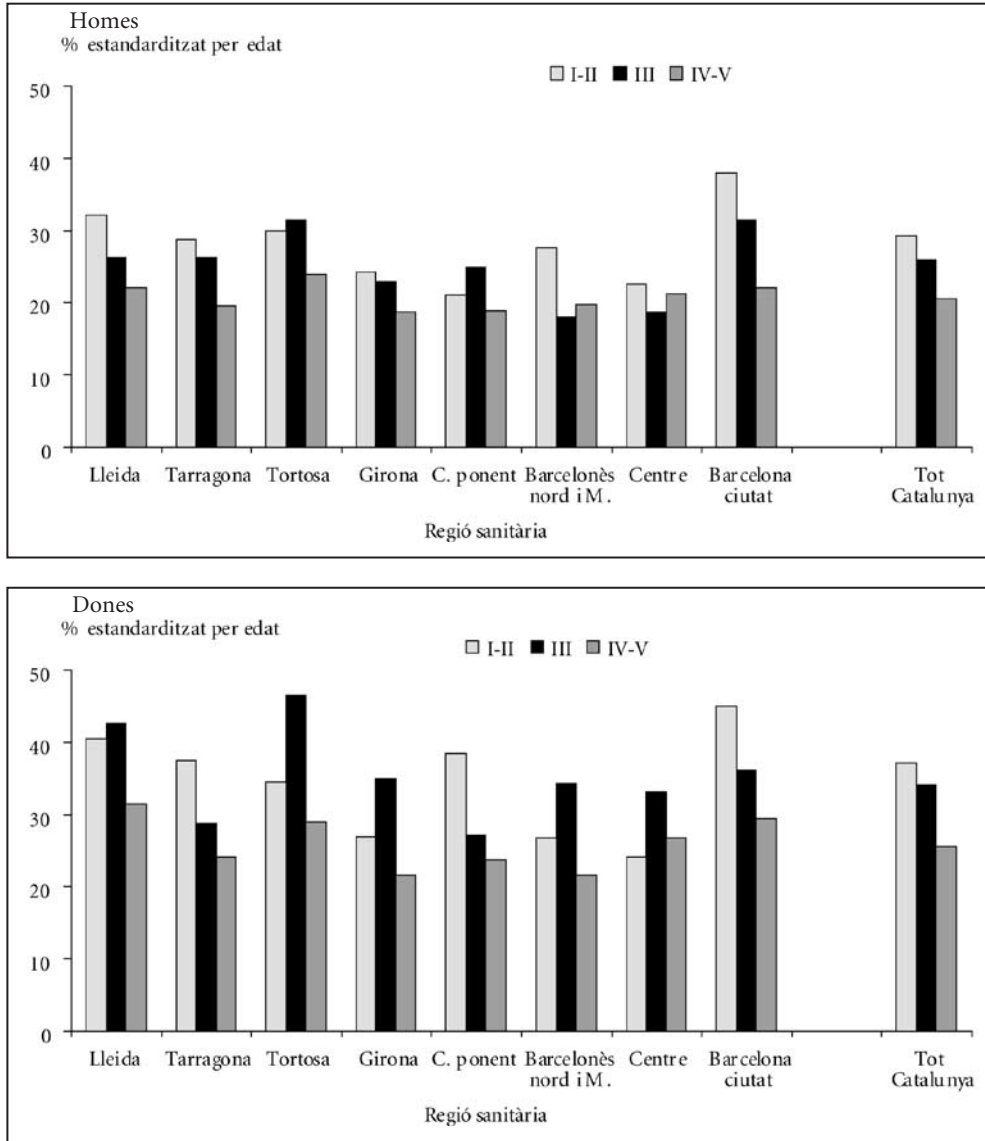
Un 25,2% dels homes i un 32,3% de les dones van declarar que havien visitat el dentista l'any anterior. Aquests percentatges varien en funció de la classe social i les classes més benestants són les que utilitzen més els serveis d'odontologia: 29,2% dels homes i 37,2% de les dones de les classes I i II, en comparació amb el 20,6% dels homes i el 25,6% de les dones de les classes IV i V. Aquestes desigualtats es presenten, sobretot, a la regió de Barcelona i Tarragona. A la resta de regions, les classes IV i V sempre són les que consulten menys el dentista, tret de la regió Centre. Cal assenyalar que, en molts casos, les persones de la classe III tenen un percentatge més elevat de consultes que les de les classes més benestants (figura 5.2. i taula 13 de l'annex).

Tal com s'observa a la figura 5.3. (i a la taula 14 de l'annex), les persones que declaren que tenen cobertura privada a més de la pública han anat més al dentista. De totes maneres, les desigualtats segons la classe social es produeixen en els dos casos.



**Figura 5.2.**

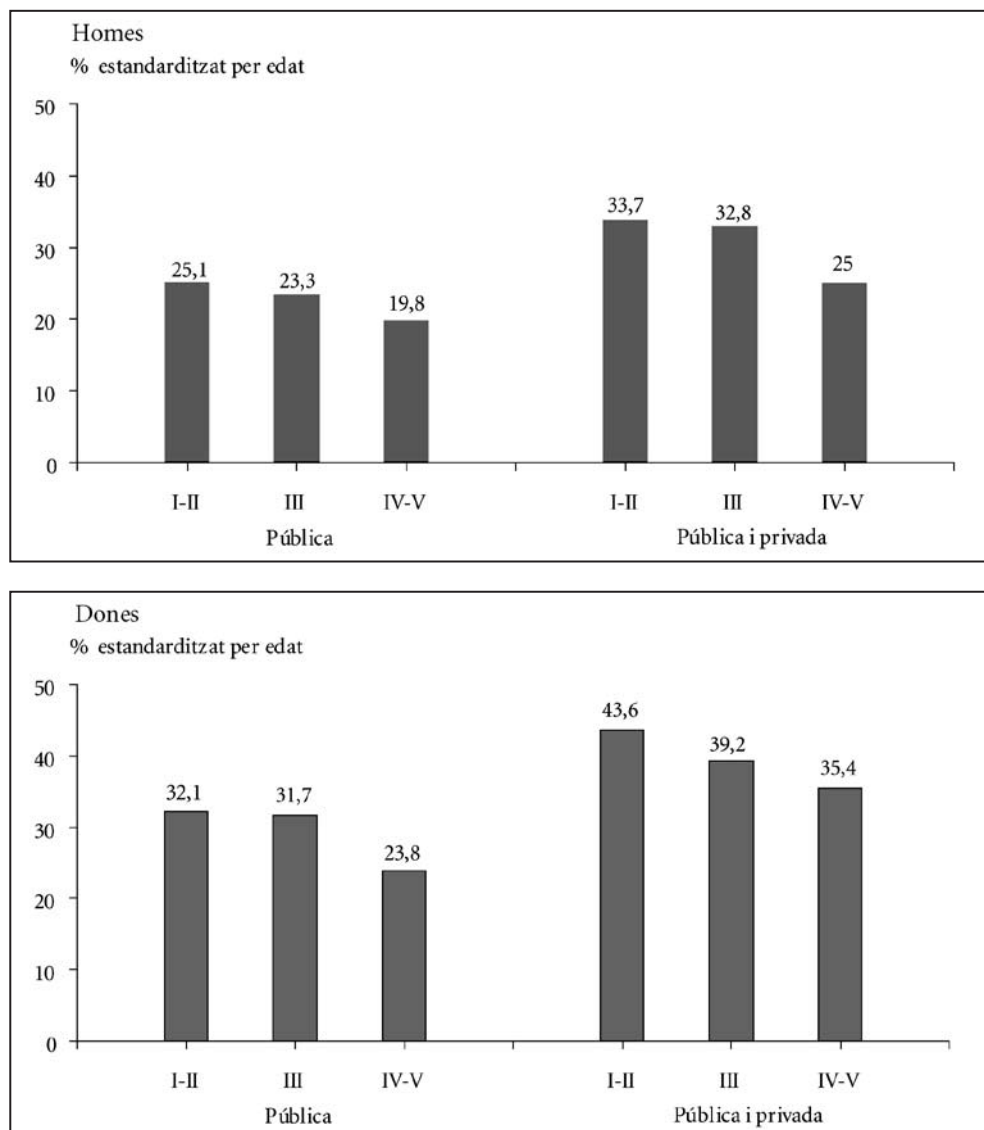
Visita al dentista segons la classe social i la regió. Homes i dones. Catalunya, 1994.



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

**Figura 5.3.**

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



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

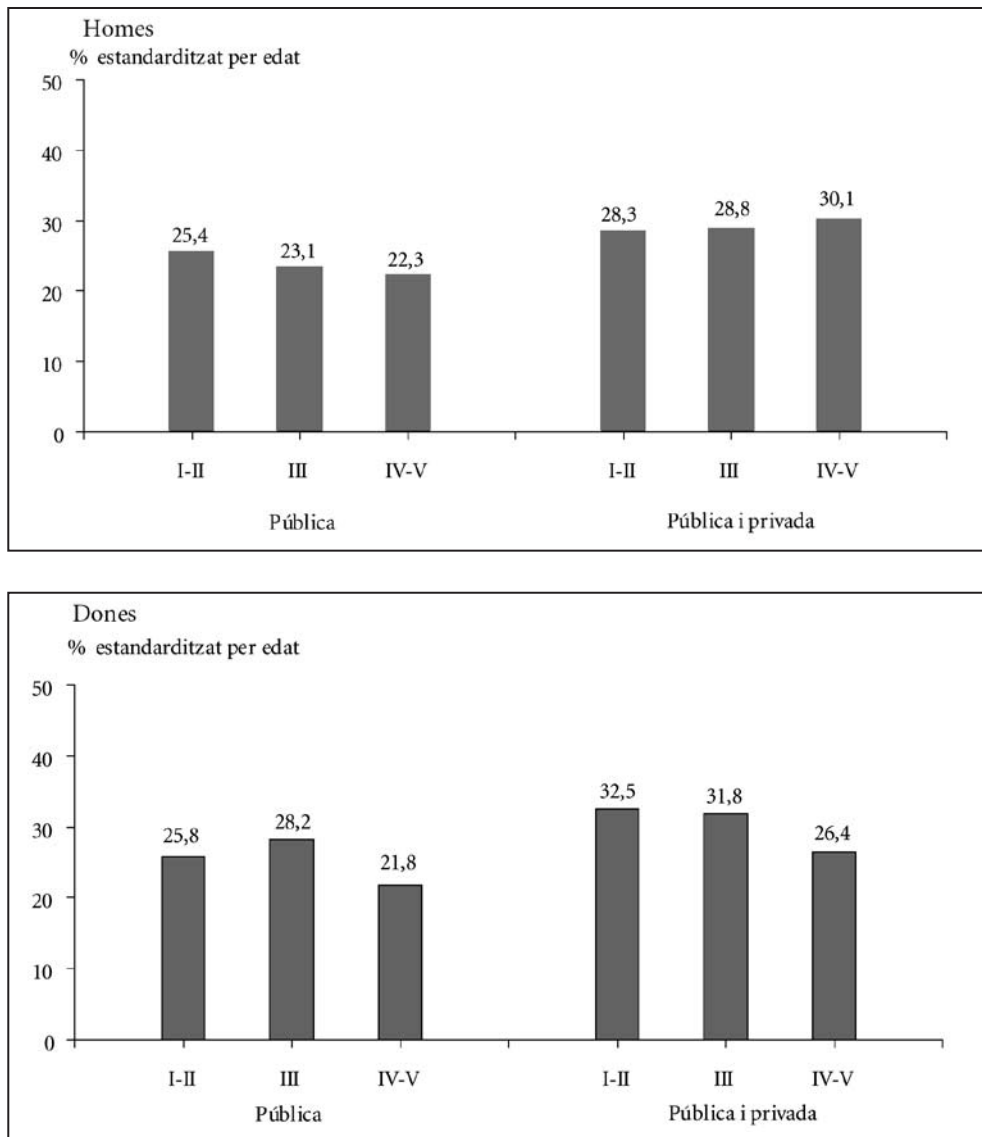
Un 26,3% dels homes i un 29% de les dones de 15 anys o més declaren que es prenen la tensió arterial de manera periòdica; no s'observen diferències importants segons la classe social en el cas dels homes, mentre que, entre les dones, les de les classes IV-V declaren que se la prenen menys. Aquest patró és diferent segons la regió sanitària de residència ja que, en alguns casos —com per exemple a Girona o a Barcelona—, en el cas de les dones sí que s'observen desigualtats entre classes (taula 13 de l'annex). Es pot observar que hi ha percentatges més elevats de persones amb doble cobertura que es prenen la tensió arterial de manera periòdica, i, en el cas de les dones, les de les classes més desavantajades se la prenen menys (figura 5.4. i taula 14 de l'annex).

No hi ha desigualtats importants segons la classe social en la revisió periòdica del nivell de colesterol de manera preventiva. Hi ha un 18% dels homes i les dones de 15 anys o més que declaren que se'l revisen de manera periòdica. Segons les regions sanitàries, hi ha percentatges força diferents de població que es revisa el nivell de colesterol; els percentatges més baixos són els de Lleida (taula 13 de l'annex). No hi ha desigualtats importants segons la classe social, tot i que —a la pràctica— sempre són les persones de les classes IV-V les que se'l revisen en una proporció més baixa. Novament, el fet de tenir cobertura privada a més de la pública s'associa a un percentatge més elevat de persones que es controlen el colesterol (taula 14 de l'annex).

Finalment, es presenten els resultats de les pràctiques preventives en ginecologia. Respecte a la realització de citologies periòdiques per part de les dones de 20 anys o més, un 44,1% de les dones de les classes I-II declaren que se les fan, un 46,3% de les de la classe III i un 37,2% de les de les classes IV o V. Segons les regions sanitàries, s'observen resultats força similars, tot i que, a Lleida i a Tortosa, hi ha menys dones que declarin que es fan citologies periòdicament (taula 15 de l'annex). Aquesta pràctica també la realitzen molt més les dones que declaren que tenen doble cobertura i les dones de les classes IV-V sempre se'n fan en una proporció més petita (figura 5.5. i taula 14 de l'annex). Cal assenyalar que no existeixen programes de detecció poblacional del càncer de coll uterí, per tant, aquesta prova es realitza quan el metge ho sol·licita, fet que és més usual en la pràctica privada de la medicina o bé —en el cas de la pública— quan la dona demana que se li faci la prova (normalment les dones de

**Figura 5.4.**

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



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

les classes socials més avantatjades, ja que solen tenir més informació sobre la salut i els seus determinants).

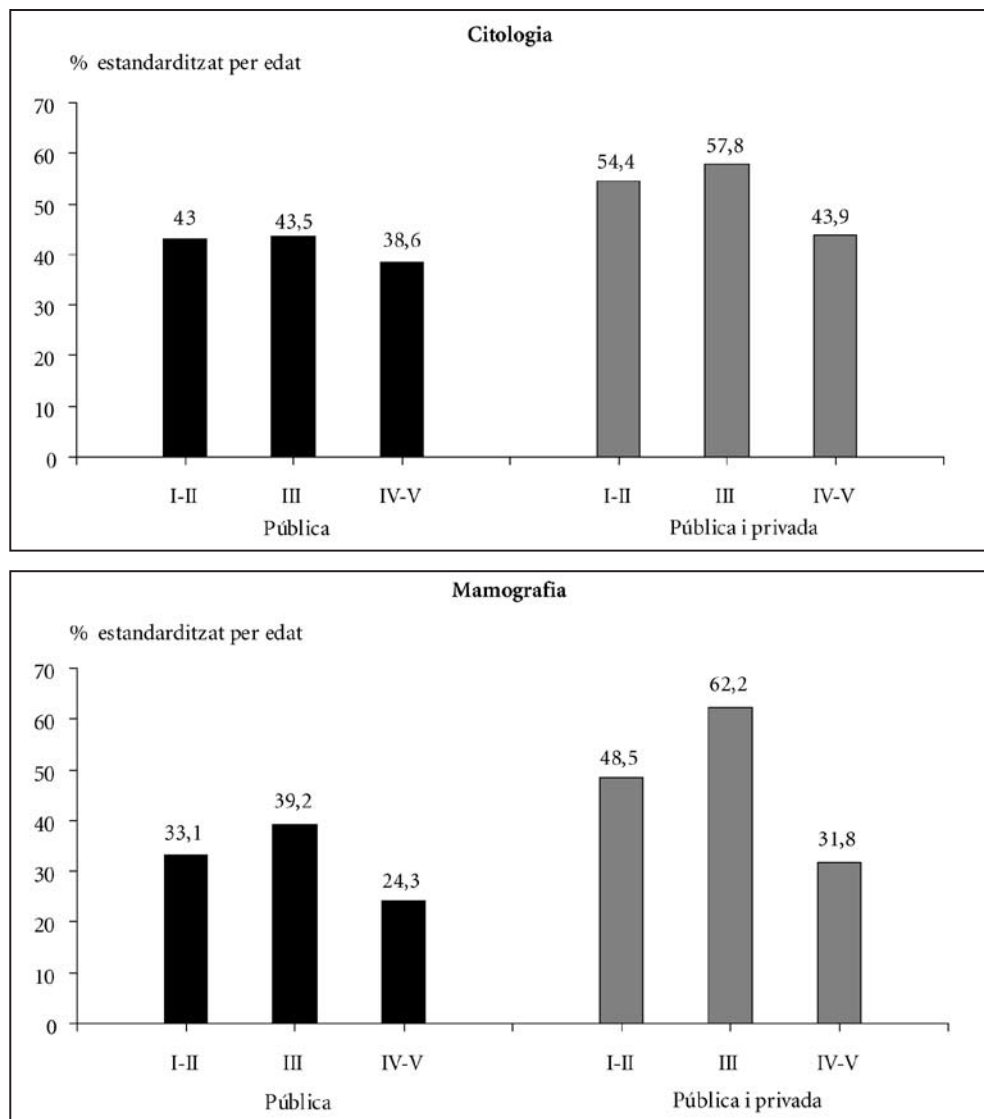
En el cas de la detecció del càncer de mama, des de l'any 1992, a Catalunya existeix un programa dirigit a les dones de 50 a 64 anys que les convida a realitzar-se una mamografia periòdicament. A començaments de l'any 2002, el programa tenia un 80,2% de cobertura poblacional (100 % a les regions del Barcelonès-nord i Maresme, Girona, Tortosa, Tarragona i Lleida; 86% a la Costa de ponent; 75% a Barcelona ciutat i 51% a la regió del Centre).

L'any 1994, quan encara feia poc temps que s'havia començat el programa, només una de cada tres dones de 50 a 64 anys es realitzava una mamografia periòdicament per raons preventives; segons la classe social, un 34,6% de les dones de les classes I-II, un 40,1% de les de la classe III i un 27,6% de les de les classes IV-V. Aquests percentatges són diferents entre les diferents regions sanitàries: a Lleida i a Tortosa se'n declaren menys i a Barcelona i a la regió del Centre és on les desigualtats segons la classe són més importants (figura 5.6. i taula 15 de l'annex). Aquesta pràctica també es realitza molt més per part de les dones que declaren que tenen cobertura sanitària doble, tot i que les dones de classes IV-V sempre són les que se'n fan en un percentatge més petit (figura 5.5. i taula 14 de l'annex).

Les enquestes de salut de Barcelona dels anys 1992 i 2000 han permès observar un augment de la realització d'aquesta pràctica en les dones d'aquest grup d'edat. L'any 1992 —quan encara no existia el programa de detecció— eren 3 de cada 10 dones les que declaraven que es feien la mamografia, mentre que l'any 2000 han estat 8 de cada 10 dones. A més, l'any 2000, les diferències segons la classe social són menys acusades i, als districtes on es va començar el programa (Ciutat Vella i Sant Martí), hi ha un percentatge més elevat de dones que declaren la pràctica de la mamografia periòdica (Borrell i Rodríguez, 2002).

**Figura 5.5.**

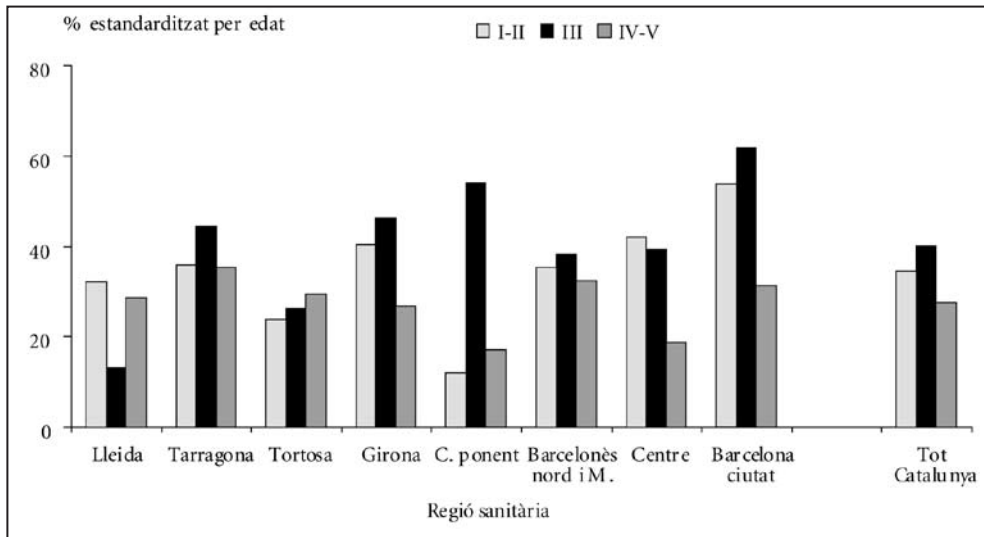
Realització de citologia periòdica en dones més grans de 20 anys i de mamografia periòdica en dones de 50 a 64 anys, segons la classe social i el tipus de cobertura sanitària. Catalunya, 1994.



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

**Figura 5.6.**

Realització de mamografia periòdica en dones de 50 a 64 anys, segons la classe social i la regió. Catalunya, 1994.



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

## La utilització dels serveis sanitaris

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

Un 19,1% dels homes i un 24,3% de les dones han visitat un professional sanitari les dues setmanes anteriors a l'entrevista. Tal com s'observa a la figura 5.7. i a la taula 16 de l'annex, aquests percentatges són similars en les diferents classes socials i a les 8 regions sanitàries.

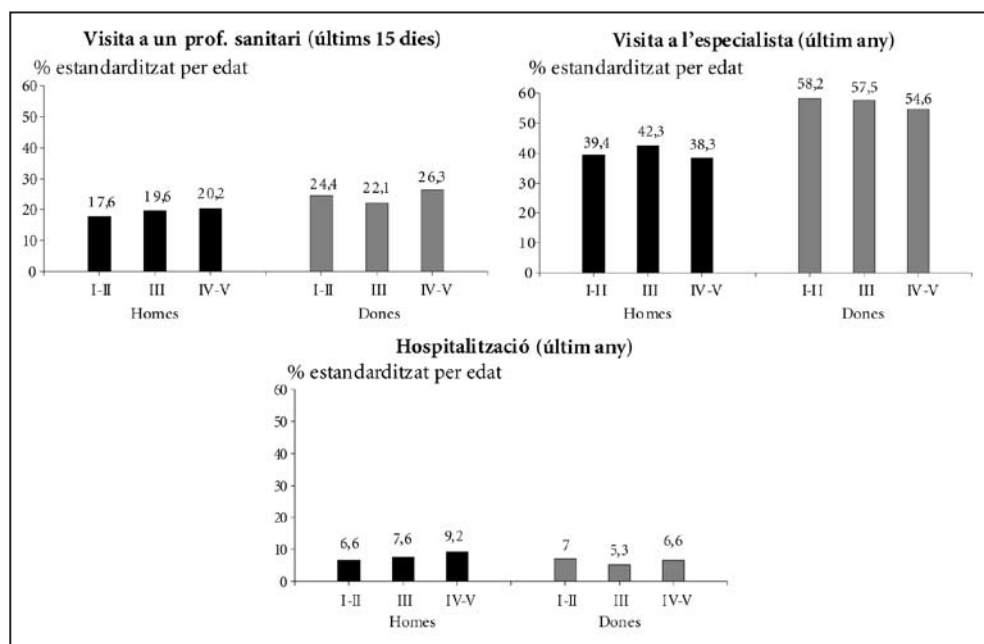
Per descriure la utilització dels serveis sanitaris i saber si la població més necessitada té més accés als serveis, cal tenir en compte el grau de problemes o necessitats relacionades amb la salut que té la població de cada classe social. Amb aquest objectiu, s'ha

utilitzat l'estat de salut percebut com a mesura de necessitat. S'ha separat la població que declara un estat de salut excel·lent, molt bo o bo de la que declara la seva salut com a regular o dolenta. Tal com s'observa a la taula 17 de l'annex, la població que declara un estat de salut percebut més dolent utilitza més els serveis sanitaris, i les dones més que els homes. De tota manera, no trobem desigualtats en la utilització segons la classe social, ni tan sols en la població amb més necessitats en l'àmbit de la salut.

El fet que les dones es visitin més que els homes es pot explicar pel fet que les dones presenten un estat de salut percebut més dolent i pateixen més trastorns crònics que els homes (veure capítol 6) o, també, perquè part de les visites que fan són per motius relacionats amb el seu rol de cuidadores d'altres persones de la llar.

### Figura 5.7.

Utilització dels serveis sanitaris segons la classe social. Homes i dones. Catalunya, 1994.



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



A la taula 18 de l'annex es descriu la utilització dels 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 de les dones de les classes socials IV-V amb cobertura pública i privada s'observen percentatges més baixos d'haver realitzat una visita els 15 dies anteriors a l'entrevista (24,8%) que les dones de les classes I-II (28,3%).

Tal com s'ha comentat anteriorment, hi ha pocs estudis que analitzin les desigualtats en la qualitat dels serveis rebuts. El fet que una part important de la població de les classes benestants tingui doble cobertura probablement influeix en la qualitat rebuda. A la taula 5.1. es presenten els resultats que fan referència al temps d'espera des de l'arribada a la consulta fins que es produeix la visita —per a homes i dones— en funció de la classe social i de qui ha finançat la darrera visita. El temps d'espera ha estat, com a mitjana, de quasi 15 minuts més per als que han utilitzat els serveis públics que pels que han fet una visita finançada privadament. A més, entre els qui han utilitzat els serveis públics, s'observen diferències segons la classe social; tenen més temps d'espera les classes socials menys afavorides. Aquest resultat és un exemple de les desigualtats existents en funció de la classe social en la qualitat de l'atenció rebuda.

### L'atenció primària

A Catalunya, la reforma de l'atenció primària va començar l'any 1984 i a principis de l'any 2002 la cobertura era del 88,3% de la població. Només una regió (Tortosa) té la reforma acabada i Barcelona és la regió que té la reforma més endarrerida (81,5% de cobertura). Tal com s'ha dit anteriorment, a Barcelona, la reforma s'ha anat posant en marxa seguint criteris de privació socioeconòmica de les àrees bàsiques de salut (ABS); les que mostren més privació són les primeres que es van reformar (Villalbí i col·l., 1998).

A l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000 hi havia preguntes específiques sobre l'atenció primària de salut. Nou de cada deu persones declaren que tenen un metge o pediatre de capçalera. Els percentatges són diferents segons la classe social; en les classes I-II és més del 80%, i en les classes IV-V més del 90% (taula 5.2.). Tres quartes parts de

**Taula 5.1.**

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

	Tipus de finançament de la visita			
	Públic		Privat	
	Mitjana	Mediana	Mitjana	Mediana
<b>Homes</b>				
Classe social I-II	31,9	30	17,3	10
Classe social III	23,9	15	12,8	10
Classe social IV-V	34,1	20	14,1	10
Total	29,9	20	14,9	10
<b>Dones</b>				
Classe social I-II	28,4	15	12,0	5
Classe social III	26,5	20	16,5	10
Classe social IV-V	34,3	20	12,0	5
<b>Total</b>	<b>30,5</b>	<b>20</b>	<b>13,5</b>	<b>5</b>

Mitjanes i medianes estandarditzades per edat mitjançant el mètode directe.

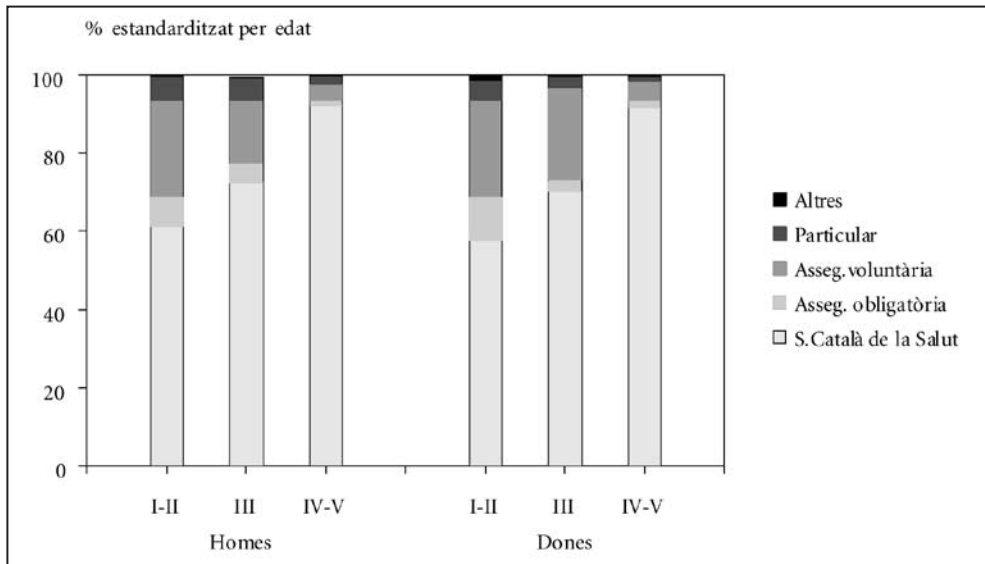
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 1994 (elaboració pròpia).

les persones de les classes benestants tenen un metge o una metgessa del Servei Català de la Salut o d'una assegurança obligatòria i la resta declara que té el metge o metgessa privat o d'una assegurança voluntària. Entre les classes menys privilegiades, el metge o metgessa pertany al sistema públic en el 93% dels casos (figura 5.8.).

Cal destacar que la mediana de temps que fa que la persona entrevistada té el metge o pediatre de capçalera és de 5 anys, tret del cas de les dones de les classes IV-V, que és de 4 anys. Un 60% dels homes que declaren que tenen metge l'han visitat durant el darrer any, sense que s'observin diferències segons la classe social. En el cas de les dones, ho han fet un 64% de les que pertanyen a les classes benestants i un 75% de les de les classes IV-V (taula 5.2.).

**Figura 5.8.**

Assegurança d'on prové el metge de capçalera o pediatre. Homes i dones que declaren que tenen metge de capçalera o pediatre. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

### Els serveis d'urgències

Les visites a urgències es van recollir a l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000. Una quarta part de la població declara que s'ha visitat a urgències durant l'últim any. Entre les classes benestants, ho han declarat un 23% dels homes i un 21,2% de les dones, entre les classes IV-V ho han fet un 26,7% dels homes i un 27,8% de les dones.

### L'atenció especialitzada rebuda durant l'últim any

Pel que fa a les visites a l'especialista durant l'any anterior a l'entrevista, a Catalunya, ho han realitzat un 40% dels homes i un 56,8% de les dones l'any 1994 i no s'observen diferències importants segons la classe social i la regió (figura 5.7. i taula 16 de l'an-

**Taula 5.2.**

Població que té metge de capçalera o pediatre. Mesos que fa que té el metge i visites realitzades durant el darrer any (les persones que tenen metge de capçalera o pediatre). Homes i dones. Barcelona, 2000.

	Homes	Dones
<b>Té metge de capçalera (%)</b>		
Classe social I-II	83,8	84,1
Classe social III	89,5	90,6
Classe social IV-V	93,9	95,0
<b>Mesos que fa que té el metge de capçalera (mediana)</b>		
Classe social I-II	60	62
Classe social III	60	60
Classe social IV-V	60	48
<b>S'ha visitat durant el darrer any (%)</b>		
Classe social I-II	59,8	63,9
Classe social III	58,2	68,6
Classe social IV-V	59,8	75,3

Percentatges i medianes estandarditzats per edat mitjançant el mètode directe.

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

nex). Les persones que mostren una salut percebuda dolenta o que tenen cobertura sanitària pública i privada visiten més l'especialista, però no apareixen desigualtats segons la classe social, tret del cas de les dones de la classe social IV-V amb cobertura sanitària doble, que es visiten menys que les de la classe social I-II. Aquest fet també s'evidencia en les dones amb una salut percebuda bona (taules 17 i 18 de l'annex). Aquest comportament, en el cas de les dones, podria anar lligat al fet que les classes menys benestants realitzen menys pràctiques preventives ginecològiques.

Un 7,8% dels homes i un 6,3% de les dones han estat ingressades a un hospital l'any anterior a l'entrevista (excloent les causes relacionades amb el part). En aquest cas, tampoc no hi ha diferències segons la classe social (figura 5.7). La població de les

**Taula 5.3.**

Listes d'espera per una intervenció quirúrgica segons les regions sanitàries. Catalunya, 2000.

Regió sanitària	Temps mitjà de resolució (mesos)	Llista d'espera (nombre de casos)	Llista per 1.000 habitants	Intervencions al mes per 1.000 habitants
Lleida	1,37	852	2,50	1,83
Tarragona	2,78	2.152	4,91	1,76
Tortosa	4,74	766	5,75	1,21
Girona	1,62	1.509	2,91	1,79
Costa de ponent	3,99	7.167	6,21	1,56
Barcelonès nord- Maresme	3,25	3.477	5,06	1,56
Centre	3,24	7.603	5,81	1,79
Barcelona ciutat	5,14	15.619	10,35	2,01
<b>Tot Catalunya</b>	<b>3,65</b>	<b>39.145</b>	<b>6,43</b>	<b>1,76</b>

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

Font: Parlament de Catalunya.<sup>2</sup>

classes I-II de Barcelona s'hospitalitza més que la de les mateixes classes de les altres regions (taula 16 de l'annex). Les persones amb una salut percebuda dolenta o que tenen cobertura sanitària pública i privada s'hospitalitzen més freqüentment, sense que es mostrin desigualtats segons la classe social (taules 17 i 18 de l'annex).

L'any 2000, a Catalunya, hi havia 39.145 persones en llista d'espera per ser intervingudes quirúrgicament (taula 5.3.). La mitjana més llarga de temps de resolució ha estat la de les regions de Barcelona, Centre i Tortosa. El 40,7% de tots els casos són malalts que esperen l'operació de cataractes i el 20,5% de pròtesi de genoll.

.....  
2. Declaracions de Carme Figueras, diputada-portaveu de sanitat del grup parlamentari PSC-Ciutadans pel Canvi, 5 de febrer de 2001.

## CONCLUSIONS

- La població de les classes benestants té una doble cobertura sanitària amb molta més freqüència que les persones de les classes IV i V.
- S'observen desigualtats en les pràctiques preventives en funció de la classe social. Els individus de les classes socials més afavorides declaren més pràctiques preventives que els seus homòlegs de les classes menys afavorides, sobretot en la presa de tensió arterial de manera periòdica. Les dones de la classe social IV-V declaren que es practiquen menys citologies i mamografies periòdiques que les de les altres classes socials. L'any 1994, només feia dos anys que s'havia començat el programa de cribratge poblacional de càncer de mama.
- Hi ha una diferència clara en la utilització dels serveis sanitaris que no són coberts totalment per la sanitat pública —com l'odontologia—, fet que reflecteix l'existència d'una barrera econòmica d'accés als serveis sanitaris.
- No s'observen diferències en la utilització dels serveis sanitaris quan es tenen en compte les necessitats de salut i el tipus de cobertura sanitària, tant pel que fa a l'atenció primària com a l'especialitzada o la d'urgències.
- S'observen desigualtats en la qualitat de l'atenció sanitària rebuda quan s'analitza el temps d'espera de la darrera visita a un professional sanitari. Les classes socials més afavorides, que consulten més serveis sanitaris privats, tenen un temps d'espera més curt que les classes socials menys afavorides.
- 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.

## Bibliografia

- Alonso J. i Antó JM. (1988). “Desigualtats de salut a Barcelona”. *Gac Sanit* 2: 4-12.
- Andersen TF. i Mooney G. (1990). *The challenge of medical practice variation*. London: Mcmillan.
- Ayanian JZ. i Epstein AM. (1991). “Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease”. *New Eng J Med* 325: 221-5.
- Baker D.; Sudano J.; Albert JM.; Borawski E.; Dor A. (2001). “Lack of health insurance and decline in overall health in late middle age”. *New Eng J Med* 345: 1106-12.
- Borrell C. i Rodríguez M. (2002). *Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Resultats principals*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública.
- Borrell C.; Fernández E.; Schiaffino A., Benach J.; Rajmil L.; Villalbí, JR. i col·l. (2001). “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 Qual Health Care* 13: 117-125.
- Borrell C.; i Fernández E. (1999). “Desigualdades de utilización. Estado de la cuestión y estrategias de futuro”. A: López Casanovas G.; Callau Puente J. *Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud*. Huesca: Asociación de Economía de la Salud, p.171-84.
- Borrell C.; Rohlfs I.; Ferrando J.; Pasarín MI.; Domínguez-Berjon F.; Plasencia A. (1999). “Social inequalities in perceived health and the use of health services in a southern European urban area”. *Int J Health Serv* 29: 743-64.
- Carr-Hill RA.; Rice N.; Roland M. (1996). “Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices”. *BMJ* 312: 1008-12.
- Casanova C. i Starfield B. (1995). “Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison”. *Int J Health Serv* 25: 283-94.
- De Spiegelaere M.; Dramaix M.; Hennart P. (1996). “Social inequalities and prevention: vaccination of adolescents”. *Rev Epidemiol Santé Publique* 44: 228-36.
- Elo J.; Daponte A.; Navarro V. (1995). “Health indicators and the organization of health care systems in western Europe”. *Am J Public Health* 85: 1397-401.
- Evans RG. i Stoddart GL. (1996). “Producir salud, consumir asistencia sanitaria”. A: Evans RG.; Barer ML.; Marmor TR. (eds.). *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid: Díaz de Santos, SA.

Fernández de la Hoz K. i León DA. (1996). "Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain". *Int J Epidemiol* 25: 593-603.

Fernández E.; Schiaffino A.; Rajmil L.; Badia X.; Segura A. (1999). "Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain)". *J Epidemiol Community Health* 53: 218-22.

González J. i Regidor E. (1990). "Desigualdad en el uso de los servicios sanitarios". A: *Salud y equidad. VIII Jornadas de Economistas de la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Hart TJ. (1971). "The inverse care law". *Lancet* 1: 405-12.

Larizgoitia I. i Starfield B. (1997). "Reform of primary health care: the case of Spain". *Health Policy* 41: 121-37.

Lostao L.; Regidor E.; Calle E.; Navarro P.; Domínguez V. (2001). "Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/7". *Rev Esp Salud Pública* 75: 115-27.

Marrugat J.; Antó JM.; Sala J.; Masia R. (1994). "Influence of gender in acute and long-term cardiac mortality after a first myocardial infarction". REGICOR Investigators. *J Clin Epidemiol* 47: 111-8.

Navarro-Rubio MD.; Jovell AJ.; Schor EL. (1995). "Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain". *Am J Prev Med* 11: 256-62.

Navarro V.; Benach J. i la Comisión Científica de estudio de las desigualdades sociales en salud en España (1996). *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

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

Rajmil L.; Fernández E.; Salas T.; Barba G.; Raspall F.; Vila C. i col·l. (1999). "Gender differences in children's hospitalization in Catalonia: another inequality?" *Acta Paediatr* 88: 990-7.

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

Regidor E.; de Mateo S.; Gutiérrez-Fisac JL.; Fernández de la Hoz K.; Rodríguez C. (1996). "Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España". *Med Clin (Barc)* 107: 285-8.

Rohlfs I. (1998). *Diferencias y desigualdades. La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.



- Rohlfs I.; Borrell C.; Pasarín MI.; Plasència A. (1999). "The role of sociodemographic factors in preventive practices: the case of cervical and breast cancer". *Eur J Public Health* 9: 278-284.
- Rohlfs I.; Borrell C.; Plasencia A.; Ferrando J.; Pasarín MI. (1998). "Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in Barcelona (Spain)". *J Epidemiol Community Health* 52: 205-6.
- Rowland D.; Feder J.; Keenan PS. (1998). "Uninsured in America: the causes and consequences". A: Altman SH.; Reinhart UE.; Shields AE. (eds). *The future US health care system: who will care for the poor and uninsured?* Chicago: Health Administration Press, p. 25-44.
- Sánchez-Bayle M. (1999). "The health care counter-reform in Spain". *J Pub Health Pol* 20: 411-413.
- Shi L. (1995). "Balancing primary versus specialty care". *J Royal Soc Med* 88: 428-32.
- Shi L. (1994). "Primary care, specialty care, and life chance". *Int J Health Serv* 24: 431-58.
- Shi L. (1992). "The relation between primary care and life chances". *J Health Care Poor Underserver* 3: 321-35.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (1993). *Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG Editores, p. 181-222.
- Solberg LI.; Brekke ML.; Kottke TE. (1997). "Are physicians less likely to recommend preventive services to low-SES patients?" *Prev Med* 26: 350-7.
- Starfield B. (1994). "Is primary care essential?" *Lancet* 344: 1129-33.
- Starfield B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press.
- Steingart RM.; Packer M.; Coglianesi ME.; Gersh B.; Geltman EM.; Sollano J i col·l. (1991). "Sex differences in the management of coronary heart disease. Survival and Ventricular Enlargement Investigators". *N Eng J Med* 325: 226-30.
- Villalbí JR.; Guarga A.; Pasarín MI.; Gil M.; Borrell C.; Ferran M. i col·l. (1999). "Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria en la salud". *Aten Primaria* 24: 468-74.
- Villalbí JR.; Guarga A.; Pasarín MI.; Gil M.; Borrell C. (1998). "Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia". *Aten Primaria* 21: 47-54.



## **6** Desigualtats de gènere en la salut

Izabella Rohlf



## **INTRODUCCIÓ**

### **El concepte i les desigualtats de gènere en la salut**

La importància de considerar els aspectes relacionats amb el gènere en l'anàlisi de les desigualtats socials en la salut prové de l'impacte que causa en tots els camps de la salut i de la seva relació amb els determinants de la mortalitat, la salut i la malaltia, amb les conductes relacionades amb la salut i amb la utilització dels serveis sanitaris (de prevenció i curació).

Una de les finalitats principals de la investigació de les relacions entre el gènere i la salut és assenyalar i suplir l'absència de dades indispensables per al coneixement de les condicions de les dones, a més d'evidenciar els biaixos produïts per generalitzacions de coneixements que sovint es fonamenten en estudis basats únicament en la població de sexe masculí (Ruiz i Verbrugge, 1997). Així mateix, la comparació sistemàtica entre variables i indicadors de salut de les dones i els homes és una manera de visibilitzar els punts on poden haver-hi diferències i desigualtats entre ambdós sexes.

Conjuntament amb les desigualtats socioeconòmiques, les desigualtats (i també les diferències) segons el gènere són els principals determinants de les desigualtats respecte a la salut i la utilització dels serveis sanitaris. No obstant això, encara falta molt perquè

la perspectiva de gènere sigui incorporada en l'anàlisi de les condicions de salut de la població i també en la planificació sanitària (Gender and Health Group-Liverpool School of Tropical Medicine, 1998).

Diverses autores i diversos autors defineixen el *gènere* com un constructe analític que es fonamenta en l'organització social dels sexes (la construcció social del sexe biològic) (Eischler, 1988; Scott, 1988). Un altre punt destacat del concepte de gènere és la seva definició com a categoria de relació que diferencia les dones i els homes a partir de les seves característiques socials i psicològiques. El gènere es constitueix i s'expressa per mitjà de les relacions socials, i aquestes canvien en l'espai i el temps. Així, els rols de gènere no són fixos ni universals, sinó que difereixen segons les cultures, la història i el context sociopolític (Scott, 1988).

Una de les primeres idees que han de quedar clares en l'estudi de les desigualtats de gènere en la salut és que el gènere no és una variable (Breilh, 1993). En molts camps de les ciències de la salut —i especialment en l'epidemiologia i en la presentació de dades biomèdiques— la diferenciació entre sexe i gènere és difícil i, sovint, confusa. La paraula gènere es fa servir d'una manera indiscriminada, tant en la seva accepció correcta —per definir les relacions socials entre els sexes— com, també, com a sinònim políticament correcte de la paraula *sexe* (Udri, 1994). Un error freqüent és la utilització del terme gènere en articles o estudis en els quals no s'ha realitzat una anàlisi de gènere; un altre és la justificació de la utilització d'aquest terme només pel fet que la població d'estudi estigui desglossada en funció del sexe. D'aquesta manera, sovint es troben taules i figures de dades estrictament quantitatives, separades per sexe, que inclouen la paraula gènere al títol; per exemple. “Mortalitat per càncer segons el gènere”, que dins el marc teòric que proposem seria un error. En l'exemple anterior (pel que fa al càncer), per fer servir el terme gènere d'una manera correcta, caldria haver interpretat les dades de mortalitat en la recerca dels determinants socials i biològics de la malaltia que fossin diferents i desiguals per a les dones i per als homes.

Segons Alleyne (2000), “El gènere és una de las dimensions importants i ubíques de la inequitat”. Sovint, les persones que investiguen les desigualtats en la salut i les que fan planificació sanitària, deixen de banda el fet que les característiques biològiques,

morfològiques, socials i psicològiques estableixen fets diferencials per sexe en matèria de riscos i necessitats per a la salut, ja que en molts casos es considera que l'home continua representant el patró de funcionament fisiològic i social de totes les persones. La segmentació de la societat en àmbits d'acció masculins i femenins marca, doncs, diferències substantives entre els homes i les dones, no solament en matèria de riscos i necessitats socials i biològiques, sinó també pel que fa a les oportunitats, els recursos i les contribucions per a la salut.

Molts estudis mèdics i epidemiològics s'han centrat en una població exclusivament d'homes. El patró estudiat tradicionalment té el perfil d'un home blanc, de complexió anglosaxona i de mitjana edat. La inclusió d'ambdós sexes en els estudis i l'anàlisi desglossada per sexes evidencien circumstàncies i interrelacions entre variables úniques per a les dones i úniques per als homes. Aquesta dinàmica que, moltes vegades, permet aprofundir en l'anàlisi i aconseguir una perspectiva de gènere, estaria emmascarada en una mostra agregada (Kunkel i Atchley, 1996). Però allò que diferencia l'abordatge des d'una perspectiva de gènere, més que separar la població d'estudi segons la variable del sexe, és l'anàlisi crítica de les relacions socials entre les dones i els homes tenint en compte que aquestes també generen desigualtats socials pel que fa a la salut (Morgan, 1981).

Les desigualtats en la salut sovint operen en el sentit perjudicial per a les dones, encara que algunes vegades els homes també pateixen aquests desavantatges. Com que les desigualtats de gènere no actuen aïllades i interaccionen amb altres factors —com la classe social, l'ètnia o la religió— no totes les dones o tots els homes d'una societat determinada experimenten les desigualtats en la salut de la mateixa manera (Gender and Health Group-Liverpool School of Tropical Medicine, 1998).

### La paradoxa entre l'esperança de vida i la morbiditat en les dones

A la major part dels països desenvolupats, les dones tenen més esperança de vida que els homes. D'altra banda, declaren un estat de salut més dolent que el dels homes i tenen una proporció més alta de trastorns crònics (Hibbard i Pope, 1983; Ross i Bird, 1994; Sweeting, 1995). S'ha interpretat que la major prevalença de trastorns crònics

presentada per les dones es deu justament al fet que tenen menys mortalitat, cosa que les faria vulnerables a les malalties cròniques durant un període de temps més llarg (Gispert i Gutiérrez-Fisac, 1997). Tanmateix, durant tota la vida, les dones presenten més trastorns crònics que els homes. Verbrugge (1985) suggereix que la tipologia de les patologies cròniques de les dones és diferent de la dels homes, presenten unes característiques més insidioses i un caràcter menys greu. En canvi, els homes patirien malalties de caràcter més greu i compatibles amb els seus hàbits, les seves conductes i l'exposició a factors de risc en l'ambient de treball.

La discussió de la paradoxa sobre el fet que les dones tinguin una esperança de vida més llarga i, al mateix temps, una morbiditat més elevada, continua generant conclusions o, més aviat, hipòtesis que de vegades són contradictòries. Entre les qüestions més importants, destaca la necessitat de conèixer en quins aspectes les dones presenten més determinades malalties que els homes i, també, si existeixen patrons de mala salut típics per a dones i homes i si aquests patrons difereixen segons els grups d'edat, la cultura i el pas del temps.

Entre les consideracions que s'han fet per explicar la llargària de l'esperança de vida i la morbiditat elevada de les dones, cal assenyalar els punts destacats per Danielsson i Lindberg (2001): la gran quantitat de malalties relacionades amb causes reproductives que encara pateixen les dones; les malalties musculars-esquelètiques, que produeixen més dolor, símptomes i discapacitat en les dones; i una prevalença més gran de diagnòstics de trastorns mentals, principalment entre les dones grans. Aquest darrer punt cal analitzar-lo amb cautela, ja que pot ser que això passi perquè les dones busquen més ajuda mèdica en presència de símptomes psíquics, però també pot ser que des de l'atenció sanitària se'ls diagnostiquin més malalties psicossomàtiques que als homes. Probablement, les dones manifesten i expressen (principalment per la socialització rebuda) més ansietat i depressió que els homes, cosa que podria estar distorsionant les estadístiques (Emslie i col·l., 2002).

Diversos estudis indiquen que la longevitat de les dones està directament relacionada amb el seu patró de malaltia i no obeeix, en línies generals, a una paradoxa. Segons l'indicador de salut escollit (salut percebuda, tipus i nombre de trastorns crònics, dis-



capacitat, etc.) el patró de les desigualtats de gènere té variacions complexes, subtils i és canviant durant el curs de la vida (Haavio Manila, 1986; Macintyre i col·l., 1996). Macintyre i col·l. (1996) han observat que la direcció i la magnitud de les diferències en els indicadors de salut segons el sexe varien d'acord amb el símptoma o la condició estudiada i amb el grup d'edat o cicle de vida de la persona.

Altres determinants importants de la salut són les condicions de treball, tant del remunerat com del no remunerat, i les relacions socials basades en el gènere. Emslie i col·l. (1999) afirmen que, més que diferències biològiques en la vulnerabilitat davant les malalties, el que determina l'estat de salut de les dones i els homes són les desigualtats en les exposicions socials i laborals (com les condicions de treball o les relacions en la jerarquia laboral). Si les relacions socials fossin més igualitàries, les dones tindrien un estat de salut més bo i menys discapacitats que els homes, fet que seria coherent amb la seva longevitat (Bird i Fremont, 1991).

Les diferències en la morbiditat i la mortalitat segons el sexe també s'han atribuït a factors essencialment biològics. Nathanson suggereix que les dones viuen més anys perquè tenen una constitució més resistent, tant a les malalties infeccioses com a les malalties degeneratives (Nathanson, 1975).

### La salut i les ocupacions

Diversos estudis indiquen que hi ha una relació entre el tipus de treball realitzat a la llar i fora de la llar i l'estat de salut de la dona. Els resultats d'aquests estudis evidencien que l'estat de salut percebut més bo i l'autoestima més gran la tenen les dones que fan un treball remunerat i que això, principalment, és degut al contacte social i a l'aportació econòmica que els proporciona aquesta ocupació (Baruch i Barnett, 1986; Bird i Ross, 1993; Rohlf s i col·l., 1997). S'assenyala que cal analitzar les relacions entre les ocupacions i els rols familiars. Algunes autores i alguns autors també destaquen l'efecte positiu del treball remunerat pel que fa a la salut mental i relacionen aquest fet amb l'increment del poder relatiu de la dona en el si de la família.

Tot i així, cal destacar que, fins fa poc, l'abordatge de tot el treball reproductiu (no remunerat o domèstic) desenvolupat majoritàriament per les dones no havia estat contemplat en les enquestes de salut realitzades a l'Estat espanyol. Tant a l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 1992 com a la de Catalunya de l'any 1994, aquesta aproximació només es podia fer pel número i l'edat de les persones de la llar i per un parell de preguntes relacionades amb qui té cura de les persones menors de 15 anys o més grans de 65 quan estan malaltes; però, això no permetia assignar si aquesta cura era exercida per la persona entrevistada i, per tant no es podia mesurar l'impacte d'aquesta tasca en la seva pròpia salut. Els anys 1999 i 2000, l'Enquesta de Salut de Terrassa i l'Enquesta de Salut de Barcelona, respectivament, ja van incorporar variables per avaluar l'impacte del treball domèstic i de la seva combinació amb el treball remunerat en la salut de les persones.

### La salut sexual i reproductiva

El concepte de salut reproductiva proposat a principis dels anys setanta és anàleg al concepte de salut de l'OMS: “la salut reproductiva no és només l'absència de malaltia, sinó un estat complet de benestar físic, mental i social en totes les àrees associades amb el sistema reproductiu i les seves funcions”. Així, més recentment i d'acord amb la definició anterior, s'ha proposat parlar de salut sexual i reproductiva, un concepte que també inclou els aspectes de la sexualitat, lligats o no a la reproducció (Sundström, 2001). Tanmateix, tot i que la sexualitat ocupa un lloc important en la vida de les persones, des del sistema sanitari se li ha dedicat poca atenció. Exceptuant algunes actuacions puntuals —promogudes principalment pels centres de planificació familiar— la sexualitat és ignorada més enllà del possible risc d'embaràs i les malalties de transmissió sexual o de les desviacions del que es considera la “normalitat”.

A la declaració de Teheran, les Nacions Unides (United Nations, 1969) estableixen els drets reproductius com un dret humà i determinen que la decisió de tenir fills/es, la quantitat i en quin moment es volen tenir és un dret de les dones i dels homes. Les Nacions Unides també insten els governs de tots els països a promoure i proveir els mitjans per l'exercici d'aquest dret a través d'anticonceptius fiables i de l'accessibilitat a la interrupció voluntària de l'embaràs.

La salut sexual i reproductiva adquireix un significat i uns matisos diferents depenent del cicle de vida de les persones. Durant l'adolescència, la possibilitat d'una educació sexual que ajudi a superar tabús, pors i desconeixements està íntimament lligada amb la transformació del cos dels i de les joves. L'educació sexual i l'assistència sanitària específica per aquest grup de la població poden orientar sobre les diferents conductes sexuals per tal d'evitar que aquestes desemboquin en malalties de transmissió sexual, incloent-hi la sida, en insatisfaccions o en un embaràs adolescent. Aquests embarassos, majoritàriament no desitjats, poden acabar en un avortament o en l'acceptació d'un fill a una edat precoç, possibilitat —aquesta última— que pot tenir conseqüències força traumàtiques en aquesta etapa de la vida.

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

Encara que aquests últims anys a l'Estat espanyol s'hagin realitzat diversos estudis en el camp de la salut on apareix la paraula gènere, hem constatat que l'anàlisi o l'abordatge teòric d'aquestes publicacions només coincidia amb les definicions citades anteriorment en una proporció inferior al 10%. Majoritàriament, el concepte de gènere s'utilitza de manera intercanviable o com a sinònim de la paraula sexe.<sup>1</sup> Entre els estudis que han utilitzat aquest mot en la seva accepció correcta, destaquen, principalment, els de morbiditat, que bàsicament analitzen les relacions entre les ocupacions remunerades i les no remunerades amb la salut i la utilització dels serveis sanitaris.

Al nostre entorn, fa molt poc temps que s'han començat a publicar treballs sobre la violència de gènere. Recentment, Alberdi i Matas (2002) han publicat un estudi on aprofundeixen en l'anàlisi de les dades de l'enquesta "La violencia contra las mujeres" de l'Instituto de la Mujer. Aquestes estadístiques són impactants i reflecteixen la magnitud del problema de la violència contra les dones a l'Estat espanyol. Segons les

---

1. Resultats d'una recerca bibliogràfica per Internet a la base de dades bibliogràfiques més gran que hi ha sobre la salut (biblioteca del congrés dels Estats Units, MEDLINE) dels anys 1997-2001; paraules clau: *Spain* i *gender*.

estimacions de les autores, un 12,4% (N=2.090.767) de les dones de l'Estat espanyol viuen en una situació objectiva de violència dins l'entorn familiar (violència física, violència psíquica d'infravaloració o de control i/o violència sexual); en un 74% dels casos, la violència prové dels seus marits o parella. Segons aquest mateix estudi, a Catalunya, el percentatge de dones en situació objectiva de violència és del 12,1%.

Fins fa ben poc, la majoria de les enquestes de salut dutes a terme a l'Estat espanyol no permetien aprofundir en l'anàlisi de la salut des d'una perspectiva de gènere perquè no incorporaven variables importants en la determinació d'aquestes desigualtats, com per exemple les tasques domèstiques o reproductives (Rohlf i col·l., 2000). Tot i així, aquestes han estat la principal font de dades dels estudis que han intentat aclarir les diferències i les desigualtats en la salut de les dones i els homes (Dean i col·l., 1995; Anitua i Esnaola, 2000).

A partir de la meitat dels anys noranta, s'han publicat diversos estudis amb dades de Catalunya —especialment de la ciutat de Barcelona— que destaquen pel seu volum i contingut quan es comparen amb la producció científica sobre les desigualtats de gènere en la salut d'altres zones de l'Estat espanyol. Tot seguit, revisem alguns dels resultats d'aquests estudis, no pas amb voluntat d'exhaustivitat, sinó amb la intenció de destacar alguns resultats dels estudis realitzats a l'entorn català.

S'han publicat diversos estudis amb les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 1992, d'entre els quals destaca l'anàlisi i la comparació entre la salut de les mestresses de casa i les dones que tenen una ocupació remunerada (Rohlf i col·l., 1997). Aquest estudi posava de manifest que les dones que tenien una ocupació remunerada tenien més bon estat de salut que no pas les mestresses de casa, però que l'efecte de la classe social també era important, de manera que les mestresses de casa de les classes més afavorides tenien més bona salut que les dones de classes menys privilegiades que tenien una ocupació remunerada; això indicava la necessitat d'analitzar conjuntament el gènere i la classe social.

Amb dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 1994 (ESCA-94), s'ha pogut analitzar la influència de la càrrega del treball domèstic en la població amb una ocu-

pació remunerada i s'ha conclòs que —per a les dones— el risc de patir un mal estat de salut augmenta a mesura que incrementa el nombre de persones que viuen a la llar, mentre que —per als homes— no s'observa cap relació entre la càrrega de treball domèstic i l'estat de salut (Artazcoz i col·l., 1999). També s'han estudiat les relacions entre les demandes familiars i les desigualtats en la salut de les dones i els homes amb un treball remunerat (Artazcoz i col·l. 2001) (veure capítol 8). Continuant l'anàlisi amb les dades de l'ESCA-94, s'ha publicat un estudi sobre les desigualtats de gènere en la salut i en la utilització dels serveis sanitaris, en el qual es destaca que les dones de Catalunya tenen un estat de salut percebut més dolent, relaten més dies de restricció de l'activitat i més malalties cròniques que els homes i només freqüenten més que els homes els serveis d'atenció primària en una proporció molt petita; en canvi, els homes són més usuaris dels hospitals. Una altra conclusió interessant d'aquest estudi —que coincideix amb les conclusions de Rohlf s de l'any 1997— és que les dones amb mala salut freqüenten menys els serveis sanitaris que les que tenen bona salut (Fernández i col·l., 1999). Finalment Sécui i col·l. (2001) han comparat la salut de les dones i els homes més grans de seixanta anys entrevistats a l'ESCA-94 i han arribat a la conclusió que els principals factors explicatius de la percepció de mala salut són, en ambdós sexes, el nombre de malalties cròniques, les discapacitats i la pertinença a les classes socials més desfavorides i que, després de l'ajustament per aquestes variables, encara es manté la percepció de salut més dolenta de les dones.

Altres enquestes de ciutats de la província de Barcelona, com l'Enquesta de Salut de Cornellà de 1994 i l'Enquesta de salut de Terrassa de 1998, també han permès assolir un coneixement més gran de les desigualtats de gènere en el nostre entorn. Fernández i col·l. (2000) han estudiat la influència del treball remunerat en la salut, comparant les dones que tenien una ocupació remunerada i les mestresses de casa de Cornellà de Llobregat, i han conclòs que les dones que feien doble jornada (treball remunerat i treball domèstic) tenien més probabilitats de declarar que el seu estat de salut era dolent quan presentaven més càrrega de treball domèstic. Artazcoz i col·l. (2001) han analitzat les dades de l'Enquesta de Salut de Terrassa i han observat que les dones que disposaven d'una persona contractada per ajudar-les en el treball domèstic tenien més bon estat de salut. En el cas dels homes, tal com s'ha destacat en estudis anteriors, la càrrega més gran de treball domèstic no s'associa a un estat de salut més dolent, fet

bastant lògic quan es constata que la seva dedicació a aquest tipus de tasques és menys de la meitat de la de les dones.

També cal destacar la possibilitat d'obtenir informació útil per a l'estudi i la comparació de la salut de les dones i els homes mitjançant les dades d'obtenció rutinària obtingudes de les estadístiques vitals i d'altres fonts d'informació sanitària. En aquest sentit, Brugalat i col·l. (2001) han publicat un estudi sobre l'estat de salut segons el sexe a Catalunya que utilitza diverses fonts d'informació disponibles, com ara les dades del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, les dades dels registres de malalties com el càncer i l'infart de miocardi i el sistema d'informació de drogo dependències, entre altres. Amb tot, els mateixos autors comenten que en aquests registres s'haurien d'incloure variables que permetessin aprofundir més en l'anàlisi de les desigualtats de gènere.

## **Objectius i mètodes**

Un cop definides les línies generals de les bases teòriques que emmarquen aquest capítol, (que són fonamentals per establir i aclarir la definició i la utilització correcta del concepte de *gènere* i de la seva relació amb la salut) i després d'haver revisat alguns estudis realitzats en el nostre mitjà, ens plantejem fer una aproximació a l'anàlisi de les desigualtats de gènere en la salut a l'àmbit català.

Els objectius principals d'aquest capítol són l'aprofundiment en la paradoxa entre l'esperança de vida més llarga de les dones i la seva taxa elevada de morbiditat i l'intent d'exemplificar la morbiditat diferencial entre les dones i els homes a Catalunya. També es presenta una aproximació a la situació d'altres temes d'actualitat que no són menys importants, però dels quals no disposem de tanta informació, com la salut maternoinfantil i la violència contra les dones.

Per assolir els objectius esmentats i poder exemplificar el nostre marc conceptual amb dades que siguin prou recents, hem consultat diverses fonts de dades. La principal ha estat l'ESCA-94, de la qual s'han obtingut les dades de morbiditat. També s'han utilitzat dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000. Per a l'anàlisi de l'esperança de

vida sense discapacitats, s'han utilitzat les dades de mortalitat i incapacitat, treballades per Gispert i Rué (1996). S'han fet servir diverses dades de mortalitat i morbiditat recopilades per Brugalat i col·l. i presentades en un estudi publicat l'any 2001. Les dades referents a la salut maternoinfantil provenen de l'Informe sobre els Indicadors de Salut Maternoinfantil a Catalunya (1997-1999) del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. La informació analitzada sobre la violència contra les dones prové, principalment, d'una recopilació presentada al Parlament de Catalunya i de la resposta parlamentària de la Generalitat de Catalunya elaborada per l'Institut Català de la Dona.<sup>2</sup>

## **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**

Recentment, hem presentat una revisió extensa de la importància de la perspectiva de gènere en les enquestes de salut (Rohlf s i col·l., 2000). L'estudi posava de manifest que es pot fer una anàlisi de gènere amb dades sociodemogràfiques relativament usuals, com per exemple la comparació entre l'estat de salut percebut per les dones i pels homes, segons el seu estat civil.

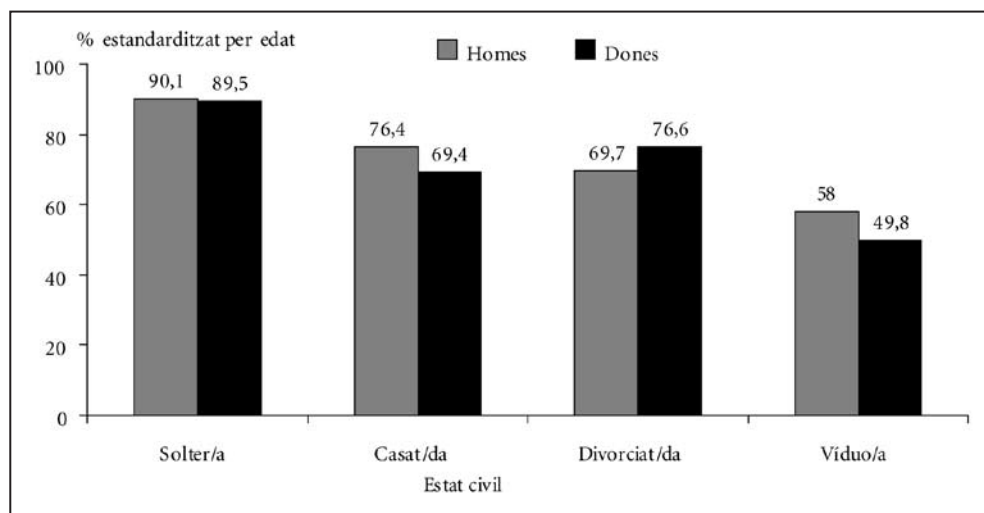
Des dels anys cinquanta, s'ha indicat que el fet d'estar casat o de viure en parella és més positiu per a la salut dels homes que no pas per a la de les dones (Durkheim, 1951; Gove, 1984; Ross i col·l., 1990). A Catalunya, també s'ha observat aquesta situació a partir de les dades de l'ESCA-94. Si bé entre les dones i els homes solters no es troben diferències en l'estat de salut percebut, s'observa que un 76,4% dels homes casats o que viuen en parella declaren que tenen un bon estat de salut i, en canvi, entre les

---

2. Recopilació presentada al Parlament de Catalunya per Carme Valls: "Esmenes a la moció subsegüent a la interpel·lació sobre la sensibilització social pel que fa a la violència de gènere" i resposta parlamentària de la Generalitat de Catalunya elaborada per l'Institut Català de la Dona.

**Figura 6.1.**

Bon estat de salut percebut segons estat civil/convivència i sexe. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

dones, aquest percentatge no arriba al 70% (percentatges estandarditzats per edat). De la mateixa manera, s'observa un estat de salut més bo entre les dones divorciades o separades que no pas entre els homes que es troben en aquesta situació; en canvi, els vidus presenten una salut més bona que les vídues. Això es podria explicar pel fet que, en general, les dones tenen una esperança de vida més llarga i, per tant, inevitablement, els homes que es queden vidus han de tenir un estat de salut més bo que les dones que es troben en la mateixa condició (figura 6.1.). Exceptuant la regió sanitària de la Costa de ponent, entre els homes casats, la relació que s'estableix entre l'estat de salut percebut i la classe social és molt clara: a mesura que empitjora la situació de la classe social el percentatge de bona salut disminueix. Per a les dones casades, tot i que s'observa que les classes socials més desfavorides (IV-V) són les que presenten els percentatges més baixos de bon estat de salut, aquest gradient no és tan clar com l'observat per als homes (taula 19 de l'annex).



La interpretació d'aquestes dades sota la perspectiva de gènere ens fa reflexionar que, tal com està estructurada la nostra societat, els homes casats reben més atencions i beneficis per a la seva salut provinents de les seves dones o companyes que no pas a l'inrevés, incloent-hi les cures informals pel que fa a la salut i la promoció de la salut mitjançant una alimentació més saludable, el consell antitabac i, principalment, el suport social.

## **La paradoxa entre l'esperança de vida i la morbiditat en les dones**

### Mortalitat i morbiditat

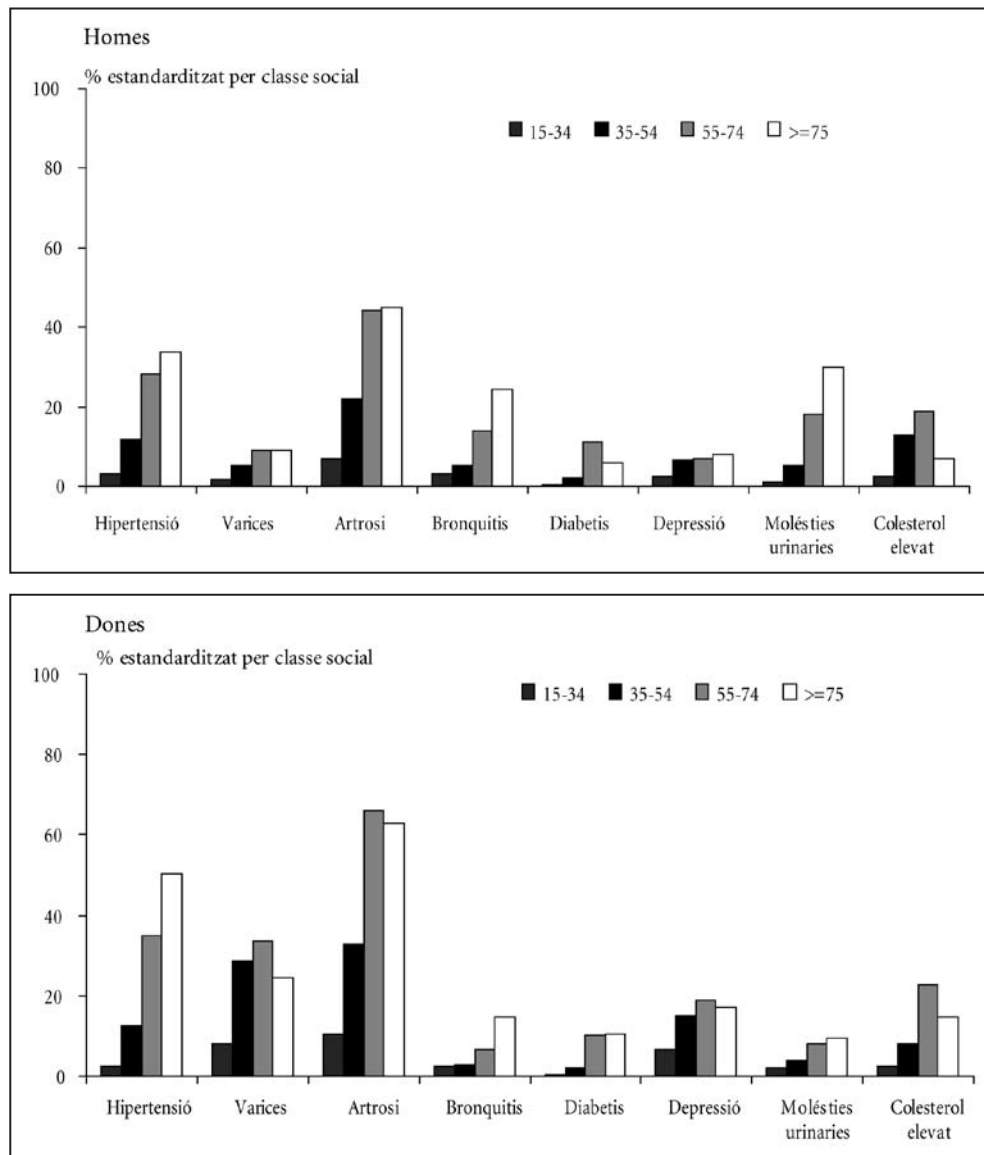
La mesura de la morbiditat i de la discapacitat és molt més difícil que la de la mortalitat, ja que depèn d'instruments que mesurin la salut de la població general mitjançant els registres d'utilització dels serveis sanitaris o a través d'enquestes de salut poblacionals. Les dades de morbiditat no capten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

A Catalunya, l'any 1999, l'esperança de vida en néixer és de 82,5 anys per a les dones i de 77,7 anys per als homes. Les tres causes principals de mortalitat són comunes entre dones i homes: malalties de l'aparell circulatori, tumors i malalties de l'aparell respiratori. En quart i cinquè lloc destaquen les causes externes i les malalties de l'aparell digestiu, pel que fa als homes, i els trastorns mentals i les malalties de l'aparell digestiu, pel que fa a les dones (Direcció General de Recusos Sanitaris, 2001). La mortalitat per les causes principals disminueix, tret del càncer de pulmó i el suïcidi.

Tal com passa a d'altres països desenvolupats, la paradoxa de l'esperança de vida més llarga i la morbiditat més elevada de les dones també és evident a Catalunya. Això explicaria, en part, perquè les dones acudeixen més als serveis sanitaris (vegeu capítol 5) i consumeixen més medicació. En el nostre entorn, segons l'indicador de salut escollit, el patró de les desigualtats de gènere pot canviar, tal com veurem més endavant en

**Figura 6.2.**

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



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

aquest capítol, on es mostren algunes dades relatives a la distribució dels trastorns crònics a Catalunya segons el sexe i els grups d'edat (figura 6.2.).

Un altre punt important és la inclusió o no a les enquestes de determinades preguntes que puguin palesar les diferències i les desigualtats en la salut entre dones i homes. Tant la llista de malalties cròniques com les preguntes sobre els factors de risc per a la salut han d'obeir a una lògica de gènere: “allò que no es pregunta no es coneix i allò que no és visible no existeix”. Per exemple, a l'ESCA-94, la llista de trastorns crònics es referia a setze patologies o simptomatologies (pressió alta, malalties del cor, varices a les cames, artrosi/artritis/reumatismes o mals d'esquena crònics, al·lèrgies, asma, bronquitis crònica, diabetis, úlcera d'estómac o duodè, molèsties urinàries, colesterol elevat, cataractes, problemes crònics de la pell, restrenyiment crònic, depressió/ansietat, embòlia), més la possibilitat d'altres trastorns. Tant als protocols d'atenció primària com a les enquestes de salut s'ha donat poca importància o no s'ha recollit informació sobre les malalties que poden produir molta discapacitat i que són prevalents entre les dones, com ara les anèmies, tots els tipus de dolors (el mal d'esquena crònic, la fibromiàlgia, els dolors osteoarticulars i les migranyes) i les malalties i els desordres endocrins.

### Esperança de vida sense incapacitat

La diferència entre l'esperança de vida i la proporció de vida sense incapacitats ens pot ajudar a aclarir com actuen les desigualtats en la salut des del punt de vista del gènere. L'esperança de vida sense incapacitat és un indicador global de salut que es basa en dades de mortalitat i incapacitat, independentment de l'estructura d'edat, ja que es calcula pel mètode de la taula de vida. La situació paradoxal que mostra que les dones globalment tenen un estat de salut més dolent que el dels homes, però que tenen més esperança de vida, es pot observar en indicadors com l'estat de salut percebut (vegeu figura 3.2.) o l'esperança de vida sense incapacitat.

A Catalunya, Gispert i Rué (1996) han estudiat en profunditat aquests indicadors (l'esperança de vida, EV, i l'esperança de vida sense incapacitat, EVSI) i han observat que la diferència en l'esperança de vida entre homes i dones va disminuint a mesura

**Taula 6.1.**

Esperança de vida en néixer (EV) i esperança de vida sense incapacitats (EVSI) segons el sexe i els grups d'edat. Catalunya, 1994.

Edat	Sexe	EV	EVSI	EVSI/EV (%)
0-14	Homes	74,88	66,66	89,02
	Dones	82,22	68,57	83,41
5-14	Homes	70,34	62,18	88,39
	Dones	77,69	64,11	82,51
15-24	Homes	60,47	52,60	89,99
	Dones	67,81	54,34	80,13
25-34	Homes	50,94	43,24	84,88
	Dones	57,98	44,61	76,95
35-44	Homes	41,99	34,37	81,84
	Dones	48,36	35,12	72,64
45-54	Homes	32,89	25,56	77,71
	Dones	38,75	25,87	66,76
55-64	Homes	24,24	17,26	71,19
	Dones	29,45	17,33	58,83
65-74	Homes	16,43	10,53	64,07
	Dones	20,50	10,20	49,76
75-84	Homes	10,10	5,15	51,02
	Dones	12,49	4,81	38,51
> 84	Homes	5,68	1,79	31,53
	Dones	6,68	1,31	19,62

Font: Gispert i Rué, 1996.

que augmenta l'edat (taula 6.1.). És a dir, entre els grups d'edat de persones menors de quaranta-cinc anys s'observa un avantatge de set anys en l'esperança de vida de les dones respecte als homes; aquesta diferència és de quatre anys en el grup de persones entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys, i en el grup de persones més grans de vuitanta-quatre anys la diferència és d'un any.

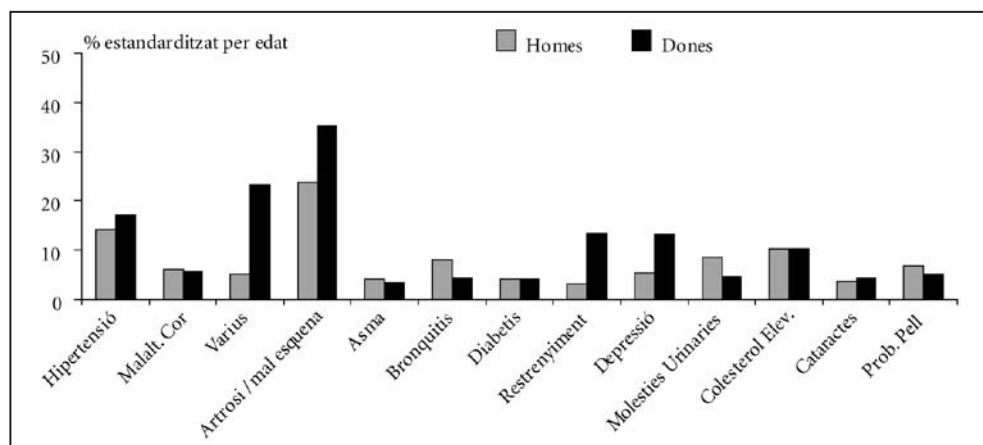
En relació amb l'esperança de vida sense incapacitat, les diferències entre les dones i els homes són molt menys accentuades. En el grup de persones menors de vint-i-cinc anys, les dones tenen dos anys i mig més d'esperança de vida sense incapacitat, però

en el grup de trenta-cinc a quaranta-quatre anys aquesta diferència és menor d'un any de vida sense incapacitat, i entre el grup de persones comprès entre els quaranta-cinc i els seixanta-cinc anys l'esperança de vida sense incapacitat pràcticament s'igualava entre els dos sexes. Cal remarcar que a partir dels seixanta-cinc anys la proporció d'esperança de vida sense incapacitats és més gran per als homes que per a les dones. Entre les persones d'aquests grups d'edat, mentre que els homes poden esperar viure amb relativa bona salut una tercera part del temps que els resta, en el cas de les dones aquest temps no arriba ni a una cinquena part. La proporció que representa el temps de vida sense incapacitat sobre l'esperança de vida total, en totes les edats, és menor per a les dones que per als homes, la qual cosa reflecteix que la situació d'incapacitat és molt més greu per a les dones que per als homes (taula 6.1.).

L'anàlisi de la morbiditat a Catalunya: les evidències de les diferències i la perspectiva de gènere

A la figura 6.3., que inclou els principals trastorns crònics declarats per les dones i els homes de més de 15 anys a l'ESCA-94, es pot observar l'elevada prevalença de persones

**Figura 6.3.**  
Trastorns crònics. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

que han declarat que tenien artrosi (el 23,8% dels homes i el 35,4% de les dones). Sota el paraigües de la denominació comuna d'artrosi/artritis/reumatismes i mal d'esquena crònic s'inclouen els dolors osteoarticulars de l'etiologia més variada. 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 entre les dones. De tot això, en podem deduir la importància de conèixer més detalladament la prevalença específica de cadascun d'aquests trastorns en la població que, actualment, amb la informació disponible, no es pot determinar. A l'ESCA-94, quan es preguntava sobre la presència de dolor o malestar en el moment de l'enquesta, el 17,5% dels homes i el 28,2% de les dones més grans de 15 anys declaraven que tenien un dolor o malestar moderat o fort (figura 6.4.).

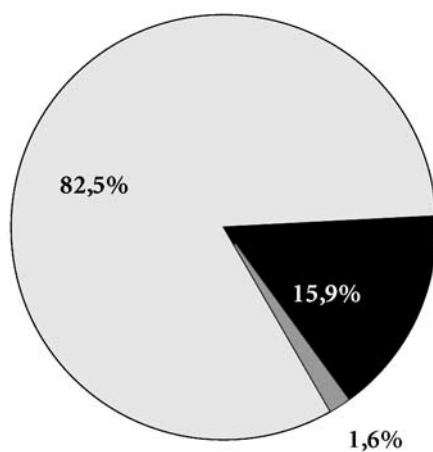
Més d'una tercera part de les dones i una quarta part dels homes catalans declaren que tenen artrosi/reumatisme/mal d'esquena crònic. Entre les classes socials més desfavorides, aquesta proporció arriba als percentatges de quatre de cada deu dones i tres de cada deu homes (figura 6.5.). Destaca el percentatge elevat de baixes laborals produïdes per algunes d'aquestes malalties. Per exemple, segons les dades de notificació de patologies relacionades amb el treball, l'any 1998 (Institut Català de la Salut, 1999) a la regió sanitària de la Costa de ponent, un 32% de les 358 notificacions corresponia a patologies osteoarticulars. Un 11% i un 20% de les patologies diagnosticades a les dones i als homes, respectivament, corresponia a tendinitis i, en el cas de l'epicondilitis, aquests percentatges van ser del 13,3% i l'11% respectivament. Els resultats de l'Enquesta de Salut de Terrassa de l'any 1998 també indiquen que el mal d'esquena crònic és un determinant molt important de les dificultats en l'ocupació habitual en un 24% de les dones i un 14% dels homes.

Les diferències en els patrons d'indicadors de salut i/o trastorns crònics segons el sexe varien en funció del grup d'edat que s'analitzi. Per tal d'evidenciar aquestes diferències, en aquest informe analitzem la situació a Catalunya tenint en compte la classe social. D'aquesta manera, s'ha pogut observar que en relació a la hipertensió només s'observa una proporció més alta d'aquesta patologia entre les dones a partir dels 55 anys (figura 6.2.). La proporció de dones amb artrosi i varices és clarament més alta que la dels homes que pateixen aquest tipus de malaltia en tots els grups d'edat (figura

**Figura 6.4.**

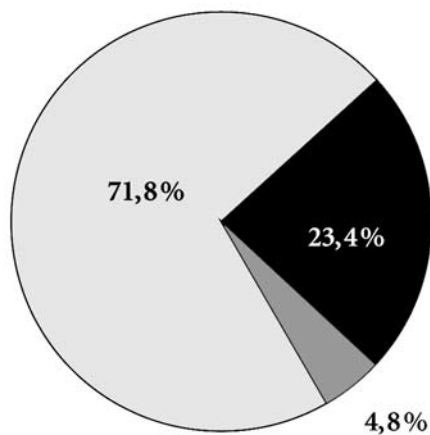
Presència de dolor crònic. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

Homes



□ No pateix dolor    ■ Pateix dolor moderat    ■ Pateix molt dolor

Dones

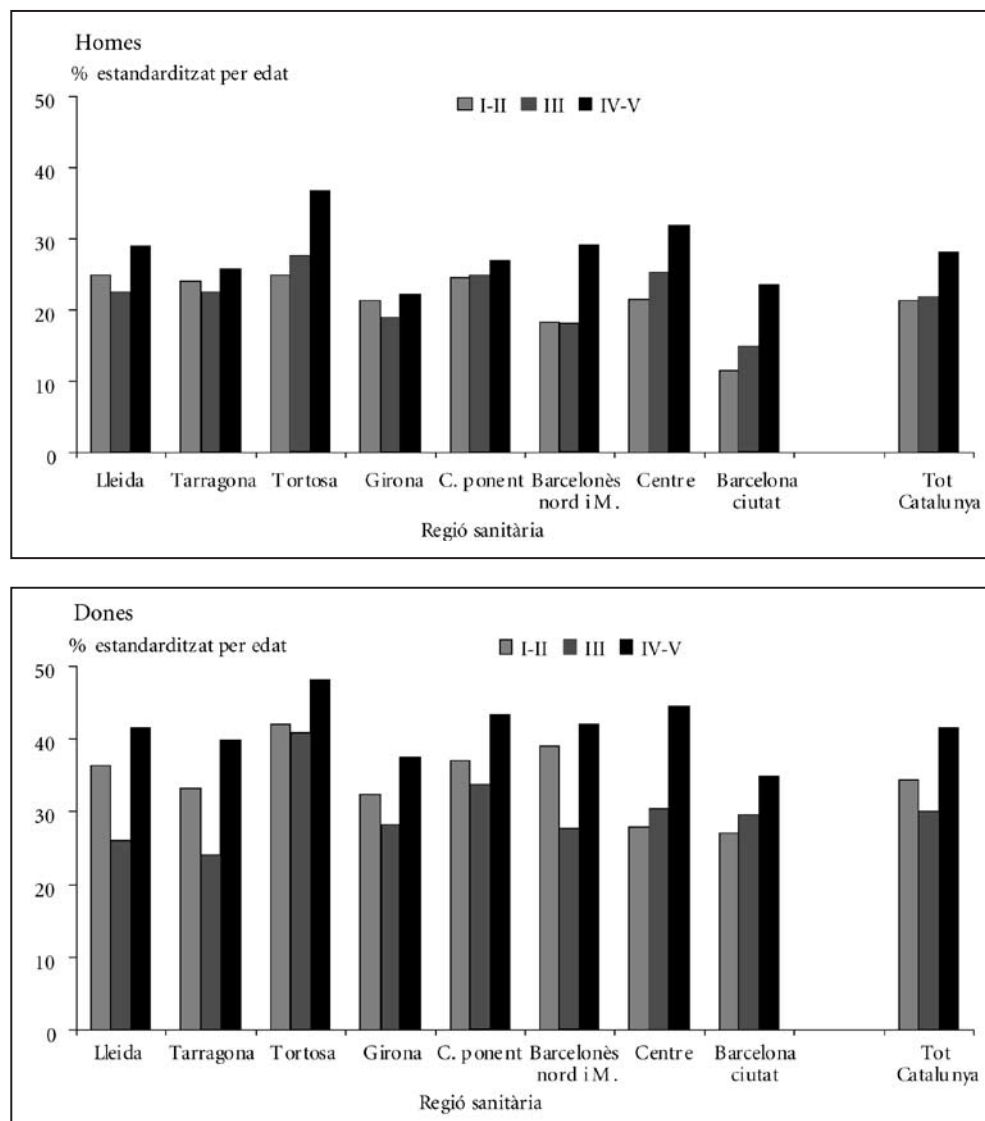


□ No pateix dolor    ■ Pateix dolor moderat    ■ Pateix molt dolor

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

**Figura 6.5.**

Artrosi / mal d'esquena crònic segons classe social i regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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



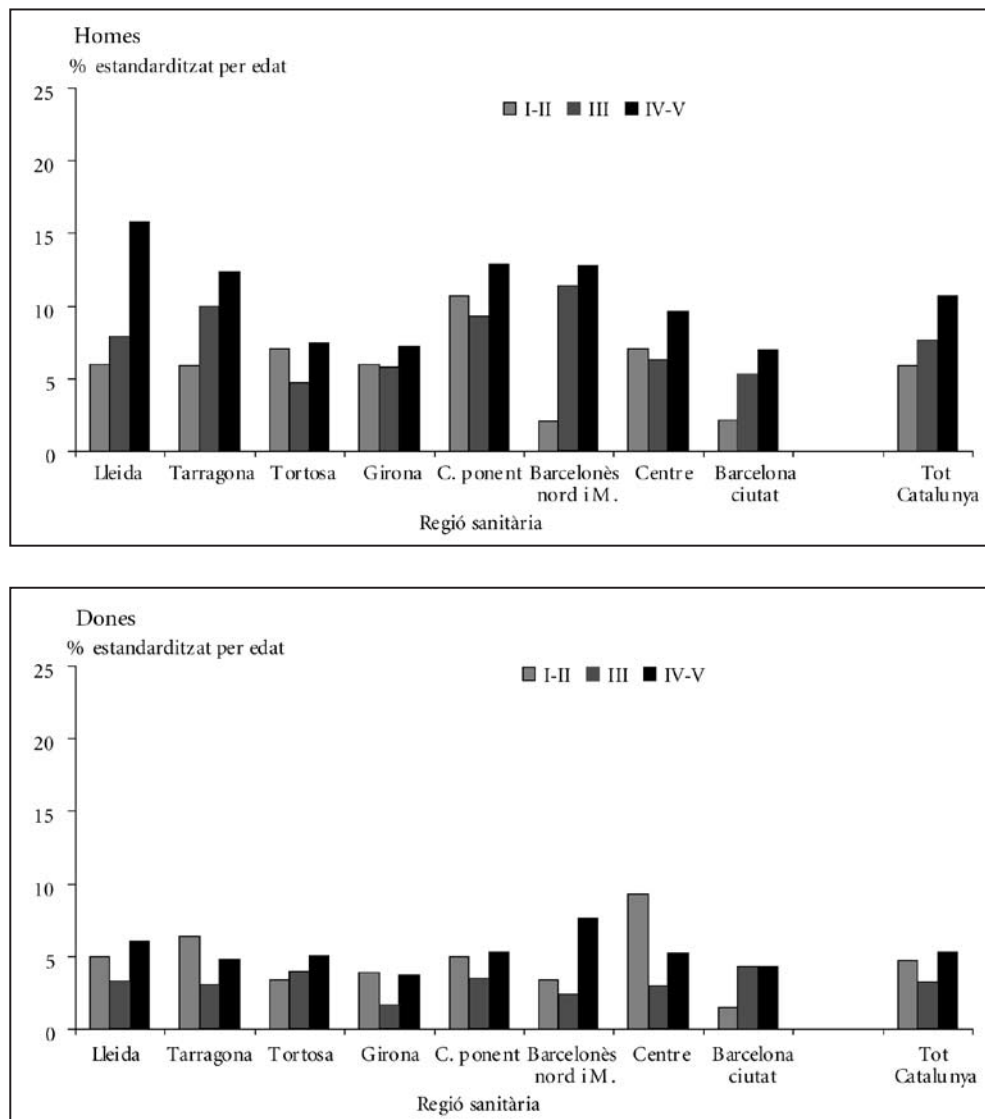
6.2.) En canvi, la proporció de bronquitis i molèsties urinàries és més gran entre els homes a partir dels 35 anys (figura 6.2.). Probablement, la proporció més elevada d'homes amb bronquitis és deu al fet que la proporció de fumadors és més elevada que la de fumadores. Hi ha autors que suggereixen (Wingard, 1984) que a causa de la incorporació massiva de les dones joves al tabaquisme —concomitant a l'augment de l'abandonament d'aquest hàbit per part dels homes— aquesta tendència es podria invertir; fins i tot apunten que, en un futur, entre les dones, algunes malalties més greus, com els càncers de pulmó, podrien arribar a tenir una prevalença igual o superior a la que presenten actualment entre els homes. Una de les possibles conseqüències d'aquesta epidèmia seria que durant les pròximes dècades podríem observar una disminució de l'esperança de vida de les dones. Pel que fa a la diabetis, s'observa que les proporcions de dones i homes que pateixen aquesta malaltia és similar fins a l'edat de 74 anys i que, a partir d'aquesta edat, les dones presenten una prevalença més elevada que els homes (figura 6.2.). Finalment, les dones són les que declaren que pateixen més depressions, amb uns percentatges que doblen els dels homes (figura 6.2.) en tots els grups d'edat.

A les figures 6.5., 6.6. i 6.7. i a la taula 20 de l'annex, es poden veure els percentatges estandarditzats per edat de les malalties cròniques més prevalents a Catalunya i la seva distribució territorial segons la classe social i el sexe. Els percentatges més alts d'hipertensió arterial s'observen entre els homes i les dones de la regió de Lleida i no s'observa una tendència clara pel que fa a la classe social (taula 20 de l'annex ). Per les varices, s'observa que, en general, i principalment a la regió sanitària de la Costa de ponent, les dones presenten els percentatges més alts d'aquesta malaltia i que, de manera diferent al que passa amb els homes (que no presenten un gradient segons la classe social), a mesura que empitjoren les condicions socioeconòmiques de les dones el percentatge de varices augmenta (taula 20 de l'annex ).

Tant en el cas de les dones com en el dels homes, a la regió de Tortosa és on s'observen els percentatges més alts d'artrosi/mal d'esquena i, en tot el territori català, el percentatge és més alt entre les classes socials més desfavorides (IV-V) (figura 6.5.). La bronquitis presenta una tendència inversa entre els homes, a mesura que disminueix la classe social el percentatge d'homes amb bronquitis augmenta, fet que coincideix amb

**Figura 6.6.**

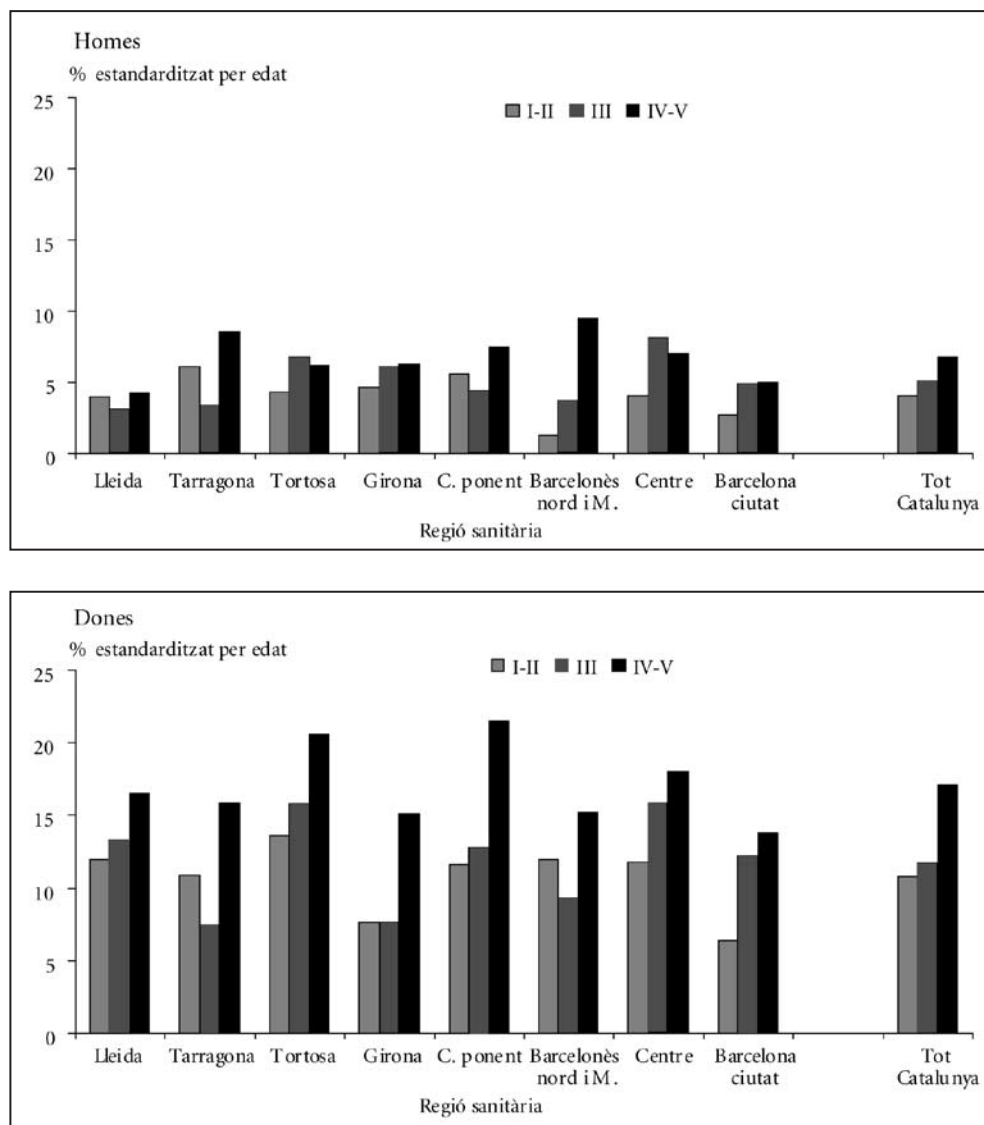
Bronquitis crònica segons classe social i regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

**Figura 6.7.**

Depressió segons classe social i regió. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.



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

el consum de tabac. Curiosament, les regions de Barcelona, Girona i Tortosa són les que presenten els percentatges més baixos d'aquesta patologia (figura 6.6.). Entre les dones, la relació amb la classe social no és tan clara, tot i que a les regions de Tarragona, Girona i el Centre s'observa que les dones de les classes socials més afavorides pateixen més bronquitis (I i II) (figura 6.6.).

A totes les regions sanitàries, però especialment a les regions de Tortosa i de la Costa de ponent, les dones de les classes socials IV i V presenten un percentatge més elevat de depressions; pel que fa als homes, el patró d'aquesta patologia segons la classe social no és tan clar (figura 6.7.). Finalment, la presència de colesterol elevat no segueix un gradient de classe social clar per cap dels dos sexes (taula 20 de l'annex).

### **Alguns problemes emergents i tradicionals: l'impacte de les estructures socials en les desigualtats de gènere en la salut**

#### La violència contra les dones

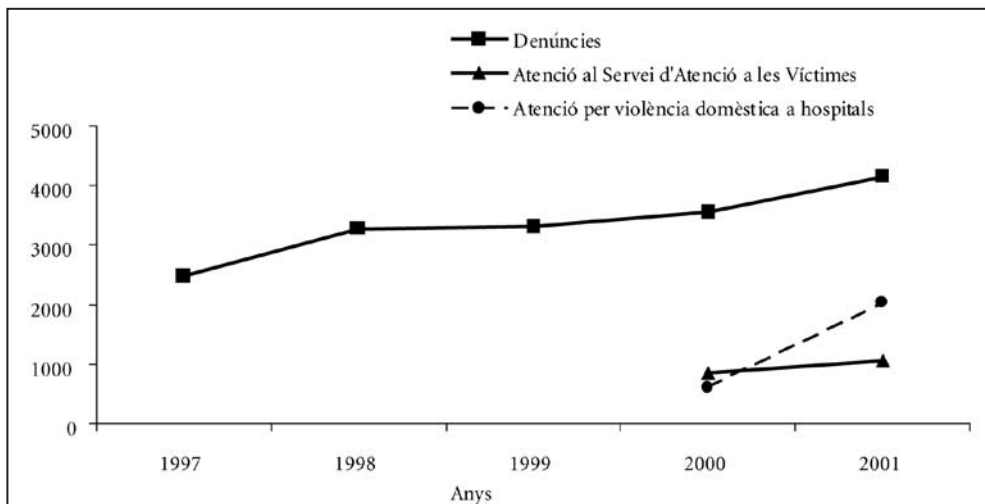
El fenomen de la violència és un problema social generalitzat que es pot presentar en tots els àmbits de la vida de les persones: al carrer, a la feina i fins i tot dins l'àmbit familiar. La violència l'exerceixen tant les dones com els homes i afecta tots dos sexes, però cal destacar que, gran part de la violència—independentment de la forma o la naturalesa que adopti, o de les seves conseqüències—és perpetrada pels homes. Especialment en el cas de la violència domèstica, els agressors són persones properes a les agredides i l'agressió es produeix dins l'àmbit de la llar o bé—si la víctima i l'agressor ja no conviuen en un espai comú—en altres espais privats o públics. No és estrany que l'agressió tingui lloc al carrer o prop del domicili de la dona. Segons Salber i Tagliaferro (2000) “la violència domèstica no consisteix únicament a colpejar o donar cops de puny. És més aviat un patró de conducta agressiva i coercitiva, que inclou agressió psicològica, sexual i física, emprat per un individu per fer mal, dominar i controlar la parella”.

A Catalunya, encara no existeixen unes estadístiques globals sobre el tema, tot i que la figura 6.8. il·lustra una part del problema. L'Institut Català de la Dona (responent

al Parlament de Catalunya) presenta algunes dades en relació a la violència contra les dones. Les denúncies estan augmentant. Si l'any 1997 la xifra era de 2.483 denúncies, l'any 2001 aquest número s'elevava a 4.150. L'any 2000, 844 dones (550 a Barcelona, 126 a Girona, 43 a Lleida i 125 a Tarragona) van haver de ser ateses a causa d'haver rebut maltractaments pel Servei d'Atenció a la Víctima del Delicte, del Departament de Justícia de la Generalitat; l'any 2001 aquesta xifra arribava a 1.059 dones (739 a Barcelona, 136 a Girona, 45 a Lleida i 139 a Tarragona). Durant els anys 2000 i 2001, 603 i 2.032 dones respectivament han estat ateses per maltractaments als hospitals catalans; la majoria de dones ateses tenien edats compreses entre els 15 i els 64 anys. Segons el document citat anteriorment: "Des del Departament de Sanitat i Seguretat Social, durant l'any 1999, es va elaborar un document mèdic d'assistència a les víctimes

### Figura 6.8.

Evolució del nombre de denúncies de violència domèstica a Catalunya, del nombre d'atencions realitzades al Servei d'Atenció a les Víctimes de la Generalitat i del nombre d'atencions per violència domèstica als hospitals de Catalunya. Catalunya, 1997-2001.



Font: Document elaborat en l'Institut Català de la Dona i presentat pel Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya en resposta a una pregunta formulada per la diputada del PSC – CpC, Carme Valls al Ple del Parlament.

de la violència domèstica, del qual es va fer difusió durant el primer trimestre de l'any 2000 a tots als hospitals de Catalunya i, posteriorment, als centres d'atenció primària. En aquest document [...] es recull i es protocolitza l'actuació que cal dur a terme des dels centres assistencials davant dels casos de violència domèstica”.

En relació a les morts per violència contra les dones, només disposem de dades fiables a la província de Barcelona, on els anys 1998, 1999 i 2000 se n'han enregistrat 7, 9 i 6 respectivament. Però, probablement, aquestes dades només són la punta de l'iceberg d'un problema que no només està lligat a les instàncies judicials, sinó que també està íntimament relacionat amb els aspectes socio-sanitaris i psicològics de les dones agredides i dels seus agressors.

#### La salut de les mestresses de casa: les xifres del treball invisible

Segons dades de l'Enquesta de Població Activa del primer trimestre de l'any 2002 (IDESCAT, 2002), només un 42% de les dones de més de setze anys de Catalunya tenia una ocupació remunerada i més de dues terceres parts de la població catalana *inactiva* eren dones. La mateixa terminologia, població *inactiva*, ja indica el grau d'invisibilitat social del treball domèstic o reproductiu.

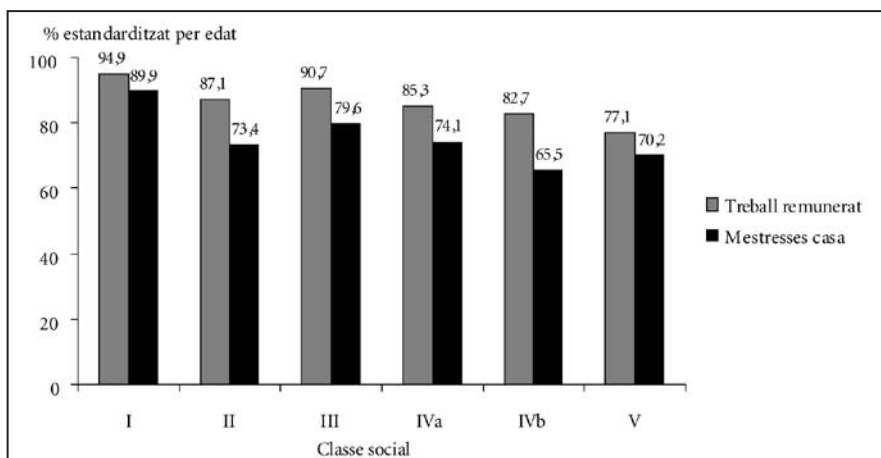
El treball no remunerat, caracteritzat per l'execució de tasques relacionades amb l'alimentació, el benestar i la cura de la família i, principalment, dut a terme per les dones en l'àmbit de la llar, és considerat com a “*natural*”, és poc reconegut i mai no ha estat mesurat. La complexitat d'una ocupació o, més ben dit, d'unes ocupacions que són indispensables per al manteniment de la societat i que, a més, són invisibles socialment, té unes repercussions evidents en la salut de les persones que les realitzen. La major part de les dones planifica i realitza aquesta tasca com a activitat única o combinada amb una ocupació remunerada (la doble jornada laboral, tractada extensament al capítol 8) i habitualment ningú no l'ajuda a fer-ho; és el cas de les mestresses de casa. No obstant això, el reconeixement de la importància de l'impacte del treball domèstic i de les condicions en què aquest es duu a terme és fonamental per entendre les desigualtats en la salut entre les dones i els homes.

Les dades de la Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000 indiquen que les dones dediquen una mitjana de 20,7 hores a la setmana a les tasques relacionades amb el treball domèstic, mentre que els homes en dediquen 7,9. Les dones de 16 anys o més que es dediquen exclusivament al treball domèstic (les mestresses de casa) hi inverteixen una mitjana de 4,6 hores diàries (desviació estàndard (DE) = 0,07) els dies laborables i 7,6 hores (DE=0,40) els caps de setmana. Les dones que tenen una feina remunerada han d'afegir 2,6 hores diàries (DE=0,05) de treball domèstic a la seva jornada laboral durant la setmana i 5,5 hores (DE=0,25) els caps de setmana. Més de la tercera part de les dones que tenen una ocupació remunerada declaren que són les principals responsables de la cura dels fills i filles, mentre que només un 1% declara que són les seves parelles les que ho fan (vegeu el capítol 8). Aquests percentatges encara són més alts per les mestresses de casa, ja que un 60% té la cura exclusiva de la mainada, mentre que només un 25% ho comparteix amb altres persones, principalment amb la seva parella.

Tot i així, malgrat la sobrecàrrega que significa la doble jornada de treball, la major part dels estudis coincideixen a assenyalar que l'estat de salut de les dones amb una feina remunerada és millor que el de les mestresses de casa de la mateixa classe social. Això s'atribueix a l'efecte beneficiós que té l'execució de diversos rols —treballadora, esposa i mare—, que amplien els recursos i les compensacions i inclouen fonts alternatives d'autoestima, control i suport social. Les dades de la ESCA-94 avalen aquesta afirmació. La figura 6.9. compara l'estat de salut percebut de les dones amb una ocupació remunerada amb l'estat de salut percebut de les mestresses de casa. Cal destacar que, a l'hora de fer aquesta comparació entre les diverses classes socials, les mestresses de casa de la classe més benestant (classe I) tenen més bona salut que les dones amb un treball manual qualificat o no qualificat (classes IVa, IVb i V). Aquest fet confirma la necessitat de considerar sempre els entorns socioeconòmics (laborals i familiars) de les dones per tal de poder entendre millor el seu estat de salut. Tanmateix, la distribució territorial del bon estat de salut percebut segons la situació laboral i la classe social, en les dones d'entre 25 i 64 anys, no té un patró molt clar, tot i que, en general, la salut de les dones amb una feina remunerada és més bona que la salut de les mestresses de casa (taula 21 de l'annex).

**Figura 6.9.**

Bon estat de salut percebut segons classe social i situació laboral. Dones de 25 a 64 anys. Catalunya, 1994.



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

A la figura 6.10. també es pot observar que, mentre un 24,6% de les mestresses de casa declara que pateix un dolor moderat o fort, entre les dones que tenen una feina remunerada només ho declara un 13,9%. Una altra dada que cal tenir en compte és l'alt percentatge de consum de medicaments de les mestresses de casa (el 46%); un consum que, entre les dones amb una ocupació remunerada, és del 34%. Els percentatges varien molt segons el tipus de medicament. Per exemple, un 4,7% de les mestresses de casa i un 2,1% de les dones que tenen una feina remunerada consumeixen aspirines o alguna medicació similar; un 6% i un 2,4%, respectivament, consumeixen medicació per controlar la tensió arterial; un 3,8% i un 1,5% consumeix antidepressius i un 2,3% i un 0,7% pastilles per dormir.

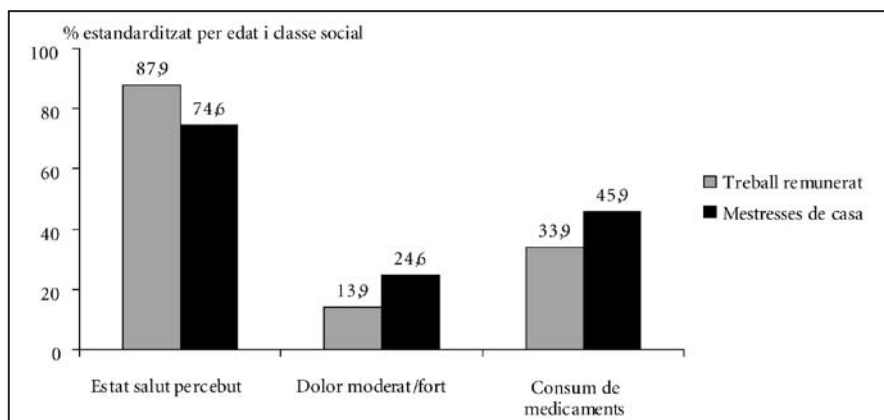
### La salut sexual i reproductiva

L'embaràs adolescent és un indicador de salut reproductiva que evidencia la manca de planificació dels embarassos, ja que la majoria d'aquests embarassos no són desit-



**Figura 6.10.**

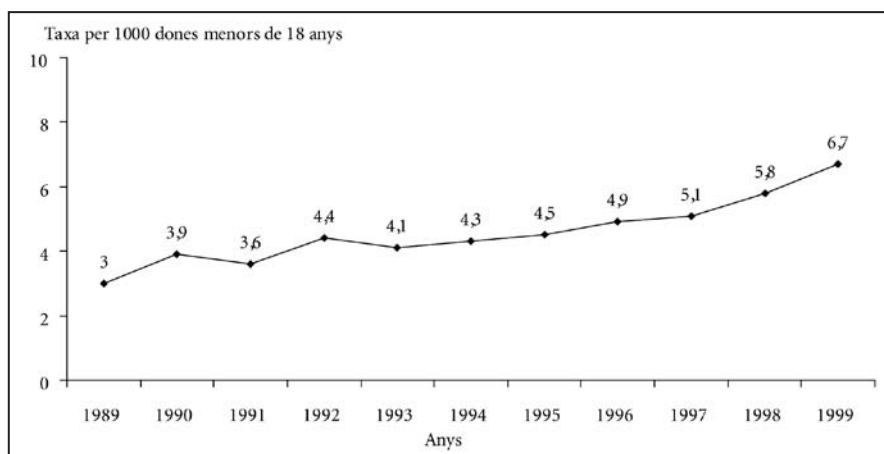
Bon estat de salut percebut, dolor moderat/fort i consum de medicaments al moment de l'enquesta segons situació laboral. Dones de 25 a 64 anys. Catalunya, 1994.



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

**Figura 6.11.**

Evolució dels embarassos en dones menors de 18 anys. Catalunya, 1989-1999.



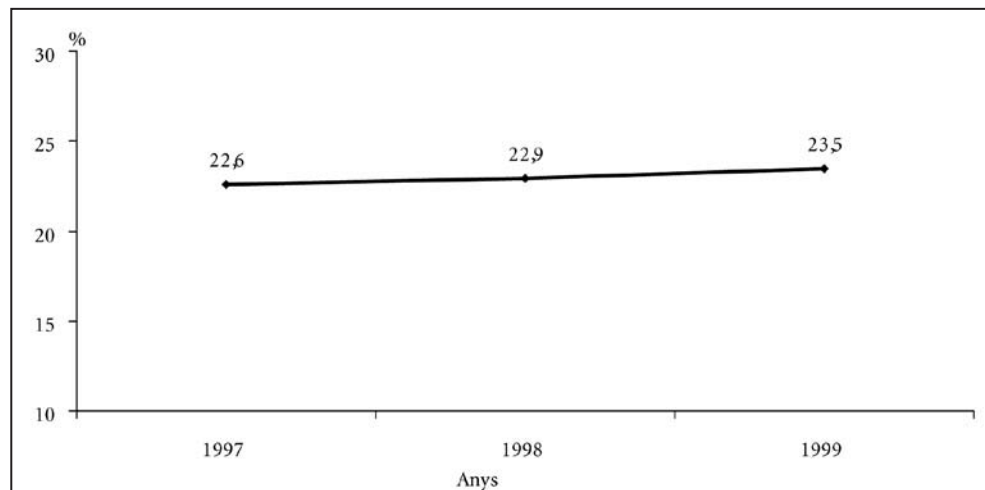
Font: Indicadors de Salut Maternoinfantil a Catalunya (1997-1999). Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (elaboració pròpia).

jats. A Catalunya, durant els últims anys, la tendència dels embarassos adolescents és creixent; durant la dècada dels 90 aquesta taxa ha augmentat d'un 3,9 per 1000 l'any 1990 a un 6,7 per mil l'any 1999 (figura 6.11.).

Un altre punt important que cal destacar, és la tendència a la medicalització dels processos naturals com l'embaràs o la menopausa. Aquests darrers anys, a Catalunya, s'ha observat un augment important dels parts per cesària. L'any 1999, gairebé una quarta part dels parts han estat cesàries. A Barcelona ciutat, aquesta proporció encara és més alta; l'any 1998 era del 34,6% i el 1999 del 33,2% (Salvador i col·l., 2002). Aquest fet també es dona en altres indrets (al Regne Unit 22% l'any 2001, als EEUU 24,4% l'any 2001) i ha generat un debat extens sobre quines haurien de ser les taxes adequades d'aquesta intervenció. Els experts consideren que les taxes acceptables de cesàries estarien situades entre el 12% i el 15% (Mayor, 2002). Per bé que el part per cesària, en alguns casos, és l'única opció de supervivència pel nadó i per la mare, aquest

### **Figura 6.12.**

Evolució del percentatge de parts amb cesària. Catalunya, 1997-1999.



Font: Indicadors de Salut Maternoinfantil a Catalunya (1997-1999). Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (elaboració pròpia).

procediment no es troba exempt de riscos i, si es compara amb un part normal, presenta un augment de la morbiditat i la mortalitat maternes (Penn i Ghaem-Maghani, 2001). Entre les possibles explicacions d'aquest nombre tan alt de cesàries podríem destacar: la reducció del risc associat a aquest procediment; les millores en les tècniques de diagnòstic neonatal i d'anestèsia; la “comoditat” que suposa pel metge o la metgessa i per la pacient el fet de 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). A la figura 6.12. s'observa la magnitud d'aquest fenomen en el territori català.

Tal com s'ha mostrat al capítol 5, en algunes pràctiques preventives existeixen desigualtats segons la classe social, tant en els homes com en les dones. D'entre aquestes pràctiques, cal destacar les desigualtats en la realització de mamografies preventives en les dones de 50 a 64 anys (Rohlf s i col·l., 1998).

## CONCLUSIONS

- Les desigualtats socials en la salut, tant si són de gènere com de classe social, són un factor important de desigualtat en la nostra societat. En l'àmbit català hi ha desigualtats de gènere que, en línies generals, mantenen els patrons de mal estat de salut entre les dones. Tanmateix, aquest patró de mal estat de salut i de major prevalença de trastorns crònics entre les dones no és uniforme i depèn de la situació laboral, del grup d'edat, de la classe social i de les patologies estudiades.
- L'any 1999, a Catalunya, l'esperança de vida de les dones és de 82,5 anys i la dels homes és de 75,7 anys. Tot i així, quan s'analitza l'esperança de vida sense incapacitats —que és un indicador de salut que ens orienta, a més, sobre la qualitat de vida— s'observa que, a partir dels 45 anys, la resta d'anys de vida amb salut pràcticament són els mateixos pels homes i per les dones.
- A Catalunya, mentre les dones al llarg de la seva vida pateixen més trastorns com l'artrosi/dolor crònic d'esquena i varices, els homes pateixen més molèsties urinàries

i bronquitis. A totes les edats, el percentatge de depressió de les dones és més del doble del dels homes.

- Les condicions de l'entorn socioeconòmic no estan distribuïdes uniformement pel territori català. Principalment, a les regions sanitàries del sud de Catalunya és on s'aprecien més clarament les desigualtats entre dones i homes i entre classes socials.
- En general, la salut de les mestresses de casa és més dolenta que la de les dones amb una feina remunerada. No obstant això, cal contextualitzar aquests resultats en funció de la classe social. Així, s'observa que les dones que són mestresses de casa de les classes socials més benestants tenen una salut més bona que les dones que tenen un treball manual.
- La violència contra les dones és un problema evident i les denúncies en aquest sentit van augmentant. Tanmateix, en el territori català, hi ha una certa escassetat de dades específiques, protocolitzades i centralitzades sobre aquest problema.
- Una quarta part dels parts realitzats a Catalunya són a través de cesària; aquesta xifra es considera un xic més elevada del que seria necessari, fet que pot representar un risc per la salut de les dones.

## **Bibliografia**

Alberdi I. i Matas N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Ed. Fundació La Caixa.

Alleyne GA. (2000). Prólogo a: Standing H. *El género y la reforma del sector salud*. Harvard Center for population and Development. Harvard.

Anitua C. i Esnaola S. (2000). "Changes in social inequalities in health in the Basque Country". *J Epidemiol Community Health* 54: 437-43.

Artazcoz L.; Cortès I.; Moncada S.; Rohlfes I.; Borrell C. (1999). "Diferencias de género en la influencia del trabajo doméstico sobre la salud". *Gac Sanit* 13: 201-7.

Artazcoz L.; Borrell C.; Benach J. (2001). "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands". *J Epidemiol Community Health* 55: 639-47.

Artazcoz L.; Borrell C.; Rohlfes I.; Beni C.; Moncada A.; Benach J. (2001). "Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada". *Gac Sanit* 15: 150-53.

Baruch GK. i Barnett R. (1986). "Role quality multiple role involvement, and psychological well-being in midlife women". *J Pers Soc Psychology* 51: 578-585.

Bird CE. i Fremont AM. (1991). "Gender, time use, and health". *J Health Soc Behav* 32: 114-129.

Bird CE. i Ross CE. (1993). "Houseworkers and paid workers: qualities of the work and effects on personal control". *J Mar Fam* 55: 913-925.

Breilh J. (1993). *Género, Poder y Salud*. Quito: Universidad Técnica del Norte y Centro de Estudios y Asesorías en Salud.

Brugalat P.; Sécúli E.; Fusté J. (2001). "Estado de salud y género en Cataluña. Una aproximación a las fuentes de información disponibles". *Gac Sanit* 15: 54-60.

Danielsson M. i Lindberg G. (2001). "Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox". A: Östlin P.; Danielsson M.; Diderichsen F.; Härenstam A.; Lindberg G. (ed). *Gender inequalities in health*. Boston: Harvard University Press.

Dean K.; Colomer C.; Pérez-Hoyos S. (1995). "Research on lifestyles and health: searching for meaning". *Soc Sci Med* 41: 845-55.

Direcció General de Recursos Sanitaris (2001). *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 1999*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

Durkheim E. (1951). *Suicide*. New York: Free University Press.

Eischler, M. (1988). *Non sexist research methods: a practical guide*. Londres: Allen and Unwin.

Emslie C.; Hunt K.; Macintyre S. (1999). "Gender differences in minor morbidity among full time employees of a British university". *J Epidemiol Community Health* 53: 465-75.

Emslie C.; Fuhrer R.; Hunt K.; Macintyre S.; Shipley M.; Stansfeld S. (2002). "Gender differences in mental health: evidence from three organisations". *Soc Sci Med* 54: 621-4.

Fernández E.; Schiaffino A.; Rajmil L.; Badia X.; Segura A. (1999). "Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain)". *J Epidemiol Community Health* 53: 218-22.

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

Gender and Health Group-Liverpool School of Tropical Medicine (1998). *Guidelines for the analysis of Gender and Health*. Liverpool.

Gispert R. i Rué M. (1996). *Esperança de vida sense incapacitat. Catalunya i regions sanitàries 1994*. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya.

Gispert R. i Gutiérrez-Fisac JL. (1997). "Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro". *Revisiones Salud Pública* 5: 7-32.

Gove WR. (1984). "Gender differences in mental and physical illness: the effects of fixed roles and nurturant roles". *Soc Sci Med* 19: 77-91.

Haavio-Manila E. (1986). "Inequalities in health and gender". *Soc Sci Med* 22: 141-149.

Hibbard JH. i Pope CR. (1983). "Gender roles, illness orientation and use of medical services". *Soc Sci Med* 17: 129-137.

IDESCAT (Institut d'Estadística de Catalunya). Consulta interactiva a la pàgina WEB, juny del 2002: <http://www.idescat.es/estbasiq/decqv/econo.stm#ETIQ6>.

Institut Català de la Salut (1999). Divisió d'Atenció Primària. Unitat de Salut Laboral Costa de ponent. Notificació de patologies relacionades amb el treball. Informe any 1998. Document mimeografiat.

Kunkel SR. i Atchley RC. (1996). "Why gender matters: being female is not the same as not being male". *Am J Prev Med* 12: 294-295.

Macintyre S.; Hunt K.; Sweeting H. (1996). "Gender differences in health: are things really as simple as they seem?" *Soc Sci Med* 42: 617-624.

Mayor S. (2002). "Caesarean section rate in England reaches 22%". *BMJ* 324: 1118.

Morgan D. (1981). "Men, masculinity, and process of sociology enquiry". A: Roberts H. (ed). *Doing feminist research*. Londres: Routledge and Keagan.

Nathanson CA. (1975). "Illness and feminine role: a teoretical review". *Soc Sci Med* 9: 57-63.

Penn Z. i Ghaem-Maghami S. (2001). "Indications for caesarean section". *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 15: 1-15.

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

Rohlfs I.; Borrell C.; Plasència A.; Pasarín I. (1998). "Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in Barcelona (Spain)". *J Epidemiol Community Health* 52: 205-206.

Rohlfs I.; Borrell C.; Anitua C.; Artazcoz L. i col·l. (Grupo Género y Salud Pública de SESPAS, 2000). "La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud". *Gac Sanit* 14: 146-155.

Ross CE.; Mirowsky J.; Goldstein K. (1990). "The impact of the family on health: the decade in review". *J Mar Family* 52: 1059-1078.

Ross CE. i Bird C. (1994). "Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health". *J Health Soc Behav* 35: 161-178.

Ruiz MT. i Verbrugge LM (1997). "A two way view of gender bias in medicine". *J Epidemiol Community Health* 51: 106-109.

Salber PR. i Tagliaferro E. (traducció de Barea C.) (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona: Cedecs Editorial.

Salvador J.; Cunillé M.; Ricart M.; Roig A.; Lladonosa A. (2002). *Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona (REDCB). Informe anual 2000 (període: 1992-1999)*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública.

Scott JW. (1988). *Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press.

Séculi E.; Fusté J.; Brugalat P.; Juncá S.; Rué M.; Guillen M. (2001). "Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida". *Gac Sanit*. 15: 217-23.

Sundström K. (2001). "Reproductive health from an individual and a global perspective". A: Östlin P.; Danielsson M.; Diderichsen F.; Härenstam A.; Lindberg G. (ed.). *Gender inequalities in health*. Boston: Harvard University Press.

Sweeting H. (1995). "Reversals of fortune. Sex differences in childhood and adolescence". *Soc Sci Med* 40: 77-90.

Udry JR. (1994). "The nature of gender". *Demography* 31: 561-73.

United Nations (1969). *Human Rights 1969*. New York: United Nations: 144-150.

Verbrugge LM. (1985). "Gender and health: an update on hypothesis and evidence". *J Health Soc Behav* 26: 156-182.

Wingard DL. (1984). "The sex differential in mortality and lifestyle". *Ann Rev Public Health* 5: 433-458.



## **7** Desigualtats en la salut i la immigració

Josep M. Jansà i Patrícia García de Olalla



## INTRODUCCIÓ

### Les desigualtats en la salut i la immigració

La immigració produïda per causes econòmiques constitueix un factor productor de desigualtats si prenem com a referència els patrons de la població del país d'acollida. Aquests immigrants procedeixen d'un entorn menys afavorit pel que fa al confort, benestar i "progrés" i, per tant, tenen l'aspiració d'assolir els nivells del país d'acollida. Així, en general, les persones que inicien un procés migratori han d'anar superant amb gran esforç i molta constància diverses proves i entrebancs.

L'immigrant arriba al seu destí (realitzant, sovint, estades a països intermedis) amb un patrimoni de salut que pot perdre progressivament en funció de les situacions que hagi d'afrontar. Tal com comenta Beneduce (2002) *"la vulnerabilitat de què és objecte l'immigrant no és un valor intrínsec a l'individu sinó una conseqüència de la seva condició de vida vinculada a limitacions socials, culturals, lingüístiques, polítiques, humanes, psicològiques, afectives i econòmiques entre altres"*.

Durant els darrers anys, l'increment de població estrangera a l'Estat espanyol —especialment destacat a comunitats autònomes com Catalunya— està configurant una nova realitat social i demogràfica en aquest territori. Les dades publicades pel Ministeri

de l'Interior a finals de l'any 2001 apuntaven que el nombre total de residents estrangers al conjunt de l'Estat era d'1.109.060 persones, de les quals 449.881 procedien de la Unió Europea; la xifra d'immigrants extracomunitaris, per tant, era de 659.179 persones. Si es consideren les projeccions del cens de l'any 1991 per al 2001, aquesta xifra representaria el 2,7% d'immigrants respecte a la població de l'Estat, o un 1,6% si només considerem els no comunitaris (El País, 2002; Fernández-Cordón, 2002). D'entre aquestes persones, no totes podrien ser considerades com a refugiades per motius econòmics. Assumint l'existència d'un nombre considerable d'individus que es troben en una situació no regularitzada, i partint del 2% identificat a principis de l'any 2001 (Real Rodríguez i col·l., 2002), la proporció d'immigrants per raons econòmiques, en acabar l'any 2002 al conjunt del país, se situaria probablement al voltant del 3,5% del conjunt d'habitants de l'Estat.

A partir de les dades obtingudes de diverses fonts i d'estudis *ad hoc*, es poden realitzar estimacions de les xifres d'immigrants no regularitzats i del seu impacte en el fenomen migratori. En un d'aquests estudis (Ramos i col·l., 2002), els autors estimen que l'any 2000 hi havia 39.392 immigrants per motius econòmics a Mallorca, dels quals tan sols 9.000 estarien regularitzats; això indicaria que, com a mínim en aquest territori, 3 de cada 4 immigrants econòmics no estarien regularitzats. Tot i que no es pot determinar fins a quin punt aquesta situació es pot fer extensiva a la resta de l'Estat, ni si es manté constant al llarg del temps, el treball posa xifres a una realitat que ja és força coneguda: l'elevat nombre d'immigrants no inclosos a les fonts oficials, situació que relativitza el valor absolut del nombre d'estrangers residents al nostre territori.

D'altra banda, cal assenyalar que tot i que el creixement migratori de l'any 2001 a l'Estat espanyol va ser el més elevat de la Unió Europea (24% del total de migracions rebudes), les xifres d'immigrants residents a l'Estat encara estan molt lluny de les de països com Holanda o Suècia on, el desembre de l'any 2000, les persones nascudes a l'estranger representaven el 9% i l'11,3% del total de les poblacions respectives.

L'existència de desigualtats en la salut i en l'accés i la utilització dels serveis en funció del país d'origen ha estat descrita a bastament (Jansà i Borrell, 2002; Sundquist, 2001). Concretament, la immigració de tipus econòmic es relaciona amb un accés més dolent

als serveis de salut, fet que no només s'explica pel seu nivell social i econòmic més baix (Stronks i col·l., 2001).

Alguns indicadors permeten obtenir aproximacions sobre la mesura de les desigualtats en la salut dels immigrants estrangers. Els paràmetres fonamentals que cal tenir en compte en una primera etapa del procés migratori es resumirien en tres situacions relacionades amb l'estat de salut: a) les particularitats de la zona d'origen que, en general, cal entendre com a diferències (hàbits dietètics, característiques fisiològiques, trets culturals...) i no com a desigualtats; b) conseqüències de les desigualtats socials i econòmiques entre els països (major prevalença d'algunes malalties infeccioses, dèficits en salut bucodental, pautes incompletes de vacunació, etc.); i c) trastorns vinculats al procés migratori (desnutricions o deshidratacions, esgotament físic i emocional, estrès, depressions...). En una segona etapa del procés d'adaptació a la nova situació, poden aparèixer alteracions relacionades amb deficiències socials i econòmiques i limitacions en l'accés o l'ús dels serveis de salut (per exemple: evolució a malaltia d'infeccions latents com la tuberculosi, trastorns relacionats amb dèficits o descompensacions nutricionals, compliment de tractaments farmacològics, visites de control de l'embaràs, trastorns psico-afectius...).

Un cop l'immigrant es troba instal·lat en la nova realitat, si no s'ha instituït una situació de desigualtat social i econòmica, s'identifica amb el que va assimilant i tendeix a igualar-se en molts aspectes a la població del país (com, per exemple, en la utilització dels recursos de salut, en els patrons de morbiditat o en les activitats preventives). En el cas de l'Estat espanyol, el manteniment de les desigualtats socials, econòmiques i de salut presenta un risc especial, ateses les peculiaritats de la Llei d'Estrangeria que determina que persones amb llargs períodes de residència al país (que poden superar els 10 anys) puguin trobar-se en una situació administrativa irregular —encara que hagin passat per etapes de regularització prèvia—, un fet insòlit en la pràctica totalitat de països occidentals. Aquesta situació està determinada per la vinculació del permís de residència al permís de treball, que fa que si es perd la feina es pugui perdre el dret de viure al país i s'hagin de començar de nou els tràmits administratius de la regularització.

## Antecedents sobre les desigualtats en la salut i la immigració a l'Estat espanyol

### El marc jurídic i legislatiu

La darrera *Llei sobre drets i llibertats dels estrangers a l'Estat espanyol i la seva integració social* (Llei d'Estrangeria)<sup>1</sup> constitueix el marc jurídic actual sobre la situació dels immigrants al nostre país. Aquesta llei i el seu reglament han estat sotmesos a múltiples modificacions i adaptacions, fet que ha determinat una clara inestabilitat entre la població immigrant estrangera i que, de passada, també ha afectat negativament el seu estat de salut, entre molts altres aspectes.

L'article 12 de la Llei d'Estrangeria sobre el "Dret a l'Assistència Sanitària" estipula que: *"els estrangers inscrits al padró del municipi en el qual visquin habitualment tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols. Els estrangers que es trobin a l'Estat espanyol tenen dret a l'assistència sanitària pública d'urgència quan pateixin malalties greus o accidents de qualsevol mena i a la continuïtat d'aquesta atenció fins a l'alta mèdica. Els estrangers menors de divuit anys que es trobin a l'Estat espanyol tenen dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que la població d'origen. Les estrangeres embarassades que es trobin a l'Estat espanyol tindran dret a l'assistència sanitària durant l'embaràs, el part i el post part"*.

Amb tot, l'element clau que garanteix l'accés a l'assistència sanitària pública dels immigrants estrangers se centra en l'obtenció de l'empadronament en les seves localitats de residència i la vinculació d'aquest procediment amb la tramitació de la Targeta Sanitària Individual com a document d'accés al sistema públic de salut. De vegades però, l'arbitrarietat en els processos d'empadronament i la manca d'habilitació dels recursos sanitaris necessaris no faciliten el dret d'accés als serveis de salut als estrangers (Llácer i col·l., 2001).

---

1. És la Llei Orgànica 8/2000, de 22 de desembre de 2000, que va entrar en vigor el dia 23 de gener de 2001, i el reial decret 239/2000 de 18 de febrer (<http://personales.jet.es/ari-peru/Inmigracion/Extranjeria/RD239-2000/rd239-2000.html>).

Però, segons les dades del Servei Català de la Salut, tot i que s'ha facilitat el procediment per a l'obtenció de la Targeta Sanitària Individual a qualsevol immigrant estranger que realitzi els tràmits d'empadronament, la demanda d'aquest document a partir d'una sol·licitud de prestació assistencial en els serveis d'atenció primària i hospitalària encara resulta extremadament elevada, cosa que determina un dèficit en l'aplicació dels procediments establerts per part dels responsables de la seva implantació i seguiment.

A Catalunya, la Instrucció 8/98 de 16/11/98 del Servei Català de la Salut sobre l'accés a l'assistència sanitària pública contempla els aspectes relacionats amb la universalització d'aquesta prestació, especificant el dret dels immigrants a rebre assistència sanitària en les mateixes condicions que la població autòctona. Tot i així, cal tenir present que la incorporació de les poblacions d'immigrants al sistema sanitari públic en condicions de plens drets requereix la seva regularització administrativa i disposar d'un contracte de treball. Si es donen aquestes condicions normalitzadores es garantirà l'equilibri necessari entre les aportacions que fan els treballadors/es i la planificació dels recursos i el consum de serveis.

### Antecedents a l'Estat espanyol i a Catalunya

Les dades disponibles pel conjunt de l'Estat espanyol sobre salut i immigració mostren una situació semblant a la de Catalunya. Trobem iniciatives i experiències diverses, però hi ha molt poques dades concretes obtingudes a partir de fonts d'informació sistematitzades o d'estudis centrats en les necessitats o particularitats específiques de la salut dels immigrants.

Els estudis i experiències documentades se centren en consideracions genèriques i reflexions sobre immigració i salut; descripcions de càrregues i tipologies assistencials; utilització i consum dels recursos sanitaris; necessitats dels centres d'atenció primària en l'atenció als immigrants (mediadors culturals, formació en medicina tropical, millora dels serveis d'administració...); prevalences i incidències de malalties parasitàries; tuberculosi (increment de casos, limitacions en l'acompliment dels tractaments...); situació de la infecció del VIH entre els immigrants; necessitats pediàtriques dels fills d'immigrants (Vall O i col·l. 2001) i necessitats i característiques en l'àmbit de la salut

mental. D'altra banda, la majoria de les publicacions disponibles es recullen en forma de cartes, editorials, comentaris, reflexions, revisions o estudis descriptius i hi ha pocs treballs explicatius.

Pel que fa a les iniciatives de l'Administració, destaca la que es va endegar l'any 1992 des de la Consejería de Salud (2001) de la Comunidad de Madrid, que va posar en marxa un "Programa de Desigualdades Sociales en Salud" dotat d'un "Subprograma de Inmigración y Salud" que, com a objectiu general, es plantejava contribuir a evitar les desigualtats en la salut entre diversos grups socials, posant una atenció especial a les persones més desfavorides per raons econòmiques del col·lectiu d'immigrants. Aquest programa —que des del començament comptava amb la col·laboració de diverses Organitzacions No Governamentals (ONG), ajuntaments i altres institucions— basava la seva actuació en la formació de professionals i voluntaris, el suport econòmic a les activitats de salut realitzades per les ONG, l'elaboració d'una guia de recursos per a la població immigrant de la Comunitat de Madrid i la realització d'un Curs d'Actuacions de Salut de la Població Immigrant de la Comunitat de Madrid. Aquestes activitats van facilitar la planificació d'actuacions per a la població immigrada en l'àmbit de la salut, justament quan el fenomen migratori va iniciar la seva etapa de creixement, l'any 1999. L'anàlisi del programa en etapes posteriors evidenciava un increment progressiu del nombre d'activitats realitzades, tant en l'àmbit assistencial com en els aspectes de sensibilització vers la població en general i d'assessorament a les poblacions immigrades.

En l'àmbit de l'atenció primària, existeixen nombrosos treballs que mostren una distribució de motius de consulta força similar entre les poblacions immigrants i les autòctones (Vázquez Villegas, 2002; Alonso Mayo, 2002). Així doncs, una vegada més, s'evidencia que els trets diferencials i les desigualtats en la salut dels immigrants es caracteritzen més per factors antropològics, culturals, lingüístics i socials que no pas per la distribució i la freqüència de determinades patologies exòtiques, tropicals o importades. Així, pel que fa a l'accés i la utilització dels recursos sanitaris, sovint es produeixen situacions com les de la població magribina d'una àrea de Madrid, on es va observar una utilització més freqüent del servei d'urgències a causa de la seva major flexibilitat horària, de les limitacions de comunicació existents a la consulta mèdica i de la manca de documentació dels usuaris (Rodríguez i col·l., 1999).



També en l'àmbit de l'atenció primària, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, en un document publicat recentment, comentava diversos aspectes vinculats a les necessitats dels immigrants en l'accés als serveis de salut (Gámez i Galindo, 2001) i destacava les seves característiques diferencials, fonamentades en qüestions socials culturals i sanitàries. Entre les seves propostes, s'apuntava la creació de la carpeta de l'immigrant com a instrument que permetria aglutinar la informació mèdica bàsica de la persona immigrada amb l'objectiu de facilitar la tasca dels professionals de la salut que atenen persones amb una mobilitat geogràfica elevada entre diversos punts de l'Estat.

En territoris com Almeria, a partir de les dades obtingudes de les consultes que atenen un volum elevat d'usuaris immigrants, s'han realitzat estudis per valorar aspectes com el grau de satisfacció de la població, analitzant —entre altres paràmetres— el país d'origen dels usuaris. En un d'aquests treballs (Vázquez-Villegas, 2002), destaca l'existència d'un percentatge elevat d'immigrants que tenen problemes econòmics a l'hora d'obtenir els fàrmacs (38% dels enquestats) i també el grau d'insatisfacció que mostren els entrevistats respecte als serveis administratius, especialment pel que fa a les dificultats idiomàtiques a l'hora de gestionar les dades personals i administratives.

A Catalunya, les primeres experiències en l'àmbit de la immigració i la salut s'iniciaren a l'hospital de Mataró, a principis de la dècada dels vuitanta (De Balanzó i col·l., 1984; De Balanzó, 1991), a partir d'un procés d'adaptació dels recursos disponibles a les noves necessitats que plantejaven les comunitats africanes (Senegal, Gàmbia, ...) que s'instal·laven al Maresme. A Barcelona, la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de l'Institut Català de la Salut, ubicat al districte de Ciutat Vella, tot i que es va plantejar com un centre especialitzat en patologies tropicals per al conjunt de la població (viatgers, cooperants, estrangers...) va acabar convertint-se —sobretot durant les dècades dels 80 i els 90— en el servei d'atenció primària per excel·lència de les poblacions immigrades que residien a la zona (Bada i col·l., 1987) i en un bon *centre de proves* per reflexionar sobre les repercussions i les necessitats socials i sanitàries dels immigrants estrangers a l'Estat espanyol (Bada i Bada Jaime, 1996). Hi ha hagut altres iniciatives, sorgides d'entorns molt diversos —com l'Hospital d'Olot (Teixidor i col·l., 1993), el Centre d'Atenció Primària de Salt (Jaumà i Viñamata, 1994), el Dispensari de Minories

Ètniques de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona (Castells, 1993) o el Dispensari d'Orientació i Planificació Familiar Erasme Janer (Oller i col·l., 1992)—, que han possibilitat que, quan el fenomen migratori ha passat a assolir una magnitud que s'aproxima a la que viuen els nostres veïns europeus, ja disposéssim dels referents tècnics sobre les eines que calen per afrontar la nova realitat migratòria.

A banda de les iniciatives centrades en la identificació de solucions per les necessitats de salut més immediates, des del Consell Municipal de Benestar Social—coordinat pel Sector de Serveis Personals de l'Ajuntament de Barcelona—l'any 1989 es va posar en marxa un espai de debat i d'intercanvi que planteja iniciatives adreçades, entre altres aspectes, a afavorir la igualtat de drets i de prestacions per a les persones immigrades.<sup>2</sup> Per part del Servei Català de la Salut, el Pla de Salut 1993-95 va incloure una iniciativa d'un grup de treball (Sanchez E, 1995) que va concloure que les cinc necessitats principals dels immigrants estrangers derivaven de la manca d'accés a un treball normalitzat, de la situació irregular de residència, del fet de viure en zones de risc social elevat, de la manca d'accés a la xarxa sanitària i dels problemes de comunicació relacionats amb l'idioma. Afortunadament, hi ha alguns aspectes—com el de l'accés als serveis de salut de la xarxa pública—que han estat resolts mitjançant l'accés del conjunt de la població immigrada a la Targeta Sanitària Individual, independentment de la seva situació administrativa.

Pel que fa a la disponibilitat de materials informatius centrats en les necessitats de salut de la població immigrada, destaca la publicació de la guia “Entenderse en 7 idiomas, una práctica ayuda en la relación diaria profesional sanitario-paciente” (Laboratorios Geminis, 2002), adreçada tant als professionals com als usuaris estrangers, i que conté les denominacions de les diferents parts del cos, les principals dolences o malalties i els seus tractaments. El “Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante” (Farias Huanqui, 2001), que té un contingut detallat de patologies tropicals, constitueix un instrument molt pràctic a l'hora d'afrontar particularitats de determinats col·lectius

---

2. Consell Municipal de Benestar Social. Realitzacions 2001, propostes 2002. Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona. <http://www.bcn.es/serveispersonals> (clicar *Serveis, participació i Consell Municipal de Benestar Social*).

de persones immigrades. En relació a les orientacions sobre l'accés i la utilització dels recursos sanitaris, cal fer esment de la guia que ha editat recentment el Sector de Serveis Personals de l'Ajuntament de Barcelona i l'Institut Municipal de Salut Pública-Agència de Salut Pública de Barcelona (Ajuntament de Barcelona, 2002).

## **Objectius i mètodes**

L'objectiu d'aquest capítol és analitzar les característiques i les necessitats dels immigrants estrangers a Catalunya en l'àmbit de la salut i valorar les possibles desigualtats en la salut que poden aparèixer.

S'han revisat diversos estudis publicats formalment i materials no publicats sobre el tema de la immigració i la salut. Per altra banda, com que els temes d'immigració causen un impacte mediàtic considerable, també s'han consultat notícies de premsa, articles d'opinió i publicacions de dades en publicacions no científiques que, essencialment, feien referència als aspectes demogràfics, sociològics, jurídics i polítics del fenomen migratori.

Com a registres poblacionals s'han utilitzat el Padró Municipal d'Habitants de la ciutat de Barcelona de l'any 2001, les dades del Registre Civil sobre permisos de treball publicades per l'Observatori Permanent de la Immigració de Barcelona i el cens de l'Estat espanyol del mateix any —que inclou dades específiques de població estrangera. Les dades sobre la sida i la tuberculosi s'han basat en el registres d'ambdues malalties que hi ha a la ciutat de Barcelona —amb dades actualitzades fins el juny de 2002— i en els estudis i informes publicats a partir de dades de tot Catalunya. La informació sobre la salut maternoinfantil s'ha basat principalment en l'informe “La salut dels immigrants estrangers” que elabora anualment l'Institut Municipal de Salut Pública per l'Observatori Permanent de la Immigració a Barcelona. Les dades sobre l'embaràs adolescent s'han obtingut d'un estudi específic elaborat l'any 2001 a partir del registre de naixements de la ciutat de Barcelona.

## DESIGUALTATS EN LA SALUT I IMMIGRACIÓ A CATALUNYA

### La salut percebuda i la salut mental

Tot i que una de les millors mesures de la salut percebuda de la població es recull a les enquestes de salut, la informació sobre els immigrants estrangers que s'obté en aquestes enquestes resulta poc representativa del fenomen migratori actual, ja que, principalment, es tracta de persones instal·lades al nostre país des de fa temps (una mitjana de prop de 10 anys) i amb unes condicions socials, econòmiques i laborals molt diferenciades de les persones nouvingudes.

Ja fa anys que la salut mental ha estat considerada com un dels elements fonamentals que cal considerar en l'anàlisi de la salut de les poblacions immigrades (Tizón, 1989). Algunes de les darreres revisions bibliogràfiques conclouen que la immigració, en si mateixa, no produeix un increment del risc de patir malalties mentals, sinó que les alteracions en aquest àmbit es vinculen, sobretot, a les experiències d'adaptació patides durant el procés migratori (Cervantes i col·l., 1989).

Les consideracions sobre el dol migratori, els aspectes transculturals i la mentalitat de cada individu constitueixen elements essencials que cal tenir en compte a l'hora de l'abordatge terapèutic i l'assessorament als immigrants estrangers. Segons alguns autors (Achotegui, 2000), l'immigrant patiria set tipus de dols o pèrdues bàsiques, generadores de trastorns emocionals i psicològics inevitables: la pèrdua de contacte amb els familiars i amics del país d'origen, la pèrdua de la llengua materna, la pèrdua de la pròpia cultura, dels paisatges i la terra, la pèrdua del seu estatus social, la pèrdua del contacte amb el seu propi país entès com a grup o unitat poblacional i la sensació de pèrdua de la seguretat física.

Sovint, les manifestacions de dolor inespecífic (mal a tot el cos) són l'expressió de manca i de malestar d'algú que està experimentant uns canvis radicals en el seu entorn i en la seva existència. Per aquest motiu, entre les prioritats identificades pels professionals de la salut mental que atenen persones immigrades, destaca la necessitat d'assolir una sensibilització progressiva dels professionals de la salut en temes d'antropologia

transcultural i del fenomen migratori (García-Campayo, 2002). Si no es fa així, alguns apriorismes o la interpretació que aquestes expressions de dolor corporal són sempre el resultat de la somatització poden conduir a errades en els diagnòstics o a passar per alt alguns trastorns que difícilment s'obviarien en les poblacions autòctones.

En un estudi realitzat a Barcelona l'any 1997 (De Andrés i col·l., 2002) amb població marginal, es va detectar que el 48% dels homes i el 65,7% de les dones immigrants declaraven un estat de salut regular, dolent o molt dolent, unes xifres que superaven les que s'havien obtingut per la població general en el mateix territori (20% dels homes i 29% de les dones de 14 anys o més a l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2000). En relació a la salut mental, es detectaven puntuacions del qüestionari que denotaven una salut mental més dolenta en el 28% dels immigrants. Aquest mateix estudi destacava que un 52% dels immigrants mostraven una utilització dels serveis de salut elevada (visita al metge durant el darrer mes) i un nombre de trastorns crònics elevat; depressions declarades en un 58% dels casos, mal d'esquena en un 33% i migranya en un 37% (unes prevalences que també eren molt més altes que les de la població de Barcelona).

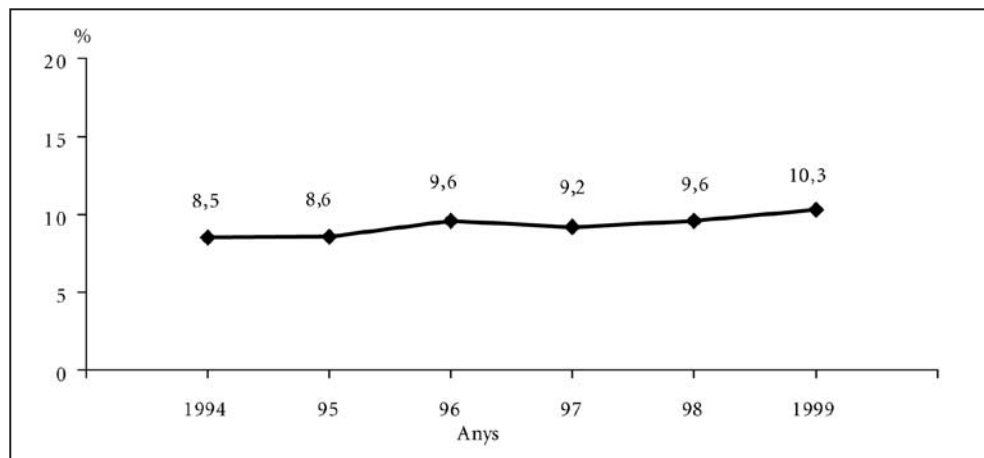
## **La salut maternoinfantil**

### **Natalitat, pes baix al moment de néixer i prematuritat**

Des de l'any 1992 a la ciutat de Barcelona, es realitza una anàlisi específica de les estadístiques vitals pels immigrants estrangers. Dels resultats de l'any 1999, en destacava que la natalitat de les dones d'origen estranger representava al voltant del 10% de tots els naixements que es produïen a la ciutat (figura 7.1.); les agrupacions de països d'origen més freqüents eren les procedents del Centre i el Sud d'Amèrica, Europa i els països desenvolupats, seguides dels països del Magrib (essencialment del Marroc i d'Algèria). Entre les mares d'origen sub-saharià, s'observaven proporcions més elevades de nadons amb el pes baix i preterme que entre la resta de col·lectius d'estrangeres (IMSP, 2002), mentre que l'elevada proporció de mares d'origen filipí de més de 35 i 40 anys s'assemblava als patrons de natalitat cada vegada més freqüents en el nostre entorn.

**Figura 7.1.**

Naixements de mares d'origen estranger. Barcelona, 1995-2000.



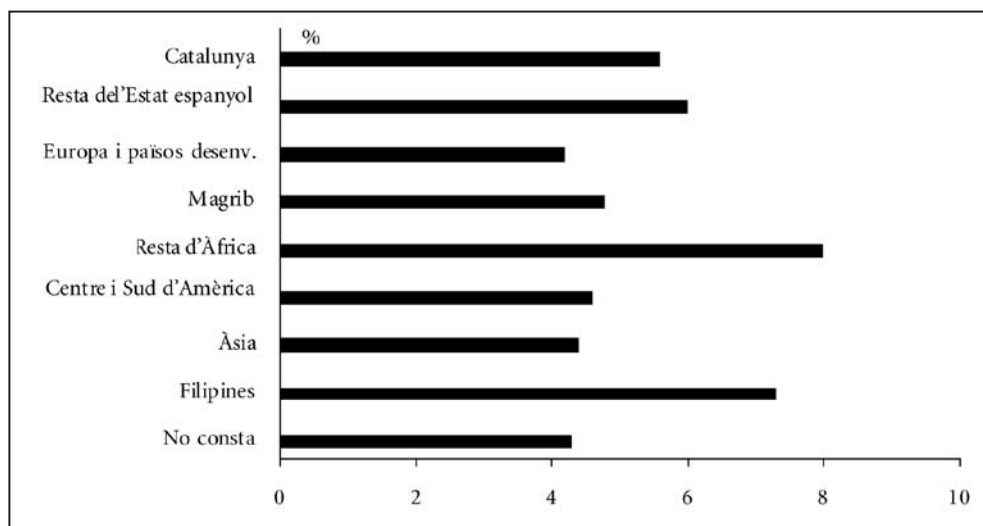
Font: La salut dels Immigrants estrangers (Informe 2000). Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. Barcelona, 2002.

A les zones més desfavorides socialment i econòmicament de les grans ciutats, com és el cas del districte de Ciutat Vella de la ciutat de Barcelona, s'observen percentatges elevats de mares d'origen estranger (31% l'any 2001) amb una tendència creixent molt marcada. Aquesta tendència s'evidencia en aspectes com el fet que, a l'Hospital del Mar, s'hagi passat dels 700 parts anuals —l'any 1999— als 1.084 —l'any 2000—, un 40% dels quals correspondrien a fills de mares immigrants.

Aquesta mateixa anàlisi de la natalitat destaca que les mares nascudes al continent Africà —excloent el Magrib i la Vall del Nil— presenten una proporció més elevada de naixements amb el pes baix i preterme, tant en relació amb el conjunt de mares d'origen estranger, com quan es compara amb les mares originàries de l'Estat espanyol (figura 7.2.).

**Figura 7.2.**

Nadons amb el pes baix en el moment de néixer segons el lloc de naixement de la mare. Barcelona, 2000.



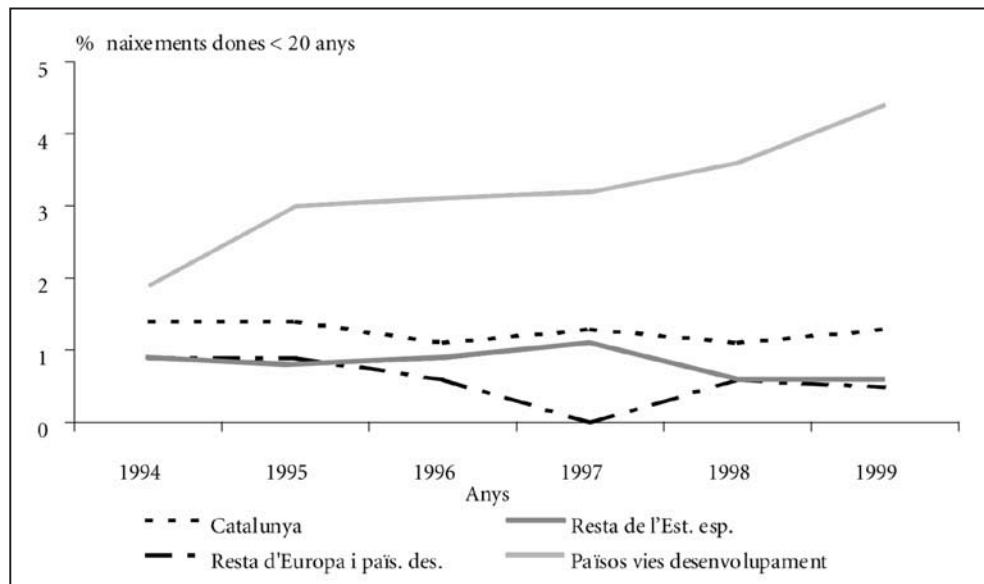
Font: La salut dels Immigrants estrangers (Informe 2000). Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. Barcelona, 2002.

### Embaràs adolescent, avortaments i prostitució

En l'àmbit de la salut materna i infantil, l'anàlisi de l'evolució de l'embaràs adolescent permet una aproximació al coneixement d'un dels aspectes en els quals s'aprecia una divergència en les tendències entre la població autòctona i la població immigrant. Segons dades de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (Pasarín i Salvador, 2001), durant el període 1994-1999 es varen produir 920 naixements de mares d'entre 15 i 19 anys, 161 dels quals (17,5%) eren de mares que no eren originàries de l'Estat espanyol. D'aquests, un 93% eren de dones nascudes en països en vies de desenvolupament, l'únic grup que incrementava la seva contribució percentual al llarg del període (figura 7.3.).

**Figura 7.3.**

Evolució de la proporció de naixements de dones adolescents sobre el total de naixements segons el lloc de naixement de les mares. Barcelona, 1994-1999.



Font: Pasarín i Salvador, 2001.

Els països amb una contribució més gran a aquest grup de naixements de dones adolescents entre els 15 i els 19 anys són la República Dominicana (43 noies), el Marroc (23 noies) i les Filipines (20 noies). Pel que fa als naixements en dones entre 14 i 17 anys, l'aportació percentual de les que han nascut en països que estan en vies de desenvolupament és una mica més gran (18,2% en tot el període) i, d'aquestes, les nascudes a la República Dominicana n'aporten el 42% (20 noies).

Com que al registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) no es recull ni la nacionalitat ni el país de naixement de la dona, no és possible conèixer quin és l'impacte de la immigració en aquest grup d'embarassos ni en el total d'embarassos. Tot i així, segons dades del Programa d'Atenció a la Maternitat a Risc portat a terme per l'Associació Salut i Família, a tot Catalunya, de les 2.578 dones ateses dins el sub-



programa de finançament de la IVE l'any 2000, el 40% eren dones estrangeres. L'any 1992, aquest percentatge era del 17% (sobre un total de 718). Aquest increment es deu, principalment, a les dones procedents del Perú, l'Equador, el Marroc, Colòmbia, la República Dominicana i les Filipines (Pasarín i Salvador, 2001).

Des de l'any 1990, l'Associació Salut i Família realitza el *Programa de millora de la salut maternoinfantil i la qualitat de vida de dones i famílies en condicions Sanitàries i psicosocials vulnerables*, centrat en tres línies d'actuació: el finançament públic i selectiu de les IVE, la contracepció immediata i el consell familiar. L'evolució del programa al llarg dels anys ha anat constatant un nombre progressiu d'usuàries de nacionalitat estrangera, de manera que, l'any 2000, (Salut i Família, 2001) ja representaven el 40% del total de persones ateses. En aquest mateix informe, també es destaca que les dones immigrants es troben en situacions socioeconòmiques d'elevada precarietat i que el volum més gran correspon a les dones llatinoamericanes (moltes de les quals ja havien practicat una IVE al seu país de procedència, sovint en condicions de risc per a la seva salut reproductiva). Un altre aspecte destacat és l'impacte de la prostitució entre alguns col·lectius de dones immigrants; és el cas de les que vénen de països de l'Europa de l'Est, que representarien el 2,2% de les usuàries del servei.

Trobem altres estudis (Àmbit Prevenció, 2001) que destaquen el fet que, cada vegada més, la immigració recau sobre les dones. S'introdueix, doncs, el fenomen de la feminització de la pobresa, a la qual sovint es vinculen les treballadores sexuals. En aquest cas, es destaca que l'increment de dones procedents de diversos països de l'Àfrica sub-sahariana pot fer pensar en l'existència de xarxes organitzades de prostitució que introduirien un nombre important d'aquestes dones i les mourien per diverses ciutats de la península. En relació a aquesta realitat, s'incideix en la necessitat de cercar mesures que, juntament a les intervencions policials que intenten impedir l'actuació de les màfies, regulin la situació d'aquestes dones, millorin la seva imatge social i posin en marxa mesures centrades en la prevenció de malalties de transmissió sexual. Un bon exemple d'aquestes intervencions preventives és la tasca realitzada pel col·lectiu Actua Vallès que, des de l'any 1998, ha posat en marxa —a les comarques del Vallès Oriental i Occidental— el *Projecte Dona*, que té com a objectiu responsabilitzar el col·lectiu de prostitutes de la seva pròpia salut, a través de la intervenció directe a la comunitat.

Durant l'any 2001, aquest equip va contactar amb 113 prostitutes; el 47% de les dones tenien edats compreses entre els 18 i els 25 anys i el 61% tenien fills. Pel que fa al país de procedència, el 39% eren sud-americanes, el 20% de l'Estat espanyol, un altre 20% de països de l'Europa de l'Est, el 17% de l'Amèrica Central i el 3% d'origen Africà. Un 91% de les dones estrangeres no tenien papers (Artigas i col·l., 2002).

#### Utilització i accés als serveis sanitaris

En l'àmbit de la salut materna i infantil, s'ha observat que algunes mares d'origen estranger (Prats, 2001) presenten un risc més elevat d'avortament, una freqüència més alta d'alteracions vinculades al part i una freqüència de visites pre-part més baixa en relació a les mares autòctones. Aquest fet s'atribueix a una manca de coneixement per part de les dones estrangeres de l'existència i les característiques dels recursos obstètrics existents al nostre país.

En un estudi qualitatiu realitzat recentment sobre algunes característiques en l'accés a l'educació sanitària de diferents col·lectius de dones usuàries d'un servei de salut materna i infantil de l'Àrea Bàsica de Drassanes, a la ciutat de Barcelona (Garrido i Jansà, 2002), es destacava que les dones d'origen magribí mostraven una bona acceptació dels anticonceptius però tenien dificultats en l'acceptació del dispositiu intrauterí; també constataren que els homes volen tenir molts fills sense comptar amb la seva opinió. Les dones d'origen pakistanès sempre van acompanyades a la consulta (excepte a pediatria); acostumen a mostrar una actitud passiva; normalment sol·liciten atenció femenina; són de famílies ben estructurades; la majoria realitzen reagrupament familiar i no acostumen a treballar fora de casa. Les dones llatinoamericanes fan un mal ús dels mètodes anticonceptius, sovint són membres de famílies desestructurades i no acostumen a presentar disconformitat en relació a les recomanacions i opinions de les professionals sanitàries.

Pel que fa a l'accés als serveis de salut, s'han observat diferències entre la població immigrant i l'autòctona a causa de la marcada diferència d'edat i de la seva elevada taxa de fecunditat. Així, en un estudi realitzat a l'Hospital del Mar de Barcelona (Cots i col·l., 2002), s'apreciava que el 33% dels ingressos havien estat parts i que el cost

mitjà de les altes d'immigrants de països de renda baixa (valorat en consum d'estades hospitalàries) havia estat un 30% més baix que el de la resta d'altres. Es determinava, també, que un cop ajustades l'edat, la patologia i la severitat, el consum d'estades de la població immigrant havia estat significativament més baix (la diferència es xifrava en un 5% quan només s'ajustava per patologia i en un 10% quan es consideraven altres factors). A partir d'aquests resultats, els autors de l'estudi consideraven que les diferències estaven marcades per l'edat i les diferències socioculturals; així doncs, conclouen que la piràmide d'edat de la població immigrada compensava l'estructura d'edat envellida dels pacients autòctons i plantejava la necessitat de recuperar el pes dels serveis hospitalaris de ginecologia, obstetrícia i pediatria.

### Vacunacions

En un estudi realitzat a Barcelona als fills de dones d'origen filipí abans de l'increment migratori actual (Ganduxer i Villalbí, 1993), es va detectar que la cobertura de vacunes dels infants d'entre dos i tres anys era del 68% per al xarampió, la rubèola i la parotiditis; del 52% amb quatre dosis contra la poliomielitis, la diftèria i el tètanus i del 69,5% amb quatre dosis contra la tosferina, quan les xifres pel conjunt de la ciutat per aquestes vacunes eren superiors al 90%. En els infants i joves filipins d'entre 6 i 14 anys, aquestes cobertures encara eren molt inferiors. Tot i així, és possible que les cobertures reals fossin més elevades, ja que pot ser que no s'hagin enregistrat totes les dades als carnets de vacunacions.

Tot i que encara no disposem de dades globals, últimament s'han detectat mancances de cobertura o dels documents justificatius d'haver rebut les vacunes pertinents, entre els infants procedents de diversos col·lectius d'immigrants atesos a l'Àrea Bàsica de Salut de Salt (Girona) (un 66% dels infants immigrants i el 92% de la població autòctona) (Michaut i col·l., 2002). En aquest sentit, alguns dels protocols centrats en l'atenció sanitària de la població immigrant determinen que, quan no es pot verificar l'estat vacunal dels infants, cal realitzar una actualització completa del seu calendari de vacunacions (Masvidal, 2002).

Durant el congrés inaugural de la Sociedad Española de Vacunología (Sevilla, 2001), algunes de les comunicacions presentades també apuntaven l'existència de mancances de vacunació en els infants estrangers a diverses localitats de l'Estat espanyol i es constatava la necessitat d'establir estratègies de captació activa per a aquestes poblacions (Níquez i col·l., 2001). Recollint la necessitat de millorar algunes de les mancances en aquest àmbit, es feia constar que un dels objectius fonamentals d'aquesta nova societat científica era la incorporació i l'actualització progressiva dels calendaris vacunals dels infants immigrants, atesa la situació de manca de garanties i d'informació identificada en molts casos (Navarro Alonso, 2001). En canvi, en una anàlisi recent de les dades del registre de vacunes de Barcelona, no es van observar uns índexs de cobertura més dolents entre els infants nascuts a l'estranger respecte als del país. Les úniques diferències destacables es relacionaven amb els diferents calendaris vacunals existents als altres països (Muñoz, 2001).

A partir d'aquestes dades, podem concloure que les desigualtats en la cobertura de vacunacions entre els infants i els joves immigrants respecte a la població autòctona, en bona mesura, serien el reflex d'una situació de partida deficitària en algunes de les vacunes incloses en el nostre calendaris vacunals, dels diferents criteris de vacunació en el país d'origen i de la manca de documentació de l'estat vacunal d'aquests infants i joves. Aquesta situació s'hauria d'anar equilibrant mitjançant les diverses estratègies de captació activa que es realitzen des del nostre sistema sanitari.

### Salut bucodental

Algunes de les dades disponibles sobre aquest aspecte, apunten que la salut bucodental és una altra de les grans mancances en la salut dels infants immigrants estrangers. En aquest sentit, en el XVI Congrés d'Atenció Primària de l'Associació Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, es recollien experiències de centres d'atenció primària en els quals destacaven que els casos de càries en alguns col·lectius d'infants immigrants marcaven un canvi en la tendència descendent de la càries en el nostre medi (Navarro, 2001). Altres treballs que també han abordat aquesta qüestió identifiquen dèficits en la higiene dental d'alguns infants immigrants (Puy, 2002) i alteracions en els seus hàbits alimentaris. Alguns d'aquests aspectes es vinculen als costums de

menjar llaminadures en excés o de sucar els xumets dels nadons amb sucre perquè es tranquilitzin; pràctiques que, per altra banda, no fa pas gaire, eren prou habituals entre sectors amplis de la nostra societat.

En aquest sentit, tot i la incorporació progressiva d'odontòlegs en els serveis d'atenció primària de la xarxa pública, és evident que les prestacions ofertes en aquest àmbit són molt limitades i que això determina que els col·lectius d'immigrants amb més mancances socials i econòmiques restin sense poder resoldre les seves necessitats de salut bucodental, de la mateixa manera que la població autòctona que viu en unes condicions semblants.

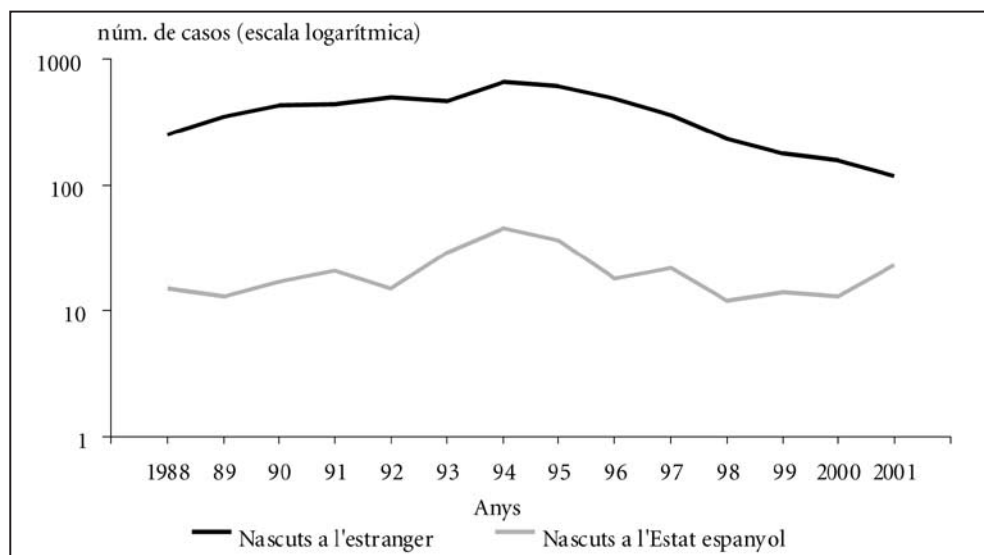
## **VIH-Sida**

A l'Estat espanyol, tot i que la proporció de casos de sida notificats en persones d'origen estranger ha estat relativament baixa, aquests últims anys s'observa un nombre creixent de notificacions entre persones d'altres països, especialment entre les d'origen africà i portuguès (Castilla i col·l., 2000). Aquesta tendència també s'observa a Catalunya, si bé és cert que s'aprecien diferències en relació als països d'origen. Així, dels 5.418 casos de sida declarats a Barcelona des de l'inici de l'epidèmia fins el 31 de desembre de l'any 2001, entre les persones majors de 18 anys que residien a la ciutat, 215 (3,9%) eren immigrants procedents de països de renda baixa (PRB) i 79 (1,5%) de països de renda elevada (PRE) (World Bank 2002) (García de Olalla, 2002a i b). Si durant el període 1988-1998, menys d'un 5% dels casos de sida es presentaven en persones amb nacionalitat estrangera, els últims anys aquesta proporció ha augmentat i, durant el període 1999-2001, arriba al 10% (figures 7.4. i 7.5.).

Entre els immigrants procedents dels PRB, la zona més representada en el cas que s'il·lustra va ser la d'Amèrica llatina i el Carib amb 167 pacients (78%), seguida del Magrib amb 34 casos (16%) i 32 casos (15%) procedents de diversos països del continent africà. En el grup dels PRE, els pacients de la Unió Europea representaven el 85% (67 casos) i el 15% (12 casos) els EUA i el Canadà (figura 7.6.).

**Figura 7.4.**

Casos de sida segons el país d'origen i l'any de diagnòstic. Barcelona, 1988-2001.

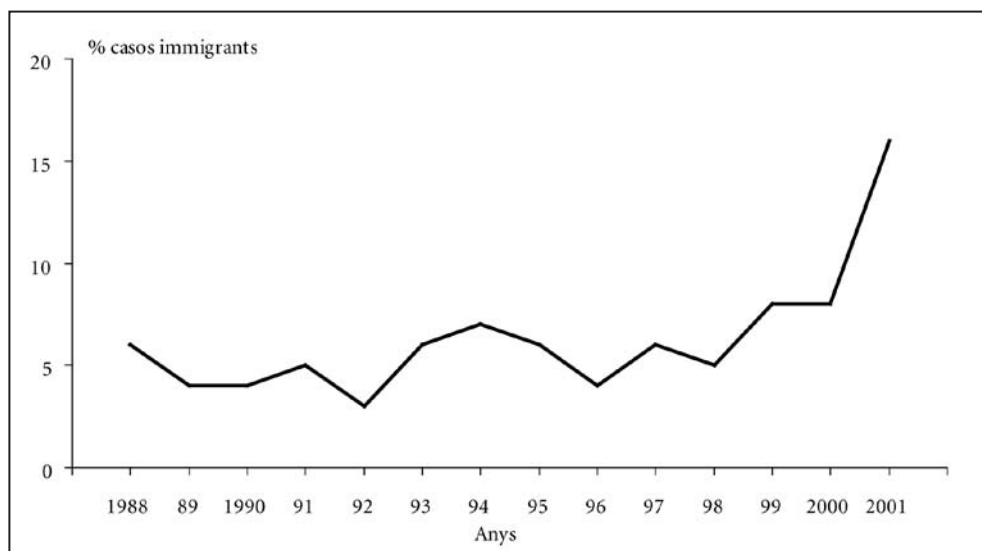


Font: García de Olalla i col·l., 2002b.

En un estudi realitzat a Barcelona l'any 1999, quan es comparaven els casos de sida entre les persones de nacionalitat espanyola i les persones estrangeres, es va observar que, entre els del primer grup, hi havia més homes, eren més grans i residien al districte de Ciutat Vella (casc antic de la ciutat). Contràriament, els immigrants presentaven menys ús de drogues per via parenteral (UDVP) (García de Olalla i col·l., 2.000). Tot i així, durant els dos darrers anys, aquestes característiques han canviat, tant entre els estrangers com entre els nacionals, de manera que la proporció de dones ha augmentat en els dos grups, i s'ha duplicat en el cas dels immigrants. En relació al lloc de residència a la ciutat Barcelona, la probabilitat de viure al districte amb més privació socioeconòmica de la ciutat (Ciutat Vella) va augmentar en el cas dels estrangers; va passar del 29,9% del període 1988-1998 al 34% del període 1999-2001. Per altra banda, la freqüència d'antecedents penitenciaris entre els nacionals va disminuir del 24,1%

**Figura 7.5.**

Evolució dels casos de sida en immigrants estrangers (percentage sobre el total de casos). Barcelona, 1988-2001.



Font: García de Olalla i col·l., 2002b.

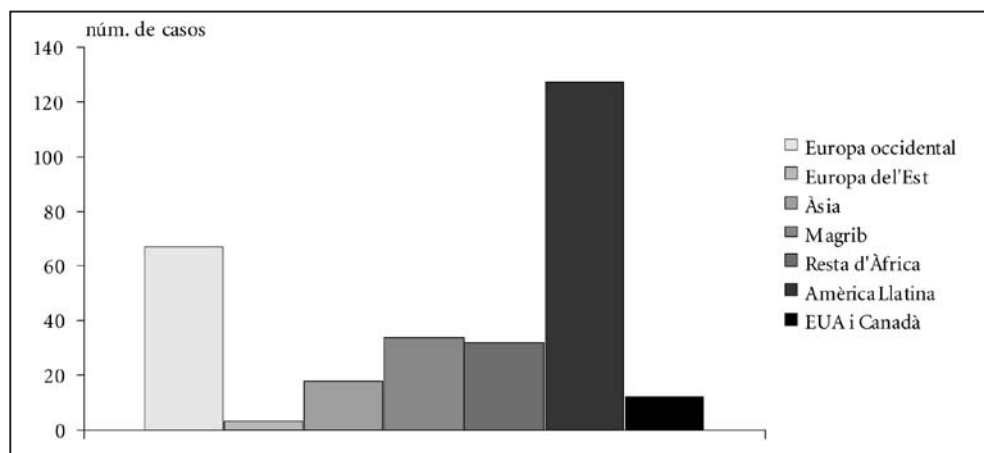
al 12,1%, mentre que es va mantenir estable en el cas dels estrangers 14,1% i 14% en els mateixos períodes. Pel que fa a la via de transmissió, s'ha constatat un increment en la transmissió heterosexual tant en el cas dels immigrants com en el dels nacionals. Pel que fa a la detecció dels casos nous, entre els immigrants, s'observa un increment del retard en el diagnòstic respecte a la població autòctona, tot i que la diferència no és significativa estadísticament.

## Tuberculosi

Probablement, la tuberculosi és una de les malalties de les quals, juntament amb les parasitosis intestinals, existeix més documentació bibliogràfica en l'àmbit de la immi-

**Figura 7.6.**

Casos de sida en immigrants estrangers (n=213) segons la zona de procedència. Barcelona, 1988-2001.



Font: García de Olalla i col·l., 2002b.

gració i la salut. Aquests darrers anys, la progressiva immigració procedent de zones socialment i econòmicament més desfavorides té un impacte molt directe en l'increment de malalties infeccioses com la tuberculosi (TB). Aquest fet que s'evidenciava en països amb una incidència baixa de malaltia tuberculosa, com Suïssa (Zellwegger, 1993), Holanda o els EUA (CDC, 2001), es comença a observar en altres territoris que, com l'Estat espanyol, presenten unes taxes elevades d'incidència (35 casos anuals per cada 100.000 habitants) amb la identificació d'uns 14.000 casos nous de tuberculosi cada any. De tots aquests casos, prop d'un 45% serien altament contagiosos i determinats col·lectius d'immigrants estrangers n'aglutinarien la principal proporció de casos, per davant del que aquests darrers anys s'havia observat en individus infectats pel virus del VIH. En un treball realitzat a la Unitat de Malalties Tropicals i Importades de Barcelona (Duran i col·l., 1996), es va observar que els immigrants estrangers que feia poc que havien arribat a la ciutat presentaven una prevalença elevada d'infecció tuberculosa, superior a la de la població autòctona.

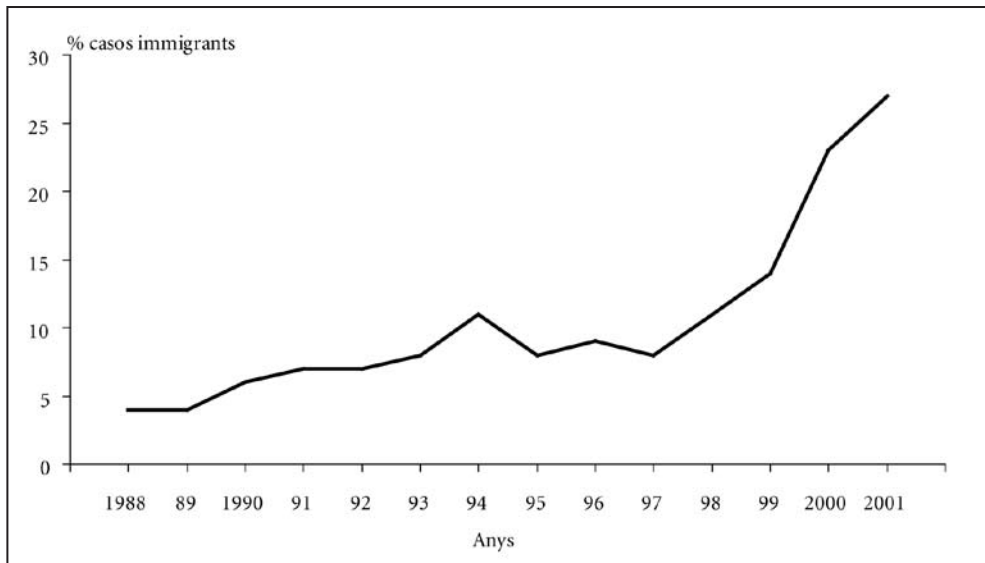


En l'àmbit de Barcelona, l'anàlisi de les dades del Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi de la ciutat mostra que els casos de TB entre immigrants estrangers ha passat del 7% de l'any 1996 al 27% l'any 2001 (Rius i col·l., 2001) (figura 7.7.). Segons el país d'origen, els casos es distribuïen de la manera següent: Pakistan 21%, Marroc 21%, Equador 14%, Perú 10%, Filipines 6%, Índia 4% i altres 14%. De fet, últimament, s'ha observat un descens dels casos de TB entre els autòctons i un augment entre els immigrants; aquesta tendència s'ha mantingut durant l'any 2002 i justificaria la realització d'una anàlisi diferenciada per poder fer un seguiment de les tendències epidemiològiques segons les zones de procedència (Vallés, 2002).

Pel que fa al conjunt de Catalunya, l'any 1999, la tuberculosi entre els immigrants estrangers va representar el 6,7% de tots els casos (Memòria Programa Prevenció i

### Figura 7.7.

Evolució dels casos de tuberculosi entre els immigrants (percentatge sobre el total de casos). Barcelona, 1988-2001.



Font: Registre de tuberculosi de Barcelona (elaboració pròpia).

**Taula 7.1.**

Característiques de la tuberculosi en els immigrants estrangers i en la població no immigrada. Barcelona, 1999.

	Països amb renda baixa		Població autòctona		Valor p
	N	%	n	%	
<b>Edat</b>					
37 anys o menys	197	65,2%	1781	49,0%	
Més de 37 anys	105	34,8%	1853	51,0%	< 0.001
<b>Sexe</b>					
Home	197	65,2%	2475	67,9%	
Dona	105	34,8%	1171	32,1%	N.S.
<b>Districte municipal</b>					
Ciutat Vella	108	35,6%	706	19,3%	
Resta	195	64,4%	2946	80,7%	< 0.001
<b>Hospital</b>					
No	90	29,7%	915	25,1%	
Sí	213	70,3%	2724	74,9%	N.S.
<b>Intern presó</b>					
Sí	28	9,3%	287	8,0%	
No	273	90,7%	3306	92,4%	N.S.
<b>Indigent</b>					
Sí	28	27,5%	202	22,7%	
No	74	72,5%	687	77,3%	N.S.
<b>Usuari de drogues</b>					
No	272	89,9%	2941	80,5%	
Sí	31	10,2%	711	19,5%	<0.001
<b>Tabac</b>					
No	190	63,3%	1810	50,5%	
Sí	110	36,7%	1771	49,5%	<0.001
<b>Alcohol</b>					
No	239	79,9%	2656	74,9%	
Sí	60	20,1%	889	25,1%	N.S.
<b>VIH</b>					
Positiva	55	18,2%	926	25,4%	
Negativa	248	81,8%	2726	74,6%	<0.01

NS: no és estadísticament significatiu.

Font: Projecte de Recerca, FISS: Tuberculosi en immigrants estrangers a Barcelona 1999 (elaboració pròpia).

**Taula 7.2.**

Característiques sobre el tractament de la tuberculosi en els immigrants estrangers i en la població no immigrada. Barcelona, 1999.

	Països amb renda baixa		Població autòctona		Valor p
	n	%	n	%	
<b>Tipus de tractament</b>					
4 fàrmacs	150	49,5%	1187	32,5%	
3 fàrmacs	115	38,0%	1949	53,4%	<0,001
Altres	38	12,5%	516	14,1%	<0,001
<b>Lloc de tractament</b>					
Supervisat	20	6,6%	171	4,7%	
No programa de tractament de drogues	279	92,1%	3295	90,2%	N.S.
Programa de tractament de drogues	4	1,3%	186	5,1%	<0,01
<b>Tractament supervisat</b>					
Sí	39	12,9%	405	11,1%	N.S.
No	264	87,1%	3247	88,9%	
<b>Completen tractament</b>					
Sí	221	72,9%	2702	74,0%	N.S.
Altres situacions	82	27,1%	950	26,0%	

NS: no és significatiu estadísticament.

Font: Projecte de Recerca, FISS: Tuberculosi en immigrants estrangers a Barcelona 1999 (elaboració pròpia).

Control de la Tuberculosi a Catalunya, 2000), una xifra molt semblant a la que s'identifica l'any 1998.

Pel que fa a les característiques de la malaltia, en un estudi realitzat a la ciutat de Barcelona amb població procedent de diversos centres d'atenció primària i d'institucions penitenciàries (Jansà i col·l., 1998), es van identificar diferències relacionades amb l'edat, la infecció per VIH, el lloc de residència i el consum de drogues per via parenteral entre els immigrants estrangers i la població autòctona (taula 7.1.).

En aquest mateix estudi també destaca l'existència de diferències en el seguiment dels tractaments. S'observa que els immigrants participen més sovint en programes de teràpia observada directament, tot i que el seu compliment és pitjor (88,4%) que

el de la població autòctona (95,4%); aquesta diferència va resultar significativa estadísticament (taula 7.2.).

S'observa que el retard en el diagnòstic va ser elevat en els dos grups. En el grup dels immigrants va ser del 56%, davant del 53,8% dels autòctons, sense que aquesta diferència fos significativa estadísticament. També es van comparar els resultats dels estudis de contactes i es va trobar que, entre els autòctons, el percentatge d'estudis de contactes realitzats era del 61,2% i el dels immigrants de 54,1%; cal dir que la probabilitat que es realitzés l'estudi era un 30% més freqüent si el cas índex no era un immigrant.

## **CONCLUSIONS**

- Durant els propers cinc anys, a Catalunya, els fluxos migratoris probablement seguiran un patró creixent molt semblant al que s'observa durant el període 1999-2002 i, per tant, caldrà ajustar les properes planificacions de la salut a la nova realitat demogràfica.
- Considerant que bona part de la població estrangera que actualment resideix a Catalunya s'haurà establert de manera definitiva al país, cal pensar que les seves demandes de serveis i necessitats en l'àmbit de la salut s'hauran anat apropant a les que presenta la població autòctona.
- Les tendències legislatives futures no apunten vers una millora de les condicions socials, econòmiques i administratives dels immigrants que tenen unes condicions menys favorables; per tant, sembla que es mantindran alguns dels elements que condicionen l'existència de desigualtats en la salut entre aquestes poblacions.
- En relació a la salut maternoinfantil, cal destacar l'augment de la proporció de naixements de fills de dones procedents de països en vies de desenvolupament i també les deficiències en la cobertura de les vacunacions en les criatures immigrades.
- Ha augmentat la proporció de casos de sida i tuberculosi entre les persones de països de renda baixa.

- Les necessitats en l'àmbit de la salut de les persones immigrades són essencialment equiparables a les de la població autòctona; els aspectes potencialment generadors de desigualtats són les diferències culturals, sociolaborals, legislatives, econòmiques i idiomàtiques.
- Alguns dels aspectes que cal considerar per garantir un bon estat de salut dels immigrants estrangers són la garantia de les cobertures vacunals —en el cas dels infants—, els aspectes dietètics i de salut bucodental i la vigilància dels processos propis dels seus països d'origen (paludisme, parasitosis intestinals, etc.), sobretot si hi ha desplaçaments durant els períodes de vacances o per visitar els familiars. Entre els adults, cal garantir la comunicació per assegurar la comprensió, en el sentit més ampli del terme, de les seves demandes i explicacions i per vigilar de manera específica que compleixin els tractaments. També cal introduir progressivament la prevenció com a criteri general de salut.
- El seguiment de les dades demogràfiques, d'estadístiques vitals i de morbiditat per patologies com la tuberculosi contribueixen a identificar les prioritats en l'àmbit de la salut per a les poblacions immigrades. La manca d'informació del país d'origen o de la nacionalitat en molts dels registres sanitaris dificulta la realització d'anàlisis específiques i l'obtenció d'indicadors de salut per a les poblacions immigrades.
- La progressiva normalització del fenomen de la immigració i salut ha d'evitar l'aplicació de mesures de discriminació positiva que poden generar conductes de rebuig i situacions de desigualtat entre la població autòctona.

## Bibliografia

- Achotegui J. (2.000). “Los duelos de la migración”. *Jano; psiquiatría y humanidades* Vol II, 1: 10-14.
- Alonso Mayo E. (2002). “Gestión de la Diversidad Cultural en Atención Primaria”. *Aten Primaria* 8: 49-53.
- Ajuntament de Barcelona (2002). *Guia informativa d'accés a la sanitat pública*. Barcelona: Barcelona Diversa. Col·lecció Què fer. Àmbit de Serveis Personals, Institut Municipal de Salut Pública.

Ajuntament de Barcelona. Àmbit Prevenció (2001). Estudi del treball sexual de carrer al barri del Raval i a les Corts de la ciutat de Barcelona, gener i juny 2001. Documents de Treball. Àmbit Via Pública.

Artigas E.; Costa L.; Monistrol O. i col·l. (2002). "Projecte d'educació Sanitària en Dones Prostitutes del Vallès Oriental i Occidental". *Jornades Sanitàries del Vallès. La immigració, un repte sanitari*. Palau-Solità i Plegamans. <http://www.acmb.es/filials/voccidental/jornades/>

Bada JL.; Cabezos J.; Treviño B. (1987). "Enfermedades importadas en nuestro medio". *Medicine* (Madrid) 4: 3281-87.

Bada Ainsa JL. i Bada Jaime RM. (1996). "Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España. FMC Formación Méd Continuada". *Aten Primaria* 3: 277-78.

Beneduce R. (2002). Comunicació personal. *Jornades Sexualitat, Immigració i prevenció de la SIDA*. Barcelona, 6 i 7 de Juny.

Castells X. (1993). "Atenció Sanitària de l'IMAS al col·lectiu d'estrangers alegs". Comunicació presentada al seminari *Sanitat i immigració*. Barcelona: Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa dels Drets Civils. Casa Golferichs, 25 de maig de 1993.

Castilla J.; del Amo J.; Sánchez F. (2000). "Casos de Sida en España en personas de otros países de origen". *Boletín Epidemiológico Semanal*. Madrid; 8: 97-108.

Centers for Disease Control and Prevention (2001). *Reported tuberculosis in the United States, 2000*.

Cervantes RC.; Salgado de Snyder VM.; Padilla A. (1989). "Posttraumatic stress in immigrants for Central America and Mexico". *Hosp Com Psychiatry* 40: 615-19.

Cots F.; Castells X.; Ollé C.; Manzanera R.; Varela J.; Vall O. (2002). "Perfil de la casuística hospitalaria de la població immigrant de Barcelona". *Gac Sanit* 16: 376-384.

De Andrés J. (2002). "Salud y Marginación Social". *Revista de Documentación Social* 127: 97-123.

De Balanzó X.; Bada JL.; González CA. (1984). "La atención sanitaria en la población africana residente en la comarca del Maresme (Barcelona)". *Rev San Hig Pub* 58:769-78.

De Balanzó X. (1991). "Enfermedades importadas y medicina de la inmigración". *Aten Primaria* 8: 527-29.

Durán E.; Cabezos J.; Ros M. i col·l. (1996). "Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona". *Med Clin (Barc)* 106: 525-28.

El País (2002). Viernes 18 de Enero. Ministerio del Interior, datos actualizados hasta 31 de diciembre de 2001.

Fariás Huanqui P. (2001). *Manual de Atención Primaria a Población Inmigrante*. Madrid: Artur SA.

Fernández-Cordón JA. (2002). Instituto de Economía y Geografía del CSIC. [www.fedea.es/hojas/proyecciones.html](http://www.fedea.es/hojas/proyecciones.html)

Gámez E. i Galindo JP. (2001). “La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable”. *SEMFYC*.

Ganduxer D. i Villalbí JR. (1993). “Servicios de salud y cobertura vacunal en niños hijos de madres filipinas”. *An Esp Pediatr* 39: 253-259.

García Campayo J. i Sanz-Carrillo C. (2002). “Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío”. *Med Clin (Barc)* 118: 187-191.

García de Olalla P.; Lai A.; Jansà JM. i col·l. (2000). Características diferenciales del SIDA en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit* 14: 189-194.

García de Olalla P.; Caylà JA.; Jansà JM. *et al.* (2002a). Sida a Barcelona 57. Situació a 30 de setembre.

García de Olalla P.; Jansà JM.; Clos R. i col·l. (2002b). Características diferenciales del SIDA en Inmigrantes extranjeros. Barcelona 1988-2001: Sociedad Iberoamericana de Información Científica, SIIC 2002. [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com), [www.siicginecologia.com](http://www.siicginecologia.com), [www.saludpublica.com](http://www.saludpublica.com).

Garrido P. i Jansà JM. (2002). *Principals obstacles en l'accés a l'educació sanitària de les dones immigrants del CAP Dressanes. Col·lectius Magrebí, Pakistanès i Llatinoamericà. Estudi qualitatiu*. Treball de pràctiques de Sociologia. Barcelona: Universitat de Barcelona-Institut Municipal de Salut Pública.

Institut Municipal de Salut Pública (2002). *La salut dels Immigrants estrangers* (Informe 2000). Barcelona.

Jansà JM. i Borrell C. (2002). Editorial, “Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades”. *Aten Primaria* 15;29(8): 466-8.

Jansà JM. i col·l. (1998). Projecte d'investigació, “Características diferenciales de la tuberculosis en inmigrantes extranjeros”. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Jaumà RM. i Viñamata B. (1994). “Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud”. *Aten Primaria*. 13: 283-289.

Laboratorios Géminis (Novartis) (2002). Guia; *Entenderse en 7 idiomas*. <http://www.webgenéricos.com/paciente/idiomas/miniguia.pdf>

Llácer A.; Del Amo J.; Castillo S. i col·l. (2001). “Salud e inmigración; a propósito del sida”. *Gac Sanit* 15: 197-9.

Masvidal RM. (2002). *Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes*. ABS Raval nord, Barcelona, <http://www.aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm>.

Michaut C.; Quesada M.; Almazán M. i col·l. (2001). *I els fills dels immigrants?* XVI congrés d'atenció Primària de la Scmfic, 31 de maig-1 de juny, Girona.

Muñoz E. i Nebot M. (2001). “Cobertura vacunal en població immigrant atesa al Servei de Vacunes de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona” (comunicació personal). Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública.

Navarro Alonso JA. (2001). “Actualización del calendario vacunal en población inmigrante”. Ponència presentada al primer congrés de l'Asociación Española de Vacunología. Cádiz, novembre.

Níguez JC.; Amoraga JF.; Bernal PJ. i col·l. (2001). “Vacunaciones en escolares inmigrantes del Área II de la Región de Murcia. Estrategias de captación”. Resums del congrés de la Sociedad Española de Vacunología. Cádiz, novembre.

Oller C.; Martínez A.; Petit M. i col·l. (1992). “Programa d'Atenció a les Minories Ètniques del CMOPF”. VI Reunió de la Societat Anual de la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques.

Pasarín M. i Salvador J. (2001). *L'embaràs adolescent a Barcelona*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública.

Pons P.; Franch J.; Oriol C. i col·l. (2002). “Els musulmans i la Diabetis Mellitus tipus II”. Comunicació presentada al XVI Congrés d'Atenció Primària de la Scmfic. Girona 31 maig 1 juny.

Prats N. (2001). Comunicació personal. Sessió ordinària de la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears. “La salut maternoinfantil dels immigrants estrangers a Catalunya”. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques.

Consejería de Salud (2001). “Programa de Desigualdades sociales en Salud. Subprograma de inmigración y salud”. Memoria del año 2000. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid.



Departament de Sanitat i Seguretat Social. "Programa de Prevenció i control de la tuberculosi a Catalunya (2000)". "Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya". Memòria 1999. Barcelona: Generalitat de Catalunya., octubre.

Puy L.; Borlan E.; Jiménez E. i col·l. (2002). "Hàbits de Salut en una població Immigrant". *Jornades Sanitàries del Vallès, La immigració, un repte Sanitari*. Palau Solità i Plegamans, 8 març. <http://www.acmb.es/filials/voccidental/jornades/comunicacionshtm>

Ramos M. i March JC. (2002). "Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura". *Aten Primaria*; 29: 463-468.

Real Rodríguez B.; Cortés Rico O.; Montón Álvarez JL. (2002). *Demografía de la Población Inmigrante en España*. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. <http://aepap.org/inmigrante/demografia.htm>

Rius C.; Caylà JA.; García de Olalla P. i col·l. (2001). "La tuberculosi en Barcelona". Informe 2000. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública.

Rodríguez A.; González E.; Herrero M. (1999). "Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos megrebíes en un centro de atención primaria". *Med Clin (Barc)* 113; 556-7.

Salut i Família (2001). *Programa d'Atenció a la Maternitat a Risc*. Memòria 2000. Barcelona.

Sánchez E. (1995). "Los inmigrantes extranjeros en el Plan de Salud de Catalunya". Comunicació presentada a les *Jornades sobre Migració i Salut a la Conca de la Mediterrània*. Barcelona 8 i 9 de març de 1995.

Sundquist J. (2001). "Migration, equality and access to health care services". *J Epidemiol Community Health* 55: 691-2.

Stronks K.; Ravelli AC.; Reijneveld SA. (2001). "Immigrants in the Netherlands; Equal Acces for Equal Needs?" *J Epidemiol Community Health* 55: 701-707.

Teixidor R.; Sardañes P.; Plaja P. i col·l. (1993). "Projecte immigrants. Una necessitat". *But Soc Cat Pediatr* 53: 42-45.

Tizón JL. (1989). "Migraciones y salud mental". *Gac Sanit* 3: 527-529.

Vall Combelles O.; García Perez J.; Puig C. (2001). La inmigración y su repercusión sanitaria. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. *Pediatr Integral* 6(1): 42-50.

Vallès X.; Sánchez F.; Pañella H. i col·l. (2002). “Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados”. *Med Clin (Barc)* 118: 376-8.

Vazquez Villegas J. (2002). “Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria, aspectos organizativos, formativos y de planificación”. *Jano* 8: 54-60.

World Bank (2002). Data & Statistics. Country Classification; Washington. <http://www.worldbank.org/data/databytopic/class.htm>

Zellweger JP. (1993). “Screening for Tuberculosis in risk groups in Switzerland”. *Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen* 41: 739-743.

## **8** Les desigualtats en la salut laboral

Lucía Artazcoz, Immaculada Cortès, Joan Benach  
i Fernando G. Benavides



## **INTRODUCCIÓ**

### **Les desigualtats en la salut laboral**

El treball juga un paper fonamental en la vida humana. Suposa una gran part del nostre temps, proveeix d'ingressos, dóna sentit a la vida, i és font de suport social i de diverses formes de participació social. En molts sentits, es podria dir que les persones queden definides i es defineixen elles mateixes segons quin sigui el seu treball. L'autoestima, l'aprovació social, i la vida interpersonal depenen en gran mesura del tipus de treball, qualificació professional i nivell d'assoliment personal que s'obtenen en el medi laboral. Més encara, el tipus i la qualitat de les ocupacions, i sobretot el grau de control i les possibilitats de decisió que es tenen a la feina, influeixen fortament en les actituds personals i conductes no lligades directament al treball, com són la vida familiar, l'educació, l'oci, la xarxa social o l'activitat política. Així doncs, sembla lògic que l'ocupació sigui la condició més important d'estratificació social i la base de moltes de les classificacions socioeconòmiques (Johnson i Hall, 1995). En definitiva, no és estrany que el treball remunerat, junt amb el que succeeix en el marc de la unitat familiar, afecti en gran mesura la salut física i mental de les persones.

Les condicions de treball es distribueixen de forma molt desigual segons quines siguin les característiques socials dels individus. Els principals eixos que condicionen

L'agrupació de factors físics, químics i psicosocials adversos del lloc de treball i de la unitat familiar són l'ocupació, la classe social, el gènere, l'ètnia, l'àrea geogràfica i, en certa mesura, l'edat. Aquells que es troben en pitjor situació social són també els qui pateixen les pitjors condicions laborals i de salut (Vahtera i col·l., 1999). Per exemple, als països industrials, una bona part dels càncers d'origen laboral es concentren en els treballadors manuals i en les classes més desfavorides (Hogstedt i Lundberg, 2002). En concret, en el cas del càncer de pulmó i de bufeta, s'estima que l'exposició laboral és responsable de la meitat de la diferència existent entre les classes socials més extremes (Boffetta i col·l., 1997). Un altre exemple el trobem en l'exposició a l'asbest, una de les principals causes de càncer laboral en dècades recents, que es concentra quasi exclusivament en homes de classe treballadora. Un nou exemple és la manca de control existent sobre les condicions de treball, un factor que es dona amb molta més freqüència entre els grups socioeconòmics menys privilegiats (Marmot i col·l., 1999). A més, aquestes desigualtats laborals s'han relacionat amb malalties i problemes de salut molt diversos. Per exemple, un estudi va trobar que els treballadors en pitjor situació socioeconòmica tenien un 50% més de risc de patir signes o símptomes de malaltia coronària en comparació amb els treballadors en la millor situació social. Segons dades de les enquestes europees de condicions de treball i salut de 1995 i 2000, els més exposats a lesions musculoesquelètiques són els treballadors manuals poc o gens qualificats com són els agricultors, els pescadors i els treballadors de plantes industrials entre d'altres, mentre que els grups menys exposats són els professionals, directores i tècnics (Benavides i Benach, 1999; Benach i col·l., 2002).

Tot i que a les dues darreres dècades la recerca científica en el camp de la salut laboral ha permès descriure amb detall les condicions de treball que incrementen el nombre de malalties i problemes de salut tradicionals i emergents, els estudis que analitzen les desigualtats en la salut laboral i, encara més, l'impacte de les condicions de treball sobre aquestes, són encara molt limitats (Schrijvers i col·l., 1998; Borg i Kristensen, 2000).

## Desigualtats en la salut laboral a l'Estat espanyol i Catalunya

A l'Estat espanyol el coneixement i la recerca sobre desigualtats en la salut laboral ha estat fins ara minsa. De fet, no existeix cap treball de revisió ni cap estudi que hagi analitzat aquest tema amb algun detall i extensió. No obstant això, alguns treballs dispersos durant els anys 90 ens permeten tenir una visió general sobre varis aspectes d'interès. Vegem-ne alguns exemples. Un estudi realitzat en el municipi de Madrid va mostrar la relació existent entre la situació d'atur i el fet de tenir una pitjor salut. Dos factors modulaven aquesta relació: l'estrès degut a causes econòmiques i el suport familiar i social (del Llano, 1991). Una altra investigació va mostrar la mortalitat més elevada dels treballadors manuals en comparació amb els professionals i directius, i que aquest risc de morir va augmentar durant la dècada dels 80 (Regidor i col·l., 1995). Finalment, un altre estudi precursor va mostrar com el risc de patir un accident de treball entre els treballadors amb contracte temporal era més del doble en comparació amb els qui tenien un contracte permanent. Aquest risc es donava entre tots els tipus d'accident, a totes les edats, en ambdós sexes i a tots els sectors d'activitat econòmica (Boix, 1998).

Segons l'Enquesta de Població Activa (EPA), a Catalunya la població activa a mitjan any 2001 era de 2.693.000 persones, de les quals el 42% eren dones (IDESCAT, 2002). Així doncs, aproximadament la meitat dels catalans i catalanes es troben exposats/des a diverses condicions de treball. D'acord amb la mateixa font, el 63% dels homes i el 59% de les dones actives estaven casats o vivien en parella, és a dir, combinaven la seva vida laboral amb responsabilitats familiars. Un percentatge petit de la població activa, ha d'afrontar en soledat les responsabilitats de la unitat familiar. En definitiva, el nombre de persones sotmeses a condicions de treball, remunerades o no, potencialment perilloses per a la salut és molt gran, i són aquelles persones amb una pitjor situació social les que en pateixen les pitjors condicions de salut. Igual que en el cas de l'Estat espanyol però, els estudis sobre desigualtats en la salut laboral són, a Catalunya, pràcticament inexistents, per la qual cosa es pot considerar que el capítol que aquí es presenta té un caràcter pioner.

## Objectius i mètodes

Els *objectius* d'aquest capítol són cinc: (1) descriure les desigualtats en la situació laboral segons gènere, classe social i regió sanitària, (2) descriure i analitzar les condicions de treball segons gènere i classe social, (3) descriure i analitzar les desigualtats en la distribució de les exigències familiars segons gènere i classe social, (4) analitzar les desigualtats en els factors de risc laboral de la població ocupada segons gènere i classe social, i (5) descriure i analitzar les desigualtats en la salut segons gènere, classe social i regió sanitària.

Les fonts de dades utilitzades per assolir aquests objectius son quatre.(1) L'EPA de 2001. Les dades procedeixen de l'Institut d'Estadística de Catalunya; (2) l'Enquesta de Salut de Catalunya de 1994 (ESCA-94), realitzada sobre una mostra representativa de la població no institucionalitzada de Catalunya de 15.000 persones; (3) l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2000 (ESB-2000), que encara que es refereix només a la regió sanitària de Barcelona ciutat, recull aspectes relacionats amb riscos laborals i amb l'àmbit familiar de gran interès. És una enquesta representativa de la població no institucionalitzada de Barcelona, realitzada en una mostra de 10.000 persones i (4) el registre d'accidents de treball amb baixa ocorreguts a Catalunya l'any 2000, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

L'*anàlisi* de la informació s'ha realitzat en cinc etapes des de les característiques de l'exposició, el treball en sentit ampli, fins a les seves conseqüències per la salut: (1) característiques generals del mercat de treball; (2) precarietat i temps de treball, (3) treball domèstic, (4) factors de risc laborals, i (5) l'estat de salut.



## LES DESIGUALTATS EN LA SALUT LABORAL A CATALUNYA

### El treball remunerat

#### L'activitat econòmica

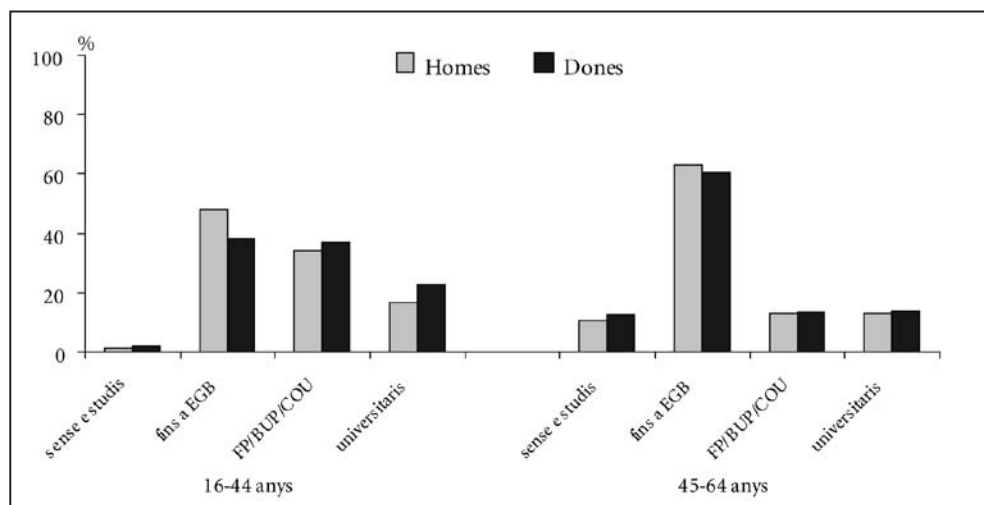
Encara que en les tres últimes dècades la taxa d'activitat en les dones ha crescut, continua sent significativament més baixa que la dels homes (el 64% enfront del 42%). La taxa d'activitat femenina augmenta a mida que ho fa el nivell d'estudis (taula 22 de l'annex). Tot i que en homes la taxa d'activitat és també més baixa entre els que no tenen estudis, no hi ha pràcticament diferències en la integració al mercat de treball entre la resta de grups. La caiguda de la taxa d'activitat en les dones es fa palesa a partir dels 25 anys (taula 23 de l'annex), cosa que s'explica per dues tendències oposades: l'orientació social de cada vegada més dones joves a estudiar durant més anys i treballar fora de casa, i la sortida del mercat laboral de les que han de fer front a les responsabilitats familiars. Segons l'ESCA-94 hi ha diferències significatives en les taxes d'activitat femenina segons regió sanitària: són més altes a Girona i Barcelona ciutat i més baixes al Barcelonès Nord/Maresme i Tortosa en el cas de les dones (taula 24 de l'annex).

#### La població ocupada

En la població ocupada catalana, el nivell d'estudis és més alt entre les dones (taula 25 de l'annex), de forma que les dones amb pocs estudis, o bé no entren al mercat laboral perquè és molt difícil per la seva baixa formació i per la seva condició de dones, o bé en surten amb més freqüència quan s'han de fer càrrec de les responsabilitats familiars. L'edat és una de les variables que marca les diferències en diverses àrees de la vida social com ara la situació laboral, la família, l'estructura de la llar i el nivell d'estudis. Així, a Catalunya les noves generacions tenen nivells de formació superior. S'observen a més a més interessants diferències de sexe: si entre els treballadors de 45 a 64 anys, el nivell d'estudis és similar per a homes i dones, en els més joves, la proporció de dones universitàries és significativament més alta que la d'homes (figura 8.1).

**Figura 8.1.**

Població ocupada segons nivell d'estudis, sexe i grup d'edat. Catalunya, 1994.



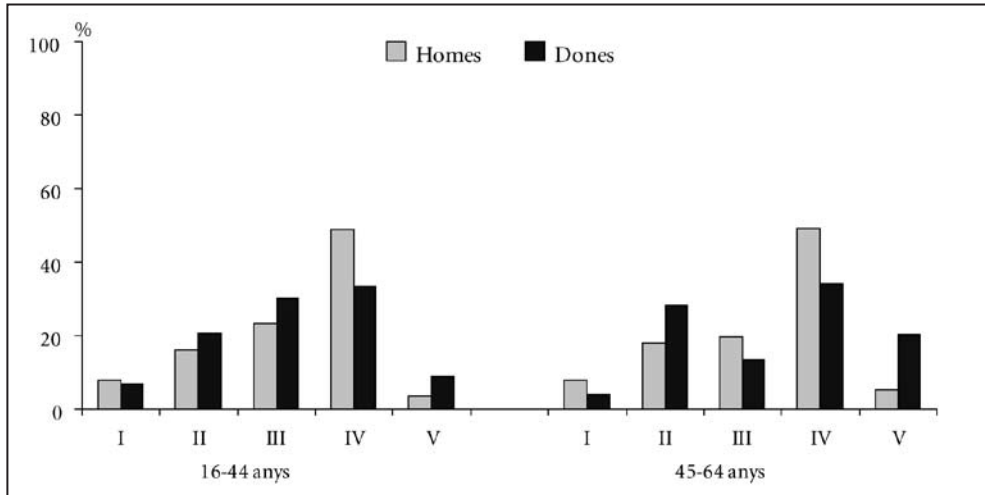
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 1994 (elaboració pròpia).

Tot i que el nivell d'estudis de les dones és similar o superior al dels homes, elles es localitzen al mercat de treball en ocupacions menys qualificades. A la figura 8.2 es mostra la distribució de la població ocupada de Catalunya segons sexe, classe social i grup d'edat. Encara que tant entre els joves com en la població més gran, la proporció de dones en la classe social V és superior a la dels homes, les diferències de sexe són més marcades entre la població de 45 a 64 anys en què el percentatge de dones en ocupacions de classe V és quatre vegades més alt que en homes. El 93% de les dones d'aquest grup, que al llarg del capítol mostra la pitjor situació tant pel que fa a les condicions de treball i als riscos laborals com a l'estat de salut, són treballadores domèstiques o de la neteja, que representaven l'any 1994 l'11% de les dones ocupades de Catalunya.

A més a més de les desigualtats de gènere descrites, hi ha diferències en les experiències relacionades amb el treball derivades del fet que homes i dones es situen de forma diferent en el mercat laboral: una proporció insignificant de dones treballa a

**Figura 8.2.**

Població ocupada segons classe social, sexe i grup d'edat. Catalunya, 1994.



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

la construcció i només el 20% ho fa a la indústria, mentre que en els homes aquests dos sectors ocupen aproximadament la meitat de la població masculina (taula 26 de l'annex). Aquesta segregació horitzontal determina diferents exposicions segons sexe que condicionen l'estat de salut i expliquen en gran part la superior accidentalitat laboral entre els homes. Finalment, també hi ha diferències de classe social segons regió sanitària: si a Barcelona ciutat la majoria són treballadors no manuals, al Barcelonès Nord/Maresme, per exemple, hi ha un clar predomini dels treballadors manuals (taula 27 de l'annex).

### La precarietat laboral

La precarietat laboral és un constructe multidimensional constituït per dimensions diferents com són la temporalitat, la vulnerabilitat o l'absència de beneficis socials (Amable i col·l., 2001). La seva definició i interpretació però és complexa (Benach

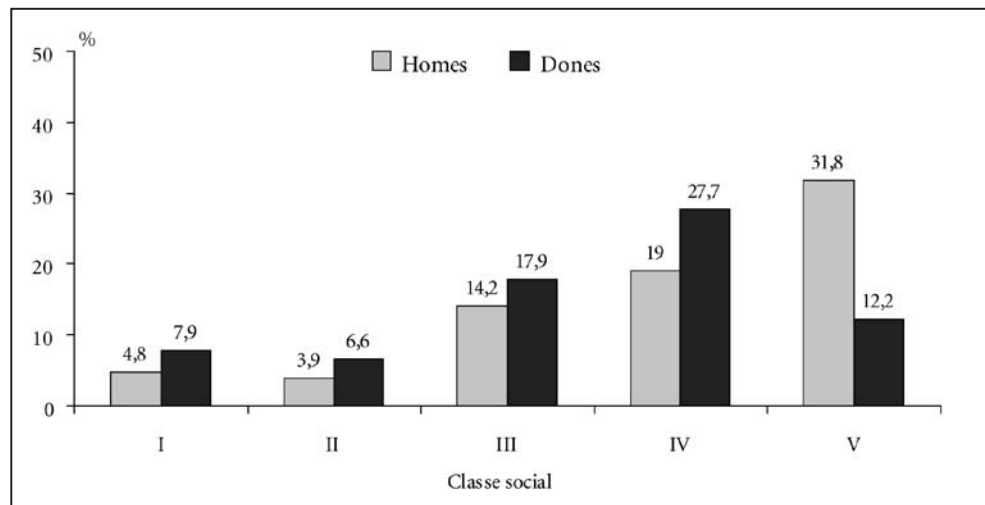
i col·l., 2002) i la informació per a la seva anàlisi molt limitada. Aquí es descriuran dues de les dimensions relacionades amb la precarietat com són l'atur i el treball temporal.

### L'atur

L'atur és una de les manifestacions més greus de la precarietat i, malgrat que en els darrers anys ha disminuït clarament, encara continua afectant una proporció important de la població treballadora. La taxa d'atur era a finals de 2001 del 9%, més alta en les dones (el 12% enfront del 7% en els homes), i en els més joves. Les diferències entre sexes eren però més marcades en les edats més avançades, on l'atur femení quasi duplicava el masculí (taula 28 de l'annex). L'atur afecta més els treballadors menys qualificats. Si l'any 1994, la taxa d'atur era del 5% en homes treballadors de classe I, arribava al 32% en els de classe V. Crida l'atenció el baix percentatge d'aturades entre les dones de classe V, treballadores manuals no qualificades (figura 8.3). Les taxes d'atur

**Figura 8.3.**

Taxa d'atur segons classe social i sexe. Catalunya, 1994.



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

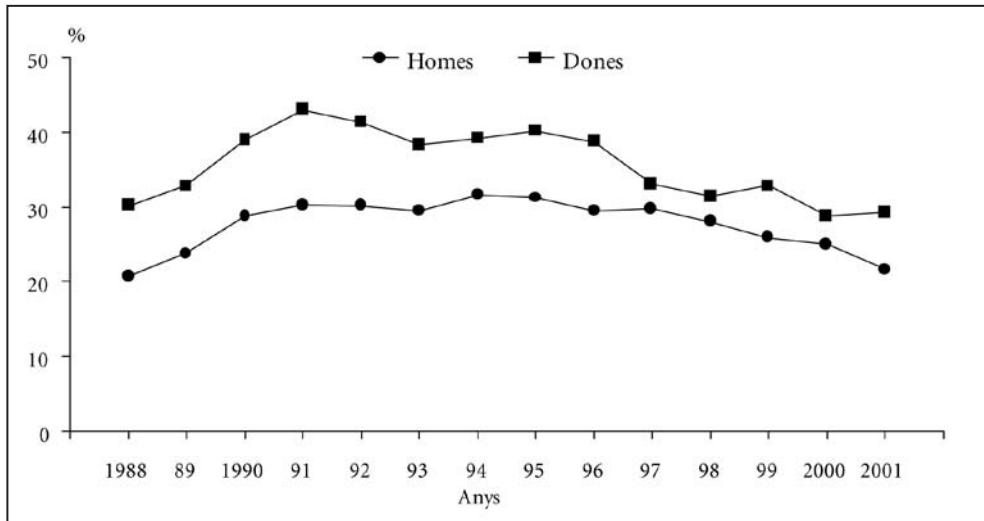
varien també segons la regió sanitària. D'acord amb l'ESCA-94, les taxes d'atur més baixes corresponien a Tortosa i les més altes al Barcelonès Nord/Maresme. A més a més, les diferències de sexe eren de diferent magnitud segons regió sanitària, pràcticament inexistents a Tortosa i molt més marcades a Lleida i Girona, on l'atur femení duplicava el masculí (taula 29 de l'annex).

### El treball temporal

A Catalunya, la contractació temporal va pujar marcadament fins l'any 1991, en què el 30% dels homes i més del 40% de les dones treballaven amb aquest tipus de contracte, i es va mantenir més o menys estable fins el 1995 per començar a descendir lentament des de llavors. L'any 2001 afectava el 25% dels assalariats (21,6% dels homes i 29,3% de les dones) (figura 8.4). Aquests percentatges són significativament més alts que

#### Figura 8.4.

Evolució de la contractació temporal segons sexe (percentatge sobre el total d'assalariats). Catalunya, 1988-2001.



Font: Enquesta de Població Activa. Institut d'Estadística de Catalunya.

la mitjana europea, que entre el 1994 i el 2000 va passar del 9% al 15% (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2002).

El tipus de contracte està associat amb l'edat. Segons l'EPA, l'any 2001, el 61% dels treballadors catalans menors de 25 anys tenien un contracte temporal, mentre que els percentatges eren del 19% i l'11% entre les persones de 25 a 54 anys i els més grans de 54 anys, respectivament. Però a més, la contractació temporal està relacionada amb la classe social: era més habitual entre els treballadors menys qualificats (taula 30 de l'annex), independentment de l'edat i del sexe.

Treballar sense contracte és més freqüent en dones. Segons l'ESB-2000, estaven en aquesta situació el 2% dels treballadors i el 7% de les treballadores de Barcelona ciutat. La precarietat es concentra també en les dones de classes socials més desfavorides, de manera que una de cada cinc dones de classe social V treballava sense contracte (taula 31 de l'annex).

### El temps de treball

D'acord amb l'ESB-2000, a Barcelona ciutat no hi havia diferències de sexe en la proporció de persones que treballaven de nit (2% dels assalariats) o ho feien en torns rotatoris (5% dels assalariats), però sí n'hi havia de classe: aquests torns de treball eren menys freqüents entre els treballadors de classe social I. Només l'1% dels homes d'aquest grup i cap dona treballaven de nit, mentre les proporcions en treballadors manuals de classe IV eren del 3% i 4% en homes i en dones respectivament, i en la classe V eren del 2,6% en homes i del 2,3% en dones. Més diferències s'observaven en relació amb el treball a torns. Si entre les persones de classe social I seguien aquest sistema l'1% dels homes i el 2% de les dones, entre les de classe IV el tenien el 8% dels homes i el 9% de les dones.

A Barcelona el treball a temps parcial (7,5% dels treballadors) és molt menys habitual que a la Unió Europea (18% de la població treballadora). Com en altres indrets és superior entre les dones (el 15% enfront del 3% en els homes), que l'utilitzen sovint com una alternativa per a la conciliació de la vida laboral i familiar. A la Unió Europea

l'any 2000 treballaven a temps parcial el 6% dels homes i el 34% de les dones, amb diferències substancials entre països (a Holanda, per exemple, treballaven a temps parcial el 71% de les dones) (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000).

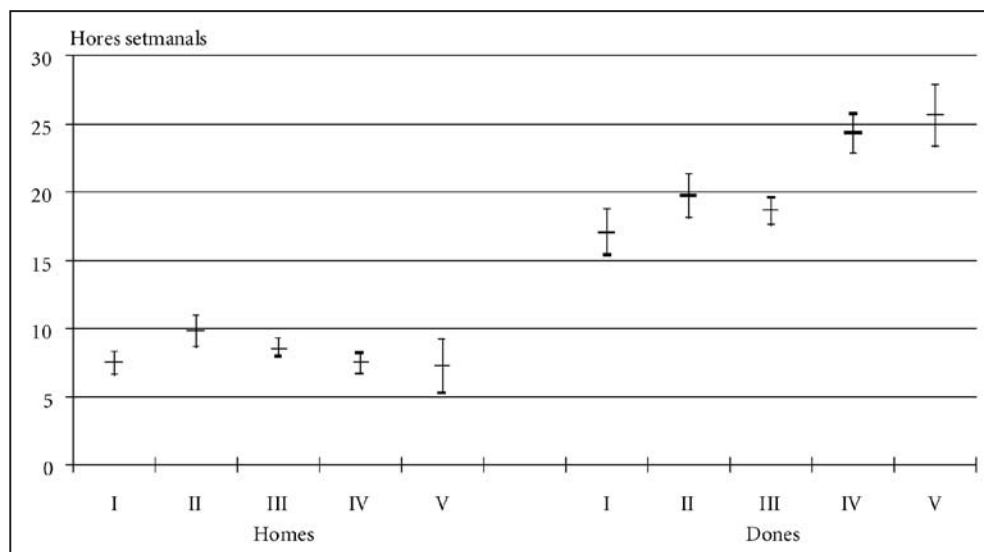
## El treball de casa

Tradicionalment, en salut laboral s'ha considerat exclusivament el treball remunerat. La progressiva entrada de les dones al mercat de treball però, exigeix ampliar el marc d'abordatge al treball domèstic, ja que, tot i estar empleades a temps complet, les treballadores continuen assumint la major part de les responsabilitats familiars. Entre les dones, les dificultats per combinar la vida laboral i la familiar, amb la sobrecàrrega de treball, l'aparició de conflictes entre els dos dominis i la manca de temps propi, poden tenir efectes negatius sobre el seu estat de salut. L'ESB-2000 recull informació de gran interès per analitzar el patró de desigualtats de gènere en les responsabilitats familiars. A continuació es presenten alguns resultats referits a la població ocupada de la regió sanitària de Barcelona ciutat de 25 a 64 anys, casada o que viu en parella, és a dir que ha de combinar la vida laboral amb responsabilitats familiars.

Entre els treballadors que havien de combinar la feina remunerada i les responsabilitats familiars, la cura de les persones de la llar requeria en les dones. Així, el 36% afirmava ser l'única responsable de la cura dels menors de 15 anys, mentre el percentatge corresponent en homes era de l'1%. La meitat assenyalava que la cura dels menors era una responsabilitat compartida pels dos membres de la parella, sense diferències de sexe. La majoria dels entrevistats que vivia amb persones grans assenyalava que aquestes eren capaces de tenir cura d'elles per si soles (ho afirmaven el 53% dels treballadors i el 74% de les treballadores). Un 16% de dones que vivia amb gent gran però, s'havia de fer càrrec d'aquesta cura sola, mentre que no hi havia homes en aquesta situació. També la cura dels discapacitats era fonamentalment responsabilitat de les dones: el 24% de les treballadores que vivien amb discapacitats afirmava ser-ne la única responsable. Cap home es trobava en aquesta situació. La tercera part dels treballadors compartia la cura de les persones amb discapacitat amb la seva parella, sense diferències de sexe. Altres feines de la llar menys gratificants, com ara netejar, planxar o cuinar comptaven

**Figura 8.5.**

Hores setmanals de treball domèstic segons classe social i sexe en la població ocupada de 25 a 64 anys que viu en parella (mitjana i interval de confiança del 95%). Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

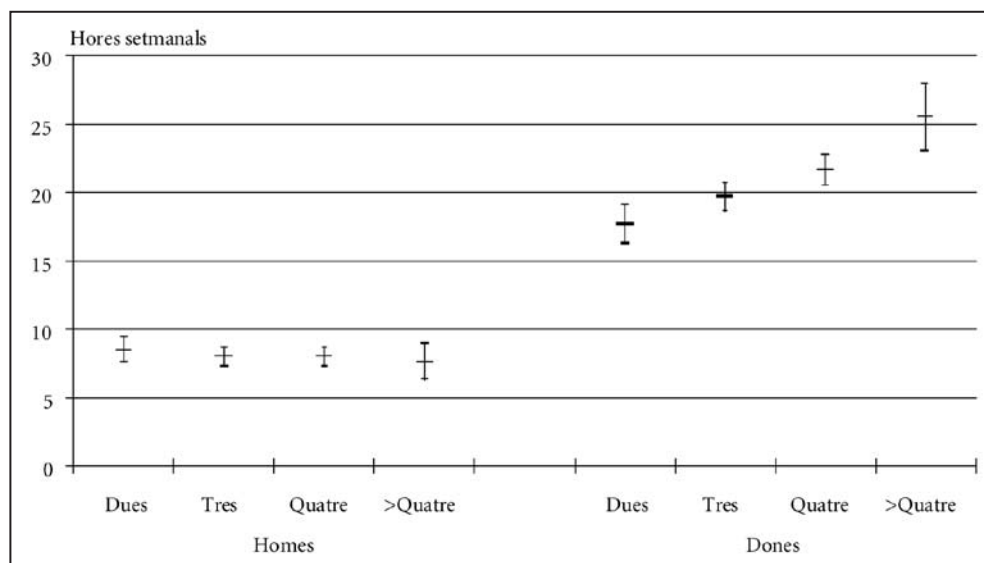
amb menys implicació per part dels homes. Només la tercera part declarava compartir aquestes tasques, mentre el 46% de les dones afirmava ocupar-se'n soles.

A Barcelona ciutat s'observaven desigualtats segons classe social i edat a l'hora de compartir les feines de la llar. El fet de ser solament la principal responsable d'aquestes tasques era més freqüent entre les dones grans i les de classes més desfavorides. Els homes dedicaven a les tasques domèstiques una mitjana de 8 hores setmanals (Desviació estàndard=7,7), mentre que les dones treballaven més del doble (20,6 hores; D.E.=10,9). Com s'aprecia a la figura 8.5, el temps de treball domèstic entre les dones era superior en les classes més desfavorides. En les dones, la dedicació al treball de casa era proporcional al nombre de persones a la llar, mentre que en els homes es mostrava independent d'aquest fet. Les dones que vivien en llars de quatre persones (40% de



**Figura 8.6.**

Hores setmanals de treball domèstic segons sexe i nombre de persones a la llar en la població ocupada de 25 a 64 anys que viu en parella (mitjana i interval de confiança del 95%). Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

les treballadores casades o que vivien en parella) treballaven a casa més de 20 hores setmanals, mentre les que ho feien en llars de més de cinc persones (11%), feien més de 25 hores setmanals de treball domèstic (figura 8.6).

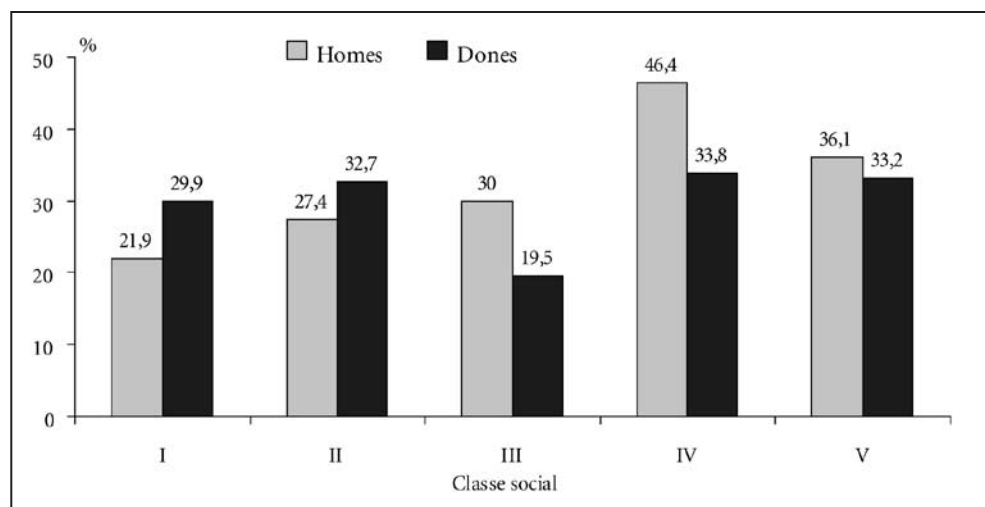
### Els factors de risc laboral

Els sistemes d'informació en salut laboral se centren bàsicament en els accidents de treball i en les malalties professionals, però se sap molt poc sobre el conjunt de factors de risc laboral. No obstant això, l'ESCA-94 i l'ESB-2000 proporcionen informació d'utilitat sobre la percepció del risc per part dels treballadors i sobre la seva distribució segons sexe i classe social.

L'any 1994, el 34% dels treballadors de Catalunya afirmaven estar exposats a algun risc laboral, més entre els homes (el 37% enfront del 29% entre les dones). La prevalença de risc laboral percebut era significativament més alta entre els treballadors manuals (classes IV i V) (figura 8.7).

### Figura 8.7.

Percepció de risc laboral en la població ocupada segons classe social i sexe. Catalunya, 1994.



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

A l'ESCA-94 es va preguntar a cada entrevistat si considerava que la seva activitat laboral representava un risc per a la seva salut, cosa que esbiaixava la resposta cap als riscos clàssics de seguretat i higiene i cap a la consideració de la salut com un concepte biològic. Efectivament, a l'imaginari col·lectiu avui dia el risc laboral se segueix entenent com aquell que es troba associat amb els accidents de treball. Aquesta pregunta actuava com a filtre, de forma que les persones que la responien en sentit negatiu no tenien opció a contestar sobre l'exposició a un seguit de riscos laborals. Així, es podria argumentar que la raó de les diferències de gènere i classe trobades en aquesta enquesta fóra deguda a l'existència d'aquesta pregunta filtre.

A l'ESB-2000 es va superar aquesta limitació introduint, sense cap pregunta de filtre prèvia, vuit qüestions sobre la freqüència d'exposició a vuit riscos laborals, la meitat dels quals eren riscos físics (soroll, existència de pols, vapors o altre tipus de pol·lució de l'aire, aixecament de volums de més de 15 kg i moviments repetitius dels braços o de les mans) i l'altra meitat psicosocials (manca de varietat del treball, manca d'autonomia, exigències psicològiques i treball aïllat). Mentre que la prevalença d'exposició a riscos físics era superior entre els homes, no es van observar diferències de sexe en els riscos psicosocials.<sup>1</sup>

Com s'aprecia a la figura 8.8, a Barcelona la prevalença de factors de risc laboral tradicionals, en ambdós sexes, era més alta entre els treballadors manuals. A més a més, en aquests era també significativament superior entre els homes.

Els riscos psicosocials seguien un patró similar: s'incrementaven progressivament a mida que es reduïa la qualificació del treball. Ressalta el nivell de risc psicosocial, clarament superior a la resta dels grups, en les dones de classe social V (figura 8.9).

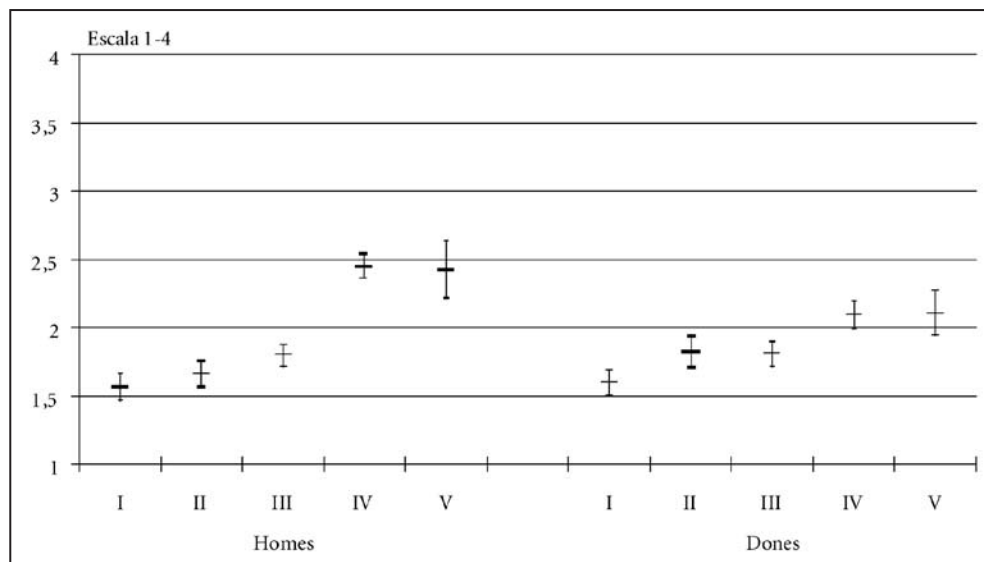
La prevalença de diferents factors de risc laboral físics es pot veure en les taules 32 i 33 de l'annex. El més freqüent, en ambdós sexes, eren els moviments repetitius. Si en homes s'apreciava un clar gradient de classe per als factors de risc analitzats (taula 32 de l'annex), en dones no s'observa aquesta tendència ni per a l'exposició a soroll ni als esforços físics (taula 33 de l'annex). Pel que fa als riscos de naturalesa psicosocial, en ambdós sexes hi ha una associació clara amb la classe social per a les dues dimensions de control sobre el treball —varietat i autonomia— i poques diferències per a les exigències psicològiques (treballar massa) o per treballar sol (si bé en aquest últim destaca que més de la meitat de les treballadores de les classes més desfavorides treballen soles).

---

1. A l'ESB2000 es van mesurar els factors de risc laboral mitjançant una escala de tipus Likert amb quatre categories de resposta. S'han creat dues variables d'exposició globals, assignant a cada individu la mitjana de la puntuació als riscos físics i psicosocials respectivament.

**Figura 8.8.**

Factors de risc físics segons classe social i sexe (mitjana i interval de confiança del 95%). Població ocupada. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

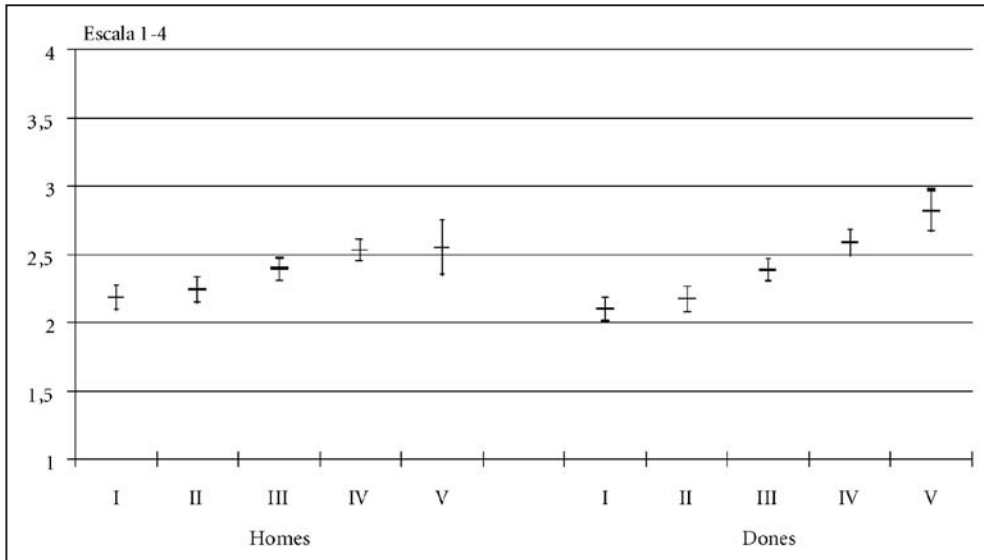
## La salut de la població ocupada

### Els accidents de treball

S'entén com a accident de treball (AT) tota lesió corporal que el treballador té amb motiu o com a conseqüència del treball executat per compte d'altri. Així, la definició legal d'accident, i el sistema d'informació d'accidents de treball que se'n deriva, exclou els accidents en treballadors autònoms, un tema potencialment molt important i del que se'n sap molt poc. L'ESB-2000 permet identificar les persones que durant els 12 mesos anteriors a l'entrevista van patir un accident laboral que provoqués alguna restricció en les seves activitats habituals i/o que requerís assistència sanitària. Un 11% dels AT d'aquestes característiques els van patir treballadors autònoms, arribant a un

**Figura 8.9.**

Factors de risc psicosocial segons classe social i sexe (mitjana i IC95%). Població ocupada. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

16% en el cas dels homes. Anàlitzem a continuació les desigualtats en els accidents de treball amb baixa en assalariats durant l'any 2000.

L'any 2000 es van produir a Catalunya 204.866 accidents de treball, amb una incidència superior en homes (138,6 per 1000 treballadors enfront de 50,3 per 1000 treballadores). La incidència decreixia linealment amb l'edat (taula 34 de l'annex). La més alta va correspondre al sector de la construcció (253,6 per 1000 treballadors) i la més baixa al de serveis (69,6 per 1000 treballadors). Anàlitzem seguidament amb més profunditat les desigualtats de gènere i de classe en els accidents greus i mortals. Els dividim en dos grans grups, “*in itinere*” (aquells ocorreguts en el trajecte, d'anada o tornada entre el domicili i el centre de treball) i “en jornada laboral” i, a més a més, els ocorreguts durant la jornada laboral els classifiquem en tres categories en funció del risc que es

pot atribuir a les condicions de treball: accidents de causa natural, accidents de trànsit en desplaçaments durant la jornada laboral i altres accidents traumàtics.

### Els accidents greus

L'any 2000 es van produir a Catalunya 2.127 accidents laborals greus, dels quals el 24% van ser “*in itinere*”. Com s’aprecia a la taula 8.1, la incidència d’accidents greus va ser més alta en homes, tant entre els treballadors manuals com en els no manuals, si bé en els primers les diferències de sexe eren de major magnitud. Aquestes diferències de sexe variaven segons el tipus d’accident, més baixes en els accidents “*in itinere*” i més elevades en els accidents de causa natural —la majoria probablement de naturalesa cardiovascular— sobretot entre els treballadors manuals.

En ambdós sexes existien també desigualtats de classe molt marcades. Globalment el risc d’accident laboral greu era més alt en treballadors manuals, però variava segons el tipus d’accident i del sexe. Si el RR dels treballadors manuals enfront dels no ma-

### Taula 8.1.

Incidència d’accidents de treball greus (accidents per cada 1000 assalariats) segons classe social, sexe i tipus d’accidents. Riscos relatius (RR) associats a la classe social. Catalunya, 2000.

	Treballadors no manuals N=344			Treballadors manuals N=1783			RR Manuels/no manuels	
	Inci- dència homes	Inci- dència dones	RR	Inci- dència homes	Inci- dència dones	RR	Homes	Dones
In itinere	23,05	15,06	1,53	36,26	19,04	1,90	1,57	1,26
En jornada laboral:								
1. Causa natural	3,04	0,68	4,47	4,43	0,46	9,63	1,46	0,68
2. De trànsit	9,37	2,74	3,42	14,35	3,02	4,75	1,53	1,10
3. Altres traumàtics	23,31	7,07	3,30	149,21	27,87	5,35	6,40	3,94
<b>Total</b>	<b>58,78</b>	<b>25,55</b>	<b>2,30</b>	<b>204,26</b>	<b>50,39</b>	<b>4,05</b>	<b>3,47</b>	<b>1,97</b>

Font: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

nuals era de 3,5 en els homes, en les dones era quasi la meitat (RR=2,0). Les majors diferències, en ambdós sexes, corresponien a la categoria d'altres accidents traumàtics. En dones no hi havia diferències de classe en els accidents de trànsit i, en el cas dels de causa natural, el risc era superior entre les treballadores més qualificades.

### Els accidents mortals

L'any 2000 van morir a Catalunya 243 persones com a conseqüència d'un accident de treball, el 38% en accidents "*in itinere*". El risc d'accident laboral mortal fou superior entre els treballadors manuals, però significativament més alt per al grup d'altres accidents traumàtics entre els homes (RR=32,9) (taula 8.2). Ressalta l'existència de diferències de classe en els accidents "*in itinere*", que *a priori* semblen tenir poc a veure amb les característiques del treball. Destaca també l'alta contribució dels accidents de causa natural i dels de trànsit en la mortalitat per accident de treball en jornada laboral en els homes. Els primers representen el 63% entre els treballadors no manuals i el 27% entre els manuals. Els accidents de trànsit eren responsables del 31% de les morts per accident laboral en jornada laboral en treballadors no manuals i del 25% entre els manuals.

#### Taula 8.2.

Incidència d'accidents de treball mortals (accidents per cada 1000 assalariats) segons classe social, sexe i tipus d'accidents. Riscos relatius (RR) associats a la classe social. Catalunya, 2000.

	Treballadors no manuals N=36			Treballadors manuals N=207			RR Manuels/no manuels	
	Inci- dència homes	Incidèn- cia dones	RR	Inci- dència homes	Incidèn- cia dones	RR	Homes	Dones
In itinere	3,29	1,14	2,89	7,96	2,79	2,85	2,42	2,45
En jornada laboral:								
1.-Causa natural	2,53	0	-	4,56	0,23	19,83	1,80	-
2.-De trànsit	1,27	0	-	4,3	0		3,39	-
3.-Altres traumàtics	0,25	0,46	0,54	8,22	0,46	17,87	32,88	1,00
<b>Total</b>	<b>7,35</b>	<b>1,6</b>	<b>4,59</b>	<b>25,04</b>	<b>3,48</b>	<b>7,20</b>	<b>3,41</b>	<b>2,18</b>

Font: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

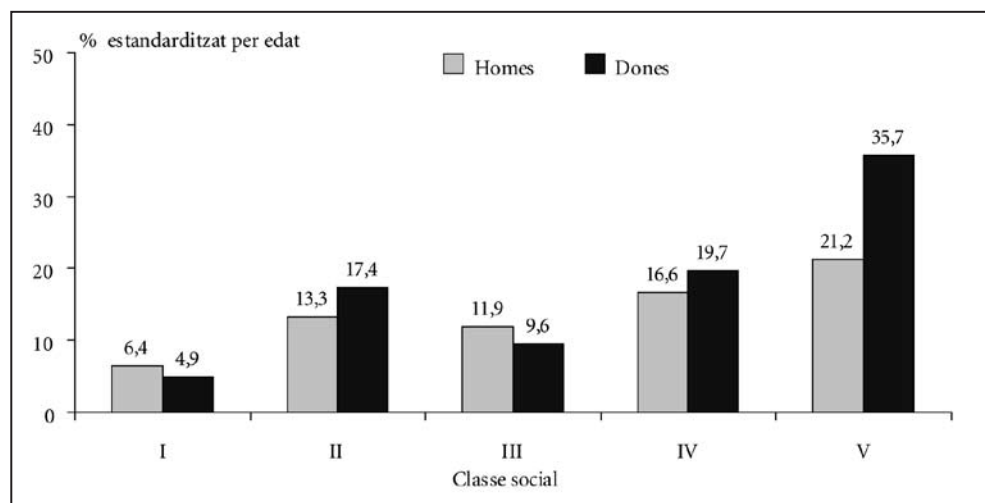
### Altres indicadors de salut

Els accidents de treball són només una petita part dels problemes de salut relacionats amb el medi laboral. Altres indicadors de salut, en major o menor mesura relacionats amb el treball, es distribueixen de forma diferent segons gènere i classe social. A continuació es presenten algunes dades en aquest sentit.

L'estat de salut percebut en la població ocupada de Catalunya era pitjor en les dones i entre els treballadors menys qualificats. En 1994, qualificaven el seu estat de salut com a regular o dolent el 15% dels homes i el 18% de les dones ocupades. Com s'aprecia a la figura 8.10, la prevalença de mal estat de salut s'incrementa gradualment a mida que empitjoren les condicions de la classe social. La magnitud de les diferències de sexe era molt més alta entre les persones de classe social V, un cop més a costa de les dones d'aquesta classe. A més, les diferències entre classes eren superiors entre les dones.

**Figura 8.10.**

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

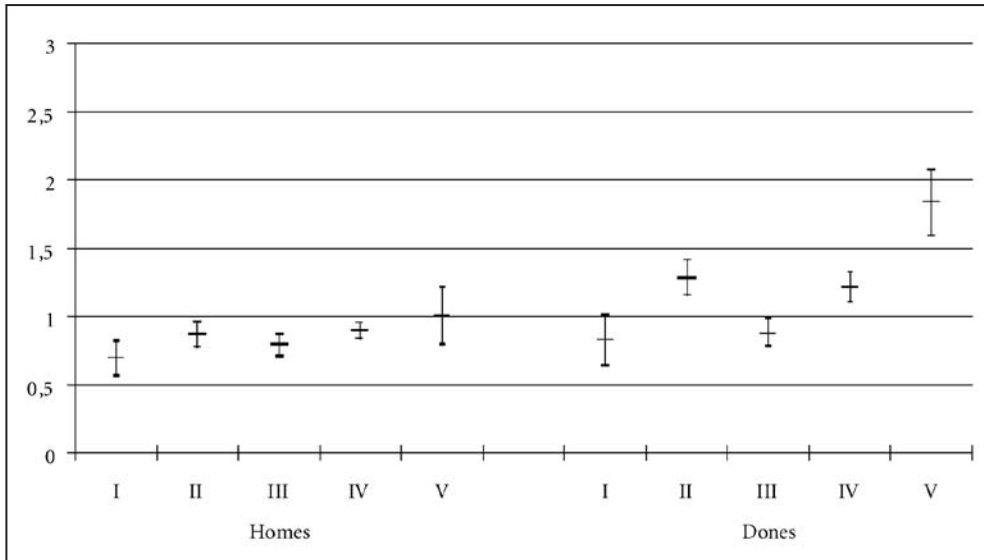


Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 1994 (elaboració pròpia).



**Figura 8.11.**

Nombre de trastorns crònics de salut segons classe social i sexe (mitjana i IC95%).  
Població ocupada. Catalunya, 1994.



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

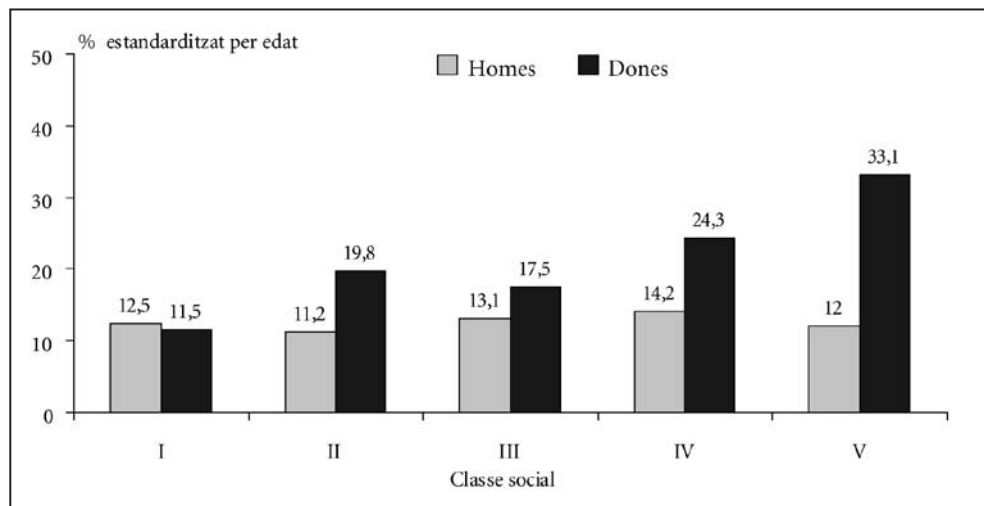
Hi havia també diferències de gènere en la prevalença de trastorns crònics de salut. L'any 1994, el 49% dels treballadors i el 58% de les treballadores entrevistades en l'ES-CA-94 declaraven patir almenys un trastorn crònic de salut. S'observaven desigualtats de classe, més pronunciades entre les dones respecte al nombre de trastorns crònics patits (figura 8.11).

Les diferències de gènere eren més acusades en l'estat de salut mental.<sup>2</sup> L'any 1994 tenien risc de tenir un mal estat de salut mental el 13% dels homes i el 22% de les dones ocupades de Catalunya. Mentre que entre els homes l'estat de salut mental no

2. L'estat de salut mental s'ha mesurat amb el GHQ 12 que és un dels instruments més utilitzats per detectar morbiditat psiquiàtrica menor. La versió de 12 ítems està recomanada per al seu ús en estudis de salut laboral i ha mostrat ser sensible tant a diferències de gènere com de classe social.

**Figura 8.12.**

Mal estat de salut mental segons classe social i sexe. Població ocupada. Catalunya, 1994.



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

s'associava a la classe social, entre les dones torna a observar-se un gradient i eren, una altra vegada, les de classe social V les que presentaven més problemes de salut mental (una de cada tres en patia) (figura 8.12).

Finalment també hi ha diferències en l'estat de salut de la població treballadora segons regió sanitària que no s'expliquen per una possible distribució diferent d'edat, sexe o classe social.<sup>3</sup> Mentre que l'any 1994 la prevalença de mal estat de salut percebut era més alta al Barcelonès Nord/Maresme, Centre i Costa de Ponent, patir almenys un trastorn crònic era més freqüent a Lleida, regió que, en contrapartida, era la que menys problemes de salut mental presentava (taula 35 de l'annex).

3. Aquesta afirmació es basa en el resultat de l'ajust de models de regressió logística multivariats en els que es controlen simultàniament la regió sanitària, l'edat, el sexe i la classe social.

## Una mirada especial a dos temes d'interès

En aquesta secció s'analitzen dos temes d'interès en el context socioeconòmic actual: la combinació de la vida laboral i familiar i el col·lectiu de dones que treballen al servei domèstic i la neteja.

### La combinació de la vida laboral i familiar i l'estat de salut

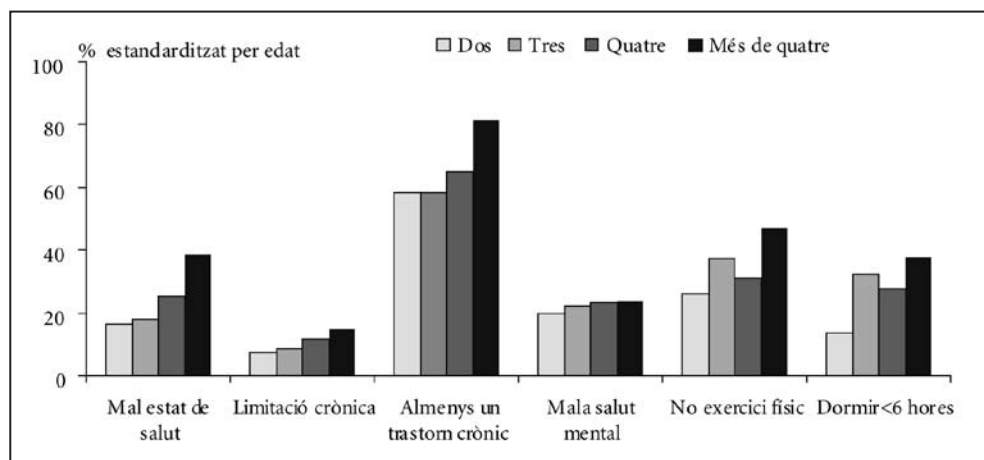
L'entrada de les dones al mercat de treball, sense el canvi paral·lel en la distribució de les responsabilitats familiars entre homes i dones, junt amb la manca de recursos públics per a la cura de les persones dependents, ha fet créixer la preocupació per les possibles conseqüències de la combinació de la vida laboral i familiar sobre l'estat de salut de les dones.

Encara que sovint es tendeix a considerar el col·lectiu de dones com a homogeni, el cert és que es tracta d'un grup amb una gran heterogeneïtat, determinada en gran mesura per l'edat, la situació laboral i la classe social. En el tema que ens ocupa la combinació de la vida laboral i familiar, sembla obvi que les treballadores més qualificades tenen més recursos per facilitar la conciliació, cosa que ja s'evidenciava en un estudi realitzat amb dades procedents de l'ESCA-94 (Artazcoz i col·l., 2001a). En la població treballadora casada o que vivia en parella, mentre que les exigències familiars mesurades a través del nombre de persones no s'associaven a l'estat de salut ni en els homes ni en les dones de classes més benestants, en les treballadores manuals es relacionaven de forma consistent amb cinc dels sis indicadors de salut analitzats: mal estat de salut percebut, limitació crònica de l'activitat, patiment d'algun trastorn crònic, menys exercici físic en el temps de lleure i menys hores de son. Curiosament, no es relacionaven amb l'estat de salut mental. Aquestes associacions eren independents de l'edat (figura 8.13).

A més a més, en treballadores manuals, conviure amb persones majors de 65 anys era protector de l'estat de salut, cosa que possiblement s'explica per l'ajut i pel suport emocional que aquestes persones presten a casa. Un altre estudi sobre combinació de la vida laboral i familiar a Terrassa (Artazcoz i col·l., 2001b), tornava a trobar associació entre el nombre de persones a la llar i el mal estat de salut en les dones ocupades i, a

**Figura 8.13.**

Estat de salut segons nombre de persones que viuen a la llar. Treballadores manuals de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella. Catalunya, 1994.



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

més a més, mostrava l'efecte protector de disposar d'una persona contractada per a les feines de la llar, efecte que era independent de l'edat i de la classe social.

Aquestes troballes mostren l'efecte negatiu de la doble jornada sobre la salut de les dones ocupades i, al mateix temps, l'impacte potencial de possibles polítiques dirigides a reduir la càrrega de treball domèstic que impliquen. Aquestes impliquen no solament intervencions públiques, sinó canvis en l'esfera privada que probablement costaran molt perquè obliguen a una profunda redefinició d'algunes de les àrees més íntimes de l'ésser humà.

**Les dones que treballen en el servei domèstic i en la neteja: confluència de desigualtats de gènere i de classe**

Al llarg del capítol s'ha descrit una pitjor situació en tots els indicadors de treball i de salut entre les dones de classe social V, col·lectiu format majoritàriament per dones

que treballen en el servei domèstic i la neteja. En aquesta secció analitzem amb més profunditat aquest grup.

Segons l'ESCA-94, l'11% de les dones ocupades de Catalunya treballaven en la neteja d'edificis i domicilis particulars, percentatge que arribava al 19% en les dones majors de 45 anys. Aquesta és una ocupació gairebé exclusivament femenina, només un 7% de les persones que ocupaven aquests llocs de treball eren homes. Són dones més grans que les d'altres ocupacions (la seva mitjana d'edat era de 42,1 anys (DE=11,7) mentre que la de la resta d'ocupades era de 36,3 anys (DE=11,6)), amb menor nivell de formació (un 22% no tenia estudis, comparat amb les altres ocupacions en què aquest percentatge era del 2%), amb els majors percentatges de vídues, separades i divorciades (el doble que en la resta d'ocupacions: 14% i 7%, respectivament), i també amb majors càrregues familiars quan viuen en parella (un 63% vivien en llars de 4 o més persones, mentre que aquesta situació es donava en el 54% de les dones amb altres ocupacions).

El tipus de relació laboral és també desavantajosa per a aquest col·lectiu, tal com mostren les dades de l'ESB-2000 (l'ESCA-94 no recull aquest tipus d'informació), de manera que l'any 2000 a Barcelona ciutat eren el grup amb major proporció de treball sense contracte (18%) i amb xifres també elevades de contractes temporals (21%). Cal assenyalar que el tipus de relació laboral està estretament relacionat amb l'accés als recursos assistencials i preventius específics, de manera que els treballadors sense contracte i també els autònoms<sup>4</sup> (11% de les dones de la neteja i de servei domèstic), no tenen accés ni a l'assistència especialitzada en salut laboral de les mútues d'accidents de treball i malalties professionals, ni tampoc als serveis de prevenció.

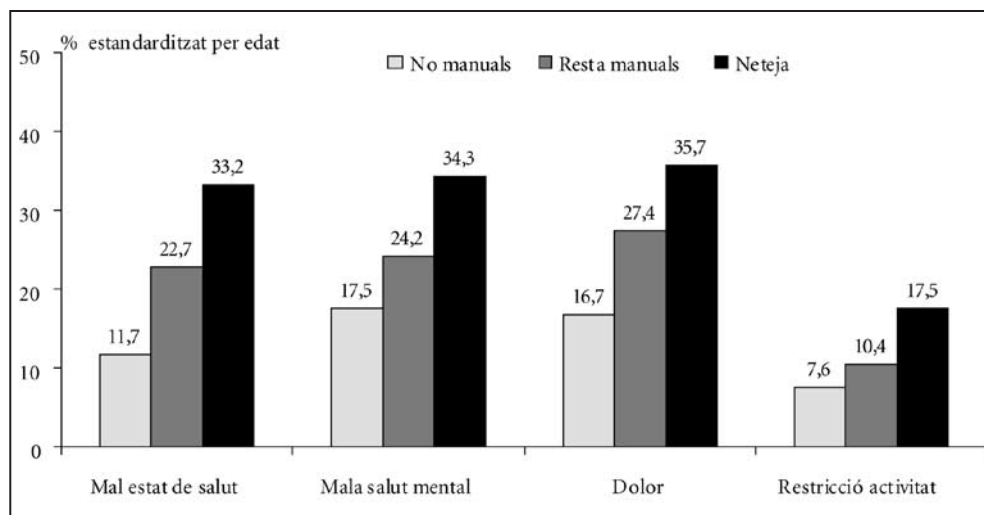
Diversos indicadors de salut mostren la pitjor situació d'aquest col·lectiu de treballadores; així, d'acord amb l'ESCA-94, una de cada tres dones (35%) que treballava en la

---

4. L'assistència especialitzada de les mútues d'accidents de treball i malalties professionals va adreçada als col·lectius que tenen coberta aquesta contingència en el seu règim d'afiliació a la seguretat social, contingència no coberta en el règim especial de treballadors autònoms. Quant als serveis de prevenció, la seva activitat i cobertura queda emmarcada en l'àmbit de la llei de prevenció de riscos laborals de què estan explícitament excloses les persones que treballen en el servei domèstic.

**Figura 8.14.**

Trastorns de salut segons classe social o ocupació. Dones ocupades. Catalunya, 1994.



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

neteja o el servei domèstic a Catalunya tenia mal estat de salut i també una de cada tres mala salut mental, un 39% tenia dolor moderat o molt dolor i un 18% d'elles patien algun problema de salut crònic que en alguna ocasió al llarg de l'any els havia impedit o dificultat d'anar a treballar o fer les feines de casa. En tots els casos les proporcions eren superiors a les dones d'altres ocupacions, fins i tot a les altres treballadores manuals, tot i tenint en compte l'edat (figura 8.14).

Una altra mirada permet obtenir una perspectiva de gènere: en comparar aquests mateixos cinc indicadors entre homes i dones que treballaven en la neteja, també en tots els casos la situació era més desfavorable per a elles, de manera que comparades amb ells tenien entre cinc i sis vegades més mala salut general, mala salut mental i dolor moderat o molt dolor (respecte a la restricció de l'activitat, no es pot mostrar cap mesura de comparació perquè cap home d'aquest col·lectiu va presentar-ne).

També alguns trastorns crònics recollits en l'enquesta eren més freqüents en aquest col·lectiu, reproduint el mateix patró al comparar les dones dels tres grups (neteja, resta de manuals i no manuals): en la taula 36 de l'annex es presenten les proporcions d'ansietat, artrosi, asma, molèsties urinàries, problemes de cor i varices referides per les dones que treballaven en la neteja, en la resta d'ocupacions manuals i en ocupacions no manuals, a més de les proporcions dels quatre indicadors generals.

Dels resultats aquí descrits sorgeix la reflexió sobre un possible escenari en un mercat laboral amb cada vegada més dones que han de comptar amb els serveis d'altres dones menys privilegiades per a la cura de les criatures i de la casa. Aquestes faciliten la conciliació de la vida laboral i familiar de les primeres a costa, però, de la seva salut.

## CONCLUSIONS

Les principals conclusions d'aquest capítol són les següents:

- La interacció entre les desigualtats de gènere i de classe social determinen les condicions de treball, els riscos laborals, les responsabilitats familiars i l'estat de salut dels treballadors i treballadores de Catalunya.
- L'accés al mercat de treball és més exigent per a les dones, que un cop s'hi incorporen ho fan en llocs menys qualificats i en pitjors condicions de contractació que els homes; aquests, però, estan més exposats als riscos laborals físics i tenen més accidents de treball.
- La població treballadora de classes socials menys afavorides té pitjors condicions contractuals, està més exposada tant als riscos laborals clàssics com psicosocials i té més risc de patir accidents laborals.
- Les responsabilitats familiars són assumides majoritàriament per les dones, i les de classes més desfavorides hi dediquen més temps; en aquestes dones la sobrecàrrega

resultant d'aquesta dedicació amb la de la feina remunerada s'associa a un pitjor estat de salut.

- Les dones tenen pitjor estat de salut percebut i de salut mental que els homes. A més, aquests dos indicadors i els trastorns crònics augmenten a mesura que disminueix la classe social.
- En les dones de classes socials més desfavorides conflueixen els dos eixos de desigualtat, determinant una pitjor situació en les condicions de treball, les responsabilitats familiars i en l'estat de salut. Un col·lectiu nombrós que exemplifica aquesta situació és el de les dones que treballen en la neteja i el servei domèstic.
- Hi ha desigualtats en la situació laboral i l'estat de salut de treballadors i treballadores de les diferents regions sanitàries; destaca el Barcelonès Nord/Maresme amb la menor taxa d'activitat femenina, la major proporció de població treballadora de classes socials manuals, la major taxa d'atur i la major prevalença de mal estat de salut.
- Els sistemes d'informació laboral actuals, centrats bàsicament en els accidents de treball i les malalties professionals, són insuficients.

## **Bibliografia**

Amable M.; Benach J.; González S. (2001). "La precariedad laboral y su impacto sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multi-métodos". *Arch Prev Riesgos Laboral* 4: 169-184.

Artazcoz L.; Borrell C.; Benach J. (2001). "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands". *J Epidemiol Community Health* 55: 639-47.

Artazcoz L.; Borrell C.; Rohlfes I.; Beni C.; Moncada A.; Benach J. (2001). "Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada". *Gac Sanit* 15: 150-53.

Benach J.; Gimeno D.; Benavides F.G. (2002). *Types of employment and health in the European Union*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg; Office for Official Publication of the European Communities.



Benach J.; Amable M.; Muntaner C.; Benavides F.G. (2002). "The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place?" *J Epidemiol Community Health* 56: 405-6.

Benavides FG.; Benach J. (1999). *Precarious employment and health-related outcomes in the European Union*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities.

Boffetta P.; Kogevinas M.; Westerholm P.; Saracci R. (1997). "Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence". *IARC Scientific Publications* 138: 331-341. Lyon.

Boix P. (1998). «Modalidades de contratación temporal y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995». *Mapfre Seguridad* 69: 15-27.

Borg V.; Kristensen T.S. (2000). "Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment?" *Soc Sci Med* 51: 1019-1030.

Del Llano J.; (1991). *Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar del municipio de Madrid*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.

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

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002). *Quality of work and employment in Europe. Issues and challenges*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Grupo SEE y Grupo SEMFYC (2000). "Una propuesta de medida de la clase social". *Aten Primaria* 25: 350-63.

Hogstedt C.; Lundberg I. (2002). Work-related policies and interventions. A: Mackenbach JP, Bakker M (eds). *Reducing inequalities in health: A European perspective*. Routledge, 85-103.

Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya. [página visitada 12/06/2002]. Accessible en: URL:<http://www.idescat.es>.

Johnson J.; Hall E.M. (1995). Class, work and health. En: Amick III BC, Levine S, Tarlov AR, Chapman Walsh D, eds. *Society and Health*. Oxford: Oxford University Press, 247-271.

Marmot M.; Bosma H.; Hemingway H.; Brunner E.; Stansfeld S. (1997). "Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence". *Lancet* 350: 235-239.

Marmot M.; Siegrist J.; Theorell T.; Feeney A. (1999). Health and the psychosocial environment at work. A: Marmot M, Wilkinson RG, eds. *Social determinants of Health*. Oxford: Oxford University press, 105-131.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2000. [página visitada: 10 de junio de 2002]. Accessible en URL: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00>.

Regidor E.; Gutiérrez-Fisac J.L.; Rodríguez C. (1995). Las desigualdades sociales y la salud en España. A: Informe SESPAS 1995. *La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG Editores 19-43.

Schrijvers C.T.M.; van de Mhen H.; Stronks K.; Mackenbach J.P. (1998). "Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions". *Int J Epidemiol* 27: 1011-1018.

Vahtera J.; Virtanen P.; Kivimäli M.; Pentti J.; (1999). "Workplace as an origin of health inequalities". *J Epidemiol Community Health* 53: 399-407.

## **9** Medi ambient i desigualtats en la salut

Jordi Sunyer, Núria Ribas-Fitó i Laura Bouso



## INTRODUCCIÓ

### Les desigualtats en el medi ambient

Una definició àmpliament acceptada descriu el medi ambient com tots aquells agents o factors, ja siguin naturals o produïts per l'home, que es troben fora del control directe dels individus ja que la seva exposició és involuntària i sovint desconeguda (Steenland, 1997). Avui en dia les comunitats humanes estan esgotant els recursos naturals i degradant els ecosistemes, amb conseqüències preocupants per al medi ambient i per a la salut de les persones. El cada cop més accentuat consum de recursos naturals està duent la terra fora del seu equilibri, amb canvis ambientals a escala planetària que tindran un impacte sobre la salut que molts experts aventuren a dir que serà notable (McMichael, 2001). Entre els exemples més coneguts podem destacar l'acumulació de gasos d'hivernacle i el canvi climàtic; el forat de la capa d'ozó i els efectes de la radiació ultraviolada; la disrupció dels cicles del nitrogen i el sofre; l'acidificació de llacs o reserves d'aigua i la desforestació; i la disseminació de contaminants persistents com els metalls i els compostos organoclorats i el seu efecte sobre la reproducció, el càncer o el desenvolupament neuroconductual i immunitari. D'altra banda, existeix una segona sèrie de canvis ambientals de tipus més local, com són la pèrdua de biodiversitat, la desertització, la deplecció dels bancs de pesca i de les aigües subterrànies, que també poden tenir un notable impacte sobre la salut planetària i la de les persones.

Tot i que ja van ser coneguts durant el desenvolupament de la revolució industrial, als darrers decennis s'ha estudiat amb molta profunditat l'impacte de factors de risc ambiental locals com ara les emissions de contaminants per les indústries, el tractament de residus i els efectes del seu tractament, l'impacte de l'activitat urbana en l'aire o la contaminació química de l'aigua. Aquesta informació prové tant d'estudis experimentals realitzats en animals com d'estudis observacionals en poblacions humanes. Les repercussions dels diversos impactes ambientals sobre la salut de les persones variaran en funció del grau d'exposició que tinguin els individus i de les mesures de prevenció i protecció que aquests adoptin, així com del seu grau de susceptibilitat individual.

El diferent grau d'exposició i de les mesures preventives en funció del nivell socioeconòmic de les classes socials es troba lligat a la noció d'*ecojustícia* (Sachs, 1996). Aquest concepte fa referència a la distribució equitativa dels recursos ambientals en la població tenint en compte la preservació i la conservació de la natura, la seguretat ecològica, la justícia ambiental i la unió indivisible entre drets humans, medi ambient i desenvolupament sostenible.

Tot i que els factors de risc ambientals es troben entre les primeres prioritats establertes per les comissions internacionals, la forma en què les distintes classes socials i els territoris on viuen es podran protegir d'aquests factors de risc és actualment un interrogant. Amb el coneixement actual, es pot afirmar que, donada la seva elevada bioestabilitat i capacitat d'acumulació, l'exportació de residus tòxics a les zones pobres probablement no evitarà que la contaminació resultant afecti finalment el conjunt de la població. Així mateix, una part de la distribució de les infeccions o alguns canvis en la qualitat dels aliments tindran potser també un impacte semblant en tota la població i els membres de les generacions futures. No obstant això, la situació pot ser diferent en altres casos. Per exemple, el fet que aquells que disposen d'aire condicionat tinguin un menor risc de patir danys en la salut com a conseqüència d'elevacions sobtades de la temperatura per ones de calor, permet aventurar que, almenys algunes mesures protectores, probablement no estaran disponibles per a tot el conjunt de la població sinó solament pels grups socials més benestants. Un segon exemple el trobem en els canvis en els patrons alimentaris relacionats amb el probable augment en el consum de productes de l'agricultura ecològica que pot arribar a ser molt desigual segons les classes socials. Aquestes possibles

diferències en l'adaptació als canvis mediambientals podrien resultar encara més evidents entre els grups socials més privilegiats, que són els que habitualment tenen més coneixement dels factors de risc existents i una major capacitat econòmica per canviar els seus hàbits i protegir-se dels danys. No obstant això, només una visió integrada a escala internacional de les necessitats i problemes que tenen (i tindran) les diferents classes socials i territoris, que tingui en compte l'equitat distributiva i la justícia social i ambiental podrà fer front a problemes del medi ambient que són globals i locals.

### **Antecedents en l'estudi de l'impacte sobre la salut de les desigualtats en el medi ambient**

Tant les epidèmies com els agrupaments de casos (*clusters*) de malalties es defineixen en funció d'un espai i d'un temps concret i constitueixen els dos efectes més importants sobre la salut produïts pel medi ambient. Una *epidèmia*, per exemple, consisteix en un augment inesperat de la incidència d'una malaltia, de tal magnitud que resulti poc probable que en un espai i període de temps donats aquest augment pugui ser degut a l'atzar i que, per tant, calgui explicar-lo per l'existència d'un o varis factors de risc ambientals. A l'Estat espanyol, la desviació d'un oli de colza desnaturalitzat per a ús industrial cap al consum humà va produir a mitjans de l'any 1981 una epidèmia d'una malaltia multisistèmica nova que va afectar més de 20.000 persones i va produir 340 morts (Posada, 1997). Les classes populars foren les més afectades per la distribució de l'oli en el mercat ambulat, encara que la distribució de la malaltia va afectar àmplies zones geogràfiques de l'Estat. La retirada del mercat de l'oli contaminat va evitar nous casos. No obstant això, altres epidèmies d'origen alimentari com la de Yusho al Japó, produïda pel consum de peix contaminat amb PCBs, no han seguit un patró diferencial de consum i per tant d'afectació entre les classes socials (Ribas-Fitó, 2001).

Els *agrupaments de casos* consisteixen en increments aparents de la incidència de malaltia en un espai i un temps determinats. Davant d'un augment aparentment inusual de casos de malaltia, els investigadors han de diferenciar si aquest es deu a la variabilitat habitual de la malaltia, explicable per les fluctuacions en els factors determinants de la mateixa, o a un augment per sobre del que podem esperar. En aquest segon cas, cal

cercar la identificació d'un factor de risc comú entre els casos trobats. Un exemple clàssic de *cluster* fou l'aparició de leucèmia infantil en les proximitats d'una central de reprocessament nuclear a Sellafield, a Anglaterra (Gardner, 1992). L'atenció sobre l'augment de casos de leucèmia (6 morts en menors de 25 anys en un període de 10 anys davant dels 1,4 casos que s'esperava trobar segons les taxes habituals a Anglaterra i Gales) no fou degut a la magnitud del *cluster* sinó a la seva aparició en les proximitats d'una central nuclear i a la seva possible relació amb la contaminació ambiental. El fet que la gent de classe social més desfavorida fos la que vivia al voltant de la central indicava un clar desavantatge social. La posterior investigació de les causes del *cluster* va concloure que l'exposició laboral dels pares dels infants a dins la central en el moment de la concepció fou la causa del *cluster*. Aquest exemple ens ensenya que sovint l'exposició laboral explica els augments de casos al voltant d'instal·lacions industrials.

Una manera indirecta de protegir la salut de les persones de possibles focus locals de contaminació (com ara els d'indústries o els d'abocadors de residus), és que la distància entre la residència i aquests focus de contaminació sigui suficientment gran. Habitualment, la proximitat dels habitatges a aquests punts de risc repercutirà en el preu del sòl i en el dels mateixos habitatges, amb la qual cosa el poder adquisitiu dels ciutadans serà un punt clau que determinarà el risc ambiental al que estaran sotmesos. En general, es pot dir que aquests focus locals de contaminació tendeixen a concentrar-se en els territoris amb menys benestar social on hi viuen els propis treballadors (IARC, 1996). Per tant, aquelles persones que pertanyen a les classes socials més desfavorides probablement estiguin més exposades a la contaminació pel fet de no disposar de mitjans suficients per viure en zones amb menys pol·lució. No obstant això, fins ara no es disposa de dades que posin de manifest aquest gradient social en funció del risc de viure a prop d'aquests focus local de contaminació. Així, avui dia hi ha pocs estudis en el món que investiguin l'efecte de viure prop de les *incineradores*. Un estudi en una de les incineradores més contaminants de França (Viel, 2000) ha trobat un augment del risc dels càncers relacionat amb les dioxines (un compost organoclorat que és cancerígen a molt baixes dosis), i un estudi belga (Nouwen, 2001) ha trobat un lleuger retard en la maduració sexual. En general, però, els resultats són encara contradictoris pel que fa a l'augment del risc de càncer, la qual cosa fa molt difícil arribar a tenir conclusions clares. Pel que fa als estudis referents a viure al voltant d'un *abocador de residus indus-*



*trials*, la majoria d'estudis s'han centrat en els efectes sobre els trastorns reproductius i les malformacions congènites més que no pas en el càncer (Vrijheid, 2000). De totes maneres la major part d'estudis analitzen un sol abocador i, donat que la mida de la població de risc és petit, es fa també difícil poder arribar a conclusions clares. Els estudis més grans, fets a l'estat de Nova York i a Europa, troben efectes perjudicials sobre el fetus relacionats amb la residència de la mare prop de l'abocador durant la gestació. Cal destacar que no es disposa d'informació de qualitat provinent d'estudis al voltant d'abocadors de residus urbans.

Multitud d'estudis han mostrat com l'exposició a curt termini a les partícules i altres contaminants de *l'aire urbà* generats pel tràfic i les combustions de la ciutat es troba associada a l'increment del percentatge diari d'ingressos i morts per causes respiratòries i cardiovasculars. A més del desencadenament de la mort o de l'exacerbació de malalties preexistents com la malaltia pulmonar obstructiva crònica o la insuficiència coronària, la contaminació atmosfèrica és un factor de risc de producció de nous casos d'aquestes malalties que a llarg termini reduiran l'esperança de vida. Així, la relació entre l'exposició crònica a la contaminació atmosfèrica i el risc de morir augmenta de forma lineal, ja sigui per una major prevalença de malalties relacionades amb la contaminació o per una major severitat de la mateixa malaltia en les àrees més contaminades. Es desconeix, però, si l'efecte de la contaminació és major en els territoris menys benestants i en les classes socials més desafavorides. Cal tenir en compte que bon nombre d'estudis són nord-americans, on es produeix un fenomen diferent al del nostre entorn anomenat *inner city effect* (en el centre de les ciutats s'hi concentra de manera molt segregada la gent més pobre, que tenen uns nivells d'exposició a riscos ambientals a l'interior dels edificis més elevats que els de la resta de la població) amb un tipus de segregació de la població en àrees molt delimitades que probablement no es dona a Europa.

*L'aigua de beguda* és una altra font important de contaminació. Tot i que la desinfecció de l'aigua ha assolit un grau de cobertura molt elevat arreu de les societats desenvolupades, els interrogants ara es centren en la possible toxicitat dels elements químics generats en la desinfecció de l'aigua com els trihalometans (THM), que es formen en la reacció de la matèria orgànica amb els residus de clor, i que són més elevats en

zones altament industrialitzades que tenen una mala gestió dels residus industrials. Els THM s'han associat a un augment de les malformacions congènites en els fills de les dones que bevien aigua de l'aixeta durant l'embaràs en comparació amb dones que bevien aigües no contaminades (Bove, 2002). Un segon exemple de contaminació de l'aigua de beguda el trobem en la contaminació de les capes freàtiques per nitrats pel seu ús agrícola que n'inutilitza el seu ús i, per tant, disminueix l'accessibilitat a l'aigua potable.

Quan parlem de medi ambient i salut no podem oblidar tenir en compte el paper que juga la *dieta*. Encara que és ben sabut l'impacte que té el tipus d'alimentació sobre la salut, no és tan conegut el fet que els aliments suposen una important porta d'entrada a l'organisme de compostos orgànics persistents, antibiòtics i metalls, entre d'altres substàncies. Els compostos orgànics persistents (COPs), com ara els PCBs, les dioxines, el DDT i el DDE, són productes químicament estables que s'acumulen en la matèria orgànica de sòls i sediments i en els teixits dels organismes vius (Porta, 2002). El fenomen de la distribució planetària dels COPs és potser un dels exemples que justifica de forma més clara la màxima "pensa globalment, actua localment", ja que l'ús local d'aquests compostos té efectes globals que poden arribar a ser més intensos en zones molt allunyades dels seus punts de fabricació i d'ús. Així, aquests compostos poden arribar al nostre organisme a través d'una exposició ambiental a dosis molt baixes però que són constants i sostingudes en el temps. La dieta, sobretot aquells aliments amb un alt contingut de grasses (naturals i reciclades), representa la via d'incorporació més important d'aquests compostos tant en humans com en animals. Un problema afegit que cal tenir en compte és el fet que els patrons d'alimentació són diferents en funció de la classe social de l'individu i que, per tant, això podria donar lloc a diferències en l'exposició a aquests compostos en funció de la classe social. Tot i la manca d'informació existent, actualment hi ha estudis internacionals que mostren que aquells que consumeixen més fruita i verdura tenen uns nivells més elevats de DDT, i que aquells que mengen més peix tenen uns nivells més elevats de PCBs (i.p.e.c.).

## Objectius i mètodes

Aquest capítol té com a objectius principals destriar la informació disponible a Catalunya pel que fa a estudis agregats i individuals sobre l'exposició, mesures preventives i susceptibilitat individual associades amb el medi ambient i la salut, i discutir la possibilitat del seu possible impacte desigual en funció de les variables socials disponibles. Amb aquesta finalitat s'ha fet una revisió exhaustiva de la literatura internacional i local sobre el camp de les desigualtats en medi ambient en salut utilitzant la base de dades MEDLINE corresponent als anys 1985-2002. A més, s'han revisat els resums de les reunions de les societats científiques pertinents dels anys 2000 a 2002 i, sempre que ha estat possible, s'ha cercat informació corresponent als informes, documents, o altres treballs accessibles que han semblat d'utilitat.

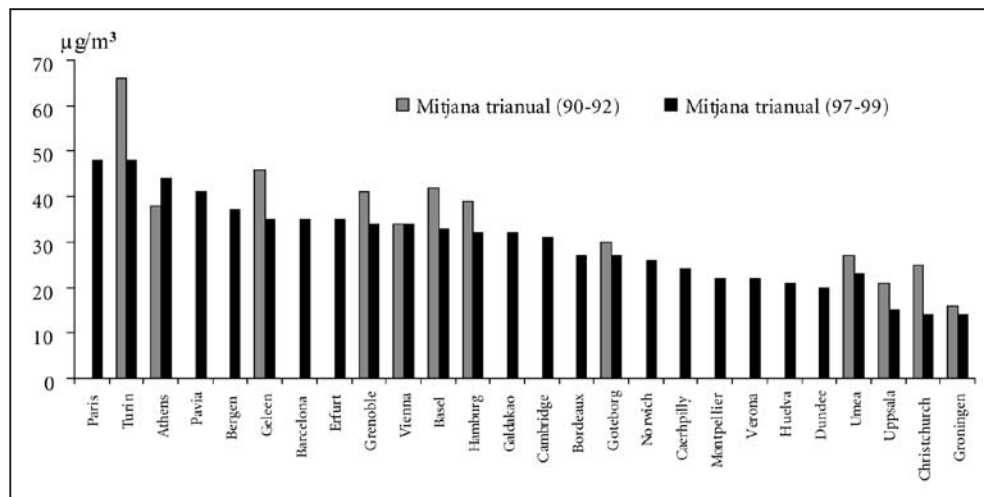
La informació existent a Catalunya sobre l'exposició ambiental, tant de grups de població com a nivell individual, és avui en dia molt escassa. Aquest fet dificulta en gran mesura la possibilitat de realitzar una diagnosi adequada de les diferències i les desigualtats en la salut produïdes pel medi ambient. Tot i amb això, es revisa la escassa informació existent i es realitza una valoració a priori de l'impacte que, donada la informació disponible, es podria esperar per a la salut humana.

## LES DESIGUALTATS EN MEDI AMBIENT A CATALUNYA

Un dels antecedents més coneguts quant a *contaminants de l'aire* es va produir a la ciutat de Barcelona, durant els anys 80 quan es van produir una sèrie d'epidèmies d'asma que van afectar més de 600 persones causant un total de 26 morts. En els dies epidèmics el nombre de casos atesos per asma a urgències a tota la ciutat va augmentar de 4 a 20 vegades respecte a un dia normal (Antó i col·l., 1993). La causa de l'epidèmia fou la inhalació de pols de soja emesa des del port. L'impacte de l'epidèmia en els individus fou diferent en funció de l'edat, de la distància respecte al lloc de residència i al fet de treballar en la zona antiga de la ciutat (Ciutat Vella i Sant Martí respecte a Sarrià/Sant Gervasi i, sobretot, respecte a Nou Barris). Aquesta diferència geogràfica, tot i que no va seguir un patró respecte a la classe social, es va concentrar en els districtes de la ciutat menys benestants. El control del focus emissor va eliminar aquestes epidèmies.

**Figura 9.1.**

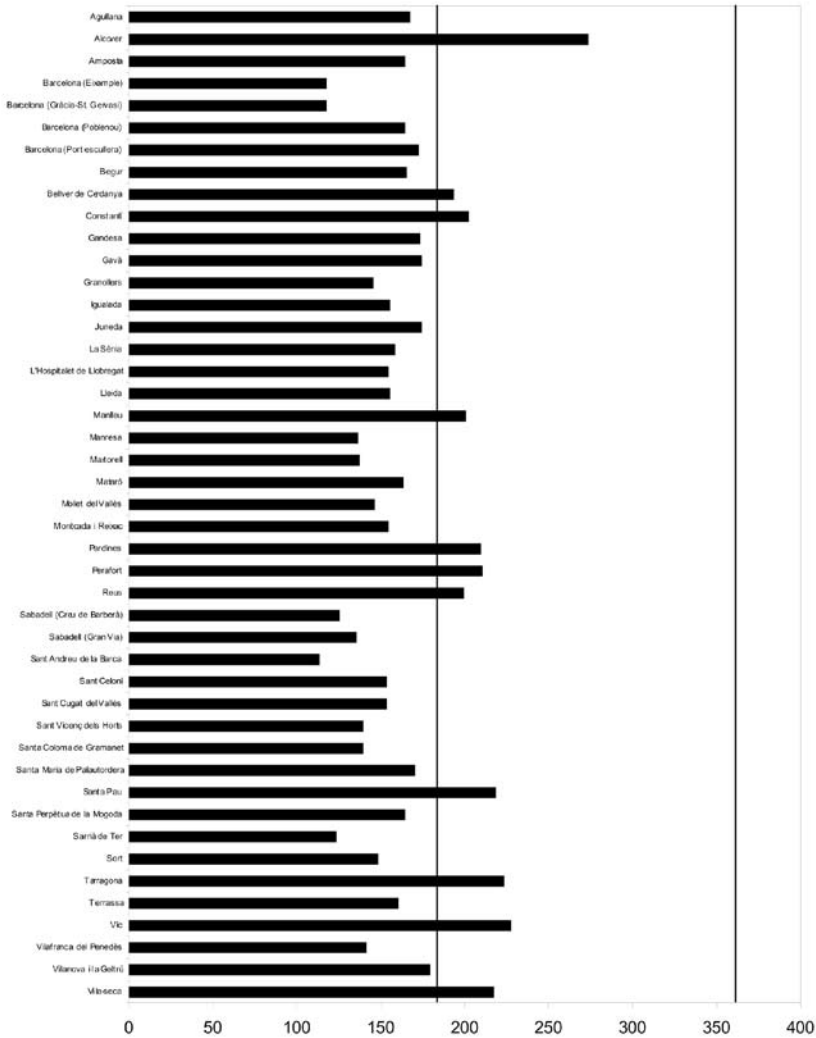
Nivells mitjans de diòxid de nitrogen ( $\text{NO}_2$ ) en l'aire urbà de diferents ciutats europees, 1990-92 i 1997-99.



Font: Estudi *European Centers Respiratory Health Survey*.

D'altra banda, les dades ambientals sobre la contaminació de l'aire de què disposem en l'actualitat a la ciutat de Barcelona ens indiquen que els nivells de contaminants relacionats amb el trànsit rodador i l'activitat industrial, tant de les partícules com dels gasos (p.e. el diòxid de nitrogen ( $\text{NO}_2$ )), si bé es troben dins dels límits marcats per la Unió Europea (no així pels límits que caldrà aconseguir l'any 2005), són propis de moltes de les ciutats del sud d'Europa que presenten uns nivells de contaminació de fins més de 2 vegades més elevats als assolits per les ciutats del nord d'Europa (figura 9.1). La contaminació produïda per partícules és homogènia en àrees geogràfiques extenses, mentre que la contaminació produïda per gasos està directament relacionada amb la proximitat amb la font d'origen (per exemple, el grau d'intensitat del trànsit en un carrer d'una ciutat). En aquest sentit, el grau de contaminació per gasos del districte de l'Eixample de la ciutat de Barcelona pot ser més elevat que el de zones socials més desfavorides. De totes maneres, pel que fa a les partícules en l'aire (que és el contaminant que més s'ha associat a un impacte sobre la salut humana), donada

**Figura 9.2.**  
 Nivells d'ozó. Catalunya, 2000-2001.



Llindar d'informació a la població: Valor màxim en 1 hora 180 µg/m<sup>3</sup>

Llindar d'alerta a la població: Valor màxim en 1 hora 360 µg/m<sup>3</sup>

Font: Departament de Medi Ambient, Generalitat de Catalunya.

la seva uniforme distribució, no es produeixen grans variacions dins de la ciutat. La diferència més marcada que esperaríem trobar a Catalunya seria entre les zones urbanes i les rurals, ja que la contaminació pel trànsit rodat i certa activitat industrial es localitza a zones metropolitanes (fonderies, cimeteres). No obstant això, no es disposen d'estudis d'exposició individual on es mesurin variables com el temps que un subjecte passa viatjant en automòbil, que és un determinant important del nivell individual de contaminació. A més, la distribució espacial de la contaminació atmosfèrica no segueix un patró simple i definit. Com s'ha dit, les zones amb major contaminació produïda per les partícules són la ciutat de Barcelona i zones d'alta activitat industrial i per trànsit com són Montcada i Reixac i Sant Andreu de la Barca. Però, tal i com es veu a la figura 9.2, a Catalunya la distribució espacial de les variacions en contaminació per ozó (un gas reactiu que sobretot afecta l'aparell respiratori) bàsicament expressa una relació urbana/rural invertida. És a dir, els nivells més elevats d'ozó es troben en aquelles zones més allunyades dels focus d'alta activitat industrial, ja que aquest contaminant s'acumula a zones allunyades d'on es generen els seus precursors. Per tot això, es preveu que, en el cas que hi hagi diferències en l'exposició als contaminants atmosfèrics, aquesta sigui poc transcendent en l'impacte de la contaminació sobre la salut. Pel que fa a *l'interior dels edificis*, existeix un estudi a la ciutat de Barcelona sobre els nivells d'àcars de la pols (associat a les taques d'humitat) i de diòxid de nitrogen (en relació a la mala combustió de cuines i estufes, i pel fet de viure a prop de carrers amb molt trànsit) en 300 domicilis que, en contra del que s'esperaria, no ha trobat diferències per classe social (Basagaña, en premsa). Aquests dos factors s'han associat a l'asma.

Una segona font d'exposició a contaminants és l'*aigua de consum*. A Catalunya quasi no existeixen zones on hi hagi dèficits en la cloració per la desinfecció de l'aigua de consum però, en canvi, es podrien produir diferències en funció de la contaminació produïda pels mateixos agents químics responsables de la desinfecció. Es disposa d'informació, per exemple, que indica que els nivells de trihalometans (subproductes de la cloració de l'aigua) de la conca del Llobregat són molt superiors als d'altres conques (taula 9.1). De totes maneres, a diferència del que passa amb la contaminació de l'aire, en aquest cas l'individu pot teòricament controlar el tipus i quantitat de consum d'aigua fent que el grau d'exposició individual al que està sotmès pugui ser diferent. Un estudi recent realitzat a diferents poblacions de l'Estat espanyol (entre elles Barcelona i Sabadell),

**Taula 9.1.**

Nivells de trihalometans (THM) a les conques del Llobregat i del Ter, 1998.

Contaminant	Llobregat		Ter	
	Mitjana	Rang	Mitjana	Rang
Cloroform	12	3-20	31	15-84
Bromdicloretilè	21	7-35	12	1-22
Dibromcloretà	36	15-69	5	0,9-12
Bromoform	54	28-83	1	0,2-5
<b>Total THM</b>	<b>123</b>	<b>75-196</b>	<b>48</b>	<b>21-119</b>

Font: Calderón i col·l., 2002.

**Taula 9.2.**

Tipus d'aigua de consum segons el nivell d'estudis. Asturias, Barcelona, Sabadell i Tenerife, 2000-2001.

Nivell d'estudis	Aigua municipal	Aigua embotellada	Altres
Sense estudis o primària incompleta	356 (66%)	108 (20%)	76 (14%)
Escola primària completa	254 (63%)	90 (22%)	58 (15%)
Escola secundària	69 (52%)	48 (36%)	16 (12%)
Nivell universitari	39 (62%)	18 (29%)	6 (9%)
<b>Total</b>	<b>718 (63%)</b>	<b>264 (23%)</b>	<b>156 (14%)</b>

Font: Castaño-Vinyals i col·l., 2002.

per exemple, conclou que hi ha un patró generalitzat d'increment en el consum d'aigua d'ampolla en les classes socials més benestants (Castaño-Vinyals, 2002) (taula 9.2). Per tant, en aquest cas es produeix una desigualtat en el grau d'exposició a compostos químics entre les classes socials. A nivell territorial també es poden observar diferències quant a la contaminació de l'aigua. Així, per exemple, àmplies zones de Catalunya tenen una alta contaminació per nitrats (ja sigui per ús agrícola de fertilitzants o l'explota-

ció ramadera i l'abocament de purins) (figura 9.3). El Departament de Sanitat l'any 2001 va detectar 88 municipis de Catalunya amb excés de nitrats a l'aigua de consum públic, xifra que era més elevada que la dels anys anteriors (66 municipis l'any 1999 i 50 l'any 2000).<sup>1</sup> Donat que no s'han realitzat estudis específics, desconeixem quin és el seu impacte en la salut dels seus habitants. No obstant això, el fet que una part de l'aigua deixi de ser potable té molt probablement un impacte negatiu sobre la salut humana doncs es restringeix l'accés de les poblacions afectades a disposar d'aigua amb la qualitat adequada.

Pel que fa a la convivència prop d'una *incineradora de residus industrials*, s'han fet varis estudis per conèixer la influència de la incineradora de Constantí (Tarragona) en els nivells de compostos orgànics persistents (com els PCBs i les dioxines) en individus que es troben exposats a aquesta instal·lació (Domingo, 2001; Schuhmacher, 1999). Els treballs conclouen que el grau de contaminació per dioxines entre els veïns (gent exposada directament a les emissions de la incineradora) i la gent que viu lluny (gent no exposada directament a les emissions de la incineradora) és similar. La contaminació d'ambdós grups de població té l'origen en els llocs on es produeixen els aliments, la majoria dels quals es troben lluny de la incineradora. Aquests resultats coincideixen amb les troballes obtingudes per un estudi realitzat a Mataró en una incineradora de residus urbans (González, 2000), on tant els veïns com la població que viu lluny es troba igualment contaminada probablement a causa de la seva dieta. D'altra banda, cal assenyalar que l'estudi de Mataró és l'únic realitzat a Catalunya on es repeteixen les determinacions dels nivells en sang d'organoclorats en els mateixos subjectes per conèixer la seva evolució temporal. En tots els grups estudiats, tant en els treballadors com en la població general, i tant els veïns com els controls, els nivells de dioxines i PCBs foren majors en la segona determinació. Aquest augment fa pensar que la població catalana segueix incorporant aquests compostos malgrat la seva prohibició.

Diversos estudis han posat en evidència que molts dels aliments que ingerim de forma habitual a Catalunya a través de la *dieta* contenen residus de compostos orgànics per-

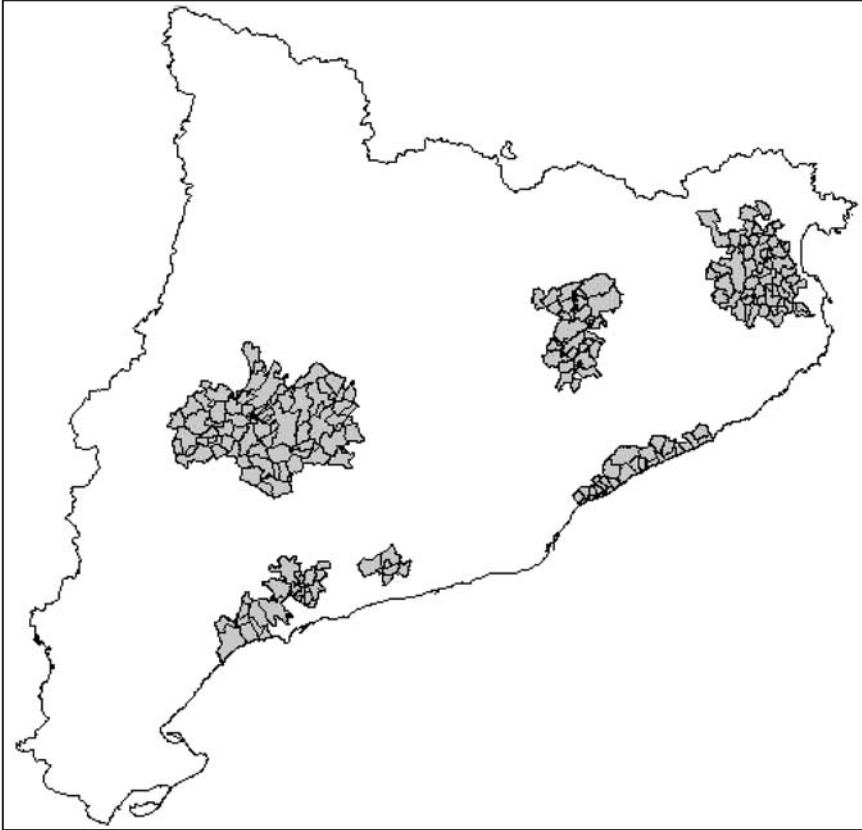
---

1. *La Vanguardia*, 17 de desembre de 2002.



**Figura 9.3.**

Distribució de les àrees contaminades per nitrats. Catalunya, 2001.



Font: Departament Medi Ambient, Generalitat de Catalunya.

sistents i que la seva presència s'estén a tot tipus d'aliments (carns, peixos, formatges, cereals i un llarg etcètera). En estudis epidemiològics fets a Catalunya en poblacions molt determinades s'ha observat que el 100% de la població està exposada a PCBs o hexaclorobenzè (HCB) i pràcticament la totalitat ho està al DDT o al seu metabòlit el Dicloroetildicloroetilè (Porta, 2002). De totes maneres, es desconeix quin és el grau de contaminació pels diferents compostos que ingerim de forma habitual en els aliments

i quin es el seu impacte en la salut. Com que desconeixem els nivells de contaminació per compostos orgànics persistents a la dieta com són els organoclorats, el metilmercuri o els difenils polibrominats —que són disruptors hormonals—, no podem estimar el grau d'exposició en els individus i si aquest segueix un patró diferent segons les seves característiques sociodemogràfiques. Els primers resultats de contaminants en els aliments a Catalunya acaben de ser publicats i es refereixen als metalls pesats (Llobet i col·l., 2003). No se superen els dintells establerts, però el nivell de mercuri i arsènic en el peix i els crustacis és notable.

Cal dir que a Catalunya no disposem d'estudis que permetin conèixer la població de risc que viu al voltant d'*abocadors*, ni tenim un llistat dels abocadors que continguin substàncies perilloses que puguin arribar a la població. Realitzar un cens d'abocadors des de l'òptica del seu impacte sobre la salut seria doncs el primer pas a realitzar.

*L'exposició laboral a agents químics*, descrita en estudis internacionals com el de Sellafield, posa en evidència que bona part dels efectes sobre la salut de viure prop d'instal·lacions industrials es deu a l'exposició laboral. Així, els treballadors s'exposaven en el treball a dosis tòxiques de contaminants i no en el seu domicili que es trobava a prop de la indústria. Això també s'ha observat en altres estudis. De totes maneres, recentment, en una investigació realitzada a diferents ciutats europees (entre elles Barcelona) s'ha observat com el fet de viure prop d'indústries que utilitzen asbest s'associa amb un augment del risc de patir mesotelioma pleural maligne (Magnani, 2000). A més, en estudis internacionals sobre salut respiratòria i exposicions laborals en què han participat ciutadans de Barcelona (Kogevinas, 1999; Sunyer, 1998; Zock, 2001) s'ha observat que les dones que treballen en feines de neteja tenen un major risc de patir asma, i que els treballadors agrícoles i de la construcció tenen un major risc de patir bronquitis crònica. És a dir, aquelles classes socials menys privilegiades són les que s'exposen més freqüentment a agents químics, sobretot a causa del seu treball.

## CONCLUSIONS

- Tot i que molts factors de risc del medi ambient són universals i no tenen fronteres i, per tant, el conjunt de tota la població pot estar-hi exposada de forma involuntària, la forma en què les distintes classes socials i els territoris on viuen es troben exposats és actualment, en gran part, un interrogant.
- A Catalunya és molt destacable la manca d'informació existent sobre les desigualtats mediambientals i quin pot ser el seu impacte sobre la salut dels ciutadans.
- Els efectes en la salut de les persones dels impactes del medi ambient dependran del grau d'exposició dels individus als riscos ambientals i de les mesures de prevenció i de protecció que aquests adoptin, a més del grau de susceptibilitat individual. És probable que aquests dos aspectes estiguin influïts per les diferents classes socials, però cal elaborar estudis en individus representatius de la població general amb mesures d'exposició personal per obtenir resultats concloents.
- Pel que fa a la contaminació urbana no s'esperen diferències notables en l'exposició entre els ciutadans d'una mateixa ciutat. De tota manera, es pot especular sobre l'existència d'un gradient urbà/rural en els nivells de partícules per la diferència de l'impacte del trànsit rodat i certa activitat industrial. Donat el coneixement dels efectes dels nivells actuals de partícules respirables sobre la salut, i la nova legislació europea d'entrada en vigor el 2005, caldrà fer un esforç considerable per reduir els nivells de partícules en l'aire urbà.
- L'exposició de residus químics per la cloració de l'aigua de l'aixeta, pot ser desigual socialment pel major consum d'aigua embotellada en les classes benestants. Cal reduir els nivells de subproductes de la cloració existents en l'aigua de l'aixeta i assegurar la potabilitat de l'aigua de tots els municipis de Catalunya.
- Una part extensa de Catalunya té amenaçada la qualitat de l'aigua de beguda per la mala gestió dels residus agrícoles i ramaders.

- Els estudis que s'han fet a Catalunya en veïns d'incineradores han mostrat que el conjunt de la població (tant els que viuen a prop com els que viuen mes lluny) es troba exposada a contaminants orgànics persistents, probablement a causa de la dieta.
- Hi ha molt poca informació sobre la contaminació dels aliments per compostos persistents, i es desconeix si els nivells individuals de contaminació s'associen a variables sociodemogràfiques. Els estudis realitzats a Catalunya demostren que tots els individus estudiats presenten contaminants com són els PCBs o el metabòlit del DDT. Aquestes poblacions, però, no són representatives de la població general i desconeixem l'impacte d'altres contaminants persistents com és el cas del metilmercuri o els PBDs.
- Els factors de risc locals, com viure a prop d'un focus contaminant, poden presentar un gradient social però el seu impacte global en la salut pública és petit (per la poca gent a risc elevat) i pot ser difícil de destriar quina part d'aquest impacte és deguda a l'exposició laboral a agents químics, que segueix sent un factor de risc d'emmalaltir.

## **Bibliografia**

Anto J.M.; Sunyer J.; Reed C.E.; Sabria J.; Martinez F.; Morell F. i col·l. (1993). "Preventing asthma epidemics due to soybeans by dust-control measures". *N Eng J Med* 329: 1760-3.

Basagaña X.; Torrent.; Atkinson W.; Puig C.; Barnes M.; Vall O.; Sunyer J.; Cullinan P.; Jones M.; on behalf of the AMICS study (en premsa). "Domestic aeroallergen levels in Barcelona and Menorca (Spain)". *Pediatr Allergy Immunol*.

Bove F.; Shim Y.; Zeitz P. (2002). "Drinking water contaminants and adverse pregnancy outcomes: a review". *Environ Health Perspect* 110(Suppl 1): 61-74.

Calderon J.; Capell C.; Centrich F.; Artazcoz L.; González-Cabré M.; Villalbí J.R. (2002). "Subproductos halogenados de la cloración del agua de consumo público". *Gac Sanit* 16: 241-3.

Castaño-Vinyals G.; Cantor K.; Villanueva C.M.; Tardon A.; Serra C.; Garcia Closas R. i col·l. (2002). *Socioeconomic status and consumption of bottled water*. Presentació a la 14a. Conferència de la Societat Internacional d'Epidemiologia Ambiental (ISEE), Vancouver, Canadà.

Domingo J.L.; Schuhmacher M.; Agramunt M.C.; Muller L.; Neugebauer F. (2001). "Levels of metals and organic substances in blood and urine of workers at a new hazardous waste incinerator". *Int Arch Occup Environ Health* 74: 263-9.

Gardner M.J. (1992). Childhood, leukemia around Sellafield nuclear plant. A: Elliot P, Cuzick J et al. *Geographical and environmental epidemiology*. Oxford University Press 291-309.

González C.A.; Kogevinas M.; Gadea E.; Huici A.; Bosch A.; Bleda M.J.; Papke O. (2000). "Biomonitoring study of people living near or working at a municipal solid-waste incinerator before and after two years of operation". *Arch Environ Health* 55: 259-67.

IARC (1996). Methods for investigating localised clustering of disease. *Scientific publication* 135.

Kogevinas M.; Anto J.M.; Sunyer J.; Tobias A.; Kromhout H.; Burney P. (1999). "Occupational asthma in Europe and other industrialised areas: a population-based study. European Community Respiratory Health Survey Study Group". *Lancet* 353: 1750-4.

Llobet, J.M.; Falcó, G.; Casa, C.; Teixidó, A.; Domingo, J.L. (2003). "Concentration of arsenic, cadmium, mercury and lead in common foods and estimated daily intake by children, adolescents, adults and seniors of Catalonia". *J Agric Food Chem* 51:830-42.

Magnani C.; Agudo A.; González C.A.; Andron A.; Calleja A.; Chellini E. i col·l. (2000). "Multicentric study on malignant pleural mesothelioma and non-occupational exposure to asbestos". *British J Cancer* 83: 104-111.

McMichael M. (2001). *Human frontiers, environments and disease. Past patterns, uncertain future*. Cambridge University Press.

Nouwen J.; Cornelis C.; De Fre R.; Wevers M.; Viaene ; Mensink C. i col·l. (2001). "Health risk assessment of dioxin emissions from municipal waste incinerators: the Neerlandquarter (Wilrijk, Belgium)". *Chemosphere* 43: 909-23.

Porta M.; Kogevinas M.; Zumeta E.; Sunyer J.; Ribas-Fito N.; Ruiz L. i col·l. (2002). "Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española: el rompecabezas sin piezas y la protección de la salud pública". *Gac Sanit* 16: 257-66.

Posada M. (1997) Diet and food contaminants. A: Stenland K.; Savitz D.A. *Topics in environmental epidemiology* 64-88.

Ribas-Fitó N.; Sala M.; Kogevinas M.; Sunyer J. (2001). "PCBs and neurological development in children: a systematic review". *J Epidemiol Community Health* 55: 537-46.

Schuhmacher M.; Domingo J.L.; Llobet J.M.; Lindstrom G.; Wingfors H. (1999). "Dioxin and dibenzofuran concentrations in blood of a general population from Tarragona, Spain". *Chemosphere* 38: 1123-33.

Sunyer J.; Kogevinas M.; Kromhout H.; Anto J.M.; Roca J.; Tobias A. i col.l. (1998). "Pulmonary ventilatory defects and occupational exposures in a population-based study in Spain". *Am J Respir Crit Care Med* 157: 512-7.

Zock J.P.; Sunyer J.; Kogevinas M.; Kromhout H.; Burney P.; Anto J.M. (2001). "Occupation, chronic bronchitis, and lung function in young adults". *Am J Respir Crit Care Med* 163: 1572-7.

Sachs A. (1996). *Ecojusticia, la unión de los derechos humanos y el medio ambiente*. Cuadernos worldwatch, Bilbao: Bakeaz.

Stenland K.; Savitz D.A. (1997). *Topics in environmental epidemiology*. NY: Oxford University Press.

Viel J.F.; Arveux P.; Baverel J.; Cahn J.Y. (2000). "Soft-tissue sarcoma and non-Hodgkin's lymphoma clusters around a municipal solid waste incinerator with high dioxin emission levels". *Am J Epidemiol* 152: 13-9.

Vrijheid M. (2000). "Health effects of residence near hazardous waste landfill sites: a review of epidemiologic literature". *Environ Health Perspect* 108: 101-12.

## **10** Polítiques per reduir les desigualtats en la salut

Carme Valls-Llobet, Joan Benach i Carme Borrell





## INTRODUCCIÓ

### Desigualtats en la salut: del coneixement a l'acció

En aquest informe s'ha posat de manifest que en els darrers dos decennis l'atenció i el coneixement sobre les desigualtats en la salut ha augmentat notablement. Però, en alguns països desenvolupats, durant la dècada dels anys 90, s'ha posat també l'èmfasi en la necessitat de posar en marxa intervencions que permetin la reducció de les desigualtats. Així, d'una banda al Regne Unit i Holanda s'han publicat nombrosos informes adreçats a l'establiment de les intervencions i estratègies més adients per reduir les desigualtats socioeconòmiques en salut (Whitehead, 1990; Dahlgren i Whitehead, 1992; Benzeval i col·l., 1995; Anon, 1998; Mackenbach i Stronks, 2002). D'altra banda, varis treballs han posat també l'accent sobre la necessitat d'establir objectius específics mesurables, que siguin quantificables, per tal de permetre avaluar més fàcilment la reducció de les desigualtats en la salut (Dahlgren i Whitehead, 1992; Whitehead i col·l., 1998).

La necessitat de reduir les desigualtats en la salut pot justificar-se sobre la base de quatre principis generals: en primer lloc, les desigualtats en la salut contradiuen els valors de justícia i equitat que, des d'un punt de vista ètic, és necessari desenvolupar; segon, les desigualtats no tendeixen a disminuir espontàniament, sinó que cal posar en marxa polítiques correctores per a la seva reducció; tercer, les causes que porten

a les desigualtats no són inevitables sinó que es poden canviar amb un cost social i econòmic raonable; i quart, actualment hi ha suficients proves que mostren com es poden posar en pràctica polítiques socials i sanitàries eficients per reduir-les.

No obstant això, més enllà d'aquestes raons teòriques, la millora de la salut i la qualitat de vida de tots els ciutadans i ciutadanes, i la necessària posada en pràctica de polítiques per a la reducció de les desigualtats socials s'han d'analitzar en el seu context històric (Navarro, 2002). Després de la Segona Guerra Mundial, es produeix als països occidentals un període d'extraordinari creixement econòmic i transformació social que, en gran part a causa de la força del moviment socialista i socialdemòcrata i a l'aliança de la classe treballadora amb les classes mitjanes, va permetre desenvolupar l'estat del benestar a molts països d'Europa, i molt en especial als països nòrdics. Així, la tendència a establir polítiques socials i sanitàries universals garantides com un dret ciutadà va permetre millorar molt més ràpidament l'estat de salut de la població, augmentar l'equitat i assolir un major benestar social. D'altra banda, cal assenyalar que les successives crisis econòmiques sorgides des de l'inici dels anys 70 han tendit a reduir o afeblir l'estat del benestar en tots els països occidentals i a posar en qüestió les polítiques tendents a augmentar la salut i l'equitat (Navarro, 2002).

Aquesta evolució general, però, ha estat molt diferent als països del sud d'Europa on les dictadures feixistes van dominar un moviment obrer feble i oprimat, i la classe mitjana estava poc desenvolupada. Així, es pot dir que en el cas de l'Estat espanyol, l'anomenat estat de benestar solament s'ha desenvolupat lentament al llarg dels anys 80 i principis dels anys 90. Amb tot, en comparació amb els països europeus més desenvolupats, les diferències en els nivells de riquesa i en la protecció social segueixen en gran part encara avui en dia mantenint-se. Catalunya és una de les comunitats autònomes més desenvolupades de l'Estat espanyol (Fundación La Caixa, 2001), amb indicadors socioeconòmics i sanitaris globals que, en bastants casos, són comparables o, fins i tot en alguns casos, millors als de la mitjana europea. No obstant això, l'existència d'un clar desavantatge en relació a la Unió Europea (UE) quant a molt diversos factors socioeconòmics i sanitaris, fan que no hi hagi motius per caure en cap complaença. Les raons són molt diverses. En primer lloc, les limitacions en la despesa pública i social dels darrers anys han tendit cada cop més a reduir els nivells de protecció i benestar

dels més febles (Eurostat, 2002). Un segon exemple el trobem en l'existència d'indicadors sanitaris generals com l'esperança de vida, que tot i presentar una bona situació, solament fan referència a una situació general que amaga la gran desigualtat existent entre les classes socials, els gèneres i els territoris.

## **Polítiques socioeconòmiques i sanitàries per reduir les desigualtats en la salut**

Els darrers anys, un nombre creixent d'estudis i informes han analitzat diversos plantejaments teòrics i les estratègies i intervencions més adients per reduir les desigualtats socials en salut. Des d'un punt de vista general, l'Organització Mundial de la Salut ha assenyalat que la reducció de les desigualtats socioeconòmiques en salut és una prioritat per a tots els països. Totes les persones han de gaudir d'igualtat d'oportunitats per realitzar tota la seva salut potencial, sense tenir en compte la seva posició en la societat. Una societat justa i equitativa hauria de consentir a ser avaluada sobre com està aconseguint aquest objectiu. D'altra banda, el 1999, dins del programa d'acció en Salut Pública de la Unió Europea, l'estratègia de salut per Europa "Salut 21" de l'OMS plantejà el següent objectiu: "l'any 2020, les desigualtats de salut entre grups socioeconòmics dintre dels països s'ha de reduir com a mínim en una quarta part en tots els estats membres, per millorar de forma substancial el nivell de salut dels grups més desfavorits" (OMS Salut 21 Objectiu 2: equitat en salut, OMS 1999). A més, en aquest document es feien cinc propostes específiques: 1) la diferència d'esperança de vida entre els grups socioeconòmics s'ha de reduir com a mínim un 25%; 2) els indicadors més importants de mortalitat, discapacitat i morbiditat, s'han de distribuir d'una forma més igualitària entre els grups socioeconòmics; 3) s'han de millorar de forma substancial les condicions socioeconòmiques que produeixen efectes adversos sobre la salut, com les notables diferències de renda, l'accés a l'educació i al mercat de treball; 4) s'ha de reduir de forma important la proporció de població que viu en la pobresa; i 5) s'han de protegir de l'exclusió i han de tenir un fàcil accés a una assistència apropiada les persones que tenen necessitats especials com a resultat de les seves circumstàncies econòmiques, socials o estat de salut.

El llibre *Reducing inequalities in Health, A European Perspective* ens ofereix una visió força àmplia sobre l'actual situació del tema a la Unió Europea (Mackenbach i Bakker, 2002). Aquest treball planteja varies estratègies que cal tenir en compte. En primer lloc, cal valorar des de quin esglauó es vol intervenir a la cadena causal de les desigualtats. Si, per exemple, es té en compte el model causal de Dahlgren i Whitehead (1992) presentat en el capítol 1, caldrà intervenir sobre les desigualtats des de les diferents “capes” proposades: condicions socioeconòmiques generals, condicions de vida i treball, influències socials i comunitàries, i estils de vida. Així doncs, la intervenció pot tenir un enfocament diferent segons quin sigui el punt de partida i, en general, s'accepta que les intervencions dirigides als factors causals “més generals” (per exemple, canviar les condicions socioeconòmiques) solucionaran més les desigualtats que intervencions més concretes adreçades a canviar els estils de vida. En segon lloc, cal tenir en compte si s'han de proposar intervencions universals o bé selectives; les primeres s'adrecen a tota la població (per exemple, l'estat del benestar) mentre que les segones es dirigeixen a grups específics de població amb problemes concrets de desigualtats (per exemple, un programa dirigit a una població amb pobresa) (Mackenbach i col·l., 2002). Seguint aquestes estratègies, diversos documents i informes (taula 10.1) han realitzat varies propostes i recomanacions per reduir les desigualtats socials en salut.

### **Un exemple interessant: el cas d'Holanda**

Un dels països pioners en el plantejament d'estratègies específiques per intervenir i reduir les desigualtats en la salut ha estat Holanda. Així, en un informe on s'avaluen els resultats de l'estratègia endegada per analitzar i intervenir sobre les desigualtats en la salut s'assenyala que, no solament s'han de decidir estratègies globals com intervenir per fer front als desavantatges socioeconòmics, reduir els efectes que poden tenir influència sobre la salut, disminuir els efectes de salut en les zones amb més desavantatge socioeconòmic, o intervenir per millorar l'accessibilitat i qualitat dels serveis de salut i d'assistència sanitària, sinó que cal també establir un número d'objectius quantitatius que ajudin a millorar les polítiques i valorar les intervencions (Mackenbach i col·l., 2002). Així, per exemple, l'objectiu de l'OMS ha estat reformulat de la següent manera: “Vers l'any 2020 la diferència en esperança de vida saludable entre les persones

**Taula 10.1.**

Principals documents amb recomanacions per disminuir les desigualtats socials en salut.

<p><b>Grup de treball per disminuir les desigualtats en la salut</b> (<i>The working group on inequalities in health</i>).</p> <p>País: Regne Unit          President: Sir Douglas Black          Publicació de l'informe: 1980</p>
<p><b>Polítiques i estratègies per promoure l'equitat en salut</b> (<i>Policies and strategies to promote equity in health</i>)</p> <p>Organització Mundial de la Salut          Autors: Dahlgren i Whitehead          Publicació de l'informe: 1992</p>
<p><b>Intervenir sobre les desigualtats en la salut</b> (<i>Tackling inequalities in health</i>).</p> <p>País: Regne Unit          Autors: Benzeval, Judge, Whitehead          Publicació de l'informe: 1995</p>
<p><b>Informe independent sobre les desigualtats en la salut</b> (<i>Independent inquiry into inequalities in health</i>).</p> <p>País: Regne Unit          President: Sir Donald Acheson          Publicació de l'informe: 1998</p>
<p><b>El programa holandès de desigualtats socials en salut</b> (<i>The Dutch programme committee on socio-economic inequalities in health</i>).</p> <p>País: Holanda          President: Prof. Dr. W Albeda          Publicació de l'informe: 2001</p>

Font: Mackenbach i Bakker, 2002.

amb un estat socioeconòmic alt i baix s'ha de reduir de 12 a 9 anys perquè augmenti l'esperança de vida saludable en els grups socioeconòmics més baixos". Per aconseguir aquest objectiu s'han fet recomanacions en programes de promoció de salut per tal de reduir la sobrecàrrega física, tècnica i psicosocial en els treballs, o reforçar l'assistència primària en zones amb desavantatge millorant la col·laboració de la infermeria, els educadors socials i les xarxes d'assistència local i així prevenir problemes socials com, per exemple, els dels pacients psiquiàtrics crònics. Els resultats d'aquestes i altres intervencions han donat lloc a l'establiment de recomanacions concretes amb objectius molt específics que es presenten a la taula 10.2.

Mackenbach i Stronks (2002) assenyalen que en el cas d'Holanda s'han fet progressos molt remarcables des del 1994, no solament en termes del coneixement de la situació sinó també perquè ha augmentat la confiança entre els polítics i els metges d'atenció primària per emprendre accions conjuntes per reduir les desigualtats en la salut. A més, a Holanda moltes agències de salut estan treballant per reduir les desigualtats en la salut, com queda palès en el fet que l'any 2001 el *National Contract on Public Health* conclou que moltes agències nacionals i locals de salut pública hagin escollit la reducció de les desigualtats econòmiques en salut com un dels seus objectius principals.

### El cas de l'Estat espanyol

Tal i com ja s'ha comentat al primer capítol d'aquest informe, l'any 1996 es va publicar a l'Estat espanyol el primer informe global sobre desigualtats socials en salut. Segons aquest treball, la correcció de les desigualtats socials en salut constitueix una de les estratègies més importants per millorar la salut i l'estat del benestar social de tota la població espanyola. La Comissió que va realitzar l'informe va emfatitzar la necessitat urgent de documentar l'estat de les desigualtats socials en salut com un requisit previ per intervenir en la seva reducció. A més, també va posar l'accent en la necessitat d'una millor elaboració conceptual i una mesura adequada de les desigualtats en la salut mitjançant una millora substancial dels sistemes d'informació sanitària existents. A la taula 10.3 es resumeixen les principals recomanacions d'aquest informe.

**Taula 10.2.**

El programa holandès de desigualtats socials en salut (*The Dutch programme committee on socio-economic inequalities in health*). Objectius quantitatius de polítiques recomanades.

<p><b>Objectius relacionats amb els desavantatges socioeconòmics</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El percentatge de criatures de famílies de classe treballadora que entren a l'educació secundària s'ha d'augmentar del 12% l'any 1989 a un 25% l'any 2020.</li> <li>• Les desigualtats de renda a Holanda s'han de mantenir al nivell del 1996 (Coeficient de Gini=0,24).</li> <li>• El percentatge de llars amb una renda per sota del 105% del "mínim social" s'ha de reduir d'un 10,6% l'any 1998 a un 8% l'any 2020.</li> </ul>
<p><b>Objectius per reduir els efectes negatius a la salut del desavantatge socioeconòmic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les persones amb discapacitat que es beneficien d'una incapacitat total al treball per problemes de salut laboral s'han de mantenir al nivell de l'any 2000.</li> <li>• El percentatge de malalts crònics entre 25-64 anys que tenen un treball remunerat s'ha d'incrementar d'un 48% el 1995 a un 57% el 2020.</li> </ul>
<p><b>Objectius relacionats amb factors que disminueixen els desavantatges socioeconòmics sobre la salut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La diferència en el consum de tabac entre els que tenen un grau d'educació més alt i més baix ha de disminuir un 25%, a través de la disminució del percentatge de fumadors entre els que tenen estudis primaris d'un 38% el 1998 a un 32% el 2020.</li> <li>• La diferència quant a inactivitat física entre els que tenen un grau d'educació més alt i més baix ha de disminuir un 25%, a través de la disminució del percentatge d'inactivitat física entre els que tenen estudis primaris, d'un 57% al 1994 a menys d'un 49 % al 2020.</li> <li>• La diferència en obesitat entre els que tenen un grau d'educació més alt i més baix ha de disminuir en un 25%, a través de la disminució del percentatge d'obesitat entre els que tenen estudis primaris, d'un 15% el 1998 a menys d'un 9 % el 2020.</li> <li>• Les diferències entre nivells d'educació més alts i més baixos en el percentatge d'aquelles persones que estan en un treball que comporti treball físic dur, han de disminuir en un 25%, a través de la disminució de la proporció de queixes resultant d'aquest treball físic dur dels que tenen estudis primaris d'un 53% el 1999 a menys d'un 43% el 2020.</li> <li>• La diferència entre el grau de control al lloc de treball entre els que tenen un grau d'educació més alt i més baix ha de disminuir un 25%, a través d'un augment del percentatge del grau de control sobre el lloc de treball entre els que tenen estudis primaris, d'un 58% el 1999 a més d'un 68% el 2020.</li> </ul>
<p><b>Objectius relacionats amb l'accessibilitat i qualitat dels serveis d'assistència sanitària</b></p> <p>Les diferències en la utilització de serveis sanitaris (consulta amb metges de primària, amb especialistes, amb dentistes, admissió als hospitals, prescripció de fàrmacs) entre els grups amb un major o menor nivell d'educació s'ha de mantenir als nivells de l'any 1998.</p>

Font: Mackenbach i col·l., 2002.

**Taula 10.3.****Principals recomanacions proposades per l'Informe sobre Desigualtats Socials en Salut a l'Estat espanyol, 1996.**

<b>Generals</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el govern espanyol consideri com a prioritari, i com a part de la seva política sanitària, l'objectiu de la OMS de reduir les desigualtats socials com un dels millors medis de millorar la salut col·lectiva.</li> <li>• Que les polítiques sociosanitàries siguin universals i afectin tota la població i no solament els grups més vulnerables.</li> <li>• Que les autoritats sanitàries i els serveis socials coordinin les seves intervencions entre sí, així com amb les autoritats econòmiques i els agents de la societat civil per reduir les desigualtats en la salut.</li> <li>• Que els programes de formació i investigació dels professionals sanitaris incloguin detalladament l'estudi de les causes de producció i reproducció de les desigualtats en la salut, ampliant l'enfocament avui predominant excessivament biològista.</li> <li>• Que la reducció de desigualtats socials sigui un projecte que assumeixin totes les forces polítiques i socials democràtiques.</li> </ul>
<b>Sistemes d'informació i recerca</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que el govern i el parlament espanyol estableixin una comissió permanent que analitzi l'evolució de les desigualtats socials en salut i que assessori sobre la millor manera de reduir-les.</li> <li>• Que es desenvolupin els sistemes d'informació per conèixer l'evolució de les desigualtats en la salut.</li> <li>• Que en els principals sistemes d'informació sanitaris i socials es reculli informació sobre la situació social dels espanyols i no solament sobre condicions biològiques com el sexe i l'edat.</li> <li>• Que la informació sobre les dimensions de les desigualtats en la salut sigui recollida en totes les enquestes de salut, així com en els registres de malaltia, mortalitat, i altres fonts de dades d'interès.</li> <li>• Que l'ocupació continuï constant en el certificat de defunció, i que en el cas dels jubilats s'utilitzi la ocupació prèvia.</li> <li>• Que s'utilitzin indicadors de classe social basats en l'ocupació recomanats per la Sociedad Española de Epidemiología (SEE, 1995) i es desenvolupin altres indicadors més refinats encara no disponibles.</li> <li>• Que els sistemes d'informació sobre desigualtats en la salut incloguin també informació social com el tipus de control, autoritat, i supervisió existents en l'ocupació, el tipus de contracte, les fonts d'ingressos i propietat, la dimensió de la família, el tipus d'habitatge i el grau de qualificació.</li> <li>• Que les enquestes nacionals de salut utilitzin les mateixes variables socials, amb les mateixes preguntes, i en les mateixes dates per tal de tenir una millor comparabilitat de les dades</li> </ul>
<b>Polítiques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que les intervencions generals es concretin en accions prioritàries específiques quant als factors causals de les desigualtats més rellevants i modificables.</li> <li>• Que les polítiques es realitzin tant a l'estat, com a les autonomies i als municipis, per així reduir les desigualtats entre autonomies, dins de les mateixes i en els municipis.</li> <li>• Que les polítiques de reducció de desigualtats millorin les condicions de vida i treball, l'adopció d'estils de vida més saludables, sobretot dels grups més vulnerables i amb més necessitats, la descentralització del poder i la presa de decisions per promoure un augment en la participació popular segons les seves necessitats, la valoració de l'impacte sobre la salut en el camp de l'acció intersectorial.</li> </ul>

Font: Navarro, Benach i la comissió científica per a l'estudi de les desigualtats socials en salut, 1996.



## Objectius i mètodes

L'objectiu d'aquest capítol es revisar les bases conceptuals i les principals polítiques públiques i intervencions destinades a reduir les desigualtats en la salut a nivell europeu i espanyol, per posteriorment, analitzar les principals polítiques posades en pràctica a Catalunya.

Per a la realització d'aquest capítol s'han revisat exhaustivament els treballs existents a les bases de dades *Medline* i *Journal Watch* durant els anys 1996 a 2001 així com diversos llibres i informes de la literatura mèdica, sociològica i política. A més, s'ha analitzat el treball parlamentari contingut al Sistema d'Informació de l'Activitat Parlamentària (SIAP) del Parlament de Catalunya durant la VI Legislatura (1999-2003), que conté informació sobre lleis aprovades (Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i documentació clínica i la Llei sobre seguretat alimentària) o en vies d'aprovació (Llei sobre salut pública), i sobre proposicions no de Llei i mocions aprovades en el ple sobre diverses matèries sanitàries i de salut pública. Per analitzar els objectius del govern de Catalunya, la seva avaluació i el seu grau de compliment s'han analitzat els Plans de Salut de Catalunya publicats cada tres anys des de 1993, i en especial el Pla de Salut de 1999 a 2001. Per analitzar les polítiques públiques en el terreny de Benestar Social s'ha analitzat el III Pla d'actuació social 1997-2001 i els seus antecessors que van començar el 1988.

## **POLÍTiques SOCIOECONÒMIQUES I SANITÀRIES PER A LA REDUCCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LA SALUT A CATALUNYA**

Tal i com ja s'ha assenyalat en aquest informe (veure capítol 1), des de la dècada dels anys 90 s'ha produït un remarcable progrés a l'Estat espanyol en la comprensió de la relació entre les desigualtats socioeconòmiques i les desigualtats en la salut. No obstant això, aquest coneixement no s'ha traduït ni a l'Estat espanyol ni a Catalunya en la posada en marxa de polítiques dirigides a la seva reducció. En aquest apartat es descriuen diverses intervencions socials, econòmiques i sanitàries relacionades amb el tema. En primer lloc, les polítiques socials i sanitàries potencialment relacionades

amb la reducció de les desigualtats en la salut. Tot i que aquestes polítiques no tenen com a objectiu directe la disminució de les desigualtats socials en salut, constitueixen intervencions fonamentals del modern estat de benestar que poden tenir un impacte en la reducció de les desigualtats en la salut. Segon, les polítiques socio sanitàries, de gènere i d'immigració relacionades amb la reducció de les desigualtats en la salut. Finalment, les intervencions explícitament dirigides a reduir les desigualtats en la salut que han estat avaluades.

### **Polítiques socioeconòmiques i sanitàries potencialment relacionades amb la reducció de les desigualtats en la salut**

#### Polítiques socioeconòmiques

Durant els anys de govern del PSOE (1982-1996) es varen desenvolupar a nivell estatal diverses polítiques d'expansió de la Seguretat Social, del treball i la protecció social i es va augmentar de forma quasi universal l'accés a l'educació i als serveis d'atenció a la salut (Garde, 1999). Tot i que aquestes mesures van tendir a reduir les desigualtats socioeconòmiques i molt probablement van tenir un impacte en la millora de la salut de la ciutadania, el seu possible impacte en la reducció de desigualtats en la salut no ha estat avaluat. D'altra banda, durant aquell període no es van portar a terme polítiques o intervencions específiques per reduir les desigualtats de salut.

Entre les reformes de la seguretat social o els canvis fiscals mes notoris podem esmentar la reforma de la Seguretat Social i l'increment de fons per a la protecció social incloent la protecció per malaltia, les pensions per atur, i els subsidis per reduir la pobresa (renda bàsica d'inserció, PIRMI) que l'any 1995 van suposar un 22% del PIB. Així, durant la dècada dels vuitanta i principis dels noranta, a l'Estat espanyol i a Catalunya el model de protecció social va generalitzar la cobertura de la Seguretat Social al conjunt de la població (pensions, protecció familiar, assistència sanitària i serveis socials). El sistema de pensions, centralitzat a nivell de tot l'Estat espanyol, i que es basa en el model de Seguretat Social, serveix de base a l'anomenat pacte de Toledo establert l'any 1995.

Aquest esquema de prestacions es completa amb la cobertura de l'assistència sanitària i els serveis socials pel conjunt de la població, amb la tendència que sigui totalment finançat per impostos. El conjunt d'aquestes mesures, més l'educació obligatòria dels 6 als 16 anys, i una política progressiva d'impostos, que actuava com a mètode de redistribució de la renda, van tendir a acostar la inversió estatal en benestar a la mitjana europea.

Des de la meitat dels anys 90 a l'Estat espanyol la tendència ha estat cap a una reducció progressiva de les polítiques de l'estat de benestar (un 18% del PIB l'any 2000), fet que s'ha traduït en una retallada en la despesa en serveis personals i en l'ajut als ajuntaments que atenen més directament les necessitats més urgents, i en un increment global de les desigualtats entre els territoris i entre els grups de població. Unes quantes dades són aclaridores. El nivell de renda de l'Estat espanyol és de poc més del 80% de la mitjana europea, la despesa en serveis socials i protecció social es de al voltant d'un 60% de l'europeu, la renda per càpita està molt desigualment repartida, i els nivells d'atur i temporalitat (especialment en el cas de les dones) són els mes elevats de la UE. A Espanya una de cada 5 llars està en situació de pobresa i aquesta tendència va en augment. Estudis molt diversos han calculat que el 19% de la població viu al llindar de pobresa (Eurostat, 2002).

Tot i que a Catalunya el nivell general de riquesa es més elevat que el nivell mitjà de l'Estat espanyol, la situació socioeconòmica del país es troba molt allunyada dels països mes avançats de la UE. Un exemple el trobem en el cas de la pobresa. Així, el nombre de llars en situació de pobresa és de 300.000 i al voltant d'una tercera part d'aquestes llars tenen com a cap de família dones majors de 65 anys. Hi ha 105.000 nens i nenes que viuen en situació de pobresa i més de la meitat, viuen en situació d'extrema pobresa. A més, és molt probable que aquestes xifres augmentin donat el progressiu envelliment de la població i que els requeriments de qualificació per romandre en el mercat de treball no deixin d'augmentar (Fundació Un Sol Món, 2001).

### **Un exemple concret: la protecció social a les dones**

En les darreres dècades ha augmentat progressivament la incorporació de la dona al mercat de treball, bàsicament com a conseqüència de l'increment dels seus nivells

formatius i de l'adopció d'una sèrie d'estratègies individuals per comptabilitzar les obligacions laborals i familiars. En aquest sentit, avui en dia les dones a Catalunya han de realitzar gran part dels serveis personals i de suport a les famílies que en altres països proveeixen els serveis públics, la qual cosa té clares conseqüències per la seva salut. La taxa d'activitat femenina és encara molt baixa (42%), molt lluny encara d'aconseguir el nivell que ha de tenir la UE l'any 2005. A més, cal assenyalar que aquest treball es caracteritza per l'existència d'unes elevades taxes de desocupació, temporalitat, un pes encara important de les activitats informals i d'economia submergida, i amb una important segregació laboral i professional, i el manteniment de diferències salarials respecte dels homes (veure capítol 8).

Totes aquestes situacions es reflecteixen en la posició que les dones ocupen respecte al sistema de Seguretat Social (CES, 2000) que és la institució que hauria d'afrontar els reptes més importants per solucionar els canvis socials que s'estan produint a l'Estat espanyol. Així, encara que de forma general no existeix una discriminació formal de la protecció social, en les prestacions de les dones hi ha diversos punts clau que cal tenir en compte: a) en relació al *Régimen especial de empleados del hogar* s'hauria d'analitzar els aspectes de protecció que comporten desigualtats amb altres règims, en particular les prestacions de caràcter universal finançades per impostos, o assimilar-les a les prestacions de treballadors autònoms; b) cal fer esment al col·lectiu de les mestresses de casa que l'any 1999 suposaven més de cinc milions de dones a tot Espanya. Segons l'informe del CES (2000), la manca de valoració monetària de les aportacions del treball d'aquestes dones al benestar i riquesa de la societat, ha portat a considerar en diversos fòrums internacionals la necessitat d'establir mètodes que contribueixin a fer més visible aquesta aportació, com podria ser la seva inclusió en els "comptes satèl·lits" de la comptabilitat nacional; c) l'existència de pensions de jubilació i d'invalidesa no contributives ha permès a nombroses dones sense recursos accedir a una pensió per dret propi tot i que aquestes pensions són molt insuficients per fer front a les necessitats més bàsiques; d) existeixen moltes llars monoparentals que encara no estan cobertes pel sistema en cap tipus de nivell i que la persona de referència és una dona, el que contribueix d'una manera determinant al fenomen de la feminització de la pobresa; i e) en relació amb les pensions de viduïtat, la seva configuració segueix inalterada des del punt de vista conceptual i encara que s'ha millorat lleugerament la quantitat

no s'ha analitzat en profunditat la naturalesa i els objectius de protecció que aquesta pensió hauria de donar, ja que s'hauria de tenir en compte que per algunes persones vídues és l'única font d'ingressos de què es disposa.

### Polítiques sanitàries

Després de l'aprovació de la *Ley General de Sanidad* l'any 1986, la cobertura dels serveis sanitaris es va anar ampliant al total de la població espanyola de forma progressiva. Els principis principals del sistema van ser la cobertura universal, el finançament a través dels impostos, la integració dels serveis sanitaris, la transferència de la gestió a les autonomies i la creació d'un nou model d'atenció primària (Reverte-Cejudo i Sanchez-Baile, 1999).

El procés de descentralització autonòmic ha seguit ritmes diferents, havent finalitzat l'any 2001 quan es van descentralitzar les 10 autonomies que restaven pendents. En algunes autonomies com la catalana encara persisteixen, però, problemes de finançament i de manca de recursos sense rebre tot el finançament necessari pels habitants que han d'atendre. De fet, el finançament autonòmic s'ha recolzat fins ara bàsicament en un criteri poblacional simple, sense ajustar per les necessitats en salut (com per exemple l'edat, la morbiditat, la mortalitat, etc.) ni per les diferències de partida existents entre les disset comunitats autònomes (Gomà i Subirats, 1998). A partir del 2002 s'ha posat en marxa un nou model de finançament autonòmic on el finançament sanitari tendeix a integrar-se en el finançament general dels serveis públics (Martín i col·l., 2002). De totes maneres, cal assenyalar que la permanent discussió de la redistribució dels recursos de l'Estat, no s'acompanya d'un interès semblant a com s'orienten les partides de despesa dins de cada Comunitat Autònoma, el seu nivell d'eficiència, i la forma com les despeses sanitàries incideixen en la millora de l'equitat. Així, el debat polític se centra més en el finançament de la despesa dels serveis sanitaris (llits, sous dels metges, equipaments, etc.) que en les polítiques de salut i els objectius de planificació i coordinació estatals. A més, donat que només es considera una política de salut l'assistència sanitària, tampoc s'ha avançat en el canvi del paradigma de planificació per estructures ni en el terreny de la qualitat de la pràctica clínica (López i Rico, 2001). Seguint aquesta línia d'actuació, la salut pública mai ha estat considerada una política

de salut i en cap moment consta a l'agenda política la reducció de les desigualtats en la salut.

Un exemple de com les polítiques de salut es centren en l'assistència sanitària el trobem en el gran pes que tradicionalment ha tingut la inversió sanitària en l'atenció especialitzada (60%) enfront de l'atenció primària (30%), i on la despesa farmacèutica, tant a l'Estat espanyol (22% del pressupost sanitari) com a Catalunya (30%), és molt elevada. A Catalunya el 50% de la despesa sanitària de l'atenció primària es dedica a medicaments (Gervàs i Ortún, 1995). La salut pública queda reduïda a una despesa inferior a l'1 % quan, segons alguns autors, caldria tenir recursos per realitzar-ne una àmplia reorganització (de la Puente i col·l., 2001).

La reforma de l'atenció primària es va iniciar a l'Estat espanyol l'any 1984, després de la Conferència d'Alma Ata. La reforma volia potenciar el treball en equip dels professionals d'atenció primària, i estimular el treball de promoció de la salut en relació a les comunitats que eren ateses per les Àrees Bàsiques de Salut (Ortún i Gervàs, 2000). Encara que la reforma es va completar en algunes comunitats autònomes fa uns anys, l'any 2002 a Catalunya encara no s'ha finalitzat, i es mantenen greus inequitats en les seves respectives poblacions, que veuen dependre excessivament l'atenció sanitària de l'atenció especialitzada.

Les deficiències de l'atenció primària fan que una part de la població amb rentes altes pagui una mútua privada per rebre una atenció més ràpida (veure capítol 5). Cal assenyalar que la reforma de l'atenció primària no s'ha acabat a la ciutat de Barcelona, tot i que l'any 2001 ja estava coberta per la reforma més d'un 80% de la població (Agència de Salut Pública, en premsa). Es constata també una desigualtat entre autonomies en l'assistència dental i la subvenció de fàrmacs. A Catalunya només està coberta l'extracció dental però no la reconstrucció. Finalment, a Catalunya hi ha importants llistes d'espera per a intervencions quirúrgiques amb desigualtats territorials (veure capítol 5). Les polítiques per afrontar-les van ser impulsades pel govern de Catalunya a causa de la denúncia d'alguns cardiòlegs. A través de diverses mocions parlamentàries aprovades en el Ple del Parlament de Catalunya es va constituir el grup nacional per a la reducció de les llistes d'espera quirúrgiques. Tot i que el compromís actual del

Departament de Sanitat és que la demora no sigui superior a sis mesos en problemes urgents, els recursos són insuficients, i les solucions donades no han ajudat a desenvolupar la sanitat pública ja que s'han derivat els pacients a centres privats.

### **Polítiques relacionades amb la reducció de les desigualtats en la salut**

El govern autonòmic de Catalunya ha manifestat en els diversos Plans de Salut el seu interès quant a les desigualtats en la salut i la inequitat territorial. En el Pla de 1999 a 2001, per exemple, s'esmenta textualment: “També caldrà incorporar la preocupació per l'equitat i per la disminució de les desigualtats en la salut, focalitzant les intervencions en els grups de població més vulnerables. No es pot pensar a reduir les desigualtats en la salut si no s'actua sobre altres aspectes relacionats amb el benestar, com ara el treball, l'educació i la cultura, entre d'altres” (Departament de Sanitat, 1999). No obstant aquesta declaració d'intencions, a Catalunya fins ara no s'han desenvolupat polítiques específiques per reduir les desigualtats de salut i, sobretot, no s'han esmerçat recursos per portar a la pràctica les intervencions sociosanitàries necessàries. A més, l'estudi i la reducció de les desigualtats de salut no es un punt rellevant que rebí l'atenció necessària a les agendes i programes polítics dels governs estatals, nacionals i locals. Fins ara solament en alguns ajuntaments s'han aplicat polítiques públiques sociosanitàries i mediambientals per reduir les desigualtats en la salut de la població (Benach i col·l., 2002; Borrell i col·l., 2002a).

La taula 10.4 posa en evidència el desenvolupament de la recerca sobre desigualtats en la salut a Catalunya però també la poca prioritat política que han rebut tant a l'Estat espanyol com a Catalunya les desigualtats en la salut i, per tant, també l'anàlisi de les polítiques públiques que es podrien aplicar per reduir-les.

**Taula 10.4.**

Recerca i polítiques sobre les desigualtats en la salut. Estat espanyol i Catalunya, 1970-2002

Any	Recerca i polítiques
1970-1980	No es fa recerca en desigualtats econòmiques en salut. Les desigualtats en la salut són invisibles.
1981-1987	Progrés en la recerca sobre desigualtats en la salut. Primera enquesta de salut de Barcelona (1983). Publicació de la <i>Ley General de Sanidad</i> (1986). Quasi universalització de molts serveis de salut. Primera intervenció específica per reduir les desigualtats en la salut (ciutat de Barcelona, 1987).
1988-1996	El Ministeri de sanitat espanyol, sota el govern del PSOE, nomena una comissió per estudiar les desigualtats socioeconòmiques en salut seguint el model de l'Informe Black (1993). Publicació de l' <i>Informe Black sobre desigualtats en la salut a Espanya</i> (1996). Progrés destacable en la recerca sobre desigualtats en la salut tant a l'Estat espanyol com a Barcelona mitjançant publicacions específiques de diversos recercadors.
1997-2002	Les aportacions de l'Informe Black no són considerades pel nou govern del Partit Popular i les conclusions i recomanacions són rebutjades. Cap administració espanyola ni catalana promou la recerca institucional (la única excepció és l'Agència de Salut Pública de Barcelona). La divulgació sobre desigualtats en la salut no transcendeix els debats polítics. Les desigualtats en la salut no estan a l'agenda política espanyola ni catalana.

Font: Elaboració pròpia a partir de Benach i col·l., 2002.

A continuació es descriuen algunes polítiques sociosanitàries i de gènere que, tot i que quasi no han estat avaluades, poden estar relacionades amb les desigualtats en la salut.

### Polítiques sociosanitàries

#### Atenció a la gent gran en situació de dependència

La major esperança de vida de la població ha suposat també un increment de la població en situació de dependència que necessita ajuda a domicili o que necessita una residència geriàtrica pública. Després d'Andalusia, Catalunya és la comunitat amb menys llocs de residència pública per habitant: una per cada 171 persones majors de



65 anys. El nombre de gent major de 65 anys a Catalunya és de 1.070.370 i a Juliol de 2002 només hi ha 43.938 llocs residencials, només 6.261 (14%) són places públiques, 10.000 són privades concertades, i 27.000 no disposen cap tipus d'ajuda pública.

### Pla d'atenció integral de serveis socials a l'Alt Urgell

La comarca de l'Alt Urgell, tenia una població de 19.006 habitants l'any 1995, amb una concentració de 10.711 a la Seu d'Urgell, un 56,4% de la població de la comarca. La seva baixa taxa de natalitat i un descens general de la mortalitat evidència un envelliment de la població que ha estat molt ràpid els darrers 15 anys. El Pla d'atenció integral de serveis socials, preparat d'una forma democràtica durant l'any 1997, s'ha aplicat a la Seu d'Urgell i la seva àrea d'influència de l'any 1998 a l'any 2002. Va ser elaborat per la regidoria de Serveis Socials i per realitzar-lo es va convocar durant mig any a totes les entitats ciutadanes que, de forma directa o indirecta, tinguessin relació amb l'àrea sociosanitària. El Pla ha implicat el desenvolupament dels programes del centre cívic, la integració lliure dels discapacitats, l'atenció d'infància de risc, la prevenció de la droga als adolescents, l'accessibilitat a l'entorn, la divulgació de drets i prevenció a la gent gran, la solidaritat, el desenvolupament social amb el tercer món, els protocols, suports i iniciatives de participació ciutadana i la millora i l'optimització de recursos. A partir de l'any 1999 s'ha iniciat la col·laboració empresarial, la integració laboral de discapacitats, la dinamització de gent gran, la reinserció de toxicòmans i de malalts mentals, l'atenció a famílies en risc, l'atenció a la infància en risc, la prevenció de discapacitats, l'educació sanitària en grups d'immigrants, l'educació viària i cívica, l'atenció domiciliària, l'atenció a dones maltractades, el foment d'associacions d'ajuda mútua i el finançament de projectes solidaris (Consell Social de la Seu d'Urgell, 1999). Segons la memòria d'avaluació de l'any 2001, els Serveis Socials d'Atenció Primària de la Seu d'Urgell (Ajuntament de la Seu d'Urgell, 2001) han atès diferents àmbits de la població, representant a unes 465 persones (170 homes i 295 dones). Entre les problemàtiques ateses cal destacar els àmbits econòmics, els aspectes laborals, la salut, l'aprenentatge i la inadaptació social. S'ha elaborat també la guia de la gent gran de la Seu, el servei d'àpats a domicili i el servei de teleassistència, estimulant la coordinació interdepartamental de totes les activitats de serveis socials. El grau de satisfacció tant dels professionals com de la població assistida i del conjunt de la població de la Seu

d'Urgell és molt elevat, i va culminar l'any 2002 amb la inauguració d'un centre cívic per a l'atenció i cura de la gent gran.

## Polítiques de gènere

### El Pla d'atenció a la salut reproductiva

A diferència de les altres autonomies de l'Estat espanyol i de la majoria de països del món, a Catalunya es va instaurar l'any 1990 el Programa d'Atenció a la Dona que, basat sobretot en el treball de coordinació de les llevadores dintre de l'atenció primària, pretenia establir una xarxa d'atenció específica. Els objectius del Programa eren atendre tots els aspectes de la salut reproductiva de les dones, des de l'embaràs i el puerperi, fins a la menopausa (Institut Català de la Salut, 1997). El desenvolupament d'aquest Pla, però, ha produït notables diferències entre els territoris i un extens malestar en el sector d'atenció primària que, en alguns casos, no podia atendre adequadament les dones. Així, aquestes havien de ser derivades directament des de la unitat d'atenció a la dona fins al ginecòleg sense que el metge de primària pogués formar part de les decisions mèdiques. La incorporació progressiva dels antics centres de planificació familiar a la xarxa pública d'atenció primària també va fer entrar en crisi aquest pla d'atenció a la dona, ja que els nois joves que assistien a les tardes informatives dels centres de planificació familiar (les "tardes joves"), no entenien que haguessin de ser atesos en unitats per a les dones. Calia, per tant, diferenciar l'atenció a les dones de l'atenció a la salut sexual i reproductiva de la població, ja que l'atenció integral de les dones suposa atendre a les dones com a persones, amb problemes biològics, psicològics i socials derivats de les seves diferències i de les diferents condicions de vida i treball. L'Institut Català de la Salut ha canviat de nom el programa que ha passat a ser anomenat "Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva" d'acord amb les seves funcions i objectius. No obstant això, existeixen mancances de recursos sobretot a la Catalunya Central, Terres de l'Ebre i Costa de Ponent.

## Polítiques de suport a les famílies

La baixa natalitat d'Espanya i de Catalunya, deguda sobretot a l'insuficient suport públic per a les persones que decideixen formar una família i que han de tenir personalment

cura de les criatures, ha afavorit una notable diferència respecte a altres nacions europees desenvolupades (Fundación Foessa, 1995). Les polítiques públiques realitzades a Catalunya s'han recollit en la *Guia de prestacions familiars* del Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya (2002): el permís per maternitat, el permís per maternitat en jornada a temps parcial, la prestació per risc durant l'embaràs, la reducció de la jornada laboral per lactància, la reducció de la jornada laboral per tenir cura dels fills menors de tres anys (amb la corresponent reducció del salari) i l'excedència per a la cura de familiars directes. Existeixen prestacions econòmiques per a famílies amb infants menors (entre 3-6 anys) i amb ingressos inferiors a 36.060,73 euros anuals, famílies nombroses amb infants menors de sis anys, prestació pel naixement del/la tercer/a fill/a i dels posteriors, i prestació familiar per fill/a al càrrec. Recentment s'han establert també prestacions específiques per a funcionaris i funcionàries que tenen fills prematurs i per personal de les administracions públiques catalanes.

### Polítiques d'educació

Una de les polítiques relacionades amb l'educació que pot tenir influència sobre la salut de la població, i molt en especial la de les dones de les classes socials menys avantatjades, té a veure amb la de les escoles bressol. Així, les polítiques sobre aquestes escoles són una ajuda clara per a la incorporació de les dones al món del treball remunerat, i la conciliació de la vida familiar i laboral. A Catalunya existeixen 12.000 places d'escola bressol però les necessitats són ja d'unes 30.000 places més. Tots els infants de 0 a 3 anys haurien de poder accedir a places públiques i serveis complementaris a la petita infància amb coordinació municipal i per tant amb universalització de serveis.

### Política integral per atendre la violència de gènere

L'any 2001 es va posar en marxa a Catalunya un Pla Integral Contra la Violència de Gènere. Les principals actuacions van ser: disposar d'un telèfon d'atenció a les dones afectades per violència, gratuït durant les vint-i-quatre hores del dia i atès per personal especialitzat; pisos d'atenció per a situacions d'urgència a totes les comarques catalanes; i una casa de rehabilitació integral per a persones amb greu deteriorament físic i psíquic.

Els primers circuits d'atenció a la violència contra les dones es van establir a Catalunya a la ciutat de l'Hospitalet, Sant Boi del Llobregat i Girona, i coordinaven els serveis de la policia local amb els de Benestar dels ajuntaments. Així, l'any 1998 a Girona es va impulsar el pacte ciutadà més complet de Catalunya implicant la fiscalia, la policia i l'Ajuntament de la ciutat. Pel que fa a la ciutat de Barcelona es va establir un protocol per a les persones agredides sexualment, perquè els forenses es personessin als centres de primària o als serveis d'urgència hospitalaris de manera que la persona agredida no hagués de repetir varies vegades la seva declaració i pogués ser atesa física i psicològicament de les agressions rebudes. Després, altres ajuntaments de Catalunya han promogut xarxes ciutadanes d'atenció a la violència com per exemple Mollet, Santa Coloma de Gramenet, Sabadell, Terrassa, Lleida.

### **Polítiques per reduir les desigualtats en la salut que han estat avaluades**

A continuació es descriuen els pocs exemples existents de polítiques específiques per reduir les desigualtats socials en salut que han estat avaluades.

Intervenció per reduir les desigualtats en la salut maternoinfantil a Ciutat Vella, a la ciutat de Barcelona

Per poder posar en marxa polítiques per disminuir les desigualtats en la salut és necessari disposar de sistemes d'informació que permetin conèixer l'estat de la situació de salut. La ciutat de Barcelona, governada des de 1979 per una coalició liderada pel Partit Socialista de Catalunya, té un sistema d'informació extens i, a més, ha estat el primer lloc de Espanya en què es va aplicar la primera Enquesta de Salut basada en entrevistes (1983), disposant ja en l'actualitat de quatre enquestes. Des de 1984, cada any s'ha elaborat un informe sobre l'estat de salut de la ciutat de Barcelona que es presenta al Ple de l'Ajuntament i a tota la ciutat, on es recullen dades de salut de la ciutat i també dels seus districtes (Borrell i col·l., 2002a).

D'aquesta manera es van identificar desigualtats territorials en salut que van permetre planificar estratègies d'intervenció i prevenció. Així doncs, l'any 1987 es va posar en

marxa el programa d'intervenció de salut maternoinfantil a Ciutat Vella, el districte amb els indicadors de salut més negatius de la ciutat (Borrell i col·l., 2002a). Aquest programa pretenia reduir la mortalitat i morbiditat maternoinfantil més alta al districte, incrementant l'atenció sanitària i de serveis socials a les dones embarassades i als nadons, mitjançant la detecció precoç dels problemes i el seguiment a domicili fet per infermeres. S'ha observat com, després d'aquestes intervencions, la mortalitat infantil es va reduir del 17,8 per 1000 nascuts vius els anys 1983-86 a 7,1 els anys 1995-98, mentre que a la resta de la ciutat, la mortalitat infantil va passar del 8,2 per 1000 el 1983-86 fins al 4,1 per 1000 el 1998, la qual cosa suposa una disminució més important a Ciutat Vella que a la resta de la ciutat, tant en termes absoluts com relatius. L'avaluació demostra que un programa sociosanitari integral pot reduir més la mortalitat en els barris amb pitjors condicions, reduint-se per tant les desigualtats en la salut maternoinfantil (Díez i col·l., 1995; Borrell i col·l., 2002a).

#### Intervenció per reduir la tuberculosi en persones “sense sostre” i en usuaris de drogues injectades

L'any 1987 es va posar en marxa un programa sociosanitari a Barcelona per atendre les persones sense sostre o usuaris de drogues injectades que patien tuberculosi. Es va millorar el seu accés a l'atenció primària i als serveis socials, i se'ls va proporcionar allotjament si el necessitaven. Aquest programa va produir un descens significatiu de la incidència de tuberculosi entre els “sense sostre” de Ciutat Vella, de 32,4 per 100.000 habitants l'any 1987 a 19,8 per 100.000 l'any 1992 (Díez i col·l., 1996). El programa va ajudar que les persones completessin el tractament fins el final i posteriorment va ser ampliat a tota la ciutat amb la col·laboració del Govern de la Generalitat (Villalbí i col·l., 1999a).

#### Intervenció per reduir la drogoaddicció

Com mostren diversos estudis, la drogoaddicció és més freqüent en la població més desavantatjada socioeconòmicament. A Barcelona, des de 1987 s'han realitzat quatre plans d'acció per atendre i reduir la drogoaddicció. En primer lloc, es va fer una anàlisi de l'extensió del problema i les necessitats associades. Des de 1990 es van començar a

realitzar programes de reducció dels danys i també a dissenyar serveis socio-sanitaris per a drogoaddictes. Els programes es basaven en tractar els problemes de salut com les malalties infeccioses i les psicopatologies i, també, en facilitar necessitats pràctiques com aliments, habitatge o treball. També es van mantenir programes de metadona, programes d'intercanvi de xeringues, assistència legal/laboral i unitats mòbils per reduir les emergències. Els resultats mostren una disminució dels danys en aquest col·lectiu (Manzanera i col·l., 2000) i reforcen la necessitat de realitzar intervencions de salut pública.

### La reforma de l'atenció primària a la ciutat de Barcelona

Malgrat que encara no s'ha acabat, la reforma de l'atenció primària a la ciutat de Barcelona es va iniciar donant prioritat a les àrees de Barcelona que presentaven uns pitjors indicadors socioeconòmics (Villalbí i col·l., 1998). El resultat d'aquesta intervenció ha pogut ser avaluat mitjançant un estudi realitzat a 23 àrees bàsiques de salut (ABS) amb una situació econòmica desfavorable. De l'any 1984 a l'any 1996 es va analitzar l'evolució de la mortalitat evitable en aquestes ABS comparant l'evolució de les ABS reformades en primer lloc amb altres ABS reformades més tardanament i amb ABS no reformades. La mortalitat relacionada amb la hipertensió i les malalties cerebrovasculars, que era més elevada a les ABS que es van reformar primer, va acabar tenint a finals de 1996 unes taxes inferiors que al conjunt de la ciutat en aquestes ABS. La diferència va ser encara més gran en les dones, entre les quals aquesta causa de mort té un pes superior. La mortalitat perinatal, que també era més alta en les ABS primerament reformades, va equiparar-se a la resta de la ciutat en acabar el període. Les morts per cirrosi hepàtica i per accidents de vehicles de motor van disminuir a totes les ABS (Villalbí i col·l., 1999b).

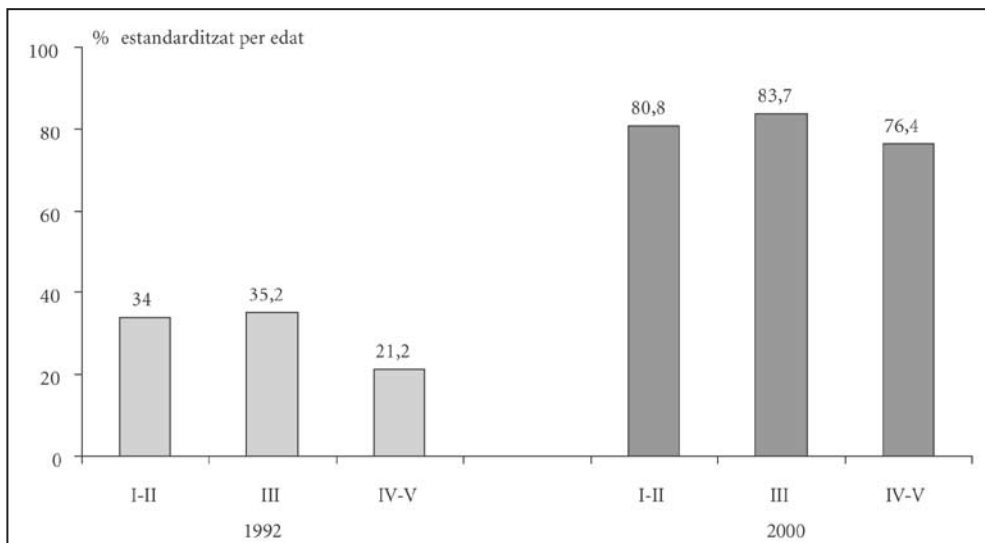
### El programa de cribratge de càncer de mama a Barcelona

El programa de cribratge de càncer de mama va començar a Barcelona l'any 1995 i va ser dirigit a totes les dones de 50 a 64 anys. El programa es va posar en marxa per part del Consorci Sanitari de Barcelona (Generalitat de Catalunya) i es va iniciar a dos districtes de la ciutat amb més problemàtica social i econòmica. Les enquestes de

salut de Barcelona de 1992 i 2000 mostren l'augment de la realització de mamografies en dones de 50 a 64 anys i la disminució de les desigualtats segons classe social (tant a nivell absolut com relatiu) tal com es mostra a la figura 10.1. L'any 2000, els districtes on es va començar el programa (Ciutat Vella i Sant Martí) són els que ofereixen majors percentatge de dones que es fan mamografies (Borrell i col·l., 2002b).

### Figura 10.1.

Mamografia periòdica segons classe social. Dones de 50 a 64 anys. Barcelona 1992 i 2000.



Font: Borrell i col·l., 2002 (b)

## CONCLUSIONS

- Les polítiques sanitàries o socials adreçades a reduir les desigualtats poden millorar el nivell de salut de tota la població.
- La posada en marxa de polítiques sociosanitàries d'àmbit poblacional i en grups de més alt risc poden ser més efectives per reduir les desigualtats en la salut.

- L'absència de sistemes d'informació amb dades comparables no hauria d'impedir la posada en pràctica i l'avaluació d'intervencions per reduir les desigualtats.
- A Catalunya i a la resta de l'Estat espanyol, hi ha diverses polítiques relacionades amb l'estat del benestar que indirectament poden estar relacionades amb la reducció de les desigualtats en la salut.
- A Catalunya no hi ha polítiques específiques per disminuir les desigualtats en la salut excepte alguns exemples a la ciutat de Barcelona.
- Avui en dia el tema de la reducció de les desigualtats en la salut no ha rebut a Catalunya l'atenció suficient ni els recursos necessaris, i ni tan sols es troba a l'agenda política.

## **Bibliografia**

Agència de Salut Pública (en premsa). *La salut a Barcelona, 2001*. Barcelona.

Ajuntament de la Seu d'Urgell (2001). *Memòria de l'Any 2001*. Serveis Socials d'Atenció primària de la Seu d'Urgell.

Anon (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London: The Stationery Office.

Benach J.; Borrell C.; Daponte A. (2002). Social and economic policies in Spain with potential impact on reducing health inequalities. A: Mackenbach J.P.; Bakker M. (edds) *Reducing inequalities in health: A European perspective*. New York: Routledge: 262-273.

Borrell C.; Villalbí J.R.; Díez E.; Brugal M.T.; Benach J. (2002a). Municipal policies: The example of Barcelona. A: Mackenbach J.; Bakker M., eds. *Reducing Inequalities in Health. A European perspective*. London and New York: Routledge: 77-84.

Borrell C.; Rodríguez M.; Pasarín M.I. (2002b). "Social class inequalities in preventive practices in Barcelona. Have they changed between 1992 and 2000?". *Conference of the International Society for Equity and Health*. Toronto.

Benzeval M.; Judge K.; Whitehead M. (1995). *Tackling Inequalities in Health; An Agenda for Action*. London: King's Fund.



CES (2000). *Informe de 246/2000 sobre la Protección social de las Mujeres*. 26 de Julio de 2000. Colección Informes 4/2000.

Consell Social de la Seu d'Urgell (1999). *Pla Integral de Serveis Socials de la Seu d'Urgell 1998-2002*.

Dahlgren G.; Whitehead M. (1992). *Policies and Strategies to promote Equality in Health*. Copenhagen: World Health Organization.

De la Puente M.L.; Manzanera R.; Grupo de Trabajo de Salud Pública en Cataluña (2001). "Propuesta marco de reorganización de la salud pública en Catalunya". *Gac Sanit*; 15 (Supl 4): 55-68.

Departament de Sanitat i Seguretat Social (1999). *Pla de salut de Catalunya 1999-2001*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Díez E.; Villalbí J.R.; Benaque A.; Nebot M. (1995). "Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención". *Gac Sanit* 9: 224-231.

Díez E.; Clavería J.; Serra T.; Caylà J.A.; Jansà I.; Pedro R. et al. (1996). "Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients". *Tubercle Lung Dis* 77: 420-424.

Eurostat (2002). *La situación social en la Unión Europea. Resumen*. Eurostat, comisión Europea.

Fundació Un Sol Món (2001). *La pobresa a Catalunya. Informe 2001*. Fundació Un Sol Món de Caixa d'Estalvis de Catalunya.

Fundación La Caixa (2001). *Anuario social de España, 2001*.

Fundación Foessa (1995). *V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Documentación Social: 133-166.

Garde J. ed. (1999). *Políticas sociales y estado de bienestar en España. Informe 1999*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado / Editorial Trotta.

Gérvás, J.; Ortún, V. (1995) *Regulación y eficiencia de la atención primaria en España*. FEDEA. Documento de trabajo 95-18, pag 23

Gomà R.; Subirats J. (1998). *Políticas públicas en España. Contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*. Ariel Ciencia Política.

Institut Català de la Salut (1997). *Criteris d'implantació i seguiment del Programa d'atenció a la dona a l'atenció primària*. Barcelona.

- Lopez-Casasnovas G.; Rico A. (2001). *Evaluación de las políticas de Servicios Sanitarios en el estado de las autonomías*. Tomo I y II. Fundación BBV y Generalitat de Catalunya IEE.
- Mackenbach J.; Bakker M. eds (2002). *Reducing Inequalities in Health. A European perspective*. London and New York: Routledge.
- Mackenbach J.; Stronks K. (2002). "A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands". *BMJ* 325: 1029-1032.
- Mackenbach J.; Bakker M.J.; Sihto M.; Diderichsen F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. A: Mackenbach J.; Bakker M.; eds. *Reducing Inequalities in Health. A European perspective*. London and New York: Routledge: 25-49.
- Manzanera R.; Torralba L.L.; Brugal M.T.; Armengol R.; Solanes P.; Villalbí J.R. (2000). "Afrontar los estragos de la heroína: evolución de diez años de un programa integral en Barcelona" *Gac Sanit* 14: 58-66.
- Martín J.J.; Montero R.; Cabasés J.M.; Jiménez J.D. (2002). El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad. En: Cabasés J.M.; Villalbí J.R.; Aibar C. *Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud, prioridades en salud pública*. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.
- Navarro V. (ed). (2002). *The political economy of social inequalities. Consequences for health and quality of life*. New York: Baywood.
- Navarro V.; Benach J. y la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España (1996). *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Health 21 – Health for all in the 21st Century*. Copenhagen.
- Ortún V.; Gervas J. (2000). Potenciar la atención primaria de salud. A: Alvarez-Dardet C.; Peiró S. *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Reverte-Cejudo D.; Sánchez-Baile M. (1999). "Devolving health services to Spain's autonomous regions". *BMJ* 318:1204-5.
- Villalbí J.R.; Guarga A.; Pasarín I.; Gil M.; Borrell C. (1998). "Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia". *Aten Primaria* 21: 47-54
- Villalbí J.R.; Galdos-Tanguis H.; Caylà J.A. (1999a). "El control de la tuberculosis basado en la evidencia: una aproximación de salud pública." *Med Clin (Barc)* 112 (Supl 1): 111-116.

Villalbí JR.; Guarga A.; Pasarín MI.; Gil M.; Borrell C.; Cirera E.; Ferran M. (1999b). “Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria de la salud.” *Aten Primaria* 24: 468-474.

Whitehead M. (1990). *The Concepts and Principles of Equality and Health*. Copenhagen: World Health organization.

Whitehead M.; Scott-Samuel A.; Dahlgren G. (1998). “Setting targets to address inequalities in health”. *Lancet* 351: 1279-1282.



## **11** Recomanacions



Gràcies, sobretot, al desenvolupament socioeconòmic i a la millora en el medi ambient i la salut pública, durant els darrers decennis, a Catalunya s'ha produït una millora en els indicadors generals de salut. No obstant això, aquest informe ha documentat —per primera vegada en una autonomia de l'Estat espanyol— l'existència de múltiples desigualtats socials que incideixen de forma diferent sobre la salut de la població catalana i, molt especialment, sobre la població menys benestant. Per tal de conèixer millor i, sobretot, per poder reduir les actuals desigualtats socials en la salut, proposem les següents recomanacions generals i específiques.

## **RECOMANACIONS GENERALS**

### **Difusió, sistemes d'informació i formació**

Malgrat l'existència de múltiples desigualtats en la salut, avui dia, existeix un *desconeixement notable* entre la ciutadania sobre un tema fonamental, qualificat a diverses revistes especialitzades com *un dels problemes de salut pública més importants*. La manca de coneixement, informació i formació en relació a aquest tema és molt preocupant i s'hauria de corregir 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 l'actual situació de les desigualtats en la salut a Catalunya.
- Que el govern de la Generalitat *desenvolupi de forma adient els sistemes d'informació* socio sanitàries per poder estudiar adequadament les diverses dimensions de les desigualtats en la salut.
- Que el govern de la Generalitat estableixi un observatori de les desigualtats en la salut que produeixi, cada dos anys, un *informe* on s'analitzi l'existència, l'evolució i les causes de les desigualtats en la salut i que proposi les intervencions més adients per a la seva reducció.
- Que *les dades* sobre la salut i els seus determinants *siguin desagregades* geogràficament per variables fonamentals com són la classe social i el sexe.
- Que els *programes de formació* dels professionals socio sanitàries incloguin detalladament l'estudi de les causes de producció i reproducció de les desigualtats en la salut, tot ampliant l'enfocament predominant, que avui dia té un caire excessivament biològicista.

## **Recerca**

La *recerca institucional* orientada a la investigació de les desigualtats en la salut, la seva evolució i les seves causes és pràcticament *inexistent*.

Per això recomanem:

- Que la Generalitat i les administracions públiques desenvolupin *programes de recerca institucional* que aprofundeixin en l'estudi de les desigualtats en la salut i les intervencions socio sanitàries necessàries per a la seva reducció.



- Que les administracions públiques *fomentin dins les institucions acadèmiques i de recerca* l'estudi dels *determinants i els mecanismes* generadors de les desigualtats socials en la salut i de la seva evolució.

## Polítiques

Les polítiques sociosanitàries més efectives per millorar els nivells de salut de *tota* la població són aquelles que redueixen les desigualtats socials en la salut. Tot i que existeixen algunes propostes generals i diverses accions específiques —sovint descoordinades entre si— actualment, les desigualtats en la salut no són objecte de debat públic ni són un tema que rebí l'atenció i la resposta adequades per part 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 es tingui en compte l'existència de les desigualtats socials en la *planificació dels plans de salut* i que es posin en marxa *programes d'intervenció* sociosanitària per a la seva reducció, proveint els *recursos i mitjans* necessaris.
- Que les polítiques generals i els programes d'intervenció afectin *tota la població*, posant una atenció especial als grups socials més vulnerables, i que aquestes accions *siguin avaluades al llarg del temps* mitjançant indicadors específics.
- Que les autoritats amb competències sobre les desigualtats (sanitàries, econòmiques i serveis socials) *coordinin les seves intervencions* entre si i que els grups de defensa de la salut pública, professionals sociosanitaris, sindicats, moviments veïnals i altres organitzacions socials *participin activament* en l'elaboració i realització de programes per reduir les desigualtats en la salut.

## RECOMANACIONS ESPECÍFIQUES

### Sistemes d'informació i formació

#### *Fonts d'informació habituals*

L'absència d'indicadors socioeconòmics a les dades administratives i sanitàries recollides rutinàriament a Catalunya es notòria i *limita molt les possibilitats de realitzar una anàlisi detallada* 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 la immigració. A més, sovint, la informació disponible no s'analitza adequadament com és el cas, per exemple, de la manca de separació de les dades segons el sexe.

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 a l'estudi, la vigilància i la prevenció de les desigualtats en la salut. A més, les dades haurien de ser *desagregades sistemàticament* per variables com la classe social, l'ètnia i el sexe.
- Que les *enquestes de salut* (i altres enquestes sociològiques, nutricionals relacionades amb la salut) tinguin *la periodicitat i la coherència metodològica adequades* i incloguin informació social que permeti conèixer l'evolució de les desigualtats en la salut. Concretament, caldria incloure informació sobre l'ocupació, la classe social, el nivell d'estudis, el treball remunerat i treball no remunerat (domèstic i de cura de les persones). A més, caldria incloure periòdicament exàmens de salut amb mesures d'indicadors biològics.
- Que es facin *enquestes de salut específiques* per conèixer la situació de les *poblacions vulnerables* com són, per exemple, una bona part dels col·lectius d'immigrants i la població exclosa (sense sostre, toxicòmans, etc.).

## *Gènere*

La construcció social del coneixement sobre el gènere i la salut ha dificultat la recollida d'informació sobre diversos temes relacionats amb les desigualtats de gènere. Especialment, la violència contra les dones és un problema social emergent. Encara que les denúncies vagin augmentant, no hi ha un sistema d'informació sanitària que permeti conèixer adequadament la situació i l'evolució del problema.

Per això recomanem:

- Que s'inclouguin dins el sistema sanitari *programes de formació continuada* que tinguin en compte els diversos temes de gènere i salut.
- Que es creï una comissió que *valori els sistemes d'informació* més adients per conèixer 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 socio-sanitaris elaborin *protocols* per detectar prèviament la violència de gènere, especialment als *serveis d'urgències i a l'atenció primària*.
- Que es realitzin *programes de formació específics i continuats* entre els professionals socio-sanitaris que puguin tenir contacte amb les dones maltractades.

## *Salut laboral*

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

Per això recomanem:

- Que s'introdueixin modificacions en els sistemes d'informació laborals, tot *ampliant el seu abast* i introduint *indicadors* per a l'anàlisi de les desigualtats. A més, caldrà

*harmonitzar la informació útil sobre salut laboral procedent del Departament de Treball i de Sanitat per fer més eficients els dos sistemes.*

- Que es desenvolupin *sistemes d'informació de malalties relacionades amb el treball en col·laboració amb l'àmbit sanitari i laboral* de l'Administració autonòmica i local.
- Que es realitzin periòdicament, a Catalunya, *enquestes de condicions de treball* per tal de conèixer i vigilar l'evolució dels factors de risc laboral, les malalties relacionades amb el treball i altres problemes de salut. Aquestes enquestes haurien de *superar les limitacions metodològiques* de les actuals enquestes nacionals i europees incloent, per exemple, informació sobre l'ocupació, l'activitat econòmica de l'empresa i la precarietat laboral.

### *Medi ambient*

Els actuals sistemes d'informació sobre la salut i el medi ambient i, més encara, els que estan relacionats amb possibles desigualtats en la salut són molt insuficients.

Per això recomanem:

- Que s'introdueixin modificacions en els *sistemes d'informació sobre la salut ambiental* per fer-los més efectius, *ampliar el seu abast* i introduir *indicadors* per a l'anàlisi de les desigualtats.
- Que es desenvolupin *sistemes d'informació de malalties relacionades amb el medi ambient en col·laboració amb 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 representativa del conjunt de la població general utilitzant *indicadors socials, mediambientals i biològics*.

## Recerca

### *Àrees geogràfiques*

Aquest informe ha descrit per primera vegada l'existència de desigualtats socials en la mortalitat en els municipis de Catalunya. No obstant això, aquests resultats han de ser analitzats amb més profunditat.

Per això recomanem:

- Que s'investigui la relació que hi ha entre els *indicadors socioeconòmics* (privació material) disponibles i les diverses *causes específiques de mortalitat* en àrees geogràfiques petites. A més, caldria valorar l'estudi d'altres indicadors de salut i d'utilització dels serveis sanitaris.
- Que s'estudiïn detalladament les desigualtats geogràfiques en la salut a tots els municipis de Catalunya i també dins els *districtes de les diferents ciutats* (fins ara, s'han analitzat, sobretot, els de la ciutat de Barcelona).

### *Gènere*

L'informe ha mostrat que 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 les desigualtats de gènere i la salut encara és molt minsa.

Per això recomanem:

- Que es realitzin estudis de *l'estat de salut* que tinguin en compte el gènere i que *aclareixin els diversos buits de coneixement actuals*. Alguns casos que caldria investigar són, per exemple, l'augment dels embarassos en les dones adolescents i la feminització de la pobresa entre les dones grans.

- Que es desenvolupi el camp de recerca relacionat amb les desigualtats de gènere en l'ús dels serveis sanitaris.

### *Immigració*

La recerca sobre les desigualtats en la salut dels immigrants és un dels camps amb menys informació disponible i el que es troba més endarrerit en relació a la recerca.

Per això recomanem:

- Que es realitzin *estudis quantitativs i qualitativs* que permetin conèixer *la situació, les percepcions i les expectatives* de les poblacions immigrades en relació als conceptes de salut i malaltia.
- Que es realitzin *estudis que permetin comparar adequadament* els indicadors de salut més importants segons la classe social i el gènere entre la població immigrada i la població general.
- 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 els estils de vida entre la població immigrada.

### *Estat de salut, estils de vida i serveis sanitaris*

Tot i que les enquestes de salut existents han permès conèixer diversos aspectes de les desigualtats en l'estat de salut, els estils de vida i la utilització dels serveis sanitaris, la manca de validesa de moltes de les mesures i la dificultat a l'hora d'obtenir informació sobre alguns indicadors fa imprescindible la millora de la investigació sobre aquests problemes de salut.

Per això recomanem:

- Que s'analitzin amb més profunditat les *desigualtats en les malalties cardiovasculars i el càncer*, que són les principals causes de mortalitat.

- Que s'estudiïn amb més profunditat les desigualtats en les *toxicomanies i la sida*, ja que són problemes de salut que, sobretot, afecten les poblacions més desafavorides.
- Que s'estudiïn les desigualtats de classe social i de gènere entre les *persones grans* i s'aprofundeixi en els factors lligats a la *salut mental i a la influència del suport social* en la salut.
- Que es facin estudis que permetin conèixer *amb més profunditat* les desigualtats de classe social i de gènere existents en alguns estils de vida encara mal coneguts. Tres exemples destacables són les causes de la tendència creixent en *l'excés de pes* observada durant als darrers anys i la necessitat de desenvolupar unes mesures més bones per analitzar el *consum d'alcohol i la realització de dieta*.
- Que es facin *enquestes específiques* o *estudis qualitatius* que aprofundeixin en l'anàlisi de les desigualtats en la *qualitat de l'atenció sanitària* rebuda.

### *Salut laboral*

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

Per això recomanem:

- Que es fomenti la *recerca institucional sobre la salut laboral*, que es millori la seva *qualitat i rigor metodològic* i que s'ampliï la pràctica de la recerca aplicada en la prevenció de riscos laborals a les empreses.
- Que s'estudiïn les *àrees de recerca més prioritàries sobre salut laboral*, com són les lesions per accidents de treball per causes naturals, les desigualtats de gènere i de classe en els accidents *in itinere*, els factors de risc psicosocial, la precarietat laboral, l'efecte de les noves formes d'organització del treball sobre la salut, la salut mental i les desigualtats de gènere i ètniques.

### *Medi ambient*

A Catalunya, la recerca sobre desigualtats en la salut relacionades amb el medi ambient encara és molt minsa i la que es fa, sovint, no té el nivell adequat de rigor i qualitat. Partint de la manca d'informació actual, la tasca més urgent és l'estudi de 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 a 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 als *trihalometans* a nivell 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 les *dioxines, els PCBs, els metalls i els pesticides*, entre d'altres.

## **Polítiques**

### *Àrees geogràfiques*

A Catalunya, existeixen desigualtats socioeconòmiques i de mortalitat en àrees geogràfiques petites (municipis o agregats de municipis) i també una associació entre ambdós tipus d'indicadors posant en evidència l'existència de desigualtats en forma de gradient. Aquesta informació és especialment important a l'hora de planificar les prioritats de les polítiques sociosanitàries.



Per això recomanem:

- Que les autoritats sanitàries posin en marxa programes i intervencions socio sanitàries en les *àrees geogràfiques més desafavorides de Catalunya* (Baix Llobregat, Vallès Occidental, Segrià, diverses comarques de Tarragona, la zona costanera de Catalunya, el centre i la zona litoral i nord de la ciutat de Barcelona) per tal de reduir les desigualtats en la mortalitat.
- Que durant els debats sobre la *planificació de les prioritats en les polítiques socio sanitàries* i en els models de redistribució de les polítiques territorials de tipus social, econòmic i de salut pública es tingui en compte la necessitat de reduir les desigualtats geogràfiques en la salut.

### *Gènere*

A Catalunya hi ha desigualtats de gènere que, en general, mantenen els patrons de mal estat de salut i més prevalença de trastorns crònics entre les dones. També cal destacar l'increment de la violència de gènere. A més, les polítiques sobre les desigualtats en la salut han de tenir en compte el treball remunerat i el no remunerat i la seva interacció amb la classe social i el gènere.

Per això recomanem:

- Que es realitzi una *atenció psicosocio sanitària integral a les dones* en les diferents fases de la seva vida.
- Que es disposi de més *recursos per la prevenció i la detecció precoç de la violència domèstica* o, en un sentit més ampli, de la violència contra les dones, i que s'estableixi una col·laboració estreta entre els serveis sanitaris, socials, policials i judicials.
- Que es desenvolupin polítiques que *augmentin el nombre d'escoles bressol públiques* per als menors de tres anys, els serveis extraescolars i l'assistència familiar a les dones de les famílies amb menys recursos.

- Que es promoguin *polítiques que facilitin la conciliació entre les demandes laborals i les familiars* —especialment entre les classes més desfavorides— a través de la flexibilització de l'horari laboral i d'accions no discriminadores per la maternitat i la vida familiar i mitjançant la promoció d'accions culturals que afavoreixin compartir les tasques i les responsabilitats familiars.

### *Immigració*

Les actuals tendències legislatives no apunten cap a una millora de les condicions socials, econòmiques i administratives de les persones immigrades que es troben en unes condicions menys favorables i amb més desigualtats en la salut. Avui dia, el compliment dels tractaments sanitaris dels immigrants, la seva accessibilitat als serveis preventius i la comprensió de les seves demandes és molt deficient.

Per això recomanem:

- Que es garanteixi *l'accés als serveis bàsics de salut i als serveis socials* a tots els immigrants.
- Que es potenciïn *intervencions específiques* perquè les poblacions d'immigrants es familiaritzin amb les característiques, el funcionament, les vies d'accés i les prestacions sanitàries del sistema de salut vigent al nostre país.
- Que es destinin més recursos als *serveis d'atenció als immigrants*, que augmenti el nombre de *professionals que s'hi dediquen* i que hi hagi *intèrprets i mediadors culturals* que puguin respondre a les necessitats creixents dels immigrants.
- Que es promogui la *formació dels professionals de la salut*, tant en l'àmbit de les patologies específiques relacionades amb les persones procedents d'altres entorns com en els aspectes antropològics i culturals.

### *Estat de salut i estils de vida*

En general, l'estat de salut desfavorable i els estils de vida menys saludables són més prevalents entre les classes socials més desfavorides i, especialment, entre les dones de les classes socials menys benestants.

Per això recomanem:

- Que l'orientació de les *estratègies d'intervenció* sobre l'estat de salut i els estils de vida tingui en compte la classe social, el gènere i l'edat de la població.
- Que es reforcin les intervencions de prevenció i *abandonament del consum de tabac i la reducció del consum d'alcohol*, tot posant una èmfasi especial en els col·lectius joves, les dones i les classes socials més desfavorides.
- Que es potenciïn estratègies orientades a l'increment de la realització *d'exercici en temps d'oci* entre la població, especialment entre les classes socials més desfavorides i entre les dones.
- Que es posin en pràctica intervencions preventives sobre *la sida i les drogues il·legals*, adreçades —especialment— als grups de població més vulnerables.

### *Serveis sanitaris*

Les classes benestants són les que, molt sovint, tenen 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 Servei Nacional de Salut, que tindrà menys prioritat política i, en conseqüència, rebrà menys finançament.

Per això recomanem:

- Que *s'ampliïn les prestacions del Sistema Nacional de Salut*, sobretot les d'aquells serveis que han mostrat més desigualtats d'ús, com ara l'odontologia i els serveis

preventius, per tal que també puguin arribar a les classes menys afavorides.

- Que *millorin els serveis públics*, sobretot els *serveis d'atenció primària*, i que es promogui la seva utilització per part de totes les classes socials.

### *Salut laboral*

La prevenció dels factors de risc laboral en els col·lectius menys benestants actualment no és una prioritat de les administracions i els agents socials. Els treballadors de les classes socials més desafavorides i, especialment, les dones, presenten una mala situació en les condicions de treball, tenen més demandes familiars i mostren un estat de salut més dolent. Un col·lectiu, molt nombrós, que exemplifica aquesta situació és el de les dones que treballen en tasques de neteja i de servei domèstic.

Per això recomanem:

- Que s'estableixin *polítiques sociosanitàries* que redueixin les conseqüències negatives que té per la salut *l'atur de llarga durada, la precarietat laboral* i, molt especialment, la dels qui *treballen subcontractats*.
- Que es posin en marxa accions preventives prioritàriament entre els col·lectius de *treballadors més desfavorits*, com són les *dones de la neteja i del servei domèstic*. Les intervencions haurien d'incloure l'augment d'oportunitats dins el mercat de treball, la millora en les condicions de treball i les mesures preventives i la vigilància de la salut.
- Que les *avaluacions de risc laboral i els plans de prevenció* tinguin en compte l'existència de les desigualtats de classe i gènere en el medi laboral. *Les mútues* d'accidents de treball i malalties professionals haurien de canviar la seva orientació fonamentalment assistencial i haurien de posar més èmfasi en la prevenció, mentre que els sindicats haurien de tenir en compte la prevenció de riscos laborals a l'hora de fer la negociació col·lectiva.

### *Medi ambient*

Tot i que, a Catalunya, molts dels factors de risc mediambiental són universals i, per tant, afecten tota la població de forma involuntària, en bona mesura, es desconeixen les possibles desigualtats entre les diferents classes socials i territoris. No obstant això, 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 a l'aire urbà*, sobretot mitjançant polítiques de reducció del trànsit rodat i de control d'algunes fonts industrials (fonderies, 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 —especialment als municipis que es troben en una situació més dolenta— sigui una prioritat política.
- Que s'analitzin i es vetlli per *l'absència de contaminants* i per la *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 regular o dolent i presència d'algun trastorn crònic segons la classe social. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Homes		Dones	
	% <sup>a</sup>	OR (IC 95%) <sup>b</sup>	% <sup>a</sup>	OR (IC 95%) <sup>b</sup>
Estat de salut percebut regular o dolent				
Classe social I-II	14,5	1 <sup>c</sup>	21,5	1 <sup>c</sup>
Classe social III	19,0	1,3 (1,0-1,7)	21,2	1,0 (0,8-1,2)
Classe social IV-V	25,0	1,8 (1,5-2,3)	34,3	1,7 (1,4-2,1)
Presència d'algun trastorn crònic				
Classe social I-II	50,8	1 <sup>c</sup>	61,1	1 <sup>c</sup>
Classe social III	54,6	1,2 (1,0-1,4)	60,6	0,9 (0,8-1,5)
Classe social IV-V	57,2	1,3 (1,2-1,6)	68,7	1,4 (1,2-1,6)

<sup>a</sup> Proporció estandarditzada per edat mitjançant el mètode directe.

<sup>b</sup> *Odds ratio* de prevalença i interval de confiança del 95%. Els models per la variable dependent 'estat de salut percebut' estan ajustats per edat, àrea de residència i nombre de trastorns crònics. El model per la presència d'algun trastorn crònic està ajustat per edat i àrea de residència.

<sup>c</sup> Categoria de referència.

Font: Fernández i col·l., 2000.

**Taula 2.**

Estat de salut percebut regular o dolent segons la regió, la classe social i l'edat. Percentatges. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

		Regió sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>										
15-44 a	Classe social I-II	6,3	6,4	-	8,7	5,3	10,0	6,1	7,6	7,0
	Classe social III	10,7	10,5	14,3	17,8	6,3	8,7	8,7	7,7	8,7
	Classe social IV-V	12,4	9,9	10,8	11,5	9,9	14,7	14,2	13,2	12,4
45-64 a	Classe social I-II	18,4	24,1	12,5	20,6	21,1	17,2	18,5	11,6	16,7
	Classe social III	12,5	13,3	25,0	20,8	30,2	20,0	23,1	26,4	24,3
	Classe social IV-V	39,3	34,4	27,3	27,6	33,3	45,9	38,3	32,2	36,0
>64 a	Classe social I-II	32,1	23,8	33,3	50,0	55,6	22,2	47,8	30,0	34,8
	Classe social III	30,0	50,0	-	63,6	50,0	37,5	40,0	37,3	41,8
	Classe social IV-V	44,7	40,9	33,3	43,1	55,6	65,1	37,8	40,9	45,8
<b>Dones</b>										
15-44 a	Classe social I-II	11,4	4,2	9,1	8,8	14,1	13,0	8,3	4,3	7,9
	Classe social III	9,1	8,7	16,7	13,8	7,7	7,5	7,8	10,9	9,3
	Classe social IV-V	15,6	20,3	18,2	16,3	19,3	22,4	16,4	18,9	18,6
45-64 a	Classe social I-II	32,3	38,5	33,3	37,9	38,2	45,8	40,0	23,7	32,0
	Classe social III	20,0	25,0	50,0	30,8	34,8	35,3	24,2	27,7	27,8
	Classe social IV-V	47,0	44,7	41,7	39,8	51,9	50,3	63,2	41,6	50,3
>64 a	Classe social I-II	45,5	50,0	40,0	55,2	50,0	70,0	57,9	38,3	47,6
	Classe social III	100	14,3	50,0	71,4	46,7	42,9	18,8	61,2	48,1
	Classe social IV-V	61,0	66,0	57,1	58,5	64,1	60,2	61,7	54,7	59,6

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

**Taula 3.**

Presència d'algun trastorn crònic segons la regió, la classe social i l'edat. Percentatges. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

		Regió sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>										
15-44 a	Classe social I-II	47,8	36,2	36,4	32,6	41,1	32,2	41,4	34,2	37,3
	Classe social III	50,0	42,1	42,9	40,0	37,1	31,1	37,9	32,1	35,9
	Classe social IV-V	47,7	38,8	47,2	36,0	40,4	38,2	42,8	41,7	40,9
45-64 a	Classe social I-II	69,4	72,4	75,0	54,3	70,2	55,2	46,3	47,2	56,5
	Classe social III	75,0	66,7	66,7	56,5	70,6	58,6	67,9	75,0	69,6
	Classe social IV-V	82,1	78,7	68,2	65,3	64,0	73,0	72,1	65,2	69,5
>64 a	Classe social I-II	85,7	90,0	83,3	95,0	88,9	66,7	82,6	84,1	84,9
	Classe social III	72,7	90,9	100	80,0	91,7	100	86,2	88,0	87,5
	Classe social IV-V	86,5	93,0	91,7	82,8	84,1	93,7	87,4	89,1	87,9
<b>Dones</b>										
15-44 a	Classe social I-II	54,3	38,8	50,0	42,9	58,8	45,3	43,5	40,4	45,0
	Classe social III	48,5	53,3	54,5	41,4	44,5	45,0	48,7	39,7	44,0
	Classe social IV-V	55,1	54,9	62,5	50,4	55,6	56,0	47,8	49,7	52,4
45-64 a	Classe social I-II	93,5	84,0	75,0	72,4	79,4	76,0	77,4	73,3	77,7
	Classe social III	90,0	76,9	100	58,3	78,3	82,4	75,0	66,3	72,3
	Classe social IV-V	92,4	86,7	91,7	80,0	82,6	87,1	88,2	83,5	85,4
>64 a	Classe social I-II	95,2	95,8	100	92,9	100	90,0	94,4	71,7	87,1
	Classe social III	100	71,4	100	100	100	100	87,5	85,4	89,4
	Classe social IV-V	94,7	96,1	95,2	88,3	100	91,5	94,2	92,2	94,0

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

**Taula 4.**

Mal estat de salut mental segons la regió, la classe social i l'edat. Percentatges. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

		Regió sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>										
15-44 a	Classe social I-II	4,2	8,5	9,1	6,7	6,3	1,7	5,1	9,5	6,9
	Classe social III	-	10,8	16,7	6,7	8,3	8,7	10,5	8,5	8,5
	Classe social IV-V	5,7	13,5	11,1	7,2	11,0	13,3	11,1	10,3	10,8
45-64 a	Classe social I-II	7,9	10,0	14,3	5,9	5,4	10,3	5,6	7,0	7,2
	Classe social III	-	6,3	-	4,2	9,3	6,9	8,2	12,0	8,6
	Classe social IV-V	7,3	9,4	13,6	5,3	12,5	15,0	14,1	8,3	11,3
>64 a	Classe social I-II	-	-	-	5,0	12,5	-	13,0	5,7	4,9
	Classe social III	-	9,1	-	-	11,5	16,7	-	5,3	5,4
	Classe social IV-V	2,6	11,6	8,3	3,1	11,1	8,1	7,8	9,5	8,2
<b>Dones</b>										
15-44 a	Classe social I-II	8,8	16,3	25,0	12,5	8,1	18,2	10,3	16,6	14,0
	Classe social III	-	15,2	16,7	6,9	13,5	12,5	18,8	12,5	13,2
	Classe social IV-V	9,0	14,6	18,8	11,4	18,2	18,5	17,2	20,6	17,2
45-64 a	Classe social I-II	9,4	12,0	11,1	6,7	11,8	8,0	26,7	6,8	10,1
	Classe social III	10,0	8,3	-	-	-	6,3	6,5	12,9	8,6
	Classe social IV-V	9,1	24,7	16,7	9,9	22,0	14,9	18,1	14,3	16,9
>64 a	Classe social I-II	9,1	37,5	-	7,1	11,1	20,0	11,1	3,3	11,4
	Classe social III	-	14,3	-	14,3	13,3	-	-	12,2	9,6
	Classe social IV-V	10,3	20,0	14,3	8,7	23,0	17,6	17,4	13,9	16,0

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

**Taula 5.**

Estils de vida segons la regió. Nombres absoluts i percentatges. Homes més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Tabac</b>									
Fumadors	127 (35,9)	162 (39,2)	45 (42,0)	167 (36,1)	434 (41,9)	262 (42,1)	435 (39,0)	583 (38,9)	2216 (38,9)
Exfumadors	80 (38,2)	100 (37,3)	23 (32,2)	109 (37,9)	208 (31,6)	131 (32,4)	269 (37,1)	364 (37,5)	1284 (35,7)
No fumadors	128 (36,3)	115 (27,9)	32 (29,9)	158 (34,1)	290 (28,0)	187 (30,1)	330 (29,6)	428 (28,6)	1670 (29,7)
<b>Alcohol</b>									
Abstemis	104 (29,4)	106 (25,7)	20 (18,6)	124 (26,8)	268 (25,8)	158 (25,3)	297 (26,6)	349 (23,3)	1426 (25,4)
Consum prudent	194 (54,8)	234 (56,7)	62 (57,6)	298 (64,4)	673 (64,8)	405 (65,2)	719 (64,3)	989 (66,0)	3574 (63,7)
Consum lleuger	14 (4,0)	23 (5,6)	6 (5,6)	15 (3,3)	37 (3,5)	30 (4,9)	54 (4,8)	89 (5,9)	268 (4,8)
Consum de risc	42 (11,8)	49 (11,8)	19 (18,0)	25 (5,5)	60 (5,8)	28 (4,5)	48 (4,3)	72 (4,8)	343 (6,1)
<b>Activitat física habitual</b>									
Activitat intensa	24 (6,7)	52 (12,7)	26 (24,4)	55 (11,9)	113 (10,9)	112 (18,0)	128 (11,5)	119 (8,0)	629 (8,0)
Activitat moderada	249 (70,4)	197 (47,8)	42 (39,3)	187 (40,4)	483 (46,6)	298 (48,0)	523 (46,9)	551 (36,9)	2531 (45,2)
Activitat lleugera	29 (8,1)	55 (13,4)	14 (12,6)	129 (28,0)	190 (18,4)	76 (12,3)	212 (19,0)	206 (13,8)	911 (16,3)
Sedentaris	52 (14,8)	108 (26,1)	26 (23,8)	91 (19,7)	249 (24,1)	135 (21,8)	252 (22,6)	619 (41,4)	1533 (27,4)
<b>Activitat física en temps lliure</b>									
Intensa	42 (11,8)	71 (17,2)	15 (14,5)	79 (17,1)	186 (18,0)	118 (19,1)	192 (17,2)	253 (16,9)	957 (17,1)
Moderada	136 (38,4)	236 (57,1)	39 (36,6)	262 (56,5)	634 (61,3)	378 (61,0)	703 (63,2)	978 (65,4)	3365 (60,1)
Cap	176 (49,8)	106 (25,7)	52 (48,9)	122 (26,4)	214 (20,7)	124 (19,9)	217 (19,5)	264 (17,7)	1276 (22,8)
<b>Dieta</b>									
Realització habitual	63 (17,9)	66 (16,1)	26 (23,8)	86 (18,5)	146 (14,0)	102 (16,4)	183 (16,4)	219 (14,6)	891 (15,9)

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

**Taula 6.**

Estils de vida segons la regió. Nombres absoluts i percentatges. Dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Tabac</b>									
Fumadores	55 (15,7)	68 (16,4)	17 (14,2)	76 (14,4)	259 (21,9)	126 (17,5)	222 (17,4)	400 (21,7)	1224 (19,0)
Exfumadores	22 (27,8)	31 (29,2)	4 (18,4)	29 (26,9)	67 (20,0)	55 (29,4)	66 (21,8)	155 (27,2)	427 (25,1)
No fumadores	266 (76,2)	286 (68,6)	95 (78,6)	401 (76,0)	780 (65,9)	510 (70,6)	906 (70,9)	1169 (63,4)	4414 (68,5)
<b>Alcohol</b>									
Abstèmies	224 (64,2)	213 (51,2)	59 (48,6)	301 (57,0)	607 (51,3)	390 (53,9)	714 (55,9)	791 (42,9)	3300 (51,2)
Consum prudent	111 (31,9)	175 (42,1)	58 (48,1)	217 (41,1)	546 (46,2)	327 (45,2)	552 (43,2)	984 (53,3)	984 (53,3)
Consum lleuger	11 (3,3)	17 (4,1)	3 (2,3)	7 (1,4)	24 (2,0)	6 (0,9)	8 (0,7)	53 (2,9)	130 (2,0)
Consum de risc	2 (0,6)	11 (2,5)	1 (0,9)	3 (0,5)	6 (0,5)	--	3 (0,2)	17 (0,9)	43 (0,7)
<b>Activitat física habitual</b>									
Activitat intensa	2 (0,5)	5 (1,3)	4 (3,6)	14 (2,6)	34 (2,9)	48 (6,7)	30 (2,4)	66 (3,6)	204 (3,2)
Activitat moderada	252 (72,2)	188 (45,2)	58 (48,0)	203 (38,4)	492 (41,6)	344 (47,7)	559 (43,8)	768 (41,6)	2864 (44,5)
Activitat lleugera	33 (9,5)	105 (25,3)	21 (17,7)	193 (36,6)	319 (27,0)	152 (21,1)	314 (24,6)	402 (21,8)	1540 (23,9)
Sedentàries	62 (17,8)	118 (28,3)	37 (30,7)	118 (22,3)	337 (28,5)	177 (24,5)	373 (29,2)	609 (33,0)	1830 (28,4)
<b>Activitat física en temps lliure</b>									
Intensa	28 (7,9)	24 (5,9)	11 (9,0)	39 (7,3)	100 (8,4)	71 (9,8)	111 (8,7)	196 (10,7)	580 (9,0)
Moderada	119 (34,1)	265 (63,6)	32 (26,3)	310 (58,9)	808 (68,4)	469 (65,0)	802 (63,0)	1256 (68,2)	4061 (63,1)
Cap	202 (58,0)	127 (30,5)	78 (64,8)	178 (33,7)	274 (23,2)	182 (25,2)	361 (28,3)	389 (21,1)	1792 (27,9)
<b>Dieta</b>									
Realització habitual	94 (27,0)	79 (19,0)	40 (32,8)	120 (22,7)	259 (21,9)	153 (21,1)	335 (26,2)	302 (16,4)	1382 (21,4)

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

**Taula 7.**

Consum de tabac segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
<b>Fumadors</b>									
Classe social I-II	26,5	32,8	32,2	30,7	30,4	32,7	36,7	37,8	32,5
Classe social III	35,3	38,6	41,3	32,6	43,3	38,0	34,2	36,9	37,6
Classe social IV-V	42,4	41,9	46,0	39,3	44,1	45,1	40,6	42,1	42,7
<b>Exfumadors</b>									
Classe social I-II	39,1	39,3	37,8	42,2	32,2	33,5	34,7	38,6	37,2
Classe social III	43,1	39,0	35,0	41,1	32,3	37,6	45,2	40,1	39,1
Classe social IV-V	34,8	37,2	28,9	34,2	33,2	32,3	37,5	33,8	34,0
<b>No fumadors</b>									
Classe social I-II	47,2	33,1	41,4	41,4	36,3	35,2	34,4	28,0	37,1
Classe social III	34,2	29,3	25,8	35,5	27,4	31,3	29,8	29,7	30,3
Classe social IV-V	30,2	24,1	27,5	32,6	24,4	26,4	27,2	27,9	27,5
<b>Dones</b>									
<b>Fumadores</b>									
Classe social I-II	15,0	14,8	22,3	19,9	21,7	20,7	16,1	21,0	19,0
Classe social III	20,0	17,4	13,2	18,9	21,7	21,4	17,0	25,8	19,4
Classe social IV-V	18,8	17,2	15,4	14,7	20,9	15,8	18,1	22,1	17,9
<b>Exfumadores</b>									
Classe social I-II	32,9	30,7	6,8	26,0	30,9	36,0	22,4	36,0	28,4
Classe social III	36,8	39,1	35,8	13,0	25,5	40,2	30,5	27,7	31,8
Classe social IV-V	24,0	23,8	18,9	26,4	16,2	23,2	19,3	20,1	21,4
<b>No fumadores</b>									
Classe social I-II	74,3	69,1	73,3	70,8	64,4	61,0	70,3	57,6	67,6
Classe social III	66,5	66,2	75,4	72,7	63,4	53,7	67,0	56,8	65,2
Classe social IV-V	72,7	68,2	75,7	75,0	68,2	76,8	71,0	66,0	71,7

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

**Taula 8.**

Consum habitual d'alcohol segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
<b>Abstemis</b>									
Classe social I-II	25,7	24,3	24,1	23,0	18,7	26,8	29,5	22,7	24,4
Classe social III	31,0	26,7	18,4	26,3	32,6	28,4	26,2	19,7	26,1
Classe social IV-V	29,5	26,6	17,7	27,3	26,4	25,3	26,3	25,1	25,5
<b>Consum baix &lt; 30 g./dia</b>									
Classe social I-II	59,2	63,0	61,8	68,1	75,1	66,8	60,9	64,0	64,9
Classe social III	56,7	61,2	60,7	66,4	56,3	64,5	66,0	70,7	62,8
Classe social IV-V	52,5	52,0	55,6	63,5	64,2	63,7	64,1	65,6	60,1
<b>Consum moderat (31-40 g./dia)</b>									
Classe social I-II	5,4	4,8	5,4	2,5	3,0	2,8	7,8	7,5	4,9
Classe social III	2,2	3,1	6,5	3,0	7,2	1,9	3,9	6,0	4,2
Classe social IV-V	4,3	7,1	5,3	4,1	2,5	6,2	4,4	4,4	4,8
<b>Consum de risc (&gt;40 g./dia)</b>									
Classe social I-II	9,7	8,0	8,3	6,4	3,2	3,1	1,8	5,8	5,8
Classe social III	10,1	7,9	14,5	4,3	3,9	5,2	4,0	3,6	6,8
Classe social IV-V	13,7	14,3	21,4	5,1	7,0	4,7	5,2	4,9	9,6
<b>Dones</b>									
<b>Abstèmies</b>									
Classe social I-II	55,0	47,3	38,8	53,5	45,5	47,0	49,8	39,4	47,0
Classe social III	60,0	46,3	34,1	48,2	39,7	40,9	47,0	36,6	44,2
Classe social IV-V	65,7	54,0	51,7	57,8	55,5	58,8	58,5	44,7	55,8
<b>Consum baix (&lt;20g./dia)</b>									
Classe social I-II	41,1	47,7	56,7	44,3	54,5	53,0	49,5	55,9	50,4
Classe social III	35,3	46,9	65,2	50,0	55,6	59,1	51,5	60,0	52,9
Classe social IV-V	30,7	38,0	44,4	40,1	42,3	40,0	40,9	52,0	41,0
<b>Consum moderat (21-30 g./dia)</b>									
Classe social I-II	3,0	3,9	3,3	1,1	0	0	0,8	3,5	1,9
Classe social III	4,0	0,7	0,7	1,8	4,1	0	1,5	2,8	1,9
Classe social IV-V	3,0	4,8	2,8	1,6	1,7	1,3	0,3	2,3	2,2
<b>Consum de risc (&gt;30 g./dia)</b>									
Classe social I-II	0,9	1,1	1,2	1,1	0	0	0	1,2	0,7
Classe social III	0,7	5,3	0	0	0,5	0	0	0,5	0,9
Classe social IV-V	0,6	3,2	1,2	0,5	0,4	0	0,4	1,1	0,9

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



**Taula 9.**

Activitat física habitual segons la regió i la classe social. Percentatges estandaritzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
<b>Sedentaris</b>									
Classe social I-II	15,2	32,3	25,4	25,7	29,0	32,3	31,6	50,3	30,2
Classe social III	26,3	33,8	38,8	29,8	35,4	32,3	35,3	49,4	35,2
Classe social IV-V	10,8	21,1	22,1	14,2	19,0	17,3	16,3	31,4	19,0
<b>Activitat lleugera</b>									
Classe social I-II	8,5	12,7	14,0	31,2	10,8	19,1	19,0	15,3	16,3
Classe social III	3,1	13,4	11,9	19,8	16,7	5,6	10,5	9,7	11,3
Classe social IV-V	9,8	14,5	11,6	29,3	20,7	12,2	21,3	14,0	16,7
<b>Activitat moderada</b>									
Classe social I-II	64,1	42,2	37,1	34,9	53,0	40,0	41,0	31,4	43,0
Classe social III	70,6	51,9	37,9	46,0	44,2	50,2	51,5	36,8	48,5
Classe social IV-V	73,0	48,4	39,6	39,3	47,3	48,9	47,6	38,9	47,9
<b>Activitat intensa</b>									
Classe social I-II	12,2	13,0	23,5	8,1	7,3	8,6	8,4	3,0	10,5
Classe social III	--	1,0	11,4	4,3	3,6	11,8	2,7	4,1	5,0
Classe social IV-V	6,3	16,0	26,7	17,2	13,0	21,6	14,7	15,6	16,4
<b>Dones</b>									
<b>Sedentàries</b>									
Classe social I-II	21,4	29,1	26,5	22,6	29,6	31,9	29,9	30,3	27,7
Classe social III	21,8	35,0	47,7	35,9	35,9	29,9	33,9	43,1	35,3
Classe social IV-V	14,3	24,0	27,2	17,0	25,9	21,0	25,2	25,9	22,6
<b>Activitat lleugera</b>									
Classe social I-II	14,1	26,8	27,2	38,7	24,6	19,9	30,9	27,5	26,2
Classe social III	3,8	23,6	15,5	17,7	18,9	20,8	11,8	15,0	15,9
Classe social IV-V	9,9	26,3	16,5	41,1	28,5	21,6	27,1	23,5	24,3
<b>Activitat moderada</b>									
Classe social I-II	63,0	43,0	43,1	35,4	41,3	43,5	34,6	38,3	42,8
Classe social III	73,5	41,5	36,8	46,1	44,7	44,5	52,7	40,2	47,5
Classe social IV-V	75,8	47,9	51,6	38,9	42,4	50,4	45,3	45,4	49,7
<b>Activitat intensa</b>									
Classe social I-II	1,4	1,1	3,2	3,3	4,5	4,7	4,6	3,8	3,3
Classe social III	0,9	--	--	0,3	0,6	4,8	1,7	1,7	1,2
Classe social IV-V	--	1,7	4,8	3,0	3,2	7,0	2,4	5,3	3,4

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

**Taula 10.**

Activitat física en temps lliure segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
Cap									
Classe social I-II	52,0	26,2	41,9	29,1	27,4	23,9	26,9	15,6	30,4
Classe social III	34,6	19,0	40,1	18,9	15,8	14,3	17,0	15,4	22,1
Classe social IV-V	52,1	26,9	52,3	27,9	21,7	21,3	19,4	20,1	30,3
<b>Moderada</b>									
Classe social I-II	30,6	53,6	39,5	48,1	55,0	50,8	50,2	62,7	48,8
Classe social III	46,1	53,8	42,3	63,7	65,2	62,3	66,9	68,7	58,4
Classe social IV-V	38,9	61,3	33,8	55,4	63,2	64,5	65,3	65,5	56,0
<b>Intensa</b>									
Classe social I-II	17,5	20,2	18,6	22,7	17,6	25,3	22,9	21,7	20,8
Classe social III	19,4	27,1	17,6	17,4	18,9	23,5	16,1	16,0	19,5
Classe social IV-V	9,0	11,8	13,9	16,7	15,0	14,1	15,2	14,4	13,8
<b>Dones</b>									
Cap									
Classe social I-II	60,7	34,4	65,6	34,5	20,5	31,2	26,3	18,4	36,6
Classe social III	51,5	22,7	60,8	28,3	24,2	17,3	17,3	18,3	29,8
Classe social IV-V	58,1	30,2	64,5	33,8	24,1	25,4	29,8	21,8	36,0
<b>Moderada</b>									
Classe social I-II	30,4	59,2	25,1	50,8	73,3	60,4	61,2	66,9	53,2
Classe social III	36,7	70,9	29,5	63,5	64,1	67,8	74,0	67,4	59,5
Classe social IV-V	34,3	63,7	26,3	61,2	68,1	66,7	62,5	70,5	56,6
<b>Intensa</b>									
Classe social I-II	8,9	6,5	9,3	14,7	6,3	8,4	12,4	14,7	10,1
Classe social III	11,8	6,4	9,7	8,2	11,7	14,9	8,8	14,4	10,7
Classe social IV-V	7,6	6,1	9,3	5,0	7,9	8,0	7,7	7,7	7,4

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

**Taula 11.**

Realització habitual de dieta segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
Classe social I-II	13,8	19,6	18,2	17,8	18,1	7,5	17,3	14,1	15,8
Classe social III	14,8	14,6	25,1	20,2	15,2	17,9	15,3	15,1	17,4
Classe social IV-V	17,7	17,0	24,4	16,8	13,8	19,2	16,8	14,9	17,6
<b>Dones</b>									
Classe social I-II	24,9	18,5	29,1	22,7	13,2	25,1	23,0	8,8	20,8
Classe social III	24,8	18,7	21,9	9,7	17,7	21,6	17,7	10,7	17,8
Classe social IV-V	23,4	19,4	30,5	20,6	24,5	22,6	26,4	19,5	23,4

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

**Taula 12.**

Cobertura sanitària segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Catalunya, 1994.

		Regió sanitària								
		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>										
	Pública	45,1	60,2	74,8	55,8	55,9	61,2	72,5	41,9	53,6
Classe social I-II	Pública i privada	54,9	38,1	24,7	43,5	44,1	38,8	26,9	54,6	44,8
	Privada	--	1,8	0,5	0,7	-	-	0,6	3,6	1,6
	Pública	65,0	73,2	83,3	61,2	76,7	80,0	84,8	57,3	69,2
Classe social III	Pública i privada	35,0	26,8	16,7	38,8	23,3	20,0	15,2	42,1	30,6
	Privada	--	--	--	--	--	--	--	0,6	0,2
	Pública	67,6	77,1	85,3	78,1	86,5	90,2	88,8	81,0	84,2
Classe social IV-V	Pública i privada	32,1	22,9	14,7	21,6	13,3	9,8	11,3	18,5	15,6
	Privada	0,3	-	-	0,2	0,2	-		0,5	0,2
	Pública	75,9	65,1	77,1	62,0	68,0	73,6	72,4	54,3	62,7
Classe social III	Pública i privada	24,1	34,9	21,9	38,0	31,6	26,4	27,6	44,8	36,8
	Privada	--	--	1,1	--	0,4	--	--	0,9	0,5
	Pública	68,2	77,8	85,0	79,2	85,9	94,2	89,6	76,7	84,0
Classe social IV-V	Pública i privada	31,8	22,2	14,8	20,6	14,1	5,8	10,1	23,3	15,9
	Privada	--	-	0,2	0,2	--	--	0,4	--	0,1

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

**Taula 13.**

Pràctiques preventives segons la regió i la classe social. Percentatges estandaritzats per edat. Homes i dones. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
<b>Examen preventiu sistemàtic (&gt;14 anys)</b>									
Classe social I-II	22,7	23,4	21,5	28,2	19,7	23,8	29,3	28,9	24,7
Classe social III	39,3	24,8	26,9	35,2	23,8	34,5	22,6	28,1	29,4
Classe social IV-V	24,9	21,3	19,0	24,2	20,8	22,5	20,9	20,7	21,8
<b>Visita al dentista l'any anterior (&gt;14 anys)</b>									
Classe social I-II	32,1	28,8	29,9	24,3	21,1	27,6	22,5	38,0	29,2
Classe social III	26,3	26,2	31,4	22,9	25,0	18,1	18,7	31,4	25,9
Classe social IV-V	22,0	19,6	23,9	18,8	18,9	19,8	21,3	22,0	20,6
<b>Presca de la tensió arterial periòdica (&gt;14 anys)</b>									
Classe social I-II	16,3	26,9	28,9	27,8	29,9	32,9	29,4	25,9	27,2
Classe social III	33,8	27,7	28,1	34,9	21,7	30,7	20,5	24,1	27,7
Classe social IV-V	21,4	25,9	25,5	29,0	23,4	22,4	24,4	20,0	24,0
<b>Revisió periòdica del colesterol (&gt;14 anys)</b>									
Classe social I-II	12,3	17,6	21,1	24,7	20,2	23,0	18,2	22,4	19,9
Classe social III	18,3	16,8	10,8	29,4	18,5	20,4	19,1	21,7	19,2
Classe social IV-V	8,2	18,4	18,4	23,0	17,7	16,9	18,3	16,8	17,2
<b>Dones</b>									
<b>Examen preventiu sistemàtic (&gt;14 anys)</b>									
Classe social I-II	24,7	19,7	26,5	28,9	13,5	21,3	17,7	33,5	23,1
Classe social III	31,9	24,7	31,7	21,3	21,8	37,8	31,1	30,7	28,8
Classe social IV-V	17,9	16,8	15,9	22,3	14,4	22,8	16,2	23,8	18,8
<b>Visita al dentista l'any anterior (&gt;14 anys)</b>									
Classe social I-II	40,5	37,5	34,4	26,9	38,4	26,7	24,1	45,0	37,2
Classe social III	42,6	28,7	46,5	34,9	27,1	34,2	33,1	36,2	34,1
Classe social IV-V	31,5	24,1	28,9	21,6	23,8	21,6	26,8	29,4	25,6
<b>Presca de la tensió arterial periòdica (&gt;14 anys)</b>									
Classe social I-II	30,8	37,8	36,3	38,3	22,4	26,1	22,7	27,0	30,1
Classe social III	18,1	43,9	36,3	35,2	28,4	34,7	33,8	26,5	32,3
Classe social IV-V	23,9	30,6	31,0	26,7	21,7	22,7	20,4	20,3	24,7
<b>Revisió periòdica del colesterol (&gt;14 anys)</b>									
Classe social I-II	12,4	23,2	22,3	29,4	7,5	20,6	18,9	22,0	19,6
Classe social III	9,6	20,5	26,8	21,3	21,5	27,8	22,7	16,6	20,8
Classe social IV-V	11,2	20,7	14,7	22,5	13,9	17,5	14,9	14,6	16,2

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

**Taula 14.**

Pràctiques preventives segons el tipus de cobertura sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat i odds ratio. Homes i dones. Catalunya, 1994.

	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%) †
<b>Examen preventiu sistemàtic (&gt;14 anys)</b>								
Classe social I-II	21,8	1 ‡	31,9	1 ‡	20,1	1 ‡	33,2	1 ‡
Classe social III	22,0	1,1 (0,8-1,4)	41,3	1,5 (1,1-2,0)	24,9	1,2 (1,0-1,7)	38,3	1,2 (0,9-1,5)
Classe social IV-V	20,2	0,9 (0,7-1,1)	27,5	0,8 (0,6-1,1)	17,9	0,9 (0,7-1,1)	24,0	0,6 (0,5-0,8)
<b>Visita al dentista l'any anterior</b>								
Classe social I-II	25,1	1 ‡	33,7	1 ‡	32,1	1 ‡	43,6	1 ‡
Classe social III	23,3	0,9 (0,8-1,2)	32,8	0,9 (0,7-1,2)	31,7	1,0 (0,8-1,2)	39,2	0,8 (0,6-1,0)
Classe social IV-V	19,8	0,7 (0,6-0,9)	25,0	0,7 (0,5-0,9)	23,8	0,6 (0,5-0,8)	35,4	0,7 (0,6-0,9)
<b>Prescripció de la tensió arterial periòdica (&gt;14 anys)</b>								
Classe social I-II	25,4	1 ‡	28,3	1 ‡	25,8	1 ‡	32,5	1 ‡
Classe social III	23,1	0,9 (0,7-1,1)	28,8	1,1 (0,8-1,5)	28,2	1,0 (0,8-1,3)	31,8	1,0 (0,8-1,3)
Classe social IV-V	22,3	0,8 (0,7-1,0)	30,1	1,0 (0,7-1,3)	21,8	0,8 (0,6-0,9)	26,4	0,7 (0,5-0,9)
<b>Revisió periòdica del colesterol (&gt;14 anys)</b>								
Classe social I-II	17,4	1 ‡	24,0	1 ‡	14,9	1 ‡	24,9	1 ‡
Classe social III	16,9	0,9 (0,7-1,2)	30,0	1,4 (1,0-1,9)	16,3	1,1 (0,8-1,5)	25,2	1,0 (0,8-1,4)
Classe social IV-V	16,3	0,9 (0,7-1,1)	24,0	0,9 (0,7-1,3)	14,8	1,0 (0,8-1,2)	21,1	0,7 (0,5-0,9)
<b>Citologia periòdica (dones &gt;20 anys)</b>								
Classe social I-II	-	-	-	-	43,0	1 ‡	54,4	1 ‡
Classe social III	-	-	-	-	43,5	0,8 (0,6-1,0)	57,8	1,2 (0,9-1,7)
Classe social IV-V	-	-	-	-	38,6	0,7 (0,6-0,9)	43,9	0,7 (0,5-0,9)
<b>Mamografia periòdica (dones de 50 a 64 anys)</b>								
Classe social I-II	-	-	-	-	33,1	1 ‡	48,5	1 ‡
Classe social III	-	-	-	-	39,2	1,2 (0,6-1,4)	62,2	1,9 (0,9-3,6)
Classe social IV-V	-	-	-	-	24,3	0,6 (0,4-0,9)	31,8	0,5 (0,3-0,9)

\* Percentatges estandarditzats per edat mitjançant el mètode directe.

† Odds ratio i interval de confiança del 95% ajustada per edat, regió i salut percebuda.

‡ Categoria de referència.

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

**Taula 15.**

Pràctiques preventives en ginecologia segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Dones. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Citologia periòdica (&gt;20 anys)</b>									
Classe social I-II	34,2	46,5	29,8	49,6	46,5	40,8	52,3	53,3	44,1
Classe social III	42,7	45,1	36,1	42,5	53,0	51,0	46,9	53,2	46,3
Classe social IV-V	26,0	38,7	30,6	41,3	38,8	38,4	41,5	42,3	37,2
<b>Mamografia periòdica (50 a 64 anys)</b>									
Classe social I-II	32,2	35,8	23,7	40,5	12,0	35,3	41,9	53,9	34,6
Classe social III	13,0	44,5	26,2	46,3	54,0	38,2	39,4	61,9	40,1
Classe social IV-V	28,5	35,2	29,5	26,8	17,1	32,3	18,6	31,4	27,6

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

**Taula 16.**

Utilització dels serveis sanitaris segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
<b>Visita a un professional sanitari els 15 dies anteriors</b>									
Classe social I-II	11,3	17,8	18,8	16,2	27,3	21,5	16,1	17,9	17,6
Classe social III	18,6	18,0	28,0	15,9	17,7	18,5	17,4	21,8	19,6
Classe social IV-V	18,2	16,7	23,6	16,4	23,9	20,6	19,4	19,7	20,2
<b>Visita a l'especialista l'any anterior</b>									
Classe social I-II	25,3	39,3	33,0	27,4	38,4	42,3	37,2	47,6	39,4
Classe social III	33,9	43,3	37,2	37,1	39,6	42,9	38,8	45,4	42,3
Classe social IV-V	29,8	41,2	35,1	31,9	38,5	43,1	38,3	39,0	38,3
<b>Hospitalització l'any anterior</b>									
Classe social I-II	5,6	3,9	3,8	3,1	5,6	4,8	5,5	9,6	6,6
Classe social III	6,3	8,7	8,3	8,7	4,9	10,2	6,9	8,1	7,6
Classe social IV-V	7,3	11,7	8,2	8,7	9,3	8,7	9,8	8,2	9,2
<b>Dones</b>									
<b>Visita a un professional sanitari els 15 dies anteriors</b>									
Classe social I-II	22,0	18,7	21,4	19,5	29,5	21,5	32,2	24,0	24,4
Classe social III	30,7	21,8	26,5	13,5	22,4	17,2	24,4	21,0	22,1
Classe social IV-V	23,1	25,1	26,8	22,3	28,1	25,8	31,0	24,0	26,3
<b>Visita a l'especialista l'any anterior</b>									
Classe social I-II	54,1	50,8	51,0	52,1	56,9	58,5	55,6	64,1	58,2
Classe social III	60,8	58,7	56,9	49,3	55,6	51,1	58,1	59,4	57,5
Classe social IV-V	51,4	54,8	48,4	47,5	55,8	53,7	55,5	58,1	54,6
<b>Hospitalització l'any anterior</b>									
Classe social I-II	5,8	3,2	6,1	5,2	7,8	3,7	5,2	9,2	7,0
Classe social III	8,3	6,0	3,8	8,3	2,7	6,0	6,8	4,8	5,3
Classe social IV-V	7,4	6,0	5,7	6,7	6,8	8,1	6,2	5,8	6,6

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



**Taula 17.**

Utilització dels serveis sanitaris segons la salut percebuda i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat i odds ratio. Homes i dones. Catalunya, 1994.

	Homes				Dones			
	Salut percebuda				Salut percebuda			
	Regular o dolenta		Excel·lent, molt bona o bona		Regular o dolenta		Excel·lent, molt bona o bona	
	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †	%*	OR (IC 95%) †
<b>Visita a un professional sanitari els 15 dies anteriors</b>								
Classe social I-II	29,9	1 ‡	14,7	1 ‡	39,9	1 ‡	20,2	1 ‡
Classe social III	36,8	1,0 (0,6-1,5)	16,2	1,1 (0,8-1,3)	32,6	0,8 (0,6-1,2)	19,3	0,9 (0,7-1,1)
Classe social IV-V	34,2	1,0 (0,7-1,4)	16,4	1,1 (0,9-1,3)	38,3	0,8 (0,6-1,1)	21,2	1,0 (0,9-1,2)
<b>Visita a l'especialista l'any anterior</b>								
Classe social I-II	58,0	1 ‡	36,9	1 ‡	61,3	1 ‡	56,1	1 ‡
Classe social III	60,9	1,2 (0,8-1,9)	38,3	1,1 (0,9-1,3)	65,5	1,1 (0,8-1,7)	54,7	1,0 (0,9-1,2)
Classe social IV-V	55,0	1,0 (0,7-1,4)	32,8	0,9 (0,8-1,1)	65,7	1,1 (0,8-1,5)	48,4	0,8 (0,7-0,9)
<b>Hospitalització l'any anterior</b>								
Classe social I-II	11,8	1 ‡	5,3	1 ‡	15,0	1 ‡	5,3	1 ‡
Classe social III	14,8	1,0 (0,6-1,8)	6,5	1,0 (0,7-1,5)	13,0	0,9 (0,5-1,5)	4,4	0,7 (0,5-1,1)
Classe social IV-V	19,1	1,2 (0,8-1,9)	6,9	1,4 (1,0-1,9)	11,2	0,9 (0,6-1,3)	4,5	0,8 (0,6-1,1)

\* Percentatges estandarditzats per edat mitjançant el mètode directe.

† Odds ratio i interval de confiança del 95% ajustada per edat, regió i tipus de cobertura sanitària.

‡ Categoria de referència.

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

**Taula 18.**

Utilització dels serveis sanitaris segons la cobertura sanitària i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat i odds ratio. Homes i dones. Catalunya, 1994.

	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%) †
<b>Visita a professional sanitari els 15 dies anteriors</b>								
Classe social I-II	17,2	1 ‡	18,0	1 ‡	21,6	1 ‡	28,3	1 ‡
Classe social III	20,2	1,1 (0,9-1,4)	17,0	0,9 (0,7-1,3)	21,4	1,0 (0,8-1,3)	23,6	0,7 (0,5-0,9)
Classe social IV-V	20,2	1,1 (0,9-1,3)	20,5	1,1 (0,8-1,4)	26,7	1,2 (0,9-1,4)	24,8	0,8 (0,6-0,9)
<b>Visita a l'especialista l'any anterior</b>								
Classe social I-II	37,3	1 ‡	42,4	1 ‡	51,5	1 ‡	66,8	1 ‡
Classe social III	41,3	1,1 (0,9-1,3)	44,1	1,1 (0,8-1,4)	51,0	1,0 (0,8-1,2)	68,4	1,3 (0,9-1,7)
Classe social IV-V	37,8	0,9 (0,8-1,1)	41,3	1,0 (0,8-1,3)	54,2	1,0 (0,8-1,1)	56,3	0,6 (0,5-0,8)
<b>Hospitalització l'any anterior</b>								
Classe social I-II	6,0	1 ‡	7,5	1 ‡	6,5	1 ‡	7,5	1 ‡
Classe social III	7,6	1,2 (0,8-1,7)	8,3	0,9 (0,6-1,5)	4,8	0,7 (0,5-1,1)	6,5	0,9 (0,6-1,5)
Classe social IV-V	9,3	1,4 (1,0-2,0)	8,8	1,3 (0,8-1,9)	6,7	0,9 (0,6-1,2)	5,7	0,7 (0,5-1,1)

\* Percentatges estandarditzats per edat mitjançant el mètode directe.

† Odds ratio i interval de confiança del 95% ajustada per edat, regió i salut percebuda.

‡ Categoria de referència.

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

**Taula 19.**

Bon estat de salut percebut segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones que estan casats o viuen en parella. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
<b>Casats o que conviuen en parella</b>									
Classe social I-II	85,6	83,5	84,3	79,7	71,4	87,3	78,5	86,4	82
Classe social III	82,1	74,0	83,0	73,3	70,6	79,0	79,1	75,6	77,2
Classe social IV-V	70,3	70,2	76,1	73,8	70,2	56,1	67,4	75,7	69,7
<b>Dones</b>									
<b>Casades o que conviuen en parella</b>									
Classe social I-II	71,4	70,6	72,0	70,2	70,2	65,7	72,7	81,8	71,7
Classe social III	81,8	81,6	70,1	68,9	67,5	77,5	82,0	67,0	75,0
Classe social IV-V	64,4	64,4	65,4	66,2	57,6	57,9	54,4	65,4	62,0

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

**Taula 20.**

Hipertensió, varices i colesterol elevat segons la regió i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 15 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Homes</b>									
<b>Hipertensió</b>									
Classe social I-II	15,6	18,5	10,2	12,4	10,1	10,5	7,1	12,8	12,2
Classe social III	16,6	17,6	18,3	16,0	19,5	10,3	17,4	12,9	16,1
Classe social IV-V	17,3	16,2	13,7	15,2	12,5	14,6	12,3	13,7	14,4
<b>Varices</b>									
Classe social I-II	4,6	3,5	7,6	6,4	4,2	2,1	5,4	6,5	5,0
Classe social III	5,0	2,5	5,1	7,4	5,8	3,7	7,2	3,1	5,0
Classe social IV-V	4,9	3,9	5,7	5,2	6,3	5,6	7,7	4,2	5,4
<b>Colesterol</b>									
Classe social I-II	8,4	9,8	11,0	10,1	8,6	8,3	11,1	7,6	9,4
Classe social III	8,2	11,6	18,5	12,4	9,6	16,3	10,0	10,5	12,2
Classe social IV-V	10,2	9,0	12,6	7,6	10,0	10,0	9,9	7,2	10,4
<b>Dones</b>									
<b>Hipertensió</b>									
Classe social I-II	24,7	20,4	14,6	13,0	10,5	16,3	14,3	9,8	15,4
Classe social III	33,5	4,2	20,3	15,9	9,3	12,1	17,3	14,1	15,7
Classe social IV-V	22,4	22,8	22,1	18,4	19,2	21,2	20,2	16,4	20,3
<b>Varices</b>									
Classe social I-II	28,9	24,2	21,9	18,1	23,1	17,2	26,4	17,3	22,1
Classe social III	20,7	13,0	30,4	15,9	38,7	21,2	18,8	13,3	21,2
Classe social IV-V	25,9	24,5	31,6	22,7	29,0	26,3	29,5	23,0	26,6
<b>Colesterol</b>									
Classe social I-II	12,4	11,5	9,4	11,4	8,8	17,7	7,7	1,5	4,0
Classe social III	9,0	11,3	14,0	5,0	7,3	8,8	4,3	5,2	8,2
Classe social IV-V	8,8	12,4	15,7	10,8	13,1	14,3	10,9	4,3	8,8

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

**Taula 21.**

Bon estat de salut percebut segons la regió, la classe social i la situació laboral. Percentatges estandarditzats per edat. Dones de 25 a 64 anys. Catalunya, 1994.

	Regió sanitària								
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de ponent	Barcelonès nord-Maresme	Centre	Barcelona ciutat	Tot Catalunya
<b>Amb ocupació remunerada</b>									
Classe social I-II	91,5	91,0	90,6	90,3	86,5	85,4	84,7	89,4	88,7
Classe social III	92,0	90,1	90,2	93,4	91,5	85,4	93,5	89,6	90,7
Classe social IV-V	84,4	82,2	84,7	87,2	85,1	80,5	81,5	81,9	83,6
<b>Mestressa de casa</b>									
Classe social I-II	65,4	55,4	81,7	84,8	100,0	72,7	73,1	93,2	76,5
Classe social III	83,3	74,8	83,4	64,1	81,4	71,1	82,9	82,8	79,6
Classe social IV-V	69,7	73,6	75,6	76,9	66,3	65,6	67,9	69,7	70,7

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

**Taula 22.**

Taxa d'activitat segons el nivell d'estudis. Percentatges. Homes i dones en edat de treballar. Catalunya, 1994.

	Homes	Dones
Sense estudis	54,3	20,7
Fins a EGB	85,5	42,4
FP/BUP/COU	75,9	59,6
Estudis universitaris	89,4	82,8

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

**Taula 23.**

Taxa d'activitat segons el grup d'edat. Percentatges. Homes i dones en edat de treballar. Catalunya, 2001.

	Homes	Dones
De 16 a 19 anys	34,4	32,9
De 20 a 24 anys	76,0	68,8
De 25 a 54 anys	94,4	69,1
De 55 anys i més	24,8	9,0

Font: Enquesta de Població Activa, 2001. Institut d'Estadística de Catalunya.

**Taula 24.**

Taxa d'activitat segons la regió sanitària. Percentatges. Homes i dones en edat de treballar. Catalunya, 1994.

	Homes	Dones
Lleida	80,6	44,9
Tarragona	79,6	46,2
Tortosa	85,2	43,6
Girona	81,3	52,5
Costa de ponent	78,5	47,9
Barcelonès nord/Maresme	77,5	42,3
Centre	78,0	47,3
Barcelona Ciutat	77,9	52,6

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

**Taula 25.**

Nivell d'estudis de la població activa. Percentatges. Homes i dones. Catalunya, 2001.

	Homes	Dones
Analfabets i educació primària	23,1	19,2
Educació secundària 1a. etapa	32,1	25,5
Educació secundària 2a. etapa	19,5	23,8
Educació superior	25,3	31,5

Font: Enquesta de Població Activa, 2001. Institut d'Estadística de Catalunya.

**Taula 26.**

Població ocupada segons el sector d'activitat econòmica. Percentatges. Homes i dones. Catalunya, 2001.

	Homes	Dones
Agricultura	3,4	1,5
Indústria	33,6	19,9
Construcció	16,3	1,2
Serveis	45,1	72,9
No classificables	1,6	4,5

Font: Enquesta de Població Activa, 2001. Institut d'Estadística de Catalunya.

**Taula 27.**

Proporció de treballadors manuals en la població activa segons la regió sanitària. Percentatges. Homes i dones. Catalunya, 1994.

	Homes	Dones
Lleida	52,3	52,9
Tarragona	61,8	46,1
Tortosa	65,3	51,2
Girona	58,3	51,0
Costa de ponent	62,6	55,9
Barcelonès nord-Maresme	67,0	61,6
Centre	65,1	57,8
Barcelona Ciutat	41,3	32,0

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



**Taula 28.**

Taxa d'atur per 100 segons el grup d'edat. Homes i dones. Catalunya, 2001.

	Homes	Dones
De 16 a 24 anys	15,5	19,5
De 25 a 54 anys	5,4	10,9
De 55 anys i més	5,7	10,1

Font: Enquesta de Població Activa, 2001. Institut d'Estadística de Catalunya.

**Taula 29.**

Taxa d'atur per 100 segons la regió sanitària. Homes i dones. Catalunya, 1994.

	Homes	Dones
Lleida	6,9	17,1
Tarragona	13,1	19,0
Tortosa	9,5	12,5
Girona	8,6	16,4
Costa de ponent	17,2	21,4
Barcelonès nord-Maresme	21,6	29,0
Centre	17,3	22,6
Barcelona Ciutat	17,5	14,8

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

**Taula 30.**

Contractació temporal d'assalariats segons la classe social. Percentatges estandaritzats per edat. Homes i dones. Barcelona, 2000.

Classe social	Homes	Dones
I	10	14,3
II	21,8	24
III	12,1	19,5
IV	22,2	30,2
V	37,7	30,8

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

**Taula 31.**

Proporció d'assalariats sense contracte segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona, 2000.

Classe social	Homes	Dones
I	2,1	4,3
II	1,3	2,4
III	1,0	1,2
IV	2,5	10,6
V	2,9	19,4

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

**Taula 32.**

Proporció d'homes exposats, sovint o sempre, a alguns factors de risc laboral segons la classe social. Percentatges. Barcelona, 2000.

	I	II	III	IV	V
Soroll	10,2	10,2	11,8	32,8	23,8
Contaminació de l'aire	7,8	10,2	12,9	33,3	28,1
Esforsos físics	3,3	4,6	10,4	35,5	40,8
Moviments repetitius	29,2	42,1	36,2	57,5	56,6
No varietat	26,5	34	41,1	47,1	51,6
No autonomia	21,8	36,8	32,9	50,5	45,5
Treballar massa	45,7	40,4	47,1	50,7	50
Treballar sol	28,7	29,5	32,3	28,2	32,2

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

**Taula 33.**

Proporció de dones exposades, sovint o sempre, a alguns factors de risc laboral segons la classe social. Percentatges. Barcelona, 2000.

	I	II	III	IV	V
Soroll	19,7	23,6	12,1	20,7	15,4
Contaminació de l'aire	8,6	11,4	11,4	15,2	24,3
Esforsos físics	1,5	14,4	3	15,6	10,8
Moviments repetitius	37,9	43,7	49,5	60,6	65,6
No varietat	27,5	26,2	48,2	58,2	71,5
No autonomia	26	30,1	40,2	53,5	42,5
Treballar massa	41,3	47,6	43,8	48,4	49,5
Treballar sola	26	25,8	26,7	28,1	58,6

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000 (elaboració pròpia).

**Taula 34.**

Incidència d'accidents de treball amb baixa segons el grup d'edat. Catalunya, 2000.

Edat	Nombre d'accidents	Nombre de treballadors	Incidència per 1000 treballadors
16 a 19 anys	15860	60101	263,89
20 a 24 anys	39150	247356	158,27
25 a 34 anys	63198	617262	102,38
35 a 44 anys	41890	530371	78,98
45 a 54 anys	30972	381250	81,24
55 anys i més	13796	195706	70,49
<b>Total</b>	<b>204866</b>	<b>2032046</b>	<b>100,82</b>

Font: Departament de Treball (elaboració pròpia).

**Taula 35.**

Estat de salut de la població ocupada segons la regió sanitària. Percentatges estandarditzats per edat. Catalunya, 1994.

	Mal estat de salut percebut	Almenys un trastorn crònic	Mal estat de salut mental
Lleida	21,8	57,7	12,2
Tarragona	22,8	55,0	19,4
Tortosa	22,3	56,7	18,3
Girona	23,6	49,9	13,6
Costa de ponent	26	54,5	18,6
Barcelonès nord-Maresme	28,5	54,4	17,9
Centre	26,6	53,5	21,6
Barcelona Ciutat	20,7	49,4	18,1

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

**Taula 36.**

Trastorns crònics de salut en treballadores no manuals, de la neteja i de servei domèstic i altres manuals. Percentatges estandarditzats per edat. Dones. Catalunya, 1994.

	No manuals	Manuais	Neteja i servei domèstic
Mal estat de salut percebut	11,7	22,7	33,2
Mal estat de salut mental	17,5	24,2	34,3
Dolor crònic	16,7	27,4	35,7
Restricció de l'activitat habitual	7,6	10,4	17,5
Artrosi	19	28,3	37,2
Asma	3,1	1,7	7,6
Molèsties urinàries	2,4	2,1	6,4
Problemes de cor	1,7	2,3	4,9
Varices	15,9	26,5	33,6

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

El Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), fundat l'any 1983, és una associació sense ànim de lucre, de caràcter interdisciplinari, la finalitat del qual és l'impuls i el foment d'activitats científiques, de debat i de reflexió, que contribueixin a la millora de les condicions de vida i de salut de la ciutadania.

---

Aquest llibre, resultat de la col·laboració entre la Fundació Jaume Bofill i el CAPS, analitza de forma exhaustiva les desigualtats socials en la salut existents a Catalunya i proposa mesures que les redueixin.

Al llarg dels diversos capítols es posa en evidència com a Catalunya existeixen desigualtats en la salut segons la classe social, les àrees geogràfiques i el gènere. Així, per exemple, 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 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, el medi ambient i la salut laboral.

Les recomanacions apunten, entre altres, la necessitat de posar en pràctica intervencions adreçades a reduir les desigualtats segons la classe social i a consolidar un procés real d'igualtat entre gèneres.



Editorial Mediterrània

ISEN 84-8334-452-1

