




Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya

Observatori sobre els efectes
de la crisi en la salut de la
població

Tercer informe, març 2017

<http://observatorisalut.gencat.cat>

 Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya

 Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC)
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona

Tel.: 93 551 38 88

Fax: 93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>

© 2017, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Primera edició: Barcelona, març 2017

Correcció: AQuAS

Disseny: Joana López Corduente

Alguns drets reservats:

© 2017, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement - NoComercial - SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>



Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya

Observatori sobre els efectes
de la crisi en la salut de la
població

Tercer informe, març 2017

Agraïments

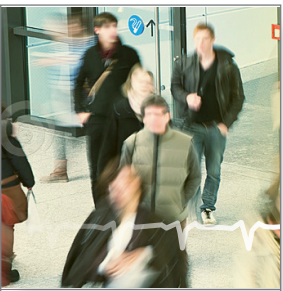
Volem agrair la revisió i els comentaris a aquest document per part de Marisol Rodríguez (Universitat de Barcelona) i Lluís Bohigas.

Volem agrair també la col·laboració i les aportacions de Marc Boher (AQuAS), Isabel Garcia Hernández (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies), Nicolau Martin (Universitat Pompeu Fabra), Carles Vicenç Pérez (CatSalut), Joan MV Pons (AQuAS), Emili Vela (CatSalut) i els professionals encarregats del manteniment del registre central de persones assegurades i de la Gerència d'Atenció Ciutadana (CatSalut).



Índex

Resum executiu	7
Introducció	11
Desigualtats socioeconòmiques	17
Metodologia	23
Resultats	33
1. Primer estudi que analitza desigualtats socioeconòmiques amb dades individuals de tota la població de Catalunya	35
2. Existeix gradient socioeconòmic en tots els indicadors analitzats	37
3. Les persones amb menor nivell socioeconòmic tenen una probabilitat quatre vegades major de morir abans dels 65 anys	41
4. Les persones amb menor nivell socioeconòmic tenen una major proporció de població complexitat elevada, també entre les menors de 15 anys	43
5. Les nenes i els nens presenten un gradient molt fort en funció del nivell socioeconòmic dels seus progenitors	45
6. La salut i la utilització de serveis de les persones de 65 anys i més està fortament relacionada amb la quantia de les seves pensions	47
7. Les persones pensionistes de 55 a 64 anys tenen pitjor salut, utilitzen més els serveis sanitaris i consumeixen més fàrmacs que les actives de la mateixa edat	50
8. L'àmbit d'atenció a la salut mental és el que presenta més gradient socioeconòmic	53
9. L'atenció primària i les urgències són els serveis que menys gradient socioeconòmic mostren	56
10. Les desigualtats de gènere estan presents a totes les edats i a tots els nivells socioeconòmics	58
Discussió	61
Bibliografia	71
Taules	77



Resum executiu

La crisi econòmica dels darrers anys ha tingut un impacte important sobre els determinants socials de la salut, limitant la renda disponible de la ciutadania i afectant les seves condicions de vida, treball i habitatge. En aquest context, les desigualtats socials en salut segueixen sent una assignatura pendent del nostre sistema de salut.

L'informe d'aquest any analitza les diferències en la salut, la utilització de serveis sanitaris públics i el consum de fàrmacs de la població de Catalunya segons nivells socioeconòmics que tenen en compte tant la situació laboral de la persona com el seu nivell de renda, estratificant alhora per sexe i grups d'edat, i prestant especial atenció als grups més vulnerables.

Els resultats principals d'aquest informe poden resumir-se en 10 idees claus:

1. Primer estudi que analitza desigualtats socioeconòmiques amb dades individuals de tota la població de Catalunya

La preocupació per les desigualtats en salut és un tema recurrent des dels anys 80 als sistemes de salut europeus. La majoria dels estudis han utilitzat dades agregades, dades de col·lectius poblacionals específics, conjunts més petits de dades individuals o informació provinent d'enquestes. La potencialitat de l'estudi actual és l'anàlisi de dades individuals del conjunt de la ciutadania de Catalunya, relacionant la informació sobre el seu nivell de copagament farmacèutic i les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social amb la informació sobre la seva salut, la utilització de serveis sanitaris públics i el consum de fàrmacs.

2. Existeix gradient socioeconòmic en tots els indicadors analitzats

Existeix gradient socioeconòmic en tots els indicadors analitzats, tant en els de salut, com en els d'utilització de serveis i en els de consum de fàrmacs, i en la majoria de combinacions de grups d'edat i sexe.

Aquest gradient és petit en l'atenció primària i en l'atenció urgent, més gran en el consum de fàrmacs (sobretot antipsicòtics) i molt més gran en els serveis de salut mental i les hospitalitzacions (especialment les psiquiàtriques i les potencialment evitables). També és elevat el gradient en la mortalitat i la complexitat.

3. Les persones amb menor nivell socioeconòmic tenen una probabilitat quatre vegades major de morir abans dels 65 anys

La taxa de mortalitat presenta un gradient destacable en les persones menors de 65 anys. Els homes de menor nivell socioeconòmic tenen una taxa de mortalitat 4 vegades superior que els que tenen rendes superiors a 100.000€. Entre les dones és 2 vegades superior

En les persones majors de 65 anys, el gradient és menor. La taxa de mortalitat de les dones de menor nivell socioeconòmic és 1,5 vegades superior a la de les de major nivell; en els homes és 2 vegades superior.

4. Les persones de menor nivell socioeconòmic tenen una major proporció de població amb complexitat elevada, també entre les menors de 15 anys

En el grup de població de 15 a 64 anys, la proporció de persones en situació de complexitat elevada és 8 vegades superior en el grup de menor nivell socioeconòmic comparat amb el de major nivell socioeconòmic, i en les nenes i els nens aquesta diferència és de més del doble. Tot i que la distància entre grups socials es redueix a mida que avança l'edat, els pensionistes amb rendes més baixes presenten un percentatge major de població de complexitat elevada respecte als grups de rendes més altes.

5. Les nenes i els nens presenten un gradient molt fort en funció del nivell socioeconòmic dels seus progenitors

La salut de les nenes i els nens depèn del nivell socioeconòmic dels seus progenitors. La morbiditat, la utilització dels centres de salut mental, la taxa d'hospitalització i la probabilitat de consumir fàrmacs de les nenes i els nens amb menor nivell socioeconòmic multiplica per valors entre 3 i 5 els de les nenes i nens amb major nivell socioeconòmic, i fins a 7 en el cas de la taxa d'hospitalització psiquiàtrica.

6. La salut i la utilització de serveis de les persones de 65 anys i més està fortament relacionada amb la quantia de les seves pensions

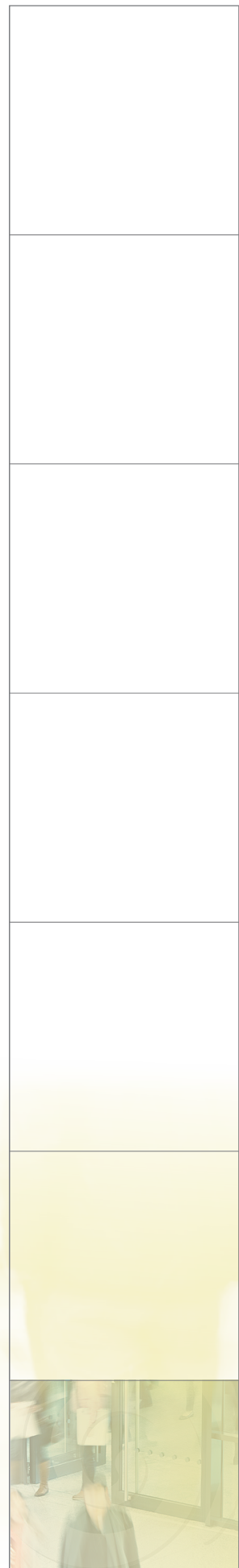
Les persones amb una pensió no contributiva (PNC) són sistemàticament les que presenten pitjors resultats de salut i més utilització de serveis, tot i que també s'observa gradient socioeconòmic entre les persones amb pensions contributives.

7. Les persones pensionistes de 55 a 64 anys tenen pitjor salut, utilitzen més els serveis sanitaris i consumeixen més fàrmacs que les actives de la mateixa edat

En general, les persones de 55 a 64 anys amb la condició de pensionista presenten uns pitjors resultats de salut, una major utilització de serveis i un major consum de fàrmacs, tant en dones com en homes, respecte a les persones de la mateixa edat en situació activa. Alhora, tant el grup de persones pensionistes com el d'actives segueixen mantenint internament diferències remarcables segons les categories de nivell socioeconòmic, sent les persones amb una PNC el grup més vulnerable entre les persones pensionistes i les persones que han esgotat el subsidi d'atur o perceben una RMI i/o una RAI el grup més vulnerable entre les actives.

8. L'àmbit d'atenció a la salut mental és el que presenta més gradient socioeconòmic

Els indicadors relacionats amb problemes de salut mental (i especialment l'hospitalització psiquiàtrica i el consum de psicofàrmacs) són els que presenten un gradient socioeconòmic més consistent per a tots els trams d'edat i a ambdós sexes. El gradient socioeconòmic en el consum de fàrmacs pel TDAH segueix la tendència descrita per la resta de variables en les nenes i els nens de 6 a 11 anys, però s'inverteix als grups de 12-15 anys i 16-24 anys, per ambdós sexes.



9. L'atenció primària i les urgències són els serveis que menys gradient socioeconòmic mostren

El recurs sanitari públic més utilitzat per la ciutadania és l'atenció primària: un 79,5% de les dones i un 73,2% dels homes van anar a l'atenció primària durant l'any 2015. En aquest cas, les diferències entre nivells socioeconòmics són petites, com també passa en el servei d'urgències.

10. Les desigualtats de gènere presents a totes les edats i a tots els nivells socioeconòmics

Al llarg dels resultats de l'informe es fa palès que, a més de les desigualtats per nivell socioeconòmic, observades consistentment a tots els indicadors, hi ha també marcades diferències entre dones i homes tant en la utilització de serveis i consum de fàrmacs, com en els resultats de salut analitzats, i això succeeix per a tots els grups d'edat i a gairebé totes les categories socioeconòmiques analitzades. Es posa de manifest, per tant, com les desigualtats de gènere es perpetuen al llarg del cicle vital i afecten les persones de tots els nivells socioeconòmics.

Aquest estudi ha permès veure que hi ha importants desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris de la població de Catalunya. A banda que hi ha desigualtats en tots els indicadors analitzats, per als dos sexes i tots els grups d'edat, alguns temes mereixen especial menció, com ara el gradient observat en les nenes i els nens en funció del nivell socioeconòmic dels seus progenitors, el gradient existent en l'ús dels serveis de salut mental (centres de salut mental, hospitalització psiquiàtrica i consum d'antipsicòtics), i el gradient en la salut (mortalitat i complexitat).

Ara bé, les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris públics no tenen perquè ser dolentes si hi ha desigualtats en salut. És a dir, seria preocupant veure diferències entre nivells socioeconòmics en la taxa de mortalitat, i no observar diferències en la utilització de serveis sanitaris. D'alguna manera, el sistema sanitari està donant resposta a les diferències en l'estat de salut de la ciutadania. Malgrat això, atès que no és possible ajustar pel grau de necessitat de cada persona, no es pot saber si el gradient observat en la utilització de serveis hauria de ser encara més gran. De totes maneres, es posa de manifest la necessitat de donar resposta a aquesta situació per part de les polítiques de salut i la resta de polítiques públiques.

Aquest és el primer estudi que analitza les desigualtats en la salut, la utilització de serveis sanitaris públics i el consum de fàrmacs segons el nivell socioeconòmic de la població general, utilitzant informació individual de tota la població de Catalunya. És destacable, també, la classificació en nivells socioeconòmics que s'ha pogut realitzar a partir dels trams de renda del copagament farmacèutic i la informació disponible de les prestacions econòmiques de la Seguretat Social.

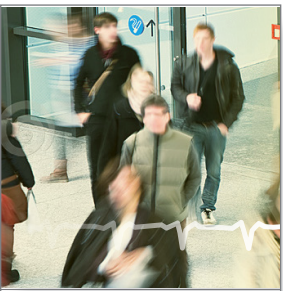


OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



Introducció





Introducció

La crisi econòmica dels darrers anys ha tingut un impacte important sobre els determinants de la salut, limitant la renda disponible de la ciutadania i afectant les condicions de vida, treball i habitatge, i ha suposat, també, un repte per al sistema sanitari, que ha sofert una greu pressió sobre els pressupostos que es destinen a promoure, protegir i atendre la salut de les persones.

Alguns sistemes sanitaris europeus han mostrat una millor resistència que d'altres davant la crisi i, entre els factors que expliquen aquesta millor resposta, s'indiquen les polítiques públiques de despesa en salut i altres formes de protecció social, uns nivells adequats de despesa sanitària pública, l'absència de grans llacunes de cobertura sanitària i nivells baixos de pagament directe per part de la ciutadania, entre d'altres.¹

La revisió de la literatura sobre l'impacte de les crisis econòmiques –anterior a la crisi de 2008– en la salut de les poblacions apunta, en alguns casos, a un augment de la mortalitat per totes les causes associades a l'atur². Tot i això, els efectes que es mostren de forma més consistent en diferents crisis són l'augment dels suïcidis³ –tot i que amb matitzacions⁴– i l'impacte en la salut mental, amb una probabilitat més elevada de patir algun problema de salut mental entre els aturats⁵ i entre els desnonats i les persones amb dificultats per fer front al pagament de l'habitatge⁶.

Tant a Catalunya com a l'Estat espanyol, alguns indicadors com l'esperança de vida o la mortalitat general no sembla que s'hagin vist afectats per la crisi econòmica^{7,8}, tot i que sí que hi ha evidències de l'efecte de la crisi sobre els determinants de la salut, els canvis en alguns estils de vida i l'accés als serveis sanitaris⁹.

El monitoratge dels efectes de la crisi sobre la salut i sobre els sistemes sanitaris és una prioritat de l'Oficina Regional per a Europa de l'OMS. Entre les recomanacions als estats membres es destaca la importància de les xarxes de protecció social i polítiques d'ocupació per mitigar l'efecte negatiu de la crisi sobre la salut, i s'adverteix de la necessitat d'evitar restriccions excessives i perllongades dels pressupostos de salut¹⁰.

El Govern de la Generalitat ha inclòs en el Pla de Govern per a l'XI legislatura, un nou estat del benestar per a tothom, amb un sistema de salut universal, públic i equitatiu i més i millor feina, amb una economia al servei de les persones. El Pla de Salut de Catalunya 2016-2020, que formalitza la política del govern sobre la salut, recull entre els seus principis l'establiment de les causes socials com a factors principals que determinen les desigualtats en la salut en una comunitat i per fer-ne un abordatge multilateral (salut a totes les polítiques). El Pla de Salut prioritza l'abordatge dels determinants socials de la salut a través de dues vies: consolidant l'enfocament interdepartamental i contemplat actuacions preferents sobre poblacions socialment més vulnerables. Així, d'una banda, inclou diversos objectius de salut que busquen específicament disminuir les desigualtats socials en indicadors de bons hàbits de vida, d'excés

de pes o de percepció de bona salut i, d'altra banda, contempla projectes enfocats a col·lectius més vulnerables, com l'elaboració d'un pla de prevenció de la discapacitat en persones grans fràgils; definir i desplegar models de promoció de la salut, prevenció i atenció als problemes més prevalents en infants i joves desafavorits; i donar una atenció integrada al pacient crònic complex de salut mental.

En el reconeixement que la salut està influenciada per determinants externs al sistema sanitari, també s'inspira el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP), que promou l'acció conjunta de tot el govern, administracions locals i diferents sectors socials a Catalunya.

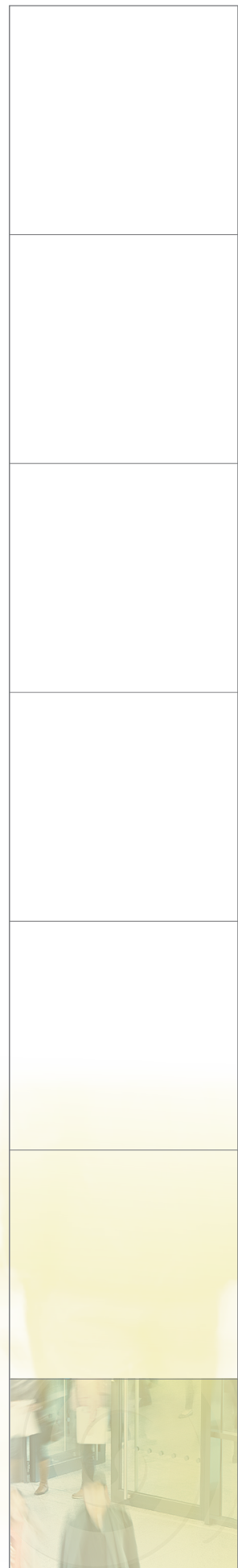
En l'àmbit de l'atenció sanitària, altres actuacions dutes a terme fins ara per combatre les desigualtats en salut han estat: el projecte de llei d'accés universal a l'assistència sanitària en tramitació parlamentària, que garanteix l'accés de la ciutadania a un sistema de salut públic, equitatiu i universal, i reforça el caràcter públic del sistema; el conveni entre el Servei Català de la Salut i Creu Roja per donar cobertura sanitària pública a grups de població amb dificultat per accedir a l'empadronament i situació de vulnerabilitat; el pla integral per a la millora de les llistes d'espera sanitàries o el nou sistema d'assignació de recursos de l'assistència primària, que discrimina positivament les zones socioeconòmicament més desfavorides.

L'any 2013, el Govern va acordar la creació de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població, en el marc de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, per fer el seguiment dels principals indicadors relacionats amb els determinants de la salut. L'any 2014 es va publicar el primer informe de l'Observatori, *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*¹¹. L'informe va analitzar alguns dels determinants socials de la salut, com el producte interior brut, l'atur i l'ocupació, l'abandonament escolar, el risc de pobresa i exclusió social, les condicions de l'habitatge i els hàbits i estils de vida.

Els resultats no evidenciaven un impacte a curt termini de la crisi sobre la salut de la població general, però sí un empitjorament de la salut percebuda i un augment del risc de patir problemes de salut mental entre persones en situació d'atur, especialment homes.

També, durant el 2014, l'Observatori va publicar un informe monogràfic¹² centrat en la població infantil que destacava un empitjorament dels indicadors socioeconòmics més acusat en els menors que en la resta de la població i alertava que els infants de famílies vulnerables presenten pitjors resultats en tots els indicadors de salut i d'utilització de serveis.

El segon informe sobre els efectes de la crisi es va elaborar al 2015¹³. L'informe desenvolupava l'anàlisi endegada en el primer informe, tot introduint l'eix territorial i la seva visualització com a principal novetat. Amb aquesta perspectiva, es va estudiar amb més detall la renda, la pobresa i la desigualtat, amb indicadors nous i complementaris, i el seu impacte en l'esperança de vida, la mortalitat, la salut percebuda, els estils de vida, el suïcidi, la salut maternoin-



fantil i les infeccions. A més de l'anàlisi territorial, l'informe també va analitzar l'accessibilitat als serveis sanitaris, la satisfacció de les persones usuàries, i la utilització de serveis per part dels grups socials vulnerables.

Entre els resultats del segon informe destaca, en primer lloc, la pitjor salut entre les persones aturades de llarga durada i la modificació del perfil de les persones que viuen per sota del llindar de pobresa, passant a ser el grup de persones menors de 16 anys (en primer lloc) i el grup de 16 a 64 anys (en segon lloc) els que presenten més risc, mentre que abans de la crisi el grup amb més risc era el de 65 anys o més. En aquest sentit, és especialment rellevant destacar que aquest canvi es va produir sense que hi hagués un increment de la renda de la població pensionista.

Tot i que la taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya continua sent baixa en relació amb d'altres països europeus, del segon informe també destaca l'augment de la mortalitat per aquesta causa, situant-se l'any 2013 en valors similars als de principis de la dècada dels 2000. En aquests anys, el grup que ha sofert un increment més rellevant ha estat el dels homes de 40 a 60 anys.

Alhora, l'estudi de grups vulnerables va posar de manifest que la població exempta de copagament farmacèutic, que inclou algun dels grups socials més pobres, té més probabilitat de ser ingressada a un hospital, fa més visites a l'atenció primària i a centres de salut mental, i consumeix més psicofàrmacs, en relació amb la població general.

La gran novetat de l'informe d'enguany és que per primera vegada s'analitzen les desigualtats socioeconòmiques en l'estat de salut i la utilització de serveis sanitaris segons el nivell socioeconòmic de la població, utilitzant informació individual de la totalitat dels habitants de Catalunya. Per a aquest propòsit s'ha construït una classificació que té en compte tant la situació laboral de la persona com el seu nivell de renda, a partir de la informació sobre el nivell de copagament farmacèutic de les persones (basat en el nivell de renda) i la informació de les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social. Aquesta informació s'ha pogut relacionar, per a cada ciutadana i ciutadà de Catalunya, amb la informació sobre el seu estat de salut, la seva utilització de serveis i el seu consum de fàrmacs. Aquest és un exemple pràctic d'anàlisi de dades massives que el programa PADRIS permet.

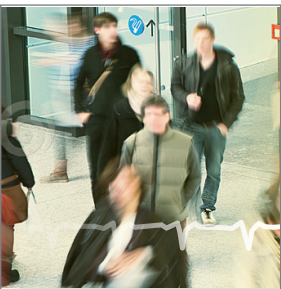
El fet d'analitzar les desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris, identificant aquells col·lectius més vulnerables, ofereix informació d'elevat valor per al disseny de polítiques i estratègies orientades a adaptar els serveis a les necessitats de la població des de la perspectiva dels determinants socials de la salut.





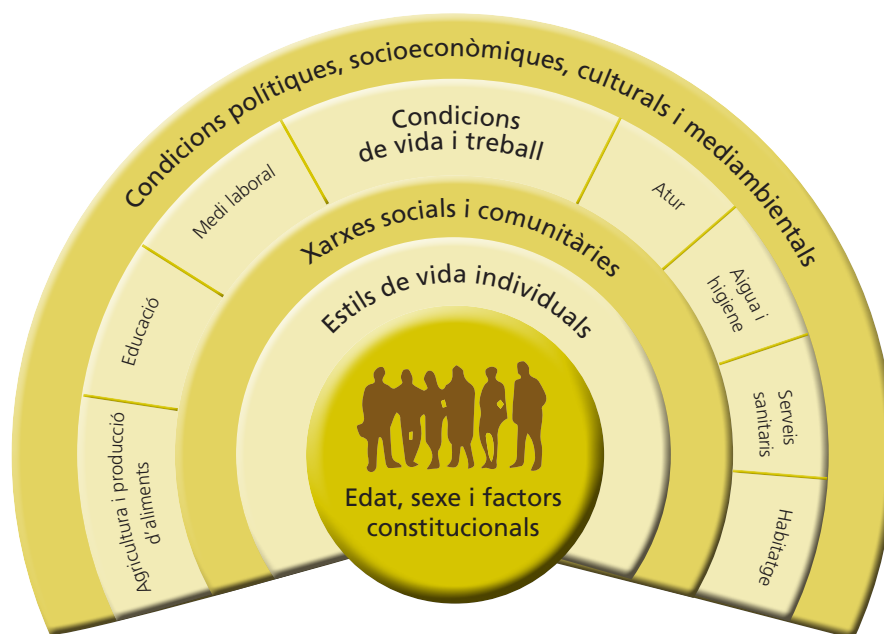
Les desigualtats socials en salut





Les desigualtats socials en salut

Les desigualtats socials són un dels principals determinants de les diferències en salut. El marc conceptual en què es basen els informes de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població és el dels determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead¹⁵. Segons aquest model, els determinants de la salut de la població es poden representar com una sèrie d'estrats concèntrics al voltant d'unes característiques individuals com ara l'edat, el sexe i alguns factors constitutius que no són modificables. Al voltant de les característiques biològiques s'estratifiquen una sèrie de condicionants, a diferents nivells, que poden modificar-se per l'acció política i social.



Les desigualtats socials en salut són un tema pendent de tots els sistemes nacionals de salut europeus des que al 1980 va aparèixer el conegut com a 'Black Report'¹⁶, on quedaven de manifest les grans desigualtats existents en la morbiditat i mortalitat de la població de Gran Bretanya, com aquestes havien augmentat des de la creació del National Health Service al 1948, i com eren la conseqüència de desigualtats socials externes al sistema de salut (el nivell d'ingressos, l'educació, l'habitatge, la dieta, el fet de tenir treball i les condicions de treball).

Des de llavors i fins ara, la reducció de les desigualtats socials en salut s'ha convertit en una qüestió d'equitat i justícia social per als diferents països europeus, posant el focus en la reducció del gradient social que existeix en els resultats de salut¹⁷. Tot i això, actualment encara als 15 països de l'OCDE es veuen grans desigualtats socials en salut incloent, per exemple, diferències importants en l'esperança de vida entre les persones amb major i menor nivell d'estudis¹⁸.

Al nostre país, les catalanes i els catalans d'un nivell socioeconòmic més desfavorit tenen una pitjor valoració del seu estat de salut, pateixen més malalties o problemes de salut crònics, presenten més sobrepès i obesitat, i pateixen més ansietat o depressió i més discapacitat o limitacions permanents^{19,20}. Aquestes desigualtats també són presents a nivell local i, per exemple, a la ciutat de Barcelona durant el 2015, es constata que les desigualtats en salut per barris es continuen mantenint²¹.

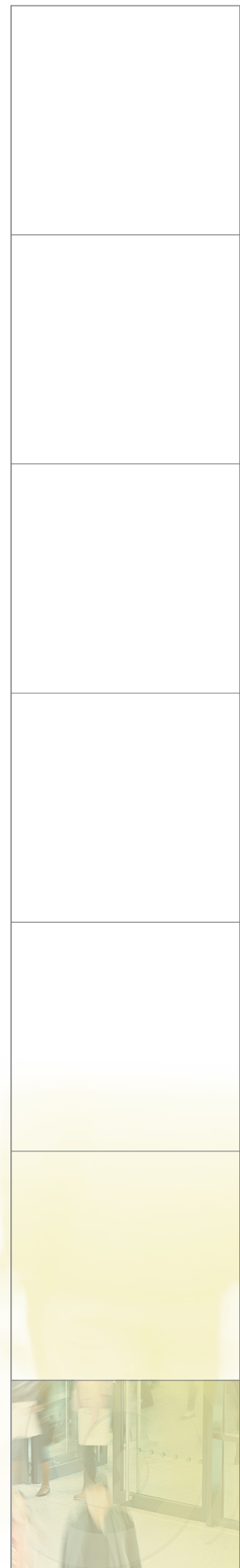
Les conseqüències de la crisi econòmica encara no són detectables en els resultats de salut de la població general. Les conseqüències en salut triguen més en començar a percebre's que les que es donen sobre la renda o el benestar econòmic de les famílies, que són gairebé immediates, i fins i tot sobre l'accés als serveis sanitaris²². A part de seguir monitorant les conseqüències en salut de la població general a llarg termini, és important posar especial èmfasi en la perifèria social i en l'evolució de les desigualtats²², ja que són els grups més vulnerables els que estan més exposats a patir més les conseqüències de la crisi.

Les dades més recents mostren com les persones en situacions de vulnerabilitat tenen una pitjor percepció del seu estat de salut, pateixen més malalties cròniques i consumeixen més medicaments, especialment psicofàrmacs, que la població general²³. Aquesta situació empitjora quan a més s'afegeixen problemes per cobrir les necessitats bàsiques d'habitatge. La població que està patint problemes d'habitatge té molt més mala salut que la població general, fins i tot quan es compara amb les classes socials més desfavorides⁶. En aquesta població s'obtenen uns guanys importants en salut a partir de la millora en les condicions d'habitatge, especialment les relacionades amb poder assumir els costos²⁴.

Un grup de població que mereix una atenció especial és la infància. La infància és a més un transmissor estructural de desigualtats²⁵. Les condicions socioeconòmiques adverses que estan vivint els pares a causa de la crisi econòmica afecten directament la salut i el desenvolupament dels seus fills i, a més, aquests problemes que es donen a una edat tan primerenca tindran un efecte negatiu a llarg termini²⁶, tant sobre el seu estat de salut com sobre el seu nivell socioeconòmic²⁷, ja que arrossegaran les condicions socioeconòmiques dels seus pares²⁸, i serà difícil que les puguin deixar enrere²⁹.

Hi ha una creixent evidència científica, tant des de la biologia com des de les ciències socials, que apunta a la importància dels primers anys de vida -incloent les exposicions *in utero*- en la formació de les capacitats que promouen el benestar a través del cicle vital³⁰. La desigualtat en la primera infància és un productor important de desigualtats en les capacitats que promouen el desenvolupament en societat (assoliment educacional, comportaments saludables i de risc, nivell d'ingressos, etc.). El risc de malaltia augmenta més ràpidament amb l'edat en les poblacions desfavorides. En absència d'intervencions per modificar les seves trajectòries, els infants que creixen en desavantatge estan en risc, tant socioeconòmic com biològic, durant la resta de la seva vida.

Les nenes i els nens de famílies amb un nivell socioeconòmic més desfavorit de Catalunya presenten més obesitat i més problemes de salut mental que la resta de població infantil, visiten més els serveis d'urgències, ingressen més als



hospitals i consumeixen més medicaments^{19,20}. L'afectació de la crisi econòmica en la salut mental de la població infantil catalana es manifesta en un increment dels infants i adolescents atesos als serveis de salut mental, on arriben cada vegada amb diagnòstics més greus³¹.

Un altre eix de desigualtat important en les desigualtats en salut, a més de l'eix socioeconòmic, és el gènere. A Catalunya, les dones tenen una pitjor valoració del seu estat de salut que els homes, pateixen més malalties o problemes de salut crònics, i pateixen més problemes d'ansietat o depressió i discapacitats o limitacions permanents^{19,20}. Els estudis sobre desigualtats en salut segons gènere s'han fet tradicionalment de manera paral·lela als estudis de nivell socioeconòmic, però és molt important tenir en compte que aquests dos eixos de desigualtat actuen de manera simultània³². A l'Estat espanyol existeixen importants desigualtats de gènere en les condicions de treball i en els problemes de salut relacionats amb el treball, que estan influenciades pel nivell socioeconòmic de les persones³³, fet que fa que les dones siguin, també, un grup especialment vulnerable en el context socioeconòmic actual.

En el sistema sanitari, l'accés equitatiu es dona quan es compleix el criteri d'igualtat d'accés a igual necessitat. El Sistema Nacional de Salut ha d'assegurar l'equitat d'accés al sistema sanitari, però actualment es pot comprovar com a l'Estat espanyol les persones amb un major nivell socioeconòmic tenen temps d'espera més reduïts a l'atenció hospitalària i a les visites del metge especialista, i com consumeixen més serveis d'atenció especialitzada i més serveis preventius a igual necessitat³⁴.

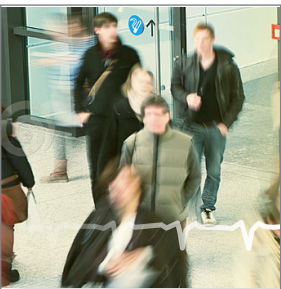
Monitorar la utilització de serveis de la població general permet conèixer indirectament l'evolució del seu estat de salut, alhora que pot contribuir a aportar llum sobre l'equitat d'accés als serveis sanitaris. A l'Estat espanyol s'ha vist com, davant de la mateixa necessitat, les persones de menor nivell socioeconòmic visiten més el metge d'atenció primària i els serveis d'urgències, tenen més ingressos hospitalaris i realitzen menys consultes a l'especialista; i com les dones visiten més el metge d'atenció primària i les urgències que els homes que, en canvi, tenen una major probabilitat de ser hospitalitzats³⁴. A Catalunya, sense tenir en compte si tenen la mateixa necessitat, les dones visiten més les urgències, ingressen més als hospitals i consumeixen més medicaments que els homes^{19,20}, i es veuen diferències territorials importants entre les àrees bàsiques de salut tant a nivell de resultats de salut (esperança de vida) com d'utilització de serveis (visites a l'atenció primària i hospitalitzacions potencialment evitables)³⁵.

L'informe de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població de l'any passat¹³ mostra que la població exempta de copagament farmacèutic té més probabilitat de ser ingressada a un hospital, de fer més visites a l'atenció primària i a centres de salut mental, i de consumir més psicofàrmacs que la població general. L'informe d'aquest any va un pas més enllà i analitza les diferències en salut, la utilització de serveis sanitaris i el consum de fàrmacs de la població resident a Catalunya segons nivells socioeconòmics que tenen en compte tant la situació laboral de la persona com el seu nivell de renda, estratificant alhora per sexe i grups d'edat, i prestant especial atenció als grups més vulnerables.





Metodologia



Metodologia

Disseny, població d'estudi i fonts d'informació

Estudi transversal de la població resident a Catalunya l'any 2015. Les fonts d'informació utilitzades han estat:

- El registre central de persones assegurades (RCA), per obtenir la població de referència, la data de defunció, el nivell de copagament farmacèutic i les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social. La població utilitzada correspon a la del tall oficial de l'RCA de 01/01/2015.
- Els registres del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP), dels hospitals d'aguts (CMBD-HA), d'urgències (CMBD-URG), dels centres ambulatoris de salut mental (CMBD-SMA) i d'hospitalització psiquiàtrica (CMBD-SMH), per a la informació sobre la utilització de serveis sanitaris.
- La base de dades de morbiditat per a la informació dels grups de morbiditat ajustats (GMA).
- La base de dades de facturació de farmàcia per a la informació sobre consum farmacèutic.
- El registre de mortalitat per al càlcul de la mortalitat per suïcidi (2014).

Variabes d'estudi

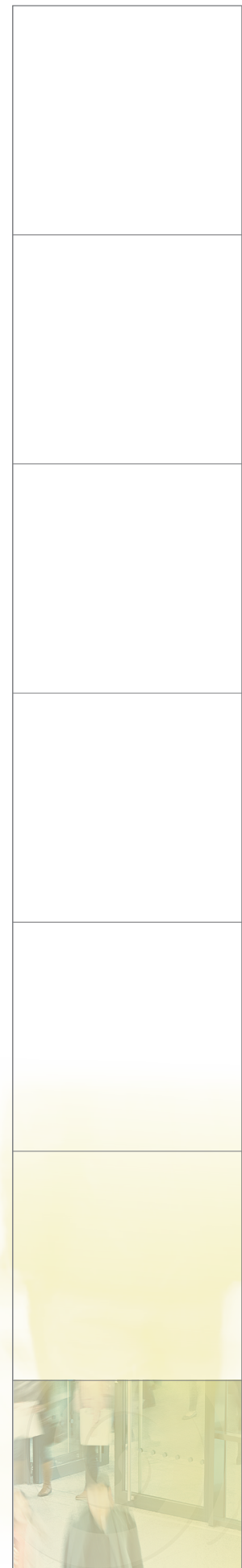
A l'informe s'analitzen variables relacionades amb la salut, la utilització de serveis sanitaris i el consum de fàrmacs de les persones residents a Catalunya l'any 2015 tenint en compte el seu nivell socioeconòmic i estratificant en cada cas per tres grups d'edat (menors de 15 anys, de 15 a 64 anys i de 65 anys o més) i per sexe.

Variabes de salut, utilització de serveis sanitaris i consum de fàrmacs

Els 20 indicadors analitzats en referència a l'estat de salut de les persones, i la utilització de serveis sanitaris i consum de fàrmacs de la població de Catalunya durant l'any 2015 són:

- Taxa de mortalitat: nombre de defuncions per cada 1.000 habitants.
- Taxa de mortalitat per suïcidi: nombre de defuncions per suïcidi per 100.000 habitants.
- Persones amb complexitat elevada (%): percentatge de població que pertany al grup de major complexitat segons els GMA³⁶.
- Persones ateses a l'atenció primària (%): percentatge de població que ha estat atesa a l'atenció primària.
- Mitjana de visites a l'atenció primària: mitjana de visites a l'atenció primària de la població atesa.

- Persones ateses a urgències (%): percentatge de població que ha estat atesa a un servei d'urgències (hospital d'aguts, centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) o Servei d'Emergències Mèdiques (SEM)).
- Mitjana de visites a urgències: mitjana de visites a un servei d'urgències (hospital d'aguts, CUAP o SEM) de la població atesa.
- Persones ateses a centres de salut mental (%): percentatge de població que ha estat atesa a un centre de salut mental (exclou la població menor de 5 anys).
- Mitjana de visites a centres de salut mental: mitjana de visites a un centre de salut mental de la població atesa (exclou la població menor de 5 anys).
- Taxa d'hospitalització: nombre d'hospitalitzacions de persones residents a Catalunya per cada 1.000 habitants.
- Taxa d'hospitalització potencialment evitable: nombre d'hospitalitzacions potencialment evitables de persones residents a Catalunya per cada 1.000 habitants (exclou la població menor de 45 anys). Les hospitalitzacions potencialment evitables inclouen les malalties següents: complicacions de la diabetis mellitus, insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica, asma, angina de pit, infeccions del tracte urinari, pneumònia bacteriana, deshidratació i hipertensió.
- Taxa d'hospitalització quirúrgica: nombre d'hospitalitzacions quirúrgiques de persones residents a Catalunya per cada 1.000 habitants. Les hospitalitzacions quirúrgiques són aquelles en què s'ha practicat una intervenció quirúrgica al pacient.
- Taxa d'hospitalització psiquiàtrica: nombre d'hospitalitzacions psiquiàtriques de residents a Catalunya per cada 1.000 habitants (exclou la població menor de 5 anys).
- Persones consumidores de fàrmacs (%): percentatge de població a la qual s'ha dispensat algun fàrmac durant l'any.
- Mitjana de receptes: mitjana de receptes dispensades a la població consumidora.
- Persones consumidores de psicofàrmacs (%): percentatge de població a la qual s'ha dispensat algun ansiolític, antidepressiu o antipsicòtic (exclou la població menor de 5 anys).
- Persones consumidores d'ansiolítics (%): percentatge de població a la qual s'ha dispensat algun ansiolític (exclou la població menor de 5 anys).
- Persones consumidores d'antidepressius (%): percentatge de població a la qual s'ha dispensat algun antidepressiu (exclou la població menor de 5 anys).
- Persones consumidores d'antipsicòtics (%): percentatge de població a la qual s'ha dispensat algun antipsicòtic (exclou la població menor de 5 anys).
- Persones consumidores de fàrmacs pel TDAH (%): percentatge de població de 6 a 24 anys a la qual s'ha dispensat algun fàrmac pel TDAH.



Variable de nivell socioeconòmic

La reforma del copagament farmacèutic del 2012 ha implicat la inclusió d'informació sobre trams de renda i situació laboral i social de la població resident a Catalunya en els sistemes d'informació sanitaris. Aquesta informació està disponible en els talls oficials de l'RCA des de l'any 2014, així com també estan disponibles les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social. Aquestes dues variables han permès l'estratificació de la població catalana en nivells socioeconòmics que tenen en compte tant la situació laboral de la persona com el seu nivell de renda.

La població activa (aquella que està en edat de treballar, ho faci o no) i la seva població beneficiària (cònjuges o descendents menors de 26 anys que depenen econòmicament d'una persona activa) ha estat classificada en 7 nivells socioeconòmics, mentre que la població pensionista, i la seva població beneficiària, ha estat classificada en 4 grups.

Els grups referents a la població activa, de menys a més nivell socioeconòmic, són:

1. Població que rep una renda mínima d'inserció (RMI) o una renda activa d'inserció (RAI), o població que ha esgotat el subsidi de desocupació (atur).
2. Població que rep el subsidi de desocupació.
3. Població que ha esgotat la prestació per desocupació sense subsidi.
4. Població que rep la prestació per desocupació.
5. Població que treballa amb una renda inferior a 18.000€ anuals.
6. Població que treballa amb una renda entre 18.000€ i 100.000€ anuals o persones que pertanyen al règim de mutualitats administratives.
7. Població activa (treballi o no) amb una renda a partir de 100.000€ anuals.

Els grups referents a població pensionista, de menys a més nivell socioeconòmic, són:

1. Població que rep una pensió no contributiva (PNC).
2. Població que rep una pensió contributiva amb una renda inferior a 18.000€ anuals.
3. Població que rep una pensió contributiva amb una renda entre 18.000€ i 100.000€ anuals.
4. Població que rep una pensió contributiva amb una renda a partir de 100.000€ anuals.

Atès el baix nombre de defuncions per suïcidi i l'elevat nombre de categories (7 per la població activa i 4 per la pensionista, per dones i homes) ha calgut agrupar els nivells socioeconòmics en tres grups, en el cas de la població activa, i en dos grups, en el cas de la pensionista. Els grups resultats són població que no treballa (categories 1 a 4 de la població activa), població que treballa amb una renda inferior a 18.000€ anuals (categoria 5 de l'activa), població que treballa amb una renda igual o superior a 18.000€ anuals (categories 6

i 7 de l'activa), PNC i pensionistes amb una renda inferior a 18.000€ anuals (categories 1 i 2 de la pensionista) i pensionistes amb una renda a partir de 18.000€ anuals (categoria 3 i 4 de la pensionista).

Definició de les diferents prestacions

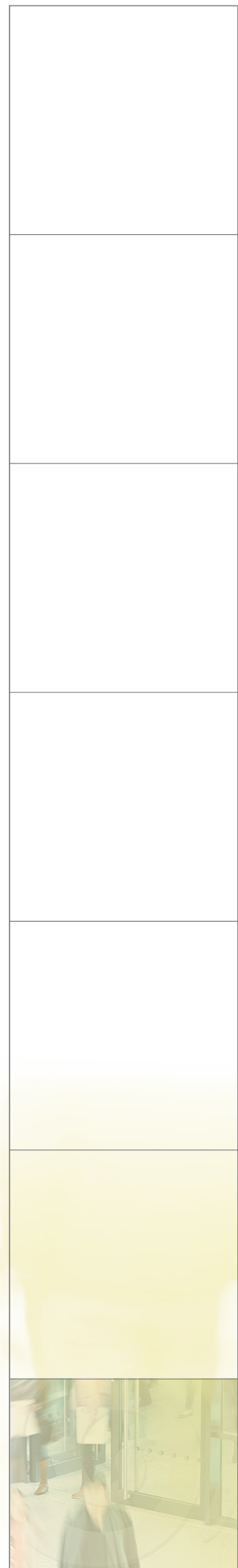
Prestació per desocupació: prestació contributiva que protegeix les persones que poden i tenen intenció de treballar però que han perdut la feina de forma temporal o definitiva o han vist reduïda temporalment la seva jornada ordinària de treball. Depenent del temps de cotització del treballador, la prestació té una durada de 120 a 720 dies. La prestació mínima de l'any 2015 va ser de 497,01€ mensuals (persones sense fills a càrrec) i la màxima de 1.397,84€ mensuals (persones amb 2 o més fills a càrrec)

Subsidi de desocupació: prestació assistencial que protegeix les persones que han perdut la feina i no tenen dret a la prestació de desocupació o bé l'han exhaurida. Els subsidis de desocupació cobreixen diferents situacions de vulnerabilitat: esgotament de la prestació per desocupació, pèrdua de feina, majors de 55 anys i altres situacions específiques. Només poden accedir al subsidi de desocupació les persones que acrediten una mitjana de renda de tots els individus de la llar per sota del 75% del salari mínim interprofessional. Depenent de la situació del demandant la durada de la prestació oscil·la de 6 a 30 mesos, excepte en els subsidis per a majors de 55 anys en què la durada pot allargar-se fins al compliment de l'edat de jubilació. L'import del subsidi durant el 2015 va ser de 426€ mensuals.

Renda activa d'inserció (RAI): prestació assistencial adreçada a persones de més de 45 anys en atur de llarga durada, persones amb discapacitat superior al 33% que han exhaurit una prestació o subsidi de desocupació i es troben en procés de cerca de feina, emigrants retornats de més de 45 anys i víctimes de violència de gènere. Com en el cas del subsidi de desocupació cal acreditar carència de rendes. La duració de la prestació és d'11 mesos com a màxim i el seu import de 426€ mensuals.

Renda mínima d'inserció (RMI): acció de solidaritat de caràcter universal envers les ciutadanes i ciutadans de Catalunya amb greus dificultats econòmiques i socials amb el propòsit d'atendre les necessitats bàsiques per viure en societat, amb els recursos convenients per mantenir-se i per afavorir la inserció o la reinserció social i laboral. Aquesta prestació no té una durada determinada i la seva quantia depèn de les càrregues familiars de la persona perceptora, podent-se afegir ajuts complementaris en determinades situacions familiars i/o laborals. És compatible amb altres prestacions, sempre que la suma de tots els ingressos no superin l'import que li correspondria a la persona per l'RMI. L'import de la prestació econòmica bàsica per l'any 2016 anava d'un mínim de 105,93 € mensuals fins a un màxim de 645,30 € mensuals (igual a l'import del salari mínim interprofessional), depenent del número de membres de la unitat familiar.

Mutualitats de les funcionàries i funcionaris de l'Estat: les funcionàries i funcionaris de l'Estat tenen l'opció d'escollir una mutualitat per a la seva atenció sanitària, diferenciant-se tres casos: ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Ar-



madas), MUGEJU (Mutualidad General Judicial) y MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles de Estado).

Pensions contributives: prestacions econòmiques i de durada normalment indefinida, en què la seva concessió està generalment supeditada a una relació jurídica prèvia amb la Seguretat Social (acreditar un període mínim de cotització en determinats casos), sempre que es compleixin els demés requisits exigits. La seva quantia es determina en funció de les aportacions efectuades pel treballador i l'empresari, si es tracta de treballadors per compte d'altri, durant el període considerat a efectes de la base reguladora de la pensió de què es tracti. Dintre de l'acció protectora del Règim General i dels Règims Especials de la Seguretat Social s'inclouen: per jubilació (incloent-hi jubilacions anticipades), per incapacitat permanent (total, absoluta i gran invalidesa) i per defunció (viudetat, orfandat i a favor de familiars). Dintre de l'acció protectora del "Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI)" s'inclouen: per vellesa, invalidesa i viudetat.

Pensions no contributives: prestacions econòmiques que es reconeixen a ciutadanes i ciutadans que, trobant-se en situació de necessitat de protecció, no tinguin recursos suficients per a la seva subsistència en els termes legals establerts, encara que no hagin cotitzat mai o el temps necessari per arribar a les prestacions de nivell contributiu. Dintre d'aquesta modalitat s'inclouen pensions per invalidesa i jubilació.

Variables d'estratificació

L'informe presenta tots els resultats per sexe i per grups d'edat, ja que aquestes variables també tenen una influència molt important en l'estat de salut de la població i en la utilització de serveis que aquesta fa.

Els grups d'edat considerats són les persones menors de 15 anys, de 15 a 64 anys i de 65 anys o més. A més dels resultats d'aquests grans grups, també s'inclouen resultats específics per al grup de 55 a 64 anys, atès que és un grup d'edat en què hi ha persones tant en una situació activa, en relació amb el mercat de treball, com beneficiàries de pensions.

Criteris d'inclusió

Tot i el caràcter poblacional de l'estudi, alguns grups han estat exclosos de l'anàlisi. Per a alguns individus els sistemes d'informació no ofereixen dades suficients per poder classificarlos en un dels nivells socioeconòmics dissenyats, ni tampoc per crear un grup nou que sigui homogeni. La gran majoria d'aquests casos corresponen a persones amb rendes inferiors a 18.000€ de les quals no es disposa d'informació sobre la seva relació amb el mercat laboral, i alhora tampoc reben cap renda social del tipus RMI, RAI o PNC. Es tracta d'un grup molt heterogeni que inclou tant persones joves que han perdut la condició de beneficiaris dels seus progenitors i encara no s'han integrat en el mercat de treball, com immigrants que han arribat recentment a Catalunya i encara no han treballat mai, persones que han abandonat el mercat laboral i no cobren cap prestació o subsidi de desocupació, o persones que no han treballat mai, entre d'altres. Aquests casos han quedat exclosos de l'estudi.

L'informe també exclou alguns grups molt minoritaris, com les persones afectades per la síndrome tòxica i alguns grups de discapacitats en programes d'integració laboral o de menors tutelats. L'estudi d'aquests grups requeriria una anàlisi específica.

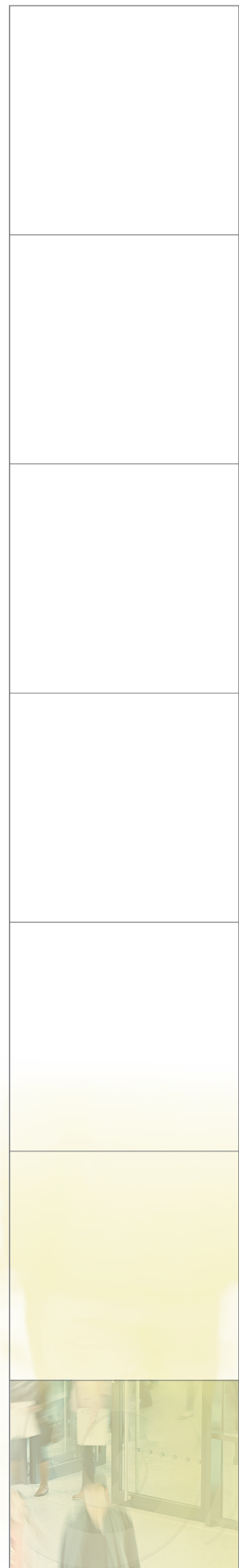
Per acabar, els grups socials definits corresponen majoritàriament a grups d'edat específics. Per exemple, els relatius a població activa acostumen a ser molt més freqüents en població menor de 65 anys, mentre que els relatius a població pensionista corresponen en la major part dels casos a població de més de 54 anys. Per tant hi ha combinacions de grup social i grup d'edat amb molt poca població, que també han estat excloses de l'anàlisi.

Un cop aplicades totes les exclusions, l'anàlisi inclou el 80,5% de la població catalana, tot i que varia sensiblement per grups d'edat, sent les persones més joves, especialment les menors de 5 anys i la població d'entre 20 i 30 anys les menys representades.

Anàlisi

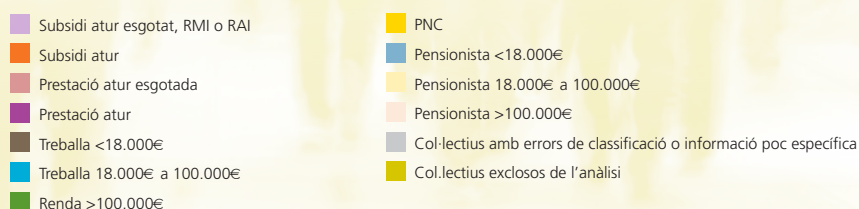
S'obtenen taxes, freqüències i mitjanes per les diferents variables de salut, utilització de serveis sanitaris i consum de fàrmacs, estratificant per grups d'edat i sexe, i donant els resultats pels diferents nivell socioeconòmics.

A fi d'assegurar la comparabilitat entre nivells socioeconòmics que tenen estructures etàries molt diferents, fins i tot dins d'un mateix grup d'edat, tots els resultats es presenten estandarditzats per edat. A fi de permetre també la comparabilitat entre sexes, s'ha utilitzat la mateixa població de referència per dones i homes. La població de referència utilitzada per a l'estandardització és la població total resident a Catalunya del tall oficial de l'RCA de 2015 (01/01/2015), classificada en grups quinquennals. El mètode d'estandardització emprat per defecte és el directe.



Classificació de la població resident a Catalunya del 2015 segons el nivell de copagament farmacèutic i la prestació econòmica del sistema de la Seguretat Social per a la formació de la variable de nivell socioeconòmic

	Exempts de copagament i d'euro per recepta	Exempts de copagament però no d'euro per recepta	Pensionista <18.000€	Pensionista 18.000€ a 100.000€	Pensionista >100.000€	Pensionistes previament classificats amb sense recursus	Actius < 18000	Actius entre 18000 i 100000	Actius > 100000	Mutualistes	Total
Règim general							1	1			2
Agrari CP							3				3
RD 1088/89	1	0					7	4			12
MUFACE							66	6		3.626	3.698
MUGEJU							26			298	324
ISFAS A							1	2		78	81
Genèric seguretat social	695	1	5.979	3			92.257	484	20	18	99.457
Pròrroga Comunitat Valenciana							2				2
Treb. en alta o sit. assimilada a alta	6.519	1	701	32	2		2.140.068	1.429.279	43.214	11	3.619.827
Pensionistes Seg. Social contributives	3.537	0	1.182.389	424.519	8.468		71	2	1	6	1.618.993
Pensionistes Seg Social NO contributives	56.806	6941	4				4				63.755
Perceptors prestació per desocupació	755	0	57	2			173.154	46.038	1.188		221.194
Perceptors subsidi per desocupació	3.235	1	146				197.006	5.802	35	1	206.226
Perceptors renda d'inserció social SEPE	2.081	37.136	18				23			1	39.259
Afectats síndrome tòxica	1	83									84
Discapacitats LISMI RD 383/1984 d'1 feb.	36	24									60
Perceptors d'altres prestacions	9.020	0	106	15			51.176	2.649	72	2	63.040
Esgotada la prestació per desocupació	6.140	0	54	14			137.925	17.309	616	2	162.060
Esgotat el subsidi per desocupació	17.996	125.426	83	20			645	56	3		144.229
Resident a Espanya	11.543	1	1.821	41		987	358.041	47.051	2.626	4	422.115
Concert MUFACE	1	0	1				1	3		18.323	18.329
Concert ISFAS	1	0								983	984
Concert MUGEJU								1		781	782
Menors tutelats administració	49	0	21	2			1.153	2			1.227
Situacions especials de menors							2				2
Perceptors renda inser. social CCAA	8	166									174
NA Convenis especial prest. assist. san.										3	3
Internacional beneficiari treballador							51	11	2		64
Internacional pensionista	10	0	6.307	1.092	25						7.434
Internacional beneficiari pensionista			2	1							3
Sense especificar	13.354	1.800	36.973	8.239	78	3.309	513.641	103.867	2.440	126.648	810.349
Total	131.788	171.580	1.234.662	433.980	8.573	4.296	3.665.324	1.652.567	50.217	150.785	7.503.772



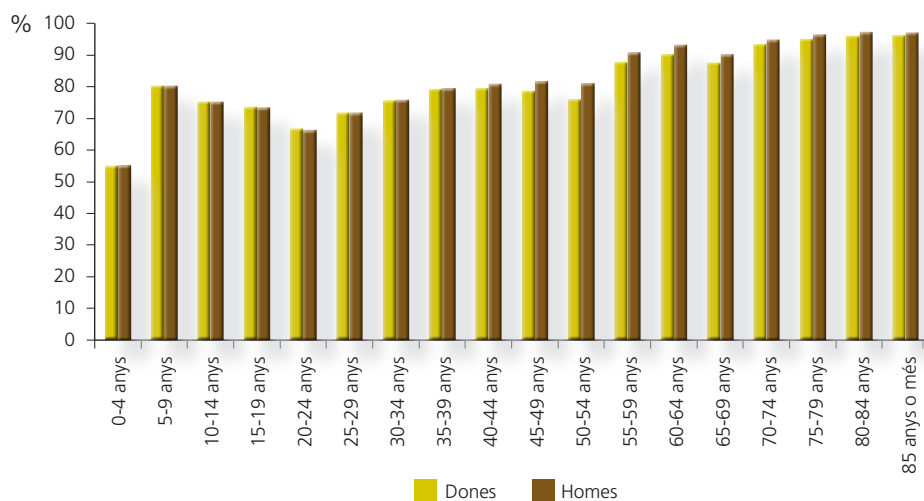
Font: registre central de persones assegurades, 2015

Persones incloses a l'estudi segons nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015

Nivell socioeconòmic	Persones
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	237.458
Subsidi atur	202.808
Prestació atur esgotada	155.234
Prestació atur	219.192
Treballa <18.000€	2.140.068
Treballa 18.000€ a 100.000€	1.580.064
Renda >100.000€	50.217
PNC	56.806
Pensionista <18.000€	1.234.641
Pensionista 18.000€ a 100.000€	433.978
Pensionista >100.000€	8.573
Total de persones incloses a l'anàlisi	6.319.039
Col·lectius amb errors de classificació o informació poc específica	1.179.066
Col·lectius exclosos de l'anàlisi	5.667
Total de persones exclosos de l'anàlisi	1.184.733
Total població de Catalunya (RCA 2015)	7.503.772

Font: registre central de persones assegurades, 2015

Percentatge de persones incloses a l'estudi segons edat i sexe. Catalunya, 2015



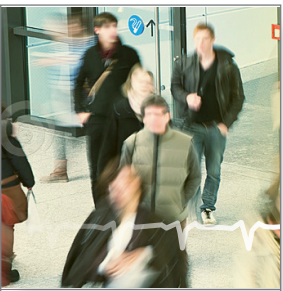
Font: registre central de persones assegurades, 2015





Resultats





1. Primer estudi que analitza desigualtats socioeconòmiques amb dades individuals de tota la població de Catalunya

Aquest és el primer estudi en què s'analitzen les desigualtats en la salut, la utilització de serveis sanitaris i el consum de fàrmacs segons el nivell socioeconòmic de la població, utilitzant informació individual de tota la població de Catalunya.

Des que al 1980 va aparèixer el conegut com a "Black Report", on quedaven de manifest les grans desigualtats existents en la morbiditat i mortalitat de la població de Gran Bretanya vinculades amb desigualtats socials externes al sistema de salut, la preocupació per les desigualtats en salut ha sigut una constant en els països europeus. La literatura científica s'ha fet ressò d'aquest interès, amb constants publicacions sobre aquest tema des dels anys 80 i fins a l'actualitat.

En el context europeu, són destacables els estudis liderats per Michael Marmot, que s'han convertit en un referent en el tema. En el nostre context, és molt remarcable la línia de treball de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, amb un ampli coneixement de les desigualtats en salut, els estudis liderats per la *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* (SESPAS), els treballs fets per diferents organitzacions no governamentals com Creu Roja o Càritas, o l'anàlisi feta pel mateix Departament de Salut mitjançant l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), entre d'altres.

Ara bé, en el nostre context, cap dels estudis publicats fins a l'actualitat han analitzat les desigualtats socioeconòmiques de tota una població utilitzant informació individual. Fins ara, els estudis han utilitzat dades agregades (estudis de tipus ecològic –p. e. per ABS, o per secció censal-), dades de col·lectius poblacionals específics (p. e. homes funcionaris en el cas de la "Whitehall Cohort") conjunts més petits de dades individuals, o informació provinent d'enquestes (com l'ESCA, l'Enquesta de Salut de Barcelona o les dades de Catalunya de l'*Encuesta de Presupuestos Familiares*).

Amb anterioritat, l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població havia analitzat els determinants de la salut (producte interior brut, atur i ocupació, abandonament escolar, risc de pobresa i exclusió social, renda familiar, i hàbits i estils de vida), l'accés als serveis sanitaris, l'estat de salut i la mortalitat de manera agregada per a tota Catalunya, analitzant les tendències entre 2007-8 i 2012-13, així com per comarques.

El present informe de l'Observatori analitza la informació individual, de gairebé la totalitat dels habitants de Catalunya. El nivell socioeconòmic utilitzat té en compte tant la situació laboral de la persona com el seu nivell de renda, i prové de la informació de què disposa el Departament de Salut per a l'assignació del nivell de copagament farmacèutic de les persones. Aquesta informació s'ha relacionat per a cada ciutadana i ciutadà de Catalunya amb la informació sobre el seu estat de salut (mortalitat i morbiditat), la seva utilització de serveis

sanitaris i el seu consum de fàrmacs. Aquest és un exemple pràctic d'anàlisi de dades massives que el programa PADRIS permet.

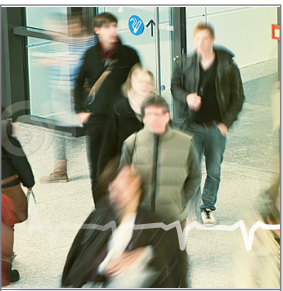
L'informe de l'any passat ja va fer una primera aproximació a l'anàlisi dels grups vulnerables, separant les persones exemptes de copagament farmacèutic de les persones amb copagament, i analitzant la seva utilització dels serveis hospitalaris, atenció primària, salut mental i psicofàrmacs per comarques. Enguany, l'informe utilitza dades individuals, i un ampli ventall d'indicadors de salut, d'utilització de serveis sanitaris i de consum de fàrmacs.

Idees destacades:

La preocupació per les desigualtats en salut és un tema recurrent des dels anys 80 i fins a l'actualitat.

La majoria dels estudis han utilitzat dades agregades, dades de col·lectius poblacionals específics, conjunts més petits de dades individuals, o informació provinent d'enquestes.

Aquest informe ha relacionat la informació sobre el nivell de copagament farmacèutic i les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social amb la informació sobre la salut, la utilització de serveis sanitaris i el consum de fàrmacs de cada ciutadana i ciutadà de Catalunya.



2. Existeix gradient socioeconòmic en tots els indicadors analitzats

Existeix gradient socioeconòmic en tots els indicadors analitzats, tant en els de salut, com en els d'utilització de serveis i en els de consum de fàrmacs, en dones i homes, i en tots els grups d'edat. Només en el cas d'algun indicador concret i per algun grup d'edat específic o en algun dels dos sexes, no s'observa gradient.

En termes generals, el valor dels grups que estan pitjor multiplica per una mica més d'1, per 2 i per 3, el valor dels grups que estan millor. El gradient és petit (tot i que existent) a l'atenció primària i a l'atenció urgent, moderat en consum de fàrmacs, més gran en hospitalitzacions i molt més gran en salut mental i en hospitalitzacions potencialment evitables. En general, el gradient és lleuger en nenes i nens, assoleix el màxim a l'edat de 15 a 64 anys, i torna a fer-se més petit en les persones de 65 anys i més. Hi ha gradient en tots dos sexes: depenent de l'indicador analitzat, el gradient és més gran en les dones que en els homes, o al revés.

La direcció del gradient és gairebé sempre la mateixa; en les persones menors de 65 anys, de menor a major nivell socioeconòmic: 1) persones que han esgotat subsidis, RMI i RAI; 2) persones que reben subsidis; 3) persones aturades que han esgotat la prestació d'atur; 4) persones aturades que reben prestació d'atur; 5) persones que treballen amb rendes inferiors als 18.000€; 6) persones que treballen amb rendes entre 18.000€ i 100.000€; 7) persones actives amb rendes superiors als 100.000€. En les persones de 65 anys i més, de menor a major nivell socioeconòmic: 1) PNC; 2) persones pensionistes amb rendes inferiors als 18.000€; 3) persones pensionistes amb rendes entre 18.000€ i 100.000€; 4) persones pensionistes amb rendes superiors als 100.000€.

Les nenes i els nens amb menor nivell socioeconòmic multipliquen per 1,6 la probabilitat d'anar a l'atenció primària respecte als de major nivell socioeconòmic (86,4% i 86,6% respectivament, enfront de 55,8% i 55,2%). El nombre de visites també és del doble: 7,8 en les nenes i 7,9 en els nens amb menor nivell socioeconòmic enfront de les 4,2 i 4,4 de les nenes i els nens de major nivell socioeconòmic. En les persones de 15 a 64 anys, les dones i els homes de menor nivell socioeconòmic multipliquen per 2 la probabilitat d'anar a l'atenció primària respecte als de major nivell socioeconòmic, i el nombre de visites també és el doble. En les persones de 65 anys i més, les diferències en la probabilitat d'anar a l'atenció primària són molt petites, tant en dones com en homes, tot i que el nombre de visites segueix sent el doble en les persones amb menor nivell socioeconòmic. Totes aquestes diferències queden molt suavitzades quan es treu de la comparació el grup amb rendes per sobre de 100.000€, segurament per la major existència de doble cobertura i el major ús de serveis sanitaris privats en aquest grup. Els valors són semblants per a les urgències.

El consum de fàrmacs (el percentatge de persones que prenen fàrmacs, la mitjana de receptes, el percentatge de persones que prenen psicofàrmacs,

ansiolítics, antidepressius o antipsicòtics) en les persones amb menor nivell socioeconòmic multiplica per 2, per 3 i per 4 el de les persones amb major nivell socioeconòmic, en tots dos sexes i en tots els grups d'edat. Les majors diferències s'observen en els antipsicòtics i, especialment, entre els homes: el consum d'antipsicòtics en els nens amb menor nivell socioeconòmic (1,6%) multiplica per 4,7 el dels de major nivell socioeconòmic (0,3%); entre les nenes la multiplicació és per 2,4; el consum de les dones i els homes de 15 a 64 anys amb menor nivell socioeconòmic multiplica per 4,8 i per 8,6 el de dones i homes amb major nivell socioeconòmic; el consum dels homes de 65 anys i més amb menor nivell socioeconòmic multiplica per 4,2 els de major nivell socioeconòmic, mentre que en les dones la multiplicació és per 2,4.

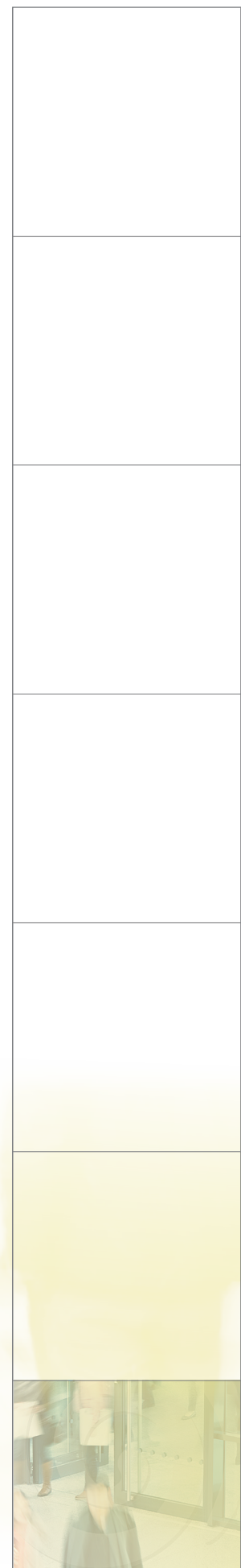
El percentatge de nenes i nens amb menor nivell socioeconòmic atesos als centres de salut mental (5,9% de les nenes i 11,4% dels nens) multiplica per 4,4 i per 5,1 al de les nenes i nens amb major nivell socioeconòmic (1,3% i 2,2%, respectivament). En les persones de 15 a 64 anys, aquests valors són del 9,0 i del 10,1; i en les persones de 65 anys i més són del 7,8 i 9,8, respectivament. Un cop les persones van al centre de salut mental, les diferències són petites quant al nombre de visites, per tots dos sexes i tots els grups d'edat.

Si bé en l'hospitalització total i quirúrgica les diferències entre grups socials són moderades, les hospitalitzacions psiquiàtriques i les hospitalitzacions potencialment evitables presenten un fort gradient socioeconòmic. La taxa d'hospitalització psiquiàtrica dels nens amb menor nivell socioeconòmic (1,4 per 1.000 nens) multiplica per 6,8 la dels nens amb major nivell socioeconòmic. Entre les persones de 15 a 64 anys la taxa d'hospitalització psiquiàtrica de les dones i els homes amb menor nivell socioeconòmic (6,5 i 9,7 per 1.000, respectivament) multiplica per 5,9 i per 12,6 la dels de major nivell socioeconòmic. I en el grup d'edat de 64 i més anys, la taxa d'hospitalització psiquiàtrica de les dones i els homes amb menor nivell socioeconòmic multiplica per 15,3 i per 8,2 la dels de major nivell socioeconòmic.

La taxa d'hospitalització potencialment evitable de les dones i els homes de 15 a 64 anys amb menor nivell socioeconòmic (5,6 i 7,5 per 1.000, respectivament) multiplica per 13,9 i per 14,7 la de les dones i els homes amb major nivell socioeconòmic, en aquest mateix grup d'edat. I en el grup d'edat de 64 i més anys, la taxa d'hospitalització potencialment evitable de les dones i homes amb menor nivell socioeconòmic multiplica per 4,7 i per 8,8 la de les dones i homes amb major nivell socioeconòmic.

De manera semblant, en els resultats de salut, la taxa de mortalitat en les dones i els homes amb menor nivell socioeconòmic multiplica per valors entre 3 i 4 la de les dones i els homes amb major nivell socioeconòmic. Pel que fa a la complexitat elevada, la relació entre les dones i els homes de menor i major nivell socioeconòmic multiplica per 4,0 i 2,8, respectivament, en nenes i nens; per 8,9 i 8,1 en dones i homes de 15 a 64 anys, i per 4,6 i 3,6 en dones i homes de 65 anys i més.

Els valors de la taxa de mortalitat, la taxa d'hospitalització psiquiàtrica, el consum d'antipsicòtics i la mitjana de receptes (en les persones entre 15 i 64 anys) segons nivell socioeconòmic segueixen una distribució exponencial: el valor corresponent al menor nivell socioeconòmic és molt més alt que el la resta. És a dir, són indicadors especialment sensibles a les condicions socials extremes.



Això no vol dir que el gradient no sigui important en altres indicadors mencionats (com les persones ateses als centres de salut mental o la taxa d'hospitalització potencialment evitable, on hi ha un gradient molt fort) sinó que, en aquests altres casos, el gradient és lineal.

Raó entre els valors màxims i mínims de cada indicador, sexe i grup d'edat. Catalunya, 2015

Indicador	Sexe	Persones menors de 15 anys		Persones de 15-64 anys		Persones de 65 anys i més	
		Màx./Mín.	Màx./Mín. (ex)	Màx./Mín.	Màx./Mín. (ex)	Màx./Mín.	Màx./Mín. (ex)
Taxa mortalitat	Dona	-	-	3,7	3,7	1,7	1,5
	Home	-	-	3,8	3,6	2,2	2,0
Taxa suïcidis	Dona	-	-	1,4	-	1,2	-
	Home	-	-	1,8	-	1,7	-
Persones complexitat elevada (%)	Dona	4,0	2,2	8,9	5,7	4,6	1,9
	Home	2,8	2,6	8,1	4,0	3,6	1,7
Persones ateses AP (%)	Dona	1,6	1,3	2,0	1,3	1,2	1,0
	Home	1,6	1,3	2,0	1,5	1,2	1,1
Mitjana visites AP	Dona	1,9	1,3	2,3	1,5	2,1	1,4
	Home	1,8	1,3	2,0	1,4	2,0	1,3
Persones ateses urgències (%)	Dona	2,2	1,4	3,4	1,8	2,5	1,4
	Home	2,1	1,4	3,0	1,7	2,6	1,4
Mitjana visites urgències	Dona	1,4	1,2	1,6	1,5	1,5	1,3
	Home	1,3	1,2	1,6	1,4	1,9	1,4
Persones ateses CSM (%)	Dona	4,4	2,0	9,0	3,9	7,8	2,7
	Home	5,1	2,0	10,1	3,7	9,8	3,8
Mitjana visites CSM	Dona	1,1	1,1	1,5	1,2	1,2	1,2
	Home	1,1	1,1	1,6	1,3	1,6	1,6
Taxa hospitalització	Dona	3,4	1,7	5,0	2,0	3,6	1,6
	Home	2,2	1,5	3,3	2,0	3,9	1,5
Taxa hospitalització evitable	Dona	-	-	13,9	3,9	4,7	2,7
	Home	-	-	14,7	3,8	8,8	2,8
Taxa hospitalització quirúrgica	Dona	2,8	1,7	4,8	1,8	3,4	1,3
	Home	2,2	1,4	3,2	1,8	3,7	1,3
Taxa hospitalització psiquiàtrica	Dona	2,2	2,2	5,9	5,9	15,3	3,0
	Home	6,8	4,6	12,6	11,1	8,2	3,7
Persones consumidores fàrmacs (%)	Dona	2,2	1,5	2,0	1,5	1,2	1,0
	Home	2,1	1,4	1,8	1,5	1,2	1,1
Mitjana receptes	Dona	1,5	1,5	2,3	2,2	1,8	1,4
	Home	1,5	1,5	1,7	1,7	1,5	1,3
Persones consumidores psicofàrmacs (%)	Dona	3,4	1,9	2,7	2,2	1,3	1,1
	Home	3,4	2,0	2,7	2,0	1,3	1,3
Persones consumidores ansiolítics (%)	Dona	4,1	1,9	2,7	2,2	1,2	1,1
	Home	3,4	1,9	2,6	1,9	1,2	1,2
Persones consumidores antidepressius (%)	Dona	1,6	1,5	3,2	2,5	1,5	1,2
	Home	2,2	1,5	3,2	2,2	1,3	1,3
Persones consumidores antipsicòtics (%)	Dona	2,4	2,4	4,8	4,5	2,4	1,9
	Home	4,7	2,6	8,6	5,4	4,2	2,7
Persones consumidores fàrmacs TDAH (%)	Dona	1,8	1,5	-	-	-	-
	Home	1,2	1,2	-	-	-	-

Màx./Mín.: raó entre el valor màxim i el mínim

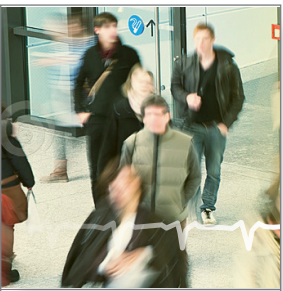
Màx./Mín. (ex): raó entre el valor màxim i el mínim, un cop exclòs el grup socioeconòmic de persones amb rendes superiors als 100.000€

■ raó inferior a 2,5; ■ raó de 2,6 a 4; ■ raó superior a 4

*** Idees destacades:**

El gradient és petit en l'atenció primària i en l'atenció urgent, però més gran en consum de fàrmacs (sobretot antipsicòtics), i molt més gran en serveis de salut mental i en hospitalitzacions (psiquiàtriques i potencialment evitables).

El gradient també és gran en mortalitat i complexitat.



3. Les persones amb menor nivell socioeconòmic tenen una probabilitat quatre vegades major de morir abans dels 65 anys

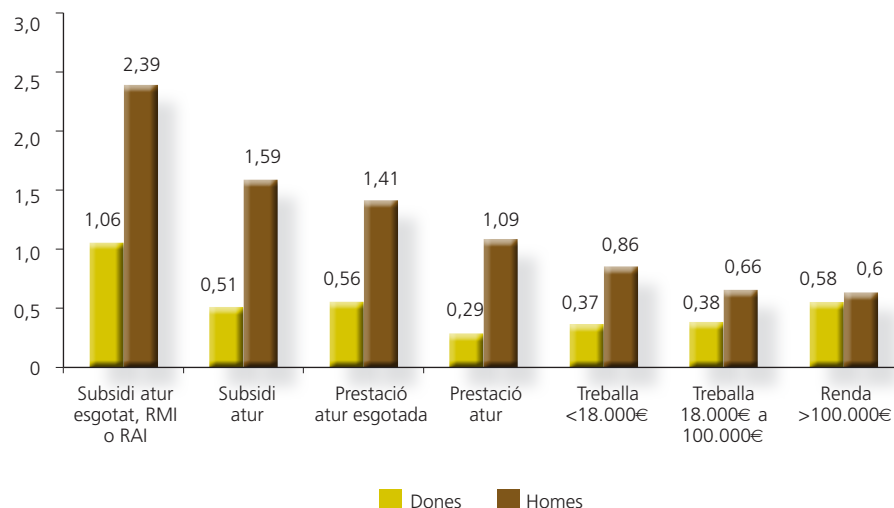
La mortalitat és un dels resultats de salut més àmpliament estudiat en relació amb les desigualtats socioeconòmiques. En el nostre context també trobem desigualtats importants en indicadors directament relacionats amb la mortalitat, com l'esperança de vida: a Catalunya, la diferència en esperança de vida entre les àrees bàsiques de salut segons el seu nivell socioeconòmic arriba fins als 8 anys, i a la ciutat de Barcelona aquesta diferència entre barris és de 2,5 anys en el cas de les dones i 5,8 anys en el cas dels homes.

Com ja és conegut, la taxa de mortalitat dels homes és major que la de les dones. De fet entre els 50 i 80 anys la duplica en tots els grups d'edat. Ara bé, és interessant veure la magnitud del gradient socioeconòmic en cadascun dels grups d'edat i sexe. La taxa de mortalitat presenta un gradient destacable en les persones menors de 65 anys. Els homes de menor nivell socioeconòmic tenen una taxa de mortalitat de 2,4 per 1.000 habitants mentre que els que tenen rendes superiors a 100.000€ la tenen de 0,6, gairebé quatre vegades inferior. En les dones, la taxa de mortalitat de les que tenen un menor nivell socioeconòmic és el doble de la de les més benestants (1,1 per 1.000 habitants i 0,6, respectivament).

En les persones majors de 65 anys, el gradient és menor. La taxa de mortalitat de les dones de menor nivell socioeconòmic (33,5 per 1.000 habitants) és 1,5 vegades superior a la de les de major nivell (19,8 per 1.000 habitants); en els homes és 2 vegades superior (68,7 i 30,9 per 1.000 habitants, respectivament).

En el grup de persones de 55 a 64 anys crida l'atenció la diferència entre les taxes de mortalitat de les que encara es troben en situació activa i de les pensionistes: les actives tenen valors semblants al grup de persones menors de 65

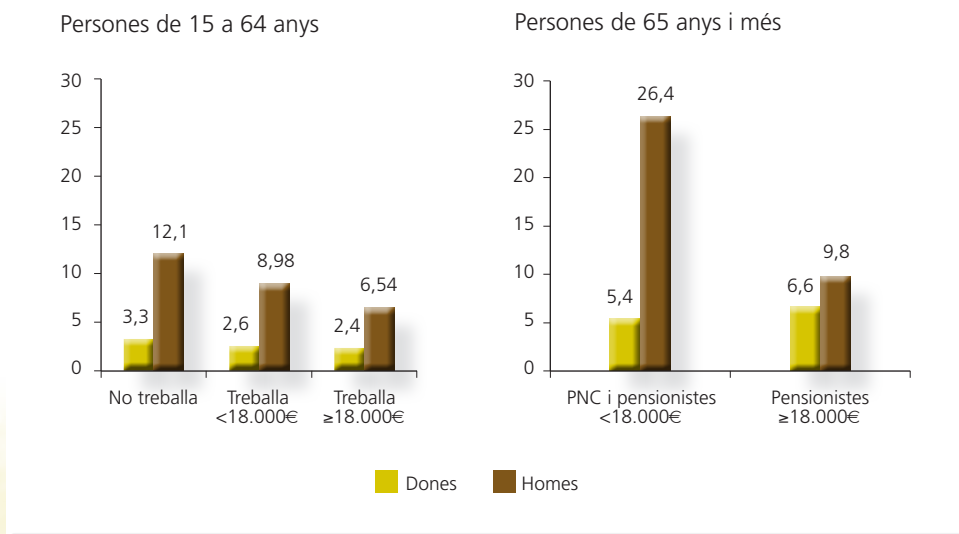
Taxa de mortalitat (per 1.000 habitants) en persones menors de 65 anys segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



anys, i les pensionistes tenen valors més semblats a les majors de 65 anys. Dins del grup de pensionistes d'entre 55 a 64 anys, destaca l'elevada mortalitat de les persones amb pensions no contributives, amb una la taxa de mortalitat de 15,3 per 1.000 habitants en les dones i de 38,2 en els homes; mentre que en les que tenen rendes entre 18.000€ i 100.000€ és de 3,3 i 7,3, respectivament. En aquest cas no s'ha pogut comparar amb les persones de major nivell socioeconòmic, aquelles que tenen rendes superiors a 100.000€, ja que hi ha menys de 10 defuncions en aquest grup.

Entre les causes de mortalitat evitable, el suïcidi ha estat una de les que més ha crescut en els darrers anys, i la que és susceptible d'estar més clarament relacionada amb els condicionants socioeconòmics, tot i que hi ha moltes diferències entre països. La mortalitat per suïcidi presenta gradient social entre els homes, tant en els menors de 65 anys com en la població de 65 anys i més. En les persones menors de 65 anys, els homes que no treballen tenen taxes de mortalitat per suïcidi del doble respecte als homes que treballen amb rendes anuals superiors a 18.000€. Entre la població de 65 anys i més, els homes pensionistes amb rendes inferiors a 18.000€ multipliquen per 2,7 la taxa dels pensionistes amb rendes superiors a 18.000€.

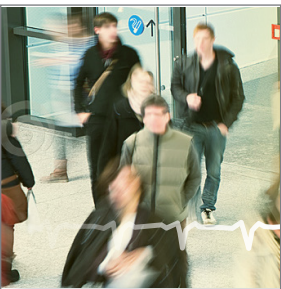
Taxa de mortalitat per suïcidi (per 100.000 habitants) segons edat, sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2014



* Idees destacades:

Els pensionistes joves d'entre 55 a 64 anys tenen taxes de mortalitat molt superiors a la mitjana del seu grup d'edat i similars a les de la població major de 65 anys.

La mortalitat per suïcidi té gradient social entre els homes, tant entre els menors de 65 anys com entre els de 65 anys i més.



4. Les persones amb menor nivell socioeconòmic tenen una major proporció de població amb complexitat elevada, també entre les menors de 15 anys

En els darrers anys, l'estratificació de la població segons el seu grau de morbiditat està prenent molta força com a instrument per millorar la planificació dels serveis sanitaris. Les dues tècniques de classificació emprades en aquests moments en el sistema sanitari català són els Clinical Risk Grups (CRG) i els grups de morbiditat ajustada (GMA); aquests darrers són una variant dels primers adaptada a les característiques de morbiditat de la població catalana.

Les tècniques d'estratificació per grau de morbiditat classifiquen la població segons el nombre de patologies cròniques que pateix i la seva gravetat. A partir de la combinació d'aquests dos factors s'obté la seva complexitat clínica. Segons els GMA, el 5% de la població amb més complexitat té una probabilitat 14 vegades superior a la mitjana de morir en el període d'un any i suposa al voltant del 35,7% de la despesa sanitària pública total.

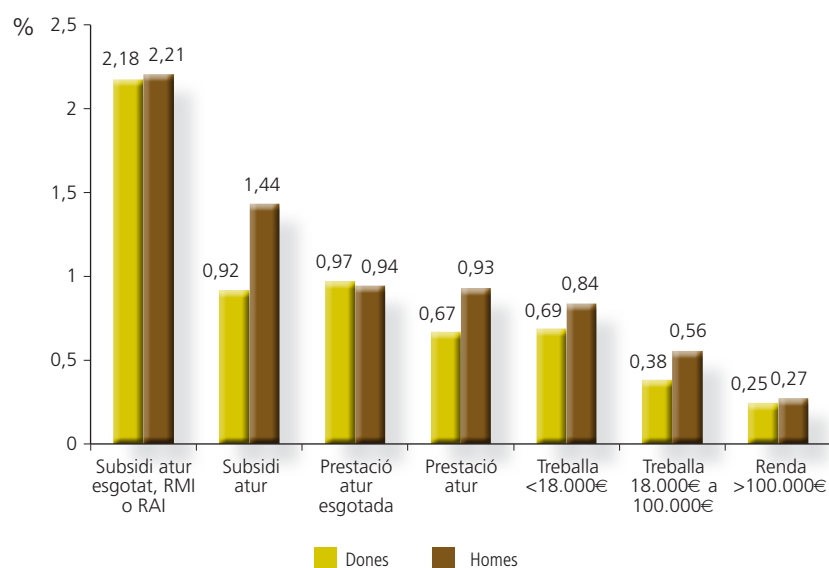
Característiques de la població segons el nivell de complexitat. Catalunya, 2015

	% població	Taxa de mortalitat durant l'any (per 100)	Mitjana de visites a l'atenció primària	% d'ús dels treballadors socials d'atenció primària	Taxa d'ingressos urgents (per 100)	Taxa de visites a urgències (per 100)	Mitjana de fàrmacs dispensats	Despesa anual €	% despesa total
Més complexitat	5	12,3	22,8	48,6	59,7	175,5	13,4	7.466	35,7
	15	1,1	12,8	11,6	6,7	76,0	8,0	2.262	32,5
	30	0,1	6,7	2,6	2,4	48,0	3,6	817	23,5
Menys complexitat	50	0,1	1,8	0,4	0,5	15,5	0,9	174	8,3
Total	100	0,9	6,0	5,1	5,0	42,3	3,4	1.045	100

L'informe actual analitza si la proporció de població que pertany al grup de persones de complexitat elevada varia amb el nivell socioeconòmic, amb resultat afirmatiu per a tots els grups d'edat i sexe. El grup d'edat amb més gradient, tant per dones com per homes, és el de 15 a 64 anys. Una part rellevant d'aquesta diferència s'explica pels valors extrems que pren la categoria socialment més desfavorida (subsidi d'atur esgotat, RMI o RAI). Amb tot, si s'exclouen les dues categories socials extremes, la proporció de persones de menor nivell socioeconòmic amb complexitat elevada multiplica per 2,5 en dones i per 2,6 en homes la proporció observada en el grup de major nivell socioeconòmic, corroborant que el gradient socioeconòmic es manté al llarg de tota l'escala social.

Tot i que inferiors respecte al grup d'edat de 15 a 64 anys, potser l'aspecte més destacable són les diferències existents en la població menor de 15 anys. Val a dir que les persones amb complexitat elevada són poc freqüents en aquest grup d'edat, on representen únicament el 0,25% de la població en nenes i el 0,32% de la població en nens, però tenen un impacte molt rellevant en termes socials.

Proporció de persones d'entre 15 i 64 anys amb complexitat elevada segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



Les nenes i els nens de famílies de menor nivell socioeconòmic presenten fins al doble de probabilitat de pertànyer al grup de persones amb complexitat elevada respecte al grup de 18.000€ a 100.000€ (2,2 vegades en nenes i 2,6 vegades en nens). Aquest fet indica que la complexitat clínica té un gradient social des de la infantesa. Si es compara amb el grup de major nivell socioeconòmic (rendes superiors a 100.000€) la probabilitat és 4 vegades superior en nenes i 2,8 vegades en nens.

Entre les persones de 65 i més anys, la complexitat elevada és molt més freqüent i també s'observa gradient socioeconòmic. Amb tot, la distància entre grups es redueix a mida que avança l'edat. Malgrat això, els pensionistes amb rendes més baixes (PNC i pensionistes amb rendes inferiors a 18.000€) presenten un percentatge major de població de complexitat elevada respecte als grups de rendes més altes.

* Idees destacades:

En el grup de població en edat activa, la proporció de persones en situació de complexitat elevada és un dels indicadors amb més gradient socioeconòmic.

Les nenes i els nens de famílies amb menor nivell socioeconòmic presenten fins al doble de probabilitat de pertànyer al grup de complexitat elevada.

Tot i que la distància entre grups socials es redueix a mida que avança l'edat, els pensionistes amb rendes més baixes presenten un percentatge major de població de complexitat elevada respecte als grups de rendes més altes.



5. Les nenes i els nens presenten un gradient molt fort en funció del nivell socioeconòmic dels seus progenitors

Aquest potser sigui el resultat de l'estudi que més crida l'atenció. Les dades mostren un gradient molt fort en l'estat de salut i la utilització de serveis de les nenes i els nens en funció del nivell socioeconòmic dels seus progenitors. A la literatura, aquest fenomen es coneix com mobilitat intergeneracional de la salut: l'estat de salut de les filles i els fills depèn de manera significativa del dels seus progenitors, un cop ajustat per característiques personals com l'edat, el sexe i la composició de la llar. Això és especialment important ja que, de nou, ajustant per nivell d'ingressos, educació i classe social dels progenitors, les nenes i els nens amb mala salut tenen menor nivell educatiu, pitjor salut i classe social més baixa quan arriben a adults, adults que a la seva vegada podran ser mares o pares.

Com s'ha comentat abans, hi ha una creixent evidència científica que apunta a la importància dels primers anys de vida -incloent les exposicions *in utero*- en la formació de les capacitats que promouen el benestar a través del cicle vital. La desigualtat en la primera infància és un productor important de desigualtats en les capacitats que promouen el desenvolupament en societat (assoliment educacional, comportaments saludables i de risc, nivell d'ingressos, etc.). El risc de malaltia augmenta més ràpidament amb l'edat en les poblacions desfavorides. En absència d'intervencions per modificar les seves trajectòries, els infants que creixen en desavantatge estan en risc -tant socioeconòmic com biològic- durant la resta de la seva vida.

Com ja s'ha comentat, la proporció de nenes de menor nivell socioeconòmic amb complexitat elevada multiplica per 4 a les de major nivell socioeconòmic; en els nens, la proporció multiplica per 2,8. Pel que fa a la utilització de serveis, el gradient és petit (tot i que existent) en l'atenció primària i l'atenció urgent, però gran en salut mental, hospitalitzacions, i consum de fàrmacs. La probabilitat d'anar a l'atenció primària de les nenes i els nens amb menor nivell socioeconòmic (86,4% i 86,6%, respectivament) multiplica per 1,6 la probabilitat de les nenes i els nens amb major nivell (55,8% i 55,2%, respectivament). Les nenes i els nens de menor nivell socioeconòmic que van a l'atenció primària dupliquen en nombre de visites als de major nivell.

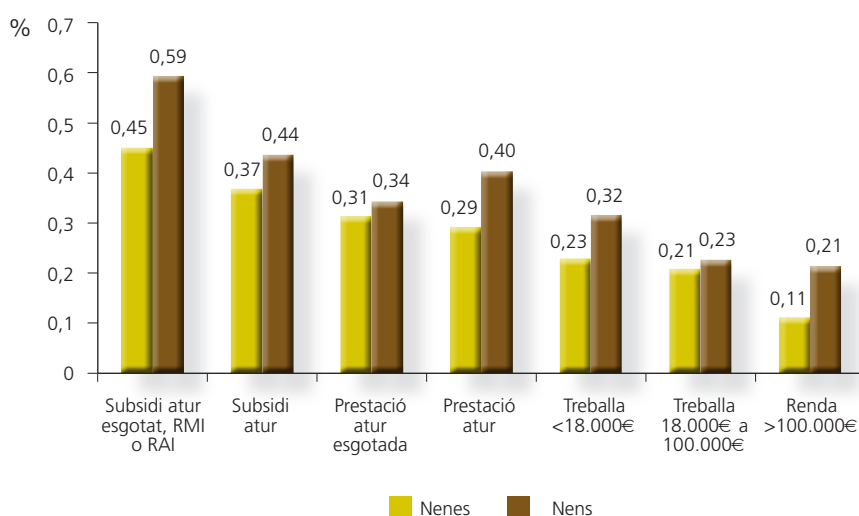
En relació a la utilització dels centres de salut mental, un 5,9% de les nenes i un 11,4% dels nens de menor nivell socioeconòmic utilitza aquests serveis; aquestes proporcions són de l'1,3% i del 2,2% en les nenes i els nens de major nivell socioeconòmic (multiplica per 4,4 i 5,1, respectivament). Un cop fan ús dels serveis, gairebé no hi ha diferències en el nombre de visites. Val a dir, que tant en l'atenció primària com en les visites als centres de salut mental els resultats estan influïts, segurament, per la major existència de doble cobertura i el major ús de serveis sanitaris privats del grup de major nivell socioeconòmic.

La taxa d'hospitalització de les nenes amb menor nivell socioeconòmic (45,6 per 1.000) multiplica per 3,4 la taxa de les que tenen major nivell socioeconòmic (13,4 per 1.000). En els nens, multiplica per 2,2 (58,0 per 1.000) enfront

de 26,7 per 1.000, respectivament). Els valors són molt semblants per a la taxa d'hospitalització quirúrgica. Crida l'atenció que la taxa d'hospitalització psiquiàtrica dels nens amb menor nivell socioeconòmic multiplica per 6,8 la taxa dels nens amb major nivell socioeconòmic (multiplica per 2,2 en les nenes).

La probabilitat de consumir fàrmacs entre les nenes i els nens de menor nivell socioeconòmic és el doble que entre les nenes i els nens de major nivell, més del triple en psicofàrmacs, i més del quàdruple en ansiolítics en nenes i en antipsicòtics en nens. La mitjana de receptes es multiplica per 1,5.

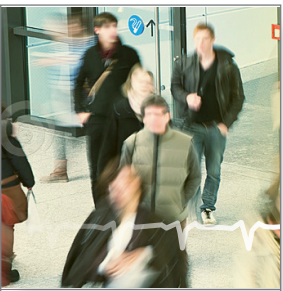
Proporció de nenes i nens amb complexitat elevada segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



* Idees destacades:

La salut de les nenes i els nens depèn del nivell socioeconòmic dels seus progenitors.

La morbiditat, la utilització dels centres de salut mental, la taxa d'hospitalització i la probabilitat de consumir fàrmacs de les nenes i els nens amb menor nivell socioeconòmic multiplica per valors entre 3 i 5 als de les nenes i nens amb major nivell i fins a 7 en la taxa d'hospitalització psiquiàtrica.



6. La salut i la utilització de serveis de les persones de 65 anys i més està fortament relacionada amb la quantia de les seves pensions

La quantia de les pensions de la gent gran, excepte d'aquelles relacionades amb la mort d'un familiar, està determinada per les cotitzacions que han aportat al llarg de la seva vida laboral. A més, els resultats en salut i la utilització de serveis de les persones de 65 anys i més no només estan influenciades per les condicions socioeconòmiques en què viuen aquestes persones actualment, sinó també per les condicions socioeconòmiques en què han viscut en el passat. Aquest fet és especialment rellevant en el grup de persones amb pensions no contributives (PNC), ja que aquestes persones no han cotitzat el temps necessari per arribar a rebre una pensió de tipus contributiu.

Un parell de coses a tenir en compte a l'hora d'interpretar les dades d'aquest grup d'edat és que, d'una banda, el grup de persones que reben PNC és un grup amb molta càrrega de morbiditat associada, ja que el fet d'haver tingut problemes de salut al llarg de la vida afegeix dificultats poder fer un temps de cotització mínim. D'altra banda, s'ha de destacar que les persones pensionistes que tenen rendes de 100.000€ o més és un grup poc nombrós, especialment entre les dones, i amb més presència de doble cobertura i major ús de serveis sanitaris privats que la resta de nivells socioeconòmics i, per tant, una part important de la seva utilització de serveis pot no estar recollida a les dades. Per aquest motiu, apart de fer èmfasi en les diferències entre els extrems de l'escala social, també és necessari avaluar si existeixen diferències entre els pensionistes amb rendes inferiors a 18.000€ anuals i els d'entre 18.000€ a 100.000€, atès que són dos grups que representen bona part de la totalitat de la població pensionista i que poden haver viscut en condicions sensiblement diferents.

La taxa de mortalitat de les persones de 65 anys i més que reben una PNC duplica tant en dones (33,5 per 1.000) com en homes (68,7 per 1.000), la de les persones amb rendes de 100.000€ o més (19,8 per 1.000 dones i 30,9 per 1.000 homes). Entre els pensionistes amb pensions contributives també observem diferències entre el grup amb rendes inferiors a 18.000€ i el d'entre 18.000€ a 100.000€, concretament el primer multiplica per 1,34 en dones i per 1,35 en homes la mortalitat del segon, que pren valors molt similars al grup de major renda.

El percentatge de persones de 65 anys i més amb complexitat elevada també mostra gradient socioeconòmic, tant en dones com en homes. Les dones que reben una PNC gairebé dupliquen la probabilitat de tenir una complexitat elevada comparat amb les dones amb rendes d'entre 18.000€ i 100.000€. Aquesta mateixa raó en el cas dels homes és de 1,7. El grup de pensionistes amb rendes inferiors a 18.000€ també presenta més casos de complexitat elevada respecte al grup amb rendes d'entre 18.000€ i 100.000€, concretament el multiplica per 1,5 tant en homes com en dones. No s'ha comparat amb el grup de major renda, ja que en aquest cas la doble cobertura i l'ús de serveis sanitaris privats poden implicar una infraestimació de la complexitat.

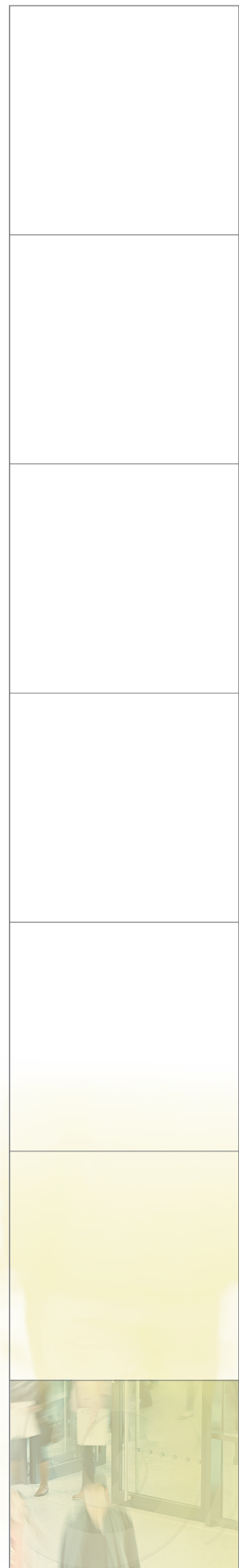
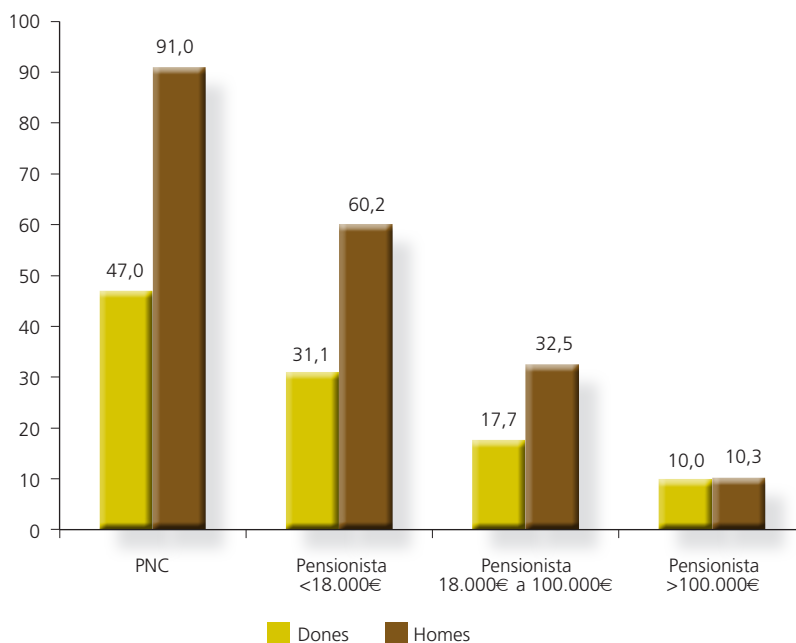
Pel que fa a la utilització de serveis, les persones de 65 anys i més tenen una àmplia utilització dels serveis d'atenció primària, i un nombre de visites semblant. Només les persones amb rendes de 100.000€ o més mostren una utilització inferior, segurament perquè s'estan atenent fora del sistema públic. De manera semblant, en població atesa i nombre de visites a urgències, tot i existir un cert gradient socioeconòmic, en ambdós sexes, aquest no és molt marcat.

Tant la taxa d'hospitalització total, com la d'hospitalització potencialment evitable, hospitalització quirúrgica i hospitalització psiquiàtrica mostren diferències socioeconòmiques. Són especialment destacables les diferències que hi ha, tant entre sexes com entre nivells socioeconòmics, en la taxa d'hospitalització potencialment evitable (Figura 1). Les dones amb una PNC tenen una taxa d'hospitalització potencialment evitable 2,6 vegades superior a la de les dones amb rendes d'entre 18.000€ i 100.000€; en homes la raó és de 2,8. El gradient entre la resta de grups també és marcat.

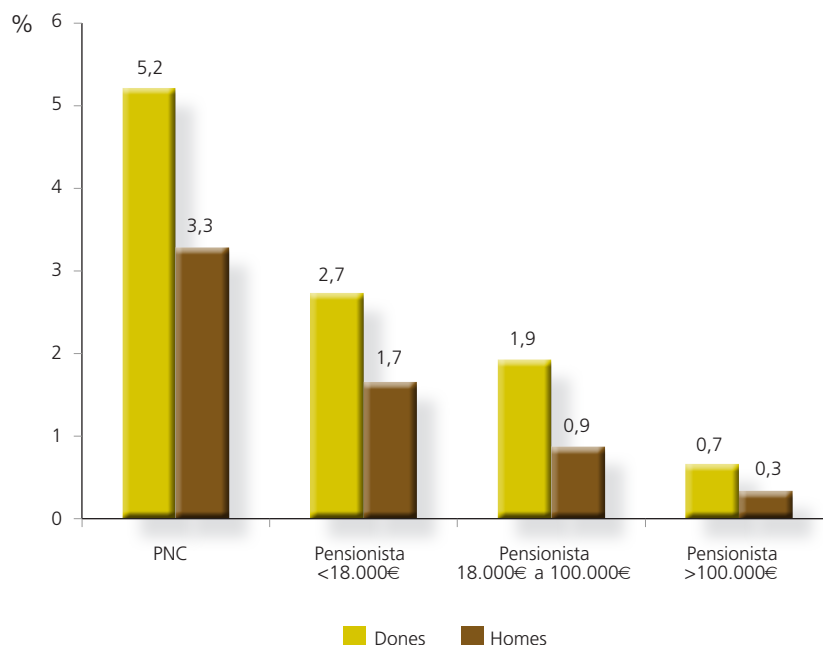
Pel que fa a la salut mental de les persones de 65 anys o més, un aspecte comú a tots els grups i en ambdós sexes és el contrast entre la baixa utilització dels serveis de salut mental ambulatoris i l'elevat consum de psicofàrmacs.

Les persones de 65 anys i més no visiten molt els centres de salut mental, però, tot i així, les diferències entre sexes i nivells socioeconòmics són importants. El 5,2% de les dones amb una PNC han visitat un centre de salut mental durant el 2015, mentre que entre les dones amb rendes d'entre 18.000 i 100.000€ aquest percentatge és només de l'1,9%. En el cas dels homes la freqüentació ha sigut d'un 3,3% i un 0,9%, respectivament.

Taxa d'hospitalització potencialment evitable en persones de 65 anys i més (per 1.000 habitants) segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



Percentatge de persones de 65 anys i més ateses a un centre de salut mental segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



Quant al consum de fàrmacs que fan les persones de 65 anys i més, aquest consum és força elevat en tots nivells socioeconòmics i tant per en dones com en homes. Específicament en psicofàrmacs destaca la poca diferència entre nivells socioeconòmics, sent el consum elevat en tots els grups i en ambdós sexes. Per exemple, al 59,9% de les dones amb una PNC se'ls hi ha dispensat algun psicofàrmac durant el 2015, però en el cas de les dones amb rendes d'entre 18.000€ i 100.000€ el percentatge és del 53,9%.

* Idees destacades:

Les persones amb una PNC són sistemàticament les que presenten pitjors resultats de salut i més utilització de serveis en el grup de persones de 65 anys i més.

També s'observa gradient socioeconòmic en salut i utilització de serveis entre les persones amb pensions contributives.

Gairebé no s'observa gradient en el consum de psicofàrmacs: el consum és molt elevat en tots els grups d'edat i en ambdós sexes.

7. Les persones pensionistes de 55 a 64 anys tenen pitjor salut, utilitzen més els serveis sanitaris i consumeixen més fàrmacs que les actives de la mateixa edat

En el grup d'edat de 55 a 64 anys es troben tant persones amb la condició de pensionista com amb la de població activa i, per tant, presenta una dificultat addicional a l'hora d'interpretar com es comporten els nivells socioeconòmics, ja que coexisteixen les categories d'ambdues condicions.

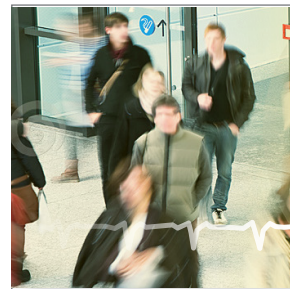
En general, les persones d'aquesta edat amb la condició de pensionista presenten uns pitjors resultats de salut, una major utilització de serveis i un major consum de fàrmacs, tant en dones com en homes, respecte a les persones de la mateixa edat en situació activa. Alhora, tant el grup de persones pensionistes com el d'actives segueixen mantenint internament diferències remarcables segons les categories de nivell socioeconòmic prèviament presentades.

La taxa de mortalitat de les persones de 55 a 64 anys mostra un fort gradient socioeconòmic, tant en dones com en homes. Les persones que reben una pensió tenen una major taxa de mortalitat que les persones actives. Entre les pensionistes, destaquen les persones amb una PNC amb una taxa de mortalitat en dones de 15,3 per 1.000 i en homes de 38,2 per 1.000. Entre la població activa, destaquen les persones amb el subsidi d'atur esgotat o perceptores d'RMI i/o RAI, amb una taxa de mortalitat de 3,4 i 9,5 per 1.000, respectivament.

El percentatge de persones de 55 a 64 anys amb complexitat elevada també mostra un fort gradient per nivell socioeconòmic, tant en dones com en homes. El 24,6% de les dones i el 29,7% dels homes que reben una PNC tenen una complexitat elevada, seguits en magnitud pel 7,8% de les dones i el 16,1% dels homes amb una pensió de menys de 18.000€. El següent grup en presentar més complexitat seria el de les persones actives que han esgotat el subsidi d'atur o perceben una RMI i/o una RAI, amb un risc del 5,9% en les dones i el 7,4% en els homes.

Generalment, les persones pensionistes de 55 a 64 anys van més a l'atenció primària i a urgències que les persones de la mateixa edat que són actives i, quan hi van, fan més visites. De nou, tant per a les persones pensionistes com per a les actives, segueix havent un gradient socioeconòmic d'utilització.

Tant la taxa d'hospitalització total, com la d'hospitalització potencialment evitable, la d'hospitalització quirúrgica i la d'hospitalització psiquiàtrica, tenen un fort gradient socioeconòmic, essent molt més elevades en el cas del grup de pensionistes que en el de persones actives. Per exemple, la taxa d'hospitalització potencialment evitable en persones amb PNC és de 44,6 per 1.000 dones i 81,2 per 1.000 homes; mentre que per a les persones actives que han esgotat el subsidi d'atur o perceben una RMI i/o una RAI, que és el grup de persones actives amb una taxa més elevada, és d'un 7,7 per 1.000 dones i 12,7 per 1.000 homes. En tots els tipus d'hospitalitzacions, i pràcticament en tots els

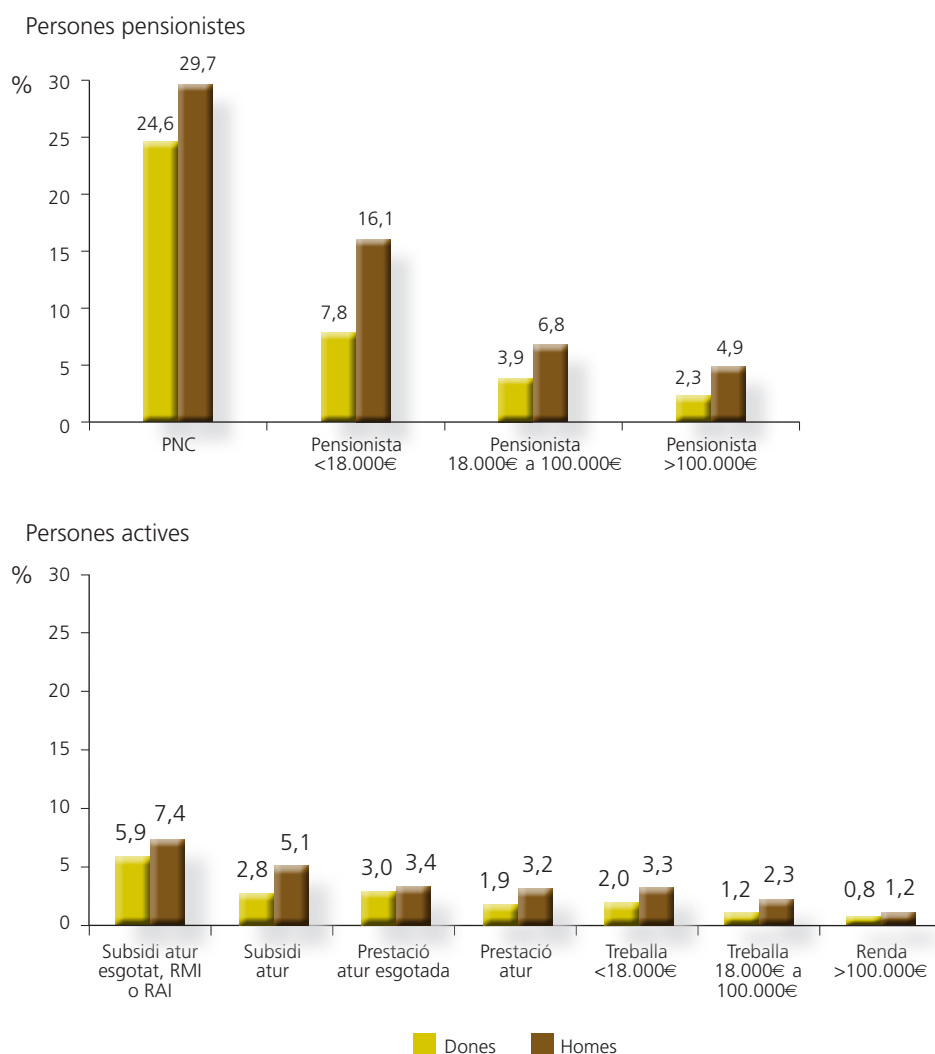


nivells socioeconòmics, els homes tenen taxes d'hospitalització marcadament superiors a les dones.

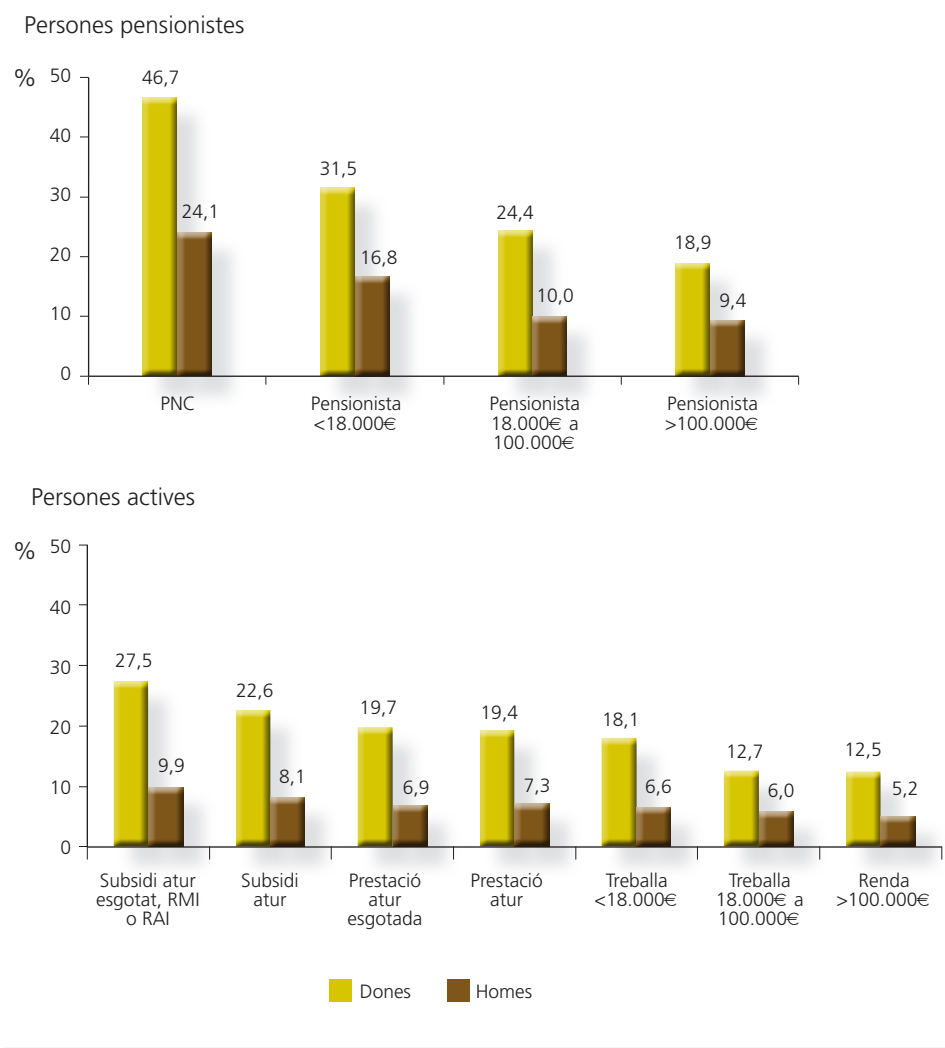
Quant a la salut mental, el patró torna a repetir-se. Les persones de 55 a 64 anys que reben una pensió i, especialment, aquelles amb una PNC o una pensió que no arriba als 18.000€, visiten més els centres de salut mental que les persones actives i, entre aquestes, destaquen aquelles que han esgotat el subsidi d'atur o perceben una RMI i/o una RAI. A més, les persones de menor nivell socioeconòmic i que visiten més els centres de salut mental són també els que fan un major nombre de visites. En aquest cas, són les dones les que visiten més els centres de salut mental que els homes, en tots els nivells socioeconòmics.

El mateix patró socioeconòmic vist fins ara es repeteix pel consum de fàrmacs de les persones de 55 a 64 anys. És especialment remarcable l'elevat consum de psicofàrmacs en aquest grup d'edat on, per exemple, el grup que consumeix més és una vegada més el de persones amb PNC, amb valors d'un 72,1% de consum en el cas de les dones i d'un 57,2% en el cas dels homes.

Percentatge de persones amb complexitat elevada segons sexe i nivell socioeconòmic (diferenciant persones pensionistes i actives). Catalunya, 2015



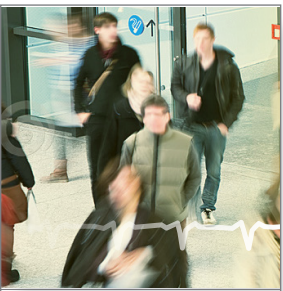
Percentatge de persones consumidores d'antidepressius segons sexe i nivell socioeconòmic (diferenciant persones pensionistes i actives). Catalunya, 2015



Quan s'analitzen els psicofàrmacs per separat tots mostren un gradient socioeconòmic com el vist fins ara; amb més consum en el grup de pensionistes respecte al de persones actives, que en el cas dels antidepressius arriba, per exemple, a un consum d'un 46,7% en el cas de les dones i un 24,1% en el cas dels homes que reben PNC.

* Idees destacades:

Les persones amb una PNC són, entre els pensionistes, el grup més vulnerable, mentre que entre els actius ho són les que han esgotat el subsidi d'atur o perceben una RMI i/o una RAI.



8. L'àmbit d'atenció a la salut mental és el que presenta més gradient socioeconòmic

L'àmbit d'atenció de la salut mental, del qual aquest estudi analitza la utilització de serveis ambulatoris, la hospitalització psiquiàtrica i el consum de psicofàrmacs, és el que presenta més gradient socioeconòmic.

Dos indicadors que destaquen pel seu elevat gradient social en tots els grups d'edat i en ambdós sexes, són els referents a l'hospitalització psiquiàtrica i al consum d'antipsicòtics, aspectes relacionats amb la presència de trastorns mentals greus. En el grup d'edat de 15 a 64 anys, les persones de menor nivell socioeconòmic multipliquen per 5,9 en dones i per 12,6 en homes les taxes d'hospitalització psiquiàtrica de les de major nivell socioeconòmic. Per al mateix grup d'edat, la proporció de població consumidora d'antipsicòtics en les persones de menor nivell socioeconòmic multiplica per 4,8 en dones i per 8,6 en homes la proporció de població consumidora d'aquests fàrmacs en les persones de major nivell socioeconòmic.

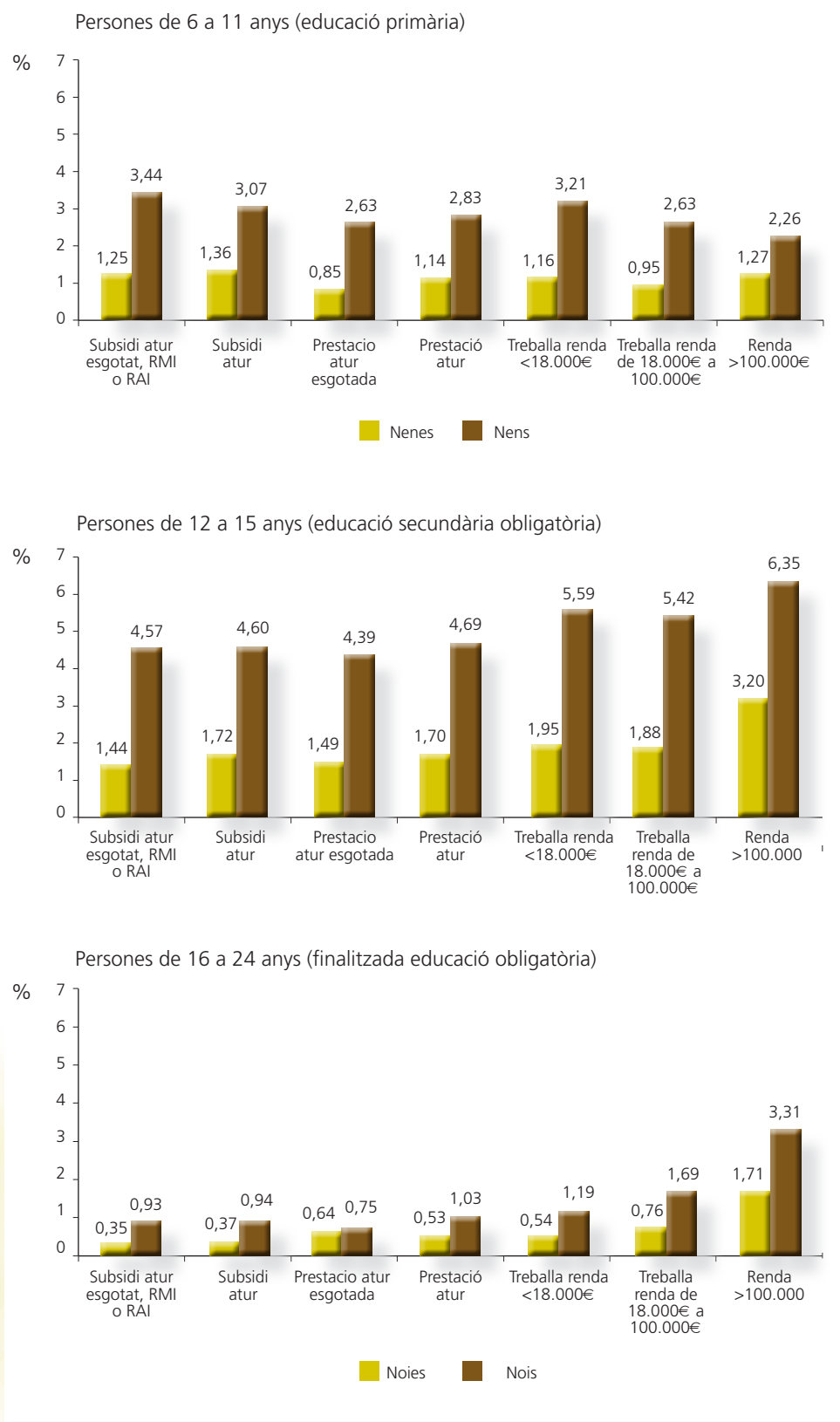
Altres fets destacables, que afecten en més mesura un grup d'edat o un dels dos sexes, són la utilització de serveis ambulatoris de salut mental, especialment en les persones menors de 15 anys, la medicació pel TDAH i l'elevada medicació amb psicofàrmacs entre les dones, especialment les de menor renda, i les persones de 65 anys i més.

Quan s'analitza la utilització de serveis sanitaris, s'observa com les persones menors de 15 anys de menor nivell socioeconòmic tenen una probabilitat 4,4 vegades superior entre les nenes i 5,1 vegades superior entre els nens de ser visitats en un centre de salut mental respecte a les persones de major nivell socioeconòmic.

Un fet que contrasta amb tots els altres indicadors relatius a la salut mental es la relació entre TDAH i nivell socioeconòmic. La relació entre el consum de fàrmacs pel TDAH i el nivell socioeconòmic és imperceptible en analitzar joves en global. Amb tot, existeix un gradient social més complex. Entre les persones de 6 a 11 anys (educació primària) s'observa un gradient social entre els nens, sent els de menor nivell socioeconòmic els més consumidors. En les nenes i nens d'entre 12 a 15 anys (educació secundària obligatòria) el sentit del gradient s'inverteix i passen a ser els grups de més renda, per ambdós sexes, els que tenen més població consumidora. Aquest fet es fa encara més evident a partir dels 16 anys, on les persones de major nivell socioeconòmic presenten percentatges de població consumidora de fins a 4,8 vegades en noies i 3,6 vegades en nois respecte a les de menor nivell socioeconòmic.

Les dones, i especialment les de menor nivell socioeconòmic, presenten consums elevats de psicofàrmacs. Excepte en les persones menors de 15 anys, la proporció de població consumidora de psicofàrmacs entre les dones duplica la dels homes. A aquesta diferència de gènere, que s'observa per a tots els grups socials amb proporcions similars, cal afegir el gradient social en el consum de psicofàrmacs. Com a resultat s'observa com gairebé una de cada

Percentatge de persones consumidores de fàrmacs pel TDAH segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



tres dones d'entre 15 i 64 anys de menor nivell socioeconòmic ha consumit psicofàrmacs durant el 2015 (31,1%), com aquest valor multiplica per 2,2 el valor del grup de treballadores amb rendes d'entre 18.000€ i 100.000€, però multiplica per 3,4 el valor dels homes d'aquest mateix nivell socioeconòmic.



Entre les persones grans el consum de psicofàrmacs també presenta gradient social, tot i que aquest tendeix a desaparèixer a mida que l'edat avança i el percentatge de persones consumidores incrementa.

* Idees destacades:

Els indicadors relacionats amb problemes de salut mental (d'hospitalització psiquiàtrica i consum de psicofàrmacs) són els que presenten un gradient social més consistent per a tots els grups d'edat i sexe.

El gradient social en el consum de fàrmacs pel TDAH s'observa en les nenes i els nens de 6 a 11 anys, però s'inverteix dels 12 als 15 anys i dels 16 als 24 anys, per a ambdós sexes.

9. L'atenció primària i les urgències són els serveis que menys gradient socioeconòmic mostren

El recurs sanitari més utilitzat per la ciutadania és l'atenció primària: en termes generals, un 79,5% de les dones i un 73,2% dels homes van anar a l'atenció primària durant l'any 2015, amb una mitjana de visites de 8,4 i 7,9, respectivament.

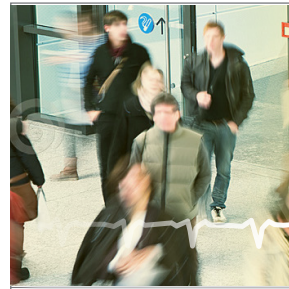
Les persones de 65 anys o més són les que fan més utilització dels serveis d'atenció primària. El 93,3% de les dones de menor nivell socioeconòmic han anat almenys una vegada a l'atenció primària durant l'any 2015, i amb mitjana de visites a l'any de 16; els homes són atesos un 85,6% amb una mitjana de visites de 14,7. Només les persones amb rendes superiors a 100.000€ en fan un ús inferior, segurament per la major existència de doble cobertura i el major ús de serveis sanitaris privats: 76,8% en les dones i 78,0% en els homes, amb una mitjana de visites de 7,5 i 7,2, respectivament.

Tampoc en les persones menors de 15 anys s'observen diferències rellevants entre nivells socioeconòmics. Un 86,4% de les nenes i un 86,6% dels nens amb progenitors de menor nivell socioeconòmic van anar a l'atenció primària; les nenes i nens de menor nivell socioeconòmic visiten fins a 1,6 vegades més l'atenció primària que els de nivells més alts, que segurament també utilitzen serveis sanitaris privats.

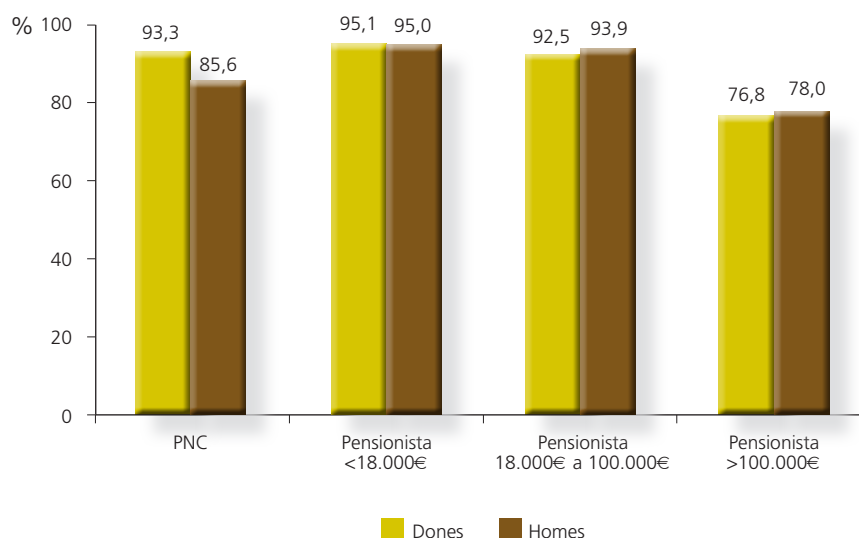
El gradient és lleugerament superior en el grup de persones de 15 a 64 anys. Les dones de menor nivell socioeconòmic utilitzen el doble els serveis d'atenció primària que les de major nivell socioeconòmic: un 82,8% de les dones que han esgotat el subsidi de desocupació, que reben una renda mínima de inserció (RMI) o que reben una renda activa d'inserció (RAI) van a l'atenció primària, mentre que ho fan el 41,0% de les dones amb rendes superiors a 100.000€. En les visites succeeix el mateix: les dones de menor nivell socioeconòmic tenen una mitjana de visites a l'any de 8,2 mentre que les que tenen un major nivell socioeconòmic fan una mitjana de 3,7. Si analitzem les dades traient les persones amb rendes superiors a 100.000€ aquest gradient se suavitza considerablement. Els homes d'aquest grup d'edat utilitzen menys l'atenció primària, però el gradient és el mateix que en les dones, tant en la utilització del servei com en la freqüentació.

Pel que fa a la utilització dels serveis d'urgències, les dones i els homes tenen un patró similar: un 30,5% de les dones i un 28,8% dels homes en fan ús, amb una mitjana de visites a l'any de 2,2 en tots dos sexes.

També és en el grup d'edat de 15 anys a 64 anys on es troba un gradient socioeconòmic més destacable. Les dones de menor nivell socioeconòmic tenen una probabilitat de ser ateses a urgències 3,4 vegades més que les de més nivell socioeconòmic: un 39,1% de les dones que han esgotat el subsidi de desocupació, que reben una renda mínima d'inserció (RMI) o que reben una renda activa d'inserció (RAI) són ateses a urgències i les que tenen una renda superior a 100.000€ un 11,7%. La mitjana de visites a l'any és de



Percentatge de persones majors de 65 anys ateses a l'atenció primària segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



2,6 i 1,6, respectivament. En els homes, els valors són de 33,4% i 11,0%, respectivament (2,3 i 1,5, respectivament, en la mitjana de visites).

Les persones de 65 i més anys són les que fan més ús dels serveis d'urgències. Un 44,7% de les dones i un 46,8% dels homes de menor nivell socioeconòmic en fan ús (3,5 i 3,8 visites a l'any, respectivament). Les persones més benestants en fan ús un 18,1% i un 18,3%, respectivament (2,3 i 2,0 visites a l'any, en cada cas).

En les persones menors de 15 anys, els nens utilitzen més els serveis d'urgències que les nenes. Les nenes i els nens de menor nivell socioeconòmic són atesos un 37,5% i un 41%, respectivament (2,2 visites a l'any en tots dos sexes); mentre que les nenes i nens que tenen un major nivell socioeconòmic són atesos un 17,3% i un 19,3%, respectivament (1,5 i 1,7 visites a l'any, en cada cas).

En tots els grups d'edat, com en el cas de l'atenció primària, el gradient se suavitzava en no considerar el grup amb rendes superiors a 100.000€, segurament per la major presència de doble cobertura i el major ús de serveis sanitaris privats.

* Idees destacades:

El recurs sanitari més utilitzat per la ciutadania és l'atenció primària: un 79,5% de les dones i un 73,2% dels homes van anar a l'atenció primària durant l'any 2015, amb una mitjana de visites de 8,4 i 7,9, respectivament.

Les diferències entre nivells socioeconòmics són petites.

Tant en l'atenció primària com en els serveis d'urgències, el gradient és lleugerament superior en el grup de persones de 15 a 64 anys.

10. Les desigualtats de gènere estan presents a totes les edats i a tots els nivells socioeconòmics

Al llarg dels resultats de l'informe es fa palès que, a més de les desigualtats per nivell socioeconòmic, observades consistentment a tots els indicadors, hi ha també marcades diferències entre dones i homes tant en la utilització de serveis i consum de fàrmacs, com en els resultats de salut analitzats, i això succeeix per a tots els grups d'edat i a gairebé totes les categories socioeconòmiques analitzades. Es posa de manifest, per tant, com les desigualtats de gènere es perpetuen al llarg del cycle vital i afecten les persones de tots els nivells socioeconòmics.

En termes generals, els homes presenten major mortalitat, mortalitat per suïcidi, complexitat elevada, fan més hospitalitzacions (totals i potencialment evitables) i fan major consum de fàrmacs pel TDAH. En canvi, les dones presenten major ús dels centres de salut mental i consumeixen més psicofàrmacs, amb l'excepció de l'hospitalització psiquiàtrica i el consum d'antipsicòtics on ambdós sexes presenten valors similars.

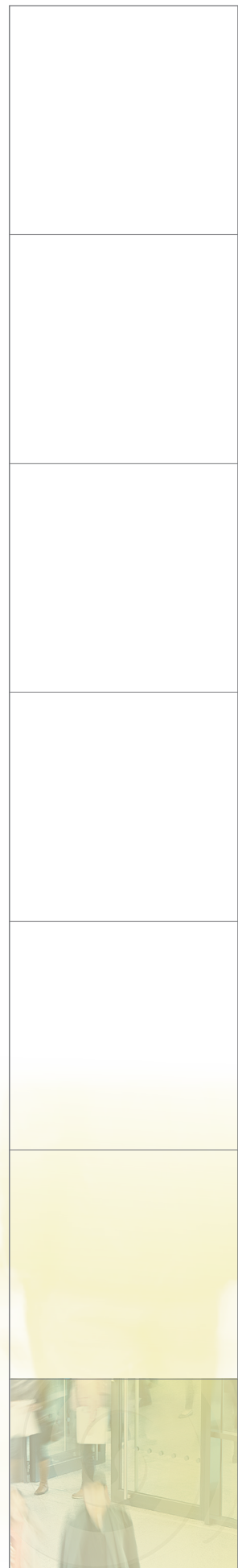
La taxa de mortalitat en les persones de menys de 65 anys és del doble o més en els homes que en les dones en gairebé tots els nivells socioeconòmics, excepte en els treballadors de 18.000€ a 100.000€ i de menys de 18.000€, on aquesta diferència és d'1,7 i 1,1, respectivament. Pel que fa a les persones de 65 anys i més, els homes tenen una taxa de mortalitat 1,6 vegades superior a la de les dones en tots els nivells socioeconòmics, excepte en el grup de les persones amb una PNC, on aquesta diferència és del doble. Quant a la taxa de mortalitat per suïcidi, els homes presenten més gradient social que les dones, especialment en el grup de 65 anys i més.

Els homes presenten amb més freqüència una complexitat elevada que les dones a tots els grups d'edat, però són les dones les que presenten un major gradient socioeconòmic, principalment en el grup de menors de 15 anys i de 65 anys i més.

Els serveis de salut que les dones i els homes utilitzen d'una manera més semblant són els d'atenció primària i els d'urgències, on també el gradient socioeconòmic als diferents grups d'edat és bastant semblant en ambdós sexes.

La taxa d'hospitalització, així com la d'hospitalització quirúrgica, és més elevada en homes que en dones, excepte en el grup d'edat de 15 a 64 anys, influïdes per les hospitalitzacions relacionades amb el part. En aquests dos casos, la diferència entre nivells socioeconòmics és semblant en ambdós sexes i als diferents grups d'edat, però destaca que és més elevada en el cas de les dones de 15 a 64 anys, on les hospitalitzacions relacionades amb el part també poden tenir relació.

La taxa d'hospitalització potencialment evitable és també superior en homes que en dones. El gradient socioeconòmic elevat que trobem entre nivells socioeconòmics (entorn a 14 vegades més d'hospitalitzacions potencialment evitables a nivells socioeconòmics més baixos comparat amb els més benestants)



es manté als dos sexes per a la població de 15 a 64 anys. A la població major de 64 anys, en canvi, l'hospitalització potencialment evitable varia més entre nivells socioeconòmics en el cas dels homes que en el de les dones (es donen 8,8 i 4,7 vegades més hospitalitzacions potencialment evitables a nivells socioeconòmics més baixos que als més benestants, respectivament).

La taxa d'hospitalització psiquiàtrica pren valors semblants en dones i homes excepte per al grup d'edat menor de 15 anys, on les nenes hospitalitzen gairebé 3 vegades més que els nens. El gradient socioeconòmic en la taxa d'hospitalització psiquiàtrica és molt important en ambdós sexes i a tots els grups d'edat, però és més acusat en el cas dels homes abans dels 65 anys i en el cas de les dones després dels 64 anys.

Quant a l'atenció ambulatoria de la salut mental, els nens van el doble que les nenes a centres de salut mental quan tenen menys de 15 anys; en canvi, a partir d'aquesta edat, les dones de 15 a 64 anys van 1,5 vegades més que els homes, i en el cas de les dones de més de 64 anys, aquesta diferència és de gairebé el doble. En totes les edats i per a ambdós sexes, el gradient de nivell socioeconòmic és important en les visites als centres de salut mental, i s'incrementa a partir dels 15 anys.

Les nenes i els nens menors de 15 anys fan un consum semblant d'ansiolítics i antidepressius i, en aquest consum, el gradient socioeconòmic torna a estar present, principalment en el cas dels ansiolítics i especialment en les nenes. On sí es veuen diferències entre sexes és en el cas dels antipsicòtics i els fàrmacs pel TDAH, on els nens consumeixen més del doble que les nenes. En els antipsicòtics, el gradient socioeconòmic és més important en els nens que en les nenes, però en el cas del TDAH això no és tan evident. Per analitzar l'ús de fàrmacs pel TDAH per nivell socioeconòmic i sexe és necessari tenir en compte grups d'edat més petits, tal i com es comenta a l'apartat de salut mental. A partir dels 15 anys, les dones consumeixen més ansiolítics i antidepressius que els homes, especialment aquests últims, dels quals en consumeixen més del doble. Entre els 15 i els 64 anys és on existeix més gradient socioeconòmic en el consum de psicofàrmacs, tant en dones com en homes.

*** Idees destacades:**

En tots els grups d'edat i nivells socioeconòmics la majoria dels indicadors analitzats mostren diferències entre dones i homes.

Els homes presenten major mortalitat, complexitat elevada i fan més hospitalitzacions. Les dones presenten major ús dels centres de salut mental i consumeixen més psicofàrmacs.

Els serveis que mostren un ús més igualitari entre sexes són l'atenció primària i les urgències.

Relació entre els valors per dones i homes dels indicadors analitzats, i relació entre els valors màxims i mínims dels nivells socioeconòmics segons grup d'edat i sexe. Catalunya, 2015

Indicador	Persones menors de 15 anys			Persones 15-64 anys			Persones majors de 64 anys		
	Dona/ Home	Màx./Mín.		Dona/ Home	Màx./Mín.		Dona/ Home	Màx./Mín.	
		Dona	Home		Dona	Home		Dona	Home
Taxa mortalitat	-	-	-	0,5	3,7	3,8	0,6	1,7	2,2
Taxa mortalitat per suïcidi				0,3	1,4	1,8	0,3	1,2	2,7
Persones risc alt GMA (%)	0,8	4,0	2,8	0,8	8,9	8,1	0,7	4,6	3,6
Persones ateses AP (%)	1,0	1,6	1,6	1,2	2,0	2,0	1,0	1,2	1,2
Mitjana visites AP	1,0	1,9	1,8	1,2	2,3	2,0	1,0	2,1	2,0
Persones ateses urgències (%)	0,9	2,2	2,1	1,1	3,4	3,0	1,0	2,5	2,6
Mitjana visites urgències	1,0	1,4	1,3	1,1	1,6	1,6	1,0	1,5	1,9
Persones ateses CSM (%)	0,5	4,4	5,1	1,5	9,0	10,1	1,9	7,8	9,8
Mitjana visites CSM	0,9	1,1	1,1	1,1	1,5	1,6	1,0	1,2	1,6
Taxa hospitalització	0,7	3,4	2,2	1,3	5,0	3,3	0,7	3,6	3,9
Taxa hospitalització evitable	-	-	-	0,7	13,9	14,7	0,6	4,7	8,8
Taxa hospitalització quirúrgica	0,6	2,8	2,2	1,2	4,8	3,2	0,9	3,4	3,7
Taxa hospitalització psiquiàtrica	2,8	2,2	6,8	0,9	5,9	12,6	0,9	15,3	8,2
Persones consumidores fàrmacs (%)	1,0	2,2	2,1	1,2	2,0	1,8	1,0	1,2	1,2
Mitjana receptes	0,9	1,5	1,5	1,0	2,3	1,7	1,0	1,8	1,5
Persones consumidores psicofàrmacs (%)	0,9	3,4	3,4	1,8	2,7	2,7	1,6	1,3	1,3
Persones consumidores ansiolítics (%)	1,0	4,1	3,4	1,8	2,7	2,6	1,6	1,2	1,2
Persones consumidores antidepressius (%)	1,1	1,6	2,2	2,2	3,2	3,2	2,1	1,5	1,3
Persones consumidores antipsicòtics (%)	0,4	2,4	4,7	1,1	4,8	8,6	1,3	2,4	4,2
Persones consumidores fàrmacs TDAH (%)	0,4	1,8	1,2	-	-	-	-	-	-

■ Més freqüent en dones

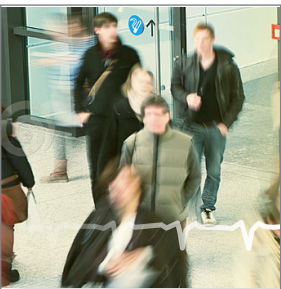
■ Més freqüent en homes





Discussió





Discussió

Què s'ha vist en aquest estudi

Aquest estudi ha permès veure que hi ha importants desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics de la població de Catalunya. A banda que hi ha desigualtats en tots els indicadors analitzats, per als dos sexes i tots els grups d'edat, alguns temes mereixen especial menció, com ara el gradient observat en la població infantil en funció del nivell socioeconòmic dels seus progenitors, el gradient existent en l'ús dels serveis de salut mental (centres de salut mental, hospitalització psiquiàtrica i consum d'antipsicòtics), i el gradient en la salut (mortalitat i complexitat).

Ara bé, les diferències en la utilització de serveis sanitaris no tenen perquè ser dolentes si hi ha desigualtats en salut. És a dir, seria preocupant veure diferències entre nivells socioeconòmics en la taxa de mortalitat, i no observar diferències en la utilització de serveis sanitaris. D'alguna manera, el sistema sanitari públic està donant resposta a les diferències en l'estat de salut de la ciutadania. Malgrat això, hi ha dos aspectes rellevants a tenir en compte. En primer lloc, atès que no és possible ajustar pel grau de necessitat de cada persona, no es pot saber si el gradient observat en la utilització de serveis hauria de ser encara més gran. En segon lloc, no coneixem com es comporta la utilització de serveis privats; per tant, no podem assegurar que el gradient observat en els serveis públics es mantingui pel global de serveis sanitaris (públics i privats).

Un aspecte rellevant a tenir en compte a l'hora d'interpretar les dades és la diferència que existeix en el volum de persones a les que fa referència cadascun dels indicadors. Així, les desigualtats que s'observen entre els diferents nivells socioeconòmics en variables com l'hospitalització psiquiàtrica o el suïcidi, per exemple, tot i no perdre la seva importància, s'han d'emmarcar en el context que aquestes afecten a un volum petit de població, mentre que aquelles que s'observen en serveis àmpliament utilitzats, com l'atenció primària o les urgències, afecten a un volum molt important de població.

L'evidència de l'impacte de la crisi econòmica en els resultats de salut a Europa és diversa segons els països, i les dades i la metodologia de molts estudis són difícils de comparar. Tot i les limitacions per extreure'n resultats comuns, sembla que la dimensió més afectada en primera instància és la de la salut mental i que, en general, els suïcidis tendeixen a augmentar, fets que també surten a la llum en aquest estudi. On sí hi ha bastant consens i evidència, és en el fet que les crisis econòmiques fan augmentar les desigualtats socials en salut, afectant de manera desproporcionada la població més vulnerable^{37,38}.

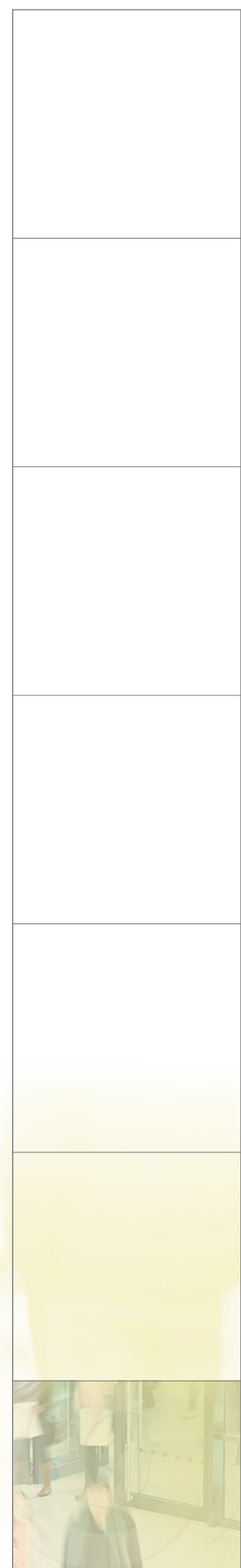
Els resultats d'aquest estudi també reforçarien al nostre context l'evidència de la influència d'estar en situació d'atur sobre l'estat de salut d'una persona, i que quant més temps perdura aquesta situació més es deteriora la salut. Per exemple, l'atur de llarga durada és un factor que influeix molt en l'aparició de noves malalties cròniques. Més enllà de l'atur, les condicions de treball en

Nombre de persones de l'estudi analitzades en cada indicador segons sexe i grup d'edat

	Menors de 15 anys		De 15 a 64 anys		65 anys i més	
	Nenes	Nens	Dones	Homes	Dones	Homes
Defuncions	28	35	1.633	3.671	22.457	20.678
Defuncions per suïcidi (2014)	-	-	58	176	41	111
Persones amb complexitat clínica elevada	1.018	1.364	22.841	31.023	151.377	138.427
Persones ateses a l'atenció primària	335.081	357.447	1.432.849	1.289.547	686.559	514.909
Persones ateses a urgències	130.098	150.725	537.438	492.576	281.580	202.015
Persones ateses en un centre de salut mental	12.687	25.469	58.846	39.560	18.487	7.896
Persones hospitalitzades d'aguts	10.499	16.615	123.764	91.949	130.217	115.437
Persones amb hospitalització evitable	-	-	3.406	4.324	17.933	19.657
Persones hospitalitzades per intervenció quirúrgica	5.089	8.654	79.156	66.941	78.552	67.922
Persones amb hospitalització psiquiàtrica	292	185	2.786	3.323	1.646	1.160
Persones consumidores de fàrmacs	234.612	255.499	1.281.154	1.104.069	692.206	513.342
Persones consumidores de psicofàrmacs	17.570	20.888	408.170	235.161	411.126	181.669
Persones consumidores d'ansiolítics	16.225	17.234	314.606	179.485	321.047	136.972
Persones consumidores d'antidepressius	1.036	1.029	216.938	97.752	221.067	73.608
Persones consumidores d'antipsicòtics	1.103	3.488	37.020	33.243	66.592	34.051
Persones consumidores de fàrmacs pel TDAH	3.666	10.967	3.322	6.133	519	435

els mercats laborals europeus actuals també constitueixen un important determinant social de la salut, estant directament relacionades tant amb l'estat de salut general com amb el de salut mental, i sent especialment alarmant la situació en persones amb condicions de treball precàries. A més, agreujant el problema, la precarització del treball perpetua els eixos de desigualtat, i és més freqüent en dones, persones immigrants, i entre treballadores i treballadors de classes socials manuals i de menor nivell d'estudis³⁹.

Altres estudis a Europa, i en concret a Anglaterra, també detecten un gradient social en la salut de la població, sent pitjor la salut d'una persona quan menor és la seva posició social, i reclamen que és especialment necessari posar el focus en reduir aquest gradient en salut. En aquest cas, igual que passa en el nostre estudi, hi ha, per exemple, un clar gradient en la taxa de mortalitat segons el nivell socioeconòmic de les persones¹⁷. Aquest estudi mostra que a Catalunya la mortalitat, i sobretot abans del 65 anys, està associada amb el nivell socioeconòmic de les persones. En el mateix sentit, dades comparatives



dels països de l'OCDE mostren com l'esperança de vida de la població també varia depenent del seu nivell socioeconòmic. En aquests països, de mitjana, hi ha una diferència de 6 anys en l'esperança de vida als 30 anys segons el nivell d'estudis de la població, i l'esperança de vida als 65 anys també varia clarament en funció del nivell d'estudis. La salut percebuda també és un indicador que varia clarament en relació amb el nivell socioeconòmic i en els països de l'OCDE; de mitjana, es veu com gairebé el 80% de la població en el quintil superior d'ingressos declara tenir un bon estat de salut, comparat amb el 60% de la població en el quintil inferior¹⁸.

Quant a la utilització de serveis, davant la mateixa necessitat, es veu que a la majoria de països europeus els grups de menor nivell socioeconòmic tenen la mateixa probabilitat o més d'anar a l'atenció primària que els grups de major nivell socioeconòmic, i que, en canvi, sistemàticament a tots els països els grups de major nivell socioeconòmic fan servir més l'atenció especialitzada⁴⁰. En aquesta mateixa direcció apunta aquest estudi, on es veu com la població amb menor nivell socioeconòmic visita més el metge d'atenció primària, i l'Enquesta de Salut de Catalunya, quan assenyala que la població amb més recursos fa un ús més elevat de l'atenció especialitzada ambulatoria.

Una de les primeres reflexions a destacar d'aquest informe és el resultat manifest que la salut s'hereta. Es veu com les nenes i els nens tenen una salut i una utilització de serveis diferents en funció del nivell socioeconòmic de les seves famílies, en consonància amb l'evidència científica existent, que apunta que ja des de l'úter³⁰ la salut de la infància queda condicionada per l'ambient en què es desenvolupa, i que les condicions socioeconòmiques que viuen en els seus primers anys de vida es perpetuen més enllà d'una única generació, influint en la salut durant tot el cicle vital⁴¹. Això mostra la gran importància que la reducció de les desigualtats socioeconòmiques tenen especialment en la petita infància, ja que la seva reducció influirà molt més enllà de les condicions de vida d'aquestes nenes i nens en concret, traspasant l'efecte a la seva generació.

En moltes variables d'aquest estudi es veu que el gradient en salut i utilització de serveis entre els diferents nivells socioeconòmics no és lineal i que, moltes vegades, entre els nivells socioeconòmics més baixos, i especialment entre les persones que han esgotat subsidi o reben una RMI i/o RAI i el següent nivell, hi ha un salt important, que després es veu suavitzat entre els nivells socioeconòmics més elevats. De fet hi ha estudis que suggereixen que l'associació entre les desigualtats en salut i el nivell socioeconòmic no és lineal, sinó que segueix una corba que mostra que les desigualtats són més acusades fins als aproximadament 30.000€ anuals, on aquest efecte se suavitza⁴². Aquests resultats indiquen que les polítiques adreçades a eradicar les situacions de pobresa, que permeten reduir el nombre de persones que viuen en condicions precàries, suposen un benefici molt gran en termes de salut. En el cas de l'estudi actual, el fet de pertànyer al grup d'una renda igual o superior a 18.000 euros suposa una millora rellevant dels indicadors de salut.

En observar com evoluciona el gradient socioeconòmic per edat es posa de manifest com, en termes generals, el gradient apareix des de la infantesa, es fa més acusat durant les edats intermèdies de la vida i finalment es torna a

reduir, tot i que persisteix, en les edats més avançades. Un dels pocs casos en què el gradient disminueix a mida que avança l'edat és el del consum de psicofàrmacs. Una altra excepció n'és el consum de fàrmacs pel TDAH a partir dels 12 anys, en què els valors de les classes més afavorides superen els de les classes desfavorides.

Atès que l'estudi utilitza la informació de trams de copagament de farmàcia per a l'estratificació de la població, és convenient una reflexió sobre el grau d'equitat de l'assignació actual d'aquests trams. Arrel del RDL 16/2012⁴³, i exceptuant les persones exemptes d'aportació, les persones pensionistes paguen un 10% del preu dels medicaments amb un límit màxim mensual que depèn de la seva renda (exceptuant els pensionistes amb rendes superiors als 100.000€ anuals que paguen un 60%, també amb un import màxim mensual); mentre que les persones actives paguen un 40%, un 50% o un 60%, també en funció de la seva renda però sense que en aquest cas hi hagi un límit mensual. Això suposa que s'identifica la població pensionista directament amb un grup que cal protegir, però deixa sense cap tipus de protecció la població activa, que pot estar pagant un cost per la seva medicació catastròficament elevat en alguns casos amb relació al seu nivell de renda, sense que hi hagi ni tan sols un límit màxim mensual contemplat. Amb relació a aquest fet hi ha un debat creixent sobre si els límits màxims mensuals a pagar pels medicaments que consumim s'haurien de vincular al nivell de renda de cada persona i no a la condició de si és una persona activa o pensionista^{34,44}.

Per últim, aquest estudi és un clar exemple dels beneficis que pot aportar la reutilització de dades ja existents que poden aprofitar-se més enllà de l'objectiu amb què es va dissenyar originàriament el seu registre. En aquest cas, els resultats obtinguts han estat possibles a partir del creuament de dades recollides al registre central d'assegurats, els diferents registres dels CMBD (conjunt mínim bàsic de dades) que recullen la utilització dels diferents serveis sanitaris, el registre de la facturació de farmàcia i el registre de mortalitat. Això ha permès estudiar la salut, la utilització de serveis i el consum de fàrmacs de la població catalana en funció del seu nivell socioeconòmic. L'aplicació d'aquesta metodologia suposa un potencial important per a la millora del coneixement de la salut de la població catalana amb relació al seu nivell socioeconòmic i les desigualtats socioeconòmiques existents, així com també en altres àmbits.

Limitacions i fortaleces

Com tots els estudis, aquest no està exempt de limitacions. Possiblement, la més important és que no ha sigut possible tenir en compte el grau de necessitat de cada persona davant de la utilització de serveis que en fa, ja que no s'ha pogut disposar de cap variable d'ajust per aquesta condició. Probablement el gradient observat a l'estudi en la utilització de serveis sigui com a mínim proporcional al gradient de salut existent o inclús menor, i la realitat és que podria ser encara més gran. No tenir en compte el grau de necessitat de cada persona fa també que l'estudi no sigui un estudi d'equitat, sinó de desigualtats.

A causa de les característiques pròpies de les diferents fonts d'informació utilitzades, hi ha diverses limitacions a tenir en compte. Una primera és que les realitats laborals de les persones no sempre són fàcils de reflectir en una cate-



goria concreta. L'*Instituto Nacional de la Seguridad Social* (INSS) classifica les persones en categories excloents, però la realitat és que hi ha persones que combinen més d'una situació. En aquests casos l'INSS aplica una jerarquia per assignar les persones a una única categoria. Per exemple, les persones treballadores que alhora estan rebent una prestació per desocupació es classifiquen com a treballadores. En canvi, les treballadores que alhora estan rebent una pensió es classifiquen com a pensionistes.

Una altra és que l'import de la renda que s'utilitza per a l'assignació del grup de copagament farmacèutic prové de la declaració de l'IRPF. Tanmateix, a les persones que fan la renda conjunta amb la seva parella se'ls aplica l'import de la renda conjunta, és a dir la suma de les dues rendes, llevat que facin una queixa formal a l'INSS. Excepte en la situació anteriorment esmentada, les persones han sigut classificades en nivells socioeconòmics d'acord amb les seves dades individuals de situació laboral i renda. No obstant això, hi ha casos en què la capacitat adquisitiva real d'un individu no es pot explicar únicament pel valor de la seva renda individual, ja que poden influir el nombre de fills i d'altres persones a càrrec. A més, en casos de persones de diferent renda que conviuen en una mateixa unitat familiar, la capacitat adquisitiva dels membres tendeix a igualar-se i, per tant, la consideració de les rendes individuals no és la millor opció. Una millor alternativa podria ser la renda equivalent, però per calcular-la és necessari conèixer el número de membres de la llar i la seva composició demogràfica, informació de la qual no es disposa. L'estudi actual no ha pogut incloure cap correcció a fi de mitigar aquestes limitacions, fet que s'ha de tenir en compte en la interpretació de les dades.

Un aspecte a destacar és l'amplitud dels nivells socioeconòmics construïts, especialment entre la població activa. La població amb un copagament farmacèutic del 40% ha pogut desglossar-se en població treballadora que cobra menys de 18.000€ anuals, població cobrant prestació d'atur i amb prestació d'atur esgotada. Tot i això, hi ha un ventall molt ampli de rendes en la població treballadora de menys de 18.000€, com també passa amb la població de rendes entre 18.000 i 100.000€ anuals. Aquests dos grups de població contenen el gruix de la població catalana, i en els seus extrems tenen persones amb realitats socioeconòmiques molt diferents.

Respecte a les variables analitzades, hi ha variables que podrien ser indicadors sentinella importants que no s'han pogut analitzar. Un exemple n'és la mortalitat infantil. La mortalitat infantil és un indicador de la salut de la població i reflecteix l'estat global de la salut materna i infantil i de la qualitat i accessibilitat al sistema de salut de les mares i dels nadons. En concret a la ciutat de Barcelona, s'ha vist prèviament que existeixen desigualtats socioeconòmiques en els resultats adversos de l'embaràs⁴⁵. Malauradament, les persones menors d'un any no estan ben registrades a l'RCA, el que impedeix assignar un nivell socioeconòmic a aquestes defuncions.

També relacionat amb les fonts d'informació utilitzades, en la major part dels grups socials considerats, atès que fan referència a persones que treballen o que reben algun tipus de prestació, es pot tenir una seguretat elevada que es tracta de població que està residint a Catalunya en el moment de l'anàlisi.

L'excepció serien el grup que ha esgotat la prestació per desocupació i el grup que ha esgotat el subsidi de desocupació. En aquests grups, que no reben cap prestació ni estan treballant, pot haver-hi un major nombre de persones que en realitat estiguin residint fora de Catalunya sense que la seva nova situació hagi estat notificada a l'RCA. Aquest fet podria infraestimar els resultats dels indicadors d'aquests grups.

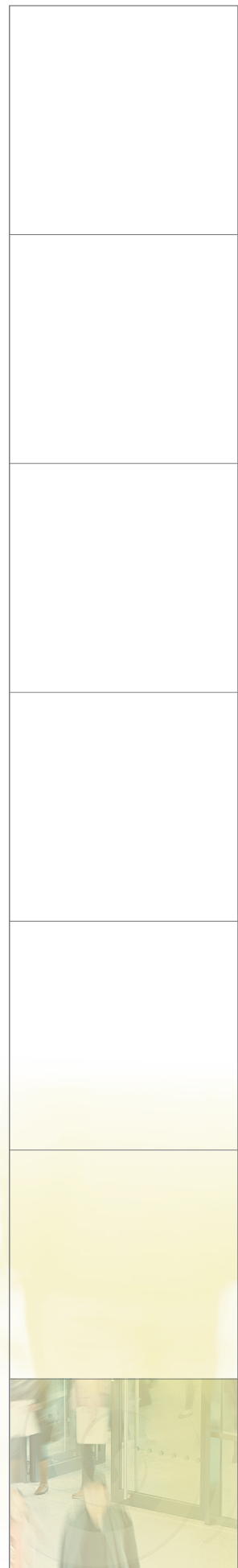
Com s'ha comentat, un cop aplicades totes les exclusions, l'anàlisi inclou el 80,5% de la població catalana, sent les persones més joves, especialment les menors de 5 anys i la població d'entre 20 i 30 anys les menys representades. En aquest punt caldria assenyalar que la població d'aquest grup d'edat, en termes generals, presenta bons nivells de salut i utilitza poc els serveis sanitaris. No obstant això, també és en aquest grup on la recent crisi econòmica ha tingut un efecte rellevant.

Hi ha nivells socioeconòmics on és més probable que es concentri una major proporció de persones amb problemes de salut. En aquests casos la major utilització de serveis no només estaria influenciada per la seva situació socioeconòmica sinó també, i de manera important, pel seu pitjor estat de salut inicial. Entre les persones pensionistes, cal fer especial atenció als pensionistes joves (de 55 a 64 anys) i a les persones amb pensions no contributives, ja que són grups amb una proporció rellevant de persones en situació d'incapacitat. Entre el grup de les persones actives, tot i que en menys mesura, cal tenir en compte aquest fet entre les persones que han esgotat el subsidi o estan rebent una RMI o RAI.

Per últim, cal tenir en compte que l'estudi fa referència a la utilització pública de serveis i dispensació de fàrmacs finançats parcial o totalment pel Servei Català de la Salut. Les persones que fan un ús privat dels serveis sanitaris no es distribueix de forma homogènia entre nivells socioeconòmics, i grups d'edat i sexe. En aquest sentit, cal fer especial atenció als nivells socioeconòmics d'elevada capacitat adquisitiva on els baixos valors en alguns indicadors poden ser causats per situacions de doble cobertura o de consum privat. A més, normalment la utilització de la doble cobertura es fa d'una manera bastant selectiva, utilitzant-la preferentment per anar al metge especialista i molt menys per les hospitalitzacions⁴⁶. Les variables que menys es veurien afectades per la doble cobertura serien les relatives al consum de fàrmacs, ja que la majoria de la dispensació es fa per professionals públics, i les relatives a la mortalitat, que seria l'únic cas que no es veuria afectat.

La gran fortalesa d'aquest estudi és que és el primer en què s'analitzen les desigualtats en la salut, la utilització de serveis sanitaris i el consum de fàrmacs segons el nivell socioeconòmic de la població general, utilitzant informació individual de tota la població de Catalunya. Fins on nosaltres sabem, cap dels estudis publicats fins ara han analitzat les desigualtats socioeconòmiques de tota una població utilitzant informació individual.

Molt relacionat amb això, és destacable la classificació en nivells socioeconòmics que s'ha pogut realitzar a partir dels trams de renda del copagament farmacèutic i la informació disponible de les prestacions econòmiques de la Seguretat Social, que ha permès classificar una gran majoria de la població



catalana segons un nivell socioeconòmic individual que té en compte tant el seu nivell de renda com la seva situació laboral i social, informació disponible als registres administratius.

Què es pot fer des de les polítiques públiques

Les característiques del sistema sanitari i les polítiques de salut són molt importants perquè les desigualtats que observem es vagin reduint i, en tot cas, no s'agreguin pels efectes de la crisi econòmica recent. Una despesa adequada, una cobertura universal de la població, uns copagaments baixos i evitables segons renda, i unes polítiques o intervencions adreçades als grups de població més vulnerables permeten al sistema sanitari esdevenir amortidor dels efectes negatius d'una crisi. És important, a més, revisar i actualitzar periòdicament el marc conceptual que es fa servir per dissenyar les estratègies del monitoratge de les desigualtats en salut, perquè aquestes puguin realment abordar la realitat social de cada moment⁴⁷.

Que les polítiques públiques -socials i econòmiques- tenen una influència en el nivell de salut de la població i que modulen la influència que tenen els factors socioeconòmics, el gènere i la immigració en les desigualtats en salut és un fet. Les polítiques de protecció social semblen ser eficaces per amortir la influència de les fluctuacions macroeconòmiques en les taxes de mortalitat. Les polítiques orientades a l'equitat contribueixen a millorar les desigualtats en salut. Poc tenen a veure les conseqüències que va tenir la crisi de Rússia de principis dels anys 90 amb les de Finlàndia de la mateixa època, i segurament el principal motiu són les diferents polítiques desenvolupades per ambdós governs⁴⁸.

Atesa la complexitat i l'impacte múltiple que produeixen les crisis econòmiques, l'abordatge des de les polítiques públiques per pal·liar els seus efectes ha de ser intersectorial. Eines com el Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP)⁴⁹ són claus per garantir aquesta aproximació transversal, actuant sobre els determinants de la salut per reduir o eliminar les desigualtats en salut. Tots els departaments de la Generalitat estan implicats en el desplegament del PINSAP i han prioritzat aquelles actuacions que podien contribuir a pal·liar els efectes de la crisi econòmica. Unes de les prioritats actuals del Departament de salut són l'atenció primària i l'atenció a la salut mental, com queda reflectit en les partides corresponents als pressupostos.

A banda de desplegar polítiques orientades a reduir l'impacte més directe de les crisis econòmiques, també és important reforçar aquelles polítiques més orientades a prevenir els seus efectes. El nivell educatiu de les persones és determinant per a l'ocupació, el sou i la salut, per a la mobilitat intergeneracional social i de salut, i determinant també per mitigar l'exposició als riscos econòmics i socials d'una crisi.

Per tal de preveure i mitigar les desigualtats que es puguin produir en context de crisi, l'abordatge sectorial de les polítiques públiques s'ha de complementar amb el desplegament de polítiques centrades en aquells grups de població més vulnerables. Tal com reflecteix l'informe les nenes i els nens presenten un important gradient en l'estat de salut i la utilització de serveis sanitaris en

funció del nivell socioeconòmic dels seus progenitors. Així doncs, les polítiques centrades en la població infantil són una prioritat.

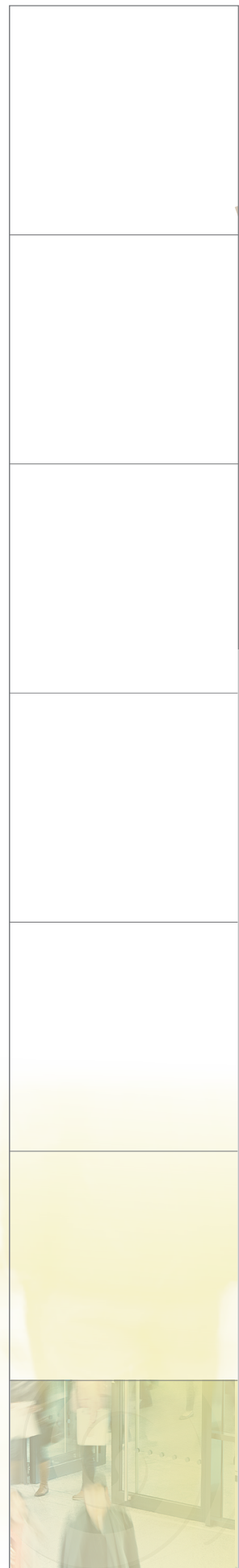
D'altra banda, també és important mantenir i reforçar polítiques públiques orientades a lluitar contra les desigualtats en grups de població que en un context previ a la crisi ja mostraven majors desigualtats. Les polítiques de gènere i les polítiques d'integració en són un clar exemple. Les polítiques que donen suport a la participació de la dona en el mercat de treball i disminueixen la seva càrrega com a cuidadora o el model d'integració tenen una clara influència en la salut d'aquests grups.

Línies de recerca futures

Les dades d'aquest informe deixen obertes moltes portes de cara a possibles anàlisis futures. L'any que ve ens proposem analitzar el nivell de salut i la utilització de serveis de les catalanes i catalans segons el seu territori de residència, analitzant les desigualtats socioeconòmiques existents mitjançant el nou indicador socioeconòmic dissenyat per l'AQuAS i inclòs en la fórmula revisada d'assignació dels recursos i nou finançament de les ABS. Com a pas natural després de fer això, i del treball d'aquest any, s'analitzarà l'estat de salut i la utilització de serveis de les catalanes i catalans tenint en compte alhora tant variables de nivell socioeconòmic individual com variables de nivell socioeconòmic territorial en una anàlisi multinivell.

També caldrà aprofundir en l'anàlisi de les causes de mort que puguin ser susceptibles d'estar lligades a condicionants socioeconòmics, com s'ha fet enguany amb la mortalitat per suïcidi, així com en l'anàlisi de les desigualtats en salut en patologies concretes en nenes i nens, i en les llistes d'espera.

Quan es pugui relacionar progenitors i descendents a les bases de dades sanitàries, aquesta informació serà extremadament valuosa per analitzar amb més profunditat el fenomen de la mobilitat intergeneracional de la salut.



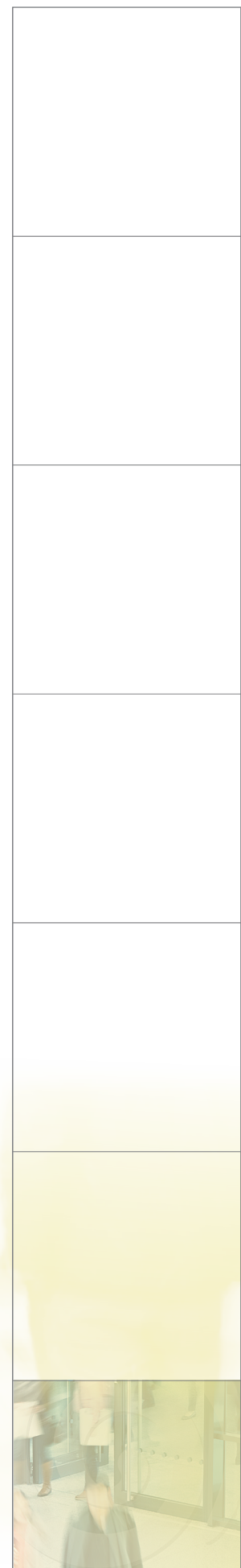


Bibliografia

Bibliografia

1. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe. Impact and implications for policy. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe; 2014
2. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. *Soc Sci Med.* 2011;72(6):840-54.
3. Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health.* 2013;23(5):732-6.
4. Libro J, Segura A, González López-Varcárcel B. Suicides, hurricanes and economic crisis. *Eur J Public Health.* 2014;24(2):183.
5. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health.* 2014;24(3):415-8.
6. Nova A, Ward J, Malmusi D, Díaz F, Darnell M, Trilla C, et al. How substandard dwellings and housing affordability problems are associated with poor Health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s. *Int J Equity Health.* 2015;14:120.
7. Jiménez-Martín S, Viola A. El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea. Madrid: Observatorio de la Sanidad Fedea; 2014.
8. La salut a Barcelona 2014. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2015.
9. Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectiva. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.* 2014;28 Supl 1:1-6.
10. Resolució EUR/RC63/13, Outcome document for the high-level meeting on Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region. Oslo (Norway): World Health Organization (WHO); 17-18 April 2013.
11. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014 [citad març 2017]. Disponible a:
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf
12. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la població infantil de Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 10. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014 [citad març 2017]. Disponible a:
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_monografic.pdf
13. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015 [citad gener 2017]. Disponible a:
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_crisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2015.pdf
15. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm (Sweden): Institute for Futures Studies; 1991.
16. Inequalities in Health: report of a Research Working Group. London (United Kingdom): Department of Health and Social Security (DHSS); 1980.
17. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London (United Kingdom): UCL Institute of Health Equity; 2010.

18. OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris (France): OECD Publishing; 2015 [citat març 2017]. Disponible a: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
19. Enquesta de salut de Catalunya. Comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya. Informe dels principals resultats 2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016.
20. Informe de salut 2016. Barcelona: Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017 [citat març 2017]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/informedesalut2016.pdf
21. La Salut a Barcelona 2015 [provisional]. Barcelona Agència de Salut Pública de Barcelona; 2016 [citat març 2017]. Disponible a: <http://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/introduccio>
22. Dávila Quintana C, González López-Valcárcel B. Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. Rev Esp Salud Pública. 2014;88:187-90
23. Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja. 7è estudi. L'afectació de la crisi en la salut de les persones. Setembre 2014. Barcelona: Creu Roja; 2014 [citat març 2017]. Disponible a: <http://www.creuroja.org/AP/cm/4733P242L8/L-afectacio-de-la-crisi-en-la-salut-de-les-persones---7e-estudi.aspx>
24. Novoa A, Amat J, Malmusi D, Díaz F, Darnell M, Trilla C, et al. Changes in Health Following Housing Improvement in a Vulnerable Population in Spain: A Follow-up Study. Int J Health Serv. 2017;47(1):83-107.
25. Desheredados. Desigualdad infantil, igualdad de oportunidades y políticas públicas en España. Save the Children; febrer 2017 [consultat març 2017]. Disponible a: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/desheredados>
26. Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L, Costongs C. Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project. (Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project). Brussels (Belgium): EuroHealthNet; 2015 [citat març 2017]. Disponible a: <http://health-gradient.eu/>
27. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV. Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los "niños y niñas de la crisis"? Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):132-6.
28. Flores R. La transmisión intergeneracional de la pobreza: factores, procesos y propuestas para la intervención. Madrid: Fundación Foessa; 2016.
29. García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):31-6.
30. Heckman JJ. The developmental origins of health. Health Econ. 2012;21(1):24-9.
31. Quiroga V, Guasch C. L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa. 2014;57:135-53.
32. Borrell C, García Calvente MM, Martí-Boscà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):2-6.
33. Campo-Serna J, Ronda-Pérez E, Artazcos L, Benavides FG. Desigualdades de género en salud laboral en España. Gac Sanit. 2012;26(4):343-51.
34. Urbanos R, González López-Valcárcel B. Capítulo 4.1. Sanidad y desigualdad. A: 2º Informe sobre la desigualdad en España. Madrid: Fundación Alternativas; 2015. Págs: 155-86.
35. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Nou indicador socioeconòmic per al finançament de les ABS. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015 [citat març 2017]. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/indicador_socioeconomic_2015/



36. Monterde D, Vela E, Clèries M; grupo colaborativo GMA. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(10):674-82.
37. Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*. 2016;354:i4588.
38. The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London. London (United Kingdom): UCL Institute of Health Equity; 2012.
39. Conclusions of the SOPHIE Project. Social and economic policies matter for health equity. Barcelona: SOPHIE Project. Agència de Salut Pública de Barcelona; 2015 [citad març 2017]. Disponible a: <http://www.sophie-project.eu/pdf/conclusions.pdf>
40. Fjær EL, Balaj M, Stornes P, Todd A, McNamara CL, Eikemo TA. Exploring the differences in general practitioner and health care specialist utilization according to education, occupation, income and social networks across Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017;27(suppl 1):73-81.
41. Pinilla J, González López-Varcárcel B, Urbanos-Garrido RM. Estimating direct effects of parental occupation on Spaniards' health by birth cohort. *BMC Public Health*. 2017;17:26.
42. Costa-Font J, Hernández-Quevedo C, Sato A. A Health 'Kuznets' Curve'? Cross-Sectional and Longitudinal Evidence on Concentration Indices. *Soc Indic Res*. 2017.
43. Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); 98, de 24 d'abril de 2012. p. 31278-312. Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403
44. González López-Varcárcel B, Barber P. Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Sapin. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017;15(1):13-21.
45. Garcia-Subirats I, Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Ruiz-Muñoz D, Salvador J. Neighborhood inequalities in adverse pregnancy outcomes in an urban setting in Spain: a multilevel approach. *J Urban Health*. 2012;89(3):447-63.
46. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/ specialist and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13(7):689-703.
47. Goldblatt PO. Moving forward monitoring of the social determinants of health in a country: lessons from England 5 years after the Marmot Review. *Glob Health Action*. 2016;9:29627.
48. Rivadeneyra-Sicilia A, Minué S, Artundo C, Márquez S. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 Supl 1:12-7.
49. Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP). Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya [consultat febrer 2017]. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/





Taules



Persones incloses a l'estudi segons nivell socioeconòmic, sexe i grup d'edat. Catalunya, 2015

Edat	Sexe	Subsidi atur esgotat RMI o RAI	Subsidi atur	Prestació atur	Treballa renda ≥ 18.000€	Treballa renda de 18.000€ a 100.000€	Renda ≥ 100.000€	PNC	Pensionista renda ≥ 18.000€	Pensionista renda de 18.000€ a 100.000€	Pensionista renda >100.000€	Sense especificar	Total població inclosa a l'estudi	Total població	% inclús estudi
0-4 anys	Dones	7.515	6.547	4.231	7.510	42.618	30.894	924	267	598	6	77.761	100.239	181.638	55,2%
	Homes	8.033	6.989	4.393	7.954	45.314	33.107	939	334	630	8	82.516	106.729	193.089	55,3%
	Homes	10.994	7.271	4.946	7.393	71.282	61.467	1.826	436	1.220	8	33.423	165.179	205.585	80,3%
5-9 anys	Homes	11.594	7.544	5.328	7.833	76.021	65.780	1.888	478	1.281	19	35.397	175.988	218.750	80,5%
	Dones	8.687	5.901	3.513	5.730	57.629	57.144	2.208	565	1.875	39	35.487	140.812	186.974	75,3%
	Homes	9.076	6.278	3.836	6.245	61.493	59.428	2.395	636	1.911	42	37.430	148.751	197.424	75,3%
15-19 anys	Dones	6.979	5.283	2.313	4.643	53.649	48.060	2.317	578	2.040	54	30.750	123.244	166.902	73,8%
	Homes	7.644	5.816	2.555	5.076	57.301	51.257	2.394	605	1.102	54	33.487	132.043	179.389	73,6%
	Dones	4.445	3.957	2.694	4.501	82.110	16.746	997	388	1.299	41	46.216	115.450	172.645	66,9%
20-24 anys	Homes	4.788	3.936	3.163	4.627	82.439	20.187	1.086	571	1.435	43	48.428	120.226	180.893	66,5%
	Dones	6.037	4.765	6.420	8.722	105.116	19.168	128	435	331	13	56.587	150.356	209.035	71,9%
	Homes	3.926	3.160	7.107	7.869	102.910	22.346	200	586	437	15	54.920	147.518	205.302	71,9%
30-34 anys	Dones	8.885	6.753	9.988	12.218	114.194	53.209	216	650	343	8	62.345	205.463	271.020	75,8%
	Homes	6.327	5.358	9.986	11.135	112.365	61.692	294	916	464	5	61.346	207.157	272.723	76,0%
	Dones	11.054	8.224	12.172	13.584	132.036	82.752	732	1.062	1.086	17	61.083	260.554	328.295	79,4%
35-39 anys	Homes	8.970	7.662	11.873	13.303	127.400	107.006	1.191	1.445	1.064	9	62.563	277.405	348.388	79,6%
	Dones	10.910	7.335	11.499	11.517	123.721	83.324	1.639	1.553	2.001	37	53.121	249.945	314.058	79,6%
	Homes	10.173	7.904	10.505	11.756	114.530	115.464	2.998	1.849	1.828	20	51.346	273.330	337.339	81,0%
45-49 anys	Dones	14.096	6.504	7.573	9.791	108.263	77.462	2.131	2.127	3.371	57	44.140	225.820	286.416	78,8%
	Homes	15.317	8.373	6.268	10.342	92.830	107.626	4.175	1.966	2.393	41	37.904	244.931	299.144	81,9%
	Dones	15.131	6.291	6.087	8.390	92.656	69.640	2.182	2.322	6.007	91	37.259	200.377	262.960	76,2%
50-54 anys	Homes	14.700	8.077	4.535	8.913	77.648	93.849	4.765	1.887	3.338	79	28.602	212.487	261.681	81,2%
	Dones	9.480	20.840	4.583	7.382	66.256	57.682	1.815	2.084	10.959	221	28.913	208.686	237.599	87,8%
	Homes	6.832	19.001	3.794	9.020	57.756	78.925	4.443	1.341	5.355	107	20.705	206.100	226.805	90,9%
60-64 anys	Dones	6.118	13.198	2.736	5.613	36.706	30.673	1.154	2.187	30.448	486	19.998	188.075	208.073	90,4%
	Homes	3.938	9.313	2.151	7.332	34.643	42.282	3.086	1.087	28.495	649	12.740	180.302	193.042	93,4%
	Dones	1.839	211	519	399	4.956	7.811	384	4.892	50.094	760	8.553	175.308	199.980	87,7%
65-69 anys	Homes	724	176	294	206	3.425	7.000	845	2.177	86.574	1.653	4.794	161.304	178.768	90,2%
	Dones	870	44	87	74	1.031	3.884	176	5.161	115.859	587	4.558	154.535	165.259	93,5%
	Homes	282	31	49	35	716	3.321	321	1.816	79.447	985	2.390	134.140	141.285	94,9%
70-74 anys	Dones	694	19	19	31	415	2.302	73	4.709	102.844	20.091	2.997	128.043	134.593	95,1%
	Homes	168	12	6	15	225	1.727	110	1.310	69.300	505	1.329	99.172	102.764	96,5%
	Dones	587	18	4	14	163	1.951	45	3.989	108.221	356	2.243	129.728	134.753	96,3%
80-84 anys	Homes	108	6	4	3	93	1.203	73	923	62.832	475	774	86.098	88.362	97,4%
	Dones	453	8	1	13	112	2.529	39	2.899	122.079	359	2.106	139.856	145.117	96,4%
	Homes	84	3	2	3	46	1.166	28	575	50.888	325	522	65.868	67.722	97,3%
Total		237.458	202.808	155.234	219.192	2.140.068	1.580.064	50.217	56.806	1.234.641	8.573	1.184.733	6.041.219	7.503.772	80,5%

En gris grups exclosos de l'estudi

Mortalitat, utilització de serveis i consum de fàrmacs de les persones menors de 15 anys segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015

	Persones complexitat elevada (%)		Persones ateses AP (%)		Mitjana visites AP		Persones ateses urgències (%)		Mitjana visites urgències		Persones ateses CSM (%)		Mitjana visites CSM	
	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	0,5	0,6	86,4	86,6	7,8	7,9	37,5	41,0	2,2	2,2	5,9	11,4	6,0	6,3
Subsidi atur	0,4	0,4	87,0	86,8	7,5	7,7	37,1	39,8	2,1	2,1	5,9	10,9	6,0	6,5
Prestació atur esgotada	0,3	0,3	66,8	67,7	7,0	7,1	26,2	29,4	2,0	2,0	3,7	7,0	6,2	6,9
Prestació atur	0,3	0,4	82,5	83,3	7,1	7,2	33,2	35,5	2,0	2,0	4,7	8,3	6,3	6,8
Treballa <18.000€	0,2	0,3	86,6	86,7	6,6	6,7	34,4	37,2	1,9	2,0	4,6	8,6	6,0	6,4
Treballa 18.000€ a 100.000€	0,2	0,2	78,6	79,3	5,8	5,9	28,4	31,4	1,8	1,8	3,0	5,8	6,5	6,9
Renda >100.000€	0,1	0,2	55,8	55,2	4,2	4,4	17,0	19,3	1,5	1,7	1,3	2,2	6,4	6,1
Màx./Mín.	4,0	2,8	1,6	1,6	1,9	1,8	2,2	2,1	1,4	1,3	4,4	5,1	1,1	1,1
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	2,2	2,6	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,2	1,2	2,0	2,0	1,1	1,1

	Taxa hospitalització (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització quirúrgica (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització psiquiàtrica (per 1.000 h.)	
	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	45,6	58,0	16,7	25,4	2,3	1,4
Subsidi atur	38,4	55,9	15,6	23,8	1,9	0,9
Prestació atur esgotada	29,0	41,1	10,1	17,8	2,0	1,3
Prestació atur	31,7	45,3	12,1	21,1	1,4	0,3
Treballa <18.000€	33,5	48,9	14,5	23,3	1,2	0,7
Treballa 18.000€ a 100.000€	26,4	39,4	12,0	18,9	1,1	0,7
Renda >100.000€	13,4	26,7	6,1	11,4	1,3	0,2
Màx./Mín.	3,4	2,2	2,8	2,2	2,2	6,8
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	1,7	1,5	1,7	1,4	2,2	4,6

	Persones consumidores fàrmacs (%)		Mitjana receptes		Persones consumidores psicofàrmacs (%)		Persones consumidores ansiolítics (%)		Persones consumidores antidepressius (%)		Persones consumidores antipsicòtics (%)		Persones consumidores fàrmacs TDAH (%)	
	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens	Nenes	Nens
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	69,9	70,5	6,9	7,7	5,1	6,3	4,4	4,3	0,4	0,4	0,5	1,6	1,2	3,5
Subsidi atur	66,4	66,7	5,3	6,0	4,4	5,3	3,8	3,7	0,4	0,4	0,4	1,2	1,4	3,3
Prestació atur esgotada	47,4	48,7	5,2	5,8	3,0	3,3	2,6	2,3	0,4	0,3	0,3	0,8	0,9	2,9
Prestació atur	60,2	61,4	5,1	5,6	3,6	4,0	3,1	2,9	0,4	0,3	0,3	0,8	1,2	3,1
Treballa <18.000€	62,2	63,6	4,8	5,4	3,6	4,1	3,1	2,9	0,4	0,3	0,3	0,8	1,3	3,6
Treballa 18.000€ a 100.000€	50,6	52,5	4,6	5,2	2,7	3,1	2,3	2,2	0,3	0,3	0,2	0,6	1,1	3,2
Renda >100.000€	32,3	33,5	4,7	5,1	1,5	1,8	1,1	1,2	0,3	0,2	0,3	0,3	1,7	3,3
Màx./Mín.	2,2	2,1	1,5	1,5	3,4	3,4	4,1	3,4	1,6	2,2	2,4	4,7	1,8	1,2
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	1,5	1,4	1,5	1,5	1,9	2,0	1,9	1,9	1,5	1,5	2,4	2,6	1,5	1,2

Mortalitat, utilització de serveis i consum de fàrmacs de les persones de 15 a 64 anys segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015

	Taxa mortalitat (inclou 0-64 anys) (per 1.000 h.)		Taxa mortalitat suïcidis (per 100.000 h.)*		Persones complexitat elevada (%)		Persones ateses AP (%)		Mitjana visites AP		Persones ateses urgències (%)		Mitjana visites urgències		Persones ateses CSM (%)		Mitjana visites CSM	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	1,1	2,4	3,3	12,1	2,2	2,2	82,8	68,8	8,2	6,8	39,1	33,4	2,6	2,3	6,6	4,6	6,6	7,0
Subsidi atur	0,5	1,6			0,9	1,4	80,7	70,3	6,7	6,0	33,5	31,4	2,1	2,1	3,9	2,6	5,7	5,9
Prestació atur esgotada	0,6	1,4			1,0	0,9	64,2	48,1	6,3	5,3	24,4	19,7	2,1	1,9	3,5	2,6	6,5	7,6
Prestació atur	0,3	1,1			0,7	0,9	75,1	65,5	6,2	5,5	28,8	25,6	2,0	1,8	3,4	2,3	5,8	5,8
Treballa <18.000€	0,4	0,9	2,6	9,0	0,7	0,8	78,1	66,1	6,5	5,5	29,8	26,1	2,0	1,8	2,7	1,7	5,6	5,7
Treballa 18.000€ a 100.000€	0,4	0,7	2,4	6,5	0,4	0,6	63,3	59,7	5,3	4,9	21,5	20,7	1,8	1,7	1,7	1,2	6,2	5,6
Renda >100.000€	0,6	0,6			0,2	0,3	41,0	34,7	3,7	3,3	11,7	11,0	1,6	1,5	0,7	0,5	8,1	4,8
Màx./Mín.	3,7	3,8	1,4	1,8	8,9	8,1	2,0	2,0	2,3	2,0	3,4	3,0	1,6	1,6	9,0	10,1	1,5	1,6
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	3,7	3,6	-	-	5,7	4,0	1,3	1,5	1,5	1,4	1,8	1,7	1,5	1,4	3,9	3,7	1,2	1,3

* Dades 2014

	Taxa hospitalització (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització evitable (exclou <45 anys) (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització quirúrgica (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització psiquiàtrica (per 1.000 h.)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	106,3	78,9	5,6	7,5	57,0	42,0	6,5	9,7
Subsidi atur	83,0	76,7	2,4	5,3	49,3	44,6	2,8	4,6
Prestació atur esgotada	69,4	40,2	2,4	3,1	39,2	25,3	3,0	4,1
Prestació atur	80,9	56,6	2,1	2,7	45,8	37,8	2,0	2,9
Treballa <18.000€	75,5	50,0	2,3	3,3	45,4	34,7	1,4	1,7
Treballa 18.000€ a 100.000€	52,8	43,9	1,4	2,0	31,6	29,2	1,1	0,9
Renda >100.000€	21,2	23,6	0,4	0,5	11,9	13,9	1,4	0,8
Màx./Mín.	5,0	3,3	13,9	14,7	4,8	3,2	5,9	12,6
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	2,0	2,0	3,9	3,8	1,8	1,8	5,9	11,1

	Persones consumidores fàrmacs (%)		Mitjana receptes		Persones consumidores psicofàrmacs (%)		Persones consumidores ansiolítics (%)		Persones consumidores antidepressius (%)		Persones consumidores antipsicòtics (%)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	78,2	62,2	25,2	20,5	31,1	18,2	24,2	13,6	18,1	8,0	4,3	4,6
Subsidi atur	73,8	61,4	15,4	14,7	24,7	13,1	19,0	10,0	13,5	5,5	2,1	1,9
Prestació atur esgotada	58,5	41,1	15,7	14,7	18,8	10,5	14,2	7,6	10,6	5,0	1,9	2,1
Prestació atur	68,1	56,4	14,0	13,4	20,8	11,7	15,8	8,8	11,2	5,1	1,7	1,5
Treballa <18.000€	69,8	55,6	13,1	12,3	20,2	10,9	15,5	8,4	10,2	4,3	1,5	1,3
Treballa 18.000€ a 100.000€	53,3	49,8	11,3	12,1	14,2	9,1	10,9	7,0	7,1	3,7	1,0	0,9
Renda >100.000€	38,6	33,7	11,0	12,8	11,6	6,7	8,9	5,3	5,7	2,5	0,9	0,5
Màx./Mín.	2,0	1,8	2,3	1,7	2,7	2,7	2,7	2,6	3,2	3,2	4,8	8,6
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	1,5	1,5	2,2	1,7	2,2	2,0	2,2	1,9	2,5	2,2	4,5	5,4

Mortalitat, utilització de serveis i consum de fàrmacs de les persones de 65 anys i més segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015

	Taxa mortalitat (per 1.000 h.)		Taxa mortalitat suïcidis (per 100.000 h.)*		Persones complexitat elevada (%)		Persones ateses AP (%)		Mitjana visites AP		Persones ateses urgències (%)		Mitjana visites urgències		Persones ateses CSM (%)		Mitjana visites CSM	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
PNC	33,5	68,7	5,4	26,4	26,8	34,8	93,3	85,6	16,0	14,7	44,7	46,8	3,5	3,8	5,2	3,3	5,3	6,2
Pensionista <18.000€	29,2	46,4			21,0	29,9	95,1	95,0	14,0	14,7	39,1	40,5	2,8	3,1	2,7	1,7	4,3	4,4
Pensionista 18.000€ a 100.000€	21,8	34,4	6,6	9,8	14,1	20,4	92,5	93,9	11,4	11,7	32,5	33,0	2,6	2,7	1,9	0,9	4,5	4,0
Pensionista >100.000€	19,8	30,9			5,9	9,6	76,8	78,0	7,5	7,2	18,1	18,3	2,3	2,0	0,7	0,3	4,9	4,1
Màx./Mín.	1,7	2,2	1,2	2,7	4,6	3,6	1,2	1,2	2,1	2,0	2,5	2,6	1,5	1,9	7,8	9,8	1,2	1,6
Màx./Mín. (exclou pensionista >100.000€)	1,5	2,0	-	-	1,9	1,7	1,0	1,1	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4	2,7	3,8	1,2	1,6

* Dades 2014

	Taxa hospitalització (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització evitable (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització quirúrgica (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització psiquiàtrica (per 1.000 h.)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
PNC	299,1	402,6	47,0	91,0	131,3	135,5	6,3	6,5
Pensionista <18.000€	258,6	372,9	31,1	60,2	135,7	165,4	3,0	3,2
Pensionista 18.000€ a 100.000€	188,0	266,9	17,7	32,5	105,2	130,9	2,1	1,8
Pensionista >100.000€	82,5	103,6	10,0	10,3	39,4	45,2	0,4	0,8
Màx./Mín.	3,6	3,9	4,7	8,8	3,4	3,7	15,3	8,2
Màx./Mín. (exclou pensionista >100.000€)	1,6	1,5	2,7	2,8	1,3	1,3	3,0	3,7

	Persones consumidores fàrmacs (%)		Mitjana receptes		Persones consumidores psicofàrmacs (%)		Persones consumidores ansiolítics (%)		Persones consumidores antidepressius (%)		Persones consumidores antipsicòtics (%)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
PNC	94,5	86,9	81,0	73,5	59,9	39,8	45,9	29,5	33,2	15,3	13,2	13,3
Pensionista <18.000€	95,7	94,8	66,7	65,9	56,1	35,1	43,9	26,0	30,3	14,6	8,8	7,5
Pensionista 18.000€ a 100.000€	93,1	94,0	56,8	57,7	53,9	31,5	42,8	24,3	28,0	12,1	6,9	4,9
Pensionista >100.000€	77,3	80,1	44,3	50,5	45,1	31,4	37,1	25,7	21,5	11,4	5,5	3,2
Màx./Mín.	1,2	1,2	1,8	1,5	1,3	1,3	1,2	1,2	1,5	1,3	2,4	4,2
Màx./Mín. (exclou pensionista >100.000€)	1,0	1,1	1,4	1,3	1,1	1,3	1,1	1,2	1,2	1,3	1,9	2,7

Mortalitat, utilització de serveis i consum de fàrmacs de les persones actives de 55 a 64 anys segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015

	Taxa mortalitat (per 1.000 h.)		Persones complexitat elevada (%)		Persones ateses AP (%)		Mitjana visites AP		Persones ateses urgències (%)		Mitjana visites urgències		Persones ateses CSM (%)		Mitjana visites CSM	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	3,4	9,5	5,9	7,4	89,2	78,3	10,0	9,3	33,7	31,1	2,3	2,5	6,3	3,3	5,5	6,8
Subsidi atur	1,9	6,6	2,8	5,1	89,7	81,6	8,1	8,2	27,2	27,2	1,9	2,1	3,7	2,2	5,3	5,2
Prestació atur esgotada	2,1	6,6	3,0	3,4	80,0	65,7	8,1	7,3	24,3	19,0	1,9	2,0	4,0	1,7	4,7	5,9
Prestació atur	1,2	4,2	1,9	3,2	85,7	81,9	7,8	7,5	23,9	22,8	1,9	1,9	3,4	2,0	5,0	4,9
Treballa <18.000€	1,5	3,4	2,0	3,3	86,2	79,1	8,3	7,8	25,8	24,5	1,8	1,9	2,8	1,4	5,1	4,9
Treballa 18.000€ a 100.000€	1,5	2,9	1,2	2,3	68,0	70,4	6,7	6,8	18,0	19,1	1,7	1,8	1,8	1,1	5,7	5,0
Renda >100.000€	-	-	0,8	1,2	54,5	48,4	4,7	4,4	11,2	10,7	1,8	1,6	0,7	0,4	8,3	3,8
Màx./Mín.	2,7	3,3	7,0	6,4	1,6	1,7	2,1	2,1	3,0	2,9	1,4	1,6	8,5	8,3	1,8	1,8
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	2,7	3,3	5,0	3,2	1,3	1,2	1,5	1,4	1,9	1,6	1,4	1,4	3,5	3,1	1,2	1,4

	Taxa hospitalització (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització evitable (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització quirúrgica (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització psiquiàtrica (per 1.000 h.)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	124,6	158,7	7,7	12,7	78,2	83,4	3,5	4,7
Subsidi atur	100,6	141,1	3,6	8,7	73,9	83,0	2,1	2,9
Prestació atur esgotada	85,7	98,5	2,9	4,4	60,1	58,8	1,2	2,0
Prestació atur	86,9	113,1	2,9	3,8	63,7	74,0	1,4	2,6
Treballa <18.000€	89,0	113,4	3,2	5,3	67,0	72,4	1,2	0,9
Treballa 18.000€ a 100.000€	60,2	89,7	1,8	3,5	45,2	58,8	0,9	0,5
Renda >100.000€	33,1	48,9	0,7	1,1	21,0	29,7	0,3	0,1
Màx./Mín.	3,8	3,2	10,9	11,6	3,7	2,8	10,7	36,1
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	2,1	1,8	4,3	3,6	1,7	1,4	4,0	9,2

	Persones consumidores fàrmacs (%)		Mitjana receptes		Persones consumidores psicofàrmacs (%)		Persones consumidores ansiolítics (%)		Persones consumidores antidepressius (%)		Persones consumidores antipsicòtics (%)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Subsidi atur esgotat, RMI o RAI	87,2	74,9	43,9	37,0	46,3	23,3	36,8	18,1	27,5	9,9	4,8	3,4
Subsidi atur	86,9	77,3	29,4	30,0	40,3	19,6	31,5	15,4	22,6	8,1	2,7	2,0
Prestació atur esgotada	76,6	61,6	29,3	28,3	34,5	15,3	27,0	11,9	19,7	6,9	2,9	1,5
Prestació atur	82,6	77,8	26,1	27,9	35,4	17,7	27,4	13,9	19,4	7,3	2,3	1,6
Treballa <18.000€	82,0	74,7	24,8	26,7	34,3	16,8	26,7	13,2	18,1	6,6	2,3	1,5
Treballa 18.000€ a 100.000€	61,1	65,4	22,2	26,4	24,9	15,2	19,5	12,0	12,7	6,0	1,4	1,1
Renda >100.000€	57,5	52,4	22,0	26,8	25,6	13,9	20,6	11,6	12,5	5,2	1,6	0,6
Màx./Mín.	1,5	1,5	2,0	1,4	1,9	1,7	1,9	1,6	2,2	1,9	3,4	5,3
Màx./Mín. (exclou renda >100.000€)	1,4	1,3	2,0	1,4	1,9	1,5	1,9	1,5	2,2	1,7	3,4	3,0

Mortalitat, utilització de serveis i consum de fàrmacs de les persones pensionistes de 55 a 64 anys segons sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015

	Taxa mortalitat (per 1.000 h.)		Persones complexitat elevada (%)		Persones ateses AP (%)		Mitjana visites AP		Persones ateses urgències (%)		Mitjana visites urgències		Persones ateses CSM (%)		Mitjana visites CSM	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
PNC	15,3	38,2	24,6	29,7	92,4	85,5	15,4	13,0	48,6	44,9	4,1	4,9	26,5	19,1	8,5	10,9
Pensionista <18.000€	5,4	16,4	7,8	16,1	90,8	89,4	10,0	10,5	32,3	33,1	2,2	2,6	9,2	8,1	6,5	7,9
Pensionista 18.000€ a 100.000€	3,3	7,3	3,9	6,8	86,2	86,9	7,8	8,0	25,0	25,0	1,9	2,0	4,9	2,6	6,1	5,6
Pensionista >100.000€	-	-	2,3	4,9	69,8	75,2	5,4	5,9	14,4	19,1	1,9	2,0	1,6	1,5	4,3	6,9
Màx./Mín.	4,7	5,2	10,7	6,1	1,3	1,2	2,8	2,2	3,4	2,3	2,1	2,5	16,6	12,5	2,0	1,9
Màx./Mín. (exclou pensionista>100.000€)	4,7	5,2	6,4	4,4	1,1	1,0	2,0	1,6	1,9	1,8	2,1	2,4	5,4	7,4	1,4	1,9

	Taxa hospitalització (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització evitable (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització quirúrgica (per 1.000 h.)		Taxa hospitalització psiquiàtrica (per 1.000 h.)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
PNC	280,7	380,3	44,6	81,2	119,3	119,0	41,8	45,1
Pensionista <18.000€	154,3	250,2	9,5	23,8	100,2	126,9	7,5	11,0
Pensionista 18.000€ a 100.000€	102,0	152,4	4,0	8,4	71,5	92,1	2,4	2,0
Pensionista >100.000€	57,3	96,5	1,3	3,3	25,4	52,6	0,0	1,4
Màx./Mín.	4,9	3,9	34,8	24,3	4,7	2,4	-	31,9
Màx./Mín. (exclou pensionista>100.000€)	2,8	2,5	11,1	9,7	1,7	1,4	17,6	22,0

	Persones consumidores fàrmacs (%)		Mitjana receptes		Persones consumidores psicofàrmacs (%)		Persones consumidores ansiolítics (%)		Persones consumidores antidepressius (%)		Persones consumidores antipsicòtics (%)	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
PNC	93,7	86,7	92,4	79,1	72,1	57,2	54,3	40,6	46,7	24,1	27,8	29,4
Pensionista <18.000€	89,6	88,2	47,6	55,2	51,2	34,7	40,0	25,7	31,5	16,8	7,5	9,0
Pensionista 18.000€ a 100.000€	84,8	84,7	35,5	38,0	42,3	23,4	33,4	18,2	24,4	10,0	4,0	2,8
Pensionista >100.000€	67,5	75,7	29,1	37,7	35,7	21,3	29,1	17,4	18,9	9,4	3,4	1,8
Màx./Mín.	1,4	1,2	3,2	2,1	2,0	2,7	1,9	2,3	2,5	2,6	8,2	16,0
Màx./Mín. (exclou pensionista >100.000€)	1,1	1,0	2,6	2,1	1,7	2,4	1,6	2,2	1,9	2,4	7,0	10,6

Mortalitat, utilització de serveis i consum de fàrmacs segons edat i sexe. Catalunya, 2015

	Menors de 15 anys		De 15 a 64 anys		De 55 a 64 anys		65 anys i més		Totals	
	Nenes	Nens	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Taxa mortalitat (per 1.000 h.)	-	-	0,4	0,9	2,9	6,8	28,3	43,3	6,5	10,4
Taxa suïcidis (per 100.000 h.)*	-	-	2,7	8,6	-	-	5,6	21,2	3,6	11,6
Persones complexitat elevada (%)	0,3	0,3	0,7	0,8	3,9	6,2	20,0	27,0	5,0	6,7
Persones ateses AP (%)	82,5	82,8	73,1	63,0	83,3	78,4	94,5	94,4	79,5	73,2
Mitjana visites AP	6,5	6,6	6,3	5,3	8,5	8,1	13,6	13,7	8,4	7,9
Persones ateses urgències (%)	32,0	34,9	27,6	24,3	25,9	24,4	38,1	38,0	30,5	28,8
Mitjana visites urgències	1,9	1,9	2,0	1,8	2,0	2,1	2,8	3,0	2,2	2,2
Persones ateses CSM (%)	4,0	7,6	2,7	1,7	4,6	2,7	2,6	1,4	3,0	2,4
Mitjana visites CSM	6,2	6,6	5,9	6,0	6,1	6,8	4,4	4,4	5,8	6,0
Taxa hospitalització (per 1.000 h.)	31,6	45,8	70,3	49,8	103,1	138,6	247,2	337,3	104,5	115,0
Taxa hospitalització evitable (per 1.000 h.)	-	-	-	-	5,1	9,4	29,5	52,1	7,5	12,6
Taxa hospitalització quirúrgica (per 1.000 h.)	13,4	21,5	41,5	32,9	71,4	80,6	129,7	152,5	58,2	59,4
Taxa hospitalització psiquiàtrica (per 1.000 h.)	1,3	0,7	1,7	2,0	3,2	3,2	2,9	2,8	2,1	2,2
Persones consumidores fàrmacs (%)	57,8	59,2	64,7	53,3	79,9	74,9	95,2	94,3	71,1	63,9
Mitjana receptes	5,0	5,5	13,7	13,0	33,8	35,1	65,4	63,3	29,8	28,9
Persones consumidores psicofàrmacs (%)	3,3	3,9	19,1	10,6	38,2	20,7	55,8	34,0	26,7	15,8
Persones consumidores ansiolítics (%)	2,9	2,7	14,6	8,1	29,9	16,0	43,8	25,5	20,8	11,9
Persones consumidores antidepressius (%)	0,3	0,3	9,9	4,3	21,7	8,9	30,0	13,8	14,1	6,4
Persones consumidores antipsicòtics (%)	0,3	0,8	1,5	1,3	3,8	3,0	8,7	6,8	3,2	2,7
Persones consumidores fàrmacs TDAH (%)	1,2	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-

* Dades 2014



 Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya

 Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

Observatori del Sistema de Salut de
Catalunya (OSSC)

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de
Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)

08005 Barcelona

Tel. 93 551 39 00

Fax. 93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>

<http://aquas.gencat.cat>



Salut i crisi