

Desigualdades y salud. Análisis de los datos de la encuesta Panel de Desigualdades Sociales (PaD) de Cataluña

Cristina Sánchez Miret

Laburpena: Artikulu honek, osasunaren inguruan Katalunian egindako Gizarte Desberdintasunen Panela (PAD) inkestaren emaitza nagusiak biltzen ditu. Honako gai hauek ukitzen dira bertan, erantzuleek beraien osasun egora nola hautematen duten, azken urtean izandako osasun-arazok, osasun-estaldura, botikak erosten egindako ahalegin ekonomikoa eta pertsona zahar, gaixo edo ezinduen zaintza, betiere ezberdintasun sozialak kontutan harturik. Inkestatuen bitartez eskuratutako informazioa talde desberdinen arabera aztertu da, sexua (gizon eta emakumeak) eta gizarte-klasea (erdiko klase jabea, erdiko klase soldatapekoa eta klase langilea) hain zuzen ere. Dena den, beste zenbait aldagai erabili dira baita ere, hala nola adina, jaioterria, ikasmaila, enpleguarekiko lotura, diru-sarreraren zenbatekoa, udalaren hedadura eta egoitza probintzia.

Resumen: En este artículo se recogen los principales resultados del análisis de los datos de la encuesta Panel de Desigualdades Sociales (PaD) de Cataluña sobre salud. El estado de salud percibido por los encuestados, los problemas de salud en el último año, la cobertura sanitaria, el esfuerzo económico por la compra de medicamentos y el cuidado de personas mayores, enfermas o discapacitadas son los temas tratados desde el punto de vista de la desigualdad social. La información proporcionada por los entrevistados se ha analizado por colectivos, básicamente por sexo –hombres y mujeres– y por clase social –clase media propietaria, clase media asalariada y clase trabajadora–. También se han utilizado otras variables para el análisis: la edad, el lugar de nacimiento, el nivel de estudios, la relación con la ocupación, el nivel de ingresos, el tamaño del municipio y la provincia de residencia.

1. Las desigualdades sociales y la salud

La desigualdad social no es un fenómeno moderno, tampoco lo es su relación con la salud pero, a pesar de ello, es necesario seguir mostrando cuál es el vínculo que se establece entre los dos conceptos. De un lado, porque la misma noción de desigualdad sigue poniéndose en entredicho y del otro porque los rasgos distintivos de la desigualdad social varían en el tiempo con la propia evolución de la sociedad en la que se producen.

Cristina Sánchez Miret. Fundació Jaume Bofill. Universitat de Girona. **E-mail:** Cristina.sanchez@udg.edu

En la actualidad, el concepto de desigualdad tiene dos buenos competidores, el de diferencia y el de diversidad, pero, al menos en el campo de la sociología, estos conceptos no deberían usarse como sinónimos del primero. Desigualdad son aquellas diferencias o diversidades que se producen entre individuos por causas sociales y que tienen también consecuencias sociales; es decir, generan mayor o menor número de oportunidades sociales.

En cada sociedad los colectivos con más oportunidades sociales, los más privilegiados, gozan de poder político, económico, social y /o cultural que les proporciona mejores condiciones y mayor calidad de vida. Estos privilegios actúan de forma negativa sobre los grupos más desfavorecidos y también actúan negativamente en el desarrollo del conjunto de la sociedad.

En este artículo haremos una breve incursión en las desigualdades sociales en Cataluña en el ámbito de la salud, a partir de los datos del Panel de Desigualdades Sociales (PaD). Este proyecto, que se lleva a cabo desde el año 2001, es una encuesta longitudinal a 2.000 familias, a las que se entrevista cada año. Actualmente se está en la sexta edición del trabajo de campo. Las entrevistas se realizan individualmente a todos los miembros del hogar mayores de 16 años, -lo que supone una muestra de más de 5.000 entrevistados/as, y versan sobre diversos temas de interés social: trabajo, educación, vivienda, ingresos, salud... Todos ellos enfocados a conocer el nivel de vida, el grado de bienestar y los problemas más importantes de la población que vive actualmente en Cataluña.

La salud no es uno de los temas principales de la encuesta, pero las pocas preguntas que en ella figuran muestran las desigualdades que se producen en este campo entre los distintos grupos sociales, especialmente, entre clases sociales y entre sexos. El análisis que exponemos a continuación recoge los resultados más relevantes de las tres primeras ediciones (2001-2002¹, 2003 y 2004) de la encuesta².

2. El estado de salud

El estado de salud percibido es una de las preguntas básicas que se recogen en nuestra encuesta.³ La percepción que tiene la población sobre su salud es positiva –alrededor del 70 % de la población considera que su salud es “buena” o “muy buena”- y este perfil de respuesta se mantiene en las tres ediciones.

Hay que señalar que, a pesar que las diferencias del año 2001-2002 al 2004 son mínimas, se apunta una ligera tendencia al empeoramiento en la percepción sobre la propia salud. Este empeoramiento se centra en una menor incidencia de la categoría de respuesta “mi salud es muy buena” que pasa de 17,8 % en 2001-2002 al 15,7% en el 2003, y al 13,9% en el 2004. Son las respuestas buena o regular las que aumentan en estos tres años, pero no así las respuestas “mi salud es mala” o “muy mala”, que son las minoritarias en las tres ediciones.

¹ En la primera edición de la encuesta el trabajo de campo se empezó en el año 2001 pero se alargó hasta el 2002 y por ello aparecen los datos como 2001-2002. Para más detalles consultar www.obdesigualtats.org

² Algunas de las preguntas aparecen en las tres ediciones y otras son particulares a cada una de ellas por lo que no tenemos la misma información para todos los años.

³ En la tercera edición, además se pregunta por los problemas concretos de salud que padecen los entrevistados, pero estos son datos de los que todavía no disponemos de forma detallada. Por ello, sólo serán analizados en su conjunto, sin hablar de enfermedades o dolencias concretas.

Tabla 1: Estado de salud percibido. %

	2001-2002	2003	2004
Muy buena	17,8	15,7	13,9
Buena	54,3	55,5	56,7
Regular	21,5	22,7	23,7
Mala	4,5	4,6	4,2
Muy mala	1,8	1,5	1,4

Fuente: PaD Catalunya

Por sexos, son las mujeres las que consideran que su estado de salud es peor, de hecho se caracterizan, en comparación a los hombres, por las respuestas negativas en todas las ediciones de la encuesta. En el año 2001-2002, el 24% de las mujeres entrevistadas consideraron que su salud era regular, el 5,4% que era mala y el 2,3% que era muy mala. En cambio, los hombres se caracterizan, en comparación a las mujeres, por una mayor respuesta en las categorías positivas: para el año 2001-2002 el 23% considera que tiene una salud muy buena. El cambio más apreciable entre los datos de la primera edición y la tercera se produce entre los hombres, que aunque siguen mostrando un alto porcentaje de “muy buena” salud, esta respuesta sólo se produce en el 16,3% de los casos en 2004, siete puntos de diferencia porcentual respecto a la primera edición.

Tabla 2: Estado de salud percibido según sexo. %

	2001-2002		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Muy buena	20,6	15,6	16,3	12,1
Buena	56,1	52,9	60,0	54,1
Regular	18,7	23,9	20,7	26,1
Mala	3,4	5,4	2,3	5,7
Muy mala	1,2	2,3	0,7	2,1

Fuente: PaD Catalunya

Por edad, la norma general es que a más edad peor estado de salud percibido. Además, en los diferentes grupos de edad las diferencias entre los sexos se mantienen en el mismo sentido que el explicado en el párrafo anterior.

Tabla 3: Estado de salud percibido según sexo y edad. %, 2001-2002

	Hombres 16-34 a.	Mujeres 16-34a.	Hombres 35-49a.	Mujeres 35-49a.	Hombres 50-64a.	Mujeres 50-64a.	Hombres 65 o +	Mujeres 65 o +
Muy buena	30,3	23,7	25,1	15,4	18,1	10,9	11,6	9,3
Buena	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	26,0	32,3	32,2	38,6
Mala	0,9	1,4	2,7	1,8	6,3	7,9	8,5	16,4
Muy mala	0	0,1	0,9	1,8	1,9	1,7	3,8	9

Fuente: PaD Catalunya

El colectivo con mejor auto percepción de la salud en relación al lugar de nacimiento es el de los nacidos fuera de España, especialmente por la alta respuesta en la categoría “muy buena”.

Tabla 4 Estado de salud percibido según lugar de nacimiento. %, 2004

	Cataluña	España	Otro país
Muy buena	14,4	10,1	56,0
Buena	59,8	44,2	64,0
Regular	21,4	34,0	21,1
Mala	3,4	8,4	0,0
Muy mala	1,0	3,3	0,8

Fuente: PaD Catalunya

En relación a la ocupación, las personas ocupadas dicen tener mejor salud que las paradas, aunque la diferencia es sólo de matiz, y son las inactivas las más pesimistas con su estado de salud.

Tabla 5: Estado de salud percibido según relación con la actividad. %, 2004

	Ocupados/as	Parados/as	Inactivos/as
Muy buena	15,64%	13,33%	11,44%
Buena	64,34%	65,71%	44,53%
Regular	17,91%	14,29%	33,25%
Mala	1,60%	6,67%	7,79%
Muy mala	0,50%	0,00%	2,99%

Fuente: PaD Catalunya

Así mismo, cuanto más alto es el nivel educativo de la población mejor es el estado de salud percibido. Pero hay que tener en cuenta que no hay una relación directa entre estas dos variables, sino que está mediatizada por la edad –las generaciones mayores tienen un menor nivel educativo- y la clase social –la clase trabajadora tiene peor estado de salud-.

Tabla 6: Estado de salud percibido según nivel de estudios. %, 2004

	No sabe leer ni escribir	Sin estudios	Estudios primarios	Estudios secundarios	Estudios universitarios
Muy buena	7,89%	7,96%	10,77%	17,09%	20,03%
Buena	31,58%	36,77%	54,74%	65,06%	64,77%
Regular	36,84%	42,58%	27,28%	15,77%	14,02%
Mala	15,79%	9,46%	5,47%	1,42%	1,00%
Muy mala	7,89%	3,23%	1,73%	0,66%	0,17%

Fuente: PaD Catalunya

Es la clase media asalariada⁴ -la que tiene un porcentaje más alto de titulados/as universitarios/as- la que, en comparación con las otras clases, mejor estado de salud

⁴ Los datos son de la primera edición, porque para la tercera edición todavía no está elaborada la variable clase social.

tiene: aparecen como significativas en comparación al resto de grupos las categorías de respuesta “muy buena” (23,6%) y buena (61,5%). En cambio, para la clase trabajadora la situación es muy distinta: a pesar de que la categoría de respuesta mayoritaria sigue siendo la de “buena” (48,3%), ésta ya no representa ni a la mitad del grupo y aparecen como significativas las categorías de “mala” (25,9%) y “muy mala” (7,6%).

Tabla 7: Estado de salud percibido según clase social. %, 2001-2002

	Clase media propietaria	Clase media asalariada	Clase trabajadora
Muy buena	19,1	23,6	15,4
Buena	54,0	61,5	48,3
Regular	22,5	11,7	25,9
Mala	3,3	1,8	7,6
Muy mala	0,9	0,9	2,6

Fuente: PaD Catalunya

El estado de salud percibido y la satisfacción con la salud son dos maneras distintas de aproximarnos a la valoración de su salud hecha por las propias personas entrevistadas. En el primero se busca la evaluación del estado de salud y en el segundo la manera cómo es vivido ese estado de salud por la persona entrevistada. En la respuesta a la primera edición del trabajo de campo, la valoración de la salud en una escala de 0 a 10, -donde 10 representa la total satisfacción con la salud personal-, la nota media que dieron los/las catalanes/as a su salud fue de un 7,47, en consonancia con la valoración positiva que mostraban las respuestas a la percepción del estado de salud. Los dos indicadores siguen la misma tendencia de respuesta, pero también ponen en evidencia que son interpretados de manera distinta por las personas entrevistadas, puesto que el de satisfacción acentúa más las características respecto de la salud de los distintos colectivos sociales. Por ejemplo, las mujeres muestran peor consideración de salud que los hombres en los dos tipos de pregunta, pero en el de satisfacción las diferencias entre hombres y mujeres son todavía mayores que en las de la pregunta de estado de salud percibido.

2.1. Problemas de salud

En respuesta a la pregunta de la tercera edición sobre los problemas de salud padecidos en los últimos 12 meses, la respuesta afirmativa sólo se ha circunscrito a un 22% de la población. Es decir, la mayoría no ha padecido problemas de salud en ese tiempo. Las diferencias aunque no son muy grandes se repiten entre hombres y mujeres. Mientras sólo el 18% de los hombres dicen haber tenido problemas de salud, en las mujeres la cifra se eleva al 25%, es decir, una de cada cuatro entrevistadas.

Tabla 8: Problemas de salud (últimos 12 meses) según sexo. %, 2003

	Hombres	Mujeres	Total
sí	18,2	24,7	21,7
no	81,8	75,1	78,1
No sabe	0,0	0,1	0,1

Fuente: PaD Catalunya

La mayoría de la población que contesta afirmativamente a los problemas de salud (70%) dice seguir padeciéndolos y vuelven a repetirse los porcentajes más altos entre las mujeres (76%). Así mismo, a mayor edad también se repite un índice más alto de respuestas afirmativas, tanto a la pregunta de problemas de salud como a la continuación de los mismos.

Tabla 9: Persistencia problemas de salud (últimos 12 meses) según sexo. % 2003

	Hombres	Mujeres	Total
sí	59,8	75,8	69,8
no	39,5	24,5	29,9

Fuente: PaD Catalunya

2.2. La evolución personal de la salud

En el primer apartado de este artículo hemos comparado, en general, las respuestas sobre el estado de salud de la población a lo largo de las tres ediciones de la encuesta de las que disponemos de datos. Ahora vamos a hacer el análisis desde la perspectiva individual para ver cuáles han sido las trayectorias del estado de salud de la población entrevistada.

Para empezar, hay que señalar que los datos sólo reflejarán las respuestas de aquella parte de la muestra que ha estado presente en las tres ediciones de la encuesta⁵.

Los resultados identifican situaciones muy diversas. En primer lugar, hay que señalar que no llega a la mitad de la población (45%) aquella que ha mantenido constante su estado de salud. Entre éstos/as son mayoritarios/as aquellos/as que partían de una salud buena o muy buena y la han mantenido (35,7%). Hay que decir que un 15% de la población también se mantiene en una situación constante, pero la norma de su situación son los cambios en su estado de salud, que tanto mejora como empeora. Entre los que han mantenido un cambio en estos tres años, o a peor o a mejor, son mayoritarias las trayectorias negativas que suponen el 22,6% de los casos. En cambio, las positivas sólo representan el 14,5%. Este resultado concuerda con el que hemos visto en los datos generales, que muestran del 2001 al 2004 un ligero empeoramiento del estado de salud percibido entre la población (ver cuadro 1).

Si analizamos por separado a hombres y mujeres, volvemos a encontrar que, en general, las mujeres presentan peor estado de salud que los hombres y que su evolución también es ligeramente más negativa que la de ellos.

Si separamos la población según grupos de edad, -cogiendo como referencia la edad del año 2004, es decir, la del último dato analizado-, se observan trayectorias

⁵ En nuestra encuesta se recoge información sobre el estado de salud de 6.257 personas de las cuales sólo 2.569 dan información en las tres ediciones de la encuesta (2001-2002, 2003 y 2004). De estas personas que aparecen en las tres ediciones 1.098 son hombres y 1.471 son mujeres.

opuestas entre las personas jóvenes y las viejas. Cuanto mayor es la edad de la persona entrevistada más alto es el porcentaje de respuesta de una situación constante de salud regular o de mala salud. En cambio, las menores de 25 años, en un 40% han mantenido una trayectoria de buena o muy buena salud en estos años.

Tabla 10: Variación en el estado de salud percibido según el sexo. %, 2001/02-2004

	Hombres	Mujeres	Total
Constante regular	6,6	9,4	8,2
Constante mala o muy mala	0,5	1,4	1,1
Constante buena o muy buena	39,3	33,0	35,7
Cambio constante a mejor	13,9	15,0	14,5
Cambio constante a peor	22,3	22,8	22,6
Cambio con fluctuaciones a mejor	1,2	0,9	1,0
Cambio con fluctuaciones a peor	1,3	1,7	1,5
Fluctuaciones constantes	14,8	15,9	15,5

Fuente: PaD Catalunya

Ello no quiere decir que no haya situaciones negativas entre los/las jóvenes, pero no hay diferencia significativa por grupos de edad entre aquellos/as que en el transcurso de la investigación han visto empeorar su estado de salud. Además hay que destacar que entre aquéllos/as que han mejorado su estado de salud hay un significativo porcentaje del 18,2% de entrevistados/as que tienen 65 años o más, cifra superior a la de los otros grupos. Por último, sólo cabe señalar que es el grupo de 35 a 49 años aquél que mejor ha conservado su estado de salud (46,4%) pero, en cambio, entre ellos/as hay menos casos de mejora positiva. Las personas menores de 50 años son las que mayoritariamente gozan de buena salud, ya sea porque siempre la han tenido –entendido como siempre el período de análisis–, o porque la han mejorado en este tiempo.

Empezábamos este apartado constatando la existencia de situaciones muy diversas en la autopercepción del estado de salud. De hecho, esta diversidad va mucho más allá de la que muestran nuestros datos puesto que las causas o los factores que pueden haber o no tenido efecto en los cambios son muchas y actúan de forma muy distinta según el tipo de persona y las características sociales que la definen.

No tenemos competencia para hablar desde el punto de vista psicológico, pero desde el social hemos explorado, aunque de manera muy limitada –sólo dos variables–, algunas circunstancias que podrían explicar cambios de trayectoria.

El primer factor que hemos contrastado con el estado de salud percibido ha sido el nivel de ingresos. La idea era comprobar si los cambios en el nivel económico han influido subjetivamente, –ya que no podemos comprobarlo de otra manera–, en la valoración de la propia salud. Para ello hemos creado una variable que, independientemente del nivel de ingresos de cada persona encuestada, nos diera información sobre si en el período del análisis estos ingresos han aumentado, se han mantenido o han disminuido.

Los resultados muestran una relación muy clara entre las dos variables. Aquéllos/as que han tenido una trayectoria negativa en los ingresos tienen porcentajes más altos de trayectorias negativas en el estado de salud percibido. Un aumento del nivel de ingresos muestra una mayor respuesta de percepciones de buena o muy buena salud en las tres respuestas recogidas. Cuando los ingresos se mantienen invariables el

perfil de respuesta prácticamente se ajusta a la media poblacional. En todo caso destaca una mayor incidencia de consideraciones regulares.

Tabla 11: Variación en el estado de salud percibido según el sexo. %, 2001/02-2004

	Aumento del nivel de ingresos	Disminución del nivel de ingresos	No variación en el nivel de ingresos
Constante regular	7,9	6,3	10,5
Constante mala o muy mala	1,2	1,4	1,3
Constante buena o muy buena	38,9	31,7	31,3
Cambio constante a mejor	13,5	15,9	14,6
Cambio constante a peor	20,9	25,4	23,8
Cambio con fluctuaciones a mejor	1,2	0,3	1,7
Cambio con fluctuaciones a peor	1,2	2,6	1,3
Fluctuaciones constantes	15,3	16,4	15,6

Fuente: PaD Catalunya

La otra variable que hemos analizado es la trayectoria en la situación laboral. Somos conscientes que para la mayoría de la población esta variable y los ingresos están directamente relacionadas, puesto que mayoritariamente vivimos de nuestro trabajo. Además la situación respecto de la ocupación conlleva, a parte de las retribuciones, otros aspectos sociales que pueden tener influencia tanto en el estado de salud como en la percepción del mismo. Esta mayor complejidad queda demostrada en los resultados. Estos no muestran una conclusión tan clara como la relación entre los cambios en el nivel de ingresos y los cambios en el estado de salud percibido, que hemos visto anteriormente.

Lo primero que se constata es que entre aquella parte de la población entrevistada que durante el período de análisis se ha mantenido en el paro –es decir, empezó en el paro y sigue en él- el porcentaje de empeoramiento es muy alto (41,2%). Así mismo, también es mucho más alto que para la media poblacional entre aquellos que han dejado de estar ocupados/as y han pasado a ser inactivos/as (35,4%). Aunque se producen otras situaciones en las que aparecen porcentajes distintos de la media, especialmente en los cambios relacionados con entrar o salir del paro, no podemos extraer conclusiones porque no son, estadísticamente hablando, relaciones significativas al haber un bajo porcentaje de parados en nuestra encuesta.

3. El tipo de cobertura sanitaria

El sistema sanitario público es el pilar fundamental de la cobertura sanitaria de los hogares catalanes: el 95,7% de los hogares tienen cobertura pública de la seguridad social⁶, el 2,3% pertenecen a otras mutualidades de afiliación colectiva obligatoria, el 1,6% responde que tiene otras formas de cobertura sanitaria, y no saben qué tipo de cobertura tienen en el 1,1% de los hogares.

Es destacable la existencia de otros recursos sanitarios. El 22,6% de los hogares disponen de asistencia sanitaria de una mutualidad privada, además de la asistencia pública.

⁶ El 6,4% de los hogares pertenecen a una mutualidad pública con asistencia sanitaria prestada por una entidad privada.

Tabla 12: Cobertura sanitaria de los miembros del hogar. %, 2001-2002

Seguridad social	95,7
Mutualidad pública con asistencia prestada por la Seguridad Social	3,2
Mutualidad pública con asistencia prestada por entidades privadas	6,4
Otras mutuas de afiliación colectiva obligatoria	2,3
Mutualidad privada	22,6
Otras formas de cobertura sanitaria	1,6
No sabe-no contesta	1,1

Fuente: PaD Catalunya

La presencia de distintas formas de cobertura sanitaria varía en el territorio. Lérida tiene porcentajes más altos de mutualidad privada y Tarragona de otras mutualidades de afiliación colectiva obligatoria. Todo lo contrario que en la provincia de Barcelona que se sitúa por debajo de la media en este tipo de mutualidades. En cambio, Gerona no muestra ninguna particularidad que la distancie del perfil general de Cataluña.

El tamaño del municipio aporta diferencias importantes. Barcelona ciudad se caracteriza por la mutualidad pública con asistencia sanitaria prestada por entidades privadas (10,4%). En el otro extremo, comparativamente hablando, se sitúan los municipios de 2.000 a 9.999 habitantes que se caracterizan por las mutualidades de afiliación colectiva obligatoria (3,8%, el 23% de esta modalidad se da en los hogares de municipios de esta dimensión), y por otras formas de cobertura sanitaria (3,3%, el 31% del total de esta modalidad de respuesta).

Los municipios de 10.000 a 49.999 habitantes se caracterizan por la mutualidad privada (26,3%) y por estar por debajo de la media de Cataluña en las mutualidades públicas con asistencia sanitaria prestada por entidades privadas (4,0%). Los municipios de 50.000 a 99.999 habitantes están subrepresentados -es decir, tienen menos casos en comparación proporcional al resto de tipos de municipios-, en la mutualidad privada (17,7%); y los de 100.000 a 499.999 habitantes están subrepresentados en las mutualidades públicas con asistencia sanitaria tanto de seguridad social (1,3%) como de entidades privadas (3,4%), y también en las mutualidades privadas (18,1%).

Esta primera visión de las diferencias en el territorio, se explica básicamente por un desigual asentamiento de los grupos sociales en el mismo. Las clases sociales no se reparten en la misma proporción numérica en todo el territorio, especialmente por lo que hace referencia al tipo de grupos que la forman, a los sectores productivos en los que trabajan y a la media de edad de los mismos. Por ejemplo, la singularidad de Barcelona ciudad se produce por la existencia en su territorio de un porcentaje más alto de clase media asalariada, por un perfil más joven y por un nivel educativo de media más alto de la población en comparación con el conjunto de Cataluña.

Las mutualidades públicas con asistencia sanitaria privada es un tipo de cobertura que está directamente relacionada con los funcionarios de la administración pública y es en las grandes ciudades de Cataluña, y especialmente en Barcelona, donde existe una concentración más alta del sector de los servicios y de puestos de trabajo del sector público. Por otro lado, es precisamente en los municipios más pequeños donde tiene mayor peso específico la clase media propietaria, específicamente a aquellas personas que se dedican al sector primario, agricultores y ganaderos, básicamente.

La mutualidad privada es, sobre todo, característica de la clase media (32,4%). En el caso de la clase media propietaria es la principal y en el de la clase media asalariada (32%) comparte protagonismo con las mutualidades públicas con asistencia sanitaria prestada por entidades privadas (11,4%) y por las otras mutualidades de afiliación colectiva obligatoria (3,3%).

Tabla 13: Mutualidades privadas según clase social. %, 2001-2002

Clase media propietaria + clase media asalariada	42,1
Clase media propietaria	37,3
Clase media asalariada	34,5
Clase media propietaria + clase trabajadora	23,7
Clase media asalariada + clase trabajadora	21,9
Clase trabajadora	11,4

Fuente: PaD Catalunya

La clase trabajadora tiene una frecuencia significativamente muy por debajo de la media en todas aquellas formas de cobertura sanitaria que no son la seguridad social.

Para terminar, sólo un pequeño comentario en relación al lugar de nacimiento de las personas encuestadas: entre los/as inmigrantes nacidos/as en otro país, aunque la respuesta mayoritaria sigue siendo la seguridad social, se caracterizan como colectivo por responder que no saben de qué tipo de cobertura sanitaria disponen (7,1%) y por la respuesta “otras formas de cobertura sanitaria” (3,8%) que es la categoría donde se reúnen todas aquellas respuestas que no se han podido clasificar.

4. La compra de medicamentos

Otro de los aspectos de los que se ocupa nuestra encuesta es la de recoger información sobre el esfuerzo económico que supone para los hogares catalanes la compra de medicamentos prescritos por el médico. En la primera edición de la encuesta, casi para la mitad de los hogares (42,4%) suponía un esfuerzo aunque no en el mismo grado para todos: para el 28,9% era un esfuerzo no demasiado grande, para el 10,4% era bastante grande y para 3,0% era muy grande. En cambio, para el resto de hogares (57,2%) no suponía ningún esfuerzo económico.

Si comparamos las tres ediciones de la encuesta, hemos de ser prudentes al comentar los datos puesto que ha habido un cambio de categorías de respuesta entre la primera y la segunda edición⁷ que puede afectar a la distribución de los porcentajes. Por ello, sólo aparecen en el cuadro las dos categorías de respuesta que no han variado en su formulación de una edición a otra.

⁷ Para el año 2001-2002 las categorías de respuesta posible son: un esfuerzo muy grande, bastante grande, no muy grande, ningún esfuerzo, no lo sabe.

En cambio para el año 2003 y para el año 2004 las categorías de respuesta posible son: mucho esfuerzo, bastante esfuerzo, ni mucho ni poco esfuerzo, poco esfuerzo, ningún esfuerzo, no lo sabe.

Tabla 14: Esfuerzo económico para el hogar por la compra de medicamentos. %

	2001-2002	2003	2004
Mucho esfuerzo	3,0	5,1	4,6
Ningún esfuerzo	57,2	28,3	27,0

Fuente: PaD Catalunya

En referencia a la edad, lo primero que hay que señalar es que el ser mayor juega a favor de la inexistencia de esfuerzo, puesto que las personas jubiladas no han de pagar los medicamentos recetados. Por ello, son los hogares encabezados por mayores de 65 años aquellos que tienen una cifra más baja de respuestas afirmativas a la pregunta. Sólo uno de cada cuatro hogares considera que es un esfuerzo económico –independientemente del grado– este capítulo de sus presupuestos familiares. Por ejemplo, los hogares unipersonales que están formados por mujeres mayores viudas, en el 65,6% de los casos declaran que no les supone ningún esfuerzo económico la compra de medicamentos. En cambio, en uno de cada cinco hogares extensos, –donde convive un núcleo familiar (pareja con o sin hijos/as) más otros parientes, normalmente una persona, o más de una, mayor–, declaran que el esfuerzo es bastante grande (20%).

Por clase social⁸ es la clase trabajadora la más perjudicada por el coste económico de los medicamentos. Estos hogares se caracterizan, en comparación al resto por la categoría de respuesta “un esfuerzo muy grande” (5,4%) y por estar encima de la media en un “esfuerzo bastante grande” (14,3%).

Tabla 15: Esfuerzo económico para el hogar por la compra de medicamentos según clase social. %, 2001-2002

	Clase media propietaria + clase media asalariada	Clase media propietaria	Clase media asalariada	Clase media asalariada + clase trabajadora	Clase trabajadora	Clase media propietaria + clase trabajadora
Muy grande	0	1,0	1,5	1,3	5,4	5,6
Bastante grande	7,0	8,9	7,9	12,2	14,3	16,8
No muy grande	23,2	25,5	31,2	35,3	25,4	25,5
Ninguno	69,2	62,9	57,8	51,3	54,6	52,1

Fuente: PaD Catalunya

En cambio, en los hogares de clase media asalariada y clase trabajadora⁸, la respuesta que marca un perfil diferente con el resto es la de un esfuerzo no demasiado grande (35,3%), que está 8 puntos por encima de la media, y que denota una mejor situación económica. Hay una relación directa entre las respuestas a esta variable y el nivel de ingresos del hogar. Las categorías de respuesta más negativas se asocian a los hogares con ingresos más bajos.

⁸ La clase social del hogar señala la posición de clase del núcleo del hogar, entendido como pareja principal. En los casos en que la clase social de los dos miembros no coincide, aparece la clase social de los dos miembros de la pareja. Por ejemplo: clase media propietaria-clase trabajadora.

5. Cuidar a los demás

En la primera y en la segunda edición de la encuesta pedimos información sobre el cuidado de personas mayores, –que no puedan valerse por sí mismas en mayor o menor grado- o de personas enfermas independientemente de la edad.

Para el año 2001-2002, el 6% de los hogares declaró que alguno de sus miembros tenía dificultades para comer, desplazarse, vestirse o realizar su higiene personal. La mayoría de los hogares sólo tenía un miembro dependiente (88,9%), pero también los había con dos (7,8%) o más miembros dependientes (1,7%).

En la mayoría de los hogares, la persona con problemas de autonomía para desarrollar las tareas básicas de la vida cotidiana es la madre de uno de los dos miembros de la pareja núcleo del hogar (29%). En segundo lugar, se sitúan los casos en que la persona dependiente es uno de los miembros de la pareja: la mujer en el 21,6% de los casos y el hombre en el 17,6%. En el 16,1% de los hogares, el dependiente es un hijo y en el 8,5% el padre de uno de los dos miembros de la pareja.

Además, también se cuida⁹ a personas con problemas de autonomía que no conviven en el mismo hogar. Los datos de la primera edición mostraron que esta es la realidad de un 5% de las familias que viven en Cataluña.

Los hogares que cuidan a personas dependientes, en su misma casa o fuera de ella, no se reparten de forma uniforme en el territorio. Esta es una situación que se da especialmente en los municipios más pequeños (menos de 2.000 habitantes). Asimismo, esta situación tiene mayor incidencia en Lérida (8,7%) y en Tarragona (7,9%) que en el resto de provincias.

En el año 2004 un 10,5% de las personas entrevistadas, mayoritariamente mujeres, estaban atendiendo a uno o más adultos por razón de vejez, enfermedad o alguna discapacidad. Entre los/as entrevistados/as que no trabajan, son mayoritariamente las mujeres las que ejercen de cuidadoras. En cambio, si sólo hablamos de la población con actividad en el mercado laboral, las diferencias en los porcentajes entre hombres y mujeres disminuyen mucho.

Tabla 16: Entrevistados/as que cuidan de personas mayores, enfermas o discapacitadas según el sexo. %, 2004

	Hombres	Mujeres	Total
0 personas	92,70	86,80	89,50
1 persona	6,00	10,40	8,40
2 personas	1,10	2,40	1,80
3 personas	0,10	0,30	0,20
4 personas	0,10	0,10	0,10

Fuente: PaD Catalunya

⁹ No como actividad laboral o como trabajo de voluntariado.

Tabla 17: Entrevistados/as que cuidan de personas mayores, enfermas o discapacitadas según el sexo y la situación laboral de la persona cuidadora. %, 2004

	Trabajo remunerado		No trabajo remunerado	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0 personas	48,7	42,7	63,1	44,2
1 persona o más	51,4	57,4	36,9	55,9
	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: PaD Catalunya

Un último aspecto a señalar es que, aunque un poco más de la mitad de las personas dependientes vive en el mismo hogar de sus cuidadores, cuando la mujer trabaja fuera de casa es más habitual que las personas dependientes vivan en otro domicilio.

Tabla 18: Residencia de personas mayores, enfermas o discapacitadas según sexo y situación laboral de la persona cuidadora. %, 2004

	Trabajo remunerado		No trabajo remunerado		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Dentro del hogar	47,4	36,5	66,7	62,7	53,2
Fuera del hogar	49,1	62,5	31,5	34,5	44,5
Unos dentro y otros fuera del hogar	3,5	1,0	1,9	2,8	2,2

Fuente: PaD Catalunya

La mitad de los/as encuestados/as dedican de una a veinte horas semanales para cuidar a las personas enfermas; y tanto si trabajan como si no, las mujeres dedican más horas a estos cuidados que los hombres. Aunque no en todos los casos, son los hombres que trabajan fuera de casa aquellos que menos horas dedican a este menester.

Tabla 19: Horas de la semana dedicadas a cuidar personas mayores, enfermas o discapacitadas según sexo y situación laboral de la persona cuidadora. %, 2004

	Trabajo remunerado		No trabajo remunerado		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
De 1 a 20 horas semanales	81,6	65,5	41,5	34,5	51,1
De 21 a 40 horas semanales	5,3	17,9	9,8	16,0	14,2
Más de 40 horas semanales	13,2	16,7	48,8	49,6	34,8

Fuente: PaD Catalunya

Cuidar de personas dependientes tiene efectos sobre la persona cuidadora. A nivel anímico, afecta negativamente a más del 50% de los/as encuestados/as. Afecta más negativamente a las mujeres que a los hombres, pero no hay diferencias demasiado significativas entre las que trabajan fuera de casa y las que no.

Tabla 20: Efectos negativos a nivel anímico según sexo y relación con la situación laboral de la persona cuidadora. %, 2004

	Trabajo remunerado		No trabajo remunerado		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Si, mucho	8,80 %	22,30 %	18,50 %	24,80 %	20,60 %
Si, un poco	29,80 %	31,10 %	37,00 %	28,40 %	30,70 %
No, nada	61,40%	46,60%	44,40%	46,80%	48,70%

Fuente: PaD Catalunya

En cambio, son los hombres los que opinan con mayor frecuencia que estar al cargo de una persona dependiente genera efectos negativos para el conjunto de la familia.

Tabla 21: Efectos negativos a nivel familiar según sexo y situación laboral de la persona cuidadora. %, 2004

	Trabajo remunerado		No trabajo remunerado		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Si, mucho	5,30 %	10,80 %	14,80 %	9,90 %	10,10 %
Si, un poco	36,80 %	23,50 %	25,90 %	26,80 %	27,30 %
No, nada	57,90%	65,70%	57,40%	62,70%	62,00%

Fuente: PaD Catalunya

6. Conclusiones

El análisis llevado a cabo en Cataluña a partir de los datos de la encuesta Panel de Desigualdades Sociales (PaD) en el ámbito de la salud lleva a la misma conclusión que los realizados sobre otros aspectos de la vida de la población catalana: la calidad de vida no es la misma para todos/as los/as ciudadanos/as y el nivel de bienestar conseguido está directamente relacionado con las características sociales de los mismos.

Es decir, los resultados ponen en evidencia la existencia y persistencia de una estructura de desigualdades sociales en la que las mujeres tienen una peor situación que los hombres; y la clase trabajadora peor que la clase media. A pesar que, en general, la población está satisfecha con su salud y mayoritariamente muestra una buena evolución personal, vemos cómo son estos dos colectivos, mujeres y clase trabajadora, los que muestran una situación más desfavorecida.

Tener o no buena salud no es sólo una cuestión física, o genética... Los factores sociales son claves para entender las trayectorias de las personas desde la salud a la enfermedad, y viceversa.

El estado de salud está directamente relacionado con la calidad de vida de la que disfruta una persona, y para conseguir mejores niveles de salud para el conjunto de la población hay que incidir en el conjunto de la vida de los ciudadanos, además de tratar específicamente la enfermedad manifestada en cada caso.

La salud se ve influenciada por el papel social que desempeñamos. Por ejemplo, el tipo de trabajo que tenemos y, especialmente, las condiciones en las que realizamos este trabajo, tienen una relación directa con nuestro estado de salud. No me refiero sólo a si es éste un trabajo duro, un trabajo estresante o un trabajo que implica asumir un determinado tipo de riesgos. Me refiero también a que cada tipo de trabajo nos da unas oportunidades sociales, ligadas básicamente al nivel económico que nos proporciona, pero también a otros aspectos culturales o relacionales que influyen en nuestra salud y en cómo gestionamos la enfermedad.

Pero no es sólo el trabajo en el mercado laboral un factor de salud importante. No se ha de dejar de lado el trabajo doméstico y familiar. Este es un tipo de trabajo que siguen desempeñando las mujeres -en este artículo hemos reflejados las diferencias entre sexos en el cuidado de personas dependientes-, y esta situación de sobrecarga, más las condiciones específicas en las que se realiza y la falta de reconocimiento social de la que adolece, hacen que sea también un aspecto clave a tener en cuenta.

Bibliografia

- Fundació Jaume Bofill (1999). *Les desigualtats socials a Catalunya*. Barcelona, Mediterrània.
- Miguélez, F.; García, T.; Rebollo, O.; Sánchez, C. i Romero, A. (1997). *Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània*. Barcelona: Proa.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (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 Y Quintana, N. (2005). «Les classes socials a Catalunya. Desigualtats en les condicions de vida dels grups socials», en *Estructura social i desigualtats a Catalunya*. Polítiques n.46 Barcelona: Editorial Mediterrània i Fundació Jaume Bofill.
- Sánchez, C Y LLàtzer, H.(2005. “El repartiment del treball domèstic i familiar”, en *Estructura social i desigualtats a Catalunya*. Polítiques n.46. Barcelona: Editorial Mediterrània i Fundació Jaume Bofill.
- Sánchez, C (2004): *El treball de les dones a Catalunya*, (Avançament de resultats) Barcelona: Fundació Jaume Bofill. www.obdesigualtats.org
- Sánchez, C. (2003). “Les desigualtats socials i la salut a Catalunya. Les dades del Panel de Desigualtats a Catalunya (2001-2002)”, en Navarro, V. (dir). *L'estat del benestar a Catalunya*. Col.lecció Societat i Territori. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Subirats, M.; Sánchez, C.; Domínguez, M. (2002). “Classes socials i estratificació”, en *Enquesta de la Regió de Barcelona 2000*. Barcelona: Mancomunitat de Municipis de l'Àrea Metropolitana de Barcelona i Diputació de Barcelona.

- Sánchez, C. (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 publicado)
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge.