

DESIGUALTATS I SALUT. ANÀLISI DE LES DADES DE L'ENQUESTA PANEL DE DESIGUALTATS SOCIALS (PAD) DE CATALUNYA

Cristina Sánchez Miret

Fundació Jaume Bofill

i professora sociologia a la Universitat de Girona

1. LES DESIGUALTATS SOCIALS I LA SALUT

219

L'anàlisi sobre la salut de la població catalana que presentem en aquest capítol no pretén ésser un treball exhaustiu sobre la salut pública en general i tots els temes que hi estan relacionats, temes que són, a més a més, titular habitual dels mitjans de comunicació i sobre els quals existeixen força bons estudis. El que ens plantegem aquí és una reflexió diferent, ens aproximem al tema de la salut des de la perspectiva de les desigualtats socials, eix central d'anàlisi de la disciplina sociològica.

La desigualtat social no és un fenomen modern, tampoc no ho és la relació que té amb la salut, però, malgrat això, cal continuar mostrant quin és el vincle que s'estableix entre tots dos conceptes. D'una banda, perquè la mateixa noció de desigualtat es continua qüestionant, i de l'altra, perquè els trets distintius de la desigualtat social varien en el temps amb l'evolució de la societat concreta en què es produeixen.

En l'actualitat, el concepte de desigualtat té dos bons competidors, el de diferència i el de diversitat. Però aquests conceptes no són sinònims en el camp de la sociologia. Desigualtat són aquelles diferències o diversitats que es produeixen entre individus per causes socials i que tenen també conseqüències socials; és a dir, generen un nombre més o menys gran d'oportunitats socials.

En cada societat els col·lectius amb més oportunitats socials, els més privilegiats, gaudeixen de poder polític, econòmic, social i/o cultural, i això els proporciona millors condicions i més qualitat de vida. Aquests privilegis actuen de manera negativa sobre els grups més desfavorits i també actuen negativament en el desenvolupament del conjunt de la societat.

La salut no és només una qüestió particular, individual o genètica, està fortament determinada pel tipus de societat en què vivim i per la posició social

que ocupem en aquesta societat. Que tinguem més o menys salut o que puguem passar d'una manera o d'una altra la malaltia també depèn de qui som en aquesta societat. És a dir, de si som homes o dones, joves o vells, de si no tenim feina o sí que en tenim, de quin tipus de feina és o del nivell econòmic de què gaudim, o de la classe social a la qual pertanyem.

En aquest capítol farem una incursió en les desigualtats socials en l'àmbit de la salut a Catalunya a partir de les dades del Panel de Desigualtats Socials (PaD). El projecte, que es porta a terme a Catalunya des de l'any 2001, és una enquesta longitudinal a 2.000 famílies, a les quals s'entrevista cada any. Actualment està tenint lloc la sisena edició del treball de camp. Les entrevistes es fan individualment a tots els membres de la llar majors de 16 anys —fet que suposa una mostra de més de 5.000 entrevistats— i tracten temes diversos d'interès social: treball, educació, habitatge, ingressos... , tots enfocats a conèixer el nivell de vida, el grau de benestar i els problemes més importants de la població de Catalunya.

La salut no és un dels temes principals de l'enquesta, però les poques preguntes de què disposem mostren les desigualtats que es produeixen entre els diferents grups socials; especialment, entre classes socials i entre sexes. L'anàlisi que exposem a continuació recull els resultats més rellevants de les tres primeres edicions de l'enquesta⁹⁴ (2001-2002, 2003 i 2004).

2. L'ESTAT DE SALUT

Una variable clàssica dels estudis de salut és demanar quina consideració mereix la pròpia salut. Malgrat que aquest indicador no és una dada objectiva sobre l'estat de salut, sí que ens situa en les diferències de percepció dels diversos grups socials.

Els resultats del PaD ens mostren que a Catalunya la població està més aviat satisfeta amb la seva salut. La resposta és positiva —al voltant del 70 % considera que la seva salut és «bona» o «molt bona»— i aquesta consideració es manté en les tres edicions de l'enquesta de les quals tenim dades disponibles (2001-2002, 2003 i 2004).

Malgrat aquest patró de continuïtat, cal assenyalar que encara que les diferències entre l'any 2001 i el 2004 són mínimes, mostren una lleugera tendència a l'empitjorament en la percepció de salut per part de les persones en-

94. Algunes preguntes apareixen en les tres edicions i d'altres són particulars d'alguna en concret, per la qual cosa no disposem de la mateixa informació per a tots els anys.

trevistades. Aquest empitjorament se centra en una incidència menor de la categoria de resposta «la meva salut és molt bona», que passa del 17,8 % el 2001-2002, al 15,7 % el 2003 i al 13,9 % el 2004. Són les respostes «bona» o «regular» les que augmenten aquests tres anys, però no les respostes «la meva salut és dolenta» o «molt dolenta», que són les minoritàries en les tres edicions.

TAULA 1. Estat de salut percebut en percentatges

	2001-2002	2003	2004
Molt bona	17,8	15,7	13,9
Bona	54,3	55,5	56,7
Regular	21,5	22,7	23,7
Dolenta	4,5	4,6	4,2
Molt dolenta	1,8	1,5	1,4

Aquest retrat de la salut autopercebuda de la població es mostra amb perfils diferents per sexes. Les dones són les que consideren que el seu estat de salut és pitjor, de fet es caracteritzen, en comparació als homes, per les respostes negatives en totes les edicions de l'enquesta. L'any 2001-2002, el 24 % de les dones entrevistades va considerar que la seva salut era «regular», el 6 % que era «dolenta» i el 3 % que era «molt dolenta». En canvi, els homes es caracteritzen, en comparació de les dones, per una resposta superior en les categories positives: l'any 2001-2002, el 23 % considerava que tenia una salut «molt bona». La variació més apreciable entre les dades de la primera edició (2001-2002) i la tercera (2004) es produeix entre els homes, que tot i continuar mostrant un alt percentatge de salut «molt bona», només trien aquesta resposta en el 16,26 % dels casos, fet que suposa set punts de diferència percentual.

TAULA 2. Estat de salut percebut segons sexe en percentatges

	2001-2002		2004	
	Home	Dona	Home	Dona
Molt bona	20,6	15,6	16,26	12,10
Bona	56,1	52,9	60,04	54,09
Regular	18,7	23,9	20,74	26,09
Dolenta	3,4	5,4	2,31	5,65
Molt dolenta	1,2	2,3	0,65	2,07

Per edat, el patró genèric que es reproduceix és el de com més edat pitjor percepció de l'estat de salut; i en els diferents grups d'edat les diferències entre els sexes es mantenen en el mateix sentit.

TAULA 3. Estat de salut percebut segons sexe i edat. Dades 2001-2002 en percentatges

	Homes 16-34 a.	Dones 16-34 a.	Homes 35-49 a.	Dones 35-49 a.	Homes 50-64 a.	Dones 50-64 a.	Homes 65 o +	Dones 65 o +
Molt bona	30,3	23,7	25,1	15,4	18,1	10,9	11,6	9,3
Bona	58,8	60,8	61,2	63,4	47,2	46,8	43,7	26,1
Regular	9,7	13,3	8,9	17,4	26	32,3	32,2	38,6
Dolenta	0,9	1,4	2,7	1,8	6,3	7,9	8,5	16,4
Molt dolenta	0	0,1	0,9	1,8	1,9	1,7	3,8	9

222

Si ens mirem les mateixes dades des del punt de vista de l'origen geogràfic també apareixen algunes diferències a destacar, però s'ha de tenir present que en la majoria de casos el que està incidint en aquests canvis de percepció per origen són diferències de composició per sexe i edat dels grups. Per exemple el col·lectiu amb millor autopercepció de salut en relació amb el lloc de naixement és el dels nascuts en un altre país, especialment per l'alta resposta en la categoria «molt bona». Hem de considerar, però, que aquest és un grup que presenta un perfil d'edat més jove que el de la resta de població i que a més a més d'altres factors com la motivació i la necessitat de tenir bona salut aquest és un aspecte que explica part de la variabilitat.

TAULA 4. Estat de salut percebut segons el lloc de naixement. Dades 2004 en percentatges

	Catalunya (%)	Espanya (%)	Un altre país (%)
Molt bona	14,37	10,12	22,56
Bona	59,78	44,15	55,64
Regular	21,42	34,03	21,05
Dolenta	3,40	8,38	0,00
Molt dolenta	1,04	3,32	0,75

Pel que fa a l'ocupació, els ocupats diuen que tenen millor salut que els aturats, encara que la diferència és només de matís. Els inactius són els més pessimistes pel que fa al seu estat de salut, és també el grup amb un perfil d'edat més alt.

TAULA 5. Estat de salut percebut segons la relació amb l'ocupació. Dades 2004 en percentatges

	<i>Ocupat (%)</i>	<i>Aturat (%)</i>	<i>Inactiu (%)</i>
Molt bona	15,64	13,33	11,44
Bona	63,34	65,71	44,53
Regular	17,91	14,29	33,25
Dolenta	1,60	6,67	7,79
Molt dolenta	0,50	0,00	2,99

En canvi, com més alt és el nivell educatiu de la població millor és l'estat de salut percebut. Cal tenir en compte, però, que no hi ha una relació directa entre aquestes dues variables, s'ha de tenir en compte la influència en la relació tant de l'edat —les generacions més grans tenen un nivell educatiu menor— com de la classe social. A més nivell d'estudi més probabilitat de disposar d'una bona posició social, encara que aquesta no estigui assegurada per l'educació.

TAULA 6. Estat de salut percebut segons el nivell d'estudis. Dades 2004 en percentatges

	<i>No sap llegir ni escriure (%)</i>	<i>Sense estudis (%)</i>	<i>Estudis primaris (%)</i>	<i>Estudis secundaris (%)</i>	<i>Estudis universitaris (%)</i>
Molt bona	7,89	7,96	10,77	17,09	20,03
Bona	31,58	36,77	54,74	65,06	64,77
Regular	36,84	42,58	27,28	15,77	14,02
Dolenta	15,79	9,46	5,47	1,42	1,00
Molt dolenta	7,89	3,23	1,73	0,66	0,17

La percepció de bona salut està directament relacionada amb el nivell de benestar de què es disposa. És la classe mitjana assalariada⁹⁵ —la que té un percentatge més alt de titulats universitaris— la que en comparació de les altres classes té millor estat de salut: apareixen com a significatives, si les comparem amb la resta de grups, les categories de resposta «molt bona» (24 %) i «bona» (62 %). En canvi, per a la classe treballadora la situació és molt diferent. Tot i que la categoria de resposta majoritària continua sent la de «bona» (48 %), ja no representa ni la meitat del grup i apareixen com a significatives les categories de «dolenta» (26 %) i «molt dolenta» (8 %).

95. Les dades són de la primera edició, perquè per a la tercera edició encara no està elaborada la variable classe social.

TAULA 7. Estat de salut percebut segons la classe social.
Dades 2001-2002 en percentatges

	<i>Classe mitjana propietària</i>	<i>Classe mitjana assalariada</i>	<i>Classe treballadora</i>
Molt bona	19,1	23,6	15,4
Bona	54,0	61,5	48,3
Regular	22,5	11,7	25,9
Dolenta	3,3	1,8	7,6
Molt dolenta	0,9	0,9	2,6

L'estat de salut percebut i la satisfacció respecte a la salut són dues maneres diferents d'aproximar-nos a la valoració de l'estat de salut feta pels mateixos entrevistats. En la primera es busca l'avaluació de l'estat de salut i en la segona, la manera com és viscut aquest estat de salut per la persona entrevistada. En la resposta a la primera edició del treball de camp sobre com valora cadascú la seva salut en una escala de 0 a 10 —en què 10 representa la satisfacció total amb la salut personal—, la nota mitjana que van donar els catalans a la seva salut va ser d'un 7,47, d'acord amb la valoració positiva que mostaven les respostes a la percepció de l'estat de salut. Els dos indicadors segueixen la mateixa tendència de resposta, però també posen en evidència que són interpretats de manera diferent pels entrevistats, ja que el de satisfacció accentua més les característiques respecte a la salut dels diferents col·lectius socials. Per exemple, les dones mostren pitjor consideració de salut que els homes en els dos tipus de pregunta, però en el de satisfacció, les diferències entre homes i dones són encara més grans que en el de la pregunta d'estat de salut percebut.

Problemes de salut

Una informació complementària a l'estat de salut percebut que també recull el PaD Catalunya és l'existència de problemes de salut de diversa consideració que pateix la població. Aquesta pregunta es formula en la tercera edició de l'enquesta, és a dir, l'any 2004 i fa referència als dotze mesos anteriors a la realització del treball de camp. La resposta és afirmativa en el 22 % dels casos. És a dir, la majoria de la població no ha patit problemes de salut en aquest temps. Les diferències, encara que en aquest cas no són gaire grans, es repeteixen entre homes i dones. Mentre només el 18 % dels homes diu haver tingut proble-

mes de salut, en les dones la xifra s'eleva al 25 %, és a dir, una de cada quatre persones entrevistades.

**TAULA 8. Problemes de salut (últims 12 mesos)
segons sexe. Dades 2003 en percentatge**

	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>Total</i>
Sí	18,2	24,7	21,7
No	81,8	75,1	78,1
No ho sap	0,0	0,1	0,1

La majoria de la població que contesta afirmativament als problemes de salut (70 %) diu que continua patint-ne —aquests problemes persisteixen—, i es tornen a repetir els percentatges d'incidència més alts en les dones (76 %). Així mateix, a mesura que augmenta l'edat dels entrevistats també es repeteix un índex més alt de respostes afirmatives tant a la pregunta de problemes de salut com a la prevalença d'aquests problemes.

**TAULA 9. Prevalença problemes de salut (últims
12 mesos) segons sexe. Dades 2003 en percentatges**

	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>Total</i>
Sí	59,8	75,8	69,8
No	39,5	24,5	29,9

L'evolució personal de la salut

En el primer apartat d'aquest capítol hem comparat en general les respostes sobre l'estat de salut de la població al llarg de les tres edicions de les quals disposem de dades. El PaD Catalunya també permet un altre tipus d'anàlisi, el longitudinal des de la perspectiva individual, per veure les trajectòries de l'estat de salut de la població entrevistada.⁹⁶

Els resultats d'aquestes trajectòries personals ens mostren situacions molt diverses. Cal indicar, abans de res, que no arriba a la meitat de la població (45 %) el grup de persones que ha mantingut constant el seu estat de salut. Entre

96. Cal assenyalar que les dades només reflecteixen les respostes d'aquella part de la mostra que ha estat present en les tres edicions de l'enquesta. En l'enquesta es recull informació sobre l'estat de salut de 6.257 persones de les quals només 2.569 es dona informació en les tres edicions de l'enquesta (2001-2002, 2003 i 2004). D'aquestes persones que apareixen en les tres edicions, 1.098 són homes i 1.471, dones.

aquestes són majoritàries les que partien d'una salut bona o molt bona i l'han mantingut (35,7 %) durant tot el període d'anàlisi.

D'altra banda un 15 % de la població també es manté en una situació constant, però la norma de la seva situació en el transcurs d'aquests anys són els canvis en l'estat de salut, que tan aviat millora com empitjora. Entre els que han mantingut un canvi en aquest temps del seu estat de salut a pitjor o a millor són majoritàries les trajectòries negatives, que suposen el 22,6 % dels casos. En canvi, les positives només representen el 14,5 %. Ja hem vist en les dades generals que del 2001 al 2004 s'ha produït un lleuger empitjorament de l'estat de salut percebut entre la població.

Si analitzem per separat homes i dones, tornem a trobar que en general les dones presenten pitjor estat de salut que els homes i que la seva evolució també és lleugerament més negativa.

TAULA 10. Variació de l'estat de salut percebut segons el sexe en percentatges

	Homes	Dones	Total
Constant regular	6,6	9,4	8,2
Constant dolenta o molt dolenta	0,5	1,4	1,1
Constant bona o molt bona	39,3	33,0	35,7
Canvi constant a millor	13,9	15,0	14,5
Canvi constant a pitjor	22,3	22,8	22,6
Canvi amb fluctuacions a millor	1,2	0,9	1,0
Canvi amb fluctuacions a pitjor	1,3	1,7	1,5
Fluctuacions constants	14,8	15,9	15,5

Si separem la població segons grups d'edat —prenent com a referència l'edat de l'any 2004, és a dir, la de l'última dada analitzada— observem trajectòries oposades entre els joves i la gent gran. Com més gran és l'edat de l'entrevistat més alt és el percentatge de resposta d'una situació constant de salut regular o de salut dolenta. En canvi, els menors de 25 anys en un 40 % han mantingut una trajectòria de bona o molt bona salut durant aquests anys. Això no vol dir que no hi hagi situacions negatives entre els joves, no hi ha diferència significativa per grups d'edat entre els que en el transcurs de la investigació han vist empitjorar el seu estat de salut. A més a més, entre els que han millorat el seu estat de salut hi ha un percentatge significatiu del 18,2 % entre els que tenen 65 anys o més, xifra superior a la dels altres grups. Finalment, només cal assenyalar que el grup de 35 a 49 anys és el que millor ha conservat el seu estat de salut (46,4 %), però en canvi hi ha menys casos de millora posi-

tiva. Els menors de 50 anys són els que majoritàriament gaudeixen de bona salut, sigui perquè sempre n’han tingut —entès com sempre el període d’anàlisi— o perquè ha millorat durant aquest període de temps.

Començàvem aquest apartat constatant l’existència de situacions molt diverses en l’autopercepció de l’estat de salut. De fet, aquesta diversitat va molt més enllà de la que mostren les nostres dades, ja que les causes o els factors que poden haver o no haver tingut efecte en els canvis són diversos i actuen de manera molt diferent segons el tipus de persona i les característiques socials que la defineixen. No tenim competència per parlar des del punt de vista psicològic però des del social hem explorat, encara que de manera molt limitada —només dues variables—, algunes circumstàncies que podrien explicar canvis de trajectòria.

El primer factor que hem contrastat amb l’estat de salut percebut ha estat el nivell d’ingressos. La idea era comprovar si els canvis en el nivell econòmic han influït subjectivament —ja que no podem comprovar-ho d’una altra manera— en la valoració de la salut pròpia. Per fer-ho, hem creat una variable que independentment del nivell d’ingressos de cada enquestat ens donés informació sobre si en el període de l’anàlisi aquests ingressos han augmentat, s’han mantingut o bé han disminuït.

TAULA 11. Variació en l’estat de salut percebut segons el sexe en percentatges

	<i>Augment del nivell d’ingressos</i>	<i>Disminució del nivell d’ingressos</i>	<i>Sense variació en el nivell d’ingressos</i>
Constant regular	7,9	6,3	10,5
Constant dolenta o molt dolenta	1,2	1,4	1,3
Constant bona o molt bona	38,9	31,7	31,3
Canvi constant a millor	13,5	15,9	14,6
Canvi constant a pitjor	20,9	25,4	23,8
Canvi amb fluctuacions a millor	1,2	0,3	1,7
Canvi amb fluctuacions a pitjor	1,2	2,6	1,3
Fluctuacions constants	15,3	16,4	15,6

Hi ha una relació molt clara entre les dues variables. Els que han tingut una trajectòria negativa en els ingressos tenen percentatges més alts de trajectòries negatives en l’estat de salut percebut. Un augment del nivell d’ingressos mostra una resposta major de percepcions de bona o molt bona salut en les tres respostes recollides. Quan els ingressos es mantenen invariables, el

perfil de resposta s'ajusta bastant a la mitjana de la població, en tot cas destaca una major incidència de consideracions regulars.

L'altra variable que hem analitzat és la trajectòria en la situació laboral. Som conscients que en la majoria de la població aquesta variable i els ingressos estan directament relacionats, ja que vivim majoritàriament del nostre treball. Però la situació respecte a l'ocupació comporta a més de les retribucions altres aspectes socials que poden tenir una influència tant en l'estat de salut com en la percepció d'aquest estat. Aquesta major complexitat queda demostrada en els resultats que no mostren una conclusió tan clara com la relació entre els canvis en el nivell d'ingressos i els canvis en l'estat de salut percebut.

El primer que es constata és que entre la part de la població entrevistada que durant el període d'anàlisi s'ha mantingut en l'atur —és a dir, que va començar en l'atur i hi continua— el percentatge d'empitjorament de la percepció de la salut és molt alt (41,2 %). Així mateix, també és molt més alt que per a la mitjana de la població entre els que han deixat d'estar ocupats i han passat a ser inactius (35,4 %). Encara que es produeixen altres situacions en les quals apareixen percentatges diferents de la mitjana, especialment en els canvis relacionats amb entrar o sortir de l'atur, no podem extreure conclusions perquè no són, estadísticament parlant, relacions significatives, ja que tenim un baix percentatge d'aturats a la mostra del PaD.

3. EL TIPUS DE COBERTURA SANITÀRIA

El sistema sanitari públic és el pilar fonamental de la cobertura sanitària de les llars catalanes: el 95,7 % de les llars tenen cobertura pública de la Seguretat Social,⁹⁷ el 2,3 % pertanyen a altres mutualitats d'afiliació col·lectiva obligatòria, l'1,6 % respon que té altres formes de cobertura sanitària, i no saben quin tipus de cobertura tenen en l'1,1 % de les llars.

És destacable, a part del desconeixement en algunes llars dels seus drets sanitaris, l'existència d'altres recursos sanitaris. El 22,6 % de les llars disposa d'assistència sanitària en una mutualitat privada, a més de l'assistència pública. Vegem-ho.

97. El 6,4 % de les llars pertanyen a una mutualitat pública amb assistència sanitària prestada per una entitat privada.

TAULA 12. Cobertura sanitària dels membres de la llar.
Dades 2001-2002 en percentatges

Seguretat Social	95,7
Mutualitat pública amb assistència prestada per la Seguretat Social	3,2
Mutualitat pública amb assistència prestada per entitats privades	6,4
Altres mútues d'afiliació col·lectiva obligatòria	2,3
Mutualitat privada	22,6
Altres formes de cobertura sanitària	1,6
No ho sap, no contesta	1,1

La presència de diferents formes de cobertura sanitària varia en el territori. D'una banda, les províncies de Lleida i Tarragona tenen percentatges més alts de mutualitat privada en el primer cas i d'altres mutualitats d'afiliació col·lectiva obligatòria en el cas de Tarragona. Ben al contrari del que observem a la província de Barcelona, que se situa per sota de la mitjana en aquest tipus de mutualitats. En canvi, Girona no mostra cap particularitat que la distancï del perfil general de Catalunya.

Si fem l'anàlisi segons el nombre d'habitants del municipi de residència, apareixen diferències importants. Barcelona ciutat es caracteritza per la mutualitat pública amb assistència sanitària prestada per entitats privades (10,4 %). A l'altre extrem, comparativament parlant, se situen els municipis de 2.000 a 9.999 habitants, que es caracteritzen per les mutualitats d'afiliació col·lectiva obligatòria (3,8 %, el 23 % d'aquesta modalitat es dona a les llars de municipis d'aquesta dimensió) i per altres formes de cobertura sanitària (3,3 %, el 31 % del total d'aquesta modalitat de resposta).

Els municipis de 10.000 a 49.999 habitants es caracteritzen per la mutualitat privada (26,3 %) i per estar per sota de la mitjana de Catalunya en les mutualitats públiques amb assistència sanitària prestada per entitats privades (4 %). Els municipis de 50.000 a 99.999 habitants estan subrepresentats, és a dir, tenen menys casos en comparació proporcional de la resta de tipus de municipis en la mutualitat privada (17,7 %), i els de 100.000 a 499.999 habitants estan subrepresentats en les mutualitats públiques amb assistència sanitària tant de la Seguretat Social (1,3 %) com d'entitats privades (3,4 %) i també en les mutualitats privades (18,1 %).

Aquesta primera visió de les diferències en el territori s'explica bàsicament per un assentament desigual dels grups socials. Les classes socials no es reparteixen en la mateixa proporció numèrica en tot el territori, especialment pel

que fa al tipus de grups que les formen, sobretot respecte als sectors productius en què treballen i la mitjana d'edat. Per exemple, la singularitat de Barcelona es caracteritza per l'existència en el seu territori d'un percentatge més alt de classe mitjana assalariada, per un perfil més jove i per un nivell educatiu de la població de mitjana més alt en comparació del conjunt de Catalunya.

Les mutualitats públiques amb assistència sanitària privada són un tipus de cobertura directament relacionat amb els funcionaris de l'Administració pública i és en les grans ciutats de Catalunya, i especialment a Barcelona, on hi ha una concentració més alta del sector dels serveis i de llocs de treball del sector públic. D'altra banda, és precisament en els municipis més petits on té més pes específic la classe mitjana propietària, especialment aquells que es dediquen al sector primari, petits pagesos i ramaders, bàsicament.

La mutualitat privada és sobretot característica de la classe mitjana (32,4 %). En el cas de la classe mitjana propietària és la principal protagonista i en el de la classe mitjana assalariada (32 %) comparteix protagonisme amb les mutualitats públiques amb assistència sanitària prestada per entitats privades (11,4 %) i per les altres mutualitats d'afiliació col·lectiva obligatòria (3,3 %).

TAULA 13. Mutualitats privades segons la classe social.
Dades 2001-2002 en percentatges

Classe mitjana propietària + classe mitjana assalariada	42,1
Classe mitjana propietària	37,3
Classe mitjana assalariada	34,5
Classe mitjana propietària + classe treballadora	23,7
Classe mitjana assalariada + classe treballadora	21,9
Classe treballadora	11,4

La classe treballadora té una freqüència significativament molt per sota de la mitjana en totes aquelles formes de cobertura sanitària que no són la Seguretat Social.

Per acabar, només un petit comentari en relació amb el lloc de naixement dels enquestats. Els immigrants nascuts en un altre país, encara que la resposta majoritària continua sent la Seguretat Social, es caracteritzen com a col·lectiu perquè responen que no saben de quin tipus de cobertura sanitària disposen (7,1 %) i per la resposta «altres formes de cobertura sanitària» (3,8 %), que és la categoria en què es reuneixen totes les respostes que no s'han pogut classificar.

4. EL COST DELS PRODUCTES DE SALUT

Entre les dades que ofereix el PaD hi ha informació en diferents anys sobre com de carregoses són per a la llar les despeses originades per la compra de medicaments prescrits pel metge. A més a més, hi ha una bateria de preguntes referides al cost que tenen diferents tipus de productes o serveis de salut per a la població. L'any 2004 es demana als enquestats, no de manera individual sinó per al conjunt de la llar, quin és el nivell de despesa en productes de medicina alternativa i dietètica, en aparells ortopèdics i sessions de recuperació o rehabilitació, en el gimnàs i en mútues o medicina privada. Les dades fan referència al cost anual en euros.

La compra de medicaments

Fins a quin punt la compra de medicaments prescrits pel metge suposa un esforç econòmic important per a les llars catalanes? L'any 2001-2002 gairebé per a la meitat de les llars (42,4 %), la compra dels medicaments suposava un esforç, encara que no en el mateix grau per a totes: per al 28,9 % era un esforç no gaire gran, per al 10,4 % era bastant gran i per al 3,0 % era molt gran. Per a la resta de llars (57,2 %) la compra de medicaments no suposava cap tipus d'esforç econòmic.

TAULA 14. Esforç econòmic per a la llar per la compra de medicaments en percentatges

	2001-2002	2003	2004
Molt esforç	3,0	5,1	4,6
Cap esforç	57,2	28,3	27,0

En la comparació de les tres edicions, hem de ser prudents a l'hora de comentar les dades, ja que hi ha hagut un canvi de categories de resposta entre la primera i la segona edició de l'enquesta⁹⁸ que pot afectar la distribució dels percentatges, i per això només apareixen en el quadre les dues respostes directament equivalents, però sembla que la tendència que es mostra és la de l'augment de dificultats per assumir aquest tipus de despesa.

98. L'any 2001-2002 les categories de resposta possibles eren: un esforç molt gran, bastant gran, no gaire gran, cap esforç, no ho sap. En canvi, l'any 2003 i l'any 2004 les categories de resposta possible eren: molt esforç, bastant esforç, ni molt ni poc esforç, poc esforç, cap esforç, no ho sap.

El sexe no és significatiu en aquest cas, ja que la pregunta no era individual, es referia a la llar amb independència del membre a qui estaven destinats els medicaments, però sí que ho és l'edat dels membres de la llar.⁹⁹

Pel que fa a l'edat, el primer que cal assenyalar és que ser més gran juga a favor de la inexistència d'esforç, ja que els jubilats no han de pagar els medicaments receptats. Per això, les llars encapçalades per majors de 65 anys són les que tenen una xifra més baixa de respostes afirmatives a la pregunta, només una de cada quatre llars considera que aquest capítol és un esforç econòmic per als seus pressupostos familiars —independentment del grau. Per exemple, les llars unipersonals que estan formades per dones grans viudes, en el 65,6 % dels casos declaren que no els suposa cap esforç econòmic la compra de medicaments. En canvi, en una de cada cinc llars extenses —on conviu un nucli familiar (parella amb o sense fills) més altres parents, normalment una persona, o més d'una, més gran— declaren que l'esforç és bastant gran (20 %).

Per classe social,¹⁰⁰ la classe treballadora és la més perjudicada pel cost econòmic dels medicaments. Les llars de classe treballadora es caracteritzen en comparació de la resta, per la categoria de resposta «un esforç molt gran» (5,4 %) i per estar per damunt de la mitjana en un «esforç bastant gran» (14,3 %).

En canvi, a les llars de classe mitjana assalariada i classe treballadora¹⁰¹ la resposta que marca un perfil diferent de la resta és la d'un esforç «no gaire

TAULA 15. Esforç econòmic per a la llar per la compra de medicaments segons classe social. Dades 2001-2002 en percentatges

	<i>Classe mitjana propietària + classe mitjana assalariada</i>	<i>Classe mitjana propietària</i>	<i>Classe mitjana assalariada</i>	<i>Classe mitjana assalariada + classe treballadora</i>	<i>Classe treballadora</i>	<i>Classe mitjana propietària + classe treballadora</i>
Molt gran	0	1,0	1,5	1,3	5,4	5,6
Bastant gran	7,0	8,9	7,9	12,2	14,3	16,8
No gaire gran	23,2	25,5	31,2	35,3	25,4	25,5
Cap	69,2	62,9	57,8	51,3	54,6	52,1

99. Es fa referència a l'edat d'un dels membres del nucli de la llar.

100. La classe social de la llar indica la posició de classe del nucli de la llar, entès com a parella principal, en els casos en què la classe social dels dos membres no coincideix apareix la classe social dels dos membres de la parella. Per exemple: classe mitjana propietària-classe treballadora.

101. La classe social de la llar indica la posició de classe del nucli de la llar, entès com a parella principal; en els casos en què la classe social dels dos membres no coincideix apareix la classe social dels dos membres de la parella. Per exemple: classe mitjana propietària-classe treballadora.

gran» (35,3 %), que està vuit punts per damunt de la mitjana, i que denota una millor situació econòmica. Hi ha una relació directa entre les respostes en aquesta variable i el nivell d'ingressos de la llar. Les categories de resposta més negativa s'associen a les llars amb ingressos més baixos.

Despeses en serveis i productes de salut

En l'apartat de despeses en serveis i productes de salut no es demana als entrevistats quina és la seva percepció sobre la despesa sinó directament el nivell d'aquesta despesa en euros/any. Dels productes i serveis de salut que apareixen al PaD Catalunya, la despesa més alta de les llars es produeix en l'apartat de mútues i medicina privada. En segon lloc se situen els aparells ortopèdics i les sessions de recuperació que es pregunten de manera conjunta, en tercer lloc les despeses en gimnàs i en darrer lloc les de medicina alternativa i dietètica.

TAULA 16.

	<i>Mitjana</i>	<i>Desviació</i>
Despesa en productes de medicina alternativa i dietètica	87,72	258,94
Cost d'aparells ortopèdics i sessions de recuperació	113,43	552,31
Cost del gimnàs	100,69	295,79
Cost de mútues, medicaments i medicina privada	486,62	1.061,93

És a la província de Barcelona on la mitjana de despesa en medicina alternativa i dietètica i el gimnàs és més alta, i en canvi la despesa en productes d'ortopèdia i rehabilitació i el cost de mútues i medicina privada mostra una mitjana més alta a la província de Lleida.

TAULA 17.

<i>Mitjana en euros/any</i>	<i>Medicina alternativa i dietètica</i>	<i>Ortopèdia i rehabilitació</i>	<i>Gimnàs</i>	<i>Mútues i medicina privada</i>
Barcelona	114,7556	123,1847	127,2594	453,1720
Girona	48,1952	77,1982	81,7194	491,4161
Lleida	89,7888	159,5034	73,9373	668,9597
Tarragona	74,3899	81,7967	98,4012	345,4521

Si fem l'anàlisi segons la classe social, és la classe mitjana assalariada la que fa una despesa més alta en tots aquests tipus de productes, a més a més amb molta diferència percentual, tret del capítol de despesa en mútua i medicina privada, on és la classe mitjana propietària la que té una mitjana més alta.

TAULA 18.

<i>Mitjana en euros/any</i>	<i>Medicina alternativa i dietètica</i>	<i>Ortopèdia i rehabilitació</i>	<i>Gimnàs</i>	<i>Mútues i medicina privada</i>
Classe mitjana propietària	75,8283	113,3512	45,5609	666,9328
Classe mitjana assalariada	142,8173	186,8170	147,1080	634,4010
Classe treballadora	77,2661	91,6156	56,5183	363,8586
Altres	62,3840	168,9412	75,3663	436,3279

5. LA CURA DELS ALTRES

Adults amb problemes d'autonomia

En la primera i en la segona edició del PaD es va demanar informació als enquestats sobre la cura de persones grans —que no es poden valer per si mateixes en major o menor grau— o de persones malaltes, independentment de l'edat.

L'any 2001-2002 el 6 % de les llars va declarar que algun dels seus membres tenia dificultats per menjar, desplaçar-se, vestir-se o encarregar-se de la seva higiene personal. La majoria de les llars només tenia un membre dependent (88,9 %), però també n'hi havia amb dos (7,8 %) o més membres dependents (1,7 %).

En la majoria de les llars la persona amb problemes d'autonomia per desenvolupar les tasques bàsiques de la vida quotidiana és la mare d'un dels dos membres de la parella nucli de la llar (29 %). En segon lloc se situen els casos en què el dependent és un dels membres de la parella. Ho és la dona en el 21,6 % dels casos i l'home en el 17,6 %. En el 16,1 % de les llars el dependent és un fill i en el 8,5 % el pare d'un dels dos membres de la parella. La resta respon a persones amb un altre tipus de parentiu.

A més, també es té cura, no com a activitat laboral, de persones amb problemes d'autonomia que no conviuen en la llar. Les dades de la primera

edició van mostrar que aquesta és la realitat en un 5 % de les famílies catalanes.

Les llars que tenen cura de persones dependents, a la mateixa casa o fora d'ella, no es reparteixen de manera uniforme en el territori. Aquesta és una situació que es dona especialment als municipis més petits (menys de 2.000 habitants). Per províncies, aquesta situació té més incidència a Lleida (8,7 %) i a Tarragona (7,9 %) que a la resta de Catalunya.

L'any 2004, un 10,5 % dels entrevistats, majoritàriament dones, estaven atenent un o més adults per raó de vellesa, malaltia o alguna discapacitat. Entre els entrevistats que no treballen, són majoritàriament les dones les que exerceixen de cuidadores. En canvi, si només parlem de la població amb activitat al mercat laboral, les diferències en els percentatges entre homes i dones disminueixen molt.

TAULA 19. Entrevistats que tenen cura de persones grans, malaltes o discapacidades segons el sexe i la situació laboral del cuidador. Dades 2004 en percentatges

	<i>Treball remunerat</i>		<i>Treball no remunerat</i>	
	<i>Home (%)</i>	<i>Dona (%)</i>	<i>Home (%)</i>	<i>Dona (%)</i>
0 persones	48,65	42,65	63,09	44,15
1 persona o més	51,35	57,35	36,91	55,85
	100,00	100,00	100,00	100,00

TAULA 20. Entrevistats que tenen cura de persones grans, malaltes o discapacidades, segons el sexe. Dades 2004 en percentatges

	<i>Homes</i>	<i>Dones</i>	<i>Total</i>
0 persones	92,70	86,80	89,50
1 persona	6,00	10,40	8,40
2 persones	1,10	2,40	1,80
3 persones	0,10	0,30	0,20
4 persones	0,10	0,10	0,10

Finalment, un últim aspecte per assenyalar és que, encara que una mica més de la meitat de les persones dependents visquin en la mateixa llar dels cuidadors, quan la dona treballa fora de casa és més habitual que les persones dependents visquin en un altre domicili.

TAULA 21. Residència de persones grans, malaltes o discapacitades segons sexe i situació laboral del cuidador. Dades 2004 en percentatges

	Treball remunerat		Treball no remunerat		Total
	Home (%)	Dona (%)	Home (%)	Dona (%)	
Dins de la llar	47,40	36,50	66,70	62,70	53,2
Fora de la llar	49,10	62,50	31,50	34,50	44,5
Uns dins i altres fora de la llar	3,50	1,00	1,90	2,80	2,2

A més a més cal afegir també l'atenció a les persones hospitalitzades. En la segona edició, dades del 2003, el 12,5 % de la població s'havia ocupat d'una persona, petita o gran, hospitalitzada els últims 12 mesos. El percentatge és pràcticament idèntic al de l'any 2001-2002 (12,3 %). Tornen a ocupar-se més dels malalts les dones que els homes, tant si aquestes treballen fora de casa com si no.

TAULA 22. Atenció a persones hospitalitzades els últims 12 mesos segons sexe i situació laboral del cuidador. Dades 2003 en percentatges

	Treball remunerat		Treball no remunerat	
	Home (%)	Dona (%)	Home (%)	Dona (%)
Sí	10,40	16,70	6,80	13,80
No	89,50	83,20	93,00	68,00
No ho sap, no contesta	0,10	0,10	0,20	0,20

No és només una qüestió de tenir cura dels dependents, també cal mesurar la intensitat d'aquesta cura. La meitat dels enquestats dediquen d'una a vint hores setmanals a cuidar les persones malaltes; i tant si treballen com si no, les dones dediquen més hores a tenir cura d'altres persones que els homes. Encara que no en tots els casos, n'hi ha que treballen fora de casa i fan una llarga jornada d'atencions a tercers; són els homes que treballen fora de casa els que menys hores dediquen a aquestes tasques.

TAULA 23. Hores de la setmana dedicades a cuidar persones grans, malaltes o discapacitades segons el sexe i la situació laboral del cuidador. Dades 2004 en percentatges

	Treball remunerat		Treball no remunerat		Total
	Home (%)	Dona (%)	Home (%)	Dona (%)	
D'1 a 20 hores setmanals	81,60	65,5	41,5	34,5	51,10
De 21 a 40 hores setmanals	5,3	17,9	9,8	16,0	14,20
Més de 40 hores setmanals	13,2	16,7	48,8	49,6	34,80

Les cuidadores i els cuidadors de gent dependent veuen afectada la seva salut de molt diverses maneres, per estrès, per sobrecàrrega, per patiments diversos que són difícils de quantificar. Al PaD es demana alguna informació sobre aquests aspectes i cal destacar que tenir cura de persones dependents afecta de manera negativa anímicament més del 50 % dels enquestats que es troben en aquesta situació. Afecta més negativament les dones que els homes, però no hi ha diferències gaire significatives entre les que treballen fora de casa i les que no. En canvi, són els homes els que opinen amb més freqüència que els efectes són negatius per a la família.

TAULA 24. Efectes negatius anímicament segons sexe i relació amb la situació laboral del cuidador. Dades 2004 en percentatges

	Treball remunerat		Treball no remunerat		Total
	Home (%)	Dona (%)	Home (%)	Dona (%)	
Sí, molt	8,80	22,30	18,50	24,80	20,60
Sí, una mica	29,80	31,10	37,00	28,40	30,70
No, gens	61,40	46,60	44,40	46,80	48,70

TAULA 25. Efectes negatius en la família segons sexe i situació laboral del cuidador. Dades 2004 en percentatges

	Treball remunerat		Treball no remunerat		Total
	Home (%)	Dona (%)	Home (%)	Dona (%)	
Sí, molt	5,30	10,80	14,80	9,90	10,10
Sí, una mica	36,80	23,50	25,90	26,80	27,30
No, gens	57,90	65,70	57,40	62,70	62,00

6. REFLEXIÓ FINAL

L'anàlisi portada a terme a partir de les dades del PaD en l'àmbit de la salut arriba a la mateixa conclusió que les realitzades sobre altres aspectes de la vida de la població catalana: la qualitat de vida de la població catalana no és la mateixa per a tots els ciutadans de la comunitat i el nivell assolit està directament relacionat amb les característiques socials. Per aquest motiu, les diferències entre els diferents nivells de benestar no són merament això, ja que es posa en evidència l'existència de l'estructura de desigualtat social, que implica que les dones tinguin pitjors condicions, com a col·lectiu, que els homes, i que la classe treballadora les tingui pitjor que la classe mitjana.

L'Organització Mundial de la Salut defineix la salut com el benestar complet, físic, psíquic i social, i considera que les desigualtats són diferències innecessàries, evitables i injustes.

L'estat de salut està directament relacionat amb la qualitat de vida de què gaudeix una persona i per aconseguir nivells de salut millors i més igualitaris per a la població, cal contemplar en conjunt la vida dels ciutadans. És a dir, la salut està influenciada pel tipus de treball que tenim i especialment per les condicions en què realitzem aquest treball i pel treball domèstic que desenvolupem i les nostres possibilitats de conciliació. També per les possibilitats que tenim de viure en un habitatge digne, per les oportunitats que tenen els nostres fills de rebre una bona educació i la nostra gent gran de tenir una vida autònoma... Això no implica que no sigui important la salut per si mateixa —tenir bona salut és un rèdit important per a les nostres oportunitats socials— i també el sistema sanitari al qual confiem la cura de les nostres malalties.

És fonamental tenir un bon sistema sanitari i, en general, un bon sistema de benestar social, que actuï en tots els àmbits externs a la salut, i que hi influeixen, per assegurar que la nostra salut no dependrà en un futur pròxim —perquè ara les dades diuen el contrari—, ni del nivell econòmic, ni de la quantitat d'informació de què disposem o siguem capaços de processar, ni del sexe i l'edat que tinguem, ni tampoc de si acabem d'arribar a aquest país o no. En definitiva, per assegurar-nos que no depengui de la posició social que tinguem.

Bibliografia

- BORRELL, C.; BENACH, J. [coord.] (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- FUNDACIÓ JAUME BOFILL (1999). *Les desigualtats socials a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- MIGUÉLEZ, F.; GARCÍA, T.; REBOLLO, O.; SÁNCHEZ, C.; ROMERO, A. (1997). *Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània*. Barcelona: Proa.
- MINISTERI DE SANITAT I CONSUM (2005). *Informe salud y género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- NAVARRO, V. [ed.] (2002). *The Political Economy of Social Inequalities. Consequences for Health and Quality of Life*. Nova York: Baywood Publishing Company Inc.
- SÁNCHEZ, J. [coord.] (1999). *Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, Economia, Política i Cultura*. Barcelona: Mediterrània.
- SÁNCHEZ, C. (2003). «Les desigualtats socials i la salut a Catalunya. Les dades del Panel de Desigualtats a Catalunya (2001-2002)». A: NAVARRO, V. [dir]. *L'estat del benestar a Catalunya*. (Col·lecció Societat i Territori) Barcelona: Diputació de Barcelona.
- (2003). Les desigualtats a Catalunya a partir de les dades de l'enquesta Panel de Desigualtats de Catalunya 2001-2002. Avanç primers resultats. Barcelona: Fundació Jaume Bofill. [No publicat]
- (2004). El treball de les dones a Catalunya. Avançament de resultats. Barcelona: Fundació Jaume Bofill. <www.obdesigualtats.org>
- SÁNCHEZ, C.; LLÀTZER, H. (2005). «El repartiment del treball domèstic i familiar». A: *Estructura social i desigualtats a Catalunya*. (Polítiques, núm. 46). Barcelona: Editorial Mediterrània i Fundació Jaume Bofill.
- SÁNCHEZ, C.; QUINTANA, N. (2005). «Les classes socials a Catalunya. Desigualtats en les condicions de vida dels grups socials». A: *Estructura social i desigualtats a Catalunya*. (Polítiques, núm. 46) Barcelona: Editorial Mediterrània i Fundació Jaume Bofill.
- SUBIRATS, M.; SÁNCHEZ, C.; DOMÍNGUEZ, M. (2002). «Classes socials i estratificació». A: *Enquesta de la Regió de Barcelona 2000*. Barcelona: Mancomunitat de Municipis de l'Àrea Metropolitana de Barcelona i Diputació de Barcelona.
- WILKINSON, R. G. (1996). *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge.