

Informe de la Inclusió Social a Espanya

l'Obra Social, ha treballat per desenvolupar actuacions que permetessin l'impacte més ampli possible. En resposta a aquesta més necessitat, s'ha dut a terme un esforç important i diverses actuacions socials. Entre altres actuacions, s'ha ampliat el programa de foment de l'èxit escolar, s'ha inaugurat un nou hospital de la Carxa d'Hospitals Caixa Catalunya i s'està treballant en el disseny d'un nou programa de lluita contra l'atur. En conjunt, es destinaran al llarg del 2009 milions d'euros a actuacions de càrrec social. L'any 2008, l'Obra Social de Catalunya va reprendre la línia de recerca sobre inclusió social que havia començat el 2001 amb els informes de La pobresa a Catalunya. Aquest informe va rebre una bona acollida entre mitjans de comunicació, administracions públiques, universitats i ONG. El llibre que teniu a les mans és la continuació d'aquest projecte de recerca sobre inclusió social. L'Informe de la Inclusió Social a Espanya 2008 opta per un enfocament multifactorial de l'exclusió social i se centra en els àmbits de la presència de les cares tradicionals de la pobresa i dels nous perfils d'exclusió.

2009

**Informe de la
Inclusió Social
a Espanya 2009**

INFORME DE LA INCLUSIÓ SOCIAL A ESPANYA 2009

Edita:

Fundació Caixa Catalunya
Antoni Maura, 6 – 08003 Barcelona

Direcció científica: Pau Marí-Klose

Autors/es: Pau Marí-Klose, Marga Marí-Klose, Francisco J. Granados, Carme Gómez-Granell, Àngel Martínez (investigadors/es de l'Institut d'Infància i Món Urbà, CIIMU).

Anàlisi estadística: Francisco J. Granados, Marga Marí-Klose, Alba Lanau.

Correcció de textos: Sandra Escapa, Silvia Claveria, Alba Lanau, Dolors León, Albert Arcarons, ECOS SCCL

Disseny i maquetació: SUBJECT, màrqueting social, SCP

Impressió: AMPANS-Servei d'impremta

Agraïments:

Volem agrair els següents organismes públics per posar les seves dades a disposició de les recerca social: Institut Nacional d'Estadística, Centre d'Investigacions Sociològiques, Institut de la Joventut, Ministeri de Treball i Immigració, Eurostat, Ministeri de Sanitat i Polítiques Socials, OCDE, Ministeri d'Educació, Institut d'Infància i Món Urbà.

Fundació Caixa Catalunya
Número de registre editorial 1535/76
Setembre de 2009

Dipòsit legal: B-33.430-2009
ISBN: 978-84-92721-07-8
Imprès en paper ecològic 75%

Aquesta obra està sota una llicència de Reconeixement-No comercial 3.0 Espanya de Creative Commons. La llicència es pot consultar a:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/es/legalcode.ca>

S'autoritza la reproducció total o parcial d'aquest llibre sempre que se'n faci constar el títol, l'autoria i l'editor i no s'utilitzi per obtenir beneficis comercials.

INFORME DE LA INCLUSIÓ SOCIAL A ESPANYA 2009

Pàg. 299, 21 cm

Títol al llom: Informe de la Inclusió Social a Espanya

ISBN: 978-84-92721-07-8

I. Fundació Caixa Catalunya. II. Caixa Catalunya. III. Títol: Informe de la inclusió social a Espanya 2009

II.Espanya – Catalunya – Inclusió social

ÍNDEX

| | |
|--|------------|
| 1. PRESENTACIÓ | 5 |
| 2. L'INFORME DE LA INCLUSIÓ 2008: SÍNTESIS DELS PRIMERS RESULTATS | 7 |
| 2.1 L'exclusió social en un escenari canviant | 9 |
| 2.2. Les cares de la crisi | 13 |
| 3. SALUT I EXCLUSIÓ | 19 |
| 3.1 Els efectes de l'exclusió social sobre la salut | 19 |
| 3.2 Els efectes de la salut sobre l'exclusió social | 23 |
| 3.3 La salut com a fenomen multidimensional | 26 |
| 3.4 Capital social i salut | 29 |
| 4. LA SALUT A ESPANYA | 33 |
| 4.1 La salut dels espanyols des d'una perspectiva comparada | 34 |
| 4.2 Distribució geogràfica de la salut a Espanya | 53 |
| 5. LA SALUT I LES SEVES DETERMINANTS SOCIALS | 67 |
| 5.1 Desigualtats de salut en la infància i adolescència | 79 |
| 5.2 Desigualtats de salut a la joventut | 105 |
| 5.3 Desigualtats de salut en la vida adulta | 122 |
| 5.4 Desigualtats de salut de la gent gran | 143 |
| 5.5 Les conseqüències econòmiques d'una mala salut | 160 |
| 5.6 Acumulació de riscos i exclusió social | 166 |
| 5.7 Recapitulació | 172 |
| 6. EDUCACIÓ I EXCLUSIÓ | 175 |
| 6.1 Educació i riscos socials | 175 |
| 6.2 Factors de desigualtat i vulnerabilitat educativa | 181 |



| | |
|---|------------|
| 7. VULNERABILITAT EDUCATIVA A ESPANYA | 187 |
| 7.1 L'expansió educativa a Espanya: perspectives comparades | 187 |
| 7.2 L'expansió educativa a Espanya: protagonistes de l'èxit educatiu | 192 |
| 7.3 Les noves cares del fracàs educatiu | 195 |
| | |
| 8. DETERMINANTS DE LA DESIGUALTAT EN L'ÀMBIT EDUCATIU | 201 |
| 8.1 Accés a l'educació en l'etapa preescolar | 202 |
| 8.2 Rendiments en competències clau en l'educació secundària obligatòria | 206 |
| 8.3 Abandonament escolar prematur | 225 |
| 8.4 Transició de l'escola al treball | 231 |
| 8.5 Aprenentatge al llarg de la vida | 250 |
| 8.6 Recapitulació | 257 |
| | |
| 9. CONCLUSIÓ | 259 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 265 |
| | |
| ANNEXES METODOLÒGICS | 281 |
| Annex 1. Fitxa tècnica | 281 |
| Annex 2. Indicadors d'exclusió econòmica i laboral per Comunitat Autònoma | 287 |

1. PRESENTACIÓ

Caixa Catalunya, des de la seva Obra Social, ha dut a terme actuacions innovadores en l'àmbit social que permetessin l'impacte més ampli possible. Enguany, en un context de més necessitat, s'ha dut a terme un esforç important per potenciar els programes socials. Entre altres actuacions, s'ha ampliat el programa d'habitatge social i el programa de foment de l'èxit escolar, s'ha inaugurat un nou hospital de la Xarxa d'Hospitals Caixa Catalunya i s'està treballant en el disseny d'un nou programa de lluita contra l'atur. En conjunt, es destinaran al llarg del 2009 37 milions d'euros a actuacions de caire social.

L'any 2008, l'Obra Social de Caixa Catalunya va reprendre la línia de recerca sobre inclusió social que havia començat l'any 2001 amb els informes de La pobresa a Catalunya. Aquest informe va tenir molt bona acollida entre mitjans de comunicació, administracions públiques, entitats i ciutadans. El llibre que teniu a les mans és la continuació d'aquest projecte d'anàlisi de la realitat social.

L'Informe de la inclusió social a Espanya 2008 optava per una perspectiva multifactorial de l'exclusió social i se centrava en els àmbits econòmic i laboral. Recollia la presència de les cares tradicionals de la pobresa (persones grans, dones...) però identificava nous perfils d'exclusió: els infants, i especialment els nouvinguts, apareixien com els més afectats. En el mercat laboral, els joves i també els immigrants pateixen més vulnerabilitat, segons l'estudi.

L'Informe de la inclusió social a Espanya 2009 actualitza els indicadors més rellevants dels analitzats el 2008 i incorpora un estudi detallat de dues noves perspectives de l'exclusió social, la salut i l'educació. L'anàlisi des del punt de vista sanitari ha estat poc freqüent encara a Espanya i aporta conclusions noves i rellevants. L'exclusió en el sistema educatiu s'ha orientat des de la perspectiva de l'estudi de les causes per tal d'orientar els programes de lluita contra el fracàs escolar. En aquest aspecte, apareix que el factor més rellevant per determinar l'èxit educatiu és la incidència en l'entorn, la família.

De nou, l'objectiu d'aquest informe és conèixer millor la realitat que ens envolta, el perfil de les persones més vulnerables i les causes i circumstàncies de l'exclusió social. Desitgem que la informació que conté permeti el disseny de pràctiques d'inclusió social innovadores, que redueixin les desigualtats en salut i en educació.

Aquesta publicació no hauria estat possible sense la col·laboració de moltes persones que mereixen un sincer agraïment per la feina feta. Esperem que aquesta publicació sigui d'interès per a les institucions i ciutadans que treballen per la millora de les condicions de vida dels més vulnerables i sobretot que aportin elements per a la construcció d'una societat més equitativa.

Narcís Serra i Serra
President de Caixa Catalunya



2. L'INFORME DE LA INCLUSIÓ 2008: SÍNTESIS DELS PRIMERS RESULTATS

Els pobres canvien, la pobresa és la mateixa. En un context social canviant, marcat per transformacions profundes en el mercat de treball, en l'estructura familiar i en les dinàmiques de relació entre els seus membres, així com per l'expansió de l'Estat del benestar, el perfil de les persones afectades per situacions de vulnerabilitat també s'ha vist alterat. Tradicionalment, les situacions de vulnerabilitat s'havien concentrat en les edats més avançades, provocades per restriccions en la participació en el mercat de treball (per malaltia, discapacitat, atur o abandonament) o la viduïtat de les dones que es van mantenir desvinculades de l'àmbit laboral. La principal forma d'exclusió era l'econòmica. A les societats postindustrials, la desigualtat de rendes no és l'únic, ni probablement el més determinant, dels eixos generadors de vulnerabilitat i d'exclusió social. L'exclusió social ha deixat de ser una condició fixa o una característica personal o d'un col·lectiu per convertir-se en un risc associat a determinades etapes del cicle de vida que exposen les persones que les travessen a situacions de més precarietat. Tal com vam poder evidenciar en l'*Informe de la inclusió 2008*, aquesta nova lògica de l'exclusió ha rejuenit notòriament el perfil de la vulnerabilitat social. La infància i la transició a la vida adulta són, en aquest sentit, noves etapes de risc. En l'actualitat, les dinàmiques d'exclusió tenen a veure, moltes vegades, amb processos de formació de la família, l'estructura de la llar, les condicions d'accés i de permanència en el mercat de treball, a més de la capacitat per conciliar les demandes de l'esfera personal, familiar i laboral.

En el nostre país, durant el cicle d'expansió econòmica, l'exclusió ha adquirit noves cares, però la pobresa segueix sent la mateixa. Paradoxalment, l'expansió econòmica, i la creació d'ocupació que aquesta ha propiciat, no ha portat per ella mateixa una reducció de la taxa de pobresa (s'ha mantingut durant tot el període al voltant del 20%). L'increment de la participació laboral de determinats col·lectius (especialment de les dones) i la intensificació de la vinculació de les llars al món del treball han reduït alguns riscos d'exclusió econòmica associats a la pèrdua de l'ocupació. Tot i així, participar en el mercat de treball no garanteix el benestar si les condicions del treball són precàries. La precarietat de l'ocupació i els baixos salaris –que han proliferat en un context d'expansió econòmica– provoquen que la pobresa no s'associï solament a la inactivitat, sinó que afecti cada vegada més la població treballadora (*working poor*). Els riscos d'atur, d'inestabilitat laboral i de baixa remuneració es distribueixen de forma desigual entre la població, i es concentren intensament en els col·lectius més joves (paradoxalment la generació amb els nivells més alts de formació). A aquest cúmul de paradoxes, cal afegir-ne una més: els joves representen el grup d'edat amb les taxes més baixes de pobresa relativa. El “coixí familiar”, que

L'exclusió social ha deixat de ser una condició fixa o una característica personal o d'un col·lectiu per convertir-se en un risc associat a determinades etapes del cicle de vida que exposen les persones que les travessen a situacions de més precarietat.

En el nostre país, durant el cicle d'expansió econòmica, l'exclusió ha adquirit noves cares, però la pobresa segueix sent la mateixa. Paradoxalment, l'expansió econòmica, i la creació d'ocupació que aquesta ha propiciat, no ha portat per ella mateixa una reducció de la taxa de pobresa.

Les etapes del cicle vital on es concentra l'exclusió econòmica a Espanya són fonamentalment tres: infància, joventut i ancianitat.

La distribució dels recursos públics presenta un biaix d'edat.

L'exclusió econòmica i laboral que afecta els sectors més joves de la societat pot ser una forma de limitar-ne el benestar i les oportunitats vitals, però també una forma d'hipotecar el nostre futur com a societat. Els nous riscos socials requereixen noves respostes polítiques.

ha permès esmorteir situacions de vulnerabilitat social dels joves, amb l'ajornament de la seva emancipació, ha actuat com una mànec que fa invisible una dependència residencial i econòmica intensa. En un exercici de simulació realitzat en l'*Informe de la inclusió social 2008*, vam descobrir que si els joves que viuen amb els seus pares s'emancipessin comptant únicament amb els seus ingressos salarials, 2 de cada 10 serien pobres (si a més a més es compten els costos que suposaria fer-se càrrec d'una hipoteca o lloguer de l'habitatge, en serien 4 de cada 10). Si optessin per un model d'emancipació clàssic (de convivència matrimonial en què només un cònjuge treballa), 4 de cada 10 joves se situarien per sota del llindar de la pobresa (si a més a més es descompten els costos de l'habitatge, el risc de pobresa arribaria al 70% d'aquests joves).

Les etapes del cicle vital on es concentra l'exclusió econòmica a Espanya són fonamentalment tres: infància, joventut i ancianitat. Les respostes públiques per corregir la vulnerabilitat en aquestes etapes són de diferent natura. Encara que s'hagi produït una expansió de les polítiques públiques al nostre país que ha contribuït a *desfamiliaritzar* fins a cert punt la provisió de béns i serveis a persones en situació de necessitat, el grau de desfamiliarització no és el mateix en totes les edats. La distribució dels recursos públics presenta un biaix d'edat. La creixent autonomia social i econòmica de la població d'edat avançada és un reflex de la concentració de les partides de despesa social en aquelles polítiques orientades preferentment cap a les persones grans: pensions i atenció sanitària. La inversió pública en aquesta etapa del cicle de vida ha permès reduir les formes més intenses de pobresa. En canvi, la inversió pública orientada a polítiques destinades a la infància (educació i polítiques familiars i de suport a la infància) és baixa. També són escassos els recursos destinats a programes orientats preferentment a joves, i que poden facilitar-ne l'emancipació econòmica i residencial. Així, la despesa pública dedicada a les polítiques actives d'ocupació i a les polítiques d'habitatge està molt per sota de la que realitzen la majoria dels països europeus. La realitat s'imposa: Espanya és, a dia d'avui, el país de la UE15 amb les taxes més altes de pobresa infantil, i on l'edat d'emancipació dels joves es retarda més.

L'exclusió econòmica i laboral que afecta els sectors més joves de la societat pot ser una forma de limitar-ne el benestar i les oportunitats vitals, però també una forma d'hipotecar el nostre futur com a societat. Els nous riscos socials requereixen noves respostes polítiques. Un diagnòstic basat en l'evidència empírica és un primer pas per abordar aquest repte.

2.1. L'exclusió social en un escenari canviant

L'emergència de nous riscos socials, la interacció entre aquests, així com la complexitat dels ja existents requereixen instruments adequats per a la seva detecció i anàlisi. El nostre propòsit en aquest informe, i en l'anterior, ha estat analitzar l'exclusió social des d'una triple perspectiva: l'exclusió en el cicle de vida, la consideració de la multidimensionalitat del fenomen, i la diversificació dels indicadors per mesurar-la.

El cicle vital com una eina d'aproximació a l'estudi de la realitat permet identificar episodis i etapes de la vida en els quals es concentra un risc d'exclusió més gran. La creixent desestandardització de les biografies personals contribueix a la diversificació dels riscos, a la seva aparició en diverses fases, amb diferents durades i intensitats. El matrimoni, igual que el treball, ja no és per a tota la vida. Les situacions en què les persones conviuen en parella, es casen, es divorcien, troben una feina i la perden, poden esquitjar diferents moments de les seves trajectòries vitals. Les *transicions vitals* concentren molts dels riscos de vulnerabilitat social: l'emancipació, la formació de la família, el divorci o trencament de la parella, l'accés o el manteniment en el mercat de treball. En cadascuna d'aquestes circumstàncies, l'exclusió pot cristal·litzar de forma heterogènia. Els problemes i les dificultats afecten diversos àmbits: treball, educació, salut, habitatge, integració social. Els dèficits i les mancances no es presenten sempre conjuntament, ni es donen amb intensitats similars. Les *causes i els desencadenants* que expliquen o precipiten els processos d'exclusió social són també diversos. En uns casos, és fàcil identificar conductes individuals, com l'addicció a determinades substàncies o la comissió d'un delictes (el que no nega que aquestes conductes estiguin alhora socialment condicionades), associades al fenomen. En uns altres, l'exclusió està lligada a la configuració dels drets de ciutadania i als dispositius de protecció social, que condemnen a la marginalitat les persones que no gaudeixen de certs drets bàsics (com el de tenir una ocupació legal) o no poden accedir a una prestació adequada en cas de necessitat (perquè, per exemple, la seva trajectòria laboral no és suficientment llarga o s'ha desenvolupat en el sector informal). El mercat de treball segueix sent l'origen de moltes formes d'exclusió, però no és ni de bon tros l'únic. L'àmbit familiar i domèstic es configura cada vegada més com el desencadenant de molts processos d'exclusió. Les ruptures familiars són episodis d'enorme rellevància per entendre algunes de les principals dinàmiques d'exclusió en les societats postindustrials. De vegades, els processos d'exclusió vénen agreujats per la dificultat de conciliar la vida familiar i la laboral (horaris asocials, escassetat de serveis públics d'atenció a la infància, etc.). El risc d'exclusió es distribueix, per tant, de forma desigual en la població, afecta de forma canviant les persones, i sol produir-se en diferents àmbits, ja sigui de forma aïllada o, més habitualment, en combinació, sobreposant-se diverses formes de vulnerabilitat.

El nostre propòsit en aquest informe, i en l'anterior, ha estat analitzar l'exclusió social des d'una triple perspectiva: l'exclusió en el cicle de vida, la consideració de la multidimensionalitat del fenomen, i la diversificació dels indicadors per mesurar-la.

Les *transicions vitals* concentren molts dels riscos de vulnerabilitat social: l'emancipació, la formació de la família, el divorci o trencament de la parella, l'accés o el manteniment en el mercat de treball.

És precisament el caràcter multidimensional i, en el pitjor dels casos, acumulatiu de l'exclusió social el que ens duu a abordar aquest fenomen de forma integral en tres informes anuals: en l'informe de 2008, l'exclusió econòmica i laboral; en el de 2009, la sociosanitària i educativa, i, finalment, en el de 2010, l'exclusió social dels drets de ciutadania, dels vincles socials i de l'accés a l'habitatge. En cada volum s'aborda de forma més específica dues dimensions de l'exclusió. Però, tal com vam poder demostrar en l'informe previ, els àmbits d'exclusió estan estretament interconnectats. Per aquest motiu, la nostra tasca en aquest segon volum és –a més d'analitzar les formes d'exclusió en salut i educació– la de construir sobre fonaments ja existents. Per tant, revisarem i actualitzarem algunes de les principals variables d'exclusió econòmica i laboral, però també tractarem de desxifrar la interconnexió entre els diferents àmbits d'exclusió.

En els últims mesos, l'escenari social del nostre país, així com el de les societats de tot el món, queda fortament condicionat per la crisi financera global i la desacceleració de l'activitat econòmica que ha propiciat. Segons l'últim *Boletín Económico* publicat pel Banc d'Espanya, el producte interior brut ha retrocedit en el primer trimestre de 2009 un 2,9% respecte del mateix trimestre de l'any anterior. En aquest context de creixement negatiu, els registres de l'ocupació també han presentat una evolució negativa. Al primer trimestre de 2009, l'“Encuesta de Población Activa” (EPA) registra un descens en l'ocupació del 6,4%. La taxa d'atur arriba al 17,4%. Tenint en compte que els salaris suposen una de les fonts d'ingressos més importants de les llars, caldrà veure quin efecte pot tenir aquesta situació sobre les taxes de pobresa. En aquest context, resulta difícil conèixer la magnitud de les conseqüències de la crisi sobre el risc de pobresa. Les dades més recents per obtenir la taxa de pobresa relativa provenen de l'“Encuesta de Condiciones de Vida” de 2007 (ECV). Aquestes dades ofereixen una imatge gairebé calcada de la que vam obtenir en l'*Informe de la Inclusió Social 2008*. El percentatge de persones que es troba per sota del llindar de la pobresa moderada a Espanya és del 19,7% –només dos dècimes per sota de la de l'any anterior.¹

El risc d'exclusió es distribueix de forma desigual al llarg del cicle de vida. Tal com es pot veure en el Gràfic 2.1, la pobresa moderada dibuixa una distribució bimodal que concentra els riscos d'exclusió econòmica més grans en els dos extrems del cicle de vida: infància i ancianitat. Les persones entre 3 i 25 anys i les majors de 65 tenen taxes de pobresa moderada per damunt de la mitjana espanyola. No obstant això, la intensitat de la pobresa que afecta

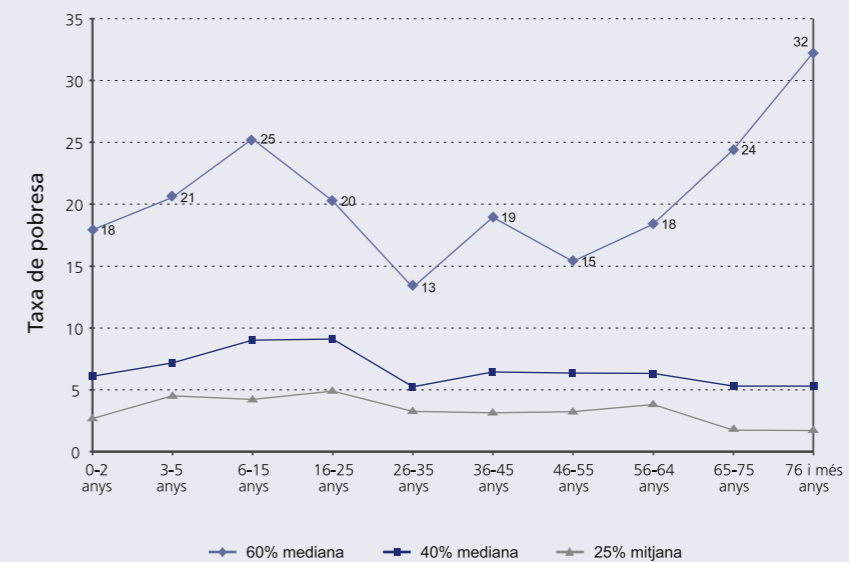
1. A l'Informe de la Inclusió Social 2008 optem per utilitzar diversos llindars de pobresa relativa. Quan es tracta d'indicadors per mesurar la pobresa relativa, seguint les recomanacions d'organismes internacionals (Eurostat, OCDE), així com de reconeguts analistes en l'estudi de l'exclusió, “more than one is best!” (Bradshaw, 2001). Per això utilitzem tres llindars: el 60% de la mediana dels ingressos equivalents o pobresa moderada (que correspon a llars formades per un sol adult que disposen de menys de 7.203 euros anuals); el 40% de la mediana dels ingressos equivalent o pobresa alta (4.576 euros anuals); i el 25% de la mitjana o pobresa severa (3.264 euros anuals).

L'escenari social del nostre país, així com el de les societats de tot el món, queda fortament condicionat per la crisi financera global i la desacceleració de l'activitat econòmica que ha propiciat.

La pobresa moderada dibuixa una distribució bimodal que concentra els riscos d'exclusió econòmica més grans en els dos extrems del cicle de vida: infància i ancianitat.

cadascun d'aquests grups d'edat varia de forma considerable. Si bé el risc de pobresa moderada afecta 3 de cada 10 persones de 75 o més anys, la pobresa alta i severa en aquest grup d'edat és una de les més baixes, amb un 5,3% i un 1,7%, respectivament. En canvi, entre les persones de 16 i 25 anys la taxa de pobresa alta pràcticament duplica la de les persones ancianes (9,1%), i la pobresa severa gairebé la triplica (4,9%).

Gràfic 2.1. Taxes de pobresa (moderada, alta i severa) segons grups d'edat. Espanya 2007



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ECV_2007, INE.

Però la renda de la llar no recull tots els aspectes relacionats amb el nivell de vida de les persones. Les llars poden tenir necessitats diverses que canvien amb el cicle familiar, o fins i tot poden disposar de recursos que no s'inclouen en els mesuraments convencionals de la riquesa de les llars. Per això, des de fa anys, el mesurament de l'exclusió econòmica té en compte altres dimensions que van més enllà de la manca de recursos econòmics. Entre els indicadors alternatius a la renda, o que es combinen amb la renda, s'inclou la capacitat d'afrentar despeses imprevistes, la privació de béns de consum bàsic, la percepció que les despeses de la llar representen una càrrega molt pesant, les condicions de l'habitatge, o l'impacte del cost de l'habitatge en la renda de la llar.² Aquest últim indicador és especialment rellevant

2. A l'Annex es poden consultar alguns d'aquests indicadors de privació i pobresa per comunitat autònoma (CA).

Si bé el risc de pobresa moderada afecta 3 de cada 10 persones de 75 o més anys, la pobresa alta i severa és una de les més baixes, amb un 5,3% i un 1,7%, respectivament. En canvi, entre les persones de 16 i 25 anys la taxa de pobresa alta pràcticament duplica la de les persones ancianes (9,1%), i la pobresa severa gairebé la triplica (4,9%).

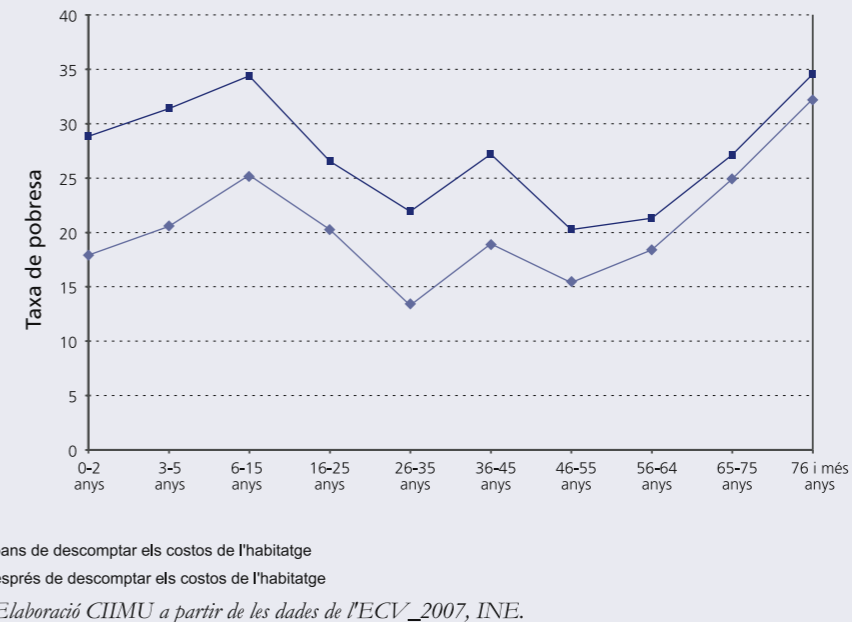
ja que es tracta d'una despesa bàsica que afronten la majoria de llars i que pot influir enormement sobre la capacitat financera de les famílies, creant les condicions que afavoreixen la privació.³ La càrrega financera associada a pagaments per l'habitatge pot variar de forma considerable per a persones que es troben, d'altra banda, en circumstàncies similars (per exemple, pensionistes que han amortitzat totalment la seva hipoteca i pensionistes que estan pagant un lloguer) sense que aquestes persones tinguin la capacitat per canviar aquesta situació. És per això, que un dels indicadors més precisos per mesurar el risc de precarietat econòmica es basa en el càlcul de la renda després de deduir-ne el cost de l'habitatge.

El Gràfic 2.2 presenta els riscos de pobresa calculats amb el llindar abans i després de descomptar els costos de l'habitatge. Tal com ja vam poder observar en l'informe anterior, l'impacte del pagament d'hipoteques i de lloguers és considerable, i molt més en les llars on viuen menors d'edat. Així, per exemple, el risc de pobresa passa d'afectar 2 de cada 10 nens de 3 a 5 anys a fer-ho a 3 de cada 10 després de descomptar de la renda de la llar els costos que suposa l'habitatge. Els efectes dels costos de l'habitatge també són bastant importants per als joves en les edats que té lloc la majoria d'episodis d'emancipació (de 26 a 35 anys), en aquest punt es produeix un increment de 9 punts percentuals en la taxa de pobresa. En un context d'elevats preus de l'habitatge (que representen una part substancial dels ingressos de les llars encapçalades per joves) i gran inestabilitat laboral, l'emancipació es converteix en una transició vital amb alt risc d'exclusió. A edats més avançades, l'impacte dels costos de l'habitatge es redueix significativament. Això és a causa, d'una banda, que les rendes disponibles són més elevades i, de l'altra, que la càrrega de les quotes de la hipoteca és proporcionalment més baixa (generalment, els pisos es van comprar en el passat a preus més assequibles i el préstec s'ha amortitzat parcial o totalment). Entre les persones ancianes, que viuen majoritàriament en habitatges de propietat sense cap càrrega hipotecària, l'impacte dels costos d'habitatge sobre els riscos de pobresa és poc significatiu. Descomptant els costos de l'habitatge, els riscos de pobresa es redistribueixen cap a les etapes primerenques de la vida.

3. En edicions anteriors de l'“Encuesta de Condiciones de Vida” de PINE es disposava de la informació sobre el lloguer de l'habitatge ocupat, però no sobre la quota de la hipoteca. En aquesta edició (ECV, 2007) a més de l'import mensual del lloguer, l'enquesta recull l'import de l'últim rebut mensual del préstec sol·licitat per a la compra de l'habitatge principal. A l'Informe de la Inclusió Social a Espanya 2008 (p. 90) analitzem l'ECV de 2006. Per això, per estimar el valor de les quotes d'hipoteca que paguen les famílies utilitzem informació provinent de l'“Encuesta Financiera de las Familias” (2002) del Banc d'Espanya, on s'ofereixen les dades sobre les quotes de la hipoteca. Amb aquesta informació imputem els costos de l'habitatge a les llars entrevistades en l'“Encuesta de Condiciones de Vida 2006” que tenen una hipoteca i estimem la magnitud dels pagaments que farien si es mantinguessin constants les relacions entre la quota de la hipoteca (variable dependent) i un conjunt de variables explicatives (edat, renda total de la llar, anys que fa que es té la hipoteca i nombre de persones a la llar). Aquesta imputació es va basar en els resultats d'un model de regressió múltiple realitzat amb les dades de 2002 que ens va permetre obtenir els coeficients que relacionen les variables explicatives amb les quotes d'hipoteca que paguen les llars i fer seguidament prediccions “simulades” amb les dades de l'“Encuesta de Condiciones de Vida 2006”. Seria bo assenyalar que els resultats que es van obtenir són molt similars als que s'extreuen aquest any disposant de la dada sobre la quota de la hipoteca en la mateixa enquesta.

L'impacte del pagament d'hipoteques i de lloguers és considerable, i molt més en les llars on viuen menors d'edat.

Gràfic 2.2. Taxes de pobresa (60% mediana) abans i després de descomptar els costos de l'habitatge segons grups d'edat. Espanya 2007



2.2. Les cares de la crisi

La principal font de renda de les famílies és la derivada de la seva participació en el mercat de treball. En un context de brusc descens de l'ocupació, com el que ha tingut lloc en l'últim semestre de 2008 i primer de 2009, és lògic pensar que les rendes de moltes llars s'hagin ressentit, i que hagi augmentat com a conseqüència el risc de precarietat. No obstant això, no resulta fàcil estimar aquest impacte degut a la manca de dades actualitzades sobre els ingressos de les llars, no disponibles de moment. L'exclusió laboral d'algun membre de la llar no té el mateix impacte en totes les llars. Tampoc afecta tots els grups sociodemogràfics de la mateixa manera.

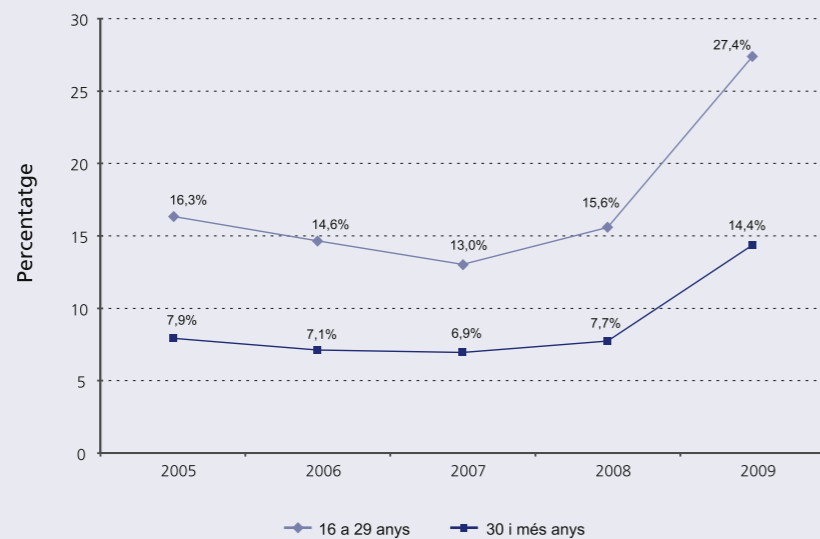
La població jove és un dels col·lectius més perjudicats en la nova conjuntura econòmica. En el breu espai d'un any, el volum de persones menors de 30 anys a l'atur ha augmentat gairebé 12 punts percentuals (un increment del 76%). La seva taxa d'atur se situa a final de març de 2009 en el 27,4%, quan en el primer trimestre de 2007 havia registrat el valor més baix des de l'inici de la transició (13%). Les conseqüències de la crisi laboral poden ser especialment lesives per als joves que han accedit recentment a l'emancipació. Des de començament d'aquest segle,

La població jove és un dels col·lectius més perjudicats en la nova conjuntura econòmica. En el breu espai d'un any, el volum de persones menors de 30 anys a l'atur ha augmentat gairebé 12 punts percentuals (un 76%).

en un context d'expansió econòmica, i a pesar del cost creixent d'accés a l'habitatge per als joves, les taxes d'emancipació havien anat augmentant fins a arribar al 29,7% dels joves de 16 a 29 anys en el tercer trimestre de 2008. Des de final de 2008 la tendència s'ha invertit, encara suaument (se situa en el 29,3% en el primer trimestre de 2009). La creixent precarietat laboral i la contracció del crèdit hipotecari torpedegen el seu accés a l'habitatge. Al mateix temps, ha augmentat el nombre de joves emancipats que s'han quedat sense feina (en l'últim any s'ha incrementat en un 78%) (Injuve, 2009). La falta d'oportunitats laborals pot representar un contratemps important per un col·lectiu amb un accés limitat a les prestacions contributives d'atur (a causa del fet que busquen la seva primera ocupació o que la durada de les seves trajectòries laborals és massa curta). Segons dades de l'ECV 2007 (elaboració pròpia), només el 14,7% dels joves aturats han rebut una prestació d'atur durant l'últim any.⁴ A més a més, s'ha de tenir en compte que, en molts casos, la precarietat econòmica en llars encapçalades per joves no té només conseqüències per a ells, sinó també per als menors que tenen al seu càrrec.

La precarietat econòmica en llars encapçalades per joves no té només conseqüències per a ells, sinó també per als menors que tenen al seu càrrec.

Gràfic 2.3. Evolució de la taxa d'atur de les persones menors de 30 i les de 30 o més anys (Espanya 2005-2009)

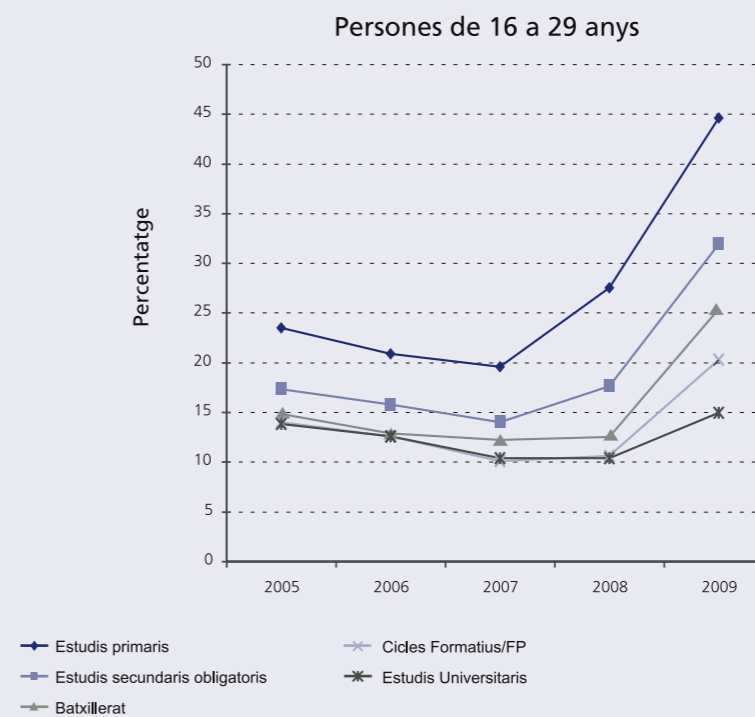


Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de la EPA, 1r trimestre 2005-2009, INE.

4. En comparació, han rebut prestació per atur el 37,4% de les persones aturades de 30 a 44 anys, i el 49% de les persones aturades de 45 a 64.

El segon col·lectiu que ha vist empitjorar la seva situació laboral són les persones amb baixa formació. Tal com es pot observar al Gràfic 2.4, les persones amb educació primària tenen taxes més altes d'atur que les que tenen educació universitària, tant entre els joves com entre les persones de 30 o més anys. La crisi ha contribuït a accentuar les desigualtats, especialment entre els joves. Mentre en etapes de bonança econòmica les bretxes en les taxes d'atur eren petites (aproximadament 10 punts entre joves amb estudis superiors i joves amb estudis primaris), els efectes de la crisi sobre l'atur s'han concentrat en les persones amb un nivell d'estudis inferior i contractes flexibles: la diferència en les taxes d'atur dels joves amb estudis superiors i els que tenen estudis primaris se situa en el primer trimestre de 2009 en els 30 punts percentuals. Entre les persones de 30 o més anys, les diferències també han augmentat, encara que significativament menys, probablement gràcies a la natura dels contractes de què gaudeixen la majoria de les persones a aquestes edats (que dificulten l'acomiadament), independentment del seu nivell educatiu.

Gràfic 2.4.a. Evolució de la taxa d'atur segons grup d'edat i nivell d'estudis (Espanya 2005-2009)

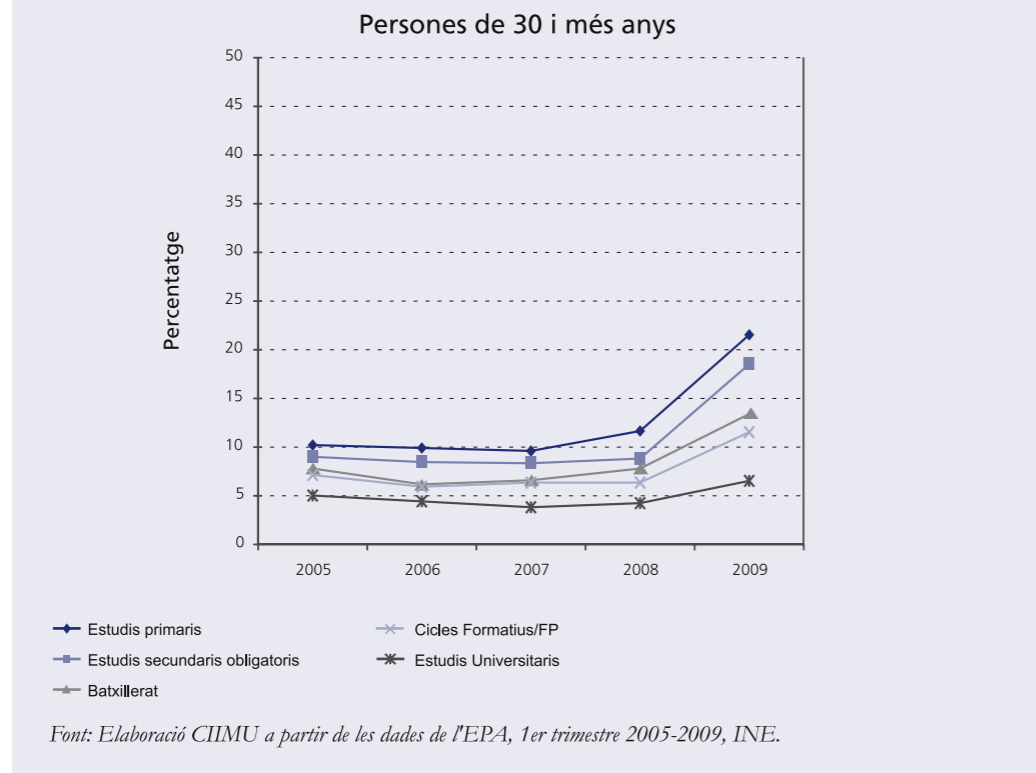


Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'EPA, 1er trimestre 2005-2009, INE.

El segon col·lectiu que ha vist empitjorar la seva situació laboral són les persones amb baixa formació.

L'atur és més freqüent en les persones provinents de països menys desenvolupats que entre les d'origen espanyol, comunitari o de països desenvolupats.

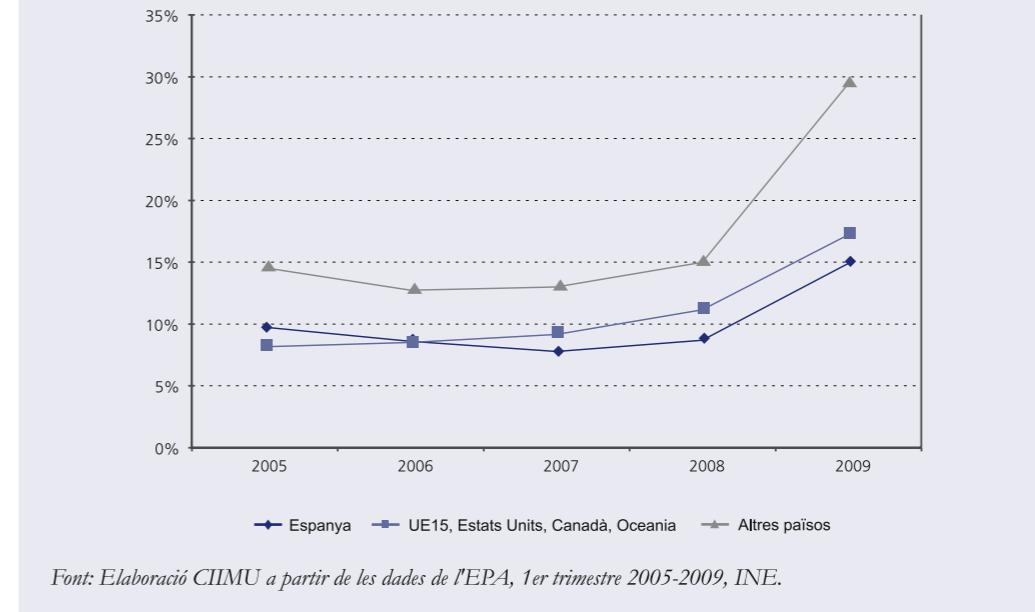
Gràfic 2.4.b. Evolució de la taxa d'atur segons grup d'edat i nivell d'estudis (Espanya 2005-2009)



L'exclusió laboral té encara una altra cara, la de les persones d'origen immigrant. L'atur és més freqüent en les persones provinents de països menys desenvolupats que entre les d'origen espanyol, comunitari o de països desenvolupats com es pot apreciar en el Gràfic 2.5. La crisi econòmica ha accentuat encara més aquestes desigualtats. En el gràfic podem observar que a l'inici del període examinat, la diferència en la taxa d'atur entre la població d'origen immigrant i la població espanyola era aproximadament de 5 punts percentuals. Durant el primer trimestre de 2009 la diferència s'acosta als 15 punts. La crisi econòmica està dificultant la integració laboral de les persones d'origen immigrant en la societat espanyola. La concentració dels immigrants en treballs precaris, sota modalitats de contractació temporal, els està passant factura en un moment de contracció de la demanda d'ocupació. Aquesta situació pot agreujar l'exclusió econòmica que, d'acord amb les dades presentades a l'Informe de la inclusió 2008, pateixen moltes vegades aquestes llars.⁵

5. A tots aquests riscos, cal afegir l'accés diferencial a la protecció social. Segons dades de l'ECV 2007, només el 25% dels immigrants aturats han rebut una prestació d'atur en l'any anterior (en comparació al 34,3% del conjunt d'aturats).

Gràfic 2.5. Evolució de la taxa d'atur segons nacionalitat (Espanya 2005-2009)



L'impacte més important de la crisi no dependrà dels efectes individuals de la contracció de la demanda d'ocupació. Com va quedar prou clar en l'Informe de la Inclusió Social 2008, l'atur es converteix en un factor de risc per a la pobresa de les llars quan aquestes són pobres en ocupació, és a dir, quan hi ha poques persones actives que treballen. En aquestes situacions, la pèrdua d'ocupació per part d'una persona incrementa extraordinàriament el risc de pobresa. En els últims mesos de 2008 i primers mesos de 2009 hem assistit a un increment extraordinari de la proporció de llars actives on totes les persones actives estaven en atur.⁶ Com es pot observar en el Gràfic 2.6, en l'últim any la proporció de llars actives en què ningú treballa s'ha incrementat de forma considerable, fins a arribar al 7,9%. L'Encuesta de Población Activa no permet estimar quantes d'aquestes llars es troben en situació de pobresa, ja que no pregunta sobre els ingressos de la llar. El que sí que sabem és que segons dades de l'ECV de 2007 prop de la meitat de les llars actives on ningú treballa eren pobres (48,7%). La situació s'agreuja si la llar està encapçalada per una persona d'origen immigrant. El 72% de les llars actives encapçalades per una persona d'origen immigrant en què ningú treballava el 2007, tenien ingressos equivalents que els situaven per sota del llindar de la pobresa.

6. Llar activa és aquella en què almenys una persona és activa.

En els últims mesos de 2008 i primers mesos de 2009 hem assistit a un increment extraordinari de la proporció de "llars actives" on totes les persones actives estaven en atur.

Joves, persones amb baix nivell educatiu i immigrants són col·lectius que ja en temps de bonança tenien un risc més elevat d'exclusió. L'atur està agreujant la seva situació. Al costat d'ells experimenten la vulnerabilitat les persones que depenen dels seus ingressos, fonamentalment nens menors d'edat.

Gràfic 2.6. Evolució de la proporció de llars en què totes les persones actives estan aturades (Espanya 2005-2009)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'EPA, 1r trimestre 2005-2009, INE.

L'expansió econòmica no va comportar la reducció de les taxes de pobresa. Caldrà veure fins a quin punt la crisi pot alterar-les. El que sembla clar és que la crisi pot intensificar la situació d'exclusió econòmica de les persones més vulnerables, tot i que, possiblement, sense repercutir d'una manera significativa en l'extensió dels problemes de precarietat. Joves, persones amb baix nivell educatiu i immigrants són col·lectius que ja en temps de bonança tenien un risc més elevat d'exclusió. L'atur està agreujant la seva situació. Al costat d'ells experimenten la vulnerabilitat les persones que depenen dels seus ingressos, fonamentalment nens menors d'edat. Amb les dades disponibles, aquest és el rostre de la crisi més impermeable a l'anàlisi.

3. SALUT I EXCLUSIÓ

Una de les formes més descarnades en les quals s'expressa la desigualtat social és a través dels problemes de salut. Els processos d'exclusió social van acompanyats sovint de processos de deteriorament de la salut, que alhora realimenten l'exclusió original. D'altra banda, la salut és un aspecte central en la vida de les persones, de la qual depèn no sols el benestar físic i psicològic, sinó també la capacitat d'integració social i oportunitats de desenvolupament personal al llarg de la vida. L'exclusió genera problemes de salut i l'absència de salut, exclusió: així és la doble i complexa relació entre aquests dos fenòmens. Les persones que experimenten un deteriorament de la salut tenen una probabilitat més elevada de veure disminuït l'estatus socioeconòmic, de manera que incrementen el risc de veure's abocats a l'exclusió econòmica (com la pobresa) o laboral (com l'atur o la precarietat). Les malalties poden fins i tot propiciar formes de discriminació i estigmatització com a conseqüència de les seqüeles anatòmiques i funcionals que provoquen alteracions de la imatge corporal, discapacitats o de prejudicis i temors que susciten en la societat. Els tres capítols següents analitzen la relació entre diverses formes d'exclusió i salut, posant l'èmfasi en els processos de retroalimentació que afecten totes aquestes dimensions al llarg del cicle vital.

L'exclusió genera problemes de salut i l'absència de salut, exclusió: així és la doble i complexa relació entre aquests dos fenòmens.

3.1. Els efectes de l'exclusió social sobre la salut

Les exclusions econòmica i laboral tenen un impacte important sobre la salut, tant a nivell individual com social. En general, a tots els països desenvolupats, siguin més o menys rics, les persones que estan en pitjor situació socioeconòmica solen presentar també pitjor estat de salut. L'evidència acumulada en els últims anys en diversos països suggereix que les persones que pertanyen a segments socioeconòmics més vulnerables experimenten un risc més elevat de mortalitat, de patir una discapacitat o de tenir malalties cròniques. Segons el parer d'un bon nombre d'experts, els desavantatges econòmics i socials no sols es manifesten en *mancances materials*, sinó que estan relacionats amb *comportaments de risc, hàbits, estils de vida i factors psicològics* que repercuteixen negativament sobre la salut. La pobresa imposa restriccions en l'accés a béns i recursos que afavoreixen el manteniment d'una bona salut. Entre els múltiples factors socials que afecten la salut, hi ha tota una sèrie de recursos distribuïts desigualment dins de les societats modernes, com una nutrició adequada, habitatges en bones condicions i entorns urbans salubres o amb infraestructures que propiciïn el desenvolupament d'activitats saludables (caminar, fer exercici físic, respirar aire no contaminat, etc.). Els aliments que es poden permetre les persones amb

nivell adquisitiu més baix tenen sovint un contingut més alt en greixos saturats o sucres, i més baix en components protectors davant malalties (per exemple, antioxidants). Els habitatges de les persones en situació econòmica precària presenten amb freqüència problemes d'índole diversa que poden tenir implicacions per a la salut: fred, soroll, humitat, ventilació inadequada, absència d'ascensor.⁷ Les condicions en les quals es troben aquests habitatges poden portar, així mateix, altres riscos, com incendis o accidents. L'amuntegament pot afavorir el contagi de malalties infeccioses i la falta de privacitat pot repercutir negativament sobre l'estat de salut mental de les persones. Les zones urbanes on es concentren una proporció elevada de persones en situació de risc de pobresa acumulen sovint altres problemes que afecten la seva salut: pol·lució (propiciada per la proximitat d'una font de contaminació possible, com una incineradora o un abocador), elevats nivells de trànsit rodat (que incrementen el risc d'accidents i l'exposició a contaminació ambiental i acústica) i inexistència de serveis sanitaris o instal·lacions per a la pràctica de l'esport. Les persones amb nivell baix d'ingressos tenen més probabilitats de tenir una feina que comporti més riscos de patir accidents.

Les diferències en el nivell de renda i les condicions materials són la causa principal de morbimortalitat als països pobres i/o amb una estructura sanitària fortament desigual pel que fa a l'accés als recursos (atenció mèdica, medicaments, etc.). No obstant això, a les societats de capitalisme avançat, organitzades sota el model d'Estat de benestar, les condicions materials mostren menys impacte directe en la salut en benefici d'altres factors que també es troben arrelats en les diferències de classe social i renda. Les causes socioeconòmiques de la desigualtat mostren diferents rostres, ja que tenen a veure no sols amb l'accés a l'atenció o la renda disponible, sinó també amb *comportaments i percepcions* de risc que es presenten més habitualment en els grups socials que es troben en situacions de desavantatge social, tant econòmic com d'estatus i reconeixement social. Com apunten diversos informes de l'OMS i de l'OCDE, als països de capitalisme avançat, els problemes de salut deriven principalment dels estils de vida i dels comportaments de risc. En la mesura que a les societats industrialitzades s'ha desenvolupat un procés de “transició demogràfica i epidemiològica” o de “transició de salut”⁸, el pes de les malalties infeccioses i de la mortalitat infantil i juvenil

7. Condicions de l'habitatge com les descrites s'associen a malalties respiratòries i asma, infeccions per meningococs, problemes en les articulacions, etc.

8. Els conceptes de “transició demogràfica” i “transició epidemiològica” fan esment als canvis en la morbimortalitat derivats de la industrialització i el desenvolupament econòmic. El primer pren com a base els patrons observats a les societats industrialitzades contemporànies en comparació amb altres períodes històrics; concretament, el seu trànsit des d'alts nivells de fertilitat i mortalitat al declivi de totes dues en els moments actuals. La noció de transició epidemiològica, per la seva banda, focalitza l'atenció en els patrons de canvi de la morbimortalitat, des del predomini de les malalties infeccioses i els problemes nutricionals i de salut reproductiva fins a l'aparició de les malalties cronicodegeneratives com a fenòmens més rellevants i omnipresents. Finalment, el concepte de “transició de salut” intenta anar més enllà de les nocions esmentades per incloure-hi de forma comprensiva les dimensions locals, socials, culturals i economicopolítiques que determinen els processos de morbimortalitat i d'atenció (Caldwell, 1989; Caldwell et al., 1994).

derivades directament de la condició de pobresa és relativament baix davant la rellevància dels anomenats nous “determinants de salut” relacionats amb estils de vida, com ara el tabaquisme, el consum d'alcohol i altres substàncies psicoactives, el sobrepès i l'obesitat, la sinistralitat viària i laboral, entre altres.

Els grups desfavorits adopten sovint estils de vida, rutines i comportaments perjudicials per a la seva salut. Per exemple, tendeixen a fer menys exercici físic i a fumar més. Algunes explicacions atribueixen aquesta dificultat per adoptar comportaments beneficiosos –o abstenir-se dels hàbits perjudicials– a condicions estructurals dels seus estils de vida. Per exemple, l'elevat consum de cigarrets ha estat associat amb condicions laborals (Buck et al. 1988, Menéndez, 1996) i amb l'augment d'ansietat davant la incertesa laboral. Altres interpretacions atribueixen els hàbits i estils de vida nocius per a la salut a la menor confiança en si mateixos, així com en la capacitat de millorar la salut com a resultat dels efectes de les pròpies accions, la qual cosa alimenta actituds d'apatia i passivitat. D'altra banda, les persones amb baix nivell educatiu mostren sovint menys adhesió als tractaments i les prescripcions dietètiques per tractar malalties com la diabetis, el VIH-SIDA i la tuberculosi multiresistent. Una tercera explicació posa l'èmfasi en la importància de les “subcultures” o models terapèutics d'autoatenció i d'autocura alternatius, que promouen determinats codis de conducta i estratègies específiques davant la malaltia. Dins d'aquestes subcultures certs comportaments –amb efectes potencialment negatius per a la salut– es converteixen en maneres de comportar-se “apropiades per a gent com nosaltres”.

Al marge dels comportaments i estils de vida, darrere de moltes desigualtats en salut hi ha determinants psicosocials. En els últims anys, la sociologia de la salut ha acumulat evidència que suggereix que els processos d'exclusió econòmica i laboral provoquen seqüeles anímiques que repercuteixen sobre l'estat de salut general. Estar exclòs, ser privat de recursos bàsics i oportunitats de participació social, té importants efectes sobre les percepcions que un té de si mateix i els seus sentiments d'autoestima. El benestar psicològic d'una persona depèn, en bona mesura, de la seva posició en l'estructura social. Això es reflecteix, en última instància, en l'estat de salut global. “Sentir-se inferior” com a resultat d'ocupar un lloc subordinat, poc reconegut o marginal pot activar respostes biològiques que, a mitjà o llarg termini, incrementin la vulnerabilitat de les persones a diverses malalties i trastorns. Els sentiments d'humiliació, la sensació d'eficàcia personal reduïda o la pèrdua de control sobre l'entorn han estat associats a problemes metabòlics (com l'increment de nivells de cortisol), l'alteració de la pressió sanguínia o el deteriorament del sistema immunològic, que poden provocar l'aparició de trastorns i el desenvolupament de malalties cròniques. Aquests episodis de deteriorament psicològic vénen precipitats, amb freqüència, per circumstàncies socials en què les persones veuen qüestionat el

seu estatus social previ (com pot ser la pèrdua d'ocupació), no veuen recompensats els esforços que creuen haver fet (en forma de gratitud, respecte o remuneració) o tenen la sensació que són incapaços de fer front a les demandes que provenen del seu entorn.

Els efectes de l'exclusió social sobre la salut tenen un caràcter dinàmic. Habitualment les causes socioeconòmiques dels processos de deteriorament de la salut operen al llarg del temps, segons lògiques acumulatives. Les experiències socials acumulades de forma gradual en la biografia d'una persona acaben inscrites tant en l'anatomia com en la fisiologia del cos. La millora general de les condicions de vida ha propiciat, per exemple, l'augment d'estatura. Segons un estudi recent de Spijker, Cámara Hueso i Pérez Díaz (2009), basat en les dades recollides en les enquestes nacionals de salut, les estatures mitjanes dels homes i les dones espanyols nascuts en la dècada dels vuitanta són 11 centímetres més que les dels nascuts en la segona dècada del segle XX. Aquest augment d'estatura s'accelera en les generacions nascudes a partir de 1950, coincidint amb l'expansió econòmica que es produeix en el tardofranquisme.

De la mateixa manera, l'acumulació d'experiències socials adverses té efectes negatius per a la salut. Des d'etapes molt prematures, el cos de les persones registra experiències socials. Els estudis longitudinals existents que permeten fer un seguiment dels itineraris personals dels individus des del moment de néixer han permès detectar l'aparició de desigualtats relacionades amb la classe social dels progenitors (Bartley *et. al.*, 1994). La prevalença de nadons de baix pes és, per exemple, significativament més elevada en llars més desfavorides. També passa una cosa semblant amb l'estatura als 7 anys d'edat (Blane, 2006). Un baix nivell de renda –o horaris asocials a la feina, un habitatge en males condicions, etc.– pot comprometre la capacitat que tenen pares i mares d'ocupar-se adequadament de la seva pròpia salut i la dels seus fills. Factors com una nutrició inapropiada durant la infantesa (que pot estar associada a un baix poder adquisitiu o falta de temps per preparar menjars i supervisar-ne la ingesta) o trastorns en la rutina del son (propiciats, potser, per condicions d'amuntegament en l'habitatge) influeixen sobre la salut de les persones molt de temps després que aquestes condicions s'originessin, especialment si aquests factors perviuen durant un temps perllongat. Un creixent nombre d'investigacions posen en relleu que l'estat de salut que es gaudeix en l'edat adulta és el resultat de la influència de factors que van influir sobre la fisiologia de les persones durant la infantesa i la joventut.⁹

9. Per exemple, treballant amb un estudi longitudinal de 5.500 homes escocesos, Davey Smith (2003) posa de manifest que la probabilitat de morir per càncer d'estómac entre els 35 i 64 anys està relacionada, de manera estadísticament significativa, amb la classe social dels pares.

3.2. Els efectes de la salut sobre l'exclusió social

Un aspecte que acostuma a merèixer menys atenció que els determinants socials de la salut és la salut com a determinant de desigualtat i exclusió social. La malaltia crònica (de llarga durada) i la discapacitat són factors que poden propiciar l'empobriment de les persones i forçar-ne la sortida del mercat de treball, limitar la seva capacitat per participar-hi en plenes facultats o erosionar les seves oportunitats de promoció. L'evidència existent suggereix que les persones que han travessat afeccions duradores tenen una probabilitat més alta de trobar-se en una situació d'inactivitat i trobar moltes dificultats per reincorporar-se al mercat de treball. Aquesta situació afecta potencialment un segment important de la població en edat de treballar. Segons dades de 2003, les malalties cròniques o discapacitats afecten el 15% de la població europea. Aquesta xifra es dobla en edats avançades (a partir dels 55 anys) (Dupré i Karjalainen, 2003). Evidències obtingudes amb una mostra de tota la població europea (UE-15), recollides per l'*European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, indiquen que la probabilitat que una persona que ha estat de baixa entre 3 i 6 mesos torni a treballar és menor del 50%. Si ha estat de baixa més de 12 mesos, és del 20% (Grammenos, 2003). Algunes persones romanen inactives, perquè la seva malaltia o discapacitat els impossibilita qualsevol activitat laboral. Sovint aquest no és el cas, sinó que la integració al mercat de treball de certs col·lectius ve dificultada per barreres (físiques, legals o administratives) que en dificulten la reinserció, actituds discriminatòries i, moltes vegades, la falta de voluntat per acomodar les estructures de les organitzacions a les necessitats de persones que presenten algun tipus de deficiència.

D'altra banda, els problemes de salut, quan es prolonguen en el temps, produeixen desànim i apatia, i aquesta és una de les principals causes d'abandonament prematur definitiu del mercat laboral. Les persones que presenten una discapacitat tenen molts desincentius per treballar, els quals, a vegades, són d'índole administrativa; les que decideixen treballar després d'acreditar que tenen una malaltia crònica o discapacitat que els limita les capacitats, s'arrisquen en molts casos a perdre els drets adquirits. L'assumpció en moltes legislacions nacionals és que acceptar una feina és simptomàtic de recuperació permanent. En aquestes condicions, qui tingui una discapacitat serà poc propens a acceptar ocupacions amb futurs incerts (com un treball temporal) o que comportin algun risc d'inadaptació o fracàs si això comporta la pèrdua de drets o la necessitat de travessar un llarg període administratiu per recuperar-los. En alguns països del nostre entorn, les prestacions que reben les persones discapacitades estan subjectes a una "comprovació de mitjans". Els ingressos addicionals procedents del treball poden provocar una pèrdua de renda si la

persona supera el llindar d'ingressos que dona dret a la prestació o veu incrementada la càrrega impositiva que suporta. En aquest cas, els desincentius financers actuen com a mecanisme generador de desànim.

Com a conseqüència, els nivells de participació en el mercat de treball de les persones discapacitades solen ser baixos. Les taxes d'ocupació se situen al voltant de la meitat de les de les persones sense discapacitat. Els nivells de participació es redueixen encara més quan es tracta de persones d'edat avançada (majors de 50 anys) i baix nivell educatiu (OCDE, 2007). I cal afegir-hi els problemes que suposa a la feina arrossegar una malaltia o discapacitat. Segons dades de l'OCDE (2003), els treballadors/es amb alguna discapacitat solen, de mitjana, cobrar entre un 5% i un 15% menys que els altres treballadors/es, a igualtat de condicions. Altres investigacions (Elstad, 2004) posen en relleu que, a igualtat de condicions, els problemes de salut resten possibilitats de promoció laboral per a les persones amb una trajectòria laboral contínua, especialment en etapes avançades del cicle vital (per sobre dels quaranta anys). L'evidència disponible suggereix que existeix una forta associació entre discapacitat i pobresa. Però aquesta pobresa no es distribueix entre tots els discapacitats per igual. En un estudi efectuat per l'OCDE al llarg dels tres últims anys en onze països (2006, 2007, 2008) —entre els quals figura Espanya— es posa de relleu que els riscos de pobresa es concentren en les persones discapacitades que no treballen, ja sigui perquè estan aturades o perquè romanen inactives. Les persones discapacitades que treballen solen presentar riscos de pobresa significativament menors que la població general.

A part de l'exclusió economicolaboral, és necessari subratllar l'existència d'altres formes d'exclusió social relacionades amb problemes de salut. Estar malalt o discapacitat comporta sovint processos d'estigmatització social. Certs estats físics i trastorns provoquen un rebuig social que pot conduir a la marginació i l'aïllament. És el cas de les persones que tenen malalties infeccioses que poden atribuir-se a estils de vida reprovats socialment, o dels individus amb trastorns mentals greus (TMG). L'estigmatització dels malalts s'expressa en actituds d'evitació per part d'un nombre considerable de membres de la societat. Es tracta d'una reticència a entrar en contacte, treballar, conviure o mantenir relacions d'amistat amb portadors de malalties estigmatitzades. També es mostra en la discriminació, la sobreprotecció, el paternalisme, la negació dels drets de ciutadania o en altres expressions de minusvaloració de les capacitats dels afectats. L'estigmatització és multidimensional, i incideix greument sobre el seu benestar i oportunitats vitals. Per exemple, 1 de cada 4 europeus amb problemes de salut mental declaren haver hagut d'abandonar la seva llar com a conseqüència del deteriorament de les relacions amb les persones amb qui conviuen, una mica més de la meitat relaten haver estat maltractats en públic a causa dels seus problemes i un percentatge similar tem ser agredit/da al seu veïnat (Van Remoortel, 2003, citats a Stegeman i Costongs, 2003: 18-19).

L'estigmatització social de la qual són objecte les persones malaltes o amb discapacitats provoca sovint reaccions de baixa autoestima, falta de confiança o depressió. En alguns casos aquestes situacions porten aparellat un procés d'autoestigmatització, quan les persones afligides d'un trastorn o deficiència desenvolupen sentiments de vergonya i culpa, o s'acaben autoconvencent de la seva escassa vàlua personal. En aquestes circumstàncies, les persones tracten d'evitar l'exposició a situacions i experiències que anteriorment duïen a terme sense cap problema, com buscar feina, buscar parella o simplement interactuar amb normalitat amb familiars o amics davant del temor de ser rebutjats. L'actitud de molts d'aquests malalts es torna fatalista i resignada. Fins i tot el contacte amb els serveis sanitaris resulta sovint insatisfactori; per exemple, és habitual que les persones amb malalties mentals se sentin maltractades pels professionals sanitaris en entendre que mostren poc respecte per la persona que tenen davant i les seves opinions sobre la malaltia (Thornicroft, 2006).

En molts casos, l'exclusió de les persones malaltes o discapacitades comença a la infantesa. La segregació s'inicia sovint com a resultat de l'escolarització dels infants en sistemes educatius paral·lels. Aquesta segregació pot alimentar estereotips i actituds de recel mutu. Un percentatge elevat de persones amb discapacitats abandona els estudis de forma prematura o obté titulacions bàsiques, la qual cosa compromet la seva ocupabilitat. (Grammenos, 2003: 40-41). Diversos estudis assenyalen que problemes de salut seriosos en la infantesa i l'adolescència estan relacionats amb nivells més baixos d'assoliment acadèmic i l'accés a les pitjors primeres feines (Koivusilta *et al.*, 1998; Karvonen *et al.*, 1999; Miech *et al.*, 1999). Una investigació efectuada a partir d'una mostra longitudinal d'individus sobre els quals es disposa de dades contínues en diferents etapes de la vida (16, 23 i 33 anys) posa de relleu que la mala salut dels individus durant la seva joventut incrementa la probabilitat de mobilitat social descendent i redueix la probabilitat de mobilitat ascendent (Manor, Matthews i Power, 2003).¹⁰ La salut “selecciona” els individus, els resitua socialment. Episodis de mala salut en moments crítics de la biografia de la persones poden provocar que persones “integrades” caiguin inesperadament en situacions de precarietat econòmica i social, de les quals no els resulti fàcil sortir. De forma similar, algunes addiccions il·lustren clarament el procés a través del qual els problemes de salut i d'exclusió social més generals es retroalimenten, de manera que poden ocasionar un empitjorament sever de les condicions de vida.¹¹

10. No obstant això, aquest estudi suggereix que els efectes són modestos. En cap cas se li poden atribuir les desigualtats en salut que s'observen en l'edat adulta.

11. En un treball recent, basat en dades obtingudes a partir d'una mostra de persones en risc d'exclusió (“Enquesta FOES-SA”, 2008), Sebastià Sarassa acredita l'existència d'un important impacte dels “problemes de dependències” en l'empitjorament del nivell de vida de les llars (prenent com a referència canvis en els últims deu anys).

La salut “selecciona” els individus, els resitua socialment. Episodis de mala salut en moments crítics de la biografia de la persones poden provocar que persones “integrades” caiguin inesperadament en situacions de precarietat econòmica i social, de les quals no els resulti fàcil sortir.

Els problemes de salut, pobresa i exclusió social tendeixen a aparèixer conjuntament i a reforçar-se entre si.

Els problemes de salut, pobresa i exclusió social tendeixen a aparèixer conjuntament i a reforçar-se entre si. Reconstruir la direcció de la causalitat és una tasca extraordinàriament difícil, especialment en països com el nostre, on encara no es disposa de mostres contínues prou representatives i duradores per analitzar amb rigor els processos responsables de les desigualtats sociosanitàries. Les aproximacions als processos de causació amb estudis transversals són per força limitades, però les úniques possibles en el context espanyol. És important que els resultats que es puguin obtenir amb aquestes anàlisis siguin interpretats a la llum de les evidències disponibles en països que compten des de fa temps amb instruments poderosos d'anàlisi longitudinal. És el propòsit que ens imposem en aquest treball.

3.3. La salut com a fenomen multidimensional

La salut és un fenomen multidimensional. Per entendre la relació entre factors social i estat de salut cal tenir en compte diversos aspectes. El primer conjunt d'indicadors que apareixen en qualsevol estudi sobre desigualtat i exclusió en salut es refereix a la mortalitat. L'exhaustivitat de la informació recollida en el registre de mortalitat, al costat de l'objectivitat del fenomen, converteix la mortalitat en un indicador molt fiable per rastrejar l'existència d'influències robustes de factors socials sobre problemes de salut. Són diversos els països on s'ha pogut acreditar aquesta relació entre desigualtats socioeconòmiques i taxes de mortalitat. A la Gran Bretanya, per exemple, White *et al.* (2003) posen en relleu l'existència d'una associació bastant important entre classe social i taxa de mortalitat per qualsevol causa (estandarditzada per edat). Entre els homes de 35 a 64 anys, la ratio entre les taxes de mortalitat dels membres de la classe IV i V (treballadors semiqualficats i no qualificats) i de les classes I i II (que inclouen professionals liberals i directius) era d'1,75 el 1999; entre les dones, la ratio era una mica inferior: 1,41. Estadístiques governamentals posen de manifest que l'esperança de vida en el període 2002-2005 entre els membres de la classe I (85,1 anys) és set anys més gran que entre els membres de la classe V (78,1). Bona part d'aquesta diferència és conseqüència que l'esperança de vida als 65 anys és 4,3 anys més elevada que en la classe I. A França, Desplanques (1993) ha calculat que l'esperança de vida masculina als 60 anys entre els professionals més longeus a partir d'aquesta edat (enginyers) i els menys (peons) és de 5,2 anys. Els treballadors que fan tasques no manuals tendeixen a mantenir avantatges importants davant de la mort (citats a Monasterio Escudero, Sánchez Álvarez i Blanco Àngel, 2005: 464).

Estudiar desigualtats en mortalitat requereix grans mostres i informació detallada sobre característiques socioeconòmiques per identificar correctament col·lectius que poden ser

víctimes d'exclusió social. Les dades disponibles en el registre de mortalitat de l'Institut Nacional d'Estadística a Espanya no permeten atribuir característiques sociodemogràfiques (llevat del sexe, l'edat i el municipi de residència dels difunts/es) als individus. Encara que el registre recull informació sobre l'ocupació del finat, les dades són molt deficientes: en la majoria de les províncies predominen els casos als quals no s'ha assignat una ocupació.¹² Per això, els estudis sobre mortalitat tenen habitualment un enfocament ecològic: relacionen la mortalitat en diferents àrees geogràfiques amb indicadors socioeconòmics o de privació material d'aquestes mateixes àrees. La conclusió general és que hi ha un excés de mortalitat a les zones geogràfiques amb més privació material.¹³

En vista de les dificultats, en aquest informe –centrat en els riscos d'exclusió social que experimenten els individus al llarg de la seva vida– hem escollit prescindir de la mortalitat per concentrar l'anàlisi en indicadors de morbiditat i hàbits i estils de vida que tenen una incidència reconeguda en la salut (recollits a partir del relat subjectiu de persones entrevistades en enquestes representatives). El focus d'atenció són estats de mala salut en els quals es troben les persones, ja siguin diagnosticats o simplement jutjats per l'entrevistat com a tal. La multidimensionalitat del fenomen a tractar exigeix certs aclariments preliminars.

Hi ha una distinció fonamental en l'estudi de la morbiditat entre malalties agudes i cròniques. En comparació amb les malalties cròniques, les malalties agudes es manifesten de forma sobtada i imprevista, però generalment es resolen molt ràpidament. La probabilitat que la recuperació sigui completa és elevada, de manera que els efectes sobre la vida de les persones solen ser menors i la seva incidència canvia poc al llarg del cicle vital. En canvi, la incidència de malalties cròniques s'incrementa amb l'edat, la qual cosa ocasiona importants implicacions socials, en àmbits com el mercat laboral, la família o els sistemes de protecció social.

Les malalties cròniques poden tenir efectes molt diversos en la qualitat de vida de les persones. La mera presència d'una malaltia crònica no permet extreure moltes conclusions sobre l'estat general del pacient i la seva capacitat per portar una vida normalitzada. Les persones amb càncer, malalties cardiovasculars i altres afeccions cròniques presenten quadres clínics molt variats, als quals correspon una gamma molt àmplia de capacitats funcionals. I per això, les investigacions socials sobre la salut de les persones posen menys atenció als indicadors de “diagnòstic” que als indicadors que mesuren l’“estat funcional” de les persones. En algunes situacions, les malalties cròniques originen discapacitats que incideixen tant

12. Regidor, Gutiérrez-Fisac i Rodríguez (1995) analitzen la relació entre ocupacions i mortalitat en els anys vuitanta amb les dades de les 8 províncies en què millor s'emplena la informació sobre ocupació. Els seus resultats acrediten l'existència d'una raó de mortalitat important entre classes manuals i no manuals (1,72 en el període 1988-1990). La qualitat escassa de les dades sobre ocupació en els registres de mortalitat més recents desaconsella la replicació de la seva anàlisi.

13. Algun d'aquests estudis ha assolit una considerable aproximació a les condicions socioeconòmiques d'unitats territorials petites. Una bona il·lustració és l'estudi de Benach *et al.* (2006).

sobre la persona directament afectada com sobre el seu entorn pròxim, en veure minvada severament la seva autonomia i requerir cures i atenció permanent.

Una altra distinció molt habitual en la literatura social sobre la salut és la que diferencia malalties físiques i mentals. Des d'un punt de vista analític, la distinció transcendeix l'existència d'un diagnòstic. La investigació social sobre salut, mitjançant enquesta, pregunta sovint per *simptomatologia física* que no ha estat necessàriament diagnosticada o és objecte de tractament, com poden ser malalties diverses de caràcter inespecífic (mal de cap, d'esquena, etc.). De la mateixa manera, es poden distingir els indicadors de *trastorns mentals* basats en un diagnòstic (esquizofrènia, depressió, etc.) dels indicadors basats en la presència de símptomes (problemes per agafar el son, angoixa, falta de confiança en les capacitats pròpies per resoldre problemes). Molts estudis socials utilitzen el concepte més global de malestar psicològic. En el present informe hem analitzat informació sobre desigualtats en diversos trastorns crònics de caràcter físic i mental. Aquesta informació ha estat obtinguda en enquestes nacionals de rigor i fiabilitat provats a partir de la informació proporcionada per l'entrevistat/da. L'indicador de malestar psicològic emprat és un índex additiu construït a partir de 12 preguntes que interroguen la persona entrevistada sobre el seu estat psicològic recent, incloses a l'“Encuesta Nacional de Salud 2006” (ENSE 2006). S'examinen, així mateix, els factors socials que afecten cada un dels ítems que componen aquest indicador.

Juntament amb aquests indicadors s'ha analitzat l'*estat de salut percebuda*, que és un dels indicadors més utilitzats en l'anàlisi de les desigualtats en salut. És una mesura subjectiva de la percepció que la persona té del seu estat de salut. Un bon nombre d'investigacions han posat de manifest que les mesures de salut percebuda mantenen una correlació molt elevada amb indicadors objectius, com les valoracions i els diagnòstics que efectuen els mateixos metges. És, a més, un indicador excel·lent del risc de mortalitat. En un estudi pioner dut a terme amb una mostra d'ancians canadencs el 1982, es posava de manifest que la pròpia valoració de la salut era un millor predictor de supervivència (en un període de 7 anys) que la informació que apareixia als arxius mèdics (Mossey i Shapiro, 1982). Des de llavors, més d'una vintena d'estudis han confirmat la validesa de les autoavaluacions per determinar el risc de mortalitat (Idler i Benyamini, 1997). Les percepcions subjectives de l'estat de salut proporcionen un indicador simple, directe i global de l'estat de salut, que captura malalties i altres símptomes lligats a malalties que el subjecte pateix (hagin o no hagin estat diagnosticades), així com el malestar psicològic que implica i les expectatives de millora o empitjorament que té la persona afectada.

Un últim conjunt de mesures analitzades es refereixen a *hàbits i estils de vida* estretament relacionats amb la salut. És ben conegut que les addiccions a l'alcohol o al tabac, el consum de dietes inadequades, la vida sedentària, provoquen o predisposen el desenvolupament

d'alguns dels trastorns crònics més comuns (*The World Health Report*, 2002). Per exemple, el consum immoderat d'alcohol ha estat associat amb més de 60 patologies i té un impacte considerable en les taxes de mortalitat (Murray i López, 1996).¹⁴ Algunes estimacions suggereixen que el consum d'alcohol contribueix al 3,2% de la mortalitat total al món, i aquesta probabilitat s'incrementa per sobre del 10% als països desenvolupats (Rehm, Room i Moneiro, 2004). Al contrari, activitats de lleure com l'exercici físic (d'intensitat moderada) procuren importants beneficis per a la salut. Aquests beneficis tenen conseqüències especialment positives per als adults que porten una vida sedentària (Haapanen *et al.*, 1996).

Hi ha qui considera que aquestes conductes no haurien de ser objecte d'atenció per part de la investigació social. Des d'aquest punt de vista, se suggereix que els comportaments poc saludables són accions individuals sobiranes, que s'inscriuen en l'àmbit de la llibertat personal per escollir allò que a un més li convé: si un fumador/a es vol protegir dels perjudicis que provoca el tabac, està a la seva mà canviar el seu comportament i deixar l'hàbit; si no ho fa, és responsabilitat seva. L'inconvenient d'aquest tipus d'interpretacions és que renuncien a explicar què provoca que certs grups socials —que en general ocupen posicions subordinades en l'estructura social i presenten un risc d'exclusió més elevat— siguin més proclius a incórrer en aquest tipus de conductes i tinguin més dificultats per deixar-les quan s'ho proposen. Sense analitzar factors socials que influeixen en les decisions individuals, resulta també impossible entendre per què aquests mateixos grups (treballadors/es manuals, aturats/des, persones d'origen estranger) són menys inclinats a participar en algunes activitats beneficioses per a la seva salut (com l'exercici físic). És important, per tant, conèixer els determinants socials d'aquest tipus de comportaments i esbrinar com corregir les desigualtats en salut que generen.

3.4. Capital social i salut

En molts estudis clàssics sobre els determinants de les desigualtats en salut en predominava una concepció atomística. La salut era considerada un assumpte que afecta els individus i s'havia d'estudiar com a tal (Menéndez 1996). Des del començament de la dècada dels noranta, la investigació social ha cobrat consciència creixent de la importància dels indicadors d'*integració social* per entendre el fenomen. La literatura sobre la influència de la integració social sobre la salut és àmplia i variada (Kawachi, Subramanian i Kim, 2006).

14. També és cert, no obstant això, que el consum d'alcohol pot prevenir el desenvolupament d'altres malalties, com certes afeccions coronàries, malalties cardiovasculars o la diabetis de tipus II.

L'assumpció que subjeu en la primera generació d'estudis sobre aquestes qüestions és que la cohesió social –mesurada a través de la presència de forts vincles comunitaris, alts nivells de participació ciutadana en activitats cíviques i de confiança mútua– té un efecte beneficiós sobre la salut i els hàbits individuals. La integració social és vista com una forma de “capital” (*capital social*), que contribueix a la bona salut dels grups humans (ja sigui països, ciutats o comunitats petites) (Putnam, 2000).

Abundant investigació internacional ha acreditat la relació entre baixos nivells de capital social i nivells agregats de salut. Diverses mesures de capital social (nivell de confiança, participació en associacions, voluntariat) estan correlacionades amb la prevalença de trastorns físics, com malalties cardiovasculars o alguns tipus de càncers, a escala estatal, regional o municipal. També existeix evidència cada vegada més concloent que relaciona el capital social amb els riscos de mortalitat i l'esperança de vida mitjana en una societat o grup social. Els resultats obtinguts en diferents contextos suggereixen que l'associació entre capital social i salut és més robusta allà on hi ha nivells elevats de desigualtat socioeconòmica (Islam *et al.*, 2006). El capital social amorteix l'impacte d'aquestes desigualtats en reduir els efectes de la manca de recursos econòmics i d'altre tipus en la salut (Campbell 1999).

Conceptes com xarxa social i capital social s'ha traslladat al plànol individual, i associat amb mortalitat (Berkman i Syme, 1979; House *et al.*, 1982) i morbiditat (Broadhead *et al.*, 1983) en la població general. Des d'aquest punt de vista, les persones amb nivells elevats de capital social són aquelles que estan plenament integrades en xarxes de familiars, d'amics/gues, companys/es de feina o veïns/nes, amb els quals mantenen vincles personals estrets, i dels quals obtenen recursos (materials, informació o simplement afecte i suport emocional). S'han proposat diverses explicacions per donar compte de l'efecte positiu del capital social sobre la salut individual. Les més invocades suggereixen que a) l'aïllament i la falta d'integració social té un efecte directe en la qualitat de vida, perquè són factors que per ells mateixos generen malestar, de manera que predisposen la persona a un empitjorament de la salut, b) les xarxes actuen com a dispositiu de control, que indueixen les persones a dur a terme pràctiques saludables i abstenir-se de les que poden ser perjudicials per a la salut, i c) la integració social millora la capacitat individual per plantar cara a situacions socials i individuals adverses. Aquest últim mecanisme és particularment interessant en una investigació centrada en l'anàlisi de la relació entre salut i exclusió social. Des d'aquest punt de vista, el capital social pot atenuar les conseqüències sobre la salut d'episodis o circumstàncies que incrementen el risc d'exclusió social, com són l'atur, el divorci o la mort de la parella.

Segons alguns estudis, el suport emocional que proporcionen les xarxes d'una persona és, a més, un aspecte important per frenar la progressió d'una malaltia o accelerar la recuperació d'un pacient.¹⁵ El capital social pot suplir, a més, dèficits dels sistemes sanitaris en la provisió de serveis per fer front a la malaltia, de manera que estalvien al pacient la necessitat d'invertir recursos propis per accedir a cures i atenció que, d'una altra manera, podrien minvar la seva situació financera. A països com Espanya, en cas de malaltia, la família es configura molt sovint com una unitat de prestació de cures sanitàries o quasisanitàries. És habitual que els familiars (o una persona delegada) es facin càrrec dels malalts crònics quan no són capaços de valer-se per si mateixos, actuïn com a intermediaris amb els professionals sanitaris (intervinguin en la programació de visites, l'acompanyin al metge en les seves visites, adquireixin els fàrmacs prescrits), participin en la interpretació del diagnòstic i en la presa de decisions sobre el tractament, i vetllin el malalt en les convalescències hospitalàries. Cal esperar que la presència de familiars disminueixi la solitud i la incertesa del pacient davant la malaltia, faciliti la relació amb els metges i l'obtenció d'informació i pugui contribuir a millorar l'atenció que rebí el malalt, en proporcionar una vigilància contínua de l'estat del malalt i intensificar la recerca dels tractaments que necessita, un accés més ràpid a les prestacions o un tracte més atent (Pérez Díaz, Chulià i Álvarez Miranda, 1998: 165-166). En aquest context d'expectatives per part de tots els actors involucrats en la gestió de la malaltia i intermediació entre malalts/es i institucions de prestacions públiques, és també possible que el protagonisme de la família generi desigualtats entre els que poden tenir aquest suport i els que no hi compten. Amb tot això, és lògic pensar que els processos d'exclusió social que generen un risc de marginació i aïllament social incrementen els riscos per a la salut dels afectats.

15. Un nombre considerable d'investigacions suggereixen que l'evolució d'afeccions i el risc de mortalitat que comporten depèn, en gran mesura, de les xarxes de suport amb que compta la persona afectada. Diversos treballs posen de manifest que el suport emocional prevé l'aparició de trastorns mentals en persones convalescents o amb discapacitat (Lesperance, 1996; Fitzpatrick *et al.*, 1991). Altres estudis posen de manifest que l'aïllament social i la falta de suport emocional incrementen el risc de mortalitat dels pacients que han sofert un infart de miocardi o una malaltia cerebrovascular (Williams *et al.*, 1992, o Dickens *et al.*, 2004). Per altra banda, existeixen estudis que suggereixen que el suport emocional reforça el sistema immunològic en pacients de SIDA (Kiecolt-Glaser i Glaser, 1995).



4. LA SALUT A ESPANYA

Gaudir de bona salut és una de les ambicions principals de qualsevol ésser humà. Però no sols dels individus, sinó que també és una ambició col·lectiva d'estats i organismes supra-estats. Un bon estat general de salut és un actiu important d'un país, que contribueix al benestar general i millora el capital humà i la competitivitat internacional. Així ho entenen, per exemple, els organismes de la Unió Europea. En la seva carta fonamental de drets, la Unió Europea reconeix, en l'article 33, que tothom té dret a l'accés a atenció sanitària preventiva i a beneficiar-se de tractament mèdic en cas de necessitat. Al Consell de Lisboa de 2000, els països europeus van fixar la provisió de serveis d'assistència sanitària de qualitat com un dels quatre objectius estratègics en l'àmbit de la protecció social pública (al costat de la promoció de la inclusió social, la consolidació d'un sistema de pensions sostenible i el desenvolupament de polítiques d'ocupació que afavoreixin l'activació). Pel que fa a la despesa pública, la sanitària s'ha convertit en la segona partida pressupostària del terreny de la protecció social, només per darrere de la despesa dedicada a pensions de jubilació i supervivència. La universalitat de la cobertura sanitària genera també grans consensos en la ciutadania. A tots els països europeus, les inversions en assistència sanitària pública s'han incrementat en les últimes dècades, en part gràcies al considerable suport que reben aquest tipus de prestacions entre la ciutadania. Segons una enquesta del Centre d'Investigacions Sociològiques, 2 de cada 3 ciutadans espanyols no tenen cap dubte que l'Estat ha d'"oferir assistència sanitària per a tots". Un 22% creu que probablement ho hauria de fer i menys d'un 3% es mostra contrari (Estudi 2.671, 2007). Juntament amb la protecció social a la vellesa, l'assistència sanitària universal és la política social que rep més suport.

A Espanya, la despesa pública en atenció sanitària per habitant entre 1980 i 1990 (en termes reals) es va multiplicar per 2,5, coincidint amb la universalització dels serveis sanitaris. Aquest creixement s'ha moderat en els últims anys. Des de començament dels noranta, el creixement de la despesa sanitària pública és més petita que en altres països d'Europa, la qual cosa es reflecteix en una despesa per habitant baixa en comparació a la que duen a terme altres països. Segons dades de l'OCDE, Espanya va gastar el 2005 1.609 dòlars per habitant (ajustats per paritat de poder de compra). Aquesta xifra representa una baixa inversió pública en termes comparatius. Només Portugal (1.478) i Grècia (1.277) gasten menys en la UE15. Excepte Itàlia (1.913), tots els països de l'OCDE se situen per sobre dels 2.000 dòlars per habitant.

La despesa sanitària es només un dels determinats de l'estat de salut d'una societat. Aquest capítol es proposa examinar en quina mesura Espanya aconsegueix rendiments

sanitaris acceptables en el context de països amb els quals ens podem comparar pel grau de desenvolupament econòmic i despesa sanitària. Es tracta d'oferir una visió comparativa que ajudi a identificar els problemes de salut prioritaris que puguin requerir atenció per tancar bretxes amb altres països. Conèixer on se situa Espanya en el context internacional pròxim ens atorga un paràmetre de la nostra salut en general i la dels grups més vulnerables en particular. Les fonts utilitzades per a l'anàlisi són primàries ("Enquesta Social Europea") i secundàries (dades de l'Organització Mundial de la Salut, l'OCDE, la Comissió Europea i diversos estudis publicats per equips transnacionals). Tenint en compte l'elevat grau de descentralització del sistema sanitari espanyol, es presenten així mateix evidències de la distribució territorial d'una selecció d'indicadors de l'estat de salut per comunitats autònomes (CA). S'utilitzen principalment fonts primàries generades per organismes públics ("Encuesta de Condiciones de Vida", "Barómetro Sanitario" i "Encuesta Nacional de Salud").

4.1. La salut dels espanyols des d'una perspectiva comparada

Si la comparem amb la de la majoria de països del món, la salut dels espanyols és excel·lent. Espanya forma part del grup de societats pròsperes que assolixen els millors resultats sanitaris del món. En alguns aspectes crucials, la salut a Espanya és fins i tot millor que en països amb grau semblant de desenvolupament econòmic i despesa sanitària. El 2005, Espanya és el quart país amb l'esperança de vida en néixer més alta dels països de l'OCDE: 81,7 anys. És el primer de la UE15. L'esperança de vida femenina arriba als 83,9 anys, només superada pel Japó (OCDE, 2007).¹⁶ El lloc destacat que ocupa en aquest rànquing cobra més significat si es té en compte la relació entre grau de desenvolupament econòmic, despesa sanitària i esperança de vida. Existeix una clara associació entre nivells de desenvolupament econòmic (mesurat en producte interior brut per càpita en paritat de poder de compra) i esperança de vida, encara que aquesta relació és menys acusada quan els països arriben a llindars elevats de desenvolupament econòmic. Existeix també una associació entre els nivells de despesa sanitària per càpita i l'indicador d'esperança de vida. Als gràfics es pot observar que el grau d'associació de l'esperança de vida amb el nivell de despesa pública és molt més gran que amb la despesa privada. També és fàcilment apreciable que, arribat a cert llindar de despesa pública (entorn dels 1.500-1.700 dòlars per càpita), no es produeixen augments addicionals en l'esperança de vida.¹⁷

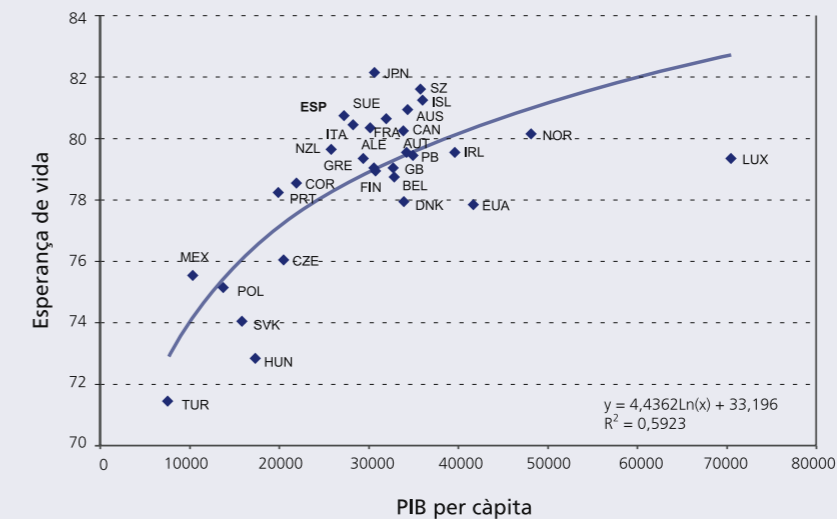
Si la comparem amb la de la majoria de països del món, la salut dels espanyols és excel·lent. Espanya forma part del grup de societats pròsperes que assolixen els millors resultats sanitaris del món. En alguns aspectes crucials, la salut a Espanya és fins i tot millor que en països amb grau semblant de desenvolupament econòmic i despesa sanitària. El 2005, Espanya és el quart país amb l'esperança de vida en néixer més alta dels països de l'OCDE: 81,7 anys. És el primer de la UE15. L'esperança de vida femenina arriba als 83,9 anys, només superada pel Japó (OCDE, 2007).¹⁶ El lloc destacat que ocupa en aquest rànquing cobra més significat si es té en compte la relació entre grau de desenvolupament econòmic, despesa sanitària i esperança de vida. Existeix una clara associació entre nivells de desenvolupament econòmic (mesurat en producte interior brut per càpita en paritat de poder de compra) i esperança de vida, encara que aquesta relació és menys acusada quan els països arriben a llindars elevats de desenvolupament econòmic. Existeix també una associació entre els nivells de despesa sanitària per càpita i l'indicador d'esperança de vida. Als gràfics es pot observar que el grau d'associació de l'esperança de vida amb el nivell de despesa pública és molt més gran que amb la despesa privada. També és fàcilment apreciable que, arribat a cert llindar de despesa pública (entorn dels 1.500-1.700 dòlars per càpita), no es produeixen augments addicionals en l'esperança de vida.¹⁷

16. L'esperança de vida masculina (77,4) també està per sobre de la mitjana dels països de l'OCDE.

17. Càlculs addicionals (no mostrats) suggereixen que la correlació entre l'esperança de vida i el nivell de desigualtat de renda en el país (mesurat amb l'índex de Gini) és significativament més baixa: $R^2 = 0,19$.

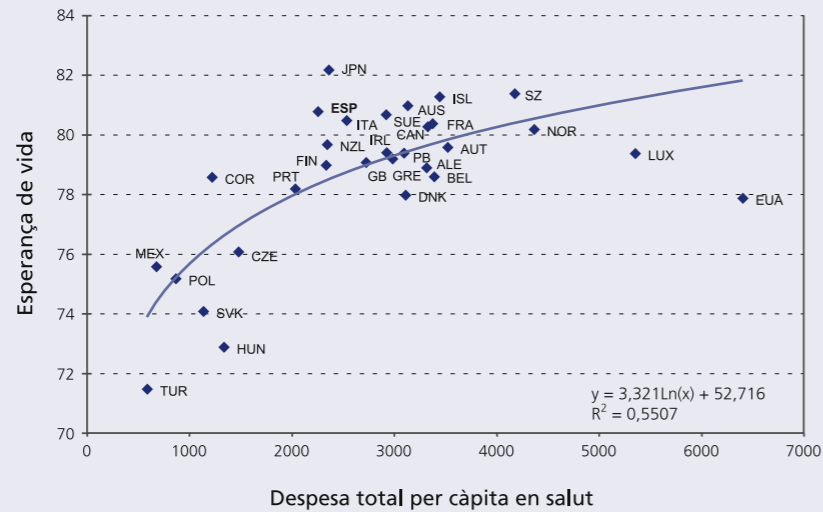
Espanya presenta uns resultats excepcionals en relació amb el seu desenvolupament econòmic i nivell de despesa, només comparables als del Japó (el nivell de desenvolupament econòmic i despesa sanitària del qual són lleugerament més elevats). El quart lloc al rànquing d'esperança de vida cobra més significat si es té en compte que Espanya ocupa la posició 15 en PIB per càpita i la posició 19 en despesa sanitària (de 24 països).

Gràfic 4.1.(a) Esperança de vida segons PIB per càpita a diversos països de l'OCDE (2005)

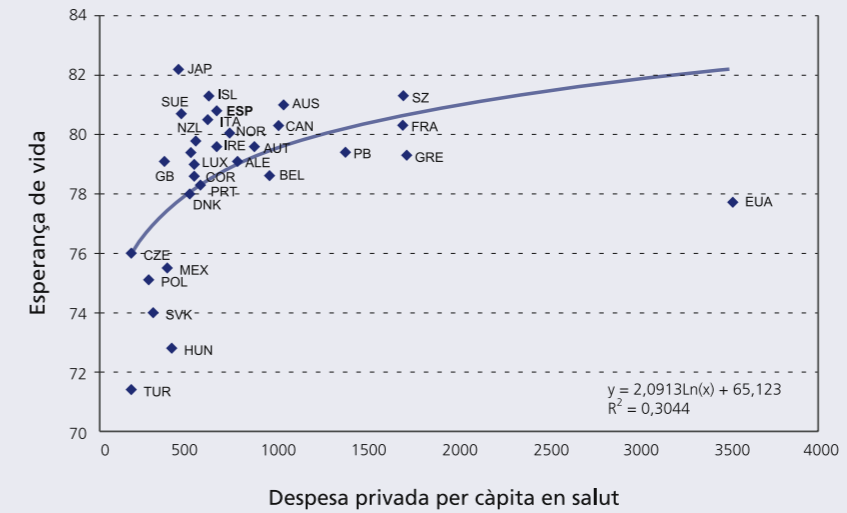


Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de Health at Glance 2007, OCDE.

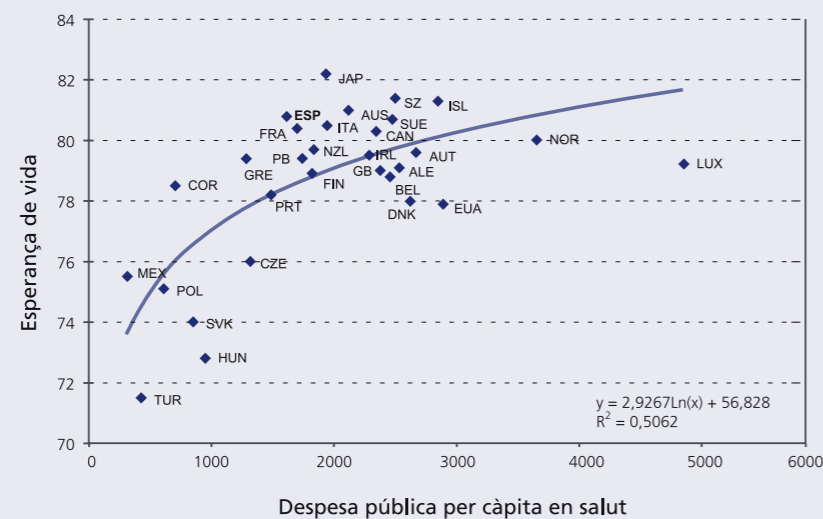
Gràfic 4.1.(b) Esperança de vida segons despesa total en salut a diversos països de l'OCDE (2005)



Gràfic 4.2.(b) Esperança de vida segons despesa privada en salut a diversos països de l'OCDE (2005)



Gràfic 4.2.(a) Esperança de vida segons despesa pública en salut a diversos països de l'OCDE (2005)



En les últimes cinc dècades (entre 1960 i 2005), els espanyols han guanyat més anys a la vida que els ciutadans d'altres països. Han incrementat la seva esperança de vida en 10,9 anys, davant dels 10,1 de mitjana als països de l'OCDE. A la UE15, només a Portugal l'increment de l'esperança de vida ha estat més elevat que a Espanya, encara que el punt de partida també era més baix. Aquest augment dels anys de vida és resultat tant d'una disminució del risc de mortalitat en les primeres etapes de la vida com d'un allargament de l'esperança de vida en edats avançades.

Espanya ha fet progressos en la disminució de la taxa de mortalitat infantil.¹⁸ Entre 1970 i 2005, la taxa de mortalitat infantil ha disminuït el 5,4% de mitjana anual, la qual cosa representa un ritme de decreixement superior a tots els països de la UE15, excepte Luxemburg, Grècia i Portugal. No obstant això, amb 4,1 morts per 1.000 naixements, Espanya se situa encara a la cua dels països de la UE15. El 2005, la taxa de mortalitat infantil era inferior a l'espanyola en 10 dels 15 països de la UE15.

18. La taxa de mortalitat infantil és el nombre de infants menors d'un any que moren en un determinat any, expressat per morts per cada 1.000 naixements.

Els espanyols (especialment les espanyoles) viuen més anys que els ciutadans/nes de països amb nivells de desenvolupament econòmic i despesa sanitària similars.

Els progressos en l'esperança de vida són més evidents quan examinem indicadors de mortalitat prematura i esperança de vida als 65 anys. La *mortalitat prematura* és una forma de calcular anys potencials de vida perduts. Es tracta d'una mesura molt sensible a la mort de les persones en edats joves.¹⁹ Als països de l'OCDE, entre 1970 i 2004, la mortalitat prematura s'ha retallat a menys de la meitat (es redueix el 55%). A Espanya, ha disminuït una mica més: el 59%. Amb 3.304 anys per 100.000 habitants, Espanya és un dels països que presenten valors més baixos a la UE15. Només Suècia, Holanda i Itàlia tenen menys mortalitat prematura. Aquesta xifra oculta, però, considerables diferències entre homes i dones. Mentre la mortalitat prematura de les dones se situa en 2.079 anys per 100.000 habitants (la més baixa de la UE15), la dels homes arriba als 4.528 (8 països de la UE15 presenten xifres més baixes).

Un altre indicador on els progressos en l'esperança de vida són notables és l'esperança de vida als 65 anys, especialment la de les dones. Entre 1970 i 2005, l'esperança de vida de les dones als 65 anys augmenta 4,7 anys, fins a arribar als 20,7 anys. Aquest augment és substancialment superior al que es produeix a la majoria dels països de la UE15. Només a Àustria i Finlàndia, l'increment és més elevat. L'augment de l'esperança de vida dels homes als 65 anys és una mica menor (3,5), fins a situar-se en els 16,8 anys. Sis països de la UE15 tenen una esperança de vida masculina als 65 anys més elevada.

En conjunt, les dades sobre mortalitat i esperança de vida ens ofereixen un panorama optimista sobre la situació d'Espanya al món. Els espanyols (especialment les espanyoles) viuen més anys que els ciutadans/es de països amb nivells de desenvolupament econòmic i despesa sanitària similars. Els avantatges més importants radiquen en l'elevada esperança de vida de les persones d'edat avançada (de nou, especialment de les dones). Algunes de les claus per entendre els avantatges dels espanyols són els baixos nivells de mortalitat d'algunes malalties que provoquen més sovint la mort a edats avançades. Així Espanya té una taxa de mortalitat femenina per isquèmia coronària (estandarditzada per l'edat de les poblacions) de 34,8 morts per 100.000 habitants i una taxa masculina de 79,1 (dades de 2004, OCDE, 2007: 27).²⁰ Aquests valors se situen molt per sota de la mitjana dels països de l'OCDE (72,7 i 141,6, respectivament). Espanya és el segon país de la Unió Europea, després de França, amb una menor mortalitat per malaltia isquèmica del cor. La taxa de mortalitat per aquesta

19. El càlcul d'aquest indicador suposa estimar les morts produïdes a cada edat específica i ponderar-les pel nombre d'anys per davant fins a un llindar determinat (establert generalment als setanta anys). Per exemple, la mort d'una persona de deu anys comporta la pèrdua de 60 anys de vida potencial. Aquesta mesura s'expressa en anys potencials de vida perduts per cada 100.000 habitants.

20. La isquèmia coronària es produeix quan el flux sanguini de les coronàries és insuficient per alimentar les cèl·lules del miocardi. La causa més freqüent és l'obstrucció de les artèries coronàries com a conseqüència de l'acumulació de dipòsits de greix a les parets. S'ha calculat que és responsable del 16% de les defuncions en els països de l'OCDE (el 10% a Espanya). A Espanya, el 56% de les morts per isquèmia coronària d'homes i el 84% de les dones es produeixen després dels 75 anys.

causa és un 70% inferior a la mitjana de la Unió Europea. Les causes d'aquests baixos nivells s'han atribuït habitualment als efectes beneficiosos de factors protectors com la dieta.

La taxa de mortalitat per infart cerebrovascular (39,1 en dones i 49,6 en homes) és també significativament més baixa que la del conjunt de països de l'OCDE (54,4 i 68,5, respectivament) i és una de les més baixes de la Unió Europea (només per darrere de França, Àustria i Irlanda).²¹ La mortalitat per malalties cerebrovasculars mostra una tendència descendent molt acusada. La taxa de mortalitat ajustada per edat va descendir el 50% entre 1990 i 2006 (Instituto de Informació Sanitaria, 2008).

Si s'examina la mortalitat per càncer, els resultats són també considerablement positius. La mortalitat per càncer depèn tant de l'exposició a factors de risc com de factors mèdics, com és l'accés a instruments de diagnòstic precoç i tractaments. El 2004, a Espanya es van produir 228 morts d'homes per cada 100.000 habitants i 99 de dones (valors estandarditzats per edat).²² La mortalitat en homes és similar a la mitjana dels països de l'OCDE (227); la de dones bastant inferior. Encara que a tots els països de l'OCDE existeix una bretxa considerable entre homes i dones, a Espanya és més acusada que a qualsevol altre lloc, llevat de Corea del Sud. El tipus de càncer que causa més morts entre els homes –a Espanya i la resta del món desenvolupat– és el càncer de pulmó.²³ Amb 63 morts d'homes per cada 100.000 habitants, Espanya supera la mitjana dels països de l'OCDE (58). La taxa de mortalitat femenina per càncer de pulmó és, en canvi, molt baixa en termes comparatius. El factor determinant d'aquestes diferències és el consum de tabac. A Espanya, tradicionalment, el consum de tabac ha estat bastant més alt entre els homes que entre les dones, encara que aquestes diferències estan desapareixent.²⁴ Espanya es caracteritza també per la baixa incidència de la mortalitat per càncer de mama, la forma més comuna de càncer entre les dones als països desenvolupats.²⁵ Amb 17,4 dones mortes per 100.000 habitants per aquesta causa (valors estandarditzats per edat), presenta unes taxes inferiors a tots els països de l'OCDE, llevat del Japó i Corea.

21. L'infart cerebrovascular està causat per l'alteració del flux sanguini al cervell. L'OCDE calcula que és responsable d'aproximadament el 10% de les morts. Al marge de les morts que provoca, és causant d'un nombre important de discapacitats (OCDE, 2007: 26). Les malalties cerebrovasculars ocorren majoritàriament en edats avançades. El 80% dels morts a Espanya tenen 75 o més anys.

22. El càncer és la segona causa de mort als països de l'OCDE, i és responsable, de mitjana, del 27% de totes les morts el 2004.

23. El tumor maligne de la tràquea, els bronquis i el pulmó va causar el 20% de les morts per càncer ocorregudes a Espanya (Instituto de Informació Sanitaria, 2008).

24. Segons dades de l'OCDE (2007: 47), el 2005 a Espanya fumen 6,6 dones per cada deu homes. De mitjana, als països de l'OCDE, ho fan 6,5. Entre 1990 i 2005 el consum masculí es va reduir un 34%. El consum femení va augmentar un 5%. En aquests mateixos anys, el risc de mort per càncer de pulmó entre les dones ha crescut un 68%. A Suècia, el consum femení és més alt que el masculí.

25. Dades de la *International Agency of Research on Cancer*, de l'OMS (Stewart i Kleihues, 2003: 7-8). El càncer de mama va produir el 2006 el 16% de les morts per càncer a Espanya (Instituto de Informació Sanitaria, 2008: 5).

A edats joves, dues de les principals causes de mortalitat són els accidents de trànsit i el suïcidi. En ambdós casos, Espanya es troba en una situació favorable en termes comparatius.

A edats joves, dues de les principals causes de mortalitat són els accidents de trànsit i el suïcidi. En ambdós casos, Espanya es troba en una situació favorable en termes comparatius. El 2004, últim any per al qual existeixen xifres comparables, a Espanya es produïen 11,2 morts per cada 100.000 habitants, xifra lleugerament superior a la mitjana dels països de l'OCDE (10,3). Des de llavors, les víctimes mortals a Espanya s'han reduït aproximadament en un 40%.²⁶ Pel que fa al suïcidi, l'evidència comparativa suggereix que a Espanya les xifres són baixes. En 2004 es van suïcidar 10,5 homes per cada 100.000 habitants i 3,1 dones. A l'OCDE, la mitjana era de 19,2, i 5,7 respectivament. És convenient destacar, no obstant això, que Espanya és el país de l'OCDE on les xifres de suïcidi han experimentat l'increment més gran entre 1980 i 2004 (un 50%) (OCDE, 2007: 33). Aquest augment té lloc des de començament de la dècada dels noranta i afecta fonamentalment la població més jove.

26. Comparació entre les víctimes mortals entre el quart trimestre de 2004 i el quart trimestre de 2008 (Observatori Nacional en Seguretat Viària, 2009).

Taula 4.1. Indicadors de mortalitat als països de l'OCDE

| | Espanya | Valor mínim | Valor màxim | Mitjana OCDE |
|--|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------|
| Esperança de vida al néixer en anys ^(a) | | | | |
| Homes | 77,4 | Hongria 68,6 | Islàndia 79,2 | 75,7 |
| Dones | 83,9 | Turquia 73,8 | Japó 85,5 | 81,4 |
| Esperança de vida als 65 anys en anys ^(a) | | | | |
| Homes | 16,8 ^(d) | Hongria, Turquia 13,1 | Japó, Austràlia 18,1 | 16,2 |
| Dones | 20,7 ^(d) | Turquia 15,0 | Japó 23,2 | 19,6 |
| Mortalitat infantil per cada 1000 nascuts vius ^(a) | | | | |
| Total naixements | 4,1 | Islàndia 2,3 | Turquia 23,6 | 5,4 |
| Mortalitat prematura ^(b) | | | | |
| Homes | 4528 | Islàndia 3114 | Hongria 9483 ^(c) | 5017 |
| Dones | 2079 | Japó 1906 | Hongria 4310 ^(c) | 2627 |
| Taxa de mortalitat per isquèmia coronària ^(b) | | | | |
| Homes | 79,1 | Japó 42,0 | Eslovàquia 341,3 | 138,8 |
| Dones | 34,8 | Japó 19,5 | Eslovàquia 215,9 | 67,0 |
| Taxa de mortalitat per infart cerebrovascular ^(b) | | | | |
| Homes | 49,6 | Suïssa 33,2 | Hongria 160,8 ^(c) | 68,5 |
| Dones | 39,1 | Suïssa 26,2 | Hongria 108,6 ^(c) | 54,4 |
| Taxa de mortalitat per càncer ^(b) | | | | |
| Homes | 228,2 | Islàndia 176,3 | Hongria 345,7 | 227,2 |
| Dones | 99,1 | Espanya 99,1 | Dinamarca 186,2 | 131,8 |
| Taxa de mortalitat per càncer de pulmó ^(b) | | | | |
| Homes | 63,4 | Suècia 29,9 ^(d) | Hongria 105,5 ^(c) | 58,3 |
| Dones | 7,5 | Portugal 7,0 ^(c) | Dinamarca 39 ^(e) | 20,2 |
| Taxa de mortalitat per càncer de mama ^(b) | | | | |
| Dones | 17,4 | Corea 5,6 | Dinamarca 32,8 ^(e) | 22,0 |
| Taxa de mortalitat per accident de tràfic ^(b) | | | | |
| Població total | 11,2 | Holanda 5,2 | Corea 17,7 | 10,3 |
| Taxa de mortalitat per suïcidi ^(b) | | | | |
| Població total | 6,6 | Grècia 2,6 | Corea 24,2 | 12,1 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de Health at Glance 2007, OCDE.

Nota: a) Dades de 2005 d) Dades de 2002

b) Dades de 2004 e) Dades de 2001

c) Dades de 2003

* S'indiquen ombrejats els països amb els millors valors en els indicadors de mortalitat.

** Les taxes de mortalitat són per cada 100.000 persones excepte quan s'especifica el contrari.

Cal subratllar que entre 1980 i 2005 el nombre de noutats amb pes baix s'ha incrementat a Espanya més que en cap país de l'OCDE (154%).

Més enllà de les causes directes de mortalitat, alguns dels indicadors convencionals sobre els quals existeix evidència comparativa apunten en la mateixa direcció. Així ho demostren, per exemple, les dades de l'«Eurobaròmetre 52.1», que el 2002 interroga els ciutadans de 28 països europeus (als 15 membres de la UE en aquell moment i 13 països candidats a l'admissió) sobre si tenen una malaltia de llarga durada o discapacitat. En aquest estudi, les persones entrevistades a Espanya figuren per sota de la majoria dels països estudiats en ambdós indicadors. El 17,6% dels espanyols entrevistats declaren patir una malaltia de llarga durada o una discapacitat.²⁷ Aquesta prevalença és superior en 21 dels 28 països estudiats (Alber i Köler, 2004: 11).

Un altre estudi comparatiu recent (Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen i Olesen, 2005), basat en un exercici de metanàlisi a partir de dades epidemiològiques procedents de 28 països europeus, arriba a la conclusió que la prevalença de trastorns cerebrals de tot tipus (malalties neurològiques, neuroquirúrgiques i trastorns mentals) és significativament més baixa a Espanya que a tots els altres països estudiats.²⁸ Els autors estimen que entorn del 27% dels habitants dels estats inclosos a l'estudi tenen un trastorn cerebral. A Espanya, situen la prevalença en el 19,5%.²⁹ El 8,2% dels espanyols té trastorns mentals, l'11,3% té una malaltia neurològica i un percentatge marginal (0,1%) té una malaltia neuroquirúrgica.³⁰ En la mateixa línia, dades recents de l'OCDE mostren que a Espanya les malalties mentals són responsables d'una proporció reduïda de les discapacitats laborals (9,7%). Es tracta del percentatge més baix en 13 països estudiats en l'*Employment Outlook 2008*, molt per sota del promig no ponderat d'aquests països (26,9%).

Espanya surt una mica pitjor parada en els estudis sobre la salut d'infants i adolescents. La salut infantil (igual que altres tipus de risc que afecten els menors) és una assignatura pendent a Espanya. Alguns dels problemes tenen l'origen en etapes molt prematures de la vida. A Espanya el 7,1% dels infants neixen amb pes baix (dades de 2004).³¹ Només Portugal, Bèlgica i Grècia presenten un percentatge més elevat dintre del conjunt de països que formen la UE15. La mitjana dels països de l'OCDE és del 6,6%. Els infants que neixen amb pes baix tenen un risc més elevat de salut precària,

requereixen més temps d'hospitalització després de néixer i tenen una probabilitat més alta de desenvolupar discapacitats. Convé no oblidar que, com assenyalen múltiples investigacions epidemiològiques, existeix una relació entre el baix pes i l'extracció socioeconòmica dels pares (Blane, 2006). En els últims anys, el nombre de noutats amb pes baix s'ha incrementat a la majoria de països de l'OCDE. Hi contribueix la tendència general dels països desenvolupats a l'augment de les fecundacions múltiples (propiciades pels tractaments de fertilitat) i la creixent utilització de tècniques de part per cesària.³² Cal subratllar que entre 1980 i 2005 el nombre de noutats amb pes baix s'ha incrementat a Espanya més que en cap país de l'OCDE (154%). Sobre aquesta tendència influeix l'adopció de nous hàbits entre les dones, com el consum de tabac. Però també és probable que aquests increments s'hagin d'atribuir a la creixent edat mitjana de la maternitat, provocada, en bona mesura, per les dificultats dels joves per emancipar-se i formar la seva pròpia família. La realitat de les dones joves ha canviat de forma considerable en els últims anys, amb la incorporació massiva al mercat laboral. En un mercat de treball dual, aquestes dones experimenten sovint problemes relacionats amb una inserció laboral precària (contractes temporals, mal retribuïts, i dificultats per a compatibilitzar vida professional i familiar). En aquest context, els embarassos poden esdevenir una font d'inquietuds i estrès relacionats amb el seu horitzó personal i laboral. En absència d'estudis conclouents i evidència empírica per escometre'ls, les dades suggereixen que l'alta proporció de noutats amb pes baix a Espanya pot tenir relació directa amb dificultats experimentades per col·lectius en situació de vulnerabilitat.

Altres problemes apareixen en fases més avançades de la infància i l'adolescència. En un macroestudi de l'Organització Mundial de la Salut, anomenat *Health Behaviors in School-Aged Children* (HBSC), que inclou 41 països europeus i nord-americans (2005/2006), els adolescents espanyols (d'11, 13 i 15 anys) presenten resultats mixts en comparació amb altres països. Espanya és un dels països on la proporció d'adolescents que declaren que la seva salut és regular o dolenta és més baixa. El 13% de les adolescents i el 6% dels adolescents de 15 anys qualifiquen així la seva salut (davant del 18% d'adolescents, dones i homes, en el conjunt de països de l'estudi HBSC). Aquesta posició de privilegi en salut subjectiva es correspon bastant bé amb la que ocupa Espanya en alguns indicadors de satisfacció amb la vida i hàbits saludables. En comparació amb altres països, el percentatge d'adolescents que es declaren satisfets amb la seva vida és molt alt (85% de dones de 15 anys, 91% d'homes,

27. La pregunta del qüestionari (Q24/D29) és: «Té alguna malaltia de llarga durada o discapacitat que limiti d'alguna manera les seves activitats? Per llarga durada, em refereixo a alguna malaltia que li hagi causat problemes durant algun temps i és probable que el pugui seguir afectant per un període de temps».

28. Els trastorns inclosos en la categoria són: addiccions, trastorns dels estats d'ànim, trastorns d'ansietat, tumors cerebrals, demència senil, epilèpsia, migranya, esclerosi múltiple, malaltia de Parkinson, trastorns psicòtics, infart cerebral i traumes.

29. Holanda se situa al capdavant d'Europa, amb una prevalença del 36%.

30. Els autors adverteixen sobre la possibilitat d'haver sobreestimat la prevalença de les persones afectades, a causa de la possibilitat de comorbiditat entre malalties neurològiques i trastorns mentals. Estimen la possible comorbiditat en un 31,6% (pàg. 7).

31. Es tracta de la proporció de noutats que pesen menys de 2.500 grams.

32. El nombre de cesàries que es fa a Espanya per 100 naixements (23,6) se situa en la mitjana de l'OCDE.

El consum de cànnabis entre els adolescents espanyols és molt elevat: el 31% dels adolescents de 15 anys reconeixen haver consumit cànnabis alguna vegada.

davant del 82% en els països que participen al HBSC). Una proporció elevada d'adolescents espanyols tendeix a observar alguns hàbits saludables (com esmorzar cada dia) i és relativament baix el percentatge que incorre en alguns comportaments de risc bastant comuns a aquestes edats (com emborratxar-se o tenir relacions sexuals sense preservatiu). No obstant això, altres indicadors són preocupants. La proporció d'adolescents que declaren haver estat atesos per un metge després d'haver-se lesionat en els últims dotze mesos és la més alta en els 41 països estudiats. El 49% de les dones i el 65% dels homes de 15 anys relaten haver sofert una lesió que ha requerit atenció mèdica (davant d'un 42% dels adolescents en el conjunt de països estudiats).³³ Les lesions sofertes pels adolescents són sovint el producte d'estils de vida que comporten conductes de risc (OMS, 2008: 87). Aquests estils de vida impliquen sovint el consum de substàncies psicoactives. En aquest sentit, el consum de cànnabis entre els adolescents espanyols és molt elevat: el 31% dels adolescents de 15 anys reconeixen haver consumit cànnabis alguna vegada. Aquesta xifra se situa molt per sobre de la d'adolescents que, de mitjana, declaren haver consumit aquesta substància en el conjunt de països que participen en el HBSC (18%). El 15% dels adolescents de 15 anys espanyols declara haver consumit cànnabis en els últims 30 dies (el 6% en el conjunt de països HBSC).³⁴ Aquests elevats consums durant l'adolescència són en bona mesura responsables de l'elevada prevalença en el consum de substàncies psicoactives entre les persones adultes joves.³⁵

33. Els progressos en la higiene i el control de malalties infeccioses durant la segona meitat del segle XX han convertit les lesions en la principal causa de morbiditat i mortalitat d'infants i adolescents. Les lesions sofertes pels adolescents són el producte d'estils de vida que comporten conductes de risc (OMS, 2008: 87).

34. Espanya és, d'acord a l'estudi de l'OMS, un dels països amb proporcions més altes d'adolescents consumidors "habituals" de cànnabis (11%) i amb més "consumidors abusius" (*heavy consumers*) d'aquesta substància (4%).

35. Segons l'últim Informe de l'Observatori Europeu de les Drogues i Toxicomanies (2008), Espanya encapçala el rànquing europeu en la prevalença de consum de cànnabis (20%) i de cocaïna en la població de 15 a 34 anys. És el sisè país (de 22 països europeus estudiats) amb més prevalença en consum d'èxtasi, i ocupa el mateix lloc en el consum d'amfetamines.

Taula 4.2. Indicadors de salut en adolescents

| | Adolescents de 11 anys d'edat | | | | Adolescents de 15 anys d'edat | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|---------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|
| | Homes | | Dones | | Homes | | Dones | |
| | Total Espanya | Total països HBSC ^(a) | Total Espanya | Total països HBSC | Total Espanya | Total països HBSC | Total Espanya | Total països HBSC |
| Salut subjectiva | | | | | | | | |
| Salut percebuda regular a dolenta | 4% | 11% | 5% | 13% | 6% | 13% | 13% | 23% |
| Autopercepció de sobrepès | 26 | 22 | 29 | 28 | 27 | 21 | 45 | 41 |
| Satisfacció amb la vida | 94 | 88 | 95 | 87 | 91 | 85 | 85 | 78 |
| Salut objectiva | | | | | | | | |
| Lesions ateses per un metge l'últim any | 65 | 49 | 55 | 38 | 65 | 40 | 49 | 36 |
| Sobrepès i obesitat | 21 | 16 | 18 | 12 | 19 | 17 | 11 | 10 |
| Hàbits saludables | | | | | | | | |
| Esmorza cada dia | 85 | 70 | 85 | 68 | 71 | 60 | 60 | 50 |
| Consumeix fruita diàriament | 39 | 37 | 43 | 45 | 24 | 25 | 27 | 34 |
| Veü menys de 2 hores de TV diàries | 53 | 63 | 45 | 60 | 67 | 69 | 69 | 67 |
| Conductes de risc | | | | | | | | |
| Consum de cànnabis | | | | | | | | |
| Ha consumit algun cop | - (b) | - | - | - | 30 | 21 | 32 | 16 |
| Ha consumit en els últims 30 dies | - | - | - | - | 15 | 8 | 15 | 6 |
| Consum d'alcohol | | | | | | | | |
| S'ha emborratxat dues vegades o més | 1 | 4 | <0,5 | 2 | 29 | 37 | 33 | 30 |
| Beu alcohol setmanalment | 2 | 7 | 1 | 3 | 25 | 31 | 25 | 21 |
| Consum de tabac | | | | | | | | |
| Va provar el tabac amb 13 anys o menys | - | - | - | - | 22 | 31 | 28 | 28 |
| Fuma tabac setmanalment | 1 | 2 | <0,5 | 1 | 14 | 18 | 20 | 19 |
| Va usar preservatiu a l'última relació sexual | - | - | - | - | 83 | 81 | 95 | 72 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'enquesta Health Behavior in School-Aged Children 2005-06, OMS.

Nota: a) L'enquesta HBSC 2005-06 recull dades de 41 països d'Europa i Amèrica del Nord.

b) - No hi ha dades disponibles.

Un altre indicador que suggereix la concentració de problemes de salut en els menors espanyols és la prevalència de sobrepès o obesitat en aquestes edats.³⁶ Es tracta d'un problema estès en la població dels països desenvolupats, responsable d'un nombre creixent de trastorns. L'OMS l'ha definit com una "epidèmia global". El sobrepès i l'obesitat estan associats a nombrosos problemes de salut en l'edat adulta: hipertensió, colesterol elevat, diabetis, malalties cardiovasculars, problemes respiratoris (asma), trastorns musculars i ossis (com l'artritis), i fins i tot algunes formes de càncer. S'ha estimat que l'excés de pes és el responsable del 7,7% de la mortalitat en els països de la Unió Europea i els anàlisis prospectius dibuixen una tendència a l'increment d'aquest problema (Banegas et al. 2003) Un índex de massa corporal elevat durant la infància tendeix a arrossegar-se a edats adultes (Wittaker *et al.*, 1987; Guo *et al.*, 2000). És, per altra banda, un bon predictor de mortalitat prematura (Engeland, 2004; Cole, 2000), les majors conseqüències de la qual a Espanya estan probablement per arribar.

El percentatge d'infants d'11 anys amb sobrepès o obesitat és, d'acord amb HBSC, el 20%. Aquesta proporció és significativament més alta que el valor mitjà dels 41 països que participen a l'estudi (14%).³⁷ Només set països presenten proporcions més elevades. La situació relativa dels menors espanyols en comparació amb altres països és clarament deficient en comparació a la dels espanyols d'edat adulta. El percentatge d'espanyols més grans de 15 anys amb problemes de sobrepès o obesitat és del 48,4%. La mitjana (no ponderada) dels 30 països examinats a l'informe *Health at Glance 2007* de l'OCDE és 48,1%. Tretze països tenen proporcions més elevades de persones adultes amb sobrepès o obesitat que Espanya.³⁸

Un darrer indicador de salut infantil on Espanya obté resultats pobres en termes comparatius és la salut mental infantil. Espanya va ser un dels 13 països europeus que va participar en 2001 i 2004 al projecte KIDSCREEN, concebut amb l'objecte de desenvolupar un indicador per mesurar el benestar i els problemes de salut mental en infants i adolescents. L'índex (KIDSCREEN-10) es basa en 10 ítems que abasten diverses dimensions del benestar psicològic i la qualitat de vida del menor: sentiments de tristesa, solitud, falta d'energia, relació amb els pares, relació amb companys a l'escola, ús del temps lliure, etc. Els resultats van ser obtinguts amb un qüestionari administrat a una mostra representativa de menors de 8 a 18 anys a tots els països participants. Els infants i adolescents espanyols se situen a la cua d'Europa en el percentatge d'adolescents la salut dels quals és pobra d'acord

36. L'existència de sobrepès i l'obesitat es dirimeix amb l'índex de massa corporal (IMC), calculat dividint el pes en quilograms per l'alçada elevada al quadrat (kg/m²). Un índex superior a 25 indica sobrepès, mentre que si és superior a 30 indica obesitat (llindars recomanats per la *International Organization Taskforce*).

37. La xifra real és possiblement més alta. Diversos estudis suggereixen que l'índex de massa corporal calculat a partir dels testimoniatges dels entrevistats tendeix a infraestimar la proporció de persones amb sobrepès o obesitat (Elgar et al., 2005). La *International Association for the Study of Obesity* (2007) estima que el 2000-2002 un terç dels adolescents espanyols de 13-14 anys tenien problemes de sobrepès o obesitat.

38. Cinc d'ells presenten mesures calculades a través d'un examen mèdic.

amb l'índex KIDSCREEN-10.³⁹ A Espanya, el 23% dels menors tenen problemes de salut. Només França i Polònia presenten valors més alts (9 països participants a l'estudi els presenten més baixos). Espanya és a més, segons l'informe que fa l'OMS comparant la salut mental dels països participants, un dels països en què el grau d'associació entre l'estatus socioeconòmic familiar i els problemes de salut mental infantil és més alt.

Hi ha altres problemes de salut que afecten grups vulnerables. Una malaltia estretament relacionada amb factors d'exclusió social és la SIDA. La SIDA és una malaltia infecciosa, estigmatitzada socialment. Les persones afectades pateixen un rebuig social derivat de l'estigma social que recau sobre les víctimes i el temor al contagi. Aquest rebuig se suma a altres formes d'exclusió que afecten sovint alguns grups amb elevades concentracions de persones infectades, com els addictes a drogues per via parenteral (ADVP). Estudis epidemiològics arreu del món acrediten la sobrerrepresentació de grups desfavorits en la població infectada pel virus (UNAIDS, 2006). Amb 36 nous casos diagnosticats per milió d'habitants el 2005, Espanya presenta taxes d'incidència més elevades que 19 dels 24 països de l'OCDE (OCDEa, 2007: 43). Aquesta elevada incidència és conseqüència, en bona mesura, de l'alta representació d'addictes a drogues per via parenteral (EUROHIV, 2006).⁴⁰

Hi ha raons, per tant, per sospitar que, malgrat el bon estat de la salut general a Espanya, subsisteixen problemes de salut dins de grups en risc d'exclusió. L'evidència que permet comparar la prevalença relativa de problemes de salut en grups desfavorits de diferents països és escassa. La poca existent, no obstant, apunta a la possibilitat que, malgrat el bon estat de salut general de la població a Espanya, les desigualtats socioeconòmiques en salut són importants.

En un estudi de 19 països d'Europa que utilitza dades obtingudes a la dècada dels noranta, Johan P. Mackenbach (2006: 20-21) estima que, entre els homes, la raó de probabilitats (*odds ratio*) de tenir salut percebuda deficient (regular, dolenta, molt dolenta) a Espanya és 2,58 vegades més alta en l'estrat educatiu més baix que en el més alt. Entre les dones és 3,10 vegades més alta. Encara que l'evidència dels diferents països no és estrictament comparable, hi ha 7 països que presenten una oportunitat relativa més elevada (i 10, menor) entre els homes, i només 1 entre les dones (17 menor).

Una altra il·lustració de l'existència d'importants desigualtats socials en salut són les dades de l'"Eurobaròmetre 2002.1" que es presenten a la Taula 4.3. Espanya és el país de la UE15 on la diferència en la prevalença de malalties de llarga durada i discapacitats entre persones la renda de les quals se situa en el quartil inferior i persones les rendes de les quals es troben en el quartil superior és més gran. Existeixen 15,2 punts percentuals de diferència entre aquests dos grups, una bretxa social substancialment més gran que la que existeix a la resta de països de la UE15 (excepte Gran

39. Salut mental pobra és, d'acord amb aquest índex, la dels menors que obtenen una puntuació inferior a una desviació estàndard de la mitjana dels països estudiats.

40. Cal dir, no obstant això, que el pes relatiu dels casos de SIDA en aquest grup està disminuint ràpidament en comparació amb altres col·lectius. Mentre que a començament de la dècada dels noranta constituïen més del 70% dels casos, actualment estan per sota del 50% (EuroHIV, 2006: 61).

Espanya és a més, segons l'informe que fa l'OMS comparant la salut mental dels països participants, un dels països en què el grau d'associació entre l'estatus socioeconòmic familiar i els problemes de salut mental infantil és més alt.

Hi ha raons, per tant, per sospitar que, malgrat el bon estat de la salut general a Espanya, subsisteixen problemes de salut dins de grups en risc d'exclusió.

Bretanya). Dels països que accedeixen a la Unió Europea a partir de 2004, tres d'ells (Hongria, Eslovàquia i Xipre) presenten desigualtats similars. Davant d'aquests països, les desigualtats en aquest indicador de salut a Itàlia, Luxemburg o França són pràcticament inexistents.

Taula 4.3. Malalties de llarga durada segons renda (% que han tingut una malaltia llarga o discapacitat segons quartils de la renda equivalent de la llar)

| Països | 1r quartil | 2n quartil | 3r quartil | 4rt quartil | Total | Ràtio 25/75 |
|---------------|------------|------------|------------|-------------|-------|-------------|
| LUXEMBURG | 15,7% | 21,7% | 24,0% | 14,4% | 19,1% | 1,1 |
| IRLANDA | 10,6 | 11,5 | 13,3 | 12,4 | 11,9 | 0,9 |
| PAÏSOS BAIXOS | 33,6 | 28,9 | 30,4 | 28,4 | 30,3 | 1,2 |
| ÀUSTRIA | 21,4 | 17,2 | 20,0 | 11,5 | 17,4 | 1,9 |
| DINAMARCA | 36,9 | 35,0 | 21,8 | 23,0 | 29,2 | 1,6 |
| SUÈCIA | 36,8 | 29,9 | 22,9 | 27,0 | 29,3 | 1,4 |
| FINLÀNDIA | 38,1 | 33,2 | 31,5 | 25,6 | 32,1 | 1,5 |
| BÈLGICA | 22,6 | 21,6 | 9,6 | 14,7 | 17,2 | 1,5 |
| REGNE UNIT | 43,1 | 30,1 | 25,7 | 18,5 | 29,6 | 2,3 |
| ALEMANYA | 20,9 | 19,8 | 14,7 | 14,4 | 17,5 | 1,5 |
| FRANÇA | 16,0 | 17,1 | 15,4 | 14,2 | 15,7 | 1,1 |
| ITÀLIA | 27,8 | 16,0 | 14,3 | 12,8 | 17,8 | 2,2 |
| ESPANYA | 32,8 | 17,1 | 11,9 | 9,0 | 17,6 | 3,6 |
| GRÈCIA | 24,3 | 14,7 | 12,8 | 6,3 | 14,6 | 3,9 |
| PORTUGAL | 29,9 | 14,7 | 15,0 | 11,8 | 17,9 | 2,5 |
| UE 15 | 24,8 | 20,0 | 17,4 | 15,1 | 19,3 | 1,6 |
| XIPRE | 39,4 | 18,8 | 6,4 | 11,2 | 18,8 | 3,5 |
| ESLOVÈNIA | 37,8 | 19,6 | 30,0 | 19,7 | 27,2 | 1,9 |
| REP. TXECA | 40,9 | 51,7 | 28,3 | 22,0 | 35,8 | 1,9 |
| MALTA | 11,7 | 9,9 | 10,9 | 5,7 | 9,6 | 2,1 |
| ESTÒNIA | 36,8 | 42,8 | 28,1 | 18,9 | 31,2 | 1,9 |
| ESLOVÀQUIA | 44,9 | 28,9 | 31,7 | 18,2 | 31,6 | 2,5 |
| HONGRIA | 48,8 | 29,7 | 38,1 | 17,5 | 33,4 | 2,8 |
| LITUÀNIA | 44,8 | 36,1 | 26,9 | 25,4 | 33,4 | 1,8 |
| LETÒNIA | 31,9 | 42,6 | 23,6 | 17,7 | 28,7 | 1,8 |
| POLÒNIA | 28,0 | 41,1 | 35,0 | 24,3 | 32,1 | 1,2 |
| UE 25 | 26,9 | 23,4 | 20,4 | 16,3 | 21,7 | 1,7 |

Font: Elaboració CIIMU segons dades de Eurobaròmetre 52.1 citades a *European Foundation for the improvement of living and working conditions, Health and Care in an Enlarged Europe 2004*.

Nota: Els països estan ordenats per UE-15 i UE-25 i de major a menor PIB per càpita.

Les dades més recents que permeten fer comparacions d'indicadors de salut subjectiva i discapacitat funcional són les que proporciona l'*European Social Survey*. En la seva edició de 2006 administra enquestes a mostres representatives de persones a 22 països d'Europa. El qüestionari pregunta als entrevistats/des pel seu estat de salut percebut i l'existència de malalties cròniques, discapacitats o trastorns mentals que en limitin l'activitat diària.⁴¹ Els resultats –presentats a les taules 4.4 i 4.5– suggereixen de nou que Espanya presenta, comparativament, desigualtats en salut considerables. Pel que fa a la salut subjectiva, la proporció d'homes amb nivell educatiu més baix (estudis primaris) la salut subjectiva dels quals és deficient és 1,97 vegades més gran que la proporció dels que tenen estudis superiors. Hi ha 16 països (de 22) amb una raó més baixa. Entre les dones, la situació és una mica millor. Només 11 països presenten una desigualtat més acusada.

41. La pregunta C15 és: "Com és el seu estat de salut en general?" Les respostes possibles són (1) "Molt bo", (2) "Bo", (3) "Regular", (4) "Dolent", i (5) "Molt dolent". La pregunta C16 és: "Té alguna malaltia crònica, discapacitat o trastorn mental que limiti la seva activitat diària?". Les respostes possibles són: "Sí, molt", "Sí, en certa manera" i "No". En les anàlisis realitzades s'han agrupat les tres últimes respostes de la C15 (salut subjectiva deficient) i les dues primeres respostes de la C16 (discapacitat funcional).

Taula 4.4. Desigualtats en estat de salut subjectiva deficient entre grups de nivells educatius alts i baixos, i sexe

| Països | Ratio entre educació primària i educació universitària ^(a) | |
|-----------------|---|-------------|
| | Home | Dona |
| ÀUSTRIA | 2,23 | 1,75 |
| ALEMANYA | 0,71 | 1,39 |
| BÈLGICA | 2,63 | 2,85 |
| BULGARIA | 1,71 | 2,44 |
| DINAMARCA | 1,58 | 2,36 |
| ESLOVAQUIA | 1,46 | 2,48 |
| ESLOVÈNIA | 1,86 | 3,27 |
| ESPANYA | 1,97 | 2,17 |
| ESTÒNIA | 1,57 | 1,56 |
| FEDERACIÓ RUSSA | 1,27 | 1,30 |
| FINLÀNDIA | 2,70 | 3,21 |
| FRANÇA | 1,45 | 2,13 |
| HONGRIA | 1,25 | 1,85 |
| IRLANDA | 1,70 | 2,40 |
| NORUEGA | 1,62 | 3,80 |
| PAÏSOS BAIXOS | 1,82 | 2,07 |
| POLÒNIA | 3,47 | 3,71 |
| PORTUGAL | 1,62 | 2,09 |
| REGNE UNIT | 2,22 | 1,81 |
| SUÈCIA | 1,58 | 2,33 |
| SUÏSSA | 1,76 | 4,50 |
| UCRAÏNA | 1,33 | 1,35 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades del European Social Survey 2006.

Nota: a) La ratio és el resultat de dividir la proporció de persones amb educació primària que tenen una salut subjectiva deficient respecte a la proporció de persones amb educació universitària en la mateixa situació.

Si s'examinen les dades de discapacitat funcional, reafirmen l'existència d'enormes desigualtats en salut a Espanya. El 16,9% dels homes espanyols amb nivell educatiu baix declaren tenir una discapacitat funcional, en contraposició al 5,4% dels que tenen estudis superiors. La raó de probabilitats de tenir una discapacitat funcional és 3,54 vegades més elevada en els homes de nivell educatiu alt que en els de nivell educatiu baix. És la raó més alta en els 22 països examinats, la qual cosa ens proporciona un paràmetre per mesurar la desigualtat a Espanya. Entre les dones, el 28,5% de les que tenen estudis primaris declaren tenir una discapacitat funcional. La raó de probabilitats de tenir una discapacitat funcional és 6,93 vegades més alta en les dones amb estudis primaris que en les que tenen estudis superiors. Només a Polònia i Portugal, aquestes raons són més elevades. Ara bé, cal dir que l'elevada desigualtat en l'indicador que s'observa és conseqüència, en part, de la concentració de persones d'edat avançada entre els grups amb nivell educatiu més baix. Si es controla l'efecte sobre la discapacitat funcional a causa de l'edat, les raons de probabilitats disminueixen, tant entre els homes com entre les dones (fonamentalment entre aquestes). No obstant això, la desigualtat entre espanyols amb estudis primaris i superiors segueix sent elevada (a igual edat) si la comparem amb la que s'observa en altres països. Només 6 països (dels 22 analitzats) presenten més desigualtat entre els homes, i 5 entre les dones.

Taula 4.5. Desigualtats en discapacitat funcional entre grups de nivells educatius alts i baixos, i sexe

| Països | Raó de probabilitats | | Raó de probabilitats (ajustat per edat) | |
|-----------------|----------------------|----------------|---|---------------|
| | Home | Dona | Home | Dona |
| ÀUSTRIA | 2,09* | 1,49 | 2,65** | 1,27 |
| ALEMANYA | 0,81 | 1,50* | 2,42*** | 1,37 |
| BÈLGICA | 2,49*** | 3,32*** | 2,14** | 2,68*** |
| BULGÀRIA | 3,44* | 3,12*** | 3,27* | 2,09* |
| DINAMARCA | 1,68* | 2,79*** | 1,79* | 2,26*** |
| ESLOVÀQUIA | 1,61 | 4,41*** | 1,92* | 3,18*** |
| ESLOVÈNIA | 2,82*** | 4,47*** | 3,20** | 3,18*** |
| ESPANYA | 3,54*** | 6,93*** | 2,43* | 2,84** |
| ESTÒNIA | 2,98*** | 3,26*** | 3,59*** | 2,24*** |
| FEDERACIÓ RUSSA | 2,62*** | 4,29*** | 2,40** | 2,00*** |
| FINLÀNDIA | 3,06*** | 3,32*** | 2,23*** | 2,23*** |
| FRANÇA | 1,80** | 2,23*** | 1,55* | 1,26* |
| HONGRIA | 3,10*** | 4,94*** | 4,77*** | 4,67*** |
| IRLANDA | 1,92* | 2,17* | 1,57† | 1,58 |
| NORUEGA | 1,72* | 2,51*** | 1,4 | 1,92** |
| PAÏSOS BAIXOS | 1,84** | 2,25*** | 1,62* | 1,62* |
| POLÒNIA | 2,92** | 7,07*** | 2,22* | 3,68*** |
| PORTUGAL | 2,78* | 8,78*** | 2,16† | 5,16*** |
| REGNE UNIT | 3,14*** | 1,96*** | 2,75*** | 1,50* |
| SUÈCIA | 1,81** | 2,78*** | 1,46† | 1,85*** |
| SUÏSSA | 2,04** | 2,35** | 3,17*** | 1,71† |
| UCRAÏNA | 3,89*** | 3,92*** | 2,01* | 1,92** |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades del European Social Survey 2006.

† Nivell de significació del 10%

* Nivell de significació del 5%

** Nivell de significació del 1%

*** Nivell de significació del 1‰

Les conclusions que apunten les dades evidencien una evolució favorable de la salut general dels espanyols en les últimes dècades, que situa al país en posicions de privilegi en els principals indicadors comparatius de salut que publiquen organismes internacionals i equips d'investigació transnacional a partir de la síntesi dels resultats obtinguts per les agències de salut a cada país. Però no tothom a Espanya participa per igual dels avantatges que proporciona una bona salut per al benestar general, les oportunitats d'integració social i desenvolupament personal al llarg de la vida. Les dades permeten comprovar que els homes es beneficien menys que les dones de l'allargament de l'esperança de vida i pateixen, més sovint, malalties amb elevat risc de mortalitat. Així mateix, s'adverteixen algunes ombres a la salut de la infància i l'adolescència. La salut dels menors és, en general, raonablement bona, sobretot si atenem els indicadors de benestar subjectiu i relacional, però hi ha indicis que en algunes dimensions apareixen alguns problemes de salut i hàbits perjudicials que podrien estar prefigurant un escenari de més riscos quan aquests infants i adolescents es facin grans.

Per altra banda, i encara que l'evidència comparativa és limitada, existeixen indicis que suggereixen que malgrat la bona salut general de la població espanyola, alguns col·lectius desfavorits no participen plenament dels avantatges d'una bona salut. Es tracta de col·lectius amb rendes baixes o que pateixen altres formes d'exclusió i estigmatització social, per als quals els problemes de salut representen un factor d'exclusió més, que intensifica processos de marginació que ja experimenten per altres raons.

4.2. Distribució geogràfica de la salut a Espanya

Les desigualtats de salut entre diferents territoris de la geografia espanyola han estat objecte d'una investigació empírica considerable (Lardelli *et al.*, 1993; Gutiérrez-Fisac Gispert i Sola, 2000; Regidor, Gutiérrez-Fisac, 2005; Rico, Ramos i Borrell, 2005, i Benach *et al.*, 2006). La major part d'aquesta investigació s'ha centrat en les comunitats autònomes. La conclusió general que obtenen aquests estudis és que els indicadors que situen Espanya entre els països amb els nivells més baixos de mortalitat i bons nivells de salut general ofereixen una imatge parcial d'una realitat farcida de matisos. Sota les dades agregades subjeu una variabilitat considerable. Només cal fer un cop d'ull a les taxes de mortalitat total, estandarditzades per edat o a l'esperança de vida per comprovar la magnitud de les diferències. Les taxes ajustades de mortalitat (per 100.000 habitants) oscil·len en homes entre 632,5 a Navarra i 787,4 a Melilla, i en dones entre 333,5 a Navarra i 491,5 a Melilla. Això vol dir que la taxa de mortalitat dels homes a Melilla és un 20% més alta que la dels seus congèneres a Navarra, mentre que la de les dones a Melilla (a igualtat d'edat) és un 32% més alta (Dades del Ministeri de Sanitat i Consum, 2006).

Malgrat la bona salut general de la població espanyola, alguns col·lectius desfavorits no participen plenament dels avantatges d'una bona salut. Es tracta de col·lectius amb rendes baixes o que pateixen altres formes d'exclusió i estigmatització social, per als quals els problemes de salut representen un factor d'exclusió més, que intensifica processos de marginació que ja experimenten per altres raons.

Taula 4.6. Taxes de mortalitat per causa de mort (a)

| | Mortalitat total | | Isquèmia coronària | | Malaltia cerebrovascular | | Càncer de pulmó | | Càncer de mama | Esperança de vida en anys | | Estat de salut subjectiva deficient en% (b) | |
|-----------------------|------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------------|--------------|-----------------|-------------|----------------|---------------------------|--------------|---|--------------|
| | Homes | Dones | Homes | Dones | Homes | Dones | Homes | Dones | Dones | Homes | Dones | Homes | Dones |
| Total nacional | 704,15 | 391,69 | 76,11 | 32,14 | 47,39 | 37,24 | 65,10 | 8,68 | 18,67 | 76,96 | 83,48 | 24,89 | 35,03 |
| ANDALUSIA | 769,70 | 447,40 | 88,27 | 42,34 | 64,32 | 53,18 | 69,22 | 6,93 | 19,71 | 75,60 | 82,11 | 22,87 | 34,44 |
| ARAGÓ | 660,22 | 371,37 | 67,63 | 27,68 | 53,13 | 38,90 | 56,92 | 9,28 | 18,84 | 77,36 | 83,74 | 21,09 | 32,91 |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 777,92 | 398,38 | 94,83 | 38,63 | 46,37 | 36,67 | 79,22 | 10,29 | 19,80 | 76,10 | 83,39 | 27,29 | 41,60 |
| ILLES BALEARS | 690,59 | 389,88 | 67,92 | 28,52 | 44,78 | 31,40 | 77,13 | 12,35 | 20,68 | 77,39 | 83,53 | 22,52 | 28,81 |
| CANÀRIES | 746,59 | 427,55 | 98,45 | 52,05 | 35,39 | 32,59 | 57,82 | 10,39 | 17,88 | 76,09 | 82,31 | 23,32 | 34,53 |
| CANTÀBRIA | 718,18 | 379,84 | 62,43 | 20,90 | 46,65 | 36,44 | 64,94 | 12,22 | 14,08 | 77,10 | 84,64 | 21,61 | 29,58 |
| CASTELLA I LLEÓ | 632,34 | 352,71 | 63,89 | 23,81 | 35,90 | 30,56 | 53,24 | 8,21 | 21,57 | 78,08 | 84,58 | 22,97 | 28,87 |
| CASTELLA - LA MANXA | 632,99 | 377,23 | 64,79 | 28,46 | 46,25 | 37,19 | 58,22 | 5,39 | 15,54 | 77,99 | 83,67 | 26,65 | 33,53 |
| CATALUNYA | 681,39 | 375,97 | 66,05 | 26,09 | 43,61 | 30,63 | 67,51 | 8,91 | 19,13 | 77,21 | 83,76 | 25,58 | 35,23 |
| C.VALENCIANA | 726,80 | 418,25 | 93,96 | 43,48 | 49,71 | 43,12 | 68,00 | 8,47 | 19,66 | 76,46 | 82,70 | 27,56 | 38,60 |
| EXTREMADURA | 732,17 | 401,39 | 79,89 | 36,85 | 45,66 | 38,06 | 81,19 | 6,25 | 16,40 | 76,34 | 83,18 | 29,38 | 37,58 |
| GALÍCIA | 724,50 | 385,98 | 74,37 | 28,23 | 49,22 | 39,65 | 61,44 | 8,83 | 16,44 | 76,83 | 84,00 | 34,23 | 48,92 |
| C. DE MADRID | 634,17 | 350,91 | 62,95 | 26,78 | 33,01 | 25,62 | 62,22 | 9,94 | 17,53 | 78,12 | 84,37 | 22,58 | 31,25 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 725,65 | 420,99 | 79,18 | 33,38 | 59,86 | 48,47 | 63,15 | 6,51 | 21,33 | 76,50 | 82,75 | 26,04 | 40,09 |
| C. FORAL DE NAVARRA | 631,50 | 333,53 | 61,89 | 21,72 | 43,74 | 32,36 | 60,64 | 7,83 | 18,13 | 78,46 | 84,55 | 25,82 | 30,50 |
| PAÍS BASC | 687,27 | 354,33 | 59,66 | 21,50 | 47,47 | 32,12 | 63,50 | 10,32 | 18,05 | 77,20 | 84,26 | 21,88 | 30,91 |
| LA RIOJA | 647,47 | 340,20 | 65,70 | 23,57 | 46,10 | 37,06 | 58,62 | 6,32 | 11,41 | 78,02 | 84,45 | 18,05 | 24,59 |
| CEUTA | 762,08 | 467,02 | 68,76 | 47,78 | 38,20 | 37,54 | 73,13 | 9,52 | 12,25 | - (c) | - | - | - |
| MELILLA | 787,37 | 491,45 | 91,54 | 49,46 | 57,00 | 28,94 | 80,18 | 13,45 | 21,84 | - | - | - | - |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto de Información Sanitaria 2006, INE.

Nota: a) Taxes de mortalitat per cada 100,000 habitants ajustades per edat.

b) Es mesura com el percentatge de persones que defineixen la seva salut com a regular o dolenta.

c) - No hi ha dades disponibles.

Recentment, un treball pioner de Benach *et al.* (2006) ofereix informació detallada sobre el risc relatiu de mortalitat total, i de mortalitat per les malalties causants del nombre més elevat de morts, en l'àmbit de 2.230 zones geogràfiques distribuïdes per tota la geografia estatal.⁴² La conclusió general és que la mortalitat per totes les causes mostra una distribució territorial que segueix un accentuat patró nord-sud. Els riscos més elevats de mortalitat es donen en la meitat sud-oest de la Península, a les comunitats d'Extremadura, Andalusia

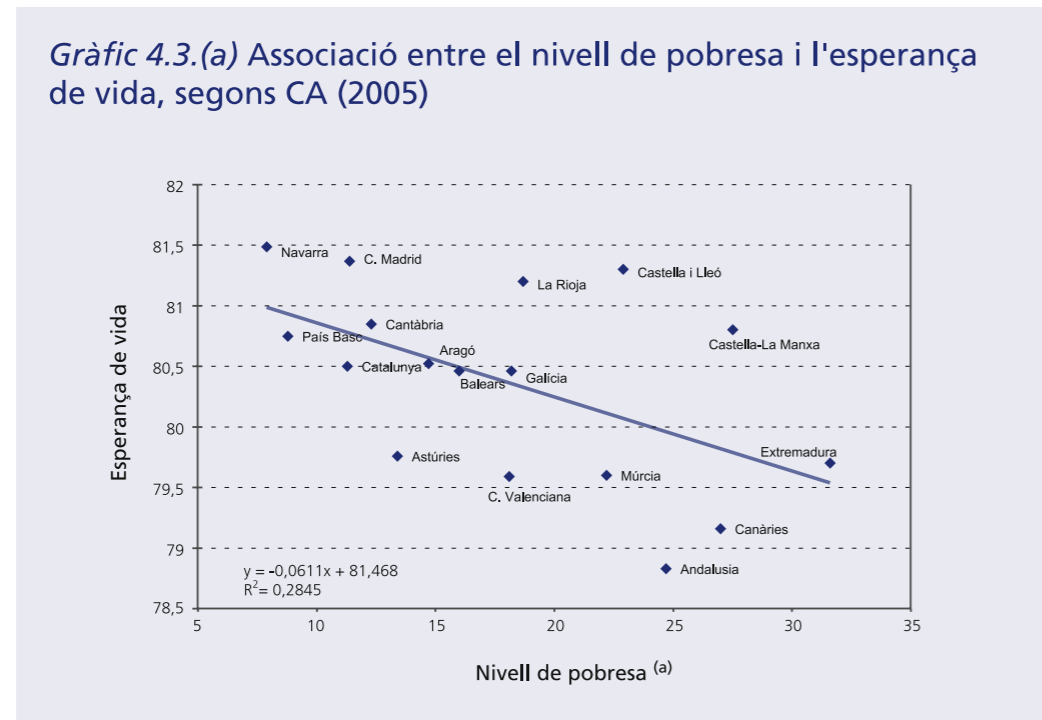
(especialment a les províncies de Huelva, Sevilla i Cadis), sud de Castella-la Manxa i la Comunitat Valenciana (sobretot a la província de València). També s'adverteixen elevats riscos de mortalitat en algunes zones de les illes de Gran Canària i Tenerife. El treball de Benach *et al.* posa de manifest la considerable variabilitat en riscos de mortalitat que existeix dintre d'algunes CA. A comunitats com Galícia, Extremadura, Castella-la Manxa o Astúries, es detecten grans variacions en els riscos relatius de mortalitat entre zones geogràfiques contigües.

42. Per fer-ho, creua informació censal i del registre de mortalitat de l'Institut Nacional d'Estadística.

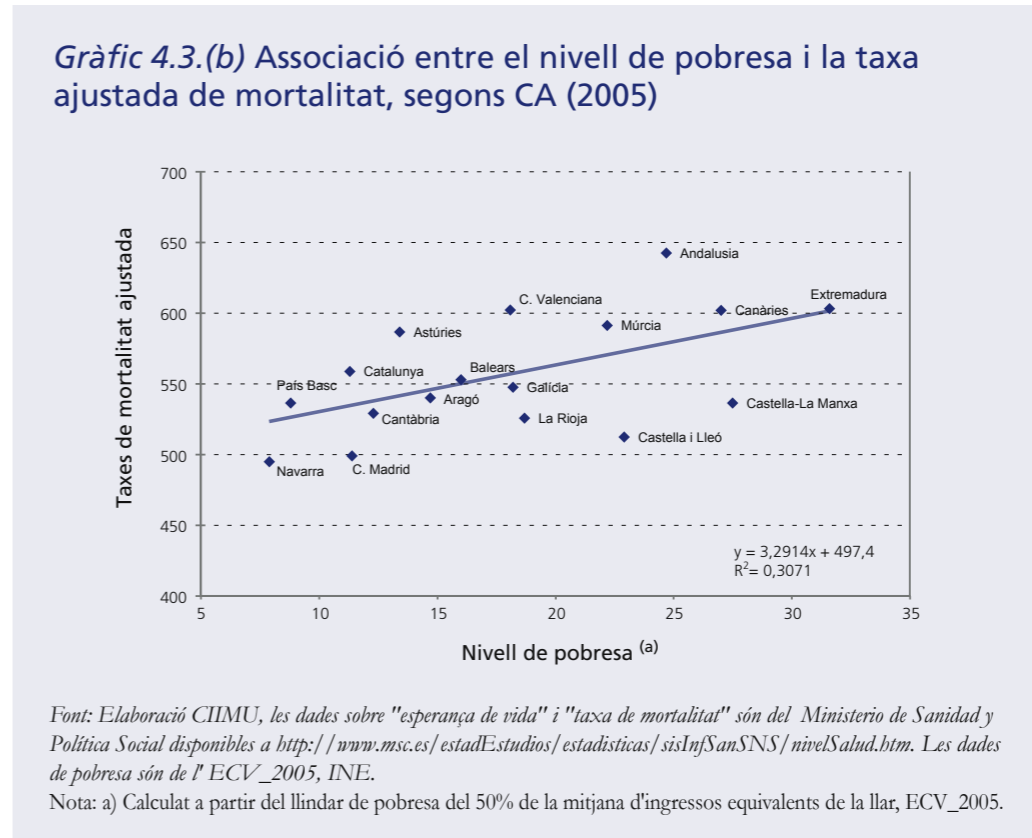
Comunitats amb elevats índexs de pobresa relativa (Extremadura, Canàries o Andalusia) tenen esperances de vida baixes (l'excepció la constitueix Castella-La Manxa). En canvi, Navarra, País Basc, Catalunya i Madrid (comunitats amb baix nivell de pobresa relatiu) tenen esperances de vida altes. Així mateix, el nivell de pobresa correlaciona amb les taxes de mortalitat estandarditzades per l'edat ($R^2 = 0,31$). Algunes de les comunitats amb nivells de pobresa més elevats, com Extremadura, Canàries i Andalusia, presenten també les taxes de mortalitat més altes. Per contra, Navarra i Madrid tenen taxes de mortalitat molt baixes. És necessari subratllar, però, que algunes CA amb elevats nivells de pobresa en la part centre i nord del país, com Castella-La Manxa i Castella i Lleó, presenten esperances de vida altes i taxes de mortalitat baixes en termes relatius. Es tracta de CA que, segons l'estudi de Benach *et al.* (2006) tenen una distribució territorial dels riscos de mortalitat bastant homogènia, la qual cosa suggereix que existeixen factors addicionals que expliquen els seus avantatges relatius en els indicadors de mortalitat.

Probablement a causa de l'heterogeneïtat interna de les CA, l'associació entre indicadors de mortalitat i esperança de vida (a cada comunitat) i indicadors socioeconòmics (com la desigualtat i la pobresa) no sol ser gaire alta. L'esperança de vida amb prou feines correlaciona amb la desigualtat de renda, mesurada amb l'índex de GINI ($R^2 = 0,0267$) (dades de l'Encuesta de Presupuestos Familiares de 2000). La correlació entre el nivell de pobresa i l'esperança de vida és una mica més elevada ($R^2 = 0,285$) (ECV, 2005). Comunitats amb elevats índexs de pobresa relativa (Extremadura, Canàries o Andalusia) tenen esperances de vida baixes (l'excepció la constitueix Castella-La Manxa). En canvi, Navarra, País Basc, Catalunya i Madrid (comunitats amb baix nivell de pobresa relatiu) tenen esperances de vida altes. Així mateix, el nivell de pobresa correlaciona amb les taxes de mortalitat estandarditzades per l'edat ($R^2 = 0,31$). Algunes de les comunitats amb nivells de pobresa més elevats, com Extremadura, Canàries i Andalusia, presenten també les taxes de mortalitat més altes. Per contra, Navarra i Madrid tenen taxes de mortalitat molt baixes. És necessari subratllar, però, que algunes CA amb elevats nivells de pobresa en la part centre i nord del país, com Castella-La Manxa i Castella i Lleó, presenten esperances de vida altes i taxes de mortalitat baixes en termes relatius. Es tracta de CA que, segons l'estudi de Benach *et al.* (2006) tenen una distribució territorial dels riscos de mortalitat bastant homogènia, la qual cosa suggereix que existeixen factors addicionals que expliquen els seus avantatges relatius en els indicadors de mortalitat.

Gràfic 4.3.(a) Associació entre el nivell de pobresa i l'esperança de vida, segons CA (2005)



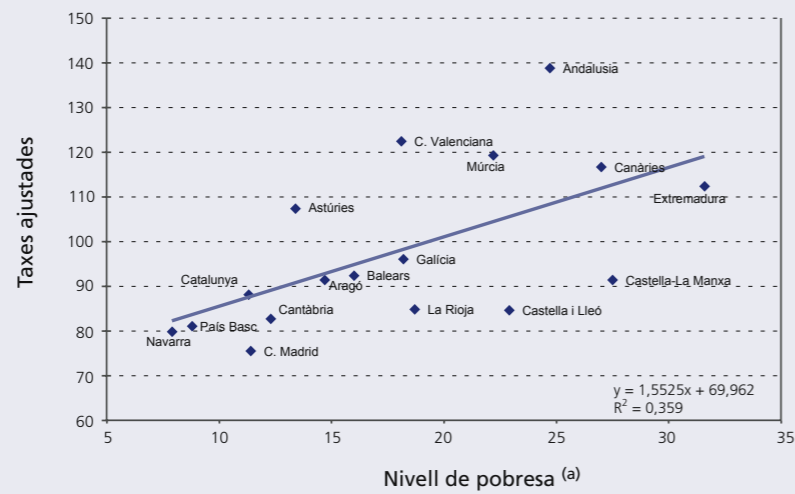
Gràfic 4.3.(b) Associació entre el nivell de pobresa i la taxa ajustada de mortalitat, segons CA (2005)



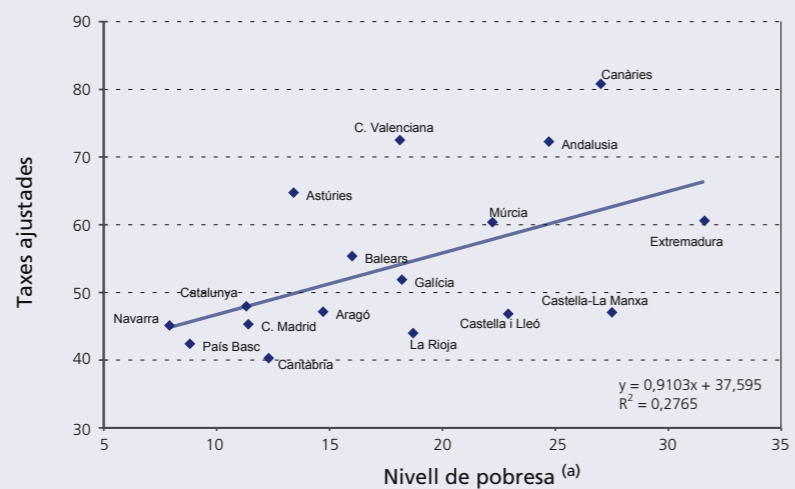
Font: Elaboració CIIMU, les dades sobre "esperança de vida" i "taxa de mortalitat" són del Ministerio de Sanidad y Política Social disponibles a <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>. Les dades de pobresa són de l'ECV_2005, INE.
Nota: a) Calculat a partir del llindar de pobresa del 50% de la mitjana d'ingressos equivalents de la llar, ECV_2005.

Les taxes ajustades per les principals causes de mort també correlacionen significativament amb les taxes de pobresa. Així ocorre amb les malalties isquèmiques del cor i, molt especialment, amb les malalties cerebrovasculars. Igual que la mortalitat total, comunitats amb nivells elevats de pobresa tendeixen a registrar una mortalitat més alta per a aquestes malalties. Canàries té una mortalitat per malaltia isquèmica un 40% superior a la mortalitat per aquesta causa al conjunt d'Espanya. També presenten taxes elevades de mortalitat per malaltia isquèmica del cor Andalusia i la Comunitat Valenciana –el nivell de pobresa de les quals és des d'un punt de vista comparatiu una mica més baix. Per la seva banda, Andalusia i la Comunitat Valenciana presenten les taxes més altes de mortalitat per malaltia cerebrovascular, seguides no gaire lluny per Múrcia i Canàries. Castella i Lleó i Castella-La Manxa tornen a aparèixer com a anomalies per les baixes taxes de mortalitat. La mortalitat per càncer de mama entre les dones i per càncer de pulmó entre els homes presenta molt poca variabilitat. No existeix cap patró geogràfic clar en les morts per càncer de pulmó i de mama.

Gràfic 4.4.(a) Associació entre el nivell de pobresa i les taxes ajustades de mortalitat per malalties cerebrovasculares, segons CA (2005)

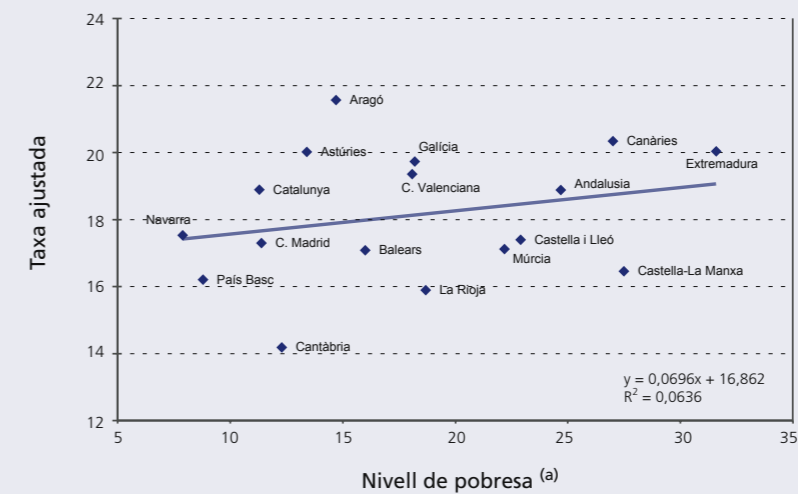


Gràfic 4.4.(b) Associació entre el nivell de pobresa i les taxes ajustades de mortalitat per malalties isquèmiques del cor, segons CA (2005)

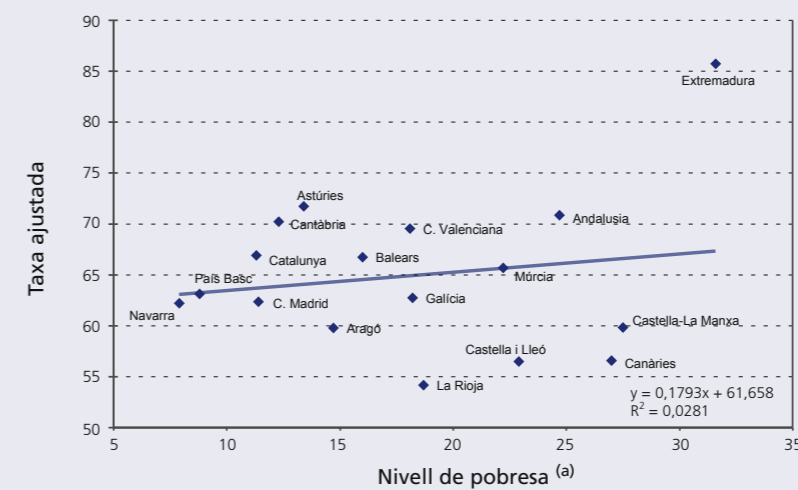


Font: Elaboració CIIMU, les dades sobre taxa ajustada de mortalitat per "malaltia cerebrovascular" i "malalties isquèmiques del cor" són del Ministerio de Sanidad y Política Social disponibles a <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInjSanSNS/nivelSalud.htm>. Les dades de pobresa són de l' ECV_2005, INE.
Nota: a) Calculat a partir del llindar de pobresa del 50% de la mitjana d'ingressos equivalents de la llar, ECV_2005.

Gràfic 4.5.(a) Associació entre el nivell de pobresa i la taxa de mortalitat ajustada per tumor maligne de mama, segons CA (dones, 2005)



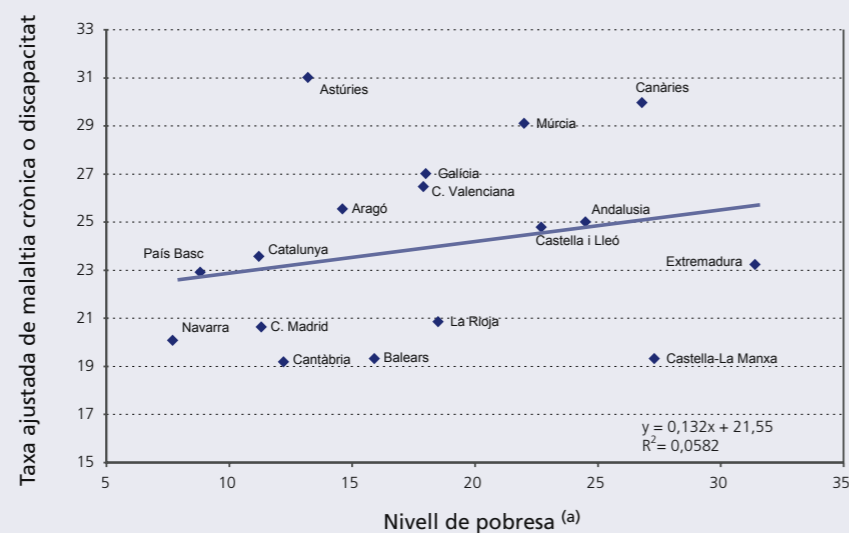
Gràfic 4.5.(b) Associació entre el nivell de pobresa i la taxa ajustada de mortalitat per tumor maligne de bronquis, pulmó i tràquea, segons CA (homes, 2005)



Font: Elaboració CIIMU, les dades sobre taxa ajustada de mortalitat per "tumor maligne de mama" i "tumor maligne de bronquis, pulmó i tràquea" són del Ministerio de Sanidad y Política Social disponibles a <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInjSanSNS/nivelSalud.htm>. Les dades de pobresa són de l' ECV_2005, INE.
Nota: a) Calculat a partir del llindar de pobresa del 50% de la mitjana d'ingressos equivalents de la llar, ECV_2005.

Els indicadors de mortalitat són els més utilitzats en els estudis de desigualtats en salut, a causa de l'objectivitat del fenomen que recullen. Ara bé, per obtenir una visió panoràmica de l'estat de salut i la seva relació amb la pobresa, és convenient complementar els indicadors de mortalitat amb indicadors de morbiditat, motius d'ingrés hospitalari, salut percebuda i accés a serveis sanitaris. Hi ha una gran varietat d'indicadors de morbiditat, de manera que resulta impossible analitzar-los amb exhaustivitat en un estudi com aquest. Un dels més utilitzats en l'anàlisi de desigualtats geogràfiques és la prevalença de malalties o discapacitats cròniques (ajustada per l'edat).⁴³ Aquí presentem dades extretes d'una pregunta de l'“Encuesta de Condiciones de Vida 2005”. El gràfic mostra l'existència d'una considerable variabilitat: les comunitats amb prevalença més baixa són comunitats amb baixos nivells de pobresa, com Cantàbria, Illes Balears i Castella-La Manxa (19%, aproximadament). La prevalença més alta es produeix a Astúries (30,9%). L'associació entre el nivell de pobresa i la prevalença de malalties cròniques és baixa ($R^2 = 0,058$). Astúries actua com cas anòmal, amb una proporció molt alta de persones amb malaltia crònica o discapacitat malgrat que el seu nivell de pobresa és relativament baix.⁴⁴

Gràfic 4.6. Associació entre el nivell de pobresa i la taxa ajustada de malaltia crònica o discapacitat, segons CA (2005)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l' ECV_2005, INE.

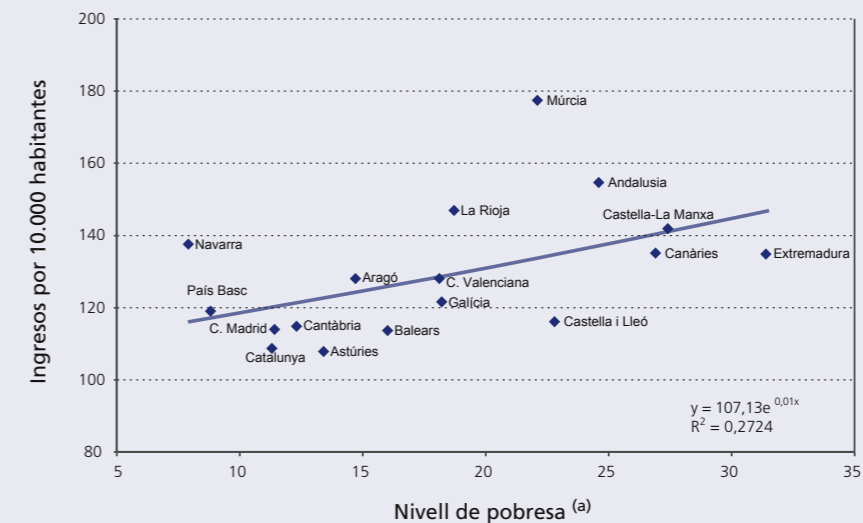
Nota: a) Calculat a partir del llindar de pobresa del 50% de la mitjana d'ingressos equivalents de la llar, ECV_2005.

43. Una malaltia és crònica quan és de llarga durada, de naturalesa física o mental, i no és conseqüència de processos aguts aïllats.
44. El coeficient de Pearson es triplica quan s'elimina Astúries de l'anàlisi.

Per estudiar la relació entre motius d'ingrés hospitalari i nivell de pobresa cal analitzar el registre d'altres que publica el Ministeri de Sanitat i Política Social. Hi apareixen 17 motius i una categoria “calaix de sastre” (que engloba motius no previstos en la resta de categories). L'indicador de motius d'ingrés hospitalari que presenta una correlació més alta amb els nivells de pobresa és la incidència de casos d'ingrés per complicacions de gestació, part i puerperi. Evidències com aquestes corroboren resultats similars obtinguts en altres països, que acrediten l'alta incidència de complicacions de gestació, part i puerperi en els grups més vulnerables (CDC, 2002).

Un dels indicadors més utilitzats en l'anàlisi de desigualtats és l'estat de salut percebut, i en concret, la prevalença d'estat de salut percebut deficient. Es tracta d'una mesura que valora la proporció de persones que consideren que, en els últims dotze mesos, la seva salut ha estat regular, dolenta o molt dolenta. Per fer possible les comparacions entre CA és necessari estandarditzar aquest valor per edat. Els resultats del gràfic suggereixen, però, que existeix una associació estadística feble ($R^2 = 0,085$) entre el nivell de pobresa de les CA i la prevalença de la salut percebuda dolenta. Si bé és cert que, en comunitats amb elevat nivell de pobresa (com Canàries), hi ha una prevalença alta de percepció de mala salut, algunes comunitats amb nivells de pobresa mitjans (com Galícia) també presenten prevalences elevades.⁴⁵

Gràfic 4.7. Associació entre el nivell de pobresa i ingrés per complicacions de la gestació part o puerperi, segons CA (2005)



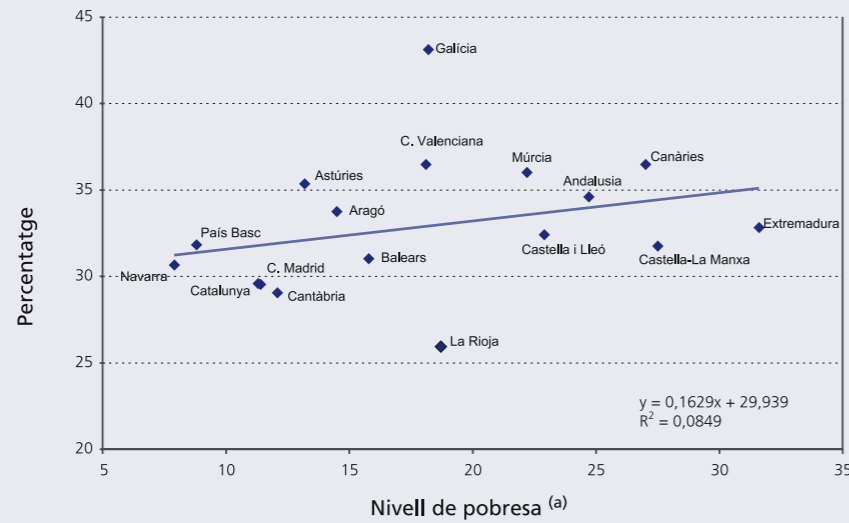
Font: Elaboració CIIMU, les dades sobre "ingrés per complicacions de la gestació o part" són del Ministerio de Sanidad y Política Social disponibles a <http://www.msc.es/estadEstudios/estadísticas/sisInjSanSNS/nivelSalud.htm>. Les dades de pobresa són de l' ECV_2005, INE.

Nota: a) Calculat a partir del llindar de pobresa del 50% de la mitjana d'ingressos equivalents de la llar, ECV_2005.

45. Si s'elimina Galícia de l'anàlisi estadística, l'associació augmenta considerablement (a $R^2 = 0,14$).

L'indicador de motius d'ingrés hospitalari que presenta una correlació més alta amb els nivells de pobresa és la incidència de casos d'ingrés per complicacions de gestació, part i puerperi.

Gràfic 4.8. Associació entre el nivell de pobresa i estat de salut subjectiva deficient, segons CA (2005)



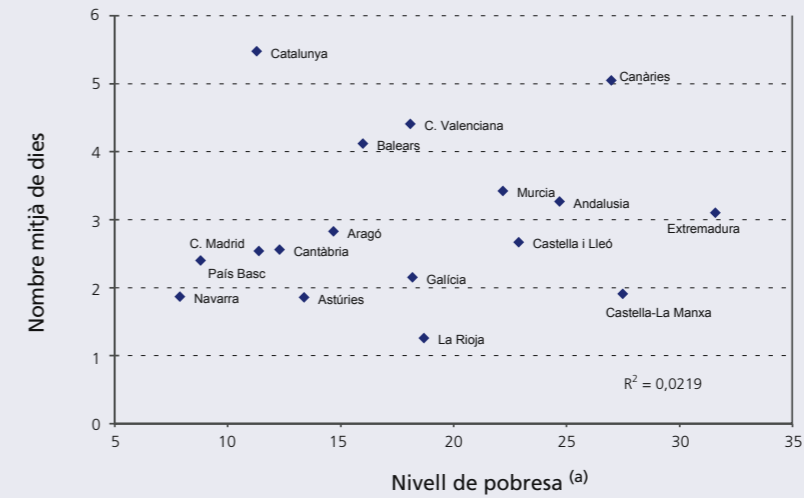
Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l' ECV_2005, INE.

Nota: a) Calculat a partir del llindar de pobresa del 50% de la mitjana d'ingressos equivalents de la llar, ECV_2005.

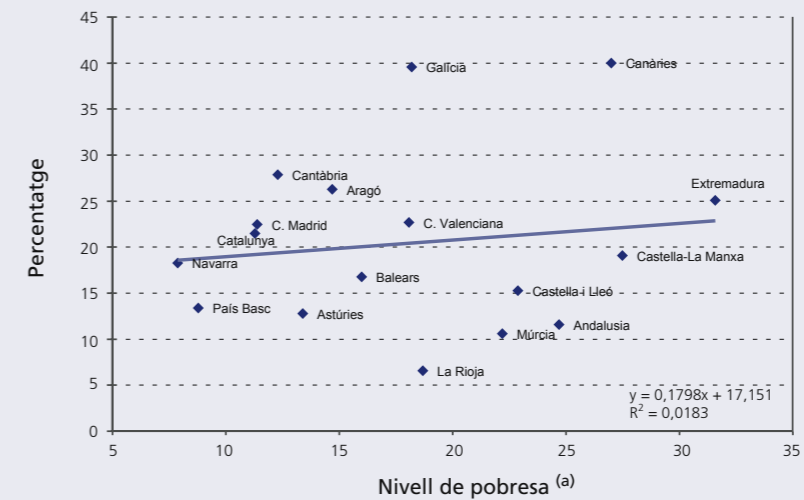
Pel que fa a l'accés i la utilització de l'assistència sanitària, alguns dels indicadors més usats són: (1) el temps de demora entre l'obtenció de cita a un centre de salut i l'obtenció de la visita, (2) el temps de demora entre el dia que es demana una cita per a l'especialista i dia de la consulta, (3) el temps de demora entre la petició d'assistència urgent i la prestació d'aquesta assistència i (4) la inaccessibilitat a l'assistència mèdica en els últims mesos quan s'ha necessitat. En tots els casos, la lectura de les dades presentades als gràfics suggereix que en les CA amb nivells més alts de pobresa, els ciutadans no tenen més problemes d'accés a l'assistència sanitària. No existeix una associació entre pobresa i (1) o (2). Existeix associació entre el nivell de pobresa i (3) i (4), però és negativa. Les CA amb nivells de pobresa més elevats tendeixen a presentar millors resultats en temps de demora entre la petició de l'assistència urgent i la prestació, així com en accessibilitat a l'assistència mèdica en situació de necessitat. En resum, hi ha raons per pensar que les desigualtats de salut entre CA no són degudes, principalment, a problemes d'accés a les prestacions sanitàries en zones amb elevats nivells de pobresa.⁴⁶

46. Això no vol dir que la igualtat formal en l'accés garanteixi l'equitat. Per assolir l'equitat poden ser necessàries mesures addicionals per a promoure que els grups més desfavorits facin un ús òptim dels recursos existents.

Gràfic 4.9.(a) Associació entre el nivell de pobresa i el temps de demora en obtenir cita en el centre de salut (nombre mitjà de dies), segons CA (2006)



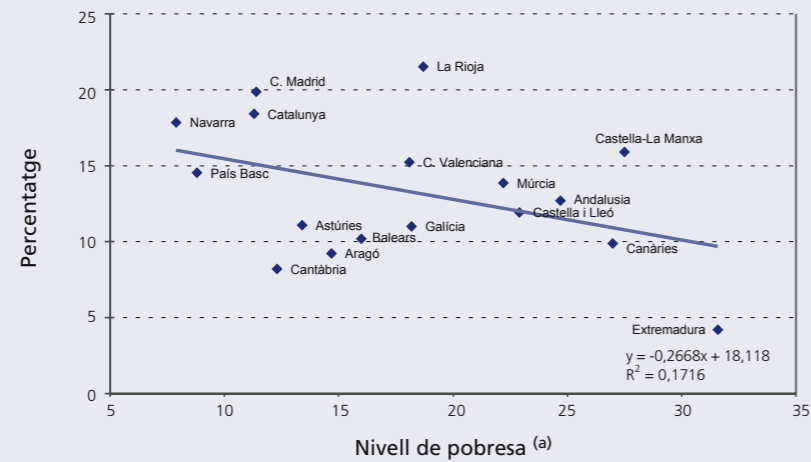
Gràfic 4.9.(b) Associació entre el nivell de pobresa i la proporció de persones que esperen més de 120 dies per a obtenir cita amb el metge, segons CA (2007-2008)



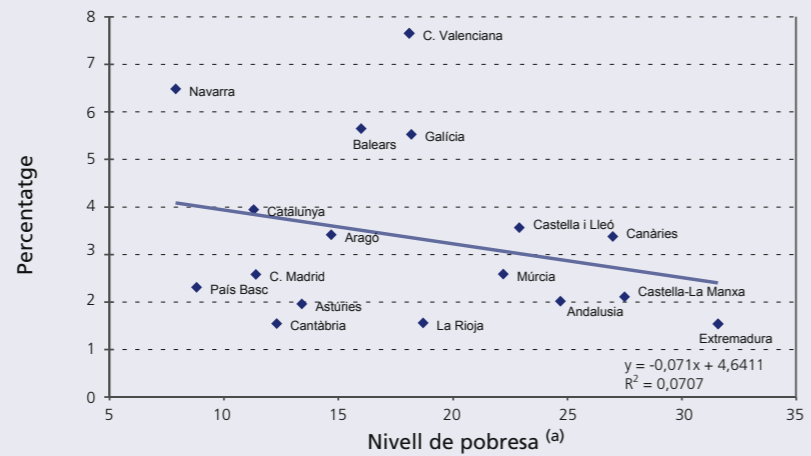
Font: Elaboració CIIMU, les dades sobre "temps de demora en obtenir una cita en el centre de salut" i "persones que esperen més de 120 dies per a obtenir una cita amb el metge" són del Baròmetre Sanitari de 2007-2008. Les dades de pobresa corresponen a l' ECV_2005, INE.

Nota: a) Calculat a partir del llindar de pobresa del 50% de la mitjana d'ingressos equivalents de la llar, ECV_2005.

Gràfic 4.10.(a) Associació entre el nivell de pobresa i la proporció de persones que declaren haver patit una demora de més de tres hores en l'assistència mèdica després d'una petició d'urgència, segons CA (2006)



Gràfic 4.10.(b) Associació entre el nivell de pobresa i la inaccessibilitat a l'assistència mèdica en els últims 12 mesos, segons CA (2005)



Font: a) Elaboració CIIMU, les dades sobre "temps transcorregut entre la petició d'assistència urgent i la prestació d'assistència" són de l'ENSE_2006 del Ministerio de Sanidad y Política Social disponibles a <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>. Les dades de pobresa són de l'ECV_2005, INE.
 b) Elaboració CIIMU, les dades sobre "inaccessibilitat a l'assistència mèdica en els últims 12 mesos" fan referència a la pregunta del qüestionari de l'ECV_2005 "ha tingut vostè la necessitat, en alguna ocasió durant els últims 12 mesos, d'assistir a la consulta del metge o de rebre tractament mèdic i no ha pogut?". Les dades de pobresa són de l'ECV_2005, INE.
 Nota: a) Calculat a partir del llindar de pobresa del 50% de la mitjana d'ingressos equivalents de la llar, ECV_2005.

Els resultats de l'anàlisi de les variacions geogràfiques en els indicadors de salut estudiats suggereixen que les CA amb més pobresa tendeixen a presentar més mortalitat, menys esperança de vida, pitjors resultats en malalties cròniques, en alguns problemes de salut que requereixen ingrés hospitalari i en salut percebuda. El grau d'associació acostuma a ser feble, la qual cosa suggereix l'existència d'una variabilitat considerable de realitats dintre de les CA. Les dades no avalen la idea que l'associació entre nivell de pobresa i salut es pugui atribuir a desigualtats en la prestació de serveis en les diferents CA.



5. LA SALUT I LES SEVES DETERMINANTS SOCIALS

L'evidència que els factors socials influeixen decisivament sobre la salut ha esdevingut indiscutible. Això no vol dir que en sigui l'únic determinat. Els descobriments recents sobre el genoma humà estan proporcionant nous i sòlids arguments als qui estan convençuts que els progressos sanitaris depenen en bona mesura que arribem a entendre exhaustivament el substrat biològic de les malalties. Ara bé, sense restar importància a les predisposicions genètiques individuals a la malaltia –les quals sovint dibuixen espais de vulnerabilitat més que de determinació– és innegable que les causes més comunes de les patologies, trastorns i síndromes que afecten els grups humans són ambientals i, en bona mesura, socials. La prevalença més o menys elevada de la majoria de les malalties depèn fonamentalment de la influència de les condicions que han viscut les persones que les pateixen, dels seus estils de vida i els rols socials que han exercit, i no únicament de les seves predisposicions genètiques. Sembla obvi que els grans progressos sanitaris de les últimes dècades –el descens de la mortalitat infantil o l'allargament de l'esperança de vida– no són el resultat d'una millora del genoma humà, sinó de canvis socials (McKeown, 1976 i 1990). Algunes d'aquestes transformacions tenen a veure amb el desenvolupament de tecnologies mèdiques incloent la farmacopea,⁴⁷ molts altres amb canvis en pràctiques de salut pública (per exemple, les vacunacions, el tractament dels residus, i el clavegueram) i privada (la higiene personal i domèstica), estils de vida i la millora de l'alimentació i de les condicions de vida. Els factors socials expliquen també per què en algunes societats els indicadors de salut han progressat més que en unes altres, per què dintre d'una mateixa societat existeixen desigualtats de salut entre diferents grups socials o per què aquestes s'incrementen o decreixen al llarg del temps.

Hi ha dos factors demogràfics que tenen una influència considerable en la salut per raons biològiques: sexe i edat. El fet de ser home o dona, o de tenir més o menys edat altera la susceptibilitat a certes malalties. Començant pel sexe, hi ha diferències intrínseques entre homes i dones basades en els gens i la fisiologia reproductiva, que estan associades a diferències en riscos de morbiditat per certes causes. Les dones tenen més resistència a algunes malalties infeccioses i a patir algunes malalties cromosòmiques poc freqüents. Algunes hormones femenines actuen com a protectores de la morbiditat cardiovascular. No obstant això, el paper de les dones en la reproducció humana incrementa els riscos de morbiditat durant les fases d'embaràs, part i puerperi. La complexitat més gran del sistema reproductiu femení genera, a més, riscos de trastorns típicament femenins: neoplàsies de mama, trastorns genitourinaris (cistitis), trastorns menstruals o de la menopausa, etc. La presentació clínica de

47. Entre aquests desenvolupaments, s'hi ha d'incloure el creixent coneixement del genoma humà, que permet progressar en la prevenció, diagnòstic i tractament de malalties.

determinades malalties –els seus símptomes i desenvolupament– pot diferir entre homes i dones (Verbrugge, 1985: 164). Els homes, per la seva banda, tenen algun trastorn específicament masculí, com les prostatitis o el càncer de pròstata. Les especificitats biològiques d’homes i dones són responsables d’una petita part de la variabilitat en salut entre homes i dones. Una altra, gens insignificant, queda sense explicar. Tampoc ens ajuden a comprendre les enormes desigualtats en salut que presenten homes i dones, cadascú pel seu costat.

Pel que fa a l’edat, no hi ha dubte que envellir comporta, especialment en edats avançades, un declivi físic i sovint mental. L’envelliment és un fenomen universal, que afecta a totes les espècies animals.⁴⁸ És el resultat d’una seqüència estocàstica o programada (genèticament) de danys que fan que l’organisme desenvolupi les seves funcions vitals amb menys eficàcia i perdi capacitat d’homeòstasi. Des de temps immemorials, els éssers humans han buscat la fórmula per detenir el pas del temps, i fins i tot rejuvenir. Les expedicions en busca de fonts d’aigües rejuvenidores –com la de Juan Ponce de León, que el duu a descobrir Florida– o els “pactes amb el diable” –en els quals la persona ofería al diable la seva ànima a canvi de l’eterna joventut– són dos referents culturals que il·lustren el temor de les societats occidentals a la decadència que comporta l’envelliment. Ara bé, existeix una enorme variabilitat, tant en la longevitat dels éssers humans com en els símptomes físics i mentals que implica l’envelliment, en diferents etapes de la vida. Aquesta variabilitat només s’explica per marcadors genètics en una part petita.

Per entendre aquesta variabilitat no explicada exclusivament per diferències genètiques entre homes i dones, o persones de la mateixa edat, és necessari estudiar la naturalesa social d’aquestes variables. El sexe i l’edat són, a més (potser abans de res), categories socials. A totes les societats humanes són dos dels principals criteris de diferenciació social, que duen aparellats pràctiques i estils de vida, responsabilitats i drets diferenciats. Juguen un rol de primer ordre en la determinació del paper que les persones representen i l’estatus que ocupen en gran nombre d’institucions socials: la família, el sistema educatiu, el mercat de treball o el sistema de protecció social.

Les dones ocupen encara moltes vegades llocs subordinats dintre de la llar i el mercat de treball, que es reflecteixen en la seva cartera de drets de ciutadania social (a causa de l’estreta relació entre prestacions socials i trajectòries laborals). La proporció d’homes que participen en el mercat laboral és més alta que la de dones. També ho és la proporció d’homes que treballen a temps complet. Els homes solen tenir remuneracions més altes (fins i tot, a igualtat d’altres condicions, com formació i experiència laboral) i experimenten amb menor freqüència situacions de precarietat laboral i atur. Aquestes diferències repercuteixen sobre la situació de les dones en l’àmbit domèstic. Una llarga tradició d’estudis posa de manifest

l’existència d’una relació estreta entre les aportacions financeres de les dones i la divisió sexual del treball. Menys aportació suposa generalment més hores de treball domèstic i menys coresponsabilització de l’home, a igualtat d’altres condicions. El treball domèstic és percebut habitualment com a rutinari i monòton pels qui el fan i condueix sovint a l’aïllament social. La sensació d’estar fent alguna cosa que no mereix reconeixement social s’intensifica en un context en el qual el treball domèstic ha perdut bona part del valor social que se li atribuïa en el passat. Les evidències demoscòpiques suggereixen que la major part de les dones que són mestresses de casa desitjarien treballar. No poder fer-ho –per circumstàncies diverses– pot originar formes de malestar psicològic, que repercuteixen sobre la percepció subjectiva de salut i el desenvolupament de determinades afeccions. Per altra banda, les seves trajectòries laborals més curtes i intermitents dificulten sovint que reuneixin els requisits per gaudir de prestacions socials adequades (per exemple, pensions contributives o prestacions d’atur), la qual cosa incrementa el seu risc de pobresa en certes situacions i etapes de la vida (quan encapçalen una llar monoparental o després de la defunció del marit o parella).

Les diferències de salut per gènere, en qualsevol cas, resulten paradoxals. Les dones solen declarar pitjor salut que els homes, i malgrat això, viuen més anys. Al llarg de les seves vides les dones experimenten més afeccions que no tenen conseqüències fatals. En un estudi ja clàssic, que resumeix els principals treballs epidemiològics sobre la relació de salut i sexe, Lois Vebrugge (1985) evidenciava l’existència de desigualtats considerables entre homes i dones en múltiples àmbits de la salut. El catàleg d’afeccions cròniques (que duren almenys tres mesos) que tendeixen a patir més sovint les dones és llarg: varius, hemorroides, colitis, problemes a la vesícula biliar, anèmies, constipat freqüent, afeccions de la tiroide, migranyes, artritis, etc.). També desenvolupen més sovint afeccions agudes (que duren menys de tres mesos), com infeccions respiratòries, gastroenteritis i altres infeccions de curta durada. Els homes tendeixen a veure’s més afectats per experiències que amenacen la seva vida, com els accidents de trànsit o laborals, així com malalties que comporten un seriós risc de mort, com les afeccions coronàries, els problemes cerebrovasculars, les malalties del ronyó o l’arteriosclerosi. Les diferències de salut entre homes i dones disminueixen en etapes més avançades del cicle vital, quan els homes comencen a patir afeccions amb més risc de desenllaç fatal.

En algunes ocasions, la prevalença de malalties cròniques per sexe varia en el cicle vital. En la majoria de trastorns crònics, les dones solen presentar més prevalença que els homes en totes les etapes de la vida. No obstant això, alguns trastorns són comuns en dones i homes en etapes primerenques de la vida –com les embòlies i els tumors malignes–, però acaben sent malalties majoritàriament masculines. En canvi, unes altres malalties, com la diabetis, són majoritàriament masculines durant la joventut, però en edats avançades la prevalença entre homes i dones tendeix a convergir.

48. Encara que no afecta totes les espècies per igual. Algunes espècies de peixos, alguns peixos i alguns invertebrats presenten ritmes d’envelliment biològic molt lents, gairebé insignificants si els comparem amb els humans.

Taula 5.1. Sexe amb prevalença més alta de malalties cròniques a diferents etapes vitals

| | Grups d'edat | | |
|--|----------------------|-------|----------|
| | 16-34 | 35-64 | 65 i més |
| Hipertensió | D | = | D |
| Infart de miocardi | 0 | H | H |
| Altres malalties del cor | D | D | = |
| Varius a les cames | D | D | D |
| Artrosi, artritis o reumatisme | D | D | D |
| Dolor d'esquena crònic (cervical) | D | D | D |
| Dolor d'esquena crònic (lumbar) | D | D | D |
| Al·lèrgia crònica | D | D | D |
| Asma | = | = | = |
| Bronquitis crònica | D | H | H |
| Diabetis | = | H | = |
| Úlcera d'estómac o duodè | = | = | = |
| Incontinència urinària | 0 | D | D |
| Colesterol elevat | = | H | D |
| Cataractes | 0 | D | D |
| Problemes crònics de pell | D | D | H |
| Restrenyiment crònic | D | D | D |
| Depressió, ansietat o altres trastorns mentals | D | D | D |
| Embòlia | 0 | = | H |
| Migranya o mal de cap freqüent | D | D | D |
| Hemorroides | D | D | D |
| Tumors malignes | 0 | = | H |
| Osteoporosi | 0 | D | D |
| Anèmia | D | D | D |
| Problemes de tiroides | D | D | D |
| Problemes de pròstata (% de homes) | 21,7% ^(a) | | |
| Problemes de període menopàusic (% de dones) | 16,9% ^(b) | | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: 'D' significa que la dona té una major prevalença respecte a l'home, i 'H' viceversa.

Quan no existeixen diferències significatives entre homes i dones s'utilitza el signe '='.

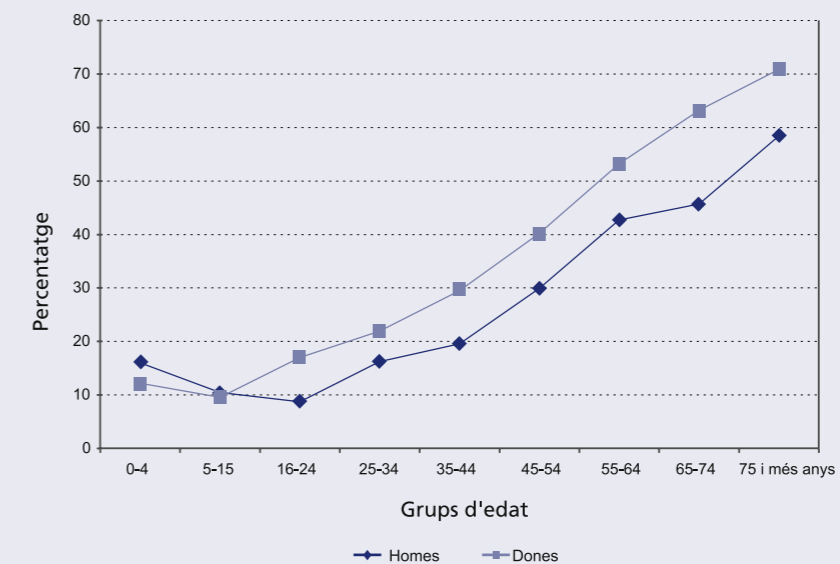
El '0' representa que el valor de la casella és menor d'un 1%.

a) Homes de 50 i més anys d'edat.

b) Dones de 40 a 60 anys d'edat.

Els resultats de l'“Encuesta Nacional de Salud 2006” també suggereixen que les dones solen presentar pitjor estat de salut subjectiva. El percentatge de dones que declaren que la seva salut subjectiva és deficient (regular, dolenta o molt dolenta) és superior al dels homes que declaren el mateix en tots els trams d'edat a partir dels 16 anys. Durant la infància, les dades disponibles són resultat de la valoració d'una persona adulta que conviu amb el menor. Les dades indiquen que tot just existeixen diferències en l'estat subjectiu de la salut d'homes i dones en aquestes edats. Les petites diferències que s'observen indiquen que els homes presenten proporcions lleugerament més elevades de salut subjectiva deficient.

Gràfic 5.1. Estat de salut subjectiva deficient, segons sexe i grup d'edat



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

La majoria d'experts/es coincideix que aquestes diferències no poden ser explicades exclusivament per causes biològiques. Són el resultat de diferències en estils de vida, percepcions i la utilització de serveis sanitaris. Els homes tendeixen a observar hàbits més perjudicials per a la seva salut (fumar, beure, conduir automòbils...) i a exposar-se a situacions de risc (quan treballen o practiquen esport). La seva participació més intensa en l'esfera

pública comporta tensions i estrès. Les dones solen córrer menys risc en les activitats rutinàries, però tendeixen a expressar més malestar psicològic (ansietat, depressió, sentiment de culpa...), la qual cosa, d'acord amb algunes hipòtesis, disminueix la seva resistència fisiològica a malalties agudes i cròniques. El paper social que encara moltes tenen reservat, com a cuidadores i responsables de l'àmbit domèstic, és –des d'aquest punt de vista– font de descontentament. Una segona hipòtesi per explicar les diferències en salut per sexe emfatitza predisposicions psicològiques diferenciades d'homes i dones. Segons aquest punt de vista, les dones estan més preparades (com a resultat de la seva socialització i la funció social que sovint ocupen com a cuidadores d'altres persones) per reconèixer i catalogar símptomes físics i avaluar-ne la severitat. A més, en igualtat de condicions, són més propenses a prendre iniciatives encaminades a resoldre els seus problemes de salut, acudint a un professional sanitari i confiant en les seves prescripcions.

L'edat té també una influència considerable sobre la salut, en el seu doble vessant, biològic i social. Les diferències en la incidència de malalties cròniques segons edat són considerables. Probablement l'augment de l'esperança de vida de les persones d'edat avançada incrementarà encara més aquestes diferències. A Espanya, el 46% de les persones de 65 a 74 anys i el 57% de les persones de 75 i més anys declaren patir una malaltia crònica o discapacitat. En contraposició, només el 10% de les persones de 16 a 35 es troben en aquesta situació.

Taula 5.2. Persones amb malaltia crònica o discapacitat per grups d'edat

| Grups d'edat | Percentage de persones amb malaltia crònica o discapacitat |
|---------------|--|
| 16-24 | 9,5% |
| 25-34 | 10 |
| 35-44 | 17 |
| 45-54 | 25 |
| 55-64 | 37 |
| 65-74 | 46 |
| 75 i més anys | 57 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ECV_2007, INE

Un altre indicador que mostra el deteriorament de la salut que es produeix amb l'edat és l'estat de salut subjectiu. El 63% de les persones de 65 a 74 anys declaren que el seu estat de salut subjectiu és deficient; mentre que ho veuen així el 76% de les persones de 75 i més anys. En canvi, només el 6,8% de les persones de 16 a 24 anys (o el 12% entre les que tenen de 25 a 34 anys) perceben la seva salut com a deficient. No obstant això, la constatació que la majoria dels problemes més importants per a la salut tenen lloc en edats avançades no ens ha de dur a oblidar els determinants de la salut en altres etapes de la vida, ja que sobre la base de criteris d'inclusió social, la salut d'infants i joves és crucial. Els problemes de salut i desenvolupament en aquestes etapes prematures tenen un efecte físic i social durador. La salut d'una persona adulta ve determinada en gran mesura per experiències en els primers anys de vida. És més, existeix abundant investigació que posa de manifest que fins i tot les condicions en què les mares viuen l'embaràs poden tenir repercussions considerables sobre el desenvolupament del fetus, les conseqüències de les quals s'arrossegueuen al llarg del cicle vital. Estudis sociològics realitzats a Gran Bretanya sobre la geografia de la mortalitat per diverses causes evidencien l'existència d'una associació entre les pautes de mortalitat neonatal i postneonatal observades en el passat en una zona geogràfica amb riscos de mortalitat per malalties cerebrovasculares, isquèmia coronària o bronquitis crònica observades en el present en aquesta mateixa zona (Barker, 1998 i 2003). Una nutrició inadequada durant l'embaràs, el nivell d'estrès o certs hàbits –consum de tabac o alcohol, nivell d'exercici físic insuficient– afecten l'estructura corporal, la fisiologia i el metabolisme del fetus de forma permanent. El pes baix en néixer és un desencadenant de problemes de salut en els primers anys de vida i amb posterioritat. Per exemple, Barker ha estimat que els homes amb baix pes en néixer (menys de 2,5 quilograms) tenen un risc 7 vegades més alt de tenir diabetis als 64 anys.

Les experiències viscudes en els primers anys de vida són fonamentals per al desenvolupament posterior de la persona a causa de la mal·leabilitat, durant aquests anys, de les estructures biològiques. Els estímuls sensorials, cognitius i emocionals que rep un infant en els primers mesos de vida en condicionen el desenvolupament cel·lular, l'estructura dels òrgans, les pautes de secreció hormonal i la sensibilitat dels teixits a aquestes hormones. Ritmes lents de creixement físic afecten les funcions cardiovasculars, respiratòries, pancreàtiques i renals, la qual cosa incrementa el risc de malaltia en la vida adulta (Wilkinson i Marmot, 2003: 14). Infeccions adquirides durant la infància acompanyen als individus al llarg de la seva vida, incrementant el risc de desenvolupar

malalties en etapes més avançades del cicle vital.⁴⁹ Un entorn en el qual l'infant estigui exposat a pocs estímuls cognitius, on existeixin dèficits d'afecte o se li transmeti angoixa i inseguretats en pot afectar negativament les capacitats educatives, provocar problemes de conducta i afavorir processos de marginalització en la transició a la vida adulta. Diversos estudis longitudinals han acreditat la relació entre classe social durant la infància i riscos per a la salut per a les persones adultes, a igualtat de situació socioeconòmica durant la vida adulta. Així, segons un estudi de Davey Smith *et al.* (1998), que utilitza una enquesta longitudinal de 5.500 homes escocesos (*West of Scotland Collaborative Study*) mostra que, controlant per circumstàncies socioeconòmiques i factors de risc presents en la vida adulta, subsisteix una associació entre la classe social en la infància i el risc de mortalitat per infart cerebral, càncer d'estómac i malalties coronàries.⁵⁰

Per altra banda, els hàbits perjudicials que s'inicien en la infància i en l'adolescència, com l'alimentació desequilibrada, la falta d'exercici físic o el consum de tabac, alcohol i substàncies estupefaents, tenen implicacions per a la salut a llarg termini. La distribució d'aquests comportaments no és aleatòria. Sovint són més comunes en grups en situació de risc social, de manera que es converteixen en la font de desigualtats en salut que emergeixen més clarament en etapes avançades del cicle vital (Graham i Power, 2004). Els estudis longitudinals efectuats a la Gran Bretanya posen de manifest, per exemple, que la classe social dels pares als 4 anys és un predictor de l'obesitat de les persones adultes als 53 (Hardy, Wadsworth i Kuh *et al.*, 2000; Langeberg *et al.*, 2003). Els resultats d'aquests estudis suggereixen que els efectes de la classe social dels pares s'atenuen quan les persones han experimentat mobilitat ascendent al llarg de la vida.

A Espanya, amb les dades disponibles, resulta difícil mesurar la influència de les condicions viscudes durant la infància. No existeixen mostres longitudinals apropiades per efectuar el tipus d'anàlisi que en els països anglosaxons acredita la importància de les etapes prematures en la salut en edats avançades. L'única aproximació possible al mesurament d'aquest efecte és indirecta, com en el cas d'algunes enquestes que proporcionen informació sobre el nivell educatiu dels pares dels entrevistats, que és una forma d'acostar-se a l'extracció socioeconòmica d'origen d'aquestes persones. Així ho fa l'«Encuesta de Condiciones de Vida 2005». Amb aquesta informació i indicadors convencionals de salut (en aquest cas, es pregunta a l'entrevistat si pateix una

malaltia crònica o discapacitat) és possible estimar-ne l'efecte net de l'extracció social (és a dir, a igualtat de condicions socioeconòmiques en l'actualitat). Així és com es va portar a terme a la Taula 5.3 per a homes i dones, mitjançant una anàlisi multivariant de la probabilitat de patir una malaltia crònica o discapacitat i controlant els efectes del nivell de renda actual de la llar on viuen i l'edat. La variable de referència són els entrevistats el pare dels quals té estudis universitaris. Els resultats mostren que tant els homes com les dones el pare dels quals no té titulació superior presenten una probabilitat més alta de patir una malaltia crònica o una discapacitat que aquells amb pare amb estudis universitaris, amb les condicions vigents de renda i edat iguals en l'actualitat. La raó de probabilitats és un 76% més alta entre els homes el pare dels quals no té títol de primària que entre aquells amb pare amb un títol superior. Entre les dones l'efecte és semblant. En general, a més educació del pare de l'entrevistat, menor probabilitat de patir una malaltia crònica o discapacitat. Les diferències en els diferents grups amb les persones el pare de les quals té educació superior (categoria de referència) són sempre significatives. El model també posa en relleu que la mobilitat educativa ascendent (que la persona tingui un nivell educatiu més elevat que el seu pare) redueix aquesta probabilitat. Els resultats són fins i tot més accentuats quan s'estimen els efectes de l'educació del progenitor sobre la probabilitat de declarar que l'estat de salut percebut és deficient (regular, dolent o molt dolent). Els homes que tenen un pare sense títol de primària presenten un risc relatiu 2,6 vegades més elevat de tenir un estat de salut percebut deficient que els homes amb pares que tenen una titulació universitària, a igualtat dels ingressos actuals.

49. Per exemple, existeix una relació entre la infecció per *Helicobacter Pylori* i el desenvolupament d'úlceres i càncer d'estómac en la vida adulta.

50. Davey Smith i els seus col·laboradors no troben associacions estadístiques entre la classe social a la infància i el risc de mortalitat per altres causes (càncer de pulmó, accidents, etc.).

Taula 5.3. Anàlisi de regressió logística. Variables dependents: Tenir una malaltia crònica i tenir salut subjectiva deficient

| Variables independents: | Tenir una malaltia crònica | | Salut subjectiva deficient | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | Homes (raó de probabilitats) | Dones (raó de probabilitats) | Homes (raó de probabilitats) | Dones (raó de probabilitats) |
| Edat | | | | |
| | 1,004 | 1,010 | 1,085*** | 1,075** |
| Edat² | 1,0004† | 1,0005† | 1 | 1 |
| Nivell d'ingressos | | | | |
| 1er quartil | 1,457*** | 1,275** | 1,624*** | 1,668*** |
| 2on quartil | 1,406*** | 1,172* | 1,361*** | 1,520*** |
| 3er quartil | 1,279** | 1,054 | 1,232** | 1,336*** |
| 4rt quartil | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Educació del pare | | | | |
| Menys que primària | 1,760*** | 1,637*** | 2,588*** | 2,664*** |
| Primària | 1,743*** | 1,484** | 2,180*** | 2,236*** |
| Secundària | 1,457* | 1,276† | 2,077*** | 1,560** |
| Universitària | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Mobilitat educativa intergeneracional ^(a) | | | | |
| Ascendent | 0,692*** | 0,792*** | 0,751*** | 0,715*** |
| Descendent | 1,363† | 1,485* | 1,953*** | 1,803*** |
| No es produeix | 1 | 1 | 1 | 1 |
| R² Nagelkerke | 9% | 10,6% | 14,4% | 18,1% |
| Nombre de casos | 8.787 | 9.239 | 8.786 | 9.238 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de l'ECV_2005, INE.

Nota: a) Es compara el nivell d'educació de l'entrevistat/da amb el del seu pare

† Nivell de significació del 10%

* Nivell de significació del 5%

** Nivell de significació del 1%

*** Nivell de significació del 1‰

Evidentment les influències del context social no se circumscriuen a les edats més prematures. La desigualtat en salut a edats avançades es deriva de trajectòries vitals que acumulen experiències que contribueixen al deteriorament progressiu de la salut. Moltes d'aquestes experiències estan lligades als itineraris laborals que segueixen les persones i les condicions en què es veuen obligades a treballar: nivells elevats d'estrès, situacions d'inseguretat laboral, amb escassa capacitat de control sobre l'exercici de les seves funcions, amb exposició a fonts contaminants (agents químics, soroll...) o que posen en risc la integritat física del treballador. Unes altres estan lligades a hàbits que s'arrossegueu al llarg de la vida (potser havent-se iniciat en les etapes molt prematures). La capacitat de corregir aquests hàbits està condicionada socialment; per exemple, la investigació britànica suggereix que les classes desfavorides tendeixen a fracassar més en els intents de deixar de fumar, a causa de la tendència de les persones d'aquests grups a fumar més quantitat de cigarrets (la qual cosa que reforça la seva addicció a la nicotina) i la probabilitat més alta que les seves parelles també fumin (Jarvis, 1997).

Evidències com aquestes apunten a la necessitat d'estudiar les desigualtats en salut a diferents etapes de la vida. La compartimentació que hem triat diferencia quatre etapes: infància i adolescència (menors de 16 anys), joventut (de 16 a 35), edat adulta (de 36 a 64) i ancianitat (65 i més). Dintre de cada grup s'han dut a terme, a vegades, anàlisis centrades en intervals d'edat més petits, en funció dels indicadors estudiats. Les evidències presentades a continuació examinen variacions en diferents indicadors de salut dintre d'aquests grups, i analitzen els determinants socials d'aquestes variacions. Seria impossible estudiar tots els factors socials que repercuteixen sobre la salut, per la qual cosa l'atenció se centra en factors generadors de desigualtat i exclusió.

a) Descripció de les variables

Entroncant amb les anàlisis efectuades a l'*Informe de la Inclusió Social a Espanya 2008*, vam privilegiar l'anàlisi dels determinants socials que també afecten altres formes d'exclusió, com l'econòmica i la laboral. Ens centrem, per tant, en la influència sobre la salut de variables com la classe social, la condició d'immigrant, l'atur (per a joves i persones adultes), el divorci/separació i les condicions de l'habitatge i l'entorn on es viu. També incloem en tots els models un índex de suport social i afectiu, que mesura la integració de la persona en xarxes socials (familiars o d'amistat) que ofereixen suport emocional, ajuda, consell i oportunitats de sociabilitat. Al costat apareixen variables de control (com l'edat o l'estat civil) i variables específiques per analitzar

algunes etapes de la vida. Per als menors de 17 anys, hem analitzat l'efecte sobre la salut de l'estructura de la llar (això és, si viuen en una llar biparental o monoparental). En els models que analitzen dimensions de la salut de les persones adultes (de 35 a 64 anys) i gent gran (65 anys i més), s'introdueixen variables que mesuren les hores dedicades a cura de menors, majors de 64 anys i discapacitats que viuen en la llar, així com si l'entrevistat/da és vidu/a.

Les variables independents utilitzades en els models estadístics es defineixen de la manera següent:

- 1) **Classe social.** És una variable que assigna als entrevistats sis grups, en funció de la categoria socioprofessional del sustentador principal de la llar. Es basa en una simplificació de la classificació d'Erikson i Goldthorpe (1992).⁵¹
 - **Classe I:** Directius de l'administració pública i d'empreses de 10 o més assalariats, i professions associades a titulacions de 2n i 3r cicle.
 - **Classe II:** Directius d'empreses de menys de 10 assalariats, professions associades a una titulació de 1r cicle universitari, tècnics superiors, artistes i esportistes.
 - **Classe III:** Empleats administratius i professionals de suport a la gestió administrativa i financera, treballadors dels serveis personals i de seguretat, treballadors per compte propi i supervisors dels treballadors manuals.
 - **Classe IVa:** Treballadors manuals qualificats.
 - **Classe IVb:** Treballadors manuals semiquelificats.
 - **Classe V:** Treballadors no qualificats.
- 2) **Condició d'immigrant.** Es defineix aquí com a persona de nacionalitat no espanyola nascuda en un país estranger. S'exclouen les persones estrangeres nascudes en la UE15, Estats Units, Oceania o Canadà. Les anàlisis efectuades s'han controlat per una tercera variable que indica si la persona té nacionalitat estrangera i ha nascut en la UE15, Nordamèrica (Estats Units i Canadà) i Oceania.⁵²
- 3) **Atur.** Indica si la persona entrevistada està en una situació d'atur en l'actualitat (en lloc d'estar treballant, estar jubilada, dedicar-se a tasques domèstiques o trobar-se en una altra situació).
- 4) **Divorci/separació.** S'inclouen en aquesta categoria persones l'estat civil de les quals és divorciat o separat i no conviuen actualment amb una parella.

51. Aquesta classificació diferencia posicions en funció del lloc que els treballadors ocupen en el mercat de treball i les unitats de producció. L'esquema se centra en les relacions d'ocupació que els treballadors estableixen i les condicions d'ocupació que troben. Distingeix clarament entre "classes de servei" (que la relació amb el proveïdor de feina acostuma a implicar més confiança) i "classes treballadores" (la relació de les quals amb el proveïdor de feina acostuma a estar regulada de forma més rígida per un contracte, i subjecta a nivells de supervisió més elevats).

52. La codificació original de la variable no ens permet incloure altres països de l'OCDE com Japó o altres països asiàtics amb alts nivells de PIB per càpita.

5) **Problemes de l'habitatge i entorn pròxim.** És un índex additiu que integra vuit variables que pregunten sobre qualitats de l'habitatge i l'entorn i ofereixen 3 categories de resposta: 1) Molt, 2) Una mica, 3) Gens. Els valors finals han estat invertits. Els problemes inclosos són: soroll, aigua de mala qualitat, poca neteja de carrers, contaminació de l'aire per indústria, contaminació de l'aire per altres causes, escassetat de zones verdes i molèsties d'animals.

6) **Suport social i afectiu.** És un índex additiu que resulta d'integrar 12 indicadors. Cadascun d'ells té 5 valors possibles: 1) Molt menys del que desitjo, 2) Menys del que desitjo, 3) Ni molt ni poc, 4) Gairebé com desitjo, 5) Tant com desitjo.

- Rebo visites dels meus amics i familiars.
- Rebo ajuda en assumptes relacionats amb la meua llar.
- Rebo elogis i reconeixement quan faig bé el meu treball.
- Compto amb persones que es preocupen del que em succeeix.
- Rebo amor i afecte.
- Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes personals i familiars.
- Tinc la possibilitat de parlar amb algú dels meus problemes econòmics.
- Rebo invitacions per a distreure'm i sortir amb altres persones.
- Rebo consells útils quan m'ocorre algun esdeveniment important en la meua vida.
- Rebo ajuda quan estic malalt al llit.

5.1. Desigualtats de salut en la infància i adolescència

Els problemes de salut en la infància tenen una importància cabdal perquè, com hem vist, poden tenir repercussions en etapes més avançades de la vida o condicionar severament les oportunitats vitals de les persones. No obstant això, la salut infantil ha estat, durant molts anys, condemnada a certa invisibilitat estadística. Fins fa pocs anys, no existien enquestes representatives que proporcionessin informació sobre persones menors de 16 anys que responguessin els mateixos menors. Recentment, una enquesta –l'“Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias” (ESTUDES)– corregeix aquesta anomalia. Juntament amb aquest estudi, utilitzem l'“Encuesta Nacional de Salud en España” (ENSE), que inclou un fitxer amb dades sobre la salut dels menors residents a la llar de l'entrevistat/da. L'ENSE 2006 aprofundeix alguns aspectes com la salut mental i la qualitat de vida de les persones de 0 a 15 anys no previstos en edicions anteriors. Les dades provenen del testimoni d'un progenitor o adult responsable.

Les anàlisis efectuades examinen desigualtats en relació amb 3 dimensions a partir de la informació disponible: 1) morbiditat, 2) hàbits i 3) malestar psicològic. S'han diferenciat dos grups: infants (menors d'11 anys) i adolescents (d'11 a 15 anys), encara que algunes anàlisis se circumscriuen a subgrups més petits. S'utilitzen models d'anàlisi multivariant. Els efectes descrits són el resultat d'estimar la influència de 3 factors de desigualtat (condició de ser immigrant, classe social i estructura de la llar) sobre una variable dependent, controlant sempre per la resta de factors i una sèrie de variables de control (és a dir, a igualtat de condicions). Hem privilegiat en l'anàlisi aquests tres factors perquè entenem –seguint bona part de la literatura especialitzada sobre aquests temes– que juguen un paper de primer ordre en la generació de desigualtats i processos d'exclusió durant la infància i l'adolescència. La majoria de les anàlisis es desenvolupen amb mostres independents d'homes i dones. En alguna ocasió ens hem vist en l'obligació d'agrupar-los per treballar amb una mostra adequada. Normalment s'accepta que existeix una relació entre les variables independents i la variable dependent estudiada quan el nivell de significació és més petit que 0,05.

5.1.1.a. Morbiditat en nens i nenes menors d'11 anys

En aquest apartat, s'han analitzat tres variables dependents: haver patit una malaltia crònica alguna vegada, haver sofert un problema de salut que provoqués una limitació en l'activitat habitual del menor en els últims dotze mesos i, finalment, patir obesitat. Pel que fa a les malalties cròniques, existeixen una sèrie de trastorns crònics de caràcter físic i de llarga durada que afecten un nombre considerable de nens i nenes.⁵³ Les més comunes són l'al·lèrgia crònica (que afecta el 10,5% dels infants) i l'asma (al 5,3%). Unes altres són poc freqüents, com la diabetis, els tumors malignes o l'epilèpsia (que afecten menys de l'1%). Constitueixen problemes amb gran impacte sobre el benestar i la qualitat de vida dels infants, que en alguns casos posen en risc la seva vida. Els models que hem portat a terme estimen la influència de factors socials com la classe social, l'estructura de la llar i la condició d'immigrant sobre la probabilitat d'haver patit alguna de les malalties o problemes descrits. S'utilitza un model de regressió logística amb variable dependent dicotòmica (que agrupa totes les malalties cròniques en una única categoria). Nens i nenes s'analitzen, en aquest cas, conjuntament.

Els resultats obtinguts mostren clarament que els nens de classes més desfavorides (la V, IVb i la IV) tenen un risc més alt d'haver patit una malaltia crònica. La raó de probabilitats d'haver patit una malaltia crònica és dues vegades més gran a la classe V que a

la I, el 66% superior a la classe IVb i el 91% en la classe IV. En les nenes no s'observa una influència de la classe social. No s'observa una influència estadística significativa de l'estructura de la llar. Tampoc la condició d'immigrant altera el risc d'haver patit aquests problemes. Una variable de control amb un efecte estadístic significatiu és l'índex de problemes d'habitatge. Aquesta dada ens suggereix que factors ambientals de l'entorn pròxim del menor influeixen en la proclivitat a patir problemes de salut física.

El segon dels indicadors analitzats és haver patit malalties o problemes de salut que hagin limitat l'infant d'alguna forma les seves activitats habituals. Es tracta d'una categoria més àmplia, ja que la limitació pot venir provocada per una malaltia crònica o una malaltia aguda (de més curta durada). Els resultats obtinguts mostren que els nens i les nenes que pertanyen a la classe V tenen una probabilitat més alta d'haver patit una limitació en els últims dotze mesos que els de la classe I. En el cas dels nens la raó de probabilitats és un 77% més alta en la classe V que en la I; en el cas de les nenes un 66%. En ambdós casos les diferències són significatives.⁵⁴ Els problemes de l'habitatge tornen a presentar un coeficient positiu i estadísticament significatiu.

El tercer indicador analitzat és patir obesitat. Es duu a terme una regressió logística amb variable dependent dicotòmica (ser obès o no, catalogant com a obesos aquells infants que superen el líndar d'obesitat segons l'índex de massa corporal). Els resultats del model tornen a posar de manifest que la classe social és un factor determinant, però només per explicar el risc d'obesitat dels nens (no així el de les nenes). Els nens de classe V tenen una raó de probabilitats 3,1 vegades més alta de ser obesos que els nens de classe I. La condició d'immigrant també incrementa aquesta probabilitat. Els nens nascuts a països que no pertanyen a la UE15, Canadà o Estats Units tenen una raó de probabilitats de ser obesos un 82% superior a la dels nens nascuts a Espanya, controlant per classe social. Les nenes tenen una probabilitat de ser obesos un 84% més gran quan són d'origen estranger.

Els nens de classe V tenen una raó de probabilitats 3,1 vegades més alta de ser obesos que els nens de classe I. La condició d'immigrant també incrementa aquesta probabilitat.

Els resultats obtinguts mostren clarament que els nens de classes més desfavorides (la V, IVb i la IV) tenen un risc més alt d'haver patit una malaltia crònica.

53. Hem exclòs deliberadament aquí trastorns mentals i de la conducta.

54. A més, hi ha una petita diferència, però estadísticament significativa entre els nens (homes) de la classe I i la classe IVb (amb un nivell de significació del 10%).

5.1.1.b. Morbiditat en adolescents d'11 a 15 anys

Per analitzar els determinants de la desigualtat en salut a l'adolescència, s'han replicat els models utilitzats amb menors d'11 anys, de manera que es construeix un model per als homes i un altre per a les dones. Alguns resultats apunten en la mateixa direcció. El risc d'haver patit una malaltia crònica entre les adolescents està relacionat amb l'estructura de la llar. A les llars monoparentals, les adolescents tenen un risc dues vegades més gran d'haver patit una malaltia crònica. Els problemes de l'habitatge també influeixen sobre aquest risc entre nois i noies. No obstant això, l'efecte de la classe social detectat entre els infants no apareix en aquesta ocasió, ni entre homes ni entre dones.

No s'observa influència significativa de les variables de classe social, condició d'immigrant i estructura de la llar sobre problemes de salut que originin limitacions de les activitats habituals. És significatiu l'efecte de dues variables de control: els problemes de l'habitatge incrementen el risc de patir aquesta classe de problemes, i la qualitat de les vinculacions socials dels adolescents atenua aquest risc (encara que aquest efecte només és estadísticament significatiu entre els nois).

L'obesitat dels adolescents sí que depèn de la classe social. Els adolescents homes de classe V tenen un risc 6,6 vegades més gran que els de classe I de ser obesos, i els de classe IVb un risc 9,6 vegades més elevat. És a dir, en comparació amb l'etapa infantil, la bretxa entre classes s'ha eixamplat en l'adolescència. No s'observa, aquesta vegada, un efecte atribuïble a la condició d'immigrant. Entre les nenes, se segueixen sense observar desigualtats d'obesitat relacionades amb la classe social.

Taula 5.4. Factors socials associats a la morbiditat dels menors

| | Variables independents | | | Variables de control | | | |
|---------------------------------|--|------------|----------------------|----------------------|------------------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Família monoparental | Mare treballa | Menors a la llar | Problemes de l'habitatge i l'entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| Infància | | | | | | | |
| Malalties cròniques | | | | | | | |
| Dona | | | | | - | + | |
| Home | + | | | | | + | |
| Limitació de l'activitat | | | | | | | |
| Dona | + | - | | - | | + | - |
| Home | + | | | - | | + | - |
| Obesitat ^(b) | | | | | | | |
| Dona | | + | | | | | |
| Home | + | + | | | | | |
| Adolescència | | | | | | | |
| Malalties cròniques | | | | | | | |
| Dona | | | + | | | + | |
| Home | | | | - | | + | |
| Limitació de l'activitat | | | | | | | |
| Dona | | | | - | | + | |
| Home | | | | | | + | - |
| Obesitat | | | | | | | |
| Dona | | | | | | | - |
| Home | + | | | | + | | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que existeix un efecte de classe social quan hi ha diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb, y V).

b) Nens/es de 2 a 10 anys d'edat.

c) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

5.1.2.a. Hàbits i conductes en nens i nenes menors d'11 anys

Un segon aspecte analitzat són els hàbits dels menors d'11 anys. Com s'ha subratllat anteriorment, els hàbits i conductes saludables adquirits en la infància, com una higiene bucal adequada, la realització regular d'exercici físic o una nutrició equilibrada es tendeixen a preservar en la vida adulta. Per altra banda, la infància és un període en què les persones són susceptibles d'iniciar hàbits perjudicials per a la salut, com una alimentació desequilibrada.

Una adequada higiene bucal és fonamental per mantenir la salut bucodental. Rentar-se les dents amb un dentífric fluorat és essencial per controlar la formació de la placa bacteriana. Els metges recomanen almenys rentar-se un cop al dia les dents i l'òptim en són dues o més. L'estat deficient de la dentadura influeix en el nivell d'autoestima dels joves, limita les seves oportunitats vitals i redueix la seva satisfacció vital (McGregor, Regis i Balding, 1997). El nostre model analitza quins factors socials expliquen que els nens i les nenes es rentin les dents almenys una vegada al dia. Els resultats d'una anàlisi de regressió logística acrediten un important efecte de classe entre els nens. Els nens de classe V tenen una raó de probabilitats 4,2 vegades menor que els de classe I de rentar-se les dents diàriament. La classe IVb té una raó de probabilitats semblant (4,1). També existeix una diferència estadísticament significativa entre els nens de classe IV i classe I (és 2,4). Entre les nenes, les diferències no són tan evidents. Només les nenes de classe IV presenten una diferència estadísticament significativa en la probabilitat de raspallar-se diàriament les dents. Cal destacar que un factor que influeix significativament en la higiene dental és el nombre de menors de 3 a 15 anys presents en la llar. Com més gran és aquest nombre, menor és la probabilitat de rentar-se les dents diàriament, possiblement com a resultat de la dificultat dels pares de fer un seguiment dels hàbits higiènics quan la seva progènie és nombrosa.

La salut dental dels menors depèn així mateix que vagin al metge dentista amb certa regularitat. El fet que bona part dels tractaments d'aquests professionals no estiguin coberts dintre de la cartera de serveis de la Seguretat Social resta oportunitats d'accés a aquests serveis als segments econòmicament més desfavorits de la població. En el model efectuat s'analitzen els factors socials que expliquen la probabilitat de no haver anat mai al dentista.⁵⁵ Els resultats evidencien clarament la importància d'aquests factors per explicar aquest hàbit preventiu. Les classes més desfavorides tenen una raó de probabilitats significativament més alta de no haver anat mai al dentista. Els nens i les nenes de quatre a deu anys de les classes IV b i V tenen una raó de probabilitats més alta de no haver anat mai al dentista que els de la classe I. Entre les nenes, la classe III i la classe IV també són menys proclius a anar-hi. Cal destacar també que les nenes tenen una raó de probabilitats un 90% més alta de no haver anat mai a la consulta d'un dentista quan resideixen en una llar monoparental que quan viuen amb els seus dos progenitors.

55. S'analitzen només els infants de 6 a 10 anys.

Les dades analitzades amb l'ENSE 2006 permeten, així mateix, detectar algunes desigualtats socials significatives en la realització d'activitat física. La falta d'exercici físic, combinada amb una nutrició inadequada, són els principals factors responsables de la sobrepes i l'obesitat durant la infància. L'exercici físic procura, a més, altres beneficis. Diverses investigacions posen de manifest que l'exercici físic té efectes positius sobre la salut mental, a més d'afavorir el rendiments educatius (Hallal, 2006; Strong, 2005, i Penedo i Eston, 2005). Les persones que fan exercici físic en la infància tenen una probabilitat més alta de continuar aquesta pràctica en edats més avançades, la qual cosa contribueix positivament a la seva salut general. L'anàlisi que hem portat a terme aquí se circumscriu a nens i nenes de sis a deu anys. S'utilitza un model de regressió multinominal per analitzar si aquests infants no fan exercici (categoria de referència), ho fan ocasionalment o ho fan assíduament (diverses vegades al mes o a la setmana). Els resultats obtinguts suggereixen que les desigualtats de classe no són gaire significatives. Només els nens de la classe V presenten una probabilitat més baixa de fer activitat física de forma assídua (davant de no fer exercici) que els de classe I.⁵⁶ La seva raó de probabilitats és 3,3 vegades menor. El més destacable del model és la menor participació dels nens i nenes d'origen immigrant en la pràctica d'exercici físic. Les nenes d'origen immigrant tenen una raó de probabilitat el 38% menor, i els nens el 51%.

Les anàlisis desenvolupades evidencien, així mateix, diferències importants en l'alimentació dels infants d'extraccions socials diverses. L'aprenentatge d'hàbits alimentaris saludables té una importància crucial. Les pràctiques alimentàries inadequades durant la infància i l'adolescència tenen repercussió immediata en la salut, de manera que poden provocar obesitat, diabetis del tipus 2, mineralització òssia inadequada o baixos rendiments acadèmics. Altres conseqüències tenen lloc més a llarg termini, com a conseqüència del seu manteniment al llarg del temps. Una dieta pobra en fruita, verdures o fibra i rica en sucres o sodi incrementa el risc futur de sofrir problemes de salut greus (Currie, 2008, i Van Duyn i Pivonka, 2000). Els resultats de les nostres anàlisis suggereixen que la distribució social de pràctiques beneficioses i perjudicials per a la salut segueix unes pautes que promouen la desigualtat en salut. Els infants de les classes més desfavorides tenen una probabilitat molt més baixa de consumir fruita diàriament que les classes més acomodades (I o II). Per exemple, la raó de probabilitats que una nena de classe I consumeixi fruita diàriament és 3,1 vegades més alta que la que ho faci una nena de classe V. Entre els nens les diferències són una mica menors, però també estadísticament significatives.

56. Existeixen diferències entre les nenes de classe V, IVb i IV, però només es poden considerar estadísticament significatives amb $p < 0,10$.

Els infants de les classes més desfavorides tenen una probabilitat molt més baixa de consumir fruita diàriament que les classes més acomodades (I o II).

Els nens i les nenes de quatre a deu anys de les classes IV b i V tenen una raó de probabilitats més alta de no haver anat mai al dentista que els de la classe I.

Els nens i les nenes de les classes més desfavorides tendeixen a consumir més menjar ràpid que els de les classes més altes.

El consum freqüent de menjar ràpid (*fast food*) està també relacionat amb la classe social. Els nens i les nenes de les classes més desfavorides tendeixen a consumir més menjar ràpid que els de les classes més altes. Per exemple, la raó de probabilitats que una nena de classe V consumeixi menjar ràpid més de tres vegades a la setmana (en lloc de fer-ho ocasionalment) és 2,4 vegades més alta que una nena de classe I. Un nen de classe IVb té un risc 2,3 vegades més gran. El consum de menjar ràpid està també més estès entre els nens d'origen immigrant. La raó de probabilitats que consumeixin menjar ràpid més de tres vegades a la setmana (en lloc de fer-ho ocasionalment) és un 94% més alt que entre els nens nascuts a Espanya.

En la mateixa línia, els infants de les classes més desfavorides tendeixen a ser més proclius a consumir amb assiduitat refrescos ensucrats i *snacks*. Els nens de classe V tenen una raó de probabilitats 3,7 vegades més elevada de consumir refrescos en tres o més ocasions a la setmana (en lloc de fer-ho ocasionalment) que els que pertanyen a la classe I; i 2,3 vegades més alta de consumir *snacks* amb aquesta freqüència. El consum assidu de refrescos és també més comú en les famílies monoparentals entre els nens (però no entre les nenes) i en les famílies d'origen immigrant (en nens i nenes). Per exemple, les nenes d'origen immigrant tenen una raó de probabilitat de consumir refrescos de forma assídua 3,5 vegades superior a les d'origen nacional.

5.1.2.b. Hàbits i conductes en adolescents d'11 a 15 anys

Durant l'adolescència s'adverteixen diferències socials més petites que en la infància pel que fa a higiene dental. La classe social ha deixat de ser un factor explicatiu de la freqüència amb que nens i nenes es renten les dents.⁵⁷ Ara bé, els adolescents que no han anat mai a la consulta d'un dentista segueixen sent, fonamentalment, aquells que pertanyen a les classes més desfavorides. Les adolescents de classe IVb tenen una raó de probabilitats de no haver anat mai al dentista 4 vegades més petita que les de la classe I. Les adolescents de classe V la tenen 4,3 vegades més petita.

Els principals factors de desigualtat social resulten també menys explicatius del nivell d'activitat física que es duu a terme durant l'adolescència. L'evidència obtinguda suggereix que les noies de classe IV i IVb participen menys en la pràctica assídua d'exercici físic que les que pertanyen a la classe I (2,1 vegades menys i 2,7 vegades menys, respectivament). No s'observen diferències significatives entre nois adolescents de diferent extracció de classe. Tampoc s'evidencia un impacte significatiu de l'estructura de la llar o de l'origen nacional.

El consum de fruita està clarament relacionat amb la classe social, tant entre els nois com entre les noies. Les noies de classe III, IV, IVb i V tenen una raó de probabilitats més

baixa de consumir fruita de forma assídua que les de classe I. El mateix succeeix amb els nois. Per exemple, un noi adolescent de classe V té una raó de probabilitats 3,3 vegades més baixa que un adolescent de classe I. Altres factors de desigualtat no tenen influència sobre el consum de fruita.

Les pautes de consum de menjar ràpid per classe social s'assemblen a les que s'observen durant la infància entre els nois adolescents, però no entre les noies. Els adolescents de les classes III, IV, IVb i V tenen una raó de probabilitats significativament més alta de consumir aquest tipus de menjar que els nois de classe I. En la classe V, la raó de probabilitat és 3,1 vegades més alta. Per la seva banda, els nois adolescents nascuts en un país estranger en vies de desenvolupament tenen una raó de probabilitats 2,3 vegades més gran de consumir menjar ràpid de forma assídua (tres vegades a la setmana o més) que els adolescents nascuts a Espanya.

Classe social i condició d'immigrant són també variables fonamentals per explicar el consum de refrescos de forma assídua en l'adolescència. Els nois de classe V tenen una raó de probabilitats de consumir refrescos de forma assídua 3,4 vegades més gran que els de classe I; els de classe IV, 3,1 vegades més alta i els de classe IVb, 2,9 vegades. Entre les adolescents, la relació entre classe social i consum assidu de refrescos és una mica menys estreta, però també estadísticament significativa. Les noies i els nois d'origen estranger mostren una probabilitat més alta de consumir refrescos que els autòctons. La raó de probabilitat és 3,4 vegades més gran entre les primeres, i 2,5 entre els segons. El consum assidu de *snacks* està relacionat amb la classe social entre els nois, però no entre les noies. Els nois de classe V tenen una raó de probabilitats 2,6 vegades més alta de consumir *snacks* de forma assídua.

57. Els efectes no han desaparegut per complet. Però només es poden considerar significatius estadísticament amb $p < 0,10$.

Taula 5.5. Factors socials associats a hàbits i comportaments en la infància

| Infància | Variables independents | | | Variables de control | | | |
|---|--|------------|----------------------|----------------------|------------------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Família monoparental | Mare treballa | Menors a la llar | Problemes de l'habitatge i l'entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| Raspallar-se les dents diàriament ^(b) | | | | | | | |
| Dona | - ^(f) | | | + | - | | |
| Home | - | + | | | - | | |
| No haver anat mai al dentista ^(c) | | | | | | | |
| Dona | + | | + | - | | | - |
| Home | + | | | | | | |
| Realització d'exercici físic ^(d) | | | | | | | |
| Dona | | - | | | | - | |
| Home | - | - | | | | | + |
| Consum diari de fruita | | | | | | | |
| Dona | - | | | | + | - | |
| Home | - | | | | | - | |
| Consum assidu de menjar ràpid ^(e) | | | | | | | |
| Dona | + | | | - | | | |
| Home | + | + | | | + | | |
| Consum assidu de refrescs amb sucre ^(e) | | | | | | | |
| Dona | + | + | | | + | + | |
| Home | + | + | + | | | + | |
| Consumo assidu de snacks ^(e) | | | | | | | |
| Dona | + | | | - | | | |
| Home | + | | | - | | | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que existeix un efecte de classe social quan hi ha diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb, y V).

b) Nens/es de 3 a 10 anys d'edat.

c) Nens/es de 4 a 10 anys.

d) Nens/es de 6 a 10 anys.

e) Es refereix a un consum de tres o més cops a la setmana.

f) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

Taula 5.5. Factors socials associats a hàbits i comportaments en l'adolescència (continuació)

| Adolescència | Variables independents | | | Variables de control | | | |
|---|--|------------|----------------------|----------------------|------------------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Família monoparental | Mare treballa | Menors a la llar | Problemes de l'habitatge i l'entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| Raspallar-se les dents diàriament | | | | | | | |
| Dona | | | | + | - | | + |
| Home | | | | | | | |
| No haver anat mai al dentista | | | | | | | |
| Dona | + | + | | | | + | |
| Home | + | + | | | | | |
| Realització d'exercici físic | | | | | | | |
| Dona | - | | | | | | + |
| Home | | | | | | | |
| Consum diari de fruita | | | | | | | |
| Dona | - | | | | | - | + |
| Home | - | | | | | | + |
| Consum assidu de menjar ràpid ^(b) | | | | | | | |
| Dona | | | + | | | | |
| Home | + | + | | | + | | |
| Consum assidu de refrescs amb sucre ^(b) | | | | | | | |
| Dona | + | + | | | | | |
| Home | + | + | | | + | + | |
| Consum assidu de snacks ^(b) | | | | | | | |
| Dona | | | | | | | |
| Home | + | | | | + | | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Nota: a) Es considera que existeix un efecte de classe social quan hi ha diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb, y V).
 b) Es refereix a un consum de tres o més cops a la setmana.
 c) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

Els resultats de les nostres anàlisis posen de manifest que el consum de substàncies psicoactives és més comú en entorns socials acomodats. Els adolescents nois són més proclius a consumir haixix o cocaïna quan provenen d'un ambient familiar on la mare té estudis secundaris o superiors. Entre les noies, el consum d'haixix és més probable si la mare té estudis secundaris o superiors, però no s'observen efectes estadísticament significatius sobre el consum de cocaïna.

Un dels temes que destaca de forma recurrent quan es discuteix sobre els hàbits dels i les adolescents és el consum de substàncies psicoactives il·legals. El consum d'algunes drogues il·legals s'ha estès de forma important en alguns entorns juvenils, i s'ha convertit en element central d'algunes subcultures. La més consumida d'aquestes substàncies és el cànnabis. Espanya és -com vam poder comprovar al capítol anterior- un dels països occidentals amb taxes més elevades de consum de cànnabis. Aquest consum s'ha associat amb el desenvolupament de problemes d'ajustament psicosocial, tant durant l'adolescència com en etapes de transició a la vida adulta (Donnovan i Jesor, 1993; Farrell, Danish i Howard, 1992, i Kandel, 1986).

L'ENSE 2006 no incorpora preguntes per analitzar els determinants socials del consum de substàncies psicoactives en l'adolescència o la joventut. Per abordar aquestes qüestions, hem treballat amb l'enquesta ESTUDES, que va confeccionar el Ministeri de Sanitat i Consum amb una mostra de 26.454 adolescents de 14 a 18 anys que estaven estudiant l'ensenyament secundari obligatori. Aquesta enquesta no proporciona informació sobre la classe social dels pares de l'adolescent, però sí del seu nivell educatiu. També pregunta als entrevistats per l'estructura de la llar (si l'adolescent viu amb els seus dos progenitors, en una família reconstituïda, només amb el seu pare, o només amb la seva mare) i si procedeixen d'un altre país. L'elevat nombre de casos entrevistats permet analitzar també el consum de drogues d'ús més minoritari en l'adolescència, com la cocaïna i les drogues sintètiques. Els indicadors estudiats són variables dicotòmiques que mesuren si l'entrevistat ha consumit la substància o no. L'anàlisi dels determinants del consum es duu a terme amb una regressió logística. S'introdueixen dues variables de control: l'edat de l'entrevistat/da i si treballa o no.

Els resultats de les nostres anàlisis posen de manifest que el consum de substàncies psicoactives és més comú en entorns socials acomodats. L'indicador que utilitzem en la nostra anàlisi és el màxim nivell educatiu que ha assolit la seva mare. Els adolescents nois són més proclius a consumir haixix o cocaïna quan provenen d'un ambient familiar on la mare té estudis secundaris o superiors. Entre les noies, el consum d'haixix és més probable si la mare té estudis secundaris o superiors, però no s'observen efectes estadísticament significatius sobre el consum de cocaïna. El consum de drogues sintètiques és també més probable entre els adolescents la mare dels quals té estudis superiors, però no s'observen diferències estadísticament significatives entre els altres nivells educatius.

En contra d'alguns estereotips, les anàlisis posen en relleu que el consum de les tres substàncies és menys probable entre els adolescents d'origen immigrant. Els nois d'ori-

gen immigrant tenen una raó de probabilitats el 66% més baixa de consumir haixix, i un 75% de consumir cocaïna. Entre les noies d'origen immigrant, la raó de probabilitats d'haver consumit haixix és 2,9 vegades més baixa; la d'haver consumit cocaïna, un 42% més baixa. Quant al consum de drogues sintètiques, la pauta observada és similar. Els adolescents d'origen immigrant (homes i dones agrupats) tenen una raó de probabilitats de consumir aquest tipus de substàncies un 70% més baixa que els autòctons.

L'evidència més destacable que hem trobat és l'associació entre estructura de la llar i consum de substàncies psicoactives. El consum d'haixix, cocaïna i drogues sintètiques tendeix a ser sistemàticament més alt en llars on l'adolescent viu amb un sol progenitor, a igualtat d'altres factors. Les probabilitats més altes de consum es donen en les llars monoparentals encapçalades pel pare. Per exemple, la raó de probabilitats que un noi adolescent consumeixi haixix és, de mitjana, un 51% més alta en aquest tipus de llar que en una on l'adolescent viu amb els seus dos progenitors. Entre les noies, és un 92% més elevada. Cal subratllar, no obstant això, que aquest tipus de llars constitueixen una fracció molt petita de les llars monoparentals. En les llars monoparentals encapçalades per una dona, la predisposició a consumir substàncies psicoactives és una mica més petita, però encara significativament diferent a la que s'observa en llars amb dos progenitors. Per exemple, la raó de probabilitat que un noi hagi consumit cocaïna és el 54% més alta en una llar monoparental encapçalada per una mare que en una llar biparental.⁵⁸

Una variable de control que manté relacions significatives amb el consum de substàncies psicoactives il·legals és la situació laboral de l'adolescent. A igualtat d'altres condicions, estar treballant i disposar d'ingressos propis incrementa la probabilitat del consum. A la majoria de llars espanyoles, els ingressos que obtenen els joves mitjançant el treball són de lliure disposició. L'ús que en fan pot comportar, en ocasions, riscos per a la seva salut.

El consum d'haixix, cocaïna i drogues sintètiques tendeix a ser sistemàticament més alt en llars on l'adolescent viu amb un sol progenitor, a igualtat d'altres factors.

58. S'observen així mateix, diferències significatives en la proclivitat al consum de substàncies psicoactives il·legals entre els nois i les noies que viuen en una família reconstituïda i aquells que viuen amb els seus dos progenitors.

Taula 5.6. Consum de substàncies psicoactives entre joves de 14 a 18 anys

| Ha consumit algun cop | Variables independents | | | | | Variables de control | |
|---|------------------------|------------|--|---|-----------------------|----------------------|------|
| | Estudis de la mare | Immigració | Família monoparental: encapçalada per una mare | Família monoparental: encapçalada per un pare | Família reconstituïda | Adolescent treballa | Edat |
| Haixix / Marihuana | | | | | | | |
| Dona | + | - | + | + | + | + | |
| Home | + | - | + | + | | + | + |
| Cocaïna | | | | | | | |
| Dona | | - | + | + | + | + | + |
| Home | + | - | + | + | | + | + |
| Drogues sintètiques ^(a) | | | | | | | |
| | + | - | + | + | + | + | + |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades d'ESTUDES_2006, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Nota: a) La categoria 'drogues sintètiques' inclou èxtasis i speed.

b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

5.1.3.a. Salut mental en nens i nenes menors d'11 anys

La salut mental no és un tema aliè a la infància. Igual que els adults, els infants mostren símptomes de malestar psicològic, que en resta qualitat de vida. Infants alegres i amb elevada autoestima se solen convertir en joves i adults alegres i amb confiança en si mateixos. L'estat de salut mental en la infància i l'adolescència té importants implicacions en la conducta, el grau d'implicació en l'escola, els resultats educatius i, en definitiva, les oportunitats vitals, presents i futures. Molts són els factors socials que incideixen en aquest benestar. Alguns contribueixen positivament, protegint a infants i adolescents davant de pressions socials a les quals s'enfronten en el curs de la vida. Altres factors tenen un efecte contrari, ja que poden incrementar el risc de patir malestar psicològic. Els indicadors disponibles només permeten analitzar un conjunt limitat d'expressions de malestar.

El malestar pot tenir moltes facetes. En aquest apartat s'analitzen quatre grans dimensions en què es pot expressar aquest malestar: emoció, conducta, hiperactivitat/manca d'atenció i relacions socials. Per mesurar la intensitat d'aquests símptomes, l'«Encuesta Nacional de Salud 2006» ofereix diverses possibilitats: els responsables de l'enquesta proposen un índex sintètic (basat en les observacions del progenitor o adult responsable de l'infant que contesta l'enques-

ta) sobre els seus problemes emocionals. L'índex comprèn els ítems següents: 1) es queixa amb freqüència de mal de cap, d'estómac o de nàusees, 2) té moltes preocupacions, sovint sembla inquiet/a o preocupat/da, 3) se sent sovint infeliç, desanimat/da, plorós/a, 4) és nerviós/a o dependent davant noves situacions, 5) fàcilment perd la confiança en si mateix, i 6) té moltes pors, s'espanta fàcilment. Els determinants de la variable dependent s'han estudiat amb una regressió logística multinomial, on el valor de referència és no haver observat problemes emocionals. Els resultats de les anàlisis efectuades mostren que les nenes les llars de les quals són de classe IVb i classe V tenen una probabilitat més alta que les de la classe I de trobar-se en el grup amb un nombre elevat de problemes emocionals (en lloc de trobar-se en el grup que no presenta problemes emocionals). La raó de probabilitats és 2,8 vegades més alta a la classe V, i un 80% més alta a la classe IV entre les dones.⁵⁹ Entre els nens, no s'observen efectes significatius atribuïbles a la classe social. Però si s'observen efectes de l'estructura de la llar.

59. En aquest últim cas, la diferència només és estadísticament significativa amb un nivell de confiança del 90% ($p < 0,10$).

Tant entre els nens com en les nenes, s'observa una tendència més gran a la hiperactivitat en les classes més desfavorides.

Els nens i nenes d'origen estranger tendeixen a presentar més problemes amb companys, possiblement associats amb problemes d'integració derivats de l'estigma o dificultats per comunicar-se en la llengua d'ús comú.

Els nens que viuen amb un dels seus progenitors tenen una raó de probabilitats un 79% més elevada de tenir problemes emocionals que els que resideixen en una llar biparental.

El segon indicador estudiat mesura problemes de conducta. Igual que en l'estimació anterior, es comparen el grup amb problemes de conducta severa amb el grup que no en té. La variable comprèn els ítems següents: 1) freqüentment té enrabiades o mal geni, 2) en general és obedient, sol fer el que li demanen els adults, 3) es baralla amb freqüència amb altres infants o s'hi fica, i 4) sovint menteix o enganya, roba coses a casa, en l'escola o en altres llocs. Novament, els resultats acrediten que els infants de les classes IV, IVb i V tenen un risc més elevat de trobar-se en el grup amb més problemes de conducta. Per exemple, una nena de classe IV té una raó de probabilitat de tenir problemes severa de conducta dues vegades més gran que una de classe I, una de classe IVb 2,5 vegades més gran, i una de classe V, 2,4 vegades més gran. Entre els nens, les raons de probabilitats són 2,7, 1,8 i 2,2 respectivament.

El tercer indicador examinat és l'existència de problemes d'hiperactivitat entre els infants de 4 a 10 anys. Integra en un índex sintètic els indicadors següents: 1) És inquiet, hiperactiu, no pot romandre quiet per molt de temps, 2) Està contínuament movent-se i és entremaliat, i 3) Es distreu amb facilitat, la seva concentració tendeix a dispersar-se. Els determinants d'aquesta variable (composta de deu valors, de menys a més hiperactiu) s'han analitzat amb una regressió lineal múltiple. Tant entre els nens com en les nenes, s'observa una tendència més gran a la hiperactivitat en les classes més desfavorides. Les diferències amb la classe I són estadísticament significatives en la classe III, IV, IVb i V entre els nens, i les classes II, III, IV, IVb i V entre les nenes.

El quart indicador mesura si l'infant té problemes amb els seus companys. Les criatures que tenen dificultat per relacionar-se amb amics poden tenir menys oportunitats d'aprendre habilitats socials, la qual cosa pot conduir a situacions d'aïllament difícilment reversibles. La solitud en la infància i l'adolescència tendeix a generar sentiments de baixa autoestima i satisfacció amb la vida i una proclivitat a la tristesa i depressió (Currie *et al.*, 2008: 163). Augmenta també la probabilitat de patir assetjament per part dels altres (Kunsteche i Gmel, 2004). L'índex sintètic objecte d'anàlisi es construeix a partir dels indicadors següents de la ENSE 2006: 1) És més aviat solitari i tendeix a jugar sol, 2) en general, cau bé als altres infants, 3) els altres infants s'hi fiquen o se'n burlen, i 4) es duu millor amb adults que amb altres infants. Els determinants d'aquesta variable (quatre valors) s'estudien amb una regressió multinomial, on el valor de referència és "no observa aquest tipus de problemes". Els nens i les nenes de classe V tenen raons de probabilitat significativament més altes de tenir problemes amb companys. Entre les

nenes també és significativa la diferència entre la classe IVb i la I. S'observa a més una forta relació amb l'origen estranger d'aquests nens i nenes i la dimensió analitzada. Els nens i nenes d'origen estranger tendeixen a presentar més problemes amb companys, possiblement associats amb problemes d'integració derivats de l'estigma o dificultats per comunicar-se en la llengua d'ús comú.

5.1.3.b. Salut mental en adolescents d'11 a 15 anys.

L'ENSE 2006 proporciona els mateixos indicadors de salut mental per estudiar el malestar entre els adolescents. Els resultats de les nostres anàlisis posen de manifest certs canvis en les relacions entre variables. Entre els 11 i 15 anys, la classe social està relacionada amb l'existència de símptomes emocionals severa, però només entre els nens. Un noi adolescent de classe IV té un risc 3,1 vegades més gran que un adolescent de classe I de patir problemes emocionals severa. Un adolescent de la classe IVb té un risc 2,8 vegades superior i un de classe V 3,9 vegades superior. L'existència de problemes en l'habitatge també incrementa significativament el risc de problemes emocionals, tant d'homes com de dones.

Els problemes severa de conducta i d'hiperactivitat també estan relacionats amb la classe social. Una adolescent de classe IV té un risc 2,8 vegades més gran que una de classe I de patir un problema severa de conducta. Una de classe IVb té un risc 2,9 vegades més elevat. Entre els infants, només la pertinença a la classe V incrementa aquest risc (3,2 vegades). De la mateixa manera, tant en homes com en dones, s'observa una relació entre classe social i hiperactivitat. Els adolescents de les classes III, IV, IVb i V tendeixen a presentar valors més alts en l'índex d'hiperactivitat que els adolescents les famílies dels quals pertanyen a la classe I.

L'últim aspecte estudiat és la relació entre factors socials i problemes severa amb els companys i les companyes. Els models portats a terme demostren que l'existència de problemes d'aquest tipus està relacionada amb la classe social entre les noies, i amb la condició d'immigrant entre els nois. Els homes adolescents d'origen estranger tenen un risc 5,1 vegades més alt que els espanyols de tenir problemes severa amb els seus companys.

Entre els 11 i 15 anys, la classe social està relacionada amb l'existència de símptomes emocionals severa, però només entre els nens.

Els homes adolescents d'origen estranger tenen un risc 5,1 vegades més alt que els espanyols de tenir problemes severa amb els seus companys.

Taula 5.7. Factors socials associats a la salut mental dels menors

| Infància ^(b) | Variables independents | | | Variables de control | | | |
|-----------------------------------|--|------------|----------------------|----------------------|------------------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Família monoparental | Mare treballa | Menors a la llar | Problemes de l'habitatge i l'entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| Síntomes emocionals | | | | | | | |
| Dona | + | | | | + | - | |
| Home | | | + | | | + | - |
| Problemes de conducta | | | | | | | |
| Dona | + | | | | + | | - |
| Home | + | | | | | | - |
| Problemes d'hiperactivitat | | | | | | | |
| Dona | + | | | | | | - |
| Home | + | | | | - | | - |
| Problemes amb companys | | | | | | | |
| Dona | + | + | | | | + | - |
| Home | + | + | + | | | | - |
| Adolescència | | | | | | | |
| Síntomes emocionals | | | | | | | |
| Dona | | | | | | + | - |
| Home | + | | | | | + | - |
| Problemes de conducta | | | | | | | |
| Dona | + | | | | | | - |
| Home | + | | | | | + | - |
| Problemes d'hiperactivitat | | | | | | | |
| Dona | + | | | | | | - |
| Home | + | | | | | | - |
| Problemes amb companys | | | | | | | |
| Dona | + | | | | | | - |
| Home | | + | | | | | - |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que existeix un efecte de classe social quan hi ha diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb, y V).

b) Nens/es de 4 a 10 anys d'edat.

c) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

5.1.4. La salut en la infància i l'adolescència: Factors de risc i factors de protecció

A igualtat d'altres condicions, els infants i adolescents els pares dels quals són treballadors manuals (classe IVb i classe V) tenen una probabilitat més alta de presentar trastorns físics i psicològics, així com d'incórrer en hàbits i comportament perjudicials per a la salut.

La salut en la infància és un reflex de les condicions materials i socials que viuen els infants i les seves famílies. Els resultats presentats en els apartats anteriors evidencien que la precarietat socioeconòmica és el factor amb conseqüències més intenses per a la salut infantil. A igualtat d'altres condicions, els infants i adolescents els pares dels quals són treballadors manuals (classe IVb i classe V) tenen una probabilitat més alta de presentar trastorns físics i psicològics, així com d'incórrer en hàbits i comportament perjudicials per a la salut. Darrere d'aquesta associació s'endevinen diversos mecanismes explicatius. D'una banda, les condicions materials que viu l'infant (o en les quals la mare va desenvolupar l'embaràs) tenen influència sobre la seva salut. La precarietat econòmica imposa restriccions en les oportunitats d'accés a béns i recursos afavoridors d'una bona salut. Una il·lustració d'això és l'accés a les consultes odontològiques, que com hem vist està clarament relacionat amb la classe social dels progenitors. Un altre factor important són les característiques de l'entorn immediat. Les dades obtingudes il·lustren la importància que té per als nens i les nenes viure en entorns saludables. Existeix una associació consistent dels problemes de l'habitatge i els entorns urbans on resideixen els menors amb tota classe de problemes de salut, especialment de morbiditat. Els infants i adolescents que resideixen en habitatges que presenten problemes estructurals (com superfície escassa, soroll, aigua de mala qualitat), situats en entorns insalubres (falta d'higiene als carrers, contaminació de l'aire) i poc atractius (males olors, escassetat de zones verdes) tenen una probabilitat més alta de desenvolupar malalties cròniques o de tenir problemes de salut que limitin la seva activitat habitual.

Un segon mecanisme que explica l'associació entre classe social i problemes de salut en la infància i l'adolescència té a veure amb estils de vida associats a les trajectòries educatives dels progenitors o la seva participació en subcultures on les pràctiques "saludables" són vistes (o no) com conductes "apropiades per a gent com nosaltres". Una formació sòlida afavoreix que s'entenguin els mecanismes que relacionen hàbits i problemes de salut i es coneguin millor les estratègies per protegir-se davant dels riscos contra la salut. Des d'un punt de vista estadístic, existeix una forta correlació entre la classe social dels pares i el seu nivell educatiu. Això suggereix que el fort efecte de classe social observat sobre alguns problemes de salut i hàbits dels menors s'ha d'atribuir –almenys en part– al nivell educatiu dels progenitors. De fet, si s'inclou el nivell educatiu dels progenitors en els models estadístics desenvolupats,⁶⁰ l'efecte de la classe social s'atenua en molts casos (encara que no sòl desaparèixer per complet).

60. Els resultats d'aquesta operació no es presenten aquí, però es troben disponibles per qualsevol investigador que els vulgui sol·licitar.

Els resultats presentats en les seccions anteriors evidencien que, al marge dels factors més pròpiament econòmics, les desigualtats en salut estan relacionades amb altres dimensions que, com es va apuntar en l'*Informe de la Inclusió Social 2008*, contribueixen a configurar noves formes d'exclusió social: la condició d'immigrant i la monoparentalitat. A diferència de la "classe social", ens trobem davant "nous" factors de desigualtat i exclusió, que cobren importància en un context de grans transformacions socials. L'arribada d'un flux migratori intens i constant ha marcat profundament les dinàmiques d'exclusió en el nostre país. Amb l'arribada dels immigrants, una part essencial de l'espai de l'exclusió econòmica i laboral és ètnicament diferent, o és percebut com a tal. Aquesta exclusió té importants implicacions en les relacions entre els nousvinguts i la resta de la societat, en la percepció que els primers tenen de si mateixos i els seus sentiments d'autoestima. El fet que infants i adolescents immigrants presentin més problemes d'integració amb els seus companys és simptomàtic de les dificultats que afronten en el seu procés d'adaptació al nou país. Igualment preocupants són alguns dels hàbits poc saludables que es detecten amb més freqüència en les poblacions infantils i adolescents d'origen estranger. Els menors d'origen immigrant tendeixen a fer menys exercici físic i la probabilitat que la seva dieta sigui desequilibrada és més alta (especialment entre els homes). Això es tradueix, a igualtat d'altres condicions, en risc més gran d'obesitat. Darrere d'aquest fenomen cal buscar, possiblement, limitacions en l'accés a oportunitats per dur a terme exercici físic amb regularitat (per falta d'instal·lacions en els llocs on resideixen, barreres culturals, etc.) i, potser, dèficits d'atenció parental cap a l'alimentació dels infants (provocats per jornades laborals draconianes, horaris asocials o la mateixa desestructuració familiar que es produeix en el curs d'un projecte migratori). Les conseqüències d'aquests problemes no es limiten al benestar immediat d'aquests menors sinó que, a llarg termini, poden aprofundir la bretxa social entre immigrants i població autòctona, en solapar-se els problemes de salut amb altra classe de riscos i desavantatges que els joves d'origen immigrant experimenten en l'àmbit educatiu o en els processos d'inserció laboral.

Per altra banda, les transformacions esdevingudes en la família en les societats postindustrials han contribuït a una certa deterioració de la capacitat integradora de la família, que es pot expressar en forma de problemes de salut. L'evidència presentada suggereix que alguns trastorns (especialment psicològics) estan més estesos en les llars monoparentals, a igualtat d'altres condicions. Entre els infants i adolescents que viuen en una llar monoparental s'observen també amb més freqüència alguns hàbits i pràctiques perjudicials per a la salut. Potser la pràctica més preocupant sigui la proclivitat més alta al consum de substàncies psicoactives il·legals durant l'ado-

L'arribada d'un flux migratori intens i constant ha marcat profundament les dinàmiques d'exclusió en el nostre país. Amb l'arribada dels immigrants, una part essencial de l'espai de l'exclusió econòmica i laboral és ètnicament diferent, o és percebut com a tal.

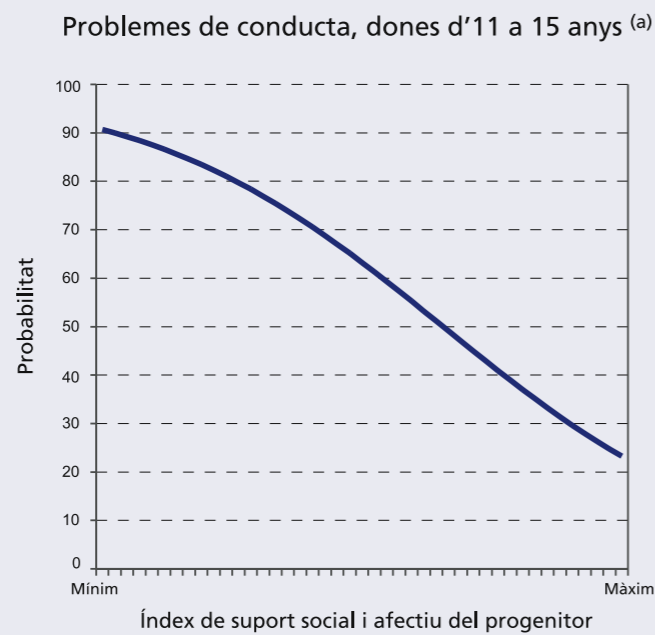
El fet que infants i adolescents immigrants presentin més problemes d'integració amb els seus companys és simptomàtic de les dificultats que afronten en el seu procés d'adaptació al nou país.

El “capital social” de les famílies protegeix davant de certs riscos de morbiditat en la infància i l’adolescència i incideix positivament en la salut mental del menor, i promou en ell actituds i comportaments responsables des del punt de vista de la seva salut

lescència entre els nois i les noies que no viuen amb els seus dos progenitors. El fet que un nombre creixent d’infants i adolescents passin algun període de la vida en una llar monoparental o reconstituïda representa un horitzó on es poden incrementar els riscos per a la salut dels menors.

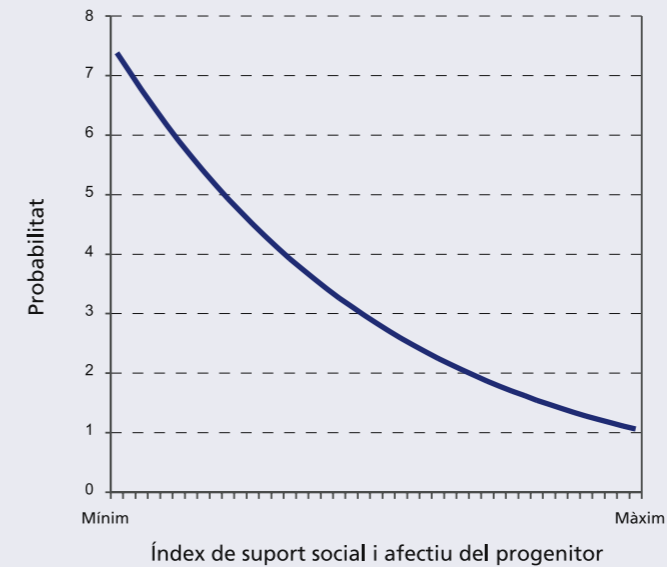
Malgrat el gran calat d’aquestes transformacions, l’“atmosfera familiar” que viuen els infants segueix sent un factor de protecció d’importància crucial davant de riscos. D’acord a un informe recent de l’OMS, la immensa majoria dels infants espanyols mantenen relacions de proximitat, afectiva i comunicativa, amb els seus pares. Els resultats obtinguts en les anàlisis efectuades demostren que l’índex de suport afectiu del progenitor o la persona responsable de l’infant que fa l’entrevista està molt relacionat amb diversos aspectes de la salut del menor, especialment amb l’estat de salut mental. Aquesta dada suggereix que climes familiars càlids, on els nivells de comunicació entre els membres de la família són alts i les mostres d’afecte freqüents, són també beneficiosos per a la salut del menor. El “capital social” de les famílies protegeix davant de certs riscos de morbiditat en la infància i l’adolescència, incideix positivament en la salut mental del menor, i promou en ell/a actituds i comportaments responsables des del punt de vista de la seva salut.

Gràfic 5.2. El capital social de les famílies com a factor de protecció de la salut dels menors

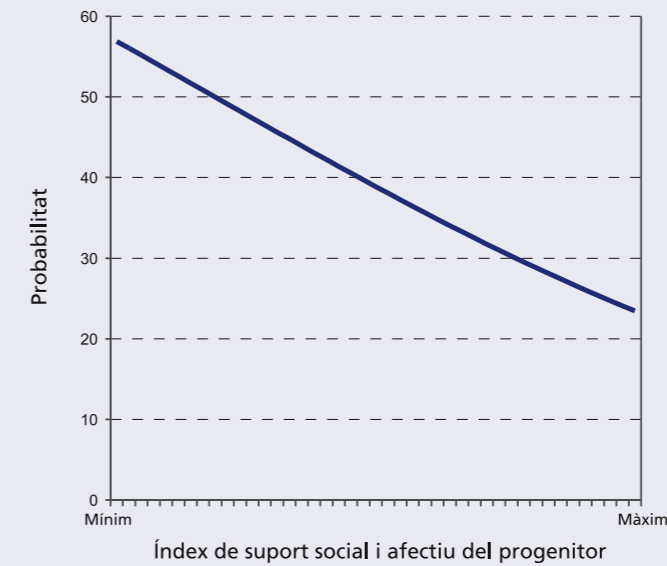


Gràfic 5.2. El capital social de les famílies com a factor de protecció de la salut dels menors (continuació)

No raspallar-se les dents diàriament, dones d'11 a 15 anys

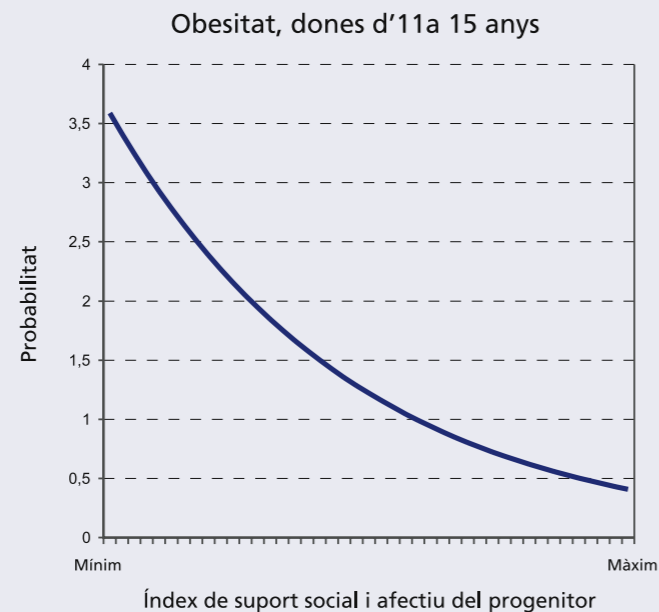


Limitació de l'activitat diària per problemes de salut, homes d'11 a 15 anys (a)



Les dades suggereixen que el treball femení remunerat, que durant molt temps es va creure que podia perjudicar la salut del menor, no sol tenir-hi efectes significatius, a igualtat d'altres condicions. En les escasses ocasions que s'observa una relació estadística, l'efecte és beneficiós.

Gràfic 5.2. El capital social de les famílies com a factor de protecció de la salut dels menors (continuació)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
 Nota: a) Es compara la categoria "tenir problemes de conducta severa" respecte a "no tenir problemes de conducta".

Un últim aspecte a destacar és el paper del treball de la mare. Les dades suggereixen que el treball femení remunerat, que durant molt temps es va creure que podia perjudicar la salut del menor, no sol tenir-hi efectes significatius, a igualtat d'altres condicions. En les escasses ocasions que s'observa una relació estadística, l'efecte és beneficiós. Aquesta dada cobra importància si es calibra a la llum d'alguns dels resultats obtinguts en l'*Informe de la Inclusió Social 2008*. En l'edició anterior de l'informe evidenciàvem que l'ocupació de les mares és un dels principals mecanismes de protecció davant de la pobresa. En els contextos laborals actuals, les contribucions econòmiques que fan les dones són fonamentals per mantenir a moltes famílies per sobre del llindar de la pobresa. Aquest doble vessant del treball de les mares reforça la hipòtesi que es tracta d'una de les principals eines de lluita contra l'exclusió social en la infància.

5.2. Desigualtats de salut a la joventut

Des d'un punt de vista físic, la joventut és, aparentment, un període àlgid en la vida de les persones. La immensa majoria dels joves entrevistats a les enquestes declaren que la seva salut és bona o molt bona (prop del 80%). Aquesta constatació contrasta amb tòpics que presenten la joventut assetjada per tota classe de perills greus per a la salut, derivats moltes vegades de comportaments irresponsables.

La salut dels joves té diverses cares; ara bé, les principals causes de mortalitat són "externes". Els joves que moren no ho fan com a conseqüència de processos biològics endògens. Es tracta d'una mortalitat induïda, ja sigui per peripècies vitals en què es veuen implicats (com per exemple, un accident de trànsit o laboral), un hàbit (l'abús de substàncies psicoactives) o per ells mateixos (a través del suïcidi). A Espanya, les causes externes van representar el 61% de les morts de joves de 16 a 29 durant el 2005. Els accidents amb vehicles de motor són la principal causa de mort; representen el 32% del total. Van seguits del suïcidi, amb el 9,9%.

Les causes "externes" no són, no obstant això, les principals causes d'hospitalització dels joves. Les complicacions per part i embaràs són, amb considerable diferència, el motiu principal d'ingrés hospitalari de les joves. Entre els homes joves, la principal causa d'hospitalització són malalties de l'aparell digestiu, especialment per apendicitis i hernia inguinal. En comparació amb altres grups d'edat, hi ha només tres grups de malalties on la prevalença d'hospitalització dels joves se situa per sobre de la mitjana poblacional: les complicacions del part i embaràs, les malalties de la pell i les anomalies congènites (Comas, a l'*Informe de la Joventut en Espanya 2008*: 48-49).

En general, en termes comparatius amb altres grups, els/les joves presenten taxes baixes de morbiditat per causes "internes". Menys d'un 1% dels joves (tant homes com dones) declara haver tingut una malaltia crònica greu (embòlia, tumors malignes o infart de miocardi). Les malalties més comunes són trastorns i afeccions molestes, però que comporten riscos limitats, com són el mal d'esquena crònic cervical, mal d'esquena crònic lumbar o les al·lèrgies cròniques (que superen el 10%). Entre les dones (especialment entre les de 25 a 34 anys) s'observa, així mateix, una prevalença alta de migranyes o mals de cap freqüents, varius a les cames i depressió. El risc de mortalitat o internament per aquest tipus de malalties és molt baix.

Taula 5.8. Malalties cròniques o de llarga durada a la població de 16 a 34 anys

| Malalties cròniques: | Homes | | Dones | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | 16-24 anys | 25-34 anys | 16-24 anys | 25-34 anys |
| Al·lèrgia crònica | 14% | 13% | 15% | 15% |
| Mal d'esquena crònic (lumbar) | 8,1 | 14 | 16 | 19 |
| Migranya o mal de cap freqüent | 5,8 | 9,0 | 16 | 20 |
| Asma | 5,0 | 4,2 | 5,4 | 5,2 |
| Mal d'esquena crònic (cervical) | 4,9 | 11 | 17 | 23 |
| Problemes crònics de pell | 3,4 | 3,5 | 4,9 | 5,3 |
| Depressió, ansietat o altres trastorns mentals | 2,6 | 6,2 | 7,2 | 11 |
| Bronquitis crònica | 1,3 | 4,2 | 2,6 | 2,0 |
| Hemorroides | 1,2 | 2,9 | 1,6 | 6,8 |
| Varius a les cames | 1,0 | 2,4 | 7,9 | 18 |
| Hipertensió | 0,9 | 4,5 | 2,9 | 3,5 |
| Colesterol elevat | 0,8 | 4,1 | 2,5 | 3,4 |
| Anèmia | 0,7 | 0,9 | 6,1 | 6,7 |
| Artrosi, artritis o reumatisme | 0,5 | 2,5 | 1,6 | 4,8 |
| Altres malalties del cor | 0,5 | 0,4 | 0,8 | 1,1 |
| Problemes de tiroides | 0,4 | 0,7 | 2,0 | 2,3 |
| Úlcera d'estómac o duodè | 0,3 | 1,9 | 0,8 | 1,7 |
| Restrenyiment crònic | 0,3 | 1,1 | 6,0 | 6,8 |
| Diabetis | 0,2 | 4,2 | 0,5 | 0,9 |
| Tumors malignes | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,5 |
| Cataractes | 0,1 | 0,6 | 0,3 | 0,2 |
| Embòlia | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 0,3 |
| Incontinència urinària | 0,1 | 0,1 | 0,7 | 0,6 |
| Osteoporosi | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,1 |
| Infart de miocardi | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Problemes de pròstata | 0,0 | 0,2 | | |
| Problemes de període menopàusic | | | 0,5 | 0,6 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.2.1. Morbiditat en joves

Igual que passa amb la població menor, la morbiditat dels joves de 16 a 34 anys està relacionada amb factors de desigualtat i exclusió. En aquest sentit, la classe social i els seus correlats tenen una influència estadística significativa sobre diversos problemes de salut a la joventut. Les condicions de precarietat i desavantatge que es troben els membres de les classes treballadores afecten negativament el seu estat de salut.

Una il·lustració clara de la importància de la desigualtat per classe social és el risc de patir una malaltia crònica durant la joventut. Com hem tingut ocasió de comprovar, els joves poden experimentar una gran varietat de malalties cròniques, encara que només unes poques presenten una prevalença relativament alta. El 43% dels joves declaren que al llarg dels últims dotze mesos han patit una malaltia o trastorn de llarga durada. La majoria d'aquestes malalties són petites xacres que no comporten riscos de mortalitat o hospitalització en el curt termini. No obstant això, algunes d'aquestes afliccions i trastorns es poden agreujar amb el pas del temps si no reben tractament efectiu o no remet la causa que els provoca.

Alguns/es joves pateixen trastorns crònics o sospiten que pateixen una malaltia crònica i així ho declaren, encara que no hagi estat diagnosticada per un metge. És possible que fins i tot s'automediquin.⁶¹ A la mostra de l'ENSE 2006, el 4,8% de les persones de 16 a 34 anys declaren que han patit una malaltia o trastorn crònic en els últims dotze mesos, encara que admeten que aquesta no ha estat diagnosticada per un metge. El 10,6% declara que existeix un diagnòstic mèdic, però no està prenent medicació. El 26,2% declara que pateix una malaltia o trastorn crònic que ha estat diagnosticat i reben medicació. Per determinar la influència dels factors de desigualtat i exclusió, s'ha construït un model de regressió logística multinomial, on la variable de referència són els joves que no pateixen cap malaltia o problema de salut crònic (58%) i els grups de comparació són els descrits.

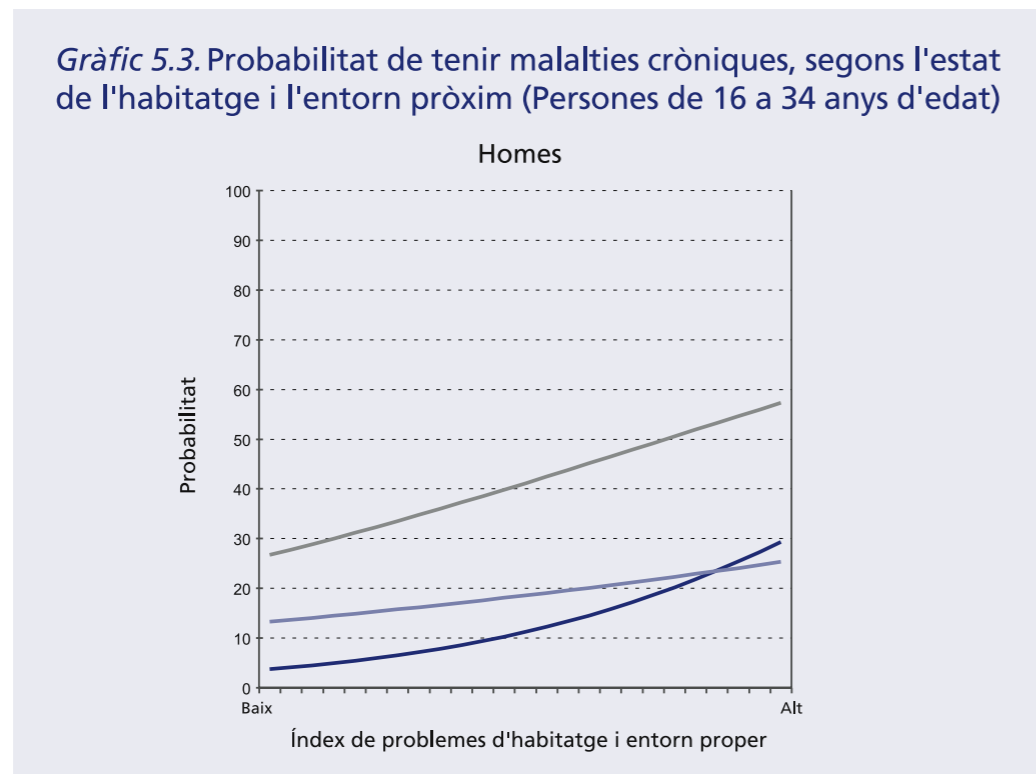
A igualtat d'altres condicions, els homes joves d'origen immigrant tendeixen a mostrar millor salut que els autòctons. Els homes immigrants tenen una raó de probabilitats el 83% més baixa de tenir una malaltia crònica diagnosticada per a la qual no prenen medicaments, i un 77% més baixa de tenir una malaltia crònica per a la qual prenen medicaments. No obstant això, no hi ha diferències amb joves espanyols en la probabilitat de tenir malalties no diagnosticades (el coeficient és positiu, però no significatiu). Això podria estar suggerint que, a igualtat d'altres condicions, entre els joves d'origen immigrant existeix una utilització menor del sistema sanitari per tractar les seves malalties de caràcter crònic. Entre les dones nascudes a Espanya i les nascudes en un país estranger (no desenvolupat), no s'aprecien diferències significatives.

Pel que fa a l'efecte de la classe social sobre el risc de tenir malalties cròniques, només

61. També és possible que aquest col·lectiu expressi una forma de malestar difús i no necessàriament un problema biomèdic.

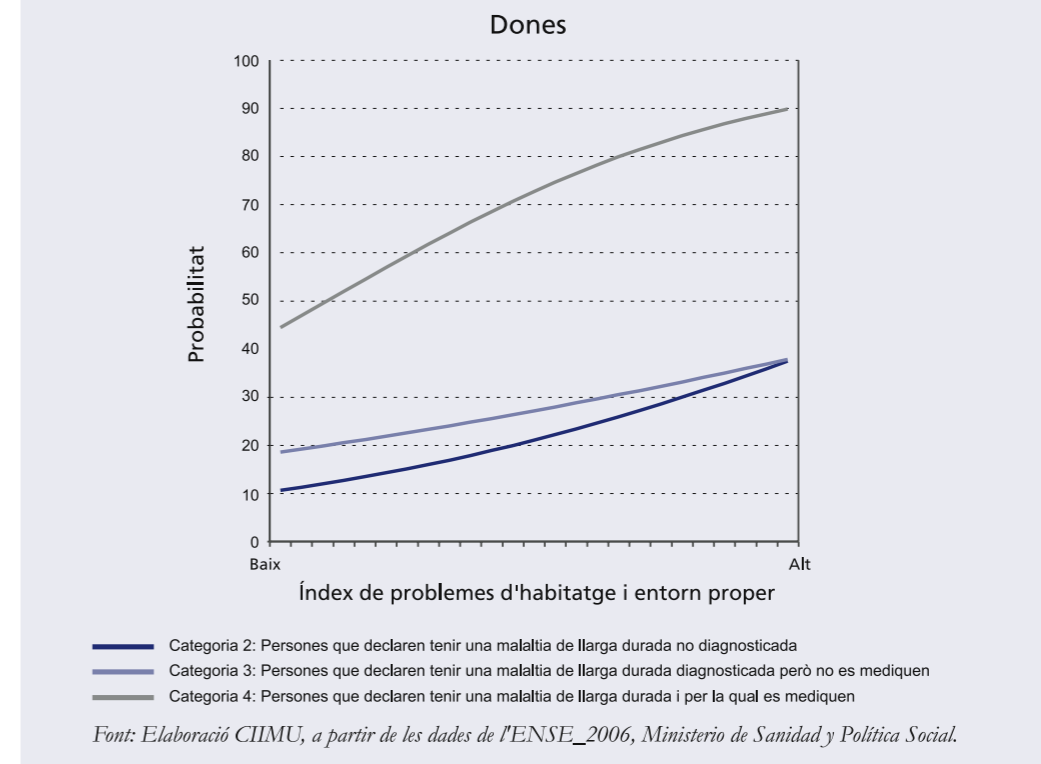
s'observen diferències significatives en les dones. Aquestes diferències són notables, però no existeix una graduació de classe clara. Les dones de classe II tenen una raó de probabilitats 5,3 vegades més alta que la classe I de declarar que tenen una malaltia crònica que no ha estat diagnosticada, i un 44% més alta de tenir una malaltia crònica diagnosticada per la qual prenen medicaments. Les classes IV, IVb i V tenen un risc alt de declarar que tenen una malaltia crònica no diagnosticada (3,8 vegades més alta que la classe I en la classe V i 3,4 en la classe IV i IVb), però no s'observen diferències amb classe I en malalties que requereixen diagnòstic i tractament. Entre homes, existeixen diferències per classe una mica més accentuades quan el que s'analitza és si aquestes malalties han limitat d'alguna forma les seves activitats habituals. Els homes joves de classe V tendeixen a patir més problemes de salut "que els ha limitat en les seves activitats habituals en els últims dotze mesos" que els de classe I (la raó de probabilitats és un 71% més alta).⁶² L'estat de l'habitatge i l'entorn pròxim incideixen significativament sobre la probabilitat de tenir una malaltia crònica i que aquesta origini limitacions a l'activitat. Les males condicions de l'habitatge o l'entorn incrementen aquests riscos de forma considerable.

Gràfic 5.3. Probabilitat de tenir malalties cròniques, segons l'estat de l'habitatge i l'entorn pròxim (Persones de 16 a 34 anys d'edat)



62. La diferència és estadísticament significativa al 10%.

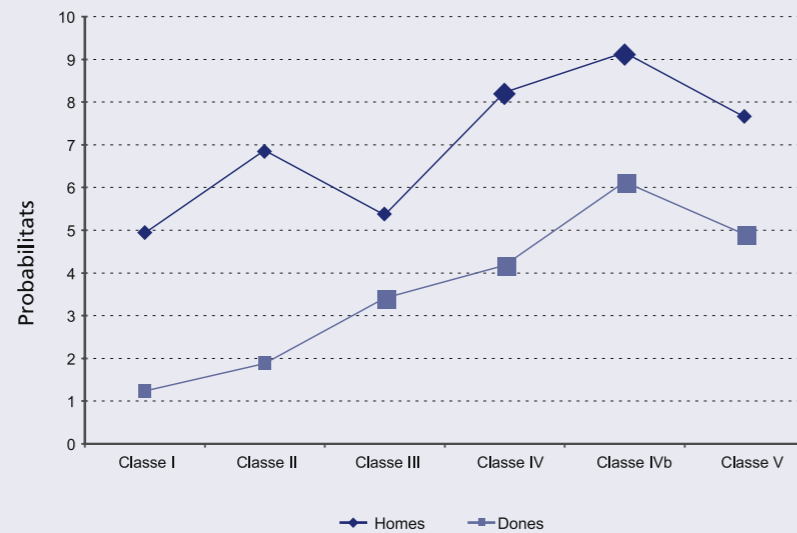
Gràfic 5.3. Probabilitat de tenir malalties cròniques, segons l'estat de l'habitatge i l'entorn pròxim (Persones de 16 a 34 anys d'edat) (continuació)



Repasant algunes de les malalties i problemes de salut, s'adverteixen diferències en la prevalença per classe social, sobretot en els problemes de salut més comuns. Per exemple, les dones de classe IVb tenen una raó de probabilitats 2,4 vegades més alta que les de classe I de patir un problema de tensió alta i 2,3 de patir varius. Els joves i les joves que pertanyen a les classes desfavorides tendeixen a patir més sovint dolors d'esquena que la classe I. També existeixen diferències significatives en la salut bucodental. Entre les dones, la probabilitat que declarin que els falten queixals és més alta en les classes III, IV, IVb i V. Entre els homes, és més alta en les classes IV, IVb i V. A igualtat de classe, els problemes de l'habitatge i l'entorn són un potent factor explicatiu de la variabilitat en salut. Les males condicions en l'habitatge estan significativament relacionades amb patir migranyes i mals de cap freqüents, al·lèrgies (només en dones) o varius (també en dones).

L'obesitat mereix un capítol a part. A igualtat de condicions, l'obesitat és més comuna en les classes més desfavorides. L'efecte atribuïble a la classe social després de controlar altres variables és més forta entre dones que entre homes. Els homes de classe IV i classe IVb tenen raons de probabilitats més altes de ser obesos (73% i 95% respectivament). Entre les dones, les joves de classe IVb tenen una raó de probabilitats 5,2 vegades més alta de ser obesos. Les de classe V tenen una raó de probabilitats 4,1 vegades més elevada.

Gràfic 5.4. Probabilitat de ser obès segons sexe i classe social (Persones de 16 a 34 anys)



Font: Elaboració CIIMU, a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: Els punts corresponents als valors de cada classe social que tenen una grandària major indiquen que les diferències són significatives amb la classe I.

Entre els joves, en comparació amb altres grups d'edat, l'atur té una associació estadística poc robusta amb la morbiditat física. Quan s'observen efectes significatius, aquests són més alts per als homes. Per exemple, els joves aturats tenen un risc un 45% més alt de patir una malaltia crònica diagnosticada per a la qual prenen medicaments. També tenen una raó de probabilitats de ser obesos un 86% més alta que els joves que treballen. És molt possible que aquesta associació estadística sigui, en part, el producte de processos de "selecció". Des d'aquest punt de vista, no és l'atur el

que provoca problemes de salut, sinó viceversa. També és possible que ambdós (atur i mala salut) siguin el producte de terceres variables no controlades al model (com podria ser, per exemple, algun tret de la personalitat que predisposa a l'atur i la mala salut). En el cas de l'obesitat, és bastant probable que el trastorn precedeixi a l'atur i pugui fins i tot contribuir a incrementar la probabilitat que aquest es produeixi, en lloc que succeeixi el contrari. És difícil controlar els efectes de selecció donada la manca de dades longitudinals que permetin estimar en quina mesura els problemes de salut s'inicien o accentuen com a conseqüència de l'atur.⁶³

La situació de convivència té efectes menors, però presenten cert interès. Els/les joves solters tendeixen a presentar millor salut que les persones que viuen en parella. L'efecte és més evident en les dones, que presenten menys malalties cròniques no diagnosticades, diagnosticades per a les quals no prenen medicaments i diagnosticades per a les quals prenen medicaments. La diferència en raons de probabilitats és més alta en malalties que no impliquen medicació. Els joves solters tenen també una probabilitat més baixa de patir obesitat.

63. A països que disposen d'estudis longitudinals de llarga durada, existeix evidència d'un efecte directe de l'atur sobre la salut. Per exemple, amb dades del 1958 *British Cohort Study*, Montgomery et al. (1996) mostren que un episodi d'atur recent desencadena processos de deteriorament de la salut mental, independents de la situació prèvia que es trobava l'aturat. L'atur provocava un deteriorament de la situació psicològica, fins i tot entre les persones que no havien experimentat problemes al passat.

Taula 5.9. Factors socials associats a la morbiditat de les persones joves (16 a 34 anys)

| | Variables independents | | | | | |
|---|--|------------|-----------|----------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Aturat/da | Solter/a | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| Malalties cròniques: | | | | | | |
| No diagnosticada | | | | | | |
| Dona | + | | | - | + | - |
| Home | | | | - | + | - |
| Diagnosticada però no pren medicació | | | | | | |
| Dona | | | | - | + | |
| Home | | - | | | | - |
| Diagnosticada per a la qual pren medicació | | | | | | |
| Dona | + | | | - | + | - |
| Home | | - | + | | + | - |
| Limitació de l'activitat | | | | | | |
| Dona | | | | | + | - |
| Home | | | + | | + | - |
| Obesitat | | | | | | |
| Dona | + | | | - | | - |
| Home | + | - | + | - | | - |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb i V). Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades de que es produeixi el fenomen descrit.
b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

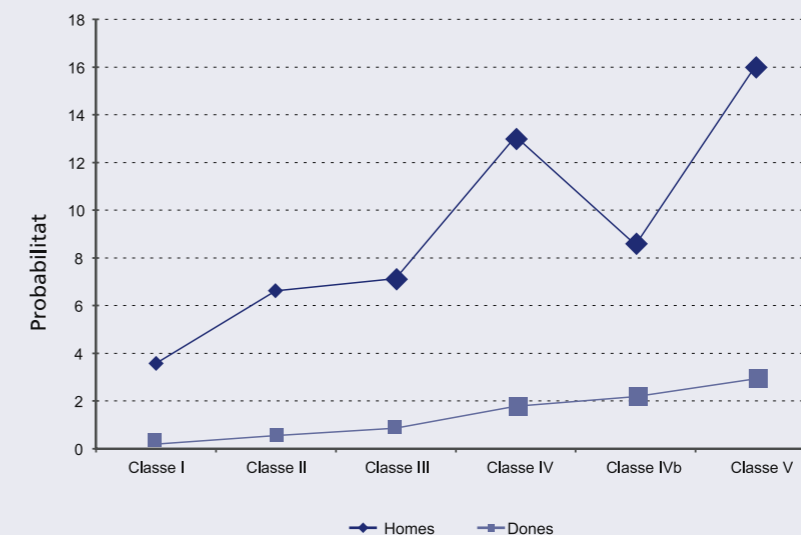
5.2.2. Hàbits i conductes en joves

Els hàbits i les conductes saludables són fonamentals per preservar una bona salut al llarg del cicle vital. Durant la infància i l'adolescència, es van observar diferències considerables en aspectes crucials per prevenir el desenvolupament de trastorns i afecions a mitjà i llarg termini. Com observàvem en analitzar les etapes més prematures de la vida humana, durant aquests períodes s'aprenen hàbits –alguns saludables, d'altres

perjudicials— que tendeixen a mantenir-se en etapes posteriors de la vida. La pervivència al llarg del temps d'aquests hàbits i conductes té un efecte poderós sobre la salut. Els hàbits dels infants d'avui determinen en gran mesura la salut de les persones adultes en el futur.

Els problemes de càries dental afecten la immensa majoria de les persones adultes a les societats industrialitzades (OMS, 2003). Els problemes dentals a la vida adulta depenen que s'observin, de forma consistent, hàbits de neteja de les peces dentals al llarg de tota la vida. Com s'ha assenyalat anteriorment, això passa per raspallar-se les dents com a mínim una vegada al dia. Durant la joventut, segueixen existint diferències molt significatives en la freqüència amb què les persones es raspallen les dents per classe social. Entre els homes, la raó de probabilitats que els joves no es raspallin les dents diàriament és 5,2 vegades més alta a la classe V que a la I. Entre les dones de classe V, és 15,9 vegades més alta.

Gràfic 5.5. Probabilitat de no raspallar-se les dents diàriament, segons sexe i classe social (Persones de 16 a 34 anys)



Font: Elaboració CIIMU, a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: Els punts corresponents als valors de cada classe social que tenen una grandària major indiquen que les diferències són significatives amb la classe I.

Els homes joves de la classe IV tenen una raó de probabilitats de fumar un 49% més elevada que els de classe I, els de classe IVb un 57% més alta, i els de classe V, un 75%.

Un segon capítol beneficiós per a la salut al llarg de la vida és la realització d'exercici físic. Hem analitzat aquí en quina mesura existeixen diferències en la realització d'exercici físic explicades pels factors socials examinats. Per a això, s'ha construït un model de regressió multinomial, el valor de referència del qual és no realitzar cap exercici físic i les categories alternatives “fer exercici físic lleuger” i “fer exercici moderat o intens”. Els resultats corroboren algunes de les conclusions obtingudes en analitzar la realització d'exercici físic durant la infància i l'adolescència. Les classes desfavorides realitzen menys exercici físic, sobretot a nivells moderats o intensos. Per exemple, les dones joves de classe V tenen una raó de probabilitats de realitzar exercici físic a intensitat moderada o alta tres vegades menor que les dones de classe I, i la tenen un 64% més baixa de realitzar exercici a intensitats lleugeres.

El consum de tabac és la causa principal de mortalitat per càncer de pulmó. Els costos sanitaris associats als tractaments són enormes. L'evidència analitzada posa en relleu que el consum és més alt a les classes més desfavorides (sobretot a la classe IV, IVb i V). Els homes joves de la classe IV tenen una raó de probabilitats de fumar un 49% més elevada que els de classe I, els de classe IVb un 57% més alta, i els de classe V, un 75%. Entre les dones, s'observen diferències estadísticament significatives entre la classe I i les classes II, III, IV, IVb i V.

Ara bé, seria un error donar per suposat que els hàbits perjudicials es concentren irremissiblement en els grups socials més vulnerables. Les dades evidencien que els joves d'origen estranger tenen una probabilitat més baixa de ser fumadors. També posen de manifest que les classes desfavorides tenen una probabilitat més baixa de consumir alcohol en excés. La raó de probabilitats que un home jove de classe V consumeixi quantitats perilloses d'alcohol és un 55% menor que un jove de classe I. La raó que ho faci una dona de la mateixa classe social és un 91,2% més baixa. L'ENSE 2006 no ens proporciona la possibilitat d'analitzar com es distribueix socialment el consum d'altres substàncies psicoactives.

Seria un error donar per suposat que els hàbits perjudicials es concentren irremissiblement en els grups socials més vulnerables. Les dades evidencien que els joves d'origen estranger tenen una probabilitat més baixa de ser fumadors. També posen de manifest que les classes desfavorides tenen una probabilitat més baixa de consumir alcohol en excés.

Taula 5.10. Factors socials associats als hàbits de les persones joves (16 a 34 anys)

| | Variables independents | | | | | |
|---|--|------------|-----------|----------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Aturat/da | Solter/a | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| No raspallar-se les dents diàriament | | | | | | |
| Dona | + ^(b) | - | + | | | - |
| Home | + | - | + | - | | |
| Fer exercici físic | | | | | | |
| Dona | - | | + | + | | |
| Home | - | | | + | | |
| Fumar | | | | | | |
| Dona | + | - | | | | - |
| Home | + | - | | | | - |
| Consum perillós d'alcohol | | | | | | |
| Dona | - | - | | + | | |
| Home | - | - | - | + | | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb, i V). Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades que es produeixi el fenomen descrit.

b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

L'atur té una influència considerable sobre el malestar, sobretot en els homes. Els homes joves aturats tenen un risc 2,4 vegades més alt d'haver estat diagnosticats per depressió o trastorn mental que els que treballen.

5.2.3. Salut mental

Per analitzar la salut mental s'utilitzen dos indicadors. El primer és un índex proporcionat per l'ENSE 2006, derivat de l'escala Goldberg. Permet detectar símptomes de malestar emocional, falta de confiança en un mateix, ansietat i depressió. Hem concentrat l'anàlisi en les formes més severes de malestar, tenint com a referència les persones que no presenten cap símptoma de malestar.⁶⁴ El segon indicador mesura si la persona pateix depressió, ansietat o algun altre trastorn mental que hagi estat diagnosticat per un metge.

64. El terme “malestar psicològic sever” no fa referència a trastorns mentals greus o severos (TMG o TMS), que no es poden discriminar amb els indicadors de l'escala Goldberg. Registren símptomes que estan ubicats en l'espectre depressió-ansietat.

Les situacions de malestar estan relacionades amb daltabaixos familiars. Aquests afecten més les dones.

Els resultats obtinguts suggereixen que existeixen diverses fonts de malestar. Aquestes es diferencien per gènere. El malestar pot venir provocat per la situació de classe social, però l'efecte és limitat. Les dones joves de classe V tenen una raó de probabilitats un 58% més alta que les dones de classe I de presentar un quadre sever de símptomes de malestar. Entre els homes no s'observa un efecte estadísticament significatiu de la classe social. L'atur té una influència considerable sobre el malestar, sobretot en els homes. Els homes aturats tenen un risc 2,4 vegades més alt de presentar un quadre sever de malestar que els homes que treballen. Les dones aturades tenen una raó de probabilitats un 37% més alta. La prevalença més alta del malestar en els homes en situació d'atur es confirma si s'analitza el segon indicador examinat. Els homes joves aturats tenen un risc 2,4 vegades més alt d'haver estat diagnosticats per depressió o trastorn mental que els que treballen. No existeixen diferències significatives en aquest risc de depressió o trastorn mental entre dones en situació d'ocupació i atur.

Les situacions de malestar estan també molt relacionades amb daltabaixos familiars. Aquests afecten més les dones. El risc de patir malestar sever és 2,7 vegades més alt en les dones divorciades (que no viuen en parella) que en aquelles que estan casades o cohabiten. La diferència entre homes divorciats i aquells que conviuen en parella no és significativa. No obstant això, quan s'examina la depressió diagnosticada per un metge durant la joventut, la relació s'inverteix. Els homes divorciats tenen una raó 4,4 vegades més alta que els que conviuen en parella d'haver estat diagnosticats amb una depressió. Entre les dones s'observa una correlació positiva entre divorci i depressió diagnosticada, però no és estadísticament significativa.

Els joves d'origen estranger (homes i dones) tenen una probabilitat més alta de presentar símptomes de malestar sever (aproximadament un 40% més alta que els joves nascuts a Espanya). No obstant, això no es reflecteix en la probabilitat que el seu malestar hagi estat diagnosticat per un metge. Succeeix el contrari. Els homes d'origen immigrant tenen un risc 2,3 vegades menor que els joves nascuts a Espanya de patir un trastorn mental diagnosticat. Les dones presenten un risc un 86% més baix. És difícil saber què amaga aquesta paradoxa. Una hipòtesi plausible és que els immigrants trobin dificultats per utilitzar els serveis sanitaris quan els necessitin, o alberguin, en alguns casos, reticències culturals per buscar tractament a problemes de naturalesa psicològica a través dels serveis sanitaris existents.

Taula 5.11. Factors socials associats a la salut mental de les persones joves (16 a 34 anys)

| | Variables independents | | | | | | |
|--|--|------------|-----------|----------|---------------------------------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Aturat/da | Solter/a | Divorciat/da o separat/da sol/a | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| Símptomes de malestar greu | | | | | | | |
| Dones | + | + | + | - | + | - | |
| Homes | | + | + | | | + | - |
| Depressió o trastorn mental diagnosticat per un metge | | | | | | | |
| Dones | + | - | | | | + | - |
| Homes | | - | + | | + | + | - |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb, i V). Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades que es produeixi el fenomen descrit.

b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

Els joves d'origen estranger (homes i dones) tenen una probabilitat més alta de presentar símptomes de malestar sever (aproximadament un 40% més alta que els joves nascuts a Espanya). No obstant, això no es reflecteix en la probabilitat que el seu malestar hagi estat diagnosticat per un metge.

5.2.4. Percepció subjectiva de la salut

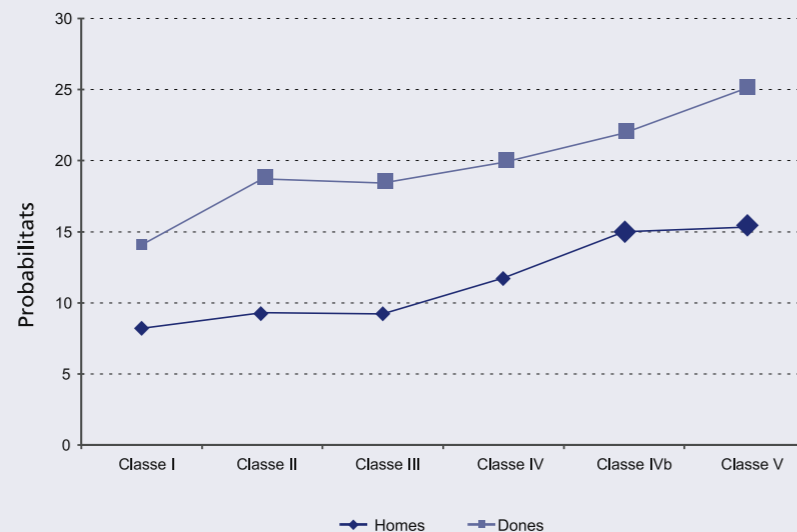
Com es va apuntar al capítol 3, la percepció subjectiva de la salut reflecteix bastant bé dimensions objectives de la salut. En bona mesura, depèn dels mateixos determinants socials que els factors que expliquen altres dimensions de la salut de les persones. Durant, la joventut, és poc habitual que les persones declarin tenir un estat de salut subjectiu deficient. En aquest apartat s'ha analitzat la influència de la classe social, la condició d'immigrant, l'atur i la situació de convivència, sobre una variable dicotòmica que estima si la persona té un estat de salut subjectiu deficient (això és, declara que la seva salut és regular, dolenta o molt dolenta).

Els resultats concorden bàsicament amb la imatge obtinguda a partir d'altres models. A igualtat de condicions, les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta de tenir un estat de salut subjectiu deficient, tant entre els homes com entre les dones. Al marge d'aquest factor, l'únic factor social que influeix de forma significativa sobre la variable analitzada durant la joventut és l'atur, però només en els homes. Els homes aturats tenen una

A igualtat de condicions, les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta de tenir un estat de salut subjectiu deficient, tant entre els homes com entre les dones.

raó de probabilitats de declarar que el seu estat de salut és deficient un 77% més alt que els homes que treballen. Entre les dones pot observar-se un efecte provocat per l'atur, però no és significatiu a nivells convencionals.⁶⁵ Les dades no confirmen la hipòtesi que la condició d'immigrant i la situació de convivència afectin significativament la percepció de la salut.

Gràfic 5.6. Probabilitat de tenir una percepció de salut deficient segons classe social i sexe (Persones de 16 a 34 anys)



Font: Elaboració CIIMU, a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
Nota: Els punts corresponents als valors de cada classe social que tenen una grandària major indiquen que les diferències són significatives amb la classe I.

Els joves d'origen immigrant tenen una probabilitat més elevada de mostrar símptomes de malestar psicològic sever.

5.2.5. La salut en la joventut: factors de risc i de protecció

Els problemes de salut en la joventut, igual que succeeix a la infància i l'adolescència, estan estretament relacionats amb les condicions econòmiques que viuen les persones. La classe social és un factor de primer ordre per explicar la morbiditat física, la salut mental i la percepció de la salut. Les classes desfavorides presenten una probabilitat més baixa de portar a terme activitats beneficioses per a la seva salut i més alta d'incórrer en hàbits perjudicials, encara que alguns comportaments (com el consum de risc de begudes alcohòliques)

65. És estadísticament significatiu amb un nivell de significació de 0,10.

són més freqüents en les classes acomodades. La salut dels joves ve també determinada per les condicions de l'habitatge i de l'entorn que resideixen.

L'anàlisi dels determinants de la desigualtat en la joventut no acredita l'existència de diferències significatives en malalties i problemes de salut objectiva entre joves nascuts a l'estranger (a països amb un nivell més baix de renda per càpita) i d'origen espanyol. Això no significa que els joves estrangers gaudeixin del mateix nivell de salut que els espanyols, sinó solament que les diferències no poden atribuir-se a la seva condició d'immigrants, sinó a altres factors socioeconòmics (la classe social, l'habitatge i l'entorn on viuen, o la falta de vincles socials). És probable també que, en part, calgui atribuir la inexistència de desigualtats a "processos de selecció". La immigració a Espanya és un fenomen recent en el qual participen fonamentalment persones joves en bon estat de salut. En aquest sentit, les persones embarcades en un projecte migratori han estat "garbellades" en origen. Emigren fonamentalment les persones en bones facultats físiques per suportar les peripècies que comporta el desplaçament i l'adaptació a un nou context social, i que estan en condicions de realitzar els treballs físicament exigents que la societat d'acollida sovint els reserva.⁶⁶ Aquests estan, en línies generals, més sans que els que es queden als seus països d'origen.

No obstant això, en l'anàlisi es detecten desigualtats significatives en els nivells de malestar psicològic de joves immigrants i autòctons. Els joves d'origen immigrant tenen una probabilitat més elevada de mostrar símptomes de malestar psicològic sever. Possiblement, l'origen d'aquests malestres és divers. D'una banda, alguns immigrants (en particular, els refugiats) arrosseguen traumes lligats a les causes que van precipitar el seu projecte migratori, com un conflicte bèl·lic, una situació de devastació mediambiental (per una sequera, una epidèmia, fam), condicions de pobresa extrema, etc. De l'altra, experiències associades al procés migratori poden provocar situacions d'incertesa i ansietat que desemboquin en formes de malestar sever. La desvinculació de la família i els amics, els problemes d'adaptació a noves realitats, les actituds de discriminació i hostilitat que en ocasions sofreixen, la solitud, la falta de recursos i el fracàs en l'assoliment d'objectius, creen condicions difícils d'encaixar psicològicament per a persones joves en trànsit a una nova vida (Achetegui 2006). La falta de xarxes d'assistència i suport afectiu pot agreujar aquestes situacions. Abundant investigació a països que compten amb una tradició migratòria molt més llarga que l'espanyola demostra que, si persisteixen en el temps, els problemes d'estrès condueixen a problemes de salut físics, en incrementar la vulnerabilitat dels sistemes immune i cardiovascular.⁶⁷

66. És necessari també tenir en compte que no totes les persones immigrades tenen igual probabilitat de ser entrevistades. Els immigrants indocumentats, el domicili dels quals no figura en el padró d'habitants, no han estat localitzats per entrevistar-los.

67. Segons una enquesta realitzada per la Fundació Pfizer a 300 persones immigrants, el 20% dels estrangers manifesta haver patit algun problema de salut quan es va establir a Espanya, encara que només un 5,9 va sofrir un trastorn greu (Fundació Pfizer, 2008: 89).

A pesar que hi ha més proclivitat a presentar problemes de malestar psicològic sever, els joves d'origen immigrant tendeixen a declarar menys sovint que els seus trastorns han estat diagnosticats per un metge.

Un primer esdeveniment vital estressant és la pèrdua d'ocupació. L'atur està associat amb dimensions de la morbiditat, els hàbits i, sobretot, la salut mental.

Una altra qüestió a destacar és que, a pesar que hi ha més proclivitat a presentar problemes de malestar psicològic sever, els joves d'origen immigrant tendeixen a declarar menys sovint que els seus trastorns han estat diagnosticats per un metge. És difícil determinar si sota aquesta paradoxa subjeuen expressions d'un malestar difús associat al procés migratori (encara que tingui un caràcter subclínic), algun tipus de barreres administratives en l'accés a l'atenció mèdica, problemes de comunicació i enteniment per beneficiar-se dels serveis disponibles, dificultats per compatibilitzar ocupació i assistència a la consulta d'un metge o, simplement, o la existència de models culturals d'auto-atenció, auto-cura i d'itineraris terapèutics diferenciats. Les dades d'ús diferencial d'assistència sanitària per tractar depressions i altres trastorns mentals concorden amb altres evidències que posen en relleu usos diferencials entre població autòctona i estrangera en alguns serveis sanitaris (Regidor *et al.*, 2008; Guinea i Moreno Fuentes, 2008; Fundació Pfizer, 2008).

Un altre aspecte a destacar és el paper d'episodis vitals estressants que trastoquen la vida habitual de les persones. Un primer esdeveniment vital estressant és la pèrdua d'ocupació. L'atur està associat amb dimensions de la morbiditat, els hàbits i, sobretot, la salut mental. Les persones aturades pateixen pitjor salut que les que tenen ocupació. En absència d'estudis longitudinals, és difícil reconstruir la relació de causa-efecte entre atur i salut. És possible que el risc d'atur s'incrementi com a conseqüència de determinats trets de la personalitat que afectin també la predisposició a tenir mala salut. No obstant això, l'evidència longitudinal disponible a altres països posa de manifest que aquesta explicació no esgota l'associació observada. Hi ha raons poderoses per pensar que l'atur pot provocar un deteriorament de la salut. Com es va assenyalar a *l'Informe de la Inclusió Social 2008*, el treball compleix una funció que va més enllà de la dimensió instrumental. A més de proporcionar recursos econòmics que possibiliten que la persona desenvolupi una vida integrada, compleix una sèrie de funcions latents: imposa una estructura temporal a la nostra vida diària, promou el desenvolupament de relacions socials amb persones que no pertanyen al nucli familiar, afavoreix l'adquisició de coneixements i habilitats, vincula les persones amb metes de caràcter social i defineix l'estatus i la identitat personal (Jahoda, 1987). L'atur afecta el funcionament integrat de la persones, la seva autonomia, la seva competència i la seva autoimatge (Álvaro i Garrido Luque, 2005). Aquests factors incrementen el risc que l'atur generi malestar, i que les persones que ho experimentin puguin patir un progressiu deteriorament de la salut. A un país on l'estatus i la identitat masculina estan encara estretament lligats a la realització d'una activitat laboral –mentre que entre les dones la vinculació és més

feble–, resulta comprensible que la falta d'ocupació afecti més intensament l'estat psicològic dels homes.

Un segon esdeveniment vital estressant és el divorci o la separació. Les persones divorciades i que no conviuen amb una nova parella presenten pitjor salut mental que les persones casades o que cohabituen. Les persones divorciades conserven sovint cicatrius psicològiques i socioeconòmiques provocades per la ruptura: baix nivell d'autoestima (especialment quan la separació ha estat impulsada unilateralment per l'antiga parella), solitud, precarietat econòmica (en desaparèixer una font d'ingressos), incomprensió i prejudicis socials. Els efectes del divorci no són els mateixos al llarg del cicle vital. Les diferències en salut detectades en la joventut són bastant modestes en comparació de les que es produeixen en etapes més avançades de la vida adulta.

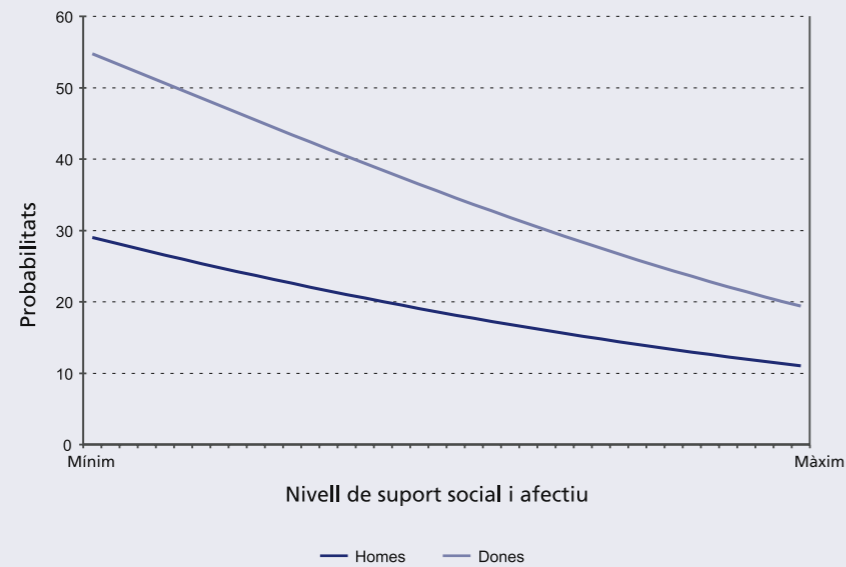
Com vam fer en relació amb la infància, cal tornar a destacar el paper del suport social i afectiu. Existeix una relació consistent entre l'índex de suport social i afectiu i la majoria d'indicadors de morbiditat i salut mental. Poder comptar amb persones que proporcionen afecte i assistència en cas de necessitat té efectes directes sobre la fisiologia de les persones. Els vincles socials contribueixen a moderar l'efecte nociu que determinades fonts de tensió ambiental provoquen en el metabolisme incrementant la reactivitat neuroendocrina o la pressió arterial en resposta a aquests estímuls (Seeman i McEwen, 1996). El suport rebut té conseqüències positives per a la salut a través de la promoció d'alguns hàbits. Les persones amb vinculacions sòlides fumen menys i cuiden més la seva salut dental. A això, poden contribuir les persones amb les que un conviu si encoratgen hàbits saludables (raspallar-se les dents), dissuadeixen d'incórrer en hàbits perjudicials o animen aquells que es proposen corregir-se (deixant, per exemple, de fumar). El Gràfic 5.7 il·lustra la relació consistent entre salut (en aquest cas, percepció subjectiva deficient de la salut) i suport social i afectiu.

Un segon esdeveniment vital estressant és el divorci o la separació.

Existeix una relació consistent entre l'índex de suport social i afectiu i la majoria d'indicadors de morbiditat i salut mental. Poder comptar amb persones que proporcionen afecte i assistència en cas de necessitat té efectes directes sobre la fisiologia de les persones.

El suport rebut té conseqüències positives per a la salut a través de la promoció d'alguns hàbits.

Gràfic 5.7. Probabilitat de tenir una percepció de salut deficient segons grau de suport social i afectiu (Persones de 16 a 34 anys)



Font: Elaboració CIIMU, a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.3. Desigualtats de salut en la vida adulta

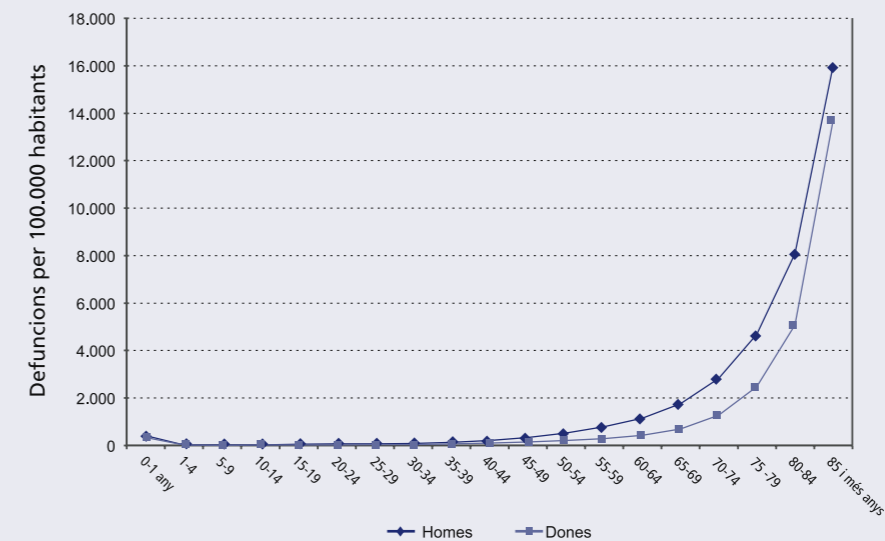
Posar un final a la joventut i un inici a la vida adulta és una maniobra arbitrària. Les mateixes persones joves canvien el seu criteri a mesura que es fan grans. En opinió de les persones de 15 a 19 anys, es deixa de ser jove als 31 anys.⁶⁸ Les persones de 20 a 24 anys creuen que es deixa de “ser jove” una mica més tard, als 34 anys. Entre els que tenen entre 25 i 29 anys, la joventut finalitza als 36 (CIS, Estudi 2.379, 1999, citat a P. Marí-Klose i M. Marí-Klose, 2006: 88). Potser aquesta tendència a perllongar la joventut a mesura que s’acumulen anys “juvenils” a l’esquena obeeixi en part al fet que a molts joves els costa cada vegada més ficar-se en els papers que la societat reservava tradicionalment a un ésser adult: el d’un individu que *encarrila* la seva vida en una adreça definitiva. Com assenyala el sociòleg Gil Calvo (2001: 157), en el passat, fer-se adult consistia a trobar una ocupació definitiva per iniciar una *carrera laboral* i una parella

68. És el valor mitjà de les respostes.

definitiva per formar la seva pròpia *llar familiar*. Eren temps d’estabilitat laboral, en els quals els joves veien millorades les seves condicions laborals de manera progressiva, a mesura que acumulaven experiència en el seu lloc de treball. Eren també temps que el matrimoni era “per a tota la vida”. Aquells temps van passar. Actualment, l’estabilitat laboral és un privilegi inassolible per a la immensa majoria de les persones abans dels trenta anys. L’emancipació dels joves s’ajorna, i l’edat mitjana al primer matrimoni supera els 30 anys (tant en homes com en dones).

La vida adulta són els anys en què un “es fa gran” (sense encara ser pròpiament una “persona gran”, terme reservat a les persones d’edats més avançades). Durant els anys de vida adulta, augmenta la taxa bruta de mortalitat. El ritme de creixement de la mortalitat s’accentua en cada període quinquennal, sense arribar als ritmes vertiginosos que tenen lloc a partir dels setanta. A això, contribueix l’increment en la prevalença de malalties que comporten riscos de mort –com les embòlies, els problemes coronaris o els tumors malignes–, sobretot entre els homes.

Gràfic 5.8. Taxa bruta de mortalitat per períodes quinquennals, segons sexe. Espanya 2006



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de Mortalitat per causa de mort 2006, Ministerio de Sanidad y Política Social. Dades disponibles a <http://estadistica.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>.

Però el gran protagonisme d'aquesta etapa vital no correspon a les malalties causants de la mortalitat, sinó a trastorns més comuns. A mesura que passen els anys, s'incrementa el nombre de xacres i malalties cròniques. Un nombre cada vegada més alt d'homes i sobretot de dones declara patir algun trastorn o problema de salut que els origina malestar. La prevalença d'alguns trastorns es dispara. Els dolors d'esquena es fan endèmics. Alguns problemes poc comuns en la joventut estan molt estesos en la vida adulta. La hipertensió passa d'afectar un 4,5% dels homes i un 3,5% de les dones que tenen de 25 a 34 anys a un 35% dels homes i un 33% de les dones entre 55 i 64 anys. El colesterol elevat afecta menys del 5% dels joves menors de 35 anys, però a prop del 30% de la persones de 55 a 64.⁶⁹ La diabetis i els problemes de pròstata són cada vegada més comuns entre els homes; entre les dones, els problemes d'artrosi, artritis i reumatisme afecten una de cada dues dones de 55 a 64 anys; i l'osteoporosi, gairebé una de cada quatre.

Taula 5.12. Malalties cròniques o de llarga durada en la població de 35 a 64 anys

| Malalties cròniques: | Homes | | | Dones | | |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 35-44 anys | 45-54 anys | 55-64 anys | 35-44 anys | 45-54 anys | 55-64 anys |
| Mal d'esquena crònic (lumbar) | 21% | 25% | 27% | 26% | 32% | 37% |
| Mal d'esquena crònic (cervical) | 15 | 20 | 23 | 29 | 36 | 42 |
| Colesterol elevat | 12 | 19 | 27 | 6,4 | 15 | 29 |
| Al·lèrgia crònica | 10 | 7,4 | 8,4 | 15 | 12 | 13 |
| Migranya o mal de cap freqüent | 9,7 | 8,3 | 8,9 | 25 | 25 | 21 |
| Hipertensió | 8,7 | 19 | 35 | 6,4 | 17 | 33 |
| Depressió, ansietat o altres trastorns mentals | 8,1 | 9,4 | 12 | 16 | 23 | 28 |
| Artrosi, artritis o reumatisme | 6,4 | 14 | 28 | 12 | 28 | 53 |
| Hemorroides | 5,8 | 7,8 | 9,3 | 11 | 13 | 15 |
| Varius a les cames | 5,4 | 8,3 | 13 | 25 | 31 | 37 |
| Problemes crònics de pell | 4,6 | 5,6 | 7,3 | 7 | 6,5 | 5,9 |
| Úlcera d'estómac o duodè | 3,1 | 4,9 | 6,7 | 2,6 | 4,3 | 5,4 |

69. No cal oblidar que estem parlant de generacions diferents. Probablement, bona part de la diferència no és atribuïble a l'edat, sinó a diferents contextos d'envelliment.

Taula 5.12. Malalties cròniques o de llarga durada en la població de 35 a 64 anys (continuació)

| Malalties cròniques: | Homes | | | Dones | | |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 35-44 anys | 45-54 anys | 55-64 anys | 35-44 anys | 45-54 anys | 55-64 anys |
| Asma | 2,3 | 2,7 | 3,9 | 3,8 | 4,1 | 4,5 |
| Bronquitis crònica | 1,8 | 2,6 | 7,1 | 2,1 | 2,9 | 4,3 |
| Restrenyiment crònic | 1,8 | 2,2 | 4,0 | 9,1 | 12 | 15 |
| Incontinència urinària | 1,2 | 1,1 | 5,1 | 2,6 | 4,8 | 7,1 |
| Cataractes | 1,2 | 1,2 | 4,2 | 0,6 | 1,4 | 6 |
| Diabetis | 1,1 | 5,8 | 14 | 1,4 | 3,4 | 8,4 |
| Altres malalties del cor | 0,8 | 1,8 | 5,4 | 1,6 | 3 | 5,3 |
| Anèmia | 0,5 | 0,8 | 1,6 | 9,2 | 11 | 5,6 |
| Problemes de pròstata | 0,5 | 1,5 | 9,6 | | | |
| Problemes de tiroides | 0,4 | 0,8 | 0,9 | 5,7 | 8,3 | 10 |
| Tumors malignes | 0,3 | 0,9 | 2,8 | 0,7 | 1,4 | 2,3 |
| Osteoporosi | 0,3 | 0,9 | 2,5 | 1,1 | 5,6 | 17 |
| Infart de miocardi | 0,2 | 1,3 | 2,6 | 0,1 | 0,4 | 0,5 |
| Embòlia | 0,2 | 0,2 | 1,0 | 1,0 | 0,7 | 0,5 |
| Problemes de període menopàusic | | | | 3,7 | 19 | 11 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Fer-se gran durant aquests anys centrals de la vida incrementa també l'ús dels serveis sanitaris. Segons dades del "Barómetro Sanitario 2008", la proporció de persones que han acudit a la consulta d'un metge de capçalera en els últims dotze mesos és del 70% entre les persones de 25 a 34 anys. És 10 punts més alta (81%) entre les que tenen entre 55 i 64 anys. En augmentar la prevalença de malalties cròniques, s'incrementen també les consultes a metges especialistes. La proporció de persones que durant l'any acudeixen a un metge especialista passa del 40% (entre 25 a 34 anys) al 54% (entre 55 i 64). Augmenta especialment la proporció de persones que consulten cardíologs, neuròlegs, i entre els homes, uròlegs (com a conseqüència dels problemes de la pròstata). Descendeixen, en canvi, les vistes a urgències. Tampoc augmenten

significativament les hospitalitzacions. Encara que poden afectar de forma important la qualitat de vida de les persones, la majoria dels problemes que apareixen durant l'edat adulta no limiten la realització d'activitats habituals ni requereixen intervencions urgents o tractaments intensius.

Com succeeix en altres etapes de la vida, les malalties i els problemes no es distribueixen socialment de forma aleatòria. Alguns grups socials estan més predisposats que uns altres a patir les xacres i els trastorns que afligeixen les persones en aquest període de la vida humana. L'origen d'aquestes predisposicions són, en part, els mateixos factors de desigualtat que condicionen els riscos per a la salut en altres etapes de la vida humana. Ara bé, alguns factors relacionats amb dimensions socials que cobren importància durant aquest període (com l'àmbit del treball o la família) tenen una influència més destacada sobre la salut que en altres períodes de la trajectòria vital.

5.3.1. Morbiditat en la vida adulta

En línies generals pot afirmar-se que, en els anys centrals de la vida, els efectes socioeconòmics sobre la salut són més robusts que en la joventut. Això ve explicat per la continuïtat de les circumstàncies socials al llarg del temps. La majoria de les persones que pertanyen a una classe social o viuen en un determinat entorn durant la infància no canvien significativament la seva posició socioeconòmica al llarg del seu trànsit a la vida adulta. Així, els membres de classes desfavorides s'enfronten sovint a un carrusel de condicions adverses per a la seva salut al llarg de la vida, que operen “des del bressol a la tomba”, reforçant els seus desavantatges a mesura que envelleixen. Els membres de les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta de patir malalties cròniques durant la infància, l'adolescència i la joventut, de ser ja obesos en aquestes etapes prematures, de patir problemes de salut mental, de viure en condicions inadequades o d'incórrer en hàbits perjudicials per a la seva salut. Tenen també una probabilitat més alta de treballar en ocupacions que els resulten poc satisfactòries, que els concedeixen sota marge de control sobre l'exercici de la seva labor professional i que els exposen a riscos físics i mentals (com accidents laborals, contaminació, fatiga, estrès). L'encadenament de totes aquests desavantatges té un impacte durador en la salut i provoca que les desigualtats en salut s'acrexin amb el pas del temps.

Durant l'edat adulta, es repeteixen pràcticament els mateixos efectes de classe social descrits en la joventut. A ells, s'afegeix algun més. Apareixen, per exemple, desigualtats en el risc de patir alguna malaltia crònica diagnosticada per a la qual no es pren medicació i en el risc de patir alguna malaltia diagnosticada per a la qual sí que es prenen fàrmacs. Així, les dones de classe V tenen un risc de patir una malaltia crònica per a la qual prenen medicació 2,3 vegades més gran que les de classe I. Els homes de classe IVb tenen un risc un 31% més alt. Existeixen desigualtats estadísticament significatives en la salut de la classe social V i la I en el risc de sofrir dolor d'esquena (en homes i dones), en el risc de tenir colesterol elevat (en dones), de tenir hipertensió (en dones) o de tenir diabetis (en dones). Un efecte estadístic molt robust és el de la classe social sobre el risc d'obesitat, sobretot en dones. Les dones de classe V tenen un risc 4,6 vegades més alt que les de classe I de ser obeses. Les de classe IV i IVb el tenen 3,1 vegades més alt. Els problemes de l'habitatge i l'entorn pròxim també tenen un efecte molt destacat sobre la probabilitat de patir una malaltia crònica, que aquesta hagi estat diagnosticada, i que hagi estat diagnosticada i es mediqui.

Al costat de les variables socioeconòmiques clàssiques, n'apareixen d'altres que cobren importància en aquesta etapa de la vida. Cal destacar els efectes nocius per a la salut que provoca la dedicació exclusiva de les dones a la realització de tasques domèstiques. A igualtat d'altres condicions, les “mestresses de casa” declaren més sovint que tenen problemes de salut que limiten les seves activitats habituals. També tenen un risc més alt de patir obesitat. La raó de probabilitats és un 40% més alta si realitzen treball domèstic que si treballen. Un repàs a les malalties més comunes revela que tenen una probabilitat més alta de patir tensió alta, colesterol elevat i diabetis.

Cal destacar els efectes nocius per a la salut que provoca la dedicació exclusiva de les dones a la realització de tasques domèstiques. A igualtat d'altres condicions, les “mestresses de casa” declaren més sovint que tenen problemes de salut que limiten les seves activitats habituals. També tenen un risc més alt de patir obesitat. La raó de probabilitats és un 40% més alta si realitzen treball domèstic que si treballen. Un repàs a les malalties més comunes revela que tenen una probabilitat més alta de patir tensió alta, colesterol elevat i diabetis.

Taula 5.13. Factors socials associats a la morbiditat de les persones adultes (35 a 64 anys)

| | Variables independents | | | | | | | |
|---|--|-------------|-----------|------------------|----------|---------------------------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immi-gració | Aturat/da | Treball domèstic | Solter/a | Divorciat/da o separat/da | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| Malalties cròniques | | | | | | | | |
| No diagnosticada | | | | | | | | |
| Dona | +(b) | | | | + | | + | - |
| Home | | | | | | | + | - |
| Diagnosticada però no pren medicació | | | | | | | | |
| Dona | | | | | | | + | |
| Home | + | - | | | - | | + | - |
| Diagnosticada per la qual pren medicació | | | | | | | | |
| Dona | + | | + | | - | | + | - |
| Home | + | - | | | - | | + | - |
| Limitació de l'activitat | | | | | | | | |
| Dona | + | - | + | + | - | + | + | - |
| Home | + | - | + | | | | + | - |
| Obesitat | | | | | | | | |
| Dona | + | | | + | - | - | | |
| Home | + | | | | | | | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes menys afavorides (IV, IVb i V). Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades de que es produeixi el fenomen descrit.

b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

5.3.2. Hàbits i conductes en l'edat adulta

Bona part dels hàbits que afecten la salut que observen les persones en aquestes edats han estat apresos en etapes anteriors. La infància és un període crucial per a l'adquisició d'uns bons hàbits d'higiene dental. L'adolescència i la joventut són també períodes determinants en la iniciació del consum de tabac o altres substàncies psicoactives. És també, en aquestes etapes prematures, quan les persones desenvolupen una inclinació per la pràctica de l'exercici físic. Això no significa que aquests hàbits (beneficiosos i perjudicials) acompanyin la persona definitivament al llarg de la seva vida. En els nous escenaris socials de la societat post-tradicional, les persones estan cada vegada més disposades a intentar reconstruir la seva identitat personal, revisant eleccions realitzades en el passat i experimentant noves narratives i estils de vida a la recerca de la coherència personal (Giddens, 1991). En aquest procés, un nombre creixent d'individus s'embarquen en nous projectes personals abandonant vells hàbits i adoptant nous (com fer dieta, fer exercici o deixar de fumar) darrere d'una nova imatge, un millor estat de forma o, simplement, mantenint la seva salut.

Els resultats de les nostres anàlisis estadístiques acrediten el pes dels determinants socio-econòmics en els hàbits i comportaments observats en l'edat adulta. Les classes desfavorides són menys proclius a mantenir hàbits d'higiene bucodental (com raspallar-se les dents diàriament) i més proclius a fumar (només els homes). Aquest últim hàbit entranya greus riscos per a la seva salut, en ser una de les causes principals de mortalitat en aquestes etapes intermèdies de la vida. La raó de probabilitats que un home d'aquest grup d'edat sigui fumador és dues vegades més alt en les classes IVb i V que en la I. Les causes d'aquestes diferències cal buscar-les en la iniciació en l'hàbit i en el manteniment d'aquest al llarg del temps. En primer lloc, com vam poder comprovar anteriorment, les persones de les classes més desfavorides tendeixen a ser més proclius a fumar en la seva joventut, la qual cosa, a causa dels grans efectes addictius de la nicotina, incrementa la seva probabilitat d'arrossegar l'hàbit a etapes més avançades del cycle vital. En segon lloc, les persones de les classes desfavorides són menys proclius a abandonar el consum de tabac. La raó de probabilitats que un home de 35 a 64 anys que ha fumat abans hagi deixat de fumar és un 75% més baixa en la classe V que en la classe I. Una possible raó té a veure amb els nivells de consum de tabac, dels quals depèn el grau de dependència de la nicotina i la intensitat dels símptomes d'abstinència. De mitjana, un percentatge lleugerament superior de membres de les classes desfavorides fumen diàriament.⁷⁰ Entre aquests fumadors assidus, el nombre de cigarrets consumits és més alt en les classes desfavorides.⁷¹ Un segon factor que incideix en la desigual capacitat per deixar l'hàbit

70. El 86% dels fumadors en la classe I fumen diàriament. En la classe VI, VIb i V ho fan el 91%.

71. Un fumador assidu de classe V fuma, per terme mitjà, 18 cigarrets, un 21% més que una persona de classe II o un 18% més que un de classe I (resultats no ajustats).

de fumar és la sensibilitat als missatges que alerten sobre les conseqüències del consum de tabac. Les classes acomodades són més proclius a deixar el consum com a conseqüència de la preocupació pels efectes nocius del tabac. Finalment, un tercer factor ens remet una altra vegada a les xarxes socials. Si la majoria de coneguts, amics i familiars que componen la xarxa social són fumadors, es fàcil que l'individu en qüestió continuï fumant, atès que relativitzarà en major mesura les conseqüències de l'hàbit tabàquic per la seva salut.

Taula 5.14. Principals motius que van portar a les persones a deixar de fumar, segons classe social (Persones de 35 a 64 anys)

| Motius pels quals va deixar de fumar: | Classe I | Classe II | Classe III | Classe IV | Classe IVb | Classe V |
|---|----------|-----------|------------|-----------|------------|----------|
| Va augmentar el seu grau de preocupació pels efectes nocius del tabac | 22% | 21% | 16% | 15% | 14% | 15% |
| Embaràs | 8,5 | 7,8 | 6,4 | 5,1 | 5,6 | 3,9 |
| Li va aconsellar el metge/ssa | 5,1 | 6,6 | 6,7 | 8,8 | 6,9 | 7,9 |
| Sentia que disminuïa el seu rendiment psíquic i/o físic | 4,2 | 6,3 | 4,4 | 3,1 | 3,6 | 4,4 |
| Sentia molèsties a causa del tabac | 14 | 15 | 17 | 21 | 19 | 18 |
| Ho va decidir sol, per la seva pròpia voluntat | 70 | 62 | 67 | 67 | 69 | 70 |
| Altres motius | 8,2 | 12 | 8 | 7,5 | 8,1 | 8,9 |

Font: Elaboració CIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Fumar està relacionat així mateix amb esdeveniments vitals estressants. Els homes que no tenen ocupació tendeixen a fumar més. La raó de probabilitats de ser fumador és un 36% més alta en els desocupats que entre els homes que tenen un treball. Homes i dones també fumen més quan estan divorciats o separats que quan estan casats o conviuen en parella. Encara que no es poden descartar per complet que es produeixin “processos de selecció” (més proclivitat a l'atur o divorci entre fumadors), és plausible que les persones que

travessen moments difícils en les seves vides trobin en el tabac un alleugeriment a la seva situació o mostrin més dificultats per reunir la determinació necessària per deixar l'hàbit.⁷² Segons les dades analitzades de persones que alguna vegada han estat fumadores (ENSE 2006), tant els homes en situació d'atur com homes i dones divorciats tenen també una probabilitat més baixa d'haver deixat el tabac en algun moment.

La classe social està relacionada amb la realització d'exercici físic. A igualtat de condicions, les classes més desfavorides realitzen menys exercici físic en el seu temps lliure. Entre els homes, la raó de probabilitats de realitzar exercici físic és 2,7 vegades més baixa en la classe V que en la I. Entre les dones, és 2,1 vegades més baixa. Un dels aspectes que criden més l'atenció és que les persones aturades (homes i dones) i els divorciats realitzin més exercici físic. Una hipòtesi plausible és que les persones que travessen situacions personals adverses o moments de trànsit en la seva vida busquen en l'exercici físic beneficis psicològics i estètics, així com oportunitats de sociabilitat per reedificar la seva identitat personal sobre noves bases. Una segona explicació pot ser que tinguin més temps lliure i vulguin ocupar-lo amb activitats lúdiques.

Com va poder observar-se en l'anàlisi dels comportaments dels joves, l'evidència examinada suggereix que les persones de les classes desfavorides són menys proclius al consum perillós de begudes alcohòliques.⁷³ Estar divorciat o separat incrementa aquest consum en els homes, però no entre les dones. La raó de probabilitats de consumir quantitats perilloses d'alcohol és un 83% més elevada en els homes divorciats o separats que en els que estan casats o cohabiten. Aquesta pauta està relacionada amb un model cultural de masculinitat respecte a la vivència del malestar, la tristesa i la depressió. Entre les dones, l'efecte més robust sobre la probabilitat de consumir alcohol en quantitats perilloses és la solteria.

Els dos indicadors finals inclosos en el quadre resum es refereixen a pràctiques preventives de les dones: la realització de mamografies i les citologies vaginales. Es tracta de proves preventives que, realitzades amb una periodicitat adequada, permeten prevenir el desenvolupament de dos dels càncers més comuns en les dones: la neoplàstia de mama i el càncer de cèrvix. Els països on un percentatge elevat de dones es fan proves de detecció precoç d'aquestes malalties han vist reduïda dràsticament la mortalitat en cas d'estar afectades (OCDE, 2007: 110-114). Els models realitzats analitzen si les dones s'han fet aquestes proves alguna vegada en la seva vida. Cal suposar que la variable és indicativa de predispo-

72. En realitat, la nicotina és un estimulants. És qüestionable que tingui les propietats sedants que el testimoniatge de molts fumadors li atribueix. El principal alleugeriment que ofereix el tabac als fumadors té un caràcter endogen: calma els símptomes d'ansietat associats a l'abstinència.

73. L'ENSE inclou preguntes sobre la freqüència i quantia de consum d'alcohol que permeten obtenir un indicador de si la persona entrevistada realitza un consum perillós d'alcohol. Aquest el definim com un consum setmanal per sobre de les 22 unitats de beguda estàndard pels homes i 14 unitats per les dones. Aquests llindars de consum són el valor mitjà de l'interval que la “Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria” considera com a consum setmanal perillós.

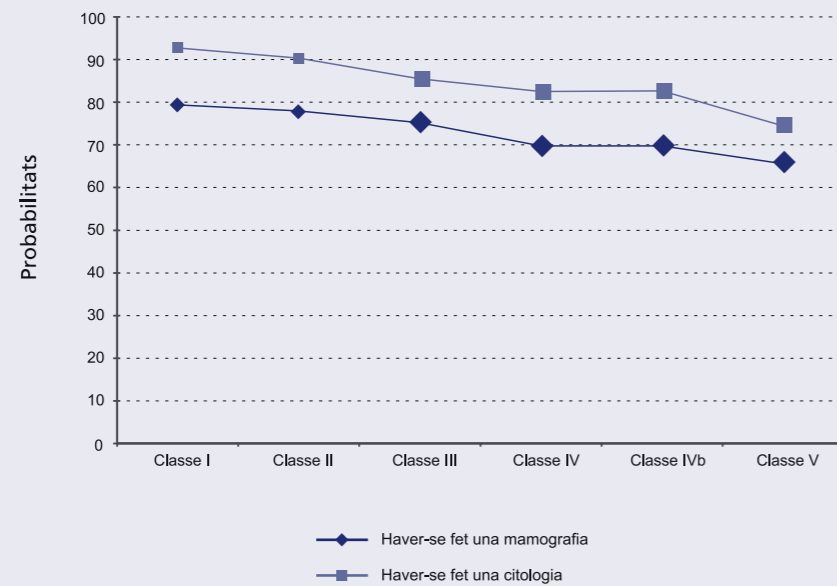
Fumar està relacionat així mateix amb esdeveniments vitals estressants. Els homes que no tenen ocupació tendeixen a fumar més. La raó de probabilitats de ser fumador és un 36% més alta en els desocupats que entre els homes que tenen un treball. Homes i dones també fumen més quan estan divorciats o separats que quan estan casats o conviuen en parella.

La raó de probabilitats de consumir quantitats perilloses d'alcohol és un 83% més elevada en els homes divorciats o separats que en els que estan casats o cohabiten.

sicions individuals a fer-se-les (condicionades per factors socials), però també de facilitats i dificultats en l'accés a serveis sanitaris.

Els resultats obtinguts suggereixen que existeix una estreta relació entre factors socio-econòmics i la probabilitat d'haver-se fet cadascuna de les proves. Les dones de classe V tenen una raó de probabilitats 2,1 vegades menor que les de classe I d'haver-se realitzat una mamografia alguna vegada en la seva vida. Igualment, les dones en situació d'atur tenen una raó de probabilitats un 22% més baixa d'haver-se fet una mamografia. La classe social és també el principal factor predictiu d'haver-se fet una citologia vaginal. Les dones de les classes desfavorides tenen una probabilitat significativament més baixa d'haver-se'n realitzat una. En la classe V, la raó de probabilitats és 4,3 vegades més baixa que en la classe I.

Gràfic 5.9. Probabilitat d'haver-se fet una mamografia o una citologia segons classe social (Dones 35 i 64 anys)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Un aspecte addicional a destacar és que les dones d'origen immigrant són menys proclius

a realitzar-se aquestes proves. La raó de probabilitat d'haver-se fet una mamografia és un 96% més baixa que la de les dones autòctones, i la d'haver-se fet una citologia vaginal un 51% menor.

Taula 5.15. Factors socials associats als hàbits de les persones adultes (35 a 64 anys)

| | Variables independents: | | | | | | | |
|---|--|-------------|-----------|------------------|----------|---------------------------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immi-gració | Aturat/da | Treball domèstic | Solter/a | Divorciat/da o separat/da | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| No raspallar-se les dents diàriament | | | | | | | | |
| Dona | +(b) | | - | + | | - | - | - |
| Home | + | - | + | | + | - | | - |
| Fer exercici físic | | | | | | | | |
| Dona | - | + | + | + | + | | + | + |
| Home | - | | + | | + | + | | |
| Fumar | | | | | | | | |
| Dona | | - | | - | + | + | | |
| Home | + | - | + | | | + | | |
| Consum perillós d'alcohol | | | | | | | | |
| Dona | - | - | | - | + | | | |
| Home | | - | | | | + | | - |
| Fer-se una mamografia | | | | | | | | |
| Dona | - | - | - | | - | | | |
| Fer-se una citologia | | | | | | | | |
| Dona | - | - | | - | - | | + | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes menys afavorides (IV, IVb i V). Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades de que es produïxi el fenomen descrit.

b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

Els homes aturats tenen un risc de patir símptomes de malestar sever 3 vegades més alt que els homes que treballen. Entre les dones, l'atur té un efecte, i aquest és significatiu, però bastant menor.

El major malestar dels homes i les dones en atur es tradueix també en un increment del consum de medicaments per tractar problemes d'ansietat i depressió.

5.3.3. Salut mental

Per analitzar els determinants socials de la salut mental en la vida adulta, utilitzem els mateixos indicadors que manegem en estudiar-la en la joventut. A aquests dos indicadors, n'hem incorporat dos d'addicionals: (1) si ha consumit tranquil·litzants, relaxants, pastilles per dormir en les últimes dues setmanes i (2) si ha consumit antidepressius o estimulants. Aquests indicadors ens proporcionen un dibuix més detallat de l'estat de salut mental de les persones adultes, en identificar les persones que prenen accions terapèutiques per resoldre problemes psicològics que reconeixen tenir, hagin estat aquestes diagnosticades o no per un metge. Entre els 35 i els 64 anys, un percentatge considerable d'homes i dones consumeixen tranquil·litzants (6,9% i 15% respectivament) i medicaments antidepressius (4,2% i 9,8% respectivament).

Els resultats obtinguts mitjançant anàlisis de regressió apunten, en línies generals, en la mateixa direcció que l'evidència obtinguda amb joves. Els factors socioeconòmics incideixen sobre els símptomes de malestar de forma més intensa en els homes que en les dones. L'atur té un impacte especialment important. Els homes aturats tenen un risc de patir símptomes de malestar sever 3 vegades més alt que els homes que treballen. Entre les dones, l'atur té un efecte, i aquest és significatiu, però bastant menor. La raó de probabilitats que una dona aturada mostri símptomes de malestar psicològic sever és un 40% més elevada que la d'una dona que té ocupació.

El major malestar dels homes i les dones en atur es tradueix també en un increment del consum de medicaments per tractar problemes d'ansietat i depressió. Els homes aturats de 35 a 64 anys tendeixen a consumir més tranquil·litzants i, sobretot, més antidepressius que els que mantenen la seva ocupació. La raó de probabilitats que un home aturat hagi consumit medicaments antidepressius en les últimes dues setmanes és 2,7 vegades més elevada que la que ho hagi fet un home que manté la seva ocupació. Entre les dones, la raó de probabilitats és un 56% més alta. Tant entre els homes com entre les dones aturats és més elevada la probabilitat d'haver patit una depressió que hagi estat diagnosticada. La raó de probabilitats dels homes aturats és 2,6 vegades més alta i la de les dones un 61%.

Altres resultats suggereixen que la salut mental de les dones és més sensible a circumstàncies i vicissituds que succeeixen en l'esfera domèstica. Les dones dedicades exclusivament al treball domèstic són més proclius a presentar símptomes de malestar sever, encara que l'efecte és modest. La raó de probabilitats de patir un problema de malestar sever és un 12% més alta que la d'una dona que també realitza treball remunerat. És una mica més alta la diferència en la raó de probabilitats d'haver consumit

recentment tranquil·litzants (22% més alt) o antidepressius (31% més alt). De la mateixa manera, la raó de probabilitats de patir una depressió diagnosticada per un metge és un 35% més alta que la d'una dona amb una ocupació remunerada.

La ruptura de parella afecta també més les dones que els homes. Els homes i les dones divorciats o separats tenen més risc de presentar símptomes de malestar sever que els que conviuen amb la seva parella. No obstant això, en analitzar la probabilitat de consumir medicaments o de tenir una depressió diagnosticada, només s'aprecien diferències per la situació de convivència en el grup de les dones. Novament, els homes semblen més poc inclinats a buscar tractament als problemes de salut mental associats a daltabaixos familiars. Aparentment, davant d'episodis familiars estressants, les dones són més proclius a optar pel consum de psicofàrmacs, mentre els homes desenvolupen altres estratègies com ara el consum d'alcohol i tabac.

L'última dimensió relacionada amb l'àmbit domèstic que afecta la salut mental és la cura de persones dependents. L'evidència analitzada posa en relleu que les persones que tenen al seu càrrec persones grans o discapacitades solen presentar més símptomes de malestar i més proclivitat a consumir medicaments contra l'ansietat i la depressió. La probabilitat de patir aquests problemes de salut mental s'incrementa en funció de la dedicació que requereixen. Les més afectades són les dones, a càrrec de qui queda encara habitualment la cura d'aquestes persones. Per contra, les anàlisis efectuades no avalen la hipòtesi que les hores de cures a menors tinguin un efecte pernicios sobre la salut mental de qui els presten.

Les dones dedicades exclusivament al treball domèstic són més proclius a presentar símptomes de malestar sever, encara que l'efecte és modest.

La ruptura de parella afecta també més les dones que els homes. Els homes i les dones divorciats o separats tenen més risc de presentar símptomes de malestar sever que els que conviuen amb la seva parella.

Taula 5.16. Factors socials associats a la salut mental de les persones adultes (35 a 64 anys)

| | Variables independents | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|-----------|------------------|----------|---------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Aturat/da | Treball domèstic | Solter/a | Divorciat/da o separat/da | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu | Hores cura menors ^(c) | Hores cura majors ^(c) | Hores cura discapacitats ^(c) |
| Síntomes de malestar sever | | | | | | | | | | | |
| Dona | +(b) | | + | + | | + | + | - | | + | + |
| Home | | | + | | | + | + | - | | | + |
| Consum de tranquil·litzants, relaxants, pastilles per dormir | | | | | | | | | | | |
| Dona | + | | | + | - | + | + | - | | | + |
| Home | | | + | | + | | | - | | | |
| Consum d'antidepressius, estimulants | | | | | | | | | | | |
| Dona | + | - | + | + | | + | + | - | - | | + |
| Home | | | + | | | | | - | | | |
| Depressió o trastorn mental diagnosticat per un metge | | | | | | | | | | | |
| Dona | + | - | + | + | - | + | + | - | | | |
| Home | | - | + | | + | + | + | - | | | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

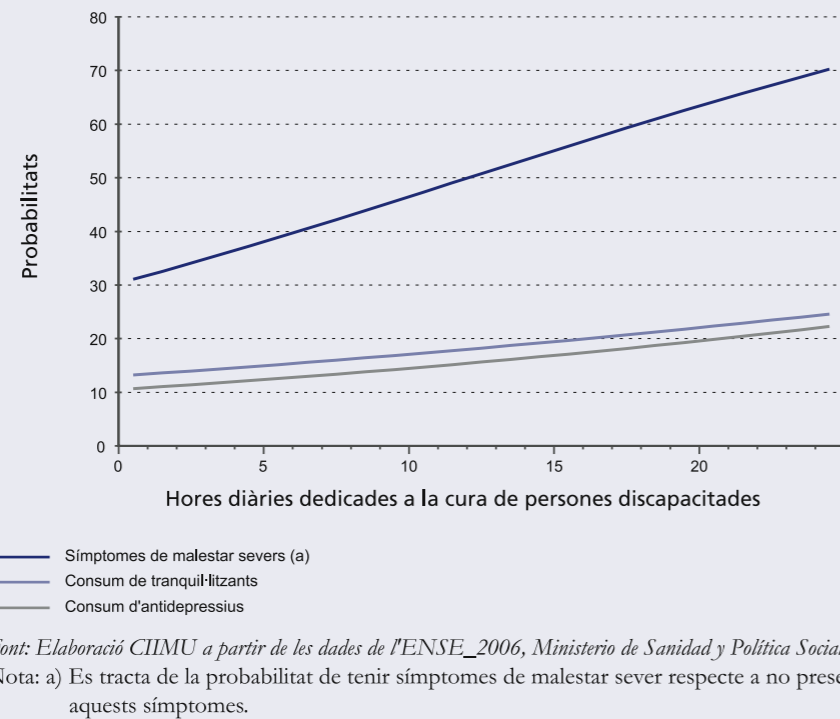
Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes menys afavorides (IV, IVb i V). Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades de que es produïxi el fenomen descrit.

b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que son estadísticament significatius ($p < 0,05$).

c) Es refereix a menors, gent gran i discapacitats que viuen a la llar.

L'evidència analitzada posa en relleu que les persones que tenen al seu càrrec persones grans o discapacitades solen presentar més símptomes de malestar i més proclivitat a consumir medicaments contra l'ansietat i la depressió.

Gràfic 5.10. Salut mental, segons hores diàries dedicades a la cura de persones discapacitades (Dones de 35 a 64 anys)



5.3.4. Percepció subjectiva de la salut en la vida adulta

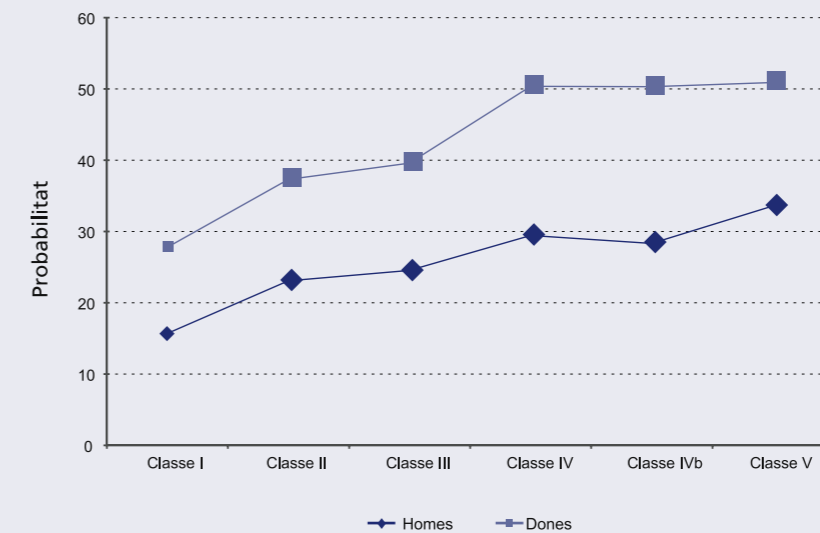
Entre els 35 i 64 anys, el 39% de les dones i el 29% dels homes declaren que el seu estat de salut és deficient. Les classes treballadores tenen pitjor salut objectiva, i això es reflecteix també en la seva percepció de salut. Els homes de classe V tenen una raó de probabilitats 2,7 vegades més alta que els de classe I de declarar que tenen una salut deficient. Les dones de classe V la tenen 2,8 vegades més alta. L'atur és un altre determinant de les desigualtats en l'estat de salut percebuda. Els homes en situació d'atur tenen un risc d'un 55% més alt que els que treballen de declarar que la seva salut percebuda és deficient. El risc de les dones aturades és un 48% més alt. Finalment, les persones que

Entre els 35 i 64 anys, el 39% de les dones i el 29% dels homes declaren que el seu estat de salut és deficient (regular, dolent o molt dolent). Com succeïa durant la joventut, alguns grups socials emergeixen com els més vulnerables. Els factors socioeconòmics –classe social, atur, problemes de l'habitatge i l'entorn– són crucials per explicar les desigualtats. Les classes treballadores tenen pitjor salut objectiva, i això es reflecteix també en la seva percepció de salut. Els homes de classe V tenen una raó de probabilitats 2,7 vegades més alta que els de classe I de declarar que tenen una salut deficient. Les dones de classe V la tenen 2,8 vegades més alta. L'atur és un altre determinant de les desigualtats en l'estat de salut percebuda. Els homes en situació d'atur tenen un risc d'un 55% més alt que els que treballen de declarar que la seva salut percebuda és deficient. El risc de les dones aturades és un 48% més alt. Finalment, les persones que

viuen en habitatges i entorns urbans en males condicions també tenen una probabilitat més alta que percebin la seva salut com a deficient.

L'atur és un altre determinant de les desigualtats en l'estat de salut percebuda. Els homes en situació d'atur tenen un risc d'un 55% més alt que els que treballen de declarar que la seva salut percebuda és deficient. El risc de les dones aturades és un 48% més alt.

Gràfic 5.11. Probabilitat de tenir un estat de salut subjectiva deficient, segons classe social i sexe (Persones de 35 a 64 anys)



No obstant això, per explicar les variacions en la percepció subjectiva de la salut no són suficients els factors socioeconòmics clàssics. La desigualtat en salut presenta altres eixos rellevants. Les dinàmiques familiars són responsables d'algunes diferències importants en l'estat de salut subjectiu. Els efectes més grans es produeixen en les dones. Les dones solteres sense parella tenen una raó de probabilitats un 30% més baixa de declarar que el seu estat de salut subjectiu és deficient que les dones casades o que cohabitaven amb la seva parella. En la mateixa línia, les dones que es dediquen exclusivament a tasques domèstiques tenen una raó de probabilitats un 35% més alta de presentar un estat de salut subjectiu deficient que les que realitzen un treball remunerat. Les responsabilitats familiars i el treball domèstic poden viure's com una llosa pesada que genera símptomes de malestar; accentuant-se així les percepcions negatives de la pròpia salut.

Els homes pateixen més intensament l'experiència de l'atur, sobretot en les edats intermèdies de la vida.

El consum de tabac és més comú en situacions vitals estressants, com l'atur (homes només) o després d'un divorci (en homes i dones).

5.3.5. La salut en l'edat adulta: factors de risc i de protecció

L'edat adulta és una etapa de la vida de les persones en què s'accentuen les desigualtats en salut en diverses dimensions. L'efecte continuat i acumulatiu de factors socials adversos provoca en aquests anys una deterioració de la salut que s'expressa en una prevalença més gran de malalties cròniques de tot tipus i problemes de salut mental en grups econòmicament vulnerables. Són aquests anys que l'atur pot tenir efectes devastadors per a la salut, especialment en els homes. L'atur és habitualment una experiència negativa, independentment de les característiques sociodemogràfiques de la persona que el pateix. No obstant això, l'evidència examinada suggereix que hi ha un impacte diferencial per gènere i edat. Els homes pateixen més intensament l'experiència de l'atur, sobretot en les edats intermèdies de la vida. És en aquesta etapa de la biografia personal en què els homes s'identifiquen més amb l'activitat laboral—que ha absorbit ja una part important de les seves trajectòries vitals—on la pèrdua de treball duu aparellades més incerteses laborals futures i on se suporten, simultàniament, més responsabilitats familiars (Álvaro i Garrido Luque, 2006: 13). Això no vol dir que la salut de les dones sigui insensible a la pèrdua d'ocupació. L'atur té conseqüències sobre la salut psicològica de les dones, presumiblement més elevades entre els grups per als quals l'ocupació representa una oportunitat d'arribar a una situació més igualitària respecte als homes.⁷⁴

Un segon aspecte destacable de les anàlisis presentades és la importància que adquireixen certs hàbits per a la salut en aquestes edats. Entre tots ells, val la pena destacar el consum de tabac. Existeix abundant evidència que relaciona el consum de tabac amb el desenvolupament de, com a mínim, cinquanta trastorns diferents, i en particular les malalties cardiovasculars, el càncer i diversos problemes respiratoris (US *Department of Health and Human Services*, 1989 i 2004). Encara que el nombre absolut més alt de morts per malalties atribuïbles al tabaquisme es produeix a partir dels 65 anys, durant les edats intermèdies el pes relatiu de la mortalitat per tabac és bastant més gran. En un article recent que realitza una metanàlisi de 41 estudis internacionals, s'estima que entre el 40% i el 60% de les morts entre 35 i 64 anys en països desenvolupats són atribuïbles al consum de tabac (Oliveira, Valente i Leite, 2008: 8). Aquestes xifres converteixen al tabac en un objecte d'atenció sanitària preferent.

L'evidència presentada aquí demostra que el consum de tabac és més comú en els homes de les classes desfavorides. Les anàlisis efectuades suggereixen que aquesta pauta es relaciona, fonamentalment, amb més dificultats per interrompre l'hàbit. Els homes de classes desfavorides consumeixen més cigarrets al dia (la qual cosa eleva la seva dependència de la nicotina) i són més impermeables als missatges que alerten sobre el perill del tabac. Les

condicions en què es desenvolupa la seva vida, condicionada moltes vegades per precarietat econòmica i laboral, són les menys propícies per suportar, a més, el malestar afegit que comporta l'abstinència del tabac. Les dades analitzades suggereixen també que el consum de tabac és més comú en situacions vitals estressants, com l'atur (homes només) o després d'un divorci (en homes i dones).

En tercer lloc, cal destacar la influència de les dinàmiques domèstiques i familiars sobre la salut de les dones. Les dones que es dediquen exclusivament a tasques domèstiques presenten pitjor estat de salut (sobretot mental) que les que treballen. Darrere d'això, hem trobat dos tipus de factors. D'una banda, estan els beneficis que procura tenir ocupació que, en línia del que s'ha discutit anteriorment, poden tenir un caràcter “manifest” —una remuneració salarial o un càrrec— o “latent” —estructuració temporal de les activitats diàries, més oportunitats d'establir vincles amb altres persones, més confiança en les capacitats personals d'un mateix. Aquests beneficis tenen implicacions en l'esfera domèstica. Abundant investigació posa en relleu que en les llars on ambdós membres de la parella realitzen contribucions econòmiques a l'economia domèstica, els homes tendeixen a corresponsabilitzar-se més en la realització de tasques domèstiques, i els rols són més igualitaris. Com més baixos són els ingressos de les dones, més baixa és la dedicació dels homes a les tasques domèstiques (Ross, 1987; Brines, 1992).

D'altra banda, estan els perjudicis per a la salut que comporta dedicar-se en exclusiva al treball domèstic. Per a la majoria de les persones en aquesta situació, el treball domèstic es converteix en monòton i rutinari i, a més, aboca la persona que el realitza a un relatiu aïllament. En les nostres societats, el treball domèstic rep reconeixement escàs. Potser per això, la majoria de les dones que el fan participarien en el mercat de treball formal si no tinguessin responsabilitats que els ho impedissin o si poguessin trobar un treball que s'ajustés a les seves capacitats i disponibilitats. Les dades de les enquestes realitzades en els últims anys a Espanya suggereixen sense cap mena de dubtes que la dedicació exclusiva a les tasques domèstiques està perdent entre les cohorts més joves el prestigi i reconeixement social que alguna vegada va poder tenir, i un percentatge cada vegada més reduït de dones ho troba com una alternativa tan gratificant com la realització d'un treball professional. En aquest context, adquireixen tota la seva significació les evidències presentades sobre la salut mental de les dones que desenvolupen tasques domèstiques en el tram de 35 a 64 anys.

El divorci és el segon aspecte de les dinàmiques familiars que té incidència sobre la salut. Les persones que estan divorciades o separades tendeixen a presentar pitjor salut mental i a incórrer en hàbits perjudicials, com consumir tabac i quantitats excessives d'alcohol. L'efecte negatiu del divorci o la separació acostuma a ser major en les dones que en

74. Els resultats d'anàlisis no presentades suggereixen que les dones amb estudis universitaris experimenten més intensament els efectes de l'atur sobre la seva salut mental.

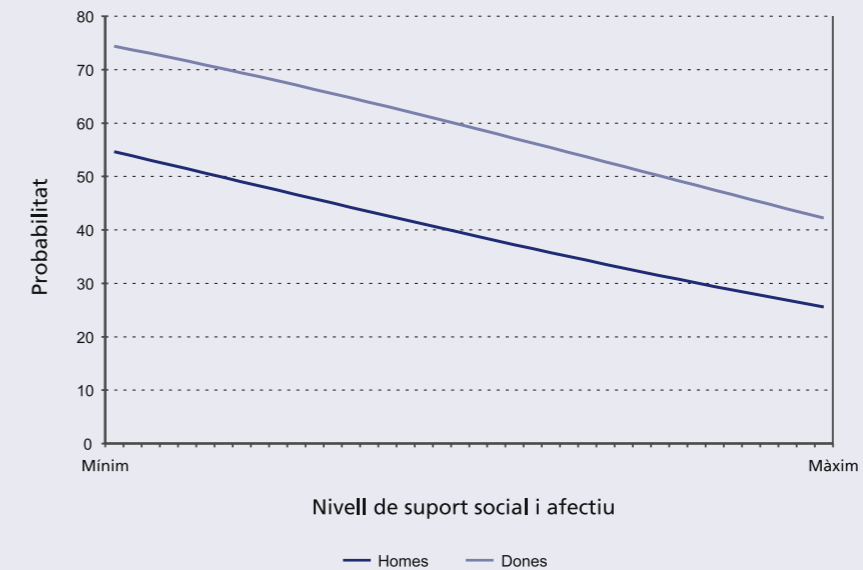
els homes. Començar una nova vida després d'una ruptura de parella planteja importants desafiaments. Els danys psicològics associats a la ruptura de la parella són moltes vegades el primer d'una llarga cadena d'“efectes estressants” desencadenats pels processos de dissolució de la parella. S'han descrit diversos esdeveniments estressants “secundaris” lligats al divorci que afecten negativament el benestar dels individus afectats. Per exemple, el divorci comporta normalment una disminució del nivell de vida del membre de la parella econòmicament més feble (normalment la dona). Segons algunes estimacions realitzades als Estats Units amb dades longitudinals, el nivell de vida de les dones un any després del divorci es redueix en un 27% respecte a l'any anterior al divorci (Peterson, 1996).⁷⁵ A Espanya, no disposem de dades longitudinals per fer aquesta valoració, però sabem que les llars encapçalades per una dona divorciada presenten un risc significativament alt de pobresa, sobretot quan té fills al seu càrrec. L'evidència existent també indica que la ruptura de la parella moltes vegades no posa fi a les disputes. Quan existeixen fills comuns, la custòdia, l'impagament de les pensions de manutenció, els endarreriments en els pagaments, el règim de vistes, l'educació dels fills, etc. es converteixen moltes vegades en una font inesgotable de tensió i conflicte, que arrossegueu els progenitors a situacions de considerable estrès que poden perllongar-se al llarg del temps (Fustenberg i Cherlin, 1991; Mari-Klose, Gómez-Granell, Brullet i Escapa, 2008). La ruptura de parella ocasiona a més, a vegades, la dissolució d'altres vincles –amics comuns de la parella, familiars de l'exparella– i la disgregació de xarxes de suport que podrien ajudar a esmorteir els danys psicològics que implica el divorci.

En aquest sentit, l'últim aspecte que voldríem destacar de nou és el paper del suport social i afectiu. L'estat de salut de les persones depèn, en bona mesura, que comptin amb amics i familiars que es preocupen per elles; que puguin parlar amb ells sobre els seus problemes; rebin afecte, consells i ajuda, i estiguin integrades en xarxes d'oci. La integració i cohesió social prevenen el desenvolupament de malalties i contribueixen a la recuperació. Les persones que ens professen afecte incrementen la nostra autoestima, ens fan sentir reconeguts i valorats. La falta d'aquests referents augmenta els nostres dubtes i ansietats. Abundant investigació ha posat de manifest que aquests processos socials desencadenen respostes fisiològiques que tenen efectes sobre la salut: redueixen o incrementen els nivells basals de cortisol, la pressió sanguínia, etc. (Wilkinson, 2006). Per altra banda, estar mancat de xarxes de suport incrementa la vulnerabilitat a esdeveniments vitals estressants, com l'atur, el divorci, la mort d'un ésser estimat, etc.

75. L'indicador de “nivell de vida” es basa en la renda de la llar, ajustada per determinades característiques d'aquesta (nombre de membres, edat del fill més gran, etc.).

La integració en xarxes socials contribueix a esmorteir l'efecte que provoquen aquestes situacions, reforça sensacions de seguretat i confiança i proporciona vies per reparar els danys produïts (financers, d'estatus, psicològics, entre d'altres).

Gràfic 5.12. Probabilitat de tenir una percepció de salut deficient segons grau de suport social i afectiu (Persones de 35 a 64 anys)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

La integració i cohesió social prevenen el desenvolupament de malalties i contribueixen a la recuperació.

5.4. Desigualtats de salut de la gent gran

L'augment de la longevitat i la caiguda de les taxes de fecunditat situa les societats desenvolupades en un context d'envelliment: la gent gran constitueix un percentatge creixent de la població total de les societats desenvolupades. Aquest és l'origen de moltes preocupacions polítiques, a causa de l'augment de les taxes de dependència i de la demanda de serveis sanitaris i socials per plantar cara a necessitats creixents de persones malaltes i dependents. En el cas d'Espanya, el procés d'envelliment només acaba de començar. Les persones de 65 anys i més representaven el 1971 el 9,7% de la població. Trenta anys després, aquest percentatge s'ha elevat al 16,8%. Es pronostica que el 2050 representaran aproximadament el doble. Actualment, les persones que

arriben al llindar dels 65 anys tenen, de mitjana, al voltant de 20 anys de vida per davant.

La salut de la gent gran acostuma a ser pitjor que la d'altres grups, i l'ús que fan dels recursos sanitaris és més intens. La prevalença d'algunes malalties cròniques i problemes de salut de llarga durada augmenta considerablement respecte a l'edat adulta. A partir dels 65 anys, més de la meitat de les dones i dos de cada cinc homes tenen hipertensió arterial. Dues de cada tres dones i dos de cada cinc homes tenen artritis, artrosi o reumatisme. La diabetis s'estén considerablement en les dones, fins a arribar a afectar una de cada cinc dones de 75 anys o més. Els problemes de cataractes passen d'afectar el 4,2% d'homes i el 6% de dones de 55 a 64 anys a fer-ho el 20% d'homes i el 29% de dones de 75 anys i més. La prevalença de la incontinència urinària o de malalties del cor en homes i dones es multiplica per tres. Entre els homes, també es triplica la prevalença de problemes de la pròstata.

Taula 5.17. Malalties cròniques o de llarga durada en la població de 65 i més anys

| Malalties cròniques | Homes | | Dones | |
|--|------------|---------------|------------|---------------|
| | 65-74 anys | 75 i més anys | 65-74 anys | 75 i més anys |
| Hipertensió | 40% | 43% | 52% | 55% |
| Artrosi, artritis o reumatisme | 36 | 41 | 65 | 69 |
| Colesterol elevat | 28 | 18 | 33 | 25 |
| Problemes de pròstata | 21 | 31 | | |
| Dolor d'esquena crònic (cervical) | 20 | 20 | 42 | 37 |
| Mal d'esquena crònic (lumbar) | 20 | 22 | 40 | 39 |
| Diabetis | 19 | 17 | 15 | 19 |
| Variats a les cames | 14 | 14 | 38 | 33 |
| Cataractes | 12 | 20 | 19 | 29 |
| Altres malalties del cor | 11 | 18 | 11 | 18 |
| Bronquitis crònica | 11 | 17 | 6,2 | 8,3 |
| Depressió, ansietat o altres trastorns mentals | 10 | 11 | 28 | 28 |
| Hemorroides | 10 | 9,1 | 14 | 13 |
| Problemes crònics de pell | 8,8 | 9,7 | 7,5 | 7,5 |
| Incontinència urinària | 8,2 | 16 | 12 | 20 |
| Migranya o mal de cap freqüent | 7,8 | 6,8 | 17 | 15 |

Taula 5.17. Malalties cròniques o de llarga durada en la població de 65 i més anys (continuació)

| Malalties cròniques | Homes | | Dones | |
|---------------------------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | 65-74 anys | 75 i més anys | 65-74 anys | 75 i més anys |
| Restrenyiment crònic | 6,5 | 14 | 15 | 20 |
| Al·lèrgia crònica | 6,1 | 6,6 | 10 | 9,4 |
| Asma | 5,6 | 9,0 | 6,5 | 7,0 |
| Úlcera d'estómac o duodè | 5,4 | 5,9 | 6,0 | 6,1 |
| Tumors malignes | 3,7 | 3,5 | 3,0 | 1,6 |
| Osteoporosi | 3,5 | 4,9 | 24 | 22 |
| Infart de miocardi | 3,2 | 6,2 | 1,8 | 2,7 |
| Embòlia | 2,1 | 3,1 | 1,2 | 2,8 |
| Anèmia | 1,8 | 4,9 | 5,4 | 9,1 |
| Problemes de tiroides | 1,1 | 1,5 | 7,4 | 6,7 |
| Problemes de període menopàusic | | | 2,4 | 0,5 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Una lectura precipitada d'aquestes dades podria arrossegar a conclusions equivocades sobre l'estat de salut de la gent gran. Són diversos els autors que oposen el concepte d'"envelliment reeixit" a estereotips ombrívols que emfatitzen el declivi físic que es produeix en la tercera edat. Des d'aquest punt de vista, un nombre creixent de persones supera el llindar dels 65 anys amb les seves facultats físiques i cognitives en bon estat, sense malalties greus que posin en risc la seva vida i mantenint nivells alts d'implicació en activitats públiques. La transició a la "tercera edat" implica, per a moltes persones, el cessament o la reducció de responsabilitats professionals i familiars, així com un increment de la capacitat de control sobre el seu temps. La "jubilació" i l'emancipació dels fills/es obre moltes vegades espais de llibertat inusitats per a persones que es troben en ple ús de les seves facultats físiques i mentals. La gent gran es converteix en l'objectiu de publicistes d'una indústria creada per omplir i donar sentit al seu temps lliure. El sector immobiliari intenta incitar-los a adquirir segons habitatges en llocs càlids i agradables (Arizona o Florida als Estats Units, la costa mediterrània a Europa), els atreu a complexos residencials on podran viure una segona joventut practicant esport (com el golf o el tennis) o cuidant el seu cos (en centres d'estètica,

spas, etc.), o els anima a relaxar-se lluny de les pressions i preocupacions quotidianes que havien viscut en el passat. La indústria de l'oci els convida a marxar de vacances, ja sigui en luxosos creuers (als sectors més acomodats) o en viatges col·lectius subvencionats. Les universitats s'afanyen a atreure aquells que perseveren en el desig de conèixer. Fins i tot els sexòlegs recorden que el plaer no coneix límits d'edat.

Segons dades de l'“Encuesta de Condiciones de Vida de la Población Anciana” (Estudi 2.647 del CIS, 2007), la majoria d'espanyols majors de 65 anys viuen una vida bastant diferent de la que transmeten les imatges socials més negatives. El 86% viu en el seu domicili habitual, acompanyat del seu cònjuge o d'altres persones. La gran majoria són capaços de desenvolupar les activitats de la vida quotidiana sense l'ajuda d'altres persones. Més del 90% de les persones mengen, es vesteixen, es renten i s'arreglen, caminen per casa, s'aixequen i es fiquen al llit, o es banyen o es dutxen sense necessitat de recórrer a ningú. Més del 80% no necessita acompanyament per sortir i desplaçar-se pel carrer, o per anar al metge. Les situacions de dependència es concentren més enllà dels 85 anys (entre els “vells-vells”). Només a partir d'aquestes edats avançades, proliferen les demandes d'ajuda per realitzar activitats bàsiques. El 19% necessita ajuda per vestir-se i desvestir-se, i el 8,1% no és capaç de fer-ho de cap manera; el 18% necessita ajuda per rentar-se i arreglar-se, i el 10% és incapaç de fer-ho; el 14% necessita ajuda per ficar-se al llit i aixecar-se, i el 7% no és capaç de fer-ho; el 34% necessita que l'ajudin a banyar-se o dutxar-se, i el 14% és incapaç de fer-ho de cap manera. És també, a partir dels 85 anys, quan augmenta sensiblement el nombre de persones que necessita ajuda per sortir de casa o anar al metge. El 26% declara que necessita ajuda per sortir o desplaçar-se al carrer, i el 18% que ja no poden fer-ho. El 40% necessita ajuda per anar al metge, i un 19% manifesta que no és capaç de fer-ho de cap manera.

Els resultats de l'Estudi 2.647 del CIS contradiuen, així mateix, la percepció que les persones grans solen sentir-se “tristes” i “soles”. Preguntats sobre com s'han sentit en les últimes setmanes, dues de cada tres persones grans responen que “bé, contentes”. Dues de cada tres persones més grans de 65 anys declaren també que, durant un dia qualsevol, passen la major part del temps en companyia de familiars (56%) o amics (7,5%). El 35% passa la major part del temps sola, però això no vol dir necessàriament que aquestes persones no posseeixin vincles amb altres persones. La majoria de persones que declaren passar el temps fonamentalment soles mantenen contacte assidu amb familiars, amics o veïns. Les dades disponibles suggereixen que la població anciana rares vegades es veu abocada a l'aïllament, la falta de companyia o d'oportunitats d'oci. Més de 3 de 4 quatre ancians que tenen fills/es resideixen en el mateix municipi que algun d'ells (Meil, 2000: 16). Quan els fills/es viuen a la mateixa localitat, les relacions intergeneracionals són freqüents. Quan no és així, tendeixen a

mantenir una intensa comunicació telefònica amb ells i les visites són freqüents. Tots aquests vincles configuren un model d'intimitat “a distància”, del qual la majoria de gent gran diu estar molt o bastant satisfeta (IMSERSO, 2002: 64-70). Gran part de la gent gran declara, a més, que es veu diverses vegades a la setmana amb veïns, amics o companys de club o associació. Més del 80% de les persones ancianes declara que pot comptar amb algú si necessita petites ajudes econòmiques o se sent deprimida (Eurobaròmetre 56.1, 2001). Només un percentatge reduït diu sentir-se sol amb freqüència. L'evidència suggereix que la solitud està més relacionada amb la viduïtat (fonamentalment de les dones) que amb l'ancianitat. Fora d'aquesta eventualitat, no existeixen diferències apreciables entre els sentiments de solitud que expressen els ancians i altres grups d'edat (P. Marí-Klose i M. Marí-Klose, 2006).

Evidentment no totes les persones arriben al llindar de la tercera edat amb les mateixes oportunitats per viure-la de forma “reeixida”. Són molts els factors de desigualtat que impedeixen alguns grups gaudir ni tan sols de la possibilitat d'intentar-ho. El principal és l'impacte diferencial de la mortalitat en diferents grups socials. No hi ha pitjor forma d'exclusió social que la mort prematura. El 17,2% dels homes i el 9,4% de les dones han mort abans d'aquesta edat. A partir d'estudis realitzats a altres països, sabem, a més, que un percentatge més alt de membres de les classes desfavorides moren abans d'arribar a aquesta edat, i una vegada allà viuen menys anys i en pitjors condicions. Les dades disponibles a Espanya no ens permeten analitzar les desigualtats en mortalitat per classe social, categoria socioprofessional o nivell educatiu, però sí les condicions de benestar físic i emocional de les persones que sobreviuen. A aquest propòsit, dediquem les seccions següents, sabent que estudiem una població “garbellada”.

5.4.1. Morbiditat de la gent gran

Les malalties cròniques són pràcticament consubstancials a la tercera edat. El 91% dels homes de 65 i més anys declaren que tenen almenys una malaltia crònica; el 88% d'ells diuen que ha estat diagnosticada, i el 84% prenen medicació per a tractar-la. Entre les dones, els percentatges són fins i tot més elevats. El 96% manifesta que pateix almenys una malaltia crònica, el 95% declara que aquesta malaltia ha estat diagnosticada i el 92% pren medicació. L'escassa variabilitat de situacions limita les possibilitats d'anàlisi dels determinants socials d'aquesta variable. Els processos d'envelliment biològic aboquen pràcticament tothom a algun tipus de trastorn o altre.

Encara així, entre les dones, s'observen diferències estadísticament significatives entre classes socials en la probabilitat de tenir una malaltia diagnosticada per a la qual

No hi ha pitjor forma d'exclusió social que la mort prematura. El 17,2% dels homes i el 9,4% de les dones han mort abans dels 65 anys.

Les dones de classe V tendeixen a patir també més problemes de salut que limiten les seves activitats habituals i presenten una probabilitat més alta de ser obeses.

La classe social té un impacte significatiu sobre les situacions de dependència funcional per a la cura personal. Els homes i dones de les classes desfavorides es troben més sovint en situacions de dependència que requereixen la cura d'altres persones.

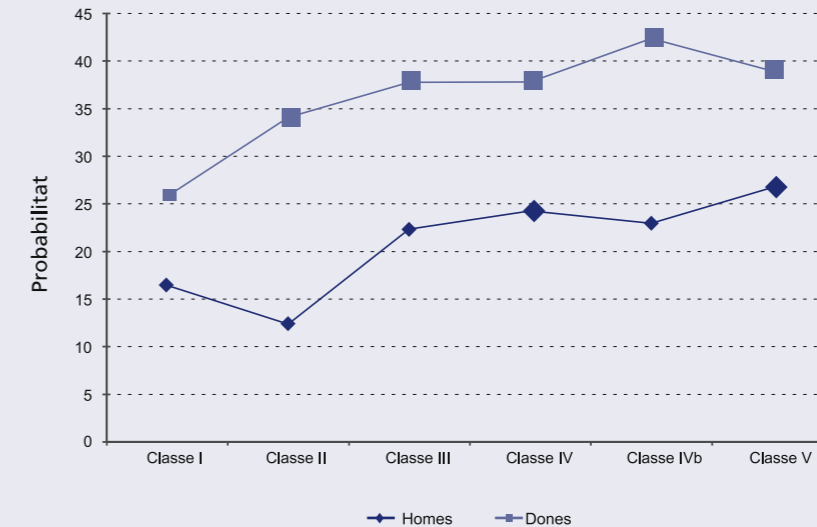
es pren medicació. Les dones de classe V tendeixen a patir també més problemes de salut que limiten les seves activitats habituals i presenten una probabilitat més alta de ser obeses. En els homes, no s'adverteix l'impacte diferencial de classe social, potser perquè els homes de classes desfavorides tenen taxes de mortalitat més altes i estan "infrarepresentats" en la mostra. Existeix, així mateix, un impacte consistent de les condicions de l'habitatge i l'entorn pròxim sobre els problemes de salut, tant en homes com en dones.

Crida l'atenció que, a igualtat de condicions, les dones solteres presenten millor salut. A això, contribueix probablement el seu nivell més baix de responsabilitats domèstiques i familiars. Un percentatge considerable de dones d'edat avançada presten assistència a parents dintre de les xarxes familiars, la qual cosa de vegades entranya considerables costos personals (Meil, 2000). Moltes vegades aquests parents conviuen amb elles: són parelles més grans i que es troben en pitjor estat de salut.

Les situacions de dependència mereixen una atenció específica en aquestes edats. Aquestes s'incrementen vertiginosament a partir dels 75 anys. Per analitzar els determinants socials de la dependència, s'ha utilitzat una variable creada per l'equip de l'ENSE 2006, que considera que una persona té "dependència funcional per a la cura personal" si necessita ajuda o no pot fer de cap manera almenys una de les activitats següents: "prendre les seves medicines", "menjar", "vestir-se, despullar-se i triar la roba que ha de posar-se", "pentinar-se o afaitar-se", "tallar-se les ungles dels peus", "rentar-se la cara i el cos de la cintura cap a dalt", "dutxar-se o banyar-se" o "quedar-se sol durant tota la nit". La variable creada té una naturalesa dicotòmica. Les anàlisis realitzades utilitzen models de regressió logística.

L'evidència obtinguda en aquestes anàlisis indica que la classe social té un impacte significatiu sobre les situacions de dependència funcional per a la cura personal. Els homes i dones de les classes desfavorides es troben més sovint en situacions de dependència que requereixen la cura d'altres persones. Aquest fet té implicacions importants per al seu benestar personal, però també el de les persones que conviuen amb elles o el d'aquelles que, residint en una altra llar, acudeixen a la llar de la persona dependent a prestar serveis. Abundant investigació empírica confirma que són les dones les principals proveïdores d'aquesta ajuda.

Gràfic 5.13. Probabilitat de dependència funcional per a la cura, segons classe social i sexe (Persones de 65 i més anys)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
Nota: Els punts corresponents als valors de cada classe social que tenen major grandària indiquen que les diferències són significatives amb la classe I.

Taula 5.18. Factors socials associats a la morbiditat de la gent gran (65 i més anys)

| | Variables independents | | | | | | |
|---|--|------------|----------|---------------------------|--------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Solter/a | Divorciat/da o separat/da | Vidu/a | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| Malalties cròniques: | | | | | | | |
| No diagnosticada ^(b) | | | | | | | |
| Dona | | | | | | | |
| Home | | | | | | | - |
| Diagnosticada però no pren medicació | | | | | | | |
| Dona | | | | | | + | - |
| Home | | | | | + | + | |
| Diagnosticada per a la qual pren medicació | | | | | | | |
| Dona | +(c) | | - | | | + | - |
| Home | | - | | - | | + | |
| Limitació de l'activitat | | | | | | | |
| Dona | | | - | | | + | - |
| Home | + | | | | | + | - |
| Obesitat | | | | | | | |
| Dona | + | | - | | | | |
| Home | | | | | | | |
| Dependència funcional per la cura personal | | | | | | | |
| Dona | + | | - | | | + | |
| Home | + | | | | | | - |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb i V).

Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades que es produeixi el fenomen descrit.

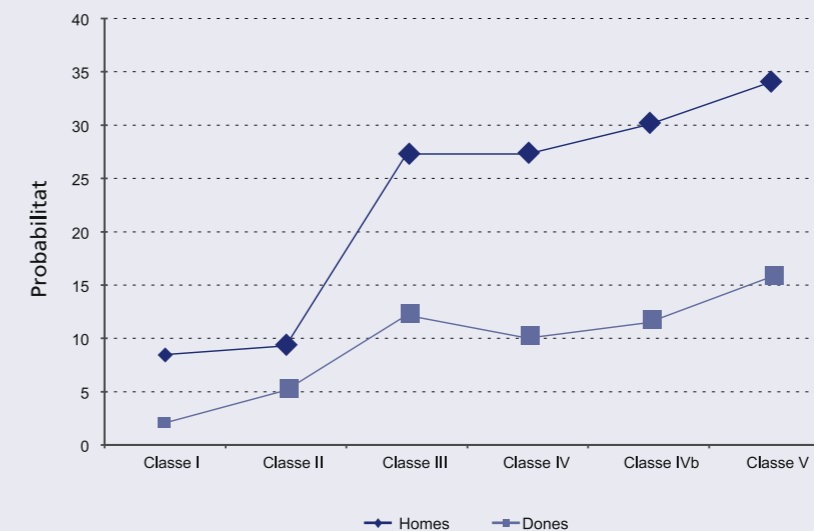
b) No hi ha casos suficients.

c) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius (p<0,05).

5.4.2. Hàbits i comportaments de la gent gran

L'envelliment és un procés universal, de caràcter eminentment biològic. La manera que envellixen les persones no està determinada genèticament, sinó per estils de vida que adopten les persones. Ara bé, adoptar un estil de vida o un altre no obeeix simplement a la voluntat individual de la persona. La investigació sociològica i epidemiològica posa de manifest que, al llarg de la vida, les persones adopten comportaments en relació amb la salut condicionats per la seva posició social, la seva capacitat financera, les xarxes socials i els valors i les actituds en què han estat socialitzats. Aquests últims cobren importància en etapes avançades de la trajectòria vital de les persones, on s'arrossegueu hàbits que han estat moltes vegades iniciats en etapes anteriors de la vida. Reflecteixen processos de socialització generacional en determinats moments de la història on certes pràctiques preventives, per exemple, no estaven tan generalitzades com en l'actualitat. Un bon exemple d'això és la higiene bucodental. Un 27% d'homes de 65 anys o més i un 13% de les dones no es raspallen les dents diàriament. És presumible que, en el passat, tampoc no ho fessin. Els models d'anàlisi multivariable realitzats revelen clarament que, a igualtat d'altres condicions, la socialització en la higiene bucodental és molt menys comuna en les classes treballadores.

Gràfic 5.14. Probabilitat de no raspallar-se les dents diàriament segons sexe i classe social (Persones de 65 i més anys)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: Tots els valors són significatius en relació a la classe social I. La classe I és la categoria de referència.

El consum de tabac reflecteix pautes de socialització per gènere. Un percentatge molt petit de dones fumen a aquestes edats avançades del cicle vital (2,5%). Són igualment poques les que no fumen ara, però ho van fer en el passat (3,7%). Durant molt temps, fumar va ser un hàbit fonamentalment masculí. Les poques dones que fumen en l'actualitat van ser pioneres en l'hàbit en el nostre país i provenien de les classes acomodades. Això explica que, a igualtat de condicions, existeixin diferències molt importants entre les diferents classes socials en la probabilitat que les dones fumin sobrepassat el llindar dels 65 anys. Així, la raó de probabilitats que una dona que pertany a la classe I fumi és 5,4 major que ho faci una de classe V. El consum de tabac en les dones està també relacionat amb el divorci. Probablement això és degut a l'existència d'una variable latent (que identifica un determinat perfil cultural femení), no capturada en el model, que correlaciona simultàniament amb haver-se divorciat i fumar.

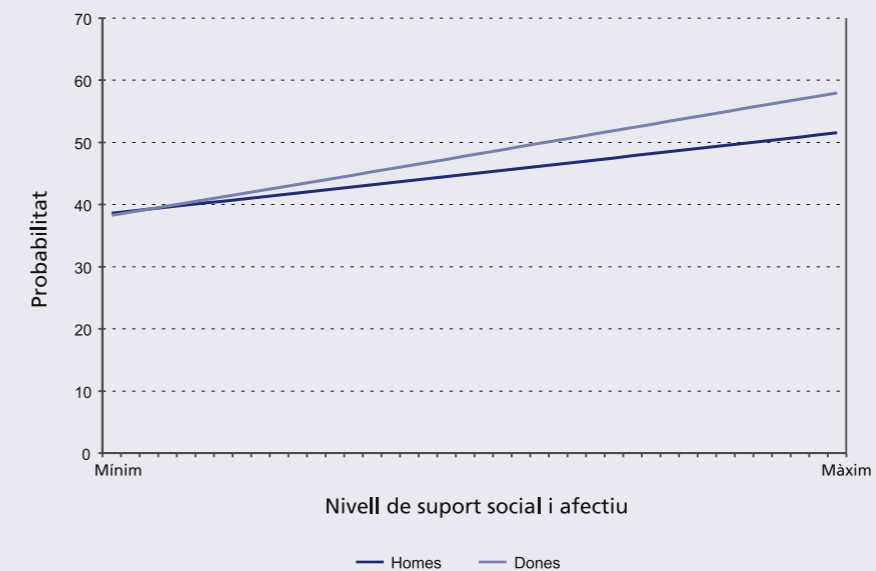
El 16% dels homes de 65 anys o més segueixen fumant. A hores d'ara, són molts els homes que, havent fumant en el passat, ja no ho fan. El 51% dels homes de 65 anys i més són exfumadors. A diferència del que succeeix en etapes anteriors del cicle vital, el consum de tabac en els homes en la tercera edat no està relacionat amb la classe social. A això contribueixen diversos fets. En primer lloc, durant cert temps, l'hàbit tabàquic ha estat generalitzat entre les diferents classes socials i no només en les més desfavorides. En segon lloc, a aquestes edats, un gran nombre d'antics fumadors de classes desfavorides han hagut de deixar de fumar per motius de salut o per prescripció mèdica. Finalment, és possible que l'impacte diferencial de la mortalitat atribuïble al tabac hagi suprimit diferències per classe observables en etapes anteriors del cicle vital.

La realització d'exercici físic procura múltiples beneficis per a la salut en la tercera edat. Afavoreix el manteniment de les funcions motores, enfortint els ossos i prevenint l'aparició d'artritis o malalties reumatoides. L'activitat física enforteix també el sistema circulatori, ajuda a reduir el colesterol, prevé l'obesitat i atenua el risc de desenvolupar malalties com la diabetis. S'han descrit també múltiples beneficis psicològics i socials que l'exercici procura en la tercera edat. Afavoreix el manteniment d'una vida activa, i, amb això, contribueix a preservar l'autoestima de la gent gran, els permet tenir relacions socials, amistats i interactuar amb persones de diferents edats; en definitiva promou el seu *empoderament*.

Els resultats de les nostres anàlisis posen de manifest que tant en dones com en homes la realització d'exercici en la tercera edat es concentra en les classes acomodades. Els homes de la classe IVb tenen una raó de probabilitats dues vegades menor que els de classe I, i la classe V la té un 95% més baixa. Entre les dones, les diferències són sem-

blants. Un factor estretament relacionat amb la realització de l'activitat física és el grau d'integració social. Les persones que presenten valors més alts en l'índex de suport social i afectiu tenen una probabilitat més alta de realitzar exercici físic.⁷⁶

Gràfic 5.15. Probabilitat de fer exercici físic, segons nivell de suport social i afectiu (Persones de 65 i més anys)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

76. La causalitat pot operar en ambdues direccions. És probable que les persones que viuen envoltades de persones que els procura afecte, ajuda i consells rebin també més estímuls per cuidar la seva salut a través d'una activitat beneficiosa com l'exercici físic. Però també el fet que la participació de la persona gran en activitats físiques contribueixi a reforçar les xarxes socials que li ofereixen el suport social i afectiu.

Taula 5.19. Factors socials associats als hàbits de la gent gran (65 i més anys)

| | Variables independents | | | | | | |
|---|--|------------|----------|---------------------------|--------|--|----------------------------------|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Solter/a | Divorciat/da o separat/da | Vidu/a | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu |
| No raspallar-se les dents diàriament | | | | | | | |
| Dona | + | | | | | - | - |
| Home | + | | + | | | | - |
| Fer exercici físic | | | | | | | |
| Dona | - | | | | | | + |
| Home | - | | | | | | + |
| Fumar | | | | | | | |
| Dona | - | + | | + | | | |
| Home | | | | | + | | - |
| Consum perillós d'alcohol | | | | | | | |
| Dona | | | | | - | | |
| Home | | | + | | + | | |
| No vacunar-se contra la grip | | | | | | | |
| Dona | | | + | | + | | |
| Home | | | + | + | | | |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes menys afavorides (IV, IVb i V).

Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades de que es produeixi el fenomen descrit.

b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

5.4.3. Salut mental en la gent gran

A la tercera edat, es concentren molts trastorns neurodegeneratius, com les demències senils o la malaltia de Parkinson. Segons càlculs d'un treball comparatiu d'Andlin-Sobocki *et al.* (2005), més de 500.000 persones més grans de 65 anys pateixen algun tipus de demència. Això equival a aproximadament al 7% de la població d'aquestes edats. Si hi sumem els casos de Parkinson (150.000 en el conjunt de la població) i altres malalties neurodegeneratives menys comunes (com l'esclerosi múltiple), la nostra estimació de prevalença s'acosta al 10% de la població d'aquestes edats. Desafortunadament, no es disposa d'informació específica per analitzar la vida d'aquests malalts. Bona part d'ells, no es troben en condicions de ser entrevistats en les enquestes convencionals. Per altra banda, es tracta de trastorns desencadenats per processos biològics en què els factors socials juguen un paper menor. La nostra anàlisi està centrada en determinants de malalties que tenen causes eminentment socials. Per això, en aquesta secció ens ocupem de trastorns mentals més comuns.

Les anàlisis realitzades suggereixen que, en aquestes etapes de la vida, els factors socioeconòmics perden la importància que van tenir en períodes anteriors per explicar la probabilitat de patir malestars i trastorns depressius, i cobren relleu circumstàncies personals i esdeveniments estressants en la vida de les persones. En el quadre resum, apareixen tres factors que empitjoren la salut mental. Un primer determinant són les condicions de l'habitatge i l'entorn proper. L'indicador utilitzat té, igual que succeeix en l'edat adulta, una influència positiva i estadísticament significativa sobre les dimensions analitzades. Un segon determinant important de salut mental en la tercera edat és estar vidu (i no viure amb una nova parella). Homes i dones més grans de 65 anys tenen una probabilitat més alta de sofrir símptomes de malestar sever i de consumir tranquil·litzants, relaxants i pastilles per dormir quan són vidus, encara que només les dones vídues presenten també una probabilitat més alta d'haver estat diagnosticades amb una depressió o un trastorn mental. El tercer determinant de malestar, que afecta fonamentalment les dones, són les hores de cura que dediquen a altres persones que viuen a la llar, especialment quan es tracta de discapacitats. Només un 3,1% de les dones d'aquestes edats declaren que cuiden un discapacitat en la seva llar. No obstant això, quan ho fan, la seva salut se'n ressent més com més intensa és la dedicació.

A igualtat d'edat, les dones més grans tenen una probabilitat més baixa de declarar que la seva salut és deficient quan estan solteres que quan estan casades o conviuen en parella; quan no tenen cura de majors de 74 anys, les condicions de l'habitatge i l'entorn que viuen són bones i poden comptar amb suport social i afectiu. La salut percebuda dels homes no està subjecta a la influència de l'estat civil i les càrregues familiars.

Taula 5.20. Factors socials associats a la salut mental de la gent gran (65 i més anys)

| | Variables independents | | | | | | | | |
|---|--|------------|----------|---------------------------|--------|--|----------------------------------|----------------------------------|---|
| | Classe social desfavorida ^(a) | Immigració | Solter/a | Divorciat/da o separat/da | Vidu/a | Problemes de l'habitatge i entorn proper | Índex de suport social i afectiu | Hores cura majors ^(c) | Hores cura discapacitats ^(c) |
| Síntomes de malestar sever | | | | | | | | | |
| Dona | | | - | | + | + | - | + | + |
| Home | +(b) | | - | | + | + | - | | |
| Consum de tranquil·litzants, relaxants, pastilles per dormir | | | | | | | | | |
| Dona | - | | | | + | + | - | - | |
| Home | | | | | + | | | - | + |
| Consum d'antidepressius, estimulants | | | | | | | | | |
| Dona | | | | | | + | - | | + |
| Home | | | | | | | | | |
| Depressió o trastorn mental diagnosticat per un metge | | | | | | | | | |
| Dona | | | | | + | + | - | | |
| Home | | | | | | + | | | |

Font: Elaboració CHIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Es considera que hi ha un efecte de classe social quan existeixen diferències significatives entre la classe I i alguna de les classes més desfavorides (IV, IVb i V).

Un signe positiu indica que les classes desfavorides tenen una probabilitat més alta que les classes més acomodades que es produeixi el fenomen descrit.

b) Només s'indiquen amb signe +/- els factors socials que són estadísticament significatius ($p < 0,05$).

c) Es refereix a gent gran i discapacitats que viuen a la llar.

5.4.4. Percepció subjectiva de la salut en la gent gran

L'anàlisi dels factors socials que expliquen desigualtats en salut autopercebuda confirma la importància de la classe social. No obstant això, els efectes de classe social, encara que estadísticament significatius, són menys pronunciats que en etapes anteriors de la trajectòria biogràfica. La possibilitat d'experimentar un "envelliment reeixit" des del punt de vista de la seva salut subjectiva depèn d'un conglomerat de circumstàncies addicionals. A igualtat d'edat, les dones més grans tenen una probabilitat més baixa de declarar que la seva salut és deficient quan estan solteres que quan estan casades o conviuen en parella; quan no tenen

cura de majors de 74 anys, les condicions de l'habitatge i l'entorn que viuen són bones i poden comptar amb suport social i afectiu. La salut percebuda dels homes no està subjecta a la influència de l'estat civil i les càrregues familiars.

Les desigualtats socioeconòmiques influeixen sobre la salut de les persones des del bressol (fins i tot hi ha raons per pensar que ho fan abans del part) fins a la tomba. La magnitud d'aquests efectes no és constant. Són poderosos en la infància i l'edat adulta, i una mica menys durant la joventut i les edats més avançades.

5.4.5. La salut en la gent gran: factors de risc i de protecció

L'evidència presentada en aquesta secció i les anteriors avala la idea que les desigualtats socioeconòmiques influeixen sobre la salut de les persones des del bressol (fins i tot hi ha raons per pensar que ho fan abans del part) fins a la tomba. No obstant això, la magnitud d'aquests efectes no és constant. Són poderosos en la infància i l'edat adulta, i una mica menys durant la joventut i les edats més avançades. Els mecanismes per explicar aquestes diferències són difícils de dilucidar. Es tracta de dos períodes clarament diferenciats des del punt de vista biològic: la joventut és una etapa de plenitud física; l'ancianitat, una de declivi. Aparentment, els cossos són més maleables per forces socials durant les etapes de la vida a les quals no s'expressen amb tota contundència (en una direcció o altra) les determinacions biològiques. Ara bé, els resultats examinats en aquesta secció posen de manifest que fins i tot en els moments que la programació genètica dels éssers humans sembla disposada a imposar la seva llei, emergeixen desigualtats en la salut que reflecteixen clarament la influència de factors socials. L'envelliment és un fenomen universal, però la manera en què envellim no. Les nostres trajectòries socioeconòmiques condicionen l'estat de salut en què ens trobem a les portes de la tercera edat (condiciona fins i tot si hem tingut l'oportunitat d'arribar a aquestes edats avançades del cicle vital), els anys que tenim per davant i les condicions físiques i socials en què anem a viure'ls. Existeix un consens cada vegada més ampli que reconeix que l'"envelliment reeixit" és possible, però sembla evident que, en alguns grups socials, és molt més difícil d'assolir que en uns altres.

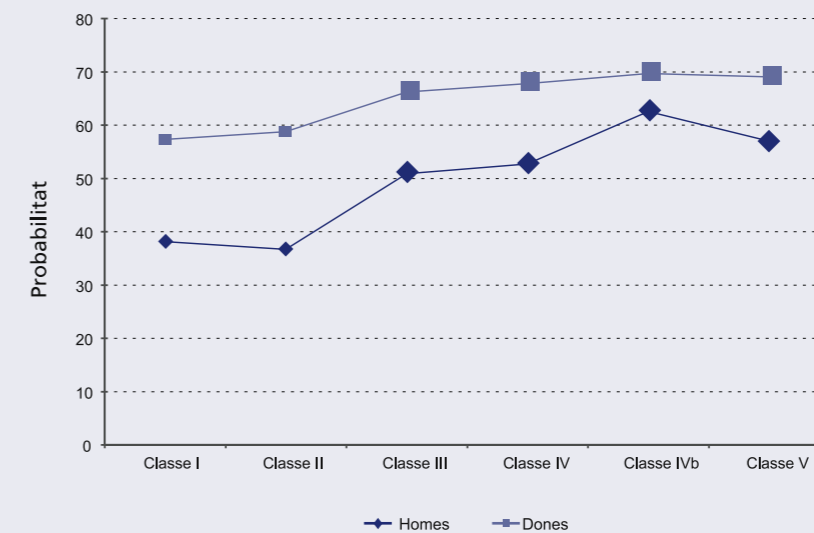
Els resultats examinats suggereixen també que l'experiència d'envellir està estretament lligada als contextos familiars i socials en què aquest procés té lloc. El desgast físic que produeix l'envelliment té repercussions diferents sobre la salut de les persones en funció de la seva situació familiar, les càrregues domèstiques i de cures que suporta i el nivell de suport social i afectiu que rep. Les dades presentades avalen inequívocament la idea que les desigualtats en els rols de gènere dintre de l'àmbit familiar són responsables de desigualtats en salut. En aquest sentit, les estructures de repartiment de responsabilitats que persisteixen en famílies tradicionals tenen conseqüències nocives per a la salut de les dones. És presumible que aquests efectes es moderin amb el pas dels anys, a mesura que famílies més igualitàries travessin el llindar de la tercera edat.

Tot això no és obstacle per reafirmar la contribució que les relacions socials –i, en particular, les familiars– realitzen a la salut de les persones. El suport social i afectiu és tant o més fonamental per a la salut en etapes avançades de la vida. Als efectes directes sobre la salut que procura la integració social, cal afegir els derivats de les labors d'assistència que, en moments de més vulnerabilitat física, obtenen les persones que poden comptar amb xarxes

de familiars i amics. En una societat familiarista com la nostra, la malaltia és un assumpte que no només concerneix a qui la pateix, sinó a diversos membres de la família (majoritàriament femenins). La família es configura moltes vegades com a unitat de prestació de cures a persones dependents i com a unitat de gestió i intermediació entre els malalts i les institucions sanitàries on aquests reben prestacions. A la llum de tot això, no resulta sorprenent que les persones grans que reben suport social i afectiu de familiars i amics tendeixin a tenir una percepció més favorable de la seva salut.

Les nostres trajectòries socioeconòmiques condicionen l'estat de salut en què ens trobem a les portes de la tercera edat (condiciona fins i tot si hem tingut l'oportunitat d'arribar a aquestes edats avançades del cicle vital), els anys que tenim per davant i les condicions físiques i socials en què anem a viure'ls.

Gràfic 5.16. Probabilitat de tenir una percepció de salut deficient segons classe social i sexe (Persones de 65 i més anys)

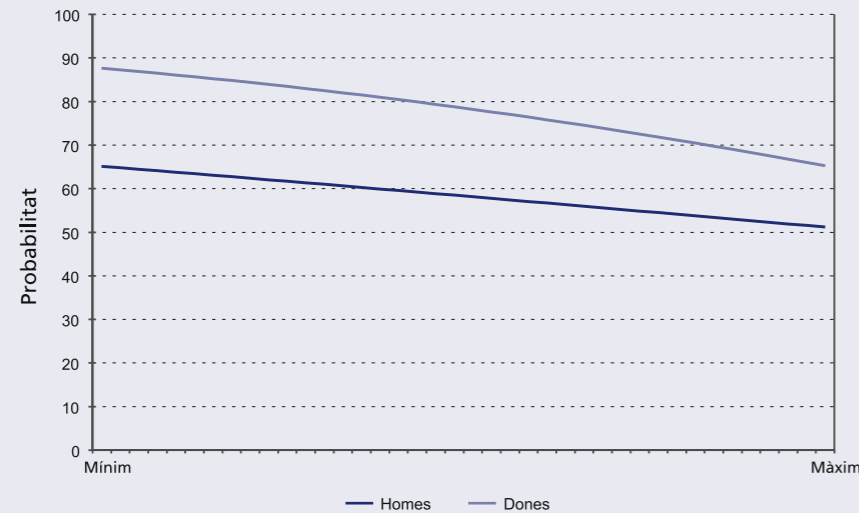


Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: Els punts corresponents als valors de cada classe social que tenen major grandària indiquen que les diferències són significatives amb la classe I.

La família es configura moltes vegades com a unitat de prestació de cures a persones dependents i com a unitat de gestió i intermediació entre els malalts i les institucions sanitàries on aquests reben prestacions. A la llum de tot això, no resulta sorprenent que les persones grans que reben suport social i afectiu de familiars i amics tendixin a tenir una percepció més favorable de la seva salut.

Gràfic 5.17. Probabilitat de tenir una percepció de salut deficient segons grau de suport social i afectiu (Persones de 65 i més anys)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.5. Les conseqüències econòmiques d'una mala salut

La majoria dels estudis que analitzen estadísticament la relació entre la situació socioeconòmica i la salut s'ocupen exclusivament de l'impacte de la primera sobre la segona. Pocs s'interessen per les implicacions socioeconòmiques d'una mala salut. Una excepció són els estudis que analitzen les conseqüències a llarg termini de la mala salut a la infància.⁷⁷ La salut és vista com una de les variables intervinents que influeixen en la relació entre pobresa i les trajectòries personals dels infants. Els nens/es que provenen d'entorns desfavorits tenen una probabilitat més alta d'haver nascut amb baix pes i presentar problemes de salut en els primers anys de vida. Aquesta salut precària té implicacions en altres àmbits de la vida. Els nens/es que han experimentat situacions de malaltia crònica durant la infància arriben a les portes de l'edat adulta amb assoliments educatius més baixos i, per tant, amb oportunitats més limitades en el mercat laboral

(Case, Lubotsky i Paxson, 2002).⁷⁸ Els mecanismes que provoquen la disminució de l'assoliment educatiu poden ser diversos. D'una banda, els nens/es amb salut precària passen més dies a casa i menys a l'escola, dificultant el seguiment de les classes. D'altra banda, algunes malalties poden afectar les capacitats cognitives de les persones, limitant el seu rendiment acadèmic. Per exemple, un estudi de Golstein (1993) evidencia que la major proclivitat dels menors de llars pobres a tenir una sèrie de problemes de salut en la infància (baix pes, elevats nivells de plom en sang, infeccions d'oïda i anèmia) són responsables d'una part significativa de la diferència (entre el 13% i el 20%) als coeficients d'intel·ligència observats quan tenen quatre anys.

L'impacte de la salut sobre la situació socioeconòmica és també rellevant en edats més avançades, però ha estat objecte d'atenció escassa. Emmalaltir comporta costos econòmics. Alguns són directes. Així, algunes persones es veuen obligades a sufragar l'atenció sanitària en la seva totalitat o en part (per exemple, a través de copagaments de medicaments). A societats de benestar com la nostra, els sistemes sanitaris públics mitiguen considerablement aquestes càrregues, però no les eliminen. Al nostre sistema de benestar, algunes persones gaudeixen de drets de ciutadania més amplis que uns altres. Per exemple, la intensitat protectora del sistema sanitari és més alta per a les persones majors que per als joves, amb independència de les seves necessitats. La Seguretat Social sufraga la totalitat dels costos sanitaris més comuns de les persones jubilades, inclosa la medicació, el que no fa amb col·lectius més joves, que es veuen obligats a afrontar part dels costos que generen els seus problemes de salut (o excloent de l'accés al sistema sanitari públic a persones indocumentades). Una altra forma que els problemes de salut afecten a la situació financera de les persones és reduint la seva capacitat de treballar. Aquesta reducció pot venir compensada si un altre membre de la llar augmenta les contribucions que realitza o la llar es beneficia d'algun tipus de prestació associat a la malaltia. En molts casos els efectes compensatoris no són suficients per a restituir la situació inicial. Finalment, és possible que els trastorns i discapacitats suscitin actituds de desconfiança, rebuig o discriminació, que penalitzin als afectats/des (provocant, per exemple, la relegació a tasques i responsabilitats menys remunerades) o limitin la seva capacitat per a obtenir recompenses socials i econòmiques a les quals, en una altra situació serien creditors (per exemple, ascens laboral).

77. Moltes vegades provocada per condicions socials adverses.

78. Segons el treball de Case, Lubotsky i Paxson, l'efecte de la mala salut infantil sobre l'èxit educatiu és més gran en els infants de classes socials més baixes.

En un estudi recent, Sebastià Sarassa (2008) posa de manifest que la mala salut és un factor important per a explicar la pèrdua del nivell de vida de les persones en situació precària. L'anàlisi de Sarassa es basa en informació retrospectiva, obtinguda a partir de les respostes a una pregunta inclosa en l'Enquesta FOESSA 2008, que interroga als entrevistats si, en comparació a fa deu anys, el seu nivell de vida ha empitjorat, roman igual o ha millorat. La conclusió a la qual arriba a través d'una anàlisi multivariable, que controla una multiplicitat d'efectes, és que els problemes de salut són una causa d'empitjorament en el nivell de vida, tot i que només quan els problemes de salut afecten als homes.

L'anàlisi que presentem a continuació ofereix una visió complementària, que persegueix reconstruir els efectes de la mala salut en l'àmbit laboral. Utilitzem el Pànel de Llars de la Unió Europea (PHOGUE) per a analitzar l'evolució de la situació sociolaboral de treballadors/es de 16 a 60 anys entre un període inicial (t0: 1998), un any després (t1:1999) i tres anys després (t3:2001) en funció de la percepció de salut que els entrevistats/des alberguen en t0.⁷⁹ S'analitzen tres transicions: passar de tenir un salari precari (*low-paid job*) a un no precari⁸⁰, passar de tenir un salari no precari a tenir-lo precari, passar de tenir contracte precari (temporal, d'aprenentatge, o sense contracte) a tenir un contracte indefinit. Els resultats es mostren a les taules:

Taula 5.21. Transicions entre ocupacions de treballadors amb diferents nivells salarials i de salut subjectiva

| | Estat de salut subjectiu: | 1999 | | | | 2001 | | | |
|--|---------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------|------|----------------|-------------------|-------------|------|
| | | Salari precari ^(a) | Salari no precari | Inactivitat | Atur | Salari precari | Salari no precari | Inactivitat | Atur |
| Treballadors amb salari precari al 1998 | Molt bo | 47% | 40% | 5,2% | 8,4% | 40% | 49% | 2,8% | 8,3% |
| | Bo | 50 | 34 | 6,3 | 9,3 | 39 | 44 | 6,9 | 10 |
| | Acceptable | 48 | 27 | 17 | 8,2 | 44 | 40 | 12 | 4,5 |
| | Dolent/Molt dolent | 42 | 13 | 32 | 13 | 41 | 13 | 32 | 15 |
| Treballadors amb salari no precari al 1998 | Molt bo | 5,4 | 91 | 2,1 | 1,6 | 6,9 | 87 | 3,1 | 2,7 |
| | Bo | 7,6 | 88 | 1,3 | 2,8 | 8,0 | 86 | 3,6 | 2,3 |
| | Acceptable | 4,7 | 88 | 4,7 | 2,4 | 5,8 | 86 | 6,1 | 2,6 |
| | Dolent/Molt dolent | 18 | 68 | 13 | 1,3 | 18 | 61 | 20 | 1,6 |

Font: Elaboració CIIMU segons dades de PHOGUE 1998, 1999 i 2001.

Nota: a) Un "salari precari" és aquell inferior a dos tercers parts de la mitjana salarial.

79. Desafortunadament, fins que estigui disponible el fitxer longitudinal de l'"Encuesta de Condiciones de Vida", no disposem de dades més actualitzades.

80. Un assalariat/da precari és el que rep una remuneració inferior a dos terços de la renda salarial mitja al país.

Els resultats confirmen que la situació laboral de la majoria de persones amb mala salut ha empitjorat, o com a mínim no ha millorat en la mateixa mesura que millora amb el pas del temps la d'altres persones que no manifesten problemes de salut. Així, els treballadors amb mala o molt mala salut tenen més dificultats per a aconseguir sortir de la precarietat salarial. El percentatge que ho aconsegueix després d'un any és del 13%. En tres anys el percentatge és semblant.⁸¹ Una de cada tres persones amb baixa remuneració i mala o molt mala salut acaba fora del mercat de treball. Aquesta proporció és major en les dones i en els treballadors d'edat més avançada. Prop d'un 15% dels treballadors que tenien un salari baix es veu abocat a una situació d'atur. Entre les persones amb salari precari i bona salut, la proporció que transita a una situació d'inactivitat o atur un o tres anys després és bastant més baixa.

La immensa majoria de les persones que tenien un salari no precari el 1998 segueixen en la mateixa situació el 1999. El percentatge es redueix a poc més de dos tercers parts entre els qui tenen salut dolenta i molt dolenta. El 17,6% de les persones amb mala salut que tenien un salari alt passen a tenir-lo baix, el 13,2% passen a la inactivitat i un 1,3% estan en situació d'atur.⁸² El 2001, la pèrdua d'estatus afecta fins i tot a més persones. Un de cada quatre ha passat a la inactivitat. Aquesta situació torna a ser habitual entre els treballadors/es d'edat avançada.

En situació de salut dolenta o molt dolenta, el risc d'abandonament del mercat laboral és més elevat si el treballador/a es troba en una situació precària. El percentatge de persones amb salut "acceptable" o "dolenta i molt dolenta" que acaben en situació d'inactivitat és més elevat quan tenen un salari precari. El cost d'oportunitat de passar a una situació d'inactivitat és més baix, sobretot si el treballador/a té la possibilitat d'accedir a prestacions socials que compensen la pèrdua salarial.

L'últim aspecte analitzat és l'evolució de la situació contractual de les persones que tenen un contracte precari (temporal, d'aprenentatge o sense contracte). Com pot observar-se a la Taula 5.22, existeixen diferències significatives entre persones amb diferent estat de salut subjectiu en la proporció que passen de tenir un contracte precari a tenir un contracte indefinit en un any i, sobretot, en tres anys. Després de tres anys, més de la meitat de les persones amb molt bona salut el 1998 han aconseguit un contracte indefinit.⁸³ Només un 14,8% de les persones amb salut dolenta i molt dolenta es troben en aquesta situació. El 21,9% han abandonat el mercat laboral i el 18,8% es troben en situació d'atur.

Taula 5.22. Transicions de sortida de contracte precari segons estat subjectiu de salut

| | Estat subjectiu de salut | 1999 | | | | 2001 | | | |
|-------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|-------------|------|-------------------|---------------------|-------------|------|
| | | Contracte precari | Contracte indefinit | Inactivitat | Atur | Contracte precari | Contracte indefinit | Inactivitat | Atur |
| Contracte precari | Molt bó | 56% | 29% | 6,9% | 8,9% | 33% | 53% | 3,9% | 10% |
| | Bó | 52 | 30 | 6,2 | 12 | 39 | 45 | 6,8 | 9 |
| | Acceptable | 50 | 29 | 13 | 8,0 | 44 | 39 | 9,8 | 7,2 |
| | Dolent/Molt dolent | 45 | 18 | 23 | 14 | 45 | 15 | 22 | 19 |

Font: Elaboració CIIMU segons dades de PHOGUE 1998, 1999 i 2001.

81. Les diferències entre treballadors/es amb mala salut i els que la tenen bona o molt bona a la probabilitat de tenir salari no precari després d'un a tres anys són estadísticament significatives. Per arribar a aquesta conclusió s'ha estimat un model prohibit amb correcció de Heckman, per a controlar els biaixos provocats per l'abandonament diferencial del mercat laboral de treballadors/es amb mala salut. Les persones amb mala i molt mala salut tenen una probabilitat més baixa de passar a tenir un salari precari a tenir un no precari, a igualtat de condicions de gènere, edat, estat civil, nivell educatiu, nivell salarial a 1998, tipus de contracte i experiència laboral.

82. L'efecte estadístic també és significatiu si s'estima amb una regressió multivariable prohibit amb correcció de Heckman.

83. La diferència entre els treballadors/es amb mala i molt mala salut i els treballadors/es amb salut molt bona és estadísticament significativa en una anàlisi multivariable prohibit amb correcció de Heckman.

Els problemes de salut són més habituals entre les persones l'exclusió de les quals és el producte de la combinació de diversos factors de risc.

La salut és un recurs de cabdal importància per a prosperar en el mercat de treball. Un percentatge considerable de persones que treballen i declaren que la seva salut és deficient acaben abocats a situacions d'atur o inactivitat, sobretot si la seva posició laboral és precària. A això pot contribuir el conegut com “efecte desànim”. Una mala salut provoca que treballadors/es amb horitzons laborals incerts prefereixin abandonar el mercat de treball o busquin treball amb poca intensitat si cauen en situació d'atur (engrossint moltes vegades l'atur de llarga durada). La decisió de seguir treballant està subjecta a condicionaments derivats tant de la possibilitat de seguir desenvolupant les tasques encomanades en el mateix lloc de treball o en un altre diferent (que s'acomodi millor a les circumstàncies personals) com dels incentius per a acollir-se a sistemes de protecció existents (prestacions públiques, ajuda familiar, etc.).

5.6. Acumulació de riscos i exclusió social

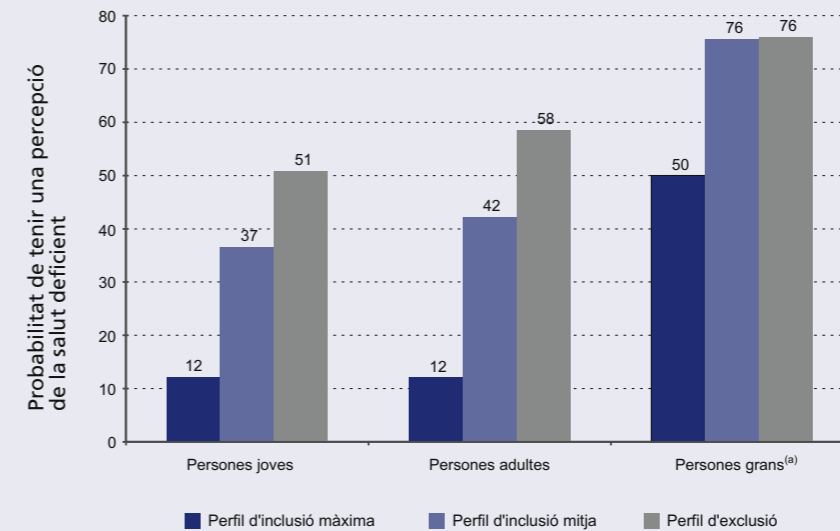
L'exclusió social té un caràcter multidimensional. Abasta diverses cares de la vulnerabilitat i la limitació: vulnerabilitat econòmica (manca d'ingressos, privació de certs béns i serveis bàsics, dificultats per a afrontar pagaments); vulnerabilitat laboral (precarietat contractual, falta d'oportunitats de promoció, risc de patir un accident laboral), dèficits d'integració social (aïllament, falta de suport afectiu), falta d'accés al benestar públic (a la sanitat, l'habitatge, els Serveis Socials) i restriccions a la participació social i política.

Aquestes “exclusions” rarament es presenten soles. Moltes vegades es presenten interrelacionades i es reforcen mútuament. És una il·lustració de l'anomenat principi de Mateu, en referència a un passatge bíblic de l'Evangeli (Mateu 25:29) en el que es parla de l'acumulació de recursos en mans dels qui ja tenen: “al que més té, més se li donarà; i al que menys tingui, encara el poc que tingui se li llevarà”. Segons aquest principi, aplicat per primera vegada pel sociòleg nord-americà Robert Merton a l'estudi de les ciències socials, els avantatges i desavantatges socials tendeixen a consolidar-se de manera que la bretxa inicial entre els més afortunats (gràcies a la seva capacitat, recursos disponibles o estatus social) i els menys afortunats tendeix a eixamplar-se amb el pas del temps. Els problemes mai vénen sols, i quan es presenten conjuntament accentuen les dificultats existents i creen altres de noves. Els problemes de salut són més habituals entre les persones l'exclusió de les quals és el producte de la combinació de diversos factors de risc.

Els Gràfics 5.18 i 5.19 mostren tres perfils d'inclusió diferenciats en les tres etapes del cicle vital examinades. Les columnes indiquen la probabilitat que l'entrevistat consideri que la seva salut és deficient (regular, dolenta o molt dolenta). Els perfils tenen un caràcter acu-

mulatiu. El perfil d'inclusió màxim descriu a una dona o home en una situació social poc vulnerable. La seva “capacitat de funcionament” (Sen 1995) dintre de la societat és òptima. En contrast, el perfil d'exclusió descriu individus que acumulen un nombre elevat de situacions de vulnerabilitat, dificultat i limitacions, condicionades pels factors de desigualtat analitzats anteriorment. Entre l'un i l'altre, s'inclou un perfil d'inclusió mitjà, que combina factors que empenyen en diferents direccions pel que fa a la salut. Els resultats evidencien que l'acumulació de circumstàncies adverses té un impacte considerable sobre la salut. Aquest impacte és molt fort en les edats intermèdies del cicle vital, i menys gran en edats avançades, on ja la meitat de les persones grans del perfil d'inclusió màxima perceben la seva salut com a deficient. En tot cas, existeix una fractura entre col·lectius plenament integrats i exclosos que troba en l'estat de salut una expressió diàfana.

Gràfic 5.18. Percepció subjectiva de la salut segons perfils d'exclusió a diferents etapes del cicle de vida de les dones



Perfil d'inclusió màxima: dona, nascuda a Espanya, casada, empleada, suport social i afectiu màxim, classe social alta (classe I).

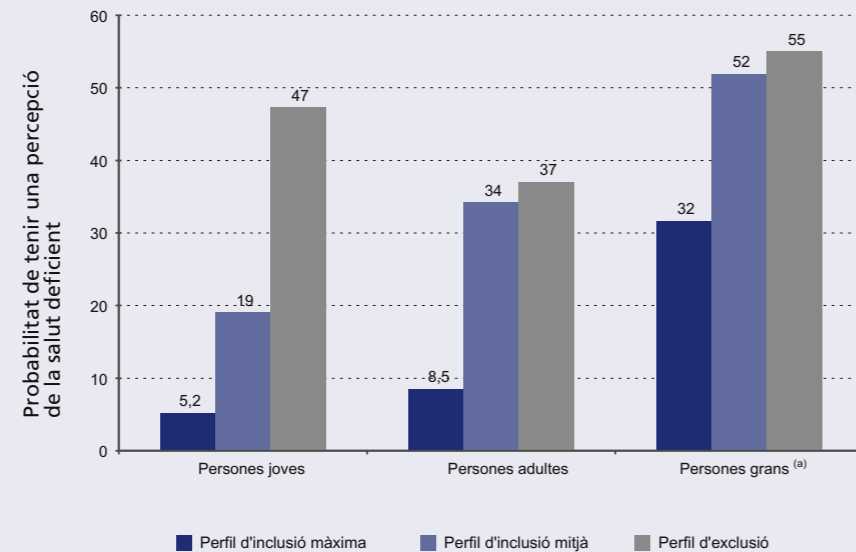
Perfil d'inclusió mitja: dona, nascuda a Espanya, casada, aturada, suport social i afectiu baix, classe social mitja (classe III).

Perfil d'exclusió: dona, immigrant, divorciada, aturada, suport social i afectiu baix, classe social baixa (classe V).

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) En el cas de les persones grans el perfil d'exclusió màxima s'ha construït amb una dona, nascuda a Espanya, vídua, suport social i afectiu baix, classe social baixa (classe V). No s'inclou la variable "situació laboral" al model.

Gràfic 5.19. Percepció subjectiva de la salut segons perfils d'exclusió a diferents etapes del cicle de vida dels homes



Perfil d'inclusió màxima: home, nascut a Espanya, casat, empleat, suport social i afectiu màxim, classe social alta (classe I).

Perfil d'inclusió mitjà: home, nascut a Espanya, casat, aturat, suport social i afectiu baix, classe social mitja (classe III).

Perfil d'exclusió: home, immigrant, divorciat, aturat, suport social i afectiu baix, classe social baixa (classe V).

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) En el cas de les persones grans el perfil d'exclusió màxima s'ha construït amb un home nascut a Espanya, vidu, suport social i afectiu baix, classe social baixa (classe V). No s'inclou la variable "situació laboral" al model.

Les Taules 5.23 i 5.24 presenten la probabilitat de tenir un conjunt de problemes de salut i incórrer en hàbits poc saludables entre dones i homes de mitjana edat (35-49 anys) amb diferents “perfils d’inclusió”. Les probabilitats s’estimen a partir dels resultats de les regressions multivariables utilitzades a les anàlisis prèvies. Com s’espera, tret de petites excepcions, les probabilitats observades dibuixen una tendència a l’augment dels problemes de salut quan els factors de risc es conjuguen. Una proporció molt elevada de persones als perfils 3, 4 i 5 presenten problemes de salut, incorren en hàbits perjudicials per a la seva salut i tenen risc de patir símptomes de malestar. Per exemple, en el perfil 5, aproximadament un de cada tres homes han vist limitades les seves activitats habituals per una malaltia crònica, el 71% fumen, i un de cada quatre tenen una depressió diagnosticada per un metge. Entre les dones, un 40% han vist limitades les seves activitats habituals, més de la meitat fumen i un 43% han estat diagnosticades amb una depressió. El principal factor de distorsió d’aquesta tendència a l’augment dels problemes de salut quan es combinen situacions de risc és la immigració. La població immigrant d’aquestes edats tendeix a presentar millor salut. Això és degut al fet que les persones que s’embarquen en un projecte migratori (especialment si aquest és recent, com ocorre a Espanya) han estat “seleccionades” en origen. No solen emigrar les persones amb problemes seriosos de salut, o almenys no en una primera fase.⁸⁴

84. És possible que alguns es beneficiïn del dret a la reunificació familiar.

Taula 5.23. Efectes acumulats de l'exclusió (Dona de 35 a 49 anys)

| Perfils d'exclusió | Morbilitat | | | Hàbits | | Salut mental | |
|---------------------------------|------------|---------------|---------------------------------|--------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| | Obesitat | Mal d'esquena | Limitació de l'activitat diària | Fumar | No raspallar-se les dents a diari | Síntomes de malestar sever | Depressió diagnosticada |
| Perfil d'inclusió màxima | 4,5 | 29 | 16 | 32 | 0,5 | 8,1 | 9,2 |
| Perfil d'inclusió 1 | 8,8 | 34 | 21 | 33 | 1,5 | 11 | 11 |
| Perfil d'inclusió 2 | 9,6 | 49 | 30 | 35 | 3,2 | 48 | 22 |
| Perfil d'inclusió 3 | 10 | 54 | 34 | 36 | 1,5 | 57 | 27 |
| Perfil d'inclusió 4 | 7,6 | 55 | 39 | 56 | 0,8 | 64 | 36 |
| Perfil d'inclusió 5 | 16 | 58 | 40 | 57 | 1,7 | 70 | 43 |
| Perfil d'exclusió màxima | 19 | 51 | 33 | 56 | 0,8 | 74 | 34 |

Perfil d'inclusió màxima: Dona de 35 a 49 anys, espanyola, casada, empleada, suport social màxim, classe social alta (classe I).

Perfil d'inclusió 1: Dona de 35 a 49 anys, espanyola, casada, empleada, suport social màxim, classe social mitja (classe III).

Perfil d'inclusió 2: Dona de 35 a 49 anys, espanyola, casada, empleada, suport social baix, classe social mitja (classe III).

Perfil d'inclusió 3: Dona de 35 a 49 anys, espanyola, casada, aturada, suport social baix, classe social mitja (classe III).

Perfil d'inclusió 4: Dona de 35 a 49 anys, espanyola, divorciada, aturada, suport social baix, classe social mitja (classe III).

Perfil d'inclusió 5: Dona de 35 a 49 anys, espanyola, divorciada, aturada, suport social baix, classe social baixa (classe V).

Perfil d'exclusió màxima: Dona de 35 a 49 anys, immigrant, divorciada, aturada, suport social baix, classe social baixa (classe V).

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Taula 5.24. Efectes acumulats de l'exclusió (Home de 35 a 49 anys)

| Perfils d'exclusió | Morbilitat | | | Hàbits | | Salut mental | |
|---------------------------------|------------|---------------|---------------------------------|--------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| | Obesitat | Mal d'esquena | Limitació de l'activitat diària | Fumar | No raspallar-se les dents a diari | Síntomes de malestar sever | Depressió diagnosticada |
| Perfil d'inclusió màxima | 13 | 20 | 16 | 29 | 2,7 | 7,2 | 4,3 |
| Perfil d'inclusió 1 | 17 | 25 | 18 | 38 | 8,9 | 9,1 | 5,3 |
| Perfil d'inclusió 2 | 19 | 33 | 26 | 41 | 15 | 37 | 12 |
| Perfil d'inclusió 3 | 17 | 35 | 36 | 49 | 19 | 64 | 17 |
| Perfil d'inclusió 4 | 14 | 29 | 33 | 61 | 11 | 64 | 25 |
| Perfil d'inclusió 5 | 14 | 31 | 33 | 71 | 22 | 63 | 21 |
| Perfil d'exclusió màxima | 12 | 22 | 19 | 61 | 8,1 | 56 | 15 |

Perfil d'inclusió màxima: Home de 35 a 49 anys, espanyol, casat, empleat, suport social màxim, classe social alta (classe I).

Perfil d'inclusió 1: Home de 35 a 49 anys, espanyol, casat, empleat, suport social màxim, classe social mitja (classe III).

Perfil d'inclusió 2: Home de 35 a 49 anys, espanyol, casat, empleat, suport social baix, classe social mitja (classe III).

Perfil d'inclusió 3: Home de 35 a 49 anys, espanyol, casat, aturat, suport social baix, classe social mitja (classe III).

Perfil d'inclusió 4: Home de 35 a 49 anys, espanyol, divorciat, aturat, suport social baix, classe social mitja (classe III).

Perfil d'inclusió 5: Home de 35 a 49 anys, espanyol, divorciat, aturat, suport social baix, classe social baixa (classe V).

Perfil d'exclusió màxima: Home de 35 a 49 anys, immigrant, divorciat, aturat, suport social baix, classe social baixa (classe V).

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Les condicions de vida en les que viuen certs col·lectius desfavorits són causa d'acumulació de factors de risc per a la salut. Aquests problemes de salut poden agreujar, alhora, altres riscos, sumint a qui els pateix en una espiral de la qual resulta difícil sortir. L'exclusió social és un procés social que comporta l'allunyament progressiu d'una situació d'integració social. En aquest procés la salut es ressent, el que dificulta la reintegració social.

5.7. Recapitulació

Els ciutadans/es espanyols gaudeixen, en general, d'un bon estat de salut. La majoria dels indicadors de morbi-mortalitat ens situen en un lloc privilegiat en els rànquings que publiquen els organismes internacionals. No obstant això, les anàlisis presentades aquí evidencien l'existència de desigualtats considerables en l'estat de salut de diferents grups socials. Certs grups vulnerables tenen un risc significativament més elevat de presentar problemes de salut.

Donada l'estreta correlació entre estat de salut i edat, la nostra anàlisi s'ha centrat en l'estudi de desigualtats en salut en diferents etapes del cicle vital. Cadascuna d'aquestes etapes presenta riscos específics, que afecten més a alguns grups socials que a uns altres. En totes les etapes, la classe social és un determinant de primer ordre de la probabilitat de patir un problema de salut. Les condicions materials en que viuen les persones (i han viscut en el passat) i els estils de vida que desenvolupen en contextos socials de precarietat, tenen influència en diverses dimensions de la salut, encara que la magnitud d'aquesta influència varia. Per la seva importància, cal destacar els efectes de classe en la infància -l'herència social amb que es troba el nen/a -perquè condicionen en molts sentits les oportunitats vitals de les persones. Els problemes de salut en la infància i els hàbits que s'adquireixen durant aquesta etapa tenen un impacte durador sobre la salut, i probablement sobre riscos d'exclusió associats amb la salut.

En etapes més avançades de la biografia de les persones s'accentuen les desigualtats de salut en diverses dimensions. L'efecte continuat i acumulatiu de factors de risc entre els grups econòmicament més vulnerables propicia el deteriorament de la salut durant la vida adulta, que s'expressa en la major prevalença de malalties cròniques de tot tipus i problemes de salut mental. Són anys on episodis "estressants" poden danyar la salut, contribuint a intensificar altres riscos. Fenòmens com l'atur o el divorci poden convertir-se en el desencadenant de situacions de malestar psicològic sever, depressió diagnosticada i consum de fàrmacs per a tractar problemes d'ansietat i depressió. Homes i dones viuen aquests processos de forma diferenciada i ofereixen respostes distintes pel que fa a la recerca de solucions terapèutiques o l'adopció d'estratègies alternatives per a tractar els seus problemes.

Al llarg de tot el curs vital, existeix una associació consistent entre el suport social i afectiu que reben les persones (principalment dintre de la família) i el seu estat de salut, tant objectiva com subjectiva. L'estat de salut de les persones depèn, en bona mesura, que puguin comptar amb amics i familiars que es preocupin per ells, se sentin estimades i recolzades en cas de necessitat, i estiguin integrades en xarxes d'oci. Els vincles socials enforteixen la fisiologia de les persones, esmorteixen l'efecte de tensions ambientals, coadjuven a reparar els danys produïts per episodis estressants i acceleren la recuperació de les persones convalescents. Les xarxes socials constitueixen el món de referències dels individus i orienten els seus comportaments en matèria de salut. Defineixen les formes d'autoatenció i autocura, els estils de vida i l'accés als recursos sanitaris.



6. EDUCACIÓ I EXCLUSIÓ

6.1. Educació i riscos socials

En els últims anys, la formació ha adquirit un paper d'extraordinària rellevància en la discussió pública i acadèmica a Europa. En el debat públic, a Espanya i a altres països s'ha estès la idea que, d'una banda, el benestar futur dels joves i dels treballadors/es i, d'una altra, la competitivitat del país en l'economia global vindran determinats per la capacitat col·lectiva de millorar l'accés a la informació i al coneixement. En la difusió d'aquests discursos ha influït un ventall ampli de teòrics sobre la societat del futur, així com les organitzacions internacionals que donen com a bons els seus arguments sobre la importància cabdal dels nivells de formació dels individus i de les societats, en el seu conjunt, en els escenaris socials que s'acosten. La majoria d'aquests discursos coincideixen a reclamar a les administracions públiques la tasca de minimitzar els riscos d'exclusió que duen units els desavantatges educatius. Des d'aquest punt de vista, el sistema educatiu ha d'impedir que els joves i els adults vegin minvades les seves oportunitats de progrés al llarg de la vida a causa del fet de no haver obtingut credencials educatives adequades i presentar limitacions importants en aspectes cognitius i d'actitud per a la seva inserció social i laboral.⁸⁵ En el nou context de les societats de la informació i del coneixement, el gran repte dels sistemes educatius és aconseguir col·locar el màxim nombre de joves i persones adultes en situació de participar activament en espais productius i socials que estan canviant ràpidament, dotant-los de noves habilitats i competències per adaptar-se de forma eficaç a aquests canvis.

La formació de les persones té implicacions crucials en la seva vida. L'educació capacita els individus per desenvolupar tasques professionals, acredita les persones per ocupar certes funcions, en facilita l'adaptació al món del treball en un context en què el coneixement i la informació ocupen un lloc central en l'espai productiu, i millora, en general, els beneficis i les recompenses que procura el treball (des d'un punt de vista contractual, salarial, d'oportunitats de promoció, etc.). Però l'educació acostuma a ser, a més, un criteri avaluatiu, que influeix també en la definició dels individus i en el seu estatus social (Bourdieu, 1977, 1984). La categorització de les persones segons el seu nivell educatiu es converteix sovint en un índex que informa sobre les disposicions, preferències i orientacions estètiques i morals que tenen, utilitzat sovint com una forma de calibrar la seva "vàlua". Com a criteri de categorització, serveix per fer "distincions" socials i pot convertir-se en un poderós mecanisme de

85. No obstant això, algunes dades suggereixen que la idea que el fracàs escolar duu gairebé irremissiblement a exclusió social, implícita en aquests discursos, és una exageració. Vegeu, per exemple, Carabaña, 2004.

tancament. Estar mancat de certs coneixements, ser incapaç de gestionar recursos culturals considerats “valuosos” (certes formes de llenguatge, certes exhibicions de “bon gust”) o mostrar-se insensible a la qualitat estètica o moral de productes de “cultura elevada” (la música clàssica, la literatura, etc.) limita les oportunitats en alguns àmbits socials.⁸⁶ En el cas extrem, els dèficits educatius poden portar a l'estigmatització i l'exclusió de certs drets de ciutadania.

Des d'un altre punt de vista, l'educació crea individus actius, confiats i responsables, coneixedors dels seus drets, vigilants i exigents amb els seus governs. La qualitat dels serveis públics de benestar depèn de l'existència d'una massa crítica de persones amb un nivell d'educació elevat que els utilitzi, preparades i motivades per exigir allò a què creuen tenir dret i queixar-se davant del mal funcionament dels serveis existents. L'educació està, a més, sistemàticament relacionada amb la participació dels ciutadans/es en l'àmbit públic. Ens proporciona recursos cognitius i culturals que afavoreixen l'accés i la interpretació d'informació sobre assumptes públics, la confiança en el valor de les nostres pròpies opinions i judicis, així com en la nostra capacitat d'influir sobre els processos polítics mitjançant la participació. Les persones amb un nivell més alt d'estudis voten més, tendeixen a estar més implicades en associacions ciutadanes, a afiliar-se a partits polítics o a participar en activitats de protesta. En conseqüència, la seva “veu” té també més ressonància i poder d'influència.

És molt comú considerar l'educació com una forma de capital—el capital humà o formatiu. Des d'aquest punt de vista, els individus realitzen inversions amb l'expectativa d'obtenir-ne un rendiment. Els individus (o les seves famílies) es converteixen en capitalistes d'ells/es mateixos (o d'un o diversos membres de la seva família), en entendre que els coneixements i les habilitats que adquireixen a través de l'educació tenen valor econòmic (Johnson, 1960). En les últimes dècades, les persones i les famílies han incrementat substancialment la seva inversió en educació. Un jove passa avui, de mitjana, prop de 10 anys més en el sistema educatiu que en la dècada dels cinquanta. En aquest augment de la inversió han influït sens dubte les expectatives més grans de guany, en un context de creixent demanda de les credencials, dels coneixements i de les habilitats ofertes pel sistema educatiu. En la inversió en educació influeix també el seu cost. La creació de sistemes educatius públics de caràcter universalista ha reduït aquests costos, però no els ha eliminat. Subsisteixen, sobretot, costos d'oportunitat, més grans en les famílies de rendes baixes.

86. Alguns autors creuen que les dinàmiques d'exclusió basades en l'educació tenen un origen extraescolar. Des d'aquest punt de vista, “el capital cultural” adquirit dins de la família d'origen limita les oportunitats socials en el sistema educatiu. Els professors es comuniquen més fàcilment amb els estudiants que manegen certs registres lingüístics i comparteixen les mateixes orientacions culturals que ells, els presten més atenció, els perceben com més “intel·ligents” i els premien amb millors notes.

Les societats desenvolupades entenen que l'educació és la clau del progrés econòmic i social. Els estats promouen que els ciutadans/es passin tant temps com puguin en institucions d'ensenyament formal. En les últimes dècades han perllongat el període d'educació obligatòria, han promogut iniciatives per facilitar l'escolarització preescolar i evitar l'abandonament escolar prematur i han estimulat la realització d'estudis superiors a través de beques i, en alguns casos, a través de crèdits tous. A tots els països de l'OCDE, la despesa en educació per estudiant s'ha incrementat de manera substancial en els últims anys. L'educació ha anat guanyant pes com a partida pressupostària fins a arribar per terme mitjà, el 2005, al 13,2% de la despesa pública total als països de l'OCDE (OCDE, 2008b). Els països desenvolupats entenen cada vegada més que l'educació no pot limitar-se a la infància i als anys de transició cap a la vida adulta i aposten per l'educació d'adults (*lifelong learning*). És creixent el nombre d'experts que propugnen una reorganització dels principis de política social i laboral que possibilitin i incentivin el manteniment d'inversions educatives en etapes més avançades de la biografia de les persones per garantir-ne l'*ocupacionalitat* en un context de canvi tecnològic i social vertiginós, i de creixent discontinuïtat de les carreres laborals.

Un altre dels objectius explícits de les polítiques educatives en les democràcies occidentals ha estat la promoció de la igualtat. En aquest sentit, existeix un consens bastant ampli en el fet que les polítiques educatives han de tenir com a objectiu assegurar la *igualtat d'accés a l'educació*, amb la universalització de l'escolarització en determinades etapes de la vida i l'eliminació de barreres que impedeixen l'accés a determinats grups. Un segon objectiu recollit en algunes polítiques educatives per promoure la igualtat és assegurar la *igualtat d'oportunitats*. Les polítiques encaminades a fomentar aquest objectiu propugnen tres vies per apropar-s'hi: 1) la distribució equitativa de recursos educatius en el territori per assegurar la possibilitat que tots els ciutadans/es puguin accedir sense excessives dificultats als diferents nivells educatius, 2) la concessió de beques i ajudes per assegurar la possibilitat material que tots els ciutadans/es, independentment dels seus recursos, aconseguixin tenir accés als diversos nivells educatius, tenint en compte exclusivament les seves capacitats individuals i no el seu origen social i familiar o el seu nivell d'ingressos, i 3) les polítiques orientades a assegurar la igualtat de condicions i d'estímuls educatius per a individus que pertanyen a diferents grups o col·lectius socials posant en marxa un model escolar comprensiu i assegurant que la població en situació de desavantatge rep una atenció de qualitat equivalent a la resta d'estudiants. Evidentment, aquest segon bloc de polítiques genera menys consens. En particular, l'èmfasi en el tractament igualitari de tots els/les estudiants comporta alguns riscos, ja que, portat a un grau alt, pot impedir el reconeixement de la diversitat de capacitats i motivacions, cosa que podria derivar potencialment en l'augment del fracàs dels estudiants amb menys talent i la frustració d'aspiracions dels estudiants més avantatjats.

Una tercera categoria de polítiques està integrada per aquelles encaminades a assolir una *igualtat dels resultats produïts per l'educació*. Es tracta d'un objectiu inassolible a causa de l'impacte limitat de qualsevol iniciativa pública sobre els resultats educatius, però cap al qual es dirigeixen algunes polítiques amb la finalitat d'acostar els resultats de col·lectius en situació de desavantatge als de la població general. Les polítiques agrupades en aquesta categoria es basen en la concepció de discriminació positiva, que implica concentrar més recursos educatius en individus amb problemes d'aprenentatge o grups socioeconòmics que afronten circumstàncies socials adverses que afecten les seves capacitats de desenvolupament educatiu (pobresa, desconeixement de la llengua d'ús comú, residència itinerant, etc.). Una de les estratègies principals per dotar de recursos addicionals l'educació de grups desfavorits ha consistit a concentrar recursos educatius en escoles o zones amb alta concentració d'aquests col·lectius.

Dins d'aquesta última categoria de polítiques apareix recentment un conjunt d'iniciatives que parteixen d'una concepció més àmplia de l'educació. Aquestes polítiques entenen que per evitar resultats deficients dels estudiants en situació de desavantatge és necessari influir sobre dinàmiques que tenen lloc en horari extraescolar, amb coresponsabilització fonamentalment de les famílies, però també de la comunitat i dels serveis socials en la promoció de la igualtat. Reforçar el paper de les famílies significa sovint promoure'n l'*empoderament* perquè puguin desenvolupar la seva funció educativa eficaçment. La premissa que hi ha darrere d'aquestes iniciatives és que les arrels dels baixos rendiments educatius o la proclivitat més gran cap a l'abandonament dels estudiants desfavorits es troben moltes vegades en dèficits en el suport i l'estímul parental que reben. Això passa si els progenitors no entenen el valor de l'educació, la importància del suport parental per fomentar l'assoliment educatiu, o se senten incapaços de transmetre aquestes idees o d'ajudar els seus fills/es per falta de preparació, temps, desconeixement de la llengua que s'utilitza a l'escola, etc. Les polítiques d'acompanyament a l'educació inclouen serveis de reforç educatiu en horari extraescolar per a estudiants amb manca d'un entorn familiar que pugui proporcionar el suport i l'estímul educatiu que requereixen, però també un ventall ampli d'iniciatives per informar els progenitors sobre la importància crucial del seu paper en l'educació, per reforçar la seva vinculació amb el centre educatiu, i per millorar la seva formació perquè puguin ajudar els seus fills/es amb els treballs escolars i orientar-los en la presa de decisions pel que fa a la seva educació. Moltes vegades aquestes polítiques van més enllà del suport a la funció educativa de les famílies i persegueixen crear autèntiques comunitats d'aprenentatge, on diversos agents comunitaris (entitats sense ànim de lucre, empreses, moviments socials) s'impliquin en la creació d'entorns propicis per a l'èxit educatiu.

Un camp addicional de desenvolupament de polítiques públiques per combatre la desigualtat i l'exclusió (bastant menys transitat) és la promoció de la igualtat en les conseqüències dels resultats educatius. Des d'aquests plantejaments, s'entén que la igualtat de resultats educatius entre grups socials en situació d'avantatge i grups desfavorits no assegura, per exemple, la igualtat efectiva en l'àmbit laboral. A igualtat de resultats educatius, els grups desfavorits poden trobar especials dificultats d'inserció i adaptació al mercat laboral com a conseqüència de l'existència d'actituds discriminatòries cap a un col·lectiu definit per un tret característic (sigui el seu gènere, el seu origen ètnic, la seva procedència, etc.) o simplement perquè manquen del capital social necessari per trobar una ocupació ajustada a la seva preparació. D'aquí sorgeix la necessitat d'una nova generació de polítiques actives d'ocupació que facilitin la transició escola-treball de col·lectius per als quals aquest procés implica especials dificultats.

Els resultats educatius condicionen oportunitats vitals, tant en l'esfera pública com en l'àmbit privat. Com més alt és el nivell educatiu, més gran és la probabilitat de participar en el mercat de treball. És una constant en els països de l'OCDE que un nivell alt de formació procura beneficis laborals en forma d'ocupació de qualitat i un risc d'atur més petit, encara que existeixen variacions significatives entre països, grups sociodemogràfics i etapes del cicle vital. Les persones amb nivells molt baixos de competències bàsiques (de lectura, escriptura, numèrica, resolució de problemes) acostumen a tenir més dificultats per sortir de l'atur i passen més temps aturades (OCDE, 2000; OCDE, 2005). Moltes estan mancades de la preparació bàsica per seguir la seva formació al llarg de la vida, cosa que els impedeix reciclar els seus coneixements i habilitats. El fet que l'experiència laboral de moltes d'elles es limiti a ocupacions que requereixen un nivell molt baix de competència numèrica o de lectura, provoca que al llarg del temps hagin perdut les capacitats bàsiques necessàries per seguir aprenent (Krahn i Lowe, 1998).

La globalització i el desenvolupament tecnològic estan incrementant la demanda de treballadors/es qualificats. Per competir internacionalment en la nova economia, les empreses es veuen empeses a incorporar noves tecnologies i arribar a nivells d'eficiència i de productivitat més grans. Tot això passa per contractar mà d'obra qualificada, preparada per emprar les noves tecnologies, treballar en les noves condicions de flexibilitat que exigeixen els mercats, i generar valor afegit a través de la innovació. En la majoria dels països desenvolupats el creixement de l'ocupació s'ha produït en ocupacions que exigeixen un alt nivell de qualificació. Per contra, les reduccions més grans d'ocupació han tingut lloc en sectors amb alta representació de treballadors poc qualificats. A la nova economia, fins i tot moltes ocupacions que tradicionalment demanaven baixos nivells de competències,

El nivell educatiu dels pares és el factor explicatiu més important de l'assoliment educatiu dels fills/es, així com de la seva posició socioeconòmica quan són persones adultes.

reclamen avui habilitats que s'adquireixen fonamentalment en el sistema educatiu (com és l'ús de les noves tecnologies de la comunicació). En aquest context, la bretxa social entre les persones amb nivells d'educació baixos i la població en general s'eixampla, incrementant els riscos d'exclusió social.

L'educació té també un paper determinant en la configuració d'oportunitats vitals en l'esfera privada. En primer lloc, l'educació afecta les pautes de formació de parelles. Les persones tendeixen a buscar parelles amb el mateix perfil educatiu (homogàmia de parella). Aquesta tendència –que d'acord amb alguns autors, s'està intensificant (Juhn i Murphy, 1997; Karoly i Burtless, 1995)– provoca la concentració de situacions d'avantatge i de desavantatge social, i l'increment de la desigualtat global en la població.⁸⁷ Les persones amb pocs recursos educatius tenen una probabilitat molt alta que la seva parella tingui un perfil similar i, per tant, presenti els mateixos riscos de vulnerabilitat en el mercat de treball. En segon lloc, l'educació és un recurs de poder en les relacions socials, especialment valuós per a les persones abocades a situacions de discriminació o minusvaloració. Per exemple, l'augment del nivell educatiu de les dones en les societats occidentals ha estat un factor crucial en la igualació de rols de gènere en l'esfera pública, però també en l'àmbit domèstic. A les llars on la dona té baix nivell educatiu, aquestes segueixen contribuint en menor mesura en les rendes de la llar i segueixen dedicant bastant més temps que les seves parelles a la realització de tasques domèstiques i a la cura de persones amb dependència (Brines, 1994).

Finalment, l'educació és el mecanisme principal de reproducció intergeneracional de desigualtats socials. El nivell educatiu dels pares és el factor explicatiu més important de l'assoliment educatiu dels fills/es, així com de la seva posició socioeconòmica quan són persones adultes. Els estudiants amb pares que tenen baix nivell educatiu obtenen sistemàticament pitjors resultats en els tests que realitza l'estudi PISA a tots els països de l'OCDE. En matemàtiques, per exemple, la seva puntuació és, de mitjana, 62 punts inferior que la dels estudiants amb pares que tenen estudis superiors (cosa que equival a un any i mig d'educació) (OCDE, 2008c).⁸⁸

87. Segons un treball de Hyslop (2001), l'emparellament selectiu explica una mica més del 20% de l'increment de la desigualtat entre llars als Estats Units.

88. Per ser rigorosos, també cal dir que no tots són avantatges en les llars on els progenitors tenen educació superior. A molts països, entre els quals cal incloure Espanya, la inestabilitat de parella és més elevada en aquest tipus de llars, fet que exposa a un nombre més gran de menors a l'experiència del divorci i a la vida a una llar monoparental (amb els riscos associats que comporten).

6.2. Factors de desigualtat i vulnerabilitat educativa

L'educació s'ha convertit en un dret bàsic, però ni tothom té les mateixes opcions per formar-se, ni té les mateixes oportunitats per treure el màxim partit als seus talents naturals. Les diferències d'origen encara condicionen la trajectòria educativa dels individus, els seus rendiments al llarg d'aquesta trajectòria, i els resultats socials i econòmics que es deriven del seu assoliment educatiu. L'exclusió i la vulnerabilitat vénen definides pels factors socials que situen les persones en situacions de desavantatge en la carrera educativa i, com a conseqüència d'això, en redueixen les oportunitats vitals en una societat (de la informació i el coneixement) que recompensa (cada vegada més) la possessió de credencials educatives i de coneixements i habilitats adquirides majoritàriament a través de l'educació formal. El fet que l'abandonament prematur, la manca d'estudis o l'analfabetisme vagin associats a situacions de precarietat econòmica o laboral, o de més vulnerabilitat social en la vida quotidiana, no significa, no obstant això, que *per se* determinin situacions d'exclusió social intensa o, almenys, no de forma tan forta com la falta de salut, la falta d'ocupació, o d'una prestació adequada en la tercera edat. Són moltes les persones amb baixos nivells educatius que aconsegueixen una integració social plena i no pateixen els efectes acumulatius de l'exclusió. No obstant això, hi ha raons per pensar que als nous escenaris socials aquesta possibilitat els pot resultar cada vegada més difícil.

Una premissa molt estesa en les últimes dècades ha estat la idea que la política educativa podia convertir-se en un instrument d'aproximació a una societat en què les diferències d'origen arribessin a condicionar menys els assoliments educatius i socials dels ciutadans. Com hem vist a la secció anterior, la política educativa s'ha sustentat en la convicció que havia d'impulsar l'objectiu de la igualació d'oportunitats. En aquest objectiu convergeixen el principi d'equitat i el principi d'eficiència. Des d'una perspectiva d'equitat i de justícia, és inadmissible que els assoliments individuals reflecteixin la "loteria del naixement" en comptes de reflectir les capacitats latents dels individus o el seu esforç. Des de la perspectiva de l'eficiència, una correlació alta entre els ingressos econòmics dels pares i els dels fills/es implica que la societat rendibilitza de forma ineficient els talents existents, en permetre que un segment considerable dels seus nens més ben dotats (però nascuts en un entorn desfavorit) no arribin a obtenir la formació que podrien assolir (malgastant-se així el seu veritable potencial) i, en canvi, un altre segment de nens pitjor dotats (però nascuts en un entorn socioeconòmic avantatjat) assoleixin millors resultats com a producte de les inversions més grans que poden realitzar els seus pares (Esping-Andersen, 2007: 9).

La precarietat econòmica suposa un problema especialment important per a les llars en etapes educatives no obligatòries on els costos d'escolarització són més alts.

Les inversions públiques encaminades a millorar l'accés a l'educació dels col·lectius desfavorits i a igualar les condicions en què es desenvolupa l'escolarització (millorant la qualitat de l'ensenyament impartit als centres on van els estudiants més desfavorits socialment) han permès incrementar el nivell educatiu general de la població: *"a rising tide has lift all the boats"* (amb la pujada de la marea han ascendit tots els vaixells). Però hi ha dubtes que aquestes polítiques hagin reduït significativament la magnitud de les desigualtats transmeses entre generacions. Garantit l'accés universal a l'educació bàsica, a la majoria dels països de l'OCDE persisteixen desigualtats importants en els assoliments educatius dels nens/es segons el seu origen social i familiar, que aboquen determinats col·lectius a riscos molt més elevats d'abandonament prematur dels estudis. Aquestes desigualtats tenen arrels que no es troben en el sistema educatiu i que aquest difícilment pot corregir. Entre aquestes influències externes destaquen, per la seva importància, els ingressos familiars, l'estructura familiar, la procedència nacional, i el capital cultural i social de les famílies.

6.2.1. Pobresa i desigualtat educativa

La investigació internacional ha acreditat que els nens que creixen en famílies amb baix nivell de renda tendeixen a trobar-se sovint en situacions adverses que afecten negativament els seus rendiments educatius. A aquest fet contribueixen diversos mecanismes. La pobresa implica generalment alguna forma de privació material a la llar. Les conseqüències de la privació depenen de la intensitat d'aquesta, però també de com es distribueixen els recursos disponibles. En les decisions sobre la distribució dels recursos intervien normalment només les persones adultes. Del resultat d'aquestes decisions depèn que els nens comptin amb instruments necessaris per a la seva educació (espai propi, un escriptori, material escolar, un ordinador). En situació de precarietat econòmica, les famílies es poden veure empeses a donar prioritat a altres despeses, i suporten amb dificultat els costos d'oportunitat de tenir un fill escolaritzat. La precarietat econòmica suposa un problema especialment important per a les llars en etapes educatives no obligatòries on els costos d'escolarització són més alts, ja sigui perquè l'accés no és gratuït o perquè els costos d'oportunitat són alts (és a dir, si l'escolarització suposa renunciar a possibles contribucions financeres que pot realitzar aquest fill/a).

La pobresa està associada a dos factors addicionals que tenen provada influència en l'assoliment educatiu: la salut infantil i les característiques de l'entorn residencial (OCDE, 2008: 215). En primer lloc, els nens que tenen problemes de salut troben més dificultats per seguir els seus estudis, especialment quan els problemes de salut comporten una reducció de

l'assistència a l'escola (Case, Lubotsky i Paxson, 2002). En segon lloc, els entorns urbans on es crien els fills/es de famílies desfavorides sovint són poc propicis per a l'assoliment educatiu. En molts d'aquests entorns els problemes socials (com la droga, la delinqüència o les bandes) són comuns, les infraestructures que promouen el desenvolupament personal dels nens (parcs, instal·lacions esportives, centres de salut) són escasses, i el valor social atorgat a l'educació és reduït (Brooks-Gunn, Duncan i Aber, 1997). Les escoles situades en aquestes àrees concentren moltes vegades les problemàtiques socials dels barris, sense els recursos necessaris per plantar-hi cara.⁸⁹

En general, els estudis internacionals suggereixen que l'efecte de la pobresa sobre els rendiments educatius no és molt fort, una vegada es controlen altres factors correlacionats amb la renda familiar, com el nivell educatiu dels pares, el seu "capital cultural" o el nivell de suport i d'atenció que donen als seus fills/es. Cal destacar, a més, que la investigació empírica acumulada detecta efectes més robustos de la renda familiar en les capacitats cognitives i els rendiments educatius durant els primers anys de la infància que més endavant, durant l'adolescència i la joventut (Brooks-Gunn i Duncan, 1997: 61-62).

6.2.2. L'estructura familiar

Com vam poder comprovar en l'edició anterior de *l'Informe de la Inclusió Social 2008* les famílies monoparentals presenten un risc més alt de pobresa. Alguns treballs d'investigació han suggerit que el risc de baixos rendiments i fracàs escolar és també més elevat en les famílies monoparentals. Moltes d'aquestes investigacions posen de manifest que el que explica aquests desavantatges no és la monoparentalitat *per se*, sinó les condicions socioeconòmiques a què es veuen abocades les famílies encapçalades per un sol progenitor (Biblarz i Raftery, 1999; Gregg *et al.*, 1999). En una família monoparental, les aportacions econòmiques que realitza el progenitor que no conviu amb el menor (normalment el pare) solen reduir-se, fet que pot generar situacions de privació que afecten el menor (Fustenber, Morgan i Allison, 1987; McLanahan, Seltzer, Hanson i Thomson, 1994; Cherlin, 1999).

A més dels dèficits en els *diners* que els progenitors absents inverteixen en els seus fills/es, apareixen sovint dèficits en el *temps* que els dediquen (Amato, 1987; Astone i McLanahan, 1991; Dornbush *et al.*, 1985). Treballs recents posen de manifest que les pràctiques educatives del progenitor absent i, en particular, el grau de supervisió i seguiment dels problemes educatius i personals del seu fill/a, tenen una influència positiva sobre el seu

Treballs recents posen de manifest que les pràctiques educatives del progenitor absent i, en particular, el grau de supervisió i seguiment dels problemes educatius i personals del seu fill/a, tenen una influència positiva sobre el seu benestar psicològic i sobre els resultats escolars

89. La concentració pot venir provocada per l'abandonament dels centres educatius públics per part dels nens amb famílies que poden sufragar un centre privat (OCDEb, 2007:63-65).

benestar psicològic i sobre els resultats escolars (Amato i Gilberth, 1999). Aquests estudis apunten la possibilitat que les aportacions econòmiques que realitzen els pares absents són en realitat un “subproducte” de la qualitat de la relació que mantenen amb el seu fill/a. Quan la relació és intensa, els pares són més proclius a pagar la manutenció que els correspon i a realitzar inversions addicionals en els seus fills/es.⁹⁰

6.2.3. Immigració

En la majoria dels països occidentals, els menors d'origen immigrant solen obtenir pitjors resultats educatius. Aquests dèficits reflecteixen, d'una banda, “efectes de composició” i, de l'altra, dificultats d'adaptació a la nova realitat. Pel que fa als primers, els immigrants solen ocupar pitjors ocupacions que la població autòctona, tenen un risc més alt de pobresa, viuen més sovint en habitatges en males condicions i en barris degradats, on són comuns altres problemes socials i les escoles afronten el repte d'integrar poblacions ètnicament heterogènies. A això, cal afegir les barreres lingüístiques i culturals que els nens/es d'origen immigrant afronten quan arriben al nou país.

Als estudis PISA realitzats en els diferents països de l'OCDE el 2000 i 2003, els estudiants immigrants de primera i segona generació obtenen pitjors resultats en matemàtiques, ciència i lectura (excepte al Canadà). Els resultats empitjoren quan els estudiants fan servir a l'escola una llengua diferent a la que utilitzen habitualment a casa. En general, els baixos rendiments acadèmics no poden atribuir-se a una falta d'interès o de motivació dels nens. Els nens d'origen immigrant solen mostrar actituds més positives que els autòctons cap a l'escola i l'aprenentatge. No obstant això, mostren una confiança inferior que altres estudiants en les seves capacitats (OCDE, 2006).

Malgrat que els resultats dels estudis PISA són bastant consistents en els diferents països, estudis nacionals realitzats en els països anglosaxons revelen l'existència d'una variabilitat considerable en els resultats educatius de diferents grups ètnics. Aquesta variabilitat obeeix, en part, al perfil socioeconòmic diferenciat de diferents grups migratoris (definit pel nivell educatiu i professional dels progenitors), però també està relacionada amb característiques no estrictament socioeconòmiques, que inclouen una gamma variada de pràctiques i valors, com el familisme, el respecte a l'autoritat, l'ètica de l'esforç o la valoració de l'èxit escolar (Kao i Thompson, 2003).

90. A Espanya, amb una mostra representativa d'adolescents catalans extreta del “Pànel de Famílies i Infància”, Pau Marí-Klose et al. (2008), han acreditat que els menors que conviuen amb un sol progenitor tendeixen a obtenir notes més baixes que els nens que viuen en una llar biparental. Ara bé, els efectes estadístics de la monoparentalitat sobre els resultats acadèmics desapareixen quan es controlen estadísticament el grau de seguiment del pare absent i el nivell de renda de la llar. És a dir, a igualtat de condicions econòmiques i de dedicació parental, la monoparentalitat no redueix els rendiments acadèmics.

6.2.4. Capital social i cultural de les famílies

El grau d'implicació dels pares en l'educació dels seus fills/es i la “qualitat” de les orientacions, habilitats i coneixements transmesos tenen efectes decisius en les trajectòries educatives dels menors. Són el que es coneix com a capital social i capital cultural de les famílies. Els indicadors més comuns de capital social es refereixen al grau de comunicació entre pares i fills sobre diferents assumptes, al nivell d'atenció que els pares donen als problemes educatius dels seus fills/es, a la seva implicació en les activitats de les associacions de pares i mares d'alumnes, i a la freqüència amb què pares i mares es dirigeixen als professors o tutors dels seus fills o participen en activitats escolars (McNeal, 1999). El capital cultural té, així mateix, diverses dimensions. Habitualment es refereix un conjunt variat de recursos culturals, no solament materials, que afavoreixen l'estimulació cognitiva dels nens i la seva adaptació a les exigències escolars (ja que faciliten la seva interacció amb els professors). Entre aquests recursos figuren recursos lingüístics (un vocabulari apropiat), gustos (una capacitat per apreciar les expressions “d'excel·lència” cultural) i béns (com premsa diària, llibres). El capital cultural està correlacionat amb l'educació dels pares i amb els ingressos de la llar, però ni la possessió de credencials ni de recursos financers asseguren que una família sigui capaç de transmetre les habilitats, els valors i les motivacions que promouen l'èxit escolar dels seus fills/es (DiMaggio i Mohr, 1982; Esping-Andersen, 2007).

Són nombrosos els estudis que han acreditat la importància del capital social i del capital cultural en diverses etapes de la trajectòria educativa de nens/es, adolescents i joves. L'evidència existent suggereix que les interaccions entre pares i fills en els primers anys de vida són especialment determinants. Segons alguns autors és en aquestes edats prematures quan es conformen les capacitats cognitives bàsiques, i els estímuls parentals contribueixen de manera decisiva al fet que aquest procés es culmini satisfactòriament.

Una qüestió clau és si aquests efectes beneficiosos del capital social augmenten o redueixen els desavantatges educatius dels grups socials més desfavorits. Les respostes a aquesta pregunta no apunten en una direcció clara. Depèn dels contextos i grups estudiats. Alguns estudis suggereixen que si bé tots els nens tendeixen a beneficiar-se de la implicació parental, sigui la que sigui la seva extracció social, la magnitud d'aquest benefici és major en els grups de renda més alta (McNeal, 2001; Teachman, Paasch i Carver, 1997). Altres treballs detecten, en canvi, beneficis més grans per als grups més desfavorits. Amb una mostra longitudinal de britànics nascuts el 1958 (*National Child Development Study*), Darcy Hango (2005) posa de manifest que els nens/es procedents de famílies amb baixos nivells de renda tenen una probabilitat més alta de no posseir titulacions educatives quan són adults (als 33 anys). En aquestes famílies, l'existència d'elevats nivells d'implicació dels pares en

El grau d'implicació dels pares en l'educació dels seus fills/es i la “qualitat” de les orientacions, habilitats i coneixements transmesos tenen efectes decisius en les trajectòries educatives dels menors.

L'educació dels fills compensa en bona part l'efecte dels desavantatges socioeconòmics sobre la probabilitat de tenir una credencial educativa. Aquests resultats apunten en la mateixa direcció que els resultats que obté recentment Pau Marí-Klose *et al.* (2008) en una anàlisi transversal dels determinants de les qualificacions escolars d'una mostra d'adolescents catalans (el "Pànel de Famílies i Infància"). La probabilitat de suspendre es redueix en els adolescents de famílies de rendes baixes on els progenitors realitzen un elevat seguiment de l'activitat escolar del seu fill/a en un grau més gran que entre els adolescents de grups més afavorits que realitzen un seguiment similar.

En les anàlisis que presentem a continuació s'exploren algunes de les condicions que afecten negativament l'equitat educativa al nostre país. El tipus d'eines analítiques disponible no permet acostar-se a l'objecte d'estudi de manera òptima. A diferència del que passa en els països anglosaxons, a Espanya no disposem d'estudis amb suficient profunditat longitudinal per analitzar amb totes les garanties els mecanismes a través dels quals les persones acaben abocades a situacions de desavantatge en la carrera educativa. Atesa la manca d'aquestes eines, la nostra anàlisi se centra en determinades etapes crucials en la trajectòria educativa dels individus i la seva transició de l'escola al treball. Comencem analitzant l'accés a l'educació preescolar abans dels 4 anys, considerada per molts experts una etapa decisiva en la conformació de les capacitats cognitives dels individus. A continuació, analitzem la formació i les expectatives educatives dels adolescents als 15 anys, en l'any previ a l'acabament de la seva etapa d'escolarització obligatòria. En tercer lloc, ens fixem en els processos de transició de l'escola al treball, examinant els perfils ocupacionals i les carreres laborals dels joves en els seus primers anys fora de l'escola. El nostre interès se centra a dibuixar la vulnerabilitat dels joves amb trajectòries educatives més curtes, sense deixar de fixar-nos en les dificultats d'inserció laboral de col·lectius amb més formació. Finalment, analitzem la distribució social d'oportunitats que es presenten al llarg de la vida per seguir formant-se, i adquirir així eines per adaptar-se a les exigències d'un mercat de treball creixentment volàtil.

7. VULNERABILITAT EDUCATIVA A ESPANYA

7.1. L'expansió educativa a Espanya: perspectives comparades

En el segle xx es va produir una expansió sense precedents dels nivells educatius de la població dels països desenvolupats. Les generacions nascudes en les primeres dècades del segle tenien uns nivells de capital humà reduïts. En la majoria dels països, l'educació obligatòria era un període curt i un segment important de la població anava a l'escola de forma intermitent o romanien al marge del sistema educatiu.⁹¹ D'aquí que les taxes d'analfabetisme i de persones sense estudis fossin molt altes. Aquesta situació canvia a partir de la segona meitat del segle xx. El creixement econòmic que experimenten la majoria dels països occidentals en la postguerra impulsa la demanda de mà d'obra qualificada. En aquest context, els governs estenen l'escolarització obligatòria per adaptar el sistema educatiu a les necessitats econòmiques i els joves perllonguen cada vegada més la seva educació per treure partit a les noves oportunitats laborals que ofereix el mercat de treball.

Espanya no roman aliena a aquestes tendències internacionals, encara que els canvis arriben més tard. En les últimes cinc dècades, el període d'educació formal obligatòria s'ha duplicat. Fins al 1963, l'etapa d'ensenyament obligatori anava des dels 6 fins als 12 anys. El 1964 es va estendre el límit superior de l'educació obligatòria als 14 anys. La Llei d'Ordenació General del Sistema Educatiu (LOGSE) el va ampliar dos anys més, i va permetre a les noves generacions assimilar-se als joves d'altres països de l'OCDE, on predomina la formació bàsica de 10 anys de durada. Entre 1975 i final dels noranta, la presència dels joves de 6 a 16 anys en el sistema s'ha universalitzat. Les taxes netes d'escolarització també s'han incrementat de forma extraordinària en etapes no obligatòries. Entre 1975-1976 i 1999, l'escolarització als 3 anys passa de l'1,5% al 75%, l'escolarització als 4 anys passa del 51% a més del 99%. La població de 17 anys escolaritzada arriba al 80% el 1999; el 1975 era del 36% (dades del Ministeri d'Educació i Ciència i de l'OCDE, 2001).

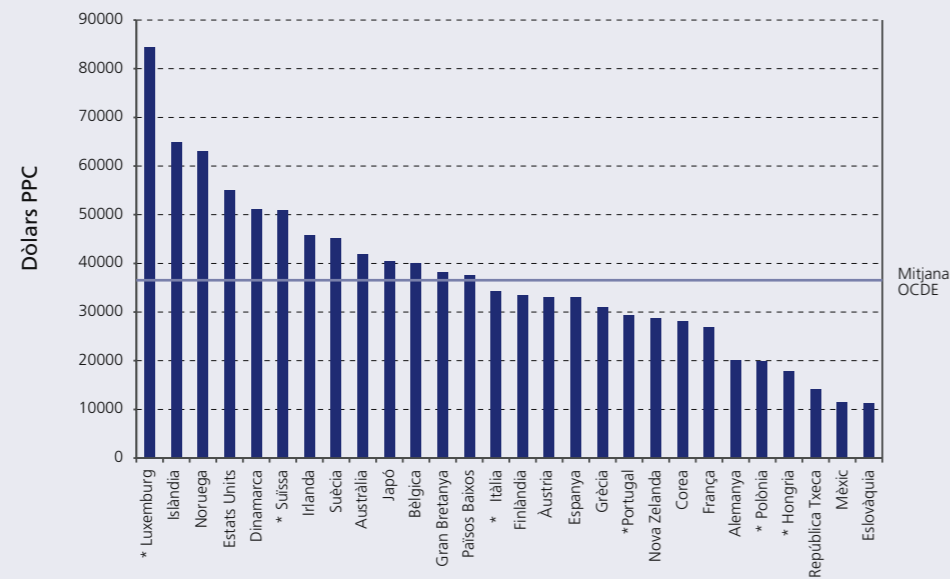
La ràpida expansió de l'educació a Espanya ha estat propiciada per un increment extraordinari de la despesa pública en educació. Aquesta despesa ha passat de l'1,8% del producte interior brut el 1975 a prop del 5% a mitjan de la dècada dels noranta, per iniciar un lleuger descens des de llavors (el 2005 se situa en el 4,2% del PIB), coincidint amb la disminució de la població escolar provocada pel descens brusc de la fecunditat. En tot aquest període, el pes del finançament privat s'ha mantingut constant. El 2005, la despesa pública represen-

91. A Espanya, des de 1857 està vigent la Llei Moyano, que prescriu una escolarització obligatòria entre els 6 i els 9 anys.

tava el 93,5% de la despesa total en educació primària i secundària; el 88%, de la despesa total en educació preescolar, i el 77%, en educació universitària. Aquests percentatges situen Espanya molt a prop dels valors mitjans de la Unió Europea (UE19), situats en 94%, 83% i 83% respectivament (OCDEb, 2008).

En aquests anys d'estancament de la despesa privada s'ha produït un augment considerable de la despesa en educació per estudiant, impulsat fonamentalment pel finançament públic. En l'última dècada, marcada per la contracció de la despesa educativa total (segons PIB), la despesa pública per estudiant ha seguit augmentant. Entre 1995 i 2005 ho va fer en un 37%, cosa que equival a l'increment mitjà dels països de la Unió Europea. En contra d'una imatge molt estesa, Espanya gasta en educació el que li correspon per nivell de desenvolupament (OCDEb, 2008: 212). Això suposa una despesa mitjana per estudiant que se situa prop de la mitjana dels països europeus (UE19), lleugerament per sota de la despesa mitjana europea per estudiant en educació primària i secundària, però per damunt en educació universitària.

Gràfic 7.1. Despesa acumulada per estudiant en educació primària ajustada segons la durada de l'educació primària (a) (2005)

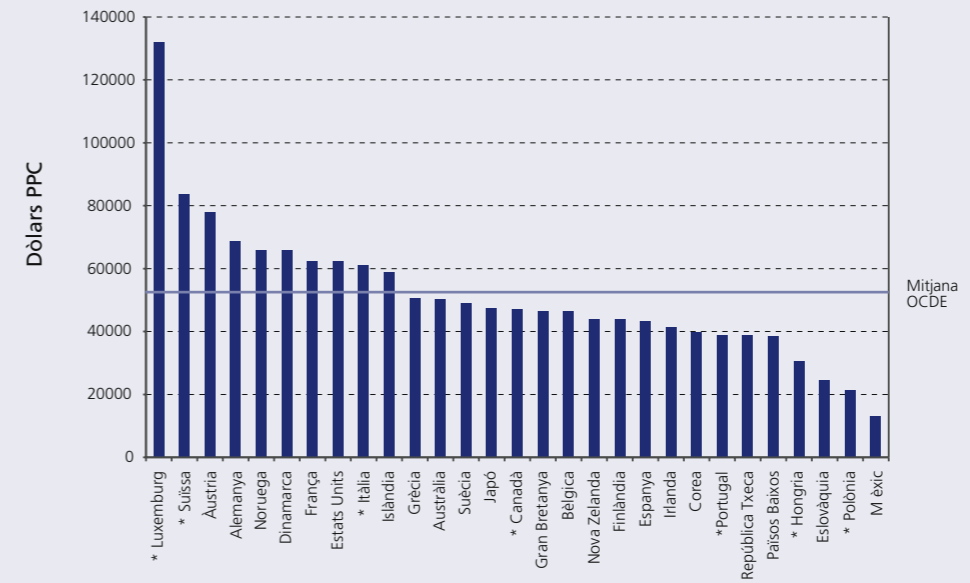


Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de Education at Glance 2008, OCDE (p.218, 221-222).

Nota: a) La despesa acumulada és el resultat de multiplicar la despesa en dòlars per paritat de poder de compra en un determinat cicle per la duració mitja d'aquest cicle.

* Només institucions públiques.

Gràfic 7.2. Despesa acumulada per estudiant en educació secundària ajustat segons la durada de l'educació secundària (a) (2005)

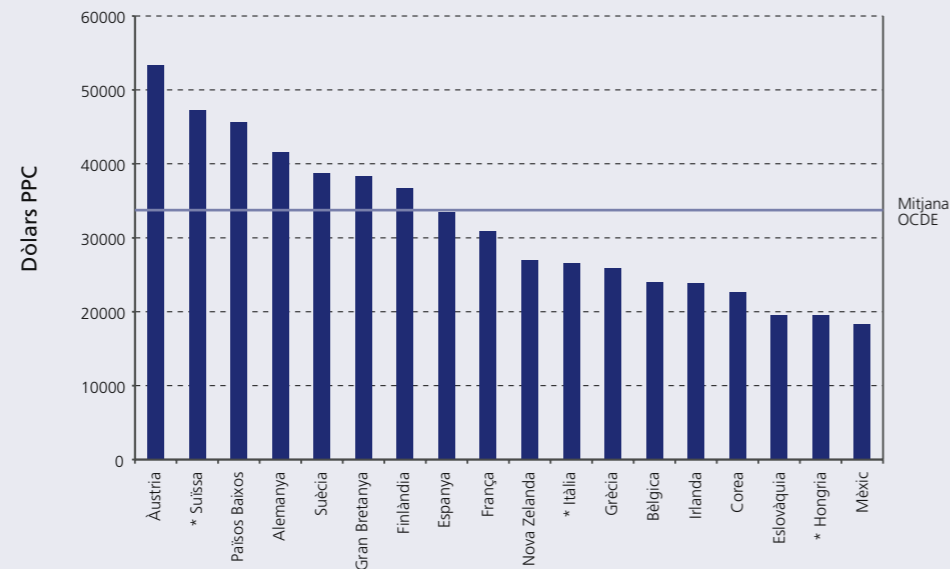


Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de Education at Glance 2008, OCDE (p. 218, 221-222).

Nota: a) La despesa acumulada és el resultat de multiplicar la despesa en dòlars per paritat de poder de compra en un determinat cicle per la duració mitja d'aquest cicle.

* Només institucions públiques.

Gràfic 7.3. Despesa acumulada per estudiant en educació universitària ajustada segons la durada de l'educació terciària ^(a) (2005)



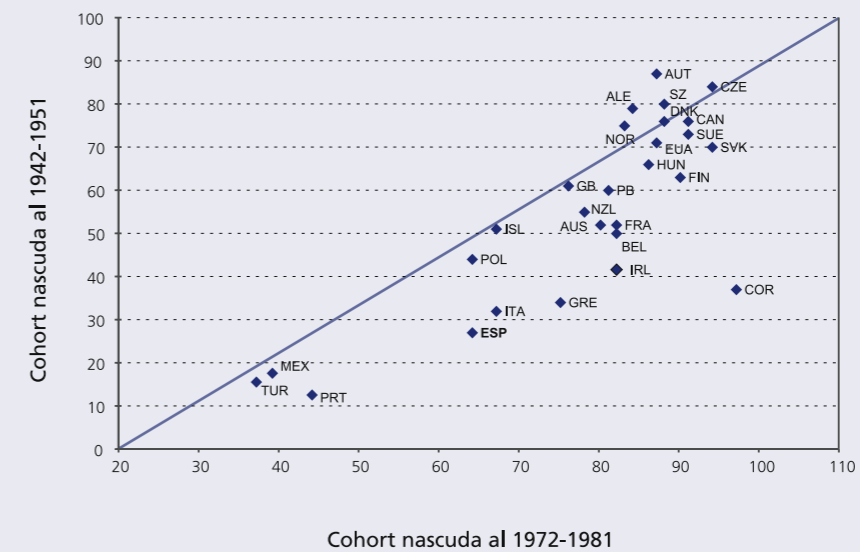
Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de Education at Glance 2008, OCDE (p. 218, 221-222).

Nota: a) La despesa acumulada és el resultat de multiplicar la despesa en dòlars per paritat de poder de compra en un determinat cicle per la duració mitja d'aquest cicle.

* Només institucions públiques.

Gràcies al reforçament del compromís públic amb l'educació, el percentatge de persones sense titulació de primària s'ha reduït a nivells insignificants. El 2006, menys del 2% de la població de 25 a 34 anys no té estudis (davant del 40% de la població de 65 o més anys). Malgrat això, Espanya segueix sent un dels països de l'OCDE amb una proporció més baixa de persones que han completat l'educació secundària postobligatòria (batxillerat o FP2). Només el 51% de la població espanyola d'edats compreses entre 25 i 64 anys té un títol d'aquestes característiques (ISCED 3A, 3B i 3C de cicle llarg) (OCDEb, 2008). Això es deu a la diferència d'educació entre cohorts. Mentre que només un 27% de les persones nascudes en la postguerra tenen titulació secundària postobligatòria, el 64% de les persones nascudes en els anys de transició a la democràcia l'han assolit. Si es compara la mitjana dels països de la UE19 o de l'OCDE, a Espanya segueix existint un desavantatge educatiu pel que fa a la proporció de persones amb educació secundària superior. Però la bretxa s'ha anat tancant. Entre les persones de 55 a 64 anys, la proporció de titulats en educació secundària postobligatòria o en una titulació superior és la meitat a Espanya que a la UE19. Entre les persones 25 a 34 anys, és un 25% més baixa (64% a Espanya, 80% a la UE19).

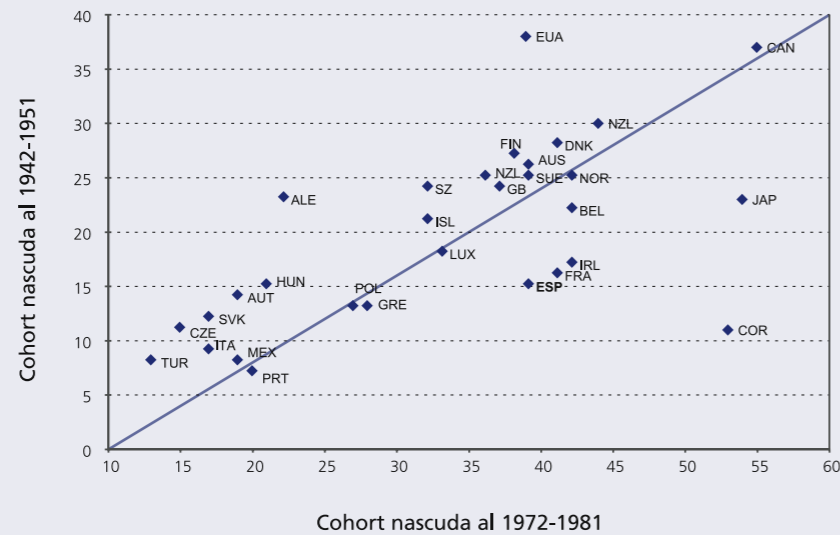
Gràfic 7.4. Titulats en educació secundària post-obligatòria en els països de l'OCDE, segons cohort de naixement (2006)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de Education at Glance 2008, OCDE (p.43).

On el progrés de l'expansió educativa ha estat més evident és en el percentatge de titulats universitaris. Mentre la proporció de titulats universitaris en la cohort nascuda en la postguerra era del 15%, en la nascuda durant la transició és del 39%. El creixement de la població universitària ha estat més gran que en altres països de l'OCDE. La proporció de titulats universitaris d'edats compreses entre 25 i 34 anys supera en 9 punts la de la mitjana de titulats a la Unió Europea (UE19). A la Unió Europea, la ràtio de titulats universitaris de 25 a 34 anys i titulats universitaris de 55 a 64 anys (2,6) és només superior a Portugal (2,9). La mitjana europea se situa en 1,7.

Gràfic 7.5. Titulats en educació universitària en els països de l'OCDE, segons cohort de naixement (2006)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de Education at Glance 2008, OCDE (p.44).

7.2. L'expansió educativa a Espanya: protagonistes de l'èxit educatiu

L'evolució dels estocs de capital humà ha repercutit positivament sobre el conjunt de la població espanyola. En un context d'expansió del sistema educatiu, creixent demanda de mà d'obra qualificada i augment de prosperitat, tots els grups socials milloren: *the rising tide lifts all the boats* (la marea arrossega tots els vaixells cap amunt). Però no tots els grups se'n beneficien de la mateixa manera. Alguns col·lectius, sectors socials i territoris experimenten millores més importants que uns altres.

En el procés d'expansió educativa ha tingut un paper important la incorporació de les dones a l'educació superior. El percentatge de dones amb títol de secundària postobligatòria ha passat del 8,2% en la cohort nascuda abans de l'any 1931, al 71% en la nascuda entre 1971 i 1980. El percentatge de dones amb titulació universitària ha augmentat del 4% al 45,4%. Les dones estan protagonitzant en primera persona l'expansió educativa, especialment en els nivells superiors de l'educació. Als 17 anys, el 69,5% de les dones estan cursant ensenyament secundari postobligatori, però només ho fa el

Les dones estan protagonitzant en primera persona l'expansió educativa, especialment en els nivells superiors de l'educació.

57,8% dels homes. Als 18 anys, el 67% de les dones i el 55% dels homes estan escolaritzats en ensenyaments postobligatoris; el 33,9% de les dones realitzen estudis superiors (davant del 21,8% dels homes) i el 33,6% (el mateix percentatge que els homes) estan matriculades en l'ensenyament secundari de segona etapa.

Taula 7.1. Titulats en educació secundària i universitària segons cohort de naixement i sexe

| Cohort nascuda el | Titulats en educació secundària post obligatòria | | Titulats en educació superior | |
|-------------------|--|------|-------------------------------|------|
| | Home | Dona | Home | Dona |
| 1971-1980 | 63% | 71% | 35% | 45% |
| 1961-1970 | 54 | 56 | 29 | 33 |
| 1951-1960 | 46 | 39 | 24 | 18 |
| 1941-1950 | 35 | 21 | 20 | 10 |
| 1931-1940 | 23 | 13 | 14 | 5,9 |
| 1930 i anteriors | 17 | 8,2 | 9,9 | 4,2 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'ECV_2005, INE.

En aquest procés, l'accés a l'educació superior s'ha democratitzat. En la cohort nascuda entre 1971 i 1980, 1 de cada 5 persones amb pares (homes) sense cap titulació acadèmica i 1 de cada 3 amb pares amb educació primària, han obtingut un títol universitari. En la cohort de persones nascudes entre 1941 i 1950 només el 5,6% de les persones amb un pare sense estudis i el 14,4% de les persones amb un pare amb educació primària té avui un títol universitari. Els canvis socials, culturals i polítics esdevinguts en les últimes dècades han afavorit que la porta de l'educació superior s'obris a col·lectius tradicionalment exclosos. Aquest fet no significa, no obstant això, que pugui parlar-se d'una igualació de l'assoliment educatiu. L'expansió de l'educació ha tingut lloc en tots els grups socials, de manera que la bretxa entre persones que provenen de famílies amb nivell educatiu elevat i famílies amb nivell educatiu baix segueix existint. El 73% de les persones nascudes entre 1971 i 1980 amb un pare amb un títol universitari també en tenen (davant del 58% en la cohort nascuda entre 1941 i 1950).

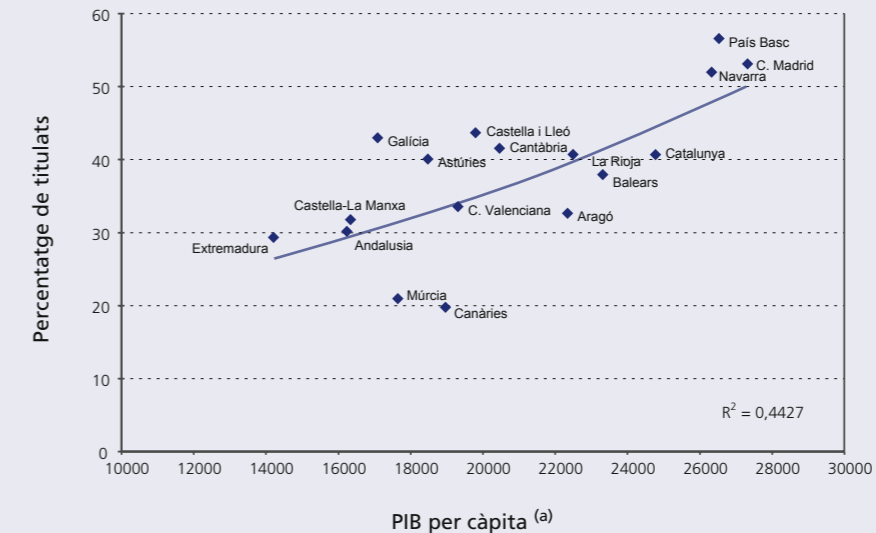
Taula 7.2. Nivell d'educació dels fills/es de les cohorts nascudes entre 1971-1980 i 1940-1950 segons nivell educatiu del seu pare

| Nivell educatiu del fill/a | Cohort nascuda en | Nivell educatiu del pare: | | | | |
|-----------------------------|-------------------|---------------------------|----------|------------------------|-----------------------------|---------------|
| | | Inferior a primària | Primària | Secundària obligatòria | Secundària post obligatòria | Universitària |
| Primària | 1971-1980 | 30% | 14% | 2,3% | 3,8% | 1,3% |
| | 1940-1950 | 73 | 56 | 20 | 12 | 6,4 |
| Secundària obligatòria | 1971-1980 | 29 | 23 | 26 | 6,8 | 3,3 |
| | 1940-1950 | 15 | 18 | 30 | 10 | 5,4 |
| Secundària post obligatòria | 1971-1980 | 21 | 28 | 28 | 31 | 23 |
| | 1940-1950 | 7 | 12 | 20 | 36 | 30 |
| Universitària | 1971-1980 | 20 | 35 | 43 | 58 | 73 |
| | 1940-1950 | 5,6 | 14 | 30 | 42 | 58 |

Font: Elaboració CHIMU a partir de dades de l' ECV_2005, INE.

Les transformacions educatives han afectat de forma desigual les diferents comunitats autònomes. En algunes CA, el percentatge de persones de 25 a 39 anys amb educació superior supera el 50%, com ara al País Basc (56,2%), Madrid (52,2%), i Navarra (51,2%). A l'altre extrem, a Andalusia (29,8%), Extremadura (29%), Canàries (24,9%) i la Regió de Múrcia (20,6%) no arriben al 30% els titulats universitaris en la cohort nascuda entre 1966 i 1981. L'accés a l'educació superior està relacionat amb el grau de desenvolupament econòmic. Les comunitats més riques tenen percentatges elevats de titulats superiors. Les menys desenvolupades presenten, en general, proporcions més baixes. Però existeix un grau important de variabilitat no explicada, que té a veure en part amb l'estructura ocupacional i les oportunitats laborals. Les comunitats costaneres de la franja mediterrània i els arxipèlags tenen una proporció de titulats universitaris inferior a la que els correspondria en funció del seu nivell de desenvolupament. Per contra, les comunitats autònomes de la franja atlàntica (Galícia, Astúries, Cantàbria) i Castella i Lleó tenen un percentatge relativament alt de titulats universitaris en la cohort més jove.

Gràfic 7.6. Titulats en educació universitària per CA a la cohort nascuda entre 1966-1980



Font: Elaboració CHIMU a partir de les dades de Contabilidad Regional de España Base 2000 i l'ECV_2005, INE.
Nota: a) Les dades de PIB 2005 tenen caràcter provisional.

7.3. Les noves cares del fracàs educatiu

En un context d'expansió educativa, la societat espanyola es mostra cada vegada més preocupada pel fracàs escolar. Sota l'etiqueta de "fracàs" subjauen realitats diferents, que tenen a veure amb l'abandonament educatiu sense titulació. Realitats a què corresponen diferents horitzons vitals. En primer lloc, tenim la situació més extrema de les persones que abandonen els estudis sense el títol de l'Educació Secundària Obligatòria. Entre els 18 i els 24 anys, un 7,3% de la població no té el títol en ESO i no segueix cap tipus de formació. La majoria d'aquestes persones no arribaran a aconseguir aquesta titulació. Es tracta del grup que experimenta la vulnerabilitat educativa més gran (a què podem anomenar, parafrasejant les etiquetes atorgades als diferents llindars de pobresa, *vulnerabilitat educativa severa*).

Però la noció de fracàs més estesa està lligada a un grup més nombrós: el dels joves que no arriben a obtenir un títol d'educació secundària postobligatòria. Espanya apareix repetidament en els estudis de l'OCDE com un dels països pitjor situats en l'anomenat indicador d'abandonament

educatiu prematur: el percentatge de persones de 18 a 24 anys sense titulació secundària postobligatòria i que no segueixen estudiant (que nosaltres denominarem *vulnerabilitat educativa moderada*). Segons dades del Ministeri d'Educació i Ciència (MEC), el 2007 el 31% de la població de 18 a 24 anys es troba en aquesta situació de *vulnerabilitat educativa moderada* (MEC, 2008: 24). Malgrat que es tracta d'una xifra alta en relació a altres països, el progrés realitzat des d'inici de la dècada dels noranta –quan aquest percentatge se situava per damunt del 40%– ha estat considerable.⁹²

Tant la vulnerabilitat educativa severa com la moderada són més comunes en els homes que en les dones. La vulnerabilitat severa afecta el 9,8% dels homes i el 5,5% de les dones (dades de l'ECV, elaboració de l'Institut d'Infància i Món Urbà, CIIMU). La vulnerabilitat moderada també és predominant entre els homes. Segons dades del Ministeri d'Educació i Ciència de 2007, afecta el 36,1% dels homes i el 25,6% de les dones (Consell Econòmic i Social, 2009: 244). Això significa que la cara del fracàs educatiu és fonamentalment masculina. En aquest aspecte, Espanya no es diferencia d'altres països. En els últims anys a la majoria dels països de l'OCDE les taxes de graduació en els nivells inferiors del sistema educatiu són més elevades en les dones que en els homes. L'informe *Education at Glance 2008*, de l'OCDE, constata que les taxes de graduació de les noies a l'ensenyament secundari de segona etapa a l'edat típica de graduació són superiors a les dels nois en 22 dels 24 països de l'OCDE examinats. A Espanya, la diferència entre homes i dones és de 16 punts (64% dels homes, 80% de les dones). La magnitud de la diferència és superior a la de tots els altres països excepte Dinamarca i Nova Zelanda (i dobla la diferència observable a la UE19).⁹³ Aparentment, la diferència es va engrandint a mesura que Espanya obté taxes de graduació més altes: 12 punts el 1998 (61%/73%); 13, el 2002 (62%/75%); 16, el 2006 (64%/80%) (OCDE, 2000, 2004, 2008). Les taxes de graduació de les dones a Espanya se situen 7 punts per sota de la mitjana de la UE19. La dels homes, 18 punts per sota.

La segona cara del fracàs és la immigració de països no europeus. Les dades de l'“Encuesta de Condiciones de Vida 2007” posen de relleu que el 15% dels joves d'origen estranger no comunitari de 18 a 24 anys no ha obtingut el títol de l'Educació Secundària Obligatòria i no segueixen cap formació (elaboració del CIIMU a partir de l'ECV 2007). Un 44,3% no ha aconseguit titulació en educació secundària postobligatòria. Es tracta d'una de les proporcions més altes de la Unió Europea, només superada per Grècia, Itàlia i Portugal (Consell Econòmic i Social, 2009b:32-33). És possible que, en alguns casos, bona part de la seva trajectòria educativa hagi transcorregut en un altre sistema educatiu i s'hagin incorporat al sistema educatiu espanyol a edats avançades. Alguns d'ells potser no han estudiat mai a Espanya. Resulta preocupant que aquestes diferències puguin cristal·litzar en fractures socials amb implicacions a llarg termini. Com es va apuntar a l'*Informe de la Inclusió Social 2008*, la població menor d'edat d'origen immigrant presenta taxes

92. En realitat, el progrés va tenir lloc a la dècada dels noranta. Des de l'any 2000 no hi ha hagut canvis significatius.

93. A països amb diferències més petites com el Regne Unit (7 punts percentuals), el debat sobre l'assoliment diferencial de homes i dones porta anys sent objecte de debat públic i reflexió acadèmica.

de pobresa inusualment altes (el 52% de les persones menors de 16 anys viuen en una llar en situació de pobresa). En el primer bloc d'aquest informe constatarem l'existència d'alguns riscos que afecten la seva salut. La vulnerabilitat educativa és una dimensió més de l'exclusió social que incideix negativament en les seves oportunitats vitals.

L'assoliment educatiu es transmet intergeneracionalment. Els riscos de fracàs educatiu, també. La Taula 7.3 mostra les proporcions de joves de 18 a 24 anys amb vulnerabilitat educativa moderada i severa segons el nivell educatiu màxim assolit pels seus progenitors. A causa de les característiques del qüestionari de l'“Encuesta de Condiciones de Vida 2007”, només comptem amb evidència sobre l'educació dels pares i de les mares dels joves que (encara) conviuen amb els seus progenitors. Els resultats il·lustren l'estreta relació entre abandonament prematur i el nivell educatiu dels progenitors. La vulnerabilitat educativa severa és pràcticament inexistent a les famílies on el pare o la mare tenen educació superior. La vulnerabilitat moderada és 5,6 vegades més alta a les llars on el pare té estudis primaris que en aquelles en què té estudis superiors i 11,2 vegades més gran quan és la mare la que té estudis primaris.

L'assoliment educatiu es transmet intergeneracionalment. Els riscos de fracàs educatiu, també.

Taula 7.3. Vulnerabilitat educativa (moderada i severa) segons nivell d'estudis dels pares^(a)

| Nivell educatiu dels pares | Vulnerabilitat educativa moderada ^(b) | Vulnerabilitat educativa severa ^(c) |
|-----------------------------|--|--|
| Educació de la mare | | |
| Primària | 35% | 11% |
| Secundària obligatòria | 31 | 6,9 |
| Secundària post obligatòria | 16 | 2,2 |
| Universitària | 3,2 | 0,9 |
| Educació del pare | | |
| Primària | 35 | 11 |
| Secundària obligatòria | 30 | 4,8 |
| Secundària postobligatòria | 15 | 1,8 |
| Universitària | 6,4 | 1,1 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'ECV_2007, INE.

Nota: a) Només s'analitzen les situacions de vulnerabilitat dels joves de 18 a 24 anys que conviuen amb la seva mare o el seu pare.

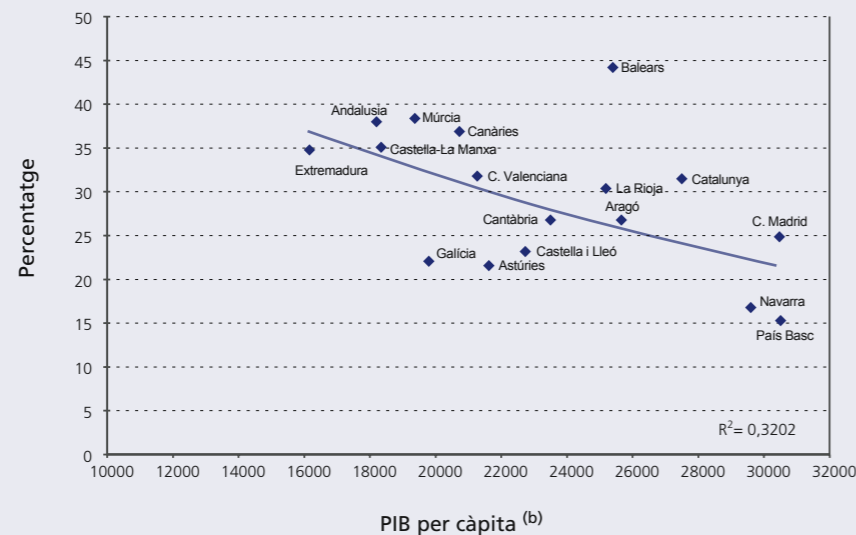
b) “Vulnerabilitat educativa moderada” es refereix als joves de 18 a 24 anys que no han completat l'educació secundària postobligatòria i que segueixen estudiant.

c) “Vulnerabilitat educativa severa” es refereix als joves de 18 a 24 anys que no han completat l'educació secundària obligatòria i que segueixen estudiant.

La vulnerabilitat educativa severa és pràcticament inexistent a les famílies on el pare o la mare tenen educació superior. La vulnerabilitat moderada és 5,6 vegades més alta a les llars on el pare té estudis primaris que en aquelles en què té estudis superiors i 11,2 vegades més gran quan és la mare la que té estudis primaris.

El panorama territorial del fracàs escolar és coherent amb el de l'èxit educatiu. Com es pot observar al Gràfic 7.7, el desenvolupament econòmic és un factor associat al nivell d'abandonament escolar prematur. Però només part de la variabilitat queda explicada pel nivell de desenvolupament. Diverses comunitats autònomes presenten taxes d'abandonament prematur significativament més altes del que s'hauria d'esperar. Per explicar aquestes diferències cal tenir en compte, a nivell agregat, les variables que incideixen en el fracàs individual, com ara la proporció d'alumnat estranger matriculat en ensenyaments no universitaris o el nivell educatiu de les generacions adultes. Segons dades del MEC (2008:11), el 9,4% dels estudiants d'ensenyaments no universitaris són estrangers. La Rioja, les Illes Balears, Madrid, Múrcia, Catalunya, Aragó, la Comunitat Valenciana i Navarra superen aquesta mitjana. Llevat de Navarra, totes presenten una taxa d'abandonament educatiu prematur superior a la que els correspon per nivell de desenvolupament. Igualment, comunitats on les generacions adultes d'edats intermèdies tenen nivells educatius molt baixos tendeixen a presentar taxes d'abandonament prematur més elevades. A comunitats com Múrcia i Andalusia, més del 40% de la població masculina nascuda entre 1946 i 1965 (i que potencialment són els progenitors dels joves de 18 a 24 anys) tenen només educació primària.

Gràfic 7.7. Persones de 18 a 24 anys amb vulnerabilitat educativa moderada segons CA^(a) (2007)



Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de Contabilidad Regional de España Base 2000, INE i MEC 2007.

Nota: a) Població de 18 a 24 anys que no ha obtingut el nivell d'educació secundària segona etapa i que no segueix cap tipus de formació.

b) Les dades del PIB 2007 són provisionals.

D'altra banda, de la mateixa manera que va passar amb l'èxit educatiu, la influència de l'estructura productiva i les oportunitats laborals és bastant aparent a la franja mediterrània i als arxipèlags, on els percentatges d'abandonament prematur se situen per sobre del que els correspondria simplement per nivell de desenvolupament. Crida poderosament l'atenció la situació de les Illes Balears, on una mica més de 4 de cada 10 persones de 18 a 24 anys no han completat el nivell d'educació secundària de segona etapa i no segueixen cap tipus d'educació-formació. Evidentment, aquesta situació està lligada a un mercat de treball que demana mà d'obra poc qualificada. A això cal afegir que les Illes Balears constitueixen, al costat de la Rioja, la comunitat autònoma amb presència més elevada d'alumnat estranger, amb un 14,4% dels estudiants matriculats en ensenyaments no universitaris (MEC, 2008:11).

El dibuix que emergeix del fracàs educatiu ens remet a realitats extraescolars: realitats socioeconòmiques alienes a pràctiques organitzatives o didàctiques a les escoles. Es tracta de situacions que, en paraules de Julio Carabaña, "no són fàcils de remeiar" amb polítiques exclusivament educatives. Després d'un període d'indubtable progrés, el marge de la política educativa per millorar certs resultats és cada vegada més limitat. La despesa educativa a Espanya en els diferents nivells dels itineraris formatius es correspon amb la que realitzen altres països amb el seu mateix grau de desenvolupament. Queda poc marge per a l'experimentació organitzativa i didàctica. Les estratègies organitzatives i les pràctiques pedagògiques que en altres països funcionen, en molts casos ja s'apliquen. Potser sigui el moment de reconèixer on es concentren les principals formes de vulnerabilitat educativa (en comptes de parapetar-se darrere de xifres agregades que amaguen realitats molt disperses), i quins són els factors socioeconòmics que les provoquen. I, a partir d'allí, impulsar polítiques integrals de suport a la infància, a l'adolescència i a les seves famílies, amb especial atenció als col·lectius en risc. És en aquest àmbit de la política pública on, com va posar de manifest l'*Informe de la Inclusió Social 2008*, es troba realment el fet diferencial de l'Estat espanyol en comparació dels països amb millors resultats educatius.

El dibuix que emergeix del fracàs educatiu ens remet a realitats extraescolars: realitats socioeconòmiques alienes a pràctiques organitzatives o didàctiques a les escoles.



8. DETERMINANTS DE LA DESIGUALTAT EN L'ÀMBIT EDUCATIU

La preocupació per l'assoliment de la igualtat en l'àmbit educatiu transcendeix la dimensió purament ètica o ideològica. Existeix un alt grau de consens entre investigadors, analistes i responsables polítics sobre la necessitat de garantir a tots els individus, amb independència del seu origen familiar, capacitats bàsiques per participar en la carrera educativa. Procurar uns mínims educatius i culturals universals és una forma de treure el màxim partit al seu talent i a les seves aptituds naturals, així com de facilitar la seva integració social i de prevenir el risc (i els costos socials) de l'exclusió. La desigualtat en l'àmbit educatiu és contrària al principi d'eficiència, en assignar recursos de forma subòptima: nega a alguns estudiants sense mitjans la possibilitat d'aprendre tot el que podrien i sobre-inverteix recursos en alumnes amb menys capacitat d'aprenentatge. La desigualtat en l'àmbit educatiu contribueix, al mateix temps, a incrementar els riscos d'exclusió social de població en situacions ja vulnerables o d'integració precària. Posa així en perill la cohesió social i, amb això, l'estabilitat i la governabilitat de les societats. En aquest context, sense necessitat d'estar motivats per conviccions ideològiques profundes, governs de tots els colors i organismes internacionals diversos entenen la importància d'impulsar polítiques d'igualtat que puguin contribuir a garantir aquests mínims educatius i culturals.

En aquest sentit, als països desenvolupats existeix un consens unànime en la necessitat d'universalitzar l'accés al sistema educatiu formal. L'educació s'ha convertit en un dret bàsic durant alguns anys de la vida. En els últims temps, hi ha hagut també un consens bastant alt sobre la pertinència de perllongar la participació obligatòria de tots els estudiants en aquest sistema. La majoria dels països desenvolupats ha establert la durada de l'etapa d'escolarització obligatòria en 10 anys. Sobre el paper, amb això es garanteix a totes les persones una finestra d'oportunitat per adquirir coneixements i habilitats bàsiques que els permetin —si demostren aptituds suficients i així ho desitgen— incorporar-se a estadis educatius postobligatoris.

La realitat acostuma a ser més complexa. Les claus de l'èxit i el fracàs escolar es troben, només en una petita part, condicionades per l'experiència escolar durant l'etapa d'educació obligatòria. Una llarga tradició d'investigació empírica posa de manifest que els resultats acadèmics en aquesta etapa estan condicionats tant per aptituds “heretades” com per experiències socials i educatives prèvies, així com per desigualtats ambientals externes a la institució escolar. Sobre les aptituds “heretades”, poc pot dir-se des de les ciències socials.⁹⁴

94. L'única cosa que pot assenyalar-se és que la transmissió hereditària d'aptituds intel·lectuals mai no és un procés estrictament biològic. Els determinants socials influeixen sobre la formació de parelles, l'edat a la qual tenen un fill/a, la salut de la mare, així com sobre les condicions materials amb què es desenvolupa l'embaràs o els riscos en què s'incorre en donar a llum (que poden influir, paral·lelament, sobre la salut del menor i, segons alguns estudis, directament sobre les seves aptituds intel·lectuals).

L'assoliment educatiu a l'escola és, en gran mesura, resultat de variables socials que emplacen individus en disposició de competir amb més o menys avantatge en la carrera educativa. Aquests avantatges i desavantatges poden aparèixer a edats molt primerenques i condicionen oportunitats tant educatives com d'una altra índole en etapes més avançades de la vida. La importància de l'etapa preescolar ens porta a ocupar-nos d'aquesta en primer lloc.

8.1. Accés a l'educació en l'etapa preescolar

Segons diversos experts, l'educació infantil aporta importants avantatges, especialment als infants que viuen en entorns familiars amb baixos nivells educatius i de capital cultural. Diversos estudis anglosaxons han acumulat evidència referent al fet que els nens comencen la seva etapa d'educació obligatòria amb importants diferències en les seves capacitats cognitives. Aquestes diferències tendeixen a persistir en edats més tardanes de la infància i l'adolescència, i són difícilment corregibles a partir de llavors (Mayers et al., 2004). L'origen d'aquestes diferències té a veure amb les característiques del seu entorn familiar, fonamentalment el nivell educatiu dels seus progenitors (i, especialment, de la mare). La investigació anglosaxona sobre aquestes qüestions posa de manifest que intervencions educatives intenses i "de qualitat" a edats preescolars poden propiciar millores considerables en la capacitat cognitiva dels nens/es, contribuint a preparar-los per als aprenentatges escolars (Currie, 2001; Waldfogel, 2002). D'acord amb aquests estudis, els beneficis de l'escolarització primerenca són majors per als nens/nes que viuen en entorns desfavorits. És en aquestes llars on aquest tipus d'intervencions serien més necessàries per corregir dèficits d'estimulació cognitiva i intel·lectual, que estan a l'arrel dels problemes i les dificultats d'aprenentatge dels infants en etapes posteriors. L'aprenentatge a edats primerenques té un efecte multiplicador o, com diu el premi Nobel d'Economia James Heckman, *learning begets learning* (Heckman i Lochner, 2000). Aquest fet fa més efectives les intervencions com més aviat es produeixin.⁹⁵

Existeix un alt grau de consens sobre l'efectivitat d'aquestes intervencions a partir del primer any de vida (Esping-Andersen, 2002). La participació dels nens d'1 a 5 anys en programes educatius preescolars és vista com una oportunitat de prevenir l'abandonament escolar i corregir les desigualtats educatives provocades per moti-

95. Alguns autors, entre els quals Heckman, no creuen que els principals beneficis de la participació precoç en programes educatius vinguin necessàriament de l'estimulació cognitiva que els nens/es reben als centres educatius. Des d'aquest punt de vista, la clau de l'èxit d'aquests programes entre grups desfavorits rau en el fet que redueixen el temps d'exposició dels infants als estímuls "nocius" de famílies disfuncionals i que incrementen el grau de conscienciació dels pares respecte a la importància de l'educació pels seus fills/es i, consegüentment, la seva implicació en activitats formatives.

vacions socioeconòmiques. La Unió Europea s'ha plantejat com a objectiu per al 2010 escolaritzar al 90% dels infants des dels 3 anys fins al començament de l'escola obligatòria. Espanya supera ja amb escreix aquest percentatge. Les taxes d'escolarització entre els 3 i 5 anys és del 97%, la qual cosa ens col·loca al capdavant d'Europa (Consell Econòmic i Social, 2009: 24). Aquestes taxes altes de participació, tot i el caràcter voluntari del servei, han estat propiciades per la seva gratuïtat. La pràctica universalitat del servei contribueix a la correcció precoç de deficiències cognitives que afecten els nens/nes de les classes més desfavorides.

No ocorre el mateix amb l'escolarització en l'etapa 1-2 anys (o primer cicle d'educació infantil).⁹⁶ Tan sols una minoria dels nens d'aquestes edats assisteix a un centre infantil, la majoria de caràcter privat (el 56% ho eren el 2008). Tot i així, la demanda d'aquests serveis i l'oferta de centres autoritzats està creixent de forma considerable. Entre el curs 2000-2001 i el curs 2008-2009, el nombre d'infants matriculats abans dels 3 anys (0-2) s'ha multiplicat per 3,7, fins a arribar als 370.000 infants. A algunes comunitats autònomes, la proporció de nens/es matriculats a aquestes edats supera el 25% (el País Basc encapçala el rànquing, amb el 46% dels nens/es d'aquestes edats matriculats el 2006, seguit de Catalunya, Aragó i Madrid, amb aproximadament el 30%) (Consell Econòmic i Social, 2009: 24).⁹⁷ En aquest context d'expansió de l'accés a aquests nivells, és important conèixer quins segments socials escolaritzen els nens a aquestes etapes per tal de calibrar si l'escolarització precoç pot contribuir a reduir les desigualtats cognitives entre alumnes de diferents orígens socioeconòmics.

Els resultats dels nostres models estadístics, presentats a la Taula 8.1, ens obliguen a ser escèptics. Han estat obtinguts a partir d'una anàlisi de regressió logística, que permet estimar la probabilitat que un menor d'1-2 anys assisteixi a un centre preescolar en funció d'un conjunt de característiques sociodemogràfiques de la seva família: els ingressos equivalents de la llar (en quartils, prenent el primer com a referència de comparació),⁹⁸ l'edat de l'infant (es pren als infants d'1 any com a referència), l'estat civil de la mare (les mares d'origen espanyol són la referència), el nombre d'hores que treballa, la seva situació laboral (les mares que treballen són la referència), el seu origen (les mares d'origen espanyol són la referència) i el seu nivell educatiu (les mares

96. Prescindim aquí d'efectuar una anàlisi de l'escolarització durant el període 0-1, molt minoritària i probablement perjudicial per al nen/a.

97. Aquestes xifres només inclouen infants matriculats en centres autoritzats per l'Administració Pública. Segons dades de l'ECV 2007, existeixen, a més, diferències considerables en l'escolarització dels nens/es de 0, 1 i 2 anys. Només l'1,9% dels nens de 0 anys, el 12% dels d'1 any i el 49% dels de 2 anys assisteixen a un centre infantil.

98. Es tracta dels ingressos nets totals ajustats per la composició de la llar i l'edat dels membres segons els procediments convencionals (escala OCDE modificada).

que només tenen un títol de primària són la referència).⁹⁹ Les dades provenen d'una submostra de llars on viuen nens d'1 i 2 anys, extreta de l'Encuesta de Condiciones de Vida 2007".

Tant el model 1 com el model 2 suggereixen que l'accés a l'educació preescolar entre 1 i 2 anys no depèn de la capacitat financera de les famílies. Les diferències entre el comportament de les llars amb rendes més altes i les llars amb rendes més baixes no són estadísticament significatives. Les variables més determinants són la situació laboral de la mare i el seu nivell educatiu. A igualtat d'altres condicions, la raó de probabilitats que una mare en situació laboral d'inactivitat escolaritzi els seus fills/es a aquestes edats és 2,3 vegades més baixa respecte a una mare que treballa. La inactivitat de la mare coincidint amb aquesta etapa de desenvolupament personal del nen segueix sent concebuda moltes vegades com un període de dedicació intensa a la seva cura, que fa innecessària la seva escolarització. Entre les mares que treballen, no s'adverteix una influència significativa de l'horari laboral (hores que treballen) sobre la probabilitat d'escolaritzar els fills/es (model 3).

El segon factor associat a l'escolarització dels infants d'1 a 2 anys és el nivell educatiu de la mare. La raó de probabilitats que una mare escolaritzi els seus fills/es a aquesta edat és 4,9 vegades més alta si té estudis superiors que si els té primaris, i 3 vegades més elevada si té una titulació d'educació secundària. Existeixen, doncs, diferències considerables en l'escolarització dels nens d'aquestes edats que dificulten aconseguir els assoliments d'igualtat en l'àmbit educatiu que l'escolarització precoç pot procurar.¹⁰⁰ Els infants que, sobre el paper, més es podrien beneficiar de l'educació infantil a aquestes edats són els menys escolaritzats.

99. En models no presentats aquí es van incloure, així mateix, les mateixes característiques sociodemogràfiques dels pares. Cap d'elles no tenia una influència estadísticament significativa sobre la probabilitat que el nen/a estigués escolaritzat.

100. Convé assenyalar que, d'acord amb l'evidència existent, els beneficis que proporciona l'escolarització precoç tenen lloc quan els centres educatius ofereixen un servei d'alta qualitat. L'escolarització *per se* no garanteix aquests beneficis. Amb les dades disponibles al nostre país, és difícil valorar si els centres autoritzats per l'Administració reuneixen la qualitat necessària perquè l'impacte dels aprenentatges rebuts sobre les capacitats cognitives dels nens sigui significatiu.

Taula 8.1. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: Assistir a un centre d'educació preescolar o infantil (nens/es de 1 i 2 anys)

| Variables independents | Model 1 (raó de probabilitats) | Model 2 (raó de probabilitats) | Model 3 ^(a) (raó de probabilitats) |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Nivell d'ingressos de la llar | | | |
| 1r quartil | 1 | 1 | 1 |
| 2n quartil | 0,807 | 0,985 | 1,054 |
| 3r quartil | 1,117 | 1,396 | 0,998 |
| 4t quartil | 1,080 | 1,465 | 0,833 |
| Edat del menor | | | |
| 1 any | 1 | 1 | 1 |
| 2 anys | 6,157*** | 6,269*** | 4,117*** |
| Estat civil de la mare | | | |
| No casada | 1 | 1 | 1 |
| Casada | 1,005 | 0,875 | 1,029 |
| Origen de la mare | | | |
| Espanya | 1 | 1 | 1 |
| Unió Europea | 8,252** | 6,595** | 8,225† |
| Extracomunitari | 0,585† | 0,899 | 0,925 |
| Situació laboral de la mare | | | |
| Treballa | 1 | | |
| Parada | 0,373** | | |
| Inactiva | 0,337*** | | |
| Nivell educatiu de la mare | | | |
| Primaris | | 1 | 1 |
| Secundaris | | 2,879* | 4,302† |
| Universitaris | | 5,022*** | 7,263† |
| Nº d'hores treballades per la mare | | | |
| Nº d'hores treballades | | | 1,039 |
| Nº d'hores treballades ² | | | 1,000 |
| R² Nagelkerke | | | |
| | 27,1% | 26% | 21,7% |
| Nombre de casos | | | |
| | 586 | 573 | 301 |

† Nivell de significació del 10%

** Nivell de significació del 1%

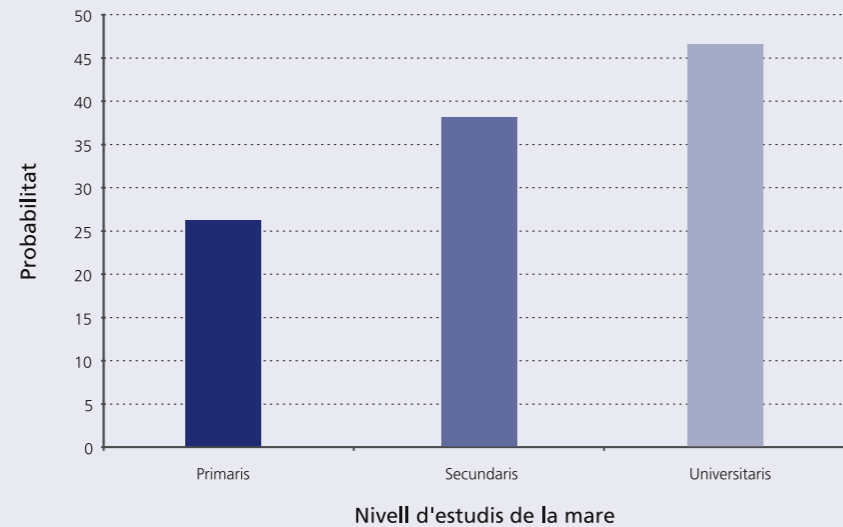
* Nivell de significació del 5%

*** Nivell de significació del 1%

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'ECV_2007, INE.

Nota: a) Model realitzat únicament amb mares que treballen.

Gràfic 8.1. Probabilitat d'assistir a un centre d'educació preescolar o infantil segons el nivell d'estudis de la mare



Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'ECV_2007, INE.

8.2. Rendiments en competències clau en l'educació secundària obligatòria

El Programa per a l'avaluació internacional dels alumnes (*Program for International Student Assessment*, PISA) s'ha convertit en el principal instrument d'avaluació de competències bàsiques dels estudiants poc abans de la seva sortida del sistema educatiu obligatori. Els estudis PISA es realitzen en més de 40 països cada tres anys. En l'últim, realitzat el 2006, van participar-hi 57 països, entre els quals Espanya. Diverses comunitats autònomes (Andalusia, Aragó, Astúries, Galícia, Cantàbria, Catalunya, Navarra, País Basc, La Rioja i Castella-i-Lleó) van administrar els qüestionaris a una submostra representativa a nivell autonòmic d'estudiants de 15 anys.

Els resultats de l'estudi PISA són un instrument per valorar la qualitat i l'eficàcia del sistema educatiu en un marc comparatiu. D'acord amb els resultats de les diferents edicions de l'estudi PISA, la puntuació mitjana dels estudiants espanyols és baixa en comparació dels altres països de l'OCDE. El 2006, la puntuació espanyola en matemàtiques era de 480, un valor menor que la mitjana de l'OCDE (de forma estadísticament

significativa). Aquest valor és inferior només en 5 o 6 països.¹⁰¹ En comprensió lectora, Espanya obtenia 461 punts, de nou un valor significativament inferior a la mitjana europea (492). Aquesta puntuació situa Espanya a la cua de l'OCDE, amb només de 3 a 5 països per sota. Un percentatge considerable de nens espanyols no arriben a la que és considerada capacitat mínima per manegar-se en la societat del coneixement (Nivell 1 i inferior). Per exemple, en la prova de lectura, el 25,7% dels estudiants espanyols obtenen una puntuació inferior al nivell 2 (situat en el llindar 334,8 punts).¹⁰² Això suposa que, d'acord amb els resultats del test, serien incapaços de localitzar peces d'informació essencials en un text, d'identificar el seu tema principal o de relacionar-lo amb altres coneixements rutinaris. Aquestes manques cognitives dificulten seriosament la seva capacitat per adquirir coneixements i habilitats en altres àrees i posen en risc la seva transició de l'escola al treball i la seva capacitat per treure partit d'oportunitats de formació que puguin sorgir al llarg de la vida (OCDE 2007b: 295).

Sent com són resultats bastant negatius, s'observa sovint una tendència al dramatisme poc justificable. La puntuació dels estudiants espanyols en matemàtiques se situa a 18 punts de la mitjana de l'OCDE, entorn de la qual figuren països com Alemanya, Suècia, Irlanda, França o el Regne Unit.¹⁰³ Entre la puntuació mitjana de l'OCDE i la puntuació espanyola, figura la de països com Luxemburg i Noruega i, per sota, la d'Estats Units, Portugal, Itàlia, Grècia o Israel. En comprensió lectora, Espanya es troba una mica més allunyada de la mitjana (31 punts), però bastant pròxima a Portugal, Itàlia o Luxemburg (OCDE 2007b). El percentatge d'estudiants amb nivell mínim (inferior a 2) en comprensió lectora se situa només a 1,5 punts per sobre de la mitjana europea (24,1%) (dades elaborades pel Consell Econòmic i Social, 2009: 35).

101. Com que els resultats de les proves PISA provenen d'una mostra els rendiments agregats dels estudiants de cada país s'indiquen mitjançant un interval de significació estadística (amb un nivell de confiança del 95%). Per tant, no és possible determinar de manera precisa el lloc que cada país ocupa al rànquing de rendiments educatius dels països participants. De manera convencional, l'OCDE defineix el rànquing de països considerant el límit superior i inferior de l'interval de cada país.

102. En el conjunt dels països de l'OCDE, el 20,1% reben puntuacions per sota del nivell 2. A Finlàndia i Corea, menys del 6% obtenen aquests resultats.

103. La diferència del valor d'aquests països amb la mitjana de l'OCDE no és estadísticament significativa.

8.2.1 Desigualtat en rendiments educatius

Més enllà de l'interès que pugui suscitar l'avaluació de les dades a nivell agregat i comparatiu, les dades generades per l'estudi PISA ofereixen una excel·lent oportunitat per analitzar els factors socials associats amb la desigualtat en rendiments. Els qüestionaris de PISA inclouen un ventall ampli d'indicadors sobre característiques sociodemogràfiques dels estudiants (edat, gènere, immigrant de primera generació o de segona generació) i els seus progenitors (educació del pare i de la mare), així com informació extensa sobre els contextos familiars i escolars. Respecte als contextos familiars, l'estudi PISA ens permet conèixer la llengua d'ús habitual en la llar, les possessions culturals, els recursos educatius disponibles en l'habitatge i el nivell de riquesa familiar. Respecte als centres educatius que estudien els adolescents, PISA ofereix informació sobre la titularitat del centre (pública, concertada o privada), el nombre d'estudiants per classe, la composició social del centre, la implicació dels pares i mares en el funcionament del centre o els recursos humans i materials disponibles. Amb tota aquesta informació, ha estat possible construir més de 50 variables per analitzar els determinants dels rendiments en les proves PISA amb tècniques d'anàlisi multivariant (de regressió lineal i logística). Enumerem les que apareixen en els models explicatius que utilitzem posteriorment:

Variables dependents:

- Valors plausibles (VP) en la prova de matemàtiques.
- Valors plausibles (VP) en la prova de comprensió lectora.
- Aspiracions d'estatus ocupacional. Als estudiants se'ls pregunta quin esperen que sigui el seu treball als 30 anys. Les respostes es recodifiquen utilitzant els quatre dígitos dels codis ISCO (ILO 1990) i es construeix un variable dicotòmica, on el valor 1 identifica les professions que requereixen una titulació universitària (ISCED 5-6).

Variables independents:

- Sexe.
- Edat. Les proves PISA s'apliquen a estudiants de 15 anys d'edat que estan a punt de finalitzar l'educació obligatòria. Per obtenir l'edat exacta de cada estudiant (AGE), es calcula la diferència entre l'any i el mes del test, i l'any i el mes de naixement.
- Educació del pare/Educació de la mare. Consta de quatre valors educació pre-escolar i primària (ISCED 0-1), secundària obligatòria (ISCED 2), educació secundària postobligatòria (ISCED 3-4) i educació superior (ISCED 5-6).

- Immigració: PISA recull informació sobre el país de naixement dels estudiants i els seus pares. A més de preguntes específiques sobre el país de naixement de l'estudiant, el de la seva mare i del seu pare, es recull també la informació següent: 1) el país de naixement és el mateix que el país on es realitza la prova o 2) és un altre país. Es construeix un índex (INMIG) amb aquestes preguntes que conté les categories següents: i) Autòcton, es tracta d'estudiants un dels progenitors dels quals, almenys, ha nascut en el país on es realitza la prova; ii) Immigrant de primera generació, estudiants nascuts en un país diferent d'on es realitzen les proves i els pares dels quals també han nascut en un altre país, i iii) Immigrant de segona generació, són estudiants nascuts en el país on es realitzen les proves, però els pares dels quals van néixer en altre país.
- Recursos a la llar. La presència de certs recursos i béns materials a la llar es considera una forma més precisa que la renda per capturar el nivell de vida, ja que es tracta de possessions que presenten menys variabilitat que la renda. El qüestionari PISA 2006 interroga els estudiants sobre la disponibilitat de 13 béns materials a la llar. Cada país té la potestat d'afegir-hi 3 béns addicionals que es considera que ajuden a capturar el nivell de vida de les famílies en cada context. En el cas d'Espanya, es pregunta per la tinença de videocàmera, televisió digital, equip de home cinema, a més dels altres 13 ítems. S'utilitzen 3 dels índexs que es construeixen amb aquest conjunt d'ítems usant la metodologia d'escala IRT (model de Rasch): 1) Riquesa de la llar (WEALTH), que inclou: tenir habitació pròpia, connexió a Internet, rentavaixelles, DVD i els 3 ítems corresponents a cada país. A més, es pregunta pel nombre de telèfons mòbils, televisors, ordinadors i cotxes de què disposa la llar. 2) Recursos culturals (CULPOSS), que inclou: disposar de literatura clàssica (p. e., Shakespeare), llibres de poesia i obres d'art (p. e., quadres). 3) Recursos educatius de la llar (HEDRES), que inclou: disposar d'un escriptori, un espai tranquil a la llar per estudiar, un ordinador que pot utilitzar per fer treballs escolars, programari educatiu, calculadora pròpia, llibres de consulta per fer el treball escolar i un diccionari.
- Llengua d'ús a la llar: el qüestionari interroga l'estudiant sobre la llengua que parla habitualment a casa seva. La base de dades conté una variable amb codis específics de cada llengua (LANGN). A més, aquesta variable es recodifica en les categories següents: 1) la llengua d'ús a la llar és la mateixa que la llengua en què es realitza la prova; 2) la llengua d'ús a la llar és una llengua nacional de l'Estat, però l'estudiant realitza la prova en una llengua diferent, i 3) la llengua d'ús en la llar és una altra llengua diferent (estrangera).

- Característiques del centre educatiu.
 - Nombre mitjà d'alumnes per classe (CLSIZE) es deriva de 9 possibles categories de resposta, des de "15 estudiants o menys" a "més de 50 estudiants". La variable CLSIZE pren el valor mitjà de cadascuna de les categories de resposta (un valor de 13 per a la categoria més baixa i un valor de 53 per a la més alta).
 - Recursos humans. Es tracta d'un índex additiu construït a partir de 5 preguntes que es realitzen al director del centre per conèixer la seva opinió sobre manques en personal acadèmic, tècnic i de suport que poden perjudicar l'ensenyament en el col·legi (amb 4 categories de resposta cadascuna). Valors alts indiquen una major escassetat de recursos humans.
 - Recursos materials. Es construeix un índex additiu a partir de 7 preguntes que es realitzen al director de l'escola per conèixer la seva opinió sobre els recursos materials disponibles per a l'ensenyament en el centre (equip de laboratori, de material educatiu, ordinadors, connexió a Internet, programari, materials de biblioteca i recursos audiovisuals). Valors alts indiquen una major escassetat de recursos materials.
- Titularitat del centre. Els centres es classifiquen en tres categories (SCHLTYPE): 1) centres públics controlats i gestionats per l'administració pública; 2) centres concertats, dependents de l'administració pública, de la qual reben més del 50% del seu finançament, però controlats per una organització no governamental o dirigida per un consell, els membres del qual no han estat triats per l'administració pública, i 3) centres privats, independents de l'administració pública, de la qual reben menys del 50% del seu finançament, controlades per una organització no governamental o un consell de direcció no triat per l'administració pública.
- Composició social del centre. Mesura el percentatge de famílies dels estudiants matriculats en el centre amb baixos recursos educatius. En concret, es calcula el percentatge de progenitors en el centre, el nivell educatiu dels quals (el del progenitor amb màxim nivell educatiu) és inferior a ISCED 3.
- Expectatives parentals sobre el centre. Recull l'opinió del director del centre sobre nivell de pressió que rep per part dels pares per mantenir estàndards acadèmics elevats i empènyer els estudiants a assolir-los. Existeixen 3 categories de resposta: 1) pressió constant de bona part dels pares; 2) pressió procedent d'una minoria de pares, i 3) inexistència de pressió. Es treballa amb variables dicotòmiques que identifiquen aquestes categories.¹⁰⁴

104. Pot trobar-se informació més detallada sobre les variables del PISA en el PISA 2006 Technical Report (OCDE, 2009).

Presentem a continuació els models construïts per explicar el resultat dels estudiants en les proves de matemàtiques i comprensió lectora. Els coeficients i la seva significació han estat obtinguts amb una regressió lineal que utilitza algoritmes preparats per l'OCDE per calcular els errors estàndard tenint en compte que la variable dependent no és un valor únic, sinó cinc valors plausibles.¹⁰⁵ S'han calculat tres models per a cada variable dependent. En el primer, s'introdueixen només variables sociodemogràfiques de l'adolescent i la titularitat del centre educatiu on cursa els seus estudis; en el segon, s'introdueixen variables sociodemogràfiques dels progenitors, les característiques socioeconòmiques de la llar i els recursos culturals i educatius dels quals disposa; i, finalment, s'introdueixen característiques addicionals del centre (composició social, recursos materials i humans, exercici de control del centre per part dels pares).

105. Volem agrair a Eveline Gebhardt, de l'Australian Council for Educational Research, la preparació dels algorismes utilitzats en les anàlisis multivariades realitzades. El nostre estudi es va convertir durant unes setmanes en el banc de proves que va utilitzar l'equip responsable de l'estudi PISA per perfeccionar els macros d'anàlisis en el paquet estadístic SPSS.

Taula 8.2. Anàlisi de regressió lineal. Variables dependents: resultats a les proves de matemàtiques i comprensió lectora del PISA 2006

| Variables independents | Resultats en matemàtiques | | | Resultats en comprensió lectora | | |
|---|---------------------------|------------|------------|---------------------------------|------------|------------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 | Model 5 | Model 6 |
| Sexe (referència home) | | | | | | |
| Dona | -9,824*** | -14,853*** | -15,163*** | 34,106*** | 28,995*** | 28,472*** |
| Edat del menor | | | | | | |
| | 24,942*** | 21,518*** | 21,283*** | 17,279*** | 14,182*** | 14,285*** |
| Origen (referència autòcton) | | | | | | |
| Immigrant 1ª generació | -52,764*** | -47,589*** | -47,423*** | -48,977*** | -41,709*** | -40,177*** |
| Immigrant 2ª generació | -33,974*** | -20,615** | -19,998* | -9,146*** | 7,236 | 7,300 |
| Titularitat del centre (referència públic) | | | | | | |
| Concertat | 25,772*** | 15,358*** | 3,506 | 32,165*** | 21,850*** | 9,353† |
| Privat | 56,886*** | 32,749*** | 9,939 | 56,135*** | 34,427*** | 12,243 |
| Nivell educatiu de la mare (referència primaris) | | | | | | |
| Secundària obligatòria | | 23,112*** | 21,344*** | | 23,756*** | 22,155*** |
| Secundària postobligatòria | | 24,784*** | 19,199*** | | 24,199*** | 19,438*** |
| Universitaris | | 32,153*** | 24,835*** | | 31,4*** | 24,798*** |
| Nivell educatiu del pare (referència primaris) | | | | | | |
| Secundària obligatòria | | 13,241*** | 11,918*** | | 16,713*** | 15,757*** |
| Secundària postobligatòria | | 14,579*** | 8,989* | | 20,061*** | 14,571*** |
| Universitaris | | 27,659*** | 21,261*** | | 25,446*** | 19,420*** |
| Capital de les famílies | | | | | | |
| Capital cultural ^(a) | | 13,218*** | 12,348*** | | 12,331*** | 11,450*** |
| Capital educatiu ^(b) | | 11,975*** | 12,268*** | | 10,984*** | 11,418*** |
| Béns materials ^(c) | | -4,939** | -5,927*** | | -8,281*** | -9,338*** |
| Llengua d'ús a la llar (referència espanyol) | | | | | | |
| Estrangera | | 11,918 | 10,935 | | -4,577 | -7,742 |
| Característiques del centre educatiu | | | | | | |
| Alumnes per aula | | | 0,102 | | | 0,198 |
| Recursos humans ^(d) | | | 0,111 | | | 0,607 |
| Recursos materials ^(e) | | | -0,384 | | | -0,252 |
| Composició social del centre ^(f) | | | -0,639*** | | | -0,594*** |

Taula 8.2. Anàlisi de regressió lineal. Variables dependents: resultats a les proves de matemàtiques i comprensió lectora del PISA 2006 (continuació)

| Variables independents | Resultats en matemàtiques | | | Resultats en comprensió lectora | | |
|---|---------------------------|---------|---------|---------------------------------|---------|---------|
| | Model 1 | Model 2 | Model 3 | Model 4 | Model 5 | Model 6 |
| Expectatives dels pares sobre el centre (referència baixa) | | | | | | |
| Alta | | | 12,324† | | | 17,629* |
| Mitja | | | 0,271 | | | 1,057 |
| R² | 8,1% | 18,2% | 19,6% | 11,4% | 20,4% | 21,8% |
| Nombre de casos | 18.989 | 17.529 | 17.189 | 18.989 | 17.529 | 17.189 |

† Nivell de significació del 10%

* Nivell de significació del 5%

** Nivell de significació del 1%

*** Nivell de significació del 1%

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de PISA 2006, OCDE.

- Nota: a) El “capital cultural” de les famílies és un índex que mesura la disponibilitat a la llar de literatura clàssica (p.e Shakespeare), llibres de poesia i obres d’art (p.e. quadres).
- b) El “capital educatiu” de les famílies és un índex que mesura la disponibilitat a la llar d’un espai adequat d’estudi, un escriptori, un ordinador que l’adolescent pugui utilitzar per fer treballs escolars, software educatiu, calculadora pròpia, llibres de consulta per realitzar el treball escolar o un diccionari.
- c) “Bens materials” és un índex que inclou la disponibilitat d’habitació pròpia per l’adolescent, connexió a Internet, rentavaixelles, DVD, i els tres ítems corresponents al cas d’Espanya (càmera de vídeo, televisió digital, equip de *home cinema*). A més es pregunta pel número de telèfons mòbils, televisors, ordinadors i cotxes que disposa la llar.
- d) Els “recursos humans” del centre es refereix a la percepció que té el director/a del centre sobre l’escassetat de professors qualificats per impartir classes de matemàtiques, ciència, llengua i altres assignatures, a més de l’escassetat de personal tècnic i de suport que pot perjudicar l’ensenyament a l’escola. Valors alts indiquen una major manca de recursos humans.

Nota: e) Els “recursos materials del centre” es refereixen a la percepció que té el director/a sobre l’escassetat de recursos materials per a l’ensenyament al centre com són absència d’equip de laboratori, de material educatiu, ordinadors, connexió a Internet, software, materials de biblioteca i recursos audiovisuals. Valors alts indiquen una major mancança de recursos materials.

f) “Composició social del centre educatiu” considera el nivell educatiu dels pares dels alumnes del centre. Mesura la proporció de pares dels alumnes del centre que té nivells educatius menors que la secundària post-obligatòria.

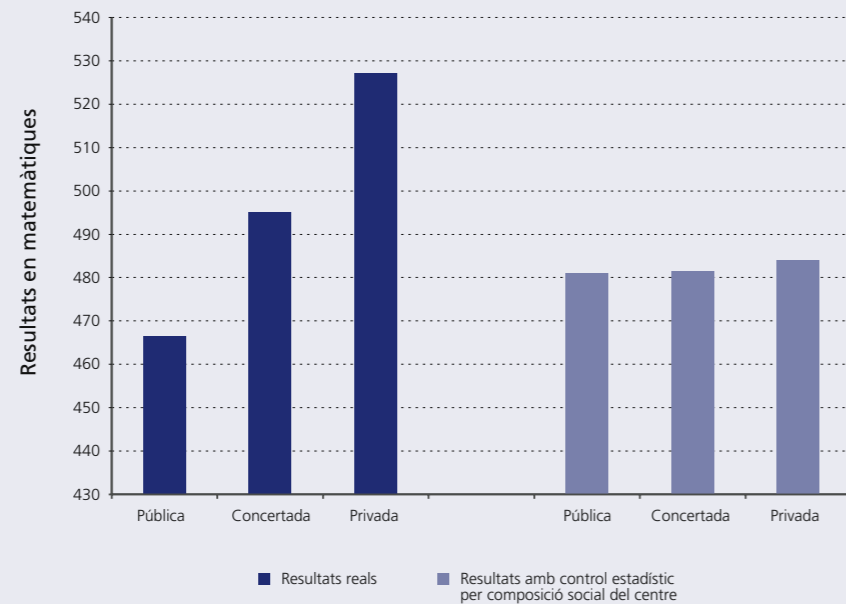
Els resultats posen en relleu que les variables sociodemogràfiques de l’alumne tenen un efecte estadísticament significatiu sobre les puntuacions en les proves. A igualtat d’altres condicions, els homes obtenen resultats superiors que les dones en matemàtiques, però pitjors en comprensió lectora. Els immigrants de primera generació tendeixen a obtenir pitjors resultats que els estudiants nascuts a Espanya. L’efecte es redueix en un 15% després d’incloure en el model la llengua d’ús habitual a casa, la qual cosa suggereix que part de l’efecte inicial observat és degut a les dificultats lingüístiques d’aquests immigrants. En la segona generació, no s’observen diferències estadísticament significatives en les puntuacions de la prova de lectura, després de controlar per totes les variables independents (model 3), però sí en les de matemàtiques.

Els resultats també posen de manifest que el perfil educatiu dels progenitors, així com els recursos culturals i educatius de la llar, són determinants importants dels rendiments en les proves de matemàtiques i de lectura. El nivell educatiu de la mare té un efecte més important sobre els resultats que el del pare. A igualtat d’altres condicions, els estudiants la mare dels quals té estudis universitaris obtenen, de mitjana, 24,7 punts més en la prova de lectura que aquells la mare dels quals té estudis primaris, i 24,8 més en matemàtiques. Crida l’atenció que, a igualtat de condicions educatives, de capital cultural i recursos educatius, la variable “bens materials” té un efecte negatiu. Això no ocorre quan les variables educatives i de capital cultural i educatiu de la llar no s’inclouen en el model (l’efecte és, en

aquesta situació, positiu i significatiu), la qual cosa suggereix que l'efecte inicial és espuri i està provocat per pautes de covariació dels factors.

El tercer aspecte a destacar són els efectes estadístics de les característiques dels centres educatius on els estudiants cursen els seus estudis. En el model 1, observem que els estudiants dels centres privats i concertats obtenen millors resultats en les proves de matemàtiques i lectura que els que cursen els seus estudis en un centre públic. Aquestes diferències són estadísticament significatives. Quan introduïm les variables que informen sobre els perfils dels progenitors i les dinàmiques de la llar, les diferències es redueixen extraordinàriament (model 2 i 5). En els models 3 i 6, ja no s'observa una bretxa estadísticament significativa a favor de l'escola privada i concertada en matemàtiques, i solament diferències significatives (encara que molt petites) a favor de la concertada en lectura. La càrrega social que suporten les escoles públiques sembla ser la clau per explicar aquest fenomen. Quan els models s'ajusten per les característiques socials de les famílies i la composició social del centre, mesurada pel pes de les famílies amb baix nivell educatiu, les diferències entre

Gràfic 8.2. Resultats en matemàtiques dels estudiants de 15 anys, segons titularitat i característiques del centre educatiu (resultats reals i ajustats per composició social del centre)^(a)

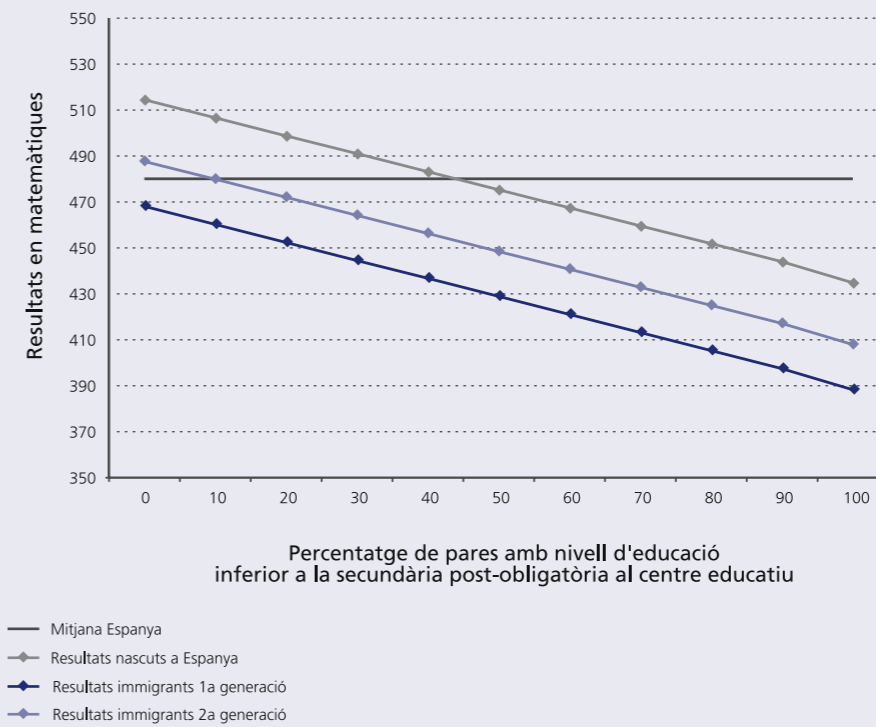


Font: Elaboració CIIMU a partir de dades PISA 2006.

Nota: a) "Composició social del centre educatiu" considera el percentatge de pares amb nivell educatiu inferior a la secundària postobligatòria.

estudiants que cursen els seus estudis en centres de titularitat pública i privada desapareixen. A igualtat de condicions, centres públics, concertats i privats obtenen les mateixes puntuacions.

Gràfic 8.3. Resultats en matemàtiques d'estudiants immigrants segons composició social del centre educatiu



Fuente: Elaboració CIIMU amb dades PISA 2006, OCDE.

El Gràfic 8.3 il·lustra la importància de la composició social del centre. Dibuixa les puntuacions mitjanes que obtenen estudiants d'origen espanyol i immigrant en diferents tipus de centres, definits aquí pel percentatge de pares d'alumnes matriculats amb nivell educatiu baix (es considera només el progenitor amb nivell educatiu més alt). Els resultats indiquen que un estudiant immigrant de primera generació que cursa els seus estudis en un centre on el 80% de les famílies tenen estudis primaris obté, *ceteris paribus*, 70 punts menys que un estudiant espanyol que cursa els seus estudis en un centre on menys del 20% de pares tenen un nivell educatiu baix. És a dir, el rendiment dels estudiants no depèn només dels seus perfils sociodemogràfics i les condicions socials

Les qualitats del centre escolar que influeixen en les puntuacions tenen a veure amb la composició social de l'alumnat matriculat i les seves famílies. Les institucions escolars on la majoria dels alumnes provenen d'un entorn familiar amb pocs recursos educatius es converteixen en espais on els rendiments dels estudiants tendeixen a ressentir-se.

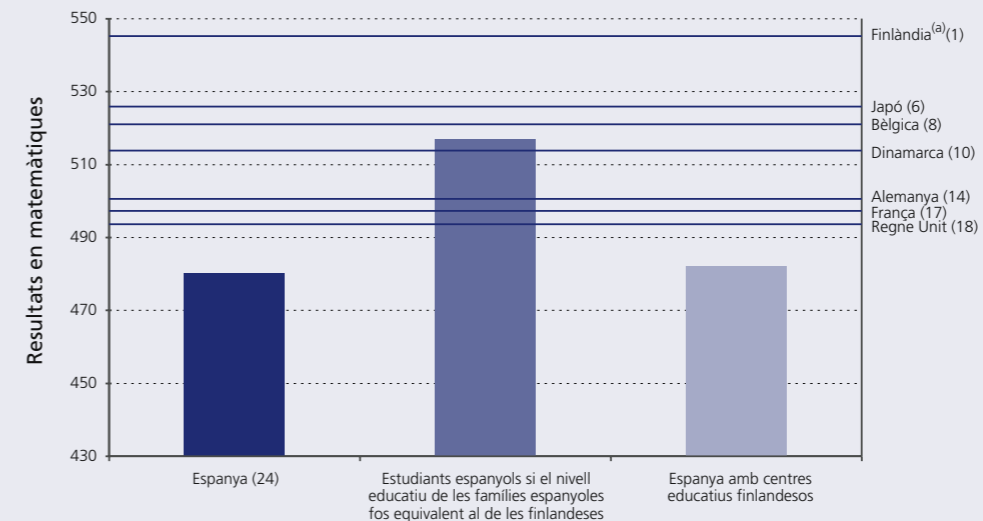
dels seus contextos familiars, sinó també de les escoles on estan matriculats. Ara bé, l'aspecte realment determinant en les escoles no és la seva titularitat, ni tan sols la falta de recursos o la grandària de les classes. Els models 3 i 6 de la Taula 8.2 posen de manifest que els recursos disponibles (humans i materials) i el nombre mitjà d'estudiants per classe no contribueixen a explicar la variabilitat de puntuacions en les proves PISA. La magnitud dels efectes d'ambdues variables sobre les puntuacions són mínimes i no són estadísticament significatives. Les qualitats del centre escolar que influeixen en les puntuacions tenen a veure amb la composició social de l'alumnat matriculat i les seves famílies. Les institucions escolars on la majoria dels alumnes provenen d'un entorn familiar amb pocs recursos educatius es converteixen en espais on els rendiments dels estudiants tendeixen a ressentir-se.¹⁰⁶ A això, cal afegir que en els centres on els progenitors mostren un alt grau d'implicació en les activitats de control de l'equip directiu les puntuacions en els resultats PISA tendeixen a millorar.

En síntesi, els climes escolars són el producte fonamentalment del capital cultural i social de les famílies que tenen matriculats els seus estudiants en el centre. A la llum d'aquestes dades, no sembla ampli el marge de maniobra per millorar el rendiment dels estudiants amb reformes dirigides exclusiva o prioritàriament a aspectes "interns" de la dinàmica escolar (organitzatius, didàctics, curriculars). Així pot observar-se en el Gràfic 8.4. En la primera columna, es mostren els resultats en matemàtiques dels estudiants espanyols. En la segona columna, es presenten els resultats d'una simulació estadística. S'estimen els resultats que obtindrien si el nivell educatiu dels seus progenitors fos equivalent al dels progenitors finlandesos i la composició social dels centres fos similar a la del país escandinau.¹⁰⁷ És fàcilment perceptible el poderós efecte que això suposaria sobre els rendiments mitjans dels estudiants espanyols. En aquest escenari hipotètic, els resultats dels estudiants espanyols no arribarien als dels estudiants finlandesos, però se situarien bastant més a prop. Superarien la puntuació mitjana en matemàtiques dels estudiants del conjunt de països de l'OCDE, escalant 15 llocs en el rànquing de països. En la tercera columna del Gràfic, pot observar-se que un canvi en el mateix sentit dels recursos humans i materials dels centres educatius, així com del nombre d'alumnes per aula, tindria conseqüències molt limitades.

106. S'han avaluat altres possibles efectes de "composició social" dels centres, sense obtenir resultats significatius. Per exemple, no hem detectat que, a igualtat de condicions, les puntuacions en les proves PISA siguin sensibles al percentatge d'alumnes matriculats en el centre d'origen immigrant.

107. Aquesta estimació és resultat d'imputar els "valors finlandesos" en les variables corresponents (nivell educatiu del pare i la mare i composició socioeducativa del centre) del model calculat amb les respostes dels estudiants espanyols, fixant la resta de les variables en el valor mitjà espanyol.

Gràfic 8.4. Simulació dels resultats en matemàtiques dels estudiants de 15 anys a Espanya si tinguessin pares amb el nivell educatiu de les famílies finlandeses i si els seus centres escolars tinguessin algunes de les qualitats dels finlandesos



Font: Elaboració CIIMU amb dades PISA 2006, OCDE.

Notes: a) Correspon al nivell de resultats de països de l'OCDE, i la seva posició al rànquing. Espanya ocupa la posició 24 d'un total de 30 països.

b) A les variables "educació del pare", "educació de la mare", i "percentatge de pares amb nivell educatiu baix al centre educatiu" se'ls imputa els valors finlandesos.

c) Qualitats dels centres educatius considerades: ràtio d'alumnes per classe, recursos humans i materials.

Evidentment, resultats com els presentats aquí han de ser presos amb cautela. Els indicadors disponibles són limitats, i la seva validesa per capturar en tota la seva magnitud les dimensions rellevants pot ser qüestionada. Però apunten de forma consistent en una direcció. Aquesta direcció ha estat avalada per estudis pioners en el camp de la sociologia de l'educació (Coleman, 1966; Jencks, 1972) i en alguns treballs realitzats en el nostre país amb dades procedents d'edicions anteriors de l'estudi PISA (Marchesi, 2006; Calero, 2006). En primer lloc, els resultats educatius estan molt més influenciats pel que ocorre fora de l'escola que pel que succeeix dintre de la institució escolar. En segon lloc, el funcionament de l'escola depèn molt més d'inputs socials que dels models

Els resultats presentats aquí suggereixen que les intervencions que poden millorar els resultats educatius dels infants en situació de vulnerabilitat educativa passen necessàriament per donar suport a la funció educativa de les famílies i altres agents socials en l'horari extraescolar, i per equiparar els inputs socials en els centres que suporten les condicions més adverses.

organitzatius que implanten i les pràctiques educatives que desenvolupen. En aquestes circumstàncies, sembla lògic abandonar l'expectativa que el sistema escolar solucioni problemes dels quals només és responsable en una petita part. Els resultats presentats aquí suggereixen que les intervencions que poden millorar els resultats educatius dels infants en situació de vulnerabilitat educativa passen necessàriament per donar suport a la funció educativa de les famílies i altres agents socials en l'horari extraescolar, i per equiparar els *inputs* socials en els centres que suporten les condicions més adverses.

La lluita contra el fracàs educatiu reclama una nova generació de polítiques que persegueixi influir sobre la vida infantil no només quan els nens estan dintre de la institució escolar, sinó també quan n'estan fora. Al llarg de l'any, l'horari estrictament escolar representa, exclusivament, una vuitena part de la vida infantil. La qualitat de la vida infantil fora de l'escola i dels estímuls extraescolars que reben en altres entorns, des de les etapes més prematures de la infància, són factors determinants del rendiment escolar. Les capacitats per adquirir coneixements i habilitats, les orientacions i motivacions cap als estudis, estan inequívocament lligades a estímuls que provenen d'agents de socialització no escolars, com la família, el grup d'iguals o la televisió. Massa sovint, les polítiques educatives han donat l'esquena a aquestes realitats, confiant en l'autosuficiència de les mesures aplicades en l'àmbit estrictament escolar.

El segon gran front obert per resoldre el fracàs educatiu és la lluita contra la segregació de les poblacions en dues línies escolars: una primera formada per escoles a les quals acudeixen majoritàriament poblacions "orientades" a l'èxit escolar, i una segona composta per centres educatius que concentren estudiants procedents de grups socials en situació de més risc de fracàs educatiu. En aquest sentit, l'eficàcia de la institució escolar a l'hora d'assegurar certa igualtat efectiva d'oportunitats educatives passa inevitablement per impedir que els marges d'elecció de centres agreugin els efectes segregadors que provoquen per se les dinàmiques de distribució social de les poblacions en l'espai urbà. Quan els alumnes que provenen d'un entorn familiar amb elevat nivell sociocultural renuncien a assistir a una escola, li resten *inputs* fonamentals per al seu funcionament. D'una banda, se'n emporten inputs positius en les dinàmiques d'aprenentatge en el grup de classe. De l'altra, desproveeixen l'escola de capital social, en desaparèixer els pares amb més vocació per exigir a l'escola resultats òptims i més predisposició a l'acció col·lectiva per impulsar iniciatives educatives que beneficien els seus fills/es (però també els companys d'altres entorns socioeducatius) (MacBeath, 2000).

8.2.2. Rendiments en competències i expectatives professionals

El caràcter transversal de l'estudi PISA és una limitació analítica que impedeix conèixer fins a quin punt mancances cognitives detectades per les proves són responsables, com anticipen els creadors del test, de dificultats educatives posteriors o d'inserció en el mercat de treball. Aquesta limitació ha estat corregida en estudis longitudinals realitzats al Canadà i Dinamarca a partir de l'estudi PISA el 2000, que reentrevisten quatre anys més tard els individus que van fer el test PISA (OCDE, 2007b: 300). La conclusió obtinguda en aquests estudis corrobora la idea que els resultats obtinguts en les proves de PISA estan fortament associats amb la probabilitat de realitzar estudis postobligatoris. Per exemple, en l'estudi canadenc (Knighton i Bussiere, 2006) es posava en relleu que un 28% de les persones que obtenien un resultat inferior al llindar del nivell 2 en la prova de lectura cursaven algun tipus d'estudis postobligatoris. Entre els qui puntuaven per sobre del llindar del nivell 5, el 88% realitzava estudis postobligatoris.

A Espanya, no s'ha fet cap seguiment de la mostra que va realitzar el PISA en edicions anteriors. Però es pregunta als estudiants per les seves expectatives professionals als 30 anys. Les respostes donen una idea de la seva intenció de prosseguir els estudis més enllà de l'etapa obligatòria. Tres de cada quatre es veuen desenvolupant una professió que requereix una titulació superior (ISCED 5 o 6). El model que presentem a continuació estima les probabilitats que un estudiant de 15 anys es vegi als 30 anys desenvolupant una professió que requereix titulació superior. Inclou la bateria de variables independents descrites en la secció anterior, controlades per la puntuació en la prova de matemàtiques i de lectura. És a dir, es pretén comparar les estimacions de probabilitat en diferents estats.

Taula 8.3. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: Aspirar a desenvolupar una professió amb titulació superior

| Variabls independents | Model 1 (raó de probabilitats) | Model 2 (raó de probabilitats) |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Sexe | | |
| Home | 1 | 1 |
| Dona | 3,455*** | 2,138*** |
| Edat del menor | | |
| | 0,995 | 1,037 |
| Origen | | |
| Espanya | 1 | 1 |
| Immigrant 1ª generació | 2,451*** | 1,955*** |
| Immigrant 2ª generació | 2,231* | 1,554 |
| Titularitat del centre | | |
| Públic | 1 | 1 |
| Concertat | 1,187** | 1,070 |
| Privat | 1,726*** | 1,589*** |
| Nivell educatiu de la mare | | |
| Primaris | 1 | 1 |
| Secundària obligatòria | 1,040 | 1,094 |
| Secundària postobligatòria | 1,153† | 1,223** |
| Universitaris | 1,357*** | 1,460*** |
| Nivell educatiu del pare | | |
| Primaris | 1 | 1 |
| Secundària obligatòria | 1,081 | 1,031 |
| Secundària postobligatòria | 1,360*** | 1,290** |
| Universitaris | 1,709*** | 1,663*** |
| Capital de les famílies | | |
| Capital cultural ^(a) | 1,166*** | 1,181*** |
| Capital educatiu ^(b) | 1,243*** | 1,241*** |
| Béns materials ^(c) | 0,952 | 0,982 |
| Llengua d'ús a la llar | | |
| Espanyol | 1 | 1 |
| Estrangera | 0,675* | 0,884 |
| Característiques del centre educatiu | | |
| Composició social del centre ^(d) | 0,999 | 0,998 |

Taula 8.3. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: Aspirar a desenvolupar una professió amb titulació superior (continuació)

| Variabls independents | Model 1 (raó de probabilitats) | Model 2 (raó de probabilitats) |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Puntuació a la prova de PISA | | |
| Matemàtiques | 1,011*** | |
| Comprensió lectora | | 1,011*** |
| R² Nagelkerke | | |
| | 28,8% | 27,9% |
| Nombre de casos | | |
| | 13.116 | 13.116 |

† Nivell de significació del 10%

* Nivell de significació del 5%

** Nivell de significació del 1%

*** Nivell de significació del 1‰

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de PISA 2006, OCDE.

Nota: a) El “capital cultural” de les famílies és un índex que mesura la disponibilitat a la llar de literatura clàssica (p.e Shakespeare), llibres de poesia i obres d'art (p.e. quadres).

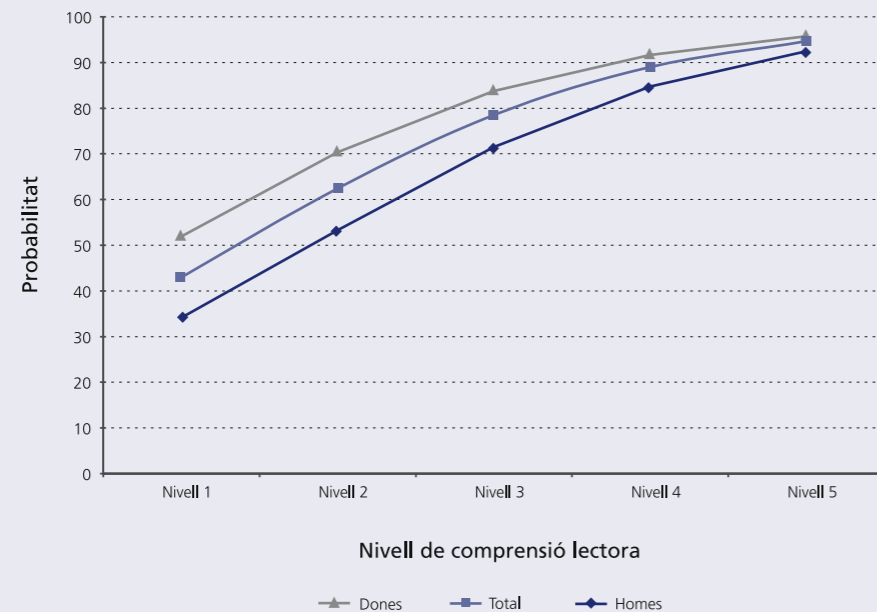
b) El “capital educatiu” de les famílies és un índex que mesura la disponibilitat a la llar d'un espai adequat d'estudi, un escriptori, un ordinador que el nen/a pugui utilitzar per fer treballs escolars, software educatiu, calculadora pròpia, llibres de consulta per realitzar el treball escolar o un diccionari.

c) “Béns materials” és un índex que inclou la disponibilitat d'habitació pròpia per l'adolescent, connexió a Internet, rentavaixelles, DVD, i els tres ítem corresponents al cas d'Espanya (càmera de vídeo, televisió digital, equip de home cinema). A més es pregunta pel número de telèfons mòbils, televisors, ordinadors i cotxes que disposa la llar.

d) “Composició social del centre educatiu” considera el nivell educatiu dels pares dels alumnes del centre. Mesura la proporció de pares dels alumnes del centre que té nivells educatius menors que la secundària post obligatòria.

Els resultats evidencien l'estreta relació entre els resultats obtinguts en les proves i les aspiracions educatives i professionals. No obstant això, és important destacar que, en a igualtat de puntuacions en la prova PISA, existeixen diferències significatives en diferents col·lectius en la probabilitat de veure's desenvolupant una professió que requereix una titulació superior. *Ceteris paribus*, les noies tenen aspiracions més altes que els nois. Aquest resultat suggereix que els avantatges de les dones en l'assoliment educatiu en els nivells superiors de la carrera educativa (apuntades en el capítol anterior) obeeixen no solament a rendiments educatius, sinó també a expectatives i aspiracions.

Gràfic 8.5. Probabilitat de tenir aspiracions de desenvolupar una professió que requereix una titulació superior, segons resultats en comprensió lectora i sexe



Font: Elaboració CIIMU segons dades de PISA 2006, OCDE.

Les aspiracions dels estudiants d'origen immigrant mereixen atenció especial. A igualtat de puntuacions en el PISA, els estudiants immigrants de primera generació tendeixen a mostrar aspiracions més elevades que els estudiants autòctons i els estudiants immigrants de segona generació. Aquesta evidència concorda amb la investigació realitzada pels equips de l'OCDE sobre aquestes qüestions en el conjunt dels països que participen en aquest organisme (2006). Amb independència dels calendaris i les trajectòries de migració, així com dels diferents sistemes d'integració política, els estudiants immigrants tendeixen a mostrar disposicions més favorables cap a l'escola i els estudis que els estudiants d'origen autòcton. Sovint aquestes disposicions no són suficients per compensar altres desavantatges, la qual cosa explica que, a la pràctica, la seva participació en els nivells d'educació postobligatòria siguin més baixos.

El nivell educatiu dels pares torna a ser una variable determinant per explicar aspiracions educatives i professionals. Amb les mateixes puntuacions en les proves de

lectura, els estudiants que tenen mares i pares amb una titulació mitjana o superior tenen aspiracions bastant més altes que els estudiants que provenen d'entorns familiars amb baix nivell educatiu. La taula 8.3 també posa en relleu que la possessió de recursos culturals i educatius a la llar incrementa extraordinàriament aquestes expectatives, però altres recursos de la llar no.

Un altre aspecte destacable és que, a igualtat de puntuacions en les proves de lectura i de condicions socioeconòmiques, els estudiants matriculats en un centre educatiu privat presenten aspiracions professionals més elevades que els matriculats en un centre públic. És difícil interpretar aquest efecte. Podria pensar-se que les escoles privades són més exitoses que les públiques per a motivar estudiants "similars" a seguir estudiant. Però també és possible que les diferències hagin de ser atribuïdes a un "efecte selecció". Les famílies que matriculen al seu fill/a en un centre privat (amb la inversió que suposa) realitzen l'esforç quan tenen l'expectativa que el seu fill/a prosseguirà els seus estudis més enllà de l'etapa obligatòria. No s'observen, en canvi, diferències en les aspiracions d'estudiants matriculats en un centre concertat i en un públic quan es controla la puntuació en comprensió lectora (sí quan es controla la puntuació en matemàtiques).

8.3. Abandonament escolar prematur

Al capítol 7, constatarem que la incidència de la vulnerabilitat educativa en la població jove a Espanya estava desigualment distribuïda en la població. Era més comuna en els homes que en les dones, en els joves nascuts a l'estranger que en els nascuts a Espanya i en els joves els progenitors dels quals tenien un nivell educatiu baix que en aquells que provenen d'entorns familiars amb més recursos educatius. També es posava en relleu que algunes comunitats autònomes presentaven taxes d'abandonament educatiu prematur més elevades de les que s'esperaria en funció del seu nivell de desenvolupament.

L'anàlisi bivariada presentada permet fer-se una idea del que ocorre, però no permet controlar els efectes de les covariacions entre tots els factors, i així s'ha de descartar que les associacions descrites siguin espúries.¹⁰⁸ Per analitzar en quina mesura el gènere, la condició d'immigrant, l'educació dels pares i la CA són factors explicatius reals (no contaminats per altres), incloem les variables en una anàlisi de regressió logística, que estima les raons (ràtio) entre abandonar prematurament i no

108. Això és, que les associacions observades entre dues variables siguin degudes a la relació que mantenen amb una tercera.

Taula 8.4. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: vulnerabilitat educativa moderada i severa ^(a)

| Variables independents | Model 1 Vulnerabilitat educativa moderada ^(b) (raó de probabilitats) | Model 2 Vulnerabilitat educativa moderada (raó de probabilitats) | Model 3 Vulnerabilitat educativa moderada (raó de probabilitats) | Model 4 Vulnerabilitat educativa severa ^(c) (raó de probabilitats) |
|--------------------------------------|---|--|--|---|
| Sexe | | | | |
| Home | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Dona | 0,472*** | 0,362*** | 0,360*** | 0,342*** |
| Origen | | | | |
| Comunitari UE25 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Extracomunitari | 2,352** | 2,065** | 2,125** | 2,875* |
| Nivell d'ingressos de la llar | | | | |
| 1r quartil | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2n quartil | 1,073 | 1,636** | 1,756*** | 1,870* |
| 3r quartil | 0,880 | 1,488** | 1,576** | 1,124 |
| 4t quartil | 0,521*** | 1,218 | 1,309† | 1,417 |
| Estructura de la llar | | | | |
| Biparental | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Monoparental | 1,282* | 1,869*** | 1,867*** | 1,748* |
| Educació de la mare | | | | |
| Primària | | 1 | 1 | 1 |
| Secundària obligatòria | | 0,698** | 0,661*** | 0,514** |
| Secundària post obligatòria | | 0,236*** | 0,242*** | 0,117*** |
| Universitària | | 0,059*** | 0,058*** | 0,052*** |
| Comunitats Autònomes | | | | |
| País Basc | | | 1 | |
| Andalusia | | | 3,262** | |
| Aragó | | | 1,938 | |
| Astúries | | | 2,025† | |
| Canàries | | | 3,132** | |
| Cantàbria | | | 1,454 | |
| Castella-La-Manxa | | | 3,457** | |
| Castella i Lleó | | | 1,867 | |
| Catalunya | | | 2,597** | |
| Ceuta | | | 6,718** | |
| Comunitat Valenciana | | | 2,214* | |
| Extremadura | | | 2,706* | |
| Galícia | | | 1,672 | |

Taula 8.4. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: vulnerabilitat educativa moderada i severa ^(a) (continuació)

| Variables independents | Model 1 Vulnerabilitat educativa moderada ^(b) (raó de probabilitats) | Model 2 Vulnerabilitat educativa moderada (raó de probabilitats) | Model 3 Vulnerabilitat educativa moderada (raó de probabilitats) | Model 4 Vulnerabilitat educativa severa ^(c) (raó de probabilitats) |
|---------------------------------|---|--|--|---|
| Comunitats Autònomes | | | | |
| Illes Balears | | | 4,076** | |
| Madrid | | | 3,151** | |
| Melilla | | | 2,823† | |
| Múrcia | | | 5,298*** | |
| Navarra | | | 1,049 | |
| La Rioja | | | 1,744 | |
| R² Nagelkerke | 7,5% | 21,3% | 24,4% | 16,5% |
| Nombre de casos | 2.913 | 2.412 | 2.412 | 1.932 |

† Nivell de significació del 10%

* Nivell de significació del 5%

** Nivell de significació del 1%

*** Nivell de significació del 1%

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ECV_2007, INE.

Nota: a) Només s'analitzen les situacions de vulnerabilitat dels/les joves de 18 a 24 anys que conviuen amb el seu pare o mare

b) "Vulnerabilitat educativa moderada" es refereix als joves de 18 a 24 anys que no han completat l'educació secundària post obligatòria i que no segueixen estudiant.

Nota: c) "Vulnerabilitat educativa severa" es refereix als joves de 18 a 24 anys que no han completat l'educació secundària obligatòria i que no segueixen estudiant.

fer-ho en una sèrie de situacions definides per les variables incloses al model. És a dir, les estimacions ens permeten comparar probabilitats d'abandonament prematur segons estats possibles de cada variable, a igualtat de condicions de totes les altres. Incorporem, a més, dues variables addicionals que la literatura internacional especialitzada en analitzar l'èxit educatiu inclou habitualment als models explicatius: la renda de la llar i l'estructura familiar.¹⁰⁹ Presentem tres models a fi d'evidenciar l'efecte de les covariacions entre factors sobre la probabilitat d'haver abandonat els estudis abans d'haver arribat a una titulació en educació secundària postobligatòria

(vulnerabilitat educativa moderada). En el primer, s'inclouen totes les variables independents, excepte el nivell educatiu de la mare i la comunitat autònoma de residència. Al model 2 s'incorpora el nivell educatiu de la mare a fi de determinar en quina mesura els efectes de la renda canvien en considerar l'educació. En el model 3, s'analiza en quina mesura la variància no explicada per les variables socioeconòmiques pot atribuir-se a diferències entre comunitats autònomes.

109. L'indicador de renda disponible divideix la població en quartils de renda equivalent disponible (és a dir, ajustada per la grandària i la composició de la llar). L'indicador d'estructura familiar indica si la llar és monoparental (encapçalada per la mare) o biparental (ambdós progenitors són presents). L'estructura del qüestionari no permet incloure en l'anàlisi les llars en què el jove (de 18 a 24 anys) no viu amb cap dels seus progenitors o només amb el seu pare.

Els resultats evidencien diverses coses. En primer lloc, nivells baixos de renda de la llar no incrementen *per se* les probabilitats d'abandonament prematur. Si no controlem per l'educació de la mare pot fer aquesta impressió (model 1). Però a igualtat de nivell educatiu de la mare, els nivells de renda no tenen un efecte consistent sobre la probabilitat d'abandonament prematur. La probabilitat d'abandonament és més alta als quartils centrals (model 2). En canvi, el nivell educatiu de la mare sí que té un efecte consistent. Els joves les mares dels quals tenen un nivell d'estudis universitaris tenen una raó de probabilitats 17 vegades més alta de no haver abandonat els estudis de forma prematura que aquells la mare dels quals té estudis primaris. La mare dels joves que té estudis secundaris tenen una raó de probabilitats un 43% més alta.

La influència del gènere i la immigració sobre la probabilitat d'abandonament prematur també és estadísticament significativa. Les dones tenen una raó de probabilitats 2,8 vegades més baixa que els homes de trobar-se en aquesta situació. En la mateixa línia, a igualtat d'altres condicions, l'abandonament prematur és més comú entre els joves d'origen immigrant. La raó de probabilitats de que un jove immigrant hagi abandonat els estudis prematurament (respecte a no fer-ho) és 2,1 vegades més alta que la d'un jove nascut a Espanya.

L'última variable sociodemogràfica que presenta un efecte significatiu sobre la probabilitat d'haver abandonat els estudis entre els 18 i 24 anys és que el jove visqui en una llar monoparental (encapçalada per la seva mare). A igualtat de condicions, la probabilitat d'abandonament prematur és un 86% més alta en aquest tipus de llars que en les llars on són presents els dos progenitors. Aquesta dada avala la idea que l'estructura familiar té una influència significativa sobre els resultats educatius, independent de les condicions econòmiques en què es troben aquest tipus de llars.

En el model 3, s'han incorporat variables de totes les comunitats (de naturalesa dicotòmica) a fi de determinar si existeix un efecte que pot atribuir-se a condicions singulars d'aquests territoris (del seu sistema educatiu o del mercat laboral) que no capturen les variables sociodemogràfiques. El valor de referència és el País Basc, que té el percentatge d'abandonament prematur més baix. Així, per exemple, a les Illes Balears, a igualtat d'altres condicions, la raó de probabilitats és 4,1 vegades més alta; a Múrcia, 5,3, i a Ceuta, 6,7. Els resultats evidencien la pervivència de considerables diferències territorials una vegada han estat controlades les variables de composició sociodemogràfica.

En síntesi, els models probabilístics mostren que hi ha desigualtats considerables a la probabilitat d'abandonament prematur. Com a conseqüència d'aquestes desigualtats, les situacions de vulnerabilitat educativa es concentren intensament en determinats col·lectius

i condicionen les seves oportunitats al llarg de la trajectòria vital. La primera experiència significativa de vulnerabilitat associada a les carències educatives es produeix en la transició al mercat de treball.

8.4. Transició de l'escola al treball

La transició de l'escola al treball és un procés llarg i, a vegades, tortuós per a molts joves. Durant els anys d'expansió econòmica, el mercat de treball a Espanya va incorporar gran quantitat de joves, però ho va fer sovint en condicions de considerable volatilitat. Entre 1995 i 2007, les taxes d'atur juvenil van descendir a la meitat. Les taxes d'ocupació temporal es van reduir de forma molt més lenta (del 76% al 64%). Durant els anys de bonança, els joves van deixar de tenir problemes per trobar feina, però no per trobar ocupació de qualitat. Entre 1995 i 2007, les taxes d'ocupació dels joves de 15 a 24 anys van augmentar considerablement: del 20% al 44%. Però, en tot aquest període, van millorar poc les condicions de les primeres ocupacions. Els joves segueixen clarament sobrerrepresentats en les ocupacions de baixa remuneració i pitjors condicions contractuals (*Informe de la Inclusió Social, 2008*). Amb la irrupció de la crisi, els desavantatges associats a la seva posició subordinada en el mercat de treball s'estan fent més evidents (vegeu el capítol 2).

La vinculació entre mancances educatives i les dificultats d'inserció en el mercat de treball és una lletania repetida insistentment per experts i organismes internacionals que es dediquen a reflexionar i a generar discursos sobre els reptes de la inclusió social. És indubtable que l'educació és un recurs individual –o una forma de capital– que reporta recompenses econòmiques en el mercat de treball a qui ho posseeix. Ara bé, la magnitud d'aquestes recompenses és variable. La rendibilitat de l'educació com a recurs depèn de factors econòmics i institucionals que afecten la transició de l'escola al mercat de treball. Segons la majoria de teòrics de les societats postindustrials, el valor de l'educació en les societats globalitzades s'està incrementant a causa del fet que, en un context de creixent competència internacional i canvi tecnològic, les empreses necessiten recórrer cada vegada més a mà d'obra qualificada, creativa i flexible, capaç de fer servir noves tecnologies i de generar valor afegit a través de la innovació. En la nova economia, tot canvia: fins i tot moltes ocupacions que tradicionalment demandaven baixos nivells de competències requereixen ara habilitats i destreses que requereixen un bon grau de formació (com és l'ús de les noves tecnologies de la comunicació). Com a conseqüència d'això, són molts els experts que creuen que la fractura social entre els treballadors amb formació escassa i els treballadors

qualificats tendeix a engrandir-se (en línia amb el que ja està succeint en alguns països). En el nou escenari, és previsible que les dificultats d'inserció en el mercat de treball es concentrin en grups que no han adquirit coneixements i habilitats necessaris per desenvolupar tasques complexes i adaptar-se a exigències empresarials canviants (prosseguint la seva formació al llarg de la vida).

Enfront d'aquesta visió de l'esdevenir dels problemes d'inserció laboral en les societats postindustrials, un conjunt divers de teories sostenen que l'impacte de la nova economia sobre les trajectòries de transició d'escola al treball és variat. Les dades comparades revelen diferències notables en les trajectòries d'incorporació dels joves en el mercat de treball en diferents països. La conclusió que emergeix d'aquests estudis és que l'impacte dels recursos educatius individuals en el mercat laboral depèn de situacions institucionals específiques que tenen a veure amb la configuració del sistema educatiu i el mercat laboral (Shavit i Müller, 1998; Gangl, 2003). En aquest context comparat, l'impacte dels recursos educatius individuals en els processos d'inserció laboral a Espanya és, en moltes dimensions, menor que en altres països.

8.4.1. Abandonament prematur i ocupació

Les carreres educatives curtes condueixen sovint a etapes d'inactivitat en què els joves ni estudien ni treballen. Aquests períodes de desocupació són comuns en períodes de contracció de l'economia, en què els joves tenen dificultats per trobar una feina. En la majoria dels països, aquests períodes són també més comuns entre les dones que entre els homes (Quintini i Martín, 2006: 37).

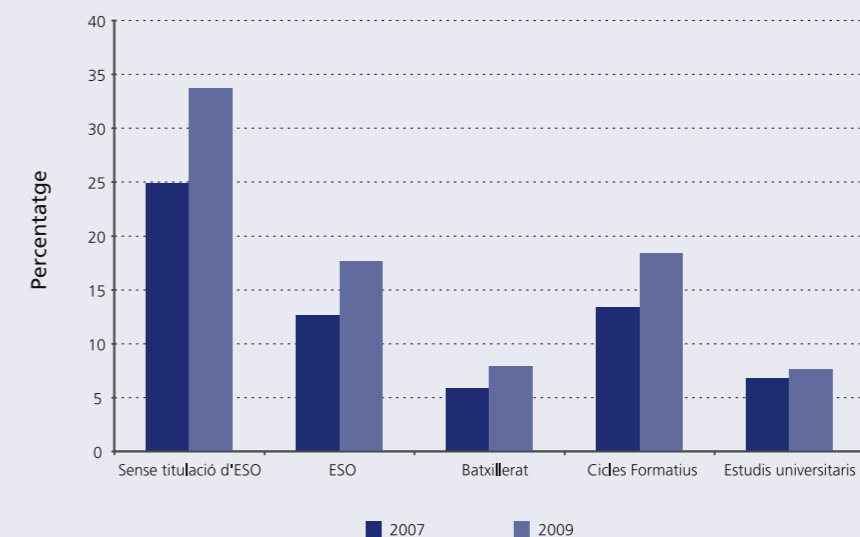
A Espanya, el percentatge de joves que no treballen i tampoc estudien (anomenats, en terminologia internacional, NEET, *neither in education nor in employment*) es va reduir considerablement durant el període d'expansió econòmica. El percentatge de joves de 20 a 24 anys que no treballaven ni estudiaven va passar del 24% el 1996 al 14,2% el 2007.¹¹⁰ El de joves de 16 a 19 anys, del 13% a l'11,5% (Quintini i Martín, 2006: 36 i EPA 2007, primer trimestre). En l'etapa de recessió econòmica que travessa Espanya a l'inici de 2009, la proporció de joves NEET ha tornat a augmentar. La proporció de joves de 20 a 24 anys que no treballen ni estudien arriba ja al 21,6%. La de joves de 16 a 19 anys en aquesta situació és del 13,8%. És a dir, la crisi ha incrementat extraordinàriament la incidència del problema i ens ha acostat als nivells experimentats en el moment d'arrencar l'expansió econòmica.

110. Inclouem aquí els joves que estudien en programes no formals.

En la situació de crisi que estem travessant, on l'atur afecta fonamentalment els homes joves, la incidència per gènere de NEET s'ha invertit. En el primer trimestre de 2007, el 15,2% de les dones menors de 25 anys i l'11,1% dels homes d'aquestes edats no estudiaven ni treballaven. En el primer trimestre de 2009, ja són el 17,5% de les dones i el 19,3% dels homes.

Pel que fa a la incidència del fenomen segons el nivell educatiu dels joves, cal diferenciar de nou el període actual de crisi del que li antecedeix. El 2007, el 24,9% dels joves de 16 a 24 anys que no han completat l'ESO no estudiaven ni treballaven. El 2009, un de cada tres de joves sense titulació secundària es troba en aquesta situació. Un 17,7% dels que tenen només l'ESO també són joves NETT (eren el 12,6% el 2007). Crida l'atenció el baix percentatge de joves amb titulació de batxillerat que no estudien ni treballen (en comparació d'altres grups). Això es deu al fet que la titulació de batxillerat és l'avantsala d'una carrera universitària, de cicle curt o llarg. L'abandonament dels estudis immediatament després de superar el batxillerat és bastant infreqüent.

Gràfic 8.6. Joves de 16 a 24 anys que no estudien ni treballen, segons nivell educatiu (2007-2009)*



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades del primer trimestre de la EPA 2007, i 2009, INE.
Nota: * Es considera joves de 16 a 24 anys que no estudien cursos reglats ni no reglats.

8.4.2. Atur i precarietat laboral

Atur i precarietat han estat, des de la meitat de la dècada dels vuitanta, problemes estretament relacionats a Espanya amb la condició juvenil. A diferència del que ocorre en altres països desenvolupats, el risc d'atur i la temporalitat no han estat realitats lligades a una tipologia de jove amb pocs recursos formatius. Abans d'entrar en el període de declivi econòmic, les taxes d'atur entre joves amb estudis postobligatoris eren pràcticament similars a les dels joves amb estudis primaris (vegeu el capítol 2), en clar contrast amb la situació de la majoria dels països de l'OCDE. El 2005, la ràtio entre les taxes d'atur dels joves amb baix nivell educatiu (<ISCED3) i alt nivell educatiu (>ISCED3) era 2,2 en el conjunt de països de l'OCDE i d'1,0 a Espanya (OCDE, 2007b: 60). Les dificultats econòmiques que travessa Espanya, accentuades en la segona meitat de 2008, han obert una bretxa entre els uns i els altres que no havia existit en període de bonança.

No existeixen tampoc desigualtats molt significatives en la situació contractual dels treballadors joves. A Espanya, les modalitats de contractació precària estan generalitzades en les etapes d'inserció en el mercat de treball. La majoria de joves que accedeixen al seu primer treball ho fan amb un contracte precari (temporal o d'aprenentatge) o sense cap contracte. El percentatge de joves que van ser contractats de forma permanent en el seu primer treball no arriba al 10%. Una proporció significativa de joves comença la seva participació en el mercat de treball abans d'acabar els seus estudis, la qual cosa impedeix calibrar bé l'impacte dels resultats educatius sobre la qualitat de la primera ocupació. Resulta, malgrat tot, significatiu que el 34% dels joves sense titulació d'educació secundària obligatòria (ESO) declari que en la seva primera ocupació no tenia contracte.

Taula 8.5. Tipus de contracte de la primera feina segons nivell d'estudis assolit a l'actualitat (Joves de 15 a 29 anys)

| Situació contractual | Nivell educatiu assolit | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|-------|-------------|------------|--------------|
| | Sense titulació d'ESO | ESO | Batxillerat | FPI o FPII | Universitari |
| Temporal en pràctiques/en formació | 18% | 22% | 17% | 23% | 20% |
| Temporal | 36 | 41 | 44 | 48 | 47 |
| Fix | 5,8 | 11 | 8,9 | 8,8 | 9,3 |
| Compte propi | 0,9 | 1,0 | 0,9 | 1,3 | 1,9 |
| Negoci familiar | 5,0 | 4,3 | 4,0 | 3,8 | 3,1 |
| Sense contracte | 34 | 21 | 25 | 15 | 18 |
| Total | 100% | | | | |
| Nombre de casos | 763 | 1.113 | 978 | 527 | 519 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Tampoc no poden observar-se diferències importants en el temps que els joves van necessitar per trobar la seva primera ocupació. En època de bonança, la majoria dels joves van trigar poc a trobar la seva primera ocupació. El 56% la troben en menys de tres mesos. El 75% en menys de sis. Les desigualtats entre grups educatius són poc significatives. Paradoxalment, els titulats universitaris són el grup que triga més a trobar feina, probablement perquè siguin més selectius en la seva recerca. De mitjana, triguen un mes i mig més que els joves el nivell educatiu dels quals més alt aconseguit és l'educació secundària obligatòria.

Taula 8.6. Temps que triguen els/les joves a trobar la primera feina segons nivell d'estudis (Joves de 15 a 29 anys)

| Temps transcorregut fins trobar la primera feina | Nivell d'estudis | | | | |
|--|-----------------------|-----|-------------|------------|--------------|
| | Sense titulació d'ESO | ESO | Batxillerat | FPI o FPII | Universitari |
| De 0 a 3 mesos | 58% | 62% | 50% | 52% | 46% |
| De 3 a 6 | 18 | 18 | 22 | 20 | 21 |
| De 6 a 12 mesos | 9,6 | 8,1 | 16 | 17 | 17 |
| De 1 a 2 anys | 9,1 | 7,5 | 9,2 | 8,2 | 11 |
| Més de 2 anys | 5,3 | 4,4 | 3,4 | 2,5 | 5,4 |
| Total | 100% | | | | |
| Nombre de casos | 397 | 480 | 238 | 159 | 111 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Per a la majoria dels joves, el primer treball està poc relacionat amb els seus estudis. Només el 18% declaren que estava molt o bastant relacionats amb els seus estudis. Entre els joves que no han acabat l'ESO, la immensa majoria (84%) declaren que la seva primera feina no estava gens relacionada amb els seus estudis. Entre els joves amb estudis universitaris, aquest percentatge se situa en el 55%. Cal tenir en compte, no obstant això, que alguns universitaris (17,6%) van tenir la seva primera experiència laboral abans de finalitzar els seus estudis i, per tant, no tenien les credencials que avalaven la seva preparació en el camp que es van acabar especialitzant.

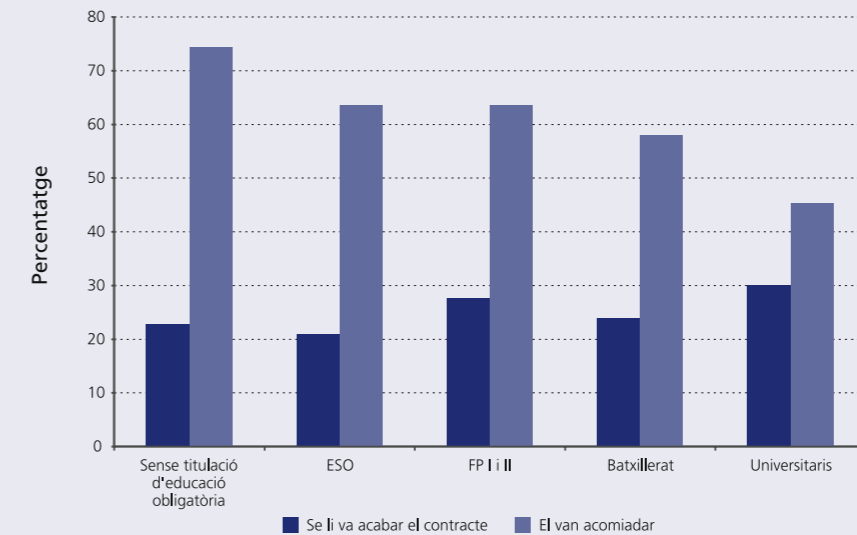
Taula 8.7. Relació entre la primera feina dels/les joves i els seus estudis segons nivell educatiu assolit (Joves de 15 a 29 anys)

| Relació entre la feina actual i els estudis realitzats | Nivell d'estudis assolit | | | | |
|--|--------------------------|-------|-------------|-------------|--------------|
| | Sense titulació d'ESO | ESO | Batxillerat | FPI o FP II | Universitari |
| Molt relacionat | 2,0% | 6,8% | 7,1% | 19% | 24% |
| Bastant relacionat | 4,3 | 5,5 | 7,3 | 12 | 14 |
| Poc relacionat | 7,5 | 9,7 | 11 | 9,1 | 7,3 |
| Gens relacionat | 86 | 78 | 75 | 59 | 55 |
| Total | 100% | | | | |
| Nombre de casos | 750 | 1.069 | 967 | 528 | 519 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

La majoria dels joves han canviat d'ocupació diverses vegades des que van començar a treballar. Només el 13,2% dels que duen treballant més de cinc anys continuen treballant en l'ocupació en què van tenir la seva primera experiència laboral. Si comptem les ocupacions que han tingut els joves des del moment que van començar a treballar, ens surt una mitjana de 0,64 per any treballat. Aquesta mitjana no varia excessivament entre els grups amb més recursos educatius i els que en tenen menys. En un extrem, els joves que han arribat a tenir estudis universitaris tenen una mitjana de 0,59 treballs per any. En l'altre, els que no tenen titulació d'ESO tenen una mitjana de 0,68. Ara bé, s'aprecien diferències significatives en els motius que van impulsar els joves a deixar la seva primera ocupació. La probabilitat que acabessin el seu contracte o fossin acomiadats (en lloc d'anar-se voluntàriament) és significativament més alta en els nivells d'estudis inferiors que entre els joves universitaris.

Gràfic 8.7. Probabilitat de deixar la primera feina per finalització de contracte o acomiadament segons nivell d'estudis (Joves 15 a 29 anys) (a)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades del primer trimestre de la EPA 2007, i 2009, INE.

Nota: * Es considera joves de 16 a 24 anys que no estudien cursos reglats ni no reglats.

Malgrat aquest alt nivell de volatilitat juvenil, la majoria dels joves se senten segurs en la seva feina. Només el 15% veu molt probable o bastant probable perdre (sense voler-ho) la seva feina en el termini d'un any. Existeix, no obstant això, un percentatge addicional (10%) de joves que declaren que no ho saben. En total, 1 de cada 4 joves mostra sentiments d'inseguretat o incertesa respecte al seu futur laboral immediat.¹¹¹ No s'aprecien diferències significatives en els sentiments de joves amb recursos educatius diferents.

111. És necessari recordar que el treball de camp d'aquesta enquesta es realitza en la primera meitat de 2008.

Taula 8.8. Percepció subjectiva de la probabilitat de perdre la feina actual dins el termini d'un any, segons nivell educatiu (Joves de 15 a 29 anys)

| Percepció de la probabilitat de perdre la feina actual: | Nivell d'estudis assolit | | | | |
|---|--------------------------|------|-------------|------------|--------------|
| | Sense titulació d'ESO | ESO | Batxillerat | FPI o FPII | Universitari |
| Molt probable | 6,9% | 4,7% | 6,8% | 6,4% | 7,7% |
| Bastant probable | 12 | 9,3 | 12 | 10 | 11 |
| Poc probable | 38 | 30 | 30 | 28 | 31 |
| Gens probable | 44 | 56 | 51 | 55 | 50 |
| Total | 100% | | | | |
| Nombre de casos | 423 | 721 | 576 | 423 | 388 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Les evidències mostrades suggereixen que les condicions de flexibilitat i precarietat transcendeixen fronteres educatives: tots els joves les experimenten durant els primers anys d'experiència laboral, amb independència del seu capital formatiu. Els desavantatges que experimenten el joves amb menys estudis en relació amb altres són lleus o inexistents. Algunes coses canvien amb el pas del temps. Cinc anys després de començar a treballar, el 61% dels joves amb estudis universitaris declaren que el seu treball està molt o bastant relacionat amb els seus estudis (en comparació al 38% que ho diu de la seva primera feina). El 30% segueix declarant que no està gens relacionat (davant del 55% que ho diu de la seva primera feina).

Prop de la meitat tenen ja un contracte fix, i un 8,3% treballen per compte propi. Però la contractació temporal segueix sent tan comuna entre els joves amb menys recursos educatius com entre els que han arribat a etapes postobligatòries. Val la pena destacar que les taxes de contractació fixa més altes es troben en els joves amb titulació de formació professional, de primer o segon cicle.

Taula 8.9. Relació entre la feina dels/les joves amb més de 5 anys d'experiència laboral i els seus estudis, segons nivell educatiu assolit (Joves de 15 a 29 anys)

| Relació entre la feina actual i els estudis realitzats | Nivell d'estudis assolit | | | | |
|--|--------------------------|------|-------------|------------|--------------|
| | Sense titulació d'ESO | ESO | Batxillerat | FPI o FPII | Universitari |
| Molt relacionada | 1,3% | 7,1% | 11% | 35% | 46% |
| Bastant relacionada | 2,6 | 5,5 | 8,1 | 15 | 15 |
| Poc relacionada | 11 | 11 | 18 | 11 | 7,3 |
| Gens relacionada | 86 | 77 | 63 | 39 | 31 |
| Total | 100% | | | | |
| Nombre de casos | 227 | 405 | 330 | 266 | 237 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Taula 8.10. Situació contractual dels/les joves amb més de cinc anys d'experiència laboral, segons nivell d'estudis assolit (Joves de 15 a 29 anys)

| Situació contractual | Nivell d'estudis assolit | | | | |
|--|--------------------------|------|-------------|------------|--------------|
| | Sense titulació d'ESO | ESO | Batxillerat | FPI o FPII | Universitari |
| Temporal en pràctiques/ en formació | 3,3% | 9,1% | 4,5% | 3,4% | 6,4% |
| Temporal | 33 | 20 | 39 | 31 | 35 |
| Fix | 43 | 54 | 36 | 54 | 48 |
| Compte propi | 9,8 | 12 | 10 | 5,9 | 6,8 |
| Negoci familiar | 0,0 | 1,3 | 1,4 | 1,5 | 2,3 |
| Sense contracte | 12 | 4,5 | 9,5 | 3,9 | 1,4 |
| Total | 100% | | | | |
| Nombre de casos | 61 | 154 | 221 | 204 | 219 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de l'Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

8.4.3. Ingressos

En comparació amb altres grups d'edat, els ingressos salarials dels joves espanyols han estat, en els últims anys, molt baixos. Segons dades de l'“Encuesta de Estructura Salarial de 2006”, la raó entre el salari mitjà brut d'una persona de 50 a 59 anys i una menor de 30 anys és d'1,64 (Taula 8.11). Aquesta diferència situa els joves espanyols en pitjor posició relativa que els joves de tots els països sobre els quals es disposa de dades. Diversos factors es conjuguen per explicar aquesta bretxa. Els joves tenen menys experiència laboral. Duen, de mitjana, menys anys en les empreses que treballen, la qual cosa probablement significa un menor coneixement de les tecnologies i els processos productius. En aquest sentit, les empreses recompensen la productivitat que procura l'experiència. Per altra banda, els joves tendeixen a estar concentrats més que altres grups en ocupacions de jornada reduïda (la qual cosa els permet conciliar treball amb altres dedicacions, com són els estudis) i de caràcter precari. Prop de la meitat de les persones menors de 30 anys tenen una feina temporal. Aquestes ocupacions tendeixen a retribuir pitjor els treballadors per la mateixa dedicació (OCDE, 2002). Aquest desavantatge està relacionat amb la posició estructural dels treballadors joves en un mercat de treball segmentat, on les retribucions salarials més altes formen part d'una constel·lació de privilegis de què gaudeixen els treballadors que tenen un contracte indefinit.¹¹² La veritat és que, fins i tot amb els mateixos anys d'experiència en l'empresa, hores treballades o tipus de contracte, subsisteix una penalització salarial irreductible. Els joves espanyols simplement cobren menys que treballadors en la seva mateixa situació, però d'edat més avançada (*Informe de la Inclusió Social 2008*).

112. Alguns especialistes consideren que els desavantatges salarials del treball temporal són producte de la necessitat que tenen aquests treballadors/res d'acceptar pitjors condicions laborals a canvi d'incrementar la probabilitat d'aconseguir la renovació dels seus contractes i, en última instància, la seva conversió en contractes indefinits (Güell-Rotllan, 2000). Una explicació alternativa suggereix que la clau per explicar la discriminació salarial és la capacitat dels treballadors/es amb contractes indefinits d'afermar-se en els seus llocs de treball i extreure més rendes salarials quan les empreses tenen incentius per concentrar els ajustaments de plantilla en la borsa de treballadors temporals (a causa de la diferència en els costos d'acomodament d'estables i precaris) (Polavieja, 2003).

Taula 8.11. Relació entre el salari mitjà brut de la població adulta i la població jove (quocient entre el salari de persones de 45 a 54 anys i de 25 a 29 anys)

| Països | 1980 | 1995 | 2002 ^(e) | 2006 |
|--------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|
| Estats Units | 1,18 cops | 1,41 | ... | ... |
| Noruega | ... | 1,35 | 1,4 | ... |
| Irlanda | ... | 1,41 | 1,37 | 1,23 |
| Canadà | ... | 1,48 | ... | ... |
| Suïssa | ... | 1,09 | ... | ... |
| Dinamarca | ... | 1,29 | 1,33 | ... |
| Holanda | 1,40 ^(a) | 1,57 | 1,63 | 1,29 |
| Regne Unit | 1,11 | 1,26 | 1,37 | 1,19 |
| Austràlia | 1,04 | 1,42 | ... | ... |
| Suècia | 1,37 ^(b) | 1,46 | 1,17 | ... |
| Japó | 1,37 | 1,57 | ... | ... |
| França | 1,34 | 1,38 | 1,61 | ... |
| Finlàndia | 1,21 | 1,49 | 1,15 | ... |
| Alemanya | 1,27 ^(c) | 1,32 | 1,69 | ... |
| Itàlia | 1,16 ^(d) | 1,37 | 1,61 | ... |
| Espanya | ... | 1,86 | 1,73 | 1,64 |
| Nova Zelanda | ... | 1,29 | ... | ... |
| Portugal | ... | 1,46 | 1,56 | ... |
| Mèxic | ... | 1,16 | ... | ... |

Fonts: Elaboració CIIMU. Les dades de 1980 i 1995 són d'OECD, *Labour Statistics: Statistics, Data and Indicators*, consultat a www.oecd.org en. OECD, *Employment Outlook* (París: OECD, 1998), p. 134. Les dades de 2002 i 2006 són d'Eurostat, *Structure of Earnings Survey*, disponible a Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

- Notes: a) Les dades són de 1985 i 1995. El denominador del quocient és el salari brut mitjà de les persones de 45 a 49 anys.
 b) Les dades són de 1980 i 1996. El denominador del quocient és el salari brut mitjà de les persones de 45 a 49 anys.
 c) Les dades són de 1984 i 1995. El denominador del quocient és el salari brut mitjà de les persones de 45 a 49 anys.
 d) Les dades són de 1987 i 1995. El denominador del quocient és el salari brut mitjà de les persones de 45 a 49 anys.
 e) Les dades de 2002 i 2006 son del Structure of Earnings Survey. Els grups d'edat han variat: el numerador és el salari brut mitjà de les persones menors de 30 anys, el denominador és el salari brut mitjà de les persones de 50 a 59 anys.

El 2008, el salari mitjà mensual net d'un jove que treballa a temps complet és de 1.091 euros ("Encuesta de la Juventud 2008"). Els salaris s'incrementen amb l'educació. Com es pot observar a la taula, les persones amb més recursos educatius cobren salaris més alts que les que van abandonar els estudis prematurament, tinguin un contracte fix o temporal. Òbviament, és possible que aquestes diferències tinguin a veure amb altres variables que "covarien" amb el màxim nivell educatiu aconseguit, com el temps que una persona duu treballant. A igualtat d'experiència laboral i altres condicions, un jove amb estudis universitaris té, de mitjana, una remuneració salarial un 30% més alta que un jove sense titulació d'ESO.¹¹³ La remuneració d'un titulat amb grau mitjà o superior de formació professional és un 16% més alta; la d'un titulat en batxillerat, un 8,5%, i els titulats en ESO, un 6,6% superior.¹¹⁴

Taula 8.12. Ingressos salarials mitjans de treballadors temporals i fixes a temps complet, segons nivell d'estudis (Joves de 15 a 29 anys)

| Tipus de contracte | Total | Nivell d'estudis assolit | | | | |
|---|---------|--------------------------|-------|-------------|------------|--------------|
| | | Sense titulació d'ESO | ESO | Batxillerat | FPI o FPII | Universitari |
| Temporal | 1.006 € | 941€ | 984 € | 954 € | 1.031€ | 1.159 € |
| Fix | 1.127 | 1.023 | 1.072 | 1.188 | 1.091 | 1.318 |
| Qualsevol altra situació contractual ^(a) | 1.416 | 1.082 | 1.539 | 1.235 | 1.299 | 1.879 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

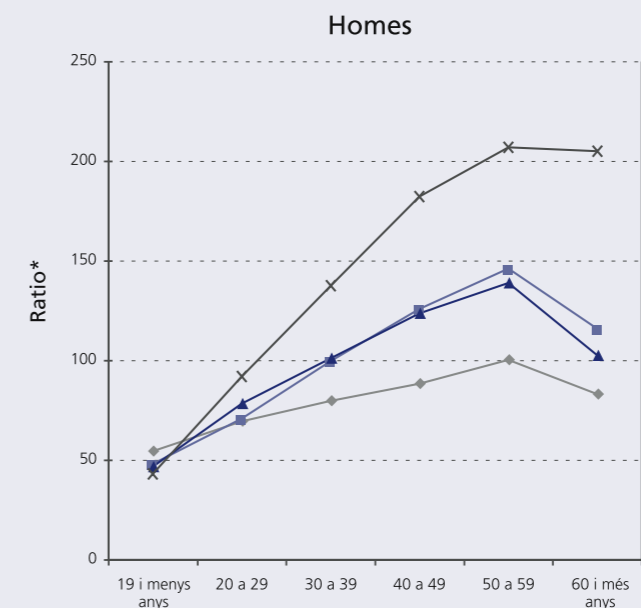
Nota: a) Treballadors per compte propi o negoci familiar.

113. La situació de convivència mesura si el jove viu en parella. La forma de trobar ocupació mesura si 1) es va dirigir a l'empresa, 2) l'empresa el va contactar, 3) va obtenir el treball a través d'una xarxa personal, 4) va obtenir el treball a través dels serveis de l'INEM, 5) va obtenir el treball a través d'una ETT. La categoria de referència és si va aconseguir el treball per oposició.

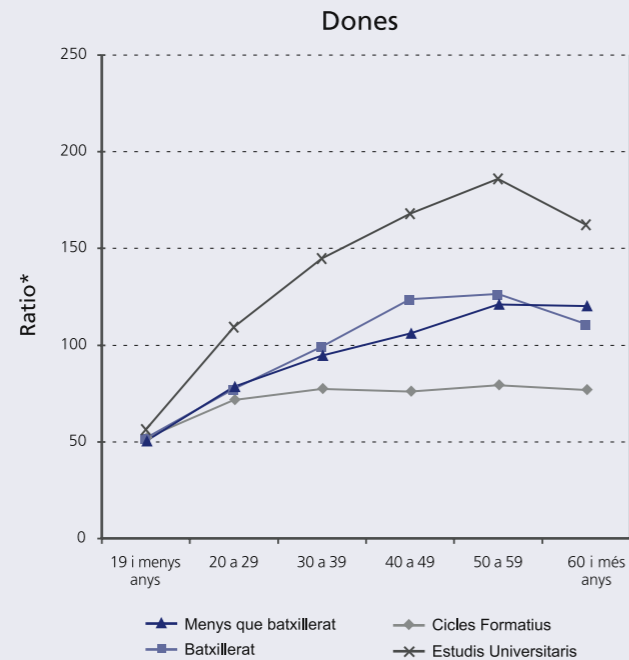
114. Aquest és el resultat d'una anàlisi de regressió lineal (no mostrada aquí), la variable dependent de la qual és una transformació logarítmica dels ingressos mensuals nets que declara l'entrevistat/da. Els controls estadístics inclosos en el model són: anys des que va començar a treballar, gènere, forma de convivència (en parella o no), si estudia actualment i forma d'aconseguir ocupació (l'empresa el va contactar, es va dirigir a una empresa, per xarxes familiars o personals, a través del servei de l'INEM, a través dels serveis d'una ETT o per oposició).

Com pot observar-se en el Gràfic 8.8, abans dels 30 anys les diferències entre els salaris bruts de les persones segons el seu nivell educatiu són bastant petites en comparació del que ocorre en edats avançades (elaboració pròpia a partir de les dades de l'Encuesta de Estructura Salarial 2006"). Els perfils d'ingrés mostren que els dels joves amb menys recursos educatius tenen, abans dels 20 anys, salaris lleugerament més alts que els joves amb més estudis. Això reflecteix, possiblement, el fet d'haver acumulat més experiència laboral en edats en què altres joves continuen dedicats fonamentalment a estudiar. Aquest avantatge desapareix en etapes més avançades del cicle laboral, on les persones amb més educació assoleixen avantatges salarials clars. És impossible saber si les generacions més joves avui gaudiran dels mateixos avantatges sobre els joves quan es facin grans. Cal tenir en compte que estan reemplaçant generacions en què els llicenciats universitaris eren molt menys nombrosos i tenir un títol superior era més rendible.

Gràfic 8.8. Perfil salarial dels treballadors segons sexe i nivell d'estudis *



Gràfic 8.8. Perfil salarial dels treballadors segons sexe i nivell d'estudis * (continuació)



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'Encuesta de Estructura Salarial 2006, INE.
Nota: * El 100 correspon al salari mitjà.

Espanya és un dels països amb menys diferències salarials entre els graduats universitaris i els graduats en ensenyaments inferiors.

Estudis comparatius suggereixen que les diferències entre el salari brut d'una persona amb titulació universitària i una altra amb menys recursos educatius són bastant menors que en la majoria dels països europeus. Espanya és un dels països amb menys diferències salarials entre els graduats universitaris i els graduats en ensenyaments inferiors. En els últims anys, en contrast amb el que succeeix en països amb més desigualtats, Espanya ha experimentat una reducció de les diferències (MEC 2007: 27). El 2004, en el conjunt de la població treballadora, les diferències entre el que cobra un treballador amb una titulació inferior a la segona etapa de l'educació secundària i un graduat universitari era de 47 punts percentuals. Aquesta diferència situa Espanya lleugerament per sobre de Suècia (el país més igualitari), però lluny dels països on aquestes diferències són més accentuades: Portugal (122), Estats Units (107) o Regne Unit (86).¹¹⁵

115. La posició desavantajosa dels titulats universitaris a Espanya respecte a altres països ha estat confirmada en estudis que comparen la rendibilitat privada de les credencials universitàries tenint en compte no només els ingressos salarials, sinó també les inversions (de temps i diners) i els costos d'oportunitat que comporta (Boarini i Strauss, 2007).

La baixa rendibilitat relativa dels estudis universitaris a Espanya en els anys d'incorporació al mercat de treball ha estat assenyalada en diversos treballs. Un estudi comparatiu que analitza en 13 països europeus les condicions de treball dels titulats universitaris cinc anys després de la seva graduació posa de manifest que el salari brut mensual dels titulats universitaris espanyols és inferior al dels titulats d'11 d'aquests països, mesurat en paritats de poder de compra (ANECA, 2007:36).¹¹⁶ Només a la República Txeca, els salaris dels graduats són lleugerament més baixos que a Espanya. A Alemanya, Suïssa o Noruega gairebé es dupliquen els salaris bruts dels graduats espanyols.¹¹⁷

8.4.4. Sobrequalificació

Un dels arguments que sovint s'ofereix per explicar els baixos nivells retributius dels titulats universitaris és que l'augment extraordinari de la proporció de persones que obtenen una titulació superior no s'ha vist correspost per un increment paral·lel de l'oferta d'ocupació d'aquestes característiques. Aquest desajustament condueix a fenòmens de sobrequalificació. La sobrequalificació es converteix en un problema individual si s'associa a fenòmens d'insatisfacció a la feina, com succeeix en el context nord-americà (Tsang et al., 1991), o es perllonga excessivament en el temps i es produeix una depreciació dels coneixements adquirits com a resultat de la falta d'utilització d'aquests. La sobrequalificació altera els paràmetres de competició per ocupacions "menys qualificades". Davant d'una oferta de treballadors sobrequalificats per a les ocupacions existents, la garbella d'entrada a ocupacions que no requereixen excessiva qualificació se situa fora de l'abast de treballadors que disposen estrictament de la formació requerida, perquè competeixen amb treballadors amb més credencials. En aquestes condicions, l'adquisició de credencials es converteix en una estratègia mitjançant la qual els treballadors intenten evitar caure en les pitjors ocupacions, així com millorar el seu horitzó laboral futur (per exemple, la probabilitat de conversió d'un contracte temporal en fix). Aquesta situació pot conduir a resultats socialment ineficients, ja que propicia inversions educatives excessives en una formació que produeix poc valor afegit.

Segons dades de l'Encuesta de Condiciones de Vida y Trabajo del Ministeri de Treball, Assumptes Socials i Immigració (2007), el 18% de les persones consideren que posseeixen més competències de les necessàries per realitzar el seu treball. Les anàlisis

116. L'estudi s'inscriu en el Projecte REFLEX, que va entrevistar 40.000 graduats universitaris en el curs 1999/2000 entre setembre de 2005 i juny de 2006. Els resultats més destacats sobre la situació dels graduats espanyols poden consultar-se a ANECA (2007).

117. És important assenyalat que existeix una considerable variabilitat salarial entre els titulats universitaris. Cinc anys després de la seva graduació, els graduats en carreres tècniques de cicle llarg cobren 2.107 euros bruts mensuals de mitjana. En l'altre extrem, els titulats en ciències socials de cicle curt en reben 1.117 (ANECA, 2007).

realitzades confirmen que la percepció d'estar sobrequalificat és una font important d'insatisfacció en el treball. Les persones que senten que el seu nivell de formació és superior a l'exigit pel seu treball presenten, de mitjana, un nivell de satisfacció 1,2 punts més baix que les persones el treball de les quals s'ajusta a la seva formació (en una escala de satisfacció d'11 punts, en què 0 és molt insatisfet i 10 molt satisfet). A igualtat d'altres condicions, es manté gairebé un punt de diferència (0,963).¹¹⁸ Per fer-se una idea del que això representa, aquesta diferència equival aproximadament a la distància entre el nivell de satisfacció mitjà amb la feina d'una persona el salari de la qual és de 800 euros mensuals i una que cobra una mica més del doble.

La sobrequalificació es produeix habitualment en les persones amb titulació superior que ocupen una activitat laboral per la qual es requereixen coneixements i habilitats que es poden adquirir amb nivells d'instrucció més baixos. També es consideren sobrequalificades les persones que treballen en tasques elementals i tenen un títol d'educació secundària postobligatòria (batxillerat, cicle formatiu mig o superior). La manera d'identificar les persones "sobrequalificades" utilitzades en les anàlisis sobre aquest fenomen es basa en una estimació "objectiva", la qual posa en relació el nivell educatiu màxim assolit per una persona i el nivell ocupacional de la seva feina, xifrat en la Classificació Internacional Estàndard d'Ocupacions (ISCO-88). A cada nivell li correspon, en general, uns requeriments educatius mínims. Aquests requeriments són descrits en un treball per Bergman et al. (2002) i utilitzats en diversos treballs de l'OCDE (Dumont, 2005; Quintini i Marín, 2006). A Espanya, Luis Ortíz (2008 i 2006) utilitza aquest model en un estudi comparatiu sobre sobrequalificació a Espanya, França i Itàlia que utilitza dades del "Panel de Llars de la Unió Europea" (1994-2001). Quan utilitzem aquest model, el percentatge de treballadors sobrequalificats és del 12,4%.

L'anàlisi presentada a la taula estima la probabilitat d'estar sobrequalificat amb una regressió logística segons un conjunt de factors explicatius. Les variables independents inclouen un conjunt de factors associats per la literatura especialitzada amb la sobrequalificació. Entre ells hi ha variables sociodemogràfiques (com el gènere, l'edat i l'origen), el perfil socioprofessional del treballador (és la seva primera ocupació, va ser acomiadat en la seva última ocupació, té contracte temporal o indefinit) i l'empresa on treballa (sector públic o privat, grandària de l'empresa, branca d'activitat empresarial). El gràfic representa la probabilitat de sobrequalificació en dos dels col·lectius amb més risc d'experimentar una situació de sobrequalificació: joves i immigrants.

118. Aquests resultats s'han obtingut amb una regressió lineal, on el nivell de satisfacció amb el treball és la variable dependent i el nivell d'ingressos, la satisfacció amb el temps lliure, el tipus de contracte (temporal o fix), l'origen (autòcton, estranger) i haver rebut formació a l'empresa l'últim any són variables independents.

Taula 8.13. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: Estar sobrequalificat ^(a)

| Variables independents | Raó de probabilitats |
|---|----------------------|
| Sexe | |
| Home | 1 |
| Dona | 1,026 |
| Grup d'edat | |
| 16 a 25 anys | 1,550† |
| 26 a 35 | 2,336*** |
| 36 a 45 | 2,090*** |
| 46 a 55 | 1,563** |
| 56 a 64 | 1 |
| Origen | |
| Espanya | 1 |
| UE, Estats Units, Canadà, Oceania | 2,348*** |
| Països en vies de desenvolupament | 1,674*** |
| Anys en el mercat laboral | 0,981*** |
| Tipus de contracte | |
| Fix | 1 |
| Temporal | 0,996 |
| L'empresa realitza activitats de formació | |
| Sí | 0,893 |
| No | 1 |
| És el primer lloc de treball que ocupa | |
| Sí | 0,814* |
| No | 1 |
| Cessament voluntari de la seva feina anterior | |
| Sí | 1 |
| No | 1,180† |
| Sector | |
| Públic | 0,881 |
| Privat | 1 |
| Nombre de persones que treballen a la seva empresa | |
| Autònom | 1,169 |
| De 1 a 10 persones | 1 |
| De 11 a 50 | 1,230† |
| De 51 a 250 | 1,632*** |
| Més de 250 persones | 1,7480*** |

Taula 8.13. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: Estar sobrequalificat ^(a) (continuació)

| Variables independents | Raó de probabilitats |
|---|----------------------|
| Activitat econòmica de l'empresa | |
| Indústria | 1 |
| Agricultura | 0,708† |
| Construcció | 0,860 |
| Comerç | 0,825 |
| Hosteleria | 0,730† |
| Transport | 1,042 |
| Intermediària financera | 0,605*** |
| Administració pública | 1,195 |
| Educació o Sanitat | 0,488*** |
| Personal de serveis domèstics | 0,979 |
| R² Nagelkerke | 7,2% |
| Nombre de casos | 7.118 |

† Nivell de significació del 10%

* Nivell de significació del 5%

** Nivell de significació del 1%

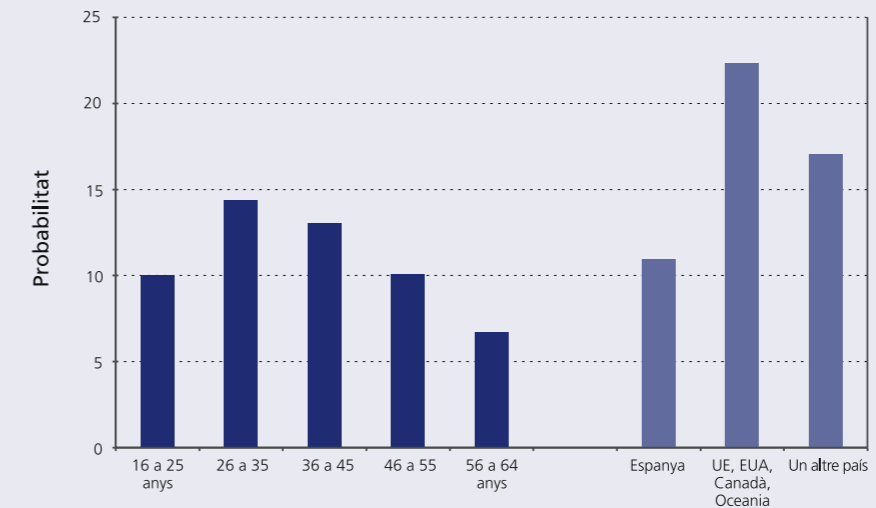
*** Nivell de significació del 1%

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades de ECVT_2007, Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Nota: a) Es considera sobrequalificada aquella persona que ocupa un lloc de treball que requereix un nivell d'educació (ICED) inferior al que li ha estat assignat segons el codi d'ocupació ISCO88.

Les evidències mostren que la probabilitat d'estar sobrequalificat no està associada al gènere. El factor més determinant és l'edat. Els resultats indiquen que la sobrequalificació és molt comuna en els anys d'entrada de les persones amb educació superior al mercat de treball (entre els 26 i els 34 anys) i poc freqüent en edats avançades. A igualtat d'altres condicions (fins i tot d'experiència laboral), les persones joves tenen una probabilitat més alta d'estar sobrequalificades. L'excepció és el grup de 16 a 25 anys, perquè en aquest moment del cicle vital s'han incorporat al mercat de treball fonamentalment els joves amb nivell de formació més baixa, mentre els que tenen més recursos educatius continuen els seus estudis.

Gràfic 8.9. Probabilitat d'estar sobrequalificat segons grup d'edat i lloc d'origen*



Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'ECVT_2007, Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Nota: *Es considera sobrequalificada aquella persona que ocupa un lloc de treball que requereix un nivell d'educació (ICED) inferior al que li ha estat assignat segons el codi d'ocupació ISCO88.

Un segon col·lectiu on la sobrequalificació és més freqüent són les persones d'origen estranger. Les dificultats per assolir un reconeixement oficial de les titulacions obtingudes en el seu país d'origen, la falta de capital social en el nou país (contactes adequats) o de coneixement sobre les oportunitats laborals impedeix a aquestes persones competir en igualtat de condicions per posicions ajustades a la seva preparació. És difícil explicar l'alta probabilitat que tenen els treballadors nascuts en països occidentals (Europa, Estats Units, Canadà i Oceània) d'estar sobrequalificats. Possiblement a això contribueixen les motivacions (potser no estrictament laborals) que els van dur a emigrar a Espanya.

Respecte al perfil socioprofessional, el fet més destacat és que, a igualtat de condicions, els treballadors amb contracte temporal i fix tenen probabilitats similars d'estar sobrequalificats. Aquest resultat contrasta amb el que ocorre en altres països, on la sobrequalificació és més habitual en les ocupacions temporals. (Quintini i Martin, 2006: 18). Luis Ortiz (2008) ha interpretat aquesta anomalia com el resultat de la competició *sui generis* per ocupacions fixes, que té lloc en el context d'un mercat laboral segmentat, on els treballadors amb contracte temporal aconsegueixen més fàcilment la conversió de les seves ocupacions en fixes quan estan sobrequalificats. L'alt

valor de les ocupacions estables converteix la competició per aconseguir l'estabilitat laboral en l'objectiu principal dels treballadors/res: les inversions en educació responen a aquest objectiu, encara que comportin la renúncia a ocupar un lloc ajustat a la formació.

Finalment, cal destacar que la sobrequalificació es concentra en empreses grans. Es tracta moltes vegades d'empreses amb estructures de promoció interna, on la carrera laboral està més lligada als anys d'experiència laboral en l'empresa i als mèrits adquirits en el curs d'aquesta trajectòria que a credencials externes (d'escàs valor per mesurar la productivitat del treballador).

8.5. Aprenentatge al llarg de la vida

Fomentar l'aprenentatge al llarg de la vida s'ha convertit en una prioritat de les polítiques públiques de la majoria de països desenvolupats. Experts, governs i organismes internacionals coincideixen a assenyalar que la formació contínua és una palanca per promoure la competitivitat de l'economia en un context en què la globalització i els canvis tecnològics demanen que els treballadors/res siguin capaços d'adaptar-se ràpidament a noves exigències i oportunitats. El nivell educatiu d'un país té un fort impacte en la seva productivitat. Així, d'acord amb algunes estimacions àmpliament acceptades, augmentar en un any la durada de la formació propicia un increment d'almenys un 5% en la productivitat agregada d'un país (de la Fuente i Ciccone, 2003; OCDE, 2004b). El capital formatiu és particularment important per competir en els nous espais tecnològics que determinen la competitivitat d'una economia.

Alguns governs han vist en les estratègies d'aprenentatge al llarg de tota la vida una oportunitat per millorar les capacitats cognitives i d'aprenentatge de la seva població adulta, especialment quan alguns grups socials van veure en el seu moment restringides les seves oportunitats d'accés a l'educació formal. L'objectiu que es persegueix és que pugui resultar-los més fàcil competir pels llocs de treball disponibles en escenaris laborals on s'està produint una expansió de feines que demanden alts nivells de qualificació i un descens del nombre d'ocupacions que demanden pocs recursos formatius. Individualment, l'evidència empírica acumulada a partir de l'anàlisi d'enquestes longitudinals avala la idea que les persones que segueixen formant-se al llarg de la vida milloren els seus horitzons laborals.¹¹⁹ Això

119. Per exemple, un estudi de l'OCDE en diversos països de la UE (incloent-hi Espanya), utilitzant dades del "Panel de Llars de la Unió Europea", mostra que les persones que han rebut formació en anys previs tenen una probabilitat més alta de romandre actius i més baixa d'haver perdut la seva ocupació. La formació rebuda en el treball té, a més, un impacte positiu en els salaris i la percepció de seguretat en l'ocupació. Els joves i treballadors qualificats que han rebut formació en anys previs són els màxims beneficiaris de l'impacte salarial, però els treballadors d'edats més avançades i nivell educatiu més baix aconsegueixen incrementar la seguretat en la feina i millorar les seves oportunitats d'aconseguir una nova feina si es queden a l'atur (OCDE, 2004).

és especialment important si, com suggereixen algunes interpretacions, les persones que han iniciat trajectòries laborals sense qualificacions poden corregir els seus handicaps gràcies a les inversions en la seva formació en etapes més avançades de la vida.

Per tant, és important conèixer fins quin punt les persones adultes tenen oportunitats de prosseguir la seva formació al llarg de la seva vida adulta. L'"Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje" (EADA, 2007) de l'Institut Nacional d'Estadística permet acostar-se a la realitat de la formació per adults a Espanya amb l'objecte d'estudiar els factors que afecten la participació de persones majors de 24 anys i menors de 65 en el sistema educatiu formal (en el qual s'obté un títol o certificat oficial), en programes no formals (sense aquest tipus de titulació) i influeixen en l'accés a activitats d'aprenentatge informal (és a dir, no institucionalitzat).¹²⁰

Segons les dades de l'EADA, en els últims dotze mesos, el 6% dels espanyols de 25 a 64 anys han participat en un programa educatiu en el sistema formal, un 27,2% en el no formal i un 24,6% ha participat en activitats d'aprenentatge informal. Aquestes xifres amaguen una enorme heterogeneïtat de situacions. Els models estadístics aquí presentats analitzen les probabilitats de participació en aquestes tres línies de formació en diferents col·lectius. Limitem l'anàlisi a la participació en activitats de formació de persones assalariades i en situació d'atur.

Per estudiar la situació de les persones assalariades construïm tres models amb variable dependent dicotòmica, que s'analitzen amb regressions logístiques. Cada model estima la raó entre la probabilitat d'haver participat en el programa específic en els últims dotze mesos i la de no haver-ho fet. En la primera columna apareixen les raons de probabilitats d'haver participat en un programa d'educació formal associades a una sèrie de variables independents. Com pot observar-se, a igualtat de condicions la raó de probabilitats d'haver participat en un programa d'educació formal és més baixa en els grups d'edat més avançada (el grup de referència són les persones de 26 a 35 anys). Respecte al grup de referència, la raó de probabilitats que una persona de 55 i més anys participi en un programa d'aquest tipus és 3,8 més baixa (1/0,264) que la d'una persona de 26 a 35 anys.

120. L'educació no formal comprèn activitats que no condueixen a un títol o certificat oficial i que poden consistir en 1) cursos impartits en aules, 2) cursos que combinen teoria i pràctica, 3) cursos impartits a través d'educació a distància, 4) classes particulars, 5) activitats formatives (de caràcter pràctic) en el lloc de treball. L'educació informal inclou activitats en les quals la persona intenta aprendre una mica pel seu compte a través d'un familiar, amic o company de feina; utilitzant material imprès; utilitzant ordinadors; per mitjà de televisió/ràdio/vídeo; per visites; per visites guiades a museus, llocs històrics/naturals/industrials; o visitant centres d'aprenentatge (incloent-hi biblioteques).

Taula 8.14. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: Haver participat en educació formal, no formal o informal en els últims dotze mesos (població assalariada)

| | Model 1 | Model 2 | Model 3 |
|--|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| Variabls independents | Educació formal ^(a) | Educació no formal | Educació informal |
| Sexe | | | |
| Home | 1 | 1 | 1 |
| Dona | 0,891 | 1,032 | 0,942 |
| Grups d'edat | | | |
| 26 a 34 | 1 | 1 | 1 |
| 35 a 44 | 0,542*** | 1,046 | 0,991 |
| 45 a 54 | 0,458*** | 1,044 | 0,892† |
| 55 i més anys | 0,264*** | 0,672*** | 0,837* |
| Origen | | | |
| Espanya | 1 | 1 | 1 |
| Estranger | 0,355*** | 0,612*** | 1,205* |
| Nivell educatiu | | | |
| Sense titulació d'ESO | 0,057*** | 0,174*** | 0,231*** |
| ESO | 0,126*** | 0,285*** | 0,335*** |
| FPI | 0,205*** | 0,451*** | 0,423*** |
| FPII | 0,285*** | 0,584*** | 0,639*** |
| Batxillerat | 0,489*** | 0,521*** | 0,541*** |
| Universitari | 1 | 1 | 1 |
| Tipus de contracte en el passat | | | |
| Fix | 1 | 1 | 1 |
| Temporal | 1,885*** | 0,889* | 1,063 |
| R² Nagelkerke | 16,6% | 12,4% | 8,1% |
| Nombre de casos | 9.945 | 9.937 | 9.934 |

† Nivell de significació del 10%

* Nivell de significació del 5%

** Nivell de significació del 1%

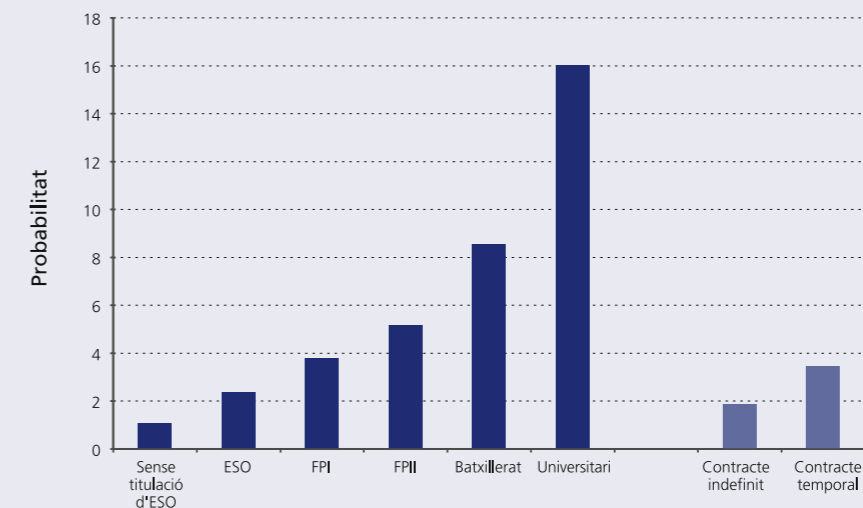
*** Nivell de significació del 1%

Fuente: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'EADA_2007, INE.

Nota: a) Educació formal és la que condueix a una titulació oficial; l'educació no formal és la que es realitza a centres no oficials; l'educació informal és la que es realitza fora d'un àmbit institucional.

El primer model evidencia que les persones d'origen estranger i amb menys recursos educatius tendeixen a participar menys en programes d'educació formal. La raó de probabilitats que participi una persona d'origen estranger és 2,8 vegades més baixa (1/0,355) que la d'una persona nascuda a Espanya. La que participi una persona sense titulació d'ESO és 7,9 vegades més baixa que la d'una llicenciada universitari. En canvi, les persones que tenien un contracte temporal fa dotze mesos presenten una raó de probabilitats un 88% més alta que les que tenien un contracte indefinit d'haver participat en el curs de l'any en un programa d'educació formal. Com comentem en la secció anterior, aquesta pauta obeeix probablement a la convicció que tenen aquests treballadors que acumular credencials és una bona estratègia per incrementar la probabilitat de conversió del seu contracte temporal en indefinit.

Gràfic 8.10. Probabilitat d'haver participat en educació formal segons nivells educatius i tipus de contracte

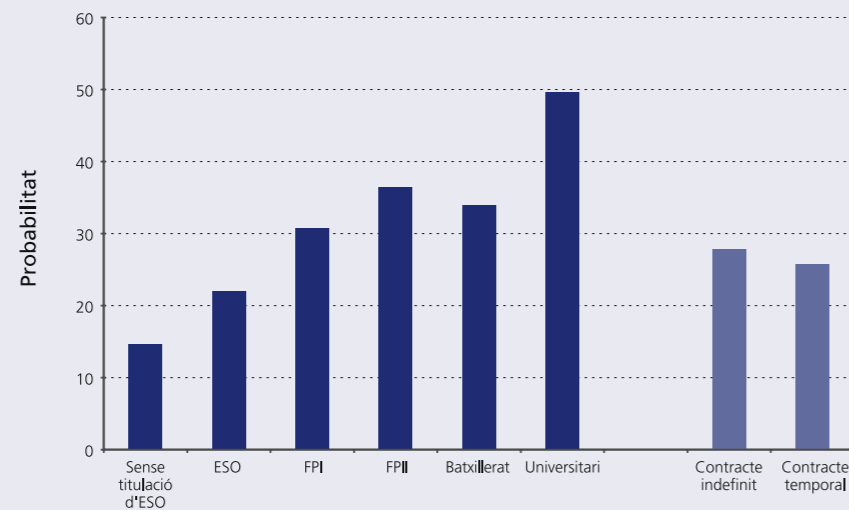


Fuente: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'EADA_2007, INE.

El segon model evidencia que la participació en educació no formal és també menys comuna entre les persones d'edat més avançada, encara que les diferències per edat són, en aquest cas, menys importants. Les persones d'origen estranger i amb menys recursos educatius tenen igualment una probabilitat més baixa de participar en l'educació no for-

mal. Crida l'atenció que, en aquest model, a diferència del model 1, la raó de probabilitats que els treballadors temporals participin en aquest tipus de formació és més baixa que la dels empleats amb contracte fix. Probablement pugui atribuir-se a una menor confiança en l'eficàcia d'aquest tipus de formació per aconseguir la conversió dels seus contractes en indefinits.

Gràfic 8.11. Probabilitat d'haver participat en educació no formal segons nivells educatius i tipus de contracte



Fuente: Elaboració CIIMU a partir de les dades de la EADA_2007, INE.

El tercer model se centra en activitats de formació informal. Els resultats mostren, de nou, que les persones joves són més proclius a aquest tipus de formació que les d'edat avançada i que les persones amb baix nivell formatiu tenen una probabilitat més baixa d'haver participat en aquest tipus d'activitats. No existeixen diferències estadísticament significatives entre treballadors amb contracte temporal i indefinit. Resulta, en canvi, molt significatiu que les persones immigrants recorrin més a l'educació informal que els treballadors assalariats d'origen espanyol. Probablement això reflecteixi restriccions en l'accés a la formació, ja sigui per qüestions lingüístiques, menys oportunitats de formació en els seus centres de treball, menys accés a la informació, etc.¹²¹

121. Això es confirma en una anàlisi realitzada que estima la probabilitat d'haver-se volgut formar i no poder (no presentat aquí). La raó de probabilitats que això li passi a una persona nascuda a l'estranger és un 77% més alta que la d'un treballador espanyol.

Un col·lectiu en què la formació adquireix especial importància són les persones aturades. L'“Encuesta sobre la participación de la población adulta en las actividades de aprendizaje” permet analitzar, igual que es va fer amb la població assalariada, en quina mesura diferents grups d'aturats participen en programes de formació. Els resultats es presenten a la Taula 8.15. Les dades confirmen les evidències obtingudes amb la mostra de persones assalariades. En comparació d'altres grups, les persones més grans, les persones amb pocs recursos educatius i els immigrants accedeixen poc a l'educació formal i no formal. Un aspecte nou és que, a igualtat de condicions, les dones tendeixen a formar-se més en programes no formals que els homes quan estan aturades.

El conjunt de resultats evidencia que la formació contínua està distribuïda desigualment. Els treballadors que més es podrien beneficiar (persones amb baixos recursos formatius, persones d'edat avançada, persones d'origen estranger) participen significativament menys en aquests programes. Participen igualment poc les persones aturades amb menys recursos educatius o més dificultat per trobar un treball (a causa de la seva edat avançada). La falta d'aptituds i competències bàsiques els impedeix moltes vegades optar a seguir qualsevol tipus de formació. Qualsevol estratègia encaminada a reforçar l'aprenentatge al llarg de tota la vida passa necessàriament per dotar a tothom de capacitats cognitives i competències bàsiques. És a dir, l'accés a la formació contínua en la vida adulta requereix no només que s'obrin oportunitats de formació en empreses o centres especialitzats, o que els treballadors gaudeixin del temps necessari i/o de permisos laborals per participar en programes educatius, sinó també que les persones que optin a seguir formant-se posseeixin fonaments educatius sòlids, que s'adquireixen en etapes prematures de la carrera educativa. L'extensió de l'educació preescolar de qualitat als col·lectius que més es podrien beneficiar i la lluita contra el fracàs escolar són dues condicions *sine qua non* per afermar els processos d'aprenentatge durant tota la vida entre tota la població.

Taula 8.15. Anàlisi de regressió logística. Variable dependent: Haver participat en educació formal, no formal o informal en els últims dotze mesos (persones aturades)

| | Model 1 | Model 2 | Model 3 |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| Variables independents | Educació formal ^(a) | Educació no formal | Educació informal |
| Sexe | | | |
| Home | 1 | 1 | 1 |
| Dona | 1,466 | 1,482** | 0,996 |
| Grups d'edat | | | |
| 26 a 34 | 1 | 1 | 1 |
| 35 a 44 | 0,546* | 0,712† | 1,242 |
| 45 a 54 | 0,498* | 1,106 | 1,201 |
| 55 i més anys | 0,296* | 0,637† | 1,209 |
| Origen | | | |
| Espanya | 1 | 1 | 1 |
| Estranger | 0,208** | 0,594* | 1,197 |
| Nivell educatiu | | | |
| Sense titulació d'ESO | 0,086*** | 0,166*** | 0,142*** |
| ESO | 0,162*** | 0,310*** | 0,272*** |
| FPI | 0,467* | 0,401** | 0,495** |
| FPII | 0,149** | 0,389** | 0,443** |
| Batxillerat | 0,415* | 0,613* | 0,504** |
| Universitari | 1 | 1 | 1 |
| Situació laboral en el passat | | | |
| Ocupat | 1 | 1 | 1 |
| Aturat | 0,827 | 0,731* | 0,642** |
| R² Nagelkerke | 17,7% | 12% | 12,5% |
| N | 1.465 | 1.464 | 1.461 |

† Nivell de significació del 10%

* Nivell de significació del 5%

** Nivell de significació del 1%

*** Nivell de significació del 1‰

Font: Elaboració CIIMU a partir de les dades de l'EADA_2007, INE.

Nota: a) Educació formal és la que condueix a una titulació oficial; l'educació no formal és la que es realitza a centres no oficials; l'educació informal és la que es realitza fora d'un àmbit institucional.

8.6 Recapitulació

Durant les darreres dues dècades del segle XX, s'ha produït una expansió extraordinària del nivell educatiu dels ciutadans i ciutadanes del nostre país. Aquesta expansió ha estat possible, en gran mesura, per el reforçament del compromís públic amb l'educació. Gràcies a això ha augmentat el nivell educatiu general de la població i s'ha democratitzat l'accés a nivells superiors de l'educació. Col·lectius que tradicionalment havien experimentat dificultats d'accés a certs nivells avançats del sistema educatiu, com les dones, estan protagonitzant en primera persona l'expansió educativa. Aquesta tendència està contribuint a corregir la bretxa educativa entre la societat espanyola i altres del nostre entorn, que podia condicionar seriosament les nostres oportunitats competitives en la societat de la informació i el coneixement.

Ara bé, no tothom s'ha beneficiat d'igual manera de les transformacions educatives. En un context general d'expansió de l'educació i de la demanda laboral de llocs de feina qualificats, es fan més paleses les dificultats i els desavantatges de certs grups socials. L'educació ha esdevingut un dret bàsic, però ni tot el món té les mateixes opcions per a formar-se, ni té les mateixes oportunitats per a obtenir les credencials i posicions socials que recompensin el seu esforç i talent. L'assoliment educatiu segueix associat a factors socials que reproduïxen la "loteria del naixement". Els resultats presentats aquí acrediten que els nois i noies que creixen en certs entorns familiars (amb pocs recursos educatius, d'origen immigrant, on no estan presents tots dos progenitors) tenen una probabilitat més alta d'experimentar situacions de desavantatge en diferents moments de la carrera educativa, que afecten negativament les seves oportunitats de progressió acadèmica i incrementen el risc d'abandonament prematur del estudis. Certes experiències infantils i juvenils en el sistema educatiu condicionen processos d'inserció en el mercat de treball i l'adquisició de competències bàsiques per a optar a la formació contínua al llarg de tota la vida. La nostra voluntat ha estat posar de manifest condicions i dinàmiques que, des d'edats molt primerenques, poden actuar en perjudici de col·lectius en situació de vulnerabilitat educativa, identificant les dimensions de l'experiència social i educativa dels joves que reclamen atenció prioritària. La conclusió principal que emergeix és que per a combatre els problemes de vulnerabilitat i exclusió educativa cal que el repertori d'estratègies clàssiques de política educativa per a assegurar la igualtat d'oportunitats vingui acompanyat d'iniciatives orientades a incidir en els factors socials que afecten els resultats educatius fora de l'àmbit estrictament escolar.

L'extensió de l'educació preescolar de qualitat als col·lectius que més es podrien beneficiar i la lluita contra el fracàs escolar són dues condicions *sine qua non* per afermar els processos d'aprenentatge durant tota la vida entre tota la població.



9. CONCLUSIÓ

En el capítol de conclusions de l'*Informe de la Inclusió Social 2008* advertíem que érem davant un treball en construcció. Estudiar l'exclusió econòmica i laboral en la primera edició de l'informe ens havia de servir per assentar els fonaments sobre els quals podríem sostenir l'anàlisi d'altres dimensions de l'exclusió social. L'objectiu de l'*Informe de la Inclusió Social 2009* ha estat incorporar noves peces al trencaclosques –els fenòmens d'exclusió sanitària i educativa–, tenint ben present que la multidimensionalitat de l'objecte d'anàlisi exigeix centrar-se en la interrelació entre diferents espais de vulnerabilitat. La conclusió principal que extraïem en aquest informe és que ens trobem davant un fenomen extraordinàriament complex que es defineix precisament pel seu caràcter acumulatiu. Els problemes i les dificultats que estan provocant l'exclusió rarament apareixen sols. Moltes vegades són el resultat de riscos o dèficits que operen simultàniament, se superposen, es reforcen mútuament i es retroalimenten, de manera que creen espirals perverses de les quals resulta difícil escapar. Això complica de forma important qualsevol intent de posar-hi remei. Pal·liar la pobresa no garanteix la integració social d'una persona si les arrels de la seva precarietat econòmica es troben en la seva mala salut, recursos educatius escassos o, com tindrem ocasió de comprovar en la tercera edició de l'informe, la falta de suport social i afectiu. Els processos d'exclusió són seqüències encadenades d'episodis que arrosseguen les persones a situacions de més vulnerabilitat. Encara que aquestes trajectòries mai no són lineals (les diferents formes d'exclusió, especialment les més lleus, poden ser transitòries), existeixen poderoses forces socials que empenyen les persones en situació de risc cap a situacions cada vegada més difícils de revertir. En última instància, equilibris socials precaris poden desembocar en formes d'exclusió severa, que limiten seriosament les oportunitats vitals.

Una de les evidències més preocupants de la primera i segona edició de l'informe és que les situacions de vulnerabilitat severa es concentren en la infància i, per tant, contribueixen a configurar itineraris vitals precaris, que atrapen les persones en situacions de risc des d'edats molt primerenques. La progressió biogràfica de les persones al llarg del cicle vital està sovint llastrada per circumstàncies travessades durant un període de la vida on la responsabilitat individual és limitada. En les societats del coneixement, on la competitivitat de les nostres economies depèn de l'optimització dels recursos humans disponibles, la “loteria” del naixement –l'herència social– condiona encara moltes vegades les oportunitats vitals. Els infants que neixen en entorns socials desfavorits tenen una probabilitat més alta de patir problemes de salut –trastorns físics i psicològics– i d'incórrer en comportaments i hàbits de conducta perjudicials per a la seva salut. Tenen també més probabilitats de no

brebre formació idònia durant les etapes preescolars, de no adquirir les competències i habilitats que necessiten durant l'etapa d'escolarització obligatòria, i d'abandonar els seus estudis de forma prematura.

No obstant això, la transmissió intergeneracional dels desavantatges socials no és l'únic factor que incideix negativament sobre la salut i l'educació dels nens i les nenes. Els resultats presentats en el primer bloc de l'informe (dedicat a la salut) i en el segon (dedicat a l'educació) evidencien que, al marge de l'herència social, en les societats postindustrials les experiències de vulnerabilitat estan associades a dinàmiques d'exclusió desconegudes fins fa solament uns anys, i que contribueixen a reforçar els riscos socials en la infància. Els dos factors que configuren amb més força els nous espais de desigualtat i exclusió en la infància són la immigració i la monoparentalitat. Les diferents experiències dels infants d'origen immigrant i d'aquells que viuen en famílies encapçalades per un sol progenitor predisposen a molts a incórrer en hàbits i comportaments perjudicials per a la seva salut, així com a experimentar situacions que afecten negativament els seus rendiments acadèmics i incrementen la probabilitat d'abandonament escolar prematur. Les associacions estadístiques observades són consistentes i apunten en la mateixa direcció que l'evidència obtinguda en l'*Informe de la Inclusió Social 2008*, on es posava de manifest que a les llars monoparentals i en les famílies d'origen immigrant es concentren fenòmens de precarietat econòmica cada vegada més habituals.

Molts dels processos d'exclusió descrits en les dues últimes edicions d'aquest informe i que afecten els individus en etapes més avançades de la vida tenen origen en la infància. Les dades analitzades aquí evidencien l'estreta relació entre característiques de l'entorn familiar d'origen i vulnerabilitats experimentades en la vida adulta en el camp de la salut o de l'educació. Amb les mateixes condicions, les persones adultes els progenitors de les quals provenen de capes socials més desfavorides tenen més probabilitats d'experimentar problemes de salut o d'haver abandonat els estudis prematurament (i de no tornar a formar-se al llarg de la seva vida). El principal factor de protecció davant del risc social en la vida adulta és la qualitat de les experiències personals i educatives viscudes en la infància. D'aquestes experiències depenen en bona mesura les reserves de capital humà i social amb què compten les persones per enfrontar-se amb garanties als riscos socials que emergeixen en el context de la societat postindustrial.

La importància de les experiències infantils no ens pot fer obviar l'impacte dels riscos socials que afecten les persones en la vida adulta. En la societat postindustrial, els itineraris vitals que recorren les persones s'allunyen progressivament dels tipus ideals dominants durant dècades en les societats avançades. Els calendaris socialment previstos per treballar,

fundar llars, casar-se i tenir fills, fins i tot jubilar-se, rares vegades es compleixen. Els grans pilars biogràfics que empenyien les persones a seguir una senda unilineal de desenvolupament personal (el matrimoni indissoluble i l'ocupació vitalícia) s'enfonsen, donant pas a formes més fràgils i intermitents de vincular-se als altres, en el treball, sentimentalment –dintre o fora de la família– i en l'entorn comunitari. Però, a la vista dels resultats de les anàlisis, no podem coincidir amb autors que veuen en la desestandardització de la vida individual la consolidació d'una sort de vida líquida, en que les persones gaudeixen d'una llibertat il·limitada per assajar projectes vitals i “reinventar-se” d'una forma reflexiva. En el nou context, cobren importància creixent transicions i episodis vitals crítics, després dels quals la vida de les persones entra en autèntiques vies barrades, que n'arrosseguen les biografies en direccions clarament identificables i tanquen les portes a algunes oportunitats. En aquestes cruïlles –en que les persones transiten de l'escola al treball, de la residència parental a una de pròpia, de l'ocupació a l'atur, de viure en parella a viure sense– les decisions que prenen les persones i els itineraris que segueixen tenen implicacions considerables sobre el seu benestar i el de les persones que en depenen.

L'*Informe de la Inclusió Social 2008* va identificar espais de vulnerabilitat econòmica lligats a etapes de transició (emancipació, adquisició d'un nou habitatge, formació de noves famílies...) i esdeveniments estressants en el mercat de treball (episodis d'atur) i la vida familiar (un divorci). En l'*Informe de la Inclusió Social 2009* ens hem trobat amb alguns d'aquests espais biogràfics de la vulnerabilitat en la joventut i la vida adulta, on conflueixen factors de risc que trenquen els equilibris que mantenen moltes persones en l'avantsala de l'exclusió. La joventut ha estat objecte d'atenció preferent de bona part del capítol 8, dedicat a la transició d'escola al treball. L'evidència obtinguda avala la idea, corejada solemnement per tots els experts i organismes internacionals, que la falta de recursos educatius implica dificultats d'inserció i adaptació al mercat de treball, però matisa la idea que l'obtenció de credencials educatives postobligatòries eximeixi el seu posseïdor/a d'aquests problemes. En el mercat de treball espanyol –a diferència del que ocorre en altres països– certes formes de precarietat –la contractació temporal, el risc d'atur, fins i tot els salaris– no són substancialment diferents entre els joves amb menys estudis i els joves amb titulació superior. La joventut és un espai de precarietat *per se*, on les limitacions i dificultats laborals restringeixen severament les oportunitats d'arribar a l'autonomia personal desitjada –fonamentalment econòmica i residencial. Aquest fenomen està lligat a l'estructura del mercat de treball i, dintre d'aquest, a la naturalesa dels processos d'incorporació als millors llocs de treball –els que garanteixen estabilitat, drets socials i bons salaris.

La salut té una importància cabdal en els anys intermedis de la vida humana. Durant la vida adulta de les persones s'accentuen les desigualtats de salut en les seves diverses dimensions. L'efecte continuat i acumulatiu de factors de risc entre els grups econòmicament més vulnerables provoca en aquests anys un deteriorament de la salut, que s'expressa en una prevalença més alta de malalties cròniques de tot tipus i problemes de salut mental. Són anys on els anomenats “esdeveniments estressants” poden tenir un efecte devastador sobre la salut. Durant la vida adulta fenòmens com l'atur i el divorci estan fortament associats a situacions de malestar psicològic, depressió diagnosticada i consum de medicaments per tractar problemes d'ansietat i depressió. No tothom viu igual aquests episodis. Com hem vist al capítol 5, existeixen diferències considerables per sexe. Els homes pateixen més intensament l'experiència de l'atur, la dones la del divorci.

El gènere també cobra rellevància per entendre la influència de dinàmiques domèstiques sobre la salut. Les dones que es dediquen exclusivament a tasques domèstiques tendeixen a presentar pitjor estat de salut (sobretot mental) que les que treballen. Ja sigui per la naturalesa del treball que fan (monòton, rutinari i escassament reconegut), ja sigui pels beneficis que procura tenir ocupació (materials, però també socials i psicològics), les dades no ofereixen dubtes que la dedicació exclusiva a les tasques domèstiques és responsable en bona mesura de les diferències observades entre homes i dones en molts dels indicadors agregats de salut. Però els beneficis associats al treball femení no s'associen només a la seva salut. Com vam tenir ocasió de comprovar en l'*Informe de la Inclusió Social 2008*, l'ocupació de les dones és un dels principals mecanismes de protecció davant de la pobresa dels infants. En aquesta edició, hem evidenciat que, lluny de perjudicar la salut del menor, a igualtat de condicions, els indicadors de salut dels infants de mares que treballen són (en molts casos) millors que els d'aquells les mares dels quals es dediquen exclusivament a les tasques domèstiques. A això contribueixen diversos factors, principalment derivats de l'aportació financera que els ingressos femenins representen per a la llar. És possible també que, com assenyalava de forma cada vegada més clara la investigació internacional sobre aquestes qüestions, el treball extradomèstic de les dones reforci la coresponsabilització de les seves parelles (i la mobilització d'altres membres de la família extensa) en les tasques de cura als menors. A resultes d'això, la suma del temps i l'atenció que els progenitors dediquen als fills pot arribar a ser, paradoxalment, més gran en les llars en què els dos membres de la parella tenen una ocupació fora de la llar.

En aquest sentit, una les evidències que emergeixen amb més nitidesa en aquesta investigació empírica és la importància dels climes familiars per a la salut i l'educació de les persones. Existeix una associació consistent entre el suport social i afectiu que reben

les persones (principalment dintre de la família) i el seu estat de salut, tant objectiva com subjectiva. L'estat de salut de les persones depèn, en bona mesura, que puguin comptar amb amics i familiars que es preocupin per ells, se sentin estimades i amb suports en cas de necessitat, i estiguin integrades en xarxes d'oci. Els vincles socials enforteixen la fisiologia de les persones, moderen l'efecte de tensions ambientals, coadjuven a reparar els danys produïts per esdeveniments estressants i acceleren la recuperació de les persones malaltes. La integració social té també conseqüències positives per a la salut a través de la promoció d'hàbits saludables. Per exemple, les persones amb vinculacions sòlides fumen menys i tenen més cura de la salut bucodental. Estar vinculat a altres persones significa proximitat, i, per tant, també vigilància. En les persones que ens envolten trobem sovint gestos de desaprovació (i fins i tot represàlies) que ens dissuadeixen d'incórrer en comportaments que poden perjudicar-nos, i moltes vegades l'estímul i l'alè necessari per corregir els hàbits nocius ja adquirits.

En l'àmbit educatiu, el capital social i cultural de les famílies no és menys important. El grau d'implicació dels pares en l'educació dels seus fills/es i la “qualitat” de les orientacions, habilitats i coneixements transmesos tenen efectes decisius en les trajectòries educatives dels menors. L'evidència aquí presentada demostra que els climes familiars són el principal determinant dels resultats educatius en la infància i l'adolescència. D'aquí la importància que adquireixen les iniciatives encaminades a reforçar el capital social i cultural allí on aquest es troba més a faltar. La baixa participació relativa d'infants d'un i dos anys procedents de famílies amb pocs recursos educatius en l'educació preescolar priva aquests menors d'oportunitats de desenvolupar competències i capacitats cognitives crucials per situar-los en peu d'igualtat amb altres menors al començament de l'etapa obligatòria. Per altra banda, la concentració de menors en centres educatius amb un teixit social feble –on els pares tenen un nivell d'implicació escàs en les activitats del centre i es preocupen poc pels estàndards educatius que aplica l'equip docent– erosiona les seves oportunitats de progressió acadèmica.

El gran repte a què s'enfronten els agents compromesos en la lluita contra l'exclusió social en la societat postindustrial (tant des de l'àmbit públic com del tercer sector, o fins i tot des de la iniciativa privada) és desenvolupar, al costat de les receptes que ja han provat la seva eficàcia, fórmules noves perquè les grans transformacions socials que estem vivint no impliquin una minva irreparable de les nostres reserves de capital social. Per a això, segurament, caldrà afanyar-se a buscar nous jaciments de solidaritat i suport. Modestament, el nostre objectiu ha estat contribuir a orientar aquesta recerca.



BIBLIOGRAFIA

- Achotegui, J. (2006) “Estrés límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”. *Migraciones*, 16: 59-85.
- Alber, J., i U. Kohler (2004), *Quality of life in Europe. Health and care in an enlarged Europe*. Dublín: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Álvaro, J., i A. Garrido (2003), *Desempleo, salud y exclusión social*. Madrid: Siglo XXI.
- Amato, P. R. (1987), “Family processes in one-parent, stepparent, and intact families: The child’s point of view”. *Journal of Marriage and the Family*, 49: 327-337.
- Amato, P. R., i J. Gilbreth (1999), “Nonresident fathers and children’s well-being: A meta-analysis”. *Journal of Marriage and the Family*, 61: 557-573.
- Andlin-Sobocki, P., J. Bengt, H. U. Wittchen, i J. Olesen (2005), “Cost of disorders of the brain in Europe”. *European Journal of Neurology*, 12 (1).
- Astone, N. M., i S. S. McLanahan (1991), “Family structure, parental practices and high school completion”. *American Sociological Review*, 56: 309-302.
- Banegas J. R. et al. (2003), “A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union”. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57: 201-208.
- Barker, D. (1998), *Mothers, Babies and Health in Later Life*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Barker, D. et al. (2003), “Prenatal influences on stroke mortality in England and Wales” *Stroke* 34: 1598-1602.
- Benach, J., (dir.) et al. (2007), *Estudio geográfico de la mortalidad en España: Análisis de tendencias temporales en municipios o agregados de municipios*. Bilbao: Fundación BBVA.

- Bergman, M., P. Lambert, K. Prandy, i D. Joye (2002), “Theorisation, construction and validation of a social stratification scale: Cambridge social interaction and stratification scale (CAMSIS) for Switzerland”. *Swiss Journal of Sociology*, 28: 441-460.
- Berkman, L. F., i L. Syme (1979), “Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents”. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186–203.
- Biblarz, T. i A. Raftery (1999), “Family structure, educational attainment, and socio-economic success: Rethinking the ‘pathology of matriarchy’”. *American Journal of Sociology*, 105 (2): 321-35.
- Boarini, R. i H. Strauss (2007), “The private internal rates of return to higher education: New estimates for 21 OECD countries”. OECD Economics Department Working Paper, No 591.
- Breen, R. (2001), “A rational choice model of educational inequality”. Fundación Juan March, Working Paper. Disponible a la xarxa, consultat al maig del 2009 a <http://www.march.es/ceacs/publicaciones/working/working.asp?Orden=2&All=1&page=2#tablaregistros>.
- Brines, J. (1994), “Economic dependency, gender, and the division of labor at home”. *American Journal of Sociology*, 100 (3): 652-88.
- Broadhead E. W. et al. (1983), “The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health”. *Journal of epidemiology*, 117: 521-537.
- Brooks-Gunn, J., i G. Duncan (1997), “The effects of poverty on children”. *The Future of Children*, 7. Disponible a la xarxa, consultat al maig del 2009 a http://www.futureofchildren.org/usr_doc/vol7no2ART4.pdf.
- Brooks-Gunn, J., G. Duncan, i L. Aber (1997), *Neighborhood Poverty. Context and Consequences for Children*. Nueva York: Russel Sage.
- Caldwell, J. C. (1989), “What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health”. The proceedings of an International Workshop, Canberra, May 1989. Canberra: Health Transition Centre, Australian National University.
- Caldwell, J. C. i P. Caldwell (1994), “The neglect of an epidemiological explanation for the distribution of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: Exploring the male circumcision hypothesis”. *Health Transition Review*, 4 (Suplement): 23-46.
- Calero, J. (2006), *La equidad en educación. Informe analítico del sistema educativo español*. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE).
- Campbell, C., et al. (1999), *Social Capital and Health*. Londres: Health Education Authority.
- Case, A., D. Lubotsky, i C. Paxson (2002), “Economic status and health in childhood: the origins of the gradient”. *American Economic Review*, 92 (5): 1308-34.
- Cherlin, A. J. (1999), “Going to extremes: Family structure, children’s well-being, and social science”. *Demography*, 36 (4):1-428.
- Cole T. J., et al. (2000), “Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey”. *British Medical Journal*, 320: 1240-43.
- Coleman, J. S. (1966), “Equal schools for equal students?”. *Public Interest*, 4: 70-75.
- Consejo Económico y Social (2009), *Informe 2009: Sistema educativo y capital humano*. Madrid: CES. Disponible a la xarxa a <http://www.ces.es/>.
- Currie, J. (2001), “Early childhood education programmes”. *Journal of Economic Perspectives*, 15 (2): 213-238.
- (2008) “Healthy, wealthy, and wise: Socio-economic status, poor health in childhood, and human capital development”, Discussion paper, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 13897.

Davey Smith, G., C. Hart, D. Blane, i D. Hole (1998), “Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: Prospective observational study”. *BMJ papers*, 316: 1631-35.

De la Fuente, A., i A. Ciccone (2003), “Human capital in a knowledge-based society”. UFAE i IAE Working Papers 562. Unitat de Fonaments de l’Anàlisi Econòmica (UAB) i Institut d’Anàlisi Econòmica (CSIC)

De la Fuente, L., et al (2006), “Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (6): 537-42

Dickens, E. N., L. McGowan, i C. Percival (2004), “Lack of a close confidant predicts further cardiac events after myocardial infarction”. *Heart* 90: 518-522.

DiMaggio P., i J. Mohr (1982), “Cultural capital, educational attainment, and marital selection”. *American Journal of Sociology*, 90 (6): 1231-61.

Donnovan J. E., i R. Jessor (1985), “Structure of problem behaviour in adolescence and young adulthood”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 890-904.

Dornbusch, S. M., J. M. Carlsmith, et al. (1985), “Single parents, extended households and the control of adolescents”. *Child Development*, 56: 326-341.

Dumont, J. C. (2005), “Level of education of immigrants and the labour market: Estimating the prevalence of over-education”, *DELSA/NIEM*. Paris: OCDE.

Dupré, D. i A. Karjalainen (2003), Eurostat, *Statistics in focus: Employment of Disabled People in Europe in 2002*. Disponible a la xarxa, consultat al maig del 2009 a <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/printproduct/EN?calogues=Eurostat&product=KS-NK-03-026-N-EN-&mode=download>.

Elgar F. J., et al. (2005), “Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents”. *Journal of Adolescent Health*, 37 (5): 371-375.

Elstad J. I. (2004), “Health and status attainment: effects of health on occupational achievement among employed Norwegian men”. *Acta Sociologica*, 47 (2): 127-140.

Engeland, A., et al. (2004), “Obesity in adolescence and adulthood and risk of adult mortality”. *Epidemiology*, 15: 79-85.

Esping-Andersen, G. (2002), *Why we need a new Welfare State*. Oxford: Oxford University Press

Esping-Andersen, G., i J. Bonke (2007), “Parental investments in children: How bargaining and educational homogamy affect time allocation”, DemoSoc Working Paper, 20. Disponible a <http://sociodemo.upf.edu/papers/DEMOSOC20.pdf>.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004), *Employment and Disability: Back to work strategies*. Disponible a la xarxa, consultat al maig del 2009 a <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/115/en/1/ef04115en.pdf>.

— (2004), *Health and Care in an Enlarged Europe*. Disponible a la xarxa, consultat a l’abril del 2009 a <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/36/en/1/ef0436en.pdf>.

Farrel A. D., S. J. Danish, i C.W. Howard (1992), “Relationship between drug use and other problem behaviours in urban adolescents”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 705-712.

Fitzpatrick, R., et al. (1991), “Social support, disability and depression: A longitudinal study of RA”. *Social Science and Medicine*, 27: 605-611.

Fundación Pfizer (2008), *Estudio sobre la inmigración y el sistema sanitario público español*. Disponible a www.fundacionpfizer.org.

Furstenberg, F., et al. (1991), “Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States”. *Science*, 252 (7): 1386-89.

Furstenberg, F., S. P. Morgan, i P. D. Allison (1987), “Paternal Participation and Children’s well being after marital dissolution”. *American Sociological Review*, 52: 695-701.

Gangl, M., et al. (2003), *Transition from Education to Work in Europe: The Integration of Youth into EU Labour Markets*. Oxford: Oxford University Press.

Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity.

Gil Calvo, E. (2001), *Nacidos para cambiar. C o construimos nuestras biografias*. Madrid: Taurus.

Gispert R., i J. L. Gutierrez-Fisac (1997), “Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro”. *Revisiones en Salud Pública*, 5: 7-32.

González-Enríquez, J., et al. (1997), “Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años”. *Medicina Clínica*, 109: 577-82.

Graham, H. i C. Power (2004), “Childhood disadvantage and health inequalities: A framework for policy based on lifecourse research”. *Child: Care, Health and Development*, 30 (6): 671-78.

Gregg P., S. Harkness, i S. Machin (1999), *Child Development and Family Income*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Grammenos, S. (2003), *Illness, Disability and Social Inclusion*. Irlanda: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

G uell-Rotllan, M. (2000), “Fixed-term contracts and unemployment: An efficiency wage analysis”, Discussion Paper 0461, Centre for Economic Performance, London School of Economics.

Guinea, D., i F. J. Moreno (2008), “Acceso, estructura y uso del Sistema Nacional de Salud: Efectos sobre las desigualdades en salud y la exclusi n social” en *VI Informe sobre exclusi n y desarrollo social en España 2008*. Madrid: Fundación Foessa.

Guo S. S., et al. (2000), “Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: The Fels longitudinal study”. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 24: 1628-1635.

Gutierrez-Fisac, J. L., R. Gispert, i J. Sol  (2000), “Factors explaining the geographical differences in disability free life expectancy in Spain”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 451-455.

Gutierrez-Fisac, J., et al. (2005), “Sociodemographic factors and lifestyle habits associated with weight change in the elderly in Spain”. *Medicina Clínica*, 125 (14): 525-8.

Haapanen M. L., S. Laitinen, M. Paaso, i R. Ranta (1996), “Quality of speech correlated to craniofacial characteristics of cleft palate patients with the Pierre Robin sequence”. *Folia Phoniatrica Logopaedica*, 48: 215–22.

Hallal P. C., et al. (2006), “Adolescent physical activity and health: A systematic review”. *Sports Medicine*, 36: 1019-1030.

Hango, D. (2005) “Parental investment in childhood and later adult well-being: Can more involved parents offset the effects of socioeconomic disadvantage?” Center for Analysis of Social Exclusion, LSE. Paper No 98. Disponible a la xarxa a http://sticerd.lse.ac.uk/case/_new/publications/series.asp?prog=CASE

Hardy, R., D. Kuh, i M. Wadsworth (2000), “Smoking, body mass index, socioeconomic status and the menopausal transition in a British national cohort”. *International Journal of Epidemiology*, 29:845-851.

Heckman, J., i L. Lochner (2000), “Rethinking myths about education and training: Understanding the sources of skill formation in a modern economy,” en S. Danziger i J. Waldfogel, (eds.), *Securing the Future: Investing in Children from Birth to College*. Nueva York: Russell Sage Foundation, pp. 47-83

House, J. S., K. R. Landis, i D. Umberson (1988), “Social relationships and health” *Science* 214: 540-545.

Idler, E. L., i Y. Benyamini (1997), “Self-rated health and mortality: A review of 27 community studies”. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1): 21-37.

Instituto de Información Sanitaria (2008), “Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitas en España” Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible a http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD_POR_ENFERMEDADES_CRONICAS.pdf.

Jencks, C. (1972), *Inequality: A reassessment of the effect of family and schooling in America*. Nueva York: Harper and Row.

Jahoda, M. (1987), *Empleo y desempleo: Un análisis socio-psicológico*. Madrid: Morata.

Juhn, C., i K. Murphy (1997), “Wage inequality and family labor supply”. *Journal of Labor Economics*, 15 (1): 72-97.

Kandel D. B., et al. (1986), “The consequences in young adulthood of adolescent drugs involment: An overview”. *Archives of General Psychiatry*, 43: 746-754.

Karoly, L., i G. Burtless (1995), “Demographic change, rising earnings inequality and labor supply: The covariant structure of intrafamily earnings”. *American Economic Review*, 91 (4):755-77.

Karvonen, S., A. H. Rimpela, i M. I. Rimpela, (1999), “Social mobility and health-related behaviours in young people”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 211-17.

Kiecot-Glaser, J. K., i R. Glaser (1995), “Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms”. *Psychosomatic Medicine*, 57 (3): 269-274.

Knighton, T., i P. Bussière (2006), *Educational Outcomes at Age 19 Associated with Reading Ability at Age 15*. Ottawa: Statistics Canada.

Koivusilta, L., A. H. Rimpela, i M. I. Rimpela (1998), “Health-Related lifestyle in adolescence predicts adult educational level: A longitudinal study from Finland”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:794-801.

Krahn, H., i G. S. Lowe (1998), *Literacy Utilization in Canadian Workplace*. Ottawa: Statistics Canada.

Kuntsche, E. M., i G. Gmel (2004), “Emotional well-being and violence among social and solitary risk single occasion drinkers in adolescent”. *Addiction*, 99 (3): 331-339.

Lardelli, P., et al. (1993), “Desigualdades en salud: La mortalidad perinatal e infantil en España”. *Gaceta Sanitaria*, 7: 21-26.

Lespérance, F., i N. Frasure-Smith (1996), “Negative emotions and coronary heart disease: Getting to the heart of the matter”. *Lancet*, 347: 414-415.

Löe, H. (2000), “Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease”. *International Dentistry Journal*, 50:129-39.

López Blasco, A., G. Gil Rodríguez, A. Moreno Minués, D. Comas, J. Funes, i S. Parella, (2008), *Informe de la juventud en España 2008*. Disponible a la xarxa, consultat a l'abril a <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=1531688780&menuId=1627100828>.

MacBeath, J. (2000), “New coalitions for promoting school effectiveness” en S. Wolfendale, i J. Bastiani, *The Contributions of Parents to School Effectiveness*, Londres: David Fulton.

Macgregor I. D., i J. W. Balding (1991), “Self-esteem as a predictor of toothbrushing behaviour in young adolescents”. *Journal of Clinical Periodontology*, 18: 312-316.

Macgregor I. D., D. Regis, i J. W. Balding (1997), “Self-concept and dental health behaviours in adolescents”. *Journal of Clinical Periodontology*, 24: 335-339.

Mackenbach, J. P. (2006), *Health Inequalities: Europe in Profile*. UK Department of Health. Disponible a la xarxa a www.dh.gov.uk/publications.

Manor, O., S. Matthews, i C. Power (1997), “Comparing measures of health inequality”. *Social Science Medicine*, (5): 761-771.

— (2003), “Health selection: The role of inter- and intra-generational mobility on social inequalities in health”. *Social Science and Medicine*, 57 (11): 2217-2227.

- Marchesi, A. (2006), “El informe PISA y la política educativa en España” *Revista de Educación. Número extraordinario*. Pp.337-355. Disponible en http://www.revistaeducacion.mec.es/re2006/re2006_19.pdf
- Marí-Klose, P., i M. Marí-Klose (2006), *Edad del cambio: Jóvenes en los circuitos de solidaridad intergeneracional*. Madrid: CIS.
- Marí-Klose P. et al. (2008), *Informe de la Inclusió Social 2008*, Barcelona: Fundació Caixa Catalunya-Obra Social.
- Marí-Klose, P., C. Gómez-Granell, C. Brullet, i S. Escapa, (2008), *Temps de les famílies: Anàlisi sociològica dels usos dels temps dins de les llars catalanes a partir de les dades del Pànel de Famílies i Infància*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Mayers, M., D. Rosenbaum, C. Ruhm, i J. Waldvogel (2004), “Inequality in early childhood education and care: what do we know?”, en K. Neckerman, (ed.) *Social Inequality*. Nova York: Russell Sage.
- McKeown, T. (1976), “The Modern Rise of Population”, en M. Purdy, i D. Banks, *The Sociology and Politics of Health*. Londres: Routledge
- (1990), *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Barcelona: Crítica.
- McLannahan, S., J. Seltzer, T. L. Hanson, i E. Thomson, (1994), “Child support enforcement and child well-being: Greater security or greater conflict?”. *Child Support and Child Well-being*. Washington DC: The Urban Institute press.
- McNeal, R. B. (1999), “Parental involvement as social capital: Differential effectiveness on science achievement, truancy, and dropping out”. *Social Forces*, 78: 117-144.
- (2001), “Differential effects of parental involvement on cognitive and behavioural outcomes by socioeconomic status”. *Journal of Socio-Economics*, 30 (2): 171-179.
- Meil, G. (2000), “Cambio familiar y solidaridad familiar en España”. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 26: 129-156.

- Menéndez, E. (1996), “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”. *Estudios Sociológicos*, 46: 37-67.
- Miech, R. A., A. Caspi, T. E. Moffitt, B. R. Wright, i P. A. Silva (1999), “Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood”. *American Journal of Sociology*, 104: 1096-131.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2007), *Panorama de la Educación. Indicadores de la OCDE 2007. Informe Español*. Secretaria General Técnica. Disponible a la xarxa a <http://www.oei.es/quipu/espana/00004656.pdf>.
- Monasterio-Escudero, C., I. Sánchez-Álvarez, i F. Blanco (2005), “Características personales y desigualdad en materia de pensiones” en J. Ruiz-Huerta (coord.) *Políticas públicas y distribución de la renta*. Bilbao: Fundación BBVA: 437-492.
- Montgomery, S. L., i D. Berney (1996), “Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain”. *Journal of Epidemiology Communitarian Health*, 50: 415-22.
- Morgan, A., i C. Swann (Ed.) (2004), *Social Capital for Health: Issues of Definition, Measurement and Links to Health*. Londres: Health Development Agency.
- Mossey, J. M., i E. Shapiro (1982), “Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly”. *American Journal of Public Health*, 72: 800-808.
- Murray C. J., i A. D. Lopez (1996), *The Global Burden of Disease*. Génova: World Health Organization, Harvard School of Public Health, WorldBank.
- OCDE (2009), *Pisa 2006 Technical Report*. Disponible a la xarxa a <http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?CID=&LANG=EN&SF1=DI&ST1=5KZ803BW2WQ1#OtheThings>.
- (2008a), *Employment Outlook*. París: OCDE.
- (2008b), *Education at Glance*. París: OCDE. Disponible a la xarxa, consultat al maig del 2009 a <http://www.oecd.org/edu/eag2008>.

- (2008c), *Growing Unequal: Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. París: OCDE.
- (2007a), *Health at Glance*. París: OCDE.
- (2007b), *Jobs for Youth: Spain*. París: OCDE.
- (2006), *Where Immigrant Students Succeed: A Comparative Review of Performance and Engagement in PISA 2003*. París: OCDE
- (2005), *Learning a Living*. París: OECD.
- (2004), *Employment Outlook: Boosting Jobs and Incomes*. París: OCDE.
- (2003), *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. París: OCDE. Disponible a la xarxa, consultat al maig del 2009 a <http://www.oecd.org/publications/e-book/8103021E.PDF>.
- (1997), *Literacy, Economy and Society*. París: OECD.
- Oliveira, A. F., J. G. Valente, i I. C. Leite (2008), “Aspects of tobacco attributable mortality: systematic review”. *Revista Saúde Pública*, 42.
- Ortíz, L., i A. Kucel (2008), “Over-education and fields of study in Spain and Germany”. *International Journal of Comparative Sociology*, 49, (4-5): 305-327.
- Parfitt, G., i R. G. Eston (2005), “The relationship between children’s habitual activity level and psychological well-being”. *Acta Paediatrica*, 94: 1791-1797.
- Ortíz, L. (2006) “Finding a Suitable Job: The Effect of the Institutional Context on Self-Perceived Over-Education”, DemoSoc Working Papers 14 (Department of Political Science and Sociology, Pompeu Fabra University).
- Penedo F. J., i J. R. Dahn, (2005), “Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity”. *Current Opinion in Psychiatry*, 18: 189-193.
- Pérez Díaz V., E. Chulià, i B. Álvarez Miranda (1998), “La familia en el sistema de bienestar español. Una reflexión general y una discusión empírica”. *Papeles de Economía Española*, 7: 24-39.
- Peto, R., A. D. Lopez, J. Boreham, M. Thun, i C. Jr. Heath (1992), “Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics”. *Lancet*, 339: 1268-78.
- Polavieja, J. G. (2003), “Temporary contracts and labour market segmentation in Spain: An employment-rent approach”. *European Sociological Review*, 19 (5): 501-517.
- Putnam, R. (2000), *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Quintini G., i S. Martín (2006), “Starting well or losing their? The position of youth in the labour market in OECD countries” DELSA Working Papers 39. París: OECD.
- Regidor, E., J. L. Gutierrez-Fisac, i C. Rodríguez (1995), “Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish provinces”. *Social Science and Medicine*, 41: 801-807.
- Rico, A., X. Ramos, i C. Borrell (2005), “Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas públicas y el capital social” a J. Ruiz-Huerta (coord.) *Políticas públicas y distribución de la renta*, pp. 213-314.
- Ross, C. (1987), “The division of labor at home”. *Social Forces*, 65: 815-33.
- Rehm, J., R. Room, i M. Monteiro (2004), “Alcohol as a risk factor for global burden of disease” *European Addiction Research*, 9 (4):157-164.
- Seeman, T. E., i B. S. McEwen (1996), “The impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation”. *Psychosomatic Medical*, 58: 459-471.
- Shavit, Y., i W. Müller (1998), *From School to Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Spijker, J., A. D. Camara Hueso, i J. Pérez Díaz (2009), “Cambios generacionales de la estatura en la España del siglo XX a partir de la Encuesta Nacional de Salud”. *Revista Estadística Española*, 50 (169): 571-604.

- Stegeman I., i C. Costongs (2003), Health Poverty and Social Inclusion in Europe: *Literature Review on Concepts Relations and Solutions*. Bruselas: Eurohealthnet. Disponible a la xarxa, consultat al maig del 2009 a http://www.eurohealthnet.eu/images/publications/pu_5.pdf.
- Strong W. B., et al. (2005), "Evidence based physical activity for school-age children". *Journal of Pediatrics*, 146: 732-737.
- Subramanian S. V., I. Kawachi, i D. Kim (2006), "Bonding vs. bridging social capital and their associations with self-rated health: A multilevel analysis of 40 U.S. communities". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 116-122.
- Teachman, J. D., K. Paasch i K. Carver (1997), "Social capital and the generation of human capital". *Social Forces*, 75 (4): 1343-59.
- Thornicroft, G. (2006), *Self-stigmatisation, avoidance and withdrawal*. Londres: Mental Health Foundation. Disponible a la xarxa, consultat a l'abril del 2009 a <http://www.mentalhealthcare.org.uk/content/?id=190>.
- Tsang, M. C., R. W. Rumberger, i H. M. Levin (1991), "The Impact of surplus schooling on work productivity". *Industrial Relations*, 30: 209-228.
- US Department of Health and Human Service (1989), *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: a report of surgeon general*. Rockville: Public Health Service, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- (2004), *The health consequences of smoking: Report of the surgeon general*. Atlanta: GA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Van Duyn M. A., i E. Pivonka (2000), "Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional selected literature". *Journal of the American Dietetic Association*, 100 (12): 1511-1521.
- Verbrugge, L. (1985), "Gender and health: An update on hypotheses and evidence". *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (9): 156-182.
- Waldfoegel, J. (2002), "Maternal employment and child cognitive outcomes in the first three years of life: The NICHD study of early child care" *Child Development*, 73 (4): 1052-1072.
- Wilkinson, R. G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge.
- Wilkinson, R., i M. Marmot (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Dinamarca: WHO.
- Williams, R. B., et al. (1992), "Prognostic importance of social resources among patients with CAD". *Journal of the American Medical Association*, 267: 520-524.
- Whitte C., F. Van Galen, i Y. H. Chow (2006), "Trends in social class differences in mortality by cause, 1986 to 2000". *Health Statistics Quarterly*, 57.
- Whitaker R. C., et al. (1997), "Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity". *New England Journal of Medicine*, 337: 869-873.
- WHO (2007), *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. WHO/HBSC Forum 2007.
- (2005-2006), *Health Behavior in School-Aged Children*. WHO Regional Office for Europe. Informació sobre l'enquesta s'obté a <http://www.hbsc.org/overview.htm>.
- (2003), *The World Oral Health Report 2003. Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century*. P.E. Petersen (Ed.). Ginebra: WHO
- (2003) *World Cancer Report*. Stewart, B. W. i Kleihues, P. (Ed.). Lion: WHO.



ANNEX 1. Fitxa tècnica

Encuesta de Condiciones de Vida de la Población (ECV)

European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) pertany al conjunt d'operacions estadístiques harmonitzades per a països de la Unió Europea.

Institució responsable: Institut Nacional d'Estadística (INE).

Anys: 2005, 2006, 2007.

Àmbit: Nacional.

Univers: La població objecte d'investigació són les persones membres de llars privades que resideixen en la llar familiar principal, així com aquestes llars. Encara que les persones de totes les edats formen part de la població objectiu, no totes les persones són entrevistades exhaustivament, ja que solament són seleccionables per a una entrevista exhaustiva les persones, membres de la llar, amb 16 o més anys el 31 de desembre de l'any anterior a l'entrevista.

Grandària de la mostra: 16.000 llars. Procediment de mostreig: Bietàpic, amb estratificació de les unitats de primera etapa.

Encuesta de Población Activa (EPA)

Institució responsable: Institut Nacional d'Estadística.

Any: Primer trimestre des de 2005 a 2009 (trimestral).

Àmbit: Nacional.

Univers: Població que resideix en les llars familiars

Grandària de la mostra: Aproximadament 60.000 famílies.

Procediment de mostreig: Mostreig bietàpic amb estratificació de les unitats de primera etapa (seccions censals) i unitats de segona etapa (llars familiars).

Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE)

Institució responsable: Ministeri de Sanitat i Consum

Any: 2006

Àmbit: Nacional.

Univers: Persones que resideixen en habitatges familiars principals

Grandària de la mostra: 31.300 habitatges.

Procediment de mostreig: Mostreig trietàpic estratificat. L'enquesta consta de tres qüestionaris: un qüestionari de llar, un qüestionari d'adults (persones de 16 i més anys) i un qüestionari de menors (recull informació relativa a persones de 0 a 15 anys).

European Social Survey

Institució responsable: Comissió Europea, European Science Foundation i institucions de cada país participant.

Any: 2006.

Àmbit: 31 països europeus.

Univers: Persones de 15 i més anys que habiten en residències privades independentment de la nacionalitat o la ciutadania.

Grandària de la mostra: 1.500 persones per país, (800 si la població és inferior a 2 milions).

Procediment de mostreig: Disseny multietàpic, segons les condicions del país.

Barómetro Sanitario

Institució responsable: Ministeri de Sanitat i Política Social.

Any: 2008.

Àmbit: Nacional.

Univers: Població resident d'ambdós sexes de 18 anys i més

Grandària de la mostra: 7.203 entrevistes distribuïdes en tres submostres de 2.401 entrevistes cadascuna.

Procediment de mostreig: Polietàpic, estratificat per conglomerats, amb selecció de les unitats primàries de mostreig (municipis) i de les unitats secundàries (seccions) de forma aleatòria proporcional, i de les unitats últimes (individus) per rutes aleatòries i quotes de sexe i edat.

Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria (ESTUDES)

Institució responsable: Pla Nacional Sobre Drogues, Ministeri de Sanitat i Consum.

Any: 2006

Àmbit: Nacional.

Univers: Població matriculada en col·legis o centres educatius amb 3º i 4º d'Ensenyament Secundari Obligatori (ESO), 1º i 2º de Batxillerat LOGSE o Cicles Formatius de grau mig

Grandària de la mostra: 26.454 estudiants en 1.322 aules.

Procediment de mostreig: Mostreig per conglomerats bietàpic, seleccionant aleatoriament col·legis com unitats de primera etapa, i aules com unitats de segona etapa. Posteriorment, han estat inclosos en la mostra tots els estudiants de les aules seleccionades, amb la finalitat de simplificar el disseny mostral, així com l'execució i anàlisi de l'enquesta.

Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Institució responsable: Pla Nacional Sobre Drogues, Ministeri de Sanitat i Consum.

Any: 2005.

Àmbit: Nacional.

Univers: Població resident en llars familiars a Espanya amb edats compreses entre 15 i 64 anys.

Grandària de la mostra: 27.934 entrevistats.

Procediment de mostreig: Mostreig per conglomerats trietàpic sense substitució, autoadministració de totes les preguntes relacionades amb el consum de drogues.

Panel de Hogares de la Unión Europea PHOGUE

Institució responsable: Institut Nacional d'Estadística (INE).

Any: 1994, 1998, 1999, 2001 (panell fix durant 8 cicles anuals).

Àmbit: Espanya i UE-15.

Univers: llars familiars principals i conjunt de persones membres de la llar. A partir del segon cicle, també s'incorporen al panell, i per tant formen part de les unitats d'anàlisi, les noves llars (privats o col·lectius) que s'hagin format o de les quals hagin passat a formar part les persones de la mostra del primer cicle, així com les persones que sense formar part del panell inicialment habiten en aquestes llars.

Grandària de la mostra: 76.500 llars per a tots els països de la UE i aproximadament 8.000 llars a Espanya.

Procediment de mostreig: Es pren com definició censal de llar familiar, considerant-se com unitat primària de mostreig la secció censal, i com unitat última de mostreig la llar familiar principal, incloent-se en la mostra tots els residents en les llars principals seleccionats. La selecció de les unitats primàries, dintre de la mostra general de la qual s'ha obtingut, s'ha realitzat en cada estrat amb probabilitat proporcional a la grandària. La selecció de la mostra d'habitatges en cada secció s'ha realitzat mitjançant un mostreig sistemàtic amb arrencada aleatòria.

Programme for International Students Assessment (PISA)

Institució responsable: OCDE.

Any: 2006.

Àmbit: 57 països (30 de l'OCDE i 27 associats).

Univers: estudiants de 15 anys en el centre educatiu

Grandària de la mostra: En el cas d'Espanya van ser avaluats uns 20.000 alumnes. A més de la mostra estatal, existeix mostra representativa de deu Comunitats Autònomes.

Procediment de mostreig: En tots els països llevat de un, mostreig bietàpic estratificat. La recollida de dades consisteix en: a) una prova de dues hores de durada per a la qual es preparen 13 quaderns distints, amb el contingut parcialment solapat segons la tècnica de mostreig matricial, perquè es cobreixi un camp més ampli de contingut, però sense superar les dues hores de prova individual, b) un qüestionari de dades personals i familiars dels alumnes, al costat d'opinions i actituds sobre els estudis i el centre escolar, i c) un qüestionari per al director del centre.

Juventud en España

Institució responsable: Institut de la Joventut (INJUVE).

Any: 2008.

Àmbit: Nacional.

Univers: Població d'ambdós gèneres compresa entre 15 i 29 anys d'edat, ambdós inclusivament, resident en tot el territori nacional

Grandària de la mostra: 5.000 entrevistes.

Procediment de mostreig: Mostreig trietàpic estratificat.

Error mostral: Per a un nivell de confiança del 95.5% (dues sigmes), i $p=q=50$, l'error per al conjunt de la mostra en el supòsit d'una distribució proporcional és de $\pm 1.41\%$, però donada la apropiabilitat de la mostra nacional l'error, a aquest nivell i sota els criteris de definició dalt descrits, és de $\pm 1.5\%$.

Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT)

Institució responsable: Ministeri de Treball i Immigració.

Any: 2007.

Àmbit: Nacional.

Univers: Població ocupada de 16 i més anys que resideix en llars familiars.

Grandària de la mostra: 8.974 ocupats.

Procediment de mostreig: Mostreig trietàpic estratificat.

Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA)

Institució responsable: Institut Nacional d'Estadística (INE).

Any: 2007

Àmbit: Nacional.

Univers: adults de 25 a 74 anys que viuen en llars familiars.

Grandària de la mostra: 24.030 adults.

Procediment de mostreig: Tipus de mostreig bietàpic estratificat. Les unitats de primera etapa són les seccions censals. Les unitats de segona etapa són les persones d'edats entre 25 i 74 anys, ambdues inclusivament, que tenen la seva residència habitual en els habitatges principals de la secció.

Encuesta de Estructura Salarial

Institució responsable: Institut Nacional d'Estadística (INE).

Any: 2006.

Àmbit: Nacional.

Univers: treballadors per compte aliè la remuneració del qual tingui forma de salari

Grandària de la mostra: 261.309 treballadors.

Procediment de mostreig: El procediment de selecció aleatòria d'unitats correspon a un mostreig bietàpic estratificat, on les unitats de primera etapa són els comptes de cotització a la Seguretat Social, mentre que les de segona etapa són els treballadors.



ANNEX 2. Indicadors d'exclusió econòmica i laboral per Comunitat Autònoma

Pobresa per CA (l'indar espanyol)

| Comunitat Autònoma | L'indar Espanyol | L'indar Autonòmic | Nombre de casos |
|----------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| GALÍCIA | 20,9% | 17,2% | 2.547 |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 13,8 | 19,1 | 1.564 |
| CANTÀBRIA | 13,6 | 17,1 | 916 |
| PAÍS BASC | 11,6 | 17,5 | 1.737 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 6,3 | 17,6 | 1.188 |
| LA RIOJA | 19,4 | 18,9 | 1.010 |
| ARAGÓ | 14,0 | 20,7 | 1.461 |
| COMUNITAT DE MADRID | 13,3 | 20,0 | 2.272 |
| CASTELLA I LLEÓ | 22,6 | 20,1 | 2.262 |
| CASTELLA-LA MANXA | 28,1 | 18,3 | 1.692 |
| EXTREMADURA | 39,3 | 18,2 | 1.472 |
| CATALUNYA | 13,4 | 18,2 | 3.753 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 16,3 | 15,9 | 2.632 |
| ILLES BALEARS | 16,0 | 23,1 | 1.227 |
| ANDALUSIA | 29,2 | 16,9 | 4.430 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 25,4 | 19,3 | 1.762 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA | 39,6 | 30,7 | 461 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA | 26,2 | 29,2 | 406 |
| CANÀRIES | 26,8 | 19,8 | 1.794 |
| Total | 19,7 | | 34.586 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

Pobresa persones de 0 a 15 anys per CA

| Comunitat Autònoma | Llindar Espanyol | Llindar Autonòmic | Nombre de casos |
|----------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| GALÍCIA | 26,3% | 22,4% | 309 |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 14,5 | 18,9 | 170 |
| CANTÀBRIA | 20,4 | 26,0 | 121 |
| PAÍS BASC | 11,4 | 15,0 | 246 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 6,4 | 19,0 | 206 |
| LA RIOJA | 26,7 | 26,7 | 139 |
| ARAGÓ | 12,6 | 17,2 | 205 |
| COMUNITAT DE MADRID | 19,3 | 25,9 | 356 |
| CASTELLA I LLEÓ | 25,6 | 23,1 | 266 |
| CASTELLA-LA MANXA | 31,5 | 21,5 | 257 |
| EXTREMADURA | 49,4 | 20,2 | 225 |
| CATALUNYA | 14,5 | 19,2 | 629 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 16,8 | 16,8 | 414 |
| ILLES BALEARS | 20,6 | 30,5 | 219 |
| ANDALUSIA | 30,3 | 16,2 | 760 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 34,2 | 26,4 | 348 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA | 46,3 | 34,2 | 121 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA | 37,8 | 42,7 | 111 |
| CANÀRIES | 34,3 | 26,8 | 316 |
| Total | 23,1 | | 5.418 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

Pobresa persones de 16 a 35 per CA

| Comunitat Autònoma | Llindar Espanyol | Llindar Autonòmic | Nombre de casos |
|------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| GALÍCIA | 16,9% | 14,8% | 619 |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 13,8 | 17,7 | 361 |
| CANTÀBRIA | 10,1 | 12,9 | 222 |
| PAÍS BASC | 9,1 | 13,1 | 418 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 4,1 | 13,3 | 318 |
| LA RIOJA | 15,3 | 15,3 | 276 |
| ARAGÓ | 11,2 | 17,5 | 332 |
| COMUNITAT DE MADRID | 10,6 | 14,9 | 546 |
| CASTELLA I LLEÓ | 15,8 | 14,5 | 523 |
| CASTELLA-LA MANXA | 17,5 | 12,4 | 448 |
| EXTREMADURA | 32,3 | 16,5 | 390 |
| CATALUNYA | 10,5 | 13,9 | 926 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 11,6 | 11,4 | 712 |
| ILLES BALEARS | 13,1 | 18,8 | 295 |
| ANDALUSIA | 26,8 | 16,7 | 1.179 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 19,6 | 16,7 | 523 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA | 40,0 | 27,8 | 141 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA * | 20,3 | 24,0 | 97 |
| CANÀRIES | 19,8 | 14,5 | 489 |
| Total | 16,1 | | 8.815 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

* Basat en menys de 100 casos.

Pobresa persones de 65 i més anys per CA

| Comunitat Autònoma | Llindar Espanyol | Llindar Autonòmic | Nombre de casos |
|------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| GALÍCIA | 27,0% | 20,6% | 573 |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 17,5 | 25,3 | 368 |
| CANTÀBRIA | 20,2 | 24,8 | 205 |
| PAÍS BASC | 15,6 | 28,4 | 315 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 11,4 | 26,7 | 196 |
| LA RIOJA | 30,5 | 27,8 | 192 |
| ARAGÓ | 22,6 | 32,4 | 295 |
| COMUNITAT DE MADRID | 16,7 | 28,2 | 408 |
| CASTELLA I LLEÓ | 33,8 | 29,2 | 529 |
| CASTELLA-LA MANXA | 50,5 | 28,7 | 320 |
| EXTREMADURA | 51,8 | 19,8 | 306 |
| CATALUNYA | 19,4 | 29,0 | 666 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 27,7 | 25,5 | 440 |
| ILLES BALEARS | 18,8 | 29,3 | 205 |
| ANDALUSIA | 39,4 | 21,3 | 748 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 34,1 | 20,2 | 233 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA * | 33,4 | 33,4 | 64 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA * | 36,0 | 36,0 | 52 |
| CANÀRIES | 38,4 | 25,2 | 274 |
| Total | 28,0 | | 6.389 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

* Basat en menys de 100 casos.

Privació material de béns bàsics per CA

| Comunitat Autònoma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| GALÍCIA | 42,9% | 1,3% | 11,5% | 0,7% | 0,1% | 7,7% | 0,8% | 2,7% |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 34,3% | 2,3% | 2,4% | 0,0% | 0,3% | 5,9% | 0,1% | 2,5% |
| CANTÀBRIA | 35,6% | 0,2% | 3,6% | | | 4,6% | | 2,9% |
| PAÍS BASC | 17,7% | 0,4% | 3,6% | 0,2% | 0,0% | 2,9% | | 2,9% |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 17,9% | 0,4% | 1,4% | 0,0% | 0,2% | 4,3% | | 2,5% |
| LA RIOJA | 23,8% | 2,6% | 4,8% | 0,3% | | 8,8% | | 3,2% |
| ARAGÓ | 22,7% | 0,4% | 1,1% | 0,3% | 0,2% | 2,6% | 0,0% | 2,1% |
| COMUNITAT DE MADRID | 24,0% | 1,2% | 3,3% | | | 6,2% | | 4,6% |
| CASTELLA I LLEÓ | 33,6% | 0,9% | 2,9% | 0,3% | 0,3% | 4,5% | 0,1% | 2,3% |
| CASTELLA-LA MANXA | 35,1% | 1,5% | 7,7% | 0,3% | 0,1% | 8,8% | 0,1% | 1,9% |
| EXTREMADURA | 44,1% | 0,7% | 5,1% | 0,2% | 0,1% | 9,8% | | 4,1% |
| CATALUNYA | 31,1% | 3,2% | 5,5% | 0,2% | | 5,4% | 0,2% | 3,2% |
| COMUNITAT VALENCIANA | 35,1% | 2,5% | 6,1% | 0,1% | 0,1% | 9,1% | 0,0% | 4,8% |
| ILLES BALEARS | 25,4% | 1,0% | 7,7% | 0,1% | | 6,1% | 0,4% | 3,8% |
| ANDALUSIA | 52,5% | 2,7% | 13,9% | 0,7% | 0,2% | 12,7% | 0,4% | 6,0% |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 47,2% | 1,7% | 14,9% | 0,4% | 0,1% | 15,8% | 0,1% | 4,7% |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA | 48,6% | 7,9% | 18,7% | 3,5% | | 22,9% | 0,6% | 16,7% |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA | 45,4% | 3,4% | 17,2% | 0,3% | 1,7% | 19,5% | 0,2% | 7,4% |
| CANÀRIES | 48,5% | 6,5% | 7,4% | 0,6% | 0,2% | 9,1% | 0,2% | 6,1% |
| Total | 36,0% | 2,1% | 7,2% | 0,3% | 0,1% | 7,9% | 0,2% | 4,1% |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

1. La llar no pot permetre's pagar unes vacances fora de casa, almenys una setmana a l'any.
2. La llar no pot permetre's pagar un àpat de carn, pollastre o peix (o equivalent) almenys cada dos dies.
3. La llar no pot permetre's mantenir l'habitatge amb una temperatura adequada durant els mesos d'hivern.
4. La llar no té telèfon (inclòs mòbil) perquè no s'ho pot permetre.
5. La llar no té televisió en color per no poder-s'ho permetre.
6. La llar no té ordinador per no poder-s'ho permetre.
7. La llar no té rentadora per no poder-s'ho permetre.
8. La llar no té cotxe per no poder-s'ho permetre.

Privació objectiva per CA

| Comunitat Autònoma | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| GALÍCIA | 4,5% | 3,1% | 1,7% | 26,4% |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 4,2% | 1,3% | 3,0% | 21,0% |
| CANTÀBRIA | 8,0% | 0,7% | 1,5% | 14,2% |
| PAÍS BASC | 5,3% | 3,7% | 0,4% | 18,1% |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 10,7% | 4,7% | 2,6% | 13,5% |
| LA RIOJA | 8,5% | 1,7% | 2,5% | 21,6% |
| ARAGÓ | 5,6% | 2,9% | 0,6% | 10,6% |
| COMUNITAT DE MADRID | 5,8% | 4,4% | 2,0% | 25,1% |
| CASTELLA I LLEÓ | 6,7% | 2,8% | 2,2% | 21,1% |
| CASTELLA-LA MANXA | 8,0% | 2,0% | 1,7% | 27,0% |
| EXTREMADURA | 3,5% | 2,0% | 0,8% | 28,4% |
| CATALUNYA | 6,4% | 3,9% | 1,6% | 27,9% |
| COMUNITAT VALENCIANA | 6,7% | 3,8% | 2,3% | 26,3% |
| ILLES BALEARS | 11,2% | 5,6% | 2,6% | 22,5% |
| ANDALUSIA | 8,6% | 5,4% | 2,7% | 41,6% |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 9,6% | 6,0% | 5,5% | 35,5% |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA | 5,6% | 15,2% | 2,0% | 57,9% |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA | 9,9% | 2,8% | 1,4% | 42,6% |
| CANÀRIES | 9,8% | 6,0% | 3,5% | 51,8% |
| Total | 7,0% | 4,1% | 2,1% | 29,0% |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

1. S'han produït retards en el pagament de la hipoteca o del lloguer de la llar en els últims dotze mesos.
2. S'han produït retards en el pagament de factures de l'electricitat, de l'aigua, del gas, etc. en els últims dotze mesos.
3. S'han produït retards en el pagament de compres ajornades o d'altres préstecs (deutes no relacionats amb l'habitatge) en els darrers dotze mesos.
4. La llar no té capacitat per a fer front despeses imprevistes.

Privació subjektiva per CA

| Comunitat Autònoma | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| GALÍCIA | 26,2% | 45,2% | 53,5% |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 19,6% | 36,3% | 47,6% |
| CANTÀBRIA | 20,4% | 45,8% | 51,3% |
| PAÍS BASC | 19,8% | 41,2% | 39,8% |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 13,3% | 32,6% | 31,0% |
| LA RIOJA | 20,8% | 36,1% | 50,6% |
| ARAGÓ | 11,8% | 33,7% | 31,1% |
| COMUNITAT DE MADRID | 26,2% | 49,0% | 56,8% |
| CASTELLA I LLEÓ | 18,8% | 41,4% | 49,9% |
| CASTELLA-LA MANXA | 29,7% | 50,2% | 48,7% |
| EXTREMADURA | 25,7% | 41,0% | 54,4% |
| CATALUNYA | 27,2% | 50,1% | 56,5% |
| COMUNITAT VALENCIANA | 26,2% | 49,0% | 55,2% |
| ILLES BALEARS | 19,8% | 45,0% | 44,8% |
| ANDALUSIA | 33,2% | 55,5% | 56,8% |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 33,0% | 51,3% | 57,0% |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA | 40,3% | 68,0% | 84,8% |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA | 24,6% | 49,1% | 61,8% |
| CANÀRIES | 40,9% | 65,2% | 60,9% |
| Total | 27,0% | 48,8% | 54,0% |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

1. La llar té dificultat o molta dificultat per a arribar a fi de mes.
2. Les despeses totals de l'habitatge (incloent-hi assegurances, electricitat, comunitat, etc.) suposen una càrrega pesada per a la llar.
3. Els desemborsos per compres a terminis o per devolució de préstecs no relacionats amb l'habitatge suposen una càrrega pesada per a la llar.

Ingressos mínims per a arribar a fi de mes per CA

| Comunitat Autònoma | Ingressos mínims que necessita la llar per a arribar a final de mes |
|----------------------------|---|
| GALÍCIA | 1.882 € |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 1.918 € |
| CANTÀBRIA | 2.098 € |
| PAÍS BASC | 2.036 € |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 2.057 € |
| LA RIOJA | 1.868 € |
| ARAGÓ | 1.951 € |
| COMUNITAT DE MADRID | 2.477 € |
| CASTELLA I LLEÓ | 1.916 € |
| CASTELLA-LA MANXA | 2.145 € |
| EXTREMADURA | 1.653 € |
| CATALUNYA | 2.420 € |
| COMUNITAT VALENCIANA | 2.157 € |
| ILLES BALEARS | 2.343 € |
| ANDALUSIA | 1.992 € |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 2.139 € |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA | 2.104 € |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA | 2.325 € |
| CANÀRIES | 2.173 € |
| Total | 2.155 € |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

Salari baix per CA

| Comunitat Autònoma | Percentatge de persones amb salari baix* |
|-------------------------------|--|
| GALÍCIA | 31,3% |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 27,5 |
| CANTÀBRIA ** | 25,1 |
| PAÍS BASC | 19,8 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 23,8 |
| LA RIOJA ** | 18,7 |
| ARAGÓ | 20,1 |
| COMUNITAT DE MADRID | 21,5 |
| CASTELLA I LLEÓ | 25,4 |
| CASTELLA-LA MANXA | 27,3 |
| EXTREMADURA | 38,5 |
| CATALUNYA | 21,3 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 25,3 |
| ILLES BALEARS | 19,2 |
| ANDALUSIA | 33,0 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 25,7 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA ** | 17,9 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA ** | 23,4 |
| CANÀRIES | 34,9 |
| Total | 25,8 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

* Es considera salari baix a aquells salaris que se situen per sota del 66% de la mediana dels salaris a Espanya.

** Basat en menys de 100 casos.

Jornades de llarga duració per CA

| Comunitat Autònoma | Percentatge de persones que treballa més de 48 hores setmanals |
|------------------------------|--|
| GALÍCIA | 24,4% |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 25,4 |
| CANTÀBRIA * | 20,2 |
| PAÍS BASC * | 9,7 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA * | 15,5 |
| LA RIOJA * | 13,7 |
| ARAGÓ | 22,8 |
| COMUNITAT DE MADRID | 15,6 |
| CASTELLA I LLEÓ | 13,2 |
| CASTELLA-LA MANXA | 21,3 |
| EXTREMADURA | 18,7 |
| CATALUNYA | 15,2 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 19,1 |
| ILLES BALEARS * | 15,4 |
| ANDALUSIA | 18,3 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 21,1 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE CEUTA * | 11,1 |
| CIUTAT AUTÒNOMA DE MELILLA * | 13,5 |
| CANÀRIES | 14,7 |
| Total | 17,3 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECV_2007.

* Basat en menys de 100 casos.

Treballa per torns per CA

| Comunitat Autònoma | Percentatge de persones que treballa per torns | Nombre de casos |
|----------------------------|--|-----------------|
| GALÍCIA | 17,0% | 407 |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 19,1 | 246 |
| CANTÀBRIA | 19,6 | 209 |
| PAÍS BASC | 16,7 | 396 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 23,9 | 243 |
| LA RIOJA | 13,9 | 165 |
| ARAGÓ | 14,4 | 284 |
| COMUNITAT DE MADRID | 12,5 | 754 |
| CASTELLA I LLEÓ | 15,0 | 300 |
| CASTELLA-LA MANXA | 13,4 | 359 |
| EXTREMADURA | 13,0 | 247 |
| CATALUNYA | 14,7 | 2.063 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 15,7 | 483 |
| ILLES BALEARS | 17,9 | 279 |
| ANDALUSIA | 17,9 | 756 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 13,3 | 278 |
| CANÀRIES | 21,7 | 313 |
| Total | 15,8 | 7.782 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECVT_2007.

Nota: No existeixen casos suficients a Ceuta i Melilla per a incloure el valor de l'indicador d'aquestes Ciutats Autònomes.

Treballa en horari nocturn per CA

| Comunitat Autònoma | Realitza un treball en horari nocturn ^(a) | Nombre de casos |
|----------------------------|--|-----------------|
| GALÍCIA | 14,3% | 407 |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 12,2 | 246 |
| CANTÀBRIA | 13,4 | 209 |
| PAÍS BASC | 10,6 | 396 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 18,5 | 243 |
| LA RIOJA | 10,9 | 165 |
| ARAGÓ | 13,7 | 284 |
| COMUNITAT DE MADRID | 12,9 | 754 |
| CASTELLA I LLEÓ | 10,3 | 300 |
| CASTELLA-LA MANXA | 9,2 | 359 |
| EXTREMADURA | 15,0 | 247 |
| CATALUNYA | 11,2 | 2.063 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 9,9 | 483 |
| ILLES BALEARS | 11,8 | 279 |
| ANDALUSIA | 13,8 | 756 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 10,8 | 278 |
| CANÀRIES | 13,4 | 313 |
| Total | 12,2 | 7.782 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECVT_2007.

- Nota: a) Es considera treball nocturn quan la persona ocupada realitza no menys de tres hores del seu treball diari o almenys una tercera part de la seva jornada anual entre les 22:00 hores i les 6:00 hores.
 b) No existeixen casos suficients a Ceuta i Melilla per a incloure el valor de l'indicador d'aquestes Ciutats Autònomes.

Treballa els caps de setmana per CA

| Comunitat Autònoma | Percentatge de persones que realitza alguna feina els caps de setmana | | | Nombre de casos |
|----------------------------|---|-------------|-------------|-----------------|
| | Sempre | A vegades | Mai | |
| GALÍCIA | 24,6% | 32,4% | 43,0% | 407 |
| PRINCIPAT D'ASTÚRIES | 17,9 | 30,5 | 51,6 | 246 |
| CANTÀBRIA | 23,4 | 31,6 | 45,0 | 209 |
| PAÍS BASC | 10,4 | 31,1 | 58,6 | 396 |
| COMUNITAT FORAL DE NAVARRA | 12,8 | 37,9 | 49,4 | 243 |
| LA RIOJA | 24,8 | 24,2 | 50,9 | 165 |
| ARAGÓ | 17,6 | 34,2 | 48,2 | 284 |
| COMUNITAT DE MADRID | 14,9 | 28,1 | 57,0 | 754 |
| CASTELLA I LLEÓ | 28,0 | 33,7 | 38,3 | 300 |
| CASTELLA-LA MANXA | 22,6 | 28,4 | 49,0 | 359 |
| EXTREMADURA | 27,1 | 28,3 | 44,5 | 247 |
| CATALUNYA | 18,5 | 30,2 | 51,3 | 2.063 |
| COMUNITAT VALENCIANA | 19,3 | 30,8 | 49,9 | 483 |
| ILLES BALEARS | 26,9 | 24,4 | 48,7 | 279 |
| ANDALUSIA | 22,6 | 32,5 | 44,8 | 756 |
| REGIÓ DE MÚRCIA | 16,5 | 35,6 | 47,8 | 278 |
| CANÀRIES | 24,0 | 32,6 | 43,5 | 313 |
| Total | 19,8 | 30,8 | 49,4 | 7.782 |

Font: Elaboració CIIMU a partir de dades d'ECVT_2007.

- Nota: No existeixen casos suficients a Ceuta i Melilla per a incloure el valor de l'indicador d'aquestes Ciutats Autònomes.

**Centre d'Informació
de l'Obra Social de Caixa Catalunya**

La Pedrera de Caixa Catalunya
Provença 265, baixos
08008 Barcelona
Telèfon: 902 400 973

obrasocial.caixacatalunya.com/inclusiosocial

CAIXA CATALUNYA
OBRA SOCIAL

