

La salut de la població immigrant de Barcelona



La salut de la població immigrant de Barcelona

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Producció gràfica:
Primer Segona serveis de comunicació

Dipòsit Legal: B-XX.XXX-08

Juny 2008



Imprès en paper reciclat

La salut de la població immigrant de Barcelona

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Isabel Ribas

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Conrad Casas

Adjunt de gerència de l'Agència de Salut Pública
de Barcelona
Joan Ramon Villalbí

Directori de l'Observatori de la Salut Pública,
Agència de Salut Pública de Barcelona
Carme Borrell

La salut de la població immigrant de Barcelona

Coordinació general de l'informe
Rosa Puigpinós i Riera (ASPB)

Redacció

Els moviments migratoris a la ciutat de Barcelona
Rosa Puigpinós i Riera

Qui som els ciutadans i ciutadanes de Barcelona

Situació demogràfica

Mariona Pons i Vigués, Anna Garcia-Altés

Els naixements de fills de la població immigrant a la ciutat

Davide Malmusi, Glòria Pérez Albarracín,

Joaquín Salvador Peral, Èlia Díez

Com vivim i què fem

Els determinants socials

Davide Malmusi, Rosa Puigpinós i Riera

La situació laboral

Imma Cortés, Lucía Artazcoz

Quins estils de vida tenim

L'activitat física

Maica Rodríguez-Sanz, Carme Borrell

El consum de drogues

M.^a José López, Manel Nebot, Paloma Carrillo,

Teresa Brugal

L'atenció a les drogodependències

Paloma Carrillo, Teresa Brugal

L'estat de salut de la població immigrant

La salut reproductiva

Davide Malmusi, Glòria Pérez, Joaquín Salvador Peral

La salut percebuda

Maica Rodríguez-Sanz, Rosa Puigpinós i Riera,

Carme Borrell

La salut mental

Maica Rodríguez-Sanz, Rosa Puigpinós i Riera,

Carme Borrell

Els trastorns crònics, restricció i limitació de l'activitat

Maica Rodríguez-Sanz, Rosa Puigpinós i Riera,

Carme Borrell

La tuberculosi

Angels Orcau, Joan Caylà

La sida i infeccions pel VIH

Patricia García de Olalla, Joan Caylà

Les lesions

Catherine Pérez

Els accidents de treball

Lucía Artazcoz, Imma Cortés

La mortalitat

Davide Malmusi, Maica Rodríguez-Sanz, Carme Borrell

La utilització dels serveis sanitaris

La cobertura sanitària

La utilització de serveis

La valoració dels serveis

Carme Borrell, Maribel Pasarín i Rua

El fenomen migratori i els serveis sanitaris des de l'òptica dels professionals de la salut

Joan Llosada, Mònica Miró, Imma Vallverdú, Àlex Guarga

La prevenció

La mesura de la pressió arterial i el colesterol

La vacunació de la grip

La realització de mamografies

La realització de citologies

Rosa Puigpinós i Riera

Agraïments

Aquest informe, així com les dades que s'hi presenten, no hauria estat possible sense un equip molt gran de persones i institucions: els hospitals i altres centres que aporten dades als registres, i molt concretament els professionals que han estat capaços d'entendre aquesta feina burocràtica i feixuga de recopilar informació enmig de la feina assistencial, i de col·laborar-hi; els i les professionals d'infermeria que de manera activa busquen casos de persones malaltes, els segueixen, els entrevisten, revisen històries; els agents de salut que busquen les persones del carrer i els donen suport; els treballadors dels centres de desintoxicació; els enquestadors que han fet les enquestes, tant les quantitatives com els treballs qualitius.

Volem manifestar agraïment a tots els qui s'han llegit l'informe i hi han aportat opinions i correccions per contribuir a millorar-lo; a la Patrícia Altimira, que ha anat introduint les correccions i donant-hi forma, i a la Mariona Vigués i Julià, que ha revisat que els afeccionats a la història de la que tots formem part no cometem incorreccions en voler entendre-la i resumir-la. A totes aquestes persones, moltes gràcies.

Índex

Presentació	Presentació	11
Resums	Resum executiu	13
	Resumen ejecutivo	18
	Executive summary	23
Introducció	Els moviments migratoris a la ciutat de Barcelona	29
	Objectius i metodologia	34
Qui som els ciutadans i ciutadanes de Barcelona	La situació demogràfica	37
	Els naixements de fills de la població immigrant a la ciutat	40
Com vivim i què fem	Els determinants socials	41
	La situació laboral	46
Quins estils de vida tenim	L'activitat física	51
	El consum de drogues institucionalitzades	54
	El consum de drogues no institucionalitzades	56
	L'atenció a les drogodependències	57
L'estat de salut de la població immigrant	La salut reproductiva	61
	La salut percebuda	67
	La salut mental	68
	Els trastorns crònics, la restricció i la limitació de l'activitat	69
	La tuberculosi	72
	La sida i infeccions pel VIH	74
	Les lesions	77
	Els accidents de treball	80
	La mortalitat	82
La utilització dels serveis sanitaris	La cobertura sanitària	85
	La utilització de serveis	87
	La valoració dels serveis	89
	El fenomen migratori i els serveis sanitaris des de l'òptica dels professionals de la salut	92
La prevenció	La mesura de la pressió arterial i el colesterol en sang	99
	La vacunació de la grip	102
	La realització de mamografies	103
	La realització de citologies	105
Conclusions i recomanacions	Conclusions	107
	Recomanacions	111

Presentació

Les migracions han estat necessàries per a la humanitat des de temps antics, però les que han tingut lloc al principi del segle XXI no tenen precedents. Segons les Nacions Unides, al món del començament del segle XXI hi ha 191 milions de persones que viuen fora del seu país d'origen. Si bé tradicionalment les fonts de la migració eren a Europa i els destinataris els Estats Units, l'Argentina, el Brasil, el Canadà i Austràlia, en l'actualitat les fonts són l'Àsia, l'Amèrica Llatina i l'Àfrica i els receptors s'han diversificat, tot i que s'agrupen a les zones de l'Amèrica del Nord, l'Europa occidental, la regió del golf Pèrsic i l'anomenada cubeta occidental del Pacífic.

La immigració pot satisfer les necessitats tant del país d'origen com el d'acollida, però en les societats democràtiques planteja un altre repte, que és el de la integració de les persones immigrants com a ciutadanes de ple dret. Catalunya i Barcelona en concret han estat des de sempre terra d'acollida, com ja es va viure a les dècades dels cinquanta i seixanta amb l'arribada de persones d'altres parts de l'Estat espanyol. El moviment migratori no és, doncs, un fenomen desconegut per a la ciutat. El que sí que ho és, és la velocitat a què ha tingut lloc durant l'últim decenni, la qual cosa, juntament amb la gran diversitat cultural, afegeix elements al repte plantejat quant a acollida i integració dels immigrants. En l'actualitat gairebé el 16% de les persones que viuen a Barcelona són estrangeres, i aquest augment ha estat molt marcat, sobretot durant els últims deu anys.

És necessari, per tant, establir els mecanismes que facilitin el coneixement mutu entre els ciutadans autòctons i els nous, per tal que els uns i els altres siguin conscients dels drets, però també dels deures, que cada persona ha d'assumir per aconseguir aquesta integració i ciutadania de ple dret. Aconseguir això no és pas fàcil quan l'increment de la població és massa ràpid i quan els recursos no sempre poden ser els desitjats.

El gran augment de la immigració estrangera que ha tingut lloc durant els darrers anys planteja la necessitat d'adequar les fonts d'informació sanitàries existents i de fer-ne una anàlisi amb l'objectiu de conèixer la salut i els seus determinants en aquesta població. L'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2006, que estava emmarcada dins de la de Catalunya, ha estat una molt bona oportunitat per disposar d'informació representativa sobre l'estat de salut de tots els ciutadans i ciutadanes. L'enquesta anterior havia estat la del 2002, i la població immigrant en aquell moment representava només prop del 4% de la població total de la ciutat. És per això que té tanta importància aquest

informe que es presenta avui, i que té l'objectiu de respondre les preguntes que se'ns plantegen entorn de l'estat de salut i els seus determinants, els usos de serveis, així com l'opinió que en tenen les persones que viuen a Barcelona, entre elles els immigrants de cultures diverses.

La informació que es presenta es basa principalment en dades de l'enquesta, però inclou també informació obtinguda a partir d'altres fonts i registres ja existents en les quals s'està fent un important esforç per recollir informació sobre aquest col·lectiu, com ara el padró d'habitants de la ciutat, el de tuberculosi, el de sida, el de mortalitat, el de natalitat, el d'interrupcions voluntàries de l'embaràs, el de prevenció de drogues, i fins i tot un treball específic dut a terme des del Consorci Sanitari de Barcelona per conèixer les principals dificultats i mancances amb què es troben els i les professionals de la salut quan han d'atendre persones de cultures diverses, així com les principals patologies per les quals acudeixen als serveis.

L'Agència de Salut Pública de Barcelona i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya són els responsables de dur a terme l'Enquesta de salut. I és per això que vull donar les gràcies a totes les persones i institucions que han fet possible la realització d'aquest informe, però també i de manera molt especial a tots els ciutadans i ciutadanes que han contestat l'Enquesta de salut de Barcelona del 2006.

Isabel Ribas

Resums

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive summary

Resum executiu

1. Qui som els ciutadans i ciutadanes de Barcelona

La situació demogràfica

El juny del 2007, a Barcelona hi ha 1.600.000 habitants, el 16,2% dels quals són estrangers. Els col·lectius més nombrosos són de l'Equador, Itàlia, Bolívia, el Perú, el Pakistan, el Marroc, Colòmbia, França, la Xina i l'Argentina. Ciutat Vella és el districte de la ciutat amb més presència d'immigrants, els quals representen el 44,1% de la població. Són persones joves, amb un nivell d'estudis variable, però sobretot els provinents de països en vies de desenvolupament (PVD), solen tenir majoritàriament estudis primaris i tendeixen a agrupar-se en el territori en funció de la nacionalitat.

Els naixements de fills d'immigrants a la ciutat

Els naixements d'infants amb un o els dos progenitors estrangers han passat de ser del 9,1% l'any 1991 al 29,5% l'any 2005. Al llarg dels quinze anys analitzats, entre el 1991 i el 1998 els naixements tendien a disminuir, mentre que els naixements de fills d'immigrants mostraven un creixement moderat. A partir del 1999, s'observa un creixement molt més sostingut dels naixements de fills d'immigrants, amb un creixement interanual del 13,7%, que arriba al 21,6% l'any 2002, de manera que els immigrants han contribuït en un 82,2% a l'augment global de naixements a la ciutat entre el 1998 i el 2005.

2. Com vivim i què fem

Els determinants socials

Les persones de les classes socials manuals i sense estudis són majoritàries tant en homes com en dones dels països en vies de desenvolupament.

Pel que fa als ingressos, les dones, les persones de classes manuals i les persones immigrades de països en vies de desenvolupament tenen més probabilitats de tenir ingressos baixos tant individuals com a la llar. En les condicions de l'habitatge es constaten desigualtats de classe en l'amuntegament i l'habitabilitat dels locals.

Les persones immigrants tant de PVD com de països desenvolupats (PD) tenen menys suport confidencial i afectiu que les autòctones, i les persones dels PVD de classes socials manuals diuen haver patit situacions de discriminació principalment a l'hora de buscar feina. També són les persones de classe social manual, principalment homes de PD (17,9%) i dones de PVD (34,5%), les que declaren haver hagut de valorar què podien

menjar en funció de què podien pagar (precarietat alimentària). En general, les persones que fa més de deu anys que són a Barcelona presenten millors indicadors socioeconòmics.

La situació laboral

Les dues terceres parts de la població ocupada són persones nascudes a Barcelona, i el següent col·lectiu més nombrós són els immigrants procedents de PVD que majoritàriament fan feines manuals, treballant sobretot en el sector serveis les dones i en la construcció els homes. Els autònoms majoritàriament són homes de classe no manual de PVD i PD.

En tots els col·lectius analitzats, les dones dediquen més hores al treball domèstic i familiar fins i tot quan els dos membres de la parella tenen una feina remunerada, sent aquesta desigualtat més marcada entre homes i dones nascuts a la resta de l'Estat espanyol i en PVD.

3. Quins estils de vida tenim

L'activitat física habitual i en el temps de lleure

Cal diferenciar entre l'activitat física que es fa durant l'activitat principal –molt lligada a la situació laboral o el tipus d'ocupació– i l'activitat o exercici que es fa en el temps de lleure, com ara caminar o fer esport. L'any 2006, la majoria de la població barcelonina ha declarat que la seva activitat habitual no requereix un esforç físic important (el 43,4% es desplacen a peu sovint, i el 32,7% declaren que estan asseguts/udes la major part de la jornada). En canvi, l'activitat intensa ha estat més freqüent en els homes de classes desfavorides i nascuts fora de Catalunya. Respecte a l'activitat física durant el temps de lleure, tot i que aproximadament la meitat de la població caminen mitja hora diària o més, s'observa que la realització d'activitat física esportiva és més freqüent en els homes, les persones de classes socials afavorides i les persones estrangeres nascudes en PD.

El consum de drogues institucionalitzades

Mentre en els homes autòctons i dels PD la prevalença de tabaquisme és més gran en els de classe manual, en els homes de PVD són els homes de classe no manual els que fumen més. En les dones de PVD, són també i de manera molt destacada les de classe no manual les que fumen més.

Quant a l'alcohol, en general els homes són més bevedors de risc que les dones, i en els uns i els altres predominen els de classe no manual, excepte en els nascuts a Catalunya, que predominen entre els homes de classe manual.

Les dones autòctones nascudes fora de Catalunya són les que més declaren consumir tranquil·litzants i/o hipnòtics sense recepta mèdica.

El consum de drogues no institucionalitzades

Els homes consumeixen més cànnabis que les dones. No hi ha un patró clar de classe, però hi destaca l'elevat consum dels homes de classe no manual provinents dels PVD (19,2%) i els de classe manual nascuts a Catalunya (22,6%).

El consum més alt de cocaïna es troba en els homes de classe no manual de PVD (el 10,6% l'últim any), seguit dels homes de classe manual nascuts a Catalunya (5,6%).

L'atenció a les drogodependències

Durant el 2006, el 67,2% de les persones que van fer una primera visita als centres de tractament de drogues de Barcelona, eren nascuts a Catalunya; el 19,5%, a la resta de l'Estat espanyol; el 6,9%, en PVD, i el 2,8%, en PD. Quant a les persones que van fer visites relacionades amb la cocaïna, majoritàriament eren nascudes a Catalunya, si bé en les visites a urgències hospitalàries són els de la resta de l'Estat espanyol els que amb més freqüència arriben a urgències a causa d'aquesta substància, i els dels PVD, per consum de cocaïna i opiacis.

Els centres de reducció de danys ofereixen una alternativa al tractament tradicional. Durant els anys 2005 i 2006, aproximadament la meitat dels usuaris d'aquests centres van ser immigrants, i l'any 2007 aquest percentatge va arribar al 64%. La majoria eren homes joves amb una mitjana d'edat de trenta-tres anys, que vivien a Barcelona des de feia més de quatre anys i que principalment eren del Magrib, de l'Europa de l'est, de l'Europa occidental i, en menor mesura, de l'Orient Mitjà, el Pakistan, Llatinoamèrica i l'Àfrica subsahariana. El 68% van iniciar el consum d'heroïna i/o cocaïna després d'haver emigrat, i el 60,8% dels que s'injecten va utilitzar aquesta via per primera vegada fora del seu país.

4. L'estat de salut

La salut reproductiva

Les taxes d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) durant l'any 2005 van ser superiors en les dones nascudes en PVD, entre les quals destaquen les bolivianes i les romaneses. Quant a l'IVE de repetició, també és més freqüent en les dones de PVD. Són també les dones de PVD les que presenten les taxes més elevades de fecunditat i d'embarassos adolescents.

Quant a la cura de l'embaràs, les parelles dels PVD per regla general fan menys control de l'embaràs, i la majoria (el 90,7%) donen a llum en hospitals públics, davant només el 38,6% de les autòctones.

No hi ha diferències importants quant al baix pes en néixer, prematuritat i baix pes per edat gestacional (BEPG), tot i que el BEPG és bastant menys freqüent en els fills de pares d'altres PD. En els fills de parelles de PVD, s'han trobat diferències importants segons el país; així, mentre els fills de magribins han estat el grup amb menys proporció de baix pes al néixer (3,1%), els fills de romanesos i filipins, amb un 13,9 i un 10,6% respectivament, presenten uns nivells molt alts.

La salut percebuda

El 18,7% dels homes i el 25,8% de les dones declaren que la seva salut és regular o dolenta. Les persones dels PVD van declarar més mala salut que els autòctons, sobretot les dones i les persones de classe no manual.

La salut mental

Segons l'escala de Goldberg, el 10,8% dels homes i el 19,3% de les dones presenten risc de patir trastorns mentals. Independentment de la classe social, en el cas dels homes són els de la resta de PD els que presenten una prevalença més alta de patiment psicològic (5,1%), mentre que en el cas de les dones són les dels PVD (19,8%).

Els trastorns crònics, restricció i limitació de l'activitat

Per regla general, s'observen unes prevalències de trastorns crònics més baixes en les persones de PD, mentre que les persones de PVD presenten unes prevalències similars o lleugerament superiors a les dels autòctons. Quant al nombre de trastorns, els homes de PVD declaren un nombre més baix que la resta, mentre que les dones de PVD i autòctones nascudes fora de Catalunya en declaren més que les nascudes a Catalunya.

Pel que fa a la restricció de l'activitat durant els últims quinze dies, és més gran en dones i més marcada en les de classe manual, i el mateix s'observa en la restricció crònica (durant l'últim any). Segons el lloc de naixement, no s'observen diferències en cap tipus de restricció, tot i que és lleugerament més baix en les persones dels altres PD.

El 8,9% dels homes i el 17,9% de les dones declaren haver patit alguna limitació greu o discapacitat, sent sempre superior en les dones i en les persones de classes desfavorides. Els homes estrangers han declarat limitacions en menor proporció, excepte limitació de la vista, que l'han patida més els dels PVD. En el cas de les dones, són les nascudes en PVD les que han presentat més limitacions.

La tuberculosi

Segons les dades del Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi (TBC) de Barcelona, les taxes més altes de TBC es van donar a la dècada dels noranta, coincidint amb el moment àlgid de l'epidèmia de la sida, i després va iniciar un descens, per posteriorment tornar a augmentar al prin-

cipi dels anys 2000, coincidint amb els canvis demogràfics de la ciutat. Durant els anys 2005-2006, la incidència de casos més alta la van presentar els homes immigrants, amb una taxa de 81,4 casos/ 100.000 habitants, seguits per les dones també immigrants. Mentre en els autòctons, tant en homes com en dones, es presenta majoritàriament en persones de seixanta-cinc anys o més, en els immigrants és en persones joves d'entre quinze i trenta-nou anys. Llatinoamèrica i el subcontinent indi és d'on procedeixen la majoria de casos i amb una tendència ascendent.

La sida i les infeccions pel VIH

A Barcelona, entre el 1981 i el 2006, el 7,6% dels casos de sida van ser persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Durant aquest període el percentatge de casos en immigrants ha passat del 8,8% l'any 1987 al 29,5% l'any 2006. Aquest increment percentual, però, no es pot desvincular de l'important descens en el nombre de casos en les persones autòctones. Segons la regió de naixement, el 47,8% dels nascuts fora de l'Estat espanyol eren de l'Amèrica Llatina i el Carib; el 22,3%, de l'Europa occidental; el 4,8%, de l'Europa de l'est, i el 2,3%, de l'Àsia i el Pacífic. En comparar les característiques dels nascuts fora amb les dels autòctons, s'observen diferències en relació amb el sexe –els immigrants eren amb més freqüència homes–, amb el lloc de residència –els immigrants residien amb més freqüència a Ciutat Vella–, amb els antecedents penitenciaris –els immigrants tenien menys antecedents de presó–, i amb la via de transmissió del VIH –els immigrants eren amb menys freqüència usuaris de drogues per via parenteral.

Quant als nous diagnòstics de VIH entre el 2001 i el 2006, el 33,7% van ser en persones nascudes fora de l'Estat espanyol. Segons la regió de naixement, de nou l'Amèrica Llatina i el Carib són les zones més representades. Les principals diferències entre els immigrants i els autòctons van ser la distribució per sexes: en els nascuts fora hi ha una proporció més alta de dones que entre els autòctons; i, com que en la sida són més joves, la transmissió deguda a l'ús de drogues per via intravenosa és molt menor.

Les lesions

El 18,6% dels homes i el 15% de les dones han patit alguna lesió en els últims dotze mesos deguda a caigudes, talls, cremades, cops, intoxicacions o accidents de trànsit que els ha provocat alguna restricció en les seves activitats habituals; s'observa el més alt percentatge de lesions en els homes de classe no manual de PVD, seguits dels homes de classe manual autòctons nascuts fora de Catalunya. En les dones, destaca la prevalença de les de classe manual nascudes a Catalunya, seguides de les immigrants tant de PD com de PVD, també de classe manual. Quant a lesions degudes a un accident de trànsit, sigui com a passatgers de vehicles o com a viants, durant els últims dotze mesos previs a l'enquesta, en declaren el 3,1% dels homes i l'1,9% de les dones, i

no hi ha diferències segons el lloc de naixement. La majoria de les persones que es desplacen amb un vehicle privat són de classe no manual, i els immigrants de PVD són els que menys es desplacen amb moto o cotxe. Quant a les mesures de seguretat viària, la més infringida és la de no portar cinturó de seguretat al seient del darrere tant per ciutat com per carretera.

Els accidents de treball

La majoria dels accidents de treball amb baixa que s'han produït a la ciutat de Barcelona durant el 2006 han estat en homes de l'Estat espanyol, tot i que el 12,4% dels accidents van ser en persones de PVD. La mateixa situació apareix en el cas dels accidents greus quant a la distribució per sexes, i en aquest cas el 10,2% va ser en persones de PVD. Destaca el sector de la construcció en la contribució als accidents greus i mortals en jornada laboral en les persones de PVD. Cal subratllar la més alta proporció de persones de PVD amb contractes temporals en el cas dels accidents greus. Aquesta situació d'instabilitat laboral també s'observa amb més freqüència en el cas de les malalties relacionades amb el treball, i hi destaca el fet que en les persones de PVD les baixes laborals solen ser per trastorns físics mentre que en els autòctons i d'altres PD, per trastorns de tipus ansiós o depressiu.

La mortalitat

Mentre la població d'origen estranger ha crescut de manera exponencial a partir de l'any 1999, no ha passat el mateix amb la mortalitat, la qual ha anat augmentant de manera molt més moderada. Així, mentre que l'any 2004 la població immigrant representava el 14% de la població, només va representar el 3,3% de la mortalitat. Aquesta situació es reflecteix també en la taxa de mortalitat en els diferents grups d'edat, en què les persones dels PVD tenen una taxa un 50% inferior a la dels autòctons. Quant a les causes, s'aprecien diferències importants en les causes més freqüents en el grup d'edat de quinze a quaranta-quatre anys. Mentre en els autòctons les causes més freqüents són lesions per accidents de vehicles de motor, sida, suïcidi, sobredosi i resta de lesions, en les persones de PVD les causes més freqüents han estat la resta de lesions, sobredosi, suïcidi, sida i malaltia isquèmica del cor.

5. La utilització de serveis sanitaris

La cobertura sanitària

El 99% dels immigrants de PVD tenen cobertura sanitària pública, i la cobertura sanitària exclusivament pública és més freqüent en les persones de classe manual en general i en concret en homes i dones de PVD de manera més evident.

La utilització de serveis

El 61,1% dels homes i el 72,2% de les dones van visitar el seu metge de capçalera durant l'últim any, i en tots els

casos el percentatge va ser més elevat en les persones de classe manual. Les dones autòctones nascudes fora de Catalunya són les que en més proporció declaren haver anat al metge, seguides de les persones nascudes en PVD. Quant a les visites a l'especialista, són les persones de PVD i sobretot els homes de classe manual els que menys s'hi ha visitat. Les persones que més utilitzen les visites a urgències són dones i en general persones de classe manual, i hi destaquen les dones de classe manual de PVD (48,3%), tot i que solen anar al servei d'urgències del CAP. La mateixa situació de gènere i classe s'observa en el consum de medicaments, i hi destaquen les dones autòctones nascudes fora de Catalunya, seguides de les nascudes a Catalunya i de les de PVD.

La valoració dels serveis

La majoria d'homes i dones opinen que el sistema sanitari funciona bé però que necessita canvis fonamentals; el 7,3 d'homes i el 6,3% de les dones diuen que no funciona bé i que caldria refer-lo. Destaca el fet que la valoració més positiva la fan els homes de classe no manual, i tant en homes com en dones són els nascuts en altres països els qui millor opinió en tenen.

La percepció dels professionals de la salut sobre el fenomen migratori i els serveis sanitaris

Percepció dels professionals:

Gran increment d'usuaris d'origen immigrant, així com una gran diversitat de nacionalitats als CAPs, i als hospitals en els darrers anys. Precarietat econòmica i laboral de gran part de la població d'origen immigrant.

Accés i ús dels serveis sanitaris:

Tot i que la majoria de professionals sanitaris tenen la percepció que no hi ha barreres en l'accés als serveis ni per obtenir la TSI, el testimoni d'administratius i mediadors culturals matisa, com a mínim, aquesta percepció.

Els xinesos només accedeixen als serveis sanitaris quan la patologia és greu perquè usen, per fer front a la malaltia, la seva medicina tradicional.

Els marroquins i els pakistanesos només accedeixen als serveis sanitaris quan la patologia és greu, perquè tenen prioritats laborals i econòmiques que se situen per damunt de la salut.

Els sud-americans usen més correctament els canals establerts per accedir als serveis sanitaris, però fan un sobreús d'aquests serveis i són molt més demandants de recursos.

Dificultats en l'atenció:

La principal dificultat d'atenció que manifesten tots els professionals sanitaris fa referència a la comunicació amb el pacient quan aquest no parla ni català ni castellà.

La distància cultural també es posa de manifest en els discursos dels professionals, i això és viscut amb gran preocupació, sobretot pels professionals de la salut mental, arran dels prejudicis d'alguns d'aquests col·lectius entorn d'aquesta disciplina.

Propostes de millora:

Augmentar la cobertura horària dels mediadors.

Necessitat de formació intercultural adreçada als professionals sanitaris.

6. La prevenció

La pressió arterial i el colesterol

En el cas dels homes, en general es controlen més els de classe no manual, i hi destaquen els nascuts en PD per damunt dels autòctons. Pel que fa a les dones, no s'aprecia un patró clar ni respecte a la classe ni al lloc d'origen. Així, quant al control de la pressió arterial, les que més es controlen són les autòctones nascudes fora de Catalunya de classe manual, mentre que en el cas del colesterol són les nascudes en altres PD.

La vacuna de la grip

En general, analitzant les persones a partir de seixanta anys, les de classe no manual es vacunen més, tot i que en el cas dels homes destaquen els autòctons de classe manual, tant els nascuts a Catalunya com els nascuts a la resta de l'Estat espanyol. En el cas de les persones nascudes fora, tots els enquestats d'altres PD de classe no manual s'han vacunat, i en els PVD els que més declaren vacunar-se són els homes i les dones de classe manual.

La realització de mamografies

Declaren fer-se controls regulars entre el 87 i el 93,5% de les dones d'entre cinquanta i seixanta-nou anys, i entre el 59,6 i el 73,6% de les de quaranta a quaranta-nou. Les de classe no manual es controlen més en els dos grups d'edat i segons el lloc de naixement; destaquen sobretot les de PVD de cinquanta a seixanta-nou anys en les dues classes socials. En les de quaranta a quaranta-nou anys, són també les dones de PVD de classe no manual les que més es controlen. Per regla general, les dones de classe manual utilitzen més el programa poblacional de cribratge que hi ha a la ciutat, i hi destaquen les de PVD, amb un 64% que diuen controlar-se a través del programa.

La realització de citologies

Les dones de classe no manual es controlen més que les de classe manual, i aquesta desigualtat és més marcada en les dones d'altres països, tant de PD com de PVD, i el mateix s'observa quant a la freqüència recomanada, la qual cosa es tradueix en el fet que les dones de classe manual es fan menys citologies, i entre el 44,8 i el 75,3% se'n fan amb una freqüència que ultrapassa els tres anys recomanats.

Resumen ejecutivo

1. Quiénes somos los ciudadanos y ciudadanas de Barcelona

La situación demográfica

En junio de 2007, en Barcelona hay 1.600.000 habitantes, el 16,2% de los cuales son extranjeros. Los colectivos más numerosos son de Ecuador, Italia, Bolivia, Perú, Pakistán, Marruecos, Colombia, Francia, China y Argentina. Ciutat Vella es el distrito de la ciudad con más presencia de inmigrantes, los cuales representan el 44,1% de la población. Son personas jóvenes, con un nivel de estudios variable, pero sobre todo los provenientes de países en vías de desarrollo (PVD), suelen tener mayoritariamente estudios primarios y tienden a agruparse en el territorio en función de la nacionalidad.

Los nacimientos de hijos de inmigrantes en la ciudad

Los nacimientos de niños con uno o los dos progenitores extranjeros han pasado de ser del 9,1% en 1991 al 29,5% en 2005. A lo largo de los quince años analizados, entre el 1991 y el 1998 los nacimientos tendían a disminuir, mientras que los nacimientos de hijos de inmigrantes mostraban un crecimiento moderado. A partir de 1999, se observa un crecimiento mucho más sostenido de los nacimientos de hijos de inmigrantes, con un crecimiento interanual del 13,7%, que llega al 21,6% en 2002, de modo que los inmigrantes han contribuido en un 82,2% al aumento global de nacimientos en la ciudad entre 1998 y 2005.

2. Como vivimos y qué hacemos

Los determinantes sociales

Las personas de clase social manual y sin estudios son mayoritarias tanto en hombres como en mujeres de los países en vías de desarrollo.

En cuanto a los ingresos, las mujeres, las personas de clase manual y las personas inmigradas de países en vías de desarrollo tienen más probabilidades de tener ingresos bajos tanto individuales como en el hogar. En las condiciones de la vivienda se constatan desigualdades de clase en el hacinamiento y la habitabilidad de los locales.

Las personas inmigrantes tanto de PVD como de países desarrollados (PD) tienen menos apoyo confidencial y afectivo que las autóctonas, y las personas de los PVD de clase manual dicen haber sufrido situaciones de discriminación principalmente a la hora de buscar trabajo. También son las personas de clase manual, principalmente hombres de PD (17,9%) y mujeres de PVD (34,5%), las que declaran

haber tenido que valorar qué podían comer en función de que podían pagar (precariedad alimentaria). En general, las personas que llevan más de diez años en Barcelona presentan mejores indicadores socioeconómicos.

La situación laboral

Las dos terceras partes de la población ocupada son personas nacidas en Barcelona, y el siguiente colectivo más numeroso son los inmigrantes procedentes de PVD que mayoritariamente hacen trabajos manuales, sobre todo en el sector servicios las mujeres y en la construcción los hombres. Los autónomos mayoritariamente son hombres de clase no manual de PVD y PD.

En todos los colectivos analizados, las mujeres dedican más horas al trabajo doméstico y familiar incluso cuando los dos miembros de la pareja tienen un trabajo remunerado, siendo esta desigualdad más marcada entre hombres y mujeres nacidos en el resto del Estado español y en PVD.

3. Qué estilos de vida tenemos

La actividad física habitual y en el tiempo libre

Hay que diferenciar entre la actividad física que se realiza durante la actividad principal –muy ligada a la situación laboral o el tipo de empleo– y la actividad o ejercicio que se realiza en el tiempo libre, como caminar o hacer deporte. En 2006, la mayoría de la población barcelonesa ha declarado que su actividad habitual no requiere un esfuerzo físico importante (el 43,4% se desplazan a pie a menudo, y el 32,7% declaran que están sentados/as la mayor parte de la jornada). En cambio, la actividad intensa ha sido más frecuente en los hombres de clases desfavorecidas y nacidos fuera de Cataluña. Con respecto a la actividad física durante el tiempo libre, aunque aproximadamente la mitad de la población camina media hora diaria o más, se observa que la realización de actividad física deportiva es más frecuente en los hombres, las personas de clases sociales favorecidas y las personas extranjeras nacidas en PD.

El consumo de drogas institucionalizadas

Mientras en los hombres autóctonos y de los PD la prevalencia de tabaquismo es más grande en los de clase manual, en los hombres de PVD son los de clase no manual los que fuman más. En las mujeres de PVD, son también y de manera muy destacada las de clase no manual las que fuman más.

En cuanto al alcohol, en general los hombres son más bebedores de riesgo que las mujeres, y en unos y otros predominan entre las personas de clase no manual, excep-

to en los nacidos en Cataluña, que predominan entre los hombres de clase manual.

Las mujeres autóctonas nacidas fuera de Cataluña son las que más declaran consumir tranquilizantes y/o hipnóticos sin receta médica.

El consumo de drogas no institucionalizadas

Los hombres consumen más cannabis que las mujeres. No hay un patrón claro de clase, pero destaca el elevado consumo de los hombres de clase no manual provenientes de los PVD (19,2%) y los de clase manual nacidos en Cataluña (22,6%).

El consumo más alto de cocaína se encuentra en los hombres de clase no manual de PVD (el 10,6% el último año), seguido de los hombres de clase manual nacidos en Cataluña (5,6%).

La atención a las drogodependencias

Durante 2006, el 67,2% de las personas que hicieron una primera visita en los centros de tratamiento de drogas de Barcelona, eran nacidos en Cataluña; el 19,5%, en el resto del Estado español; el 6,9%, en PVD, y el 2,8%, en PD. En cuanto a las personas que hicieron visitas relacionadas con la cocaína, mayoritariamente eran nacidas en Cataluña, si bien en las visitas a urgencias hospitalarias son los del resto del Estado español los que con mayor frecuencia llegan a urgencias a causa de esta sustancia, y los de los PVD, por consumo de cocaína y opiáceos.

Los centros de reducción de daños ofrecen una alternativa al tratamiento tradicional. Durante los años 2005 y 2006, aproximadamente la mitad de los usuarios de estos centros fueron inmigrantes, y en 2007 este porcentaje llegó al 64%. La mayoría eran hombres jóvenes con una media de edad de treinta y tres años, que llevaban en Barcelona más de cuatro años y que principalmente eran del Magreb, Europa del este, Europa occidental y, en menor medida, de Oriente Medio, Pakistán, Latinoamérica y África subsahariana. El 68% iniciaron el consumo de heroína y/o cocaína después de haber emigrado, y el 60,8% de los que se inyectan utilizaron esta vía por primera vez fuera de su país.

4. El estado de salud

La salud reproductiva

Las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) durante el año 2005 fueron superiores en las mujeres nacidas en PVD, entre las que destacan las bolivianas y las rumanas. En cuanto a la IVE de repetición, también es más frecuente en las mujeres de PVD. Son también las mujeres de PVD las que presentan las tasas más elevadas de fecundidad y de embarazos adolescentes.

En cuanto al cuidado del embarazo, las parejas de los PVD en general hacen menos control del embarazo, y la mayoría (el 90,7%) dan a luz en hospitales públicos, frente a solo el 38,6% de las autóctonas.

No hay diferencias importantes en cuanto al bajo peso en nacer, precocidad y bajo peso por edad gestacional (BEPG), aunque el BEPG es bastante menos frecuente en los hijos de padres de otros PD. En los hijos de parejas de PVD, se han encontrado diferencias importantes según el país; así, mientras los hijos de magrebíes han sido el grupo con menor proporción de bajo peso al nacer (3,1%), los hijos de rumanos y filipinos, con un 13,9 y un 10,6% respectivamente, presentan unos niveles muy altos.

La salud percibida

El 18,7% de los hombres y el 25,8% de las mujeres declaran que su salud es regular o mala. Las personas de los PVD declararon más mala salud que los autóctonos, sobre todo las mujeres y las personas de clase no manual.

La salud mental

Según la escala de Goldberg, el 10,8% de los hombres y el 19,3% de las mujeres presentan riesgo de sufrir trastornos mentales. Independientemente de la clase social, en el caso de los hombres son los del resto de PD los que presentan una prevalencia más alta de sufrimiento psicológico (5,1%), mientras que en el caso de las mujeres son las de los PVD (19,8%).

Los trastornos crónicos, restricción y limitación de la actividad

En general, se observan unas prevalencias de trastornos crónicos más bajas en las personas de PD, mientras que las personas de PVD presentan unas prevalencias similares o ligeramente superiores a las de los autóctonos. En cuanto al número de trastornos, los hombres de PVD declaran un número más bajo que el resto, mientras que las mujeres de PVD y autóctonas nacidas fuera de Cataluña declaran más trastornos que las nacidas en Cataluña.

Por lo que respecta a la restricción de la actividad durante los últimos quince días, es mayor en mujeres y más marcada en las de clase manual, y lo mismo se observa en la restricción crónica (durante el último año). Según el lugar de nacimiento, no se observan diferencias en ningún tipo de restricción, aunque es ligeramente más bajo en las personas de los otros PD.

El 8,9% de los hombres y el 17,9% de las mujeres declaran haber sufrido alguna limitación grave o discapacidad, siendo siempre superior en las mujeres y en las personas de clases desfavorecidas. Los hombres extranjeros han declarado limitaciones en menor proporción, excepto limitación de la vista, que la han sufrido más los de los PVD. En

el caso de las mujeres, son las nacidas en PVD las que han presentado más limitaciones.

La tuberculosis

Según los datos del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (TBC) de Barcelona, las tasas más altas de TBC se dieron en la década de los noventa, coincidiendo con el momento álgido de la epidemia de la sida, y después inició un descenso, para posteriormente volver a aumentar a principios de los años 2000, coincidiendo con los cambios demográficos de la ciudad. Durante los años 2005-2006, la incidencia de casos más alta la presentaron los hombres inmigrantes, con una tasa de 81,4 casos / 100.000 habitantes, seguidos por las mujeres también inmigrantes. Mientras en los autóctonos, tanto en hombres como en mujeres, se presenta mayoritariamente en personas de sesenta y cinco años o más, en los inmigrantes es en personas jóvenes de entre quince y treinta y nueve años. Latinoamérica y el subcontinente indio es de donde proceden la mayoría de casos y con una tendencia ascendente.

La sida y las infecciones por el VIH

En Barcelona, entre el 1981 y el 2006, el 7,6% de los casos de sida fueron personas nacidas fuera del Estado español. Durante este período el porcentaje de casos en inmigrantes ha pasado del 8,8% en 1987 al 29,5% en 2006. Este incremento porcentual, sin embargo, no se puede desvincular del importante descenso en el número de casos en las personas autóctonas. Según la región de nacimiento, el 47,8% de los nacidos fuera del Estado español eran de América Latina y el Caribe; el 22,3%, de Europa occidental; el 4,8%, de Europa del este, y el 2,3%, de Asia y el Pacífico. Al comparar las características de los nacidos fuera con las de los autóctonos, se observan diferencias en relación con el sexo –los inmigrantes eran con más frecuencia hombres–, con el lugar de residencia –los inmigrantes residían con más frecuencia en Ciutat Vella–, con los antecedentes penitenciarios –los inmigrantes tenían menos antecedentes de prisión–, y con la vía de transmisión del VIH –los inmigrantes eran con menos frecuencia usuarios de drogas por vía parenteral.

En cuanto a los nuevos diagnósticos de VIH entre 2001 y 2006, el 33,7% fueron en personas nacidas fuera del Estado español. Según la región de nacimiento, de nuevo América Latina y el Caribe son las zonas más representadas. Las principales diferencias entre los inmigrantes y los autóctonos fueron la distribución por sexos: en los nacidos fuera existe una proporción más alta de mujeres que entre los autóctonos; y, como en la sida son más jóvenes, la transmisión debida al uso de drogas por vía intravenosa es mucho menor.

Las lesiones

El 18,6% de los hombres y el 15% de las mujeres han sufrido alguna lesión en los últimos doce meses debida a

caídas, cortes, quemaduras, golpes, intoxicaciones o accidentes de tráfico que les ha provocado alguna restricción en sus actividades habituales; y se observa el más alto porcentaje de lesiones en los hombres de clase no manual de PVD, seguidos de los hombres de clase manual autóctonos nacidos fuera de Cataluña. En las mujeres, destaca la prevalencia de las de clase manual nacidas en Cataluña, seguidas de las inmigrantes tanto de PD como de PVD, también de clase manual. En cuanto a lesiones debidas a un accidente de tráfico, sea como pasajeros de vehículos o como peatones, durante los últimos doce meses previos a la encuesta, las declaran el 3,1% de los hombres y el 1,9% de las mujeres, y no hay diferencias según el lugar de nacimiento. La mayoría de las personas que se desplazan en un vehículo privado son de clase no manual, y los inmigrantes de PVD son los que menos se desplazan en moto o coche. En cuanto a las medidas de seguridad vial, la más infringida es la de no llevar cinturón de seguridad en el asiento trasero tanto por ciudad como por carretera.

Los accidentes de trabajo

La mayoría de los accidentes de trabajo con baja que se han producido en la ciudad de Barcelona durante 2006 han sido en hombres de nacionalidad española, aunque el 12,4% de los accidentes fueron en personas de PVD. La misma situación aparece en el caso de los accidentes graves en cuanto a la distribución por sexos, y en este caso el 10,2% fue en personas de PVD, destacando el sector de la construcción en la contribución a los accidentes graves y mortales en jornada laboral en las personas de PVD. Cabe subrayar la más alta proporción de personas de PVD con contratos temporales en el caso de los accidentes graves. Esta situación de inestabilidad laboral también se observa con más frecuencia en el caso de las enfermedades relacionadas con el trabajo, destacando el hecho de que en las personas de PVD las bajas laborales suelen ser por trastornos físicos, y en los autóctonos y otros PD, por trastornos de tipo ansioso o depresivo.

La mortalidad

Mientras la población de origen extranjero ha crecido de manera exponencial a partir del año 1999, no ha pasado lo mismo con la mortalidad, la cual ha ido aumentando de manera mucho más moderada. Así, mientras que en 2004 la población inmigrante representaba el 14% de la población, solo representó el 3,3% de la mortalidad. Esta situación se refleja también en la tasa de mortalidad en los diferentes grupos de edad, en que las personas de los PVD tienen una tasa un 50% inferior a la de los autóctonos. En cuanto a las causas, se aprecian diferencias importantes en las causas más frecuentes en el grupo de edad de quince a cuarenta y cuatro años. Mientras en los autóctonos las causas más frecuentes son lesiones por accidentes de vehículos de motor, sida, suicidio, sobredosis y resto de lesiones, en las personas de PVD las causas más frecuentes han sido el resto de lesiones, sobredosis, suicidio, sida y enfermedad isquémica del corazón.

5. La utilización de servicios sanitarios

La cobertura sanitaria

El 99% de los inmigrantes de PVD tienen cobertura sanitaria pública, y la cobertura sanitaria exclusivamente pública es más frecuente en las personas de clase manual en general y en concreto en hombres y mujeres de PVD de manera más evidente.

La utilización de servicios

El 61,1% de los hombres y el 72,2% de las mujeres visitaron a su médico de cabecera durante el último año, y en todos los casos el porcentaje fue más elevado en las personas de clase manual. Las mujeres autóctonas nacidas fuera de Cataluña son las que en más proporción declaran haber ido al médico, seguidas de las personas nacidas en PVD. En cuanto a las visitas al especialista, son las personas de PVD y sobre todo los hombres de clase manual los que menos se han visitado. Las personas que más utilizan las visitas a urgencias son mujeres y en general personas de clase manual, y destacan las mujeres de clase manual de PVD (48,3%), aunque suelen ir al servicio de urgencias del CAP. La misma situación de género y clase se observa en el consumo de medicamentos, y destacan las mujeres autóctonas nacidas fuera de Cataluña, seguidas de las nacidas en Cataluña y de las de PVD.

La valoración de los servicios

La mayoría de hombres y mujeres opinan que el sistema sanitario funciona bien pero que necesita cambios fundamentales; el 7,3 de hombres y el 6,3% de las mujeres dicen que no funciona bien y que habría que rehacerlo. Destaca el hecho de que la valoración más positiva la hacen los hombres de clase no manual, y tanto en hombres como en mujeres son los nacidos en otros países los que mejor opinión tienen.

La percepción de los profesionales de la salud sobre el fenómeno migratorio y los servicios sanitarios

Percepción de los profesionales:

Gran incremento de usuarios de origen inmigrante, así como una gran diversidad de nacionalidades en los CAP, en los hospitales en los últimos años. Precariedad económica y laboral de gran parte de la población de origen inmigrante.

Acceso y uso de los servicios sanitarios:

Aunque la mayoría de profesionales sanitarios tienen la percepción que no hay barreras en el acceso a los servicios ni para obtener la TSI, el testimonio de administrativos y mediadores culturales matiza, como mínimo, esta percepción.

Los chinos solo acceden a los servicios sanitarios cuando la patología es grave porque usan, por hacer frente a la enfermedad, su medicina tradicional.

Los marroquíes y los pakistaníes solo acceden a los servicios sanitarios cuando la patología es grave, porque tienen prioridades laborales y económicas que se sitúan por encima de la salud.

Los sudamericanos usan más correctamente los canales establecidos para acceder a los servicios sanitarios, pero hacen un sobreuso de estos servicios y son mucho más demandantes de recursos.

Dificultades en la atención:

La principal dificultad de atención que manifiestan todos los profesionales sanitarios hace referencia a la comunicación con el paciente cuando este no habla ni catalán ni castellano.

La distancia cultural también se pone de manifiesto en los discursos de los profesionales, y esto se vive con gran preocupación, sobre todo por los profesionales de la salud mental, a raíz de los prejuicios de algunos de estos colectivos en torno a esta disciplina.

Propuestas de mejora:

Aumentar la cobertura horaria de los mediadores. Necesidad de formación intercultural dirigida a los profesionales sanitarios.

La prevención

La presión arterial y el colesterol

En el caso de los hombres, en general se controlan más los de clase no manual, y destacan los nacidos en PD por encima de los autóctonos. Por lo que respecta a las mujeres, no se aprecia un patrón claro ni con respecto a la clase ni al lugar de origen. Así, en cuanto al control de la presión arterial, las que más se controlan son las autóctonas nacidas fuera de Cataluña de clase manual, mientras que en el caso del colesterol son las nacidas en otros PD.

La vacuna de la gripe

En general, analizando las personas a partir de sesenta años, las de clase no manual se vacunan más, aunque en el caso de los hombres destacan los autóctonos de clase manual, tanto los nacidos en Cataluña como los nacidos en el resto del Estado español. En el caso de las personas nacidas fuera, todos los encuestados de otros PD de clase no manual se han vacunado, y en los PVD los que más declaran vacunarse son los hombres y las mujeres de clase manual.

La realización de mamografías

Declaran hacerse controles regulares entre el 87 y el 93,5% de las mujeres de entre cincuenta y sesenta y nueve años, y entre el 59,6 y el 73,6% de las de cuarenta a cuarenta y nueve. Las de clase no manual se controlan más en los dos grupos de edad y según el lugar de nacimiento; destacan

sobre todo las de PVD de cincuenta a sesenta y nueve años en las dos clases sociales. En las de cuarenta a cuarenta y nueve años, son también las mujeres de PVD de clase no manual las que más se controlan. En general, las mujeres de clase manual utilizan más el programa poblacional de cribado que existe en la ciudad, y destacan las de PVD, con un 64% que dicen controlarse a través del programa.

La realización de citologías

Las mujeres de clase no manual se controlan más que las de clase manual, y esta desigualdad está más marcada en las mujeres de otros países, tanto PD como de PVD, y lo mismo se observa en cuanto a la frecuencia recomendada, lo cual se traduce en que las mujeres de clase manual se hacen menos citologías, y entre el 44,8 y el 75,3% se las hacen con una frecuencia superior a los tres años recomendados.

Executive summary

1. Barcelona citizens: who we are

The demographic situation

According to data from June 2007, Barcelona has 1,600,000 inhabitants, of which 16.2% are foreign nationals. The most numerous groups are from Ecuador, Italy, Bolivia, Peru, Pakistan, Morocco, Colombia, France, China and Argentina. Ciutat Vella is the city district with the highest number of immigrants, who represent 44.1% of its population. They are mainly young people, with varying levels of studies, but above all those originating from Developing Countries usually have mainly primary studies and tend to group together on the territory according to their nationality.

The births of children of immigrants in the city

The births of babies with one or two foreign parents have increased from 9.1% in the year 1991 to 29.5% in the year 2005. Over the fifteen-year period analysed, between 1991 and 1998 births tended to decrease, while in the case of births of children of immigrants, moderate growth could be seen. From 1999, much more sustained growth has been observed of the birth of children to immigrants, with a year-on-year growth of 1.7%, and reaching 21.6% in the year 2002, therefore the immigrants have contributed to the global increase in births in the city between 1998 and 2005 by 82.2%.

2. How we live and what we do

Social determining factors

People from the manual social classes and no qualifications account for the majority of men and women alike from Developing Countries.

As for income, women, people from the manual classes and immigrants from Developing Countries have the highest probability of having low income, on both an individual and household basis. In housing conditions, class inequalities are seen in the overcrowding and uninhabitability of premises.

Immigrants, whether from Developing or Developed countries, have less confidential and affective support than autochthonous people, and people from manual social classes say they have suffered discrimination situations mainly when searching for work. It is also people from the manual social class, mainly men from Developed Countries (17.9%) and women from Developing Countries (34.5%), who state they have had to evaluate what they could eat

according to what they could afford (food insecurity). In general, people who have been living in Barcelona for longer than ten years present better socioeconomic indicators.

The labour situation

Two thirds of the occupied population are people born in Barcelona, and the following most numerous collective is that of immigrants originating from Developing Countries who for the main part do manual work, with women working especially in the services sector and men in construction. The self-employed are mainly men in non-manual occupations from developing and Developed Countries.

In all the collectives analysed, the women devote more hours to domestic and family work even when both members of the couple are in paid work, this inequality being more marked among men and women who were born in the rest of Spain and in Developing Countries.

3. What lifestyles we have

Physical activity and leisure time

It is important to differentiate between the physical activity carried out during the main activity – very much linked to the job situation or type of occupation – and the activity or exercise done in free time, such as walking or practicing sport. In the year 2006, the majority of Barcelona's population declared that their habitual activity did not require any significant physical effort (with 43.4% often moving around on foot, and 32.7% stating that they spend most of the day sitting down). In contrast, intense activity was more frequent among men in underprivileged classes and born outside of Catalonia. With respect to physical leisure activities, despite half of the population walking half an hour per day or more, it is observed that the performing of physical sporting activity is more frequent among men, people in favoured social classes and foreign people born in Developed Countries.

Consumption of institutionalised drugs

Whilst in autochthonous men and those from Developed Countries, the prevalence of smoking is higher among the manual class, in men from Developing Countries it is men from non-manual classes who smoke most. In women from Developing Countries, it is also and very prominently those from non-manual classes who smoke most.

As for alcohol, in general men are more likely to be at-risk drinkers than women, and among both there is a predom-

inance among those from the non-manual class, except in those born in Catalonia, where the predominance is among men from the manual class.

Autochthonous women born outside Catalonia are the ones who most admit to having consumed tranquilisers and/or hypnotics without a doctor's prescription.

Consumption of non-institutionalised drugs

Men consume more cannabis than women. There is no clear class pattern, but there is a prominent high consumption among men from the manual class coming from Developing Countries (19.2%) and manual-class men born in Catalonia (22.6%).

The highest cocaine consumption is found in men in non-manual class men from Developing Countries (10.6% in the last year), followed by manual class men born in Catalonia (5.6%).

Care services for drug addictions

During 2006, some 67.2% of people who made their first visit to treatment centres for drugs in Barcelona were born in Catalonia; 19.5% in the rest of Spain; 6.9% in Developing Countries and 2.8% in Developed Countries. Regarding people who made visits related with cocaine abuse, for the main part they were born in Catalonia, although in hospital emergency visits, the number most frequently arriving at accident and emergency because of this substance were born in the rest of Spain, and arriving because of consumption of cocaine and opiates, from Developing Countries.

Harm reduction centres offer an alternative to traditional treatment. During the years 2005 and 2006, approximately half of the users of these centres were immigrants, and in the year 2007 these reached 64%. The majority were young men with an average age of thirty-three years, who had been living in Barcelona for longer than four years, and who principally are from the Maghreb, Eastern Europe, Western Europe and, to a lesser extent, the Middle East, Pakistan, Latin America and Sub-Saharan Africa. Some 68% began using heroin and/or cocaine after having emigrated, and 60.8% of those injecting themselves used this method for the first time outside of their own country.

4. State of health

Reproductive health

The rates of voluntary interruption of pregnancy (VIP) during the year 2005 were higher among women born in Developing Countries, especially among Bolivian and Rumanian women. As for repeating VIP, this is also more frequent among women from Developing Countries. It is also women from Developing Countries who present

the highest fertility rates and highest teenage pregnancy numbers.

As for pregnancy care, couples from Developing Countries in general monitor the pregnancy less, and the majority of women (90.7%) give birth in public hospitals, as opposed to only 38.6% of autochthonous women.

There are no important differences regarding low birth weight, prematurity and low weight for gestational age (LWGA), even though LWGA is considerably less frequent in the children of parents from other Developed Countries. In the children of couples from Developing Countries, important differences according to country have been found; thus, while the children of Maghrebis have been the group with the lowest ratio of low birth weight (3.1%), the children of Romanians and Filipinos, at 13.9% and 10.6% respectively, present very high levels.

Perceived health

Some 18.7% of men and 25.8% of women state that their health is average or poor. People from Developing Countries declared worse health than autochthonous people, especially non-manual class women and people.

Mental health

According to the Goldberg scale, some 10.8% of men and 19.3% of women present a risk of suffering mental disorders. Independently of social class, in the case of men it is those from the rest of the Developed Countries that present a higher prevalence of psychological suffering (5.1%), while in the case of women it is those from Developing Countries (19.8%).

Chronic disorders, restriction and limitation of activities

As a general rule, lower prevalences of chronic disorders are observed among people from Developed Countries, whilst people from Developing Countries present prevalences similar to or higher than those of autochthonous residents. As for the number of disorders, men from Developing Countries declare a lower number than the rest, while women from Developing Countries declare more than those born in Catalonia.

As for restriction of activity during the last fifteen days, it is greater among women and more markedly in those from the manual class, and the same is observed in chronic restriction (during the last year). According to the place of birth, no differences are observed in any kind of restriction, although it is slightly lower in people from other Developed Countries.

Some 8.9% of men and 17.9% of women declared that they had suffered some serious limitation or disability, with this

always being a higher number among women and among people from the less privileged classes. Foreign men have declared limitations to a lesser extent, except for limitation of sight, which has been suffered more by those from Developing Countries. In the case of women, it is those born in Developing Countries that have presented most limitations.

Tuberculosis

According to the data from the Barcelona Tuberculosis (TBC) Prevention and Monitoring Programme, the highest rates of TBC occurred in the 1990s coinciding with the high point of the AIDS epidemic and then it began to descend, to later rise once more at the start of the year 2000, coinciding with demographic changes in the city. During the years 2005-2006, the highest incidence of cases was presented by immigrant men, with a rate of 81.4 cases / 100,000 inhabitants, followed by immigrant women. While among autochthonous people, men and women alike, it presents mainly in people aged sixty-five or older, in immigrants it is in young people aged between fifteen and thirty-nine years. The majority of cases come from Latin America and the Indian subcontinent and the tendency is upwards.

AIDS and HIV-related infections

In Barcelona, between 1981 and 2006, some 7.6% of AIDS cases were among people born outside of Spain. During this period the percentage in the cases of immigrants has risen from 8.8% in the year 1987 to 29.5% in the year 2006. This percentage increase, however, cannot be separated from the considerable decrease in the number of cases in autochthonous people. According to region of birth, 47.8% of those born outside of Spain were from Latin America and the Caribbean; 22.3%, from Western Europe; 4.8% from Eastern Europe and 2.3% from Asia and the Pacific. In comparing the characteristics of those born outside with those of autochthonous people, differences are observed in relation to sex – immigrants were increasingly male; with the place of residence – immigrants resided more frequently in Ciutat Vella; with criminal records – immigrants had less prison records; and with the HIV transmission mode – immigrants were less frequently intravenous drugs users.

As for new HIV diagnoses between the year 2001 and 2006, some 33.7% were in people born outside of Spain. By region of birth, again Latin America and the Caribbean were the areas most represented. The main differences between immigrants and autochthonous people were distribution by sex: in those born outside there is a higher proportion of women than among autochthonous people; and as in AIDS they are younger, transmission due to intravenous drugs use is much lower.

Injuries

Some 18.6% of men and 15% of women have suffered an injury in the last twelve months due to falls, cuts,

burns, blows, intoxications or traffic accidents which has caused them some kind of restriction in their usual activities; and the highest percentage of injuries is observed in non-manual class men from Developing Countries, followed by autochthonous manual class men born outside of Catalonia. In women, there is a prominent prevalence of those from the manual class born in Catalonia, followed by immigrants from Developed and Developing Countries, also from the manual class. As for injuries due to traffic accidents, either as a vehicle passenger or as a pedestrian, during the last twelve months prior to the survey, accidents had been declared by 3.1% of men and 1.9% of women, and there were no differences according to place of birth. The majority of people who travel in a private vehicle are from the non-manual class, and the Developing Country immigrants are those who move least using a motorbike or car. As for road safety measures, the most violated is that of wearing the seatbelt in the back of the car, on city centre and out-of-town roads alike.

Work accidents

Most work accidents leading to sick leave that took place in the city of Barcelona during 2006 were among men from Spain, although 12.4% of the accidents took place to people from Developing Countries. The same situation appears in the case of serious accidents regarding distribution between the sexes, and in this case, some 10.2% were among people from Developing Countries. The construction sector stands out in its contribution to serious and fatal accidents during working hours among people from Developing Countries. It is important to underline the higher proportion of people from Developing Countries with temporary contracts in the case of more serious accidents. This situation of work instability is also observed frequently in the case of work-related diseases, which prominently include the fact that in people from Developing Countries, sick leave is usually due to physical disorders, while in autochthonous people and those from other Developed Countries, due to disorders of a depression or anxiety type.

Mortality

While the population of foreign origin has grown in an exponential way since 1999, the same thing has not happened with mortality, which has gradually increased in much more moderately. Thus, while in the year 2004 the immigrant population represented 14% of the entire population, it only represented 3.3% of mortality, this situation is also reflected in the mortality rate in the different age groups, where people from Developing Countries have a rate 50% lower than that of autochthonous people. As for causes of death, important differences are appreciated in the most frequent causes in the age group from fifteen to forty-four years. While among autochthonous people the most frequent causes of death are motor vehicle accidents, AIDS, suicide, overdose and other injuries, in people

from Developing Countries the most frequent causes have been other wounds, overdose, AIDS and ischemic heart disease.

5. The use of healthcare services

Healthcare coverage

Some 99% of immigrants from Developing Countries have public healthcare cover, and exclusively public healthcare cover is most frequent among manual-class people in general and specifically in men and women from Developing Countries in a more evident way.

Use of services

Some 61.1% of men and 72.2% of women visited their GP during the last year, and in all cases the percentage was higher among manual-class people. Autochthonous women born outside of Catalonia are those who declare that they have been to the doctor in the highest number, followed by people born in Developing Countries. As for visits to the specialist, it is people from Developing Countries and above all manual-class men who have visited least. The people who make most visits to emergencies are women and in general manual-class people (48.3%), although they usually go to the emergency services at the local surgery or CAP. The same gender and class situation can be observed in the consumption of medications, and prominent here are autochthonous women from outside of Catalonia, followed by those born in Catalonia and those from Developing Countries.

Evaluation of services

The majority of men and women are of the opinion that the health service works well but that it needs fundamental changes; some 7.3% of men and 6.3% of women say that it does not function well and should be redone again. A prominent fact is that the most positive evaluation was made by non-manual class men, and in men and women alike it is those born in other countries that have the highest opinion of it.

The perception of health professionals on the migratory phenomenon and healthcare services

Perception of the professionals:

Great increase in users of immigrant origin, as well as a great diversity of nationalities at the Primary Healthcare Centres (CAP), as at hospitals in recent years. Financial and job instability affect a large part of the population of immigrant origin.

Access and use of healthcare services:

Although the majority of healthcare professionals have the perception that there are no barriers in access to services

nor in obtaining the TSI (healthcare card), reports from administrators and cultural mediators qualify, at least, this perception.

Chinese people only have access to healthcare services when their disease is serious, because normally they use their own traditional medicine to fight illness.

Moroccans and Pakistanis only access healthcare services when their disease is serious, because they have work and financial priorities that are placed above health.

South Americans use the channels established for accessing the healthcare services most correctly, but they overuse the services and are much more demanding of resources.

Difficulties in offering attention:

The main attention difficulty manifested by all healthcare professionals refers to communication with the patient if the latter speaks no Catalan or Spanish.

Cultural distance is also made evident in discourses by professionals, and that is viewed with great concern, especially by mental health professionals, owing to the prejudices that some of these groups have regarding this discipline.

Proposals for improvement:

Increase timetable coverage of mediators.

Need for intercultural training addressed to healthcare professionals.

6. Prevention

Arterial pressure and cholesterol

In the case of men, in general those from non-manual classes monitor themselves more and prominent are those born in Developed Countries above autochthonous people. As for women, there is no clear pattern with respect to class or place of origin. Thus, as regards arterial pressure, those who check it most regularly are autochthonous people born outside Catalonia, from the manual class, while in the case of cholesterol it is those born in Developed Countries.

Flu vaccination

In general, analysing people aged sixty years and over, those from the non-manual class are vaccinated more often, although in the case of men, prominent are autochthonous manual-class men, whether born in Catalonia or in the rest of Spain. In the case of people born outside, all those surveyed from other Developed Countries from the non-manual class had been vaccinated, and in the Developing Countries those most declaring to get vaccinated are manual-class men and women.

Mammography screening

Between 87 and 93.5% of women aged between fifty and sixty-nine years of age state that they are screened regularly, with between 59.6 and 73.6% of those aged forty to forty-nine years. Those from the non-manual class are screened more regularly in both age groups and according to the place of birth, with above all those from Developing Countries aged fifty to sixty-nine years in both social classes standing out. In age groups from forty to forty-nine years, it is also women from Developing Countries and non-manual occupations who are most regularly screened. As a general rule, manual-class women more often use the population screening programme running in the city, and prominent are those from Developing Countries, with some 64% who say they are screened through the programme.

Smear tests

Non-manual class women take tests more often than manual class women, and this inequality is more marked among women from other countries, whether developed or developing, and the same thing is observed regarding the recommended frequency, which means that women from the manual class have less smear tests and between 44.8 and 75.3% have them with a frequency that goes beyond that recommended.

Introducció

Els moviments migratoris
a la ciutat de Barcelona

Objectius i metodologia

Els moviments migratoris a la ciutat de Barcelona

Breu història de les migracions

La història de la humanitat és també la història de la immigració, que és una força que va canviant l'aspecte del món, influïnt en la seva composició racial, lingüística i cultural. Les fonts històriques ens parlen a totes les èpoques de migracions; l'antiguitat i l'edat mitjana en són exemples. Entre el 1450 i el 1800, el flux migratori internacional va tenir com a origen el continent europeu, on es va multiplicar per diferents raons. Primerament per les persecucions i les guerres religioses, que es van allargar fins al 1750; després per les dificultats econòmiques i, finalment, per la mateixa expansió colonial dels estats europeus. En el segle XIX, els europeus van començar la conquesta de bona part del planeta. Van exportar persones i negocis, canviant els sistemes socials i econòmics de les zones on s'establien.

Els europeus van emigrar i colonitzar territoris arreu del món, però sobretot a Amèrica, on van contribuir a l'extinció dels habitants originaris; alhora, i a mesura que els colons es van assentar i van començar a engegar les grans plantacions de cafè, tabac, etc., la manca de mà d'obra va fer que "importessin" esclaus del continent africà, una mobilització forçada que es calcula que va traslladar al continent americà entre deu i tretze milions d'africans i africanes. D'una banda, doncs, s'extingien poblacions senceres, alhora que es va anar generant un important mestissatge entre els nous colons, els habitants originaris i els esclaus importats del continent africà. Aquesta emigració es va intensificar entre el 1750 i el 1940, quan arreu del món van emigrar 127 milions de persones, més del 60% de les quals des d'Europa, en primer lloc a causa de la revolució industrial i posteriorment arran de les dues guerres mundials.

Paral·lelament, la reconstrucció d'Europa requeria mà d'obra, que va generar durant els anys cinquanta i seixanta moviments migratoris des dels països del Sud d'Europa i dins dels propis països, les persones que vivien en zones rurals o menys desenvolupades emigraven cap a les ciutats o a zones més pròsperes del propi país, tal com va passar a l'Estat espanyol.

El procés de descolonització també tingué protagonisme en els moviments migratoris del segle XX, ja que va suposar, d'una banda, el retorn dels colons que ocupaven els llocs organitzatius i de poder a les antigues colònies, així com el fet que els habitants d'aquestes colònies comencessin a emigrar cap a les antigues metròpolis per mirar de millorar la seva vida, de manera que es va iniciar el canvi de direcció dels fluxos migratoris. Així doncs, si bé la im-

migració no és un fenomen nou, si que ho és la quantitat i la velocitat a la qual s'està produint en els últims anys, però sobretot la direcció dels fluxos migratoris, la qual s'ha invertit. Si abans les fonts de l'emigració eren al continent europeu, a partir del 1950 el desenvolupament industrial i econòmic va convertir els territoris europeus en una zona d'atracció de població, fins al punt que el vell continent ha esdevingut una de les més importants receptores juntament a altres parts del món.

Situació a l'inici del nou mil·lenni

En l'actualitat hi ha quasi dos-cents milions d'immigrants al món, l'equivalent al 3% de la població mundial. La globalització té un paper molt important en la decisió d'emigrar, i els factors de transformació són, essencialment: l'augment de les desigualtats internacionals i internes de cada país, així com la percepció d'aquests desigualtats i de les oportunitats de reduir-les a través de la mobilitat, que es torna cada cop més immediata a causa de l'evolució dels mitjans de comunicació i de transport internacionals.

Els moviments migratoris han esdevingut nombrosos no només perquè ha augmentat la quantitat de països origen de l'emigració, sinó també pel fort creixement demogràfic que ha tingut lloc durant l'última meitat del segle passat a l'Àsia, l'Àfrica i l'Amèrica Llatina. En termes econòmics, l'oferta supera la demanda; el volum de l'emigració que necessitarien els països desfavorits i el que estan disposats a admetre els més desenvolupats estan clarament desequilibrats. Aquest desequilibri fa que es generin diferents orientacions polítiques als països d'acollida, els quals alhora determinen el tipus d'immigrant. Quant a polítiques, n'hi ha de tres classes: la primera és la de països d'immigració d'ultramar, com ara els Estats Units, el Canadà, Austràlia i Nova Zelanda, que es caracteritza per admetre regularment i per un termini indefinit un nombre important d'immigrants i acceptant, a més, la perspectiva de la plena incorporació d'aquests al país d'acollida; aquest model, però, és compatible amb graus a vegades força considerables de duresa en les polítiques de control, com ara el cas del mur que s'està construint a la frontera entre Mèxic i els Estats Units. Un segon tipus de polítiques és el propi de països democràtics que, alhora que mostren fortes reticències a admetre immigrants, els reconeixen drets i obligacions: són els països europeus i el Japó; les polítiques d'admissió es basen en severes restriccions. I el tercer tipus de règim migratori és el dels països productors de petroli del golf Pèrsic i d'altres països asiàtics, que es caracteritza per admetre només treballadors temporals i pel fet que els règims polítics autocràtics d'aquests països

asseguren la rotació de treballadors estrangers en fer completament impossible la integració.

Aquestes polítiques han fet que els immigrants siguin laborals, de reagrupació familiar o refugiats polítics. Els laborals són els que predominaran en tots els països, però als de forta tradició democràtica són molt importants també els immigrants familiars. A més d'aquesta immigració legal, en major o menor mesura hi ha un bon gruix d'immigració il·legal, més important als països fronterers i, per tant, més propers i de més fàcil accés geogràfic als països emissors, com és el cas de l'Estat espanyol.

Etapes migratòries a l'Estat espanyol: Principals rutes migratòries a la conca del Mediterrani

Centrant-nos en la història contemporània més recent, el segle XX, l'Estat espanyol en un principi era un emissor de persones migrants. La guerra civil i la reconstrucció de l'Europa central al final de la Segona Guerra Mundial van provocar importants moviments de persones cap a Alemanya, França, Suïssa, etc. Posteriorment, durant els anys seixanta i setanta, van ser molt importants les migracions internes dins el mateix país, que principalment van desplaçar persones del sud de l'Estat espanyol cap a Catalunya, el País Basc i Madrid.

Durant els anys vuitanta i simultàniament al canvi polític i al procés de transició, que va implicar canvis importants a tots els àmbits de la vida dels ciutadans, l'Estat espanyol va passar de ser emissor d'emigrants a receptor d'immigrants.

Es distingeixen tres etapes diferents: la primera va ser fins al 1985, en la qual els principals immigrants eren d'Europa o de l'Amèrica Llatina i emigraven per gaudir d'una jubilació agradable o vinculats a multinacionals els primers, i per motius polítics els segons. La segona etapa migratòria va ser entre el 1986 i el 1999, en la qual es diversificaven els països d'origen, el seu grau de desenvolupament (van començar a aparèixer persones de l'Àfrica negra, el Marroc, la península de l'Indostan, etc.) i les motivacions per emigrar. Arriben buscant una vida millor i treballar, responent a la demanda del mercat laboral espanyol, tot i que era una demanda difícilment gestionable des de l'àmbit polític, ja que principalment és una demanda generada des de l'economia submergida i la precarietat laboral. Cal tenir present que l'economia submergida precedeix la immigració i no és, com a vegades es pensa o s'assumeix, el resultat de la immigració irregular; es parla, doncs, de "l'efecte crida" de l'economia submergida.

La tercera etapa migratòria és la que s'observa a partir del 2000, any en què no només s'acceleren de manera gairebé exponencial les xifres de persones immigrants, sinó que ve clarament marcada pel fet que la immigració i la seva

institucionalització esdevé, o millor dit, es viu com un "problema social". A la conca del Mediterrani, hi ha tres grans rutes o pautes d'emigració, però en tot cas la que afecta l'Estat espanyol és la que consisteix en moviments sud-nord amb persones procedents de l'oest i el nord d'Àfrica i moviments nord-est-oest provinent dels antics països socialistes, que a l'Estat espanyol hi envien persones principalment de Bulgària i Romania. Quant als anomenats "refugiats del mar" arribats en pasteres, se sap que durant el 2006 el nombre d'interceptats va superar els dinou mil; malgrat tot, cal tenir en compte que aquesta és la via d'entrada més minoritària, sent probablement la més nombrosa la via aèria provinent principalment de l'Amèrica Llatina.

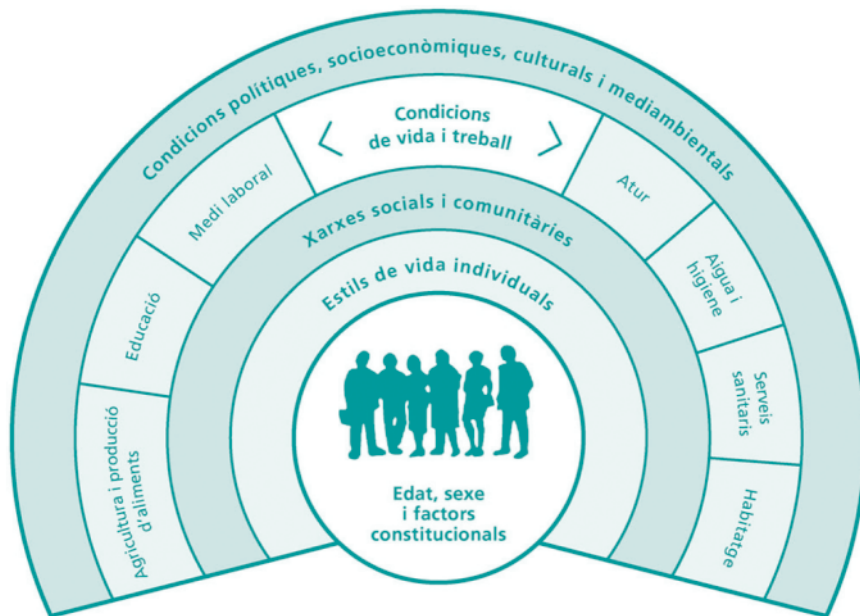
La Barcelona del segle XXI

Barcelona és una ciutat que s'obre al mar Mediterrani i un pol d'atracció per a persones d'arreu del món. Des de sempre la immigració ha estat un factor molt determinant per a la ciutat de Barcelona; durant el segle XIX, l'impuls industrial de la ciutat va atreure persones procedents de la resta de comarques catalanes. Durant la primera meitat del segle XX, arran de la construcció de grans infraestructures com el metro o vinculades a l'Exposició Universal del 1929 i, posteriorment, durant la dècada dels seixanta, van arribar a la ciutat persones d'Andalusia, Múrcia i Galícia sobretot, la qual cosa va portar a la configuració de nous barris. En l'actualitat a l'igual de la resta de l'Estat, els carrers de la ciutat estan de nou canviant el seu aspecte amb l'aparició i l'important increment de nous ciutadans i de noves cultures. El juny del 2007, el nombre de persones que viuen a la ciutat és de més d'un milió i mig, un 16,2% de les quals són de nacionalitat estrangera.

L'acollida dels nouvinguts, així com la seva diversitat cultural, planteja un repte molt important a tots els nivells, tant polítics com socials. L'exemple dels països amb important tradició migratòria serveix relativament poc, ja que són diferents les circumstàncies i les característiques intrínseques de cada país. El Canadà, exemple de societat multicultural, és un país gran, ric i poc poblat que selecciona mitjançant un sistema de punts els immigrants que necessita, però alhora disposa de fortes inversions en polítiques d'acollida. Tot i això, la integració no s'acaba d'aconseguir, ja que la integració econòmica hi ajuda, però no implica necessàriament la integració social. Països del centre d'Europa com ara els Països Baixos, han passat per diferents etapes en les seves polítiques migratòries i d'acollida, anant des de polítiques molt obertes a l'arribada de noves cultures, fins a polítiques restrictives i dures.

Al nostre país, hauríem de ser capaços d'aprendre dels errors i dels encerts dels països que ens envolten per tal d'arribar a una convivència respectuosa que ha de permetre una societat més justa. Cal començar vetllant pels

Figura 1. Model dels determinants de la salut



Font: Modificat de Dahlgren i Whitehead.

drets humans bàsics, entre els quals hi ha la salut de les persones. Aquest informe és una important pinzellada de la situació actual de la salut de les persones immigrades, que ha de servir per reflexionar sobre les accions que cal emprendre.^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}

La salut de les persones i els seus determinants

La ja clàssica definició de la salut feta als anys quaranta per l'Organització Mundial de la Salut, que va més enllà de la presència o absència de la malaltia, ja que s'hi refereix com un "estat de complet benestar físic, mental i social", estableix la relació que hi ha entre la salut de les perso-

nes i els seus determinants susceptibles de ser modificats. Aquests determinants es refereixen als estils de vida, les influències socials i comunitàries i les condicions de vida (laborals, d'habitatge, etc.) de les persones, i que en el cas de les persones immigrants, a més, estan totes elles afectades pel fet migratori per si mateix.

La relació que s'estableix entre aquests diferents determinants, i que regeix la intencionalitat de l'anàlisi de les dades d'aquest informe, queda explicada en el model conceptual de Dahlgren i Whitehead,^{8,9} que és també el model conceptual sota el qual s'analitza i s'explica l'estat de salut de la població de Barcelona en els informes anuals que es duen a terme des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona¹⁰ (figura 1).

1 La Vanguardia, "Inmigrantes, el continente móvil". Núm. 22, gener/marc del 2007.
 2 Jordi Bayona Carrasco. *Factores sociodemográficos de la distribución espacial de la población de nacionalidad extranjera a Barcelona*. Tesi doctoral. Bellaterra: UAB, 2006.
 3 Joan Pallarés. *Mujeres inmigrantes y trabajo sexual en Lleida*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida, 2007.
 4 Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. Gener del 2008. www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/tpob/pad/pad07.
 5 David S. Landes. *La riqueza y la pobreza de las naciones*. Barcelona: Crítica, 1999.
 6 Henry Grimal. *Historia de las descolonizaciones del siglo XX*. Madrid: IEPALA, 1989.
 7 *Immigració i mercat de treball a la ciutat de Barcelona*. Consell Econòmic i Social de Barcelona. Ajuntament de Barcelona. Barcelona: Fundació Jaume Bofill, 2007.
 8 R. Beaglehole. "Determinants of health and disease, overview and framework". A: R. Detels, J. McEwan, R. Beaglehole i H. Tanaka. *Oxford Textbook of Public Health*. 14a edició. Oxford: The Scope of Public Health; Oxford University Press, 2002.
 9 G. Dahlgren, M. Whitehead. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhaguen: World Health Organisation, 1991.
 10 Agència de Salut Pública de Barcelona. *La salut a Barcelona 2005*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006.

Entorn dels factors individuals no modificables (edat, sexe, genètica, etc.), hi ha tot l'entramat de determinants que envolten el dia a dia de les persones i que acaben influint en el seu estat de salut. En un primer nivell hi ha els estils de vida propis de les persones. A continuació, les influències socials, marcades principalment per la interacció amb les persones de l'entorn immediat. En un nivell superior i englobant els anteriors, se situen les condicions de vida i treball. I arribem finalment a l'últim nivell, que és determinat per les condicions polítiques, socioeconòmiques, culturals i mediambientals. La immigració i el seu impacte en la salut es poden analitzar segons cadascun dels nivells del model.

L'efecte de la immigració en la salut està lligat, segons diversos estudis, a factors diversos.¹¹ En primer lloc, al país d'origen i, per tant, la pròpia càrrega cultural. En segon terme, a la classe social i com aquesta pot variar en funció de la situació al país d'arribada, així com la interacció entre classe i cultura. No és perquè sí que des de fa anys, per descriure les diferències observades, s'intenta tenir en compte el fet cultural i el concepte d'ètnia, sense arribar, però, a una clara definició d'ètnia, i encara menys a una classificació clara. Així, el que per a un ciutadà d'Estats Units és una persona d'ètnia asiàtica, no té res a veure amb el que seria aquesta mateixa ètnia en un país europeu com pot ser el nostre, a causa dels diferents fluxos migratoris que tenen lloc a cada zona del món.

Un tercer efecte descrit és el de la selecció dels individus més sans, que són els que emigren, però en tot cas és un factor probablement no generalitzable, ja que està en funció del motiu migratori. No és el mateix la persona que emigra jove i sana per treballar que la que ho fa per motius de reagrupació familiar.

Cal entendre i descriure, doncs, els diferents nivells de determinants de la salut i relacionar-los amb els resultats observats en salut, per tal de detectar els punts vulnerables i que permetin l'acció de les diferents estratègies i polítiques de salut encaminades a millorar el benestar de les persones.

11 C. Borrell, C. Muntaner, J. Solà, L. Artazcoz, R. Puigpinós, J. Benach i S. Noh. "Immigration and self-reported health status by social class and gender: The importance of material deprivation, work organisation and household labour". *J. Epidemiol. Comm. Health* 2008; 62(5): e7.

Objectius i metodologia

Objectius

L'objectiu principal del present informe és descriure l'estat de salut i les condicions de vida i sociolaborals de la població immigrant de la ciutat de Barcelona i comparar-les amb les de la població autòctona. Es vol conèixer també els usos de serveis sanitaris que fa la població, la freqüentació i el grau de satisfacció, així com la perspectiva dels professionals de la salut envers el fenomen migratori.

La intenció és respondre a preguntes sovint formulades sobre si els immigrants són persones que utilitzen poc els serveis sanitaris o si, al contrari, en són uns grans usuaris. Tenen un pitjor estat de salut o, al contrari, tenint en compte que els que emigren són persones joves que van a treballar, gaudeixen d'una millor salut? Què hi ha de cert i què hi ha d'estereotips en aquestes afirmacions?

Breu descripció de la metodologia

Per donar resposta en la mesura del que sigui possible a aquestes qüestions plantejades, en el present informe s'han utilitzat dades provinents de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006 (ESB 2006), així com informació d'altres fonts existents. També s'ha dut a terme un treball de caràcter qualitatiu per conèixer l'opinió dels professionals sanitaris respecte a les principals dificultats que es troben en el seu dia a dia, així com possibles solucions que creguin necessàries.

Disseny i mostra de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006

Una enquesta de salut és un estudi transversal que intenta reflectir l'estat de salut d'una població en el moment de fer l'enquesta, i no permet, doncs, fer prediccions ni atribuir causalitats. En l'ESB 2006 es van entrevistar unes sis mil persones residents a Barcelona de totes les edats. En el present informe es reflecteixen els resultats de les persones de quinze anys o més, les quals, segons classe social i lloc d'origen, es distribueixen segons es presenta en la taula 1. Es pot observar que, sobretot en el cas de la resta de països desenvolupats, el nombre de persones entrevistades és molt petit, la qual cosa indica que cal ser prudents en l'anàlisi dels resultats referents a aquesta població.

Variables estudiades de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006

- Sexe: homes i dones.
- Lloc de naixement, a partir del país de naixement agrupat en les categories següents: nascuts a Catalunya, nascuts fora de Catalunya (a la resta de l'Estat espanyol), en altres països desenvolupats (PD) i en països en vies de desenvolupament (PVD).
- Classe social a partir de l'ocupació actual o anterior i, si no, la de la parella o del cap de família, i agrupant en classes socials manuals (I + II + III) i no manuals (IV + V)¹².
- Edat: persones adultes a partir de quinze anys. Es presenten els resultats en percentatges estandarditzats per edat pel mètode directe, sent la població de referència

Taula 1. Lloc d'origen i classe social de les persones de quinze anys o més enquestades en l'ESB 2006

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Nombre de casos (%)				
Catalunya	1.000 (60,2)	661 (39,8)	1.046 (59,9)	701 (40,1)
Reste de l'Estat espanyol	231 (43,8)	296 (56,2)	244 (35,7)	440 (64,3)
Reste de països desenvolupats	42 (68,9)	19 (31,1)	29 (60,4)	19 (39,6)
Països en vies de desenvolupament	75 (30,5)	171 (69,5)	61 (23,5)	198 (76,5)

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

12 A. Domingo-Salvany, E. Regidor, J. Alonso, C. Álvarez-Dardet, C. Borrell i F. Doz. "Una propuesta de medida de la clase social". *Atención Primaria* (2000), 25: 350-363.

el total d'adults de la mateixa enquesta. En els casos en què els patrons de comportament poden ser clarament diferents segons el grup d'edat, els resultats es presenten segons els diferents grups d'edat a estudi.

Altres fonts d'informació

Les altres fonts d'informació utilitzades per fer el present informe són els següents:

- Dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.
- Padró Municipal d'Habitants de Barcelona.
- Registre de Natalitat.
- Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs. Departament de Salut.
- Registre de Naixements de Barcelona.
- Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).
- Registre de Defectes Congènits de Barcelona.
- Registre de Salut Maternoinfantil de la Direcció General de Salut Pública.
- Registre d'Accidents de Treball. Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.
- Registre de Trastorns de Salut Relacionats amb el Treball.
- Registre de Mortalitat de Barcelona.
- Registre de Tuberculosi de Barcelona.
- Registre de Casos de Sida de Barcelona.
- Registre d'Infectats de VIH de Barcelona.
- Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona.

La informació provinent de fonts diferents de l'ESB 2006, ha estat analitzada estratificant també sempre que ha estat possible per sexe i classe social, però amb els països agrupats segons regions específiques del món o fins i tot segons països concrets, ja que els casos que presenten provenen d'aquests llocs o regions específicament.

Qui som els ciutadans i ciutadanes de Barcelona

La situació demogràfica

Els naixements de fills de la població
immigrant a la ciutat

La situació demogràfica

Segons les dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, la població de nacionalitat estrangera resident i empadronada a la ciutat ha passat de ser el 4,9% l'any 2001 al 16,2% el juny del 2007, amb un total de 259.770 persones, que representen el 17,9% dels homes de la ciutat i el 14,7% de les dones (figura 1).

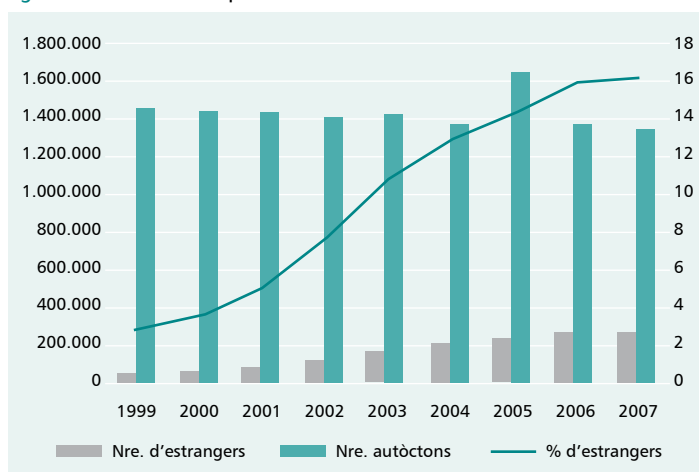
Del total de la població estrangera, el 52,3% són homes i el 47,7% són dones. La seva distribució en grups d'edat correspon a una població més jove que la del conjunt de la ciutat de Barcelona, tant per als homes com per a les dones (figura 2). Globalment i en els dos sexes, aproximadament més de la meitat tenen entre 20 i 39 anys. Només el 1,7% dels homes i el 2,6% de les dones immigrants són persones de 65 anys o més. En canvi, aquests percentatges són del 20,1 i del 27,5%, respectivament, en el cas de la població autòctona.

Com és lògic, si tenim en compte que la immigració és un fenomen recent, la majoria dels immigrants fa relativament poc que són a Barcelona, prop de cinc anys. Pel que fa al seu nivell d'estudis i segons el sexe, el 49,2% dels homes i el 42,9% de les dones tenen estudis primaris, el 22,4% dels homes i el 24,3% de les dones tenen estudis secundaris, i el 27,2% dels homes i el 31,6% de les dones tenen estudis superiors. Cal tenir en compte que aquestes dades són globals i que hi ha importants variacions entre les nacionalitats. Per exemple, el 74,8% dels homes i el 76,6% de les dones provinents de l'Àfrica del Nord i el Magrib tenen estudis primaris, mentre que només és el 47,0 i el 47,6%, respectivament, dels immigrants de l'Amèrica del Sud i el 20,0 i 17,8% dels de la Unió Europea.

Els districtes de Ciutat Vella, l'Eixample, Sants-Montjuïc i Sant Martí són els que tenen un més gran nombre absolut de població estrangera (entre 30.000 i 50.000 persones). En termes relatius al total de la població del districte, Ciutat Vella és el que té una proporció més alta de població estrangera (el 49,3% dels homes i el 38,1%

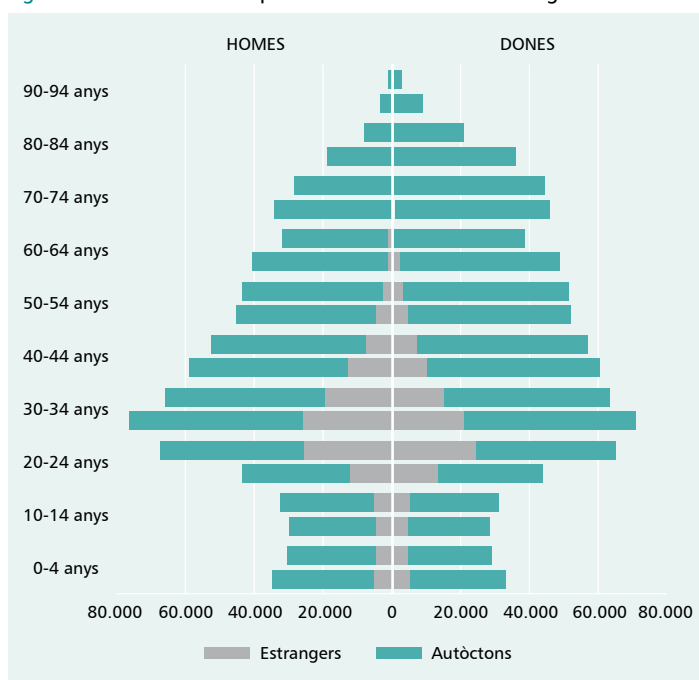
de les dones del districte), seguit de Sants-Montjuïc (el 19,8% dels homes i el 16,2% de les dones), l'Eixample (el 17,6% dels homes i el 15,2% de les dones) i Nou Barris (el 16,4% dels homes i el 14,1% de les dones) (figura 3).

Figura 1. Evolució de la població a la ciutat de Barcelona



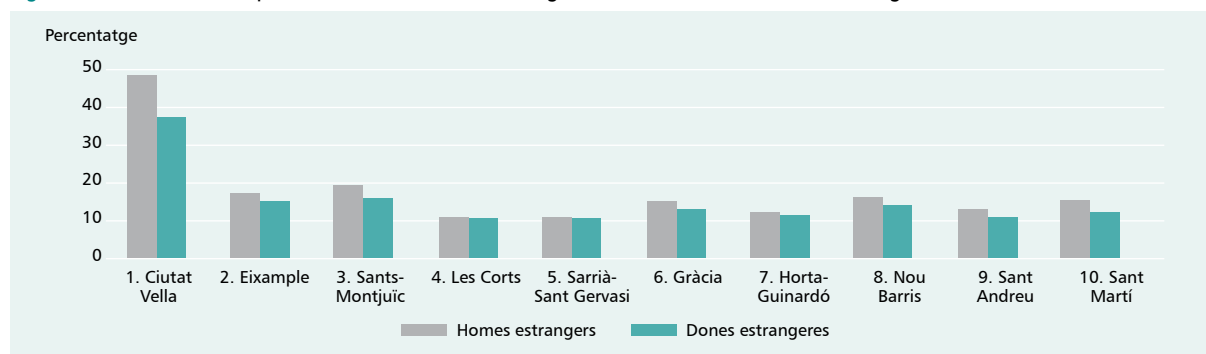
Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona, 1999-2007. Elaboració pròpia.

Figura 2. Piràmides d'edat: persones de nacionalitat estrangera i autòctones



Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona, 2007. Elaboració pròpia.

Figura 3. Distribució de la població de nacionalitat estrangera en els districtes de Barcelona segons sexe



Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona, 2007. Elaboració pròpia.

Els col·lectius més nombrosos a la ciutat són els provinents de l'Equador, Itàlia, Bolívia, el Perú, el Pakistan, el Marroc, Colòmbia, França, la Xina i l'Argentina, tot i que segons el districte de la ciutat canvia la importància i representació d'aquestes diferents nacionalitats (taula 1).

Altrament, les persones immigrants tenen tendència a agrupar-se segons el lloc d'origen, i això fa que la distribució en els diferents districtes de la ciutat també sigui segons nacionalitats. Ciutat Vella, per exemple, és el districte amb la proporció més alta d'homes estrangers (49,3%), i principalment provinents del Pakistan. L'Eixample, les Corts, Sarrià-Sant Gervasi, Gràcia i Horta-Guinardó, en canvi, tenen més dones estrangeres, les quals, mentre a Horta-Guinardó majoritàriament són de l'Equador i Bolívia, als altres districtes mencionats són dones provinents de països de l'Europa occidental, concretament d'Itàlia i França. Quant a Sants-Montjuïc, Sant Martí, Nou Barris i Sant Andreu, la majoria d'immigrants, tant pel que fa als homes com a les dones, provenen de l'Equador; a excepció de Sants-Montjuïc i Sant Martí, on el col·lectiu d'homes majoritari és el pakistanès.

L'edat mitjana dels estrangers, si bé, com ja s'ha mencionat, globalment és jove, també presenta variacions segons el districte. Així doncs, Nou Barris és el districte de la ciutat amb població estrangera més jove (amb una edat mitjana de 29,8 anys) i provinent de l'Equador, tant en homes com en dones. En canvi, Sarrià-Sant Gervasi és el districte que té l'edat mitjana més gran (35,5 anys) de població immigrant, però en aquest cas provinent majoritàriament d'Itàlia pel que fa als homes i de França pel que fa a les dones.

Taula 1. Perfil sociodemogràfic dels immigrants més nombrosos a Barcelona

	Percentatge d'homes	Percentatge de dones	Districte on es concentren en més gran nombre
Equador	45,4	54,6	Nou Barris
Itàlia	56,6	43,4	Eixample
Bolívia	40,7	59,3	Ciutat Vella
Perú	45,4	54,6	Eixample
Pakistan	87,5	12,5	Ciutat Vella
Marroc	62,2	37,8	Ciutat Vella
Colòmbia	46,0	54,0	Eixample
França	50,2	49,8	Eixample
Xina	53,4	46,6	Eixample
Argentina	51,7	48,3	Eixample

Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona, 2007. Elaboració pròpia.

En definitiva, els immigrants provinents de l'Equador i del Pakistan són els dos col·lectius no comunitaris majoritaris en diversos districtes de la ciutat: el Pakistan a Ciutat Vella i l'Equador a Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó, Nou Barris, Sant Andreu i Sant Martí. Les característiques dels uns i dels altres són lleugerament diferents. Així, el col·lectiu pakistanès està compost majoritàriament per homes (87,5%), de 25 a 39 anys d'edat (57,0%), amb estudis primaris (89,3%), i que fa que estan a Barcelona d'un a cinc anys (56,5%). El col·lectiu equatorià està compost majoritàriament per dones (54,6%), de 25 a 39 anys d'edat (44,8%), amb estudis primaris (60,8%), i que fa que estan a Barcelona d'un a cinc anys (74,4%).

Els naixements de fills de la població immigrant a la ciutat

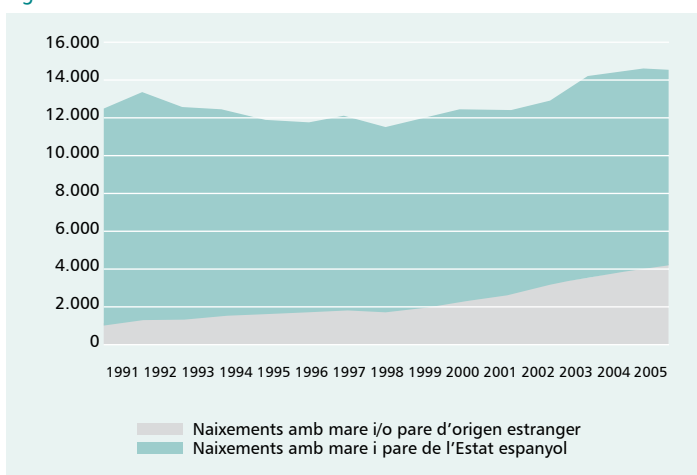
La informació dels naixements la proporciona el Registre de Naixements de Barcelona, que inclou tots els naixements de fills de mares residents a la ciutat. Des de l'any 2003, les dades de naixements provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) el qual recull la nacionalitat de la mare i del pare. Abans d'aquest any, en canvi, es recollia el lloc de naixement de tots dos. S'ha comprovat que no existeixen canvis en les tendències en els indicadors estudiats degudes a aquesta diferència entre lloc de naixement i nacionalitat.

El creixement de la població d'origen estranger a la ciutat es reflecteix en les estadístiques de natalitat. Els naixements de nadons amb un o dos progenitors d'origen estranger han passat de 1.149 (9,1% del total) l'any 1991 a 4.338 (29,5%) l'any 2005. Tal com es mostra en la figura 3, al llarg dels quinze anys analitzats s'identifica una primera època, entre el 1991 i el 1998, en què els naixements a la ciutat tendien a la disminució, mentre que en el cas dels naixements quan un o dos progenitors eren immigrants mostraven un creixement moderat (taxa de creixement interanual del 6,6%); a partir del 1999 s'observa un creixement molt més sostingut dels naixements de persones immigrades (creixement interanual del 13,7%, amb un pic del 21,6% l'any 2002), que ha

contribuït en un 82,2% a l'augment en el global de naixements a la ciutat entre el 1998 i el 2005.

Centrant-nos ara en la situació en els últims anys, en la taula 2 es descriuen els naixements dels anys 2000-2005 segons la procedència dels dos progenitors. En el 74,6% dels naixements els dos progenitors eren de l'Estat espanyol; en l'1,1% tots dos eren immigrants provinents d'un país desenvolupat (PD) i en el 4%, un dels dos era de l'Estat espanyol i l'altre, d'un PD. En l'11,4% el dos eren immigrants provinents d'un país en vies de desenvolupament (PVD) i en un 5,6% l'un era de l'Estat espanyol i l'altre d'un PVD. En el 2,6% no constava la informació sobre l'origen d'un dels dos progenitors.

Figura 3. Evolució dels naixements



Font: Registre de Naixements de Barcelona, 1991-2005.

Taula 2. Distribució dels naixements segons lloc d'origen de la mare i lloc d'origen del pare

País d'origen de la mare	País d'origen del pare									
	Estat espanyol		País desenvolupat		Països en vies de desenvolupament		No consta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Estat espanyol	60.036	74,6	1.997	2,5	2.115	2,6	424	0,5	64.572	80,2
País desenvolupat	1.257	1,6	856	1,1	245	0,3	20	0,1	2.378	2,9
País en vies de desenvolupament	2.423	3,0	349	0,4	9.163	11,4	306	0,4	12.241	15,2
No consta	202	0,2	40	0,1	791	0,9	273	0,3	1.306	1,6
Total	63.918	79,4	3.242	4,0	12.314	15,3	1.023	1,3	80.497	100,0

n: Nombre de casos.

Font: Registre de Naixements de Barcelona, 2000-2005.

Com vivim i què fem

Els determinants socials

La situació laboral

Els determinants socials

La classe social i el nivell d'estudis

Segons l'ESB 2006, tant en homes com en dones, el grup amb més persones de classes socials manuals era el procedent de PVD, seguit de les persones nascudes a la resta de l'Estat espanyol, a Catalunya, i en un PD (taula 1).

A causa de les importants diferències de nivell d'estudis entre rangs d'edat, s'ha restringit aquesta anàlisi a la població adulta jove (25-44 anys). La proporció de persones sense estudis era més alta en les classes manuals, i dins d'aquestes, entre els homes de PVD i les dones de la resta de l'Estat. De la mateixa manera, les persones de classe manual tenien la menor proporció de titulats universitaris. Dins d'aquestes, cal destacar que els homes i dones immigrants, especialment de PD, tenien un títol universitari amb més freqüència que la població autòctona. En tots els grups de països i classe social, les dones tenien més estudis que els homes. Els resultats detallats es mostren en la taula 1.

Els ingressos

La comparació de la distribució dels ingressos (taula 1) mostra que les dones, les persones de classe manual i les persones immigrades de PVD tenen més probabilitats de tenir uns ingressos baixos, tant individuals (definitos com a menys de 900 euros mensuals) com a la llar (menys de 500 euros mensuals per persona). D'aquesta manera, a igual sexe i classe, les persones de PVD tenien una proporció més alta de baixos ingressos. El 80% de les dones de PVD de classe manual amb ingressos propis tenen un sou inferior a 900 euros. En canvi, homes i dones procedents de PD tenien una proporció de baixos ingressos similar o inferior als autòctons.

Les condicions de l'habitatge

De les facilitats disponibles a l'habitatge, s'analitzen les diferències en la presència de calefacció i rentavaixelles, ja que menys del

Taula 1. Nivell d'estudis i dificultats econòmiques segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandaritzats per edats

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Sense estudis (25-44 anys)				
Catalunya	0,9	2,2	0,3	1,8
Resta de l'Estat espanyol	0,0	4,8	0,0	6,0
Resta de països desenvolupats	0,0	8,1	0,0	0,0
Països en vies de desenvolupament	2,9	9,7	0,0	4,5
Estudis universitaris (25-44 anys)				
Catalunya	47,9	4,7	54,2	7,7
Resta de l'Estat espanyol	62,8	8,4	67,1	8,9
Resta de països desenvolupats	59,3	24,2	84,3	38,3
Països en vies de desenvolupament	42,6	11,1	59,1	14,7
Ingressos individuals < 900/mes*				
Catalunya	17,8	39,2	31,5	59,4
Resta de l'Estat espanyol	11,8	26,7	24,7	70,5
Resta de països desenvolupats	13,9	25,9	27,9	56,3
Països en vies de desenvolupament	27,3	52,4	23,3	80,5
Ingressos familiars < 500/persona/mes				
Catalunya	19,4	39,4	22,4	42,8
Resta de l'Estat espanyol	18,3	28,0	20,7	40,8
Resta de països desenvolupats	15,1	29,8	19,0	55,5
Països en vies de desenvolupament	31,6	51,1	18,1	69,9

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

* Excloent-ne les persones sense ingressos propis.

2,0% dels entrevistats no disposaven d'aigua calenta, dutxa o banyera o rentadora, no podent-se detectar diferències substancials segons lloc d'origen.

Dins de cada estrat de classe i sexe, les persones de PVD tenien amb menys freqüència calefacció i rentavaixelles al seu habitatge (taula 2). Les diferències eren més evidents en els homes de classe manual i les dones de classe no manual. En tots els grups d'origen, la disponibilitat de calefacció i rentaplats era inferior en les persones de classe manual.

Entre els immigrants de PVD de classe manual, la disponibilitat era inferior en els homes.

Respecte als problemes de caire ambiental a l'habitatge, les persones de classe manual procedents de PD declaraven més problemes d'humitats o mala ventilació; les dones de classe manual i els homes de classe no manual de PD declaraven més presència d'insectes o rates; i les dones de classe no manual de PD declaraven més problemes per fums o contaminació de l'aire. Aquests resultats poden estar influïts pel baix nombre de persones entrevistades d'aquests països. Les persones de PVD per regla general declaraven més problemes ambientals que les persones nascudes a Catalunya o a la resta de l'Estat, tot i que en algunes preguntes i estrats de classe i sexe no es detecten diferències (taula 2).

Les desigualtats segons classe i lloc d'origen són clares en els indicadors d'amuntegament (més d'una persona per habitació) i habitabilitat valorada per l'entrevistador (taula 2). Els homes de classe manual de PVD vivien en condicions d'amuntegament en el 43,9% dels casos, i l'habitabilitat del seu habitatge ha estat considerada deficient en l'11,8%. Les dones de PVD i homes i dones de PD, sempre de classe manual, també presentaven nivells d'amuntegament i habitabilitat deficient més elevats que els de la resta de grups.

Taula 2. Condicions de l'habitatge segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edats

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Calefacció				
Catalunya	75,7	56,6	73,0	57,0
Resta de l'Estat espanyol	59,7	50,4	72,5	48,8
Resta de països desenvolupats	87,5	49,1	67,2	60,9
Països en vies de desenvolupament	59,1	37,8	60,8	48,2
Rentavaixelles				
Catalunya	62,9	35,5	58,8	32,4
Resta de l'Estat espanyol	50,9	36,1	59,1	32,6
Resta de països desenvolupats	39,5	34,7	44,2	28,9
Països en vies de desenvolupament	35,4	14,3	34,1	26,6
Humitats o mala ventilació				
Catalunya	4,7	10,0	9,4	12,1
Resta de l'Estat espanyol	10,1	4,3	6,7	15,3
Resta de països desenvolupats	4,8	37,0	14,5	28,6
Països en vies de desenvolupament	13,8	17,5	11,9	12,9
Insectes o rates				
Catalunya	6,7	9,3	9,7	10,2
Resta de l'Estat espanyol	5,3	4,9	7,3	6,7
Resta de països desenvolupats	24,1	15,1	0,0	27,5
Països en vies de desenvolupament	5,1	18,3	11,3	8,7
Fums o contaminació de l'aire				
Catalunya	7,2	5,5	8,8	7,8
Resta de l'Estat espanyol	9,5	6,9	4,9	9,3
Resta de països desenvolupats	8,5	15,1	26,2	4,8
Països en vies de desenvolupament	12,7	15,5	6,2	12,9
Amuntegament*				
Catalunya	8,6	12,4	8,7	12,4
Resta de l'Estat espanyol	10,1	8,2	4,8	9,9
Resta de països desenvolupats	10,2	27,4	6,9	19,8
Països en vies de desenvolupament	17,5	43,8	8,1	31,7
Habitabilitat deficient**				
Catalunya	0,8	4,4	0,6	2,6
Resta de l'Estat espanyol	1,6	1,2	0,7	1,9
Resta de països desenvolupats	0,0	8,2	0,0	16,7
Països en vies de desenvolupament	1,5	11,8	0,0	4,5

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

* Més d'una persona per habitació. Del recompte d'habitacions se n'exclouen la cuina i el bany.

** Valorada per l'entrevistador.

El suport social

El suport social s'ha mesurat a través de l'escala de Duke (amb valors de 0 a 100), que mesura dimensions de suport confidencial i afectiu per poder parlar amb algú dels propis problemes, rebre afecte, ajuda en cas de malaltia, o tenir invitacions per sortir. Com es pot veure en la taula 3, comparant les puntuacions mitjanes estandarditzades per edats, dins de cada estrat de classe i sexe les persones nascudes a Catalunya i a la resta de l'Estat espanyol tenien les puntuacions més altes (més suport), i les persones immigrades, tant de PD com de PVD, les més baixes, amb la sola excepció de les dinou dones de classe manual de PD, que tenien puntuacions més altes que les autòctones.

La discriminació

Per primera vegada en aquesta edició de l'ESB 2006, s'ha preguntat als entrevistats nascuts a l'estranger si havien experimentat discriminació per raons d'ètnia, origen o sexe en diverses situacions.

Taula 3. Suport social segons l'escala de Duke. Mitjanes estandarditzades per edat segons sexe, lloc de naixement i classe social

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Catalunya	84,4	83,0	85,3	81,5
Resta de l'Estat espanyol	84,2	83,2	84,3	80,5
Resta de països desenvolupats	79,8	75,4	82,4	82,9
Països en vies de desenvolupament	80,3	76,8	81,9	74,7

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

En la taula 4, la informació sobre discriminació per ètnia o origen es compara segons sexe i classe social en les persones de PVD, i en el conjunt de les persones de PD. En totes les situacions esmentades, menys del 10,0% de les persones de PD han experimentat discriminació. La discriminació ha estat més freqüent en les persones de PVD, i especialment en les persones de classe manual. Per exemple, només el 4,3% dels homes i el 2,5% de les dones de classe no manual referien haver experimentat discriminació en rebre assistència sanitària, davant el 10,9% d'homes i el 17,3% de dones de classe manual. Les situacions en què més immigrants de PVD han experimentat discriminació han estat en la cerca de feina (el 15,0% per als homes de classe no manual, i el

Taula 4. Discriminació per raons d'ètnia o origen en persones immigrades. Percentatges estandaritzats per edats

Situació	Grup	Sexe	Classe social	Mai	Algunes vegades	Moltes vegades / constantment
En rebre assistència sanitària	Països en vies de desenvolupament	Homes	No manuals	95,7	4,3	0,0
			Manuais	89,1	7,0	3,9
		Dones	No manuals	97,5	2,5	0,0
			Manuais	82,8	13,2	4,1
	Països desenvolupats			93,6	5,4	1,0
Buscant feina	Països en vies de desenvolupament	Homes	No manuals	85,1	12,2	2,8
			Manuais	74,8	16,1	9,1
		Dones	No manuals	75,9	17,9	6,2
			Manuais	77,8	15,2	7,1
	Països desenvolupats			91,4	7,8	0,8
A la feina	Països en vies de desenvolupament	Homes	No manuals	91,1	7,0	1,9
			Manuais	83,3	11,2	5,5
		Dones	No manuals	85,4	14,6	0,0
			Manuais	78,4	14,6	7,0
	Països desenvolupats			96,4	2,7	0,8
Lloc públic	Països en vies de desenvolupament	Homes	No manuals	83,4	11,2	5,4
			Manuais	72,5	23,0	4,5
		Dones	No manuals	89,1	8,3	2,7
			Manuais	74,2	17,2	8,6
	Països desenvolupats			94,5	4,7	0,8

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

25,2% per als de classe manual) i els llocs públics (el 10,9% per a les dones de classe no manual i el 27,5% per als homes de classe manual).

Cap dona immigrada ha experimentat discriminacions per raons de sexe en rebre assistència sanitària. El 10,0% han experimentat discriminació per raons de sexe buscant feina, l'11,3% a la feina (el 14,7% en les dones de classe no manual), i el 4,8% en un lloc públic.

La precarietat alimentària

En l'ESB 2006 de Barcelona, per primer cop es va introduir el concepte de precarietat alimentària, ja estudiat en enquestes de salut d'altres països com ara el Canadà. La precarietat alimentària és un indicador de l'anomenada pobresa encoberta o integrada, aquella que no és visible i que cada cop és més present en les societats riques, on les desigualtats, però, es van incrementant. Són persones en situació de vulnerabilitat que, entre altres factors, han de valorar què poden menjar en funció de què poden pagar i no pas en funció del que creguin que haurien de menjar per tal de tenir una dieta correcta o satisfactòria. Durant l'any 2000, a Catalunya el 18,6% de la població vivia en situació de pobresa, és a dir, persones que conviuen en una llar amb una renda per sota del 60,0% de la renda mitjana.

Si bé el nombre d'efectius és baix i, per tant, cal mirar les dades amb una certa precaució, tal com es pot observar en la taula 5, són les persones de classe manual

Taula 5. Persones que declaren no poder menjar tot el que creuen que haurien de menjar per manca de diners segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandaritzats per edats

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuals	No manuals	Manuals
Catalunya	3,7	9,9	3,1	10,7
Resta de l'Estat espanyol	6,3	10,9	5,9	13,8
Resta de països desenvolupats	2,7	17,9	2,5	6,6
Països en vies de desenvolupament	1,3	15,4	8,5	34,5

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

les que més declaren precarietat alimentària tant en homes com en dones, si bé en les persones de classes socials avantatjades, aquest problema no és absent, podent arribar fins al 8,5% en el cas de les dones provinents de PVD. En el cas de les persones de classe manual, destaquen els homes de PD, amb el 17,9%, i les dones de PVD, amb el 34,5%.

El temps d'estada i els indicadors socioeconòmics

Un factor important en l'estudi dels processos migratoris és el temps que ha transcorregut des de l'arribada d'una persona al país de destí. Generalment, en les migracions lligades a desequilibris econòmics, la majoria de persones es desplacen per millorar les seves condicions de vida; normalment arriben amb un bon patrimoni de salut, i això els permet treballar per aconseguir l'ascens social i econòmic; tot i això, desconeixen el funcionament del país d'acollida i en moltes ocasions l'idioma, la qual cosa dificulta la integració a la nova societat; amb el pas del temps aquestes condicions van millorant.

En el cas de les persones immigrades procedents de PVD entrevistades en la ESB 2006, les que feia més de deu anys que estaven a l'Estat espanyol per regla general presentaven millors indicadors socioeconòmics que les que feia menys de cinc anys, tot i que seguien sent pitjors que els indicadors de la població autòctona (taula 6).

Taula 6. Relació entre temps d'estada i principals indicadors socioeconòmics en persones nascudes en països en vies de desenvolupament. Percentatges estandaritzats per edats

Arribada a l'Estat espanyol	Homes				Dones			
	Autòctons	Abans del 1996	1996-2000	2001-2006	Autòctones	Abans del 1996	1996-2000	2001-2006
Classe manual	44,0	57,9	69,8	78,7	39,2	69,0	77,7	79,2
Ingressos individuals baixos	16,4	27,1	36,9	42,0	34	57,9	64,5	63,1
Ingressos fam. baixos	20,8	39,1	49,5	46,5	25,1	48,9	47,7	71,8
Amuntegament	12,6	26,9	42,8	44,9	9,4	22,1	37,4	31,7
Habitabilitat deficient	1,4	13,4	8,9	9,6	0,9	4,1	5,4	3,8
Humitats o mala ventilació	7,6	17,0	14,2	30,5	10,0	18,0	21,0	13,4

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

La situació laboral

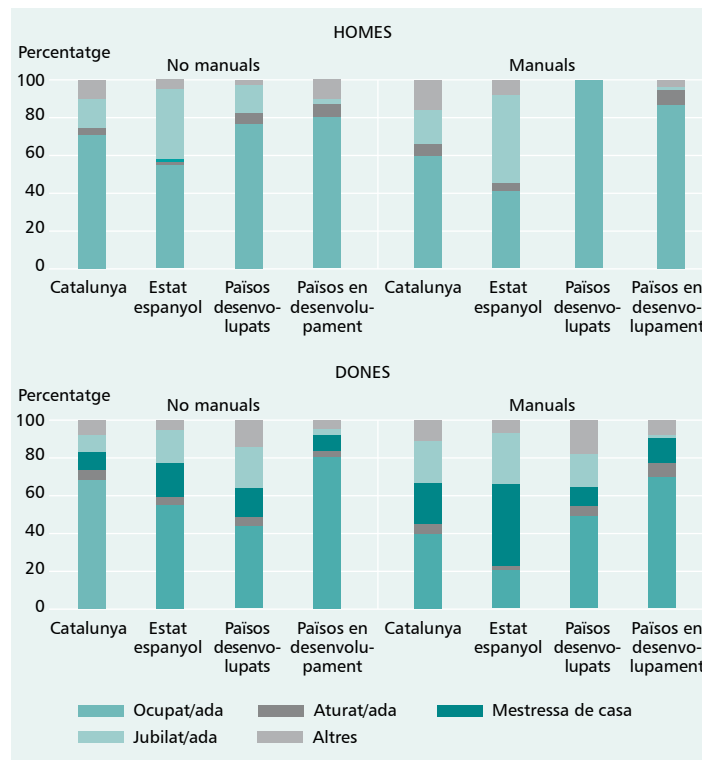
En la població de setze anys o més, la situació laboral depèn del país d'origen, del sexe, de la classe social i de l'edat. Entre els homes procedents d'altres autonomies hi ha una alta proporció de jubilats, cosa que s'explica per l'onada d'immigració que va arribar a Catalunya durant la dècada dels seixanta procedent fonamentalment d'Andalusia, Extremadura i Galícia. Entre les dones d'aquesta procedència destaca l'alt percentatge de mestresses de casa entre les de classe manual. Els nivells d'atur són lleugerament superiors entre homes i dones nascuts en PVD. En els dos sexes destaca l'alta proporció de persones ocupades entre les procedents de PVD, i això s'explica per la joventut d'aquest col·lectiu

Aproximadament les dues tercers parts de la població ocupada de Barcelona han nascut a Catalunya. El següent col·lectiu més nombrós és el constituït per les persones procedents de PVD (18,0%). Entre la població ocupada d'aquesta procedència, el 68,1% dels homes i el 74,9% de les dones són treballadors manuals. La situació és totalment diferent entre les persones procedents de PD on la proporció de treballadors manuals és similar a la de Catalunya en el cas dels homes i lleugerament superior en el cas de les dones (Figura 2).

Pel que fa a la distribució segons el sector econòmic, destaca la més gran concentració de les dones al sector serveis, sense gaires diferències segons la classe social i el país d'origen. En els homes de classe manual, una proporció significativa es concentra en la construcció, sobretot en els procedents de PVD. Cal fer ressaltar el fet que cap treballador qualificat que prové de països estrangers treballa en aquest sector (Figura 3).

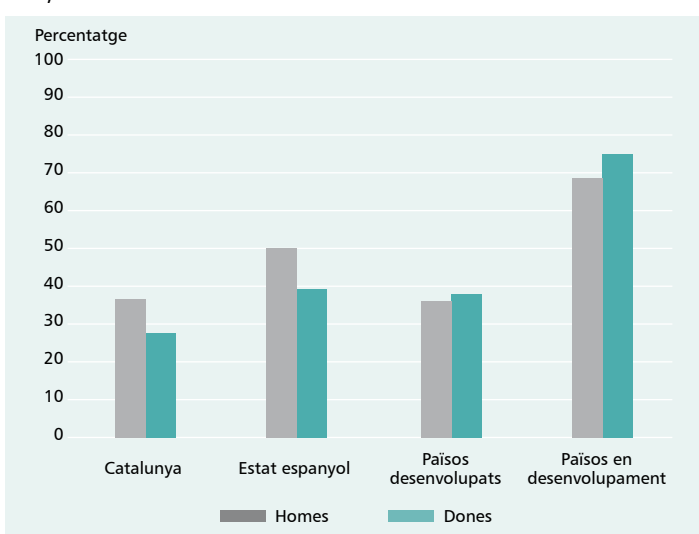
Les dones de PVD es concentren en quatre ocupacions en les quals treballa la meitat del col·lectiu: empleades domèstiques (19,4%), personal de neteja d'oficines i hotels (11,7%), dependents (11,0%) i cambres (8,0%). El cinquè lloc l'ocupa el treball de cura de les

Figura 1. Situació laboral en les persones de setze anys o més segons sexe, lloc de naixement i classe social



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Figura 2. Proporció de treballadors manuals en persones ocupades segons sexe, lloc de naixement i classe social



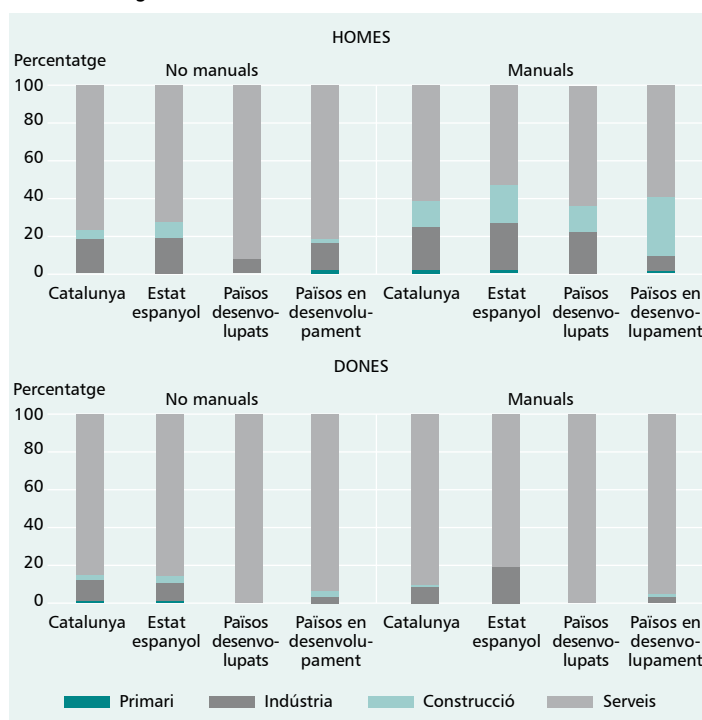
Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

persones, llevat de les auxiliars d'infermeria (5,7%). En la resta de col·lectius analitzats no s'observa una concentració tan accentuada, tal com es pot veure a la figura 3.

Les condicions de treball i els riscos laborals de la població ocupada

En la taula 7 es mostra l'exposició a diferents riscos laborals entre els homes ocupats segons el país de procedència i la classe social. Les condicions de treball estan lligades fonamentalment a la classe social en els dos sexes i independentment del país d'origen. Destaca entre els homes de classe manual procedents de PVD els alts percentatges que afirmen fer moviments repetitius, tenir una feina poc variada i manca d'autonomia sovint o molt sovint en la seva feina. Entre les treballadores de classe manual nascudes en altres autonomies i les de PVD, més del 40,0% afirmen treballar soles, cosa que probablement és deguda a l'alta proporció de dones del servei domèstic i de neteja en aquest col·lectiu (taula 8).

Figura 3. Distribució de la població ocupada en els diferents sectors econòmics segons sexe, lloc de naixement i classe social



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Taula 7. Percentatge d'homes ocupats que declaren estar exposats sovint o sempre a diferents riscos laborals segons lloc de naixement i classe social

	Catalunya	Resta de l'Estat espanyol	Països desenvolupats	Països en vies de desenvolupament
No manual %				
Molt soroll	9,6	16,5	12,5	12,5
Pols, fum... a l'ambient	8,8	10,0	0,0	17,9
Aixecar o moure volums pesants	3,7	8,7	0,0	12,5
Moviments repetitius amb braços o mans	32,5	39,2	20,8	30,4
Feina poc variada	24,0	26,3	20,8	21,4
Manca d'autonomia sobre el treball	43,4	41,2	45,8	35,7
Massa treball	33,2	32,9	37,5	28,6
Males relacions amb els companys	2,5	1,2	0,0	7,1
Males relacions superiors	2,5	3,7	4,2	9,1
Treball sol/a	30,3	24,1	32,0	39,3
Manual %				
Molt soroll	30,6	32,5	20,0	24,1
Pols, fum... a l'ambient	32,5	31,3	15,8	32,8
Aixecar o moure volums pesants	33,7	33,3	35,0	35,6
Moviments repetitius amb braços o mans	56,1	63,1	60,0	60,7
Feina poc variada	45,4	42,2	50,0	53,4
Manca d'autonomia sobre el treball	54,4	46,4	50,0	68,4
Massa treball	38,6	36,1	35,0	36,0
Males relacions amb els companys	4,7	1,2	0,0	4,0
Males relacions superiors	5,1	1,2	0,0	4,0
Treball sol/a	27,8	23,8	20,0	21,3

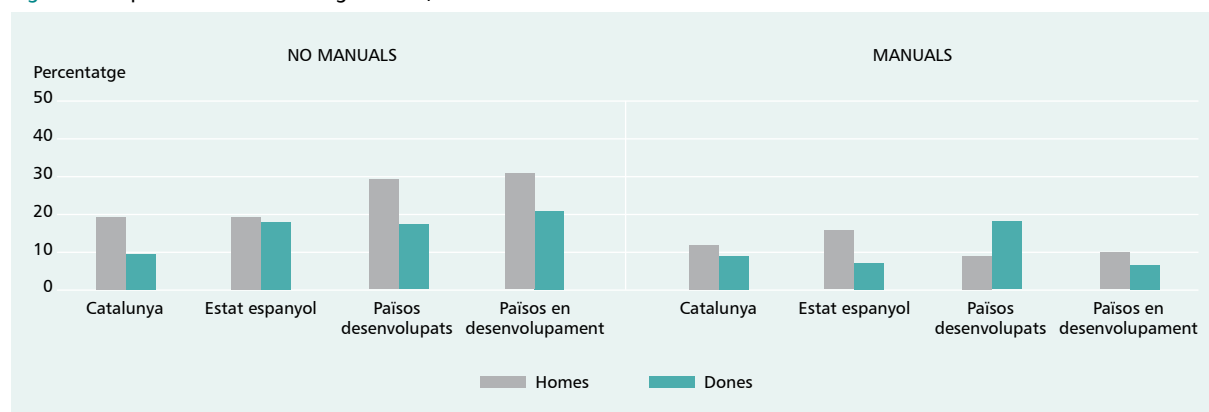
Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Taula 8. Percentatge de dones ocupades que declaren estar exposades sovint o sempre a diferents riscos laborals segons lloc de naixement i classe social

	Catalunya	Resta de l'Estat espanyol	Països desenvolupats	Països en vies de desenvolupament
No manual %				
Molt soroll	16,1	16,7	11,1	15,2
Pols, fum... a l'ambient	9,1	14,8	0,0	11,4
Aixecar o moure volums pesats	5,3	2,9	0,0	0,0
Moviments repetitius amb braços o mans	37,5	46,5	44,4	34,0
Feina poc variada	47,4	57,6	62,5	56,2
Manca d'autonomia sobre el treball	47,9	46,5	33,3	47,8
Massa treball	29,6	24,7	55,6	42,5
Males relacions amb els companys	2,7	3,9	0,0	0,0
Males relacions superiors	2,7	3,9	0,0	6,4
Treball sol/a	25,9	16,7	44,4	15,2
Manual %				
Molt soroll	18,5	15,2	0,0	9,3
Pols, fum... a l'ambient	17,9	16,7	0,0	20,4
Aixecar o moure volums pesants	17,1	16,7	11,1	8,6
Moviments repetitius amb braços o mans	60,7	72,3	88,9	62,3
Feina poc variada	47,4	57,6	62,5	56,2
Manca d'autonomia sobre el treball	52,1	56,1	22,2	53,1
Massa treball	33,7	45,5	22,2	38,9
Males relacions amb els companys	1,3	4,5	0,0	3,8
Males relacions superiors	2,7	3,9	0,0	6,4
Treball sol/a	27,5	40,9	11,1	41,4

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Figura 4. Proporció d'autònoms segons sexe, lloc de naixement i classe social



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

El tipus de relació laboral difereix segons l'origen, el sexe i la classe social. La proporció de treballadors autònoms és superior entre els homes i les persones de classe no manual. Destaca l'alta proporció entre els homes de classe no manual procedents d'altres països i les dones de PVD (Figura 4).

Entre el personal assalariat, la situació contractual és més desavantajosa en les persones procedents de PVD, les dones i els treballadors i treballadores de classe manual. Si entre els homes de classe no manual de PVD, el 55,4% té un contracte fix, en la resta d'homes de la mateixa classe social aquest percentatge supera el 80%. En les dones de classe manual de qualsevol origen destaca la significativa proporció que treballen sense contracte, sobretot en les procedents de PVD (16,4%). Cal fer ressaltar també que cap dona de les de classe no manual d'altres països treballa sense contracte (Figura 5).

La proporció d'homes assalariats que treballen més de quaranta hores setmanals és significativament més alta que la de dones en tots els col·lectius analitzats (el 38,8% enfront del 19,5%), sobretot entre els treballadors manuals no nascuts a Catalunya (Figura 6). El salari de les persones de PVD és més baix que el de les autòctones, sobretot entre les dones. Mentre el 31,0% dels homes procedents d'aquests països guanyen menys de 900 euros al mes, la proporció corresponent entre els nascuts a Catalunya és del 14,5%. Els percentatges respectius entre les dones són el 58,6% i el 24,3%. El percentatge puja al 65,8% entre les treballadores de PVD.

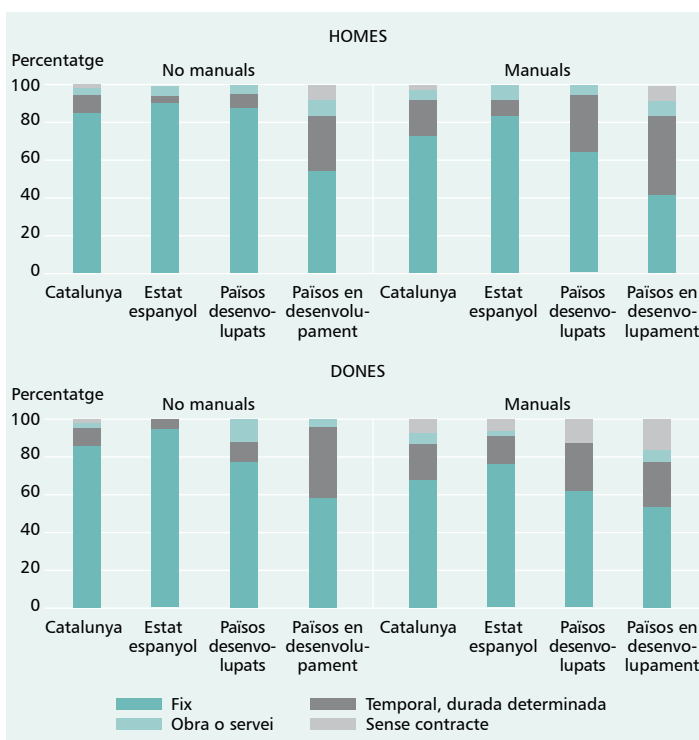
El 14,7% dels homes i el 17,5% de les dones es declaren insatisfets amb les seves condicions de treball. Hi ha, però, diferències segons el país de procedència i la classe social. Entre els homes treballadors no manuals, només el 10,4% afirmen estar insatisfets, percentatge que baixa al 2,6% entre els nascuts en altres països desenvolupats. Entre els manuals, en canvi, la prevalença d'insatisfacció laboral és del 20,6%. Si entre les dones més qualificades el 14,2% estan insatisfetes, entre les treballadores de classe manual ho estan el 23,8%. Cal subratllar el baix percentatge d'insatisfacció entre les dones procedents de PD: el 5,6% entre les treballadores de classe no manual i cap entre les de classe manual.

El treball domèstic i familiar en població ocupada

Aquesta secció es concentra en les desigualtats de gènere en la distribució del treball domèstic, i per tant s'analitza la població ocupada que conviu en parella i aquella en la qual, a més, els dos membres de la parella tenen una feina remunerada. A causa d'aquesta selecció de la població d'estudi, no s'analitzen les desigualtats de classe social perquè la grandària de la mostra és insuficient. Tot i això, en interpretar els resultats s'ha de tenir en compte que el col·lectiu de persones procedents de PVD es concentra en les ocupacions manuals de manera més accentuada que la resta.

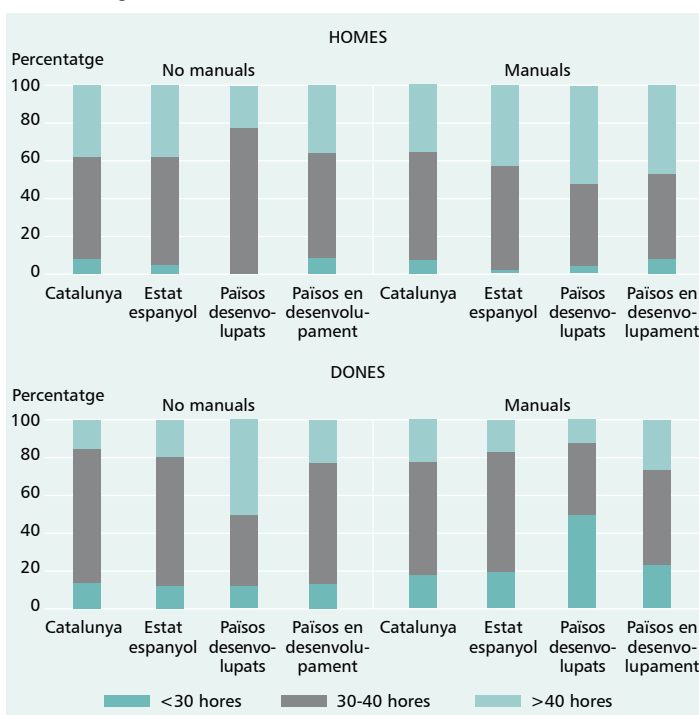
Al grup configurat per persones que conviu en parella els dos membres de la qual estan empleats, només un home de PVD

Figura 5. Distribució de població assalariada pel tipus de contractació segons sexe, lloc de naixement i classe social



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Figura 6. Distribució de la població assalariada i les hores de treball setmanal segons sexe, lloc de naixement i classe social



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

afirma encarregar-se sol de les tasques domèstiques com ara netejar, planxar, cuinar, etc., i cap d'altra procedència es troba en aquesta situació. La proporció de dones que afirmen encarregar-se soles d'aquestes tasques és del 36,5% entre les nascudes a Catalunya, del 44,3% en les procedents d'altres autonomies, del 69,2% en les d'altres PD i del 39,3% en les de PVD. El percentatge corresponent a les dones procedents de PD s'ha d'interpretar, però, amb cautela, perquè a causa del baix nombre de persones d'aquest grup, les estimacions són molt imprecises i, de fet, les diferències de gènere en el nombre d'hores de treball són les més baixes dels col·lectius analitzats (figura 7).

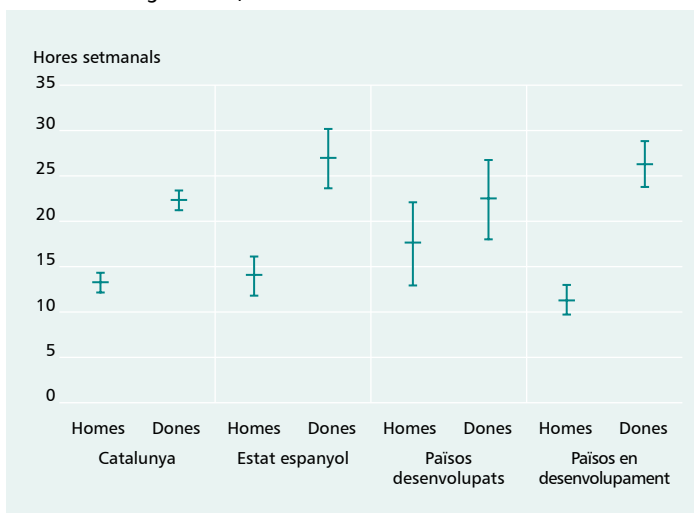
Als quatre col·lectius definits pel país d'origen analitzats, les dones dediquen més hores al treball domèstic i familiar que els homes, cosa que en certa mesura s'explica pel més alt percentatge de les que són mestresses de casa. Però les diferències de gènere persisteixen encara que els dos membres de la parella tinguin una feina remunerada, i són superiors entre les persones nascudes a la resta de l'Estat espanyol i entre les procedents de PVD. Són significativament més baixes entre les persones procedents d'altres PD, on els homes treballen un nombre d'hores significativament més alt que els d'altres procedències (Figura 7).

Les mestresses de casa de 16 a 64 anys

En aquesta secció es descriu la situació en relació amb el treball domèstic i familiar de les dones de 16 a 64 anys que es defineixen com a mestresses de casa. No s'analitza addicionalment la situació de les persones més grans de 64 anys ja fora del mercat laboral, pel baix nombre de persones d'altres països que hi ha a la mostra de l'ESB-2006 (16 homes i 33 dones). L'anàlisi no se separa per classes socials a causa del baix nombre de persones que hi ha en les categories de PVD i altres PD.

Entre les dones de 16 a 64 anys, la proporció de mestresses de casa se situa prop del 10%, excepte en el cas de les nascudes en altres autonomies, per a les quals el percentatge puja fins al 29%, cosa que s'explica fonamentalment per la seva edat més alta. El 90% estan casades o viuen en parella, sense

Figura 7. Hores de treball domèstic setmanal (mitjana i interval de confiança del 95%) en parelles en què els dos membres tenen una feina remunerada segons sexe, lloc de naixement i classe social



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

diferències segons origen. Treballen una mitjana setmanal de 40,8 hores (DE = 21,68) sense diferències segons origen.

Hi ha diferències en l'estructura de la unitat familiar. La proporció de les que viuen amb menors de 15 anys és del 26,8%, però aquest percentatge oscil·la entre el 12,5% entre les dones d'altres autonomies i el 80,0% entre les procedents de PD. També hi ha diferències en la convivència amb persones més grans de 65 anys, més alta entre les dones autòctones (30,9%) i més baixa entre les de PVD (6,1%). El 14,0% viuen amb alguna persona amb discapacitat, sense diferències segons el país de procedència.

El 71,0% es defineixen com la persona que s'ocupa principalment de les feines de casa com ara planxar, netejar, cuinar, etc. Els percentatges varien, però, entre el 100,0% que ho assenyalen entre les dones de països desenvolupats, al 67,2% en dones autòctones o el 51,5% entre les de PVD.

Quins estils de vida tenim

L'activitat física

El consum de drogues
institucionalitzades

El consum de drogues
no institucionalitzades

L'atenció a les drogodependències

L'activitat física

L'activitat física és un dels factors importants per assolir un estil de vida saludable perquè protegeix determinades malalties, ja que aporta no només un benefici físic, sinó també psicològic.¹³ Es constata l'existència de desigualtats socials en la realització de l'activitat física, igual que en altres estils de vida, de manera que els grups socials més privilegiats presenten estils de vida més saludables, i també la reducció dels comportaments de risc és més ràpida en aquests.¹⁴

Cal diferenciar, però, entre l'activitat física que es realitza durant l'activitat principal o habitual (a la feina, per exemple) i l'activitat o exercici que es realitza en el temps de lleure, com ara caminar o fer esport.

Activitat física habitual

L'any 2006, el 43,4% de la població barcelonina han declarat que la seva activitat no requereix un esforç físic important, però que es desplacen a peu sovint; el 32,7% declaren que estan asseguts/udes la major part de la jornada; l'11,8% d'homes i el 14,8% de dones que estan drets la majoria de la jornada, i, finalment, l'11,6% dels homes i el 5,2% de les dones declaren que fan una activitat intensa que requereix un esforç físic important.

Aquest tipus d'activitat està molt lligada a la situació laboral o el tipus d'ocupació. Així, veiem que les persones de classes socials afavorides, o estan assegudes la major part de la jornada, o es desplacen a peu sovint; en canvi, l'activitat intensa ha estat més freqüent en els homes i augmenta en les classes desfavorides.

Segons el país d'origen (taula 1), els homes estrangers de classes afavorides han declarat en una proporció més alta que es desplacen sovint

Taula 1. Activitat física habitual segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edats

		Assegut/uda la major part	Dret/a la major part	Es desplaça sovint	Esforç físic important
Homes	No manuals				
	Catalunya	43,0	8,4	41,5	4,8
	Resta de l'Estat espanyol	46,3	9,7	40,6	1,6
	Resta de països desenvolupats	42,6	0,0	47,2	2,6
	Països en vies de desenvolupament	34,0	7,1	50,0	6,1
	Manuais				
	Catalunya	26,0	15,6	39,2	15,9
	Resta de l'Estat espanyol	15,7	18,6	37,0	27,5
	Resta de països desenvolupats	25,5	29,7	18,8	25,9
	Països en vies de desenvolupament	14,4	15,7	40,8	27,8
Dones	No manuals				
	Catalunya	41,8	10,4	42,4	3,0
	Resta de l'Estat espanyol	34,9	14,2	46,9	2,2
	Resta de països desenvolupats	22,0	11,5	62,0	4,5
	Països en vies de desenvolupament	56,2	12,1	26,8	2,9
	Manuais				
	Catalunya	24,3	22,2	44,3	6,9
	Resta de l'Estat espanyol	22,9	23,2	40,3	12,1
	Resta de països desenvolupats	15,7	14,7	69,7	0,0
	Països en vies de desenvolupament	19,0	18,7	51,1	9,8

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB

13 D.E. Warburton, C.W. Nicol i S.S. Bredin. "Health benefits of physical activity: The evidence". CMAJ (2006), 174: 801-809.

14 L.H. McNeill, M.W. Kreuter i S.V. Subramanian. "Social environment and physical activity: A review of concepts and evidence". Soc. Sci. Med. (2006), 63 (4): 1011-1022.

(el 47,2% i el 50% d'homes de PD i de PVD, respectivament), i la proporció d'homes de classe no manual que estan asseguts ha estat inferior en homes de PVD (34%). Entre els homes de classes desfavorides, els nascuts en PD estan drets sense desplaçar-se més sovint que els autòctons, que, al contrari, es desplacen a peu en menor proporció. En les dones també s'han observat desigualtats segons el país de naixement. En les dones de classes afavorides, veiem que les de PD han declarat que es desplacen a peu més sovint que les autòctones, que, al contrari, estan assegudes en menor proporció; i en les dones de PVD el patró és el contrari: es desplacen a peu en menor proporció que les autòctones; en canvi, estan assegudes en una proporció superior. En les dones de classes desfavorides les diferències són menors, a excepció de les dones de classe manual de PD, que es desplacen a peu en més gran proporció (taula 1).

Activitat física de lleure

Per tal de mesurar l'activitat física esportiva de lleure, s'ha utilitzat una adaptació de l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), que és un instrument per a la vigilància i la monitorització de l'activitat física.¹⁵ Aquest instrument permet calcular un índex energètic a partir del tipus d'activitat i l'energia requerida, i a partir de la durada i la freqüència de l'activitat.¹⁶ I sobre la base d'aquest índex s'estableix una classificació del tipus d'activitat: inactivitat, lleugera, moderada i intensa.

Un 73,4% de la població barcelonina de quinze anys o més declaren que caminen cada dia almenys 10 minuts seguits, i els qui caminen 30 minuts o més representen la meitat de la població, el 50,3%, no trobant-se diferències importants segons el país d'origen.

La realització d'activitat física en el temps de lleure (excloent-ne el caminar) és més habitual en els homes que en les dones, de manera que un 26,8% dels homes fan una activitat física de lleure intensa o moderada, i en dones ho fan el 18,9%, i és més freqüent en les persones de classes socials afavorides i en les persones estrangeres nascudes en PD (taula 2). Les diferències més importants segons el país de naixement es donen en les persones de classe no manual, atès que les persones nascudes en PD han declarat fer una activitat física intensa en el temps de lleure en més gran proporció en la població autòctona (69 i 36,4% en homes i dones, respectivament). D'altra banda, les dones estrangeres de PVD són les que fan activitat física esportiva intensa en menor proporció.

Taula 2. Activitat física esportiva en temps de lleure (excloent-ne el caminar) segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandaritzats per edats

		Inactivitat	Activitat lleugera	Activitat moderada	Activitat intensa	
Homes	No manuals					
		Catalunya	56,3	12,3	12,4	19,0
		Resta de l'Estat espanyol	64,8	7,6	8,1	19,4
		Resta de països desenvolupats	22,3	8,8	27,6	41,4
		Països en vies de desenvolupament	60,5	6,8	9,9	22,8
		Manuais				
		Catalunya	70,0	9,9	5,1	15,0
		Resta de l'Estat espanyol	78,1	4,5	8,8	8,6
		Resta de països desenvolupats	70,9	0,0	12,3	16,8
		Països en vies de desenvolupament	68,9	9,5	5,0	16,5
Dones	No manuals					
		Catalunya	69,6	7,9	9,3	13,2
		Resta de l'Estat espanyol	58,0	5,4	21,1	15,5
		Resta de països desenvolupats	58,4	5,3	4,3	32,1
		Països en vies de desenvolupament	74,1	6,0	11,9	8,1
		Manuais				
		Catalunya	77,2	6,1	8,5	8,1
		Resta de l'Estat espanyol	77,0	1,6	13,5	7,8
		Resta de països desenvolupats	64,2	19,7	1,4	14,7
		Països en vies de desenvolupament	82,9	4,1	7,6	5,4

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

15 C.L. Craig, A.L. Marshall, M. Sjostrom, A.E. Bauman, M.L. Booth, B.E. Ainsworth, M. Pratt, U. Ekelund, A. Yngve, J.F. Sallis i P. Oja. "International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity". Med. Sci. Sports Exerc. (2003), 35 (8): 1381-1395.

16 B.E. Ainsworth, W.L. Haskell, M.C. Whitt, M.L. Irwin, A.M. Swartz, S. Strath et al. "Compendium of Physical Activities: An update of activity codes and MET intensities". Med. Sci. Sports Exerc. (2000), 32 (supl.): S498-S516.

El consum de drogues institucionalitzades

El tabaquisme actiu

Segons l'ESB 2006, la població nascuda en PVD presenta una prevalença de tabaquisme diferent de la que presenta la resta de població en el seu comportament segons classe social (taula 3). A la resta de població la prevalença és més elevada en les persones de classe manual, destacant els homes de la resta de l'Estat espanyol amb una prevalença per damunt del 60% en el grup d'edat de 15 a 44 anys, mentre que en els de classe no manual és de prop del 20%; aquesta situació, s'inverteix si bé de manera no tan marcada, en els homes provinents de PVD.

En el cas de les dones, pel que fa a les dels PVD, la prevalença de tabaquisme és clarament més alta en les de classe no manual, amb valors d'entre el 32 i el 33% segons el grup d'edat, mentre que en les de classe manual les prevalences són de l'11,7% en les més joves i del 9,5% en les d'entre 45 i 64 anys.

Aquestes dades probablement reflecteixen la situació del seu país d'origen respecte a l'epidèmia de tabaquisme, de la qual es trobarien en una fase anterior a la dels països més desenvolupats, on l'epidèmia va començar abans. Tanmateix, la prevalença de fumadors tendeix a disminuir amb l'edat, si bé als grups d'edat més grans la grandària de la mostra és massa limitada per poder extreure'n conclusions.

El tabaquisme passiu lligat al lloc de treball

En aquest apartat, s'han estudiat les persones en edats laborals, i s'ha trobat que l'exposició al fum ambiental del tabac a la feina és més elevada en la població nascuda en PVD que en la població nascuda a Catalunya o a la resta de l'Estat espanyol. Aquesta diferència és especialment important en el cas de les persones de classe manual, tant en homes com en dones del grup d'edat més jove; en els grups d'edat de més de 44 anys, el nombre d'efectius és tan baix que no permet treure'n

Taula 3. Fumadors diaris segons sexe, lloc de naixement, classe social i edat. Nombre i percentatge

	Homes				Dones			
	No manuals		Manuais		No manuals		Manuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15-44 anys								
Catalunya	150	28,1	183	45,5	158	25,1	124	42,6
Resta de l'Estat espanyol	8	20,5	19	65,5	21	35,0	12	36,4
Resta països desenvolupats	8	23,5	6	42,9	4	17,4	2	15,4
Països en vies de desenvolupament	27	27,6	53	26,8	15	31,9	22	11,7
45-64 anys								
Catalunya	69	25,9	45	37,8	55	20,9	35	23,3
Resta de l'Estat espanyol	23	24,7	38	30,9	20	18,5	22	14,2
Resta països desenvolupats	2	18,2	5	62,5	1	12,5	1	16,7
Països en vies de desenvolupament	5	27,8	9	20,9	9	33,3	6	9,5
≥ 65 anys								
Catalunya	18	12,6	13	11,8	7	5,5	8	3,6
Resta de l'Estat espanyol	4	5,7	16	13,2	1	1,6	4	1,8
Resta països desenvolupats	0	0,0	0	0,0	2	22,2	0	0,0
Països en vies de desenvolupament	2	50,0	1	25,0	2	66,7	0	0,0

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

conclusions. Tot i això, aquestes dades podrien suggerir que determinats grups de població treballen en llocs on hi ha un incompliment de la llei de mesures sanitàries enfront del tabaquisme, o bé en sectors on encara es permet fumar, com ara determinats locals d'hostaleria.

El consum d'alcohol

Pel que fa al consum d'alcohol, s'han classificat les persones seguint la proposta del Plan Nacional de Drogas, que, tenint en compte la quantitat d'alcohol consumit segons el tipus de beguda, el nombre de consumicions i la freqüència, calcula el que s'anomena unitat de consum. Els individus es classifiquen en:

- No bevedor, que es la persona que no ha consumit alcohol en els darrers dotze mesos.
- Bevedor de baix risc: dones que beuen menys de disset unitats de consum setmanals, i homes que en beuen menys de vint-i-vuit setmanals.

- Bevedor de risc: dones que beuen disset o més unitats de consum setmanals, i vint-i-vuit o més en el cas dels homes, o més de sis consumicions en una mateixa ocasió de consum (binge drinking) en els homes, i més de quatre en les dones.

S'ha estudiat el consum d'alcohol específicament per a les persones d'entre 15 i 65 anys. Tal com es pot apreciar en la taula 5, es veuen diferències per gènere i classe en el consum de risc. La comparació entre països s'ha de fer amb cura, atès que la prevalença del consum de risc és relativament baixa i que tenim poca mostra en alguns dels grups. Per regla general, els homes presenten més bevedors de risc que les dones, i en els uns i els altres hi ha més bevedors de risc entre els de classe no manual (a excepció dels homes catalans). Comparant entre països, entre els homes de classe no manual destaquen els procedents de PVD (11,5%) i els catalans (10,9%), mentre que entre els de classe manual destaquen els nascuts a Catalunya (13,0%), seguits dels nascuts a la resta de l'Estat espanyol.

El consum de tranquil·litzants i/o hipnòtics sense recepta mèdica en més grans de catorze anys

En aquest cas, s'han estudiat les persones més grans de catorze anys, i, respecte al consum alguna vegada a la vida, les dones consumeixen més tranquil·litzants que els homes i no hi ha un patró clar de classe. Quant a lloc de naixement, destaca el cas de les persones nascudes a la resta de l'Estat espanyol, que són les que més tranquil·litzants consumeixen tant en homes com en dones. En el cas de les dones, i en les de classe no manual, les que més consumeixen tranquil·litzants són, com s'acaba de dir, les nascudes a la resta de l'Estat espanyol (36,2%), i a continuació les de PVD (31,2%). Entre les persones de classe manual continuen sent les de la resta de l'Estat espanyol, amb un 35,6% les que més declaren haver consumit tranquil·litzants, seguides de les nascudes a Catalunya (31,1%) i les de PVD (26,2%).

Taula 4. Exposició al fum ambiental de tabac a la feina segons sexe, lloc de naixement, classe social i edat. Nombre de casos i percentatge

	Homes				Dones			
	No manuals		Manuais		No manuals		Manuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15-44 anys								
Catalunya	49	12,1	75	26,1	37	7,6	21	11,1
Resta de l'Estat espanyol	2	5,9	1	3,8	9	18,4	1	4,2
Resta països desenvolupats	3	10,7	6	50,0	0	0,0	1	20,0
Països en vies de desenvolupament	13	16,7	59	39,3	11	26,8	22	20,6
45-64 anys								
Catalunya	17	8,1	11	12,4	14	7,8	4	5,3
Resta de l'Estat espanyol	9	13,6	17	31,5	3	3,7	5	7,9
Resta països desenvolupats	0	0,0	2	28,6	0	0,0	1	25,0
Països en vies de desenvolupament	0	0,0	9	30,0	2	11,8	8	19,5

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Taula 5. Bevedors de risc i consum de tranquil·litzants durant l'últim any, segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Bevedors de risc de 15 a 64 anys				
Catalunya	10,9	13,0	4,5	2,8
Resta de l'Estat espanyol	9,8	8,8	2,4	0,5
Resta de països desenvolupats	14,0	4,5	20,0	0,0
Països en vies de desenvolupament	11,5	8,6	5,3	2,8
Consum de tranquil·litzants en persones de 15 anys o més				
Catalunya	17,2	17,1	26,4	31,1
Resta de l'Estat espanyol	21,8	21,8	36,2	35,6
Resta de països desenvolupats	24,0	9,1	32,5	13,6
Països en vies de desenvolupament	17,9	14,0	31,2	26,2

Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. ASPB.

El consum de drogues no institucionalitzades

El consum de cànnabis en persones de quinze a quaranta-quatre anys

Quant al consum de cànnabis durant l'últim any, per regla general els homes en consumeixen més que les dones, a excepció de les persones nascudes en altres PD, en què són les dones les que consumeixen més que els homes, i tant les de classe manual com les de classe no manual.

Respecte a la classe social, no s'observa un patró clar, i pel que fa al lloc de naixement, tal com es pot veure en la taula 6, entre els homes de classe no manual els que més consumeixen són els de PVD (19,2%), mentre que entre els homes de classe manual ho són els nascuts a Catalunya (22,6%).

Pel que fa a les dones, les que més consumeixen són les nascudes en altres PD, tant les de classe no manual com les de classe manual, seguides de les nascudes a Catalunya. Les dones de classe no manual de PVD presenten també un consum força important (10,7%).

El consum de cocaïna en persones de quinze a quaranta-quatre anys

Quant al consum de cocaïna, també en general, declaren consumir més els homes que les dones. De fet, comparant els diferents grups, el més gran consum de cocaïna es troba en els homes de classe no manual dels PVD, amb un 10,6%, mentre que en els de classe manual de PVD aquest percentatge baixa al 2,1%. En els homes nascuts a Catalunya trobem un 5,6% de consum en els de classe manual, i un 3,6 en els de classe no manual. El consum en les dones és difícil d'interpretar a causa de la baixa prevalença d'aquesta variable.

Taula 6. Consum de marihuana i cocaïna durant l'últim any, segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuels	No manuals	Manuels
Consum de cànnabis de 15 a 44 anys				
Catalunya	15,6	22,6	11,2	9,0
Resta de l'Estat espanyol	8,4	6,4	7,0	1,4
Resta de països desenvolupats	14,6	10,0	20,2	13,8
Països en vies de desenvolupament	19,2	6,8	10,7	4,5
Consum de cocaïna de 15 a 44 anys				
Catalunya	3,6	5,6	1,9	2,1
Resta de l'Estat espanyol	1,8	2,4	1,0	0,0
Resta de països desenvolupats	5,1	5,0	6,9	0,0
Països en vies de desenvolupament	10,6	2,1	4,3	2,0

Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006. ASPB.

L'atenció a les drogodependències

Els tractaments per abús o dependència de substàncies psicoactives

Aquest indicador s'obté a partir de les dades de primeres visites realitzades durant el 2006 als centres de tractament de drogues de Barcelona (Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Vall d'Hebron, Barceloneta, Garbí, Spott, Nou Barris, Casa Bloc, Creu Roja, Sant Pau, Càritas, Clínic, Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat). En total, durant el 2006 van iniciar tractament 4.845 persones, de les quals es coneixia el lloc de naixement en 4.673. Així, el 67,2% de la població atesa era catalana; el 19,5%, de la resta del Estat; el 2,8%, d'altres PD, i el 6,9%, de PVD. El 20,0% de les visites especialitzades iniciades van ser en usuaris d'heroïna; el 29,0%, en addictes a cocaïna; el 31,5%, en tractament per alcohol, i el 7,2%, en consumidors de cànnabis.

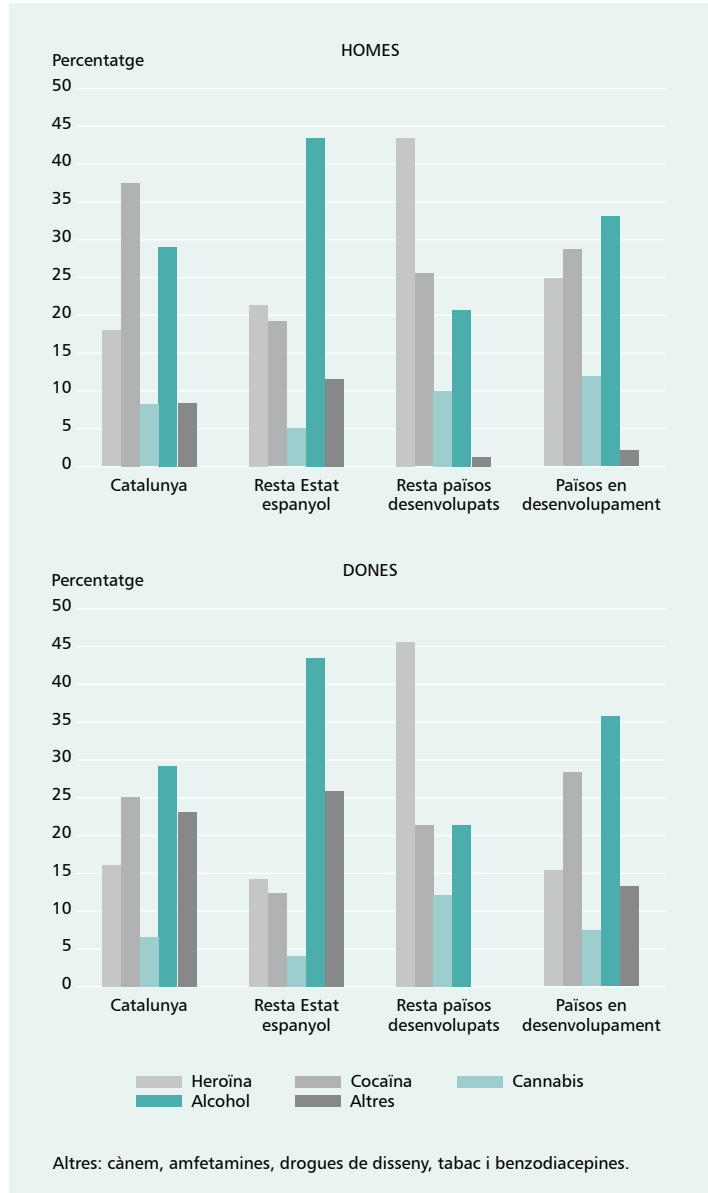
Com es pot observar en la figura 2, en el grup d'homes nascuts a Catalunya destaca un nombre de visites relacionades amb cocaïna més gran que en la resta de grups (37,7%). En el grup de barcelonins nascuts a la resta de l'Estat, hi destaca l'alcohol, i en la resta de PD, l'elevada proporció de tractaments per heroïna. En el cas de les dones, les dades han de mirar-se amb cura, atesa la baixa prevalença de dones en tractament en alguns grups.

Les urgències hospitalàries en consumidors de drogues il·legals

Les dades d'urgències hospitalàries en consumidors de drogues il·legals, s'obtenen a partir dels hospitals Clínic, Vall d'Hebron, Sant Pau, Mar i Pere Camps. Tal com es pot observar a la taula 7, el nombre total d'urgències per drogues il·legals a Barcelona durant l'any 2006 va ser de 4.087 i el nombre de persones ateses, de 3.820. La cocaïna acapara el volum més gran (43,0%) de les urgències, i cal destacar el 13,5% d'aquestes degudes al cànnabis.

De les 3.820 urgències ateses, es coneixia el país d'origen en 3.327 casos. Tal com

Figura 2. Inicis de tractament segons tipus de droga, sexe i lloc de naixement



Font: Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Barcelona 2006. ASPB.

es pot observar en la taula 7, les persones nascudes a Catalunya arriben als serveis d'urgències per heroïna amb més freqüència que la resta. Les de PVD presenten una freqüència més elevada d'urgències per opiàc i cocaïna, mentre que en els individus nascuts a la resta de l'Estat espanyol és més freqüent la cocaïna sola. Finalment, observem que les persones de la resta de PD presenten més urgències per cànnabis que la resta.

Taula 7. Urgències en consumidors de drogues il·legals segons substància consumida i lloc de naixement. Nombre de casos i percentatge

Urgències segons substància	Catalunya		Resta de l'Estat espanyol		Resta Països Desenvolupats		Països desenvolupament		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Opiacis	264	(30,7)	715	(23,1)	11	(14,3)	40	(20,8)	1141	(23,7)
Opiacis + cocaïna	129	(15,0)	338	(10,9)	8	(10,4)	43	(22,4)	635	(13,2)
Cocaïna	342	(39,7)	1.420	(46,0)	30	(39,0)	64	(33,3)	2.069	(43,0)
Cannabis	84	(9,8)	439	(14,2)	18	(23,4)	28	(14,6)	648	(13,5)
Altres	42	(4,9)	178	(5,8)	10	(13,8)	17	(8,9)	314	(6,5)
Total urgències	861	(100,0)	3.090	(100,0)	77	(100,0)	192	(100,0)	4.087	(100,0)
Nombre de pacients										
Opiacis	188	(29,5)	499	(20,3)	10	(15,2)	35	(22,6)	825	(21,6)
Opiacis + cocaïna	86	(13,5)	244	(9,9)	7	(10,6)	27	(17,4)	449	(11,8)
Cocaïna	271	(42,5)	1.183	(48,8)	24	(36,4)	56	(36,1)	1.749	(45,0)
Cànnabis	69	(10,8)	391	(15,9)	16	(24,2)	24	(15,5)	576	(15,1)
Altres	24	(3,8)	147	(6,0)	9	(13,6)	13	(8,4)	251	(6,6)
Total atesos	638	(100,0)	2.464	(100,0)	66	(100,0)	155	(100,0)	3.820	(100,0)
Índex de freqüentació										
Opiacis	1,40		1,43		1,10		1,14		1,38	
Opiacis + cocaïna	1,50		1,39		1,14		1,59		1,41	
Cocaïna	1,26		1,20		1,25		1,14		1,18	
Cànnabis	1,22		1,12		1,13		1,17		1,13	
Altres	1,75		1,21		1,11		1,31		1,25	
Raó total	1,35		1,25		1,17		1,24		1,07	

Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, 2006. ASPB.

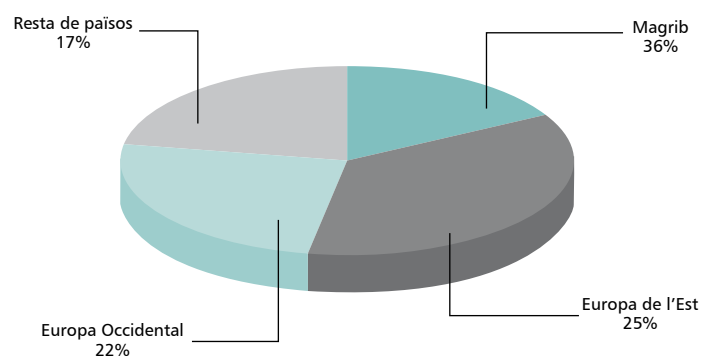
Quant a l'índex de freqüentació –nombre d'urgències per usuari–, veiem que les persones nascudes a Catalunya són les que tenen més freqüentació (1,35), i que les nascudes a la resta de PD, la menor (1,17).

Els centres de reducció de danys

Els programes de reducció de danys per a drogodependents ofereixen una alternativa al tractament tradicional. Intenten disminuir els danys socials, econòmics i de salut produïts pel consum de drogues, atès que no sempre es pot aconseguir l'abstinència a curt termini. Durant els anys 2005 i 2006, aproximadament la meitat dels usuaris d'aquests centres van ser immigrants. El 2007, aquest percentatge arriba al 64,0% al centre més freqüentat.

Entre l'abril i el maig del 2006, es va fer una enquesta a cent cinquanta immigrants

Figura 3. Immigrants atesos als tres centres de reducció de danys amb més aflluència segons lloc de naixement



Font: Centres de Reducció de Danys de Barcelona, 2006. ASPB.

als tres centres de reducció de danys amb més aflluència de Barcelona. El 92,7% de la mostra eren homes, amb una edat mitjana de 33,2 anys (DT 6,91) i una mitjana d'estada a l'Estat espanyol de 4,2 anys (rang 0,1-35 anys). Segons país de naixement, tal com es pot observar en la figura 3, la comunitat més nombrosa va ser la magribí (36,7% del total), després la de l'Europa de l'est (24,7%) i l'europea occidental (22,0%); i per fi la resta (16,7%) inclou la provinent de l'Orient Mitjà i el Pakistan, Llatinoamèrica i l'Àfrica subsahariana.

Els magribins constitueixen la població amb més edat i que fa més temps que resideix a l'Estat espanyol. Es troben diferències en la vinculació a programes de tractament de l'abús o dependència, ja que els percentatges variaven del 60,6% dels europeus occidentals al 27,0% dels europeus de l'est. El 68,0% dels entrevistats van iniciar el consum d'heroïna i/o cocaïna després d'haver emigrat, i el 60,8% dels que s'injecten van utilitzar aquesta via per primera vegada fora del seu país.

El 91,9% d'europeus de l'est van utilitzar la via de consum intravenosa, mentre que en el grup de magribins aquest percentatge va ser del 34,5%. Altres factors associats a l'ús d'aquesta via van ser tenir família o parella a Barcelona, no tenir permís de residència o tenir salut autopercebuda com a regular o dolenta.

L'estat de salut de la població immigrant

La salut reproductiva

La salut percebuda

La salut mental

Els trastorns crònics, la restricció i la limitació de l'activitat

La tuberculosi

La sida i infeccions pel VIH

Les lesions

Els accidents de treball

La mortalitat

La salut reproductiva

Les fonts d'informació i els mètodes

Pel que fa a les Interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) es presenten dades del 2005, primer any en què s'ha registrat el país de naixement de les dones en el Registre d'IVE. La unitat d'anàlisi emprada en el càlcul de la taxa de fecunditat ha estat la dona, i s'han calculat per als últims anys en què es disposa de la informació tant de naixements com dels padrons d'habitants.

Els resultats de l'embaràs s'han avaluat per al període 2000-2005 per tal de reflectir la realitat més recent i, a la vegada, obtenir resultats més fiables i estables.

La informació sobre la cura de l'embaràs i l'ús de serveis sanitaris relacionats s'ha extret del Registre de Defectes Congènits de la ciutat de Barcelona (REDCB), que des del 1994 entrevista en profunditat les mares de nadons nascuts amb alteracions congènites i, com a grup control, una mostra del 2% de dones residents a la ciutat que donen llum a un nadó sa, que s'ha utilitzat per a la present anàlisi. El REDCB recull en les entrevistes el lloc de naixement de la mare i del pare. S'ha analitzat la informació del 2000 al 2006. El tipus d'hospital i la proporció de cesàries, disponibles per a tots els naixements de la ciutat, s'han extret del Registre de Salut Maternoinfantil de la Direcció General de Salut Pública, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

S'inclou també un resum d'un treball qualitatiu que es va dur a terme en dones d'entre setze i quaranta-nou anys, procedents de Colòmbia, la República Dominicana, el Perú, l'Equador, Gàmbia, el Marroc, les Filipines i Romania, en el qual es va explorar la importància de tenir fills, les relacions i la sexualitat, els mètodes anticonceptius, l'embaràs adolescent, les normes socials i religioses, i l'avortament, i es promouien les explicacions sobre les posicions personals.

Respecte a les agrupacions de països, en aquest capítol s'han comparat les persones nascudes a l'Estat espanyol sense separar si són nascudes a Catalunya o no; i dins dels PVD es desglossa per regió geogràfica i països més representatius dins de cada regió. En el cas de la cura i dels resultats de l'embaràs, i amb la intenció d'obtenir grups més homogenis, s'han comparat els fills de parelles amb ambdós progenitors de l'Estat espanyol amb els fills de parelles amb ambdós progenitors d'origen immigrant.

Les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)

Les taxes d'IVE l'any 2005 (taula 1) han estat superiors en les dones nascudes en PVD en tots els grups d'edat, sent

unes 2,8 vegades superior a la de les dones de l'Estat espanyol en tota l'edat fèrtil (15-49 anys) i fins a 5,5 en el grup de 18 a 19 anys. Les taxes de les dones nascudes en un PD, a l'Argentina i a la Xina són similars a les de les autòctones. A l'altre extrem, les dones d'origen bolivià o romanès mostren les taxes més elevades, tot i que cal ser prudents en les interpretacions, ja que la informació es basa en un sol any i es tracta de dos dels col·lectius amb més ràpid creixement en l'any analitzat, i per tant, amb una probable subestimació de la població efectivament resident.

L'IVE de repetició, és a dir, l'accés a una IVE havent-ne tingut una altra en el passat, és més freqüent en les dones de PVD. El 37,6% d'elles van declarar haver tingut en el passat una altra IVE, enfront del 30,7% de les nascudes a l'Estat espanyol. Les dones del Pakistan, les Filipines, Colòmbia i Bolívia tenien menys IVEs anteriors que les autòctones, mentre que les dels altres grups en tenien més, destacant especialment les dels països de l'Europa de l'est i de l'Àfrica subsahariana: més de la meitat de les dones d'aquests grups havien tingut almenys una IVE anterior.

La fecunditat

La taxa de fecunditat correspon al nombre de naixements per cada 1.000 dones en un grup d'edat i un període de temps. S'ha calculat la taxa en dones de 15 a 49 anys, en adolescents de 12 a 17 i de 18 a 19 i en les dones de 35 a 49 anys. Els resultats agregats per als anys 2004 i 2005 es mostren en la taula 2. La fecunditat de les dones de PVD en edat fèrtil (15-49 anys) és de 46,4 per 1.000, superior a la de les dones de l'Estat espanyol (38,8 per 1.000); la de les dones de PD és inferior (32,8 per 1.000). Tanmateix, cal assenyalar que dins de les dones de PVD existeixen diferències molt importants segons regió geogràfica i país de nacionalitat. Així doncs, les dones de Colòmbia, l'Argentina i el Perú han presentat una taxa de fecunditat inferior a la de les dones de l'Estat espanyol, i, a l'altre extrem, en les dones pakistaneses i de països del Magrib s'han donat unes taxes més elevades.

Els naixements de mares adolescents van ser més freqüents entre les noies de PVD, tant en la franja dels 12 als 17 anys (9,4 per 1.000) com en la de 18 a 19 (55,7 per 1.000). Aquí també cal destacar les variacions entre regions i països, tot i que els nombres petits de casos fan que s'hagi de ser cautelós en les conclusions: Romania és clarament el país amb les taxes més altes en les dues franges; així mateix, per a algunes nacionalitats no s'han donat casos de naixements de mares menors d'edat, i la taxa de fecunditat de 18-19 anys de les

Taula 1. Interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) segons país de naixement i edat de la dona. Nombre de casos i taxes

Nacionalitat de la dona	15-49		12-17		18-19		35-49	
	n	Taxa ¹	n	Taxa ¹	n	Taxa ¹	n	Taxa ¹
Estat espanyol	2.331	7,7	136	4,5	170	15,4	463	3,2
Resta de països desenvolupats	123	8,1	1	2,0	3	15,2	12	2,2
Països en vies de desenvolupament	1.839	22,1	50	17,2	108	85,0	279	9,2
Amèrica Llatina	1.368	22,5	43	11,7	76	49,3	185	8,6
Argentina	60	7,7	1	3,5	2	15,4	8	3,6
Bolívia	294	58,1	2	11,6	12	86,6	27	17,6
Colòmbia	102	15,9	3	8,1	7	50,5	11	4,5
Equador	429	33,8	24	22,1	24	60,8	58	12,5
Perú	199	25,4	4	6,8	14	63,1	40	11,1
República Dominicana	78	17,7	4	8,9	9	43,1	12	6,8
Àsia	109	11,4	1	1,4	4	13,8	30	7,4
Filipines	52	15,7	0	0,0	1	18,3	14	8,4
Pakistan	16	19,4	0	0,0	0	0,0	8	26,8
Xina	26	6,9	1	3,2	2	13,9	5	3,4
Altres regions								
Magrib	108	24,6	1	3,1	10	65,6	24	12,8
Europa de l'Est	197	27,9	2	5,3	18	81,1	35	15,5
Romania	86	47,4	0	0,0	15	159,6	11	26,7
Resta d'Àfrica	57	42,2	3	47,2	0	0,0	5	10,7

Font: Numerador: Registre d'IVE de Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Denominador: Institut d'Estadística de Catalunya. Barcelona, 2005.

1. Taxa per 1.000 dones en el grup d'edat considerat.

Taula 2. Naixements segons nacionalitat i edat de la mare. Nombre de casos i taxes

Nacionalitat de la mare	15-49		12-17		18-19		35-49	
	n	Taxa ¹	n	Taxa ¹	n	Taxa ¹	n	Taxa ¹
Estat espanyol	22.458	38,8	81	1,4	156	7,3	7.622	27,2
Països desenvolupats	932	32,8	3	3,4	3	8,1	278	31,8
Països en vies de desenvolupament	5.877	46,4	79	9,4	194	55,7	931	21,8
Amèrica Llatina	3.503	38,7	54	9,5	131	55,8	579	19,7
Argentina	298	35,4	0	0,0	1	8,1	46	22,6
Bolívia	318	40,1	2	8,1	14	61,7	39	16,5
Colòmbia	364	33,1	3	4,8	9	39,5	75	19,2
Equador	1.215	51,4	31	15,8	64	83,5	167	19,9
Perú	395	36,7	4	4,4	4	14,1	90	12,7
República Dominicana	251	39,7	12	16,4	17	51,2	36	16,2
Àsia	1.111	73,1	2	1,5	15	35,5	150	24,2
Filipines	247	49,0	0	0,0	2	21,5	42	18,6
Pakistan	187	134,6	0	0,0	6	72,3	37	69,9
Xina	519	83,7	0	0,0	5	26,3	48	19,9
Altres regions								
Magrib	656	92,3	6	8,9	21	71,7	145	56,5
Europa de l'est	453	38,1	15	23,5	25	71,2	35	9,0
Romania	152	50,3	14	78,7	20	129,9	7	10,1
Resta d'Àfrica	154	76,1	2	17,9	2	28,6	22	44,3

n: Nombre de casos.

Font: Numerador: Registre de Naixements de Barcelona. Denominador: Padró d'Habitants, Ajuntament de Barcelona. Barcelona, 2004-2005.

1. Taxes de fecunditat per 1.000 dones i per grup d'edat.

dones argentines és similar a la de les dones de l'Estat espanyol i de les dones de PD.

A l'altre extrem, pel que fa la franja de 35 a 49 anys, la fecunditat de les dones de PVD (21,8 per 1.000) és inferior a la de les dones espanyoles (27,2 per 1.000) o de PD (31,8 per 1.000). Les dones pakistaneses, de països del Magrib i de la resta d'Àfrica són les úniques que presenten taxes superiors a la mitjana de l'Estat espanyol en aquest grup.

La cura de l'embaràs i la utilització de serveis obstètrics

En el REDCB, entre el 2000 i el 2006 es van entrevistar 1.611 mares; 1.326 havien nascut a l'Estat espanyol, de les quals 1.242 (el 77,1% del total), amb parella també de l'Estat espanyol; 49 mares nascudes en un PD, 19 de les quals (1,2% del total), amb parella també d'un PD; i 236 nascudes en un PVD, 180 de les quals (11,2%), amb parella d'un PVD. D'aquestes 180 parelles de PVD, 113 eren de l'Amèrica Llatina, 25 de l'Àsia, 16

del Magrib i 11 de l'Europa de l'est. Amb grups tan petits s'ha optat per comparar només les 1.242 parelles de l'Estat espanyol amb les 180 parelles de PVD. Els resultats es mostren en la taula 3. Com es pot apreciar, hi ha diferències significatives en la gran majoria d'indicadors. L'edat mitjana de les mares és inferior en les parelles de PVD, dades molt similars a la dada poblacional del Registre de Naixements (28,4 enfront de 32,4). Les parelles de PVD han utilitzat menys els serveis sanitaris relacionats amb l'embaràs: menys visites, ecografies i proves invasives. D'altra banda, una proporció més baixa de dones immigrades eren fumadoreses.

En el cas dels indicadors del part s'observa una clara disparitat quant al tipus d'hospital, que és públic en el 90,7% dels parts de mares de PVD, i en el 38,6% dels de les mares de l'Estat espanyol. Les diferències observades en la proporció de cesàries, més elevada en dones de l'Estat espanyol, s'anul·len totalment estratificant pel tipus d'hospital. En les dones de PD, la proporció de parts en hospitals públics és similar a la de la població espanyola (41,5%), i la de cesàries (25,6%), inferior (dades no mostrades).

Els resultats de l'embaràs

El pes en néixer és un important indicador de salut del noutat, que està associat a la mortalitat neonatal i infantil, i prediu problemes

Taula 3. Indicadors de cura i d'utilització de serveis sanitaris durant l'embaràs segons país d'origen

Lloc de naixement dels dos progenitors	Estat espanyol	Països en vies de desenvolupament
Edat mitjana (anys)*	32,6	28,1
Embaràs		
Planificat*	82,6	56,6
Provoca un canvi de feina* (%)	12,9	26,6
Fumadores al principi* (%)	35,7	11,7
Fumadores que abandonen (%)	47,6	58,2
Àcid fòlic abans* (%)	14,4	3,9
Àcid fòlic en algun moment* (%)	70,6	36,7
Cap visita durant el 1r trimestre* (%)	1,3	11,0
Menys de sis visites totals* (%)	2,5	8,1
Ecografia 5è mes* (%)	90,9	78,5
Ecografia 2n trimestre* (%)	99,7	98,0
Proves invasives* (%)	36,1	15,6
Part**		
Hospital públic (%)	38,6	90,7
Cesàries		
% total	31,8	24,0
% en hospitals públics	21,4	22,3
% en hospitals privats	38,3	41,4

Font: Registre de Defectes Congènits de Barcelona. ASPB.

* p < 0,001 en la comparació segons lloc de naixement.

** Font: Registre de salut maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2000-2006.

de salut i desenvolupament durant la infància i la vida adulta. Així mateix, el baix pes d'un nadó pot resultar de tres fenòmens, com són el part prematur, el retard de creixement intrauterí i el part múltiple. Per tant, per reflectir els diferents fenòmens que aporten un risc per a la salut infantil, es presenten com a indicadors, a més del baix pes (menys de 2.500 g) en néixer en parts únics, la prematuritat (part amb menys de trenta-set setmanes de gestació) en parts únics, i el baix pes per l'edat gestacional (BPEG) en parts tant únics com múltiples. Es considera BPEG quan un nadó té un pes en néixer inferior al percentil 3 de la distribució de pes dels nadons del mateix sexe i tipus de part (únic o múltiple) nascuts en aquella setmana de gestació. S'han utilitzat les corbes de pes de referència per a la població de Catalunya calculades per Ramos et al.¹⁷

En el període estudiat (2000-2005) s'han registrat 60.036 naixements de nadons amb els dos progenitors de l'Estat espanyol, 856 amb ambdós d'un PD, i 9.163 amb tots dos d'un PVD, seguidament desglossats en la taula per àrees geogràfiques i països principals. Els resultats es mostren en la taula 4.

En primer lloc s'observa la manca de diferències importants entre els nadons fills de pare i mare de l'Estat espanyol i el conjunt dels fills/filles de dos progenitors de PVD. Entre els fills de mare i pare de PD, el BPEG era bastant menys freqüent (1,3%), i la prematuritat (6,0%), similar a la dels altres grups. Dins dels fills/filles de parelles de PVD s'han trobat diferències importants segons l'àrea o país d'origen. Els magribins han estat el grup amb menys proporció de baix pes en néixer (3,1%). A l'altre extrem, els fills de romanesos (13,9%) i de filipins (10,6%) tenen valors preocupants.

Com a complement de la informació mostrada en la taula 4, cal assenyalar que, malgrat la menor proporció de BPEG entre els fills de persones immigrants, hi ha una més alta proporció de casos amb pes superior al percentil 97 per edat gestacional: el 5,8% en el cas dels PVD (amb una punta del 8,7% en els fills de marroquins) i el 4,4% per als de PD, respecte al 3,1% dels fills de persones autòctones. El sobrepès

Taula 4. Indicadors de resultats de l'embaràs en parts únics segons país d'origen d'ambdós progenitors

País d'origen dels 2 progenitors	Baix pes per l'edat gestacional		Prematuritat (< 37 setmanes de gestació)		Baix pes en néixer (< 2.500 g)	
	n	%	n	%	n	%
Estat espanyol	1.404	2,9	2.537	5,4	2.975	5,5
Resta de països desenvolupats	8	1,3	37	6,0	32	4,4
Països en vies de desenvolupament	379	2,5	379	6,2	407	5,4
Amèrica Llatina	73	2,1	235	6,6	216	5,1
Argentina	7	2,9	14	5,9	19	6,7
Bolívia	4	1,6	15	6,4	11	4,1
Colòmbia	8	2,1	26	6,9	26	6,1
Equador	32	2,6	97	7,4	89	5,6
Perú	5	1,3	26	6,4	21	4,2
República Dominicana	5	2,1	18	6,7	16	4,8
Àsia	37	3,6	62	5,6	107	7,1
Filipines	11	4,7	27	7,8	41	10,6
Pakistan	10	6,7	6	3,7	14	6,4
Xina	14	2,8	23	4,4	33	4,9
Altres regions						
Magrib	14	1,9	25	3,3	29	3,1
Europa de l'est	17	4,8	42	11,6	38	8,4
Romania	10	7,7	28	21,2	24	13,9
Resta d'Àfrica	2	1,7	8	6,6	6	4,2

n: Nombre de casos.

Font: Registre de Naixements de Barcelona, 2000-2005.

17 F. Ramos, G. Pérez, M. Jané, R. Prats. Construction of the birth weight by gestational age population reference curves of Catalonia: Methods and development. Gac Sanit. 2008 (en premsa).

no comporta necessàriament un risc per a la salut, tot i que pot ser conseqüència d'un sobrepès matern o d'una diabetis gestacional materna, i incrementa la possibilitat de part distòcic. Així mateix, la prematuritat extrema (menys de 32 setmanes de gestació) afecta el 0,9% dels parts de parelles de PVD, enfront del 0,5% de les parelles autòctones i el 0,3% de les parelles de PD. Els nombres petits fan difícil la comparació entre àrees i països, però sí que es pot destacar el cas de Romania, amb un 4,4% (sis casos) de prematuritat extrema.

Un altre fenomen que convé remarcar és el dels parts múltiples, que mostren una tendència creixent en la població total, paral·lelament a la difusió de les tècniques de fecundació assistida, però que són menys freqüents en les parelles de PVD: representen l'1,8% del total de naixements, enfront del 3,6% entre els nadons amb progenitors de PD i el 4,0% entre els fills d'autòctons.

Finalment, gràcies a la disponibilitat d'estimacions oficials de la Unicef i l'OMS sobre la proporció d'infants que neixen amb baix pes (menys de 2.500 g) a cada país¹⁸, s'han pogut comparar els resultats dels embarassos de parelles immigrades a Barcelona amb les dades dels seus països d'origen. Als països analitzats, la proporció de baix pes fluctua entre el 6% de la Xina (igual que la de l'Estat espanyol) i el 20% de les Filipines, sent en tots els casos superior a les proporcions dels fills/es d'immigrants aquí, amb diferències que superen fins i tot el 10,0% en els casos del Pakistan i l'Equador. Hi ha una única excepció, Romania, on les estimacions de l'OMS (9%) són clarament inferiors als resultats de les parelles immigrades a Barcelona (13,9%).

Les percepcions sobre la maternitat, l'embaràs adolescent, l'avortament i la contracepció de les dones immigrades a Barcelona

Els resultats mostren alguns aspectes comuns destacables. Les dones entrevistades es troben en les primeres fases del procés migratori. Identifiquen clarament els principals determinants de la salut reproductiva de la cultura d'origen: paper de la religió en el control reproductiu, de la discriminació de gènere legislativa i econòmica, de l'asimetria en les relacions afectives i de la manca d'educació i formació professional, sobretot en l'àmbit rural. Les dones entrevistades mostren una autonomia creixent paral·lela a l'increment de la capacitat laboral i econòmica. A més, el discurs mostra una gran capacitat de reflexió i acció més enllà de la cultura originària quant al nombre de fills desitjats i l'edat de la primera maternitat. Llevat del grup de dones filipines, apareix una acceptació progressiva dels mètodes contraceptius. En aquest estudi, les dones s'allunyen de les restriccions religioses al control reproductiu. S'explicita l'acceptabilitat, completa o com un mal menor, de la interrupció de l'embaràs entre les dones llatinoamericanes i romaneses. Pràcticament totes les comunitats admeten la interrupció voluntària molt precoç, abans del segon mes de gestació o mitjançant mitjans "naturals". Les novingudes mostren un esperançat i enorme desig de tenir fills, pocs, educats, en entorns amb estabilitat afectiva, econòmica i laboral. Els resultats textuais estan disponibles a: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut-2004.pdf> (p. 54-63).

18 *United Nations Children's Fund and World Health Organization. Low Birthweight: Country, regional and global estimates.* Nova York: Unicef, 2004. Disponible a http://www.who.int/reproductive-health/publications/low_birthweight/low_birthweight_estimates.pdf.

La salut percebuda

Els problemes de salut de les persones immigrants són equiparables als de la població autòctona. Cal considerar, però, alguns aspectes generadors de desigualtats. Les característiques diferencials de la població que arriba, la seva cultura, la tradició, la seva religió, les diferències en estils de vida i, molt especialment, el nivell socioeconòmic poden generar una sèrie de desigualtats que tenen un impacte desfavorable en la salut.^{19, 20, 5, 6}

L'ESB 2006 proporciona indicadors de l'estat de salut i la qualitat de vida de la població subjectius i basats en la percepció de les per-

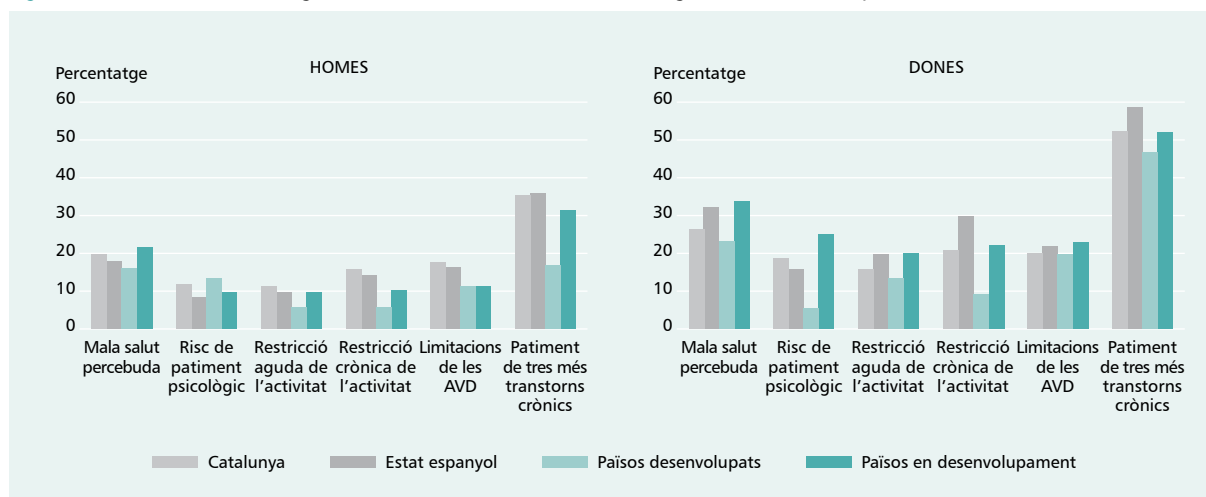
sones, tot i que, per exemple, la percepció de la pròpia salut és un bon indicador de la qualitat de vida i un bon predictor de mortalitat.^{4, 21} A Barcelona, l'any 2006 un 18,7% dels homes i un 25,8% de les dones de quinze anys o més han declarat que la seva salut és regular o dolenta. Les dones i les persones de classe manual, les més desfavorides, sempre declaren una més mala salut (taula 5). Segons el país de naixement s'han observat diferències (figura 1); així, les persones estrangeres nascudes en PD de classes afavorides han declarat menor mala salut (el 3,6% d'homes i el 10,8% de dones de quinze anys o més); en canvi, les persones de PD de classe manual han presentat més mala salut (31,1% en homes i 36,4% en dones de quinze anys o més). D'altra banda, les persones nascudes en PVD han declarat una més mala salut que les autòctones, sobretot les dones i les persones de classe no manual.

Taula 5. Salut percebuda segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edat

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Mala salut percebuda				
Catalunya	12,8	26,1	20,2	32,8
Resta de l'Estat espanyol	15,4	20,8	21,1	42,7
Resta de països desenvolupats	3,6	31,1	10,8	36,4
Països en vies de desenvolupament	17,0	25,7	29,4	36,9

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Figura 1. Indicadors de salut segons sexe i lloc de naixement. Percentatges estandarditzats per edat



AVD: Activitats de la Vida Diària.

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

19 J.M. Jansà i P. García de Olalla. "Salud e inmigración: Nuevas realidades y nuevos retos". *Gac. Sanit.* (2004), 18 (S1): 207-213.

20 N. Krieger, D.L. Rowley, A.A. Herman, B. Avery i M.T. Phillips. "Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being". *Am. J. Prev. Med.* (1993), 9 (6 supl.): 82-122.

21 E.L. Idler i Y. Beyamini. "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies". *J. Health Soc. Beha.* (1997), 38: 21-37.

La salut mental

L'ESB 2006 inclou el qüestionari de "General Health Questionnaire-12: GHQ", que fa una valoració de la salut mental de la població i que es pot interpretar com una mesura global de l'estat psicològic de la població.²² La valoració de la salut mental segons l'escala de Goldberg ens ha mostrat que a Barcelona el 10,8% dels homes i el 19,3% de les dones de quinze anys o més presenten risc de patir trastorns mentals.

Aquest risc sempre ha estat superior en dones, a excepció de les persones de PD, on la prevalença de patiment psicològic ha estat més alta en homes (13,6%) que en dones (5,1%). Segons el país de naixement s'observen diferències (taula 6); les dones de PD han presentat una prevalença més baixa de patiment psicològic (5,1%), i les dones de PVD, una prevalença superior (24,6%), independentment de la classe social. En homes, en canvi, les diferències han estat menors (figura 1), a excepció dels homes de PD de classe manual, que han presentat un més alt percentatge de patiment psicològic (19,8%).

Taula 6. Patiment psicològic segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edats

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Risc de patiment psicològic				
Catalunya	8,3	15,6	14,7	21,5
Resta de l'Estat espanyol	9,1	7,8	15,4	15,9
Resta de països desenvolupats	8,7	19,8	4,8	5,4
Països en vies de desenvolupament	10,2	9,4	23,7	25,4

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

22 P.E. Muñoz, J.L. Vázquez i F. Rodríguez. "Adaptación española de General health questionnaire (GHQ) de Goldberg". *Arch. Neurobiol.* (1979), 42: 139-158.

Els trastorns crònics, la restricció i la limitació de l'activitat

L'ESB 2006 permet estimar la presència de trastorns crònics, que són malalties de llarga durada i de caràcter permanent i que es consideren un indicador de salut. La taula 7 mostra les prevalències segons país de naixement dels trastorns més freqüents. En general, s'han observat unes prevalències de trastorns crònics menors en les persones de PD, excepte les al·lèrgies cròniques en els homes i la bronquitis crònica en les dones, que han estat superiors en persones

de PD (el 24,3 i l'11,6%, respectivament). Al contrari, la població estrangera de PVD ha presentat per a la majoria de trastorns crònics unes prevalències similars o lleugerament superiors a les de la població autòctona, sent superiors en el cas del mal d'esquena lumbar (30,2% en homes i 36,7% en dones) i la migranya (19,4 i 28,2% en homes i dones, respectivament). Aquest patró segons el país de naixement es repeteix en la prevalença de persones que pateixen algun trastorn crònic, sent en general inferior en població estrangera.

Quant al nombre de trastorns crònics, a Barcelona un 32,3% d'homes i un 53,5% de dones pateixen tres trastorns crònics o més, sent

Taula 7. Prevalències de trastorns crònics segons sexe i lloc de naixement. Percentatges estandaritzats per edats

	Homes				Dones			
	Catalunya	Estat espanyol	Països desenvolupats	Països en vies de desenvolupament	Catalunya	Estat espanyol	Països desenvolupats	Països en vies de desenvolupament
Trastorns crònics								
Mal d'esquena lumbar	19,9	20,3	9,8	30,2	28,7	36,0	23,3	36,7
Mal d'esquena cervical	13,5	14,2	5,8	17,9	29,6	31,9	14,7	29,6
Artrosi	14,5	15,3	2,9	7,8	25,4	27,6	11,6	25,6
Mala circulació	8,8	11,1	2,8	4,0	26,5	31,9	21,9	28,8
Pressió alta	19,4	15,8	21,1	10,9	17,1	19,3	12,3	23,7
Varices	8,0	9,7	7,2	5,5	23,2	31,6	24,4	24,7
Depressió i/o ansietat	10,3	10,8	5,2	11,6	19,3	24,4	12,1	20,4
Migranya	9,6	8,1	2,7	19,4	20,7	23,0	10,9	28,2
Al·lèrgies cròniques	13,1	13,1	24,3	10,2	18,5	21,9	14,8	21,8
Cataractes	13,6	16,5	8,0	8,9	14,0	16,5	16,3	8,8
Morenes	7,9	9,6	3,7	5,5	12,4	10,8	4,1	15,7
Restrenyiment crònic	4,1	6,0	4,0	2,3	11,4	13,8	6,4	12,9
Malalties del cor	10,0	12,1	4,9	4,3	6,9	9,0	4,2	6,9
Asma	5,9	4,7	6,5	3,4	5,9	5,7	5,9	6,3
Diabetis	6,4	5,6	2,5	6,5	4,4	4,5	1,5	3,8
Bronquitis crònica	5,3	5,1	3,1	3,0	3,7	5,5	11,6	3,8
Úlcera	4,0	6,6	5,7	6,9	3,9	4,7	4,5	3,7

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Taula 8. Patiment de més de dos trastorns crònics segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandaritzats per edat

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuels	No manuals	Manuels
Patiment de més de dos trastorns				
Catalunya	31,2	39,8	47,0	57,5
Resta de l'Estat espanyol	35,7	36,6	43,8	74,0
Resta de països desenvolupats	19,7	14,0	37,2	58,0
Països en vies de desenvolupament	33,9	29,7	48,2	55,4

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Taula 9. Restricció i limitació de l'activitat segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandaritzats per edat

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuels	No manuals	Manuels
Restricció aguda (darrers 15 dies)				
Catalunya	9,3	13,3	14,2	17,5
Resta de l'Estat espanyol	11,6	7,1	8,7	29,2
Resta de països desenvolupats	3,3	8,0	11,7	15,6
Països en vies de desenvolupament	12,4	7,6	16,1	23,4
Restricció crònica (darrer any)				
Catalunya	12,7	18,8	17,1	23,5
Resta de l'Estat espanyol	14,0	14,5	22,3	37,3
Resta de països desenvolupats	5,9	4,1	8,1	9,7
Països en vies de desenvolupament	10,5	10,0	23,1	20,3
Limitació de l'activitat				
Catalunya	14,4	20,7	18,4	20,7
Resta de l'Estat espanyol	16,7	16,8	17,3	25,2
Resta de països desenvolupats	11,1	12,3	13,2	26,3
Països en vies de desenvolupament	9,2	13,6	21,3	23,2

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

sempre molt superior en les dones i en les persones de classes desfavorides (taula 8). Segons el país de naixement, s'observa que els homes de PVD han declarat un menor nombre de trastorns; al contrari, les dones nascudes a la resta de l'Estat espanyol o en PVD n'han declarat més que la població nascuda a Catalunya (figura 1).

Un altre indicador de l'estat de la salut que mesura la limitació i la gravetat és la restricció de l'activitat (habitual i/o del temps de lleure) a causa d'un problema de salut. S'avalua tant la restricció aguda, els darrers quinze dies, com la restricció crònica, el darrer any. A Barcelona, el 10,5% d'homes i el 17,2% de dones han declarat que han hagut de restringir o disminuir les seves activitats (anar a

treballar, anar a l'escola, fer encàrrecs, anar a passejar, etc.) o han hagut de quedar-se al llit per raons de la seva salut els darrers quinze dies. La restricció aguda de l'activitat ha estat més alta en dones, i sobretot en les de classes desfavorides (taula 9). Segons el país de naixement no s'observen grans diferències, tot i que les prevalences de restricció s'han mostrat inferiors en homes i dones de PD (figura 1). Quant a la restricció crònica, el 13,9% dels homes i el 21% de les dones han declarat que han hagut de restringir o disminuir les seves activitats el darrer any per algun problema de salut crònic, sent sempre superior en les dones i en les persones de classes socials desfavorides (taula 9). Segons el país de naixement, s'observa que les persones estrangeres han presentat restricció crònica en menor proporció, sobretot les nascudes en PD.

La discapacitat és l'estat en el qual es troben les persones que per raons lligades a la falta o la pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen limitacions greus o presenten dependència per realitzar els actes quotidians de la vida diària. L'ESB 2006 recull informació sobre la limitació greu física i sensorial, la limitació cognitiva,

així com les dificultats greus per realitzar activitats de la vida diària (de la cura personal i de la cura de la llar).²³ A Barcelona, el 8,9% dels homes i el 17,9% de les dones han patit alguna limitació greu o discapacitat, sent sempre superior en dones i en les classes desfavorides (taula 9). Els homes estrangers

han declarat limitacions en una proporció inferior, excepte la limitació a la vista, que l'han patida més els homes de PVD. En canvi, les dones nascudes en PVD són les que han presentat més limitacions (figura 1). El tipus de limitació més habitual ha estat de mobilitat, que inclou limitacions greus per sortir de casa, caminar, moure's, etc., i segueix el mateix patró de desigualtat, sent més gran en dones i persones de classes socials manuals (taula 10).

Taula 10. Prevalences de limitacions en les activitats quotidianes segons sexe i lloc de naixement. Percentatges estandarditzats per edat

	Homes				Dones			
	Catalunya	Estat espanyol	Països desenvolupats	Països en vies de desenvolupament	Catalunya	Estat espanyol	Països desenvolupats	Països en vies de desenvolupament
Limitacions greus								
Vista	5,2	7,4	8,0	15,0	5,7	5,6	8,6	3,8
Mobilitat	11,9	9,9	0,0	1,4	15,2	18,8	11,9	22,1
Limitació per fer act. cura personal	2,5	1,8	0,0	0,0	2,6	3,0	2,6	2,8
Limitació per fer act. cura de la llar	4,1	3,7	0,0	0,0	5,1	5,3	2,6	10,5

act.: Activitats.

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

23 Organización Mundial de la Salud (OMS). "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud «CIF»". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO, 2001.

La tuberculosi

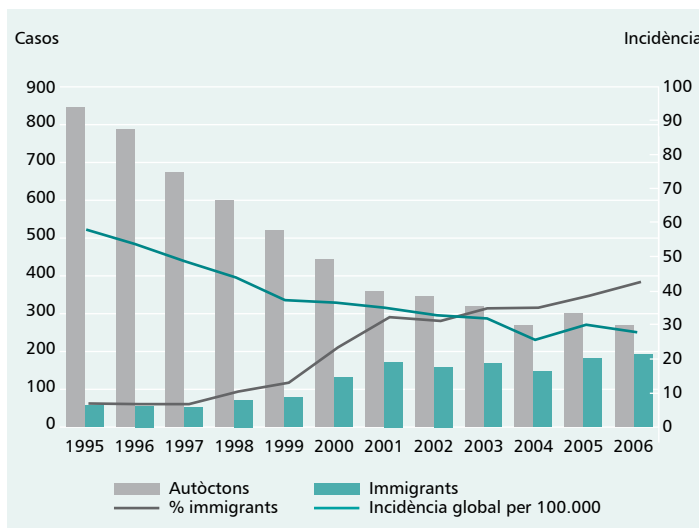
La tuberculosi (TB) és una malaltia endèmica a Barcelona. Les taxes més elevades es van presentar a mitjan anys noranta coincidint amb el moment àlgid de l'epidèmia de la sida. Des de llavors, la malaltia va iniciar una davallada del 10,0% anual, fins al principi dels anys dos mil, quan canvia la tendència i la davallada passa a ser del 3,0-4,0% anual. Aquest canvi en la tendència coincideix amb el canvi demogràfic observat a la ciutat, on en pocs anys el percentatge de persones immigrades va créixer de manera molt important.

Aquest canvi va tenir impacte en les característiques dels pacients amb TB, i va disminuir progressivament la proporció de malalts coinfectats amb el VIH, amb una menor letalitat, i menys factors de risc associats a la malaltia. D'altra banda, el maneig individual de cada pacient s'ha anat complicant, ja que la proporció de pacients nous amb problemes de comprensió de la llengua i en situació administrativa irregular cada vegada ha estat més gran (figura 2). I també ha augmentat la resistència primària als fàrmacs.

La incidència més elevada la presenten els homes immigrants, en els quals la taxa mitjana dels anys 2005-2006 va ser de 81,4 casos/100.000 hab., seguit de les dones immigrants. Si comparem la distribució per edats entre autòctons i immigrants, veiem que en autòctons, tant en homes com en dones, la incidència més elevada es presenta en persones més grans de seixanta-cinc anys, i en canvi en immigrants en els grups de quinze a trenta-nou anys, tant en homes com en dones (figura 3).

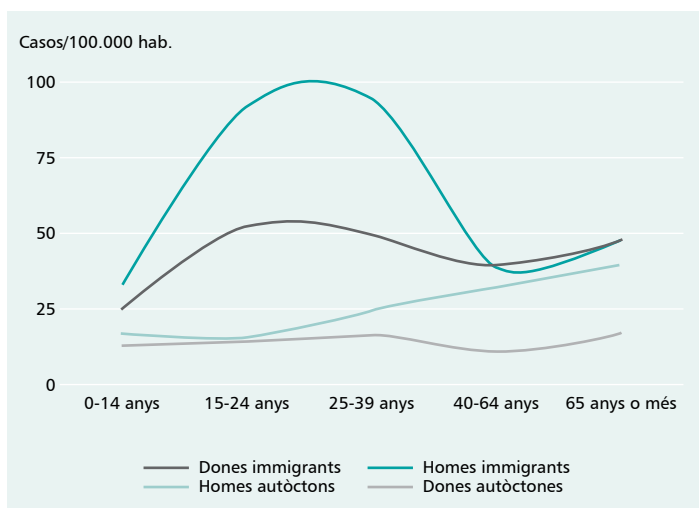
La distribució dels casos per país de naixement és molt heterogènia, però hi ha zones on s'agrupen la majoria de pacients. Llatinoamèrica i el subcontinent Indi és d'on procedeixen la majoria de casos, amb una tendència ascendent any rere any. La incidència de TB en immigrants l'any 2006 fou de 62,7 casos/100.000 hab. i varia molt segons la regió de procedència, oscil·lant de 261,8 casos/100.000 hab. al subcontinent

Figura 2. Evolució del nombre de casos, proporcions i incidències de tuberculosi en persones immigrants i autòctones



Font: Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi. Servei de Vigilància Epidemiològica. Barcelona, 1995-2006. ASPB.

Figura 3. Incidència mitjana de la tuberculosi per sexe, lloc de naixement i grup d'edat



Font: Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi. Servei de Vigilància Epidemiològica. Barcelona, 2005-2006. ASPB.

indi, a 15,1 casos/100.000 hab. als països desenvolupats (taula 8).

L'impacte de la immigració en l'epidemiologia de la TB a Barcelona és important, i s'han hagut de fer esforços per adaptar el Programa de prevenció i control a aquesta nova realitat. La possibilitat de disposar de professionals d'infermeria de Salut Pública i d'Agents Comunitaris de Salut ha permès fer un millor control d'aquests pacients, i aquest darrer any s'han obtingut resultats comparables a la població autòctona tant en la realització d'estudis de contactes com en el compliment del tractament. Sembla que en els propers anys, i tal com ha passat en altres països de l'Europa occidental, la proporció de casos de persones immigrants anirà augmentant, i per tant els recursos específics per a aquest tipus de població s'hauria de mantenir i consolidar.

Taula 8. Distribució per zones del món dels pacients amb tuberculosi, nombre de casos i taxes d'incidència

	2003	2004	2005	2006	Total	Incidència per 100.000 Any 2006
Llatinoamèrica	65	60	79	85	289	51,5
Índia i Pakistan	41	35	48	54	178	261,8
Països del Magrib	25	13	18	18	74	88,1
Països desenvolupats	11	5	5	8	29	15,1
Europa de l'est	5	16	13	13	47	64,2
Resta d'Àfrica	6	8	12	5	31	88,5
Resta d'Àsia	11	7	12	19	49	53,3
Total	164	144	187	202	697	

Font: Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi. Servei de Vigilància Epidemiològica. Barcelona, 2003-2006. ASPB.

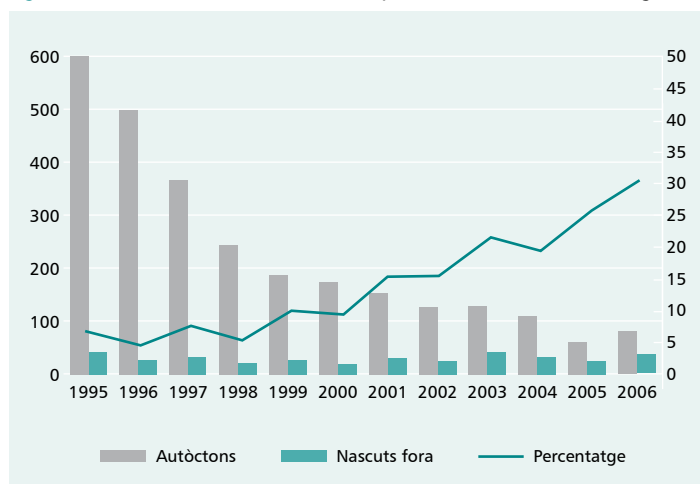
La sida i les infeccions pel VIH

A Barcelona, entre el 1981 i el 2006 es van registrar 6.441 casos de sida en persones més grans de divuit anys i més i 72 casos en menors de divuit anys. Entre els menors solament hi havia un cas fora de l'Estat espanyol, i de la resta 492 (7,6%) eren persones nascudes fora. Durant aquest període, el percentatge de casos de sida en nascuts fora de l'Estat espanyol ha mostrat un increment important, passant del 8,8% (12 casos) l'any 1987 al 29,5% (31 casos) l'any 2006 (figura 4).

Però aquest increment percentual no reflecteix un increment real de la incidència de la sida en aquesta població, sinó que té més a veure amb un descens en el nombre de casos de sida diagnosticats entre els autòctons. La figura 5 mostra el descens observat en les taxes de sida tant en persones nascudes fora com en autòctons en els últims anys a Barcelona.

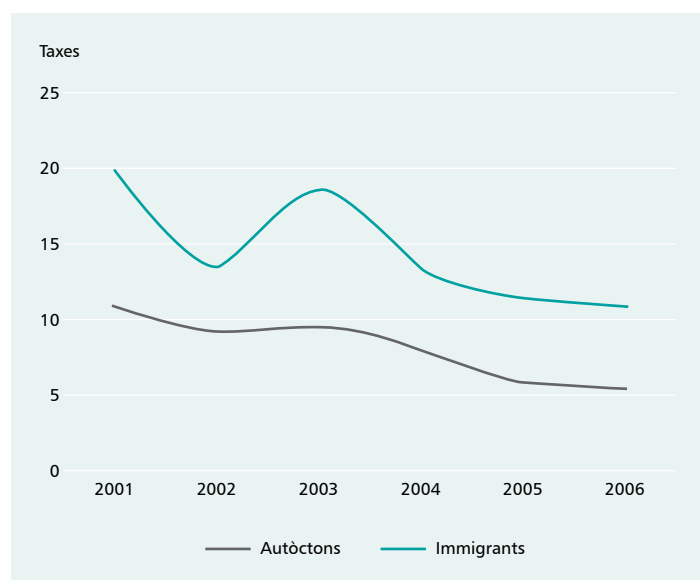
Segons la regió de naixement, el 47,8% de les persones nascudes fora eren de l'Amèrica Llatina i el Carib; el 22,3%, de l'Europa occidental i l'Amèrica del Nord; el 12,9%, del Magrib i l'Orient Mitjà; el 9,8%, de l'Àfrica subsahariana; el 4,8%, de l'Europa de l'est, i el 2,3%, de l'Àsia i el Pacífic. El 88,0% dels casos eren homes, i l'edat mitjana al moment del diagnòstic va ser de trenta-set anys. El 27,0% dels casos vivien a Ciutat Vella, el 15,0% tenien antecedents penitenciaris, i la via de transmissió més freqüent va ser: en les dones, l'heterosexual, amb el 62,0% dels casos, i en els homes, les relacions homosexuals, amb el 52,0% dels casos. En comparar les característiques dels nascuts fora amb les dels autòctons, es van observar diferències significatives en relació amb el sexe (els nascuts fora eren amb més freqüència homes; el 88,0%, comparat amb el 80,0%); amb el lloc de residència (els nascuts fora residien amb més freqüència a Ciutat Vella; el 27,0% enfront del 18,0%); amb els antecedents penitenciaris (els nascuts fora tenien menys antecedents de presó; el 15,0% davant del 22,0%) i amb la via de transmissió del VIH (els nascuts fora eren

Figura 4. Evolució dels casos de sida en persones autòctones i immigrants



Font: Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi. Servei de Vigilància Epidemiològica. Barcelona 1995-2006. ASPB.

Figura 5. Taxes d'incidència de sida en persones autòctones i immigrants. Taxes per 100.000 hab.



Font: Registre de Sida. Servei de Vigilància Epidemiològica. Barcelona, 2001-2006. ASPB.

amb menys freqüència usuaris de drogues per via parenteral).

En les figures 6 i 7 es pot observar la distribució de la via de transmissió dels casos de sida per a dones i homes segons la regió de naixement.

Es coneixia la data d'arribada a l'Estat espanyol de 418 persones (el 85% del total). La mitjana del temps de residència va ser de 7,6 anys (desviació estàndard, DS: 7 anys). En el 24,0% dels casos el diagnòstic de sida es va fer quan feia menys de dos anys que residien a l'Estat espanyol, i en el 49,0%, quan feia més de cinc anys que hi residien.

És important tenir en compte que les dades de vigilància de la sida solament representen les persones en l'estadi més avançat de la malaltia, i que la dinàmica de l'epidèmia pel VIH s'ha de descriure a partir de les noves infeccions, per a la qual cosa la millor aproximació que tenim, actualment, són les dades del sistema d'informació dels nous diagnòstics de VIH.

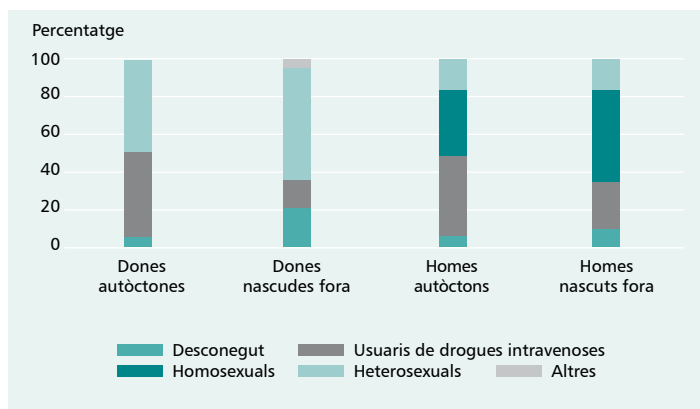
Les infeccions pel VIH

Durant el període 2001-2006, s'han detectat als quatre hospitals universitaris de Barcelona 1.018 nous diagnòstics de VIH en persones residents a Barcelona, de les quals 343 casos (33,7%) corresponien a persones nascudes fora de l'Estat espanyol, 467 (45,9%) havien nascut a l'Estat espanyol, i en 208 casos (20,4%) no constava el lloc de naixement.

Segons la regió de naixement, el 56,0% de les persones nascudes fora eren de l'Amèrica Llatina i el Carib; el 18,7%, de l'Europa occidental i altres països de renda alta (EUA, Canadà); el 5,5%, del Magrib i l'Orient Mitjà; el 12,2%, de l'Àfrica subsahariana; el 5,5% d'Europa de l'est, i el 2,0%, de la resta d'Àsia i el Pacífic.

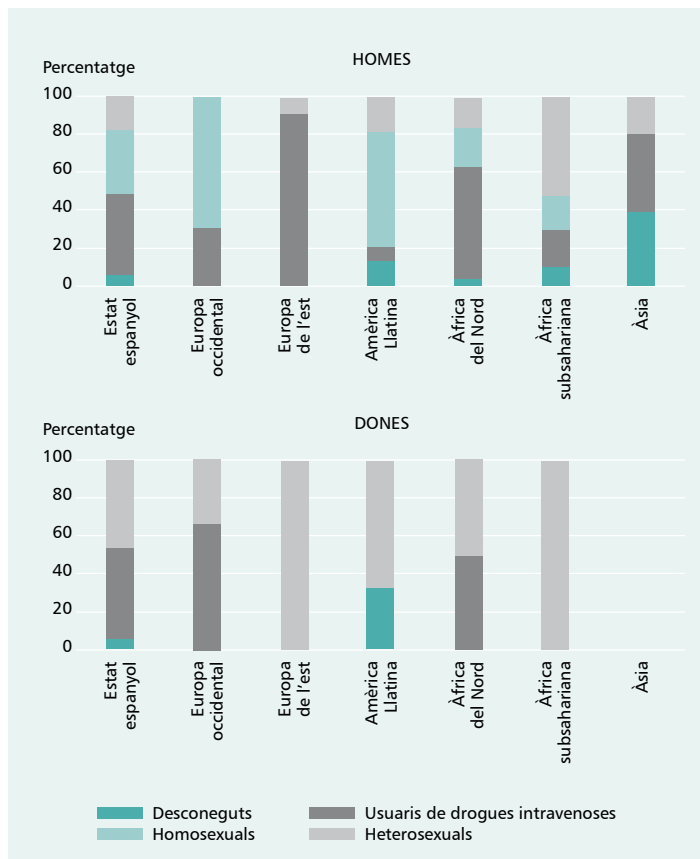
Entre els nascuts fora, el 74,6% dels casos van ser homes. L'edat mitjana de les dones va ser de trenta-dos anys, i la dels homes, de trenta-tres. La via de transmissió més freqüent entre les dones va ser l'heterosexual (90,0%), i entre els homes, les relacions ho-

Figura 6. Distribució de la via de transmissió dels casos de sida segons sexe i lloc de naixement



Font: Registre de Sida. Servei de Vigilància Epidemiològica. Barcelona, 2001-2006. ASPB.

Figura 7. Via de transmissió dels casos de sida segons sexe i lloc de naixement



Font: Registre de Sida. Servei de Vigilància Epidemiològica. ASPB.

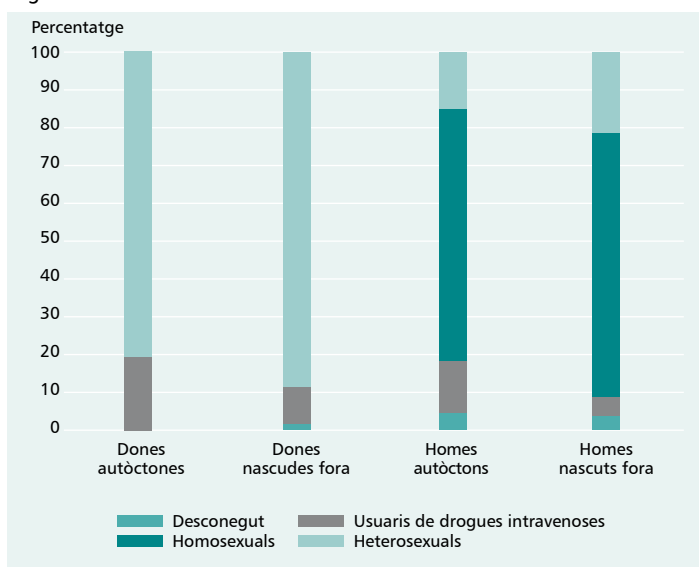
mosexuals (68,0%). En la figura 8 es mostra la distribució de la transmissió segons regió de naixement.

Es coneixia la data d'arribada a l'Estat espanyol de 239 persones (el 68% del total). La mitjana de residència a l'Estat espanyol va ser de quatre anys quan van ser diagnosticades de VIH. En el 40,0% dels casos, el diagnòstic de VIH es va fer quan feia menys de dos anys que residien a l'Estat espanyol, i en el 41,0% quan feia menys de cinc anys que hi residien.

Les principals diferències entre el grup de nascuts fora respecte dels nous diagnòstics de VIH quan es comparaven les característiques amb les dels autòctons van ser: la diferent distribució en relació amb el sexe –els nascuts fora tenien més proporció de dones (el 27,0% dels casos eren dones en el cas dels nascuts fora, i el 20,0% en el cas dels autòctons); eren més joves (l'edat dels nascuts fora va ser de trenta-tres anys, i la dels autòctons, de trenta-set), la via de transmissió (el 6,0% d'UDI en el cas dels nascuts fora, enfront del 20,0% en els autòctons).

En resum, podem concloure que el 20,0% dels casos de sida i el 30,0% dels nous diagnòstics de VIH a la ciutat de Barcelona són de persones que han nascut fora de l'Estat

Figura 8. Distribució de la via de transmissió dels nous diagnòstics de VIH segons sexe i lloc de naixement

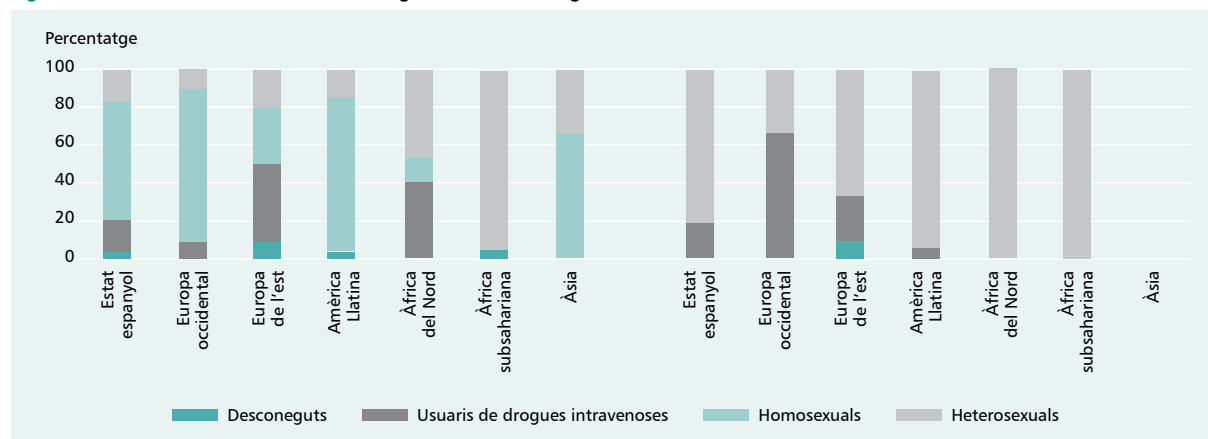


Font: Registre de VIH. Servei de Vigilància Epidemiològica. Barcelona, 2001-2006. ASPB.

espanyol, més joves que els casos en autòctons, i en els quals la principal via de transmissió de la infecció ha estat la sexual.

És possible que aquestes dades no siguin generalitzables a altres ciutats, ja que el perfil de població immigrant pot ser diferent, ni tampoc projectables al futur de la mateixa ciutat, a causa de la variació dels fluxos migratoris, cosa que pot modificar la distribució de la població i, consegüentment, els patrons de transmissió de la infecció per VIH.

Figura 9. Via de transmissió dels nous diagnòstics de VIH segons sexe i lloc de naixement



Font: Registre de Sida. Servei de Vigilància Epidemiològica. ASPB.

Les lesions

Les lesions segons mecanisme

Segons l'ESB 2006, el 18,6% dels homes i el 15,0% de les dones han patit una lesió en els últims dotze mesos deguda a caigudes, talls, cremades, cops, intoxicacions o accidents de trànsit, que ha provocat alguna restricció en les seves activitats habituals, i/o ha requerit assistència sanitària. Tant en homes com en dones, hi ha una freqüència de lesions més alta en les persones de classe manual que en les de classe no manual. Com es pot observar en la taula 9, no hi ha un patró segons el país de naixement, tot i que en els homes s'observa la més gran prevalença de lesions durant els últims dotze mesos en els de classe no manual de PVD, i en les dones en les de classe no manual de Catalunya i de la resta de l'Estat espanyol.

Per regla general, la freqüència de caigudes tant des d'un nivell superior com arran de terra, és més gran en les dones que en els homes, freqüència que és més alta en les persones de classe manual. Quant al país de

naixement, no s'observa cap patró. El 4,0% dels homes i el 4,1% de les dones s'ha fet algun tall. En els homes els talls són més freqüents en els de classe manual (5,6%) que en els de classe no manual (2,5%). Tampoc no s'observa cap patró segons país de naixement. L'1,8% dels homes i el 2,2% de les dones han patit una cremada, i, igual que en les lesions anteriors, les cremades són més freqüents en les persones de classe manual.

El 7,2% dels homes i el 2,2% de les dones han patit algun cop que ha requerit assistència sanitària o ha provocat alguna restricció en les seves activitats habituals. Els cops són més freqüents en les persones de classe manual (el 5,3% en els homes i el 9,2% en les dones) que en les de classe no manual. Quant al país d'origen, entre els homes són més freqüents en els nascuts a Catalunya i a la resta de l'Estat espanyol, i entre les dones, en les nascudes a la resta de PD.

Les intoxicacions no alimentàries són molt poc freqüents tant en homes (0,2%) com en dones (0,6%), i no s'hi observa cap patró segons classe social o país de naixement. El 3,1% dels homes i l'1,9% de les dones han patit lesions degudes a un accident de trànsit, sigui com a passatgers d'un vehicle (2,3% homes i 1,5% dones) o com a vianants (0,8% homes i 0,5% dones). No s'observen patrons diferents segons país de naixement. En canvi, hi ha una freqüència més gran de persones que han estat atropellades durant els últims dotze mesos entre les persones de PVD.

Taula 9. Lesions en els últims dotze mesos segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edats

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Ha patit alguna lesió en els últims dotze mesos				
Catalunya	17,1	19,5	17,7	21,8
Resta de l'Estat espanyol	16,6	23,1	19,6	15,3
Resta de països desenvolupats	–	18,3	3,8	18,9
Països en vies de desenvolupament	27,6	19,5	10,7	18,4
Caigudes d'un nivell superior				
Catalunya	2,3	4,1	3,8	3,5
Resta de l'Estat espanyol	3,1	5,8	3,3	4,3
Resta de països desenvolupats	–	4,2	1,4	–
Països en vies de desenvolupament	5,0	3,4	2,6	5,9
Caigudes des del mateix nivell				
Catalunya	5,0	6,7	8,5	10,8
Resta de l'Estat espanyol	5,8	11,1	10,1	8,6
Resta de països desenvolupats	0,9	–	9,6	6,7
Països en vies de desenvolupament	–	1,5	1,9	8,9
Talls				
Catalunya	4,7	5,5	4,4	5,8
Resta de l'Estat espanyol	2,5	10,9	3,9	9,1
Resta de països desenvolupats	1,9	–	2,0	–
Països en vies de desenvolupament	0,7	4,3	4,2	2,7





	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Cremades				
Catalunya	1,5	1,5	2,3	4,7
Resta de l'Estat espanyol	–	5,0	2,1	3,4
Resta de països desenvolupats	–	3,8	2,0	–
Països en vies de desenvolupament	–	3,1	1,0	1,5
Cops				
Catalunya	6,4	6,1	5,5	6,1
Resta de l'Estat espanyol	5,8	6,7	4,2	11,7
Resta de països desenvolupats	1,9	3,8	8,2	15,7
Països en vies de desenvolupament	3,3	4,0	2,6	3,9
Intoxicacions				
Catalunya	0,6	0,6	0,3	0,3
Resta de l'Estat espanyol	0,3	0,0	0,3	0,3
Resta de països desenvolupats	2,5	–	–	–
Països en vies de desenvolupament	–	1,2	–	0,3
Accidents de trànsit com a passatger				
Catalunya	3,2	3,5	1,5	2,3
Resta de l'Estat espanyol	5,2	0,3	1,5	0,3
Resta de països desenvolupats	–	–	–	–
Països en vies de desenvolupament	2,7	2,4	5,8	0,6
Accidents trànsit com a vianant				
Catalunya	0,3	0,6	0,3	0,3
Resta de l'Estat espanyol	–	–	0,9	0,3
Resta de països desenvolupats	–	–	–	–
Països en vies de desenvolupament	6,0	–	2,3	–

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

El mitjà de transport durant l'últim mes

El 18,8% dels homes i el 17,2% de les dones informen haver anat amb moto durant l'últim mes per ciutat, i el 8,0% dels homes i el 3,9% de les dones, per carretera. D'altra banda, informen haver anat amb cotxe per ciutat al seient davanter el 68,1% dels homes i el 68,6% de les dones, i al seient del darrere el 29,9 i el 42,2%, respectivament. Han anat amb cotxe per carretera al seient davanter el 62,2% dels homes i el 60,8% de les dones, i al seient del darrere el 19,4 i el 33,3%, respectivament.

El percentatge persones que s'han desplaçat amb vehicle privat, sigui motocicleta o cotxe, és sempre més alt en les persones de classe no manual que en les de classe manual. Segons es pot observar en la figura 10, tant en homes com en dones, la proporció de persones que s'han desplaçat amb motocicleta o amb cotxe és més baixa

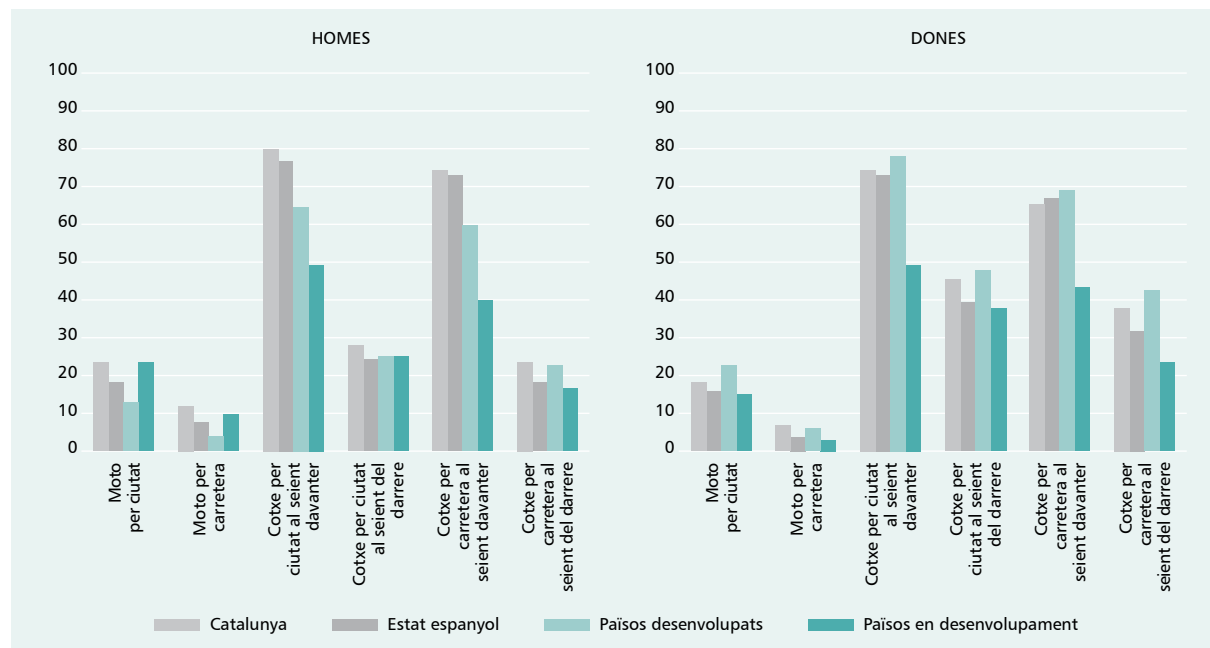
en els immigrants de PVD que en persones nascudes a Catalunya, excepte pel que fa a la moto per ciutat en homes.

Les mesures de protecció de seguretat viària

Per regla general, la utilització del casc quan es va amb motocicleta o ciclomotor, o del cinturó de seguretat als seients davanters del cotxe, és elevada (superior al 90% en tots els casos), excepte pel que fa al cinturó als seients del darrere del cotxe. Declaren no haver utilitzat sempre el cinturó de seguretat en els desplaçaments amb cotxe al seient del darrere el 25,9% d'homes i el 19,1% de dones per ciutat, i el 22,9% i el 12,9%, respectivament, per carretera.

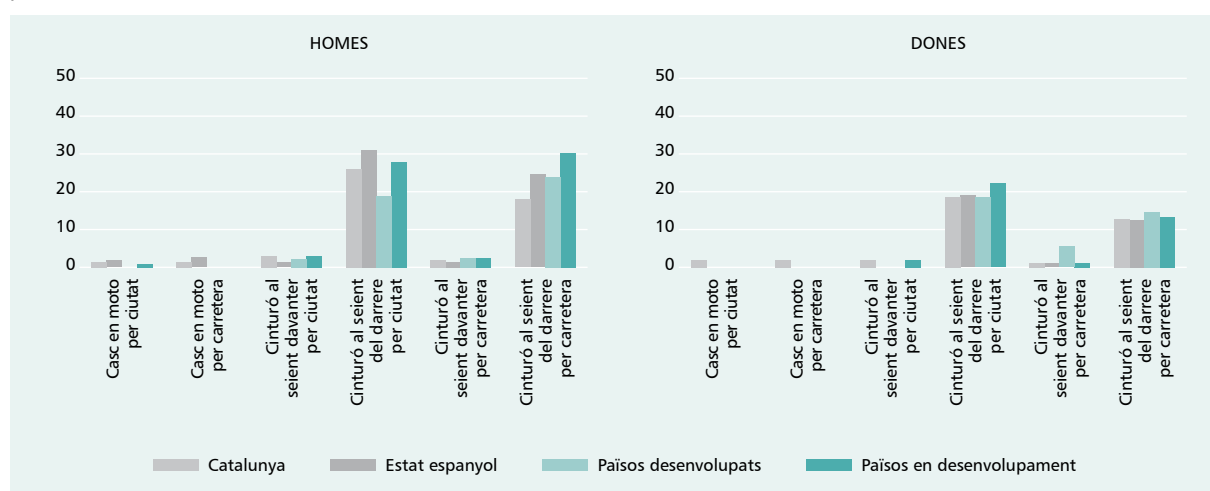
En els homes hi ha una freqüència més alta de no-utilització del casc o del cinturó en els de classe manual, tant per ciutat com per carretera. En les dones el patró s'inverteix, i la més baixa utilització de les mesures de protecció correspon a dones de classe no manual. En la figura 11 es pot observar que en general hi ha una menor utilització del cinturó de seguretat en el seient del darrere per carretera en els homes immigrants de països en vies de desenvolupament, i per ciutat en les dones de PVD.

Figura 10. Mitjà de transport durant l'últim més segons sexe i lloc de naixement. Percentatges estandaritzats per edats



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Figura 11. Persones que no sempre utilitzen mesures de protecció segons sexe i lloc de naixement. Percentatges estandaritzats per edats



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

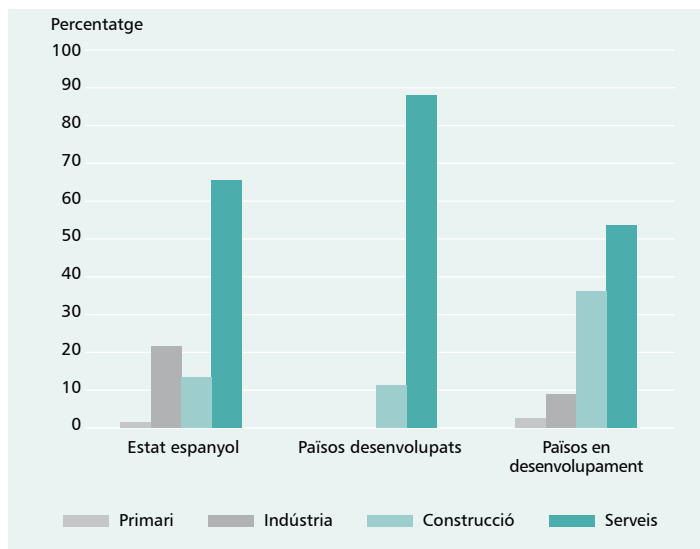
Els accidents de treball

Al comunicat d'accident de treball, només s'hi recull la nacionalitat, i no pas el país d'origen del treballador o treballadora; tampoc no s'hi recull la comunitat autònoma d'origen. Per aquestes raons la descripció dels accidents de treball es farà segons tres categories de nacionalitat: de l'Estat espanyol, d'altres països desenvolupats, i de països en vies de desenvolupament. A més, a causa del baix nombre d'accidents greus, molt greus i mortals, en els quals se centra l'anàlisi, en el cas de persones procedents d'altres països, no es desagrega l'anàlisi per la classe social. Tot i això, s'ha de tenir en compte que els accidents en jornada laboral es produeixen sobretot en els treballadors manuals.

L'any 2006, s'han produït a Barcelona 44.285 accidents de treball amb baixa laboral, la majoria en homes (68,5%) i en persones de nacionalitat espanyola (86,3%). El 12,4% dels accidents han estat entre persones de països en vies de desenvolupament. El 4,8% han estat accidents *in itinere*, és a dir, durant el desplaçament entre el domicili i el centre de treball, sense diferències segons nacionalitat. Només l'1,2% dels accidents laborals ocorreguts a Barcelona han estat greus (430), molt greus (n=27) o mortals (n=59), i el 81,2% dels qui els han patits han estat homes. A continuació se centra l'anàlisi en els accidents greus, molt greus o mortals ocorreguts durant la jornada laboral.

El 81,1% dels accidents greus i molt greus que han ocorregut durant la jornada laboral s'han donat en homes. Mentre en les dones la meitat corresponen a treballadores de classe manual, en els homes el percentatge és més alt, el 73,2%. El 10,2% s'han donat en persones de PVD, i l'1,6%, en persones procedents de PD; els percentatges corresponents en els mortals han estat el 7,5 i el 3,8%, respectivament. Cal destacar la contribució del sector de la construcció als accidents greus i mortals en jornada laboral en les persones de països en vies de desenvolupament (Figura 8).

Figura 8. Accidents greus i mortals en jornada laboral segons el sector d'activitat econòmica i lloc de naixement



Font: Departament de Treball, elaboració pròpia.

En les persones de l'Estat espanyol que han patit un accident greu, molt greu o mortal durant la jornada laboral, la proporció de les que tenen contracte temporal ha estat del 32,6%; i en les procedents de PVD aquest percentatge puja al 65,9%; xifres que es corresponen amb la proporció de contractació temporal en els dos col·lectius. En els primers, el 8,6% han estat accidents "naturals" (infarts, vessaments cerebrals i altres patologies no traumàtiques); el 38,6%, de trànsit, i el 52,7%, un altre tipus d'accident traumàtic; els percentatges corresponents en les persones procedents de PVD han estat molt diferents: el 0,0, el 27,6 i el 72,3%, respectivament.

Cap persona estrangera no ha patit un accident mortal *in itinere*, mentre que set de PVD i una de PD han tingut un accident *in itinere* greu o molt greu.

Les malalties relacionades amb el treball

Aquesta secció, a causa del baix nombre de persones immigrades que han estat notificades com a casos de malalties relacionades amb el treball, l'anàlisi no es desagrega per classe social. El 2006, l'atenció primària va notificar 401 casos al sistema de vigilància de malalties relacionades amb el treball de Barcelona, 36 dels quals van ser de persones nascudes en PVD, i 7, de nascudes en PD. Tots els casos d'aquests darrers van ser trastorns de tipus ansiós-depressiu, així com el 69,0% dels nascuts a l'Estat espanyol, mentre que prop de la meitat (44,4%) dels ocorreguts en persones de PVD van ser trastorns de caire físic.

Els homes van estar més representats en els casos nascuts en PVD (el 50,0% en aquest país, només un cas en PD, i el 34,5% dels casos espanyols). El tipus d'ocupació i l'estabilitat laboral també eren diferents en els tres col·lectius: només la meitat dels casos nascuts en PVD tenien contractes indefinits (el 51,4%, mentre que en els de l'Estat espanyol era del 84,3%, i en els del altres PD, del 85,7%). D'altra banda, tots els casos nascuts en altres PD, així com la meitat dels nascuts a l'Estat espanyol, treballaven en ocupacions no manuals, mentre que en els procedents de PVD la majoria (64,4%) ho feien en ocupacions manuals.

La mortalitat

L'evolució de les defuncions, Barcelona 1995-2004

Les defuncions de persones immigrades nascudes a l'estranger han augmentat de 384 l'any 1995 a 519 el 2004. Les defuncions de persones amb nacionalitat estrangera han passat de 105 el 1995 a 231 el 2004. La diferència entre el nombre de defuncions segons els dos indicadors de procedència podria ser per una sobrerrepresentació de les defuncions de persones immigrades que han obtingut la nacionalitat de l'Estat espanyol, que poden ser les de més edat amb un temps de residència més llarg. En les xifres de població, les diferències hi són inferiors (202.489 estrangers i 220.274 immigrants l'any 2004).

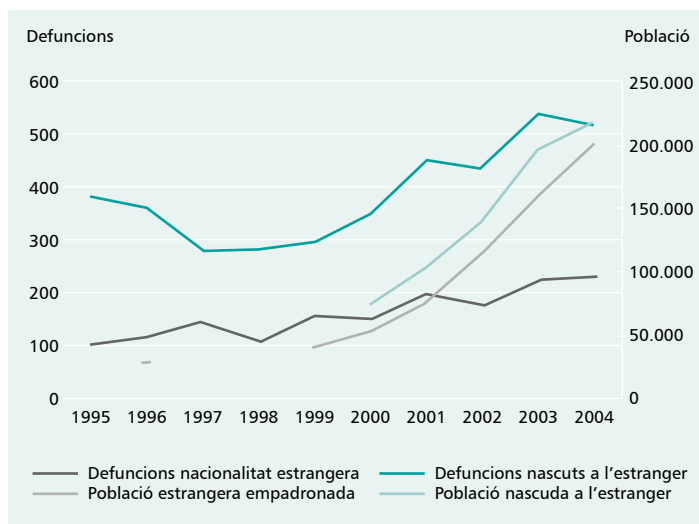
La figura 12 descriu l'evolució de la població empadronada d'origen estranger, així com la de les defuncions registrades de persones d'origen estranger, segons la nacionalitat i el lloc de naixement.

Mentre la població d'origen estranger a la ciutat ha crescut de manera exponencial des del 1999, no ha estat així en el cas de les defuncions, que han augmentat de manera molt més moderada. Aquest fet corrobora la hipòtesi de l'arribada d'un contingent de persones immigrades, per regla general, joves i sanes. L'any 2004, la població immigrada nascuda a l'estranger representava el 14% del total de la població de Barcelona, però contribuïa només a un 3,3% de les defuncions.

La mortalitat total i per causes, Barcelona 2001-2004

L'estudi de les principals causes de mortalitat se centra en la població més gran de catorze anys i en el període que va del 2001 al 2004. S'ha agrupat la informació de quatre anys a causa del baix nombre de defuncions anuals de persones nascudes a l'estranger. Així mateix, s'ha optat per no analitzar la informació sobre la població de menys de quinze anys, a causa del molt baix nombre de defuncions de menors immigrants (n=16).

Figura 12. Evolució de la població i les defuncions de persones d'origen estranger



Fonts: Registre de Mortalitat, ASPB, i Padró d'habitants. Institut d'Estadística de Catalunya. Barcelona, 1995-2004.

En la taula 10 es descriu la mortalitat total i per als principals grups de causes segons lloc de naixement sense separar, en el cas dels autòctons, els nascuts a Catalunya o a la resta de l'Estat espanyol, per grups d'edat i sexe. S'han seleccionat per cada grup d'edat els tres grans grups de causes que més defuncions han causat en la població immigrada. Es mostra el nombre de defuncions (N), la taxa de mortalitat per 100.000 habitants i, en el cas de la mortalitat per causes, el pes percentual en el total de defuncions.

La taxa de mortalitat total és sempre superior per a les persones nascudes a l'Estat espanyol respecte a les procedents de l'estranger, i d'especial manera respecte als immigrants de PVD. La tendència es repeteix en la mortalitat específica per als principals grups de causes.

En la població jove, d'entre quinze i quaranta-quatre anys, les persones de PVD, tant homes com dones, tenen una taxa de mortalitat un 50,0% inferior a la població autòctona. Pel que fa a les persones de PD, el baix nombre de defuncions en aquest grup fa que les estimacions siguin inestables. D'altra banda, en els homes d'aquest grup d'edat, hi ha diferències importants en les causes de mortalitat, atès que el pes relatiu sobre la mortalitat total dels homes de PVD és més alt per a les lesions i les malalties circulatòries, i més baix per als tumors.

En la població adulta de quaranta-cinc a seixanta-quatre anys, les persones de PVD també tenen una taxa de mortalitat un 50,0% inferior a les nascudes a l'Estat espanyol, mentre que les taxes d'homes i de dones de PD són només un 11,0 i un 15,0% inferiors, respecti-

Taula 10. Nombre de defuncions, pes percentual i taxes de mortalitat per 100.000 habitants per a les principals causes de mort segon sexe, lloc de naixement i grups d'edat

		Homes			Dones		
		Estat espanyol	Països desenvolupats	Països en vies de desenvolupament	Estat espanyol	Països desenvolupats	Països en vies de desenvolupament
Total 15-44 anys	n	1.358	43	147	663	10	69
	Taxa	126,4	107,6	63,9	61,6	26,8	33,3
Lesions	n	530	23	72	150	2	18
	%	39,0	53,5	49,0	22,6	20,0	26,1
	Taxa	49,3	57,5	31,3	13,9	5,4	8,7
Tumors	n	264	8	17	249	4	24
	%	19,4	18,6	11,6	37,6	40,0	34,8
	Taxa	24,6	20,0	7,4	23,1	10,7	11,6
Malalties aparell circulatori	n	158	5	27	55	1	9
	%	11,6	11,6	18,4	8,3	10,0	13,0
	Taxa	14,7	12,5	11,7	5,1	2,7	4,4
Total 45-64 anys	n	4.720	62	183	2.177	31	79
	Taxa	721,1	643,2	397,6	294,1	250,2	149,5
Tumors	n	2.362	29	65	1.304	23	46
	%	50,0	46,8	35,5	59,9	74,2	58,2
	Taxa	360,9	300,8	141,2	176,2	185,6	87,1
Malalties aparell circulatori	n	1.017	14	49	278	4	11
	%	21,6	22,6	26,8	12,8	12,9	13,9
	Taxa	155,4	145,2	106,5	37,6	32,3	20,8
Lesions	n	263	4	17	129	2	6
	%	5,6	6,5	9,3	5,9	6,5	7,6
	Taxa	40,2	41,5	36,9	17,4	16,1	11,4
Total 65 o més	n	24.875	249	321	29.598	332	405
	Taxa	4.965,3	4218,6	3.682,9	3.737,3	3.338,5	2.590,6
Malalties aparell circulatori	n	7.706	73	116	11.323	128	158
	%	31	29,3	36,1	38,3	38,6	39,0
	Taxa	1.557,4	1.423,1	986,7	1.429,7	1287,1	1.010,7
Tumors	n	7802	84	86	5.723	71	84
	%	31,4	33,7	26,8	19,3	21,4	20,7
	Taxa	1.538,2	1.236,8	1.330,9	722,6	714	537,3
Malalties aparell respiratori	n	3.330	36	37	2.854	39	39
	%	13,4	14,5	11,5	9,6	11,8	9,6
	Taxa	664,7	609,9	424,5	360,4	392,2	249,5

n: Nombre de casos.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Registre de Mortalitat i Padró d'habitants. Barcelona, 2001-2004.

vament. Tanmateix, la mortalitat per tumors en dones de PD és la més alta.

De totes maneres, cal assenyalar que part de les diferències en les taxes s'expliquen per l'edat més jove dels immigrants dins dels mateixos grups (15-44, 45-64); les taxes específiques per grups d'edat quinquennals són un 50,0% inferiors entre les persones de PVD respecte a les de l'Estat espanyol només en els grups d'entre trenta i quaranta-nou anys, mentre que en els altres grups les diferències són menys marcades (dades no mostrades).

Finalment, en la població de seixanta-cinc anys o més, les diferències relatives a la mortalitat total es redueixen, tot i que es

mantenen. Les malalties circulatories són la causa més freqüent en les dones, i entre els homes de PVD, en canvi, els tumors ho són entre els homes de l'Estat espanyol i de PD.

Quant a les causes de mortalitat específiques, en el grup de 15 a 44 anys s'han observat importants diferències en les causes més freqüents, en canvi, no s'observen diferències en els altres grups d'edat, essent el càncer de pulmó i la malaltia isquèmica del cor les causes més freqüents en el grup de 45 a 64 anys i en els majors de 65 anys respectivament. En les persones de quinze a quaranta-quatre anys autòctones, les causes més freqüents han estat les lesions per accidents de vehicles de motor (10,3%), la sida (10,0%), el suïcidi (8,7%), les sobredosis (8,1%) i la resta de lesions (5,6%). En els joves nascuts en PVD, la categoria més freqüent ha estat la de la resta de lesions (17,6%), seguida per les sobredosis (8,8%), el suïcidi, la sida (6,9% cadascuna) i la malaltia isquèmica del cor (6,5%). La resta de lesions per causes externes inclou morts traumàtiques sense informació sobre la causa, així com homicidis o enverinaments accidentals.

La utilització dels serveis sanitaris

La cobertura sanitària

La utilització de serveis

La valoració dels serveis

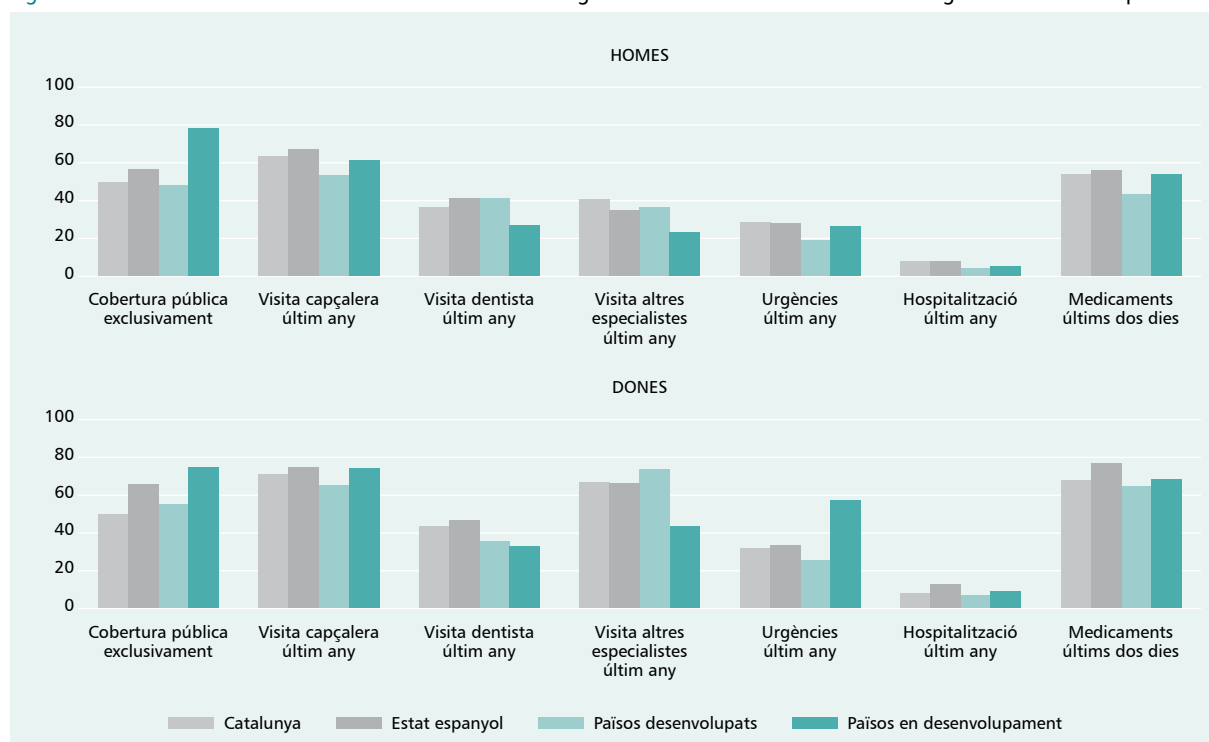
El fenomen migratori i els serveis
sanitaris des de l'òptica dels
professionals de la salut

La cobertura sanitària

Segons l'ESB 2006, el 99% dels immigrants de PVD tenen cobertura sanitària pública. En els de la resta de PD, en canvi, són un 91% els que tenen cobertura sanitària pública, sent sobretot els homes, tant de classe manual com de classe no manual, els que tenen més freqüència de cobertura només privada (fet que passa en un de cada deu homes de la resta de PD).

Tal com s'observa en la taula 1, la cobertura sanitària exclusivament pública és més freqüent en les persones de classe manual. Les persones nascudes a Catalunya són les que tenen menys cobertura exclusivament pública (figura 1), i sobretot les de classe no manual. Contràriament, són les persones de PVD de classe manual les que tenen majoritàriament cobertura només pública (vuit de cada deu persones) (figura 1).

Figura 1. Cobertura sanitària i utilització de serveis sanitaris segons sexe i lloc de naixement. Percentatges estandarditzats per edats



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

La utilització de serveis

Les visites al metge/essa de capçalera

El 61,1% dels homes i el 72,2% de les dones van declarar haver visitat al seu metge/essa de capçalera en els dotze mesos previs a la entrevista. En la taula 1 s'observa que per a totes les categories de països el percentatge és més alt en les persones de classe social manual. Les dones nascudes a la resta de l'Estat espanyol són les que en més gran proporció declaren haver visitat al seu metge/essa, seguides de les persones nascudes en PVD. En el cas dels homes no s'observa cap patró. Cal dir que el grup de persones nascudes en PD no són un col·lectiu prou nombrós per poder valorar els percentatges que es donen.

En el darrer punt d'aquest apartat es presenten els resultats sobre la valoració d'algunes àrees de la provisió dels serveis d'atenció primària de salut (APS).

Les visites als especialistes

Tal com consta en la taula 1, les visites als especialistes durant l'últim any (excloent-ne el dentista i l'oculista) han estat realitzades en major proporció per part de les dones i de persones de classe no manual. Són les persones de PVD i sobretot els homes de classe manual els qui s'han visitat menys. El més alt percentatge de dones que han anat a l'especialista s'explica per les visites que fan al ginecòleg/òloga.

Les visites al dentista l'últim any han estat menys freqüents per part de les persones de PVD i de les persones de classes socials menys afavorides. Així, per exemple, només el 18,7% dels homes de classe manual de PVD s'han visitat. Les dones es visiten més que els homes, sobretot les de classe no manual, ja que ho han fet en percentatges superiors al 40%. La proporció de persones que s'han visitat a l'oculista l'últim any també augmenta en les dones i en les persones de classes afavorides.

Les visites a urgències i les hospitalitzacions

Hi ha una proporció més alta de dones i de persones de classe manual que s'han visitat a urgències l'últim any. Tot i que les dones de classe manual de països en vies de desenvolupament són les que utilitzen més aquests serveis (48,3%), cal dir que en un 35% dels casos ho fan consultant el centre d'atenció primària del Servei Català de la Salut, percentatge que és superior al de la proporció de dones catalanes o de la resta de l'Estat espanyol de les mateixes classes socials (20%).

Els percentatges de població que ha estat hospitalitzada l'any anterior a l'entrevista per causes diferents al part és inferior al 10%, a excepció de les dones de la resta de l'Estat espanyol, que presenten percentatges una mica més alts.

Les persones que no han demanat atenció mèdica malgrat tenir un problema de salut

Hi ha menys del 10,0% dels homes que declaren haver tingut problemes de salut els últims quinze dies però que no han demanat atenció mèdica. En el cas de les dones, destaquen les de classe manual que no han consultat el 10,9% de les de Catalunya, el 16,9% de la resta de l'Estat espanyol i el 15,7% de les de PVD (en la resta de PD només ho declaren tres dones de classe manual).

El consum de medicaments

El consum de medicaments els últims dos dies és més elevat en les dones i en les persones de classe manual. Les xifres fluctuen entre el 42,0% dels homes de PVD de classes socials no manuals i el 84,5% de les dones de classe manual de la resta de l'Estat espanyol. Aquestes dones tenen una prevalença de consum més alta que la resta de dones, sobretot en la presa d'aspirines o similars, tranquil·litzants, medicaments per la hipertensió arterial i pel colesterol. D'altra banda, les persones de PD són les que declaren un consum més baix.

Taula 1. Indicadors de serveis sanitaris segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edat

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuels	No manuals	Manuels
Cobertura sanitària només pública				
Catalunya	38,7	64,8	40,4	64,8
Resta de l'Estat espanyol	39,0	66,2	47,0	80,1
Resta de països desenvolupats	44,6	69,0	46,2	77,2
Països en vies de desenvolupament	58,6	81,7	51,3	79,7
Visita al metge/essa de capçalera l'últim any				
Catalunya	63,7	68,1	71,4	78,2
Resta de l'Estat espanyol	62,9	64,7	78,7	84,1
Resta de països desenvolupats	49,8	54,9	57,6	91,2
Països en vies de desenvolupament	53,6	68,9	77,2	80,6
Visita a especialistes (no inclou oculista ni dentista) l'últim any				
Catalunya	43,8	38,3	70,4	69,5
Resta de l'Estat espanyol	39,3	41,8	77,7	70,2
Resta de països desenvolupats	44,7	28,9	85,3	84,4
Països en vies de desenvolupament	37,5	14,8	65,0	63,6
Visita al dentista l'últim any				
Catalunya	38,9	30,1	49,1	36,4
Resta de l'Estat espanyol	41,3	38,0	51,8	33,5
Resta de països desenvolupats	43,2	29,6	48,2	19,8
Països en vies de desenvolupament	26,2	18,7	41,8	31,9
Visita a l'oculista l'últim any				
Catalunya	30,2	22,1	37,7	28,5
Resta de l'Estat espanyol	38,7	22,0	41,7	24,4
Resta de països desenvolupats	27,3	11,5	49,7	24,2
Països en vies de desenvolupament	24,0	23,9	28,4	30,5
Visita a urgències l'últim any				
Catalunya	25,6	27,8	28,5	32,2
Resta de l'Estat espanyol	31,0	33,3	39,1	40,0
Resta de països desenvolupats	17,5	32,2	23,0	30,3
Països en vies de desenvolupament	19,3	31,4	27,7	48,3
Hospitalització l'últim any				
Catalunya	8,7	9,4	7,3	9,0
Resta de l'Estat espanyol	10,3	7,9	15,7	19,3
Resta de països desenvolupats	1,9	8,6	4,6	6,9
Països en vies de desenvolupament	6,9	5,6	3,7	9,7
Consum d'algun medicament els últims dos dies				
Catalunya	55,4	57,2	68,7	76,8
Resta de l'Estat espanyol	54,0	60,3	68,6	84,5
Resta de països desenvolupats	46,8	49,6	61,8	68,8
Països en vies de desenvolupament	42,0	57,9	64,9	74,8

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

La valoració dels serveis

La valoració d'algunes àrees de l'APS

L'APS ha de ser el nivell preferent de porta d'entrada al sistema sanitari pel seu alt grau d'accessibilitat, ha de donar una atenció global i continuada al llarg de la vida de les persones, coordinada amb la resta del sistema, i a més ha de poder atendre tots els col·lectius que pertanyin a la seva població de referència, és a dir, que ha de tenir competència cultural. L'ESB 2006 permet analitzar part d'aquests aspectes.

Del total d'homes i dones de la mostra, el 87,6 i el 91,9%, respectivament, identifiquen un metge/essa o centre on anar si necessiten rebre consells sobre la seva salut, percentatges que permeten assegurar que la major part de la població té un professional sanitari identificat com a principal font d'atenció. D'aquests, el 80,5% en el cas dels homes i el 79,2% en el de les dones n'identifiquen un que pertany al Servei Català de la Salut.

A continuació, amb l'objectiu de conèixer si l'APS que s'ofereix des del sistema públic és proveïda sense desigualtats a tota la població i, per tant, independent del sexe, la classe social i el país d'origen, es presenten les anàlisis de l'APS a partir de les respostes dels qui han identificat un metge/essa de capçalera en el Servei Català de la Salut (el 64,6% dels homes i el 70,7% de les dones de la mostra). En aquest apartat, no es pot valorar el grup de persones nascudes en altres PD, ja que, en ser poques, els estimadors que s'extreuen no són estables i poden no ser vàlids ni fiables. Els resultats es presenten en la taula 2.

Referent a l'accessibilitat de l'APS, no s'observa cap patró de classe. Destaca el fet que en les persones nascudes en PVD n'hi ha una més gran quantitat que no creuen segur o probable que els puguin atendre el mateix dia si tenen un problema de salut. També és en aquest grup on és més gran el desconeixement que quan el seu centre és tancat hi ha disponible un número de telèfon on trucar si es posen malalts (el 37,8% dels homes i el 47,5% de les dones).

El fet que una persona sigui atesa pels mateixos professionals (metge/essa de capçalera i infermeria) facilita la continuïtat de l'atenció, així com el fet que es pugui accedir per telèfon a aquests professionals, que són els qui millor la coneixen. Segons dades de l'enquesta, la probabilitat de ser atesos sempre pel mateix professional és alta en gran part dels usuaris (més del 80,0%), sense diferències per sexe ni per país de naixement. En el grup de persones nascudes en PVD, aquesta probabilitat és més alta en les de classes no manuals (el 91,6% enfront del 79,4% en el cas dels homes, i el 90,5% enfront del 81,9% en el de les dones).

La coordinació amb la resta del sistema sanitari només es pot valorar a l'enquesta a partir de si després d'anar a un especialista es comenta amb el metge/essa de capçalera sobre com ha anat la visita. En aquest aspecte no s'observa cap patró de classe, ni per sexe ni per país de naixement.

Valorar la globalitat de l'atenció dels serveis d'atenció primària amb l'enquesta es pot fer a partir de les determinacions periòdiques de tensió arterial i del coneixement sobre els serveis d'assessorament sobre problemes de salut mental. En el cas de la presa de tensió arterial, com a tècnica de diagnòstic precoç de la hipertensió arterial, no s'observa un patró de sexe ni per país de naixement, tot i que en els homes nascuts a la resta de l'Estat espanyol i en PVD, així com en les dones d'aquest darrer grup de països, els percentatges són menors en el grup de classe manual. Pel que fa a la disponibilitat de serveis de salut mental, no s'observa cap tipus de patró.

El darrer aspecte que es pot valorar, el de la competència cultural, a través de la pregunta de si la persona recomanaria el seu metge/essa a un amic o parent, sí que s'observa que el grup que amb menys seguretat ho faria són els homes dels PVD, així com les dones d'aquest grup de països, i preferentment les de classe manual.

L'opinió general sobre el sistema sanitari

El 36,2% dels homes i el 34,1% de les dones més grans de catorze anys afirmaven que el sistema sanitari funciona bé i requereix petits canvis; el 50,4% d'homes i el 56,7% de les dones deien que, tot i haver algunes coses bones, necessita canvis fonamentals; i el 7,3 i el 6,3%, respectivament, deien que no funciona bé i que caldria refer-lo. En la figura 2 es presenta la distribució per país de naixement i classe social, en homes i dones. Destaca el fet que la valoració més positiva la fan els homes, i en ells hi ha un patró de classe de forma que és més bona la valoració en els de classe no manual, i tant en dones com en homes són les i els nascuts en altres països els qui més bona opinió en tenen.

Taula 2. Valoració de l'atenció primària de salut per part de les persones que identifiquen el seu metge/essa de capçalera segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edat

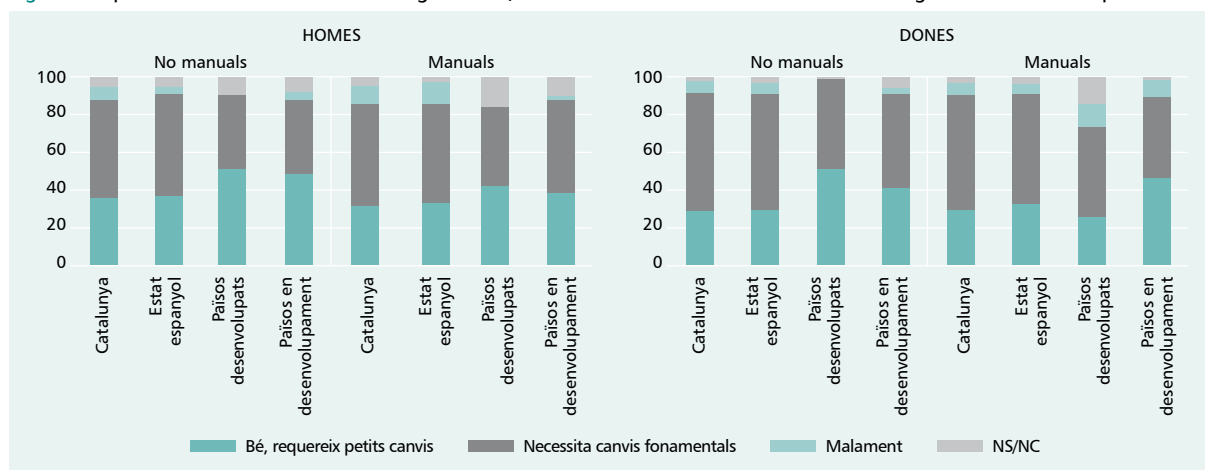
	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
VALORACIÓ DE L'APS COM A LLOC DE PRIMER CONTACTE				
Quan té un problema de salut nou, va a aquest metge/essa o centre abans d'anar a un altre lloc				
Catalunya	93,0	94,3	92,1	96,6
Resta de l'Estat espanyol	94,6	88,7	95,6	90,1
Resta de països desenvolupats	91,5	100,0	90,3	76,8
Països en vies de desenvolupament	86,8	91,0	83,8	95,8
Quan el centre és obert, si es posa malalt/a, és segur o probable que el/la visitin el mateix dia				
Catalunya	70,1	72,7	75,1	76,9
Resta de l'Estat espanyol	71,7	62,2	76,6	79,6
Resta de països desenvolupats	41,1	91,8	42,0	54,7
Països en vies de desenvolupament	59,4	47,8	60,8	72,1
Quan el centre és obert, és segur o probable que puguin aconsellar-lo/a per telèfon ràpidament si cal				
Catalunya	54,1	55,1	56,1	60,7
Resta de l'Estat espanyol	55,3	63,6	56,8	55,1
Resta de països desenvolupats	16,1	44,5	52,3	53,3
Països en vies de desenvolupament	46,4	59,4	54,9	51,4
Quan el centre és tancat, segur o probablement hi ha un número de telèfon on trucar quan està malalt/a				
Catalunya	70,2	73,9	72,7	73,3
Resta de l'Estat espanyol	75,2	74,6	71,3	66,3
Resta de països desenvolupats	71,4	44,5	63,9	54,4
Països en vies de desenvolupament	63,9	62,9	57,9	53,7
VALORACIÓ SOBRE LA CONTINUÏTAT DE L'ATENCIÓ				
Quan va al centre, és segur o probable que l'atengui el mateix metge/essa o infermer/a				
Catalunya	80,9	83,4	85,0	85,8
Resta de l'Estat espanyol	87,2	77,3	87,0	92,4
Resta de països desenvolupats	64,1	100,0	87,3	63,2
Països en vies de desenvolupament	91,6	79,4	90,5	81,9
Si té cap problema, és segur o probable que pugui parlar per telèfon amb el metge/essa o infermer/a que el/la coneix millor				
Catalunya	37,8	40	40,9	44,3
Resta de l'Estat espanyol	44,5	41,7	44,4	30,5
Resta de països desenvolupats	27,6	14,2	33,3	53,5
Països en vies de desenvolupament	32,2	46,4	45,9	30,3
El metge segur o probablement coneix els problemes que són més importants per a la persona entrevistada				
Catalunya	70,0	74,3	74,5	75,3
Resta de l'Estat espanyol	75,9	68,3	78,0	73,3
Resta de països desenvolupats	69,3	55,2	73,5	73,3
Països en vies de desenvolupament	70,2	68	69,8	70,3



	Homes		Dones	
	No manuals	Manuels	No manuals	Manuels
VALORACIÓ SOBRE LA COORDINACIÓ				
Després d'anar a l'especialista, segur o probablement el seu metge li parlarà amb de com ha anat la visita				
Catalunya	61,5	70,4	67,5	71,8
Resta de l'Estat espanyol	76,0	73,6	71,8	73,2
Resta de països desenvolupats	51,6	39,5	39,3	49,4
Països en vies de desenvolupament	61,4	62,1	63,1	67,4
VALORACIÓ SOBRE LA GLOBALITAT DE L'ATENCIÓ				
Prescripció periòdica de la tensió arterial (més grans de 45 anys)				
Catalunya	68,9	70,6	66,9	67,7
Resta de l'Estat espanyol	71,3	61,9	58,4	70,2
Resta de països desenvolupats	52,3	20,6	65,8	99,9
Països en vies de desenvolupament	73,7	48,6	70,2	62,9
El seu centre segur o probablement disposa d'un servei d'assessorament per a problemes de salut mental				
Catalunya	26,1	30,5	30,2	36,0
Resta de l'Estat espanyol	27,7	19,1	38,6	29,5
Resta de països desenvolupats	2,7	20,9	22,9	6,8
Països en vies de desenvolupament	23,5	17,3	37,1	24,6
VALORACIÓ SOBRE LA COMPETÈNCIA CULTURAL				
Recomanaria el seu metge/essa a un amic o parent				
Catalunya	74,1	79,1	83,0	82,3
Resta de l'Estat espanyol	87,9	80,3	91,5	74,8
Resta de països desenvolupats	48,2	75,5	59,3	64,6
Països en vies de desenvolupament	70,2	70,7	81,5	60,5

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Figura 2. Opinió sobre el sistema sanitari segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandaritzats per edat



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

El fenomen migratori i els serveis sanitaris des de l'òptica dels professionals de la salut

L'atenció als diversos col·lectius immigrants presenta nous reptes als serveis sanitaris i als seus professionals que cal, en primer lloc, identificar i, posteriorment, donar-hi resposta.²⁴

Amb la finalitat d'identificar alguns d'aquests reptes, es presenten els resultats que s'han obtingut a partir de la realització d'una recerca qualitativa en clau sociològica,²⁵ que s'ha aproximat al fenomen migratori i la seva relació amb els serveis sanitaris des del punt de vista dels professionals de la salut, és a dir, a partir de les seves experiències, estratègies, opinions i demandes. Per fer-ho, s'han seleccionat per a l'estudi les sis àrees bàsiques de salut (ABS) de la ciutat de Barcelona que tenen el percentatge més elevat de persones d'origen immigrant segons el registre central d'assegurats, tres dels hospitals públics de la ciutat i els centres de salut mental (CSMA) que donen cobertura a les ABS seleccionades: Gòtic i Drassanes de Ciutat Vella, dos ambulatoris de l'Esquerra de l'Eixample i els dos corresponents a Sants-Montjuïc. Quant a centres de salut mental, s'han seleccionat el de Ciutat Vella, Pere Claver i Esquerra de l'Eixample. Els hospitals seleccionats han estat el Clínic, el del Mar i el de Sant Joan de Déu. En aquest capítol s'analitzen els principals resultats de nou grups de discussió i nou entrevistes semiestructurades que representen bona part del treball de camp efectuat.

A partir dels resultats obtinguts, s'organitzen els discursos i les experiències dels professionals sanitaris en relació amb el fenomen migratori entorn de tres eixos: la percepció general que tenen els professionals sanitaris sobre la immigració, l'accés i usos dels serveis sanitaris d'aquests col·lectius des del punt de vista dels professionals, i l'atenció que els dispensen aquests professionals lligada als recursos que usen i les demandes que fan per atendre de manera més satisfactòria aquesta diversitat.

Percepció general dels professionals sanitaris entorn de la immigració

El primer que sobresurt dels discursos dels professionals sanitaris quan se'ls planteja la qüestió de la immigració,

és l'augment del nombre de pacients d'origen immigrant que han d'atendre en els darrers temps²⁴ tant als centres d'atenció primària (CAP) com als hospitals.

Dels CAPs estudiats, els que menys persones d'origen immigrant atenen se situen en prop del 20%, mentre que els equips que n'atenen més són els situats a les zones de la ciutat on també viu un més gran nombre d'immigrants, com ara el barri del Raval:

"És que comparar amb els d'aquí tampoc ho podem fer, perquè no tenim gent d'aquí, en tenim molt pocs; ¿m'entens?" (Metge de família de primària)

En altres zones de la ciutat, com ara l'Eixample Esquerra, de mica en mica el nombre d'estrangers també va creixent, i, tot i que el nombre d'habitants d'origen immigrant no és tan elevat com al Raval (el 15,6 i el 45,6%, respectivament),²⁵ en els darrers anys el flux de pacients d'origen immigrant que accedeixen als CAPs de referència ha anat augmentant de manera considerable:

"[...] i clar, ¿saps què passa? Com que cada dia es donen d'alta molts immigrants, tots els que entren nous ara són immigrants." (Coordinador de primària)

Pel que fa als hospitals, i això segurament s'explica per l'estructura d'edats relativament jove d'aquesta població immigrada, així com pel diferent patró de reproducció d'alguns col·lectius en comparació de l'autòcton, és en el servei de ginecologia i obstetrícia on el percentatge de persones d'origen immigrant és més alt:²⁶

"Exactament a la sala de parts el 52% dels parts, perquè això sí que ho tenim comptat; suposo que a ginecologia deu ser una mica menys, però a obstetrícia com a mínim és del 50%." (Ginecòloga)

"[...] d'obstetrícia, que és la que faig majoritàriament, molta: hi ha dies que fins i tot supera el 70%." (Ginecòloga)

24 M.L. Vázquez Navarrete, R. Terraza i I. Vargas. *Atenció a la salut dels immigrants: Necessitats sentides pel personal responsable*. Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut. Consorci Hospitalari de Catalunya. 2007.

25 J.I. Ruiz Olabuenaga. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao. Deusto, 1996.

26 F. Cots, A. Burón, X. Castells, M. Riu, O. García i O. Vall. "Impacte del creixement de la població immigrant en la utilització dels serveis sanitaris. Anàlisi de la freqüentació i de la complexitat de les urgències de la població immigrant". *Estudis d'Economia de la Salut*, (2006): 92-109.

En els altres dos serveis hospitalaris seleccionats, urgències i medicina interna, també s'ha trobat una presència important de pacients d'origen immigrant:

"[...] d'immigrants podem parlar més o menys d'un... No sé; a veure... arriba fins al 25% a urgències." (Cap d'urgències)

¿Quina proporció d'immigrants ateneu a medicina interna? (Entrevistador)

"Entre un 20 i un 30%." (Cap de medicina interna)

Un segon aspecte clau que podem inferir dels discursos dels professionals sanitaris i que regirà la nostra anàlisi en els propers apartats és la impossibilitat d'incloure sota l'etiqueta d'immigrant tots els pacients no autòctons que accedeixen als serveis sanitaris, ja que cada col·lectiu té les seves especificitats, i també cada col·lectiu concret és heterogeni en la seva composició interna:

"Pensa que aquí al barri hi poden viure persones de setanta nacionalitats diferents [...] és que acabes tenint tanta gent tan diversa; perquè, clar, tu pots dir, molt bé, un de l'Índia, ¿i com és l'Índia? Mil milions... Per exemple, al Pakistan hi ha quatre grans àrees. I a Centreamèrica, ¿no? Un mexicà no és igual que un nicaragüenc." (Coordinadora de'EAP)

Tot i aquest gran nombre de nacionalitats i les especificitats internes de cadascuna, amb la finalitat de simplificar l'anàlisi s'han agrupat aquestes nacionalitats en quatre grups diferenciats, que són els que majoritàriament apareixen tant en les entrevistes com en els grups de discussió efectuats: el grup d'origen pakistanès, el grup d'origen marroquí, el grup d'origen sud-americà i el grup d'origen xinès.

Una percepció comuna que emergeix dels discursos de bona part dels professionals sanitaris entrevistats és que la majoria de les persones d'origen immigrant, pertanyin al col·lectiu que pertanyin, tenen en el país d'acollida unes condicions de vida i unes condicions laborals precàries i, per tant, estan sobre representades en la classe social més desfavorida, que té uns indicadors de salut més dolents:^{27, 28}

¿Creus que els immigrants són més vulnerables a la malaltia que els autòctons? (Entrevistador)

"[...] sens dubte, estan en una situació social més precària, de vegades en una situació legal també precària que els pot fer més refractaris a tenir contactes amb el Sistema, i, per tant, tant la seva condició sociosanitària com la seva situació dins del pla social són dolentes." (Cap de medicina interna)

O com a mínim aquesta situació precària en què viuen molts dels immigrants dificulta que es puguin solucionar amb rapidesa i eficàcia les malalties que han adquirit, encara que a priori, segons aquesta infermera, no siguin més vulnerables a la malaltia que els autòctons:

"No són més vulnerables, no tenen més malalties, sinó que tenen més problemes a l'hora de fer front a aquesta malaltia... La mateixa malaltia als autòctons i la mateixa malaltia amb ells, doncs la manera d'abordar-la i de resoldre-la és molt diferent." (Infermera de medicina interna)

Globalment, la percepció dels professionals sanitaris es pot concretar en les percepcions següents:

1. Gran increment d'usuaris d'origen immigrant, així com una gran diversitat de nacionalitats, tant als centres d'atenció primària com als hospitals.
2. Percepció d'una important precarietat econòmica i laboral de gran part de la població d'origen immigrant.

L'accés i l'ús dels serveis sanitaris de la població immigrant des de l'òptica dels professionals

Una de les qüestions clau que cal abordar quan s'analitza la relació dels diferents col·lectius d'origen immigrant amb els serveis sanitaris és la dificultat d'accés d'aquests col·lectius.^{29, 30} Des del punt de vista dels professionals sanitaris, el discurs dominant és que les persones d'origen immigrant no tenen gaires dificultats per accedir als serveis sanitaris, sinó que des de l'òptica dels professionals de la salut es té el convenciment que no hi ha cap barrera que dificulti l'accés d'aquests col·lectius.

27 C. Borrell, G. Pérez, I. Ricart i M. Rodríguez-Sanz. *Les desigualtats socials en salut a Barcelona*. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006: 45-54.

28 R. Puigpinós, C. Fortea i J.M. Jansà. *La població immigrant. La població vulnerable a Barcelona*. Consorci Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006: 55-65.

29 S. Serra-Sutton, S. Hausmann, N. Bartomeu, S. Berra, J.M. Elorza i L. Rajmil. *Experiències de recerca i polítiques de salut relacionades amb la immigració en altres països europeus. El cas dels Països Baixos, el Regne Unit i Suïssa*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Catsalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2004.

30 S. Berra, J.M. Elorza, N. Bartomeu, S. Hausmann, V. Serra-Sutton i L. Rajmil. *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Catsalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2004.

En sintonia amb aquest corrent d'opinió majoritari, destaca la idea que la tramitació de la targeta sanitària individual (TSI) necessària per accedir a qualsevol dels serveis sanitaris excepte urgències és una gestió molt senzilla que està a l'abast de tots els immigrants:

"Bé, normalment s'empadronen i llavors a l'empadronar-se se'ls dóna la targeta sanitària de Catsalut." (Coordinador de primària)

"[...] i s'estan empadronant sense domicili fix, o sigui que més fàcil que això, ja..." (Cap d'atenció a l'usuari)

A causa de la facilitat per obtenir la TSI i del fet, com vàiem en el primer apartat, de la sensació que es té des de la posició dels professionals, del gran nombre de persones d'origen immigrant, l'opinió generalitzada entre metges i professionals d'infermeria és que la gran majoria de persones d'origen immigrant disposen de la TSI. Aquest discurs majoritari sobre la facilitat per obtenir la TSI queda, però, en dubte quan la persona entrevistada que respon sobre aquestes qüestions és una administrativa que treballa al servei d'admissions d'urgències d'un hospital:

"Pel que fa a urgències, quan és la primera vegada que vénen i et demanen què han de fer per tramitar la targeta i tot, doncs més o menys nosaltres el podem orientar; però, clar, també es perden en un cúmul de tràmits que han de fer perquè a l'ambulatori no et donen res si no estàs empadronat; però per empadronar-te necessites un paper que certifiqui que vius a aquí... I ¿com unifiques tots aquests tràmits que s'han de fer per una cosa tan simple com és l'atenció sanitària? I tu els ho pots indicar més o menys, però no saps exactament on adreçar-lo, perquè no ho has hagut de fer mai per a tu." (Administrativa d'admissions del servei d'urgències)

O bé quan qui respon a aquest tipus de qüestions és una mediatadora cultural:

¿Hay muchos que no tengan tarjeta sanitaria? (Entrevistador)

"Sí. En los últimos años menos, porque con la regularización y el cambio con la ley en el año 2001 la cosa cambió bastante, pero sigue habiendo un colectivo importante de gente que no puede acceder por diferentes razones: porque no puede conseguir el empadronamiento o porque simplemente no tiene pasaporte, porque sin pasaporte no hay empadronamiento y no hay tarjeta." (Mediatadora cultural)

Una altra barrera que s'identifica pel que fa a les dificultats d'accés té a veure amb el servei d'atenció a l'usuari d'alguns centres. S'afirma que a alguns professionals d'aquest servei que estan de cara al públic els manca

coneixements per tal de proporcionar, en ocasions, la informació que necessiten les persones d'origen immigrant per accedir amb normalitat al sistema sanitari:

"Lo que dificulta mucho el acceso a la sanidad es el tema de la atención al público en primera línea, es decir, el personal administrativo que está de cara al público. A ver, no estoy criticando a nadie en concreto ni mucho menos, pero creo que les falta mucha formación respecto a la legislación, a qué derechos tiene un inmigrante que está en una situación irregular y demás. Mucha gente que va con el padrón, y no se le quiere hacer la tarjeta sanitaria." (Mediatadora cultural)

Seguint amb aquesta anàlisi entorn de l'accés als serveis sanitaris, cal també observar els principals canals que usen els diferents col·lectius d'immigrants com a porta d'entrada al sistema sanitari:

¿Quines són les portes d'entrada principals d'aquests col·lectius? (Entrevistador)

"¿A la sanitat? Clar, els sud-americans suposo que, com que entenen més i millor, doncs saben que han d'anar al metge de capçalera, però els altres, que no se n'enteren tant, segurament van a urgències." (Metge de família)

"Els pakistanesos hi accedeixen normalment... Ens utilitzen com una porta d'entrada al sistema sanitari [urgències], no van al seu metge de capçalera i vénen a aquí, i els magribins també." (Cap d'urgències)

A partir d'aquestes dues citacions es dedueix que els immigrants d'origen sud-americà, per als quals la barrera idiomàtica és pràcticament inexistente, usen amb més freqüència el metge de capçalera per als seus problemes de salut, mentre que els pakistanesos i els magribins, segurament com a conseqüència d'aquesta barrera idiomàtica, usen molt més el servei d'urgències dels hospitals com a porta d'entrada.

Per indagar una mica més sobre quins col·lectius usen més correctament i, sobretot, per què usen millor els canals d'accés establerts pel sistema sanitari i els seus serveis, cal, a més de prendre en consideració la variable idiomàtica, tenir en compte l'arrelament del col·lectiu immigrant en la zona d'acollida, ja que el fet que aquest col·lectiu faci temps que està establert al territori (com succeeix amb el col·lectiu pakistanès al Raval) facilita molt els tràmits administratius i l'accés i l'ús dels serveis sanitaris, ja que llavors aquest col·lectiu en qüestió disposa al seu abast de tota la informació necessària:

"A veure... Ja et dic: com que el col·lectiu [pakistanès] està molt informat [...] ells tenen les seves xarxes, l'amic que els acompanya [...] la idea que tenim és que el Raval és porta d'entrada." (Coordinador d'EAP)

També és interessant tenir present, com afirma aquesta infermera del servei de traumatologia d'un dels hospitals seleccionats, en quina situació familiar i social es troba el pacient, ja que el fet de tenir un nucli familiar i una xarxa social estables ens pot donar pistes sobre el comportament dels individus en relació amb l'accés i l'ús dels serveis sanitaris:

"Y yo lo que sí que veo en mi servicio es que hay diferente tipo de inmigrante... Por ejemplo, nosotros tenemos colectivos del Magreb que son familias, y estas familias son muy correctas en cuanto a las visitas... Son muy ordenados, hacen el seguimiento, no fallan... Los niños que tienen problemáticas... En cambio, ellos solos, los hombres que viven solos, estos no arreglan papeles, vienen sin día y sin hora, hacen ver que no entienden el idioma... Entonces hay diferentes colectivos, los del Magreb, que viven en familias y que son personas ordenadas, y los que viven solos, sistemáticamente no." (Infermera, servei de traumatologia)

Finalment, una darrera variable que pot influir en l'accés i l'ús que pot fer un col·lectiu d'origen immigrant determinat en relació amb els serveis sanitaris en destí és, com assenyala aquest metge de família, la cultura en origen en relació amb l'assistència sanitària:

"Els xinesos, tampoc, perquè vénen molt habituats a la medicina tradicional seva i solucionen moltes coses [...] s'han muntat les seves històries, des de les perruqueries a les acupuntures... I quan és una cosa que no poden solucionar, vénen a aquí. Alerta, que la cultura de l'assistència sanitària, segons del país d'on es ve, canvia molt." (Metge de família)

I aquesta diversitat en l'hàbit d'accedir o no als serveis sanitaris en origen es posa de manifest de manera clara pel que fa a la salut mental, ja que alguns dels col·lectius d'origen immigrant tenen molts prejudicis entorn d'aquesta especialitat. En canvi, d'altres estan habituats a accedir-hi als seus països, com ens explica aquesta psiquiatra:

"¿Hi ha un rebuig a l'especialista no? «Yo no voy al psiquiatra porque no estoy loco.» [...] [I en canvi] els argentins fan una alta demanda de tractament psicològic [...] Fins i tot amb els argentins és per a tota la vida: no hi ha forma de donar-los l'alta." (Psiquiatra)

Pel que fa exclusivament a l'ús dels serveis sanitaris, trobem també diferències significatives entre els diferents col·lectius. D'aquesta manera, aprofitant una de les citacions anteriors i mitjançant la següent ens adonem que els xinesos els utilitzen més aviat poc i només accedeixen als serveis sanitaris quan realment la patologia que pateixen es troba en una fase molt avançada:

"[Els xinesos] acudeixen a la medicina occidental quan realment la seva... Són gent molt jeràrquica, molt, molt. I quan realment amb la seva forma d'entendre la medicina a casa tenen moltíssims recursos... Nosaltres hem perdut la possibilitat aquesta de fer front a una diarrea. Quan tenim febre, ens posem nerviosos... Les mares... En canvi, ells són capaços de controlar-se una febre, una diarrea, uns vòmits, i només vénen [a urgències] quan realment estan malalts." (Metge d'urgències)

Una metgessa del mateix servei d'urgències assenyala que el comportament dels pakistanesos i dels marroquins, en l'accés a urgències quan la malaltia és greu, és similar al comportament del col·lectiu xinès:

"La impressió és que els pakistanesos i els marroquins ja no poden més i que vénen quan la malaltia ja està molt més aguda, però aguda i greu." (Metgessa d'urgències)

I en el mateix sentit s'expressa aquesta agent de salut d'origen marroquí:

"Bueno... los inmigrantes, aunque parece que los ves mucho en los médicos, no van mucho. No van mucho porque tienen otras preocupaciones que la salud, tienen primero el trabajo... sobre todo el trabajo. Si tú te fijas, un marroquí va cuando tiene algo grave. Por un resfriado no lo vas a ver." (Agent de salut)

Aquest fet d'utilitzar el servei d'urgències com a canal prioritari d'accés als serveis sanitaris^[26] per part d'aquests col·lectius respon, però, a motius ben diferents. Mentre el metge d'urgències afirma que els xinesos no accedeixen als serveis sanitaris fins molt tard perquè usen la seva medicina tradicional, l'agent de salut fa referència al treball com a principal objectiu de la majoria de marroquins en destí per tal d'explicar aquest mal ús dels serveis sanitaris.

A l'altre plat de la balança, en canvi, se situa el col·lectiu sud-americà, que segons la majoria dels professionals de la salut entrevistats, tant d'hospitals com dels CAP, és un col·lectiu molt més freqüentador de recursos sanitaris, i sobretot molt demandant en les primeres visites:

"Al principi, quan vénen demanen de tot, vénen per una cosa i te'n demanen deu, quinze, vint coses, i quan acaben, més coses, més coses... Volen especialistes, volen anàlisis de sang... mai acaben." (Metge de família)

Pel que fa, doncs, a l'accés i ús dels serveis sanitaris, tot i que la majoria de professionals sanitaris tenen la percepció que no hi ha barreres en l'accés als serveis ni per obtenir la targeta sanitària, el testimoni d'administratius i mediadors culturals matisa, com a mínim, aquesta percepció.

1. Els xinesos només accedeixen als serveis sanitaris quan la patologia és greu perquè usen, per fer front a la malaltia, la seva medicina tradicional.
2. Els marroquins i els pakistanesos només accedeixen als serveis sanitaris quan la patologia és greu perquè tenen prioritats laborals i econòmiques que se situen per damunt de la salut.
3. Els sud-americans usen més correctament els canals establerts per accedir als serveis sanitaris, però fan un sobreús d'aquests serveis i són molt més demandants de recursos.

L'atenció dels professionals sanitaris als col·lectius d'origen immigrant. Recursos emprats i noves propostes

En aquest tercer apartat, l'objectiu és detectar les dificultats amb què es troben els professionals sanitaris pel fet d'atendre tots aquests col·lectius, enumerar alguns dels recursos que usen en aquesta atenció, i com els valoren, i finalment recollir algunes de les propostes de millora que suggereixen.

La principal dificultat que manifesten pràcticament la totalitat dels professionals sanitaris entrevistats és el problema de la comunicació entre el pacient i el professional si el primer no parla ni català ni castellà:

"Nosaltres tenim les dificultats de la comunicació, jo crec que és la... Amb tot el que això comporta, des de l'idioma fins a la comprensió de les necessitats o explicació del procés... Això són les dificultats fonamentals... Clar, no casualment amb la població immigrant de països de parla hispana, ja que tenim un grau de dificultat molt menor, perquè la comunicació es pot fer molt més àgil." (Metge de medicina interna)

I una bona part dels professionals assenyalen el col·lectiu xinès com el més problemàtic a conseqüència d'aquesta barrera idiomàtica:

"Amb els que no ens podem comunicar és amb els xinesos, que, excepte que vinguin amb algú. I a vegades el que ve de traductor tampoc té masses llums... És casi *misión imposible*, eh, amb els xinesos." (Coordenador de primària)

Una segona dificultat en l'atenció a la diversitat que sobresurt dels discursos dels professionals sanitaris entrevistats, i que sobretot emergeix des del servei de ginecologia i obstetrícia dels diferents hospitals, és una dificultat que se situa entremig de la barrera idiomàtica i la distància cultural: l'atenció ginecològica i obstètrica de les dones de religió musulmana.^[24] A més, aquesta dificultat és doble: perquè bona part de les dones musulmanes (marroquines i pakistaneses) no volen ser visitades per un ginecòleg home:

¿Els de l'Islam? (Entrevistador)

"Sí, no et diré que tots, eh, però la majoria... Tenen sort, perquè la majoria també som metges dones aquí... Però vaja... Sí que ens ho demanen... Sí que és cert que jo a vegades he tingut problemes a la sala de parts pel fet de trobar-me un company home i el marit posant-se a cridar que el feia fora." (Ginecòloga)

I perquè aquestes dones musulmanes generalment van acompanyades del marit quan accedeixen als serveis sanitaris i en moltes ocasions és l'home el qui fa de traductor, i aquesta situació és viscuda amb neguit, desconfiança i impotència per part dels ginecòlegs i ginecòlogues:

"Clar, nosaltres, per exemple, al venir les pacients pakistaneses o marroquines, moltes no poden anar al metge si no hi van amb el marit, perquè o no parlen l'idioma o perquè no poden sortir de casa sense anar acompanyades perquè socialment han d'anar acompanyades per un home o per alguna altra persona, o no saben sortir o no se saben manegar [...], i sempre és el marit el qui t'explica la història: l'interrogatori sempre et contesta ell, i a més encara que et dirigeixis a ella, ella parla amb ell i... Són de les coses més frustrants: no poder accedir a la dona, que és la pacient." (Ginecòloga)

Una altra dificultat que té a veure amb la distància cultural és la concepció de salut i malaltia diferent de la concepció occidental que tenen algunes persones d'origen immigrant, i que s'accentua quan el problema està relacionat, com ja s'ha indicat abans, amb la salut mental:

"El concepte de salut i malaltia, depenent de la cultura, el veuen d'una manera o d'una altra, i el que ells consideren que és una cosa important, n'hi ha d'altres que no ho consideren. I amb el tema de la malaltia mental..." (Psicòleg)

Altres dificultats que apareixen en els discursos dels professionals sanitaris a l'hora d'atendre els pacients d'origen immigrant i que se situen també en aquesta línia de la distància cultural, són més aviat de caire religiós o problemes relacionats amb hàbits alimentaris, com indica aquest metge de família:

"Llavors hi ha altres variacions que ja són més de la institució, de com atendre les necessitats religioses o dietètiques específiques de la cultura determinada del pacient, que ja estan una mica més fora del que és estrictament l'àmbit mèdic." (Metge de medicina interna)

Lligada a aquestes dificultats amb què es troben els professionals, alguns metges i infermeres reconeixen, doncs, l'existència d'algunes mancances particulars per atendre aquesta diversitat:

“Tenim una mancança en el sentit de saber entendre una mica culturalment com estan o com són aquestes persones, o com és la seva idiosincràsia des del punt de vista de cultura social. Per tant, de vegades també li costa al proveïdor de salut posar-se en una situació amb la qual faci més fàcil aquesta comunicació.” (Metgessa de medicina interna)

I alguns professionals proposen, per ser més competents en matèria intercultural, fer algun tipus de formació més o menys específica,^[24] i d'aquesta manera adquirir unes eines que els permetin fer una millor assistència:

“Jo crec que la concepció de malaltia de cada país, almenys de les cròniques, és una cosa que ens haurien, jo penso, de fer-nos formació, una persona de cada país –¿no?– que ens expliqués com entenen la malaltia, quins tractaments fan allà, per intentar entendre'ls més.” (Metge de família)

A banda d'aquestes consideracions de formació que assenyalen alguns dels professionals entrevistats, per mitigar les dificultats que s'han indicat mes amunt en l'atenció a persones d'origen immigrant, els principals recursos que utilitzen els professionals els podem classificar en tres tipus: els recursos improvisats, el recurs de Sanitat Respon i el recurs de la mediació cultural.

Els recursos improvisats són els que s'empesca el professional sanitari o el pacient per tal que es pugui establir una comunicació entre ells, i consisteixen majoritàriament en la possibilitat que un familiar o amic faci d'interpret i permeti la comunicació entre les dues parts:

“A vegades m'he trobat, per exemple, amb mares magribines que no parlen o no entenen res, i a vegades vénen nens que estan escolaritzats de set o vuit anys que els han fet de traductors.” (Metge del servei de traumatologia)

Aquesta solució, tot i que pot resoldre en un moment concret una situació de comunicació, no és una solució òptima a llarg termini, i menys si la persona que tradueix és a l'altre costat del telèfon:

“A vegades amb amics, per exemple, els xinesos, que ho fan bastant... «No. Yo llamar a amigo y tú decirle lo que tengo»: a través del mòbil, i jo dir: «No senyor, no penso dir-li-ho perquè no em sembla ètic a ningú que no conec ni estic veient ni sé quin grau de parentesc té amb tu, donar-li una informació mèdica.»” (Metge del servei de traumatologia)

El recurs que ofereix Sanitat Respon, que consisteix que el professional pot trucar a un telèfon i se li proporciona un traductor amb la llengua que hagi sol·licitat per via

telefònica, obté diverses valoracions per part dels professionals. D'una banda, hem copsat que alguns dels professionals que treballen en l'atenció primària i que en alguna ocasió han utilitzat el servei estan més o menys satisfets amb aquest servei:

¿El servei Sanitat Respon funciona bé? (Entrevistador)

“Sí, molt bé, molt bé, i a més és ràpid.”

“Jo només hi he trucat dues vegades i sí.” (Metgessa de família)

En canvi, altres professionals es mostren força més crítics amb aquest servei de traducció, no tant pel servei ofert, sinó més aviat per les seves potencialitats, que són limitades:

“És que un interrogatori mèdic està molt limitat amb Sanitat Respon. Sí que ho fan bé, però fan el que poden fer. Un interrogatori mèdic no és tan sols el llenguatge verbal; hi ha coses que no te les poden transmetre igual; ells tradueixen el que entenen; bé, que no és la comunicació directa, i en aquest trajecte perds molta informació, i és la que no ens agrada perdre.” (Metge d'urgències)

En canvi, la major part dels professionals consideren indispensable el fet de poder disposar de mediadors culturals quan hi ha problemes de comunicació o quan hi ha una distància cultural evident entre professional i pacient:

“A nosaltres els mediadors ens ajuden molt, eh... I no només pel problema de l'idioma, sinó també per la cultura que té cada població, i bé, doncs quan aquesta gent, quan ve algú del seu país, també tenen més confiança, es relaxen una mica. Ens ajuden en l'aspecte idiomàtic i en l'aspecte cultural també, eh, i en l'aspecte psicològic sens dubte, eh, perquè quan ve un pacient i veu algú que parla el seu idioma i tal, doncs se senten molt més confiats.” (Metge d'urgències)

I és en aquest sentit que una de les demandes principals que fan aquests professionals sanitaris quan se'ls pregunta pels recursos que necessitarien per millorar l'atenció a la diversitat és d'ampliar, en el més alt grau possible, la cobertura horària dels mediadors culturals per tal de poder oferir aquest servei de traducció-mediació el màxim d'hores possible:

“Necessitem traducció, si pot ser un mediador cultural, doncs millor; però...”

“Però és això: una traducció vint-i-quatre hores amb els seus torns, igual que fem altres col·lectius que estem les vint-i-quatre hores disponibles.” (Metge d'urgències i metgessa de medicina interna)

Finalment, l'agent de salut té molt clar quines han de ser les línies d'actuació per tal de millorar l'atenció als diferents col·lectius d'origen immigrant que accedeixen als serveis sanitaris, ras i curt:

“Lo que hay que hacer es trabajar en las dos líneas: introducir los agentes de salud [en el sistema sanitario], y para los profesionales sanitarios, formación.”
(Agent de salut)

En resum, doncs, els professionals assenyalen les dificultats següents en l'atenció de les persones immigrants:

1. La principal és la comunicació amb el pacient quan aquest no parla ni català ni castellà.
2. La distància cultural també es posa de manifest en els discursos dels professionals i és viscuda amb gran preocupació sobretot pels professionals de la salut mental pels prejudicis d'aquests col·lectius entorn d'aquesta disciplina.

Com a propostes de millora, els professionals indiquen:

1. Augmentar la cobertura horària dels mediadors i mediadores.
2. Necessitat de formació intercultural adreçada als professionals sanitaris.

La prevenció

La mesura de la pressió arterial i el colesterol

La vacunació de la grip

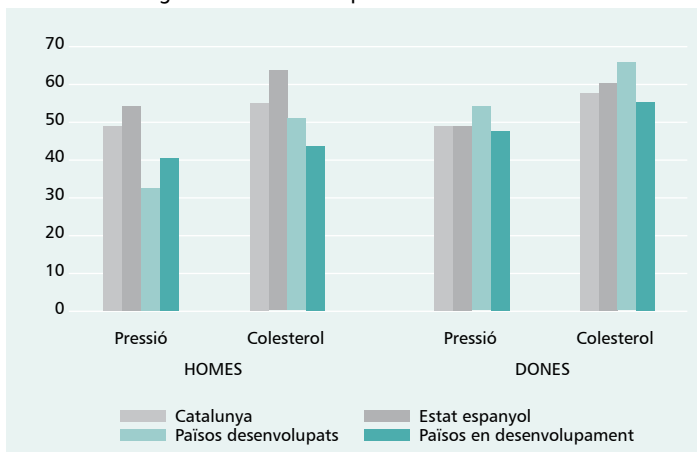
La realització de mamografies

La realització de citologies

La mesura de la pressió arterial i el colesterol en sang

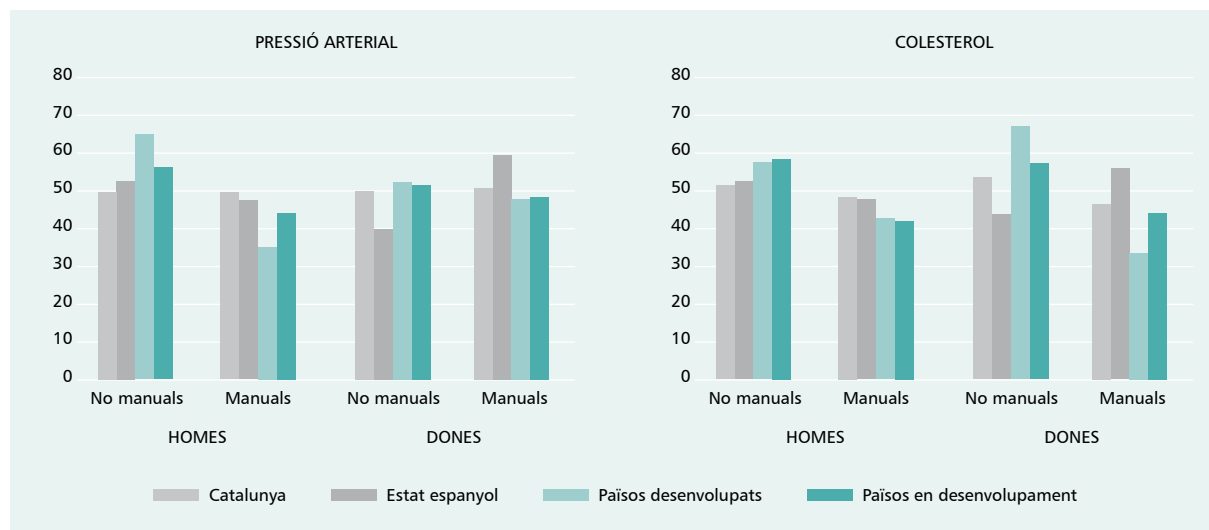
La hipertensió arterial i l'augment del colesterol en sang són dos factors de risc importants vinculats a les malalties cardiovasculars. El cribratge d'aquests dos factors, juntament amb la promoció d'hàbits de vida saludables (dieta equilibrada, control del sobrepès, exercici físic, etc.), marquen les directrius del Departament de Salut. Així, en el cas del control de la pressió arterial es recomana mesurar-la cada dos anys en totes aquelles persones asimptomàtiques demandants de més de quinze anys. Pel que fa al colesterol, es recomana mesurar-lo cada cinc anys en les persones a partir de vint anys sanes, asimptomàtiques i sense altres factors de risc cardiovascular, amb referència especial en els homes d'entre trenta-cinc i seixanta-cinc anys i en les dones de més de quaranta-cinc, en què la freqüència dels controls s'establirà en funció dels valors observats en l'última mesura.³¹

Figura 1. Persones que es controlen la pressió arterial a partir dels quinze anys, i del colesterol en sang a partir dels vint segons sexe i lloc de naixement. Percentatges estandarditzats per edats



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Figura 2. Persones que es controlen la pressió arterial i el colesterol en sang periòdicament segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edats



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

31 <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/speshc.htm>.

Segons les dades obtingudes en l'ESB 2006, són els homes i les dones autòctones nascuts fora de Catalunya els que més control fan dels seus nivells de pressió arterial i colesterol, mentre que els homes i les dones dels PVD són en general els que menys es controlen, tal com es pot observar en la figura 1. Destaca també el menor control dels homes de PD enfront de les dones de manera molt rellevant en el cas de la pressió arterial.

Si s'estudia el control separatament segons les persones siguin de classe manual o no manuals, s'aprecien certs canvis, tal com es pot veure en la figura 2. En el cas dels homes, són els de classe no manual provinents de PD els que més es controlen la pressió arterial, seguits pels immigrants provinents de PVD també de classe no manual, que presenten, a més, unes diferències bastant importants respecte als de classe manual. Pel que fa a les dones, en el cas de les de classe no manual són les autòctones de fora de Catalunya les que menys es controlen (40,0%), mentre que en el cas de les immigrants de PVD es controlen el 51,2% de les de classe no manual i el 48,4% de les de classe manual.

En el cas del colesterol i tenint en compte també la classe social de les persones, pel que fa als homes, són els immigrants de PVD de classe no manual els que més es controlen (58,4%), i en el cas de les dones, són també les de classe no manual provinents de PD (66,6%) i les de PVD (56,6%) les que més es controlen, la qual cosa evidencia que la principal desigualtat és de classe (figura 2).

Tant els homes com les dones solen controlar-se la pressió arterial bàsicament a través del seu metge o infermera, i en segon lloc a la farmàcia, tot i que és important destacar que entre el 16,5% i el 31,0% ho fan fora de l'àmbit sanitari (ells mateixos a casa o algun conegut). Altrament, tots ells declaren haver-se pres la pressió durant els últims dos anys. Pel que fa a la freqüència quant al control del colesterol, entre el 7 i el 22,0% declaren haver-se'l fet per última vegada fa més de cinc anys, resultats que també indiquen que la majoria de les persones que es controlen aquest paràmetre ho fan segons les directrius marcades.

La vacunació de la grip

Les recomanacions del Departament de Salut pel que fa a la vacunació de la grip, se centren en persones amb risc elevat, i totes les persones a partir de seixanta anys. Així, analitzant les persones de seixanta anys o més que diuen vacunar-se i tenint en compte el país d'origen i la classe social, com es pot veure en la taula 1, en el cas dels homes autòctons es vacunen més els de classe manual (55,2% els nascuts fora de Catalunya i 51,5% els catalans) i tots els enquestats de PD de classe no manual. Tant en homes com en dones, les persones de PVD de classe no manual són les que més diuen vacunar-se (53,2% els homes i 54,2% les dones). Tret de les excepcions esmentades, en la resta de casos en general les persones de classe no manual es vacunen més que les de classe manual.

Taula 1. Vacunació de la grip en persones de seixanta anys o més segons sexe, lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edats

	Homes		Dones	
	No manuals	Manuais	No manuals	Manuais
Catalunya	48,5	51,5	54,5	45,5
Resta de l'Estat espanyol	44,8	55,2	44,7	55,3
Resta països desenvolupats	100,0	0,0	62,0	38,0
Països en vies de desenvolupament	53,2	46,8	54,2	45,8

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

La realització de mamografies

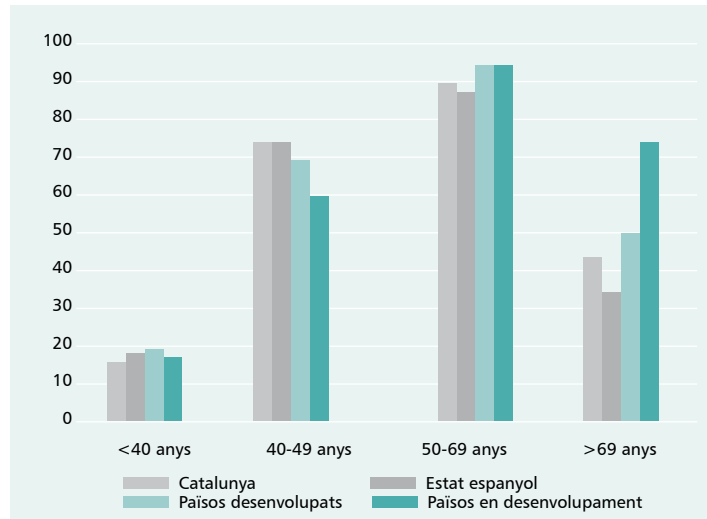
La prevenció secundària del càncer de mama és una eina eficaç per contribuir a la disminució de la mortalitat d'aquesta malaltia, malgrat la seva incidència creixent en el nostre àmbit. En funció, però, del grup d'edat les pautes són diferents. Les dones d'entre cinquanta i seixanta-nou anys són el grup de població diana al qual s'adreça el programa poblacional de detecció precoç instaurat a Catalunya i que a Barcelona es va iniciar al final del 1995. Les dones hi són convocades cada dos anys.³² Les dones d'entre quaranta i quaranta-nou anys han de seguir la pauta de control que determini en cada cas l'especialista atenent criteris clínics, igual que les dones que deixen el programa després dels seixanta-nou anys, en les quals cal tenir present de manera molt especial el balanç entre els riscos i els beneficis que s'aporten a la supervivència i qualitat de vida de la dona. Aquests criteris, pel que fa a la ciutat de Barcelona, han estat recollits en el Document de consens clínic-epidemiològic elaborat el 2006.³³

Segons les dades de l'enquesta, les dones de Barcelona que diuen controlar-se regularment en els diferents grups d'edat i segons país d'origen, es troben en uns bons nivells en les edats en què es recomana fer-se el control, sent d'entre el 87 i el 93,5% en les dones de cinquanta a seixanta-nou anys i d'entre el 59,6 i el 73,6% en les de quaranta a quaranta-nou (figura 3).

Si, a més del país d'origen, es compara segons la classe social separada entre persones de classe manual i no manual, s'observa que en tots els casos, sigui quin sigui el país de naixement de les persones, hi ha una desigualtat de classe, en el sentit que les dones de classe manual es controlen menys (taula 2).

Destaca el fet que les dones procedents dels PVD són les que més es controlen, i que s'arriba al 100% dels casos enquestats en el grup de dones de classe no manual

Figura 3. Dones que es fan mamografies periòdiques per grups d'edat i lloc de naixement. Percentatges estandaritzats dins de cada grup d'edat



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Taula 2. Mamografies periòdiques en les dones d'entre quaranta i seixanta-nou anys segons lloc de naixement i classe social. Percentatges estandaritzats dins de cada grup d'edat

		Mamografies periòdiques	
		No manuals (%)	Manuals (%)
De 40 a 49 anys	Catalunya	76,3	68,3
	Resta de l'Estat espanyol	75,4	64,8
	Països desenvolupats	76,4	19,0
	Països en vies de desenvolupament	88,0	55,2
De 50 a 69 anys	Catalunya	92,4	86,1
	Resta de l'Estat espanyol	88,4	87,1
	Països desenvolupats	100,0	82,5
	Països en vies de desenvolupament	100,0	89,3

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

de cinquanta a seixanta-nou anys, i el mateix passa en les estrangeres de PD. Aquests resultats, però, cal mirar-los amb molta cura, ja que el nombre de dones és molt baix: vint-i-sis dones i nou, respectivament.

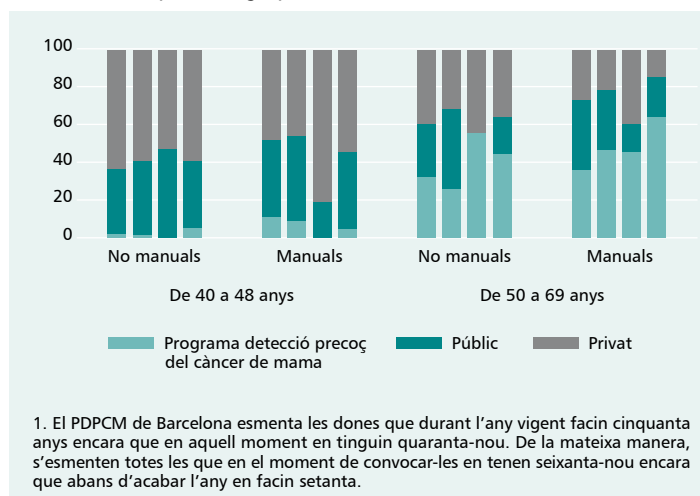
³² European Commission. *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. Fourth edition. Luxembourg. European Communities, 2006.

³³ Agència de Salut Pública de Barcelona. *Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama de Barcelona*, núm. 2. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006. www.aspb.es.

Pel que fa a la freqüència amb què les dones es controlen, en el cas de les de menys de cinquanta anys, entre el 69,5 i el 100% s'han fet una mamografia fa dos o menys anys, i el mateix passa en les de cinquanta a seixanta-nou anys, que diuen haver-se-la fet durant els dos últims anys entre el 95,4% i el 100%. Quant al lloc on es controlen, les dones de cinquanta a seixanta-nou anys que no presenten patologia i que acudeixen al sistema sanitari públic, haurien de fer-se les mamografies a través del Programa (figura 4).

S'observa que en el cas de les dones joves, entre el 48,1 i el 81,0% utilitzen la via privada. En el grup de dones de població diana del Programa, les que es controlen a través del Programa és molt variable. Per regla general, les dones de classe manual utilitzen més el programa, oscil·lant entre un 26,7% en les autòctones catalanes, i un 64,0% en les de PVD. Es constata de nou un important percentatge de dones que es continuen controlant per la via pública fora del Programa, percentatge que arriba al 42,9% en el cas de les dones de classe no manual autòctones nascudes fora de Catalunya.

Figura 4. Lloc de realització de les mamografies periòdiques segons lloc de naixement i classe social. Dones de quaranta a setanta anys. Percentatges estandarditzats per cada grup d'edat



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

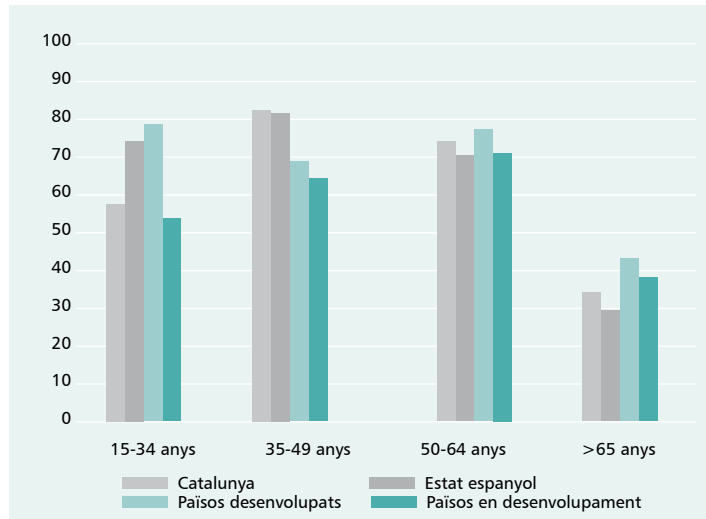
La realització de citologies

A Catalunya, el cribratge de càncer de cèrvix té un abordatge oportunista a causa de la baixa incidència d'aquest tumor, i es duu a terme des de la xarxa assistencial. D'altra banda, el coneixement del paper central del virus del papiloma humà (VPH) en aquest tipus de càncer, ha fet canviar els plantejaments quant a la freqüència adequada per fer-ne els controls, ja que darrerament s'estableix en efectuar una citologia cada tres anys en les dones d'entre 25 i 65 anys.

En la figura 5, s'observa que a Barcelona el nombre de dones que declaren fer-se citologies periòdiques atenent el seu país d'origen és variable segons els grups d'edat; però s'observa en tots que, tot i que no hi ha una tendència clara, són les dones provinents de PVD les que menys es controlen.

Si se centra l'atenció en les dones de 25 a 65 anys (taula 4), establertes com a població diana segons les darreres recomanacions de la Comissió Assessora del Cribratge del Càncer a Catalunya, i a més del país d'origen tenim en compte la classe social, es posa de manifest de nou la desigualtat de classe, especialment marcada en les dones estrangeres de PD i de PVD. El mateix s'observa quant a la freqüència recomanada, la qual cosa vol dir que les dones de classe manual es fan menys citologies que les dones de classe no manual, i entre el 44,8 i el 75,3%, amb una freqüència superior als tres anys màxims recomanats.

Figura 5. Dones que es fan citologies periòdiques per grup d'edat i lloc de naixement. Percentatges estandarditzats dins de cada grup d'edat



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Taula 4. Citologies periòdiques en dones de 25 a 65 anys o més segons lloc de naixement i classe social. Percentatges estandarditzats per edat

	Citologies periòdiques	
	No manuals	Manuais
Catalunya	81,4	71,3
Resta de l'Estat espanyol	82,8	76,1
Resta països desenvolupats	84,7	44,8
Països en vies de desenvolupament	82,9	62,2
Citologies cada tres anys o menys		
Catalunya	80,7	69,8
Resta de l'Estat espanyol	78,7	75,3
Països desenvolupats	84,7	44,8
Països en vies de desenvolupament	81,9	60,9

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006. ASPB.

Conclusions i recomanacions

Conclusions

Context

Durant els últims anys, la immigració ha augmentat de manera molt important, fins al punt que ha arribat a representar més del 16% de la població de Barcelona. Per regla general, les persones arribades de països rics són persones de nivells d'estudis alts i ubicats majoritàriament en les classes no manuals i que principalment viuen a les zones benestants de la ciutat. La majoria dels immigrants, però, provenen de països en vies de desenvolupament, ocupen llocs de treball manuals, majoritàriament tenen estudis primaris o inferiors, reben uns ingressos baixos i presenten pitjors condicions en l'habitatge quant a l'amuntament i l'habitabilitat.

Salut sexual i reproductiva

Quant a la salut reproductiva, les taxes d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) durant l'any 2005 van ser superiors en les dones nascudes en PVD, entre les quals destaquen les bolivianes i les romaneses. Quant a l'IVE de repetició, també és més freqüent en les dones de PVD. Són també les dones de PVD les que presenten les més elevades taxes de fecunditat i d'embarassos adolescents.

Les parelles de PVD tenen més embarassos no planificats i un ús més reduït dels serveis obstètrics, tot i que els resultats de l'embaràs són millors que els dels seus països d'origen i similars als de la població autòctona, cosa que tal vegada es podria explicar per la proporció inferior de tabaquisme en les dones i, com han indicat estudis anteriors, una més gran autocura i protecció de l'embaràs en l'entorn sociocultural de les comunitats d'immigrants^{34,35}. Tot i això, hi ha diferències molt importants segons el país d'origen en els diferents indicadors; així, quant al baix pes en néixer, es troben valors que oscil·len entre el 3,1% en els fills dels magribins i el 13,9 i el 10,6% en fills de romanesos i filipins, respectivament.

Addiccions

L'any 2007, el 64% de les persones que van acudir als centres de reducció de danys eren immigrants, principal-

ment del Magrib i d'Europa de l'est; en els consumidors d'heroïna, gairebé el 70% havien iniciat el consum després d'haver emigrat dels seus països.

Desigualtats en salut percebuda

Per regla general, s'han observat desigualtats en la salut de la població barcelonina: les dones i les persones de classes socials desfavorides presenten resultats en salut més dolents. Segons el país de naixement, el patró canvia segons el sexe. Els homes no mostren grans diferències, tot i que la majoria d'indicadors són millors en els nascuts en PD, sobretot pel que fa al patiment de trastorns crònics i la restricció de l'activitat, i en canvi la salut percebuda és pitjor en homes de PD de classe manual. En les dones es mostren, de manera consistent, desigualtats segons el país d'origen: les dones nascudes en PD han presentat millors resultats en salut, i les nascudes en PVD, pitjors, sobretot en salut mental; les dones nascudes a la resta de l'Estat espanyol són les que han declarat més trastorns crònics i restricció de l'activitat.

Cal destacar, però, que els resultats obtinguts per país d'origen canvien segons la classe social. En els homes s'observa que en la percepció de la salut i de la salut mental els nascuts en PD de classe manual presenten resultats més dolents, tot i que, com s'ha mencionat més amunt, el baix nombre d'efectius fa que s'hagi de ser molt curós en les conclusions. El patiment de trastorns crònics i la restricció de l'activitat per problemes de salut són més freqüents en els homes nascuts a Catalunya de classe manual.

En el cas de les dones, les nascudes a la resta de l'Estat espanyol de classe manual són les que presenten indicadors de salut més dolents, a excepció del risc de patiment psicològic, que és superior en les dones estrangeres de PVD.

Aquests resultats, igual que els d'estudis anteriors, suggereixen que la immigració no produeix per si mateixa un increment del risc de mala salut, sinó que la salut es relaciona sobretot amb l'experiència d'adaptació del procés migratori, i a les difícils condicions socials i econòmiques,

34 J. Fang, S. Madhavan i S.H. Alderman. "Low birth weight: Race and maternal nativity-impact of community income". *Pediatrics* (1999), 103: 43-48.

35 J.G. Ray, M.J. Vermeulen, M.J. Schull et al. "Results of the Recent Immigrant Pregnancy and Perinatal Long-term Evaluations Study (RIPPLES)". *CMAJ* (2007), 176: 1419-1426.

36 N. Krieger, D.L. Rowley, A.A. Herman, B. Avery i M.T. Phillips. "Racism, sexism, and social class: Implications for studies of health, disease, and well-being". *Am. J. Prev. Med.* (1993), 9 (6 supl.): 82-122.

que tenen un impacte en la salut tant de la població immigrada com de la població autòctona.³⁶

Malalties transmissibles

Un problema de salut important en els immigrants, sobretot dels PVD, són les elevades taxes de malalties infeccioses agudes, com ara la tuberculosi i la sida. Així, durant els anys 2005-2006 la incidència de casos de TBC més alta, la van presentar els homes immigrants, amb una taxa de 81,4 casos / 100.000 habitants, seguits per dones també immigrants, sent majoritàriament procedents de Llatinoamèrica i el subcontinent indi. De la mateixa manera, en el cas de la sida, s'ha produït un important ascens en la proporció de casos d'immigrants, passant de representar el 8,8% del total de casos l'any 1987 al 29,5% el 2006. La mateixa situació queda reflectida en el nombre de noves infeccions d'HIV.

Mortalitat

La població immigrant ha contribuït fins ara de manera marginal a la mortalitat a la ciutat de Barcelona, no sent la distribució d'edat més jove d'aquesta població l'únic factor explicatiu, ja que les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat són clarament inferiors a les dels autòctons. El fenomen migratori relativament recent, juntament amb la selecció d'individus sans que s'enfronten al procés migratori, podrien explicar aquesta diferència. Cal fer referència també al fenomen definit com a "biaix del salmó" com a possible factor a tenir en compte en la mortalitat dels immigrants, és a dir, el retorn al país d'origen de les persones amb malalties greus.³⁷ La més baixa mortalitat i la més alta esperança de vida de la població nascuda a l'estranger ja s'han descrit en la literatura nord-americana,³⁸ així com la convergència en salut, és a dir, l'augment de la morbiditat crònica en augmentar el temps de residència fins a nivells iguals o superiors als de la població autòctona.³⁹ Amb les dades de Barcelona, no s'ha pogut explorar l'efecte del temps de residència sobre la mortalitat. Tot i això, si es considera la nacionalització com a marcador de temps de residència, i tenint en compte l'alt pes dels immigrants amb nacionalitat espanyola en les defuncions d'aquest grup, és plausible hipotetitzar un augment de la mortalitat amb el temps de residència.

Serveis sanitaris

Quant a la cobertura sanitària, el 99% dels immigrants tenen cobertura sanitària pública, i les dones immigrants dels PVD són les que majoritàriament van al metge després de les autòctones nascudes fora de Catalunya, i també són les que més utilitzen les visites a urgències (del CAP principalment), sobretot les de classe manual, i observen el mateix patró de conducta en el consum de medicaments. D'altra banda, però, les visites a l'especialista són menys nombroses, sobretot en el homes de PVD i de classe manual. Són les persones immigrants les que millor valoren en general el sistema sanitari.

Quant a les activitats preventives, globalment estan més lligades a les persones de classe no manual sigui quin sigui el seu lloc de naixement, tot i que no s'aprecien patrons clars de conducta. És important destacar l'elevat nombre de dones de PVD que es fan mamografies de manera regular, i més marcadament en les classes no manuals, i l'important percentatge que ho fan a través del programa poblacional de cribratge existent a la ciutat. Aquestes desigualtats de classe s'observen també en la realització de citologies, i més marcadament en les dones estrangeres tant de PD com de PVD.

Perspectiva global

En general, sembla reflectir-se la càrrega cultural, així com el fet migratori com a factors que influeixen i defineixen els comportaments en salut, formant un entramat amb la classe social. Els indicadors socioeconòmics estudiats en l'ESB 2006 mostren que les diferències es mantenen estratificant per classe, de manera que dins d'una mateixa classe, tant la que agrupa les classes manuals com la que agrupa les no manuals, els immigrants dels PVD segueixen presentant pitjors indicadors socioeconòmics (habitatge, salaris, etc.). La migració per raons econòmiques no substitueix els ja clàssics eixos de desigualtat: la classe social i el gènere, sinó que s'hi suma.

Aquestes pitjors condicions de vida, tot i millorar relativament amb el temps d'estada, semblen reflectir-se en un empitjorament de l'estat de salut al llarg dels anys de residència per sota dels nivells de salut de la població autòctona; fet demostrat en estudis transversals⁴⁰ i longitudinals³⁹ nord-americans, i que les dades de l'ESB 2006

37 A. Palloni i E. Arias. "Paradox lost: Explaining the Hispanic adult mortality advantage". *Demography* (2004), 41 (3): 385-415.

38 G.K. Singh i B.A. Miller. "Health, Life Expectancy, and Mortality Patterns Among Immigrant Populations in the United States". *Can. J. Public Health* (2004), 95 (3): 114-21.

39 E. Ng, R. Wilkins, F. Gendron i J.M. Berthelot. *Dynamics of Immigrants' Health in Canada: Evidence from the National Population Health Survey*. Ottawa: Statistics Canada, 2005. Disponible a: <http://www.statcan.ca/english/research/82-618-MIE/2005002/pdf/82-618-MIE2005002.pdf>.

40 M.C. Uretsky i S.G. Mathiesen. "The Effects of Years Lived in the United States on the General Health Status of California's Foreign-Born Populations". *J. Immigr. Minor. Health* (2007), 9: 125-136.

semblen corroborar per al cas de la ciutat de Barcelona, tot i que, en tractar-se d'un estudi transversal i amb una mostra limitada, això no es pot concloure amb certesa.

Aquests resultats manifesten la necessitat d'accions de salut pública per millorar o prevenir el deteriorament de la salut de la població immigrada dirigint-se a aquests determinants lligats a la pobresa, tenint en compte els eixos de desigualtat de classe social, gènere i origen.

Recomanacions

Els resultats del present informe posen en relleu aspectes, alguns dels quals ja són coneguts, però ara objectivats a través de les dades obtingudes; s'han posat en evidència mancances que cal anar eliminant en la mesura del que sigui possible. Si bé en general es pot dir que les persones immigrants tenen uns indicadors de salut i d'ús de serveis força bons, es detecten determinats problemes importants en els quals cal incidir. Pel que fa a determinants, les dades posen en evidència la precarietat social i laboral en la qual es troben algunes persones tant immigrades com autòctones. Les principals recomanacions són les següents:

1. Reforçar el treball en matèria de salut reproductiva focalitzant en aquells col·lectius específics amb pitjors indicadors d'embaràs adolescent, i vetllant també pel correcte control de la salut del nadó i per l'atenció pediàtrica.
2. Donar suport a la integració i a l'acompanyament a les persones de PVD, no només des d'un punt de vista estrictament sanitari, sinó també donant suport a la creació de xarxes personals (no necessàriament del mateix lloc d'origen, sinó amb problemàtiques o característiques compartides) a fi de reduir l'estrès pel fet migratori i l'adaptació cultural.
3. Disminuir el nombre de persones immigrants que inicien el consum de drogues no institucionals un cop han emigrat, així com continuar treballant en els aspectes vinculats a la reducció de danys lligats al consum de drogues.
4. Millorar l'accés de les persones (accés en el sentit ampli) la xarxa sanitària en general i d'atenció primària en particular. Certament els serveis sanitaris actuals se senten desbordats, i reforçar-ne la xarxa requereix no tan sols més recursos, sinó també més temps per a la formació de personal, etc. I l'accés ha de ser àgil, per tal de no estimular les persones a anar tant a les urgències hospitalàries.
5. Donar a conèixer a les persones el correcte ús dels diferents serveis sanitaris existents al seu abast, entre d'altres, potenciant la figura dels mediadors culturals.
6. Donar suport als programes específics de detecció i control de les infeccions, com ara la tuberculosi i la infecció pel VIH-sida. L'augment de la població immigrant ha fet que cada cop s'observi més el patró epidemiològic dels països occidentals, on els immigrants aporten el 50% o més del total de casos.
7. Impulsar mesures intersectorials adreçades a millorar les condicions laborals de les persones en general, que comencen per disminuir la inestabilitat i la precarietat. Les persones immigrants contreen uns deures amb el seu país d'acollida, però aquest té l'obligació de vetllar pels seus drets. En general, les persones han de ser degudament formades en les tasques que han de dur a terme a la feina i els mecanismes per vetllar per la pròpia seguretat.
8. Aprofundir en el treball intersectorial amb altres àmbits de l'administració, com ara treball, habitatge, serveis socials, etc. Tal com mostra el model conceptual dels determinants de salut, per millorar la salut és necessari millorar les condicions de vida de les persones.
9. Reforçar i millorar els sistemes d'informació existents, de manera que permetin la monitorització i el seguiment dels principals indicadors de salut (incidint, sobretot, en la recollida de dades com ara el país de naixement, la nacionalitat, els anys que fa que la persona va emigrar i els que fa que viu al nostre país).
10. Impulsar estudis de recerca que aprofundeixin en el coneixement i les causes de les diferències i desigualtats en salut de la població immigrada.

La salut de la població immigrant de Barcelona



Si voleu obtenir còpies d'aquest informe o fer-nos arribar comentaris i suggeriments us podeu adreçar a:

Rosa Puigpinós i Riera
Agència de Salut Pública de Barcelona
Pl. Lesseps 1
08023 Barcelona
Tel.: 93 238 45 45
Fax: 93 217 31 97
Correu electrònic: rpuigpi@aspb.cat

També es pot descarregar aquest informe de la pàgina web de l'ASPB: www.aspb.cat



Si voleu citar dades d'aquest informe, us preguem ho feu de la següent manera:

La salut de la població immigrant de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

