

Les desigualtats de gènere en la salut a Barcelona

Lucía Artazcoz, Imma Cortès, Carme Borrell. Agència de Salut Pública de Barcelona

Introducció

Homes i dones presenten diferències en els patrons de salut –prevalença d'algunes malalties, simptomatologia, resposta al tractament o pronòstic–, en les conductes relacionades amb la salut i en l'accés als serveis sanitaris. Entendre aquestes diferències i desigualtats requereix considerar la diferència entre el sexe i el gènere. Les diferències de sexe es refereixen a les característiques biològiques i fisiològiques que defineixen els homes i les dones, que no es limiten a la salut sexual i reproductiva, sinó que inclouen altres aspectes com els relacionats amb el sistema immunològic, les característiques antropomètriques, la distribució del greix o la funció endocrina. Les diferències de gènere es deriven dels rols establerts socialment, dels comportaments i les activitats que una societat considera apropiats de manera diferent segons el sexe i que són responsables de desigualtats en la salut de les dones i els homes. Mentre que les diferències de sexe no canvien substancialment entre els diversos contextos culturals, les de gènere poden variar molt.

Les diferències de gènere són presents en tots els ordres de la societat: en el mercat de treball, l'educació, la família, el lleure i els patrons de consum. Al començament del segle XXI, ser dona o home continua sent clau en l'organització de tots els aspectes de la vida i estructura sistemàticament les oportunitats i les experiències. Els recursos i les oportunitats desiguals, la

divisió sexual del treball –per la qual les dones són responsables del treball domèstic i dels homes s'espera que es dediquin fonamentalment al treball remunerat– i les diferències en els valors, les conductes i les actituds presents des del començament del procés de socialització, transmesos des de la llar, confirmats a l'escola i expandits a través dels mitjans de comunicació, són responsables de diferències i desigualtats en la salut entre els homes i les dones. En la rígida divisió sexual de la vida social, el món masculí gaudeix de més poder i reconeixement social, mentre que el femení queda relegat a la invisibilitat i a una menor valoració social. Ambdós projectes han estat considerats amb la mateixa naturalitat, és a dir, ineludibles i adequats, de manera que la transició a la vida adulta durant segles ha estat per als homes el treball productiu o remunerat i per a les dones el treball domèstic o familiar, és a dir, l'anomenat treball reproductiu; però cal recordar que el primer tipus de projecte proporciona independència econòmica i reconeixement social i el segon, dependència i, sovint, una ciutadania delegada.

És ben coneguda la paradoxa de gènere en la salut, és a dir: l'esperança de vida de les dones és més llarga –a Barcelona, l'any 2006 l'esperança de vida de les dones era de 85,2 anys i la dels homes, de 78,3 anys– (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008), però el seu estat de salut és pitjor. La menor esperança de vida dels homes té a veu-

re amb uns hàbits menys saludables. I és que encara que la configuració de la masculinitat pot variar entre comunitats, el desenvolupament d'una identitat masculina heterosexual generalment implica assumir riscos per a la salut (Doyal, 2001). Un exemple clar d'aquests riscos prové del mercat laboral: els homes treballen en activitats econòmiques amb més risc d'accidents de treball. A més d'aquests riscos en el lloc de treball, molts homes se senten impulsats cap a comportaments de risc per tal de provar la seva masculinitat. Com a resultat, els homes moren amb més freqüència que les dones com a conseqüència d'accidents de trànsit o esportius i, en la majoria de les societats, consumeixen més alcohol o tabac o tenen conductes sexuals més arriscades. El pitjor estat de salut de les dones –relacionat, sobretot, amb un excés de trastorns ansiosodepressius i problemes musculoesquelètics– estaria relacionat amb uns rols socials més desfavorables i amb la manca de poder en els diferents àmbits de la societat. Per exemple, elles són responsables del treball domèstic i familiar, que té poc reconeixement social, ocupen llocs de treball menys qualificats, amb condicions d'ocupació pitjors i estan exposades a la sobrecàrrega i als conflictes que comporta la conciliació de la vida laboral i familiar.

No obstant això, s'ha assenyalat que les diferències de gènere en la salut varien al llarg del cicle vital, de la mateixa manera que ho fan els papers

dels homes i les dones. La perspectiva vital té en compte que l'estat de salut d'una determinada cohort o generació a qualsevol edat reflecteix no només les condicions actuals, sinó també la incorporació de les circumstàncies vitals anteriors. És a dir, hi ha una interacció entre el desenvolupament biològic i social de les persones i el període històric en què van viure, en relació amb el context social, econòmic, polític, tecnològic i ecològic de la seva societat (Davey Smith, Gun Nell i Ben-Shlomo, 2001). Per tant, és necessari estudiar-les en diferents rangs d'edat, en comptes d'assumir que els patrons són similars al llarg de tot el cicle vital i en diferents generacions (Mcintyre, Hunt i Sweeting, 1996). A més, s'ha de considerar la possible interacció entre el gènere i la classe social.

L'objectiu d'aquest article és examinar les desigualtats de gènere en la salut i en les conductes relacionades amb la salut a la ciutat de Barcelona en tres grups d'edat: de 16 a 24 anys, de 25 a 64 anys i majors de 64 anys. Les dades procedeixen de l'última Enquesta de Salut de Barcelona (ESB), realitzada l'any 2006 i representativa de la població no institucionalitzada de la ciutat. La mostra està formada per 5.353 persones majors de 15 anys, un 11% de les quals té entre 16 i 24 anys, un 66% entre 25 i 64 anys, i un 23% és major de 64 anys; el 53% són dones. En primer lloc es presenten les diferències de gènere en alguns determinants socials de la salut, posteriorment en

les conductes relacionades amb la salut i finalment en diferents indicadors de salut.

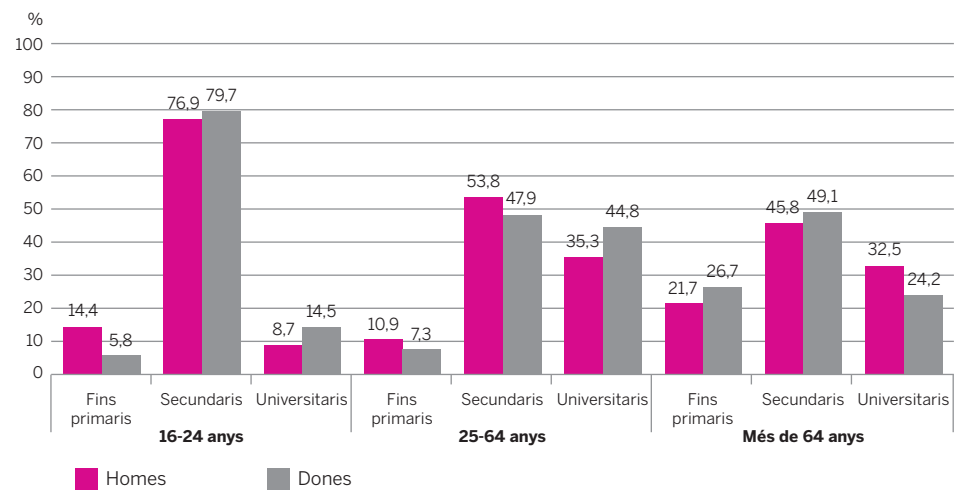
Desigualtats de gènere en alguns determinants socials de la salut

Com s'observa a la figura 1, les diferències de gènere en el nivell d'estudis segueixen patrons inversos segons el grup d'edat. Mentre entre les persones més grans el nivell d'estudis és inferior entre les dones, entre les més joves és superior. Així, entre els 25 i 64 anys, el 45% de les dones i el 35% dels homes tenen estudis universitaris.

La divisió sexual del treball, més marcada a mesura que s'incrementa l'edat, s'il·lustra amb la distribució de la població segons la situació laboral (figura 2, a la pàgina següent). Mentre no s'observen desigualtats de gènere entre la població més jove, que es distribueix

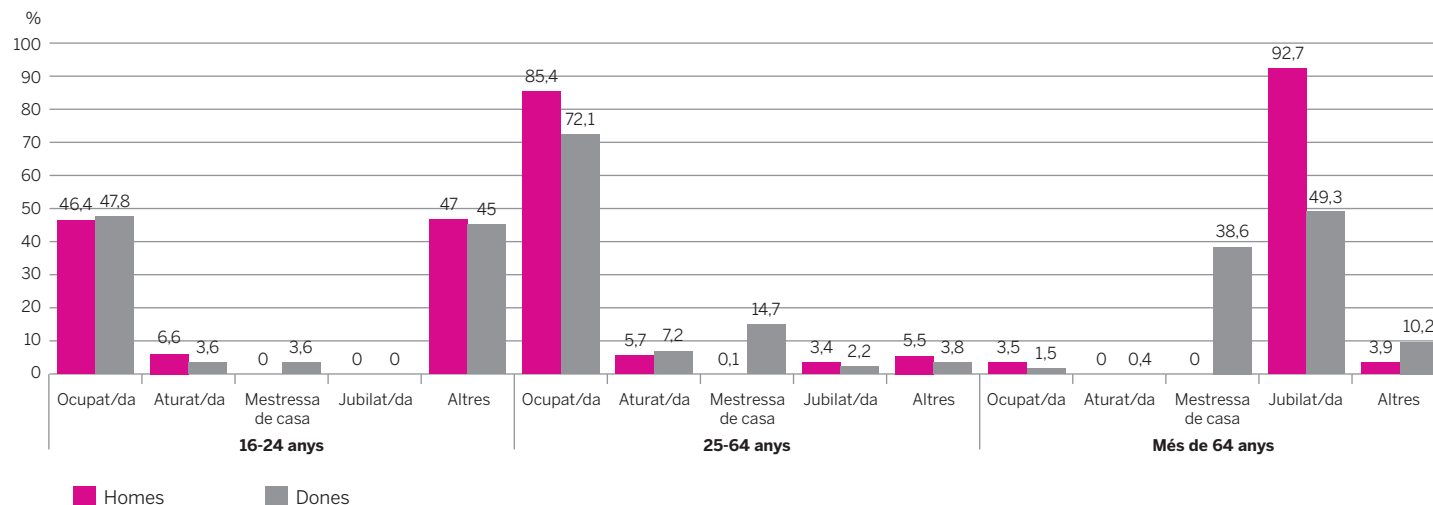
gairebé en dues categories amb proporcions similars, la població ocupada i "altres" –categoria formada fonamentalment per estudiants–, entre els 25 i els 64 anys la proporció de persones ocupades és superior entre els homes, mentre que la proporció de mestresses de casa ho és entre les dones. En la població major de 64 anys, les diferències de gènere en la situació laboral són encara més accentuades: un 92,7% dels homes són jubilats, proporció que entre les dones és només del 49,3%. En aquest grup d'edat, el 38,6% de les dones es defineix com a mestressa de casa, mentre que no hi ha cap home en aquesta situació. Aquestes diferències de gènere en la situació laboral segons el grup d'edat reflecteixen el profund canvi social que ha comportat la incorporació de les dones al mercat laboral en les últimes dècades.

Figura 1. Nivell d'estudis segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 2. Situació laboral segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

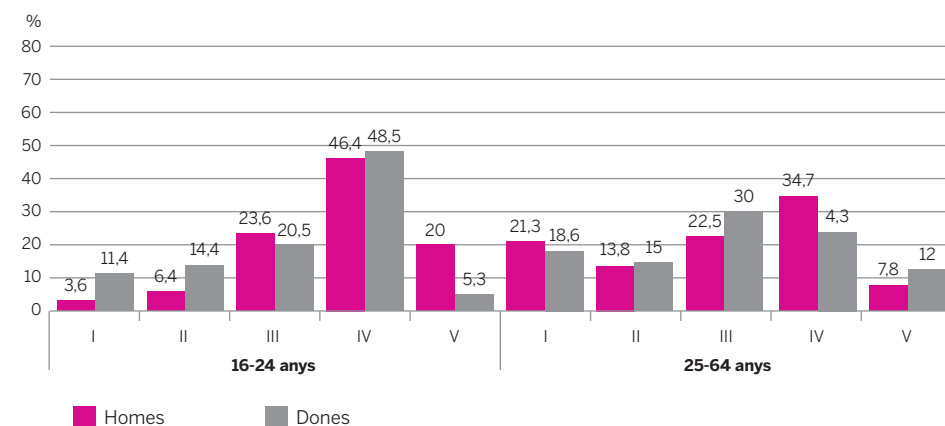
Tot i que, com s'ha comentat, en la població en edat de treballar el nivell d'estudis és superior entre les dones, entre les persones de 25 a 64 anys la distribució segons la classe social ocupacional¹ és similar entre els dos sexes (figura 3).

Les desigualtats de gènere en el poder en l'àmbit del treball remunerat es fan paleses en analitzar l'ocupació de càrrecs de comandament, entesa com tenir subordinats a càrrec, entre la població ocupada. Independentment de

l'edat i de la classe social ocupacional, les dones tenen menys probabilitats d'ocupar aquest tipus de càrrecs (figura 4). Entre els 25 i 64 anys, les diferències de gènere són més marcades entre les persones de classe I i les de classe V.

Aquest resultat és consistent amb molts estudis que documenten que els homes són majoria entre els directius,

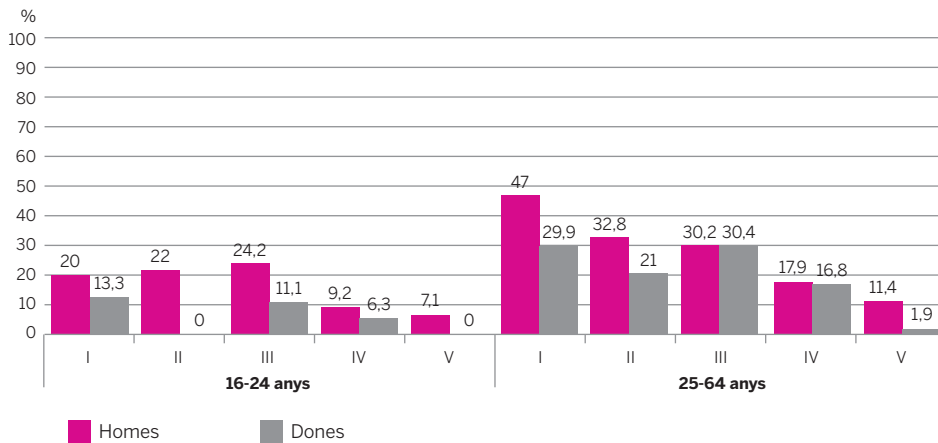
Figura 3. Classe social ocupacional de la població ocupada segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

1. La classe social ocupacional és una aproximació a la qualificació del treball –superior en les classes més benestants, la classe I–, que en aquest article s'ha elaborat a partir de la proposta del Grupo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Grupo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2000). La classe I inclou gestors, personal tècnic expert i professionals lliberals; la classe II, ocupacions intermèdies i gestors de comerç; la classe III, treballadors i treballadores no manuals qualificats; la classe IV, treballadors i treballadores manuals qualificats o semiqualicats, i la classe V, treballadors i treballadores manuals no qualificats.

Figura 4. Ocupació de càrrecs de comandament segons el sexe, el grup d'edat i la classe social ocupacional. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

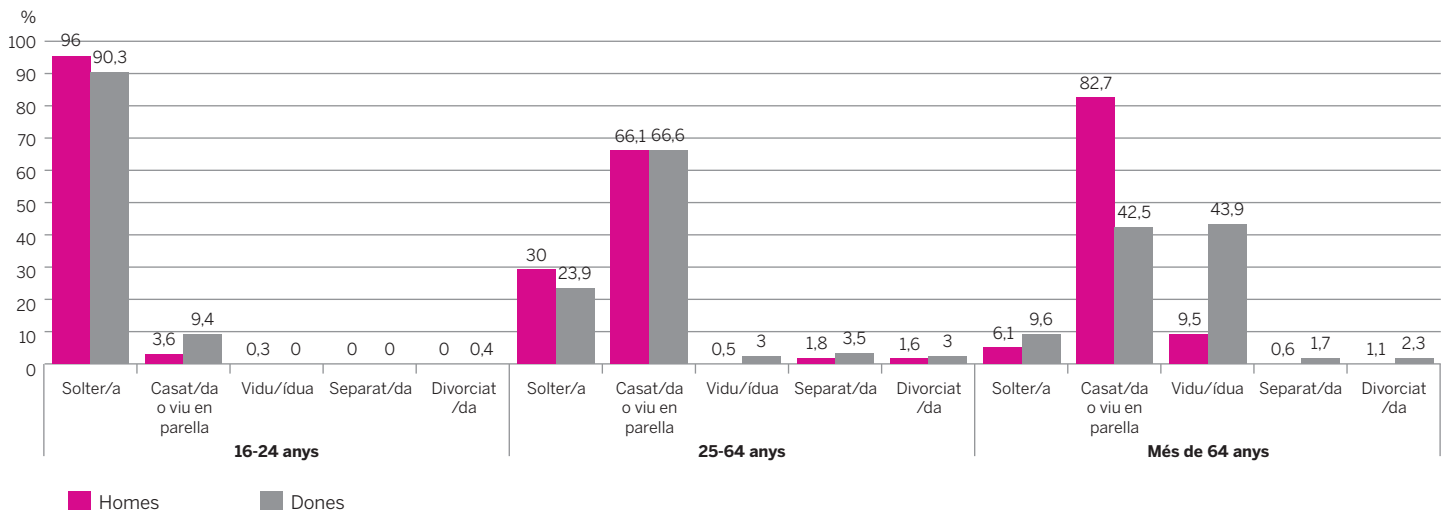
alts executius i en els nivells superiors de les ocupacions professionals, mentre que les dones romanen encara concentrades en categories inferiors. S'han establert regles, visibles i invisibles, entorn de la norma masculina, a la qual

les dones de vegades troben dificultats per adaptar-se: els col·legues, independentment del sexe, i els clients no consideren automàticament les dones iguals als homes; elles generalment han de treballar més durament que els homes per

provar-se a si mateixes i, a vegades, han d'adoptar estils i actituds masculins de treball. A més, les dones tendeixen a ser excloses de les xarxes informals dominades pels homes dins de les empreses, que són essencials per a la seva carrera professional (Artazcoz, 2005). Les implicacions d'aquests resultats per a les desigualtats de gènere en la salut són clares: la posició socioeconòmica és un dels predictors principals de l'estat de salut (Krieger, Williams i Moos, 1997).

Pel que fa a l'estat civil, a partir dels 25 anys el percentatge de persones vídues, separades o divorciades és superior entre les dones. Ressalta l'alta proporció de vídues (48,9%) en comparació amb els homes (9,5%) entre els majors de 64 anys, cosa que és deguda a la major esperança de vida de les dones (figura 5). Això té implicacions per a la salut, ja que nombrosos

Figura 5. Estat civil o de convivència segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

estudis documenten en ambdós sexes una major esperança de vida (Cheung, 2000; Johnson, Backlund i Sorlie, 2000) i un millor estat de salut físic i mental entre les persones casades o que viuen en parella (Simon, 2002; Wu *et al.*, 2003).

Les desigualtats de gènere es reproduïxen en el treball domèstic i familiar. Com s'observa a la figura 6, entre les persones empleades casades o que viuen en parella, hi ha una proporció molt superior de dones que d'homes que afirmen ser elles soles les responsables principals de la cura dels infants menors de 15 anys, cosa que també succeeix amb la cura de les persones majors de 65 anys que necessiten atencions o de persones amb discapacitat i en el nombre d'hores de treball domèstic i familiar (Cortès i Artazcoz, 2009).

Les conductes relacionades amb la salut

En aquesta secció s'examinen quatre indicadors de salut: tabaquisme, consum d'alcohol, pràctica d'exercici físic i hores de son. En primer lloc es presenten els resultats segons el sexe i posteriorment també segons el nivell d'estudis.

El tabaquisme s'ha mesurat a través d'una variable amb dues categories, ser fumador actual o no. Es considera consum d'alcohol de risc beure més de 28 unitats setmanals en homes i més de 17 en dones. L'exercici físic en el temps de lleure s'ha agrupat en dues categories: sedentarisme (definit com la realització de menys activitat física de la recomanada per a obtenir beneficis cardiovasculars) i la resta. Les hores diàries de son també s'han mesurat a través d'una variable dicotòmica (6 hores o menys i més

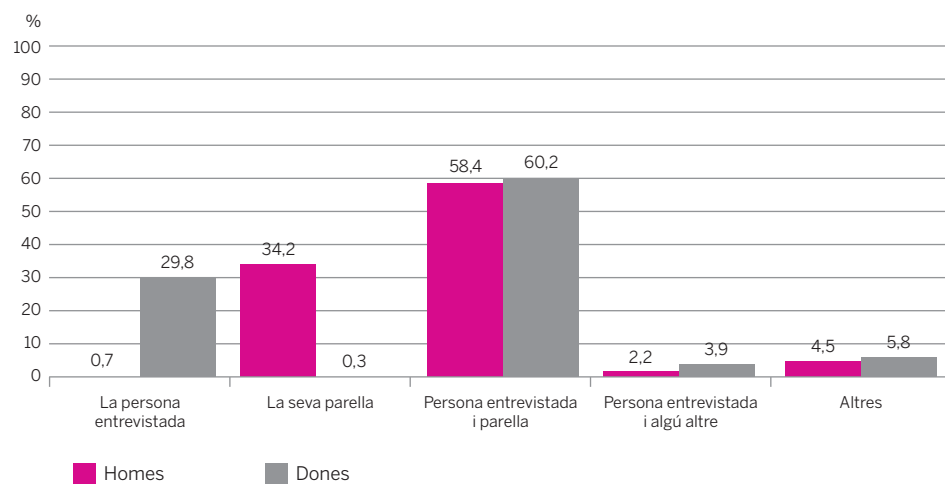
de 6 hores). Es considera que el temps de son que cal per a recuperar-se de l'esforç diari és d'entre 7 i 9 hores diàries.

Les normes de gènere proporcionen l'explicació social dels patrons de comportament relacionats amb la salut i lligats al sexe. Tanmateix, aquest origen social rarament rep l'atenció que mereix, com si els comportaments relacionats amb la salut fossin naturals i no apresos. En general, parlar de gènere i salut ha significat fer-ho de dones i salut, amb la qual cosa no es posaven en evidència els lligams entre la masculinitat i els comportaments de risc. Recentment, però, ha sorgit una preocupació per les implicacions negatives de la socialització en la masculinitat sobre la salut (Griffiths, 2006).

A Barcelona, la prevalença del tabaquisme i del consum d'alcohol de risc es redueix amb l'edat i és superior entre els homes, mentre que el sedentarisme en el temps de lleure es manté estable amb l'edat i és superior entre les dones en els grups d'edat extrems. A més a més, la prevalença de dormir 6 hores o menys al dia augmenta amb l'edat i no hi existeixen diferències de gènere (figura 7).

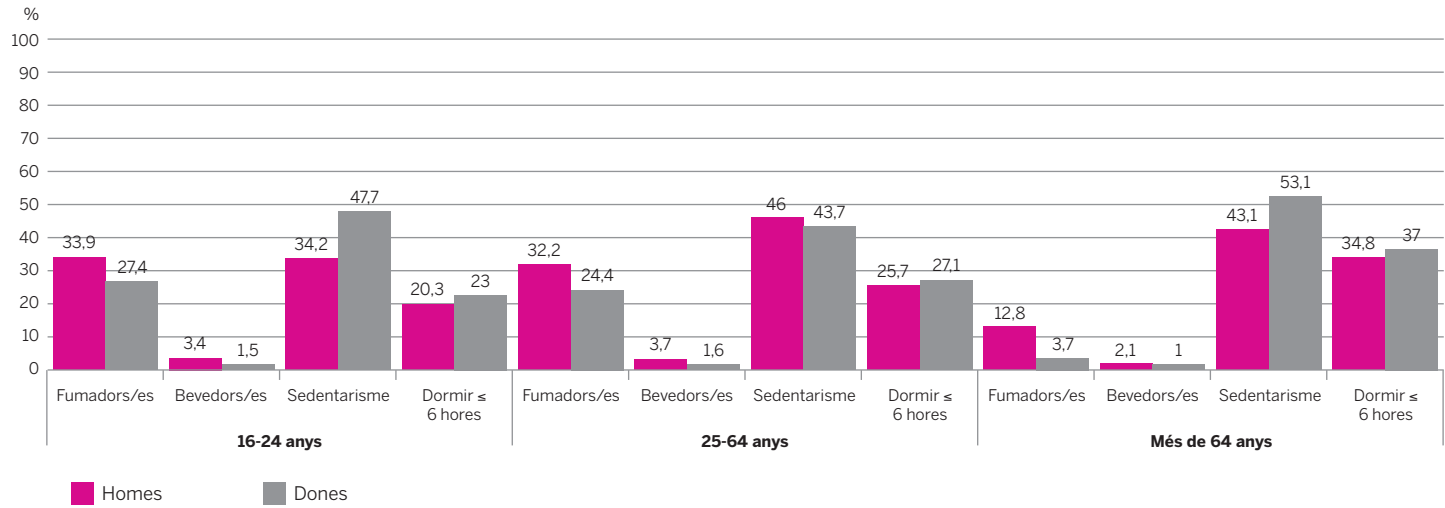
Els hàbits relacionats amb la salut, a més d'associar-se amb el sexe, també ho fan habitualment amb la posició socioeconòmica. En tots els grups d'edat, entre les persones que tenen com a màxim estudis secundaris, la prevalença del tabaquisme és superior entre els homes, però entre les persones universitàries no hi ha diferències de gènere

Figura 6. Cura de les persones menors de 15 anys en població ocupada de 16 a 64 anys casada o que viu en parella, segons el sexe. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 7. Conductes relacionades amb la salut segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

a partir dels 25 anys i, fins i tot, entre la població més jove, fumar és més freqüent entre les dones (figura 8). Cal assenyalar que mentre que els homes amb menys nivell d'estudis fumen més, en les dones més joves i més grans aquest patró és a la inversa.

Entre les dones la prevalença del consum d'alcohol de risc és superior a mesura que s'incrementa el nivell d'estudis, mentre que entre els homes no s'observa aquesta associació (figura 9, a la pàgina següent).

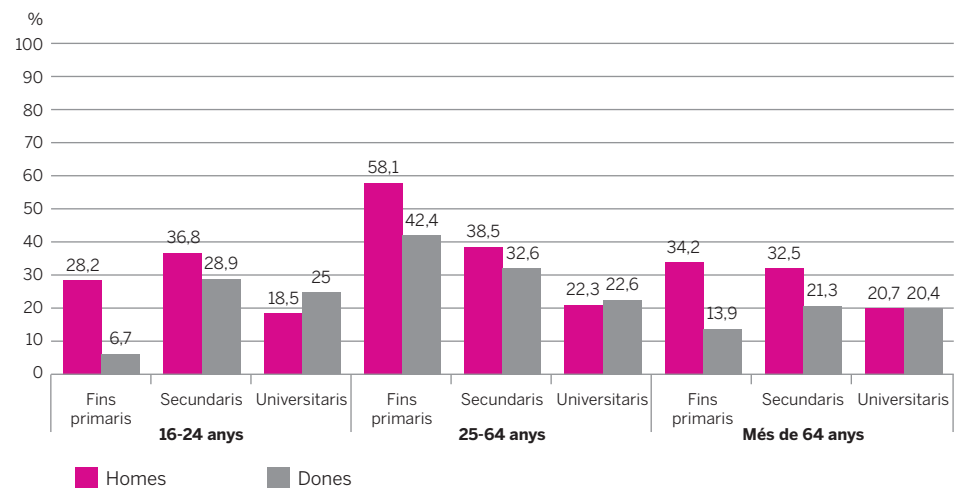
Mentre que entre els homes la prevalença del sedentarisme decreix a mesura que s'incrementa el nivell d'estudis, entre les dones, tot i que la tendència hi és, l'associació no és tan marcada (figura 10, a la pàgina següent).

El 28% dels homes de Barcelona i el 32% de les dones dormen 6 hores o menys al dia, prevalença que augmenta

amb l'edat en ambdós sexes. A més, la prevalença és superior entre les persones de menor nivell d'estudis, amb diferències més accentuades entre les dones (figura 11, a la pàgina següent).

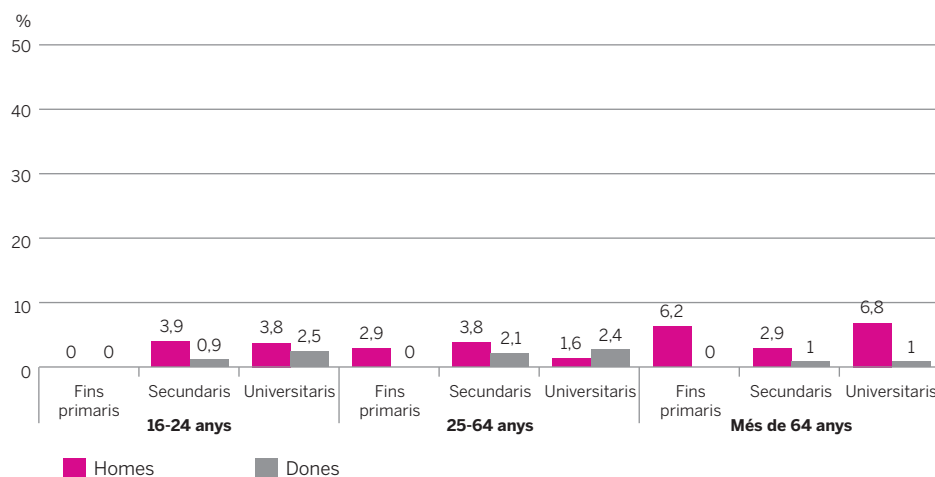
Com ja han documentat altres estudis (Artazcoz, Borrell i Benach, 2001) també a Barcelona, entre les dones dormir poques hores –un indicador de salut estretament associat a disposar de

Figura 8. Tabaquisme segons el sexe, el grup d'edat i el nivell d'estudis. Barcelona, 2006



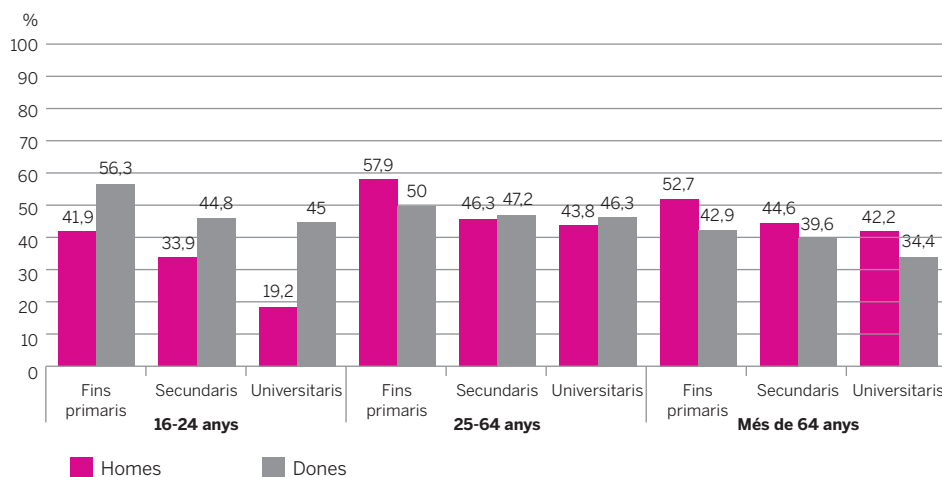
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 9. Consum d'alcohol de risc segons el sexe, el grup d'edat i el nivell d'estudis. Barcelona, 2006



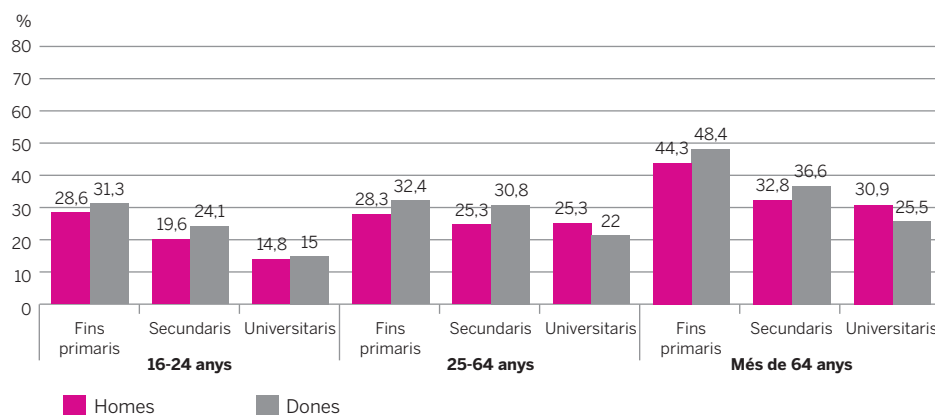
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 10. Sedentarisme en el temps de lleure segons el sexe, el grup d'edat i el nivell d'estudis. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 11. Dormir 6 hores o menys al dia segons el sexe, el grup d'edat i el nivell d'estudis. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

temps propi- es relaciona amb la “double jornada”, sobretot entre les treballadores menys qualificades, les de les classes IV i V, entre les quals la proporció de les que dormen 6 hores o menys al dia en les casades que conviuen amb algun fill i/o filla és de 37,8% davant d’un 54,7% entre les que no tenen criatures (figura 12). S’ha de tenir en compte que la manca crònica de son s’associa amb sobrepès, resistència a la insulina i diabetis, concentracions baixes de tirotròpina, depressió, problemes coronaris i hipertensió (Rajaratnam i Arendt, 2001; Ayas, White, Al-Delaimy i col·l., 2003a; Ayas, White, Al-Delaimy i col·l., 2003b; Gottlieb, Redline, Nieto i col·l., 2006). A més, supera el consum d’alcohol i de drogues com la causa prevenible més freqüent d’accidents de trànsit (Rajaratnam i Arendt, 2001).

L'estat de salut

En aquest apartat s’examinen tres indicadors de salut: salut percebuda, salut mental i consum de psicofàrmacs. En primer lloc es presenten els resultats segons el sexe i després també segons el nivell d’estudis.

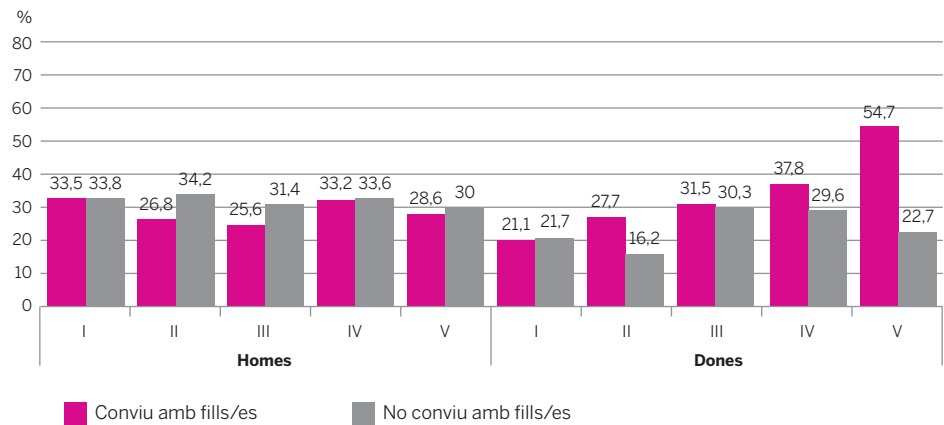
La salut percebuda s’ha recollit demanant a les persones entrevistades que descriguin la seva salut general com a “excel·lent”, “molt bona”, “bona”, “regular” o “dolenta”. La variable original s’ha dicotomitat considerant les categories “regular” i “dolenta” com a mala salut percebuda. La salut percebuda és un indicador ampli del benestar associat amb la salut i s’ha

trobat que és un bon predictor de la mortalitat, fins i tot millor que el diagnòstic mèdic (Idler i Benyamini, 1997; Mossey i Shapiro, 1982). La salut mental s'ha mesurat a través de la versió de 12 ítems del qüestionari de salut general de Goldberg (12-GHQ) (Goldberg *et al.*, 1970). Aquest és un instrument molt utilitzat per a la detecció de desordres psiquiàtrics de naturalesa ansiós-depressiva (Goldberg, 1972). La variable original s'ha recodificat en una de dicotòmica, prenent els valors superiors a 2 per indicar una mala salut mental. El consum de psicofàrmacs s'ha mesurat a través d'un llistat de medicaments presos durant els dos últims dies, en el qual s'han inclòs els ansiolítics, els antidepressius i les pastilles per dormir.

Com és habitual, les prevalències del mal estat de salut percebut, del mal estat de salut mental (entès com a trastorns ansiosodepressius menors) i de consum de psicofàrmacs són superiors entre les dones. Aquestes desigualtats de gènere es donen en tots els grups d'edat. D'altra banda, mentre la prevalença del mal estat de salut percebut i del consum de psicofàrmacs s'incrementa a mesura que ho fa l'edat en ambdós sexes, la del mal estat de salut mental és similar en tots els grups d'edat (figura 13).

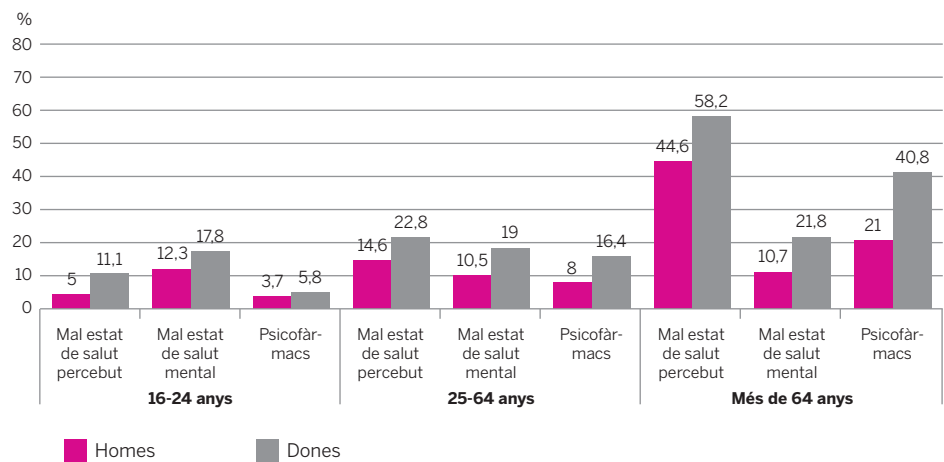
A partir dels 25 anys, en els dos sexes s'observa una tendència clara en la prevalença del mal estat de salut percebut segons el nivell d'estudis, amb un millor estat de salut a mesura que aquest augmenta (figura 14).

Figura 12. Dormir 6 hores o menys al dia segons el sexe, la classe social i la convivència amb fills o filles entre persones ocupades casades o que viuen en parella. Barcelona, 2006



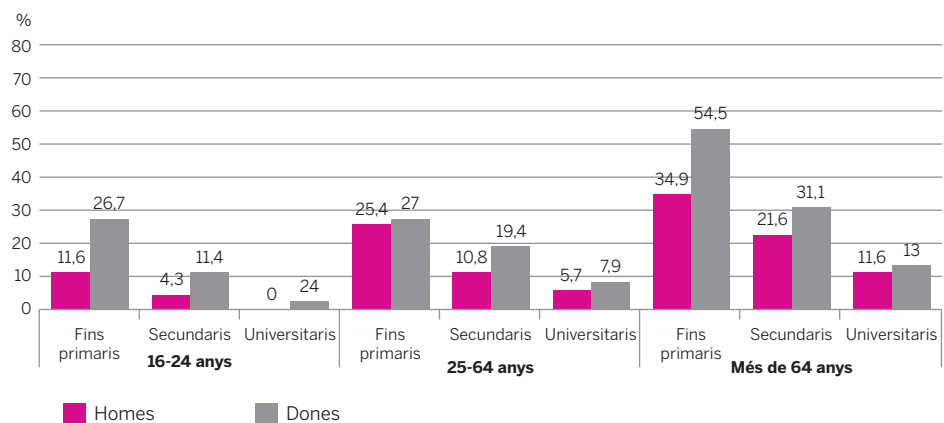
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 13. Mal estat de salut percebut, mal estat de salut mental i consum de psicofàrmacs segons el sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 14. Mal estat de salut percebut segons el sexe, el grup d'edat i el nivell d'estudis. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2006. Elaboració pròpia.

Pel que fa a la salut mental, en ambdós sexes és millor entre les persones de nivells d'estudis més elevats, amb una tendència més pronunciada entre les dones (figura 15).

També en ambdós sexes, entre les persones de 25 anys o més, el consum

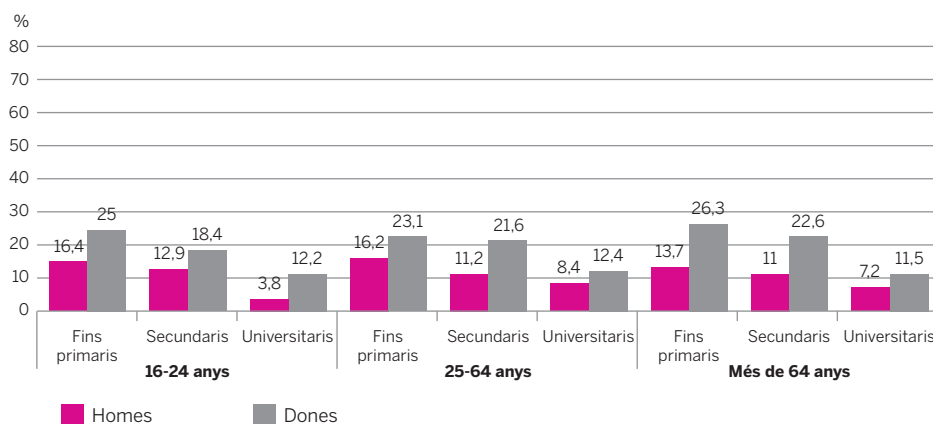
de psicofàrmacs és més freqüent entre les persones de nivells d'estudis més baixos (figura 16).

La divisió sexual del treball configura diferents posicions en el treball remunerat i en l'esfera domèstica i familiar segons el sexe, cosa que també

s'associa a diferències de gènere en els determinants socials de la salut relacionats amb el treball. Per exemple, està documentat que la pèrdua del treball té un impacte sobre la salut, sobretot en l'esfera de la salut mental, superior entre els homes que entre les dones. Tot i que alguns estudis han relacionat aquest diferent patró de gènere amb la major centralitat del treball remunerat en la vida dels homes que en la de les dones, estudis recents subratllen el paper del rol tradicional de l'home com a sustentador principal de la llar, de manera que l'impacte de la pèrdua de feina sobre la salut mental és superior entre els homes casats o que viuen en parella de classes manuals. Perdre la feina, en aquest col·lectiu, pot comportar un greu problema econòmic per a la família, ja que amb freqüència són l'única font d'ingressos. Contràriament, entre les dones la convivència amb fills i/o filles actua com a element protector en el cas de quedar-se a l'atur (Artazcoz *et al.*, 2004).

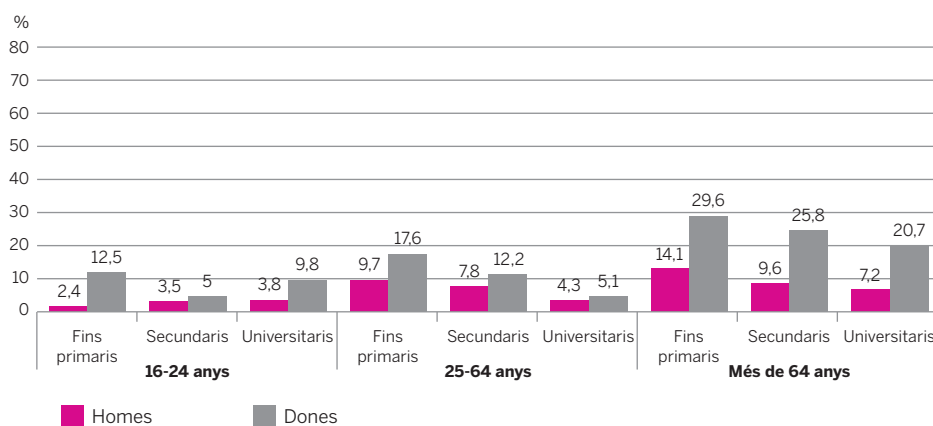
Com s'observa a la figura 17, a Barcelona l'impacte de perdre la feina és també superior entre els homes de classes manuals. És interessant el patró trobat entre les persones més qualificades de classes I i II, en les quals l'efecte sobre la salut mental és superior entre les dones, probablement per una combinació d'una major centralitat del treball remunerat en la seva vida que en la de les treballadores manuals, juntament amb més dificultats per trobar feina que els homes de la mateixa qualificació.

Figura 15. Mal estat de salut mental segons el sexe, el grup d'edat i el nivell d'estudis. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 16. Consum de psicofàrmacs segons el sexe, el grup de treball i el nivell d'estudis. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

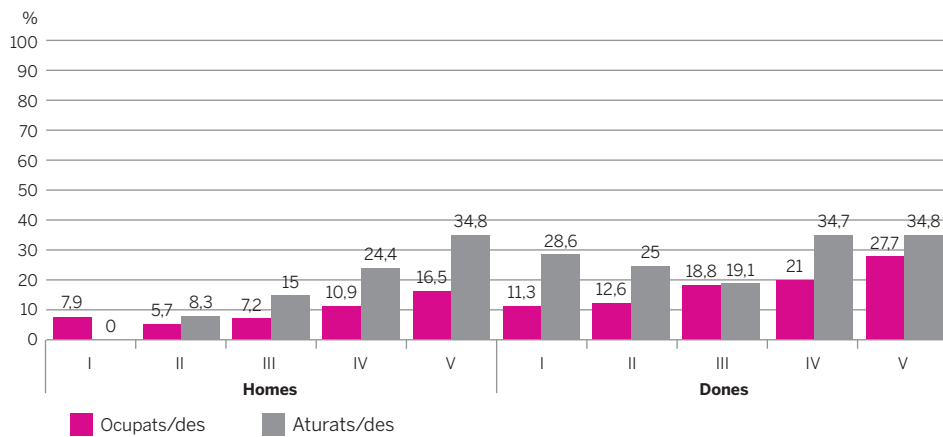
S'ha assenyalat que el pitjor estat de salut de les dones és degut a la seva posició més desfavorida en la societat. Com s'ha mencionat abans, elles tenen menys poder en les empreses i en la societat en general, però, a més, continuen sent les responsables principals

del treball domèstic i familiar, responsabilitat que bona part d'elles ha de compaginar amb el treball remunerat. Molts homes i moltes dones volen tenir un treball remunerat satisfactori i una vida familiar feliç. Tanmateix, per a moltes dones aquesta aspiració és molt

difícil, ja que continuen sent les responsables principals de les tasques domèstiques. Per tant, sovint han de triar entre el treball remunerat i la família, o han de donar prioritat a una opció per sobre de l'altra en algun moment de la vida.

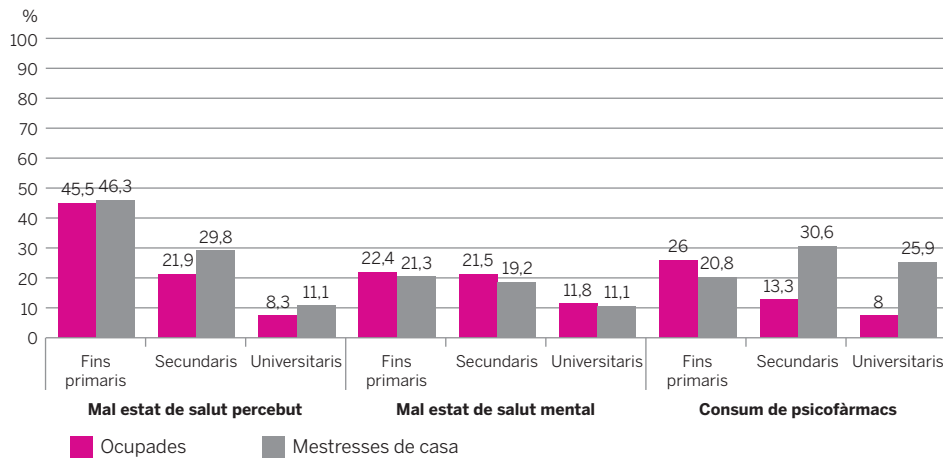
Així, a Barcelona entre les mestresses de casa de 25 a 64 anys, el 75% de les que es defineixen com a mestresses de casa afirmen haver treballat abans i el 63% diu que va abandonar el mercat laboral per obligacions familiars. Entre les dones de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella, després de tenir en compte l'edat i la classe social, no hi ha diferències en l'estat de salut percebut ni en l'estat de salut mental entre dones empleades i mestresses de casa, però les segones tenen un consum superior de psicofàrmacs, sobretot entre les de nivells d'estudis més alts (figura 18).

Figura 17. Mal estat de salut mental segons el sexe, la classe social i la situació laboral entre la població activa. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.

Figura 18. Mestresses de casa i dones ocupades de 25 a 64 anys casades o que viuen en parella amb mal estat de salut percebut, mala salut mental i consum de psicofàrmacs segons el nivell d'estudis i la situació laboral. Barcelona, 2006



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2006. Elaboració pròpia.


Conclusions

A Barcelona, persisteixen les desigualtats socials entre homes i dones, amb una situació més desfavorida per a les dones. Aquestes desigualtats es tradueixen en desigualtats de gènere en els hàbits i l'estat de salut. La situació és més positiva per a les dones pel que fa als hàbits relacionats amb la salut, excepte en el cas del sedentarisme, i del tabaquisme entre les persones més joves universitàries, però el seu estat de salut és pitjor. La classe social interactua amb el gènere, de manera que, per exemple, la prevalença del tabaquisme és superior entre els homes

en els grups amb nivells d'estudis més baixos, però no hi ha diferències de gènere entre les persones universitàries; fins i tot entre les persones més joves la prevalença del tabaquisme és superior entre les dones.

A Barcelona, la divisió sexual del treball i les desigualtats en el poder són determinants importants de la

salut de dones i homes. A causa de la major càrrega de treball domèstica i familiar que tenen, les dones empleades, casades o que viuen en parella i/o que conviuen amb criatures dormen menys hores que les que no hi conviuen. El paper tradicional de l'home com a principal sustentador econòmic de la llar és en bona part responsable

del major impacte de l'atur sobre la salut mental en el sexe masculí. Finalment, moltes dones abandonen el mercat laboral per obligacions familiars. A Barcelona, les mestresses de casa tenen un consum superior de psicofàrmacs que les dones empleades, sobretot entre les de nivells d'estudis més alts. 

Referències bibliogràfiques

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA (2008). *La salut a Barcelona 2007*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

ARTAZCOZ, L.; BENACH, J.; BORRELL, C.; CORTÈS, I. (2004). "Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class". *American Journal of Public Health*, vol. 94, p. 82-88.

ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C.; BENACH, J. (2001). "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands". *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, p. 639-647.

ARTAZCOZ, L. (2005). *La salut des de la sensibilitat de gènere*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones.

AYAS, N. T.; WHITE, D. P.; AL-DELAIFY, W. K. i col·l. (2003a). "A prospective study of self-reported sleep duration and incident diabetes in women". *Diabetes Care*, vol. 26, p. 380-384.

— (2003b). "A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women". *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, p. 205-209.

CORTÈS, I.; ARTAZCOZ, L. (2009). *Treball i salut a Barcelona*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.

CHEUNG, Y. B. (2000). "Marital status and mortality in British women: A longitudinal study". *International Journal of Epidemiology*, vol. 29, p. 93-99.

DAVEY SMITH, G.; GUN NELL, D.; BEN-SHLOMO, Y. (2001). "Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality". A: LEON, D.; WALT, G. (eds.). *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press.

DOYAL, L. (2001). "Sex, gender, and health: the need for a new approach". *British Medical Journal*, vol. 323, p. 1061-1063.

GOLDBERG, D.; COOPER, B.; EASTWOOD, M. R.; KEDWART, H. B.; SHEPHERD, M. (1970). "A standardized psychiatric interview for use in community surveys". *British Journal of Preventive and Social Medicine*, vol. 24, p. 18-23.

GOLDBERG, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press.

GOTTLIEB, D. J.; REDLINE, S.; NIETO, F. J. i col·l. (2006). "Association of usual sleep duration with hypertension: the Sleep Heart Health Study". *Sleep*, vol. 29, p. 1009-1014.

GRIFFITHS, S. (2006). "Men's health: unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help". *British Medical Journal*, vol. 312, p. 69-70.

GRUPO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (2000). "Una propuesta de medida de la clase social". *Atención Primaria*, vol. 25, p. 50-63.

IDLER, E.; BENYAMINI, Y. (1997). "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 38, p. 21-37.

JOHNSON, N. J.; BACKLUND, E.; SORLIE, P. D. et al. (2000). "Marital status and mortality: The national longitudinal mortality study". *Annals of Epidemiology*, vol. 10, p. 224-238.

KRIEGER, N.; WILLIAMS, D.; MOSS, N. (1997). "Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies and guidelines". *Annual Review of Public Health*, vol. 18, p. 341-378.

MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H. (1996). "Gender differences in health: are things really as simple as they seem?". *Social Science and Medicine*, vol. 42, p. 617-624.

MOSSEY, J.; SHAPIRO, E. (1982). "Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly". *American Journal of Public Health*, 1982, 72 (8), p. 800-808.

RAJARATNAM, S. M. W.; ARENDT, J. (2001). "Health in a 24-h society". *Lancet*, vol. 358, p. 999-1005.

SIMON, R. W. (2002). "Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health". *American Journal of Sociology*, vol. 107, p. 1065-1096.

WU, Z.; PENNING, M.; POLLARD, M. S. et al. (2003). "In sickness and in health. Does cohabitation count?". *Journal of Family Issues*, vol. 24, p. 811-838.