



¹ Rohlfis I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14 (supl. 3): 60-71.

² Lahelma E, Arber S. Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared. *European J Public Health* 1994; 4: 213-226.

³ Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1055-1068.

⁴ Popay J, Bartley M, Owen C. Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity. *Soc Sci Med* 1993; 36: 21-32.

⁵ Lennon MC. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiol Rev* 1995: 120-127.

⁶ Waldron I, Jacobs JA. Effects of labor free participation on women's health: New evidence from a longitudinal study. *J Occup Med* 1988; 977-983

⁷ Nathanson CA. Social roles and health status among women: The significance of employment. *Soc Sci Med* 1980; 14: 463-471.

⁸ Verbrugge LM. Multiple roles and physical health of women and men. *J Health Soc Behav* 1983; 24: 16-30.

⁹ Rosenfield S. Sex differences in depression: Do women always have higher rates? *J Health Soc Behav* 1980; 21: 33-42.

¹⁰ Hall EM, Johnson JV. Depression in unemployed Swedish women. *Soc Sci Med* 1988; 27: 1349-1355.

¹¹ Mc Donough P, Walters V, Strohschein L. Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. *Soc Sci Med* 2002; 54: 767-782.

DOSSIER

Salut i gènere. La població de 25 a 64 anys de Barcelona

Lucía Artazcoz, Imma Cortés, M. Isabel Pasarín i Carme Borrell. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona

Introducció

Examinar les desigualtats de gènere en salut significa anar més enllà de les diferències biològiques entre els dos sexes —que òbviament expliquen diferències en salut— i identificar els condicionants socials estretament associats amb el sexe, com ara la situació laboral, els rols familiars o la classe social, que són responsables de les diferències entre homes i dones en l'estat de salut,¹ i determinants de la paradoxa de la superior longevitat de les dones i el seu pitjor estat de salut en relació amb els homes.

Fins fa aproximadament vint-i-cinc anys, la recerca sobre la salut de les dones era pràcticament inexistent. S'assumia que, a excepció dels trastorns de salut relacionats amb la reproducció, els problemes de salut de les dones, les seves necessitats i solucions eren essencialment els mateixos que els dels homes. Estudis realitzats en les tres últimes dècades evidencien, però, com les diferents posicions socials d'homes i dones determinen en gran mesura el pitjor estat de salut d'aquestes.^{2,3,4} Malgrat que en ocasions s'ha atribuït aquest fet a les diferències biològiques entre ambdós sexes, el diferent comportament en l'ús de serveis sanitaris o en la verbalització dels problemes de salut, cada vegada és més clar que el pitjor estat de salut de les dones s'explica en bona part per uns rols socials determinats pel sexe, més desfavorables per a elles.⁵

Quan fa tres dècades es van començar a analitzar els determinants socials de la salut de les dones, els estudis se centraven en la comparació de l'estat de salut entre mestresses de casa i dones ocupades. Tot i la preocupació inicial pels riscos potencials per a la salut derivats de l'exposició a les condicions de treball, la majoria dels estudis troben un estat de salut millor en les dones ocupades que en les mestresses de casa.^{6,7,8,9,10} Això és així malgrat els nivells superiors d'estrès en la vida social, el fet que treballen més hores i que la combinació de la vida laboral i familiar representa una sobrecàrrega de treball i conflictes entre les dues esferes.¹¹ I és que el treball domèstic és aïllat, monòton i exigent, sovint de baix estatus i poc reconegut. Per contra, el treball pagat és una font de reconeixement social, de suport social i de control i poder en la unitat familiar, cosa que explicaria el seu efecte positiu sobre la salut de les dones.¹²

Davant d'aquestes primeres fases de la recerca sobre el paper del treball remunerat en la salut de les dones, més recent-



¹² Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med* 2002; 54: 783-798.

¹³ Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992; 22: 239-260.

¹⁴ Bartley M, Popay J, Plewis I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. *Sociology of Health and Illness* 1992; 14: 313-343.

¹⁵ Walters V, Denton R, French S, et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1627-1636.

¹⁶ Fernández E, Schiaffino A, Martí M. Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gac Sanit* 2000; 14: 287-290.

¹⁷ Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Comm Health* 2001; 55: 639-647.

¹⁸ Artazcoz L, Borrell C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001; 15: 150-153.

¹⁹ Griffiths S. Men's health: Unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help. *BMJ* 1996; 312: 69-70.

ment sorgeixen veus crítiques que emfasitzen les dificultats de combinar la vida laboral i familiar per a les dones ocupades i els seus possibles efectes negatius sobre la salut. I és que sembla raonable pensar que perquè les dones es trobin bé cal alguna cosa més que simplement donar-los alguna cosa més per fer. La sobrecàrrega derivada de l'anomenada "doble jornada" o "doble presència" s'ha mostrat associada a mal estat de salut en diferents estudis,^{13,14,15} també en l'entorn de Catalunya.^{16,17,18}

Fins ara s'havia prestat poca atenció a l'impacte del gènere en l'estat de salut dels homes, però la situació està canviant a mesura que creix l'evidència de la relació entre la masculinitat i l'estat de salut. A través de les cultures, la identitat masculina es caracteritza per la presa de riscos. Per exemple, en el mercat laboral actual els homes treballen en les ocupacions amb més risc d'accidents. Però a més dels riscos associats a l'activitat laboral, les normes de comportament masculí impliquen riscos per a la salut. Els homes tenen taxes més altes de mortalitat per accidents de trànsit o esportius i, si bé els patrons de gènere estan canviant, en la majoria de les societats els homes fumen i beuen més alcohol que les dones, i això incrementa el seu risc de patir trastorns cardíacs o càncers que poden conduir-los a una mort prematura.

A més, les implicacions de la masculinitat en la salut mental estan rebent atenció creixent. La necessitat de ser "dur", per exemple, fa que molts homes no desenvolupin el seu potencial emocional o es neguin a reconèixer les seves debilitats, cosa que es pot traduir en no usar els serveis sanitaris quan els necessiten o no prestar atenció als missatges de promoció de la salut.¹⁹

Examinem seguidament aquests aspectes a Barcelona. Les dades procedeixen de l'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000 (ESB-2000). L'ESB-2000 és una enquesta basada en entrevistes fetes a una mostra representativa de la població no institucionalitzada de la ciutat de Barcelona. Es van entrevistar 10.000 persones, 1.000 per a cada districte, la qual cosa permet conèixer la situació en aquest nivell geogràfic.

Analitzem les diferències i desigualtats de gènere derivades de les diferents condicions de vida en les dues esferes en què es divideix la vida social: el treball pagat i la vida familiar. L'anàlisi està sempre controlada per l'edat i per la posició socioeconòmica.²⁰ Aquestes dues variables són dos dels principals determinants de l'estat de salut. És sabut que les persones de classes socials més desfavorides, tant homes com dones, presenten pitjor estat de salut i que l'estatus socioeconòmic de les dones, també a Barcelona, és inferior al dels homes. Conegut això, aquí es vol aprofundir en dues variables importants més de les quals tenim menys informació sobre el seu efecte en la salut, el treball remunerat i les característiques de la unitat familiar, amb diferent significat en la vida dels homes i de les dones, i amb un impacte també diferent sobre el seu estat de salut. Centrem aquesta anàlisi en la població de 25 a 64 anys, aquella que està en plena edat productiva i reproductiva.



²⁰ Això significa que quan al text s'atribueixen diferències a l'estat civil, la situació laboral o les característiques familiars, per exemple, aquestes són independents de l'edat i de la classe social.

²¹ S'ha mesurat la classe social a través de l'ocupació mitjançant l'adaptació espanyola de la classificació del British Registrar General i s'ha assignat segons l'ocupació actual de la persona enquestada. La classe social així obtinguda té cinc categories i és un indicador dels recursos materials i socials de les persones, però en el cas de la població ocupada, quan es mesura a partir de la mateixa ocupació, com és el cas aquí, ho és també de la qualificació del treball, més alta en la classe social i (directius/ves de l'administració i d'empreses amb més de 10 persones assalariades i professions associades a titulacions de segon i tercer cicle) i més baixa en la v (treballadors/es no qualificats).

Característiques generals de la població de 25 a 64 anys

Les condicions de vida i de treball

La població que té entre 25 i 64 anys representa aproximadament la meitat del total de Barcelona; el 26% restant té menys de 25 anys i el 21% més de 64. A partir d'ara els resultats es refereixen a les persones d'entre 25 i 64 anys, el 52% de les quals són dones. Es descriuen en primer lloc les diferències de gènere en el nivell d'estudis, la classe social²¹ i la situació laboral, i se separa l'anàlisi segons els grups d'edat: persones de 25 a 44 anys i de 45 a 64 anys.

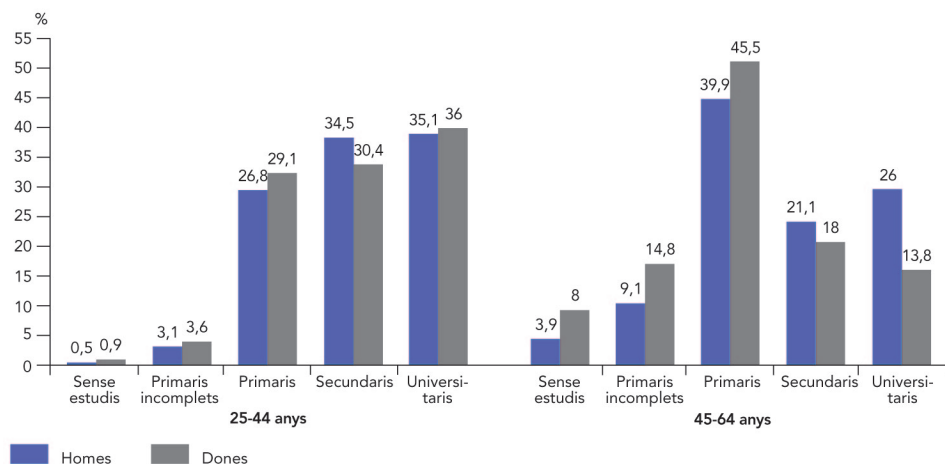
A grans trets, el nivell d'estudis i la classe social són més baixos entre les dones, però les diferències de gènere són significativament més altes entre els més grans (gràfic 1). Entre les persones de 45 a 64 anys, la proporció de dones sense estudis duplica la dels homes, mentre que la d'universitàries és la meitat que en el sexe masculí.

També hi ha diferències en la situació laboral, amb més homes en el mercat laboral (en el grup de 25 a 44 anys el 91% dels homes i el 75% de les dones realitzen un treball pagat; en el de 45 a 64 anys els percentatges corresponents són del 80% i el 45% respectivament) i més dones mestresses de casa (no hi ha homes en aquesta situació; entre les dones la proporció de mestresses de casa és del 15% entre les més joves i el 45% entre les més grans). De la mateixa manera, les diferències són més accentuades entre les persones més grans.

En la població treballadora, les dones ocupen llocs de treball menys qualificats que els homes, però, com passa amb altres indicadors, les desigualtats de gènere són més pronunciades entre els treballadors més grans. Tot i que també entre les persones de 25 a 44 anys, les dones estan més representades que els homes en les feines menys qualificades de la classe social v, destaca que entre les persones de 45 a 64 anys la quarta part de les dones treballa en aquestes ocupacions, proporció quatre vegades superior a la dels homes. Si entre els més joves la proporció d'homes i de dones en les ocupacions de classe social I són similars, entre els grups de més edat el percentatge de dones de classe social I (10%) és la meitat que el d'homes (gràfic 2).

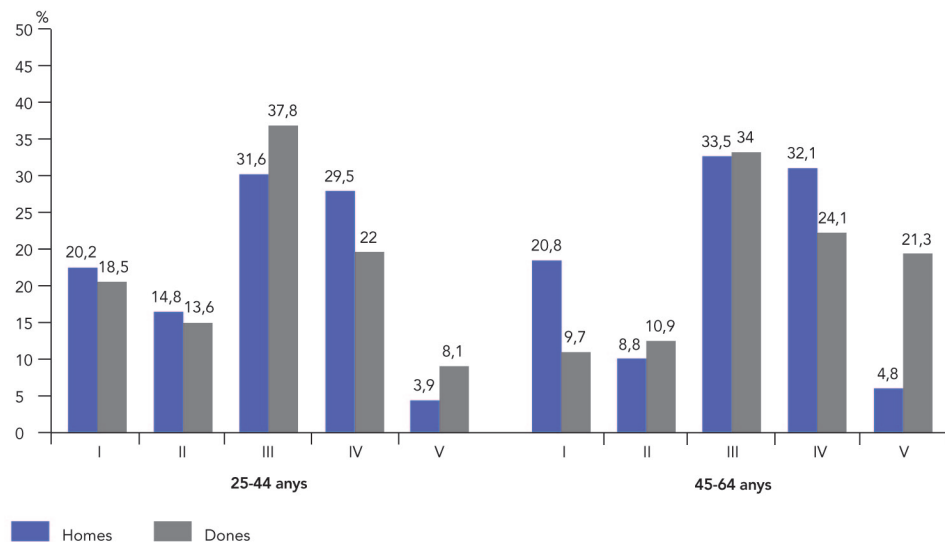
Hi ha diferències de gènere en l'estat civil o de convivència, amb més homes solters entre els joves i més dones separades divorciades o vídues. Entre les persones de 25 a 44 anys, la proporció de separats o divorciats és del 2% en els homes i del 5% en les dones; pugen al 4% i al 8% respectivament entre els de 45 a 64 anys. Un 8% de les dones de 45 a 64 anys són

Gràfic 1.
Nivell d'estudis segons el sexe i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys.
Barcelona, 2000





Gràfic 2.
Classe social, sexe i grup d'edat en la població ocupada de 25 a 64 anys.
Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

vidues, mentre que el percentatge en homes és només del 2%. El 61% dels homes i el 44% de les dones de 25 a 64 anys han de compaginar la seva feina remunerada amb responsabilitats principals a la llar. La majoria afronten aquesta situació en parella, però el 4% dels homes i el 16% de les dones són separats, divorciats o vidus.

El 4% de les persones de 25 a 64 anys són responsables de llars monoparentals, cosa més freqüent entre les dones (el 8% davant de l'1% dels homes) i encara ho és més entre les dones de 45 a 64 anys: la proporció de dones d'aquesta edat responsables d'una llar monoparental (10%) duplica la del grup d'edat més jove (5%). Només el 8% de les dones responsables de llars monoparentals són solteres, cosa més freqüent entre les menors de 45 anys (11%). El 6% de les persones responsables de llars monoparentals viuen amb algú dels seus pares o sogres, sense diferències de gènere. Finalment, el 6% dels barcelonins d'entre 25 i 64 anys viuen sols, el 4% d'entre els de 25 a 44 anys i el 7% d'entre els més grans, sense diferències de gènere.

L'estat de salut

A Barcelona, l'estat de salut és pitjor entre les dones. A la taula 1 es mostra la prevalença de diversos trastorns de salut segons el sexe. Tot i que la majoria són més freqüents entre les dones, els homes presenten prevalences més altes de trastorns cardiovasculars (angina de pit o infart, embòlia o atac de feridura i hipertensió arterial) i d'úlceres gastroduodenals. D'altra banda, les dones tenen amb molta més freqüència problemes musculoesquelètics (artrosi o reumatisme, lumbàlgia o cervicàlgia), psicossomàtics (com ara migranyes) o de salut mental. Aquests resultats confirmen el diferent patró d'emmalaltir dels homes i de les dones i apunten també a una causalitat diferent: els trastorns d'ells s'associen més amb els estils de vida (consum de tabac, alcohol o dietes més insaludables); els d'elles, en gran mesura, amb condicions de la vida quotidiana més desfavorables, que analitzem al llarg d'aquest capítol.

No s'observen diferències de gènere en la incidència d'accidents en l'últim any, però sí que n'hi ha en els accidents de treball, més freqüents, tal com s'esperava, en els homes.

Identifiquem seguidament la relació de dos indicadors de salut clàssics, l'estat de salut percebut²² i l'estat de salut



Taula 1.
Trastorns de salut i visites mèdiques segons el sexe en la població de 25 a 64 anys. Enquesta de salut de Barcelona, 2000

	Homes (%)	Dones (%)
Mal estat de salut percebut	14,5	20,4
Mal estat de salut mental	10,6	16,5
Limitació crònica de l'activitat	12,4	16,3
Al·lèrgies	13,6	16,7
Artrosi o reumatisme	9,3	20,1
Bronquitis crònica	4,8	4,0
Asma	3,6	3,7
Diabetis	3,3	2,9
Migranya	5,4	15,9
Trastorns de pròstata	3,6	–
Mal d'esquena (lumbar) crònic	16,1	27,7
Dolor cervical	14,5	31,1
Mala circulació	6,8	25,1
Trastorns cardíacs	3,3	3,0
Morenes	5,5	8,9
Embòlia / atac de feridura	1,0	0,5
Varices a les cames	5,0	22,1
Cataracta	1,9	1,8
Angina de pit / infart	1,4	0,5
Hipertensió arterial	9,9	8,8
Úlcera d'estómac o duodè	3,6	2,7
Restrenyiment crònic	2,5	10,8
Problemes de visió	15,7	16,7
Problemes d'audició	6,0	4,2
Altres trastorns crònics	14,1	17,4
Accidents en els últims 12 mesos	13,7	14,5
Accidents de treball en els últims 12 mesos	6,4	3,3
Visites mèdiques en els últims 15 dies	16,4	24,1

Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

²² L'estat de salut percebut és un indicador d'estat de salut general, relacionat amb el benestar, i ha demostrat que és un bon indicador de mortalitat, millor fins i tot que el diagnòstic mèdic.

²³ L'estat de salut mental es mesura amb el qüestionari GHQ-12, un instrument àmpliament utilitzat per a la detecció de trastorns psiquiàtrics menors.

laboral i amb l'estat civil: és millor entre les persones casades i pitjor en la categoria de situació laboral "Altres". A més, en els homes destaca el pitjor estat de salut mental dels aturats, associació que no s'observa en les dones (gràfic 4). Encara que hi ha pocs estudis sobre les possibles diferències de gènere en l'impacte de l'atur sobre la salut mental, alguns han suggerit que l'efecte negatiu podria ser superior per als homes, cosa que s'explicaria per la centralitat del treball remunerat en les seves vides, així com pel fet que en la majoria dels casos continuen sent els principals —sovint els únics— proveïdors de recursos econòmics a la unitat familiar.

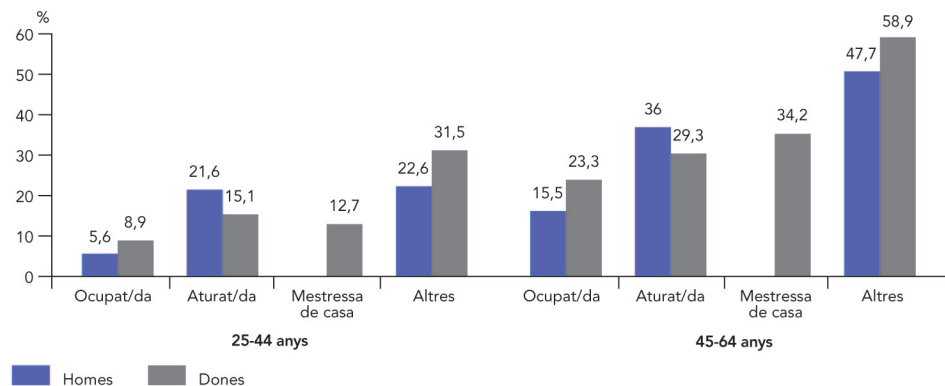
mental,²³ amb els rols laborals i familiars, i examinem les possibles diferències de gènere.

L'estat de salut percebut és pitjor entre les persones més grans i en les classes socials més desfavorides. No s'associa a l'estat civil ni en homes ni en dones, però en ambdós sexes es relaciona amb la situació laboral. És pitjor en la categoria de situació laboral "Altres", que inclou les persones amb incapacitat o invalidesa permanent, i destaca el pitjor estat de salut en els homes en situació d'atur (gràfic 3).

L'estat de salut mental no s'associa a l'edat, però sí a la classe social: tant en els homes com en les dones és pitjor entre les classes socials més desfavorides. En ambdós sexes, l'estat de salut mental s'associa amb la situació

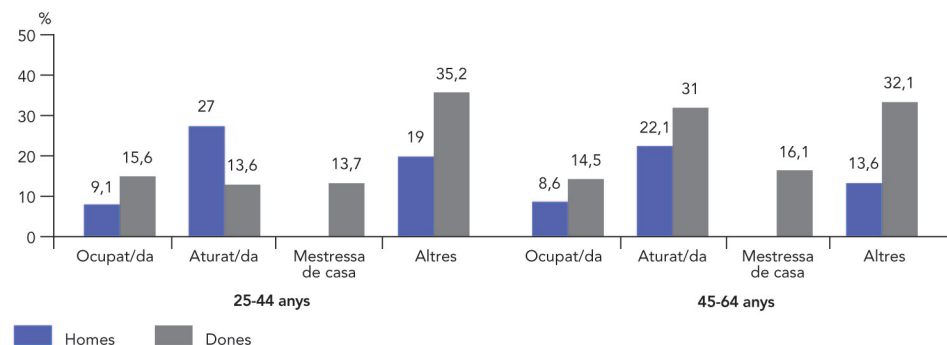


Gràfic 3.
Prevalença de mal estat de salut percebut segons el sexe, la situació laboral i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

Gràfic 4.
Prevalença de mal estat de salut mental segons el sexe, la situació laboral i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

En ambdós sexes les persones casades o que viuen en parella tenen millor estat de salut mental. Destaquen les diferències de gènere en l'estat de salut mental de les persones solteres: si en els homes no hi ha diferències respecte als casats o que viuen en parella, en les dones, les solteres presenten pitjor estat de salut mental, sobretot en el col·lectiu de més edat (gràfic 5).

Els comportaments relacionats amb la salut

Com s'observa a la taula 2, la prevalença de tabaquisme és inferior en les dones; contràriament, elles fan menys exercici físic i prenen més tranquil·litzants. No hi ha diferències de gènere en el sobrepès però destaca l'alta prevalença de baix pes en les dones més joves (21%).

Hi ha diferències segons la situació laboral i l'estat civil o de convivència en tots els comportaments relacionats amb la salut que es descriuen a continuació.

El tabac

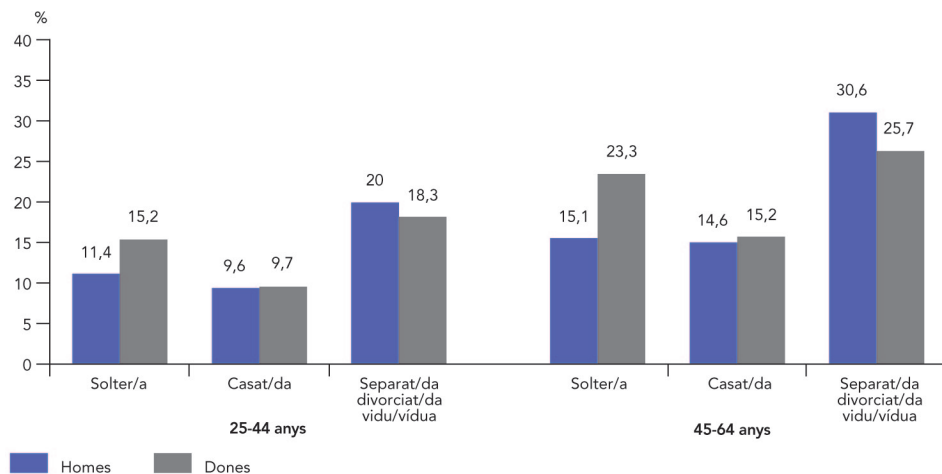
En relació amb la situació laboral cal destacar en els homes l'alta prevalença de tabaquisme entre els aturats, i en les dones el diferent patró en les mestresses de casa segons el grup d'edat: si en les més joves fumar no s'associa a la situació laboral, en les més grans la prevalença de tabaquisme és significativament més baixa entre les mestresses de casa (gràfic 6).

En ambdós sexes, fumar és més freqüent entre les persones separades, divorciades i vídues, amb diferències més marcades en els homes joves (gràfic 7). El fet que fumar sigui més habitual en situacions vitals estressants com ara

les que es produeixen arran de l'atur o de separació, divorci o viduïtat suggereix la possible utilització del tabac com a element



Gràfic 5.
Prevalença de mal estat de salut mental segons el sexe, l'estat civil o de convivència i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

Taula 2.
Comportaments relacionats amb la salut segons el sexe i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2002

	Homes (%)		Dones (%)	
	25-44 anys	45-64 anys	25-44 anys	45-64 anys
Tabaquisme	43,5	34,8	39,6	15,1
Exercici físic	43,8	26,4	25,2	21,1
Pes baix	4,4	1,8	20,7	6,2
Sobrepès	17,3	30,4	12,9	30,8
Consum de tranquil·litzants	6,4	9,2	10,0	17,5

Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

per afrontar l'estrès, cosa que s'hauria de tenir en compte en els programes de prevenció del tabaquisme.

L'exercici físic

Com s'aprecia al gràfic 8, mentre que entre els homes la pràctica d'exercici físic és molt més habitual en els joves, en les dones pràcticament no s'observen diferències segons els grups d'edat. Així, les diferències de gènere en aquest comportament saludable són més accentuades en els joves (gràfic 9).

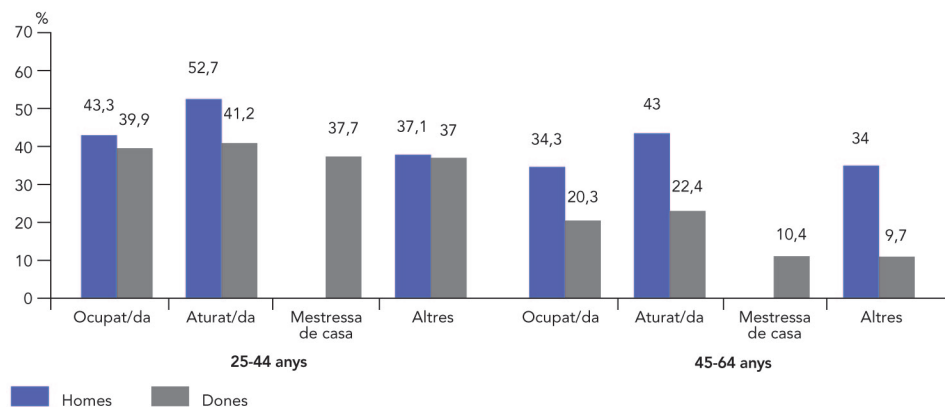
Quant a l'estat civil o de convivència, entre els més joves d'ambdós sexes, les persones casades o que viuen en parella fan menys exercici físic. Ressalta sobretot la baixa proporció de dones joves en aquesta situació que practiquen exercici, cosa que probablement es deriva en gran mesura de les dificultats per compaginar la vida laboral i familiar (gràfic 9).

El pes corporal

Un dels problemes de salut pública que rep atenció creixent és l'anorèxia, que afecta sobretot dones joves. Tot i que l'ESB-2000 no recull estrictament informació sobre anorèxia, la prevalença de baix pes que afecta el 21% de les dones joves

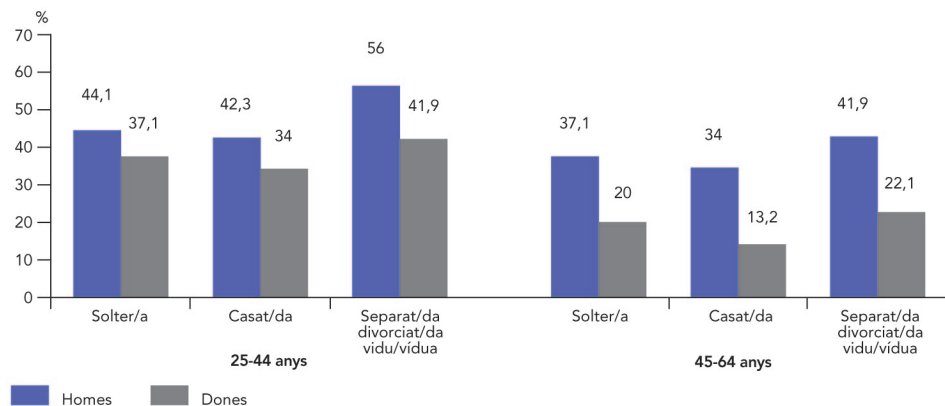


Gràfic 6.
Tabaquisme segons el sexe, la situació laboral i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

Gràfic 7.
Tabaquisme segons el sexe, l'estat civil o de convivència i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

ens permet aproximar-nos al problema. El risc de baix pes és superior entre les dones de més nivell d'estudis (gràfic 10). A més, entre les més joves és més freqüent entre les ocupades (el 23% davant del 12% en les aturades i el 10% en les mestresses de casa), cosa que fa reflexionar sobre fins a quin punt estar prima és una exigència, més o menys explícita, del mercat laboral a les dones joves. Entre les dones més grans, el baix pes és més freqüent en les aturades (el 19% davant del 9% entre les ocupades i el 4% en les mestresses de casa). El baix pes no s'associa amb l'estat civil o de convivència.

El sobrepès s'associa a la situació laboral amb algunes diferències segons el sexe i el grup d'edat. Independentment del sexe i del grup d'edat és més freqüent en la categoria "Altres" de situació laboral. Entre les persones més joves, en les dones la prevalença és significativament més baixa entre les ocupades; en les més grans és molt més alta en les mestresses de casa (gràfic 11).

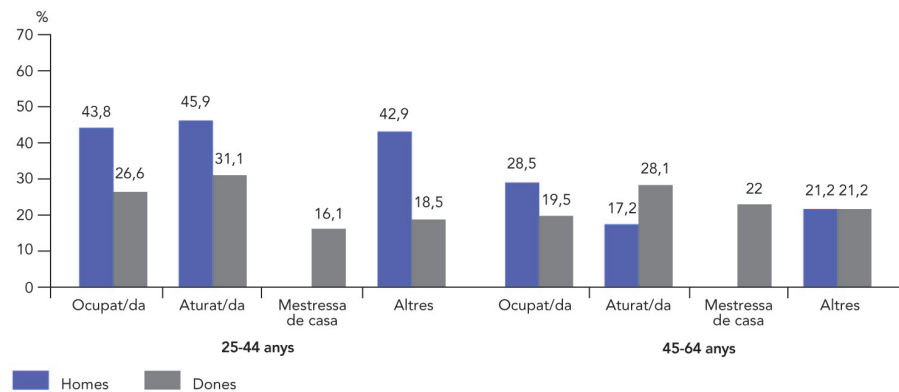
El risc de sobrepès és superior a mesura que augmenta l'edat i entre les persones amb menor nivell d'estudis. La relació entre el sobrepès i l'estat civil o de convivència és diferent segons el sexe i el grup d'edat (gràfic 12). Entre els homes més joves, els casats o que viuen en parella presenten les prevalences més altes; en les dones del mateix grup d'edat afecta sobretot les separades, divorciades o vídues. Entre els més grans, en ambdós sexes, el sobrepès és més prevalent en les persones casades o que viuen en parella.

Consum de tranquil·litzants

La relació del consum de tranquil·litzants amb la situació laboral depèn del sexe i del grup d'edat. Mentre que entre els homes ressalten les altes

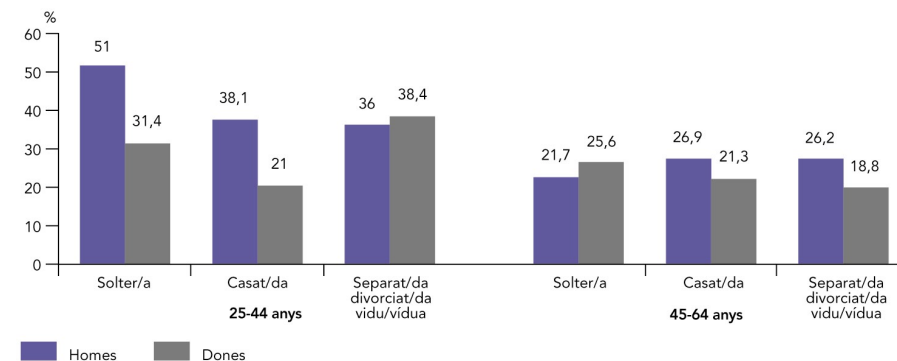


Gràfic 8.
Pràctica d'exercici físic segons el sexe, la situació laboral i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



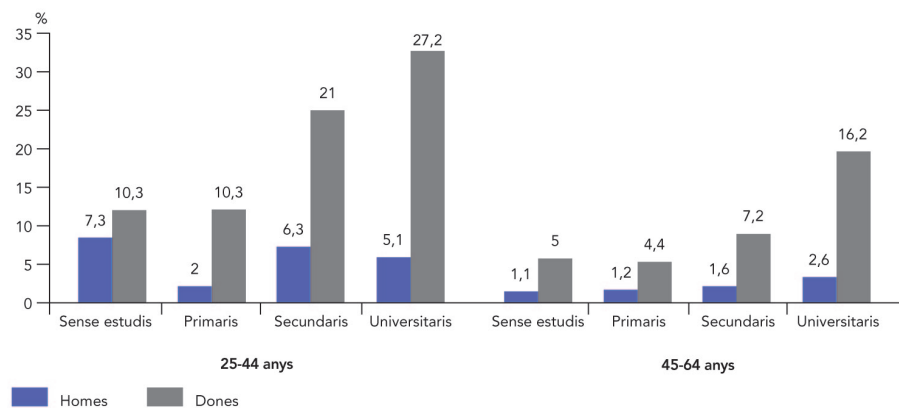
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

Gràfic 9.
Pràctica d'exercici físic segons el sexe, l'estat civil i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



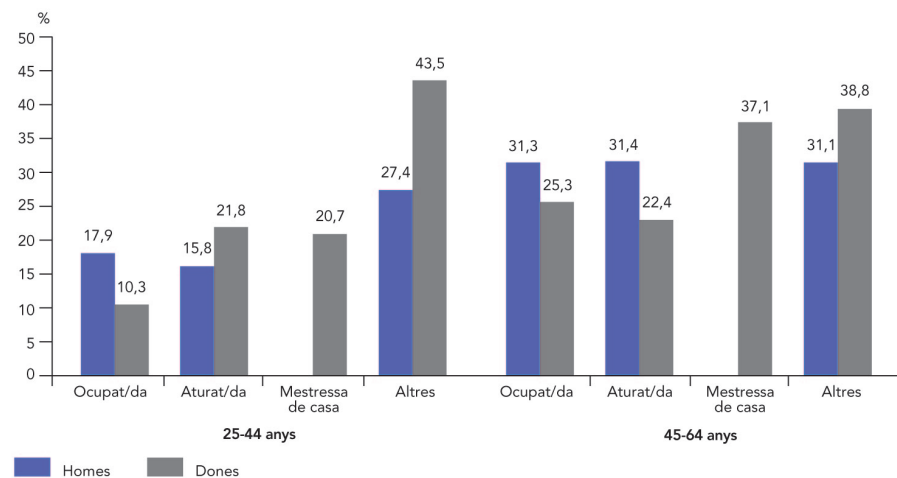
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

Gràfic 10.
Baix pes segons el sexe, el nivell d'estudis i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

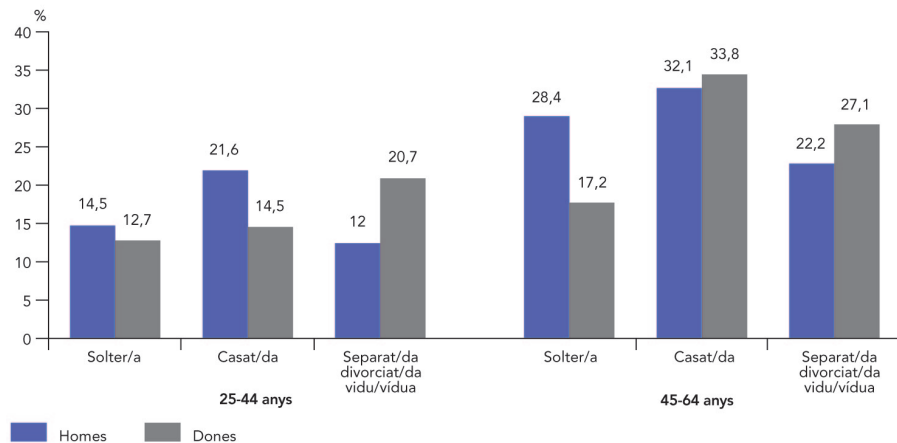
Gràfic 11.
Sobrepès segons el sexe, la situació laboral i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

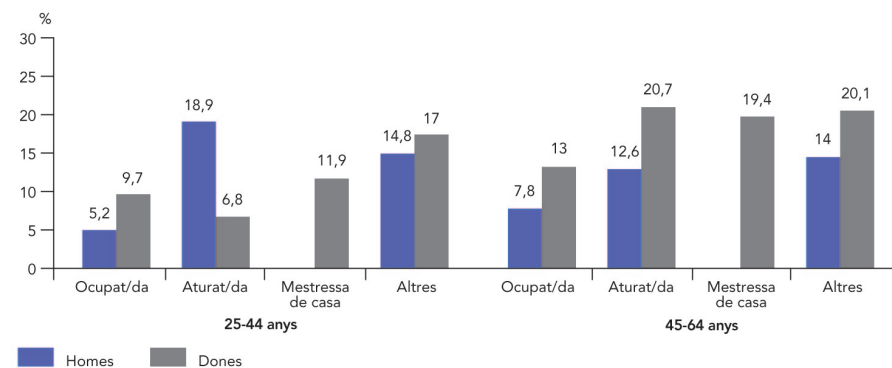


Gràfic 12.
Sobrepès segons el sexe, l'estat civil o de convivència i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

Gràfic 13.
Persones que han consumit tranquil·litzants en l'últim mes segons el sexe, la situació laboral i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

xifres dels aturats, independentment del grup d'edat, en les dones joves les aturades són les que presenten consums més baixos i destaca el grup d'ocupades amb un menor consum de fàrmacs d'aquest tipus, sobretot entre les més grans (gràfic 13).

El consum de tranquil·litzants és més baix entre les persones casades o que viuen en parella. Entre les més grans destaca l'alt percentatge de dones solteres que en prenen (gràfic 14).

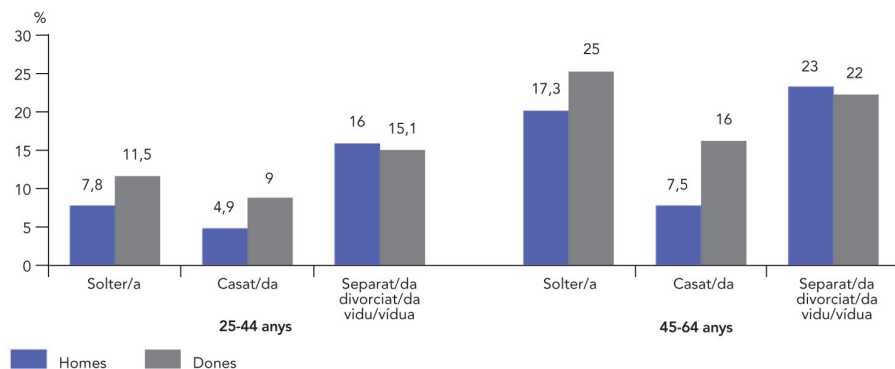
La combinació de la vida laboral i familiar en persones que viuen en parella

En els últims anys ha crescut la preocupació per les dificultats de les dones per combinar la vida laboral i familiar, però se sap poc sobre els possibles efectes de la sobrecàrrega de treball, el conflicte entre els dos dominis i la manca de temps propi sobre l'estat de salut. Aquest és l'objectiu d'aquesta secció. Analitzem la situació de les persones amb un treball remunerat que estan casades o viuen en parella (el 58% dels homes i el 37% de les dones entre el grup de 25 a 64 anys).

La cura de les persones de la llar recau en les dones. El 36% afirma ser l'única responsable de la cura dels menors de 15 anys, mentre que el percentatge corresponent en homes és de l'1%. La meitat de les persones declaren que la cura

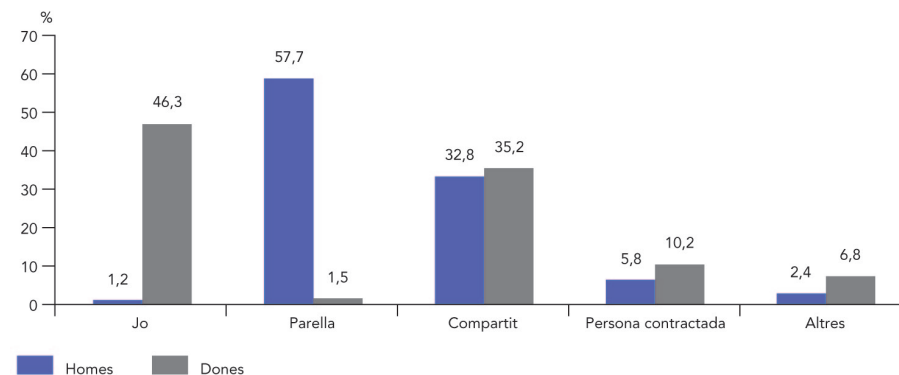


Gràfic 14.
 Persones que ha consumit tranquil·litzants en l'últim mes segons el sexe, l'estat civil i el grup d'edat en la població de 25 a 64 anys. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

Gràfic 15.
 Persones que s'ocupen principalment de feines com netejar, planxar, cuinar, etc. segons el sexe en la població treballadora de 25 a 64 anys casada o que viu en parella. Barcelona, 2000



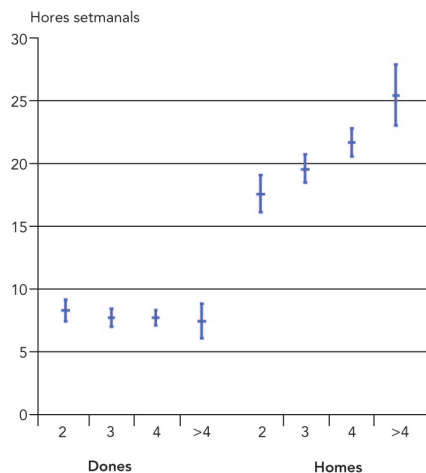
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

dels menors és una responsabilitat compartida pels dos membres de la parella, sense diferències de sexe. La majoria dels entrevistats i entrevistades que viuen amb persones grans diuen que aquestes són capaces de tenir cura d'elles per si soles (ho afirmen el 53% dels treballadors i el 74% de les treballadores). Un 16% de dones, però, s'ha de fer càrrec d'aquesta cura sola, mentre que no hi ha homes en aquesta situació. També la cura dels discapacitats continua sent fonamentalment responsabilitat de les dones. El 24% de les treballadores que conviuen amb alguna persona discapacitada afirmen ser les úniques responsables de la seva cura. Cap home es troba en aquesta situació. La tercera part dels treballadors comparteix la cura de les persones amb discapacitat amb la seva parella, tant en homes com en dones.

Altres feines de la llar menys gratificants, com ara netejar, planxar o cuinar compten amb menys implicació per part dels homes. Només la tercera part declara compartir aquestes tasques, mentre el 46% de les dones afirmen ocupar-se'n soles (gràfic 15).

Els homes dediquen a les tasques domèstiques una mitjana de 8 hores setmanals (D.E. = 7,7), mentre que les dones hi dediquen més del doble (20,6 hores; D.E. = 10,9). La dedicació a la llar ve determinada fonamentalment pel sexe —superior en dones— i per la classe social —més alta en les classes socials més desfavorides. Les treballadores manuals (classes IV i V) dediquen al treball de la casa al voltant de 25 hores setmanals. S'ha de tenir en compte que aquest grup de treballadores constitueix la tercera part de les ocupades casades o que viuen en parella. En les dones, la dedicació al treball de casa és proporcional al nombre de persones a la llar, mentre que en els homes és absolutament independent. Les dones que viuen

Gràfic 16.
Hores setmanals de treball domèstic segons el sexe i el nombre de persones a la llar en la població treballadora de 25 a 64 anys casada o que viu en parella (mitjana i interval de confiança del 95%). Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

en llars de quatre persones (el 40% de les treballadores casades o que viuen en parella) treballen a casa més de 20 hores setmanals, mentre que les que ho fan en llars de més de cinc persones (l'11% del total) fan més de 25 hores setmanals de treball a casa (gràfic 16).

Les desigualtats derivades de l'asimetria de gènere en la distribució de les responsabilitats familiars i del treball domèstic són font de mal estat de salut entre les dones. Si entre els homes no s'observa cap relació amb les exigències familiars, en les dones de 45 a 64 anys, independentment de l'edat i de la classe social, la prevalença de mal estat de salut és superior entre les que viuen en llars de més de quatre persones (el 37% davant del 21% en les que viuen només amb la seva parella), entre les que viuen amb persones discapacitades (el 50% davant del 22%), les que viuen amb persones grans (el 35% davant del 22%) i en les que no disposen d'una persona contractada per a les feines de la llar (el 30% davant del 7%).

Les dones ocupades i les mestresses de casa

Entre les dones de 25 a 64 anys, la tercera part es defineixen com a mestresses de casa. L'edat mitjana d'aquestes (50,7 anys; D.E.=10,0) és deu anys superior a la de les dones ocupades (40,6 anys; D.E.=10,3). Com ja s'ha comentat abans, més del 90% de les mestresses de casa són casades o viuen en parella, mentre que entre les dones ocupades el percentatge és molt més baix (el 62%). S'ha assenyalat també que les mestresses de casa tenen un estat de salut percebut pitjor que les dones ocupades, sobretot entre les més grans. Tanmateix, examinar si la posició com a mestressa de casa és més o menys favorable per a l'estat de salut de les dones que fan una feina remunerada exigeix comparar grups de dones similars quant a la seva posició en la família, és a dir, restringir l'anàlisi a les dones casades o que viuen en parella.

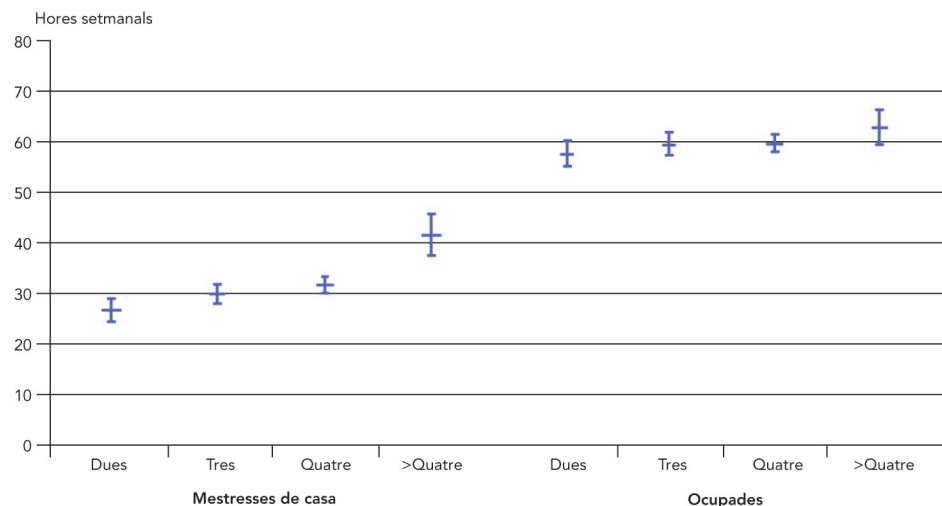
En contra del que s'esperava, en aquest grup no hi ha diferències significatives en l'estat de salut general ni en l'estat de salut mental entre les dones ocupades i les mestresses de casa. Tampoc n'hi ha en la pràctica d'exercici físic ni de tabaquisme en les més joves. Entre les més grans, però, fumen més les dones ocupades (el 18% davant del 10% en les mestresses de casa). El sobrepès és més freqüent entre les mestresses de casa (el 20% davant de l'11% en les ocupades en el col·lectiu de 25 a 44 anys i el 38% davant del 29% entre les de 45 a 64 anys). Estar per sota del pes adequat és més habitual entre les dones ocupades, sobretot en les més joves (el 19% davant de l'11% en mestresses de casa en el grup de 25 a 44 anys, i el 7% davant del 4% en mestresses en les més grans).

Tot i que no hi ha diferències en l'estat de salut mental entre mestresses de casa i dones ocupades, entre les més grans les mestresses de casa consumeixen més tranquil·litzants (el 18% davant del 12%).

Aquests resultats qüestionen la universalitat de l'efecte positiu del treball remunerat sobre les dones. I és que compaginar la vida laboral i familiar, quan no existeix la coresponsabilitat de la parella en el treball de casa, i els recursos públics per a la cura de les criatures, les persones grans o les discapacitades són escassos, representa per a moltes dones ocupades



Gràfic 17.
Hores setmanals de treball total segons la situació laboral i el nombre de persones a la llar en dones de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella (mitjana i interval de confiança del 95%). Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2000.

un risc per a la seva salut. Sembla que hi hagi un llindar a partir del qual el treball remunerat deixa de tenir un efecte positiu sobre la salut de les dones. El gràfic 17, en el qual es presenta el nombre d'hores de treball total —remunerat i domèstic— en les dones de 25 a 64 anys segons la situació laboral, il·lustra la càrrega que suposa per a les treballadores la combinació de la vida laboral i familiar: treballar 60 hores o més és la norma.

Conclusió

Els homes i les dones de Barcelona viuen de forma diferent i desigual, la qual cosa es tradueix en diferències i desigualtats en el seu estat de salut. Les dones, amb una posició social més desfavorable —més en el rol poc valorat de mestresses de casa, ocupant llocs de treball menys qualificats i exposades a la “doble jornada”— presenten xifres més elevades per a la majoria dels trastorns de salut. Ells, per contra, tenen prevalències més altes de trastorns de salut com els de naturalesa cardiovasculars o les úlceres digestives, relacionats amb estils de vida més insaludables.

Si les polítiques de salut volen atendre amb èxit les necessitats de salut dels homes i de les dones, hauran de tenir en compte no només les diferències de sexe en la planificació i la provisió de serveis socio-sanitaris,

sinó també les diferències de gènere que expliquen les diferents formes d'emmalaltir dels homes i de les dones. Això implica la coordinació de polítiques d'àmbits diversos com ara treball, dona, habitatge, gent gran, joves i salut pública. 🔑