Atles de salut de la població de 50 i més anys a Catalunya



Jeroen Spijker
Jordi Bayona
Antonio Medina
Teresa Menacho

CED
Centre d'Estudis Demogràfics

recerCaixa

ACUP

Obra Social "la Caixa"

Atles de salut de la població de 50 i més anys a Catalunya

Jeroen Spijker, Jordi Bayona, Antonio Medina, Teresa Menacho

1ª edició 2018

L'*Atles de salut de la població de 50 i més anys a Catalunya* s'inscriu en el projecte "Anàlisi demogràfica a les desigualtats socioeconòmiques de la salut a Catalunya en el context de la darrera crisi econòmica: gènere, generació i territori", realitzat amb el suport del programa RecerCaixa, programa impulsat per l'Obra Social "la Caixa" amb la col·laboració de l'ACUP (Ref.: RecerCaixa 2015 ACUP 00108).

Més informació a: http://cedsaluticrisi.uab.cat/

Investigador principal: Jeroen Spijker (email: jspijker@ced.uab.es)

Copyright © dels autors, 2018

Edita: Centre d'Estudis Demogràfics

Foto portada: Jeroen Spijker

ISBN: 978-84-949058-0-3

Dipòsit legal: B 20580-2018

Índex

INTRODUCCIÓ 7
Motivació de l'Atles 8
Metodologia 10
- Enquestes de salut 10
- Indicadors de salut i socioeconòmics 10
- Àmbit territorial: les regions sanitàries 11
El context socioeconòmic i la seva relació amb la salut 12

CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ DE 50 I MÉS ANYS 15
Distribució de la població de 50 i més anys 16
Activitat laboral (50-69 anys) 18
Nivell educatiu 22
Classe social 26
Ingressos mensuals de la llar 30
Cobertura sanitària 34

SALUT AUTOPERCEBUDA (50 i més anys) 37
Segons l'activitat laboral (50-64 anys) 42
Segons el nivell educatiu 45
Segons la classe social 49
Segons els ingressos mensuals de la llar 53
Segons la cobertura sanitària 57
Segons combinacions de característiques 60

DISCAPACITAT (50 i més anys) 65
Segons l'activitat laboral (50-64 anys) 70
Segons el nivell educatiu 73
Segons la classe social 77
Segons els ingressos mensuals de la llar 81
Segons la cobertura sanitària 85
Segons combinacions de característiques 88

SALUT MENTAL (50 i més anys) 93
Segons l'activitat laboral (50-64 anys) 98
Segons el nivell educatiu 101
Segons la classe social 105
Segons els ingressos mensuals de la llar 109
Segons la cobertura sanitària 113
Segons combinacions de característiques 116

MEDICAMENTS (50 i més anys) 121
Segons l'activitat laboral (50-64 anys) 126
Segons el nivell educatiu 129
Segons la classe social 133
Segons els ingressos mensuals de la llar 137
Segons la cobertura sanitària 141
Segons combinacions de característiques 144

SEDENTARISME (50 i més anys) 149
Segons l'activitat laboral (50-64 anys) 154
Segons el nivell educatiu 157
Segons la classe social 161
Segons els ingressos mensuals de la llar 165
Segons la cobertura sanitària 169
Segons combinacions de característiques 172

ALTRES INDICADORS DE SALUT (50 i més anys) 177
Termòmetre de salut 178
Problemes per fer activitats quotidianes 180
Està ansiós/a o deprimit/da 182
Té 4 o més trastorns crònics 184
Es concentra en el que fa (GHQ12) 186
Sentiment d'un paper útil a la vida (GHQ12) 188
Sentir-se capaç de prendre decisions (GHQ12) 190
Capacitat de gaudir de les activitats (GHQ12) 192

Capacitat de fer front als problemes (GHQ12) 194
Sentir-se raonablement feliç (GHQ12) 196
Les preocupacions l'han fet perdre molt la son (GHQ12) 198
Es nota constantment carregat/da i en tensió (GHQ12) 200
Sensació de no poder superar les seves dificultats (GHQ12) 202
Sentir-se poc feliç i deprimit/da (GHQ12) 204
Ha perdut confiança en ell/a mateix/a (GHQ12) 206
Ha pensat que no serveix per a res (GHQ12) 208
Ha pres tranquil·litzants, sedants 210
Ha pres medicaments antidepressius 212
Ha pres medicaments per a la tensió arterial 214
Ha pres medicaments per al colesterol 216
Ha pres medicaments per al cor 218
Ha pres medicaments per a la diabetis 220
Ha pres medicaments per dormir 222
Ha pres medicaments per a l'estómac 224
És fumador/a 226
És bevedor/a de risc 228
Té obesitat 230

CONCLUSIONS 233

BIBLIOGRAFIA 237

ANNEX 239
Metodologia 240
- Comparabilitat en el temps i entre homes i dones, factors socioeconòmics i territori 240
- Variables utilitzades en l'Atles 240
- Comparabilitat entre l'ESCA i altres fonts 243
- Escales utilitzades pels mapes 244

Més resultats 245
Llista de taules i figures 253

Introducció

Motivació de l'Atles

Als darrers 25 anys s'han produït avenços significatius en la supervivència dels catalans, però l'impacte de la crisi econòmica des de 2008 ha motivat una creixent preocupació per l'estat de salut de la població a curt i mig termini.

A conseqüència del context econòmic internacional, les administracions públiques van reduir els seus pressupostos inclosos els destinats a salut pública[1], tot i que hauria d'haver estat el sistema de salut el que rebés més recursos en moments de crisi económica[2-3] per cobrir les necessitats dels grups més desafavorits (aturats i/o persones sense ingressos econòmics regulars[4]). La reducció dels recursos econòmics destinats al sistema sanitari compromet la salut pública i la dels individus al no poder rebre les mateixes prestacions en assistència mèdica que abans. No obstant això, i de forma paradoxal, no s'ha pogut establir una relació clara entre crisi econòmica i estat de salut de la població obtenint-se, fins i tot, resultats contradictoris, com ara una reducció de la mortalitat en els anys d'alentiment de l'economia i un increment durant la posterior recuperació econòmica[5-9].

La relació entre crisi econòmica i estat de salut de la població és complexa ja que depèn de múltiples factors, com la intensitat i la duració de la crisi, la seva desigual incidència segons el grup social, els tipus de polítiques econòmiques i socials (les preexistents i les reformes posades en marxa) que defineixen la naturalesa de la seva evolució, els valors socioculturals dominants, el nivell de benestar social i informal, així com els canvis demogràfics i en el mercat de treball[3].



Les conclusions de diferents estudis mostren com els seus resultats són molt dependents de les metodologies i dels indicadors emprats per a mesurar els nivells de salut de la població i els canvis socioeconòmics. Algunes investigacions consideren que la crisi econòmica té un efecte de millora sobre certs comportaments relacionats amb la salut, com l'augment de les hores de son o de temps lliure, que poden destinar-se a la realització d'activitats saludables (com l'exercici físic), el menor consum d'aliments menys saludables i d'alcohol per la contracció dels pressupostos familiars, o la reducció del temps de conducció amb una davallada de l'accidentalitat per tràfic[9]. No obstant, altres estudis mostren que en períodes de crisis es produeix un empitjorament dels perfils de salut de la població en relació a certs tipus de comportaments, malalties o discapacitats. El deteriorament de la salut mental[10] pot repercutir en l'augment de morts per suïcidi[11], l'increment del consum d'alcohol i drogues i la major incidència del VIH/Sida[4]. També a Catalunya i a la resta d'Espanya existeixen evidències d'un empitjorament en la salut de grups de població amb perfils socials més vulnerables durant la crisi econonòmica[11].

L'objectiu d'aquest Atles és mostrar les desigualtats en salut de la població catalana major de 50 anys, en funció del seu perfil socioeconòmic i durant els darrers quinze anys, amb una atenció específica als efectes de la crisi econòmica. A més, el coneixement dels perfils de les poblacions més vulnerables pot contribuir a una definició més eficaç de les polítiques públiques i contribuir a promoure una major equitat en la salut.

A continuació hi ha una breu descripció de la metodologia aplicada, seguida per un resum del context socioeconòmic de Catalunya dels últims 15 anys i de la relació que tenen els factors socioeconòmics amb la salut. Abans d'entrar a mostrar els resultats de l'estudi es realitza una descripció de les característiques de la població de 50 i més anys que viu a Catalunya. En la part dels resultats s'analitza detalladament per sexe i edat les associacions entre cinc indicadors de salut (salut autopercebuda, discapacitat, salut mental, consum de medicaments i sedentarisme) i diverses variables socioeconòmiques com la relació amb l'activitat i el nivell educatiu; i amb menys detall (sense creuar les variables socioeconòmiques amb l'edat) per a uns altres 29 indicadors de salut. En les conclusions es fa un resum de les troballes més importants de la literatura i dels resultats mostrats aquí. Finalment, hi ha un annex que conté informació addicional sobre alguns aspectes metodològics, així com altra informació complementaria (les xifres dels gràfics de cada indicador per la població de 50+ estandarditzada). També es poden trobar tots els resultats a la plana web del projecte: http://cedsaluticrisi.uab.cat/.

Metodologia

Enquestes de Salut

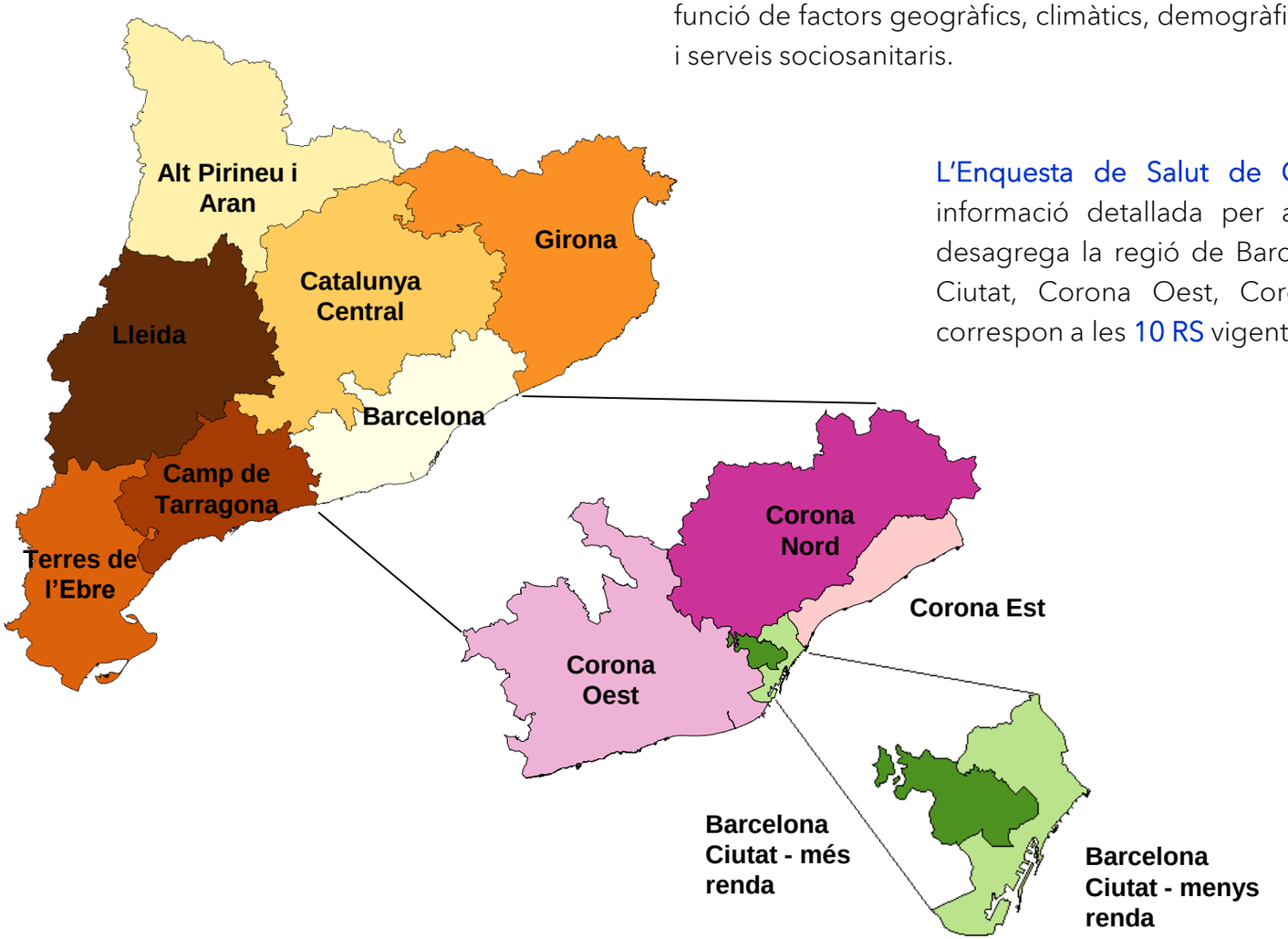
La principal font d'aquest estudi és l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), que es complementa amb l'Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) i l'Encuesta Europea de Salud en España (EESE) per a les comparacions amb la resta de l'Estat. La finalitat d'aquestes enquestes és analitzar les diferències en salut en funció del gènere, l'educació, la classe social i l'activitat econòmica. Es tracta d'enquestes de tipus transversal en què s'entrevista una mostra d'individus residents a llars privades, sense seguiment dels individus entre una i altra edició. En el cas de l'ESCA s'han harmonitzat vuit edicions: 2002, 2006, i amb periodicitat anual des de 2010 al 2015. Per a assolir una major representativitat en els resultats les edicions més recents s'han agrupat en dos períodes triennals: el de 2010-2012 de major incidència de la crisi econòmica i el de 2013-2015 de represa econòmica. En relació a les dades del conjunt de l'Estat s'han emprat les edicions 2003-04, 2006-07, 2011-12 de l'ENSE i la 2014 de l'EESE.

Indicadors de salut

L'estat de salut de la població s'aborda a partir de dues dimensions complementàries: per un costat, la salut objectiva a partir d'indicadors sobre discapacitats, limitacions i malalties cròniques i, per un altre, la subjectiva a partir de la salut autopercebuda i mental. La salut objectiva adquireix un paper més destacat en els anàlisis de la població major de 65 anys ja que permet analitzar els efectes acumulatius que l'estatus socioeconòmic té sobre el perfil de salut dels individus, mentre que la salut subjectiva que informa tant de les condicions de salut actuals de l'individu com de la seva evolució recent[12] té més importància en l'anàlisi del col·lectiu d'adults-madurs, de 50 a 64 anys, on els indicadors objectius són menys rellevants. En els diferents anàlisis s'introdueix la variable sexe i a més dels indicadors de salut també s'analitzen factors de comportament com l'ús de medicaments, l'activitat física, el sobrepès o el consum de tabac i alcohol. Tots els indicadors s'han estandarditzat emprant la població estàndard europea del 2013 per tal d'eliminar les diferències en les estructures per edat entre sexes, categories socioeconòmiques i territoris, i per poder comparar els resultats amb altres estudis. S'ha estimat un interval de confiança al 90% per tal de determinar si les diferències observades entre les diferents subpoblacions objecte d'estudi són estadísticament significatives. A l'Annex es troba més informació sobre la metodologia utilitzada.

Àmbit territorial: les regions sanitàries

Des de 2013 Catalunya està dividida en 7 Regions Sanitàries (RS) delimitades en funció de factors geogràfics, climàtics, demogràfics, laborals, dotació de recursos i serveis sociosanitaris.



L'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) proporciona informació detallada per a aquestes 7 RS però a més desagrega la regió de Barcelona en 4 territoris: Barcelona Ciutat, Corona Oest, Corona Nord i Corona Est que correspon a les 10 RS vigents abans del 2013.

Degut al seu important pes demogràfic i socioeconòmic, s'ha subdividit la ciutat de Barcelona en dos zones a partir d'agrupar els districtes en funció de la salut autopercebuda, del nivell d'estudis, de l'estructura per classe social i dels ingressos familiars. Els districtes de Sarrià-Sant Gervasi, Les Corts, Gràcia i L'Eixample conformen el grup anomenat BCN-més renda, i els altres sis districtes s'han agrupat sota la denominació BCN-menys renda.

Nota metodològica: Per qüestió de disponibilitat de casos en la mostra de l'enquesta, no s'han utilitzat les 11 regions sanitàries establertes sinó que s'ha agrupat en quatre grans regions (Lleida/Tarragona, Girona/Catalunya Central, Barcelona Corona i Barcelona Central). Aquest agrupació s'ha fet servir només per als anàlisis entre l'indicador de salut i l'activitat i la cobertura sanitària.

El context socioeconòmic i la seva relació amb la salut

Durant els anys de major incidència de la crisi es va assistir a una reducció de la taxa de creixement de la producció econòmica, assolint-se en alguns anys taxes negatives en el PIB per càpita (Taula 1). A Catalunya entre 2008 i 2013 es va produir una reducció del PIB per càpita del 8,4%[13] i un increment de la taxa d'atur del 7,5% al 23,7% de la població activa. A l'any 2015, quan segons la comptabilitat nacional la crisi ja havia arribat a la seva fi, la taxa d'atur se situava en el 19,2% de la població activa de 16 a 64 anys, uns 3 punts percentuals per sota de la del conjunt de l'Estat (Taula 2). Entre la població catalana de 50 a 64 anys la taxa d'atur era similar a la del conjunt de la població activa, i molt similar a l'observada a la resta de l'Estat l'any 2015. No obstant, entre 2006 i 2013 era lleugerament més baixa a Catalunya.

Als darrers anys, especialment des de 2011, amb el compromís del govern central d'assolir els objectius de dèficit de la Unió Europea, es va produir una pressió per a reduir la despesa de les diferents administracions públiques. Al conjunt de l'Estat el pes de la despesa en salut s'ha mantingut per sobre del 6% del PIB als darrers anys, encara que en termes monetaris es va produir una significativa davallada entre 2010 i 2013. A Catalunya l'evolució ha estat similar però amb un menor pes de la despesa sanitària en relació al PIB (Taula 3).

Taula 1. PIB per càpita a Espanya i Catalunya[a]

	Espanya		Catalunya	
	PIB per càpita	*Canvi mitjana anual*	PIB per càpita	*Canvi mitjana anual*
2002	18.088		21.862	
2006	22.722	*6,4*	26.828	*5,7*
2008	24.274	*3,4*	28.332	*2,8*
2010	22.903	*-2,8*	26.677	*-2,9*
2013	22.013	*-1,3*	25.945	*-0,9*
2015	23.177	*2,6*	27.608	*3,2*

Taula 2. Taxes d'atur a Espanya i Catalunya[b]

	Espanya		Catalunya	
	Pob. 16-64	*Pob. 50-64*	Pob. 16-64	*Pob. 50-64*
2002	11,2	*7,5*	9,6	*8,0*
2006	8,5	*5,9*	6,4	*4,6*
2008	10,4	*7,2*	7,5	*4,9*
2010	20,0	*14,6*	17,7	*13,1*
2013	26,2	*20,3*	23,7	*18,9*
2015	22,5	*18,9*	19,2	*19,1*

Taula 3. Despeses salut pública* a Espanya i Catalunya[a, c]

	Espanya		Catalunya	
	Despesa sanitaria	*% despesa sobre el PIB*	Despesa sanitaria	*% despesa sobre el PIB*
2002	38.552.732	*5,1*	5.519.616	*3,9*
2006	55.676.734	*5,5*	8.070.644	*4,3*
2008	66.841.009	*6,0*	9.872.154	*4,7*
2010	69.530.028	*6,4*	10.688.086	*5,3*
2013	61.727.743	*6,0*	9.265.086	*4,8*
2015	65.565.438	*6,1*	9.702.230	*4,8*

Elaboració pròpia a partir de les dades publicades per a) l'INE[13]; b) l'EPA (microdades); c) Ministerio de Sanidad[14] * Milers d'euros corrents.

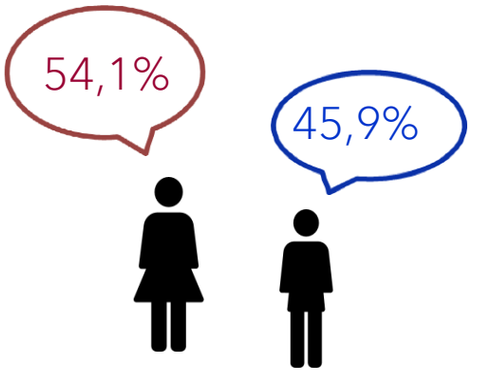
Els individus no es veuen afectats en igual mesura pel context socioeconòmic i pels seus efectes sobre la provisió de serveis sociosanitaris. En relació als determinants de la salut, els factors socioeconòmics són els més estudiats[15,16] a causa de la forta associació que presenten amb les desigualtats de salut, especialment entre aquells individus que se situen en les posicions més baixes de l'escala social segons el nivell educatiu, ingressos, activitat laboral, ocupació o una combinació d'aquestes variables. Es destaca la importància d'aquests factors perquè poden iniciar canvis en els determinants directes de les malalties, com ara les condicions i els estils de vida. L'ús de diferents indicadors d'estatus social permet una aproximació més àmplia als determinants de les condicions de salut de la població.

El nivell educatiu és un *proxy* de l'ocupabilitat i un determinant de les característiques laborals i nivells d'ingressos, però també de l'adquisició de coneixements sobre comportaments perjudicials per a la salut i de la capacitat d'optimitzar l'ús dels serveis de salut[17-18]. Els ingressos reflecteixen el nivell de vida material, on les famílies amb ingressos més alts poden gastar més diners en articles com menjar, allotjament i roba, cosa que pot conduir a una millor salut[19]. El tipus d'ocupació pot incidir sobre determinats riscos perjudicials per a la salut i l'estrès psicosocial, especialment en els treballadors poc qualificats del sector de les manufactures i dels serveis per condicions de treball inadequades, inseguretat laboral o treballs no satisfactoris[16,20-21]. Pel que fa a l'estat de l'ocupació, el fet de treballar en feines remunerades generalment redueix les possibilitats de mala salut, mentre estar aturat o inactiu pot augmentar-les. Això es deu a una reducció dels ingressos, però l'increment del risc amb la durada de la situació d'atur o inactivitat suggereix també efectes associats a canvis de comportament, com una major prevalença en el consum de tabac i alcohol, i a l'estrès psicosocial en persones que estan desocupades[22], encara que el seu efecte sobre la salut pugui variar en funció de l'estatus socioeconòmic de les persones. Un darrer factor que es considera és el paper de la cobertura sanitària, només pública o mixta, sobre l'estat de salut de la població madura a Catalunya.

Característiques de la població de 50 i més anys

Característiques de la població

Distribució de la població de 50 i més anys



A les darreres dècades la combinació dels avenços en la supervivència i la progressiva arribada a les edats madures de les generacions del *baby-boom* ha provocat un increment de la població de 50 i més anys resident a Catalunya, dels 2,2 milions de 2002 als 2,8 de 2015. En termes relatius, els increments han estat de major intensitat entre la població de més edat: els efectius de 50 a 74 anys van augmentar un 22 % entre 2002 i 2015 i els de 75 i més anys ho van fer en un 35%.

Una de les característiques de la població madura, i sobretot de l'anciana, és la seva feminització. A Catalunya les dones representen el 52% de la població de 50 a 74 anys, augmentant aquest percentatge per sobre del 61% entre els majors de 74 anys (Taula 4). Als darrers anys s'assisteix a una tendència cap a una reducció de les diferències de gènere entre la població de més edat com a conseqüència de dos fenòmens: les millores de la supervivència de la població masculina i la progressiva extinció de les cohorts més afectades per la Guerra Civil.

En termes relatius, a l'any 2015 el 37,4% dels catalans tenien 50 o més anys, uns 3,6 punts percentuals més que a l'any 2002. Per la seva banda, el pes de la població de 75 i més anys s'ha incrementat en 1,5 punts, del 7,7% de 2002 al 9,2% de 2015. Aquests percentatges, i la seva tendència, són molt similars als observats per al conjunt de l'Estat.

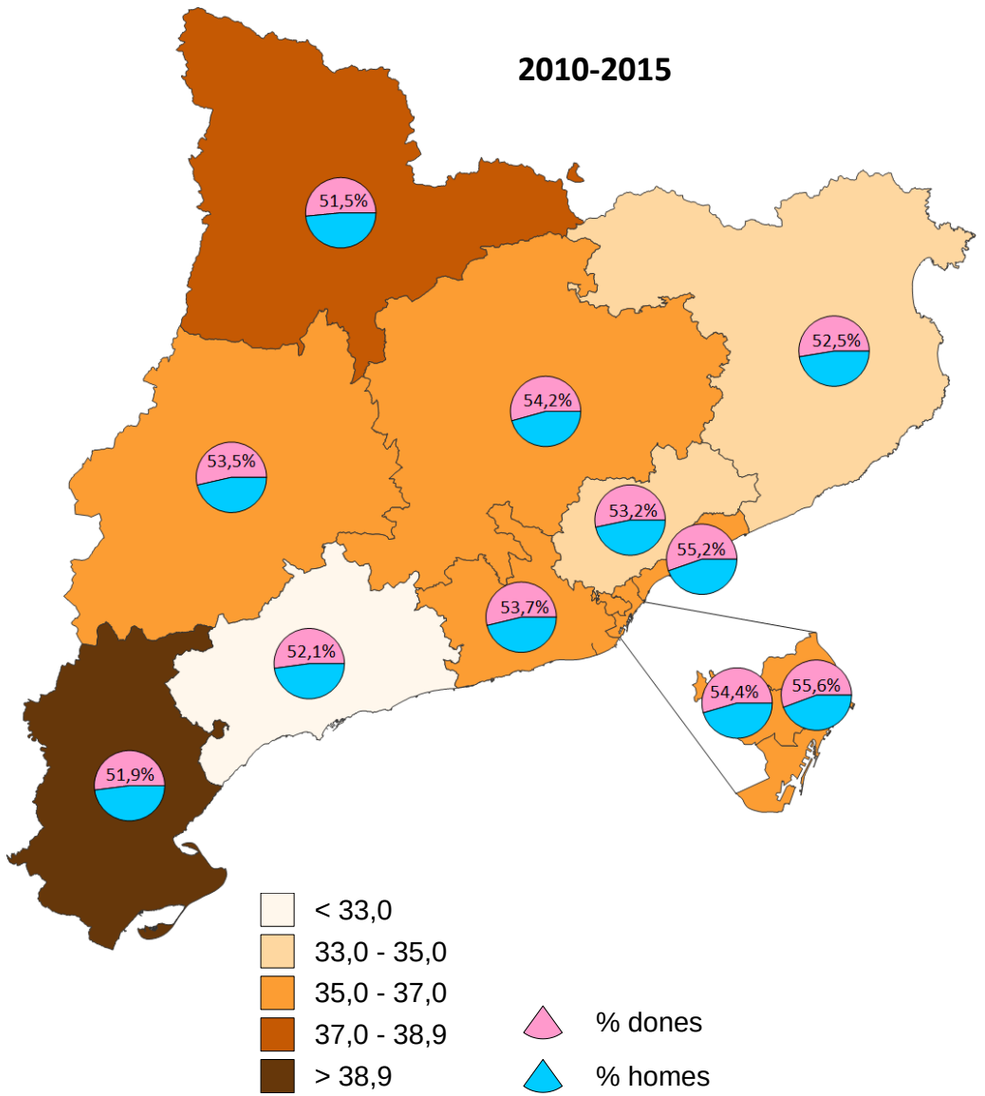
més dones que homes entre població de 50 i més anys

Taula 4. Població segons l'edat com a proporció del total i proporció de dones. Espanya i Catalunya.

	ESPANYA						CATALUNYA					
	50-74		75 i més		50 i més		50-74		75 i més		50 i més	
	% total	*% dones*	% total	*% dones*	% total	*% dones*	% total	*% dones*	% total	*% dones*	% total	*% dones*
2002	25,4	52,3	7,4	62,5	32,9	54,6	26,1	52,2	7,7	63,0	33,8	54,6
2006	25,2	52,0	7,9	61,9	33,1	54,4	25,3	52,0	8,0	62,5	33,3	54,5
2008	25,2	51,8	8,3	61,4	33,5	54,2	25,0	51,9	8,2	62,1	33,2	54,4
2010	25,8	51,6	8,7	61,2	34,5	54,0	25,4	51,8	8,6	61,8	34,0	54,3
2013	27,3	51,5	9,2	60,9	36,5	53,9	26,8	51,8	9,1	61,4	35,9	54,2
2015	28,7	51,5	9,3	60,8	38,0	53,7	28,2	51,8	9,2	61,2	37,4	54,1

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades publicades per l'INE[23]

Figura 1. Regions sanitàries segons distribució de la població de 50 i més anys per sexe.



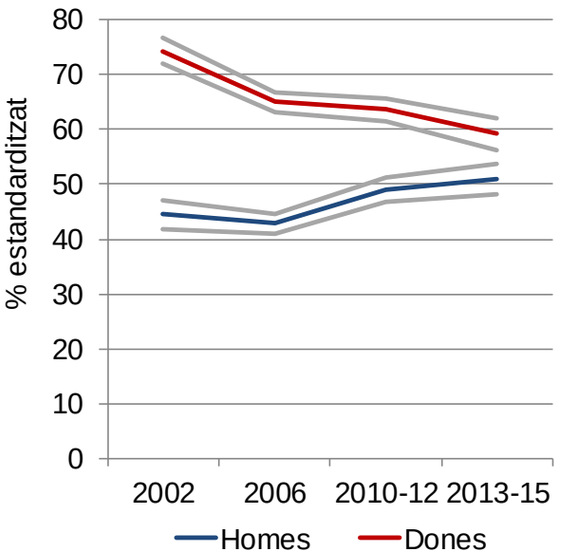
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La major proporció de població de 50 i més anys es localitza en les regions menys urbanitzades i amb processos d'envelliment més consolidats: Alt Pirineu i Aran i Terres de l'Ebre. Per contra, són les regions urbanes, a excepció del nucli central metropolità, les que presenten unes estructures demogràfiques més joves: Girona, Corona Nord i Camp de Tarragona.

A diferència de l'estructura per edats, l'estructura per sexe presenta una distribució més homogènia a tot el territori, sent lleugerament superior el percentatge de dones que el d'homes. Els dos territoris amb un pes més similar d'homes i dones es corresponen amb aquells que presenten unes estructures per edat més envellides (Alt Pirineu i Aran i Terres de l'Ebre).

Activitat laboral (50 a 69 anys)

Figura 2. Proporció de població que no treballa, per sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

L'evolució de la població de 50 a 69 anys que no treballa mostra importants diferències entre sexes i al llarg del període. El percentatge de dones que no treballen és sempre superior al dels homes però la seva evolució mostra tendències inverses encaminades cap a la convergència entre ambdós sexes.

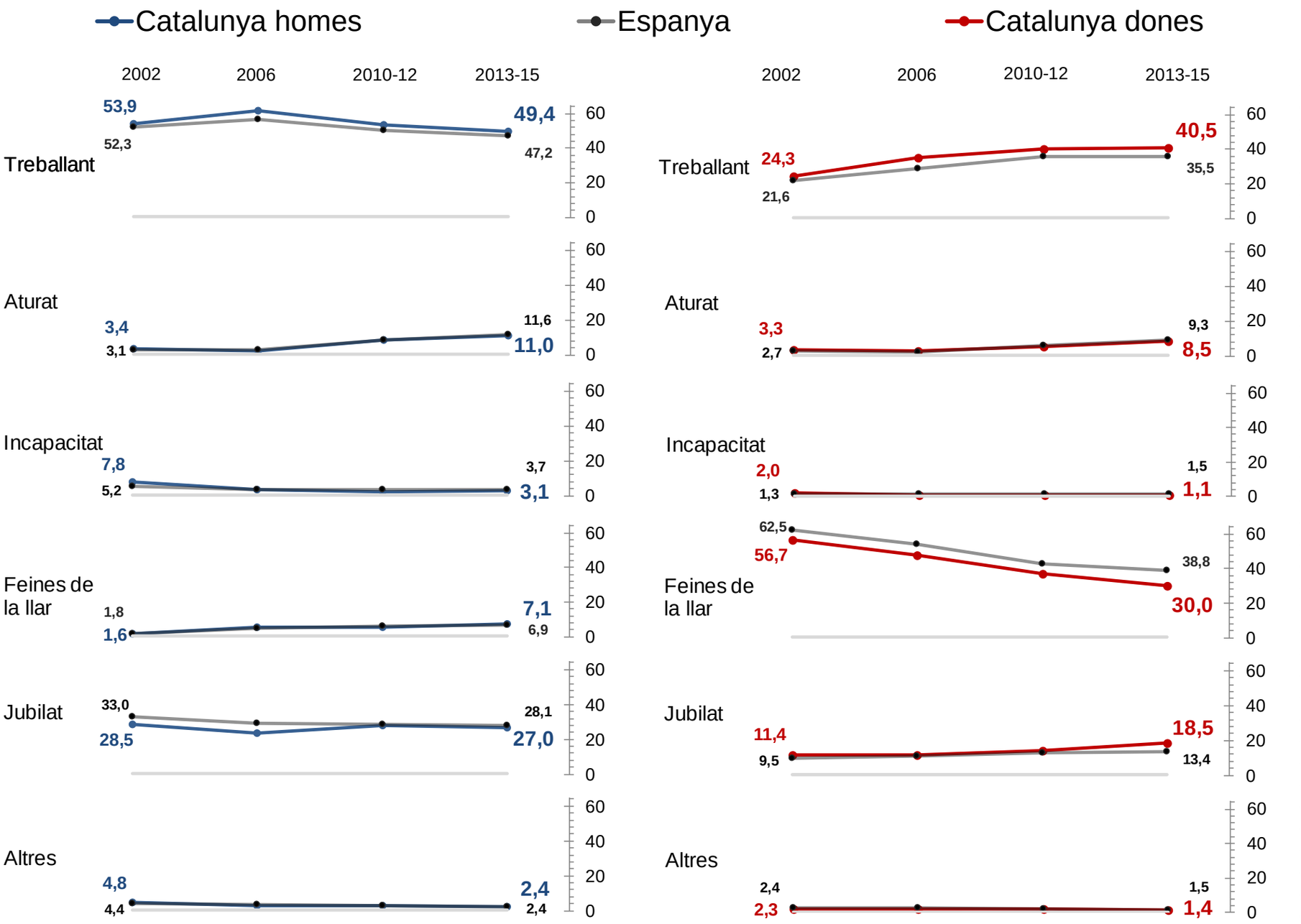
Entre els 50 i 69 anys el percentatge d'homes que no treballen ha augmentat d'un 43% a un 49% mentre que en les dones s'ha reduït d'un 73% a un 58%.

L'activitat de la població (homes i dones) de 50 a 69 anys del conjunt de Catalunya presenta percentatges molt similars als del conjunt d'Espanya. Tot i així, s'observa com a Catalunya els percentatges de població que treballa són lleugerament superior als d'Espanya i com els aturats, incapacitats i jubilats són inferiors a Catalunya, així com les feines de les llars entre les dones.

La comparativa entre sexes a Catalunya sí que mostra diferències significatives. El percentatge de població treballant a aquestes edats és major entre els homes però s'observa com les dones han retallat diferències. Les feines de la llar, amb percentatges molt superiors entre les dones, han anat disminuint de forma considerable entre el sexe femení mentre que entre el homes han augmentat lleugerament.

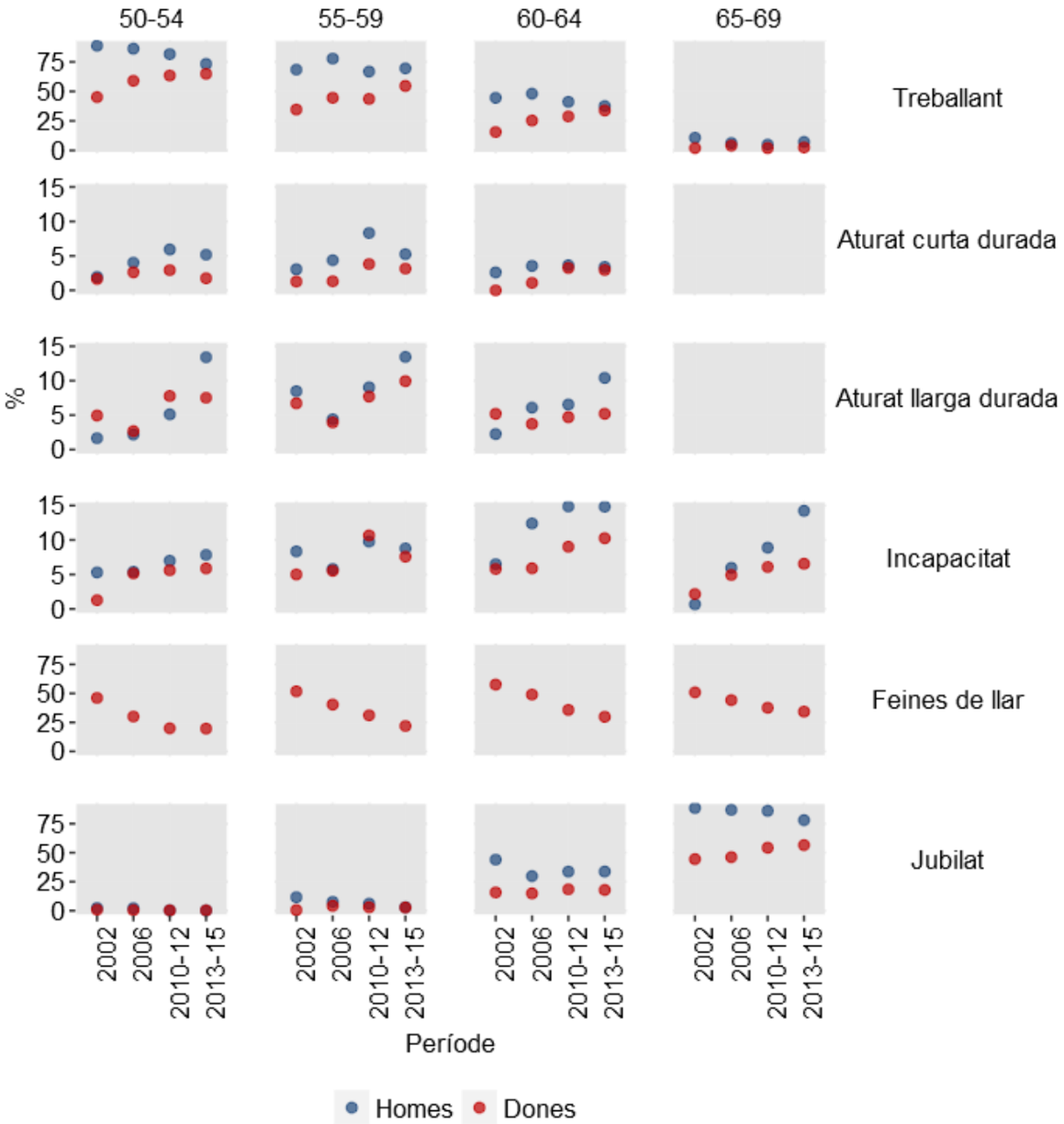
Nota metodològica:
Pels anàlisis de salut més detallats s'ha mantingut la categoria treballar però s'ha agregat les altres categories en no treballar.
En aquest apartat sobre les característiques de la població mostrem l'evolució per l'edat pel grup 50-69. No obstant, per les anàlisis de salut s'adhereix el grup 50-64.
Per comparar amb la resta de l'Estat s'utilitza les dades de l'EPA (veure també Taula Annex 3).

Figura 3. Proporció de població segons l'activitat laboral. Catalunya versus Espanya.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'EPA.

Figura 4. Proporció de població segons l'activitat laboral per edat i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

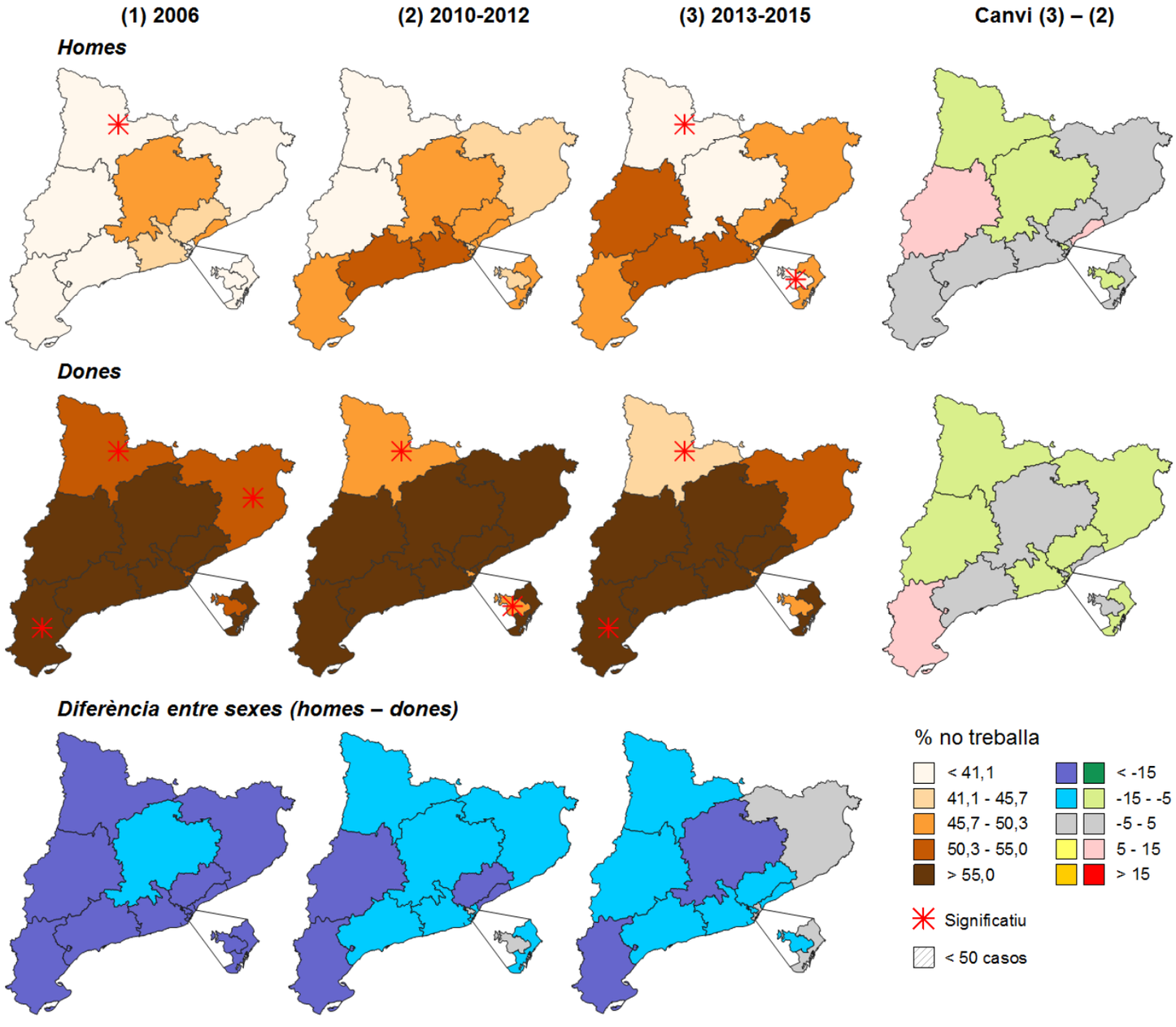
Aquesta retallada de diferències entre homes i dones durant els últims 15 anys s'observa a tots els grups entre 50 i 69 anys. No obstant, i malgrat aquest descens, encara al voltant d'un 25% de les dones entre 50-54 anys es dediquen a les feines de la llar, sent aquest proporció insignificant en els homes. En canvi, la proporció d'homes en atur, sobretot el de llarga durada, així com en situacions d'incapacitat, s'ha incrementat de forma substancial des de 2006.







Figura 5. Proporció de població segons l'activitat laboral. % que no treballa. Regions sanitàries.



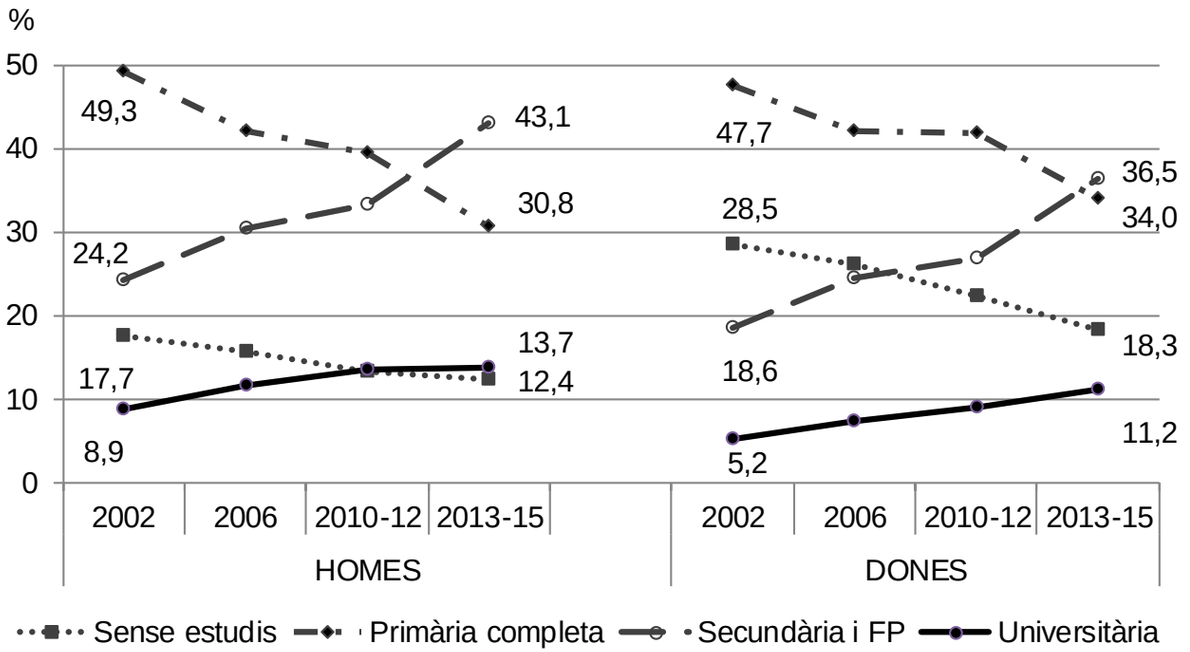
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La desigual trajectòria d'evolució de la participació laboral entre homes i dones s'observa al conjunt de les regions sanitàries.

Entre 2006 i 2015 ha augmentat el percentatge d'homes que no estan ocupats a les regions sanitàries ubicades a la zona metropolitana de Barcelona i de Tarragona, lligat a la crisi del sector industrial. En canvi, el percentatge de dones que no treballen ha disminuït sobretot a les Corones Nord i Oest de la regió sanitària de Barcelona i a les regions de l'interior i del Pirineu.

Nivell educatiu

Figura 6. Proporció de població segons nivell educatiu, per sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'EPA.

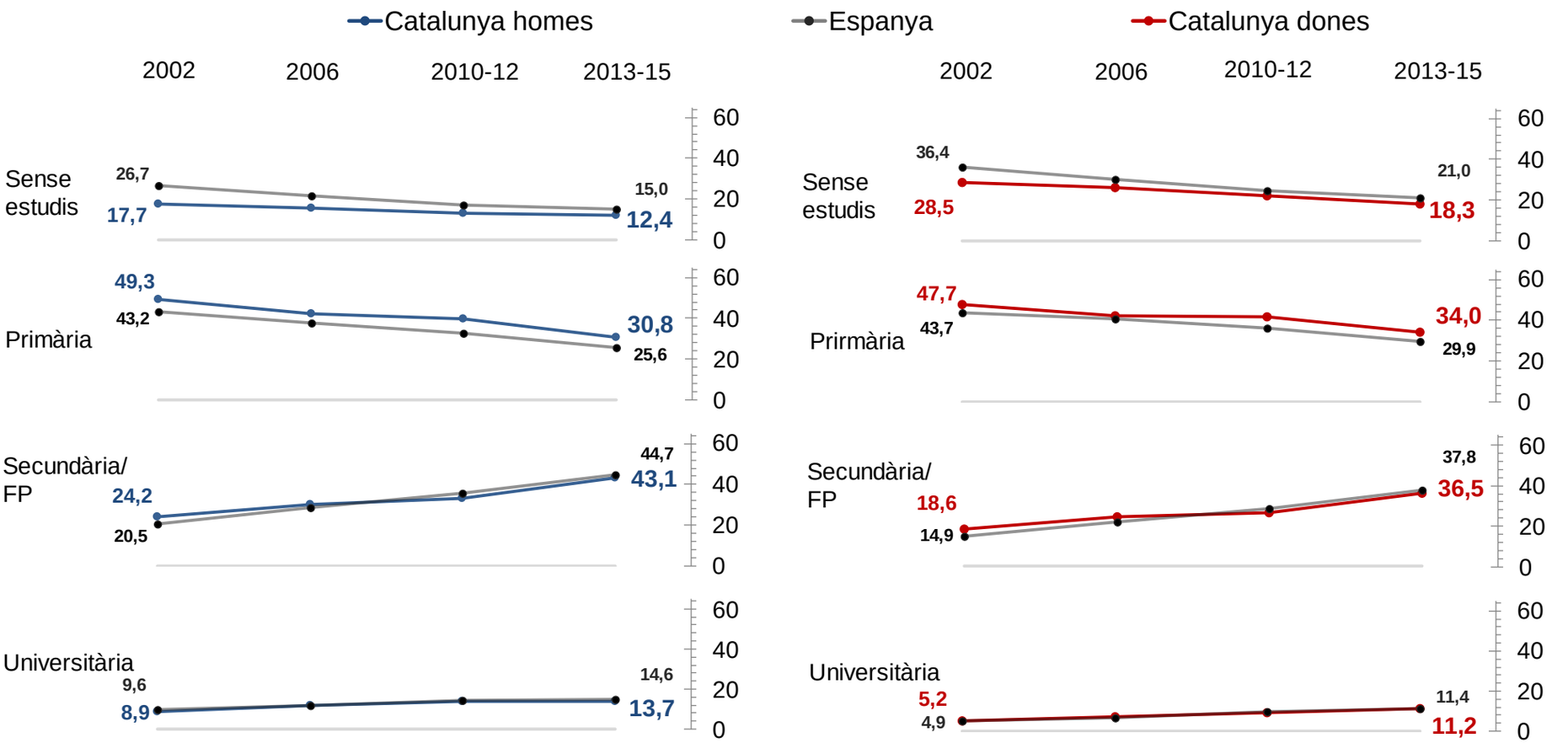
El percentatge de població de 50 i més anys que no té estudis o be només els de primària, s'ha reduït una tercera part aproximadament durant aquest segle, deixant d'ésser les categories educatives més importants en aquest segment de població.

La població amb estudis de secundària i de formació professional és la que ha tingut un creixement relatiu més important al llarg del període, gairebé 20 punts percentuals, fins a representar actualment el nivell educatiu del 43% dels homes i del 36% de les dones. El canvi generacional, especialment en les dones, es reflecteix també amb un significatiu increment de la població de 50 i més anys amb estudis universitaris, fins el 14% dels homes i l'11% de les dones.



El nivell d'estudis de la població (homes i dones) de 50 i més anys a Catalunya presenta un patró semblant al del conjunt d'Espanya. A Catalunya el 12% dels homes i el 18% de les dones de 50 i més anys no tenen estudis, mentre que al conjunt d'Espanya aquests percentatges són sensiblement superiors, del 16% i del 21% respectivament, encara que com a Catalunya la tendència és d'un descens sostingut.

Figura 7. Proporció de població segons nivell educatiu. Catalunya versus Espanya.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'EPA.

En la categoria educativa d'estudis de primària el percentatge és major en les dones a Espanya, del 34,0% enfront del 30,8% a Catalunya. Aquesta categoria educativa era a l'any 2012 la majoritària en els dos sexes tant a Catalunya com a Espanya, mentre que en el període 2013-15 passa a ocupar la segona posició, situant-se com a primera categoria educativa de la població de 50 i més anys la d'estudis de secundària/FP amb un 43,1% dels homes i un 36,5% de les dones catalanes. Per últim, el pes de la població amb estudis universitaris presenta una tendència de creixements sostinguts, fins a situar-se a Catalunya en el 13,7% dels homes i l'11,2% de les dones, el que representa nivells molt similars als del conjunt d'Espanya, especialment en les dones.

Entre la població de 50 i més anys, tant entre els homes com entre les dones, són els col·lectius de més edat els que presenten unes proporcions més elevades de població sense estudis o només amb estudis primaris, amb percentatges al voltant del 30% en ambdues categories entre la població de 75 i més anys al 2013-15.

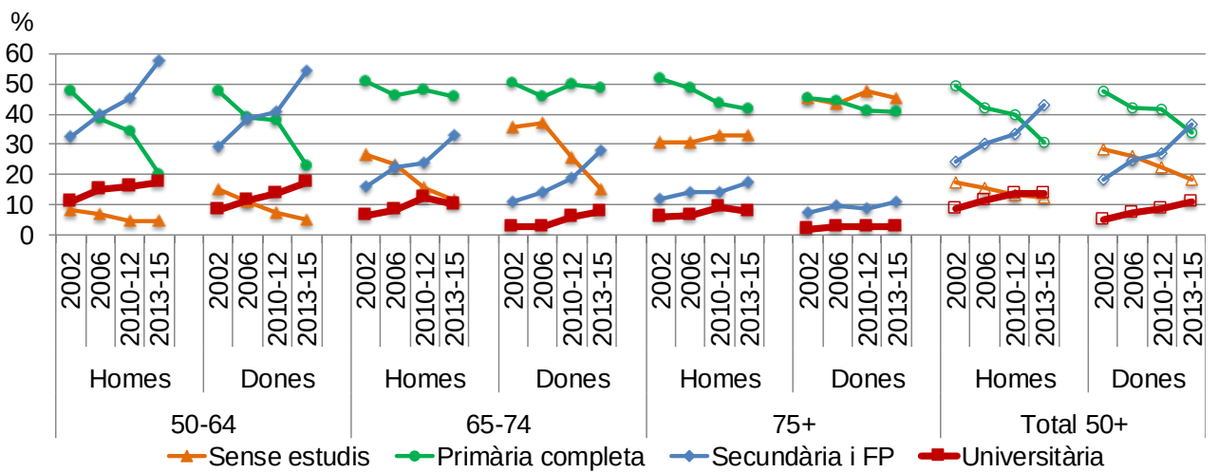
Millores educatives
- Menys població sense estudis
- Menys diferències entre sexes

En contrapartida, els col·lectius de menys edat (50-64 anys) presenten avui en dia proporcions elevades d'estudis secundaris i de formació professional (≈60% en 2013-15) i universitaris (≈20% en 2013-15). La tendència de millora en els nivells educatius ha estat més pronunciada en les dones, degut a un efecte generacional més important que en el cas dels homes.



El nivell educatiu de la població de 50 i més anys ha millorat al llarg del període d'estudi per un efecte de substitució de generacions, relacionat amb les millores educatives des dels anys 50 del segle passat.

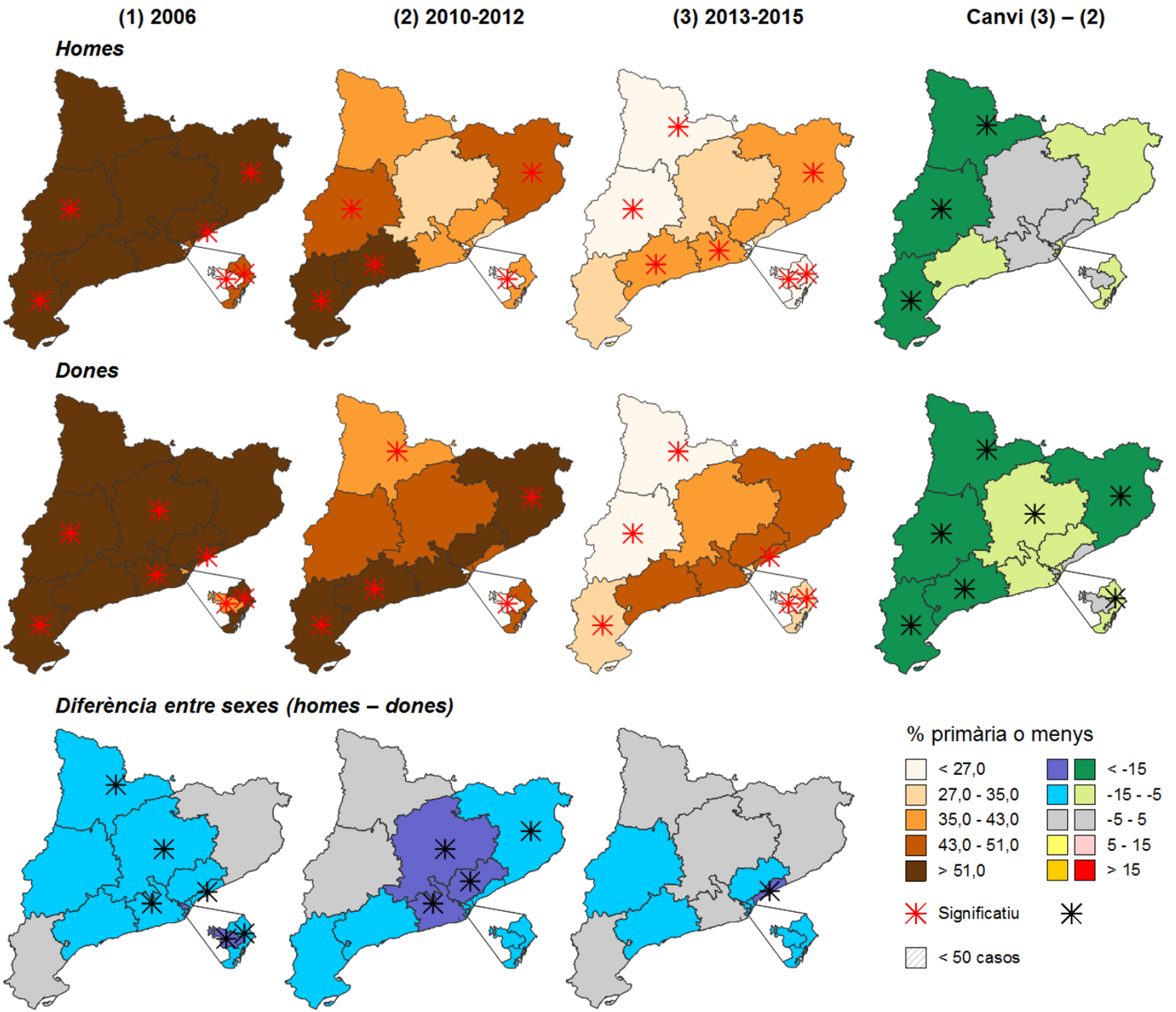
Figura 8. Proporció de població segons nivell educatiu per edat i sexe.



Nota metodològica:
A causa de la mida reduïda des casos en algunes categories d'edat creuades amb educació, per dur a terme els anàlisis desagregats per indicadors de salut s'han agregat les categories en:
- Primària o menys
- Secundària o més

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'EPA.

Figura 9. Proporció de població amb nivell educatiu primària o menys. Regions sanitàries.



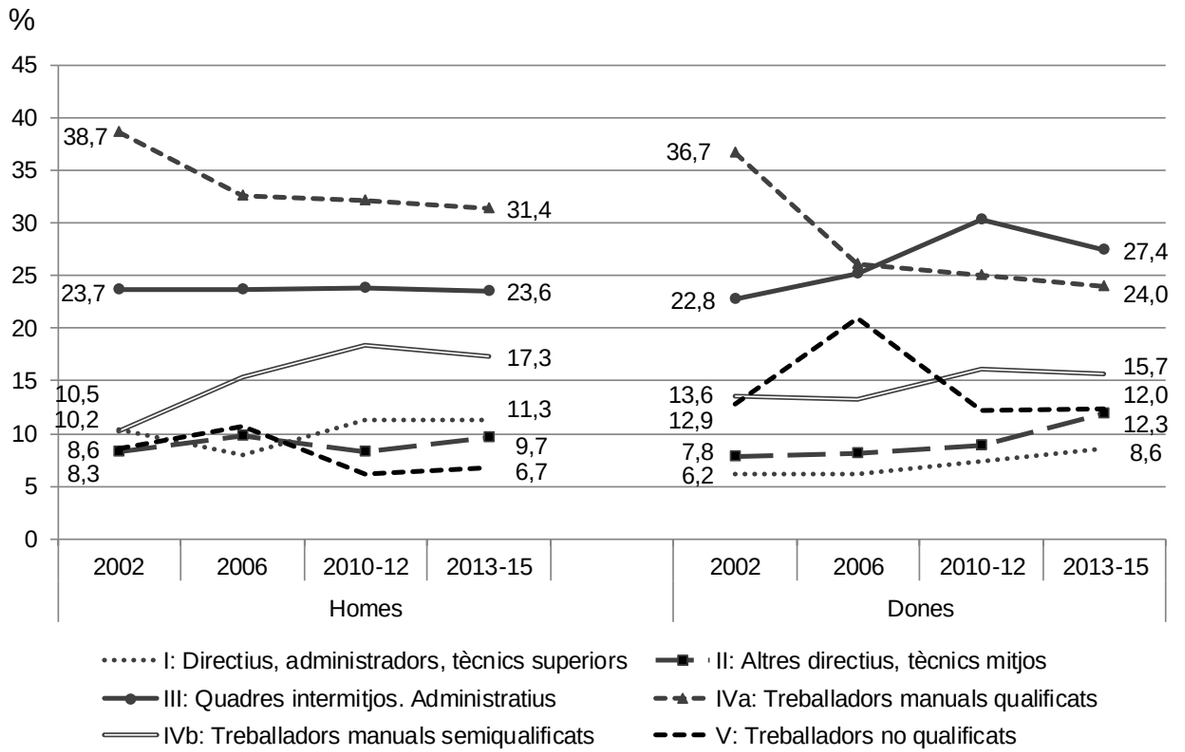
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Entre 2006 i 2013-15 el percentatge de població de 50 i més anys amb estudis primaris o inferiors s'ha reduït en els dos sexes a totes les regions sanitàries.

La població resident en les regions més urbanitzades de l'àrea metropolitana de Barcelona i de Tarragona són les que presenten uns nivells educatius més baixos, mentre que els residents a les regions de l'interior i de muntanya, com a Lleida i l'Alt Pirineu i Aran, són els que gaudeixen dels millors nivells educatius.

Classe social

Figura 10. Proporció de població segons classe social de la persona de referència*, per sexe.



* Nota metodològica:

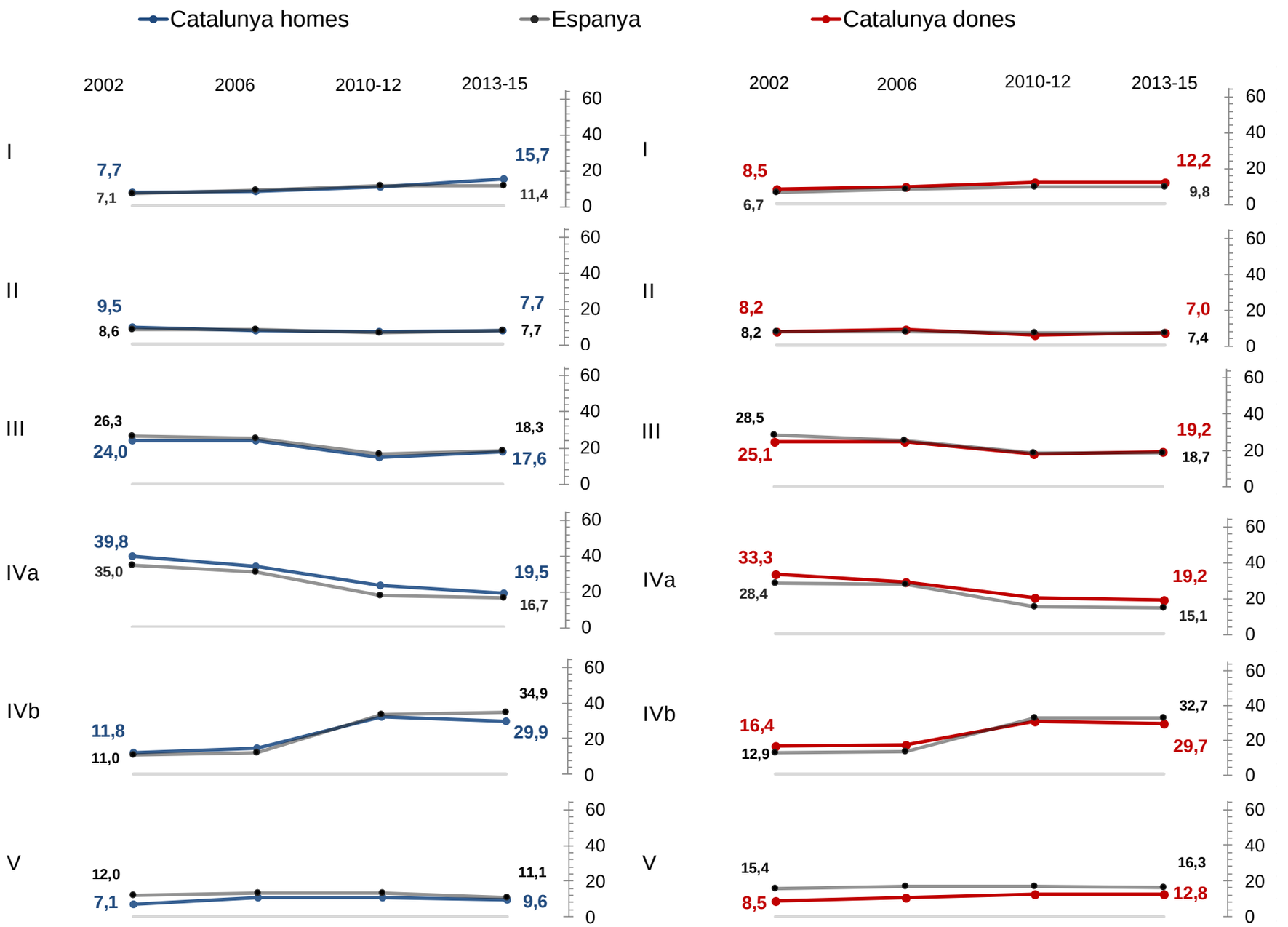
- La persona de referència és la persona que més aporta al pressupost de la llar. Aquesta persona no sempre coincideix amb la persona adulta seleccionada per a les preguntes sobre la salut. Per tant, en llars multipersonals, les dones i la gent gran estan sots-representats com a persones de referència.
- La classe social es determina a partir de sis categories socio-professionals que s'agrupen en dos grans categories per facilitar els anàlisis: classe social més alta i classe social més baixa.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Classe social més alta: aquest grup inclou els directius i tècnics superiors que a 2013-15 representen l'11,3% dels homes i el 8,6% de les dones. Una segona categoria és la d'altres directius i tècnics mitjos amb un 12,3% de les dones i un 9,7% dels homes. La darrera categoria que conforma aquesta agrupació és la dels quadres intermedis i administratius que representen al voltant del 20-25% en els dos sexes, però que a diferència de les categories anteriors, que han augmentat el seu pes relatiu als darrers anys, aquesta s'ha mantingut estable en els dos sexes.

Classe social més baixa: aquest grup està conformat en primer lloc pels treballadors manuals qualificats que presenten una evolució descendent, i que en el homes són la principal classe, amb un 31,4%, i en les dones la segona, amb un 24,0%. Un segon grup és el dels treballadors manuals semi-qualificats, amb una tendència creixent fins a representar el 17,7% en els homes i el 15,7% en les dones. Finalment, els treballadors no qualificats, amb una evolució descendent i amb major pes entre les dones, amb un 12,3%, que en els homes, amb un 6,7%.

Figura 11. Proporció de població segons classe social de la persona de referència. Catalunya versus Espanya.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ENSE i EESE. Nota: Veure Figura 10 pels noms de les classes socials.

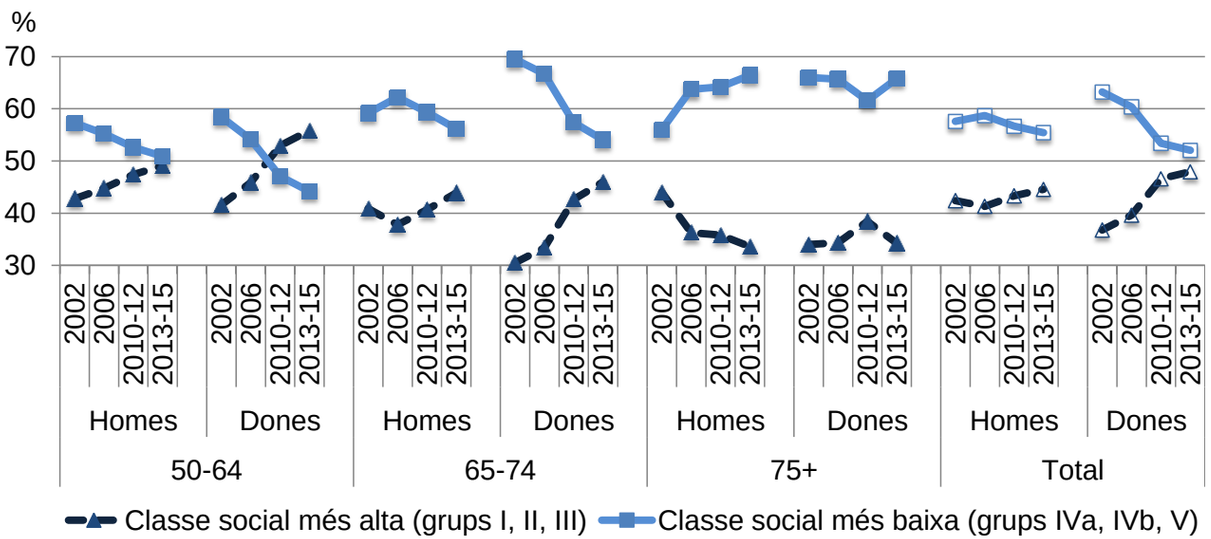
Al llarg d'aquest segle el percentatge de la població catalana de 50 i més anys que resideix en una llar que es pot classificar com de classe social més alta (I-III) és molt similar entre homes i dones, malgrat que el pes de la classe social més baixa és lleugerament superior a tots els grups d'edat entre les dones. Als dos sexes, la classe social més baixa (categories IVa/b i V) és la més comuna, entre el 50% i el 60% segons els grups d'edat. L'evolució entre 2002 i 2015 s'ha caracteritzat per una relativa estabilitat en els homes, mentre que en el percentatge de dones residents en llars de classe social més baixa ha experimentat una reducció, del 63% al 52%.

Classe social més baixa (IVa/b-V)

— amb el temps (dones)
= poques diferències de gènere
+ entre generacions grans
+ regions urbanes i litorals

La classe social més alta (I-III) augmenta en els grups d'edat més joves mentre que la classe social més baixa (IVa/b-V) augmenta entre la població més gran.

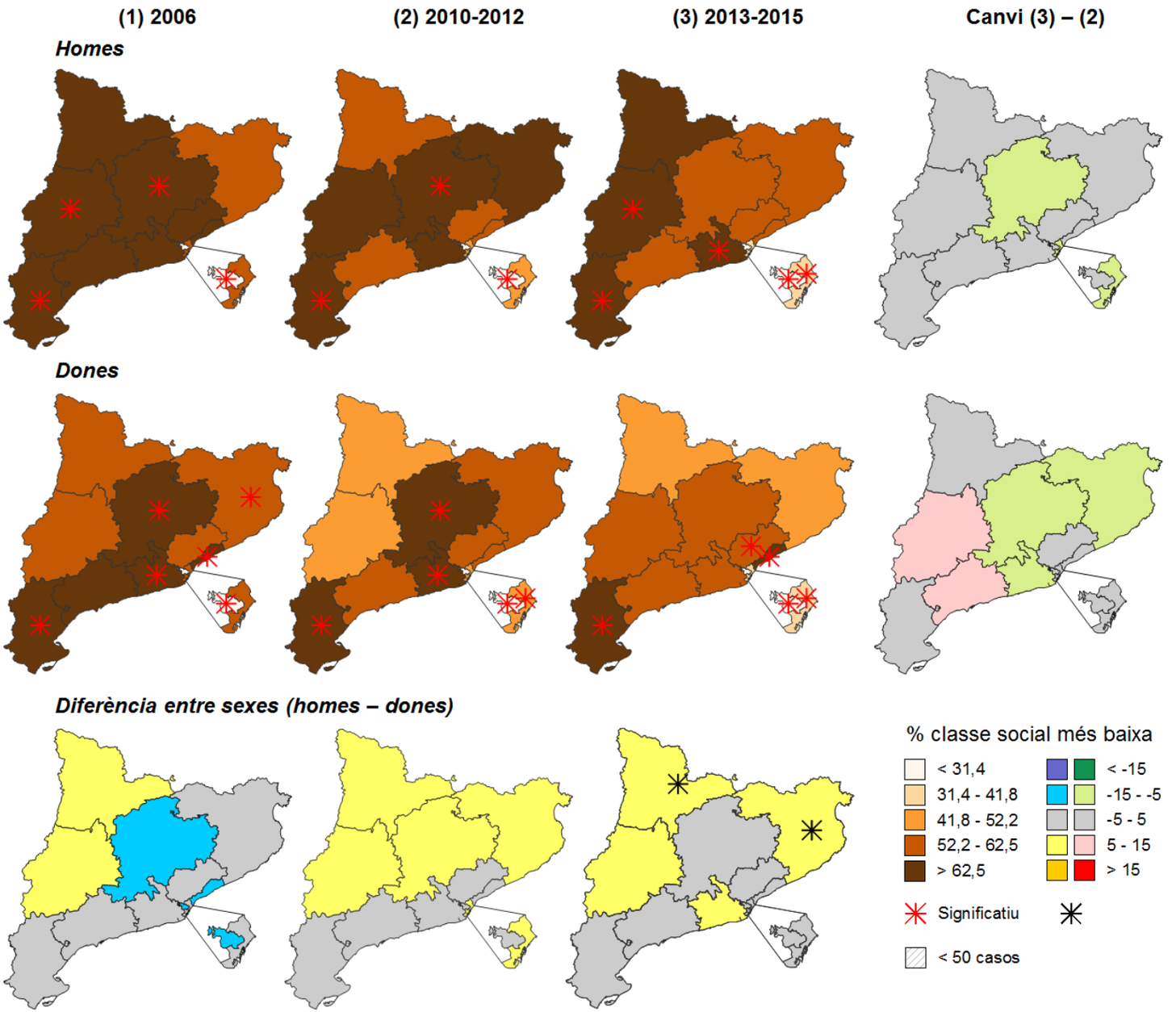
Figura 12. Proporció de població segons classe social de la persona de referència, per edat i sexe.





Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 13. Proporció de població en llars de classe social IVa, IVb i V. Regions sanitàries.

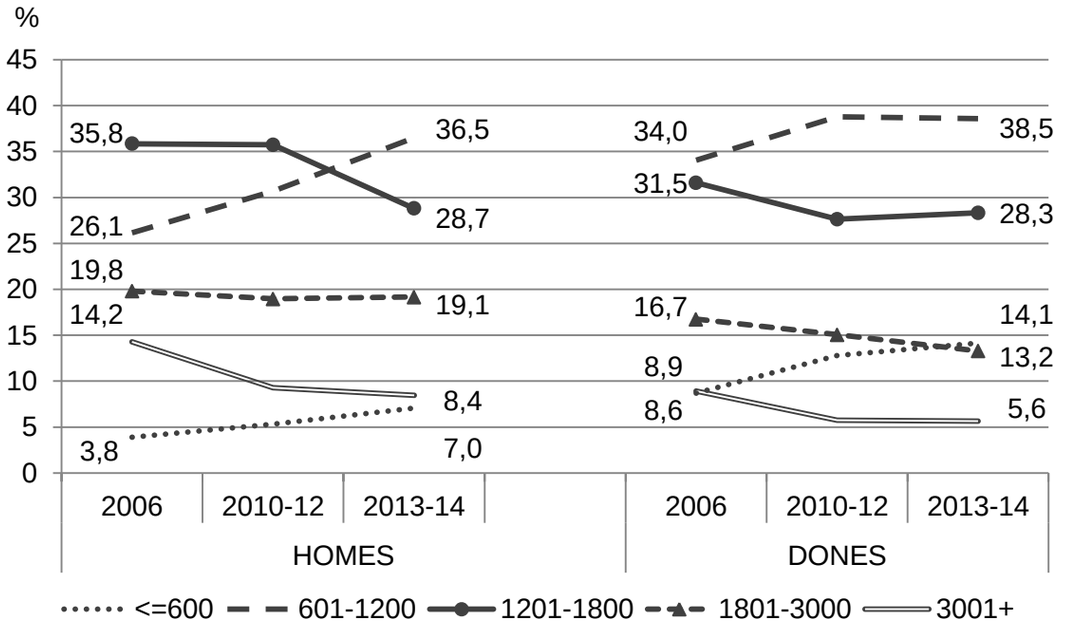


La proporció de població de 50 i més anys resident en llars classificades com de classe social més baixa (IVa, IVb i V) és més elevada a les regions urbanes i litorals que a les de l'interior, i és més present entre les dones que entre els homes. Tot i així, durant el període analitzat el seu pes s'ha reduït en major mesura entre les dones i en les regions urbanes i litorals. Per tant, durant la crisi la classe social més baixa ha disminuït allà on més presència hi tenia.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Ingressos mensuals de la llar

Figura 14. Proporció de població segons els ingressos mensuals (Euros).





Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. Nota: Per l'any 2006 les categories són, respectivament <=500, 501-1.000, 1.001-1.500, 1.501-2.500 i 2.501+ euros.

Ingressos ≤ 600€: el percentatge d'individus de 50 i més anys que viu en llars amb ingressos iguals o inferiors a 600 euros és del 8,4% en els homes i del 13,2% en les dones al bienni 2013-14. Llavors, aquest percentatge ha augmentat des del final del boom l'any 2006 en ambdós sexes.

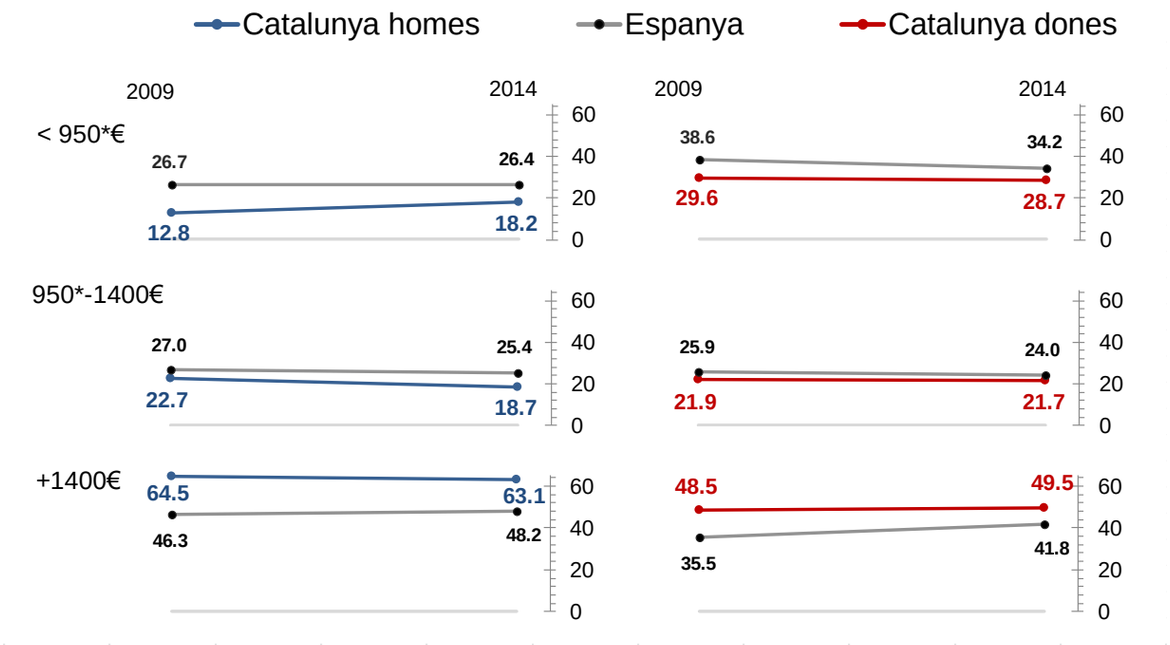
Ingressos de 601 a 1.200€: la població resident en llars amb aquesta franja d'ingressos ha incrementat de forma significativa el seu pes relatiu, fins al punt de consolidar-se com la categoria més comuna, amb més d'un 35% tant als homes com a les dones.

Ingressos de 1.201 a 1.800€: la població de 50 i més anys resident en llars amb aquests ingressos ha disminuït als darrers anys, especialment entre els homes del 35,8% de 2006 al 28,7% de 2013-14.

Ingressos de 1.801 a 3.000€: el percentatge d'homes que resideixen en llars amb aquests ingressos s'ha mantingut relativament estable, al voltant del 19%, mentre que s'ha reduït lleugerament entre les dones, del 16,7% al 13,2%.

Ingressos ≥ 3.001€: la població resident en llars amb més de 3.000 euros d'ingressos s´ha reduït en els dos sexes, i de forma més acusada entre els homes al passar d'un 14,2% a un 8,4%.

Figura 15. Proporció de la població segons ingressos mensuals. Catalunya versus Espanya.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'EESE. * €970 mensuals en 2014.

Nota metodològica: Per facilitar les comparacions s'han reduït el nombre de categories i d'anys. Es mostren els valors per a l'any 2009, la situació al principi de la crisi, i per al 2014, el moment gairebé final de la crisi segons les dades macroeconòmiques. Els ingressos totals de la llar no contemplen ni la seva grandària ni la seva constitució (nombre d'infants, de persones majors...) que determinen la capacitat adquisitiva i el nivell de vida de la llar.

El nivell d'ingressos mensuals de la llar per a persones de 50 i més anys és major a Catalunya que al conjunt d'Espanya tant per els homes com per a les dones. L'any 2014 el 63,1% dels homes i el 49,5% de les dones a Catalunya vivien en llars amb ingressos superiors als 1.400€ mensuals. A España aquests percentatges eren, respectivament, del 48,2% i del 41,8%. Durant els anys de la crisi econòmica les diferències en l'estructura d'ingressos entre Catalunya i el conjunt d'Espanya s'han reduït en ambdós sexes.

A les llars amb menys ingressos (<950€ mensuals), la proporció d'homes catalans residint en aquesta tipologia de llars ha augmentat del 12,8% al 18,3%, encara que aquesta proporció continua essent clarament inferior a la del conjunt d'Espanya, amb un 26%. En la població femenina, el percentatge de dones que resideixen en aquestes llars s'ha mantingut relativament constant a Catalunya, al voltant del 29%, mentre que a Espanya s'ha reduït en una mica més de quatre punts percentuals, del 38,6% al 34,2%.

La comparació entre homes i dones al llarg del període mostra que no hi ha gaires diferències, amb l'excepció de la gent més gran, els de 75 i més anys, on el percentatge de dones que resideixen en llars amb ingressos inferiors als 600€ mensuals és molt superior als dels homes, un 23% d'elles enfront d'un 6% d'ells en el període 2013-14. A més, aquesta diferència va augmentar entre 2006 i 2010-12.

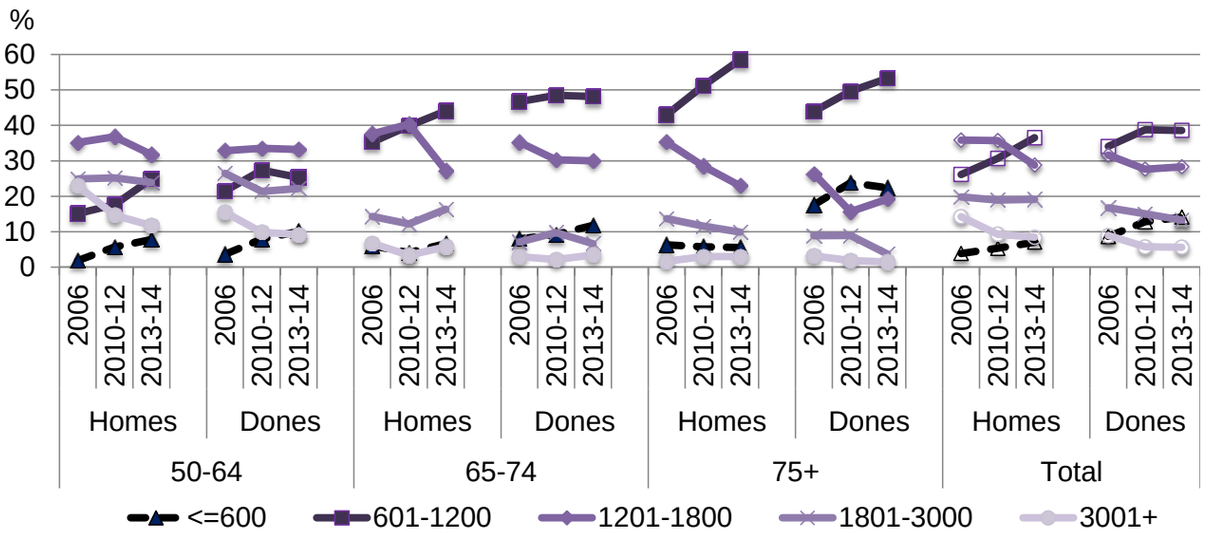
Per ambdós sexes també va haver-hi un augment de les llars de gent gran amb ingressos mensuals de 601-1.200€, una tendència que va continuar durant el segon període de la crisi. Durant aquests anys, també va disminuir la proporció de llars amb una renda alta, sobretot entre la població que encara es trobava en edats actives, de 50 a 64 anys.

Ingressos baixos (≤ 1.200€ mensuals)

+ amb l'edat
+ durant la crisi però la diferència de gènere s'escurça
+ regions interiors i de muntanya

Per tant, no es pot considerar que la crisi va augmentar la polarització entre rics i pobres a aquestes edats.

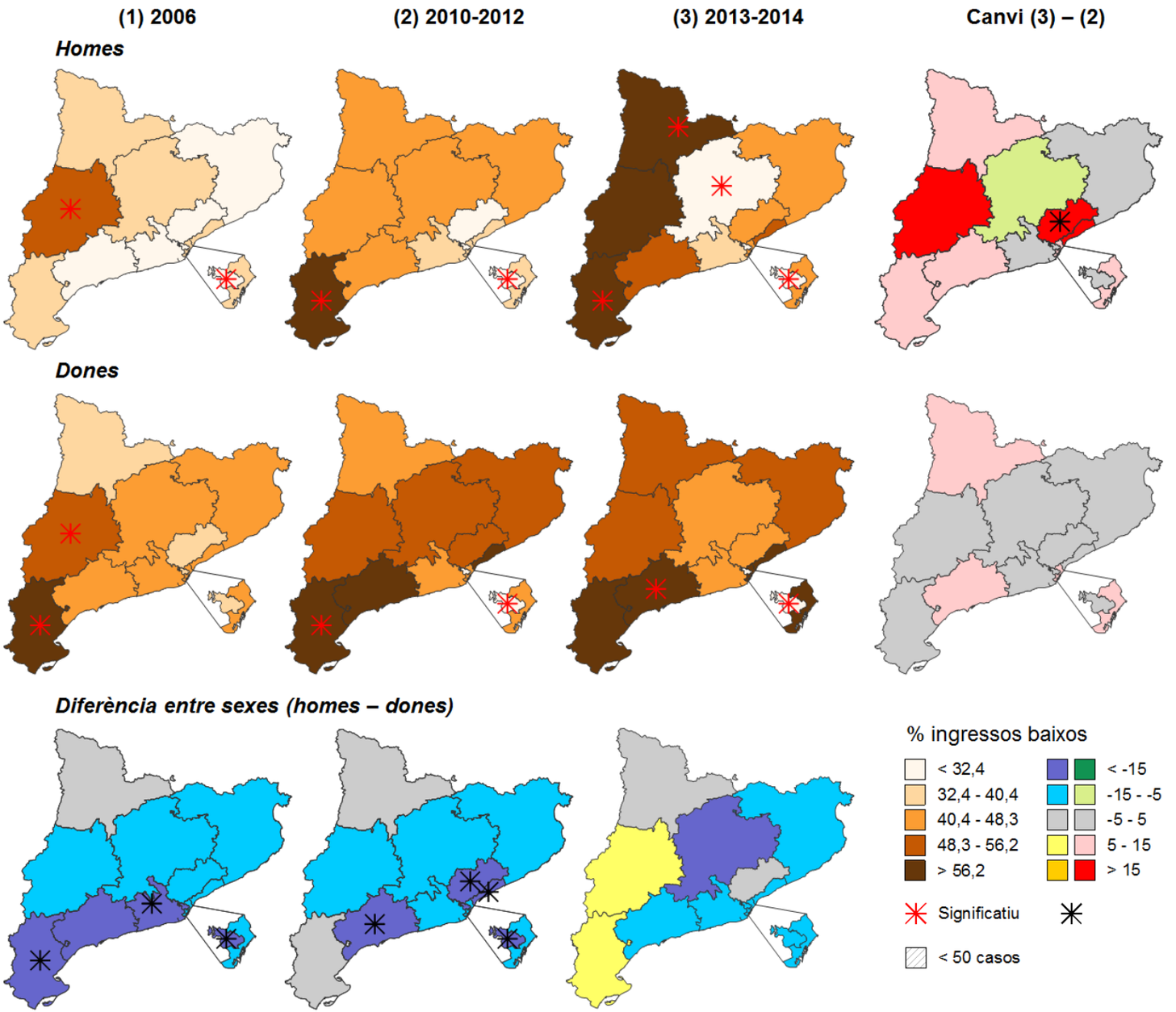
Figura 16. Població segons ingressos mensuals de la llar per edat i sexe.





Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 17. Proporció de població amb ingressos mensuals baixos (≤1.200€). Regions sanitàries.



Les regions sanitàries de l'interior són les que presenten uns percentatges més elevats de població de 50 i més anys residint en llars amb ingressos mensuals baixos (≤1.200€), amb una tendència d'increment del seu pes durant els darrers anys. Per contra, les regions sanitàries més urbanes i del litoral són les que presenten uns percentatges inferiors de població en llars d'ingressos baixos, amb una tendència d'evolució favorable a les comarques centrals i de la Corona Oest de Barcelona.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Cobertura sanitària

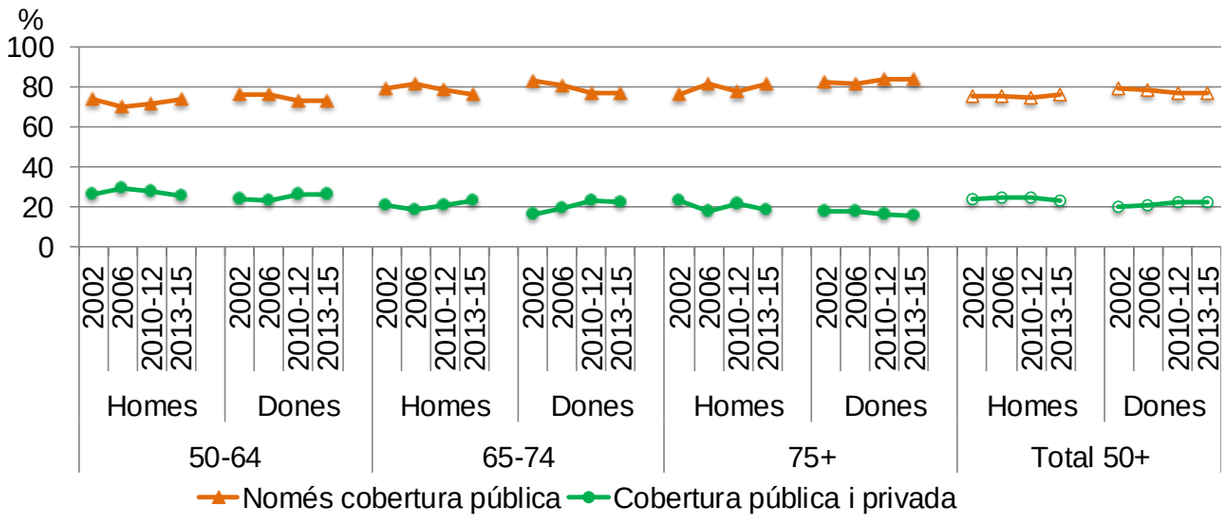
El sistema sanitari català es diferencia substancialment de la resta de l'Estat espanyol perquè una part important de la provisió de serveis no es fa per organismes pertanyents directament a l'administració pública i amb la gestió pública del govern català, sinó que hi ha entitats de diferent naturalesa jurídica, pública i privada, que atenen a la població amb cobertura pública. D'aquesta manera, al llarg dels darrers 30 anys, Catalunya s'ha conformat com un 'espai d'experimentació' en la col·laboració públic-privat en sanitat. Aquestes entitats conformen el sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT) que atén a la població amb cobertura pública, però també realitzen altres activitats amb finançament no provinent del CatSalut. Malgrat que el sistema sanitari públic cobreix molts serveis, hi ha altres com l'atenció odontològica, l'òptica i majoritàriament l'atenció psicològica que queden excloses de la cobertura pública. També cal esmentar la cobertura per assegurança opcional per determinats col·lectius i l'assegurament obligatori per determinades contingències[24].

Cobertura pública i privada

\+ edat laboral
— diferència entre sexes
\+ zones urbanes
= anys període d'estudi

Nota metodològica: Distingim entre la població amb cobertura sanitària només pública i cobertura sanitària pública i privada ja que segons l'ESCA, només el 0,4% dels entrevistats no tenia cobertura sanitària.

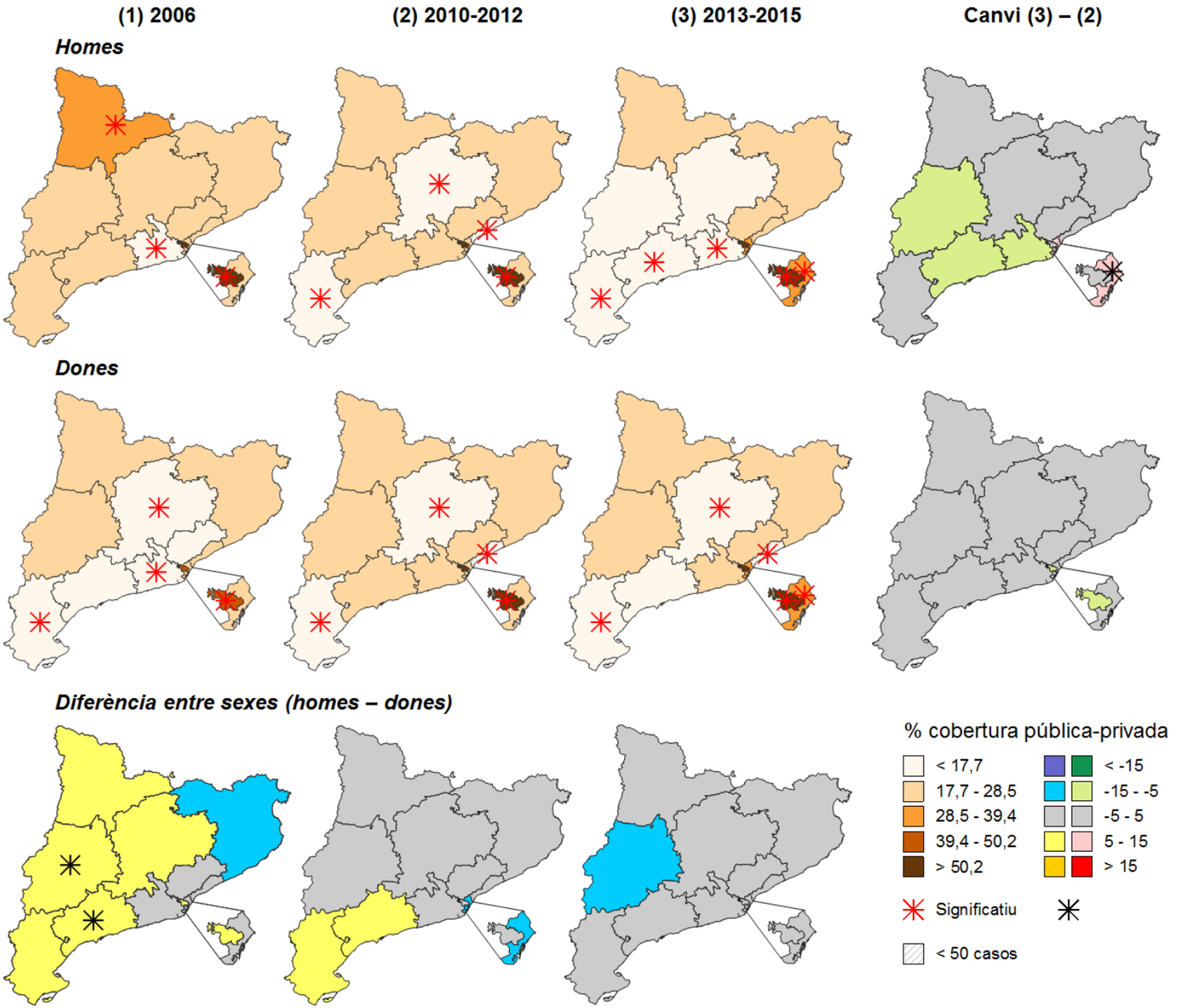
Figura 18. Població segons ingressos mensuals de la llar per edat i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Malgrat l'intent d'augmentar la privatització de l'atenció sanitària a Catalunya[25], la doble cobertura s'ha mantingut estable al llarg del període. Tampoc s'aprecien diferències rellevants entre homes i dones i diferents grups d'edat. A 2013-15 la doble cobertura oscil·la entre un 16% per a les dones majors de 75 anys i un 27% per a les dones en edat laboral.

Figura 19. Proporció de població segons tipus de cobertura sanitària: cobertura pública i privada. Regions sanitàries.



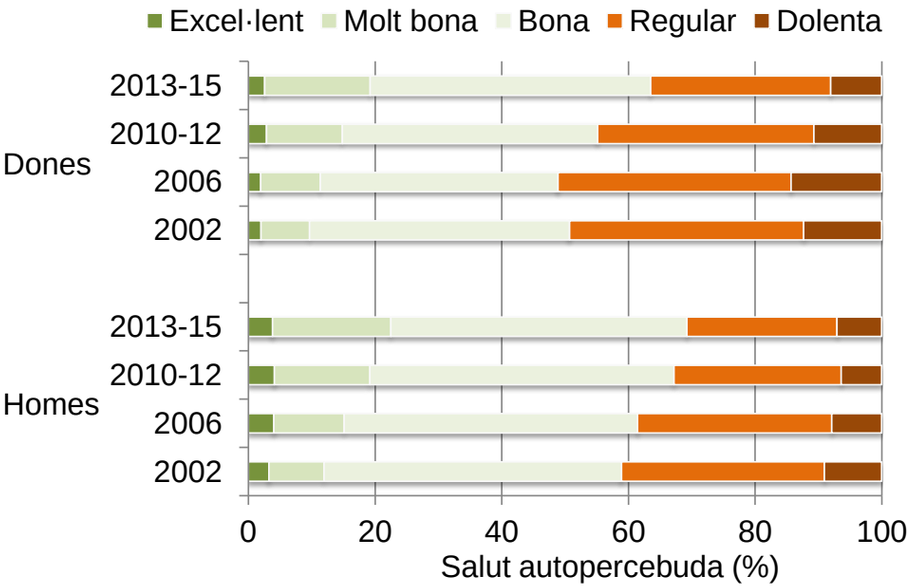
A tot el període i als dos sexes és a la ciutat de Barcelona on hi ha un percentatge més alt de població que té la doble cobertura pública-privada, que arriba al 54,4% en el conjunt dels districtes amb més renda. Durant la crisi la doble cobertura va augmentar significament en els districtes de Barcelona amb menys renda. Finalment, les diferències de gènere van disminuir durant la crisi a nivells no significatius.

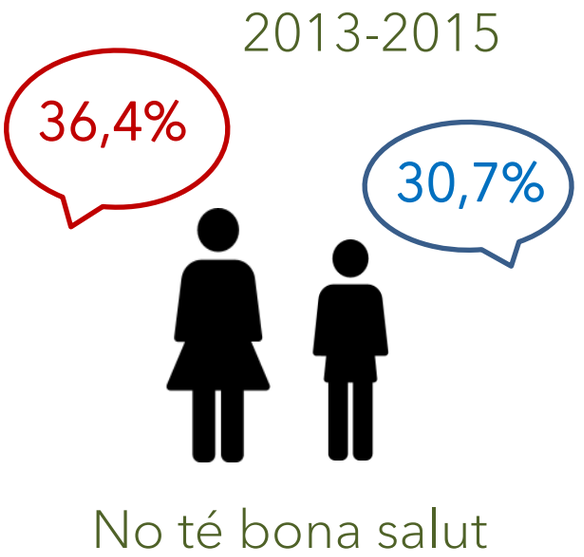
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Salut autopercebuda (50 i més anys)

Salut autopercebuda

Figura 20. Salut autopercebuda per sexe.





Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

L'anàlisi de la salut autopercebuda de la població de 50 i més anys el centrarem en dues de les cinc categories contemplades: salut regular i salut dolenta. D'aquestes dues categories en direm "no té bona salut" autopercebuda.

De la resta de categories destaquem com és l'ítem de molt bona salut autopercebuda el que experimenta majors increments, mentre que l'ítem excel·lent i bona salut es mantenen més estables o amb lleugers increments.

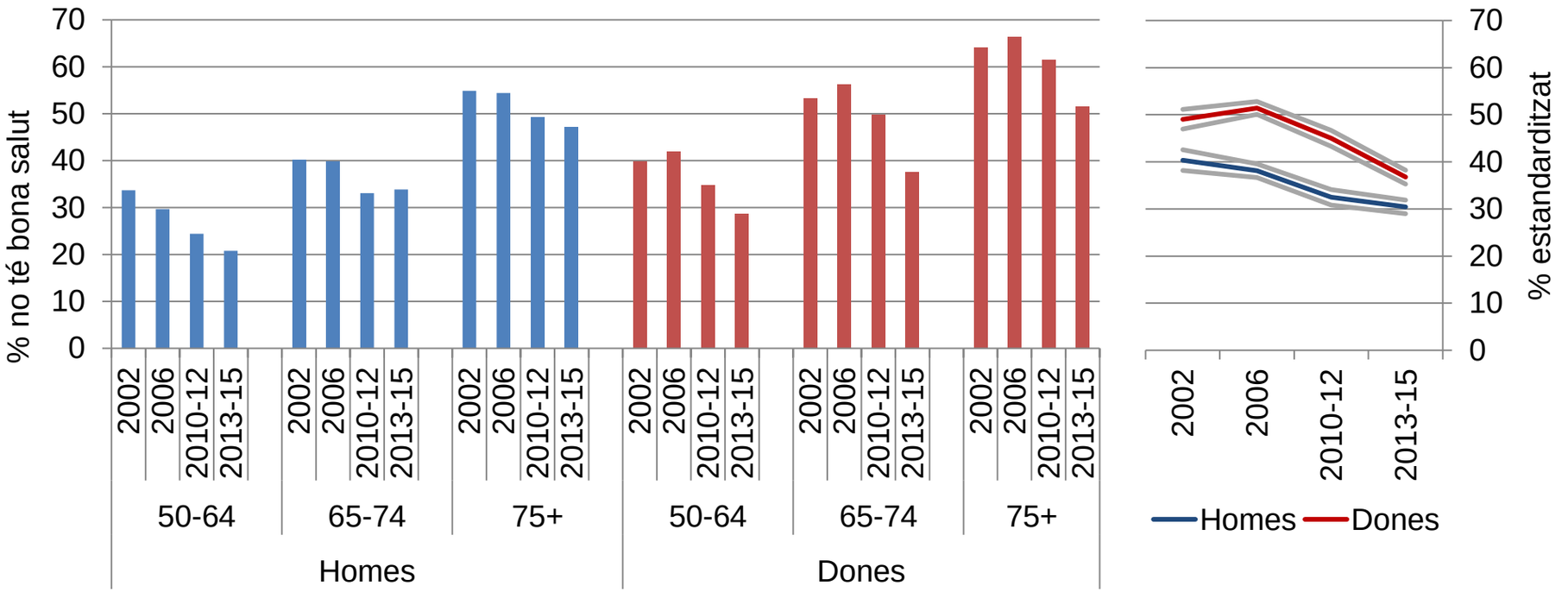
Nota metodològica: Per determinar l'estat de salut del responent, les enquestes de salut l'ESCA, l'ENSE i l'EESE pregunten:

"Com diria vostè que és la seva salut en general?"

i tenen com a respostes:

Excel·lent, Molt bona, Bona, Regular, Dolenta

Figura 21. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per sexe i edat .

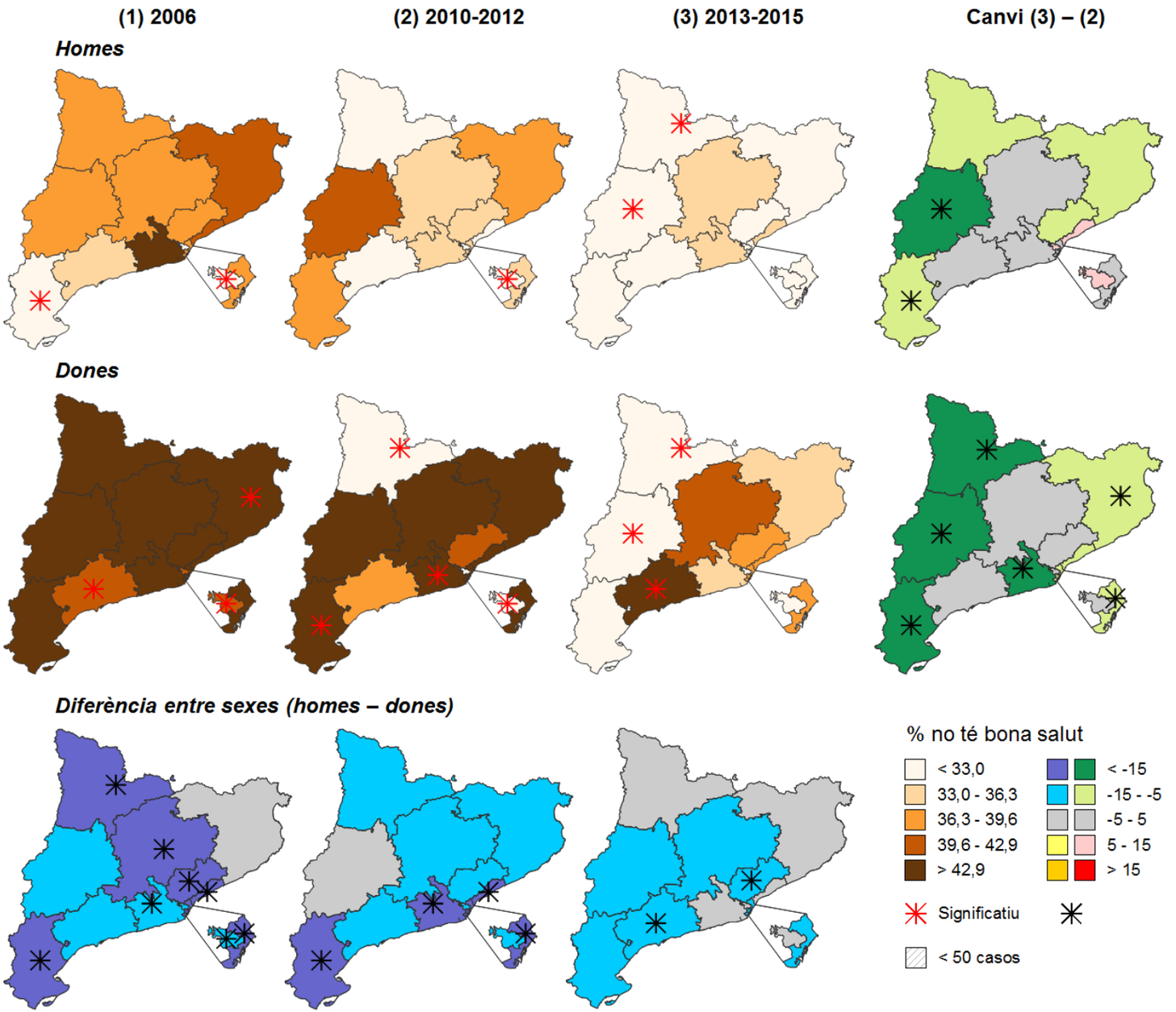


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Tal com podem observar, la proporció de població major de 50 anys que perceben no tenir bona salut és més alta entre les dones i les persones més grans (75+). L'empitjorament de la salut amb l'edat és pràcticament lineal.

No obstant, durant el període d'estudi i per ambdós sexes els percentatges han disminuït (sobretot en el cas dels adults madurs de 50-64 anys), constatant fins i tot una reducció en les diferències entre homes i dones en la percepció de la salut.

Figura 22. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries.

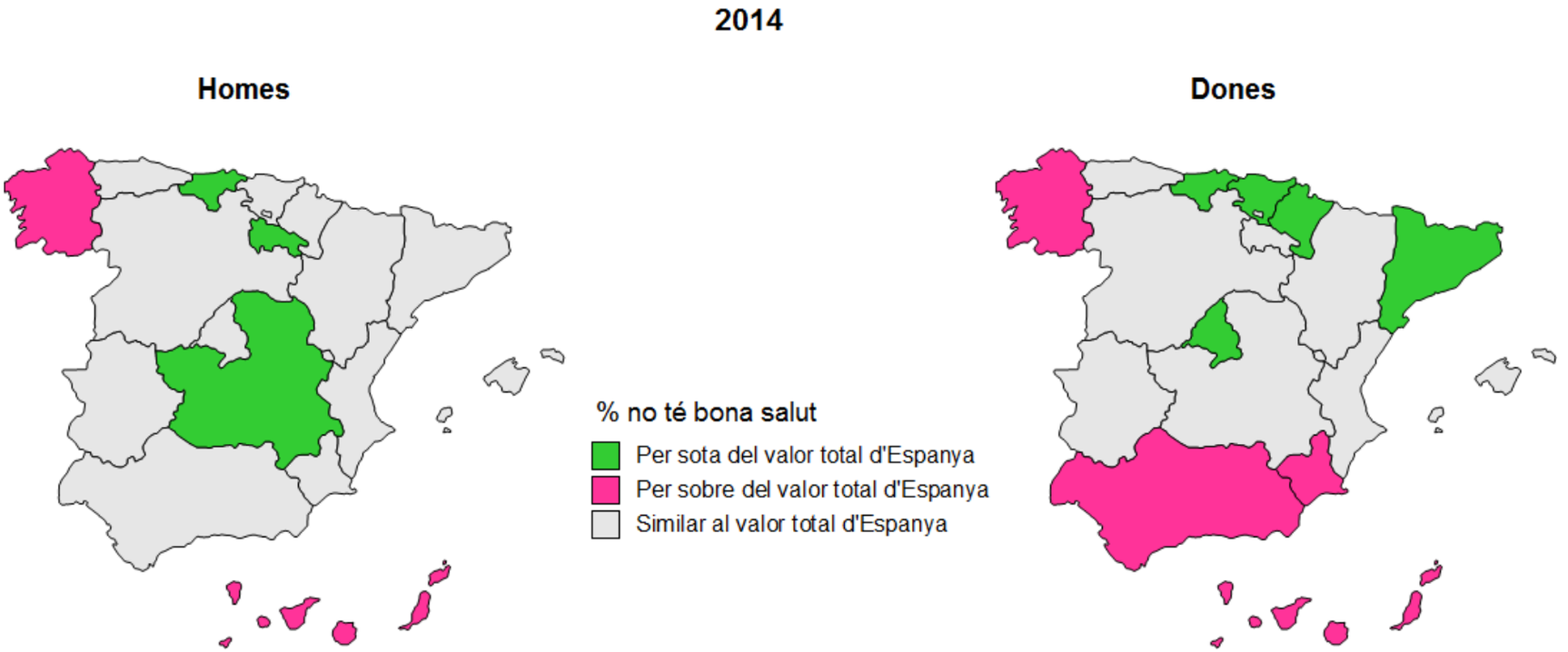


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La incidència en no tenir bona salut ha anat disminuint a la majoria de regions, especialment les situades a l'interior de Catalunya (Lleida, Alt Pirineu i Aran) i a Girona i les Terres de l'Ebre.

Per contra, les situades al centre de Catalunya i les metropolitanes de Barcelona i Tarragona són les que menys han vist disminuir el percentatge de no tenir bona salut.

Figura 23. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda. CCAA.

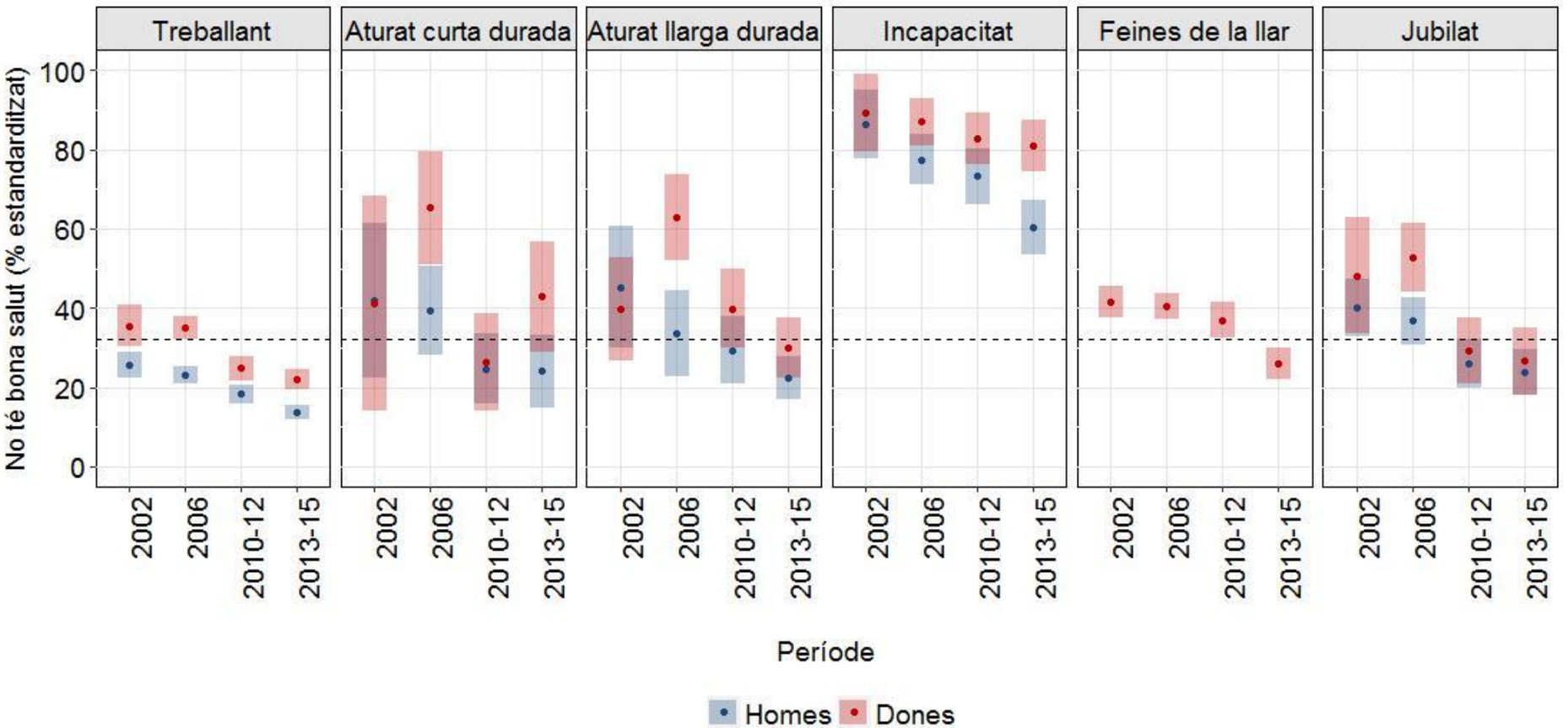


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'EESE.

A través d'aquests dos mapes podem observar la proporció de població que no té bona salut autopercebuda per Comunitats Autònomes i per sexe (homes i dones). Podem observar que són les CC.AA del nord-est, especialment entre les dones, les que presenten un menor percentatge de no té bona salut (Catalunya, Madrid, Navarra i País Basc). Per contra són les del sud –Andalusia i Múrcia– però també Galícia i les Illes Canàries (en aquest cas per ambdós sexes) les que tenen una major proporció sense bona salut.

Salut autopercebuda: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

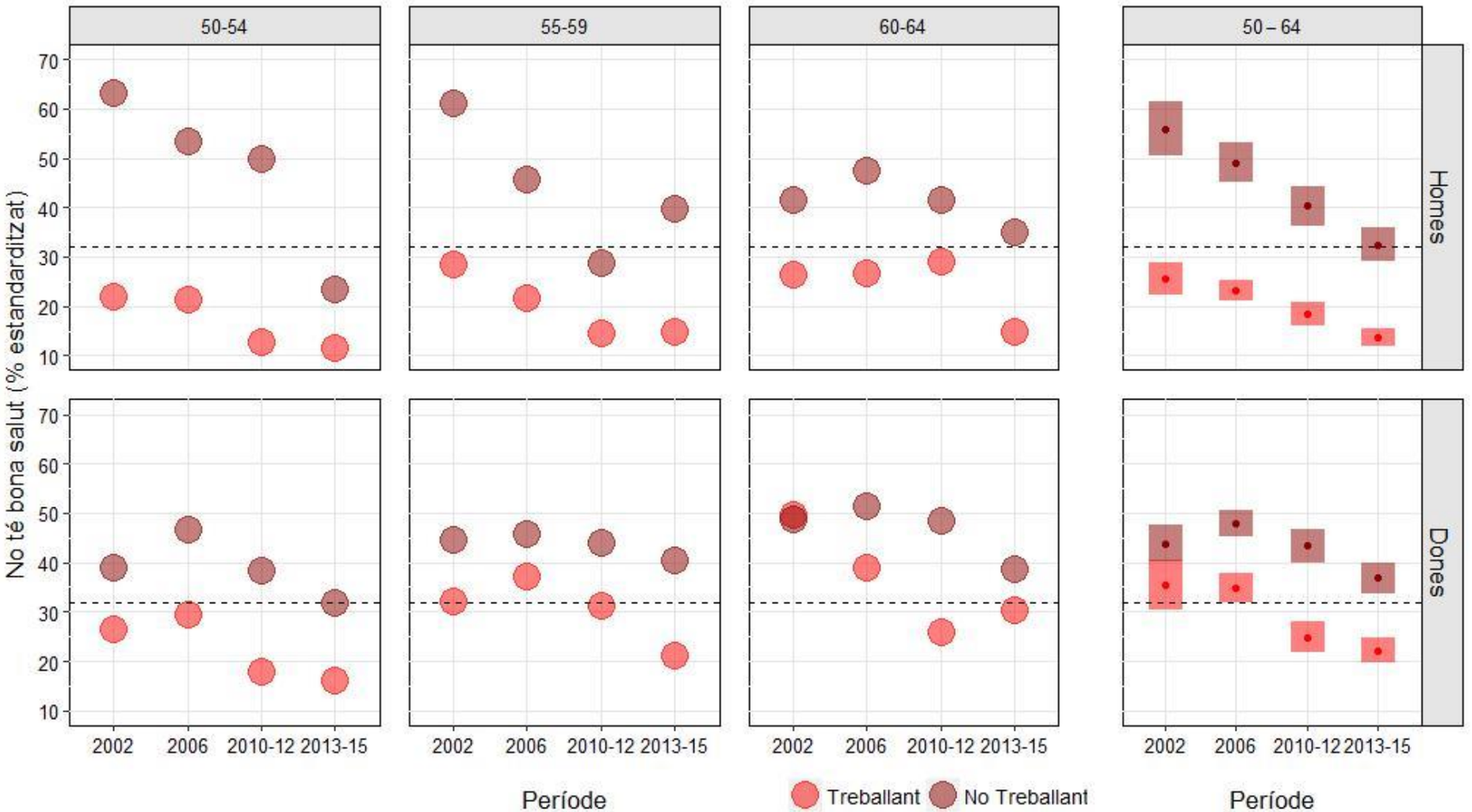
Figura 24. Proporció de població 50-64 anys que no té bona salut autopercebuda per activitat laboral i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Com a norma general podem determinar que la incidència de no tenir bona salut ha disminuït al llarg del període d'estudi entre la població de 50-64 anys amb independència de l'activitat laboral i per ambdós sexes. Podem observar com és entre la població que es declara treballant on menor és la incidència de no tenir bona salut -sobretot entre els homes- una incidència que, a més, s'ha anat reduint al llarg del període d'estudi. Per contra, entre els que es declaren incapacitats és on no tenir bona salut té major incidència. Entre els aturats (llarga i curta durada) la incidència és major –sobretot entre les dones- però aquesta ha disminuït de forma considerable durant els últims anys. Per últim, entre els jubilats destaca una major incidència de no tenir bona salut entre les dones abans de la crisi i un fort descens posterior per ambdós sexes.

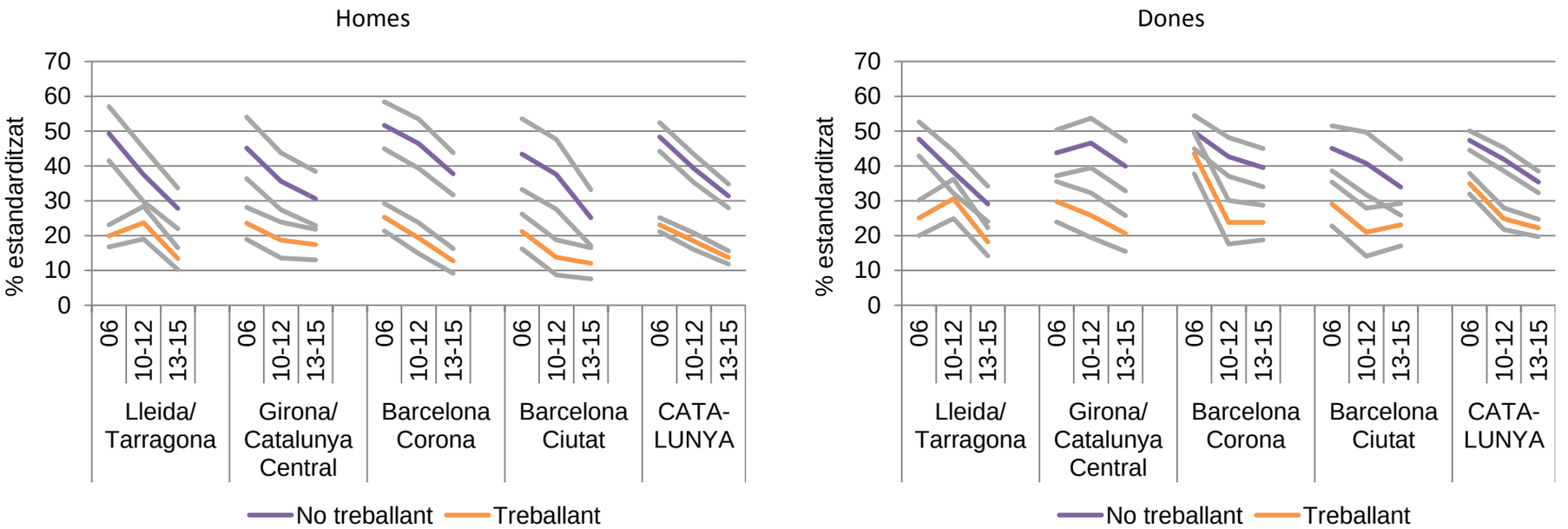
Figura 25. Proporció de població de 50-64 anys que no té bona salut autopercebuda per activitat laboral, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través d'aquests tres gràfics podem observar la incidència de no tenir bona salut entre la població de 50 a 64 anys segons l'activitat laboral, el sexe, el grup d'edat i el moment temporal. A mesura que augmenta el grup d'edat -tant en homes com en dones- s'incrementa el percentatge de no té bona salut, excepte en el cas dels homes que no treballen que tenen un comportament invers durant els primers anys d'estudi. Quan a l'evolució temporal de la incidència de no tenir bona salut, aquesta presenta un signe contrari a l'evolució per edats. Així, d'aquesta manera a mesura que han anat passant els anys s'ha produït una disminució del percentatge de no tenir bona salut, tant pels homes com per les dones i per als que treballen i no treballen.

Figura 26. Proporció de població de 50-64 anys segons activitat que no tenen bona salut autopercebuda. Regions agrupades*.

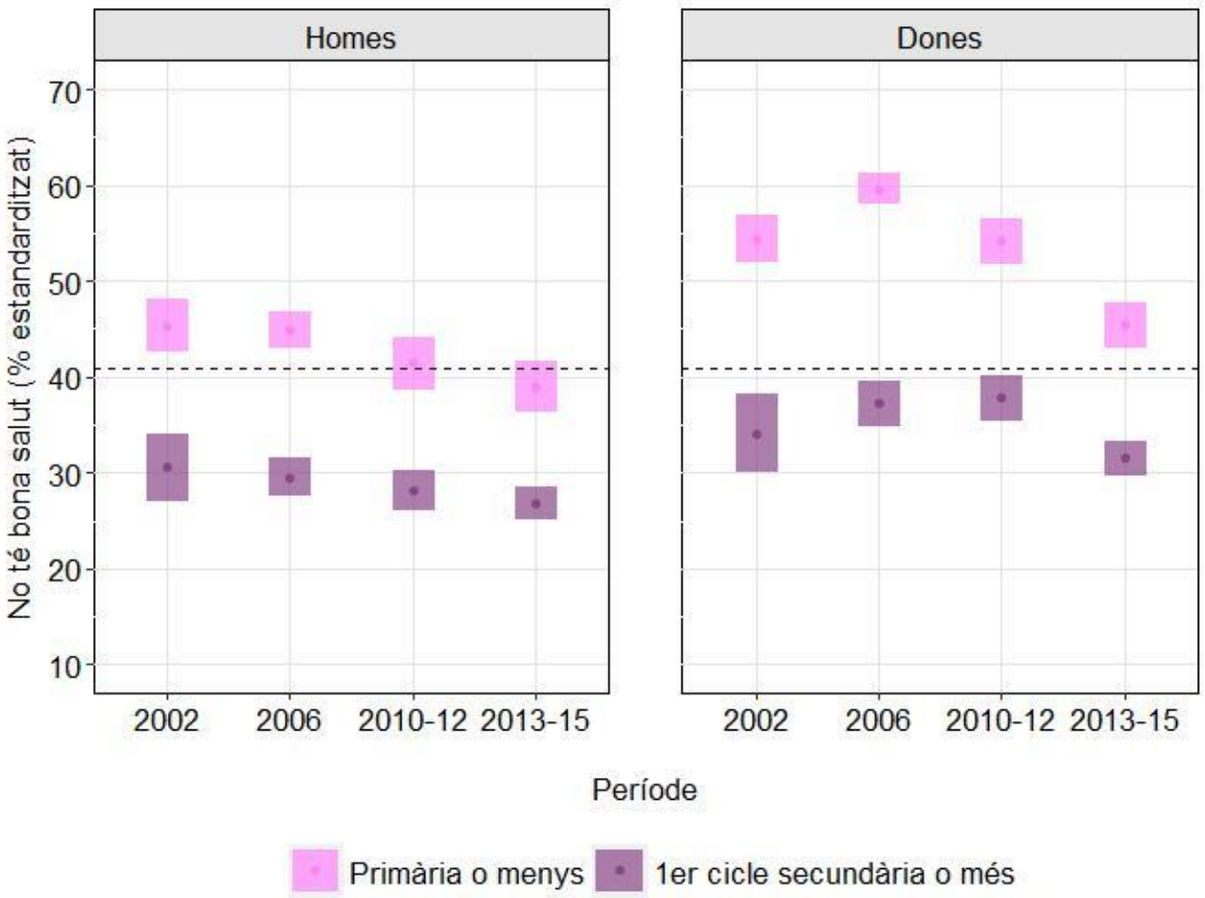


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

Tant per homes com per les dones i en les quatre grans regions contemplades, com també pel conjunt de Catalunya, s'observa una disminució de la incidència de no tenir bona salut al llarg del període d'estudi, que es produeix tant si es troben treballant com si no.

Territorialment, pels homes és a la regió Barcelona Corona on més incidència hi ha de no tenir bona salut entre els que no treballen mentre que a Barcelona Ciutat és on menys incidència hi ha per als que treballen. Entre les dones les diferències no són tan acusades, mostrant-se incidències molt semblants als quatre territoris.

Figura 27. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell educatiu i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

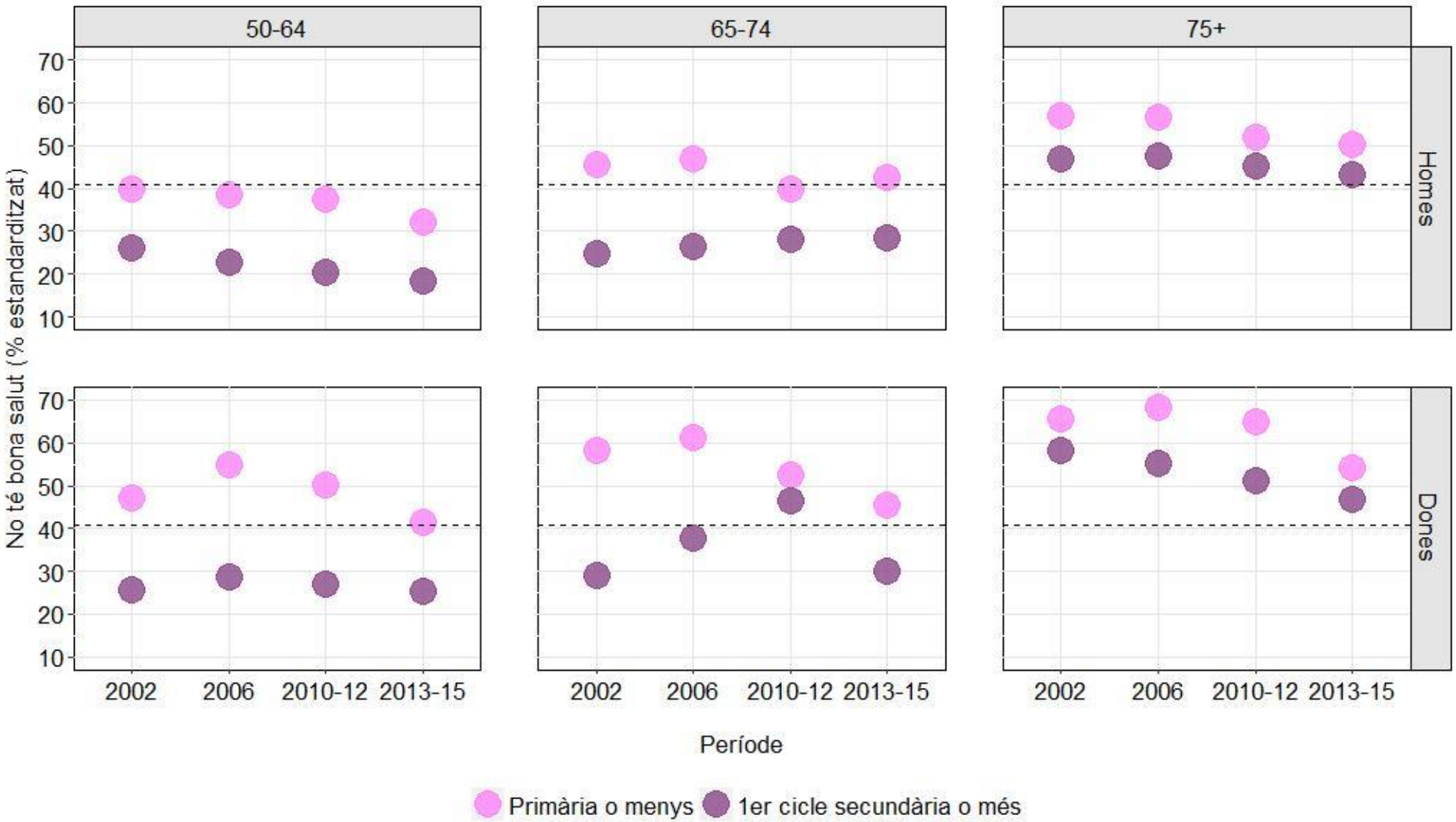
El percentatge de persones que declaren **no tenir bona salut** és sempre **major** entre les **dones**. **Des de 2002** es produeix un **descens** en ambdós sexes i nivells d'estudi, **reduint-se les diferències educatives lleugerament** en el temps.

No obstant, encara que entre les **dones** es va produir un **descens** del percentatge de persones que declaren **no tenir bona salut entre el primer i últim període d'estudi**, s'observa un augment entre 2002 i 2006 als dos nivells d'estudis contemplats. El descens que es produeix posteriorment és més acusat entre les que disposen d'estudis primaris o menys.



Pel que fa als **homes**, tant els que tenen nivells d'estudis de primària o menys com aquells que disposen d'estudis de 1er cicle de secundaria o més, **tendeixen** al llarg dels anys d'estudi **a presentar menors percentatges** de no tenir bona salut.

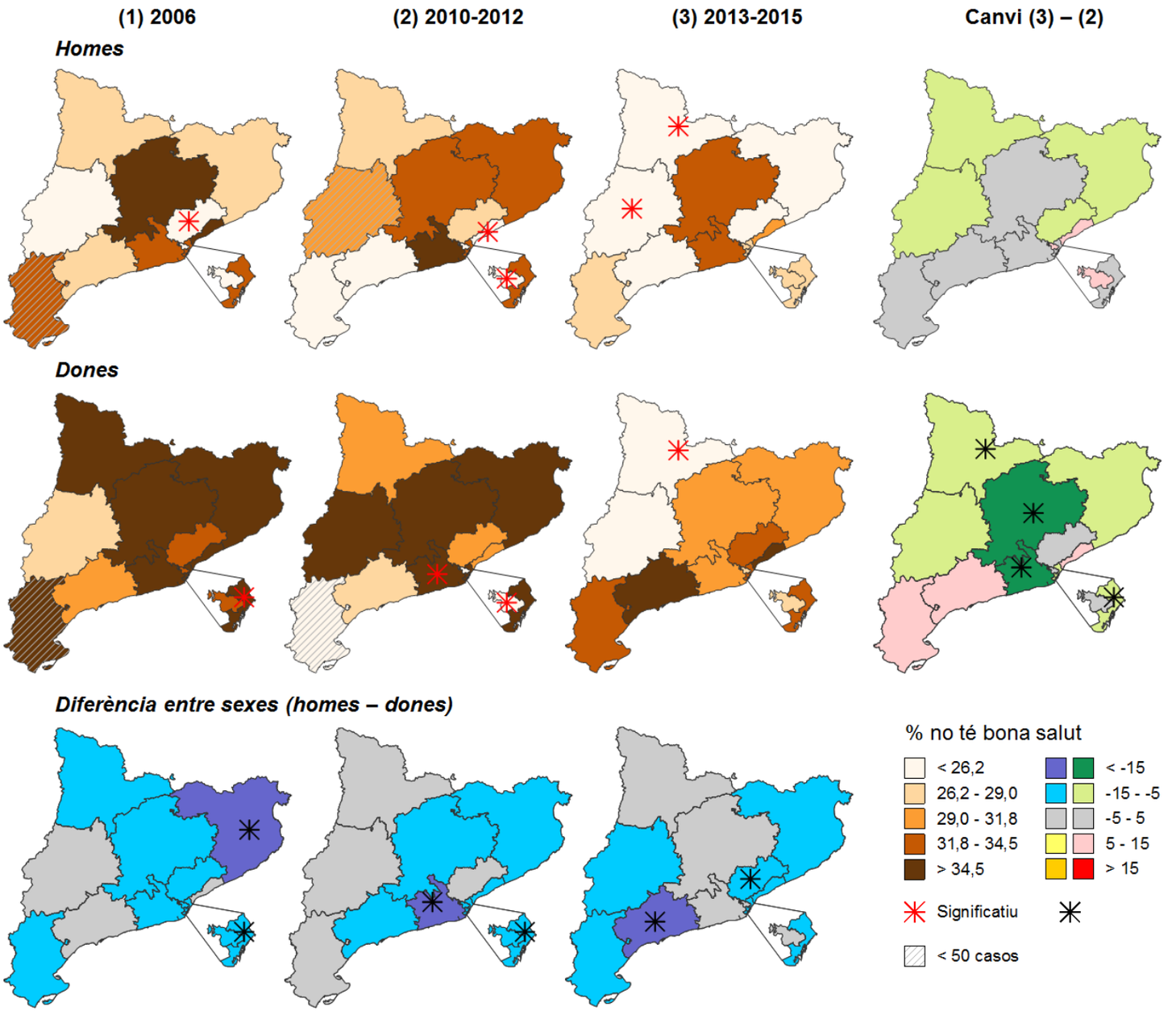
Figura 28. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell educatiu, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Amb aquest gràfic es reafirma que els percentatges de no té bona salut tendeixen a convergir entre homes i dones i entre els dos nivells d'estudis contemplats, però a més, també segons diferents franges d'edat. Podem veure que és a les franges d'edat més joves on han convergit més els percentatges i, en canvi, a les edats de 75 i més ha estat menor la convergència, degut a que les diferències ja eren menors.

Figura 29. Proporció de població amb nivell educació més alt que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries.

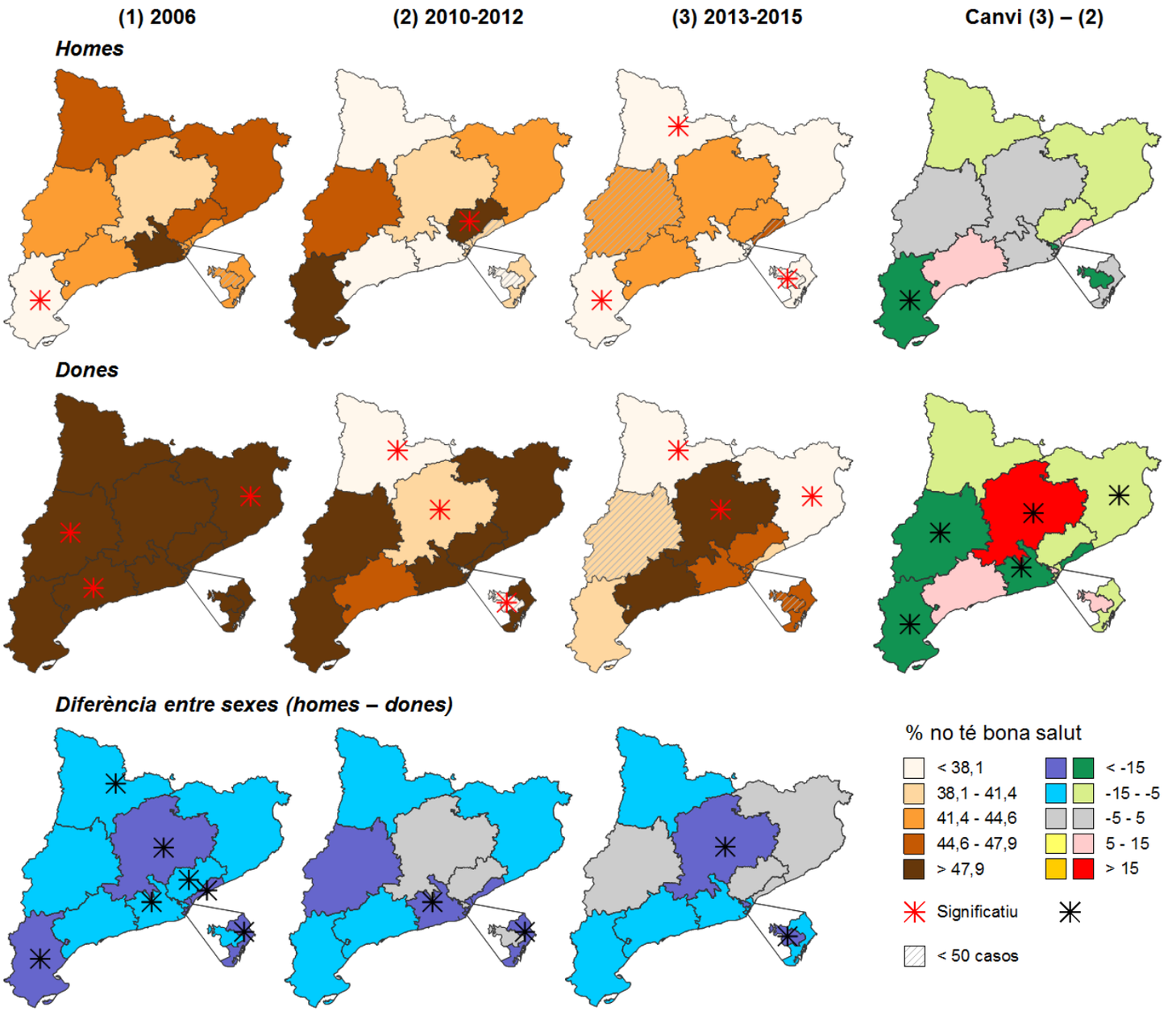


La representació del percentatge de població de 50 i més anys que no té bona salut segons el nivell educatiu alt mostra diferències territorials.

Observem que, tant en homes com en dones, s'ha produït una reducció de la incidència a Lleida, l'Alt Pirineu i Aran i Girona. En canvi, en la Corona Est la tendència ha estat la inversa. Al Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre ha augmentat la incidència entre les dones i a Barcelona Ciutat-més renda també en el cas dels homes.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 30. Proporció de població amb nivell d'educació baix que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries.

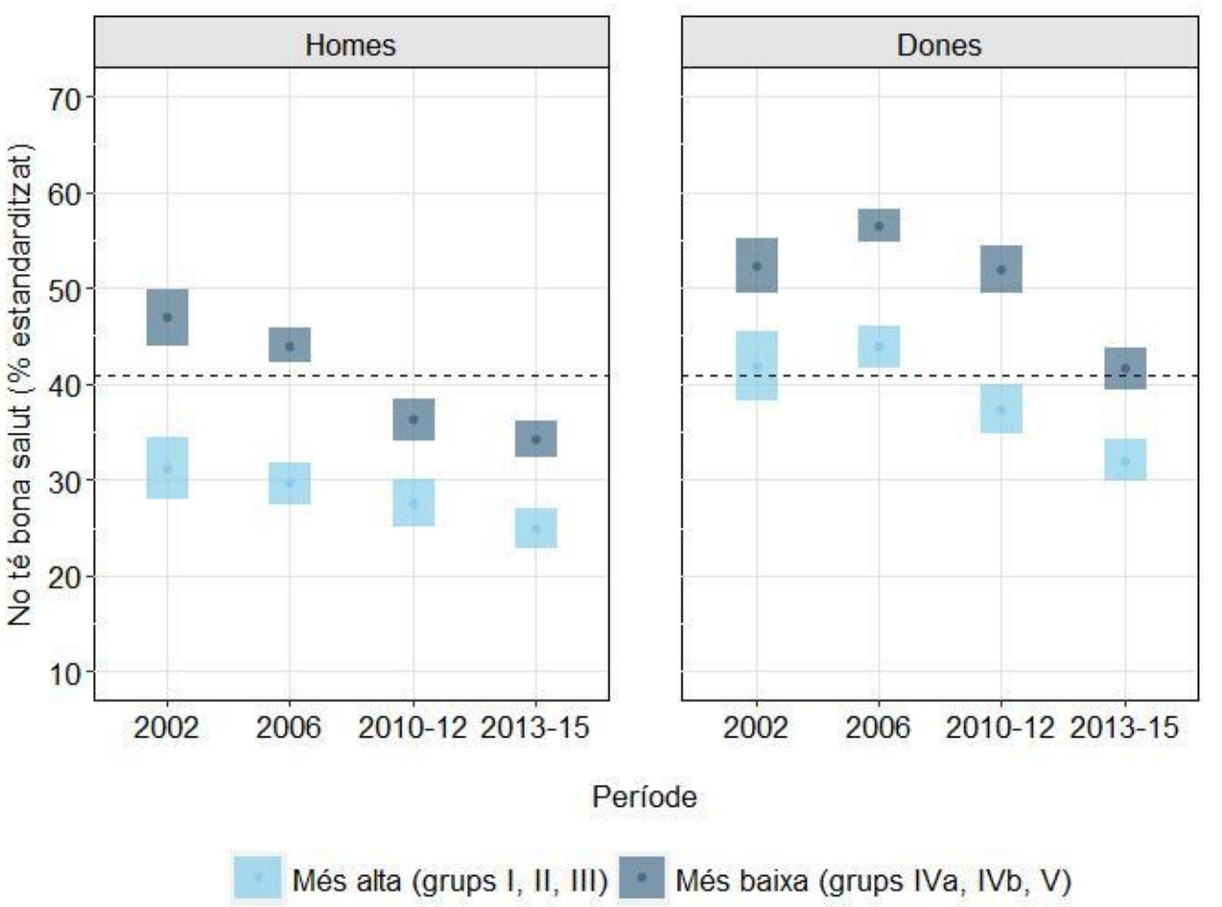


La representació de la proporció de població de 50 i més anys de nivell educatiu baix (primària o menys) que no té bona salut autopercebuda mostra que la incidència d'aquesta s'ha anat reduint, però no de forma generalitzada.

Per exemple, en el cas de les dones s'ha produït un augment de la incidència a les Comarques Centrals, el Camp de Tarragona i Barcelona Ciutat – més renda.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 31. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per classe social i sexe.





Classe més alta

MILLOR

salut autopercebuda

Classe més baixa

PITJOR

salut autopercebuda

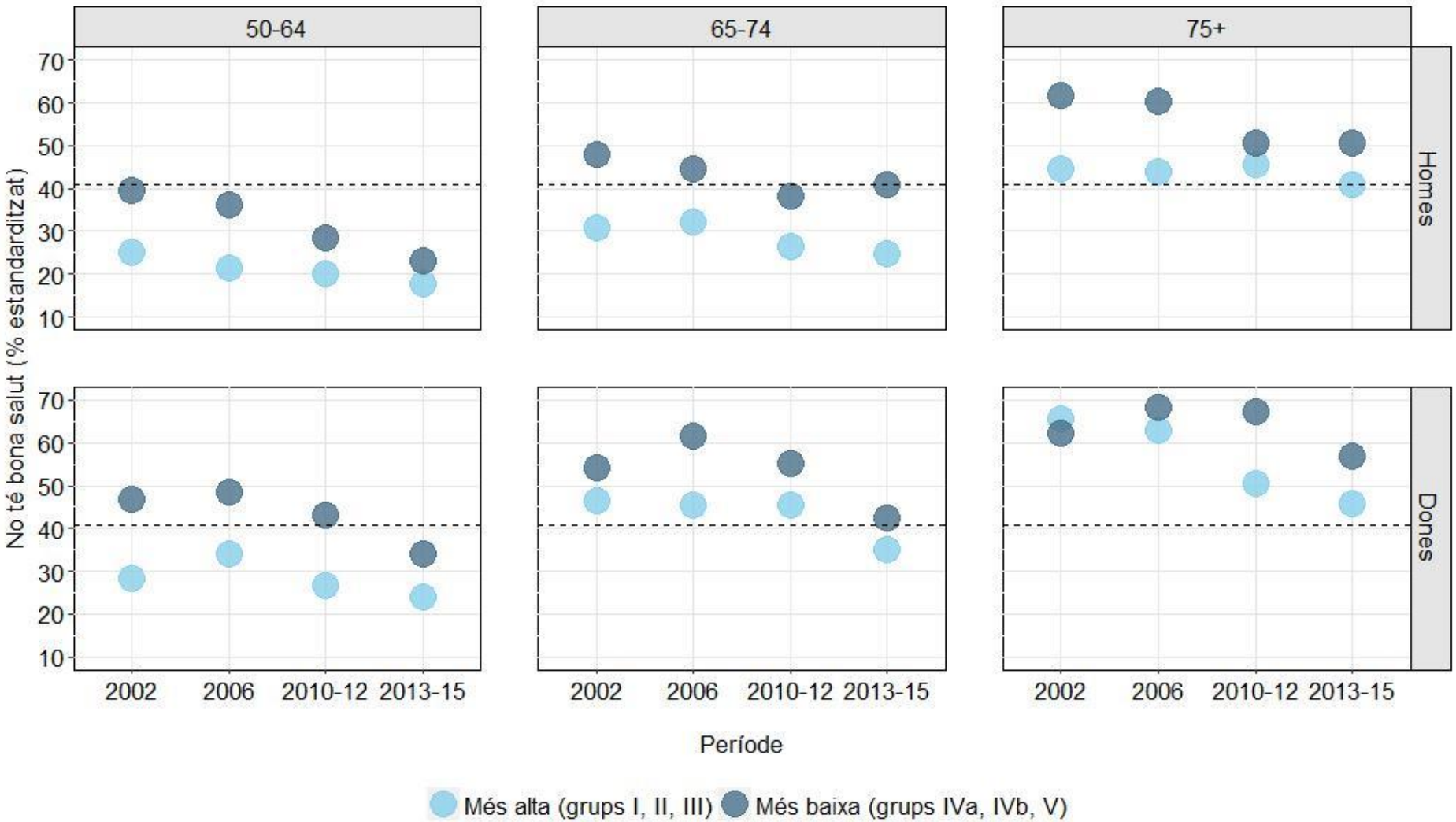


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Per ambdós sexes, és a la classe social més baixa que s'observa una incidència més elevada de no tenir bona salut autopercebuda, en comparació a les classes socials més altes. Si fixem l'atenció en l'evolució temporal de la incidència de no tenir bona salut segons el sexe, podem constatar que l'evolució ha estat descendent entre els homes des de 2002 i entre les dones des de 2006 en ambdós categories de classe social. La diferència en no tenir bona salut es va reduir més entre la classe social més baixa en el cas dels homes. .

Salut autopercebuda: Segons la classe social

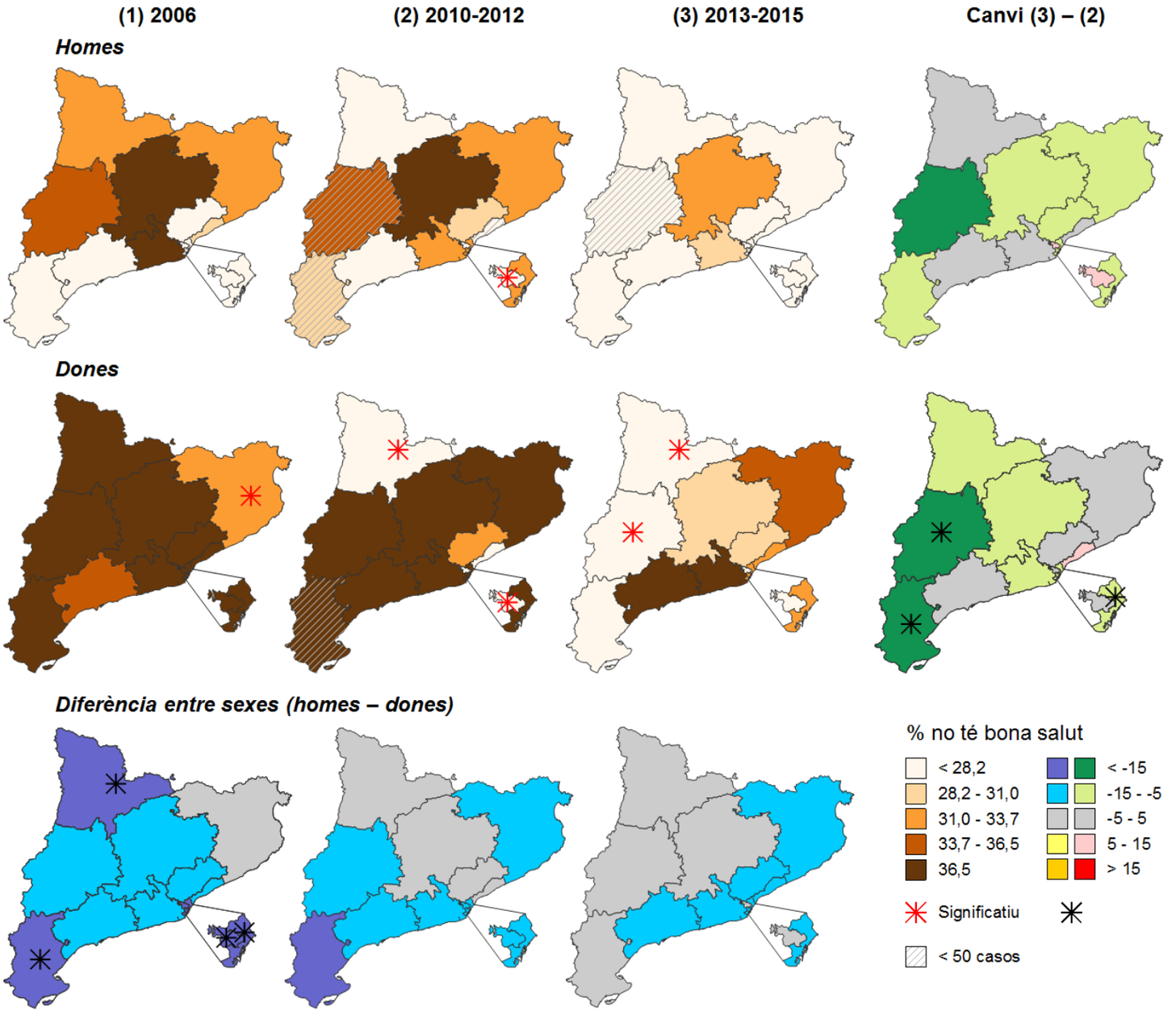
Figura 32. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per classe social, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través del quadre de gràfics podem observar la incidència de no tenir bona salut entre la població de 50 i més anys segons la classe social, el sexe, el grup d'edat i el moment temporal. Podem observar que a mesura que augmenta el grup d'edat, tant entre homes com entre dones, s'incrementa el percentatge de no té bona salut sobretot entre les classes socials més baixes (grups IV a/b i V), però també en menor mesura en les classes socials més altes (grups I, II i III).

Figura 33. Proporció de població entre la classe social més alta* que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries.

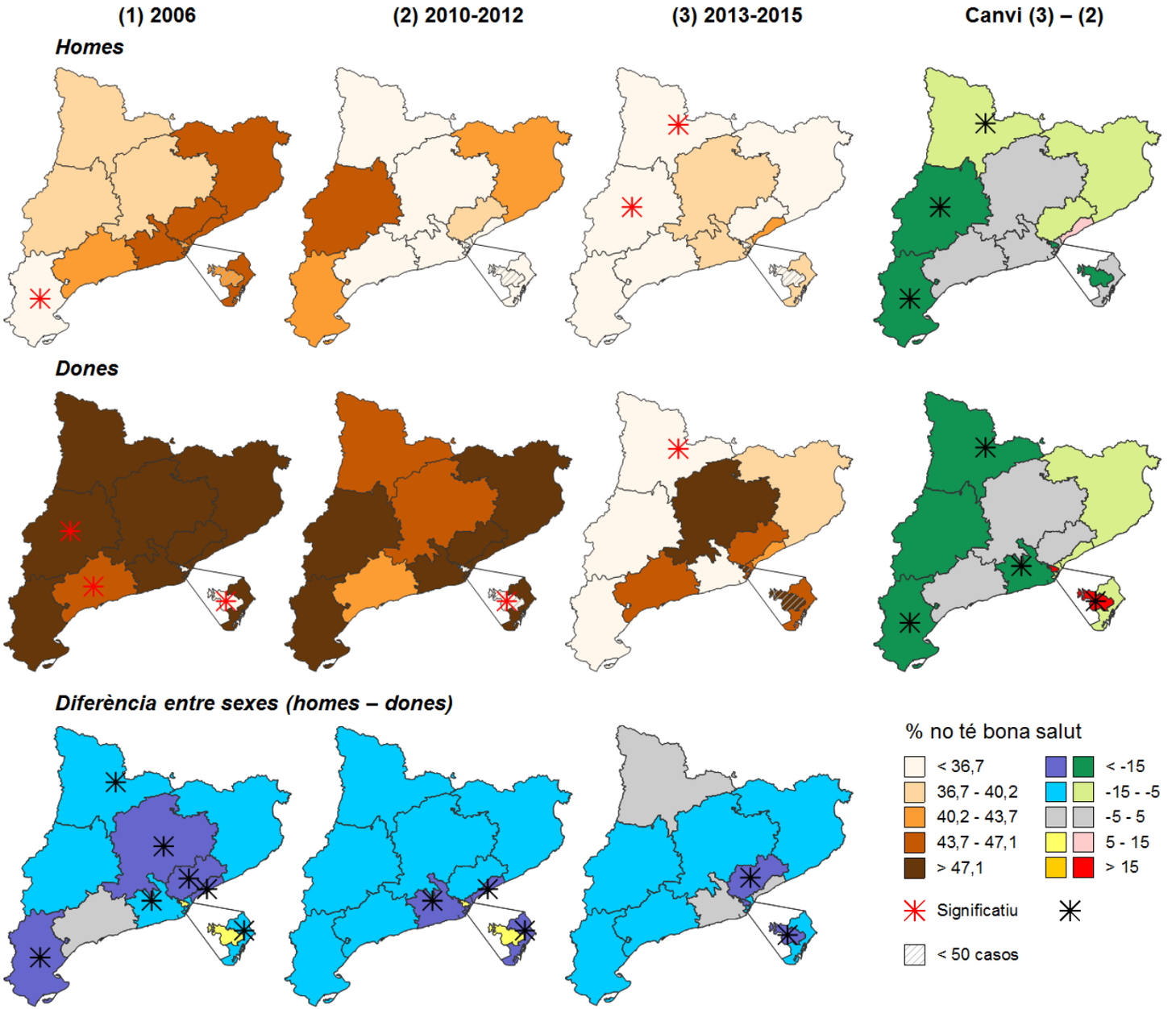


La representació del percentatge de població de 50 i més anys que no té bona salut autopercebuda segons classe social més alta ens mostra que la proporció que no té bona salut -en homes i dones- ha anat disminuint durant el període d'estudi.

Ha disminuït sobretot a les regions d'interior: Lleida, Comarques Centrals, Girona i Terres de l'Ebre. En canvi, a les regions metropolitanes (Corona Est, Corona Oest i Camp de Tarragona) és on més preval no tenir bona salut entre la classe social més baixa.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups I, II, III.

Figura 34. Proporció de població entre la classe social més baixa* que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries.

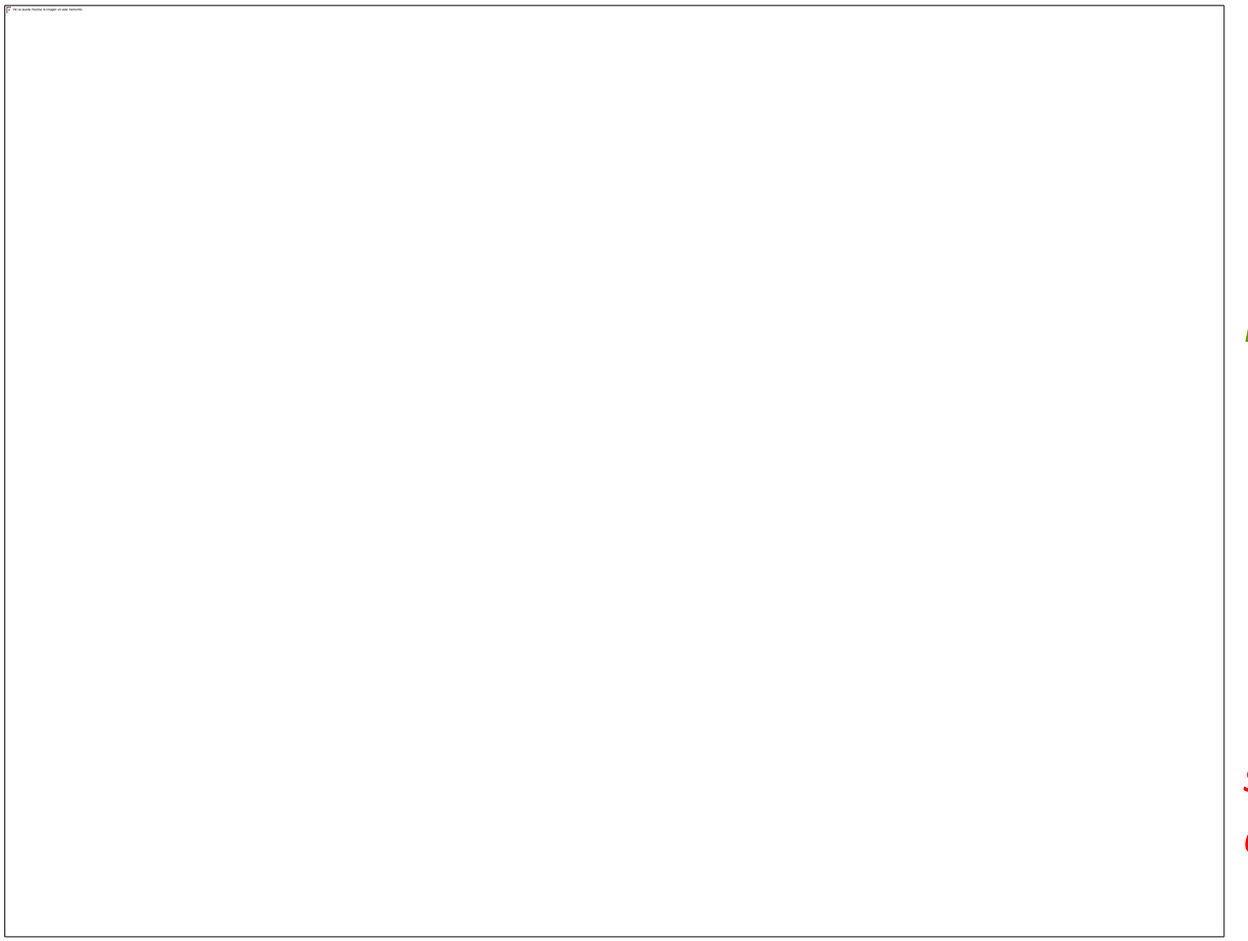


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups IVa/b, V.

Podem observar la representació del percentatge de població de 50 i més anys que no té bona salut autopercebuda per les classes socials més baixes.

Tant en homes com en dones s'ha produït un descens en la majoria de regions, especialment a Lleida, l'Alt Pirineu i Aran i les Terres de l'Ebre. Per contra, hi ha regions on aquest descens ha estat més moderat o fins i tot no s'ha produït, com és el cas de les Comarques Centrals, la Corona Oest, el Camp de Tarragona i Barcelona Ciutat – més renda (només entre les dones).

Figura 35. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell d'ingressos i sexe.





Més ingressos

MILLOR

salut autopercebuda

Menys ingressos

PITJOR

salut autopercebuda

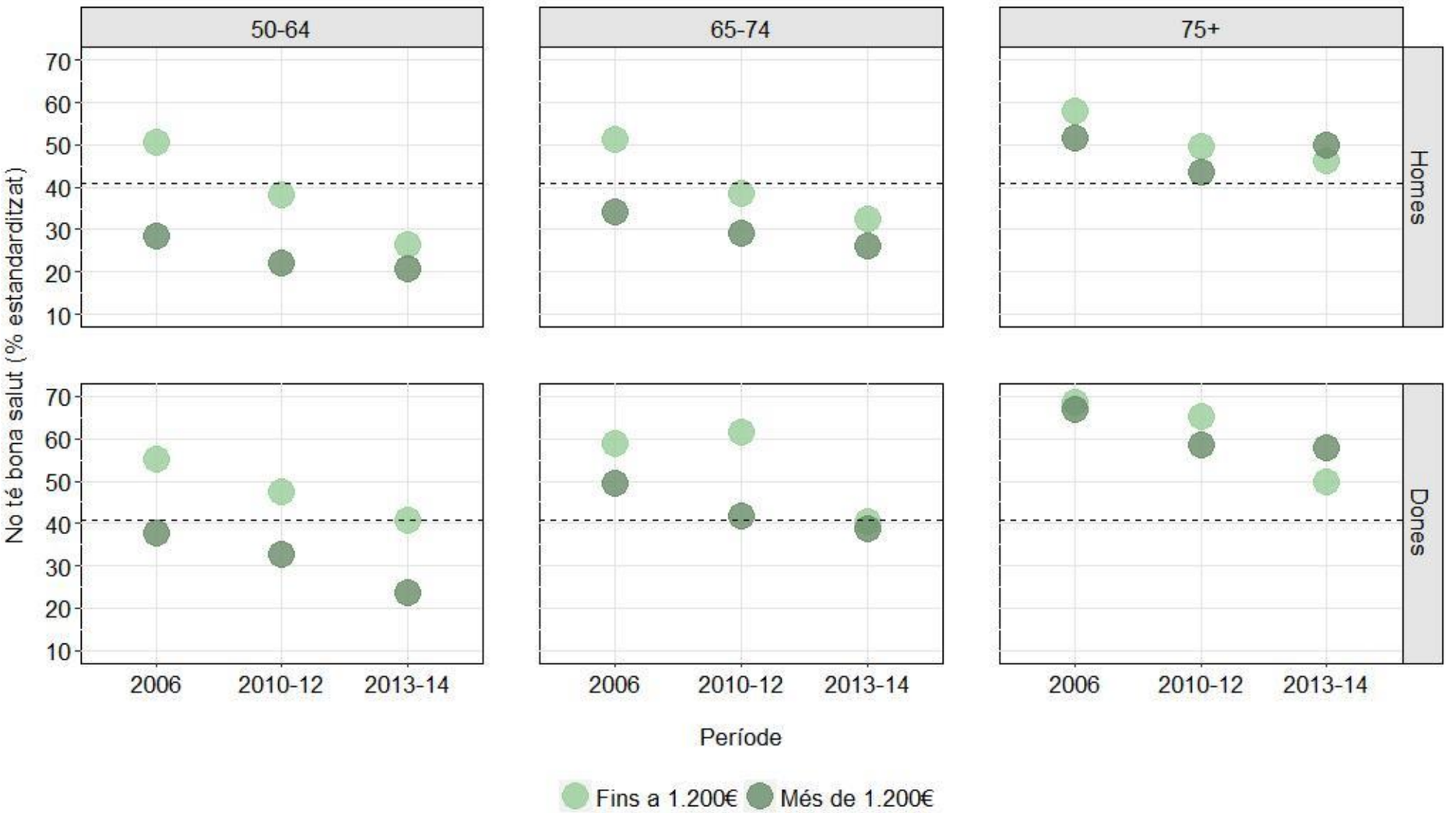


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La incidència de no tenir bona salut és major entre la població amb ingressos més baixos que entre la població amb ingressos més alts. Les diferències de gènere es mantenen: les dones presenten un percentatge de no tenir bona salut més alt que els homes tant si tenen ingressos més alts o més baixos.

Si fixem l'atenció en l'evolució temporal del percentatge de no tenir bona salut segons el sexe podem constatar que l'evolució ha estat descendent. Homes i dones d'ingressos més baixos han reduït la proporció de situacions de no tenir bona salut, mentre que els de classes socials més altes ho han fet a un ritme menor.

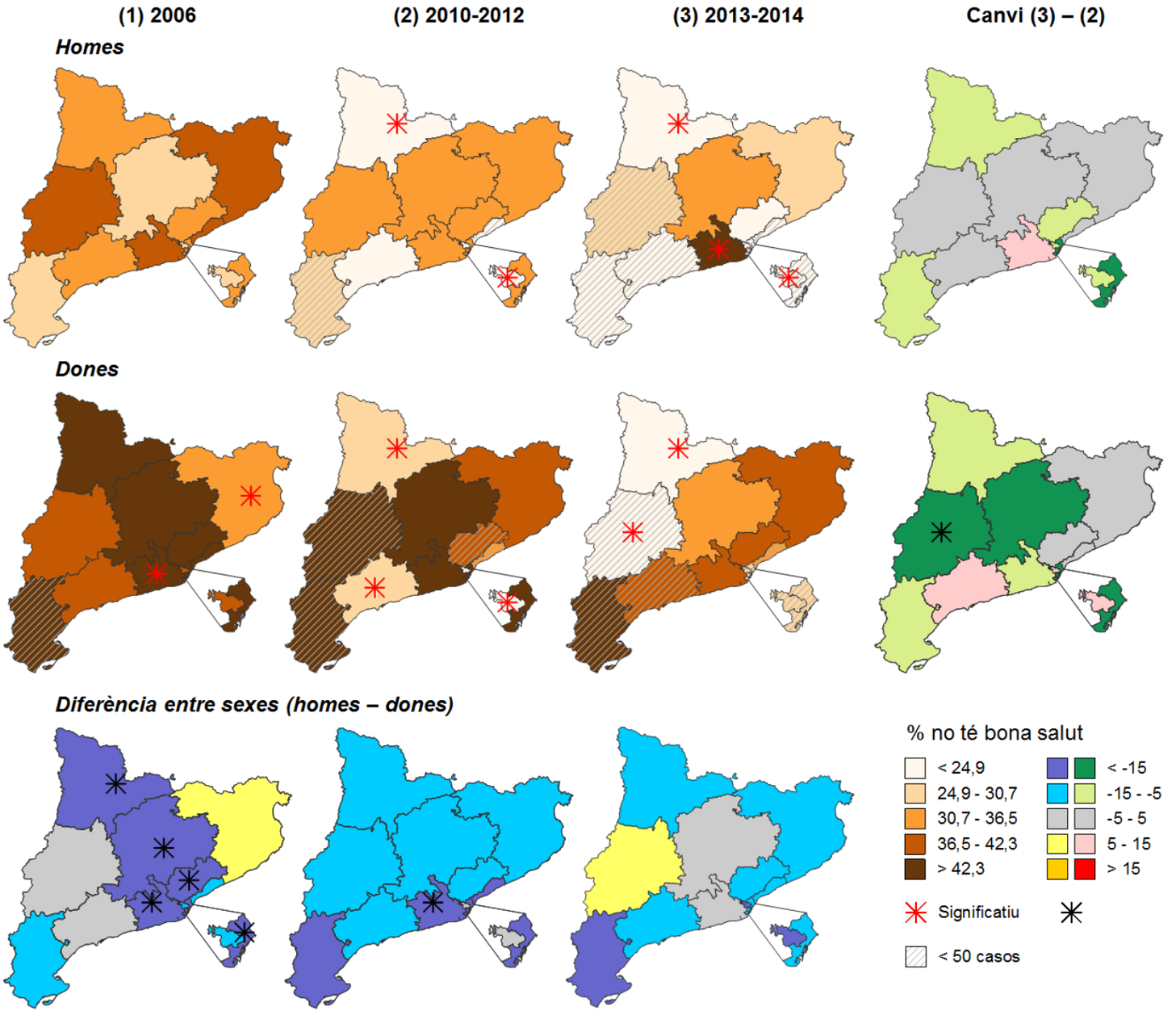
Figura 36. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell d'ingressos, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través del quadre de gràfics podem observar la incidència de no tenir bona salut entre la població de 50 i més anys segons el nivell d'ingressos, el sexe, el grup d'edat i el moment temporal. Observem que a mesura que augmenta el grup d'edat, tant entre homes com entre dones, s'incrementa el percentatge de casos de no té bona salut sobretot entre la població amb ingressos més baixos (≤ 1.200€), però també en menor mesura entre els d'ingressos més elevats (> 1.200€).

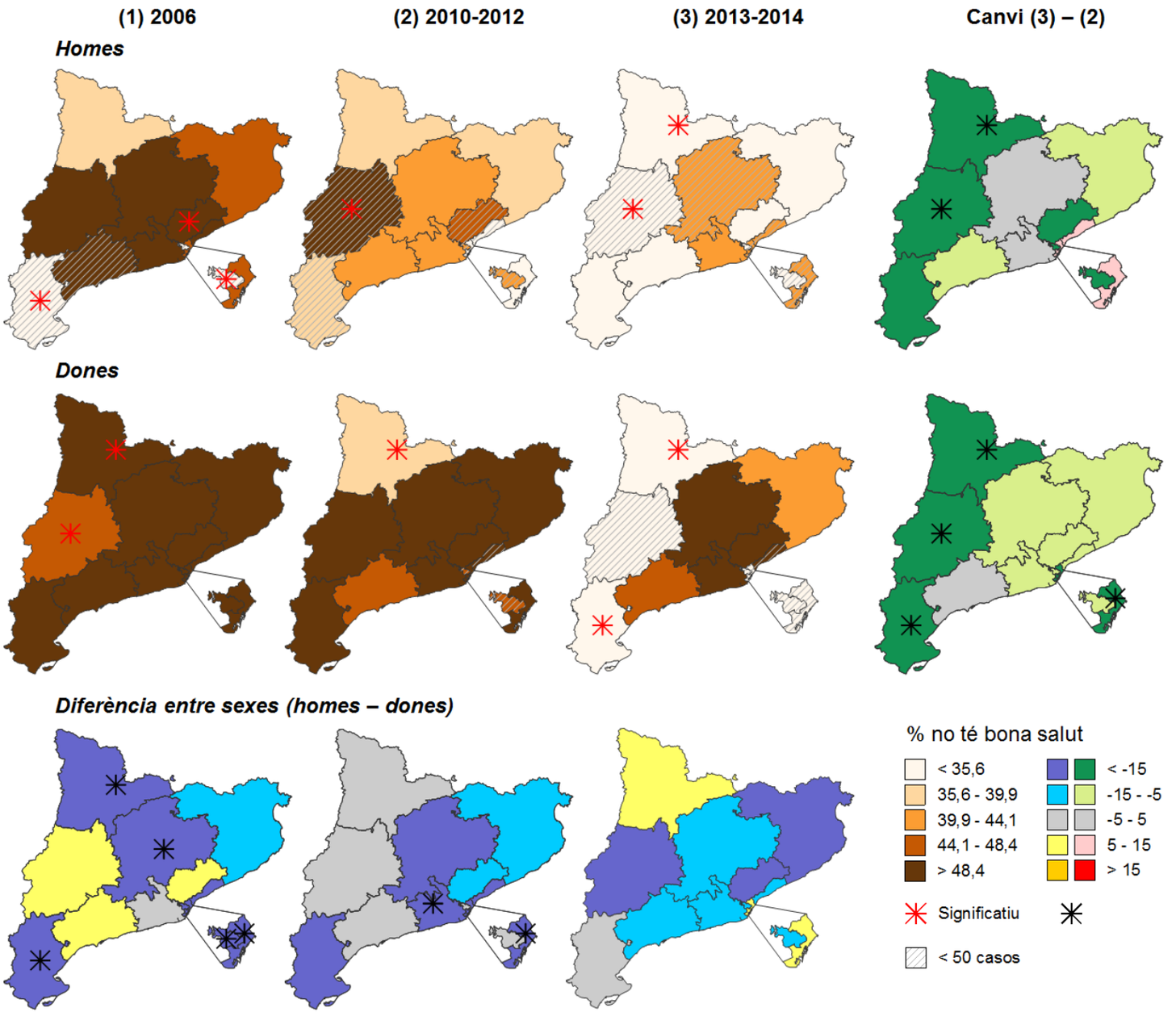
Figura 37. Proporció de població amb ingressos més alts que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries.



La representació de la proporció de població de 50 i més anys que no té bona salut autopercebuda per la categoria d'ingressos més alts ens mostra que la incidència de no tenir bona salut entre aquest segment de població s'ha mantingut bastant estable a la majoria de regions, sobretot entre els homes. Entre les dones el descens ha estat més acusat a Lleida, a les Comarques Centrals i a Barcelona Ciutat – menys renda.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 38. Proporció de població amb ingressos més baixos que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries.

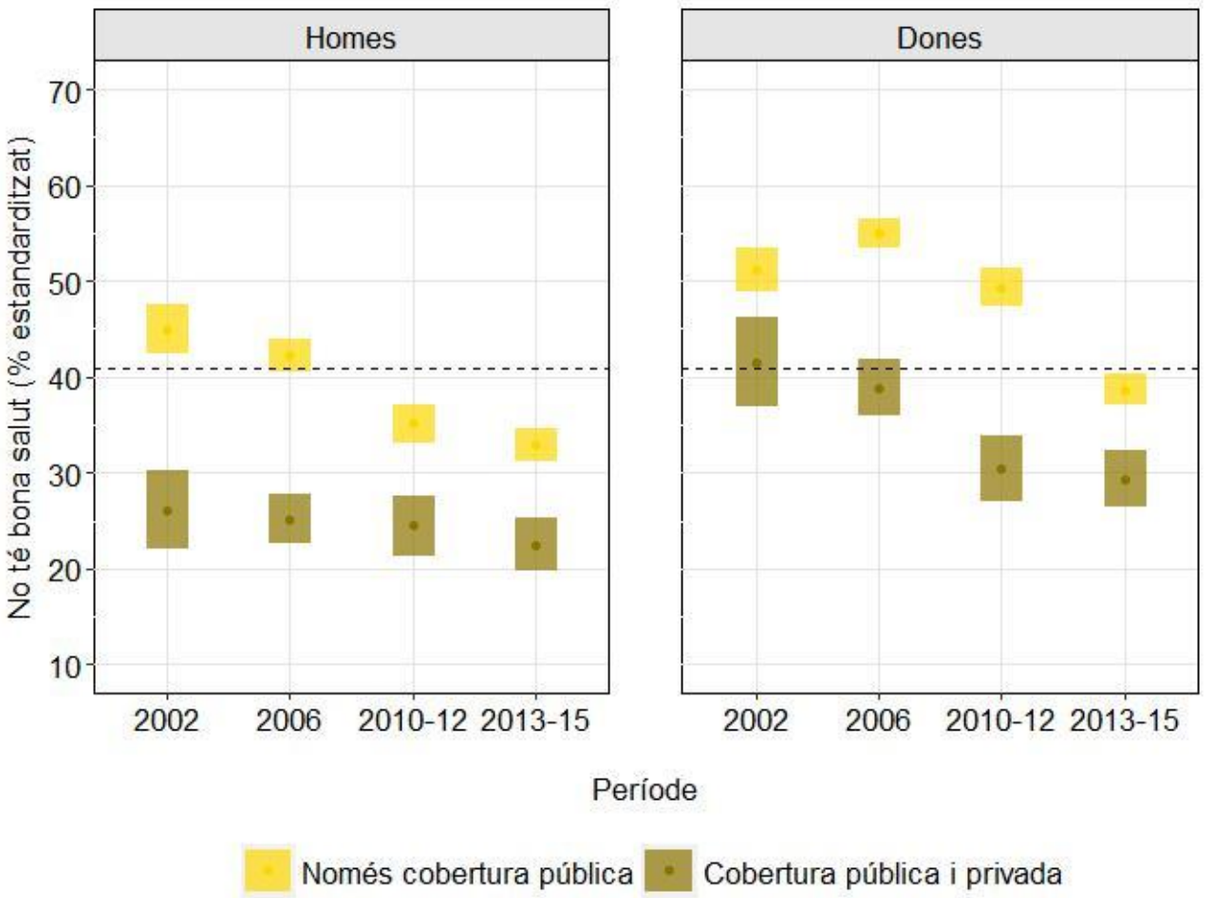


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Podem observar la representació del percentatge de població de 50 i més anys que no té bona salut autopercebuda en la categoria d'ingressos més baixos.

Territorialment es produeix un descens de la incidència de no tenir bona salut en la majoria de les regions en ambdós sexes. Així, el descens és acusat a Lleida, l'Alt Pirineu i Aran i les Terres de l'Ebre. A Barcelona Ciutat – menys renda el descens també és acusat entre les dones però, en canvi, entre els homes es produeix un augment.

Figura 39. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per cobertura sanitària i sexe.



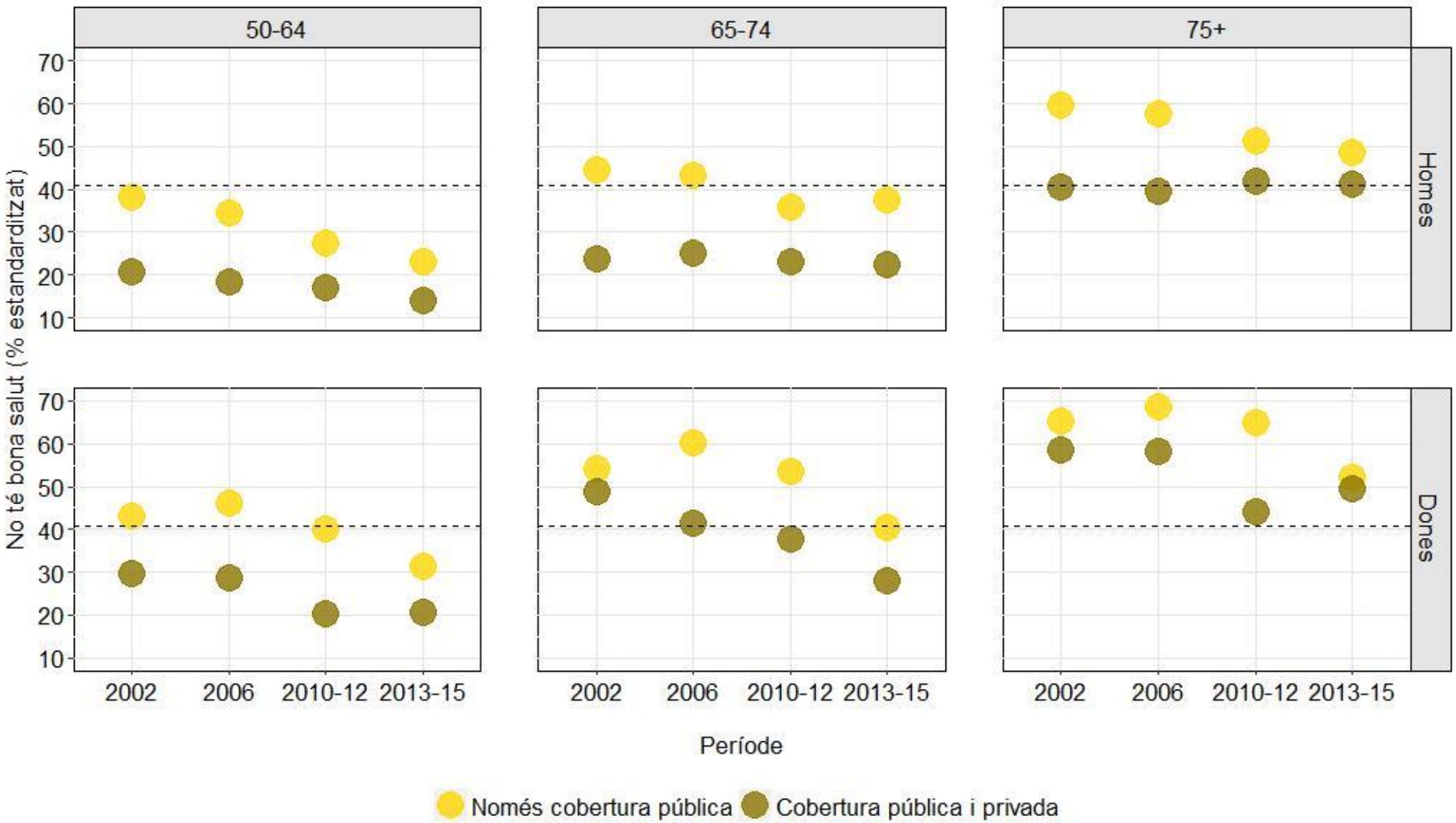
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Observem també que entre la població amb només cobertura pública la incidència de no tenir bona salut és major que entre la població amb cobertura pública i privada. Entre les dones, indistintament del tipus de cobertura, aquesta incidència és més alta que entre els homes.

Quant a l'evolució temporal de la incidència de no tenir bona salut, aquesta presenta un signe contrari a l'evolució per edat que es pot observar al gràfic següent. Així, d'aquesta manera a mesura que han anat passant els anys s'ha produït una disminució del percentatge de no tenir bona salut tant en homes com en dones i de manera més acusada entre la població que només disposa de cobertura pública.



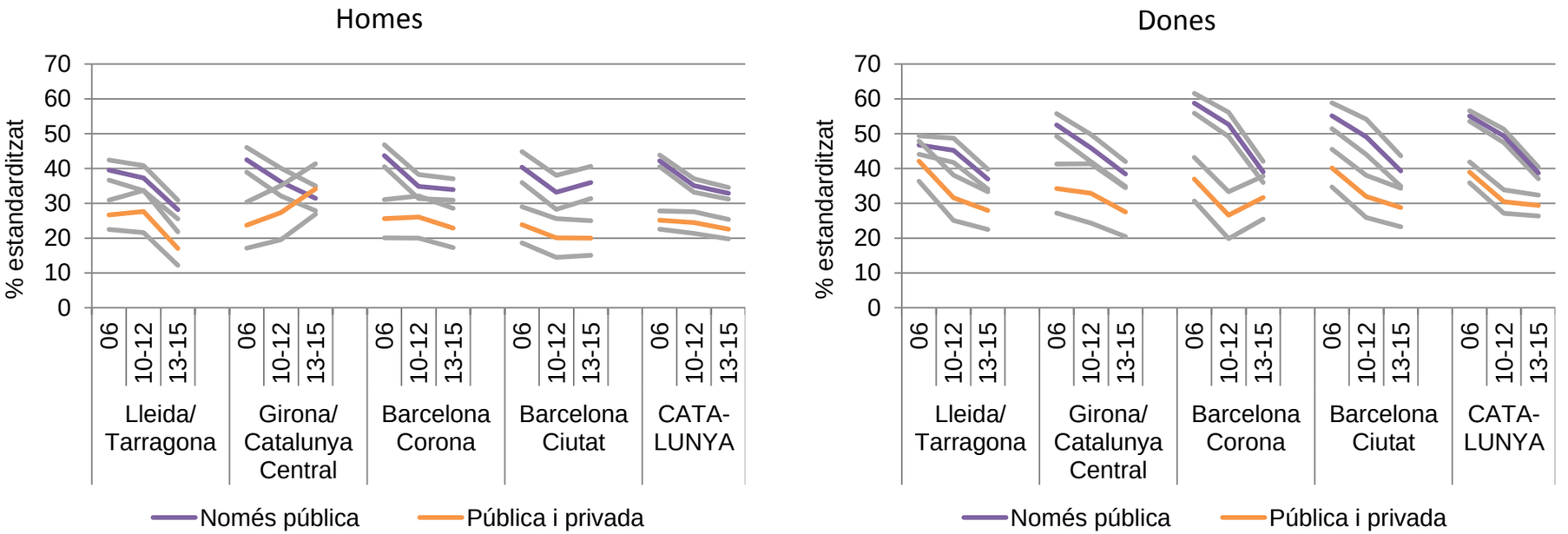
Figura 40. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per cobertura sanitària, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través del quadre de gràfics podem observar la incidència de no tenir bona salut segons la cobertura sanitària, el sexe, el grup d'edat i el moment temporal. S'observa que a mesura que augmenta l'edat -tant entre els homes com entre les dones i per tots els anys d'estudi- s'incrementa el percentatge de casos de no té bona salut, especialment entre la població que només disposa de cobertura pública.

Figura 41. Proporció de població segons el tipus de cobertura sanitària que no té bona salut autopercebuda. Regions agrupades*.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Veure nota metodològica de la pàgina 11 sobre la classificació regional.

L'anàlisi, que es realitza segons regions agrupades, mostra com al llarg del període d'estudi s'observa una disminució de la incidència de no tenir bona salut, sent aquesta incidència menor entre els que disposen de cobertura pública i privada que entre els que només disposen de cobertura pública.

Des d'un punt de vista territorial observem que per als homes és a la regió Lleida-Tarragona on més acusat ha estat aquest descens. L'excepció del patró general es produeix a Girona-Catalunya Central on s'observa un augment dels valors entre la població amb cobertura pública i privada. Entre les dones el descens ha estat més generalitzat, especialment a Barcelona Corona i a Barcelona Ciutat per a les que només disposen de cobertura pública

Taula 5. Proporció de població que no té bona salut segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (1).

NO TÉ BONA SALUT

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		33,4	29,9	24,7	21,3	40,5	42,0	34,9	28,8
Activitat laboral									
Treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
No treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50							
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o més									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A			N<50	N/A			N<50
	> 1.200 €	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada			N<50	N<50				N<50

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. Nota 1: L'escala de colors s'ha aplicat a tots els valors per poder comparar entre homes i dones, els diferents moments i les diferents combinacions de variables socioeconòmiques. L'escala va des de gammes de vermell (pitjor situació) a gammes de verd (millor situació). Nota 2: Es mostren només els resultats amb 50 o més casos. Nota 3: L'últim període pels ingressos de la llar és 2013-14.

Activitat laboral:

- Treballar beneficia a la salut, però més entre els homes.
- Des de 2006 la salut va millorar no només pels que treballen sinó també pels que no ho fan.
- Encara que durant els anys del boom econòmic les dones que no treballaven tenien millor salut que els homes, aquesta associació es va invertir durant la crisi.
- Quan es creua l'activitat amb d'altres categories socioeconòmiques, les categories més baixes mostren, en general, pitjor salut que les categories més altes. No obstant, durant la crisi aquestes diferències es van reduir. De fet, en el cas dels homes i excepte per l'educació, el que importa és treballar i no pertànyer a la categoria més alta de l'indicador socioeconòmic per tenir bona salut autopercebuda.

Nivell d'estudis:

- Disposar d'un nivell d'estudis baix proporciona més incidència de no tenir bona salut autopercebuda.
- Entre 2002 i 2006 la salut va empitjorar per les dones amb baixos nivells educatius. Entre els homes les diferències educatives van augmentar lleugerament durant el període d'estudi.
- Creuat amb d'altres variables, la categoria més alta de l'altre variable disminueix la proporció de no tenir bona salut per ambdós categories d'educació. Una excepció és en les dones poc instruïdes, per qui des de 2006 viure en una llar amb un nivell socioeconòmic alt no altera la seva salut.

Taula 5. Proporció de població que no té bona salut segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (2).

NO TÉ BONA SALUT

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A	N<50		N<50	N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Ingressos de llar									
> 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A				N/A			
≤ 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A	N<50	N<50	N<50	N/A	N<50	N<50	N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Per resumir: Entre les persones de 50 a 64 anys, no tenir bona salut autopercebuda té major incidència en:

- Dones que en homes
- No treballar que treballar
- Estudis baixos que estudis més alts
- Viure en una llar de classe social baixa que en una més alta
- Viure en una llar amb ingressos baixos que en una més alta
- Tenir només cobertura pública que pública i privada
- No obstant, i **només entre els homes**, en relació amb l'activitat, la importància de la classe social, els ingressos i el tipus de la cobertura sanitària ha desaparegut durant la crisi. El que distingeix és treballar o no treballar.

Classe social

- Encara que les persones que viuen en llars de classes socials més altes tenen una menor incidència de no tenir bona salut, durant el boom econòmic la salut de les dones en aquestes classes socials va empitjorar.
- Les diferències entre les dues categories de classe social es van mantenir entre les dones però es van reduir entre els homes.
- Creuat amb ingressos de la llar, durant la crisi la importància dels ingressos per a la salut autopercebuda va disminuir per aquelles persones que vivien en llars de classes socials més baixes. Pels de classes socials més altes, el nivell d'ingressos sí importa: des del 2006, la salut autopercebuda va empitjorar entre les dones de les classes més altes però amb ingressos més baixos.
- En relació amb la cobertura mèdica, dins les classes socials les diferències es van mantenir amb el temps.

Ingressos de la llar:

- Viure en una llar que disposa d'una renda mensual de 1.200€ o menys proporciona més incidència de no tenir bona salut autopercebuda. Les diferències entre les dues categories s'han mantingut entre les dones però s'han reduït entre els homes.
- Creuat amb la cobertura sanitària s'observa que, des de 2010-12 entre les persones que viuen en llars amb més renda, la salut va empitjorar entre els homes però va millorar entre les dones.

Cobertura sanitària:

- No tenir bona salut presenta major incidència entre les persones amb només cobertura pública.
- Creuat amb d'altres variables socioeconòmiques s'observa que es mantenen aquestes diferències, encara que entre els homes gairebé desapareixen en relació amb l'activitat (el que importa és treballar, no tant el tipus de cobertura; vegeu més amunt).

Taula 6. Proporció de població que no té bona salut segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya.

NO TÉ BONA SALUT

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**47,9**	**46,8**	**40,7**	**40,2**	**58,3**	**61,0**	**55,1**	**44,1**
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*	N<50				N<50			
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada					N<50			
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50				N<50			
Ingressos de llar									
> 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A		N<50	N<50
≤ 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Per la font i les notes, veure Taula 5.

Nivell d'estudis:

- Disposar d'un nivell d'estudis alt proporciona menys incidència de no tenir bona salut autopercebuda.
- No obstant, entre 2002 i 2006, la percepció de la salut va empitjorar per les dones però sobretot per a les d'un nivell més alt (aquest empitjorament va durar fins a 2010-12). Entre els homes les diferències educatives es van reduir lleugerament durant el primer període de la crisi, per les millores entre els de menys estudis.
- Creuat amb d'altres variables, el nivell alt d'estudis i la categoria més alta de l'altre variable dóna la menor proporció de no tenir bona salut, sense cap canvi de tendència ni durant el boom ni la crisi en el cas dels homes i una lleugera millora entre les dones. Tanmateix, entre els homes amb estudis primaris o menys la classe social no afecta a la salut i des de 2010-12 tampoc als ingressos ni al tipus de cobertura sanitària (entre 2006 i 2010-12 la salut dels homes amb estudis primaris i doble cobertura sanitària va empitjorar). Entre les dones amb estudis secundaris o més durant el principi de la crisi va augmentar la distància entre les dones amb doble cobertura i aquelles amb només cobertura privada, i va empitjorar la salut de les que vivien en llars de classes baixes i amb ingressos baixos.

Classe social

- Les persones que viuen en llars de classe social més alta tenen una millor salut autopercebuda. A més, durant l'auge econòmic la percepció de la salut va empitjorar entre les dones de classes més baixes.
- Van haver-hi millores entre totes les classes i per ambdós sexes en el primer període de la crisi, però aquesta tendència es va estancar entre els homes de les classes més baixes entre 2010-12 i 2013-15.
- Creuat amb ingressos de la llar sembla que aquest últim període de la crisi va impactar negativament entre les persones (d'ambdós sexes) que vivien en llars de classes més baixes i ingressos d'uns 1.200€. En canvi, per a classes més altes i amb més ingressos la salut va millorar. Tenir doble cobertura va tenir un efecte protector només durant el primer període de la crisi pels homes de classes baixes i per a les dones de classes més altes durant tot el període 2010-15.

Ingressos:

- Viure en una llar que disposa d'una renda mensual de 1.200€ o menys va proporcionar més incidència de no tenir bona salut autopercebuda durant el boom. No obstant, al final de la crisi aquesta diferència s´ha reduït al mínim entre la població de 65 i més anys, encara que entre 2006 i 2010-12 les diferències entre les dones van augmentar.

Cobertura sanitària:

- No tenir bona salut presenta major incidència entre les persones amb només cobertura pública.
- Creuat amb d'altres variables socioeconòmiques s'observa que es mantenen aquestes diferències pels que estan millor situats en l'altre variable (per exemple, viure en una llar de classe social més alta).

Per resumir:

- Entre les persones de 65 anys o més, no tenir bona salut autopercebuda té major incidència en les mateixes categories que entre les d'edat 50-64.
- Tanmateix, i per ambdós sexes, malgrat que tenir un alt nivell d'educació és clau, quan es creua amb una altra variable això té efectes sobretot quan el nivell de l'altra variable també és alt. El nivell d'aquest "doble avantatge" no va canviar gaire en el temps d'estudi.

Discapacitat (50 i més anys)

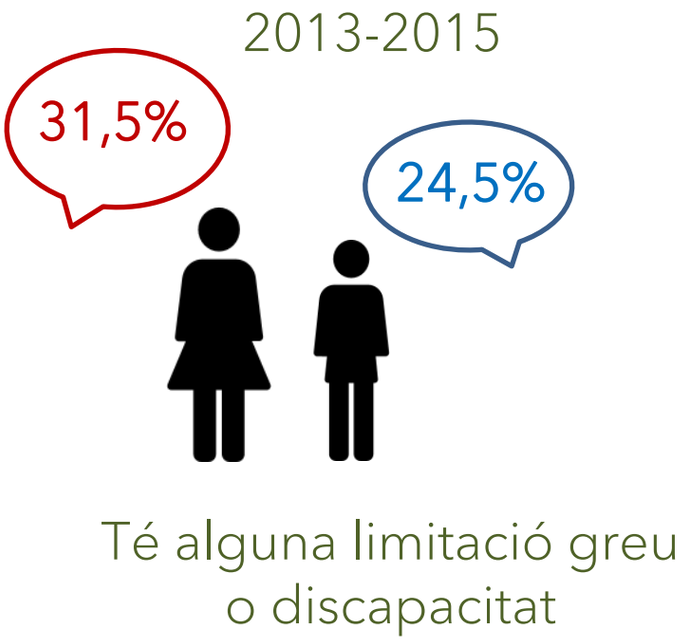
Discapacitat

Figura 42. Proporció de població que té alguna discapacitat per sexe.



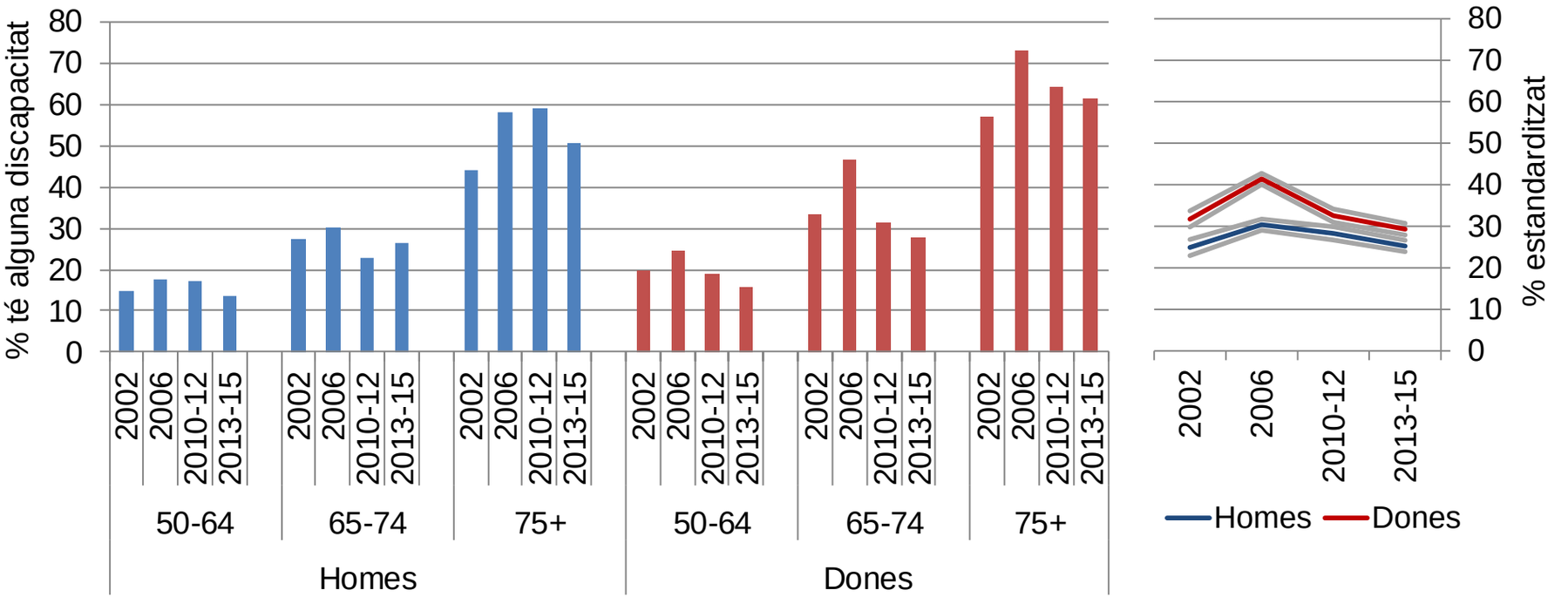
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

L'anàlisi del nombre de discapacitats entre la població de 50 i més anys el centrarem en les persones que tenen una o més limitacions greus o discapacitat. Va haver-hi un augment en els discapacitats entre 2002 i 2006 però des de llavors el percentatge ha anat disminuint. Les dones demostren un percentatge més elevat en cada període que els homes, sobretot l'any 2006, però el seu descens des de llavors també ha estat més pronunciat.



Nota metodològica: Per determinar l'estat de salut del responent, l'ESCA també pregunta si el responent té "alguna limitació greu o discapacitat que l'afecti de manera permanent per fer les seves activitats quotidianes". Les possibles respostes són: **"Si"** o **"No"**. Des de l'any 2006 hi ha 11 ítems, com per exemple, una limitació greu de la vista, de l'oïda o si té alguna dependència greu d'un aparell o instrument. Per poder comparar amb l'any 2002 no vam utilitzar la pregunta sobre poder "fer les activitats de la cura de la llar", però les diferències són mínimes.

Figura 43. Proporció de població que té alguna discapacitat per sexe i edat.

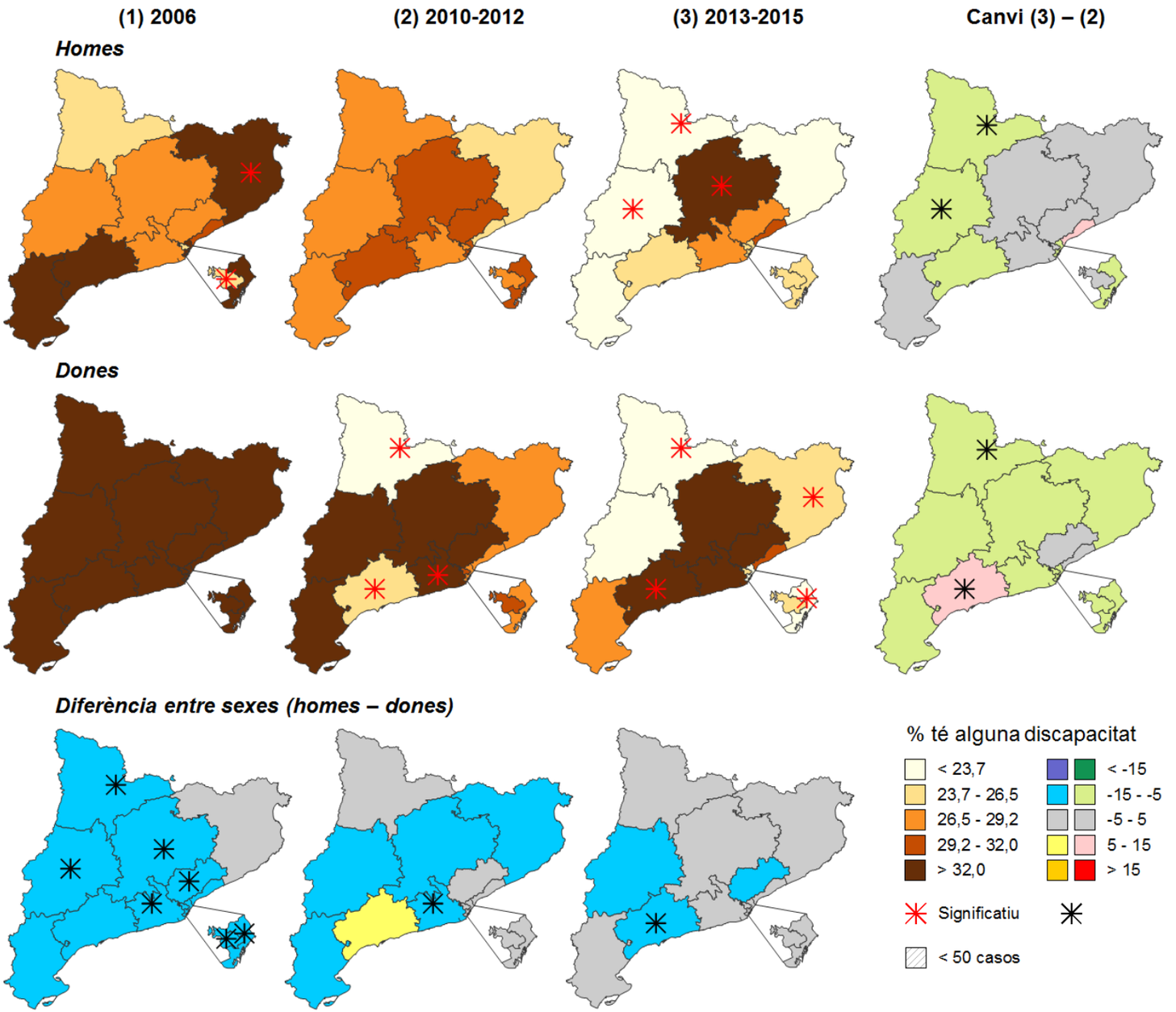


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La proporció de població de 50 i més anys que declaren tenir alguna discapacitat és més alta entre les dones i augmenta a mesura que ens apropem a edats més avançades en ambdós sexes (75 i més anys).

A mesura que augmenta l'edat s'incrementa la proporció de tenir alguna discapacitat però en canvi l'evolució temporal s'ha comportat de manera contraposada durant el període d'estudi. Mentre els primer anys del període (2002-2006) la proporció s'incrementà any rere any a totes les edats i ambdós sexes, al període 2010-2015 la tendència va ser la inversa i es va caracteritzar per un descens en la proporció de persones amb discapacitat entre homes i dones i a totes les edats.

Figura 44. Proporció de població que té alguna discapacitat. Regions sanitàries.



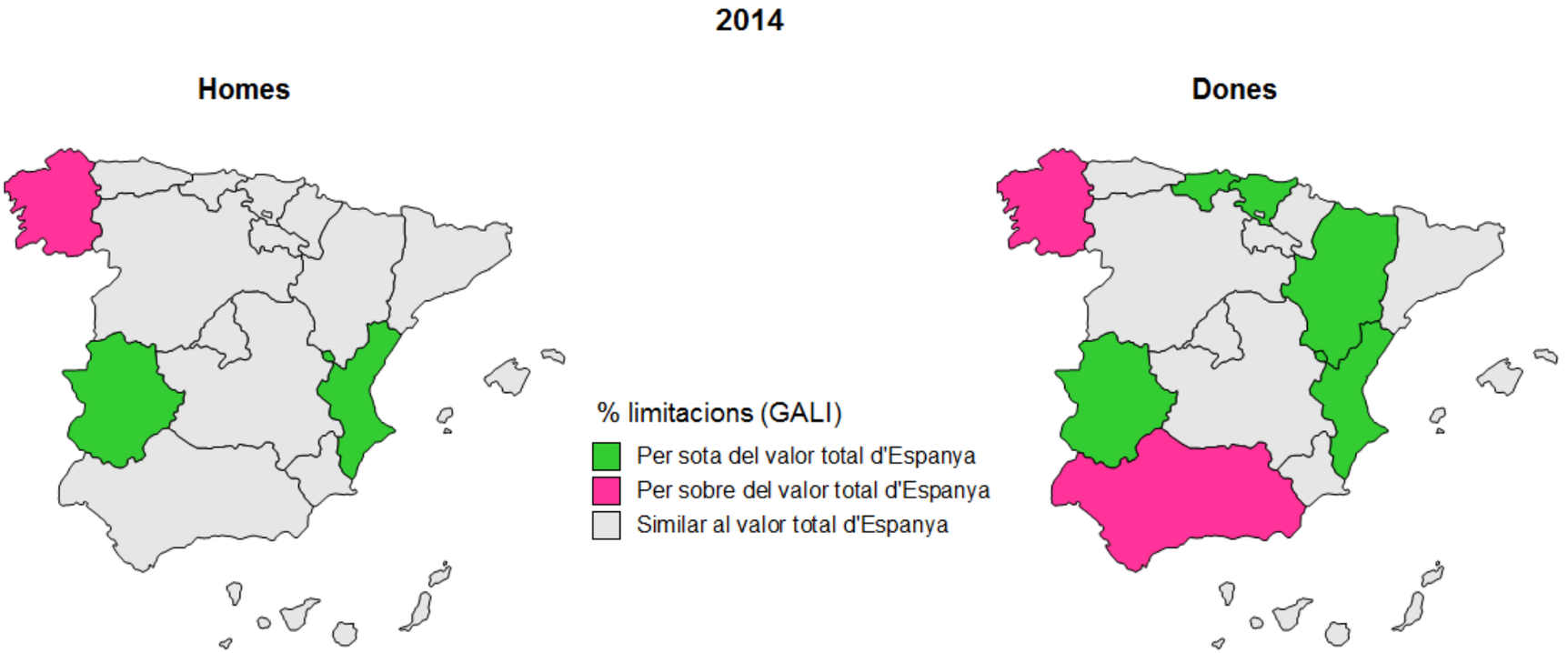
La proporció de tenir alguna discapacitat és major entre les dones a la majoria de regions i aquesta, en ambdós sexes, ha disminuït en el territori.

Entre els homes el descens ha estat acusat, sent les Comarques Centrals el territori amb més discapacitat amb molta diferència de la resta.

Entre les dones els descensos també han estat acusats, però encara la proporció és elevada al Camp de Tarragona i a les regions de Barcelona província.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 45. Proporció de població que té limitacions per a realitzar activitats de vida diària (GALI). CCAA.



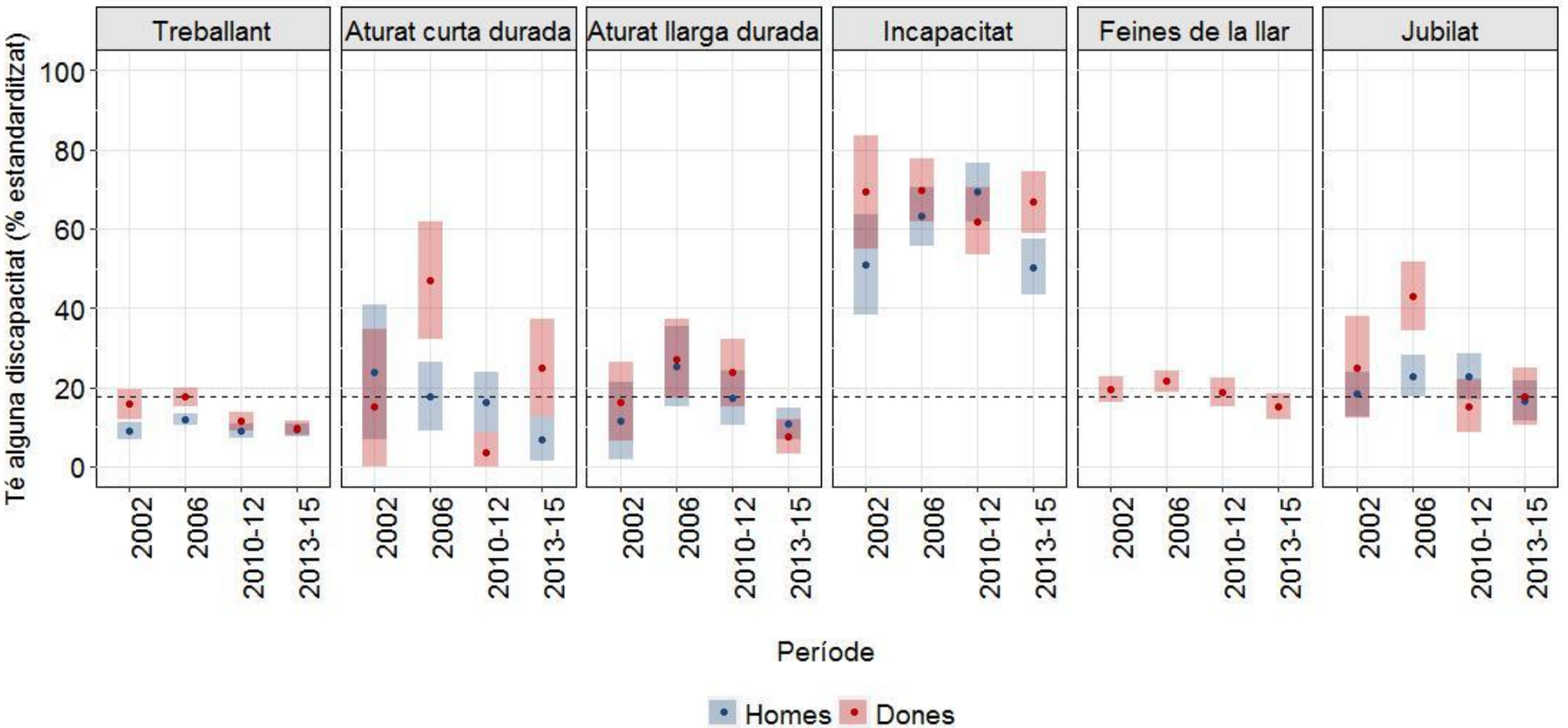
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'EESE.

Als mapes podem observar la incidència de les limitacions a través de l'indicador GALI segons si es troben per sota o per sobre del valor nacional. Entre els homes només hi ha tres CC.AA amb valors significatius, Extremadura i Comunitat Valenciana per sota i Galícia per sobre del valor nacional. Entre les dones els valors significatius augmenten i així podem observar com Andalusia i Galícia es troben per sobre mentre que Cantàbria, País Basc, Aragó, Comunitat Valenciana i Extremadura presenten valors per sota del conjunt d'Espanya.

Nota metodològica: GALI és l'abreviació anglesa de *Global Activity Limitation Index* i correspon a la resposta afirmativa a la pregunta: "Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?"

Discapacitat: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

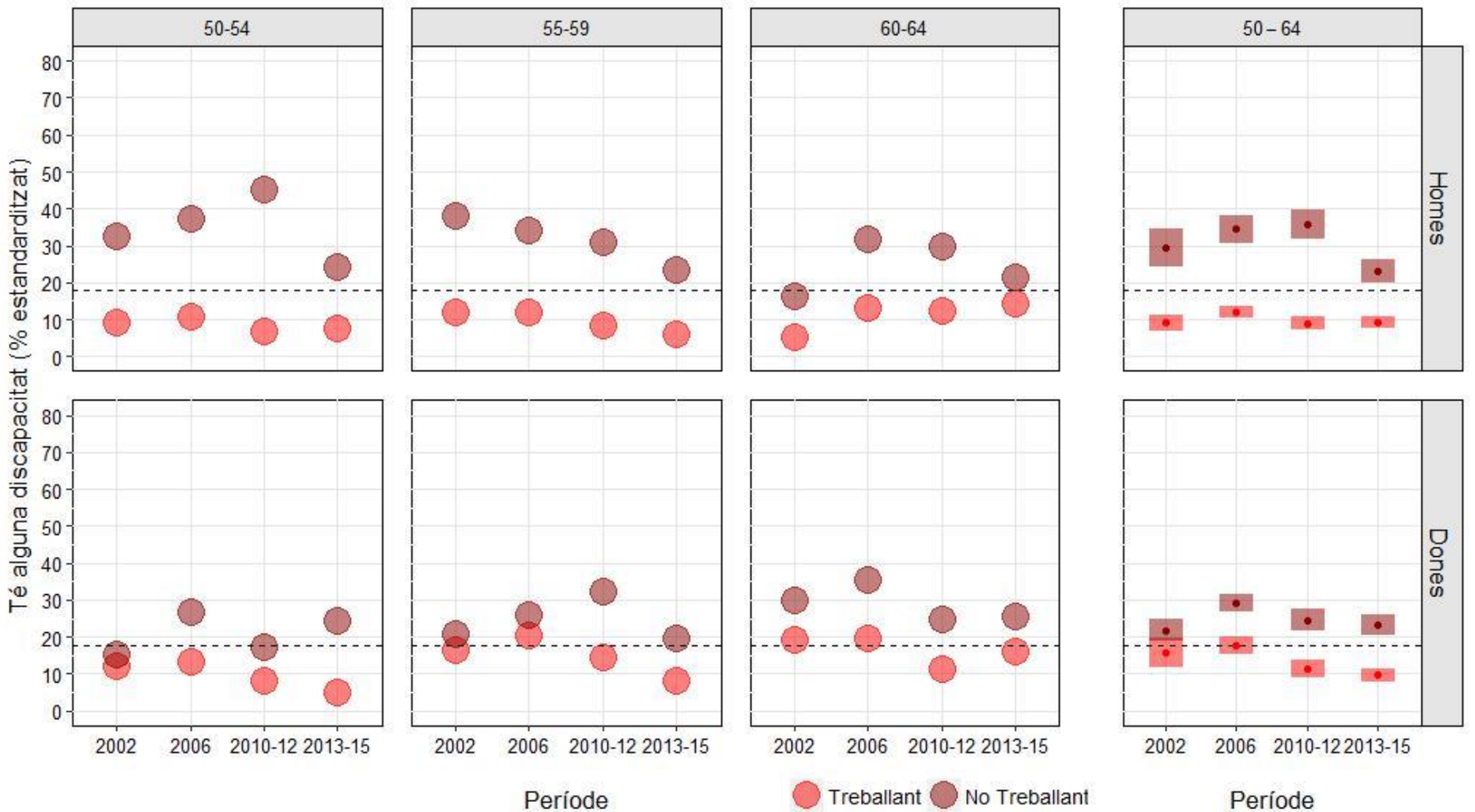
Figura 46. Proporció de població de 50-64 anys que té alguna discapacitat per activitat laboral i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

El gràfic ens mostra la incidència del percentatge estandarditzat de tenir alguna discapacitat segons el sexe i l'activitat laboral per a la població de 50-64 anys. De manera general podem afirmar que la població amb activitat laboral remunerada (treballant) i no remunerada (feines de la llar) són les que presenten una menor incidència en tenir alguna discapacitat. Per contra, la població incapacitada laboralment és la que presenta una major incidència ja que, en la majoria dels casos, la incapacitat és com a conseqüència d'una discapacitat innata o adquirida. Els jubilats i els aturats (de curta i llarga durada) són els altres casos amb més incidència de tenir alguna discapacitat, sobre tot durant el boom econòmic en 2006. Els primers degut a que a major edat més probabilitat d'adquirir alguna discapacitat, i els segons perquè tenir alguna discapacitat exclou, en moltes ocasions, del mercat laboral.

Figura 47. Proporció de població de 50-64 anys que té alguna discapacitat per activitat laboral, sexe i edat.

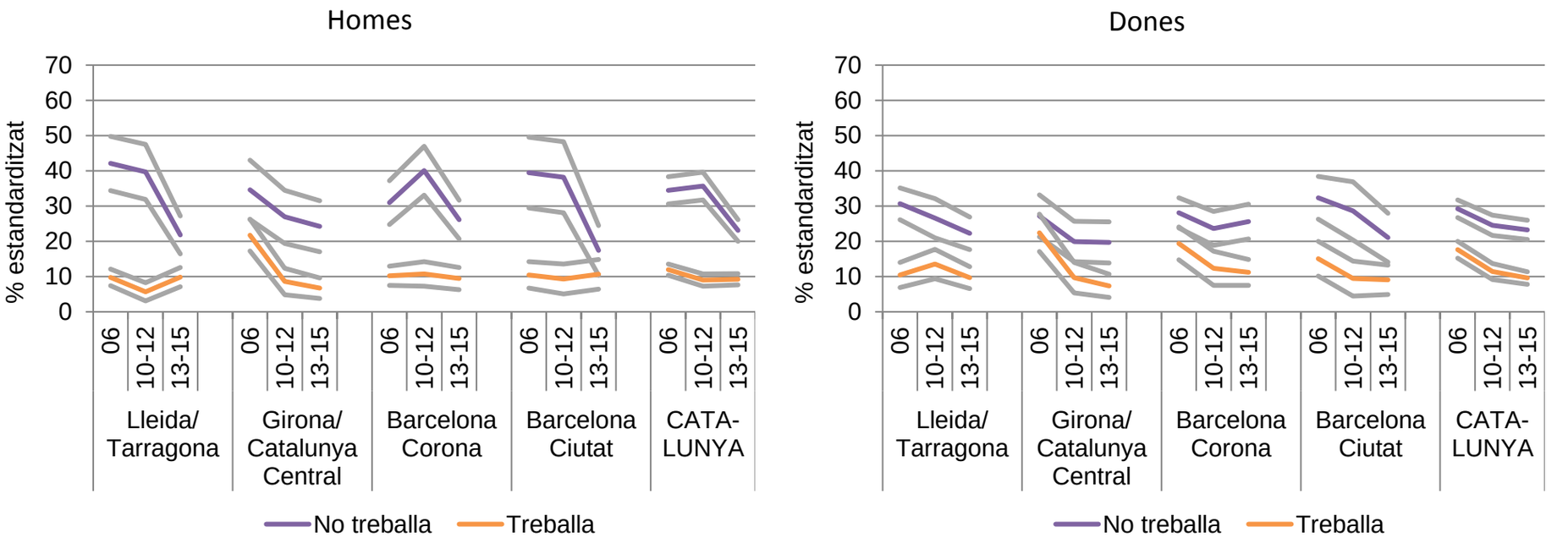


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

En aquests gràfics podem observar que a mesura que augmenta el grup d'edat -i ens aproximem a l'edat teòrica de jubilació- entre les dones que treballen s'incrementa lleugerament el percentatge de tenir alguna discapacitat, dinàmica que no s'observa entre els homes. Per altra banda, pels que no treballen la proporció no augmenta amb l'edat i la diferència amb els treballadors és menor entre les dones. Quant a l'evolució temporal, la incidència de tenir una discapacitat augmentava en el període 2002-2006 per ambdós sexes, tant entre els que es trobaven treballant com els que no. En canvi, a partir de l'any 2006 entre les dones i 2010 entre els homes les proporcions disminueixen.

Discapacitat: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

Figura 48. Proporció de població de 50-64 anys segons activitat que té alguna discapacitat. Regions agrupades*.

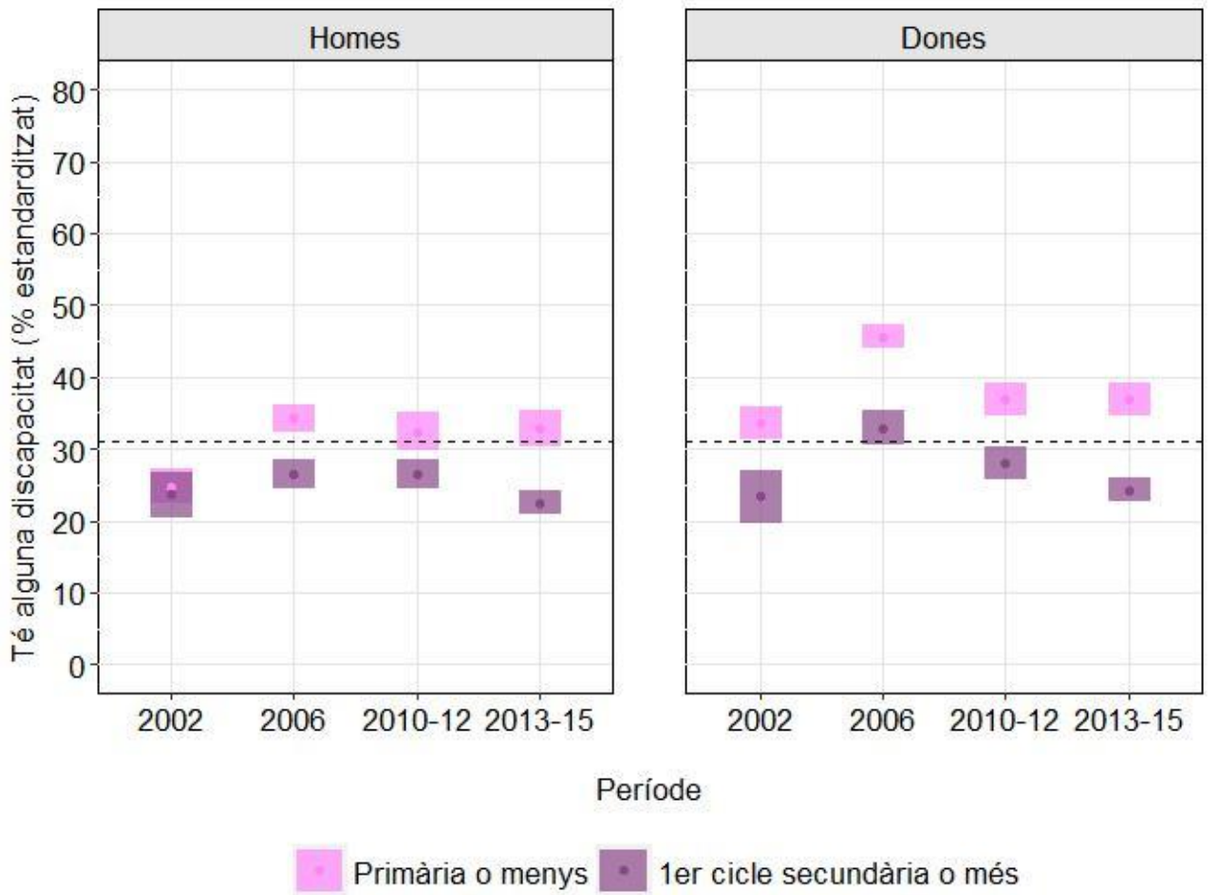


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA *Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

L'anàlisi en regions agrupades mostra com al llarg del període d'estudi es produeix una disminució de la incidència de tenir alguna discapacitat, especialment entre els que no treballen, tot i que aquesta incidència sempre és menor entre els que treballen.

Des d'un punt de vista territorial observem descensos més acusats pels homes a les regions agrupades de Lleida-Tarragona i Barcelona Ciutat per als que no treballen, mentre que pels que treballen es manté més estable a la majoria de territoris. Entre les dones els descensos són més moderats, però d'intensitats similars tant per als que treballen com per als que no, i a tots els territoris.

Figura 49. Proporció de població que té alguna discapacitat per nivell educatiu i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Si comparem el percentatge de **tenir alguna discapacitat entre sexes**, veiem que ambdós tenen una **evolució ascendent entre 2002 i 2006** amb una petita **millora posteriorment.** També podem observar que les **dones presenten** en tots els casos **incidències lleugerament superiors en tenir una discapacitat** que els homes a iguals estudis, en especial entre homes i dones amb estudis primaris o menys.

Entre les **dones** són les que declaren **estudis més baixos** les que tenen **més incidència de tenir alguna discapacitat**. En l'evolució temporal s'observa un lleuger increment de la distància entre nivells d'estudis.

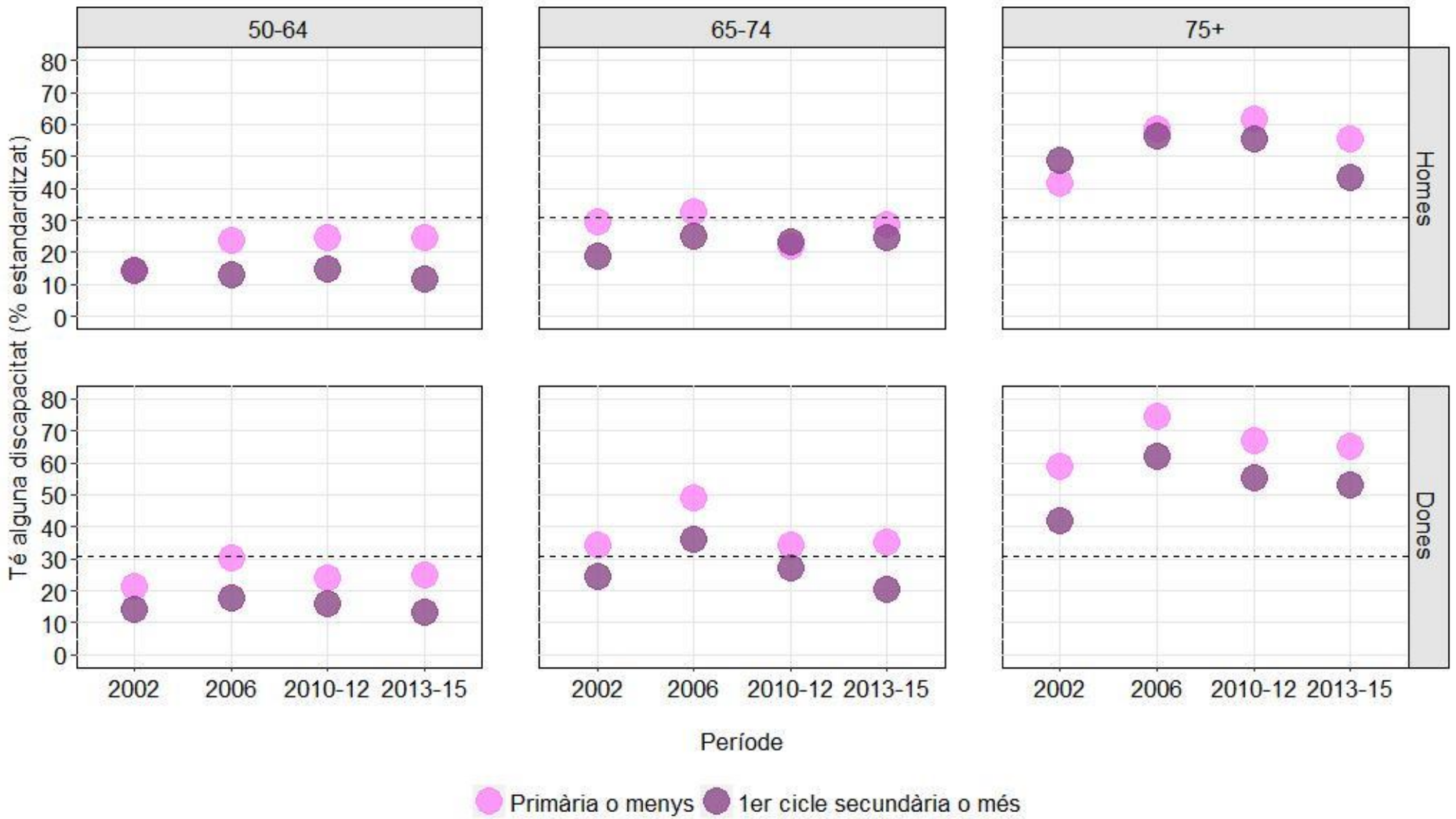




Podem observar que també entre els **homes** són els que disposen d'**estudis de primària o menys** els que **més** declaren tenir alguna **discapacitat**. Aquests presenten una evolució temporal estancada des de 2006 mentre que els que disposen de més estudis presenten una evolució descendent durant l'últim període, augmentant també les diferències educatives.

Discapacitat: Segons el nivell educatiu

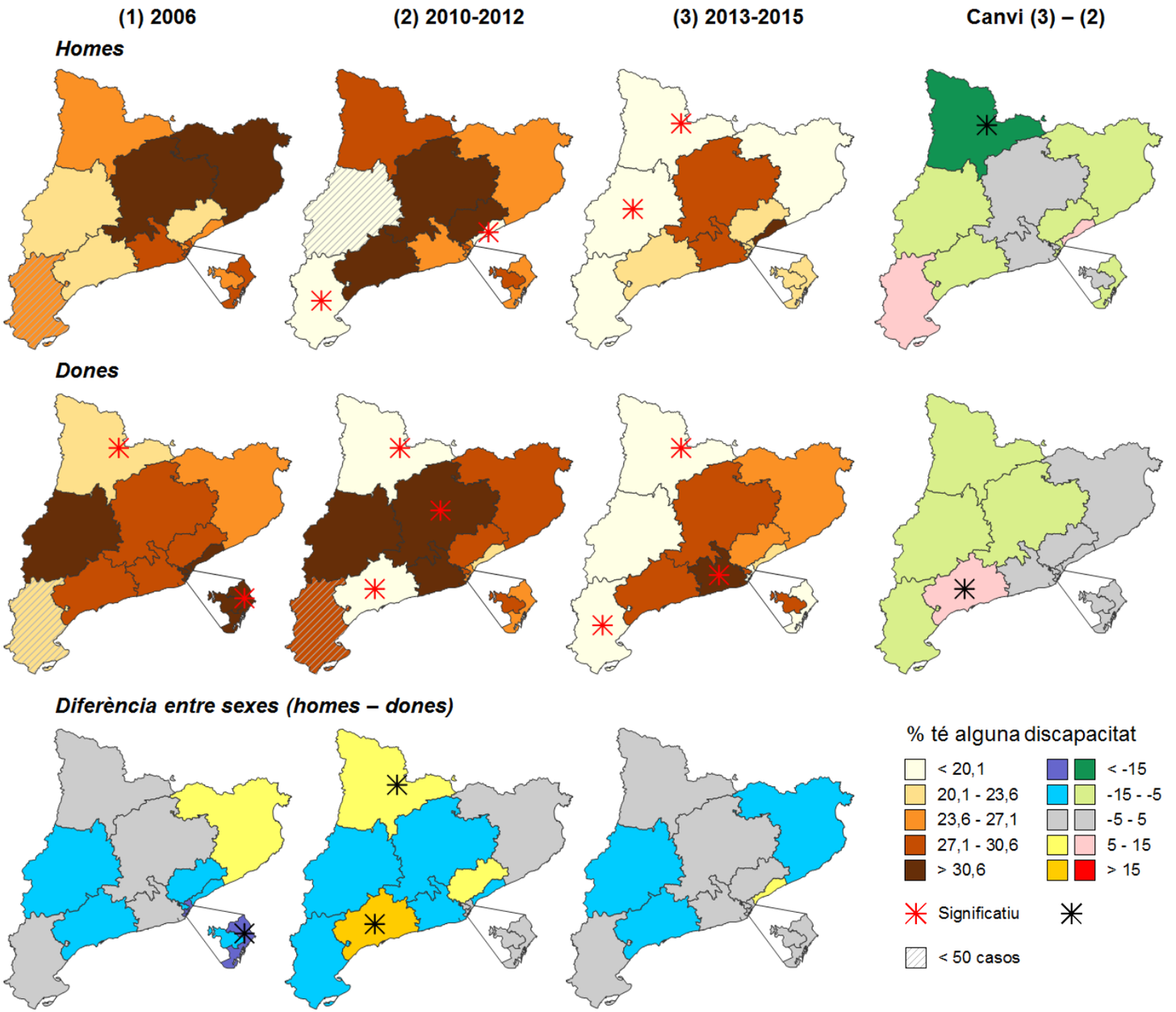
Figura 50. Proporció de població que té alguna discapacitat per nivell educatiu, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Amb aquest gràfic, on es desagrega la població per grups d'edat, podem observar que la proporció de tenir alguna discapacitat augmenta de manera considerable al grup d'edat més avançat (75 i més anys) tant en homes com en dones i independentment del nivell d'estudis assolit. Per tant, podem afirmar que la incidència de tenir alguna discapacitat està estretament lligada a l'edat.

Figura 51. Proporció de població amb nivell educació més alt que té alguna discapacitat. Regions sanitàries.

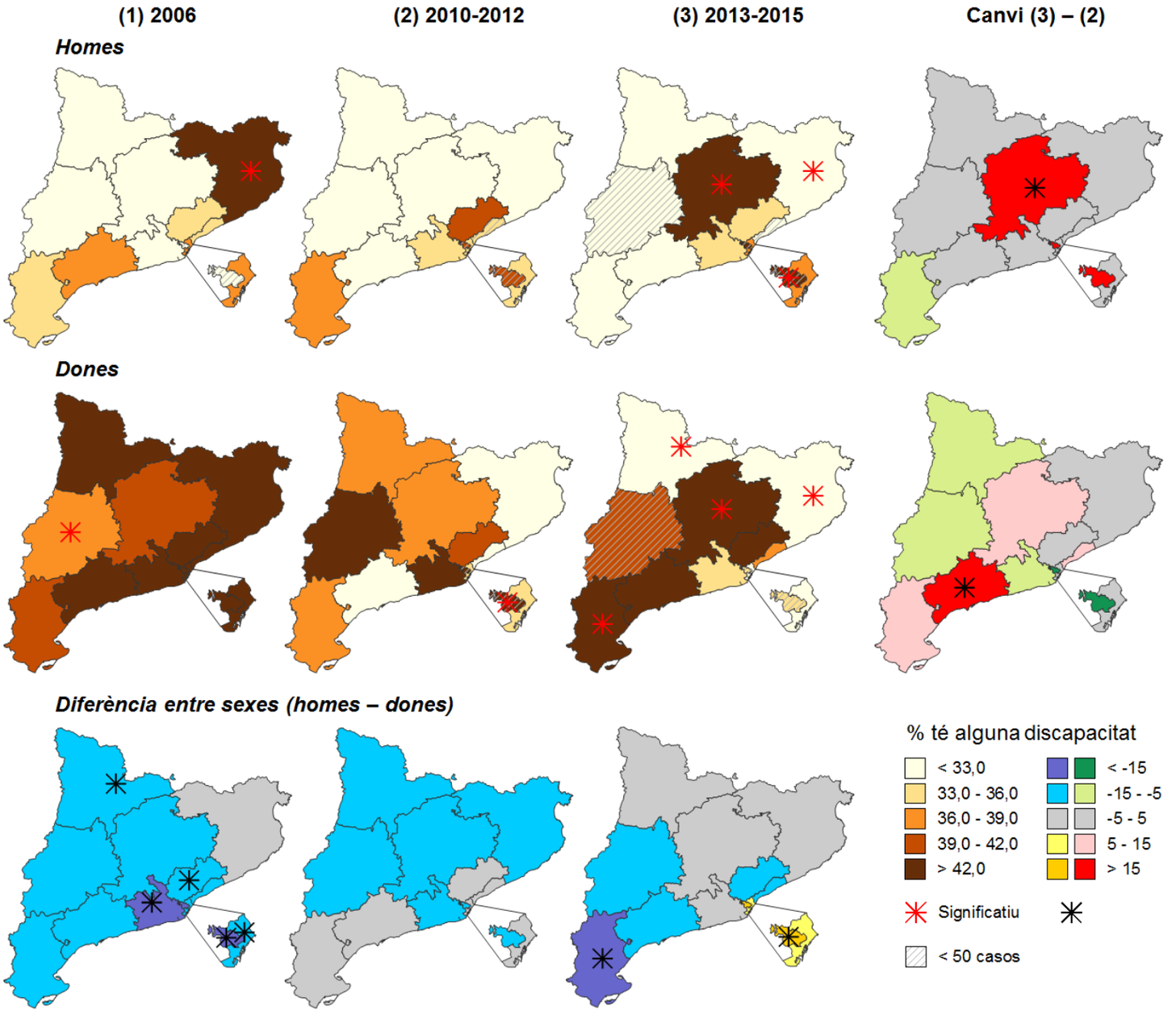


A través de la representació cartogràfica de la incidència de tenir alguna discapacitat segons el nivell d'educació més alt podem observar que, tant en homes com en dones, la proporció més elevada es dóna a les Comarques Centrals i a la Corona Oest.

A la majoria de les regions sanitàries s'ha produït un descens en la incidència de tenir alguna discapacitat, amb l'excepció de les Terres de l'Ebre, el Camp de Tarragona i la Corona Est.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA,

Figura 52. Proporció de població amb nivell educació baix que té alguna discapacitat. Regions sanitàries.

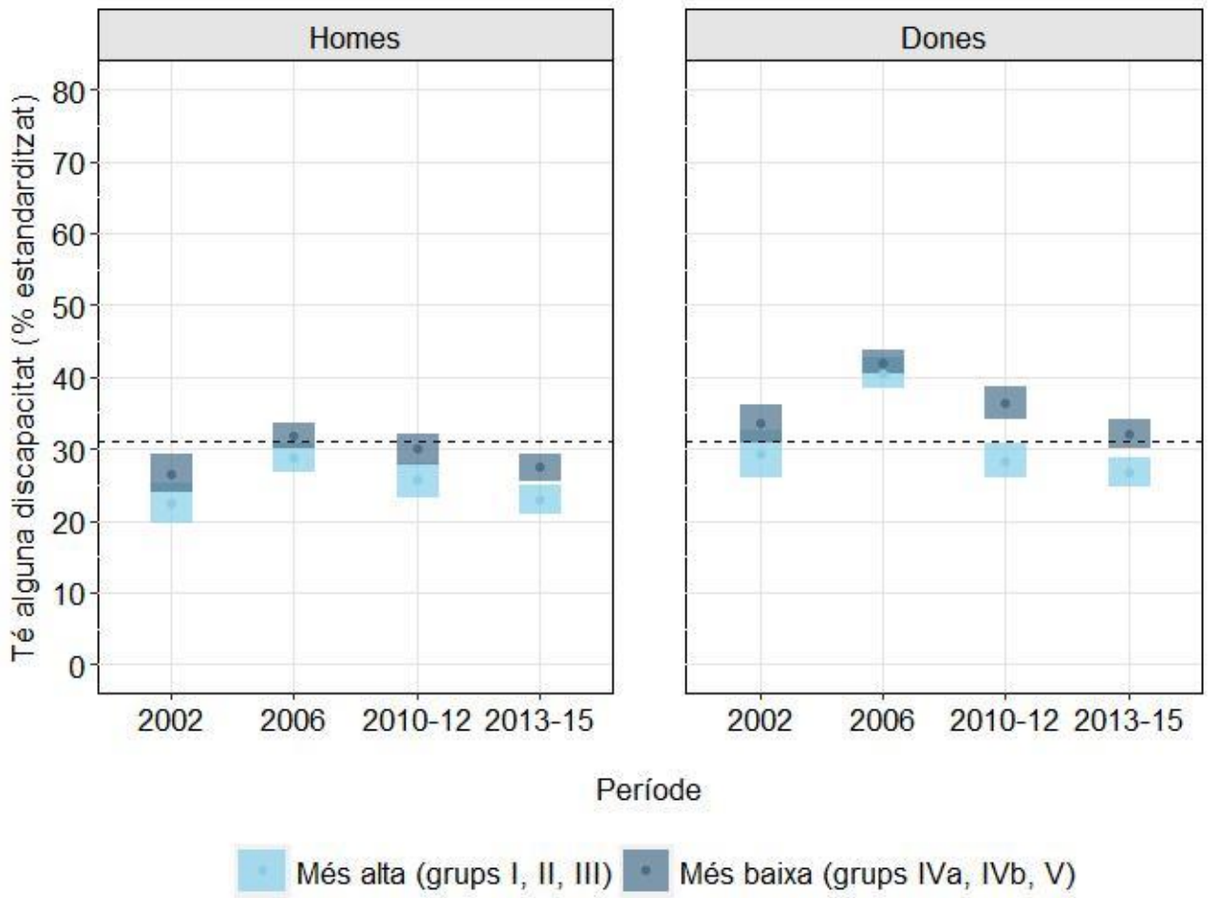


La representació de la proporció de població de 50 i més anys que té alguna discapacitat segons el nivell educatiu baix (primària o menys) té una major incidència entre les dones que entre els homes a totes les regions.

S'ha produït un descens al llarg del període d'estudi, encara que amb excepcions com a les Comarques Centrals (en ambdós sexes) i al Camp de Tarragona, les Terres de l'Ebre i la Corona Est en el cas de les dones.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 53. Proporció de població que té alguna discapacitat per classe social i sexe.





Classe més alta

MENYS

discapacitat

Classe més baixa

MÉS

discapacitat

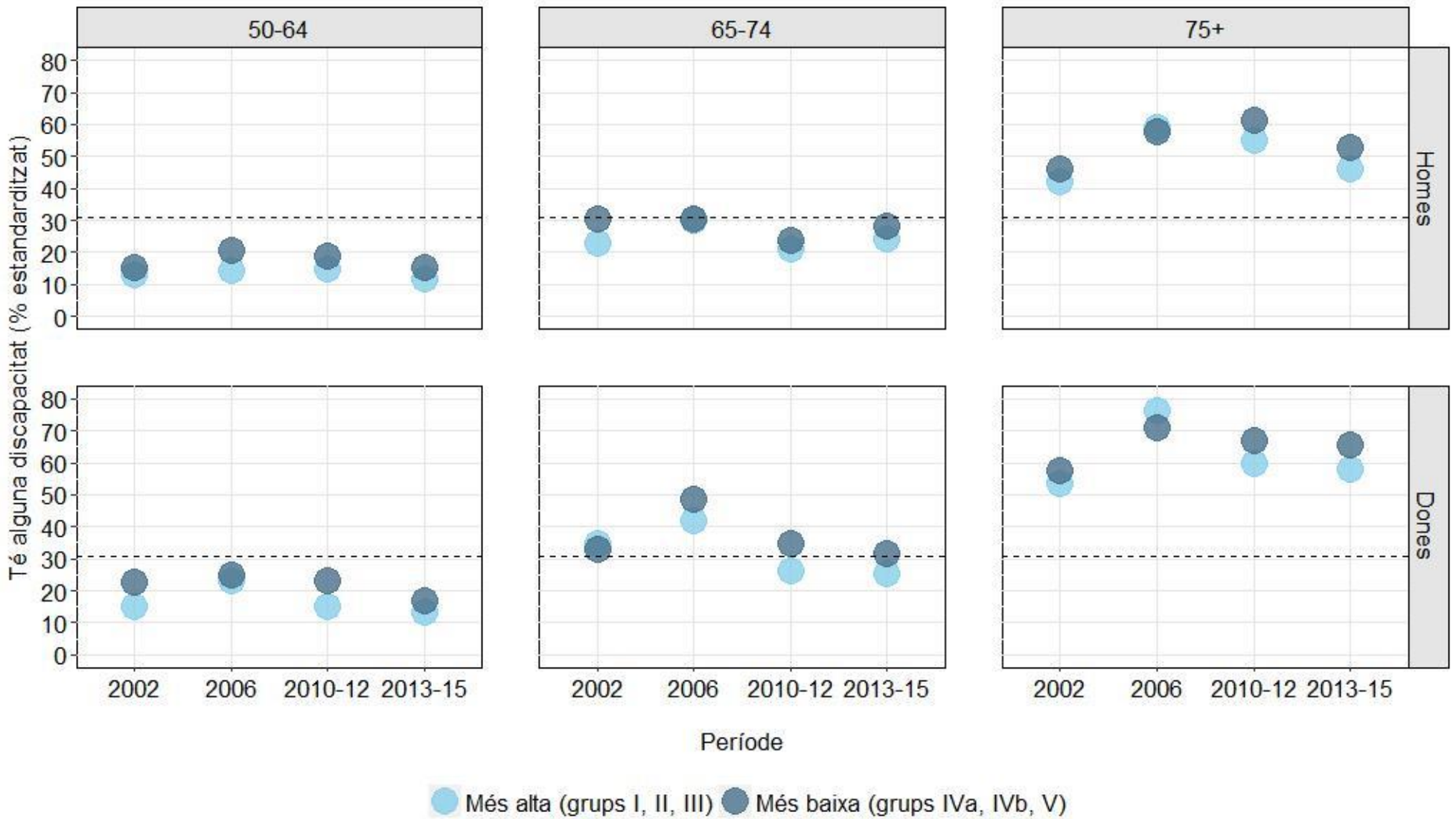


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

En aquest gràfic mostrem la incidència de tenir alguna discapacitat segons el sexe i la classe social. Podem observar que la incidència de tenir alguna discapacitat és major entre les classes socials més baixes que entre les més altes, tant en homes com en dones. Per tant, podem afirmar que es produeix una relació directa entre classe social baixa i major incidència de la discapacitat. Quant a la tendència temporal, podem observar com de forma similar a d'altres variables ja analitzades, en ambdós sexes es produeix un descens a partir de l'any 2006 en la incidència de tenir alguna discapacitat entre els de classes socials més altes i més baixes.

Discapacitat: Segons la classe social

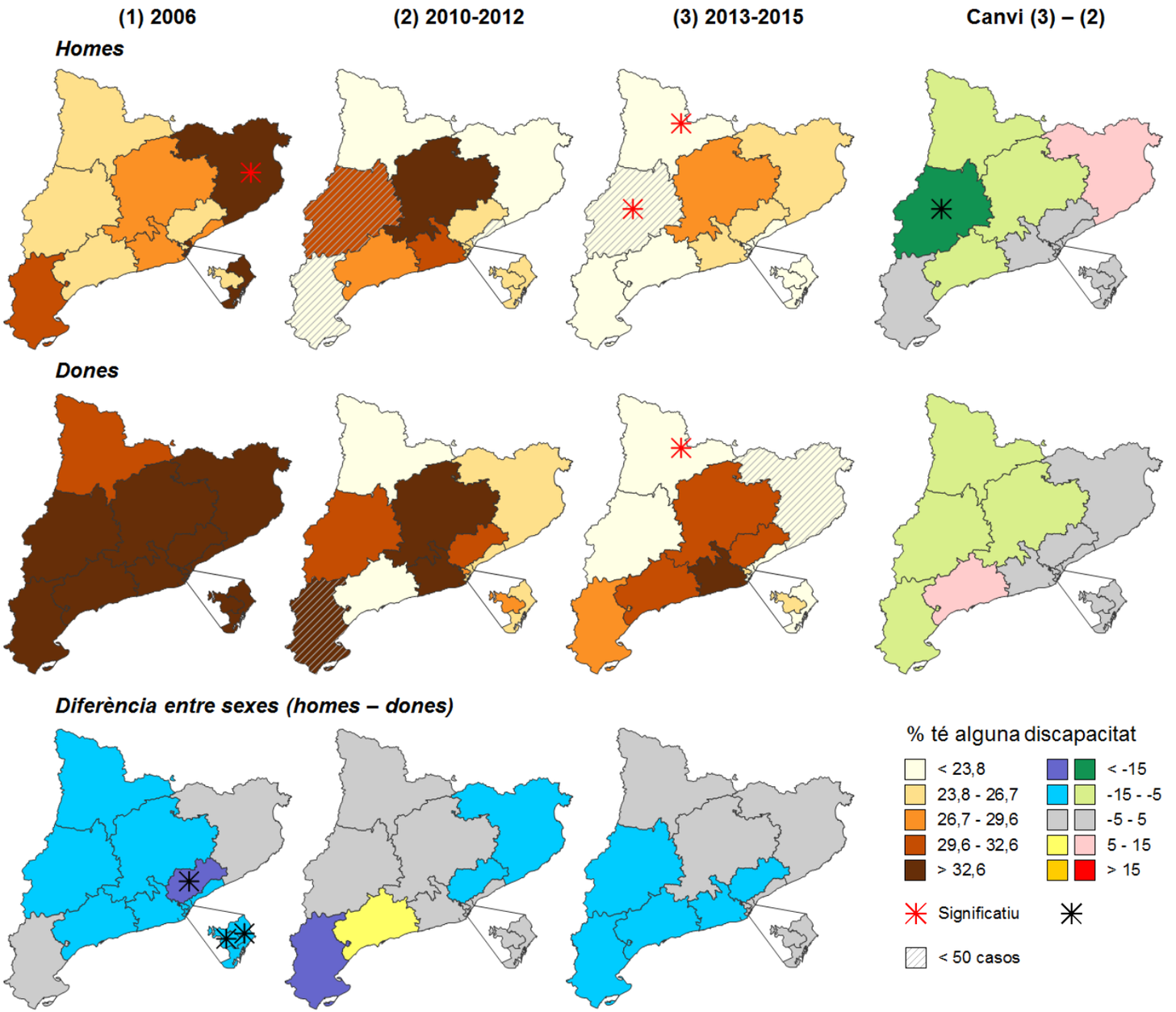
Figura 54. Proporció de població que té alguna discapacitat per classe social, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través del quadre de gràfics podem observar la incidència de tenir alguna discapacitat entre la població de 50 i més anys desagregada per grups d'edat segons la classe social, el sexe i els quatre moments temporals. La major incidència es produeix al grup d'edats més avançades (75 i més anys), i com també en aquest grup d'edat les diferències entre homes i dones encara es redueixen més.

Figura 55. Proporció de població en classe social més alta* que té alguna discapacitat. Regions sanitàries.

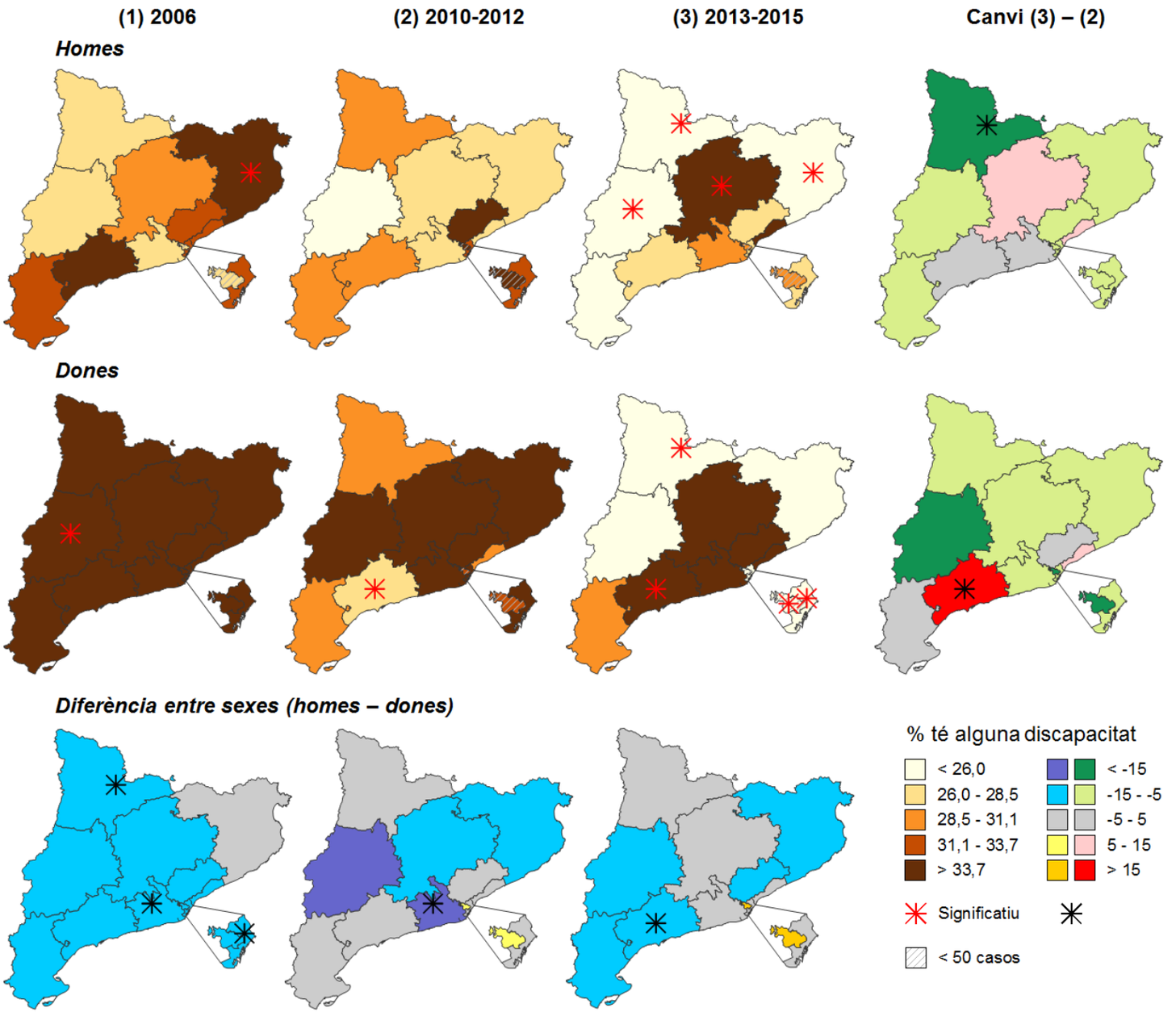


La representació cartogràfica del percentatge de població de 50 i més anys que té alguna discapacitat per la classe social més alta ens mostra que la incidència ha disminuït a la majoria de regions, en especial entre les dones, ja que partien de nivells més elevats.

Tot i aquesta tendència a la baixa, hi ha regions on la incidència ha augmentat, com és el cas de les Comarques Gironines entre les dones i el Camp de Tarragona entre els homes.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups I, II, III.

Figura 56. Proporció de població en classe social més baixa* que té alguna una discapacitat. Regions sanitàries.

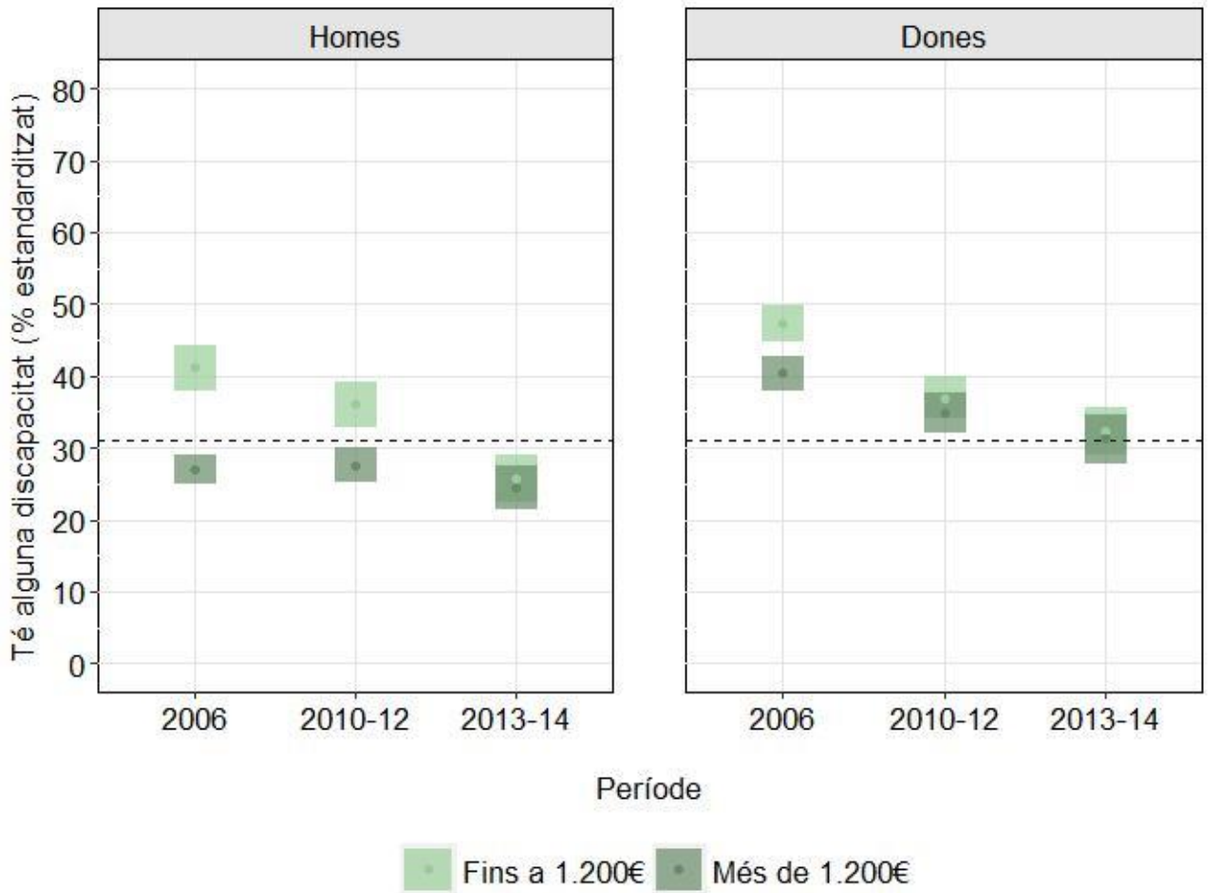


La representació del percentatge de població de 50 i més anys que té alguna discapacitat entre la classe social més baixa ens mostra que la seva incidència ha disminuït a la majoria de les regions però que encara es manté elevada a la zona litoral i la central de Catalunya.

Entre els homes destaca la incidència més elevada a les Comarques Centrals i entre les dones al Camp de Tarragona i a la Corona Nord.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups IVa/b, V.

Figura 57. Proporció de població que té alguna discapacitat per nivell d'ingressos i sexe.





Més ingressos

MENYS

Discapacitat

Menys ingressos

MÉS

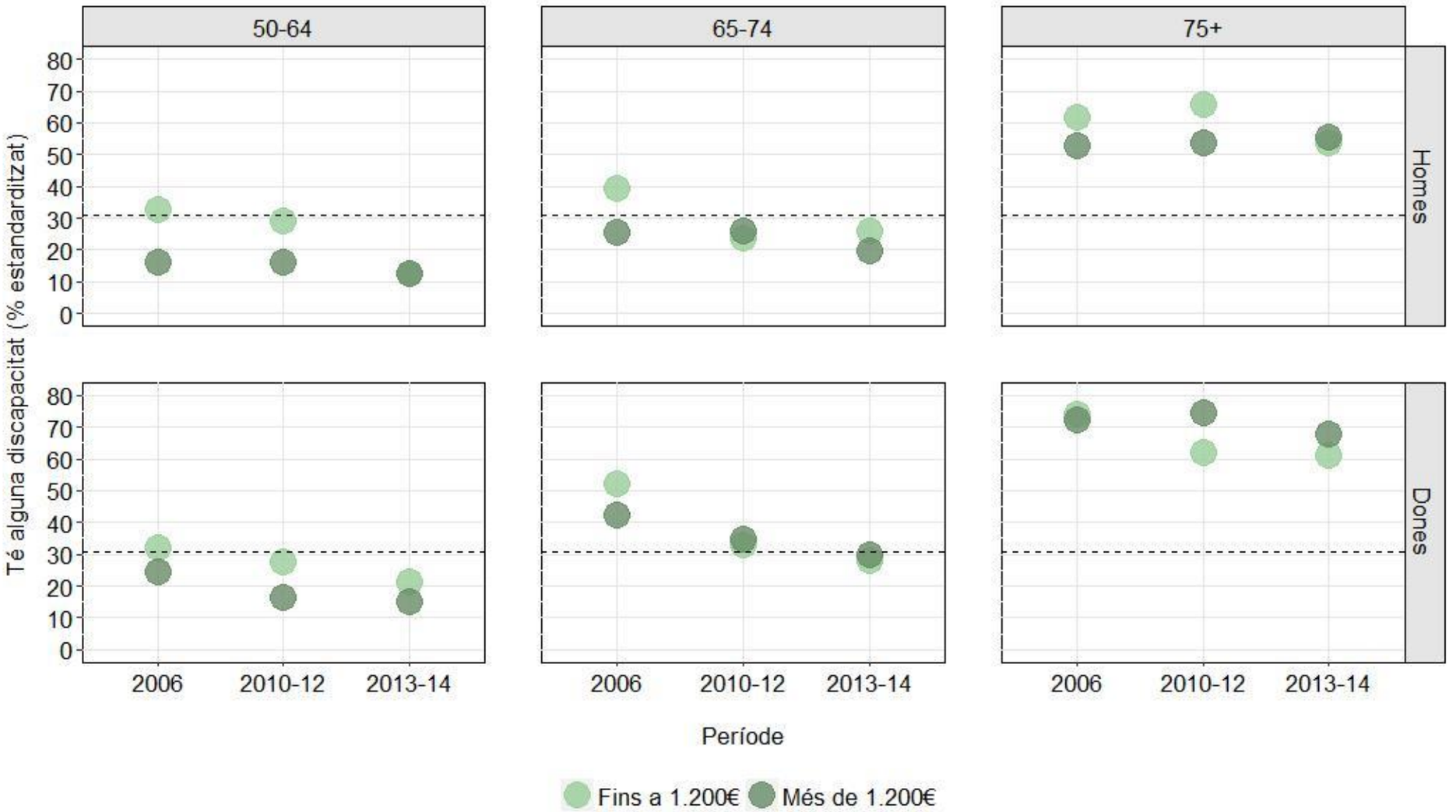
Discapacitat



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Es pot observar que la incidència de tenir alguna discapacitat és major entre les dones que entre els homes, tant per als que disposen d'ingressos més alts com per als d'ingressos més baixos. D'aquesta manera s'estableix una relació directa entre disposar de més ingressos i la menor proporció de tenir alguna discapacitat. Per ambdós sexes i per a les dues categories d'ingressos es detecta una evolució temporal descendent, fins al punt de reduir-se considerablement la diferència entre les dues categories d'ingressos. Així doncs, la incidència de tenir alguna discapacitat al període 2013-15 i amb ingressos alts és molt semblant a la que es té amb ingressos baixos.

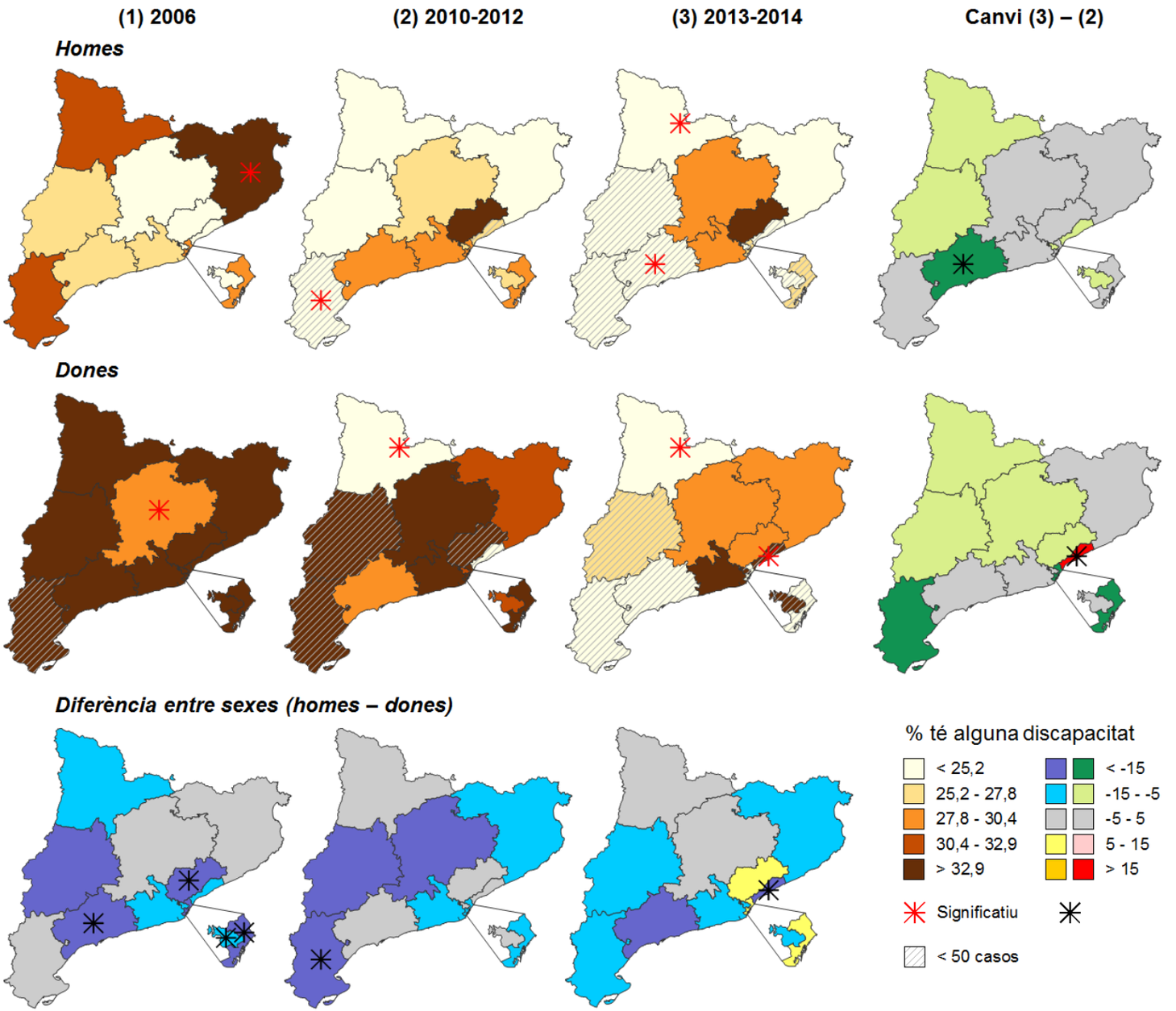
Figura 58. Proporció de població que té alguna discapacitat per nivell d'ingressos, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

En aquests gràfics s'observa que la incidència de tenir alguna discapacitat disminueix al llarg del temps en ambdós sexes i per les dues categories d'ingressos, amb l'excepció del grup d'edat més avançat. Entre els de 75 i més anys la incidència es manté elevada al llarg de tot el període d'estudi, en homes i dones i independentment dels ingressos.

Figura 59. Proporció de població amb ingressos més alts que té alguna discapacitat. Regions sanitàries.

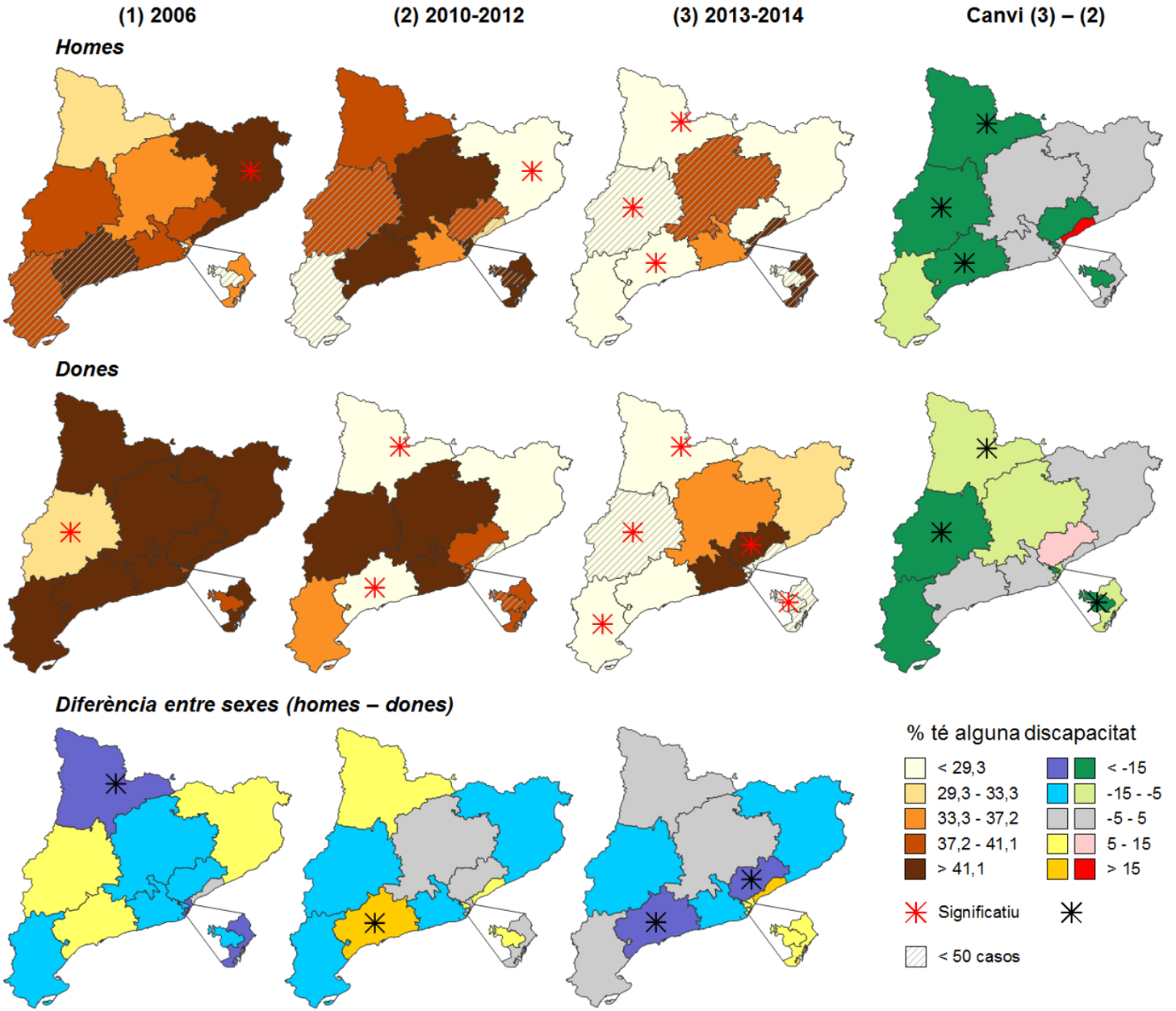


La representació del percentatge de població de 50 i més anys que té alguna discapacitat per la classe social més alta ens mostra que la tendència general al territori, independentment del sexe, és cap a un descens de la incidència d'alguna discapacitat.

Tot i així, a l'últim període es detecten regions en ambdós sexes amb incidències majors, com són les Comarques Centrals, i les Corona Nord, Est i Oest.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA,

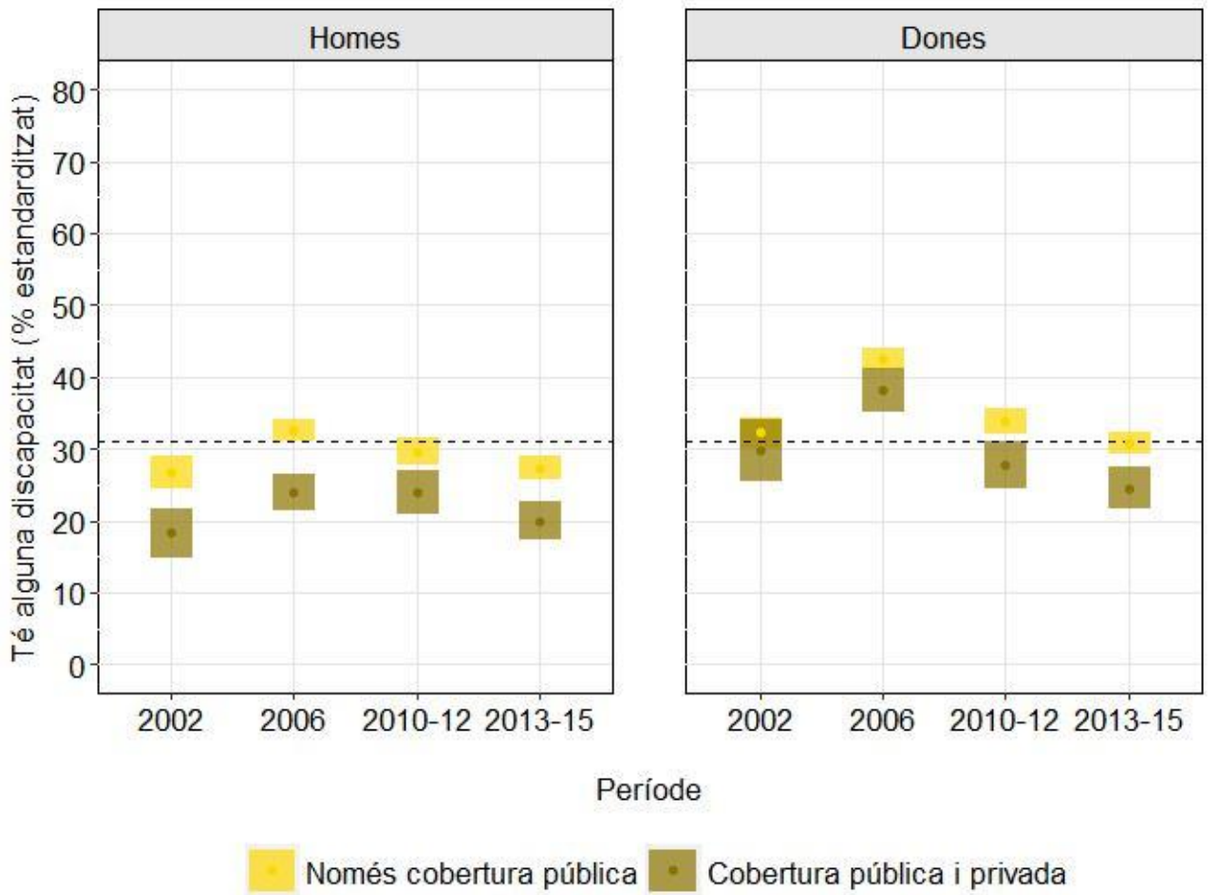
Figura 60. Proporció de població amb ingressos més baixos que té alguna discapacitat. Regions sanitàries.



La incidència en tenir alguna discapacitat entre els que disposen d'ingressos baixos mostra un descens acusat al llarg del període d'estudi, tant en homes com en dones. De totes maneres aquest descens no ha estat homogeni a tot el territori i destaquen algunes regions en les que s'ha incrementat, com és el cas de la Corona Est entre els homes i la Corona Nord entre les dones.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

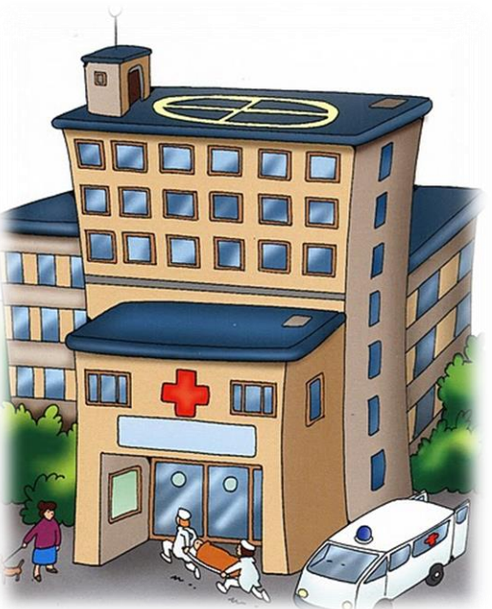
Figura 61. Proporció de població que té alguna discapacitat per cobertura sanitària i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

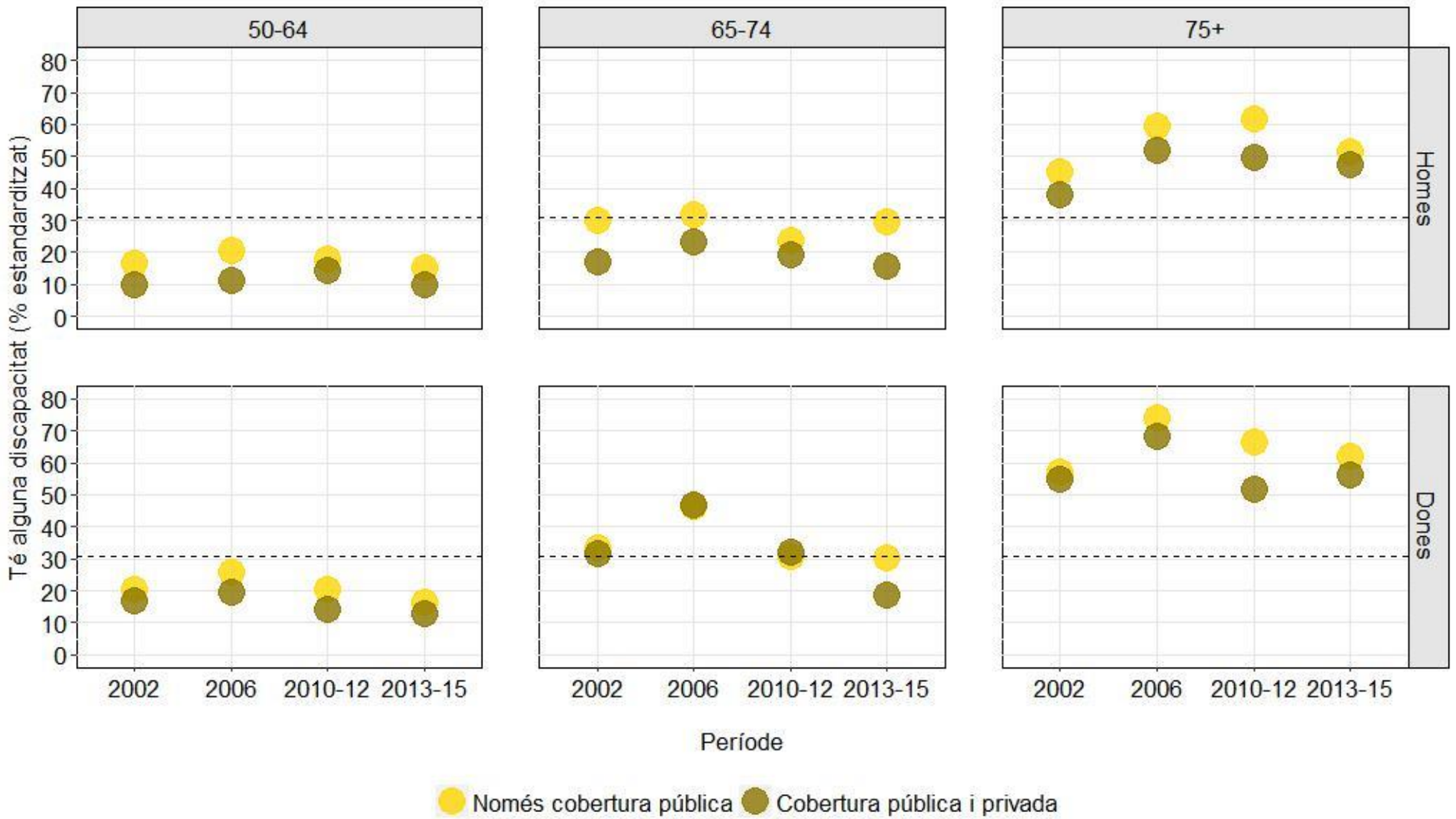
Al gràfic mostrem la incidència d'alguna discapacitat per sexes segons si la cobertura sanitària és pública o pública i privada. Detectem que entre la població amb només cobertura pública el percentatge de població amb alguna discapacitat és major que entre la població amb cobertura pública i privada. A més, la incidència d'alguna discapacitat independentment del tipus de cobertura és major entre les dones que entre els homes.

L'evolució temporal de la incidència de tenir alguna discapacitat segons la cobertura sanitària de que es disposa, mostra una forta inflexió a meitats de període. Si durant els primer anys d'estudi la tendència era alcista, a partir de l'any 2006 aquesta tendència es va invertir i va començar a descendir. Aquest descens en la incidència es produí en ambdós sexes i als dos tipus de cobertura sanitària.



Discapacitat: Segons la cobertura sanitària

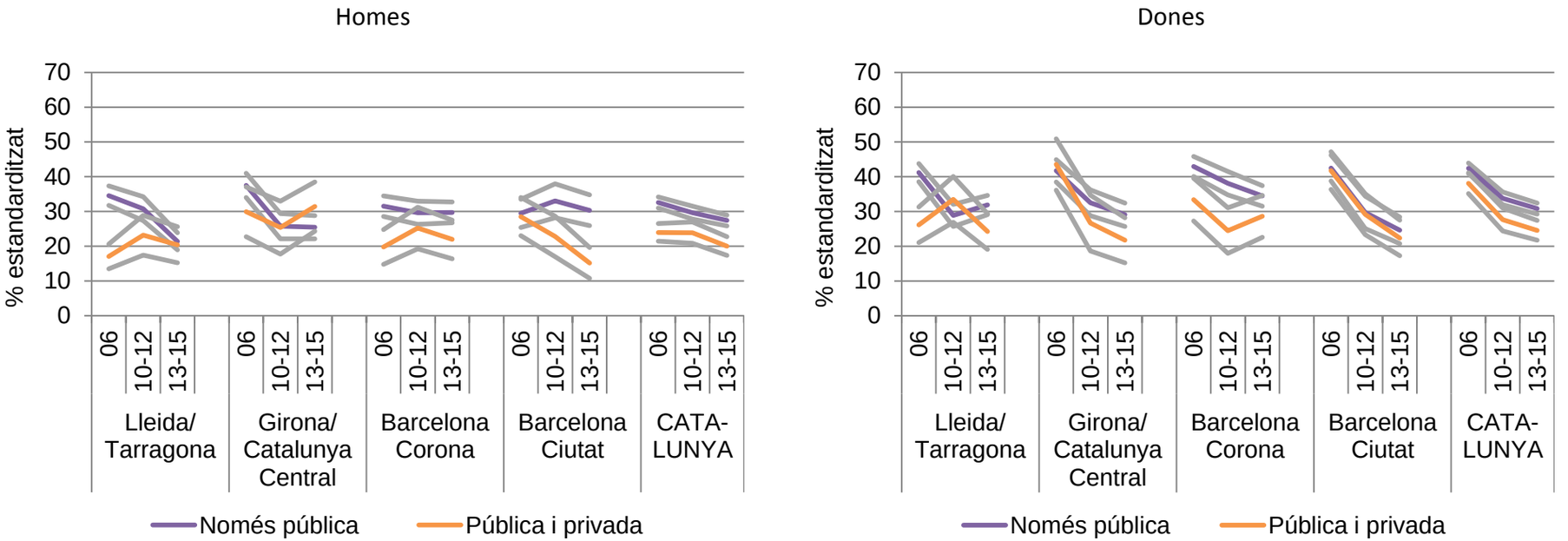
Figura 62. Proporció de població que té alguna discapacitat per cobertura sanitària, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

De la mateixa manera que amb d'altres variables ja analitzades, és al grup d'edat més avançat (75 i més anys) on major és la incidència de tenir alguna discapacitat als dos tipus de cobertura sanitària, tot i que segueix sent major entre els de cobertura pública, sobretot entre les dones.

Figura 63. Proporció de població segons el tipus de cobertura sanitària que té alguna discapacitat. Regions agrupades*.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

A diferència del que succeeix amb d'altres variables utilitzades anteriorment, en el cas del tipus de cobertura sanitària s'observa una menor diferència en tenir alguna discapacitat entre les dues categories contemplades, tot i que la tendència general és a la baixa.

Territorialment observem que, en el cas dels homes, els canvis en el temps únicament són significatius a Barcelona Ciutat a on baixa la incidència en la doble cobertura. En el cas de les dones són els territoris de Girona-Catalunya Central i de Barcelona Ciutat on es produeixen uns descensos més acusats a les dues categories de cobertura sanitària.

Taula 7. Proporció de població que té alguna discapacitat, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (1).

TÉ ALGUNA DISCAPACITAT

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**14,7**	**17,9**	**17,2**	**13,9**	**20,2**	**24,3**	**18,8**	**15,7**
Activitat laboral									
Treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
No treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50							
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o més									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A			N<50	N/A			N<50
	> 1.200 €	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada			N<50	N<50				N<50

Per la font i les notes, veure Taula 5.

Activitat laboral:

- Tant en homes com en dones els que no treballen tenen molt més risc de tenir alguna discapacitat (al 2013-15 un 24% contra del 10% pels que treballen).
- Quan es creua l'activitat amb d'altres categories socioeconòmiques la classe social o el tipus de cobertura sanitària no importa.
- Tenir un nivell més alt d'educació protegeix contra tenir una discapacitat, sobretot a 2013-15. Entre les dones només quan no treballen.
- Els ingressos de la llar protegeixen sobretot a les dones que treballen contra les discapacitats i també als homes durant el boom. No obstant, en el segon període de la crisi els homes que cobraven menys tenien menor probabilitat de tenir alguna discapacitat.

Nivell d'estudis:

- Disposar d'un nivell més alt d'educació comporta menys possibilitats de tenir alguna discapacitat. Aquesta diferència va augmentar durant el boom en ambdós sexes, i les diferències són ara gairebé iguals que a les dues categories d'activitat.
- Creuat amb grup social, els homes amb estudis secundaris o més que viuen en llars de classe I, II o III tenen un petit avantatge sobre els de les classes més baixes. L'avantatge és més gran pels que viuen en llars amb >1.200€ d'ingressos, també en el cas de les dones. La classe social i el baixos ingressos no discriminen tant a persones amb un baix nivell d'educació.
- Creuat amb tipus de cobertura sanitària no mostra grans diferències dins de cada nivell d'educació en el cas de les dones però els homes amb menys estudis i només cobertura pública tenen un percentatge bastant més elevat de discapacitat, sobretot en 2010-12.

Taula 7. Proporció de població que té alguna discapacitat, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (2).

TÉ ALGUNA DISCAPACITAT

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A	N<50		N<50	N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Ingressos de llar									
> 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A				N/A			
≤ 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A	N<50	N<50	N<50	N/A	N<50	N<50	N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Per resumir: Entre les persones de 50 a 64 anys, tenir alguna discapacitat té major incidència en:

- Dones que en homes, encara que des del principi de la crisi les diferències són petites i insignificants
- Els que no treballen que els que treballen
- Persones amb estudis baixos que amb estudis més alts
- Persones que viuen en una llar de classe social baixa o amb ingressos baixos que en una de més alta o amb ingressos més alts (encara que en el període 2013-15 aquesta diferència ja no existia entre els homes)
- Els que només tenen cobertura pública en comptes de pública i privada
- En relació amb l'activitat, la classe social no importa en la probabilitat de tenir una discapacitat, però, pels que no treballen, sí tenir un nivell més alt d'educació o doble cobertura sanitària.

Classe social

- Encara que les persones que viuen en llars de classes socials més altes tenen una menor incidència de discapacitats, les diferències són petites en ambdós sexes.
- Creuat amb ingressos de la llar, l'avantatge que tenien els homes i les dones en llars de classes més baixes i amb més ingressos durant el boom i els primers anys de la crisi ha desaparegut en el període 2013-14 per les millores de salut en les llars amb menys ingressos. En canvi, les que tenen més discapacitats són les dones que viuen en llars de classes més altes però amb menys ingressos.
- En relació amb la cobertura sanitària, dins la classe social no hi ha diferències entre doble cobertura o només cobertura pública.

Ingressos:

- Les persones que viuen en una llar amb ingressos baixos tenen una probabilitat més elevada de tenir alguna discapacitat, encara que en el període 2013-14 aquesta diferència ja no existia entre els homes.
- Creuat amb la cobertura sanitària s'observa que amb el pas del temps l'avantatge de la doble cobertura ha desaparegut.

Cobertura sanitària:

- Tenir doble cobertura s'associa amb una proporció lleugerament inferior de discapacitat per als que només tenen cobertura pública.
- Creuat amb d'altes variables socioeconòmiques s'ha observat que només pels homes amb estudis baixos i les dones inactives tenir només cobertura pública comporta un desavantatge.

Taula 8. Proporció de població que té alguna discapacitat, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya.

TÉ ALGUNA DISCAPACITAT

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**36,7**	**43,9**	**40,2**	**37,8**	**44,3**	**58,6**	**46,0**	**42,6**
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*	N<50				N<50			
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada					N<50			
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Estatus socioeconòmic									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50				N<50			
Ingressos de llar									
> 1.200 €									
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A		N<50	N<50
≤ 1.200 €									
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Per la font i les notes, veure Taula 5.

Nivell d'estudis:

- Disposar d'un nivell d'estudis alt proporciona una menor incidència de la discapacitat entre les dones, però hi ha poques diferències entre els homes.
- Creuat amb d'altres variables, es pot observar un petit avantatge entre els homes amb estudis secundaris o superiors i de classe social més alta. Entre les dones la classe social només té un efecte negatiu per aquelles amb menys estudis i de classe social més baixa des de la crisi.
- En relació al ingressos de la llar, només es pot constatar un efecte protector des del període 2010-12 per a les dones amb més estudis però amb menys recursos econòmics.
- En relació amb la cobertura sanitària, les tendències van ser semblants a les globals, encara que les persones més ben instruïdes i amb doble cobertura van experimentar pocs efectes del boom sobre la seva salut. En el període 2013-15 el grup amb més discapacitat eren els homes i les dones amb estudis primaris o menys i només cobertura pública.

Classe social
- Pertànyer a una classe social més baixa no comporta una probabilitat més elevada de discapacitat entre els homes, però a partir de la crisi sí que ho és entre les dones.
- Tampoc quan està creuat amb els ingressos de la llar: entre els homes, l'any 2006 el que importava era el nivell d'ingressos i no la classe social. L'única excepció eren les dones de classes més altes però amb menys ingressos en 2010-12, que tenien un percentatge menor de discapacitat.
- Sí que hi ha una clara relació amb la cobertura sanitària, sobretot durant la crisi i per ambdós sexes (més millores entre les persones amb doble cobertura).

Ingressos:
- Encara que per l'any 2006 les persones que vivien en llars amb rendes més altes tenien un percentatge menor de discapacitat, a 2013-15 no hi havia diferències. Tanmateix, en el cas dels homes amb més recursos econòmics tenir doble cobertura sanitària està relacionat amb menys discapacitat des del principi de la crisi.

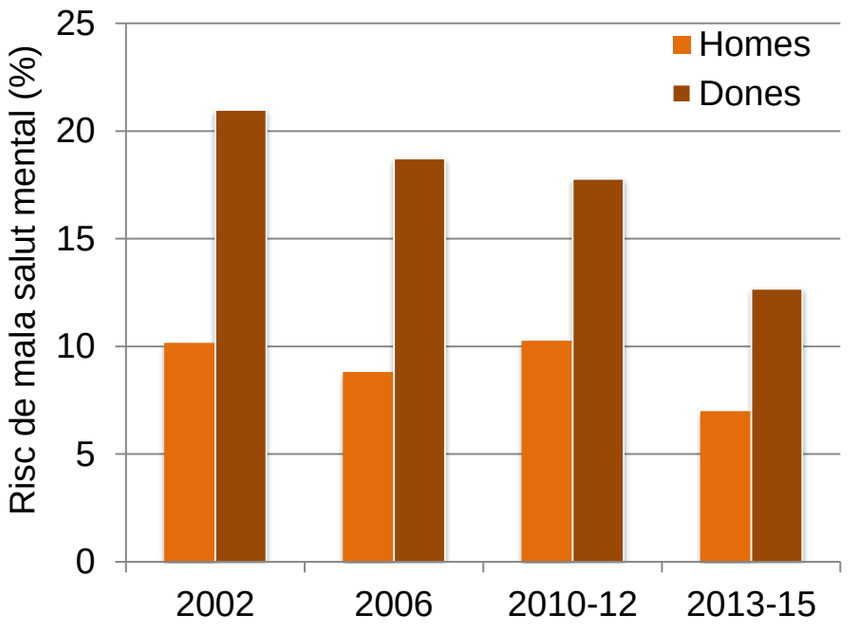
Cobertura sanitària:
- Tenir alguna discapacitat presenta major incidència entre les persones amb només cobertura pública.
- Creuat amb d'altres variables socioeconòmiques, s'observa que es mantenen aquestes diferències pels que estan millor situats en l'altre variable (per exemple viure en una llar de classe social més alta).

Per resumir:
- El percentatge de les persones de 65 o més anys amb alguna discapacitat va pujar durant el boom econòmic i va baixar durant la crisi. Les fluctuacions són més marcades entre les dones. En el període 2013-15 el 39% dels homes i el 42% de les dones tenien alguna discapacitat.
- Les diferències entre les categories d'educació i de classe social només són significatives entre les dones, i per ingressos de la llar només l'any 2006 entre els homes.
- Creuat amb d'altres variables les diferències no són importants.

Salut mental (50 i més anys)

Salut mental

Figura 64. Risc de mala salut mental per sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

L'anàlisi de la salut mental de la població de 50 i més anys el centrarem en varis indicadors dels qual l'indicador Índex Gold s'ha analitzat amb més detall i a on es diferencia entre tenir o no un risc de mala salut mental.

Segons els resultats, les dones tenen més risc de tenir mala salut mental. No obstant, la diferència ha disminuït des de 2002 i el risc va disminuir especialment entre els últims dos períodes. De fet, entre els homes, els primers anys de la crisi suposen un petit augment en el risc de mala salut mental.

Nota metodològica: Per mesurar la salut mental s'ha utilitzat l'indicador GHQ-12, desenvolupat per Goldberg[26] a partir del General Health Questionnaire 12. El qüestionari està compost per 12 preguntes que valoren l'estat mental dels darrers 30 dies (veure annex). Cada element està classificat en un conjunt de quatre opcions de resposta (menys del normal, no més del normal, més del normal, o molt més del normal).

En funció de les opcions de resposta, els elements s'han marcat com a 0, 0, 1 o 1, respectivament. Aquest mètode de puntuació permet que les puntuacions totals oscil·lin entre 0 i 12. D'acord amb la base de dades de l'ESCA considerem que les persones amb una puntuació de 3 o més punts tenen risc de mala salut mental.

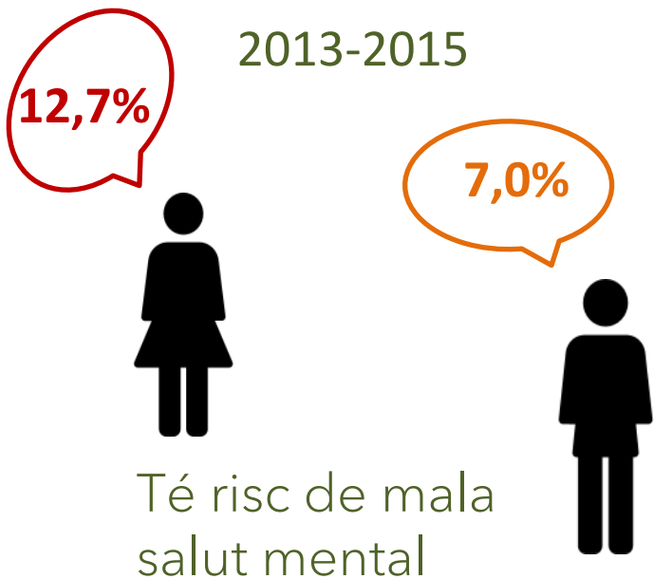
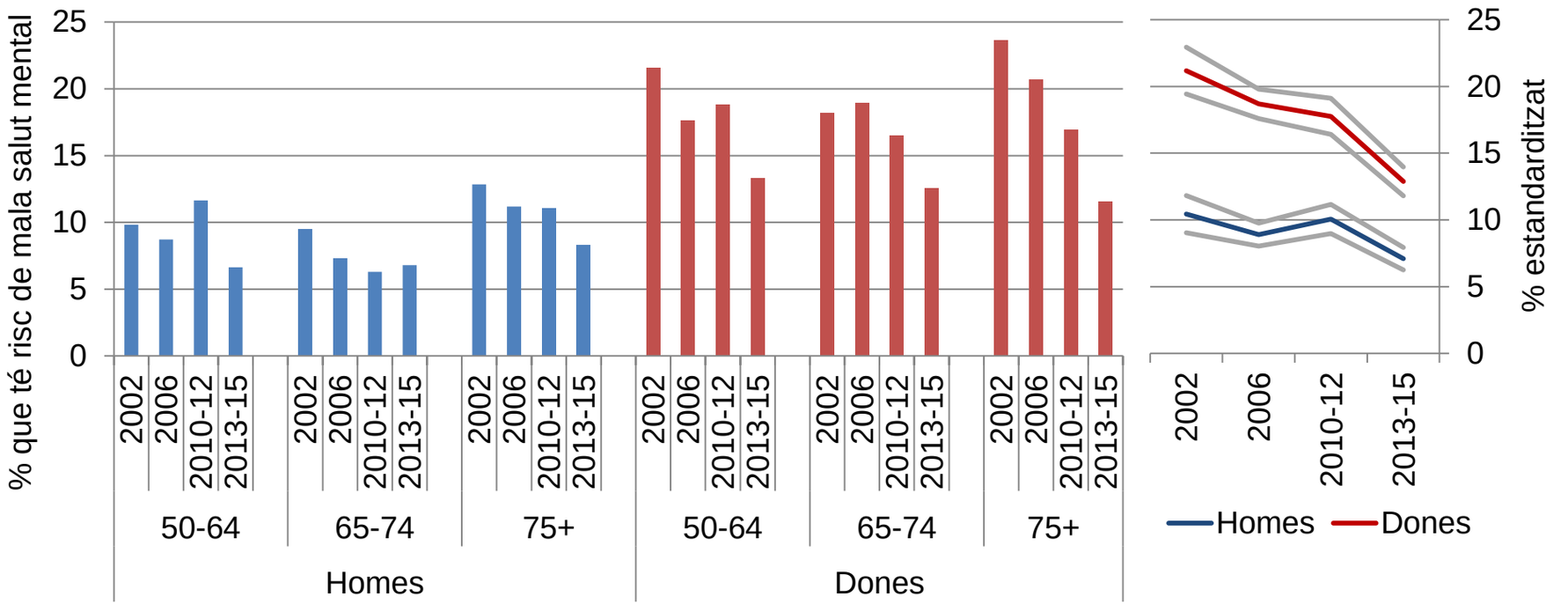


Figura 65. Proporció de població que té risc de mala salut mental per sexe i edat.

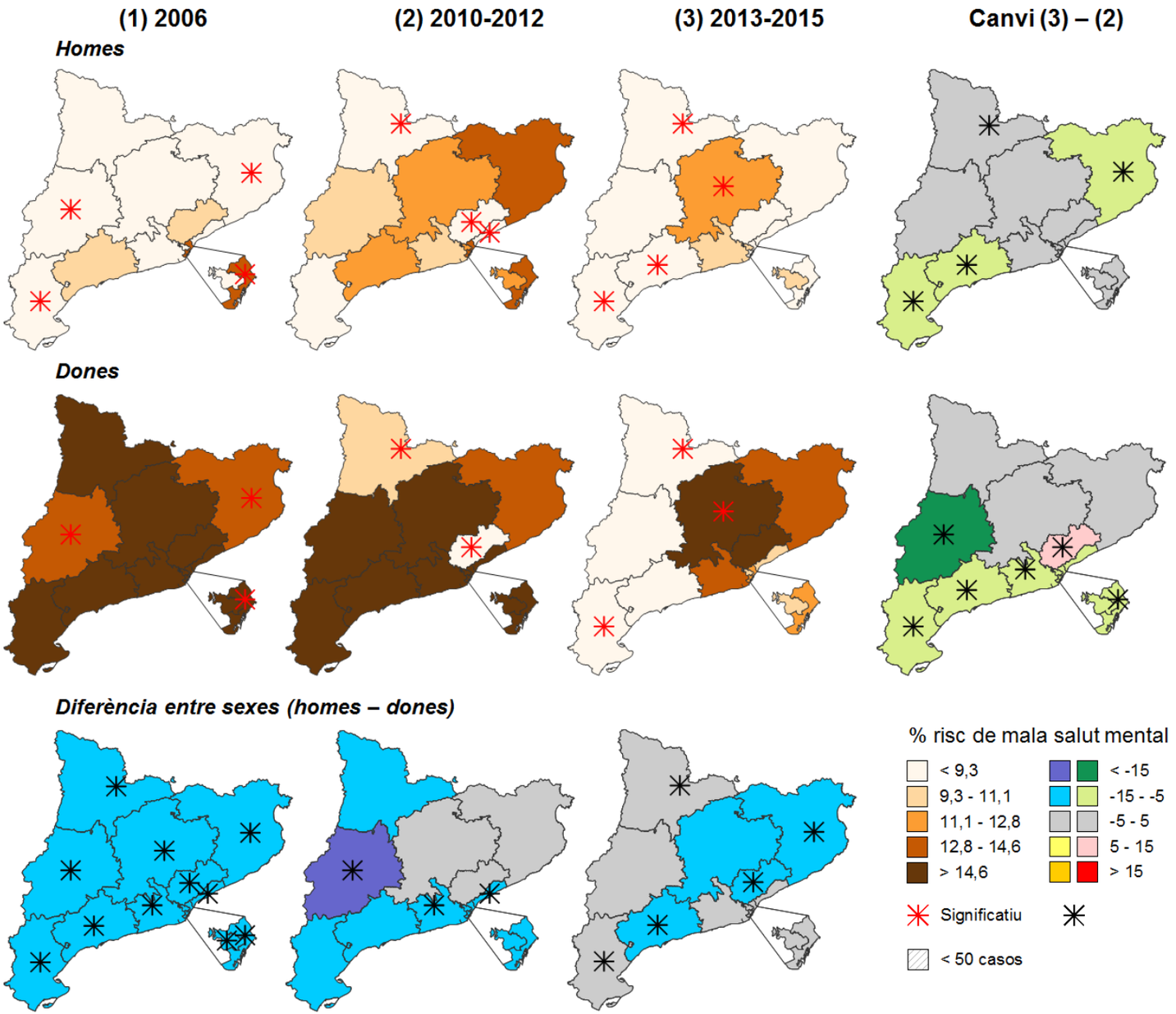


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Al gràfic de la dreta es pot observar l'evolució del risc de mala salut mental al llarg del període d'estudi i per homes i dones. Observem que la tendència en ambdós sexes ha estat a la baixa, però entre les dones aquest descens ha estat més acusat (de fet, els homes van experimentar un petit augment a 2010-12). Tot i així, al llarg del període d'estudi les dones presenten un risc més elevat de mala salut mental en comparació als homes.

Si ens fixem en les diferències d'edat podem observar que les dones tenen el doble o més de risc de mala salut mental que els homes als grups d'edat 50-64 i 65-74 anys. També observem que al llarg del període estudiat el risc va disminuir, encara que va haver-hi un augment en el període 2010-12 entre els homes i les dones de 50-64 anys.

Figura 66. Proporció de població que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries.



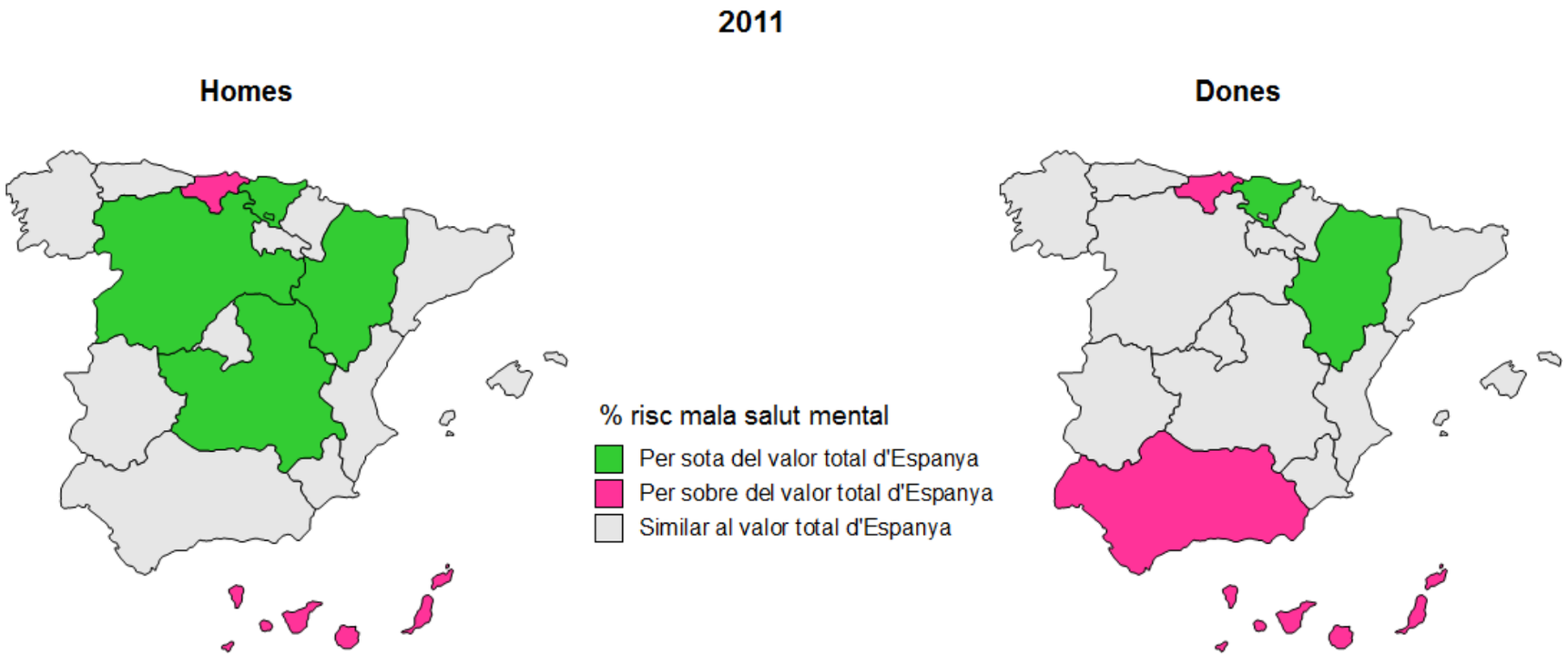
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La representació de la proporció de població de 50 i més anys que té risc de mala salut mental mostra una tendència a la baixa, encara que amb matisos regionals.

Les dones partien amb incidències més elevades, i que s'han reduït a excepció de les Comarques Centrals i la Corona Nord.

En canvi, els homes, que partien d'incidències menors, han presentat descensos menys importants en regions com el Camp de Tarragona, Barcelona Ciutat i Girona.

Figura 67. Proporció de població que té risc de mala salut mental. CCAA.

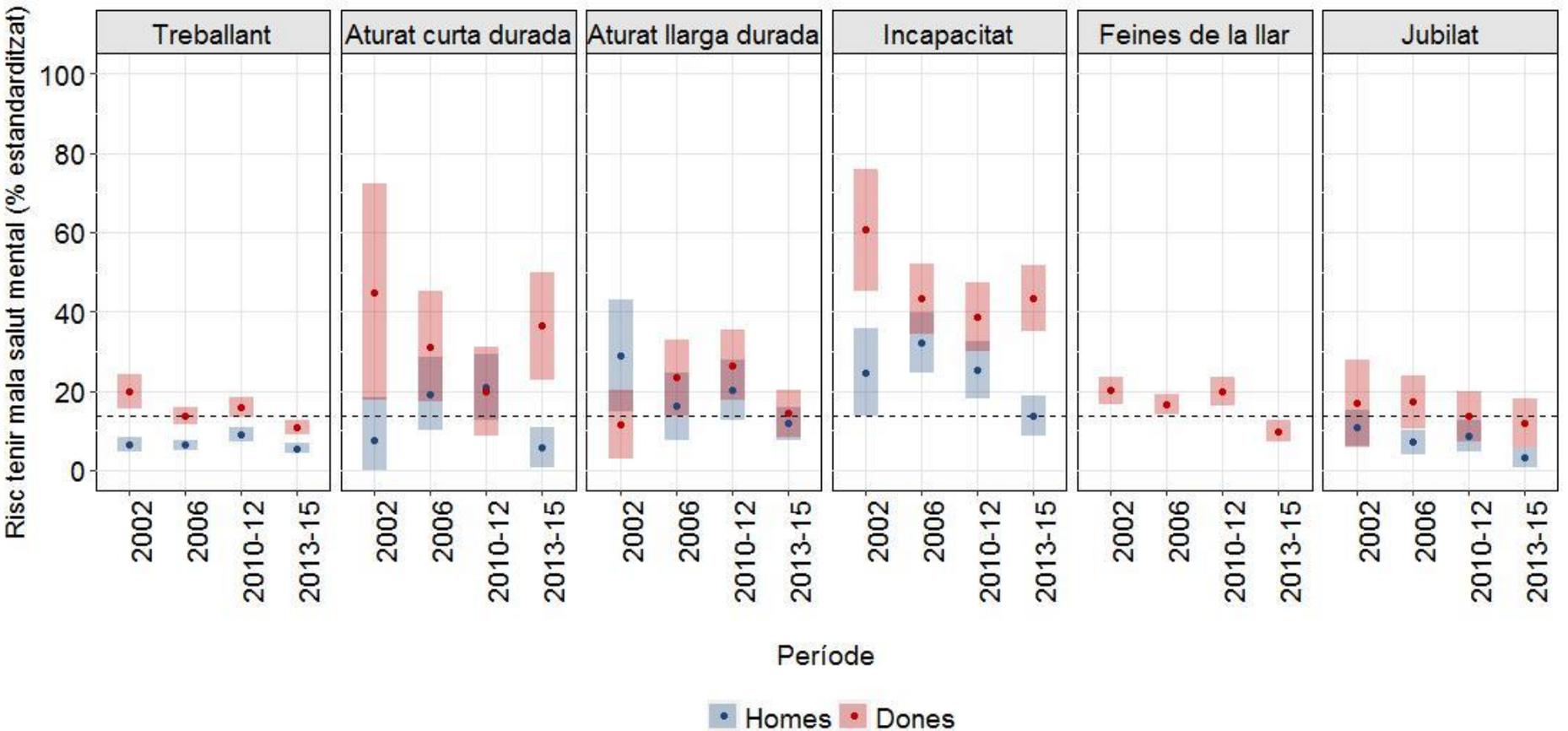


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ENSE. *A partir de l'indicador GHQ-12 (per a la metodologia, veure pàgina 94). Es va utilitzar l'ENSE de l'any 2011 en comptes de l'última onada de l'EESE (2014) perquè l'EESE no conté les mateixes preguntes sobre la salut mental i les mateixes respostes per poder calcular la puntuació del GHQ-12 que s'utilitza en l'ESCA com a indicador de mala salut mental.

Les dades sobre salut mental de l'ENSE de 2011 ens indiquen que entre els homes, les CC.AA amb valors significatius per sota del valor del conjunt es concentren al centre (Castella i Lleó i Castella-La Manxa), a l'Aragó i al País Basc. Per sobre del valor d'Espanya només trobem Cantàbria i les Canàries. Entre les dones, les CC.AA amb valors per sota es redueixen a l'Aragó i el País Basc, mentre que les que presenten significació per sobre del valor nacional són les mateixes que per als homes, a les que s'hi afegeix Andalusia.

Salut mental: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

Figura 68. Proporció de població de 50-64 anys que té risc de mala salut mental per activitat laboral i sexe.

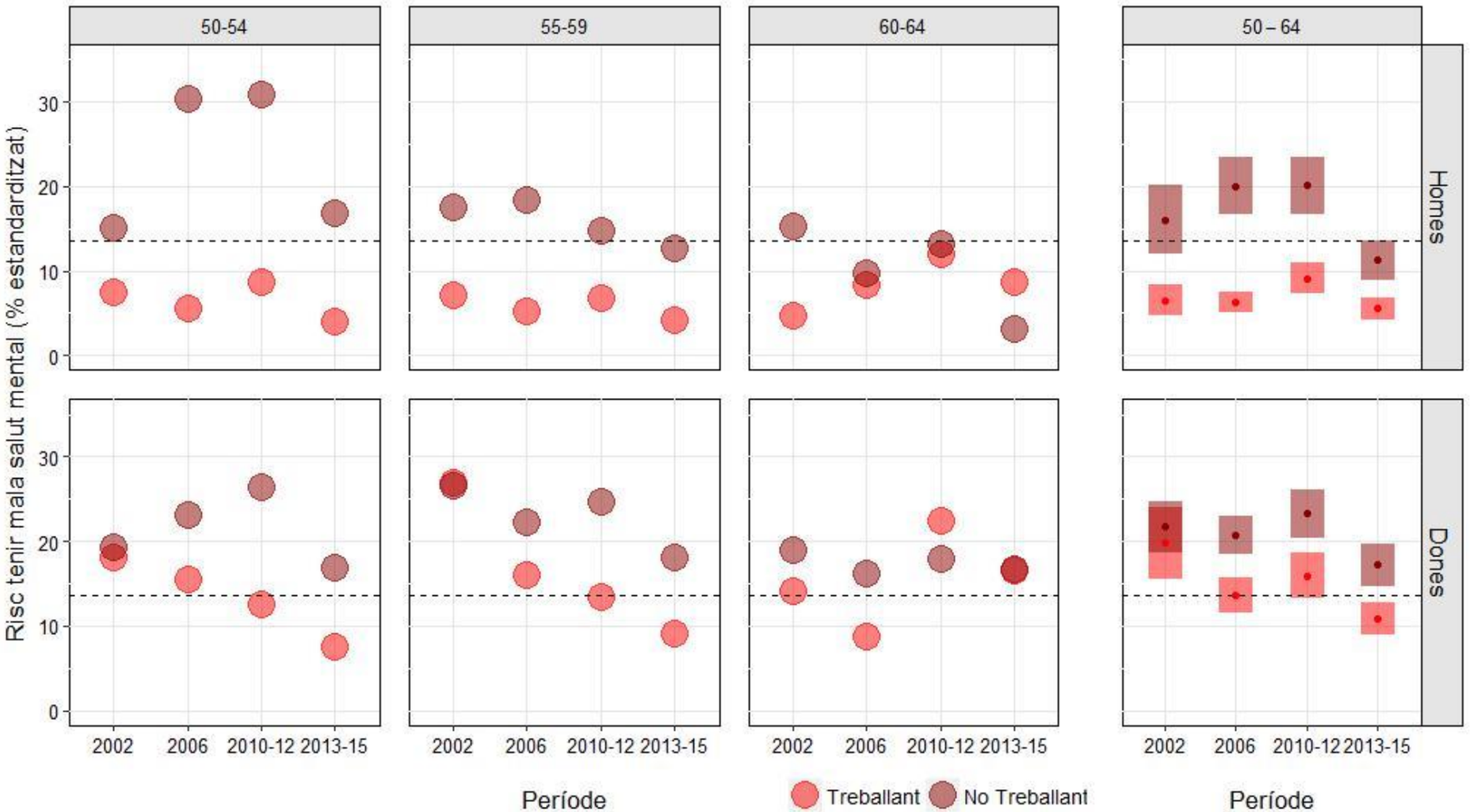


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través del gràfic podem observar la incidència de tenir risc de mala salut mental segons l'activitat laboral i el sexe, per a la població de 50 i més anys, utilitzant percentatges estandarditzats. Com a norma general podem determinar que:

- existeix una major incidència del risc de mala salut mental entre les dones i entre els que es troben en situacions d'activitat no laboral.
- el menor risc es dóna entre els homes, els que treballen i estan jubilats (ambdós sexes) i les dones en feines de la llar.
- Dones: entre 2002 i 2010-12 el risc de mala salut mental tendeix a disminuir per les aturades de curta durada i incapacitades però a augmentar per les aturades de llarga durada. Entre 2010-12 i 13-15 la tendència va ser la inversa.
- Homes: entre 2002 i 2006 el risc de mala salut mental tendeix a augmentar pels aturats de curta durada i els incapacitats, però a disminuir entre 2006 i 2013-15. Pels jubilats, va haver un descens entre 2010-12 i 2013-15 a un nivell per sota dels treballadors.

Figura 69. Proporció de població de 50-64 anys que té risc de mala salut mental per activitat laboral, sexe i edat.

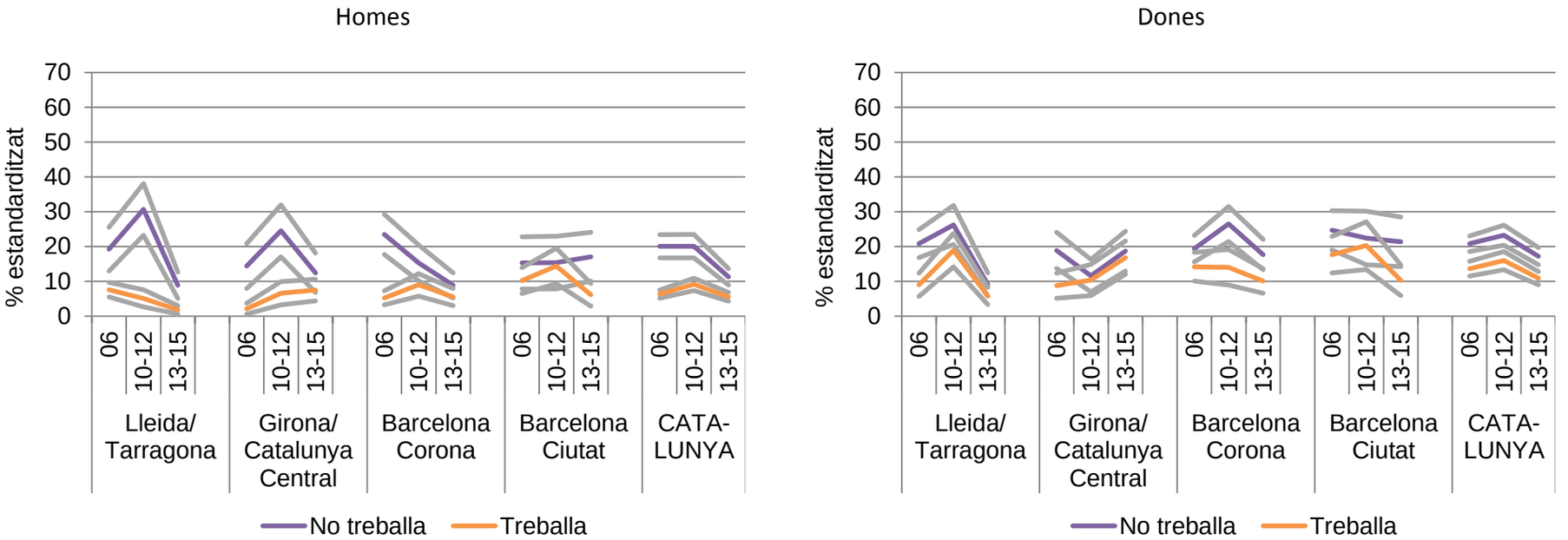


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Com al gràfic anterior, els que treballen tenen menys risc de mala salut mental, encara que no és el cas del grup 60-64. A més, entre les dones la proporció va disminuir entre les treballadores, i la diferència amb les que no treballaven va augmentar durant el temps d'estudi. S'observa també que entre els que no treballen, sobretot entre els homes, l'edat 50-54 sembla més sensible als canvis econòmics (el risc de mala salut mental entre els homes que no treballen és d'un 30% en els anys 2006 i 2010-12). Pel que fa a l'evolució temporal pel conjunt d'edats (gràfic dreta), la incidència del risc de mala salut mental no va canviar gaire, encara que es va observar un descens en totes les categories entre 2010-12 i 2013-15.

Salut mental: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

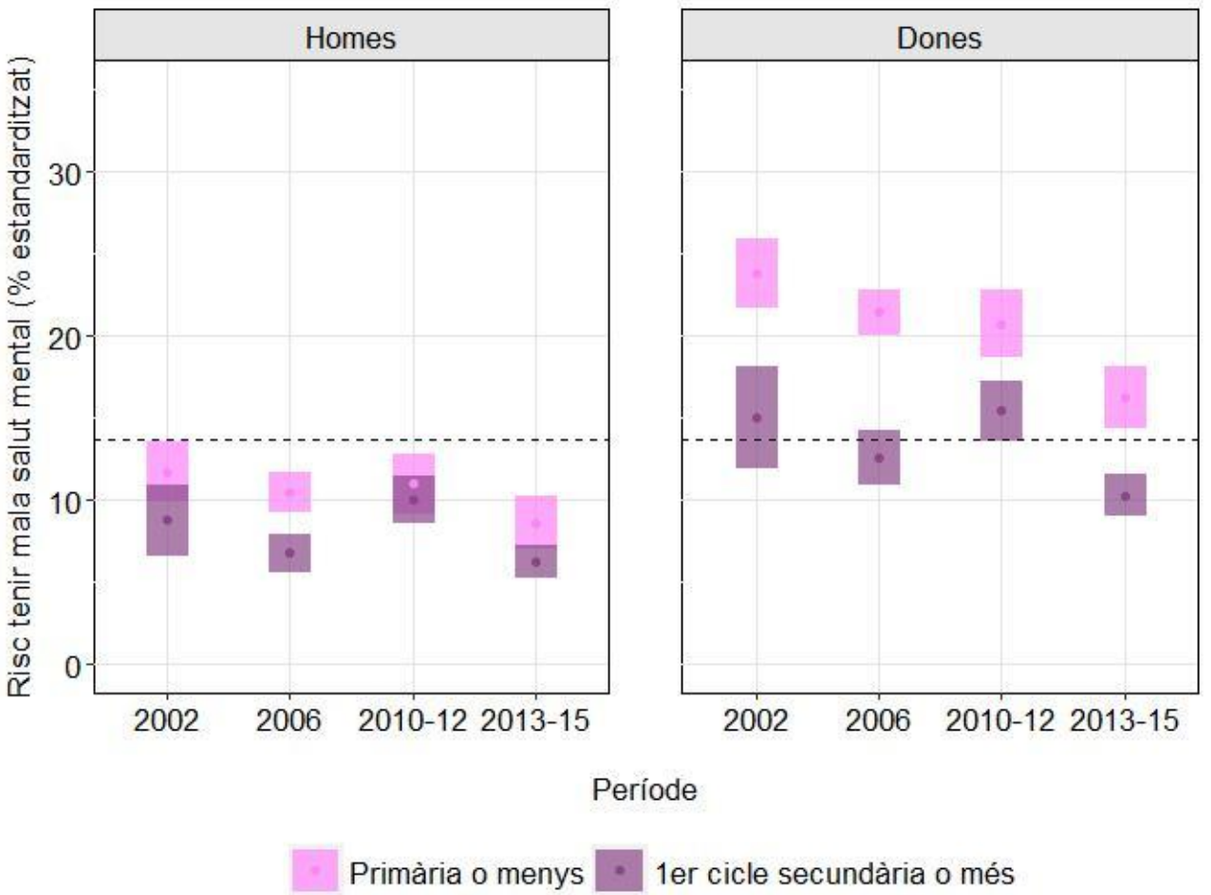
Figura 70. Proporció de població de 50-64 anys segons l'activitat que tenen un risc de mala salut mental. Regions agrupades*.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA *Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

En aquests dos gràfics, segons el sexe, s'observa la incidència de tenir un risc de mala salut mental per a la població de 50 a 64 anys que es declara activa en funció de si treballa o no, segons les regions de residència agrupades.
Territorialment observem que per als homes és a la regió de Lleida-Tarragona i a Girona-Catalunya Central on més acusat ha estat l'augment del risc de mala salut mental entre els que no treballen entre 2006 i 2010-12, tot i que més endavant s'observa un descens entre 2010-12 i 2013-15. A Barcelona Corona el descens es produeix durant tot el període, desapareixent la diferència inicial amb els que treballen. Per altre banda, a Girona-Catalunya Central ha augmentat lleugerament el risc de tenir mala salut mental durant tot el període entre els que treballen. Entre les dones també es produeix un descens general, tot i que les diferències entre treballar i no treballar són menors.

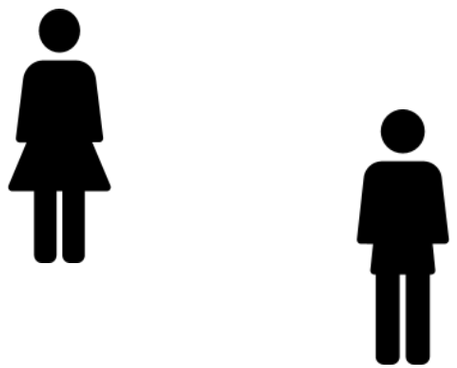
Figura 71. Proporció de població que té risc de mala salut mental per nivell educatiu i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

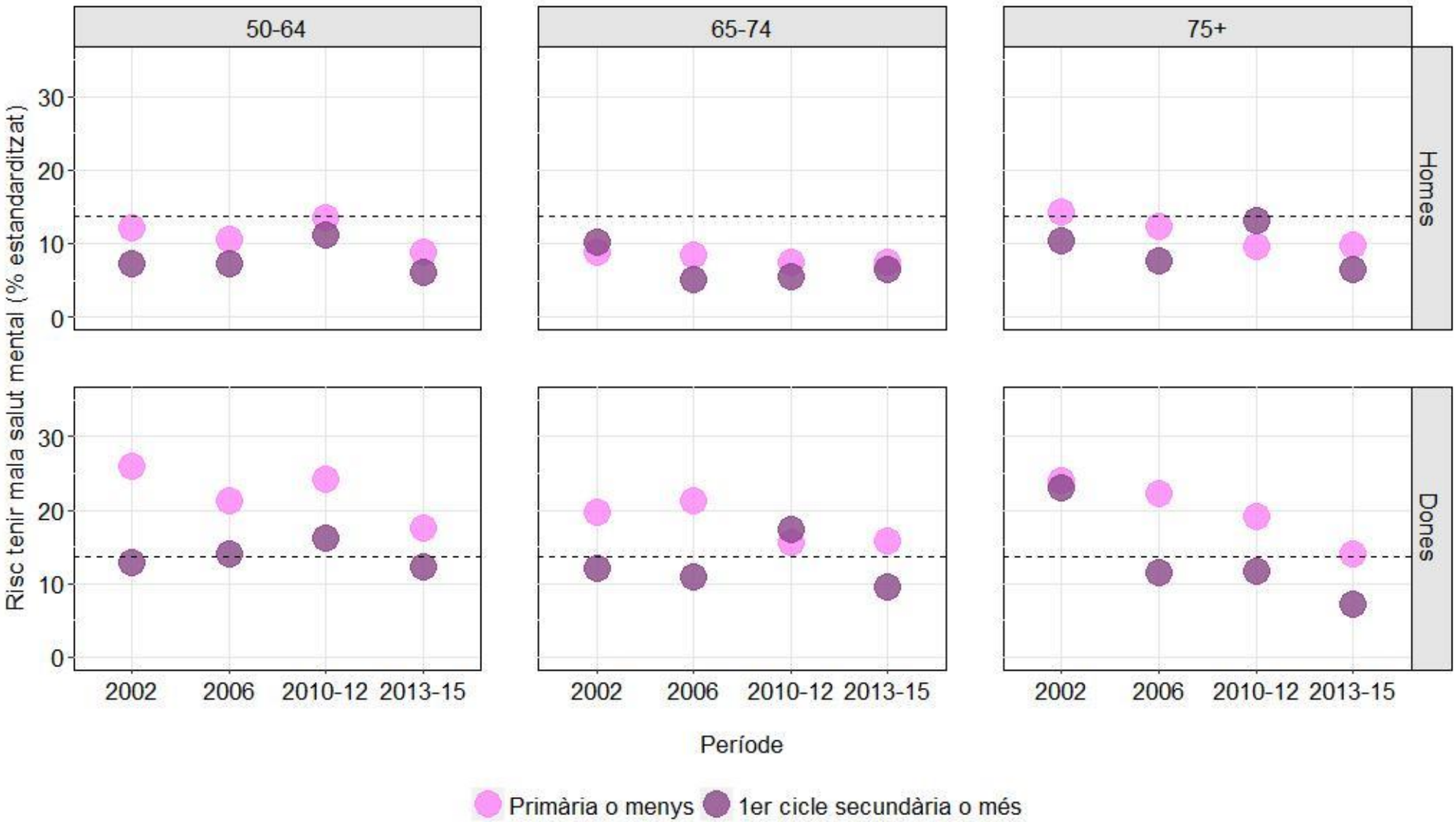
Amb independència del nivell d'estudis, el risc de tenir una mala salut mental és sempre major entre les dones. En ambdós sexes el primer període de la crisi (2010-12) va provocar un lleuger augment en el risc de tenir una mala salut mental, sobretot en el cas de les persones amb un nivell més alt d'educació. A 2013-15 és recupera la tendència a la baixa.

Entre les **dones** al llarg dels anys d'estudi, 2002-2015, el **descens** del percentatge de persones que es troben en **risc de mala salut mental** s'observa en els dos nivells d'estudis contemplats, però mantenint-se les diferències educatives.



També podem observar que els **homes**, **indistintament del nivell d'estudis** que disposin, tendeixen al llarg dels anys a presentar una **menor incidència del risc** de mala salut mental, amb l'excepció del període 2010-2012. Les diferències educatives no són estadísticament diferents, amb l'excepció de l'any 2006.

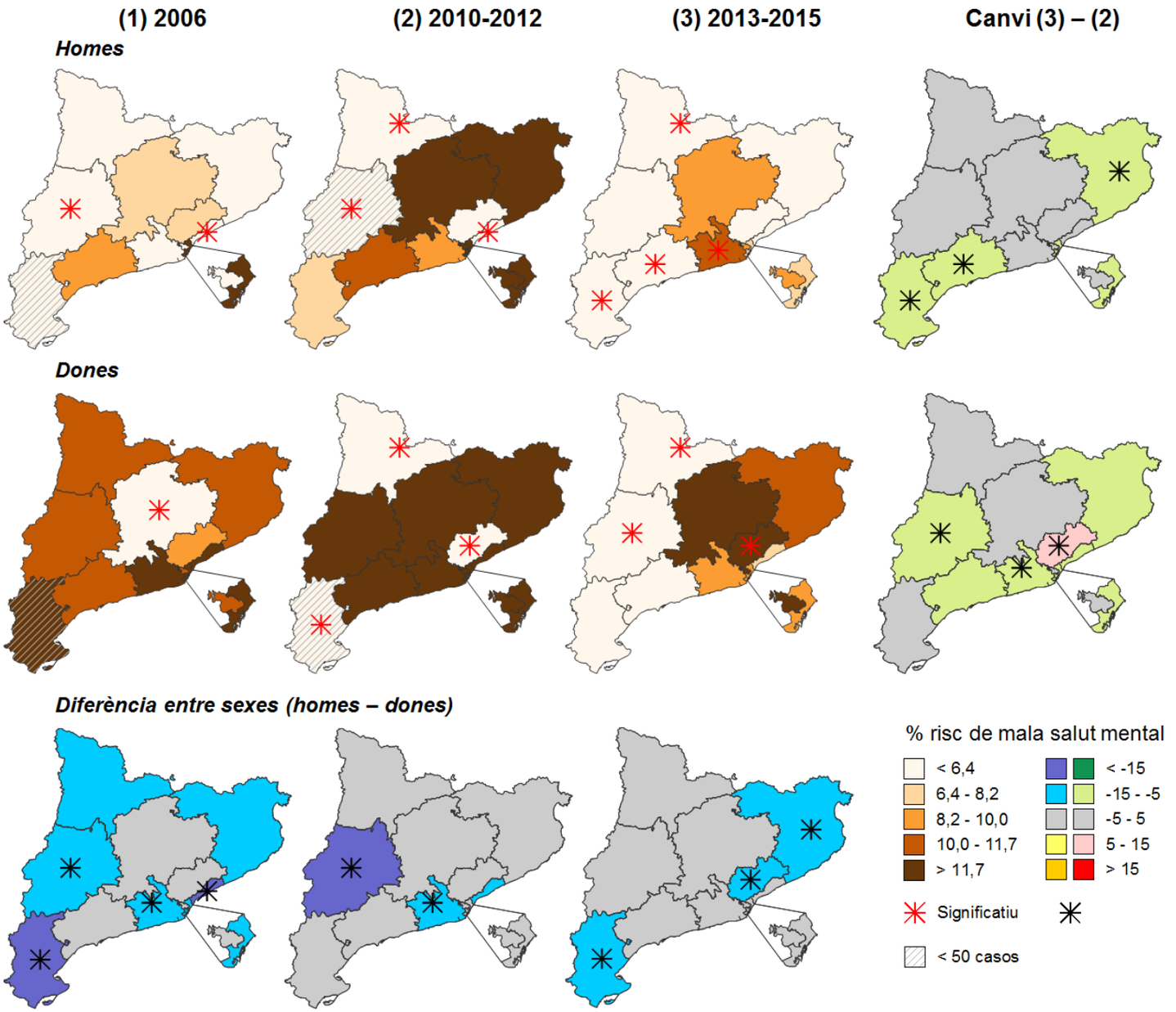
Figura 72. Proporció de població que té risc de mala salut mental per nivell educatiu, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Existeixen poques diferències entre els grups d'edat i els canvis en el temps són poc importants. En canvi, es produeix un intens descens entre les dones, especialment entre les de més de 75 anys i per ambdues categories d'estudis. En ambdós sexes, a l'edat de 50-64 anys, on encara s'és laboralment actiu, es nota un repunt de la incidència de tenir risc de mala salut mental per als anys 2010-12, coincidint amb el moment central de la crisi.

Figura 73. Proporció de població amb nivell d'educació més alt que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries.

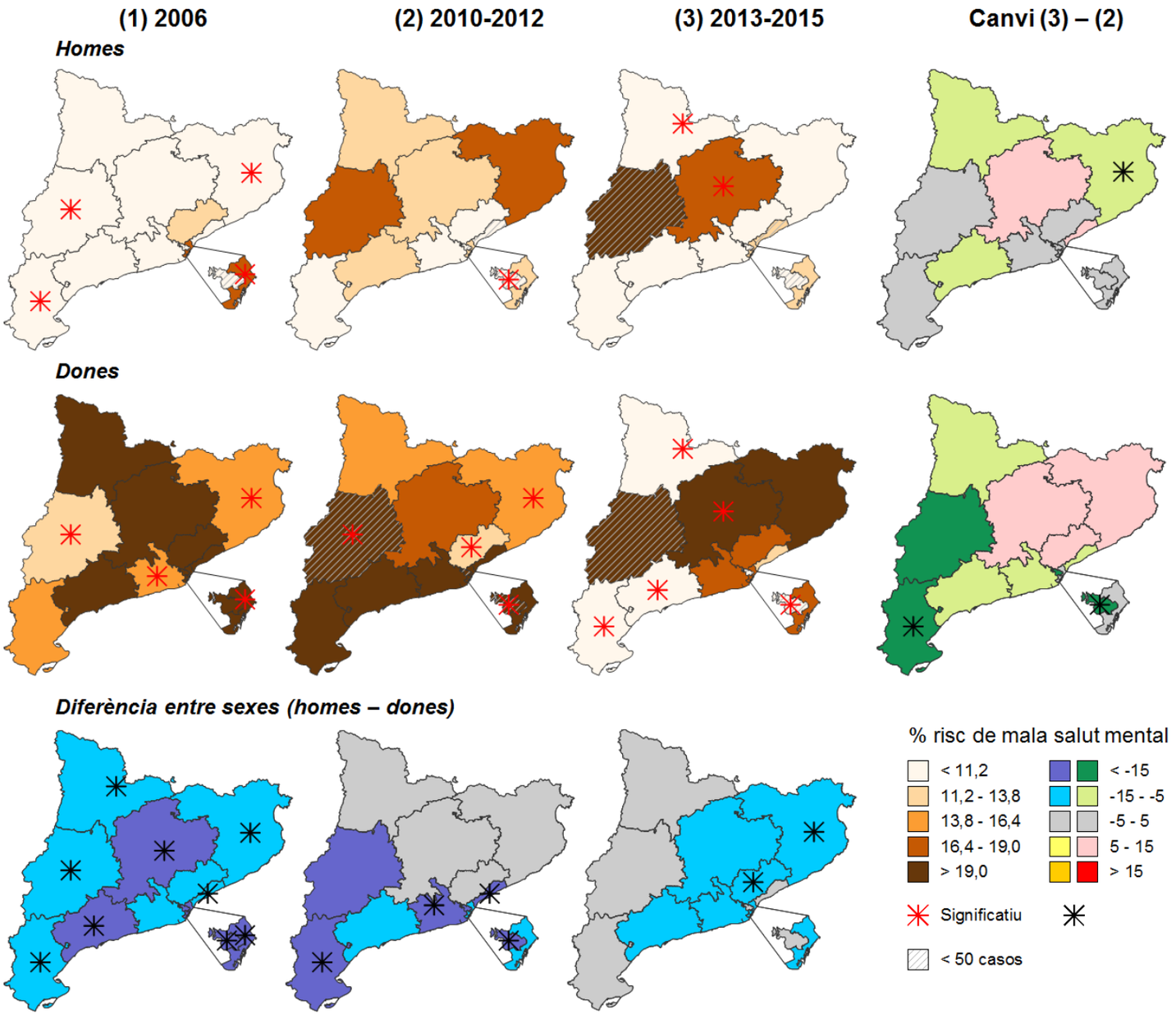


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La representació del percentatge de població de 50 i més anys que té risc de mala salut mental per el nivell educatiu alt mostra importants diferències territorials, especialment entre les dones.

Observem que, tant pels homes com per les dones, s'ha produït una reducció de la incidència, encara que amb un repunt important al període 2010-2012 a les Comarques Centrals, Girona, el Camp de Tarragona i Lleida. Aquestes regions segueixen essent les de major incidència a l'últim període d'estudi.

Figura 74. Proporció de població amb nivell d'educació baix que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries.



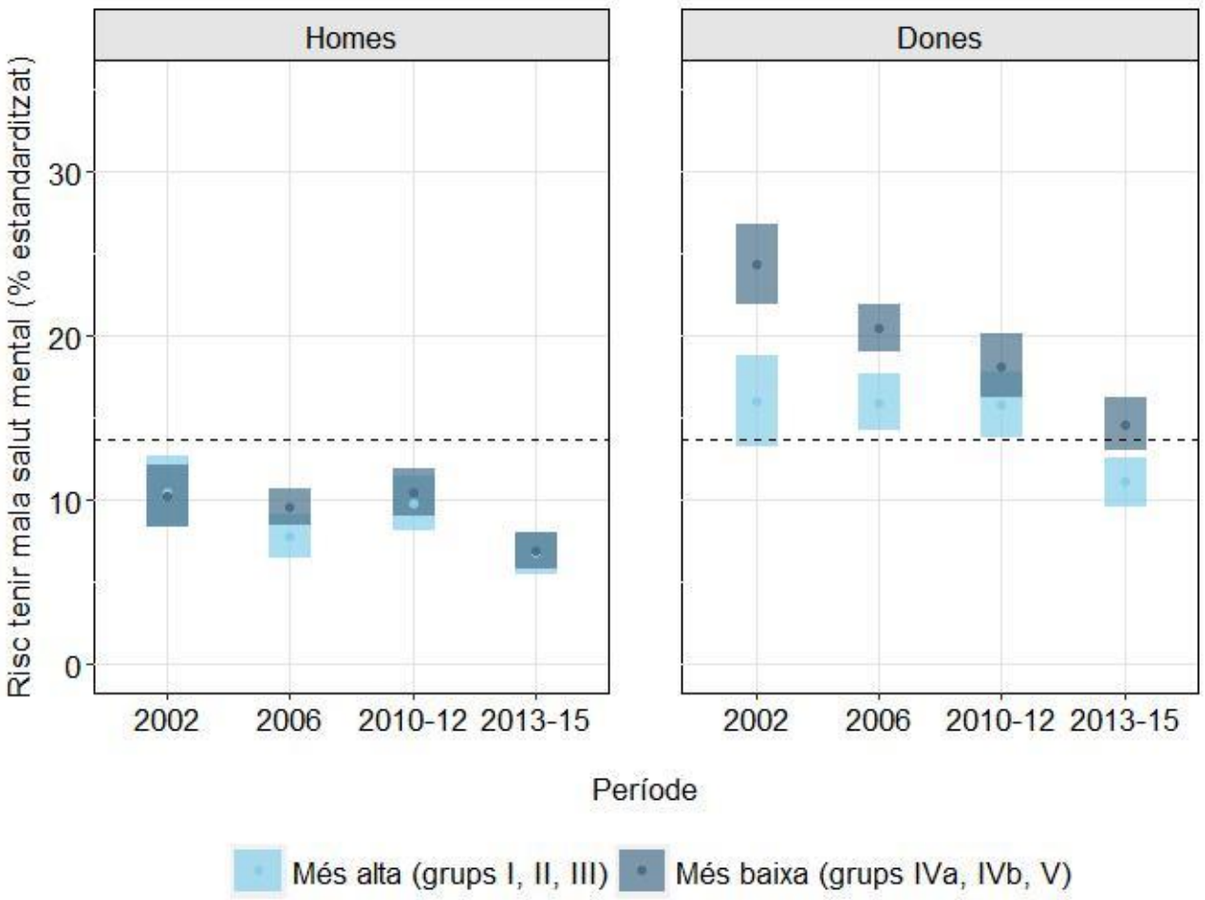
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Podem observar que la representació del percentatge de població de 50 i més anys que té risc de mala salut mental per la població de nivell educatiu baix (primària o menys) mostra que la seva incidència s'ha anat reduint, però no de forma generalitzada.

Entre les dones, regions com les Comarques Centrals i Girona han vist augmentar el risc, mentre que al Camp de Tarragona i l'Alt Pirineu i Aran ha estat al revés.

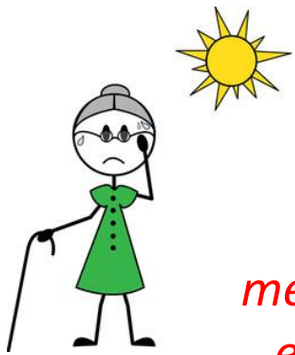
Entre els homes també ha augmentat el risc a les Comarques Centrals i Lleida.

Figura 75. Proporció de població que té risc de mala salut mental segons classe social i sexe.



Menor *risc de mala salut mental, sobretot entre els homes*



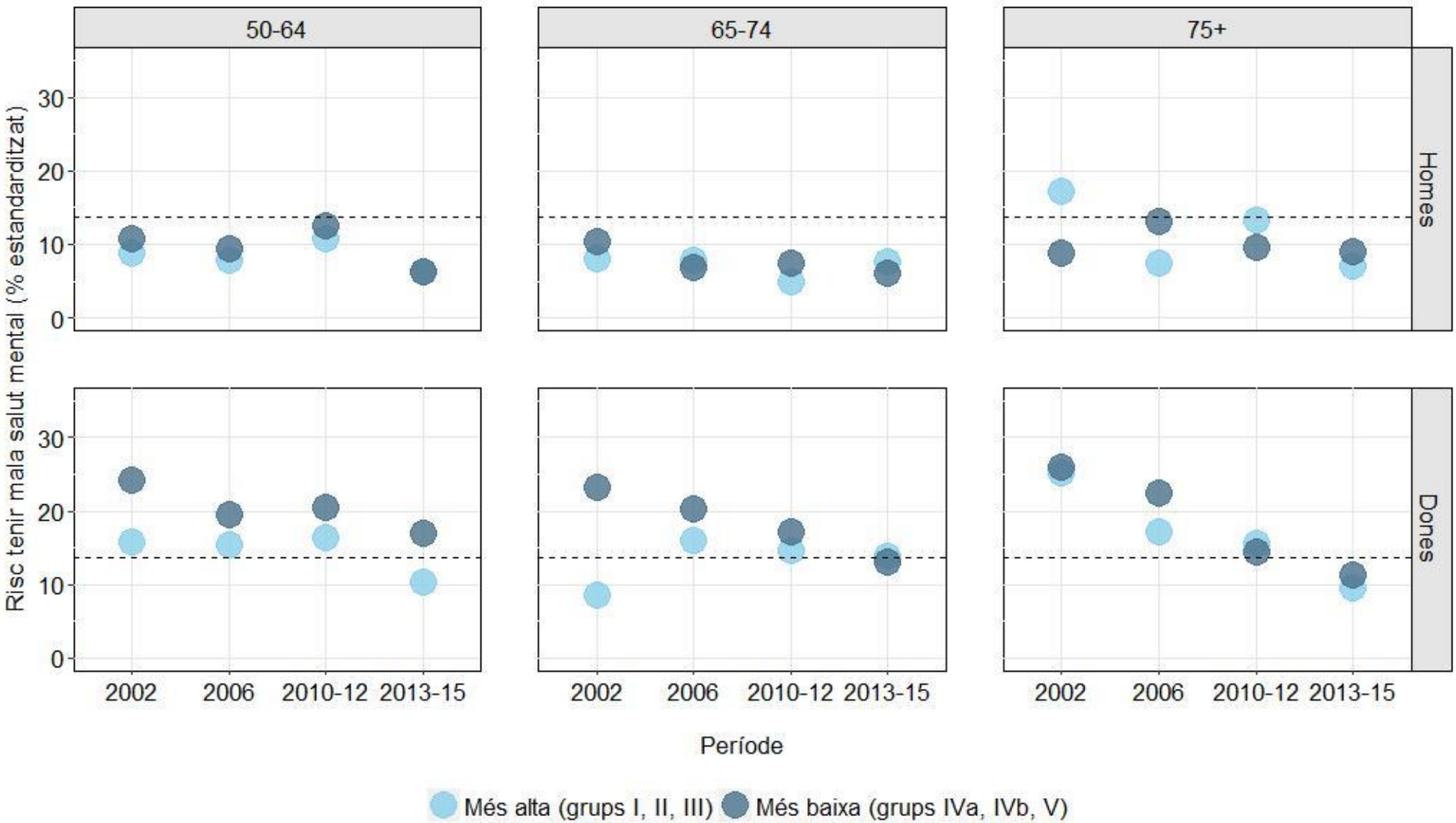


Major *risc de mala salut mental, sobretot entre les dones*

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Amb aquest gràfic mostrem la incidència de tenir risc de mala salut mental per sexes segons la classe social (més alta i més baixa). La gran diferència la trobem en la vessant de gènere, on les dones presenten un risc de mala salut mental molt superior al dels homes en tots els anys d'estudi i en ambdues classes socials. De fet no s'observen diferències segons la classe social en el cas dels homes. Finalment, el descens ha estat més acusat entre les dones que entre els homes. Aquest descens provoca que les diferencies de classe social entre les dones disminueixin.

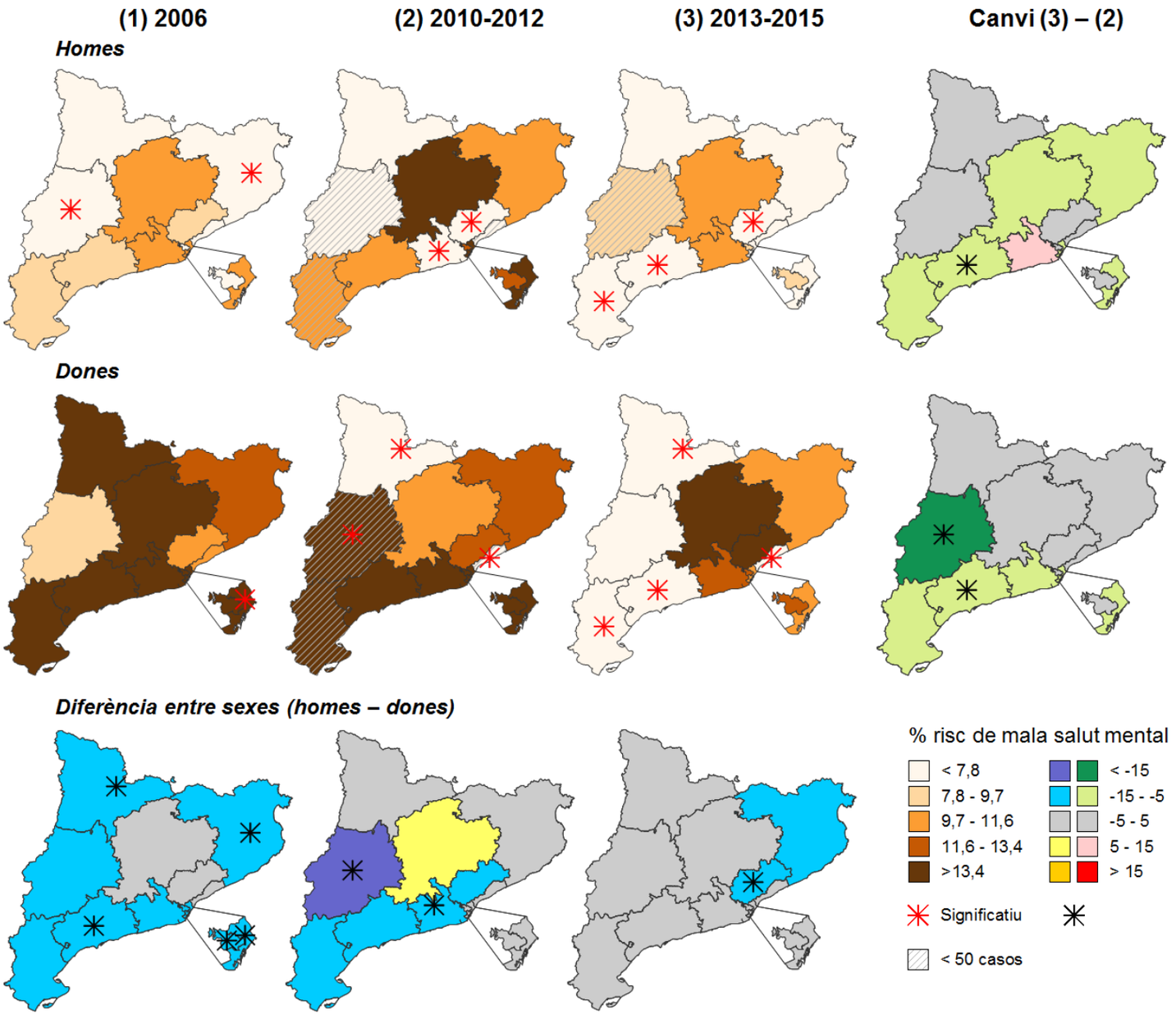
Figura 76. Proporció de població que té risc de mala salut mental per classe social, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Podem observar que a tots els grups d'edat contemplats les dones presenten un major risc de mala salut mental que els homes, essent aquest risc lleugerament superior entre la població de classes socials més altes. En l'evolució, els descensos només són destacables entre les dones de classes socials més baixes, sobretot en els grups d'edat 65-74 anys i 75 i més anys.

Figura 77. Proporció de població de classes socials més altes* que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries.

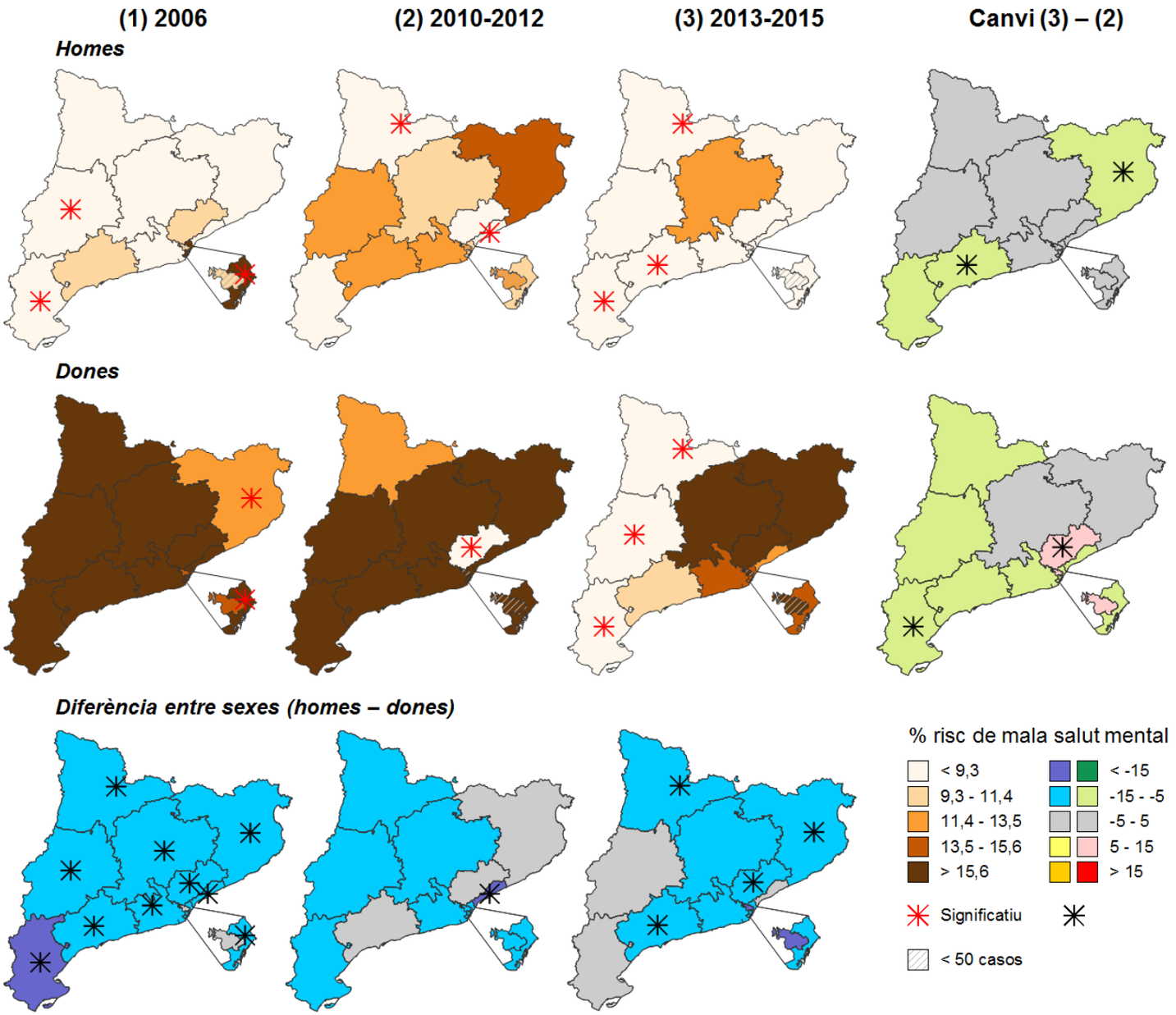


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups I, II, III.

La representació del percentatge de població de 50 i més anys que té risc de mala salut mental per les classes socials més altes ens mostra que la incidència del risc s'ha mantingut més estable entre els homes, mentre que els descensos més evidents es produeixen entre les dones.

Entre els homes els descensos es produeixen a les Terres de l'Ebre i al Camp de Tarragona, i el risc més elevat es dóna a les Comarques Centrals i la Corona Oest. Entre les dones el descens ha estat major, i sobretot ha disminuït al Camp de Tarragona, la Corona Oest, les Terres de l'Ebre i Lleida.

Figura 78. Proporció de població de classes socials més baixes* que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries.

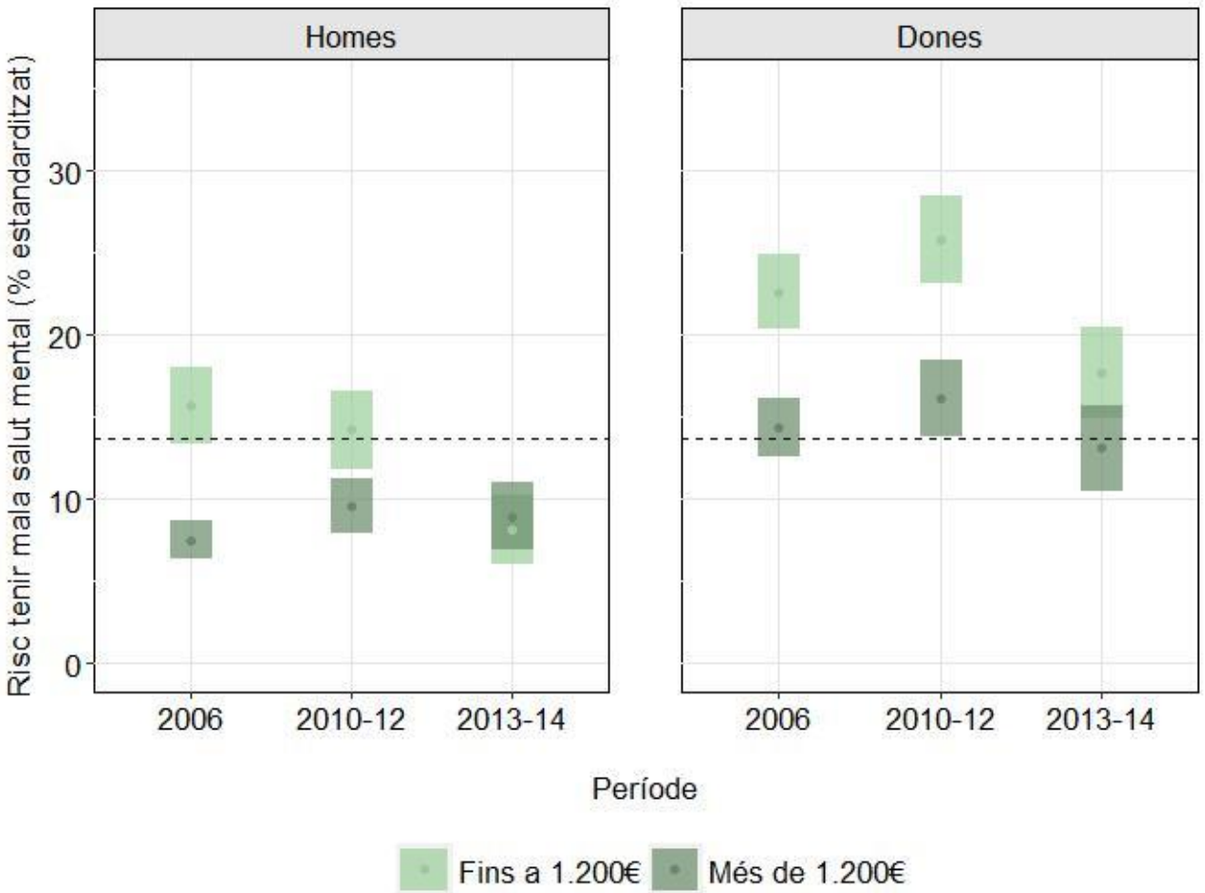


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups IVa/b, V.

Podem observar la representació del percentatge de població de 50 i més anys que té risc de mala salut mental per a les classes socials més baixes. Tant entre els homes com entre les dones s'ha produït un descens del risc en la majoria de regions.

Entre els homes el descens ha estat més acusat a Girona i a la Corona Oest, mentre que a la resta del territori s'ha mantingut més estable. En el cas de les dones el descens ha estat acusat a les regions interiors (Alt Pirineu i Aran, Lleida i Terres de l'Ebre), però s'ha mantingut un risc elevat a Girona, les Comarques Centrals i la Corona Nord.

Figura 79. Proporció de població que té risc de mala salut mental per nivell d'ingressos i sexe.





Més ingressos
MENOR
risc de mala salut mental

Menys ingressos
MAJOR
risc de mala salut mental



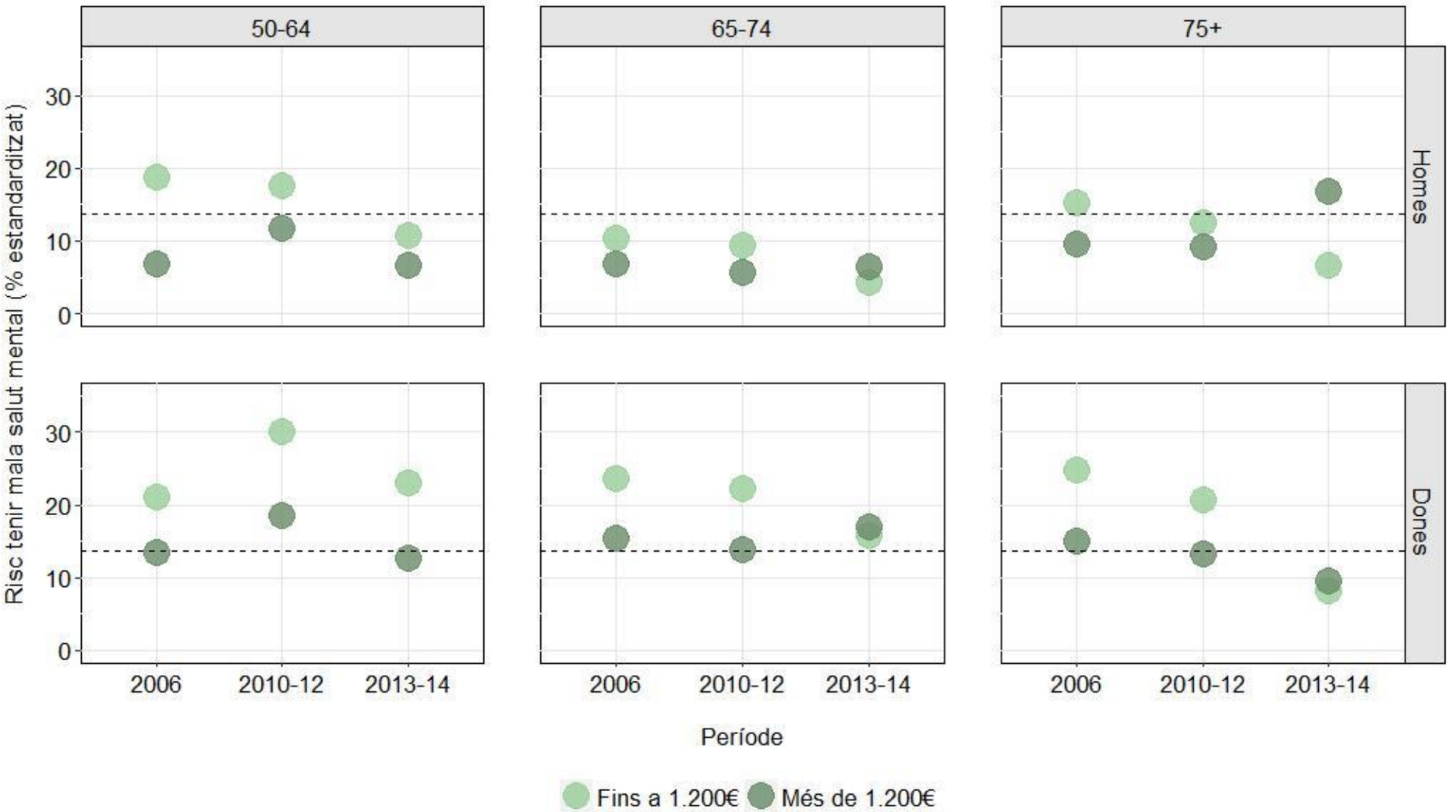
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La incidència de tenir risc de mala salut mental depèn dels ingressos. Observem que la incidència de tenir mala salut mental és major entre la població amb ingressos més baixos que entre la població amb ingressos més alts. Aquesta diferència entre ingressos s'incrementa en el cas de les dones, que per altra banda presenten un risc de mala salut mental molt més elevat que els homes, amb independència de la classe social a la que pertanyin.

Si fixem l'atenció en l'evolució temporal d'aquests valors segons el sexe podem constatar que l'evolució ha estat descendent només entre homes i dones amb ingressos més baixos (i en el cas de les dones sols des de 2010-12).

Salut mental: Segons els ingressos mensuals de la llar

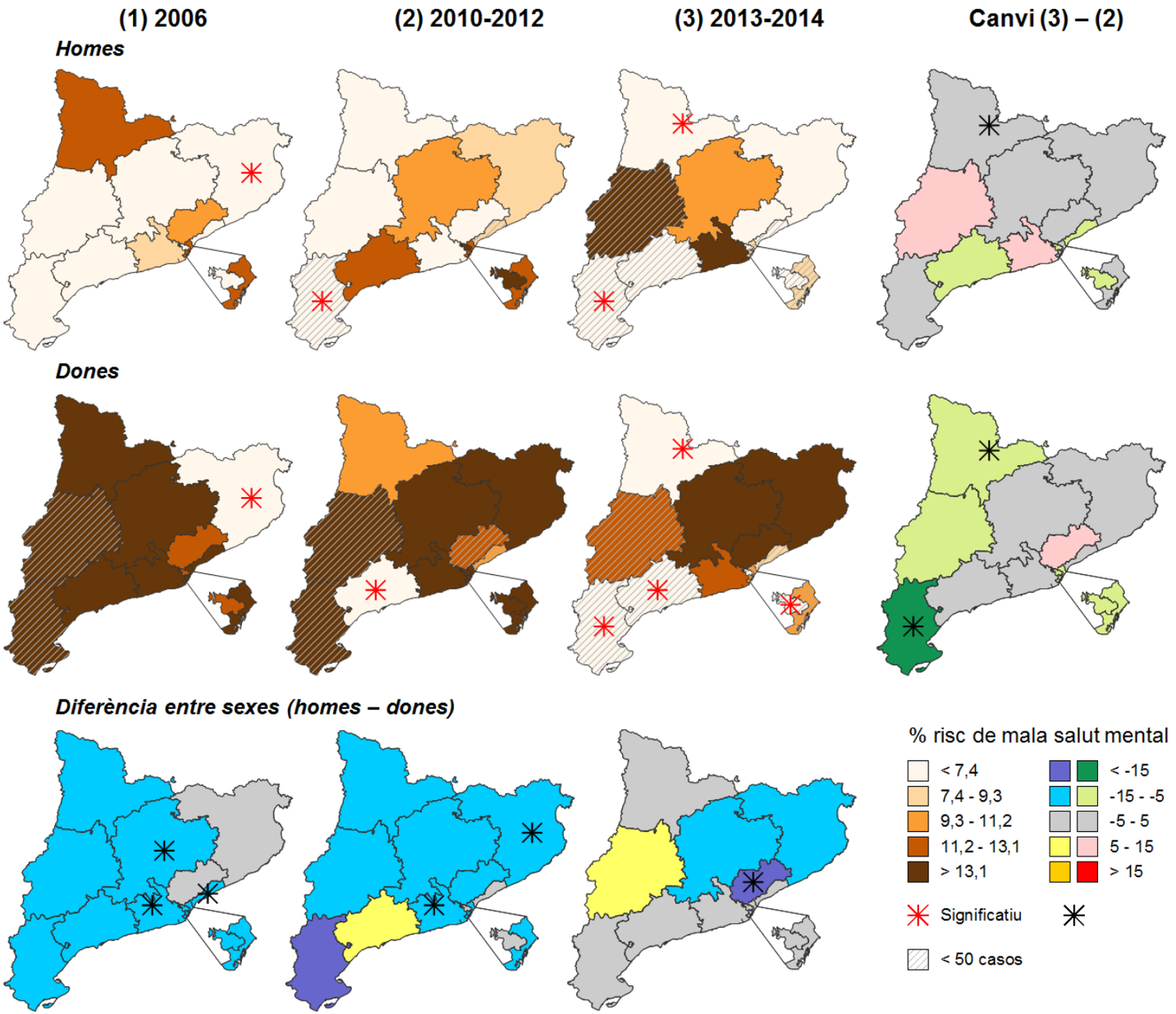
Figura 80. Proporció de població que té risc de mala salut mental per nivell d'ingressos, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

En aquests gràfics afegim el grup d'edat a les variables ja considerades (sexe i nivell d'ingressos). Observem que a mesura que augmenta el grup d'edat, tant entre els homes com entre les dones, disminueix la incidència del risc de mala salut mental, sobretot entre la població amb ingressos més baixos (≤ 1.200€) i en edats de 75 i més anys.

Figura 81. Proporció de població amb ingressos més alts que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries.

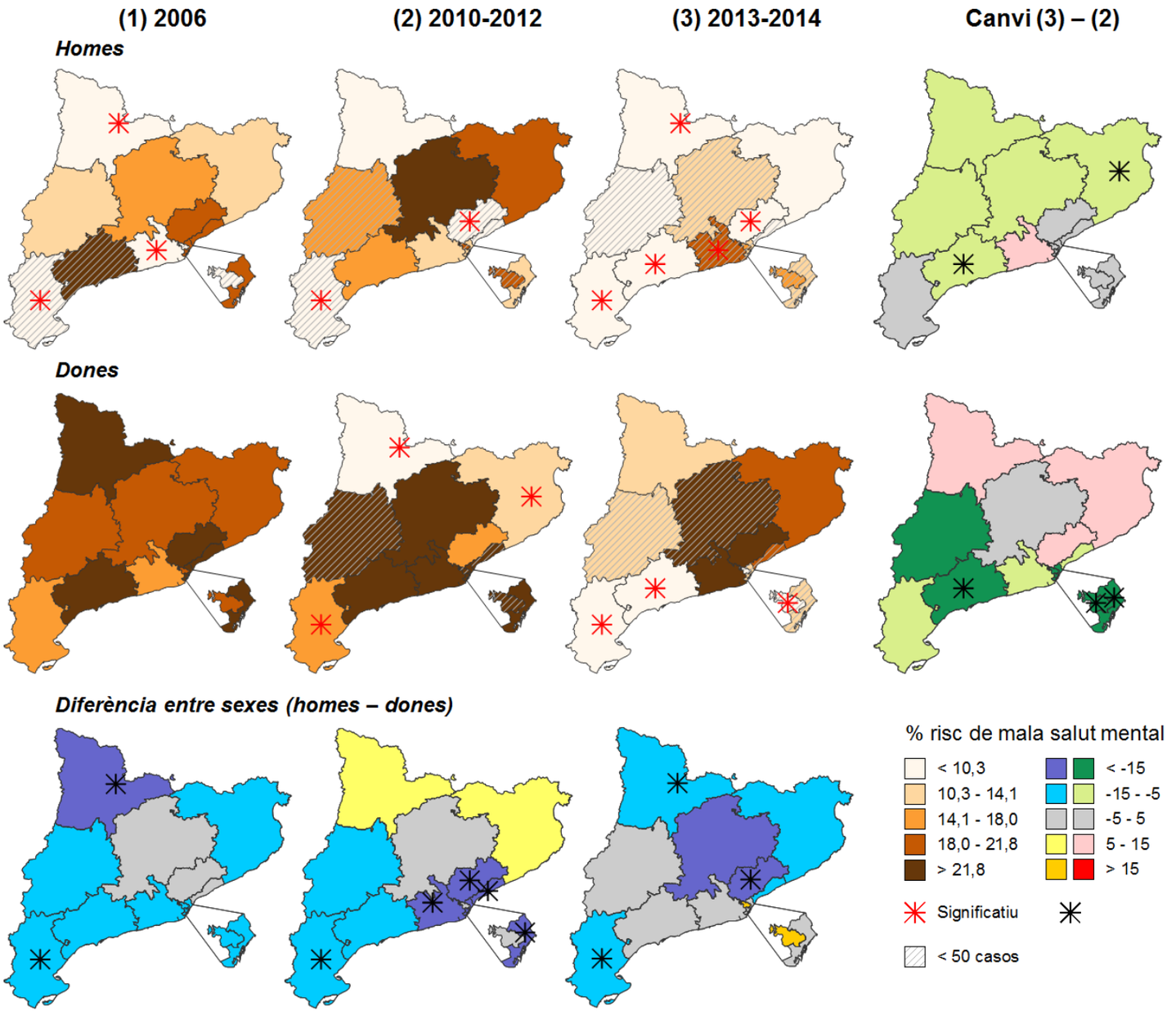


La representació de les proporcions de població de 50 i més anys que té risc de mala salut mental per al grup d'ingressos més alts ens mostra que la incidència s'ha mantingut estable en el cas del homes, amb lleugers augments com els observats a Lleida i la Corona Oest.

En canvi, en el cas de les dones, que partien d'incidències més elevades, s'ha produït un descens a excepció de les regions del nord-est (Girona, Corona Oest i Comarques centrals) que s'han mantingut en valors elevats.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 82. Proporció de població amb ingressos més baixos que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries.



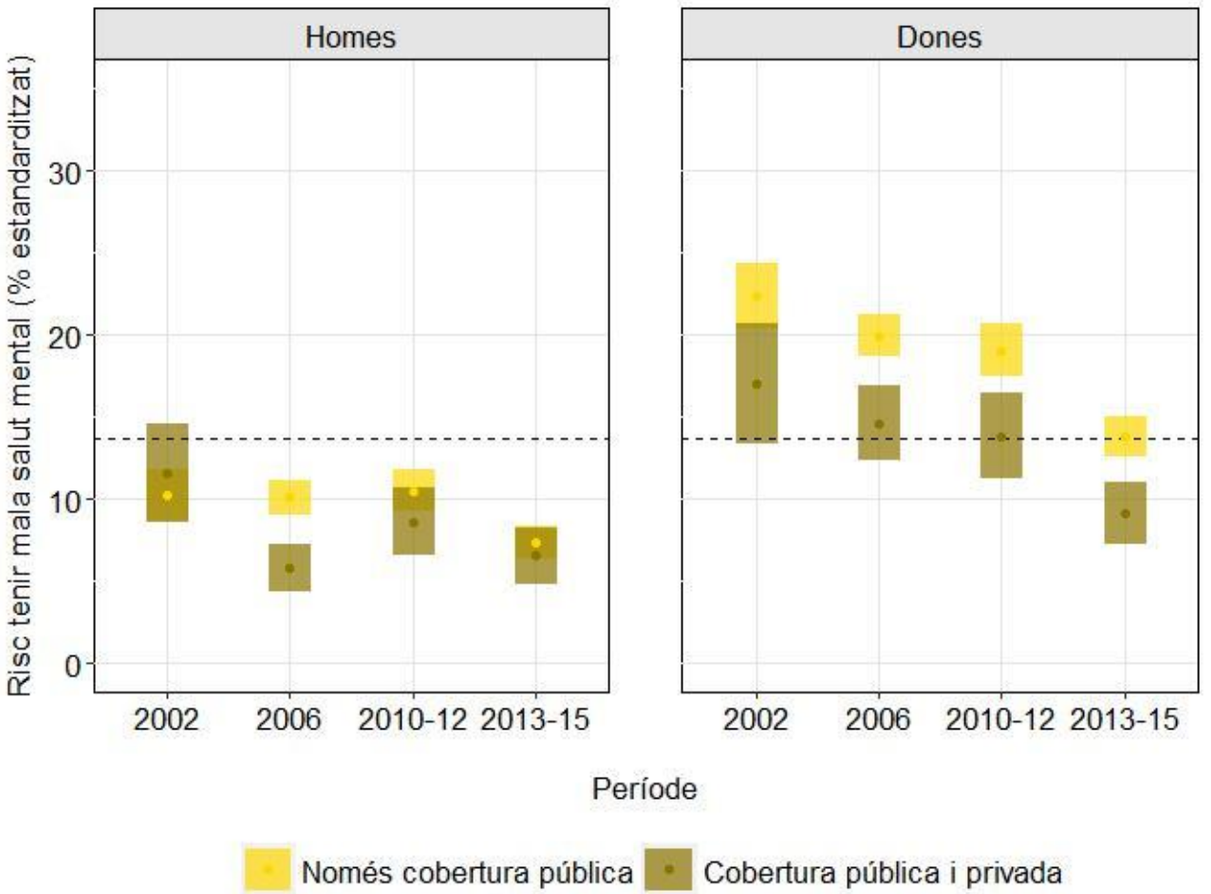
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Podem observar la representació cartogràfica de la població de 50 i més anys que té risc de mala salut mental per al grup d'ingressos més baixos.

Territorialment s'observa com es produeix un descens de la incidència del risc de mala salut, de major intensitat entre els homes.

Tot i així, les regions metropolitanes de la Corona Nord i la Corona Oest, més les Comarques Centrals mantenen incidències elevades.

Figura 83. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental per cobertura sanitària i sexe.



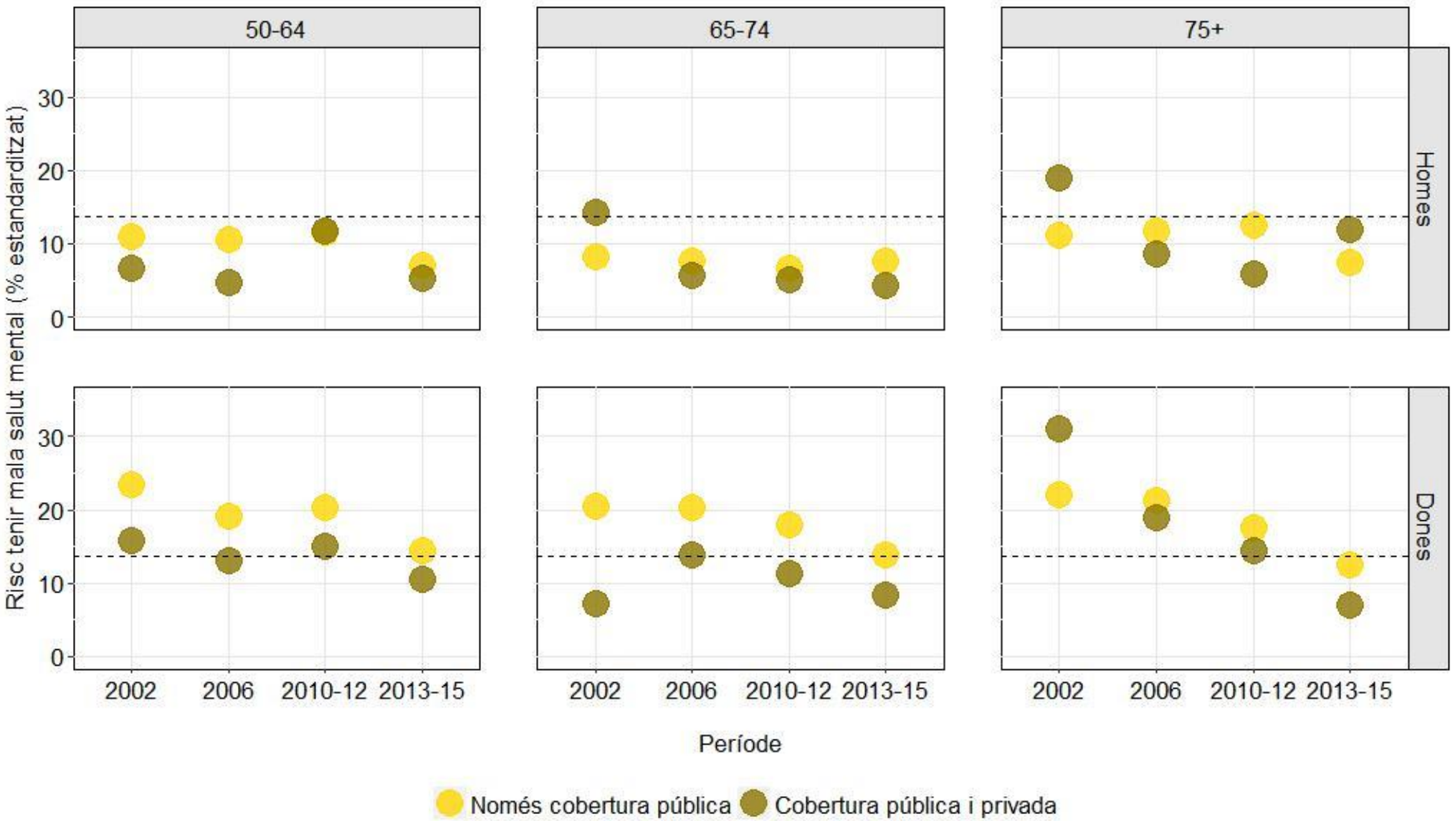
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Amb aquest gràfic mostrem la incidència de tenir risc de mala salut mental per sexes segons si la cobertura sanitària és pública o pública i privada. Observem que entre la població amb només cobertura pública la incidència de tenir risc de mala salut mental és major que entre la població amb cobertura pública i privada. Entre les dones, la incidència és sempre més alta que entre els homes amb el mateix tipus de cobertura.

A mesura que han anat passant els anys s'ha produït una disminució dels percentatges de tenir risc de mala salut mental, tant entre els homes com entre les dones i amb tendències semblants segons el tipus de cobertura sanitària.



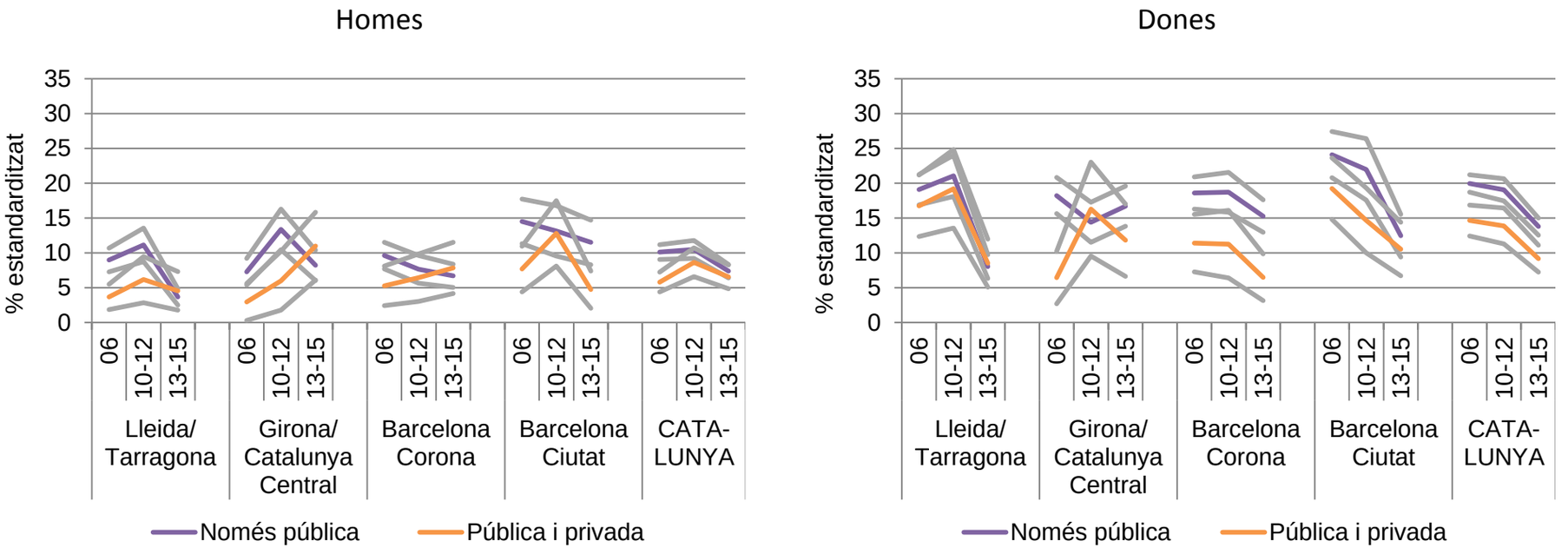
Figura 84. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental per cobertura sanitària, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

En la incidència de tenir un risc de mala salut mental, si s'observa en diferents moments temporals segons la cobertura sanitària, el sexe i el grup d'edat, trobem que a mesura que augmenta el grup d'edat -tant pels homes com per les dones i en tots els anys d'estudi- el risc de mala salut mental és major entre els que disposen només de cobertura pública que entre els que també disposen de cobertura privada.

Figura 85. Proporció de població segons el tipus de cobertura sanitària que té risc de tenir mala salut mental. Regions agrupades*.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

Als gràfics, tant per homes com per les dones, observem la incidència de tenir risc de mala salut mental per a la població de més de 50 anys segons si la cobertura sanitària és pública o pública i privada, per regions agrupades de residència. Observem que pels homes el risc de tenir mala salut mental va empitjorar entre 2006 i 2010-12 però va recuperar-se entre 2010-12 i 2013-15 entre els que només estaven coberts amb cobertura pública a Lleida-Tarragona i a Girona-Catalunya Central, mentre que a Barcelona Corona i Barcelona Ciutat es va reduir durant tot el període. De fet, les diferències amb les persones amb doble cobertura van disminuir durant el període d'estudi perquè el seu risc de mala salut mental va empitjorar, sobretot a Girona-Catalunya Central i a Barcelona Corona. Entre les dones els descensos han estat més generalitzats, sobretot a Lleida-Tarragona i a Barcelona Ciutat, però amb l'excepció de Girona-Catalunya Central (per ambdós categories de cobertura).

Taula 9. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (1).

TÉ RISC DE TENIR MALA SALUT MENTAL

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**9,7**	**8,7**	**11,6**	**6,5**	**21,3**	**17,6**	**18,8**	**13,4**
Activitat laboral									
Treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
No treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50							
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o més									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A			N<50	N/A			N<50
	> 1.200 €	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada			N<50	N<50				N<50

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. Nota 1: L'escala de colors s'ha aplicat a tots els valors per poder comparar entre homes i dones, els diferents moments i les diferents combinacions de variables socioeconòmiques. Nota 2: Es mostren només els resultats amb 50 o més casos. Nota 3: L'últim període pels ingressos de la llar és 2013-14.

Activitat laboral:

- Entre 2002 i 2010-12 hi havia poca diferència de gènere en el risc de tenir mala salut mental entre els que no treballen, però llavors va disminuir més entre els homes. Malgrat que repunta a 2010-12, el risc és molt baix entre els homes que treballen (5% a 2013-15) .
- A 2002, els homes amb pocs estudis que no treballaven tenien pitjor salut mental, però des de 2006 els no actius amb més estudis tenen el mateix risc. L'educació té poc efecte entre els treballadors. Entre les dones, el des-avantatge de no treballar es va mantenir només per les que tenien un nivell educatiu d'estudis primaris o menys.
- La classe social, els ingressos de la llar i el tipus de cobertura sanitària no fan variar gaire la relació activitat-salut mental entre els homes (el que és important és treballar). Entre les dones el nivell d'ingressos és important. Les dones de les classes socials més baixes que no treballen no van observar cap millora en el període 2013-15, desapareixent l'efecte protector de tenir una doble cobertura.

Nivell d'estudis:

- Les diferències en el nivell d'estudis són més importants per les dones, tot i que aquestes disminueixen amb el pas del temps.
- Creuat amb d'altres variables, entre els homes, la categoria d'educació primària o menys i de grup social més alt tenien un pitjor risc de mala salut mental per l'any 2002, però amb la crisi la situació pels de classes socials més baixes va empitjorar. Entre les dones de classes socials més baixes i amb menys estudis, el risc de tenir mala salut mental va ser més alt per a tot el període.
- Per ambdós sexes, un nivell alt d'estudis i d'ingressos comportava menys riscos per a tot el període estudiat, encara que s'observa un empitjorament a l'inici de la crisi. També l'avantatge de tenir un nivell d'ingressos més alt però amb estudis més baixos va desaparèixer.
- Pels d'educació de nivell baix, tenir només cobertura sanitària pública comportava un risc addicional de tenir mala salut mental, encara que al període 2013-15 les diferències van desaparèixer en el cas dels homes i disminuir entre les dones.

Taula 9. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (2).

TÉ RISC DE TENIR MALA SALUT MENTAL

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A	N<50		N<50	N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Ingressos de la llar									
> 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A				N/A			
≤ 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A	N<50	N<50	N<50	N/A	N<50	N<50	N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Per resumir: Entre les persones de 50 a 64 anys, el risc de tenir una mala salut mental és més alt a:

- L'any 2002 que en el període 2013-15 i en les dones que entre els homes
- Entre els que no treballen en comparació als que treballen
- Persones amb estudis baixos que amb estudis més alts
- Els que viuen en una llar de classes socials baixes que en una de classes socials més altes (però només entre les dones)
- Al viure en una llar amb ingressos baixos que en una d'ingressos més alts
- Tenir només cobertura pública (sols fins a 2010-12 entre els homes)
- En relació amb l'activitat, la classe social o els ingressos no era important
- Per les dones, sobretot de classe social més alta o treballadores, tenir uns nivells alts d'ingressos està associat amb menors riscos de mala salut mental

Classe social

- Les dones que viuen en llars de classes socials més altes tenen un menor risc de tenir mala salut mental que les de classes baixes, mentre no n'hi ha gairebé diferencies entre els homes.
- Creuat amb ingressos de la llar, entre els individus amb més ingressos, la classe social no és important entre els homes, però sí que ho és entre les dones. Per aquestes, el risc de tenir mala salut mental es va reduir molt durant el segon període de crisi estudiat.
- En relació amb la cobertura sanitària, fins l'any 2006 tenir la doble cobertura aportava avantatges, independentment de la classe social, però des de la crisi ja no hi ha diferències.

Ingressos i cobertura sanitària:

- Encara que les diferències en el risc de tenir mala salut mental entre els dos grups d'ingressos de la llar eren grans l'any 2006, aquesta distància va disminuir durant la crisi ja que la situació dels més rics va empitjorar (i no la dels més pobres).
- Durant els anys del boom econòmic, el risc de tenir mala salut mental era més alt entre els homes que tenien sols una cobertura sanitària pública, però durant tot el període d'estudi ho és entre les dones.
- En els ingressos creuats amb la cobertura sanitària, s'observa que el desavantatge dels homes que vivien en llars amb menys ingressos i amb només cobertura pública va disminuir, però entre les dones de les mateixes característiques va augmentar durant el primer període.

Taula 10. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya.

TÉ RISC DE TENIR MALA SALUT MENTAL

		HOMES				DONES			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**10,3**	**9,3**	**8,8**	**7,6**	**20,5**	**19,7**	**16,8**	**12,1**
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*	N<50				N<50			
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada					N<50			
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50				N<50			
Ingressos de la llar									
> 1.200 €									
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A		N<50	N<50
≤ 1.200 €									
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Per a la font i les notes, veure Taula 5.

Nivell d'estudis:

- Disposar d'un nivell d'estudis alt proporciona una menor incidència de tenir risc de mala salut mental entre les dones, però no tant entre els homes.
- Quan es creua el nivell d'estudis amb la classe social, es veuen poques diferències entre els homes. Per les dones, tenir nivell d'estudis secundaris i ingressos més elevats ja no comportava tants avantatges en el període 2013-15 que abans, perquè van observar menys millores que les d'ingressos més baixos.
- Curiosament, entre els homes amb doble cobertura sanitària i com a molt un nivell educatiu primari, el risc de tenir mala salut mental era més alt en 2006 i també en 2013-15 que les altres combinacions. Entre les dones, les menys instruïdes i amb només cobertura pública tenen pitjor salut mental.

Classe social
- Les dones que viuen en llars de classes socials més altes tenien una millor salut mental durant els anys de boom (2002 i 2006), però ja no des del període 2010-12. Entre els homes, s'observaven diferències socials durant el boom.
- Creuat amb ingressos de la llar o cobertura sanitària tampoc hi ha una clara tendència.

Ingressos:
- Viure en una llar que disposa d'una renda mensual de 1.200 euros o menys proporciona una major incidència del risc de mala salut mental.

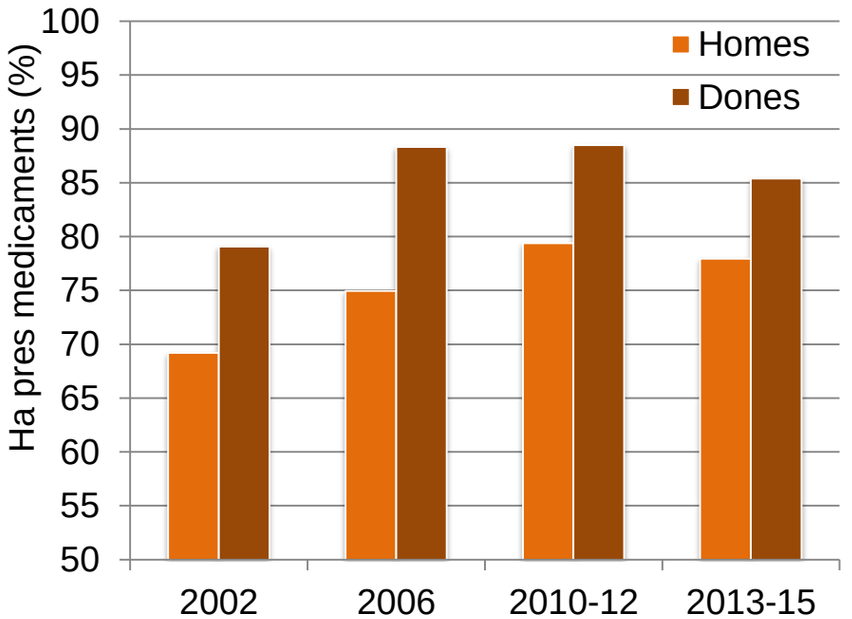
Cobertura sanitària:
- La incidència de no tenir una bona salut mental és major entre les persones amb només cobertura pública. Aquesta tendència ha estat molt regular des de l'any 2002 entre les dones, però només entre 2006 i 2010-12 pels homes.
- S'observa que es mantenen aquestes diferències independentment de la classe social.
- No s'ha observat cap millora per a les persones amb més ingressos però sense doble cobertura, que abans tenien un avantatge sobre els de menys ingressos.

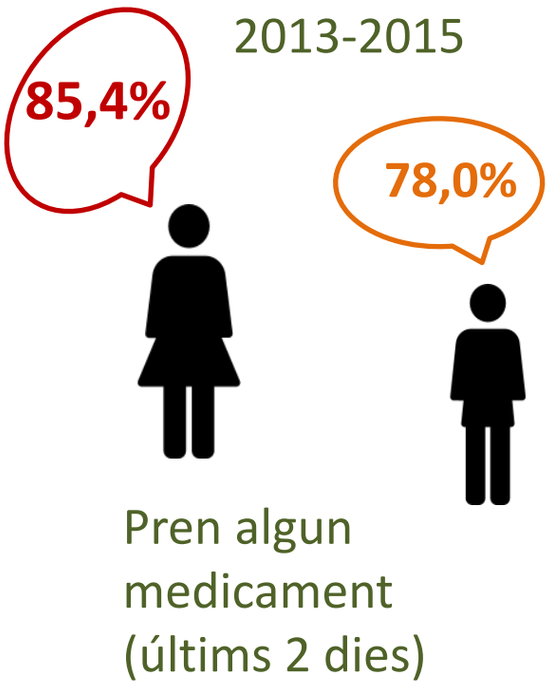
Per resumir:
- Entre les persones de 65 anys o més, el fet de tenir risc de mala salut mental no presenta diferències remarcables entre grups socioeconòmics, sobretot en el cas dels homes. Una excepció és el no tenir la doble cobertura sanitària entre les dones (el desavantatge disminueix quan la persona té un nivell més alt d'educació o la llar disposa de més ingressos).

Ús de medicaments (50 i més anys)

Ús de medicaments

Figura 86. Proporció de població que ha pres algun medicament* per sexe.





Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Últims 2 dies.

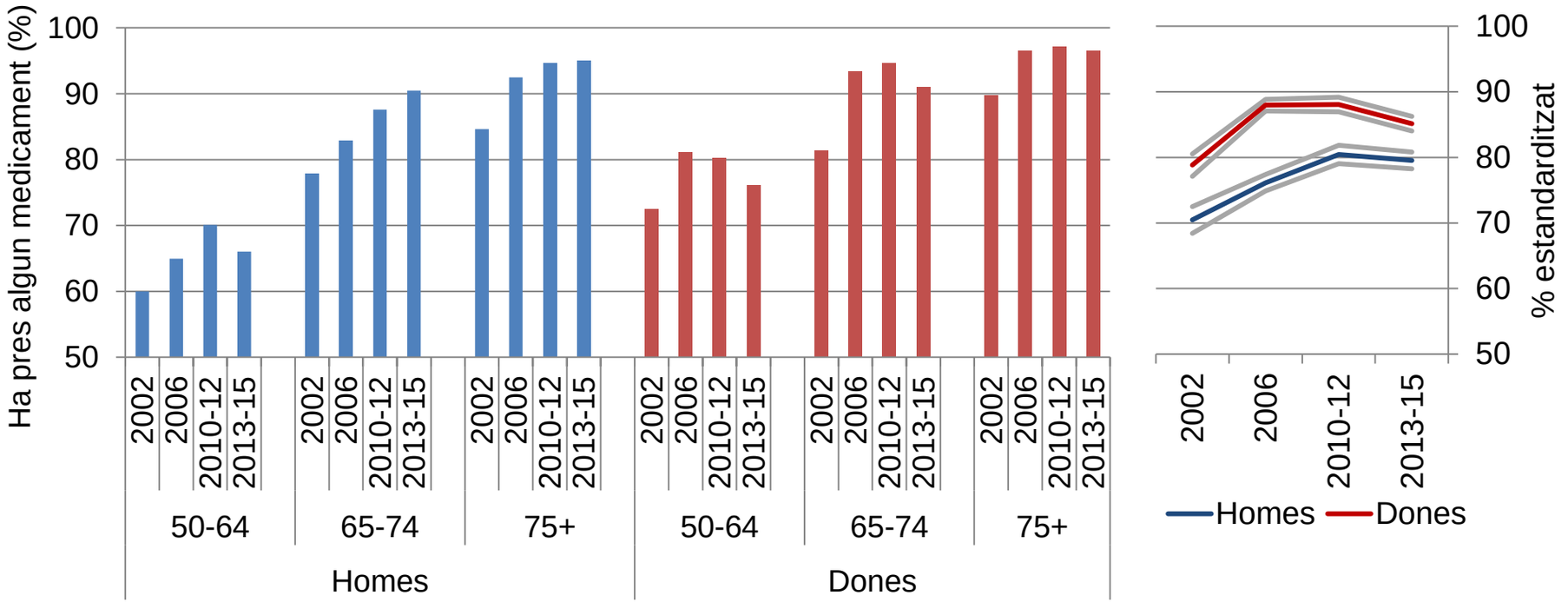
L'anàlisi de la incidència del consum de medicaments entre la població de 50 i més anys el centrarem en la variable prendre medicaments als últims 2 dies, que s'ha analitzat amb més detall i a on es diferencia entre haver pres o no medicaments en els últims dos dies.

Segons els resultats, les dones tenen major incidència de prendre medicaments als últims 2 dies. Les diferències entre sexes s'han mantingut més o menys estables al llarg del període d'estudi, però en ambdós casos la incidència va augmentar entre 2002 i 2010-12 mentre que ha disminuït en el període 2013-15.

Nota metodològica: Per mesurar l'ús de medicaments s'ha utilitzat els resultats de la pregunta "s'ha pres algun medicament?" en relació als darrers 2 dies.

Donat que les opcions de resposta no eren ben bé iguals entre enquestes (per 2002 es donava l'opció de si era receptat o no, l'any 2006 a més de si era aconsellat a la farmàcia o per iniciativa pròpia, però en 2010-15 només es podia respondre sí o no), sols distingim entre sí i no.

Figura 87. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per sexe i edat.

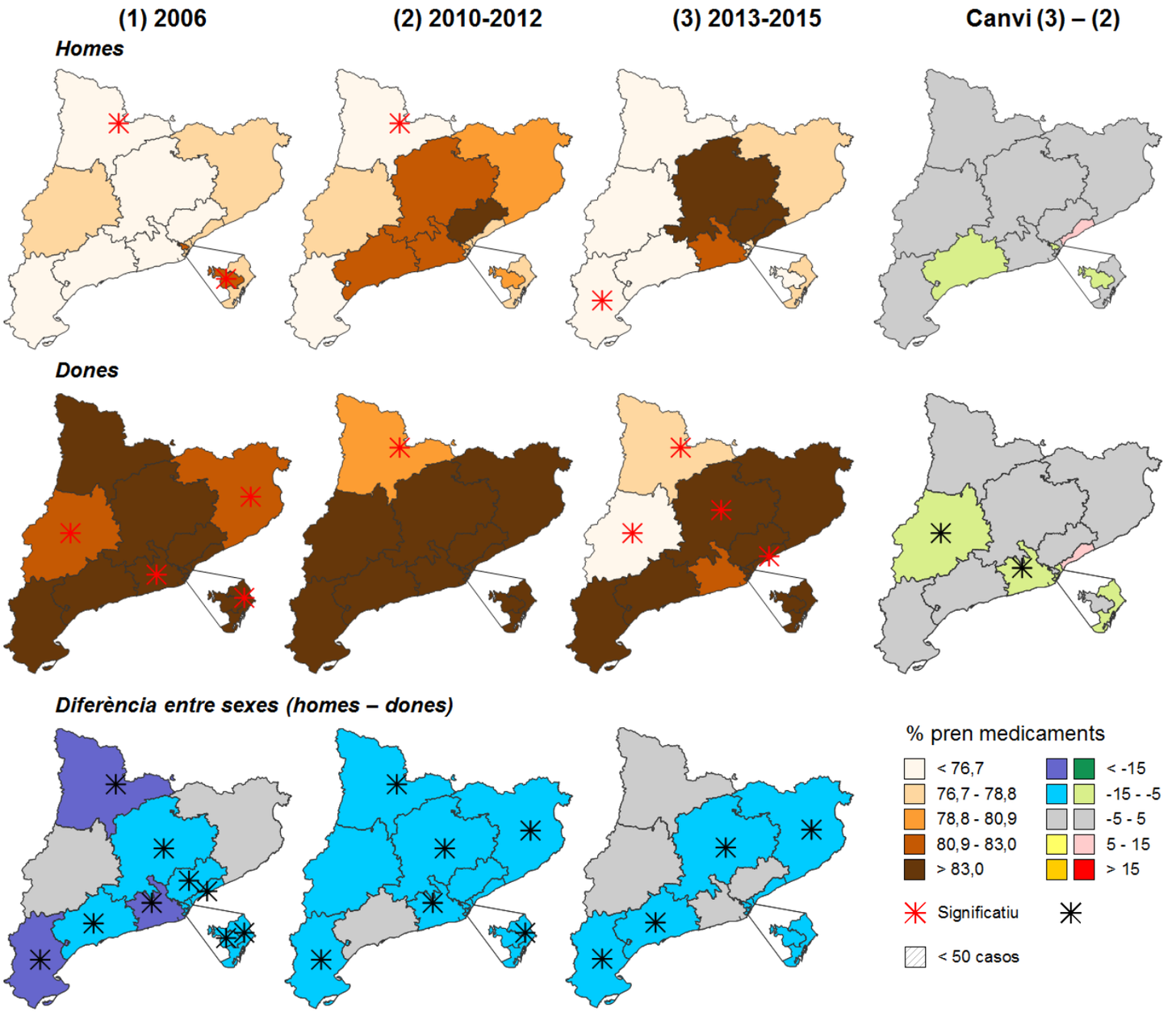


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La proporció de població de 50 i més anys que declaren prendre medicaments (últims 2 dies) és més alta entre les dones i augmenta a mesura que ens apropem a edats més avançades en ambdós sexes (75 i més anys).

A mesura que s'incrementa l'edat augmenta la proporció d'individus que prenen medicaments. En canvi, l'evolució temporal en el cas de les dones no és sempre creixent. D'aquesta manera a l'últim període s'observa un descens del consum de medicaments entre les dones fins als 74 anys, mentre que entre els homes només es produeix a l'edat de 50-64.

Figura 88. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries.

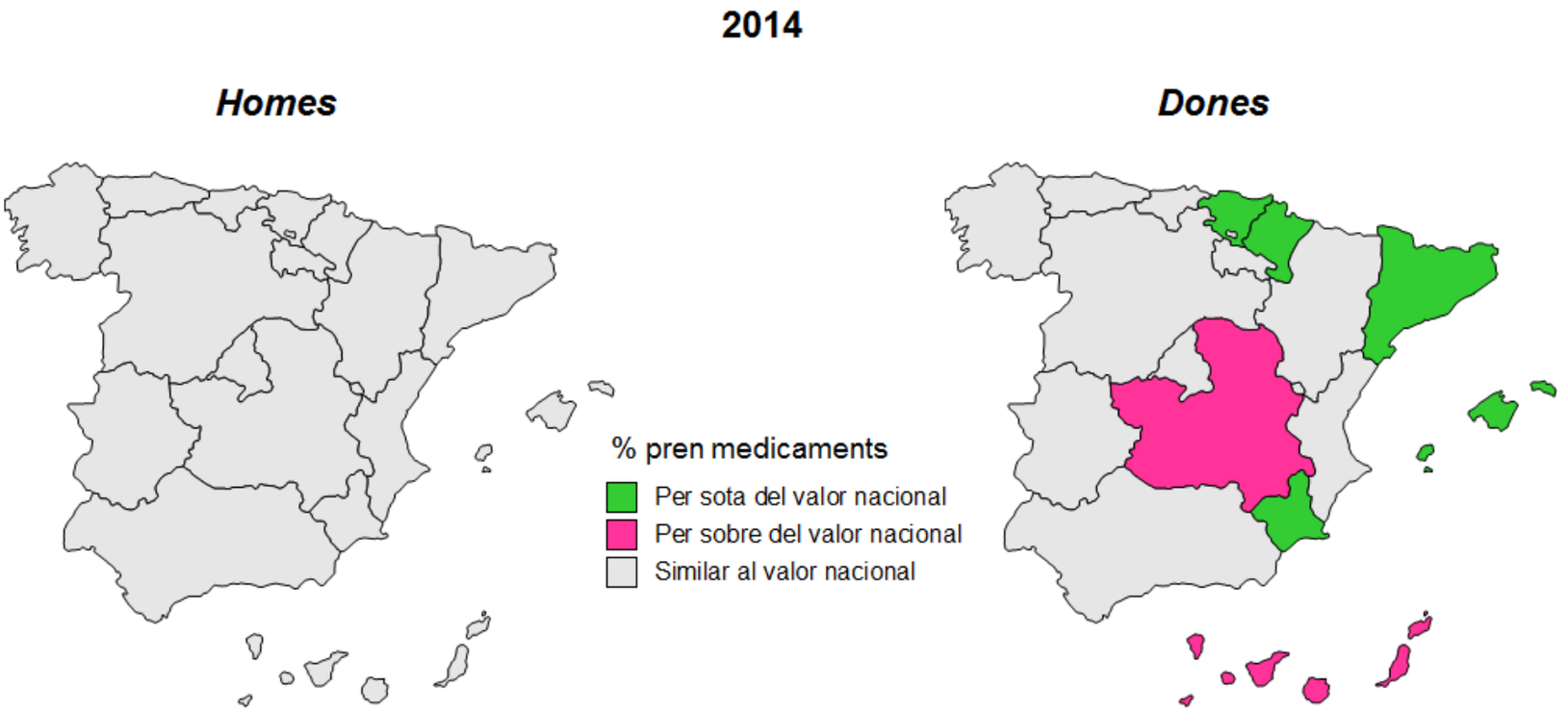


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) és significament superior entre les dones a la majoria de les regions.

Entre els homes el baix consum es troba a les regions interiors (encara que sense descensos significatius), mentre que a la Catalunya Central i les corones metropolitanes s'ha mantingut elevat. Entre les dones els nivells segueixen alts però són més baixos a l'Alt Pirineu i Aran i a Lleida, i amb descensos significatius a Lleida i la Corona Oest.

Figura 89. Proporció de població que pren medicaments.* CCAA.

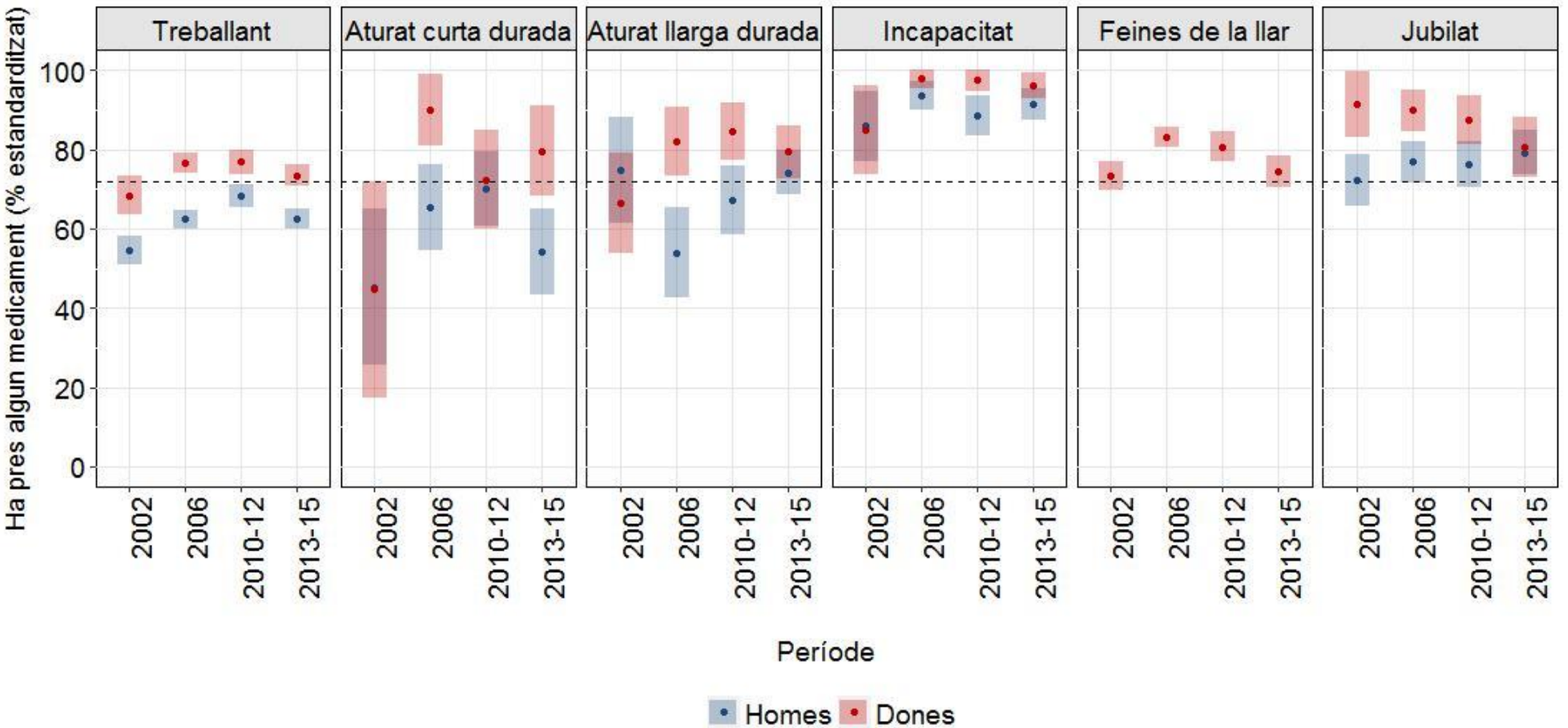


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'EESE. *Últimes 2 setmanes.

S'observa, entre els homes, que no hi ha diferències significatives pel que fa a l'ús de medicaments entre les diferents CC.AA, per tant es pot afirmar que l'ús de medicaments entre els homes presenta una gran homogeneïtat territorial. Per contra, entre les dones l'ús de medicaments sí que presenta diferències territorials. Així tenim dos CC.AA amb valors significatius per sobre del total (Castella-La Manxa i Canàries) i cinc CC.AA amb valors per sota del conjunt d'Espanya (País Basc, Navarra, Catalunya, Múrcia i les Illes Balears).

Medicaments: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

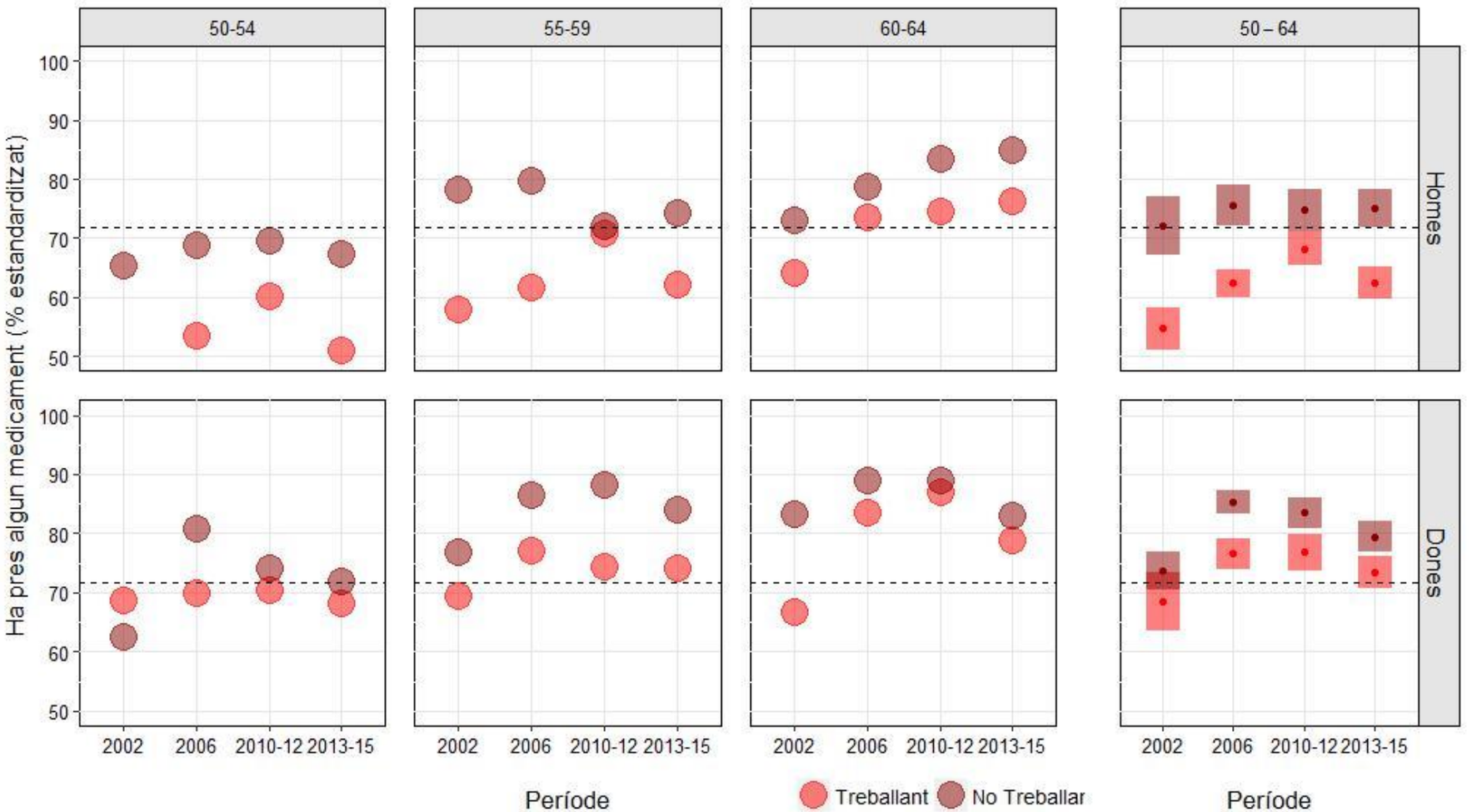
Figura 90. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per activitat laboral i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

El gràfic ens mostra la incidència del percentatge estandarditzat de prendre medicaments (últims 2 dies) segons el sexe i l'activitat laboral per a la població de 50 i més anys. De manera general podem afirmar que el consum de medicaments és majoritari a totes les categories contemplades ja que aquest consum es troba al voltant del 70%, tot i així es poden establir algunes regularitats. En general l'ús de medicaments és major entre les dones que entre els homes, especialment a les categories treballant i aturat (curta i llarga durada). Entre els jubilats el consum de medicaments era igual entre homes i dones a 2013-15 pel descens en les dones i l'increment en els homes. Ambdós sexes presenten un major ús de medicaments quan es troben incapacitats i menor quan estan treballant o fent feines de la llar en el cas de les dones.

Figura 91. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per activitat laboral, sexe i edat.

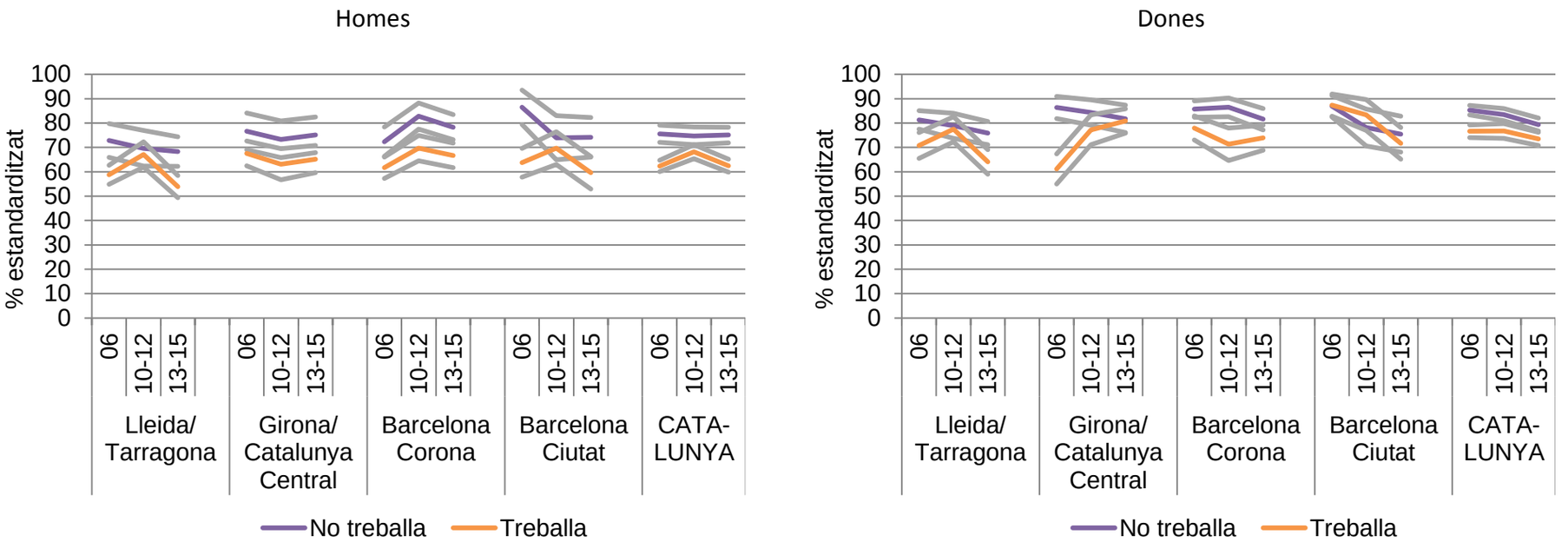


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través d'aquests tres gràfics podem observar la incidència de prendre medicaments (últims 2 dies) entre la població de 50 a 64 anys segons l'activitat laboral, el sexe, grup d'edat i el moment temporal. Podem observar com a mesura que augmenta el grup d'edat -tant en homes com en dones- s'incrementa la proporció de consum de medicaments, fet que es produeix tant si treballen com si no, per homes i dones. L'evolució temporal de la incidència de prendre medicaments ens mostra una tendència de signe contrari a la d'edat especialment entre les dones. A totes les edats les dones mostren una reducció de l'ús de medicaments, en canvi entre els homes aquesta reducció no s'aprecia entre les edats més grans (60-64 anys).

Medicaments: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

Figura 92. Proporció de població segons l'activitat que pren medicaments (últims 2 dies). Regions agrupades.*

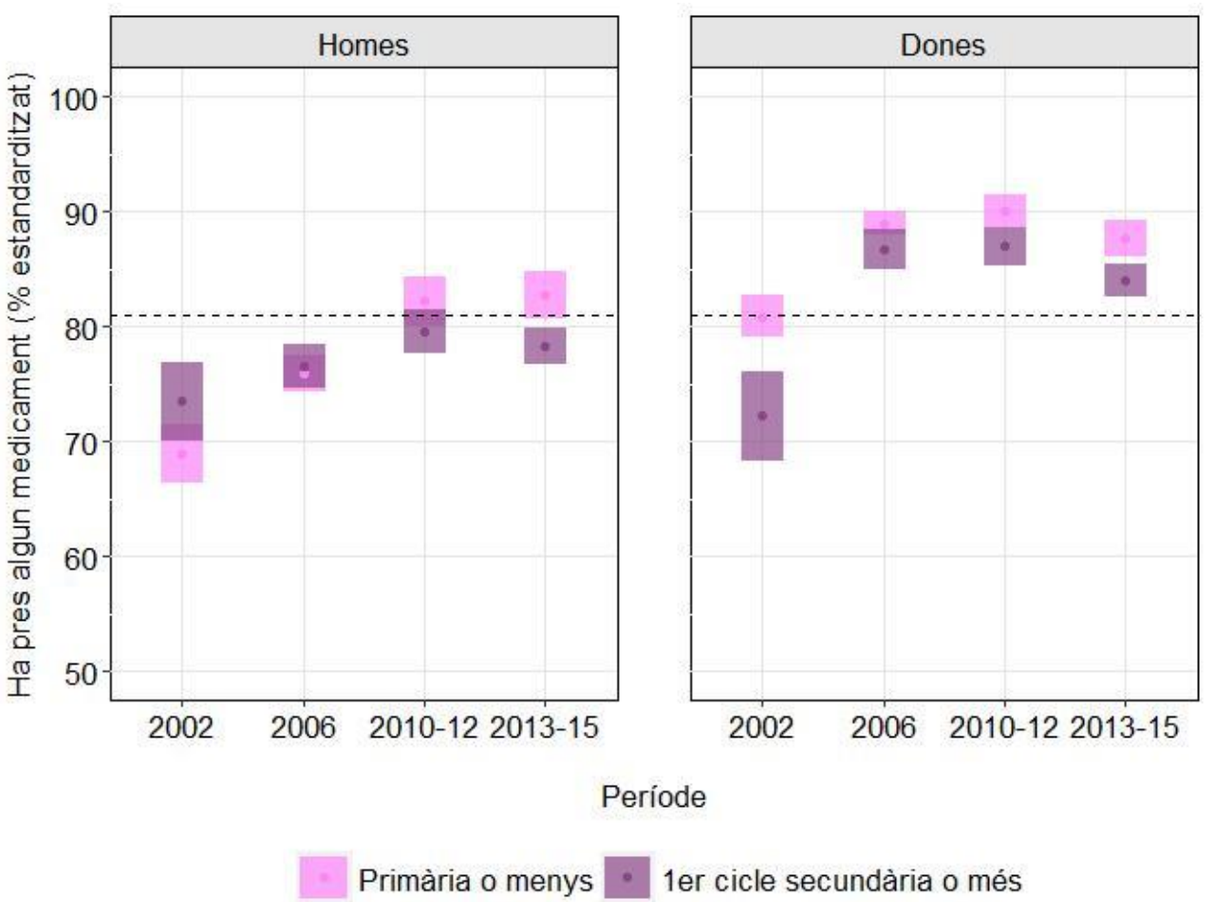


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA .*Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

Als gràfics, per a homes i per a dones, observem que la incidència de prendre medicaments (últims 2 dies) per a la població de 50 a 64 anys al llarg del període d'estudi s'ha mantingut bastant estable i en nivell elevats entre els que no treballen, pròxims al 75% en homes i al 80% en dones a 2013-15. Entre els homes que sí treballen el percentatge és un 10% menor, encara que a 2010-12 es va produir un augment temporal en el consum.

Des d'un punt de vista territorial observem que entre homes i dones no hi ha grans diferències tot i que podem destacar que entre les dones hi ha un major consum de medicaments a Barcelona Ciutat entre les treballadores fins a 2010-12, mentre que entre els homes no treballadors el major consum es produeix actualment a Barcelona Corona.

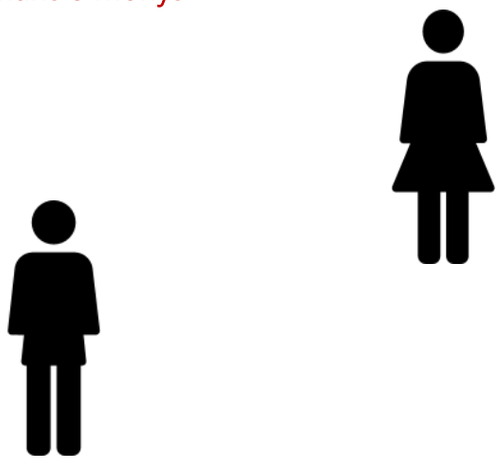
Figura 93. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per nivell educatiu i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

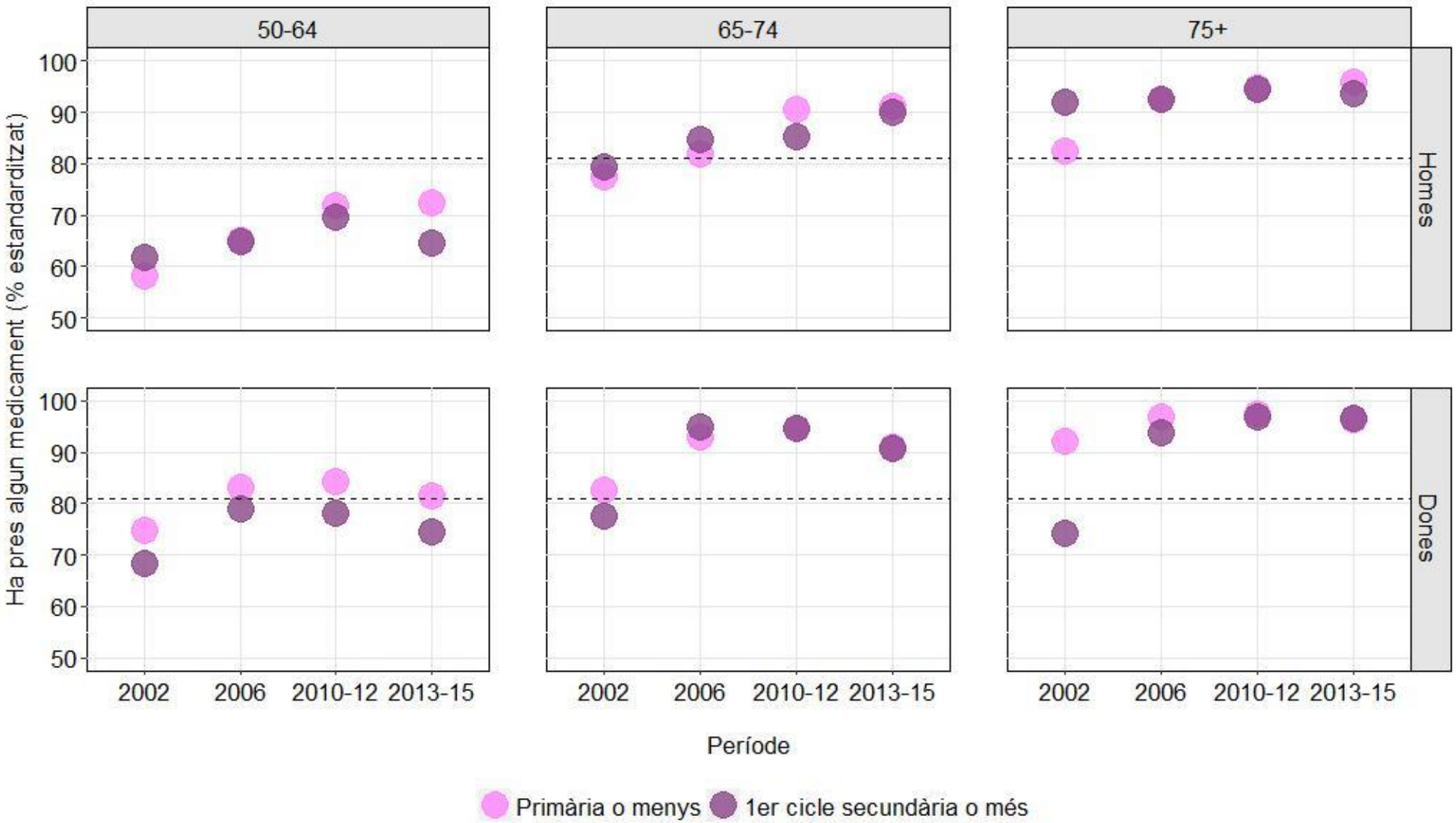
De la **comparativa** entre homes i dones podem extreure que les **dones** presenten un **major consum de medicaments**, però a diferència dels homes els seus nivells no van augmentar entre 2006 i 2010-12 als dos grups d'estudis. A 2013-15 les diferències educatives en el consum de medicaments van ser significatives pel descens en el consum entre les persones amb estudis més alts.

Entre les **dones,** després d'un període d'augment del consum de medicaments, sobretot entre 2002 i 2006, s'ha produït un **lleuger descens** als dos nivells d'estudis contemplats (passant d'un **90,1%** al **2010-12** a un **87,6%** al **2013-15** per a les d'estudis **primaris o menys**.



Al gràfic podem observar que els **homes**, **indistintament del nivell d'estudis** que disposin (fins a primari o secundari o més), tendeixen al llarg del període a presentar **major consum de medicaments** (passant d'un **69,0%** al **2002** a un **82,7%** al **2013-15** per als d'estudis **primària o menys**)

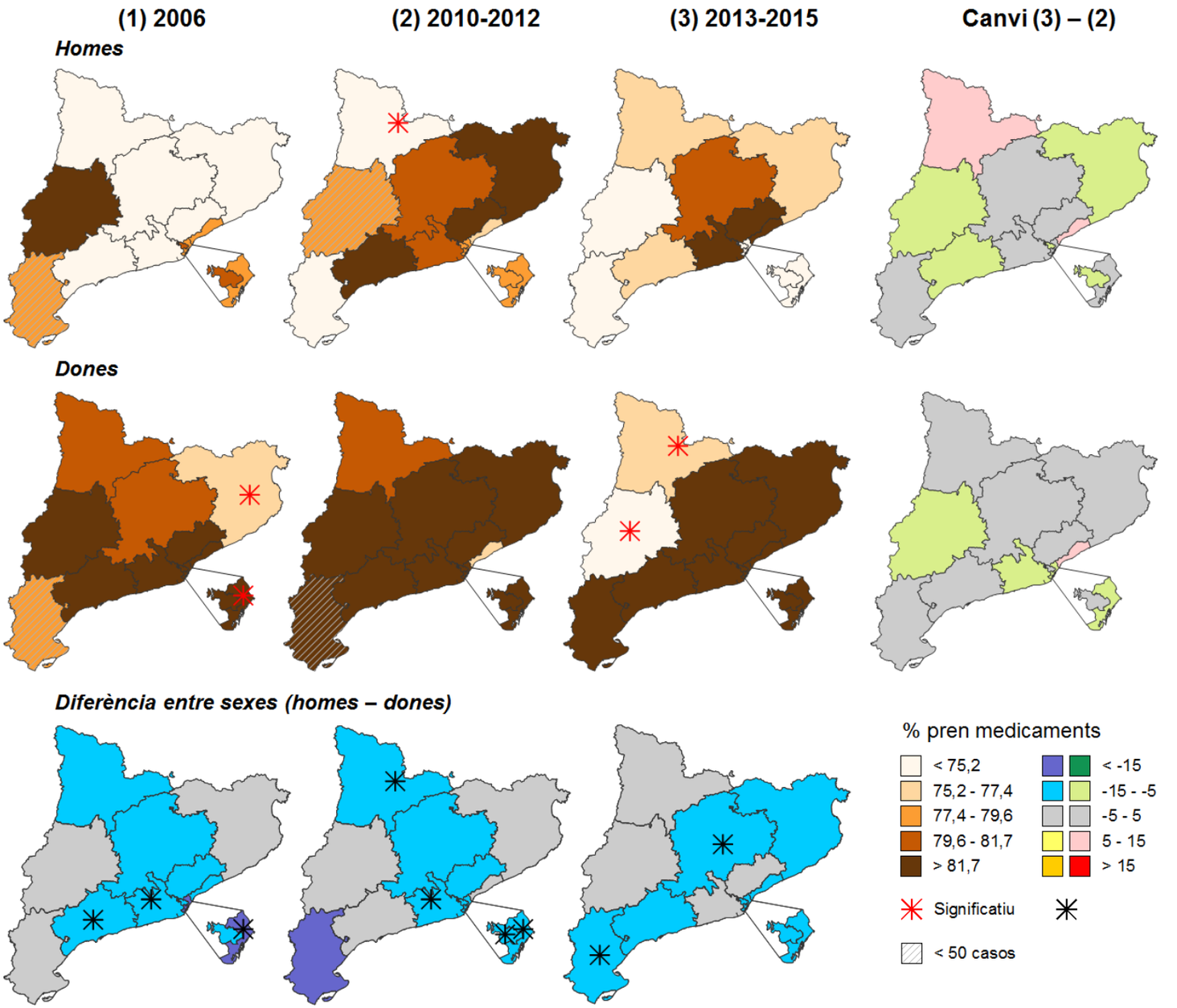
Figura 94. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per nivell educatiu, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Al gràfic, on es desagrega la població per grups d'edat, podem observar que la proporció dels que prenen medicaments augmenta de manera considerable amb l'edat, especialment entre els homes, assolint el màxim als 75 i més anys. L'ús de medicaments presenta poques diferències segons el nivell d'estudis, tot i que sí que es detecta un major ús entre els que disposen d'estudis primaris o inferiors, tot i que amb l'edat aquestes diferències per nivell d'estudis es redueixen.

Figura 95. Proporció de població amb nivell d'educació més alt que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries.

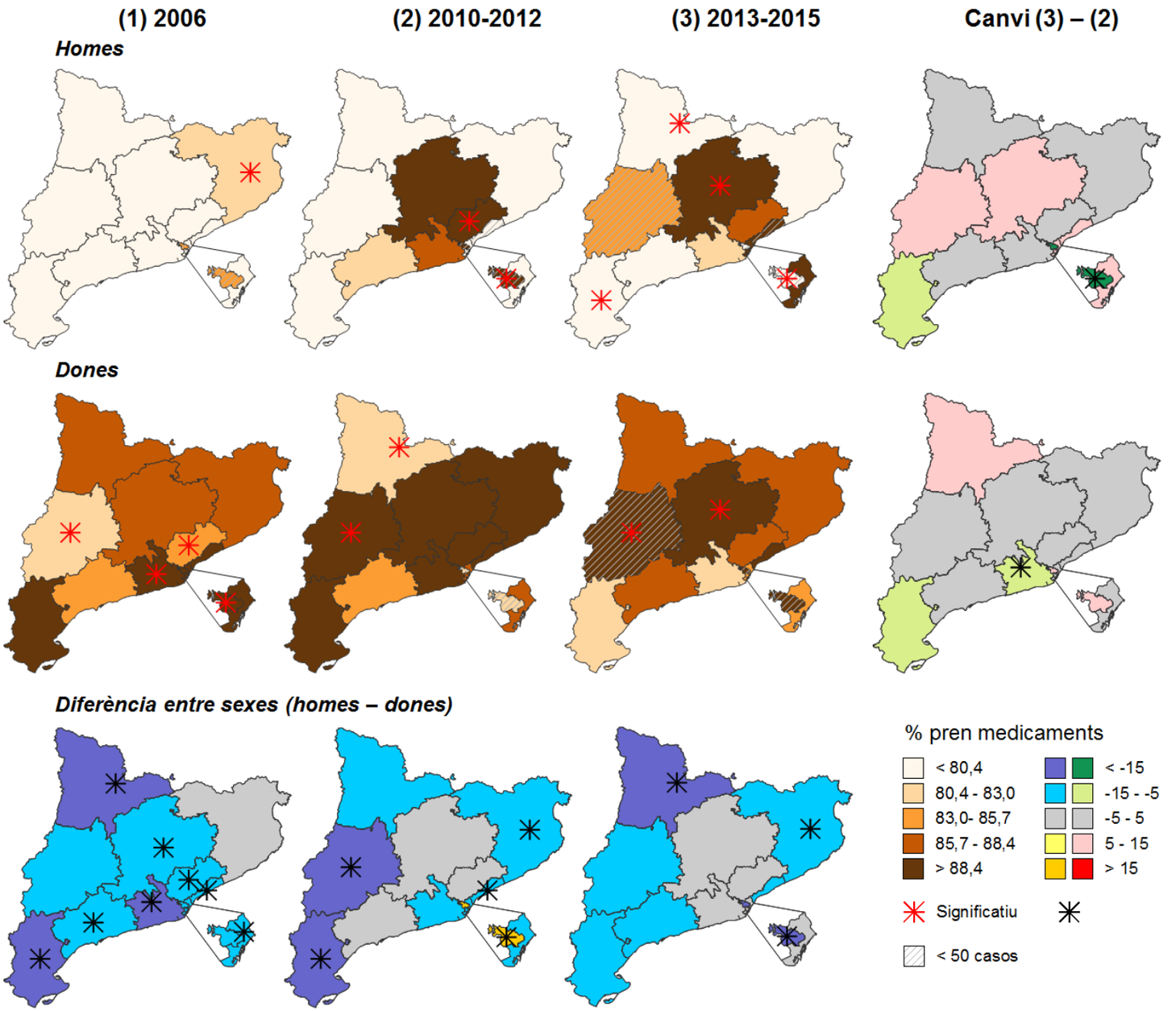


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La representació del percentatge de població de 50 i més anys que pren medicaments (últims 2 dies) pel nivell d'educació més alt mostra importants diferències territorials, especialment entre els homes.

Observem que entre els homes predominen elevades incidències a la costa, que són més baixes a l'interior. Entre les dones els valors s'han mantingut elevats a tot el territori, amb l'excepció de Lleida a l'últim període.

Figura 96. Proporció de població amb nivell educació més baix que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries.



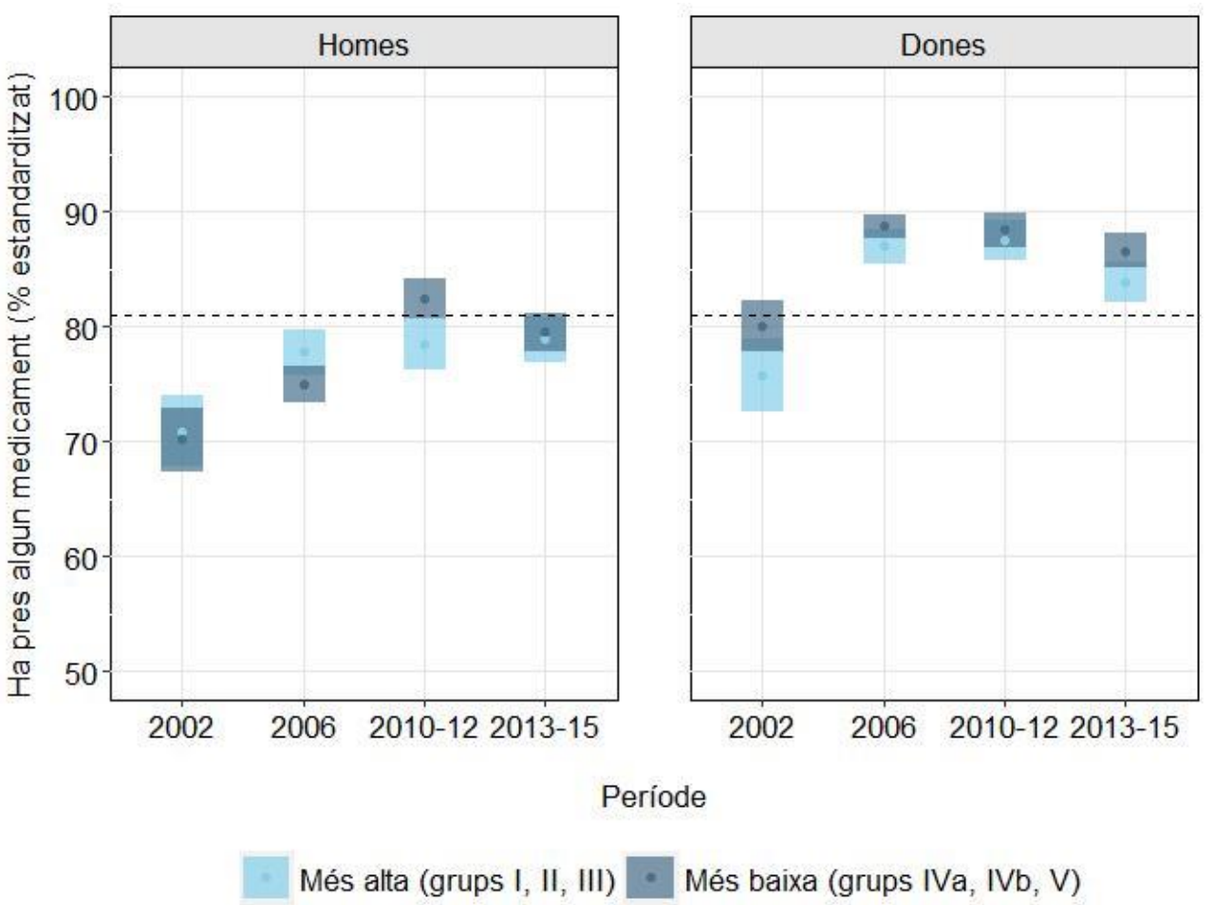
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Podem observar que la representació de la proporció de població de 50 i més anys que pren medicaments pel nivell educatiu més baix (primària o menys) mostra una incidència molt desigual.

Entre els homes s'han mantingut baixes amb l'excepció de les regions de la província de Barcelona, que han augmentat considerablement.

Entre les dones s'ha reduït lleugerament, però continua més elevada que entre els homes.

Figura 97. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per classe social i sexe.





Classe més alta

MENOR

ús de medicaments, sobretot entre les dones

Classe més baixa

MAJOR

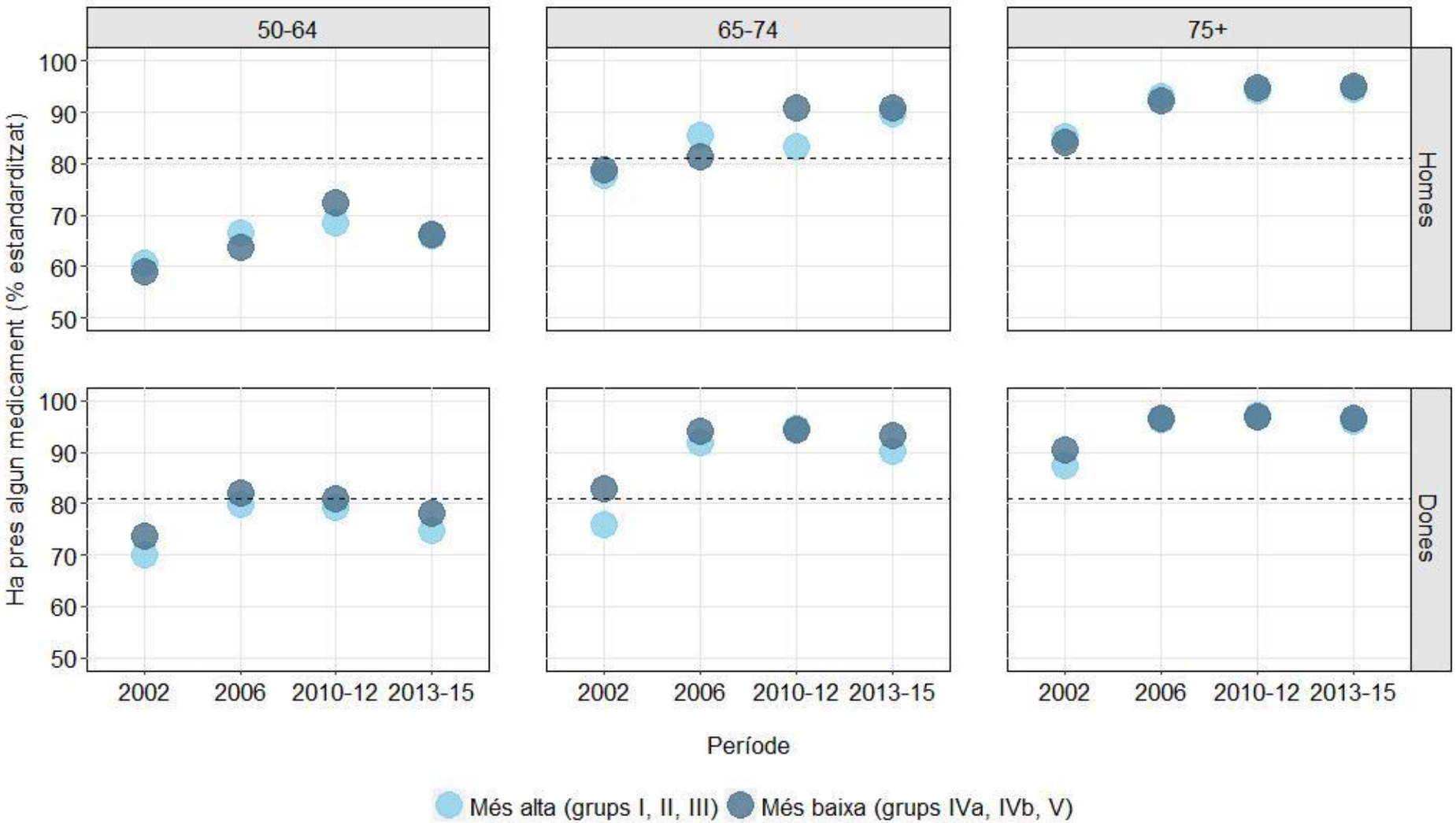
ús de medicaments

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA



En aquest gràfic podem observem que la incidència de prendre medicaments (últims 2 dies) és major entre les classes socials més baixes que entre les més altes, especialment entre les dones, ja que entre els homes l'ús de medicaments és més elevat entre les classes socials més altes des de 2010-12. No obstant, les diferències no són estadísticament diferents. Per tant, no podem afirmar que es produeixi una associació negativa entre classe social i consum de medicaments. Quant a la tendència temporal, en ambdós sexes es pot observar que es produeix un descens de l'ús de medicaments des de 2010-12 entre les classes socials més altes i més baixes.

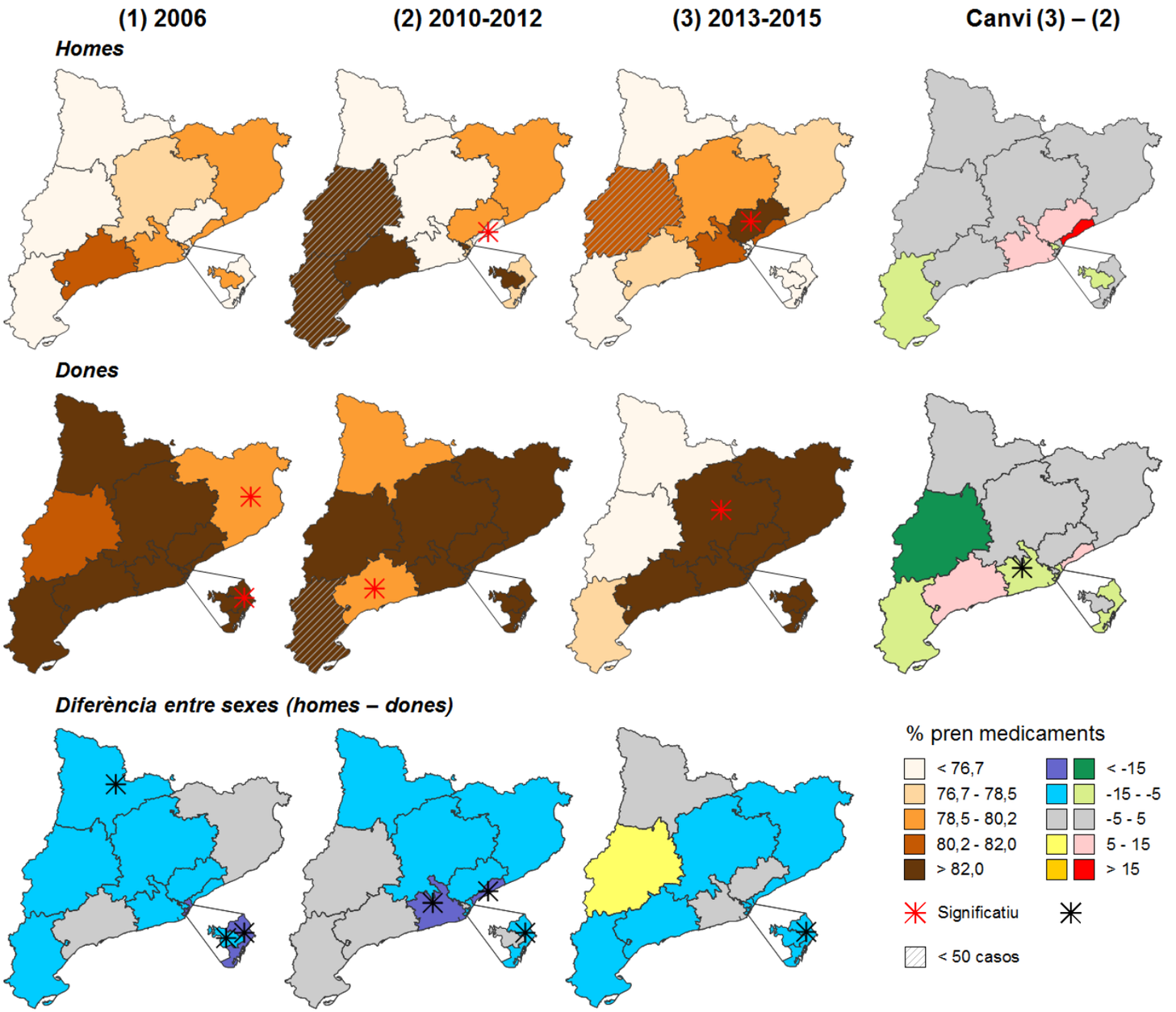
Figura 98. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per classe social, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través del quadre de gràfics podem observar que la incidència de prendre medicaments (últims 2 dies) entre la població de 50 i més anys és similar en els dos tipus de classes socials contemplades, i en els dos grups es produeix un increment de la incidència a mesura que augmenta l'edat, assolint els màxims al grup de 75 i més anys. A l'últim període temporal es produeix un descens del consum de medicaments, especialment al grup d'edat més jove (50-64 anys).

Figura 99. Proporció de població de classe social més alta* que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries.

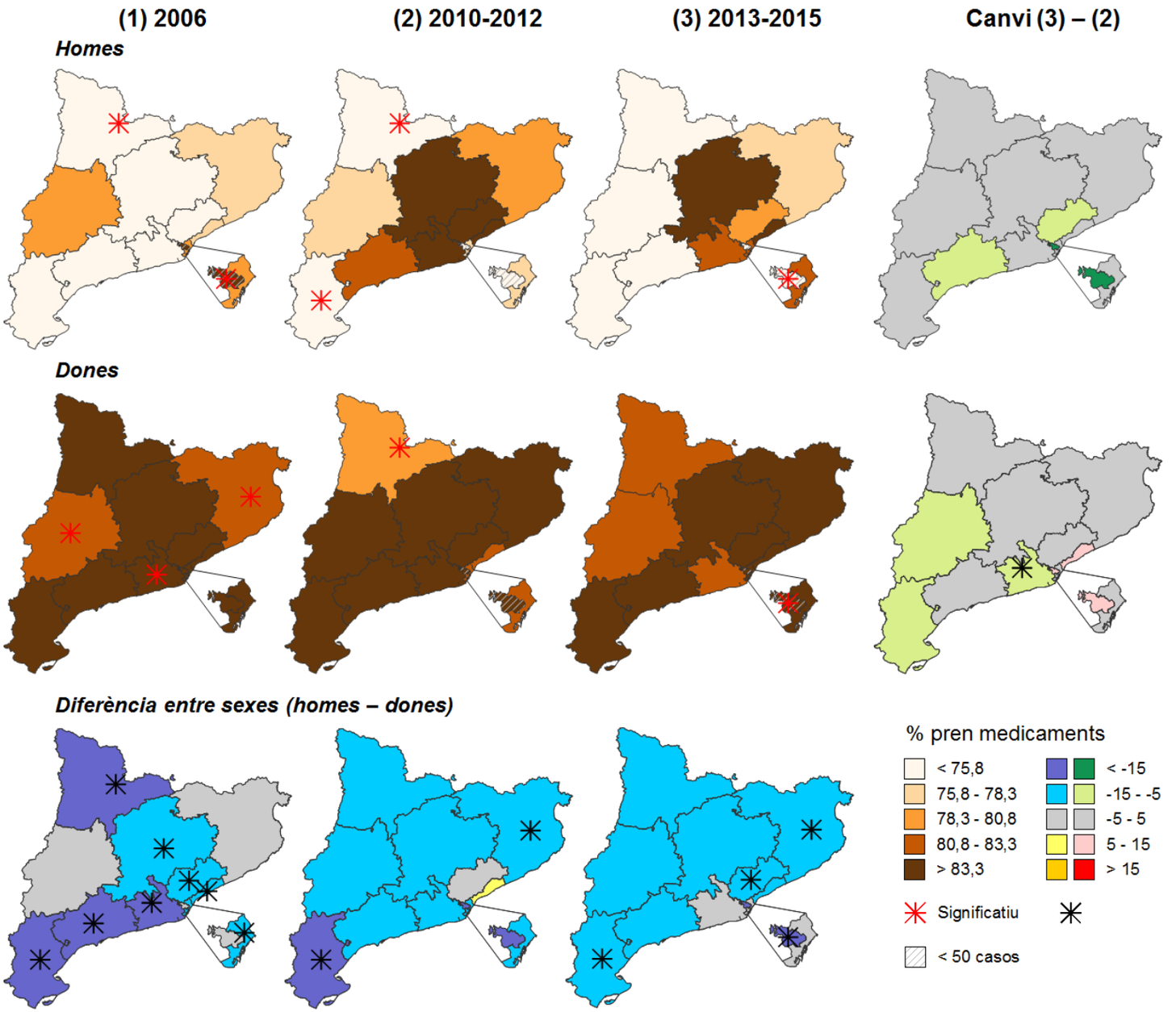


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups I, II, III.

La representació cartogràfica de la proporció de població de 50 i més anys que pren medicaments (últims 2 dies) per les classes socials més altes ens mostra que la incidència en general ha estat estable per la majoria dels territoris en ambdós sexes.

Entre els homes s'ha mantinguda elevada o es va incrementar a regions com les Comarques Centrals i la Corona Oest, Nord i Est però va baixar a Barcelona ciutat – més renda i a les Terres de l'Ebre, mentre que entre les dones la incidència s'ha mantingut molt elevada a les regions litorals, encara que es va observar millores en alguna àrea.

Figura 100. Proporció de població de classe social més baixa* que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries.

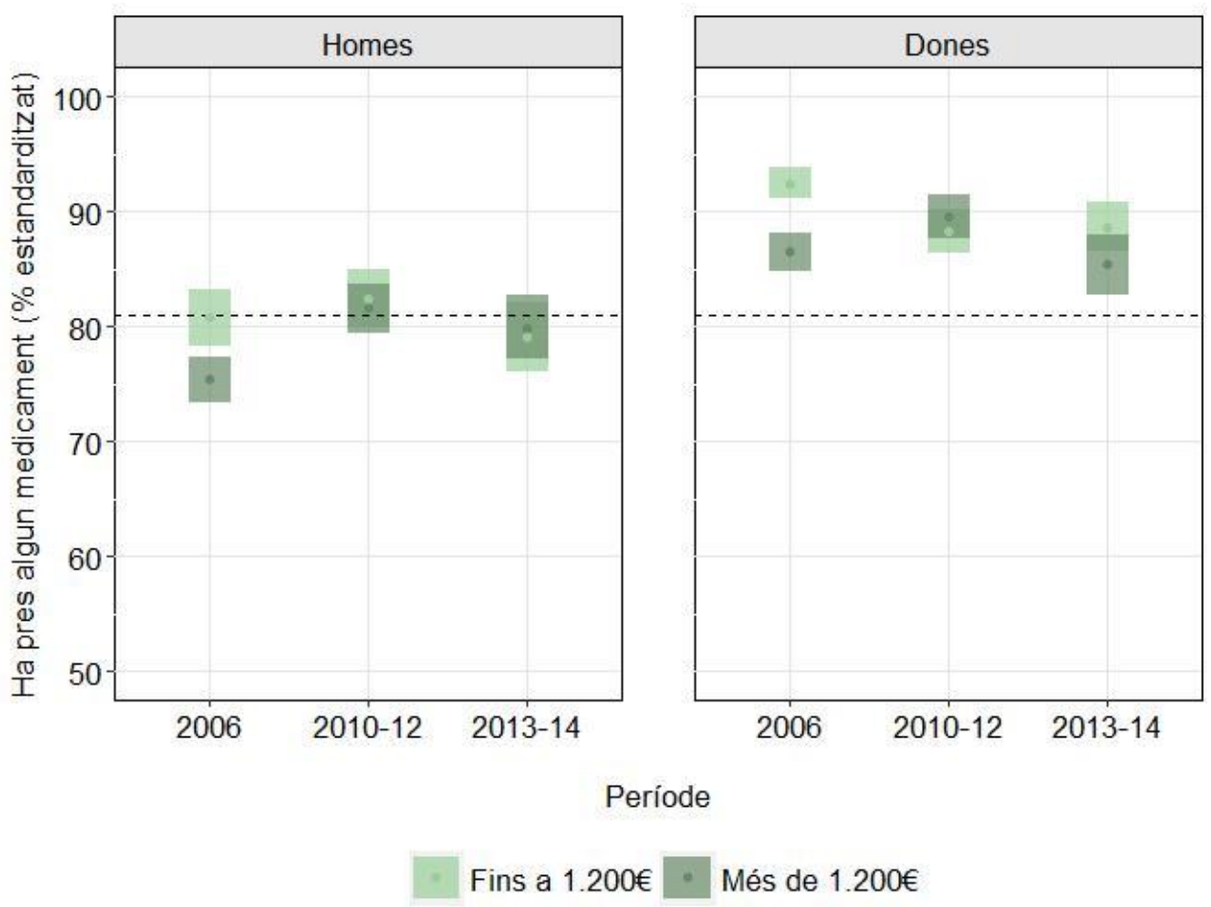


La representació de la proporció de població de 50 i més anys que pren medicaments (últims 2 dies) per les classes socials més baixes ens mostra que la seva incidència s'ha mantingut elevada al territori, amb pocs canvis.

Entre els homes destaquen les regions barcelonines, especialment les Comarques Centrals. Entre les dones aquesta proporció és molt elevada a pràcticament tot el territori, especialment al litoral.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups IVa/b, V.

Figura 101. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per nivell d'ingressos i sexe.





Més ingressos

MENOR

consum de medicaments

Menys ingressos

MAJOR

consum de medicaments

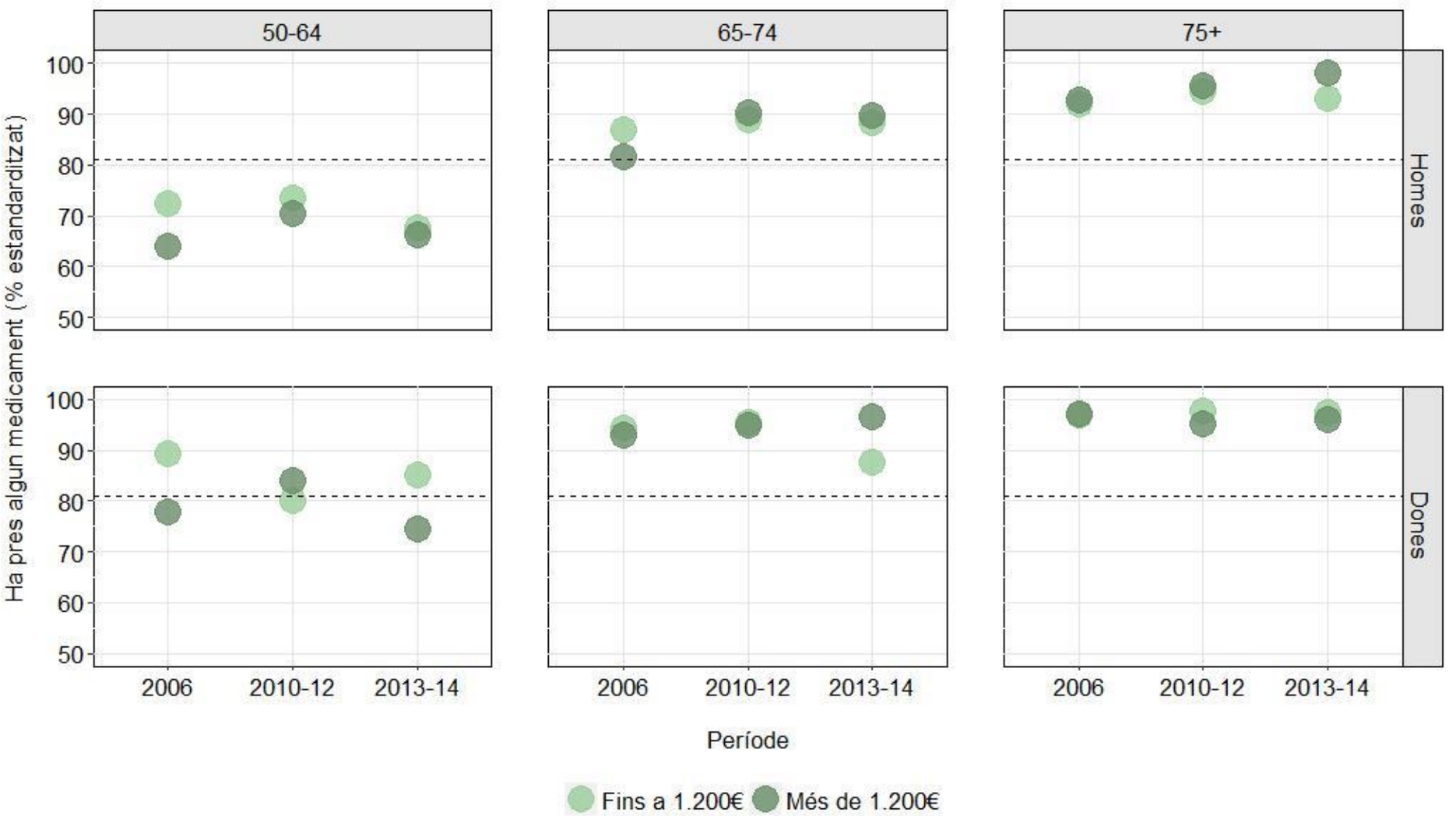


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La incidència de prendre medicaments (últims 2 dies) per sexes segons el nivell d'ingressos és molt similar indiferentment del nivell d'ingressos de la població. De fet, a l'últim període es pot observar un major consum entre els homes de més ingressos. En canvi, entre les dones, és en les de menys ingressos on el consum és més important.

Per ambdós sexes i per a les dues categories d'ingressos, es detecta un lleuger descens temporal, més acusat a partir de l'últim període contemplat.

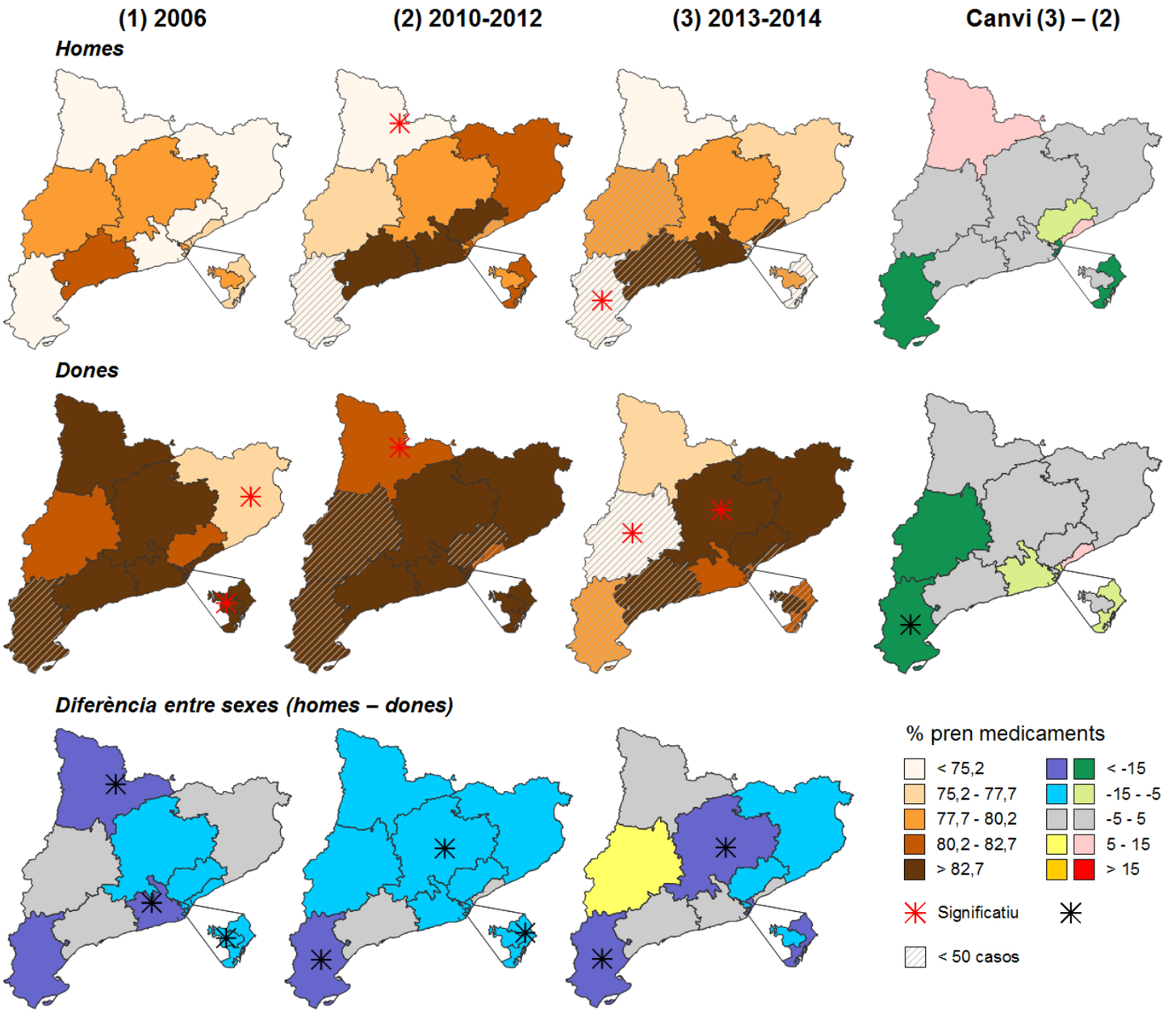
Figura 102. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per nivell d'ingressos, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

En aquesta sèrie de gràfics podem observar la incidència de prendre medicaments (últims 2 dies) entre la població de 50 i més anys segons el nivell d'ingressos, el sexe, el grup d'edat i el moment temporal. Observem que a mesura que augmenta el grup d'edat, en homes i dones, augmenta el consum de medicaments als dos tipus d'ingressos considerats, assolint el màxim al grup d'edat més avançada (75 i més anys).

Figura 103. Proporció de població amb ingressos més alts que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries.

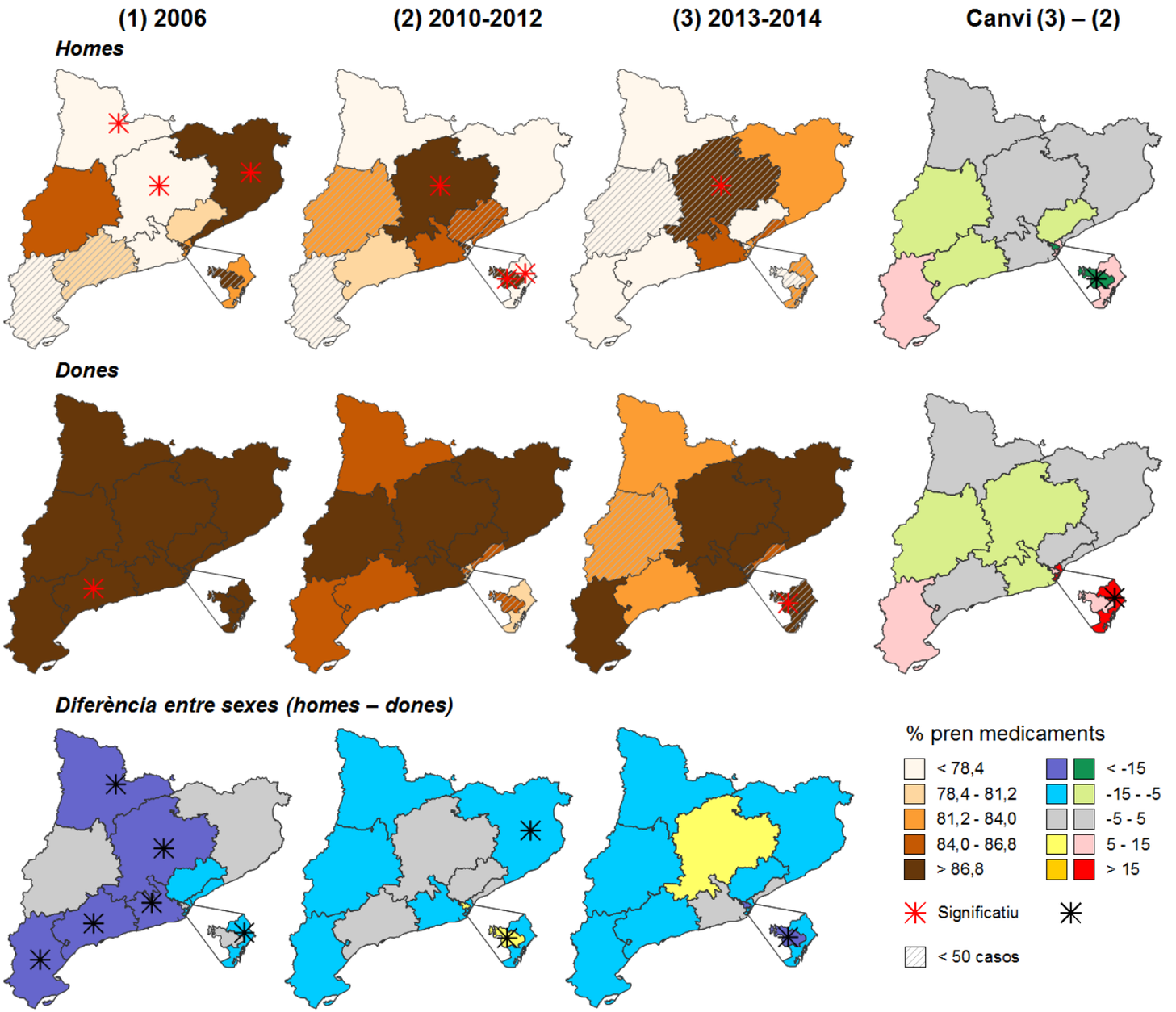


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Podem observar la representació de la proporció de població de 50 i més anys que pren medicaments (últims 2 dies) pel grup d'ingressos més alts. Territorialment es produeix un lleuger descens de la incidència a les regions de l'interior.

Entre els homes, la incidència a 2013-14 és elevada al Camp de Tarragona, i la Corona Sud i Oest). Entre les dones, per la seva banda, la incidència és generalment més elevada, excepció de Lleida.

Figura 104. Proporció de població amb ingressos més baixos que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries.

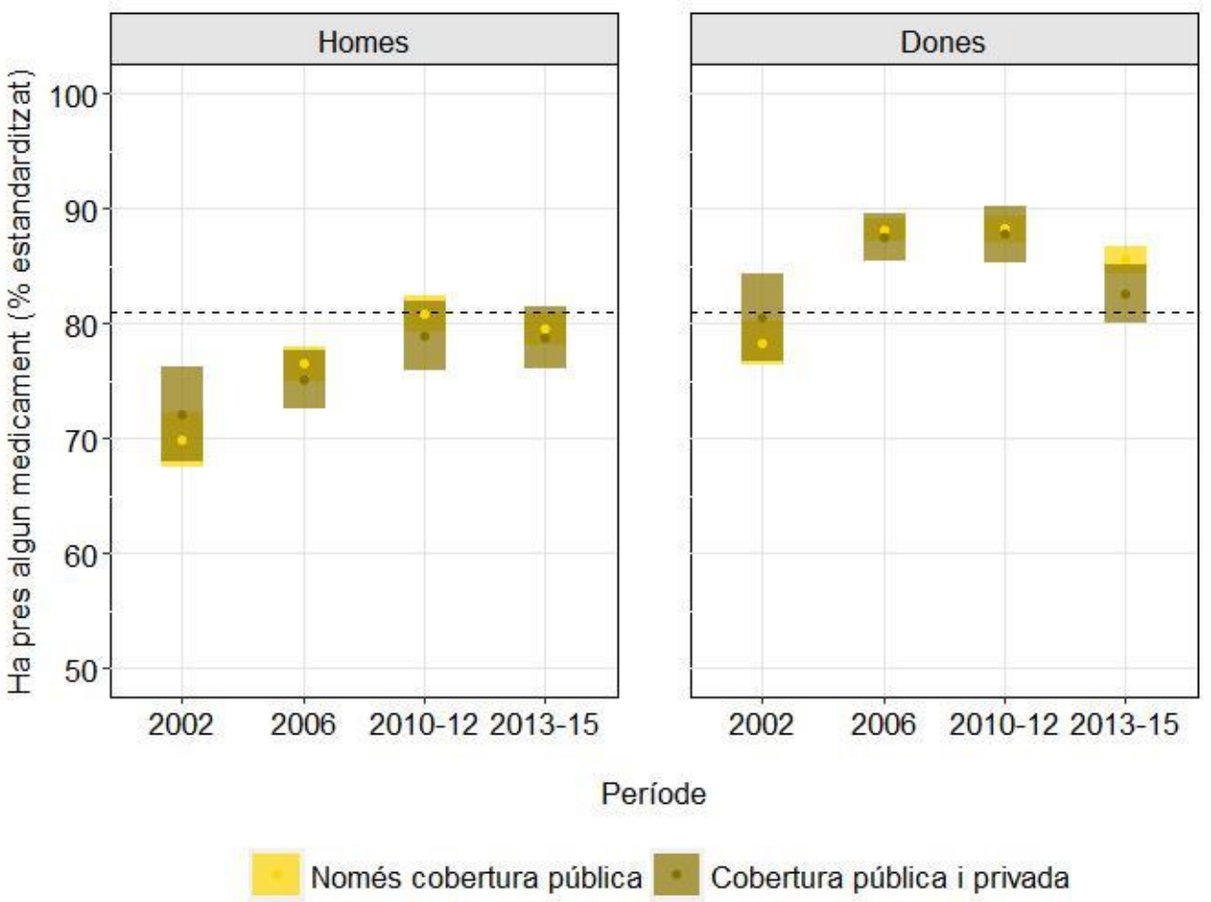


La representació de la proporció de població de 50 i més anys que pren medicaments (últims 2 dies) pel grup d'ingressos més baixos ens mostra incidències territorials bastant estables al llarg del període d'estudi.

Entre els homes, destaquen les baixes incidències de les regions d'interior, mentre que entre les dones destaquen les elevades incidències a les regions del quadrant nord-est.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Figura 105. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per cobertura sanitària i sexe.



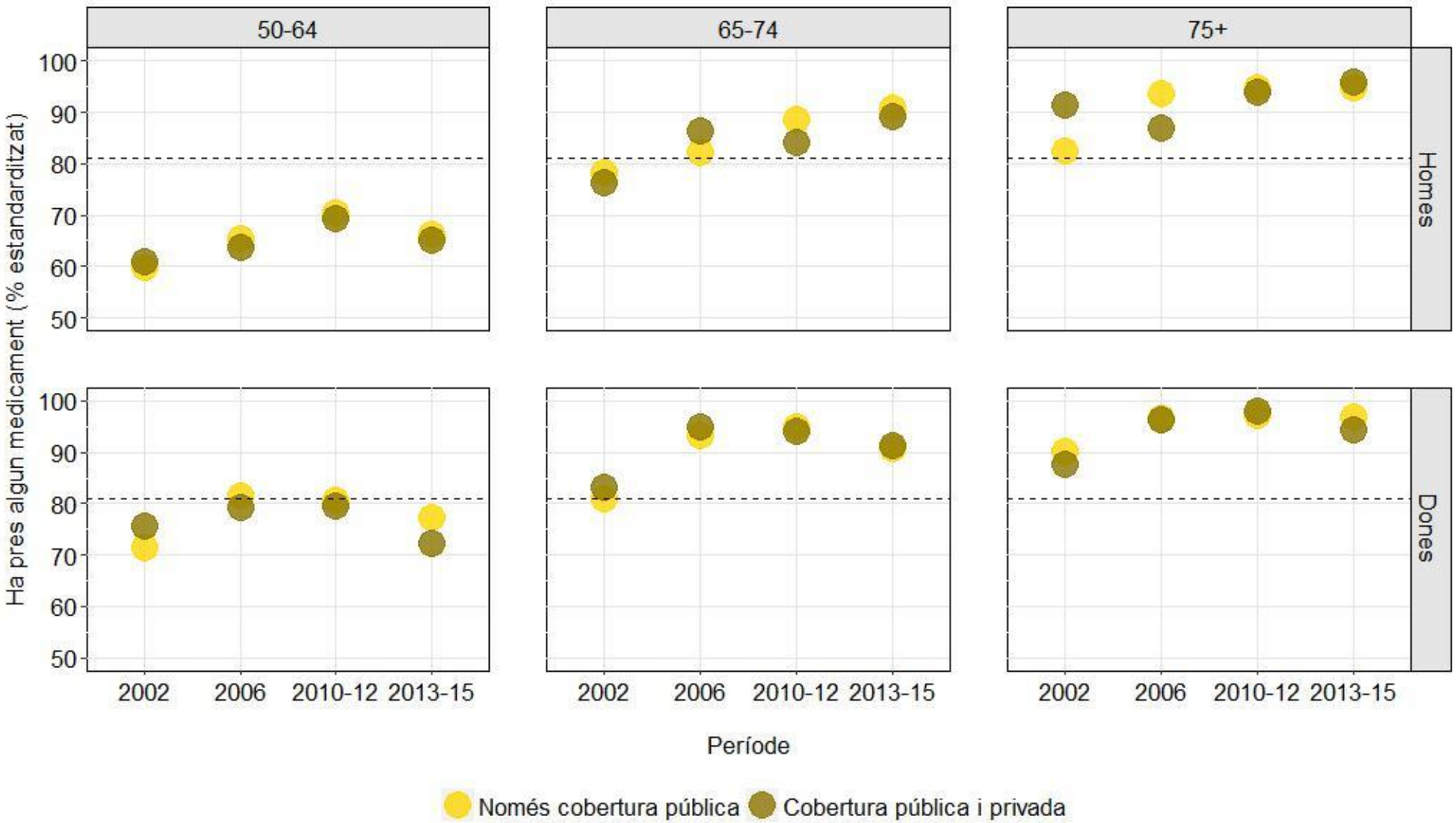
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Amb aquest gràfic mostrem la incidència de prendre medicaments (últims 2 dies) per sexes segons si la cobertura sanitària és pública o pública i privada alhora. Observem que el consum de medicaments és pràcticament el mateix independentment del tipus de cobertura. Entre les dones és més alt que entre els homes.

Quant a l'evolució temporal de la incidència del consum de medicaments, s'observa la mateixa tendència als dos tipus de cobertura. Tot i així, entre els homes l'ús de medicaments augmenta durant tot el període mentre que entre les dones comença a descendir a partir de 2010-12.



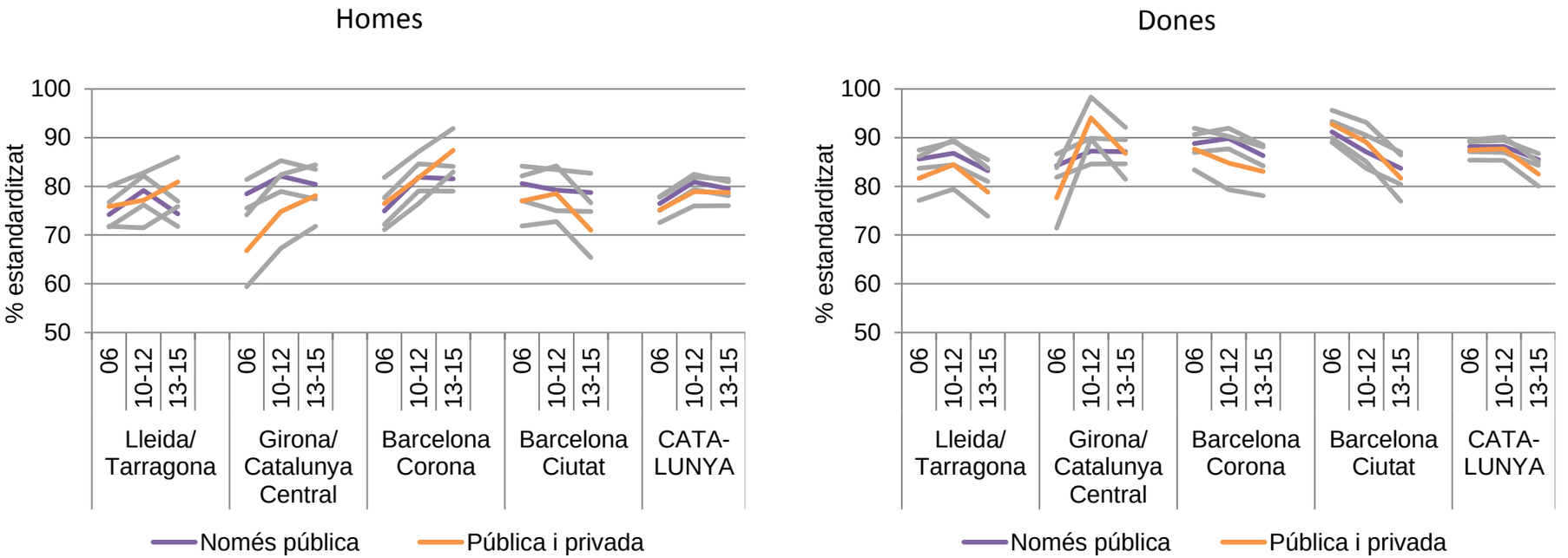
Figura 106. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per cobertura sanitària, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA

De la mateixa manera que amb d'altres variables ja analitzades, és al grup d'edat més avançat (75 i més anys) on major és el consum de medicaments en els últims 2 dies als dos tipus de cobertura sanitària. Entre les dones, a tots el grups d'edat, la tendència és a la baixa a partir de 2010-12 mentre que entre els homes aquest fet només es produeix al grup d'edat 50-64 anys.

Figura 107. Proporció de població segons el tipus de cobertura sanitària que pren medicaments (últims 2 dies). Regions agrupades*.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

En aquests dos gràfics, segons el sexe, podem observar que la incidència de prendre algun tipus de medicament (últims 2 dies) per a la població de 50 i més anys al llarg del període d'estudi s'ha mantingut molt estable independentment del tipus de cobertura sanitària disponible, i no s'aprecien diferències importants entre tipus de cobertura en el territori.

Ara bé, observem que en el cas dels homes es produeix un augment d'aquesta incidència als territoris de Girona-Catalunya Central i de Barcelona Corona, mentre que a Barcelona Ciutat s'observa un descens. Per a les dones la tendència general a tots els territoris és descendent (sobretot entre 2010-12 i 2013-15).

Taula 11. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies), segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (1).

HA PRES MEDICAMENTS (ÚLTIMS 2 DIES)

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**59,3**	**65,4**	**70,6**	**67,0**	**73,1**	**81,2**	**80,4**	**76,3**
Activitat laboral									
Treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
No treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50							
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o més									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A			N<50	N/A			N<50
	> 1.200 €	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada			N<50	N<50				N<50

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. Nota 1: L'escala de colors s'ha aplicat a tots els valors per poder comparar entre homes i dones, els diferents moments i les diferents combinacions de variables socioeconòmiques. Nota 2: Es mostren només els resultats amb 50 o més casos. Nota 3: L'últim període pels ingressos de la llar és 2013-14.

Activitat laboral:

- Durant tot el temps estudiat s'observa una diferència de gènere d'un 10% en prendre medicaments entre els treballadors, diferencial menor entre els que no treballen. A 2010-12 la diferència de gènere entre els treballadors era menor per l'augment del consum de medicaments entre els homes. A 2013-15 les diferències de consum entre les dues categories d'activitat era menor que a 2002 en el cas dels homes.
- Encara que el nivell d'educació va tenir un petit efecte en la relació entre l'activitat i el consum de medicaments l'any 2002, des de 2010-12 ja no hi ha diferències entre sí (ambdós sexes).
- La classe social i el tipus de cobertura sanitària no fan variar gaire la relació activitat-consum medicaments (el que és important és treballar), amb l'excepció dels homes que no treballen i tenen doble cobertura (nivell més alt des de 2010-12)
- Hi havia menys consum entre treballadors amb ingressos de la llar més baixos en 2010-12 entre les dones i en 2010-14 entre els homes.

Nivell d'estudis:

- Les diferències en prendre medicaments per nivell d'estudis són escasses per ambdós sexes.
- Creuat amb d'altres variables, entre els homes, la categoria d'educació primària o menys i de grup social més alt consumien més medicaments des de 2010-12. Entre les dones no n'hi ha efecte de classe social.
- Creuat amb els ingressos, les dones que viuen en llars amb menys ingressos sí que prenien més medicaments si tenien estudis més baixos, però només a 2013-15.
- En el cas dels homes amb educació de nivell baix, els que tenen doble cobertura sanitària prenen menys medicaments que les altres combinacions estudi-cobertura sanitària, sobretot a 2006.

Taula 11. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies), segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (2).

HA PRES MEDICAMENTS (ÚLTIMS 2 DIES)

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A	N<50		N<50	N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Ingressos de la llar									
> 1.200 €									
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
≤ 1.200 €									
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada		N<50	N<50	N<50		N<50	N<50	N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Classe social

- Les diferències en prendre medicaments per classe social de la llar són escasses per ambdós sexes.
- No hi ha diferències en el consum de medicaments quan es creua amb els ingressos de la llar, amb l'excepció de les dones de la classe més alta que tenen ingressos més alts, que tenen un consum més baix que la resta.
- En relació amb la cobertura sanitària, no hi ha diferències destacables per a mencionar.

Ingressos i cobertura sanitària:

- Mentre que a 2006 les dones que vivien en llars amb ingressos més baixos consumien més medicaments, durant la crisi (ambdós períodes estudiats) no va haver-hi diferències degut a l'augment del consum entre les més afavorides econòmicament. Els homes que vivien en llars amb menys ingressos prenien més medicaments a 2006 i 2013-15, però menys a 2010-12 que els que tenen més ingressos.
- No es varen registrar diferències en el consum de medicaments entre les persones que tenien només cobertura pública i les de doble cobertura.
- Tampoc s'observen diferències quan es relaciona el nivell d'ingressos de la llar amb la cobertura sanitària.

Com a resum: Entre les persones de 50 a 64 anys, el consum de medicaments és més alt:

- Entre les dones que entre els homes. La diferència de gènere es va reduir una mica com a conseqüència de l'augment fins a 2010-12 d'aquest consum entre els homes, que sols es produeix entre 2002 i 2006 per les dones
- Entre els que no treballen en comparació als que treballen
- Pels homes que viuen en una llar d'ingressos baixos, i no d'ingressos més alts
- No s'observen diferències dignes d'esmentar en altres característiques
- Creuat amb l'activitat, la classe social generalment no era important, però sí que ho és entre les dones treballadores amb pocs recursos (menor consum a 2010-12)
- Entre els homes, les categories d'educació primària o menys i de grup social més alt consumien més medicaments des de 2010-12

Taula 12. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies), segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya.

HA PRES MEDICAMENTS (ÚLTIMS 2 DIES)

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**81,3**	**87,4**	**90,8**	**92,6**	**85,2**	**94,9**	**95,8**	**93,6**
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*	N<50				N<50			
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada					N<50			
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50				N<50			
Ingressos de llar									
> 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A		N<50	N<50
≤ 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Per la font i les notes, veure Taula 5.

Nivell d'estudis:

- L'any 2002, disposar d'un nivell d'estudis alt només proporcionava una menor incidència de prendre medicaments entre les dones, però aquesta incidència era major entre els homes. Des de llavors augmenta el consum, sobretot entre les dones amb més estudis i els homes amb menys, fins a un punt en que ja no hi ha diferències educatives.
- Al relacionar el nivell d'estudis amb altres variables, només es veuen diferències pel primer any d'estudi. Per exemple, les dones de les classes socials més baixes però de nivells més alts d'educació consumien menys medicaments.

Classe social

- Els homes que vivien en llars de classes socials més baixes prenien més medicaments durant els primers anys de la crisi (2010-12) que els de les classes més altes, però en el període més recent (2013-15) aquestes diferències gairebé han desaparegut. Entre les dones, i a excepció del període 2010-12, s'observen diferències entre classes socials.
- No hi ha una tendència clara quan es creua aquesta variable amb els ingressos de la llar o la cobertura sanitària.

Ingressos:

- A 2013-15, viure en una llar que disposa d'una renda mensual de 1.200 euros o més proporcionava un patró de consum de medicaments una mica més alt que el de les persones amb menys ingressos.

Cobertura sanitària:

- La incidència de prendre medicaments no és diferent segons el tipus de cobertura sanitària i tampoc quan es creua amb els ingressos de la llar (encara que el 100% dels homes amb doble cobertura i un nivell alt d'ingressos prenien medicaments a 2013-14, és a dir, 10% més que les altres categories, per manca de casos no ho podem confirmar).

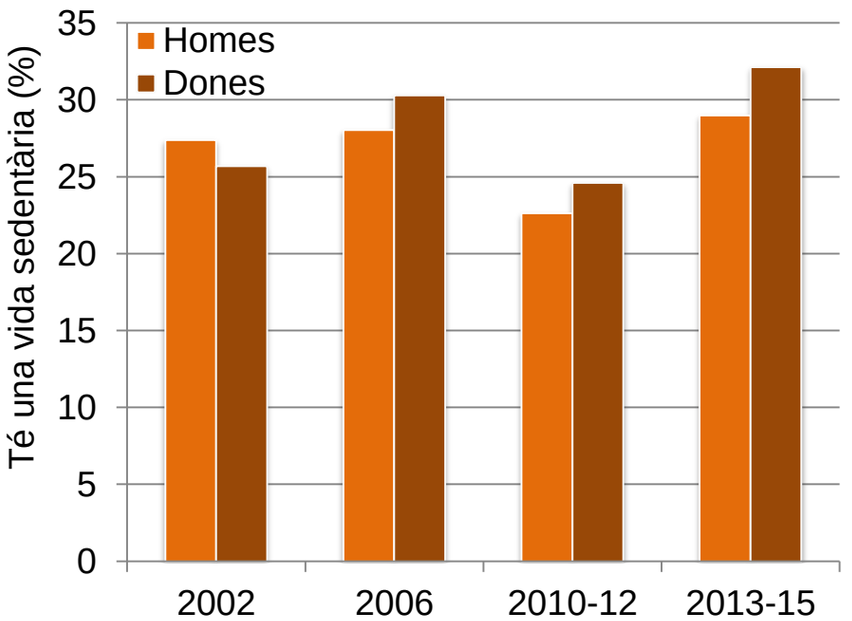
Com a resum:

- El consum de medicaments va augmentar entre les persones de 65 anys o més durant el període d'estudi. Aquest augment és del 85% al 94% en el cas de les dones i del 81% al 94% en el cas dels homes. No hi ha diferències de gènere en l'evolució.
- El consum de medicaments tampoc presenta diferències importants entre grups socioeconòmics.

Sedentarisme (50 i més anys)

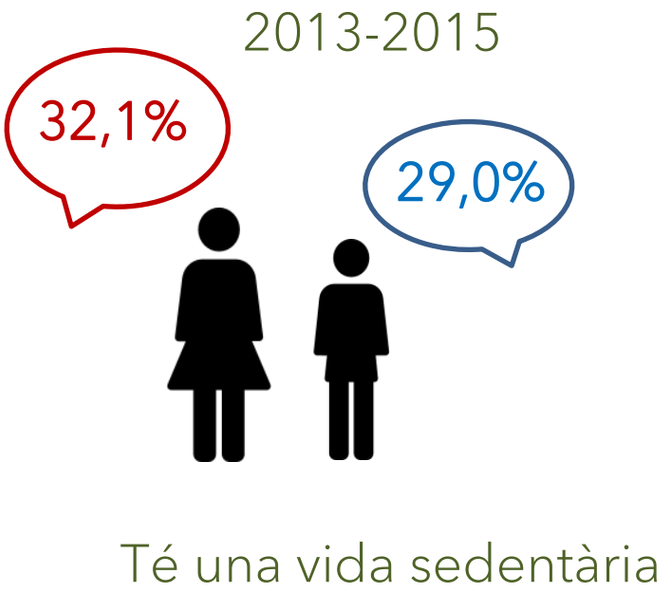
Sedentarisme

Figura 108. Proporció de població que té una vida sedentària per sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Entre la població de 50 i més anys va produir-se un lleuger augment del sedentarisme entre els anys 2002 i 2006. En canvi, durant el primer període de la crisi el percentatge va disminuir uns 5 punts percentuals, seguit per un augment de 6 punts entre els homes i 7 punts percentuals entre les dones. A excepció de 2002, el percentatge de sedentarisme és sempre més elevat entre les dones.

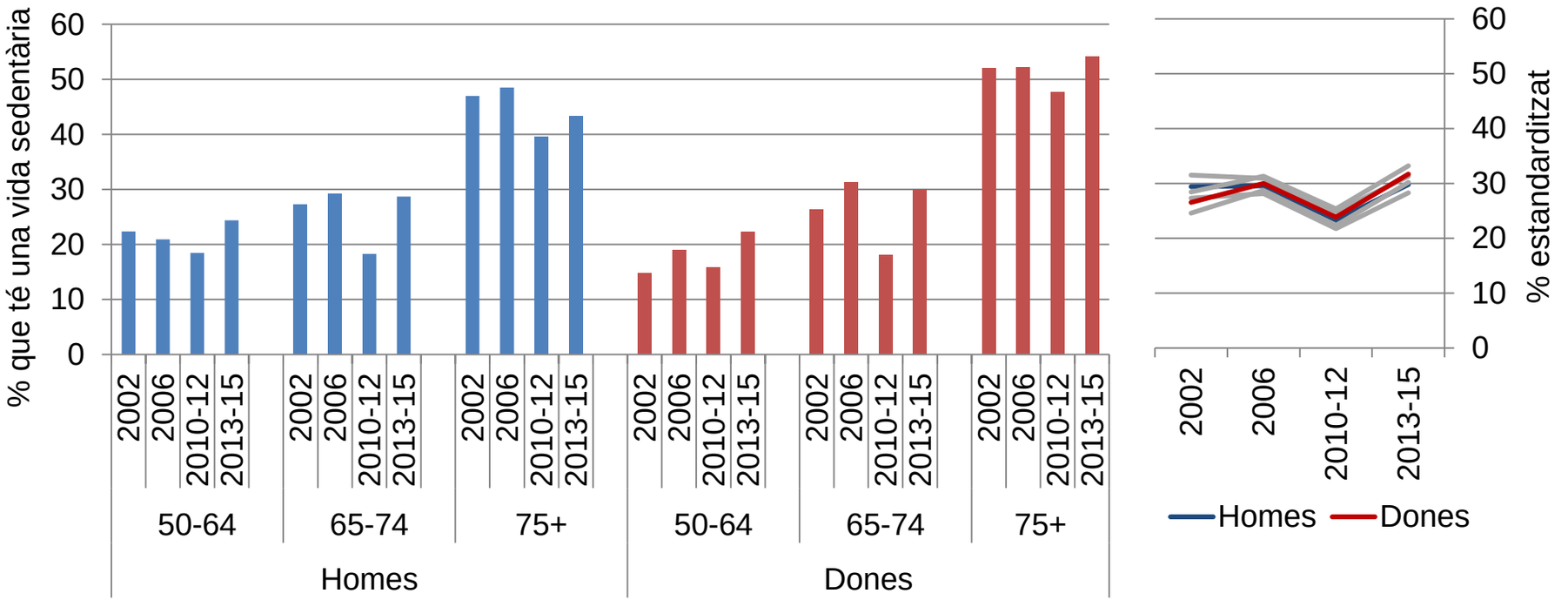


Nota metodològica: Per determinar el nivell d'activitat de les persones s'han sumat els resultats de dues variables reconstruïdes per l'ESCA:

- L'activitat física habitual (basada principalment en la pregunta sobre l'activitat física que el responent desenvolupa habitualment).
- L'activitat física en temps lliure (basada principalment en la pregunta sobre si el responent ha caminat com a mínim10 minuts seguits durant els darrers 7 dies).

Hem considerat que les persones vivien una vida sedentària quan l'ESCA havia codificat com a mínim una de les dues variables com a "sedentaris".

Figura 109. Proporció de població que té una vida sedentària per sexe i edat.

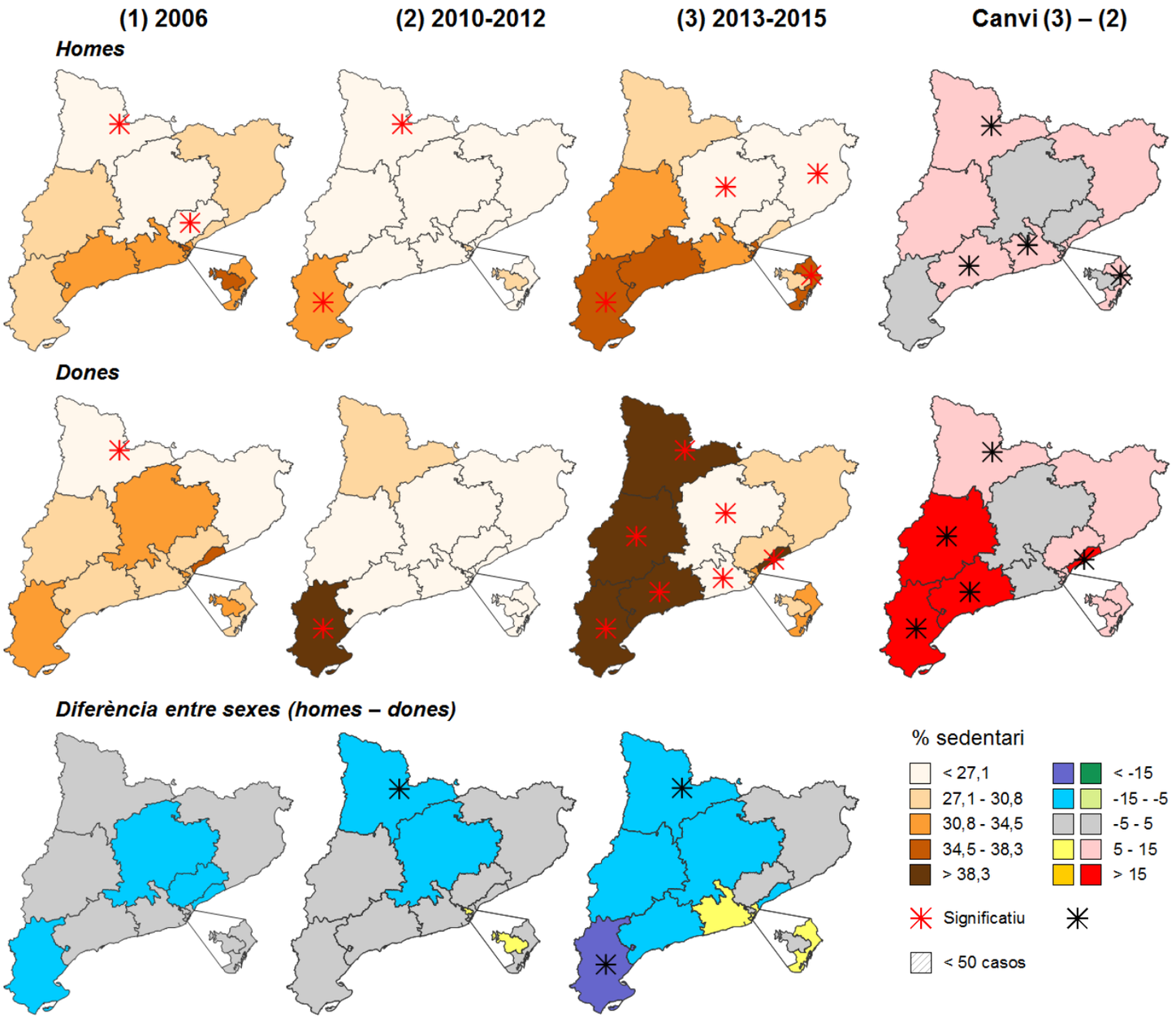


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Si ens fixem en què succeeix segons l'edat trobem que s'observen poques diferències de gènere, amb l'excepció de la població de 75 anys i més, on per les dones s'observa entre 5 i 10 punts percentuals més de població amb una vida sedentària en comparació als homes. El descens que es va produir en el període 2010-12 va ser més pronunciat entre la població de 65-74 anys, per ambdós sexes.

Una vegada controlem les dades segons l'edat s'observa que ja no hi ha diferències de gènere en l'evolució temporal del sedentarisme (gràfic de la dreta). Després d'un descens entre 2006 i 2010-12 el sedentarisme recupera en el període 2013-15 els nivells anteriors.

Figura 110. Proporció de població que té una vida sedentària. Regions sanitàries.

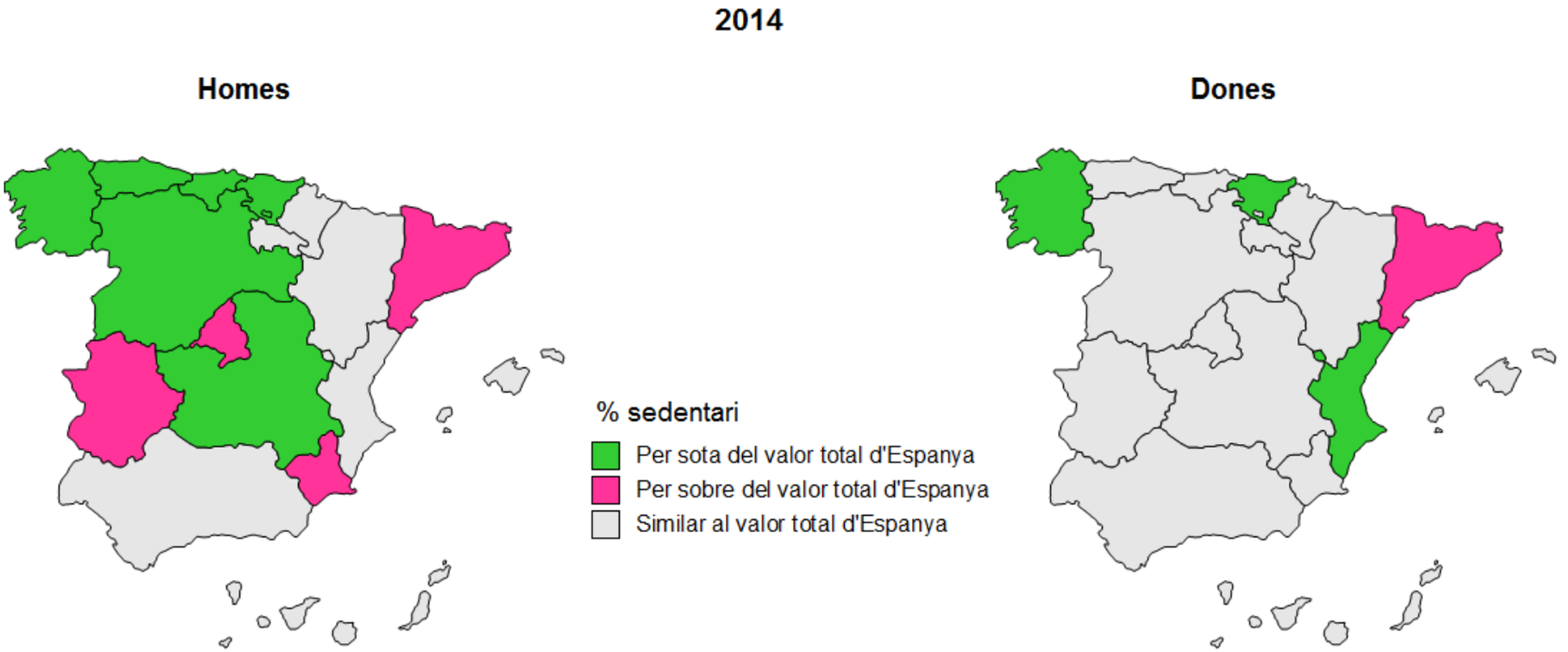


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La proporció de població que té una vida sedentària és major a les regions sanitàries del sud i interior de Catalunya, tant entre els homes com entre les dones, i s'ha anat incrementant al llarg del període d'estudi.

En el cas dels homes, el Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre són les regions que presenten major percentatge de sedentarisme amb un increment que s'ha produït a gairebé totes les regions. Pel que fa a les dones, aquest increment ha estat més important i ha afectat especialment al Camp de Tarragona, les Terres de l'Ebre, Lleida i Alt Pirineu i Aran.

Figura 111. Proporció de població que té una vida sedentària. CCAA.

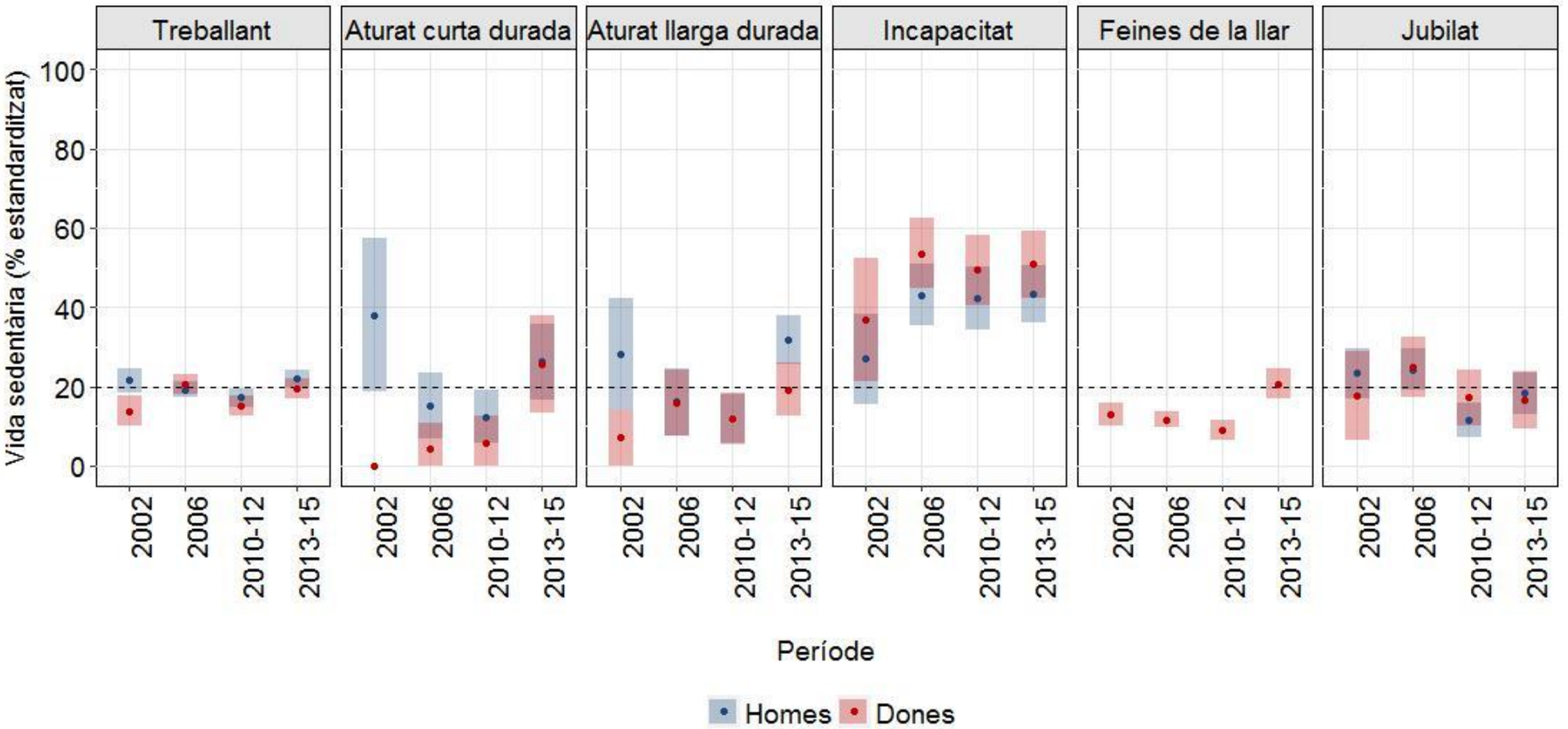


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ENSE.

Podem observar als dos mapes la incidència del sedentarisme segons si aquesta es troba per sota o per sobre del valor pel total d'Espanya. Entre els homes destaquen quatre CC.AA que se situen en valors superiors als del conjunt d'Espanya (Catalunya, Múrcia, Comunitat de Madrid i Extremadura) i sis que en presenten valors inferiors als del conjunt d'Espanya (Castella y Lleó, Castella-La Manxa i les comunitats del Cantàbric. Per la seva banda, entre les dones també predominen les CC.AA amb valors significativament per sota (Comunitat Valenciana, País Basc i Galícia) i només a Catalunya es troben valors situats per sobre.

Sedentarisme: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

Figura 112. Proporció de població sedentària de 50-64 anys per activitat laboral i sexe.

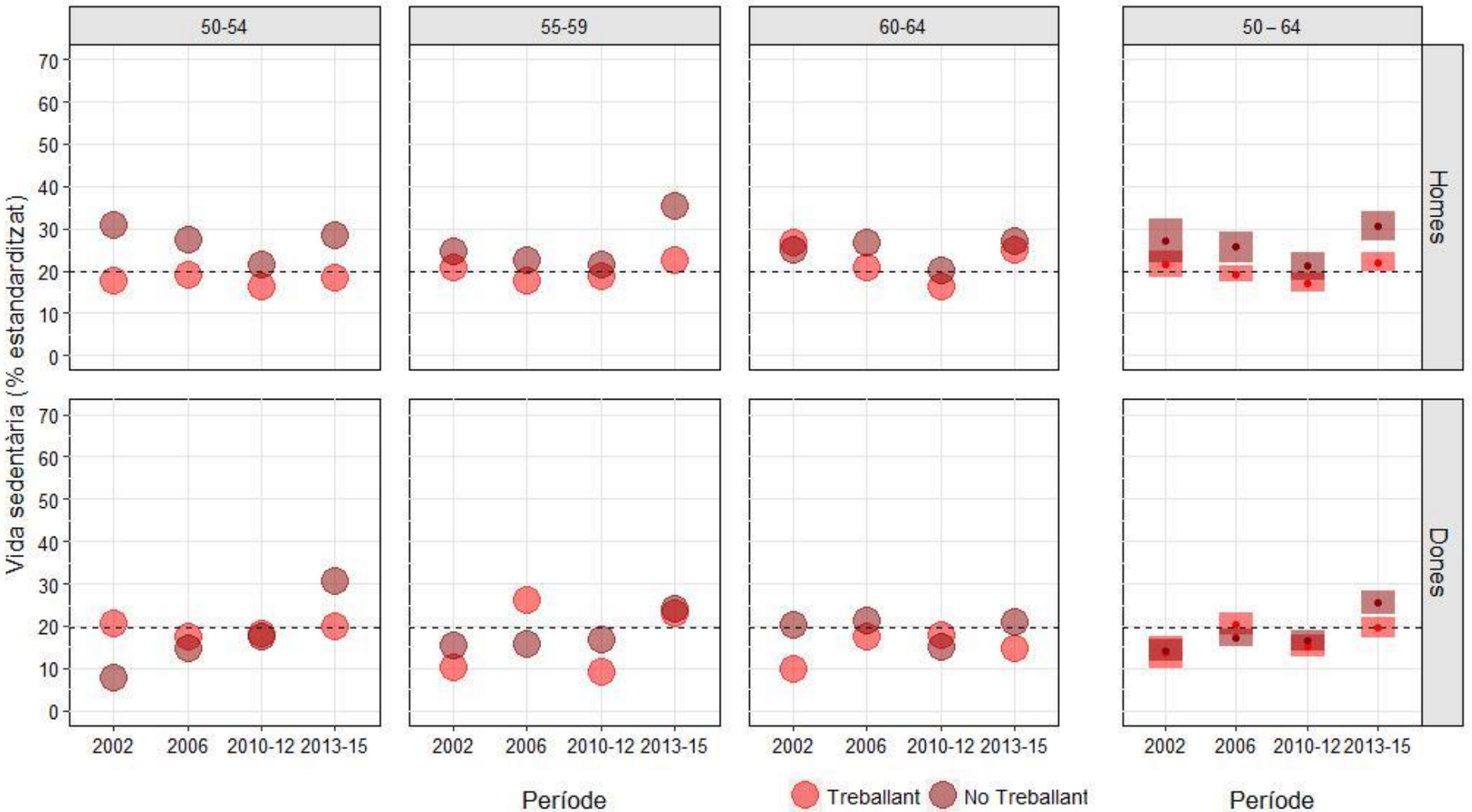


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA

Al gràfic podem observar la incidència del percentatge estandarditzat de tenir una vida sedentària segons el sexe i l'activitat laboral per a la població de 50 i més anys. De manera general podem afirmar que la població amb activitat laboral remunerada (treballant) i no remunerada (feines de la llar) són les que presenten una menor incidència de vida sedentària. Per contra, les persones que es declaren incapacitades laboralment són les que presenten majors nivells de vida sedentària.

Entre les persones aturades de curta i llarga durada els nivells de sedentarisme són baixos entre les dones però, en canvi, entre els homes són més elevats, en especial durant els primers i últims anys del període d'estudi. Per últim, entre els jubilats els percentatges de vida sedentària són semblants entre ambdós sexes i a més van disminuir durant la crisi.

Figura 113. Proporció de població sedentària de 50-64 anys per activitat laboral, sexe i edat.

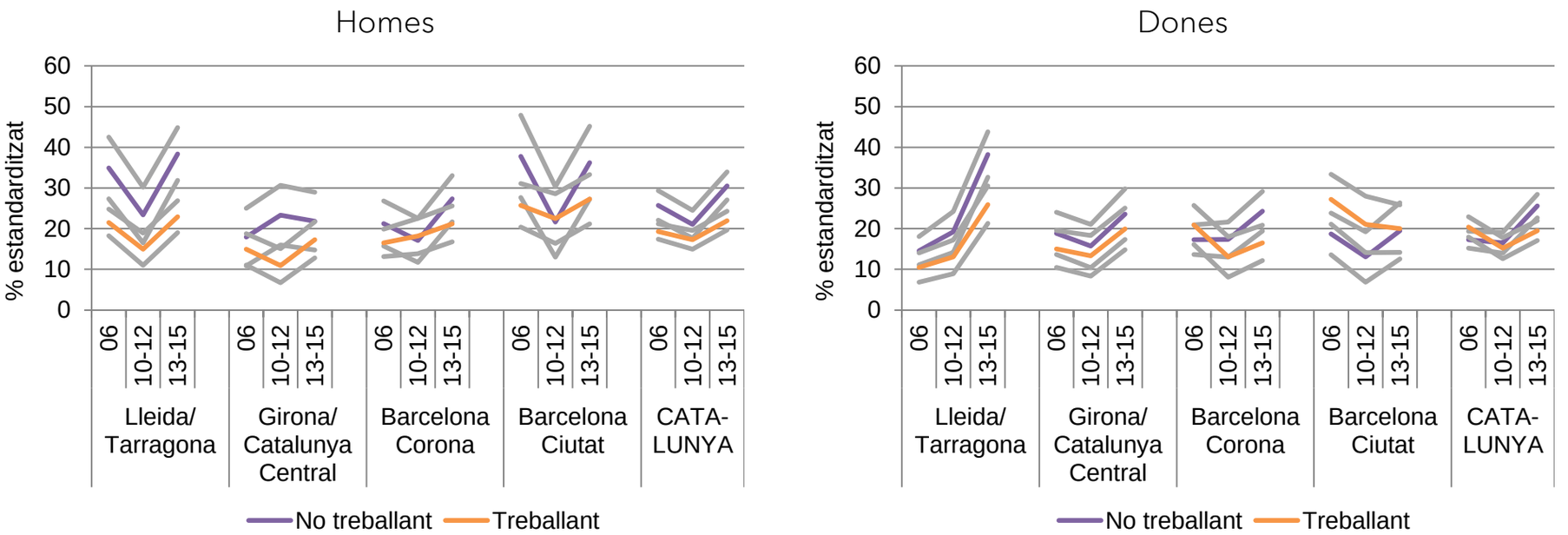


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

En el gràfic de la dreta podem observar, en el cas dels homes, una disminució del sedentarisme entre 2002 i 2010-12 tant per la població de 50 a 64 anys que treballa com la que no treballa, sense diferències entre les dues categories laborals. A l'últim període, en canvi, es produeix un increment del sedentarisme que també s'observa a tots els grups d'edat quinquennal. Aquest increment va ser més pronunciat entre els que no treballen i per tant, creix la diferència amb els treballadors (a excepció del grup 60-64). Entre les dones la tendència ha estat a l'alça en especial entre les que no treballen durant l'últim període 2013-15, dinàmica que també s'ha pogut observar als tres grups d'edat contemplats.

Sedentarisme: Segons l'activitat laboral (50-64 anys)

Figura 114. Proporció de població sedentària de 50-64 anys segons activitat. Regions agrupades*.

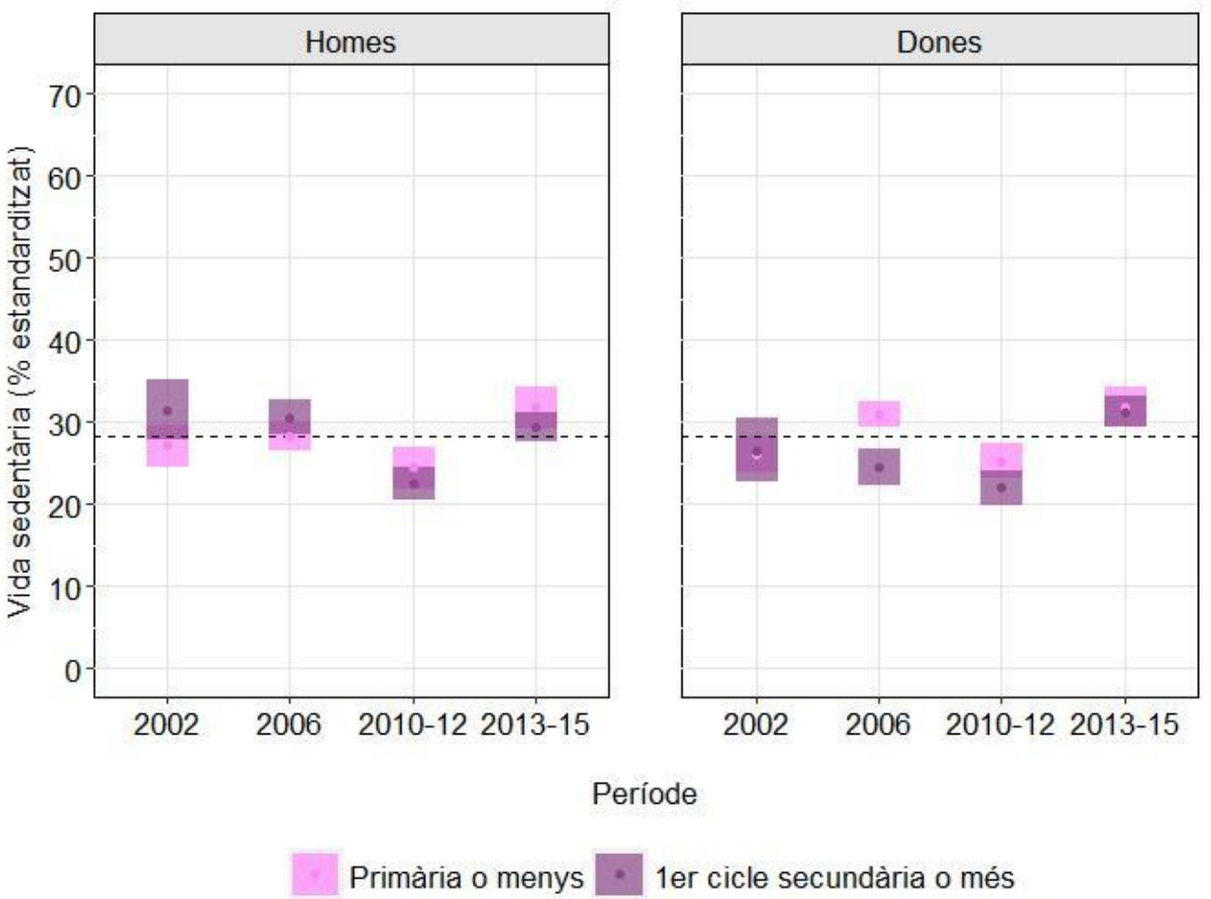


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA *Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

Als gràfics observem la incidència de tenir una vida sedentària per a la població de 50 a 64 anys, segons si treballa o no ho fa. L'anàlisi en regions agrupades mostra com es produeix una disminució de la incidència del sedentarisme entre 2006 i 2010-12, però seguit per un augment, especialment entre els que no treballen, encara que les diferències no són estadísticament significatives. L'excepció es produeix entre els homes en el període 2013-15.

Des d'un punt de vista territorial observem canvis més acusats pels homes a les regions agrupades de Lleida-Tarragona i Barcelona Ciutat, sobretot pels que no treballen. No obstant, a Girona-Catalunya Central, la regió amb menys sedentarisme l'any 2006 entre els no treballadors, no s'observa el descens experimentat en les altres regions entre 2006 i 2010-12. En quant a les dones, és a Lleida-Tarragona on s'experimenta la major pujada en els valors del sedentarisme des de 2006. A més, a Barcelona Ciutat, les treballadores mostren valors més elevats de sedentarisme que les que no treballen.

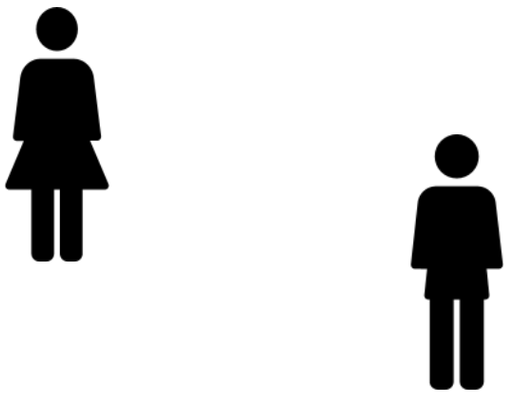
Figura 115. Proporció de població sedentària per nivell educatiu i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA

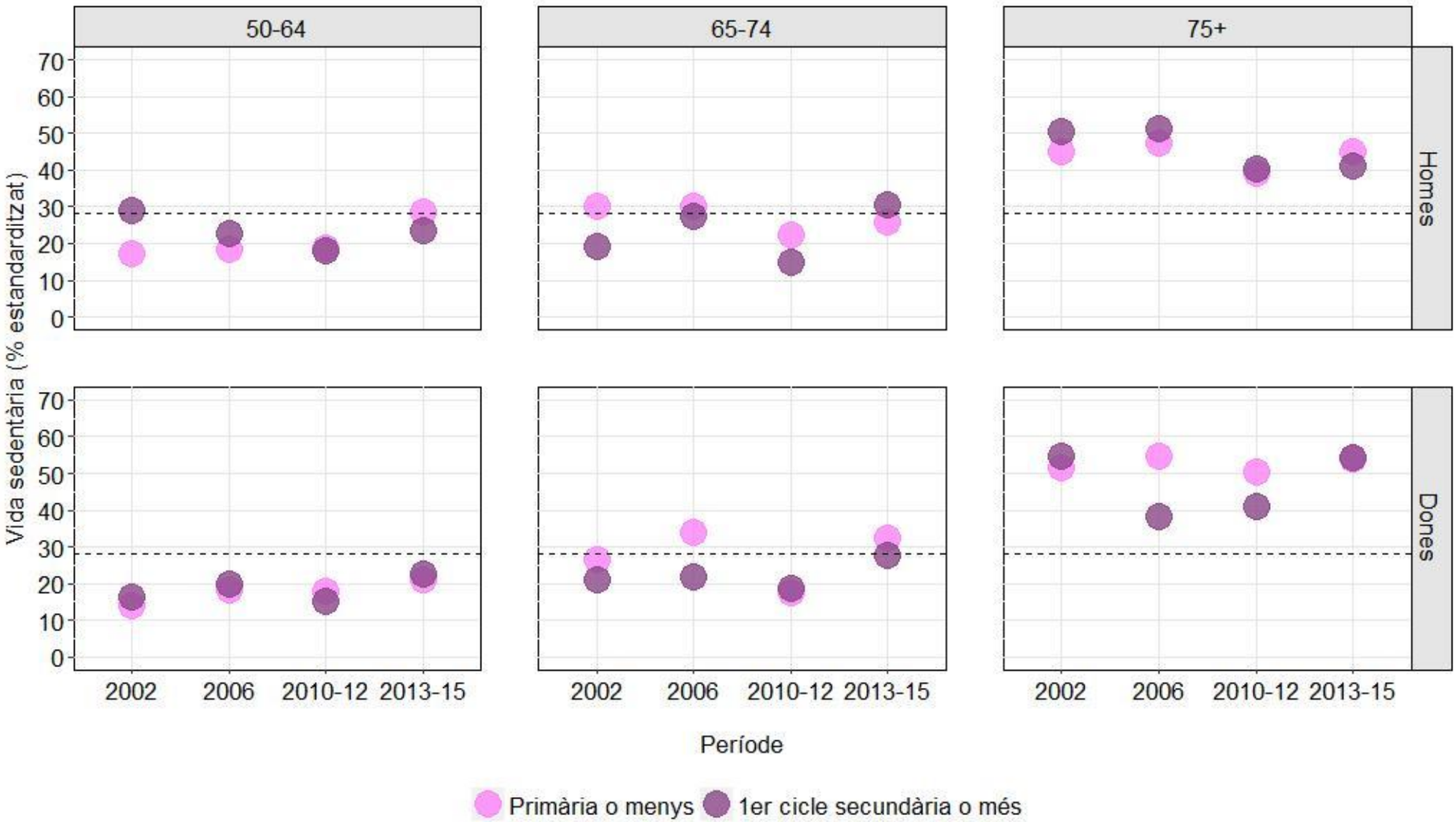
Si **comparem** el percentatge de vida sedentària entre **sexes segons el nivell d'estudis**, veiem que en ambdós casos es produeix una **evolució descendent** des de l'any 2002 fins al període 2010-13, però a partir d'aquell moment es produeix un augment de la vida sedentària. En quant a les diferències en els nivells de sedentarisme entre homes i dones, s'observa com aquests són molt iguals, i per tant no es poden determinar grans diferències per sexe.

Entre les **dones,** les que declaren tenir nivells d'**estudis més baixos** són les que tenen **més** proporció de **vida sedentària**. Per ambdós nivells d'estudis s'observa la mateixa evolució temporal.



Podem observar com entre els **homes** s'inverteix la tendència. Els que disposen d'**estudis de primària o menys** són els que **menys sedentarisme** declaren durant la primera meitat del període; en canvi, durant la segona meitat són els que disposen d'estudis de secundària o més els que menor vida sedentària presenten.

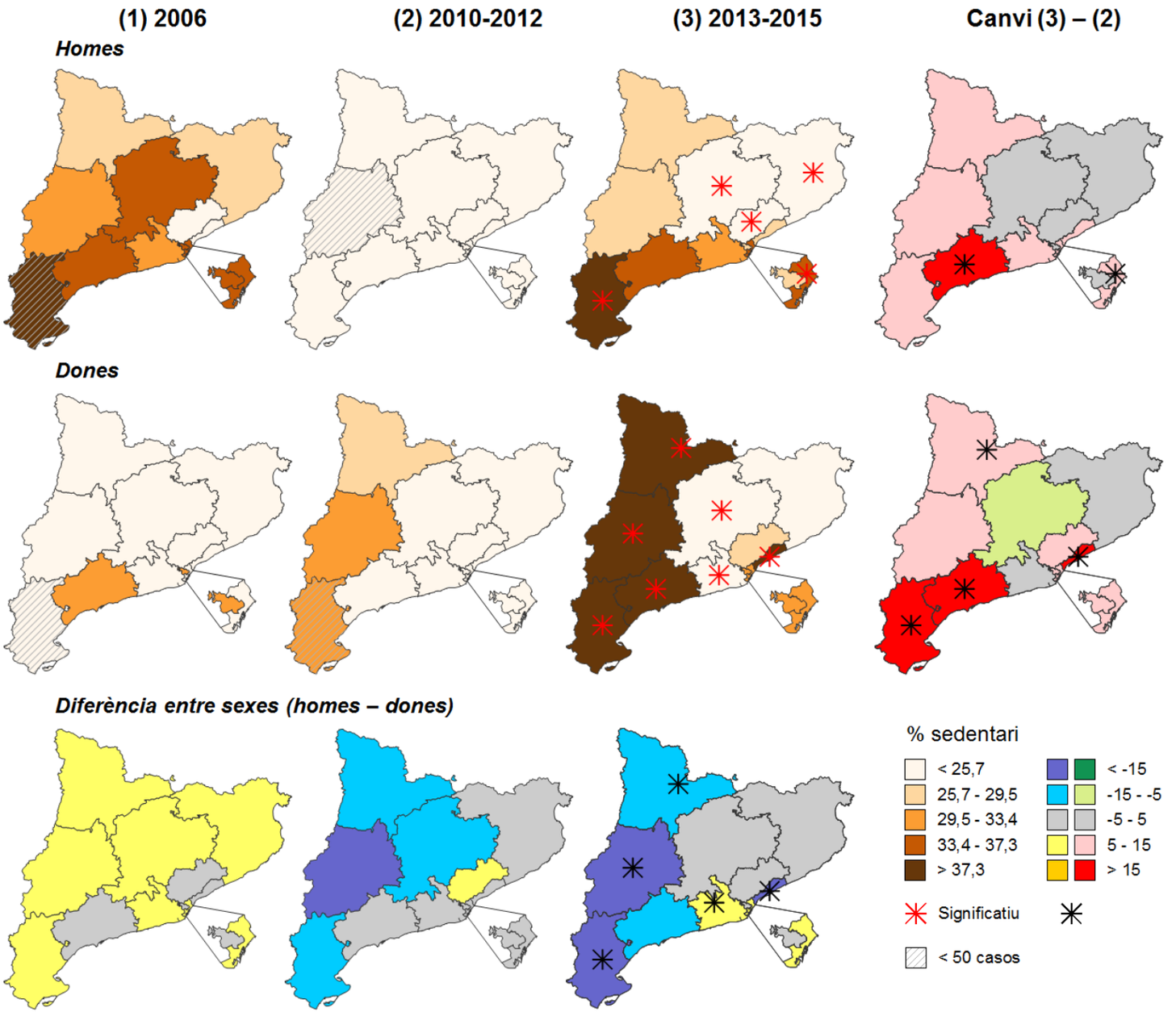
Figura 116. Proporció de població sedentària per nivell educatiu, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Amb aquest gràfic, on es desagrega la població per grups d'edat, podem observar que la proporció de sedentarisme augmenta de manera considerable al grup d'edats més avançades (75 i més anys), tant pels homes com per les dones. Tot i això, la tendència a l'alça experimentada a l'últim període ha estat de menor intensitat que als altres dos grups d'edat més joves.

Figura 117. Proporció de població sedentària amb nivell educació més alt. Regions sanitàries.

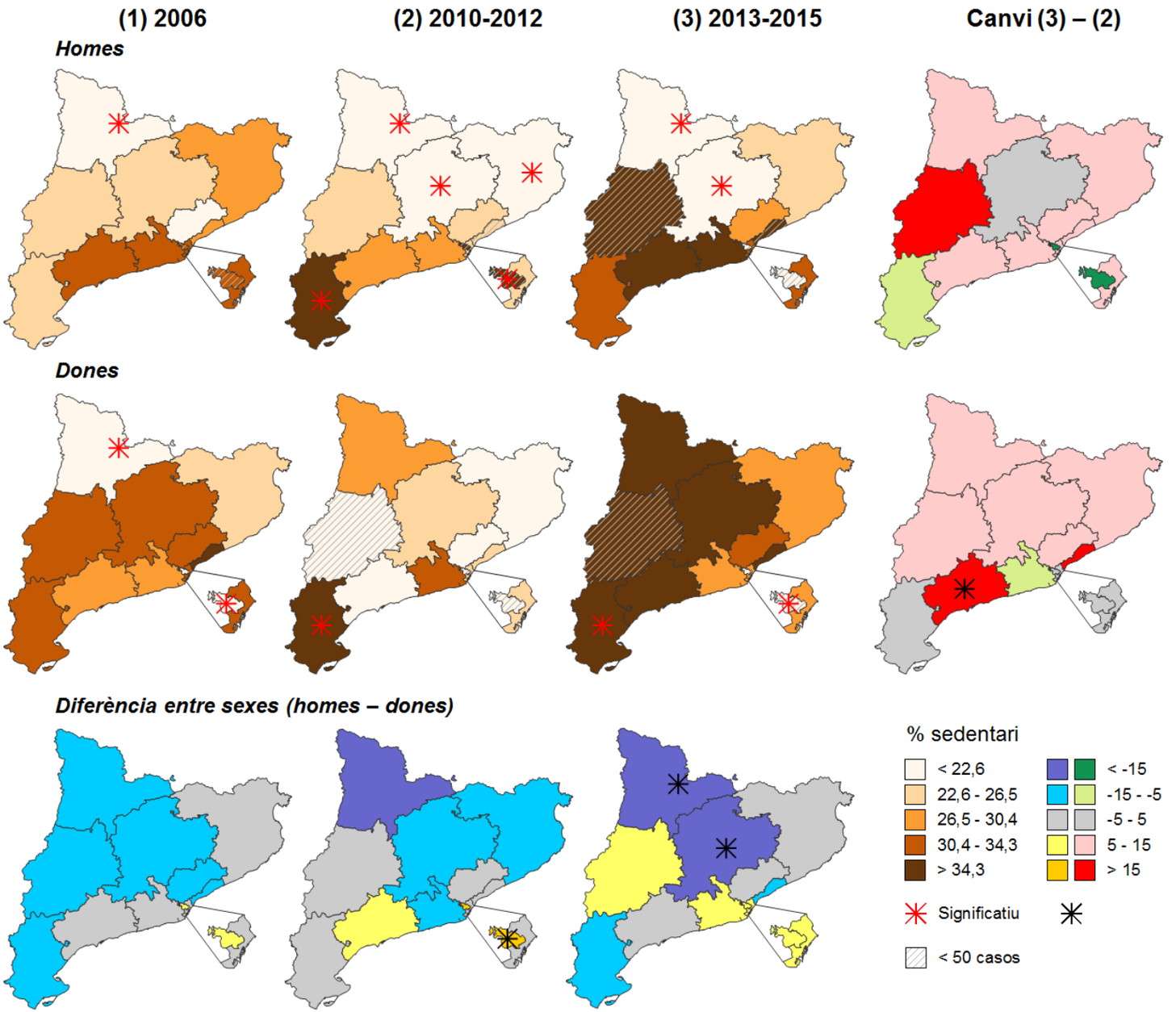


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través de la representació cartogràfica de la incidència del sedentarisme per la població amb nivells d'educació més alts, podem observar que, tant entre els homes com entre les dones, s'ha produït un increment d'aquesta incidència durant l'últim període d'estudi (2013-2015).

Entre els homes el sedentarisme és major al Camp de Tarragona i a les Terres de l'Ebre, mentre que entre les dones també ho és a Lleida i a l'Alt Pirineu i Aran.

Figura 118. Proporció de població sedentària amb nivell d'educació baix. Regions sanitàries.

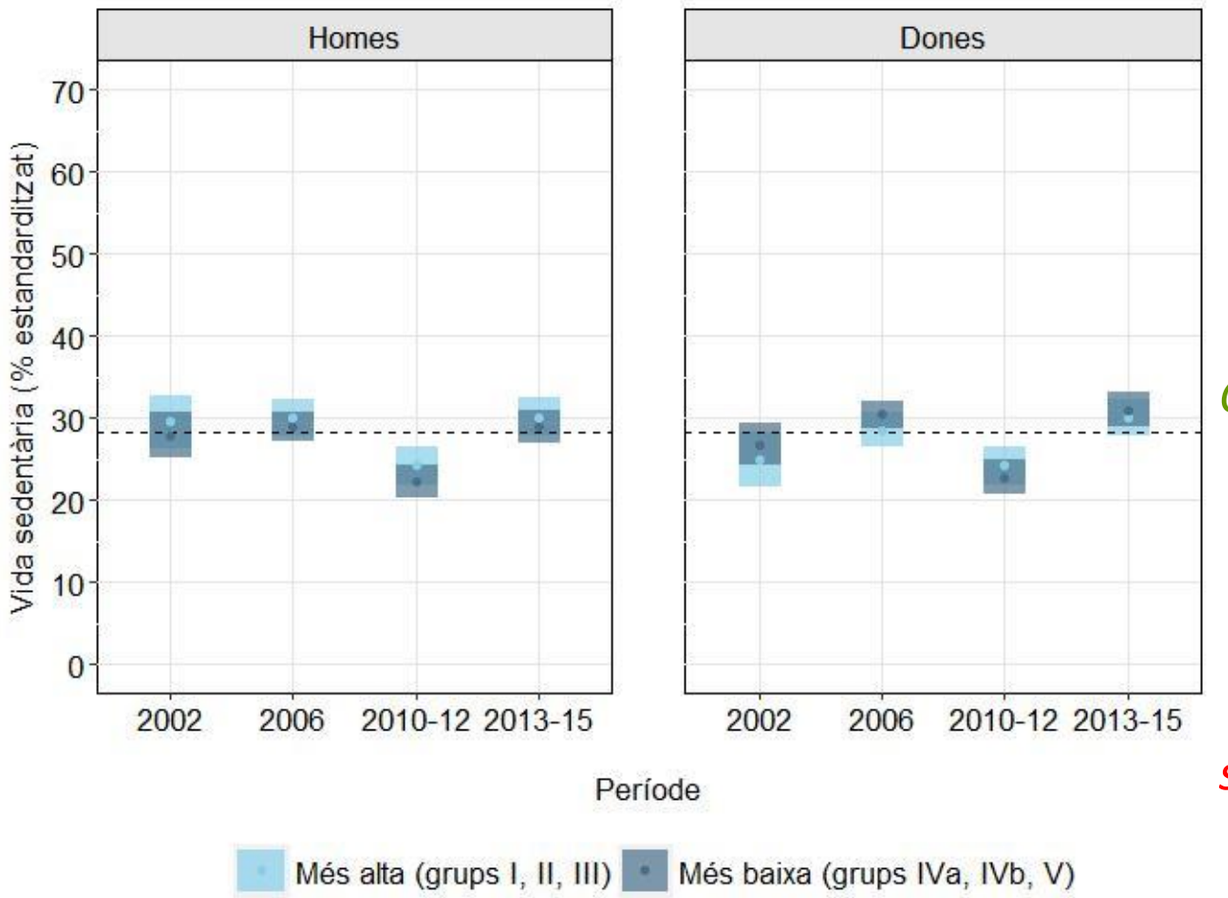


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La representació de la proporció de població de 50 i més anys amb vida sedentària pels que tenen un nivell educatiu baix (primària o menys) ens indica que el sedentarisme té una major incidència entre les dones, i que la tendència temporal als dos sexes ha estat a l'alça.

Entre els homes, el sedentarisme és més elevat a la meitat sud de Catalunya, en especial al Camp de Tarragona, Lleida i la Corona Oest. Per la seva banda, entre les dones la proporció és elevada a gairebé totes les regions, excepte a Barcelona Ciutat – més renda.

Figura 119. Proporció de població sedentària per classe social i sexe.





Classe més alta

MENYS

sedentarisme

Classe més baixa

MÉS

sedentarisme

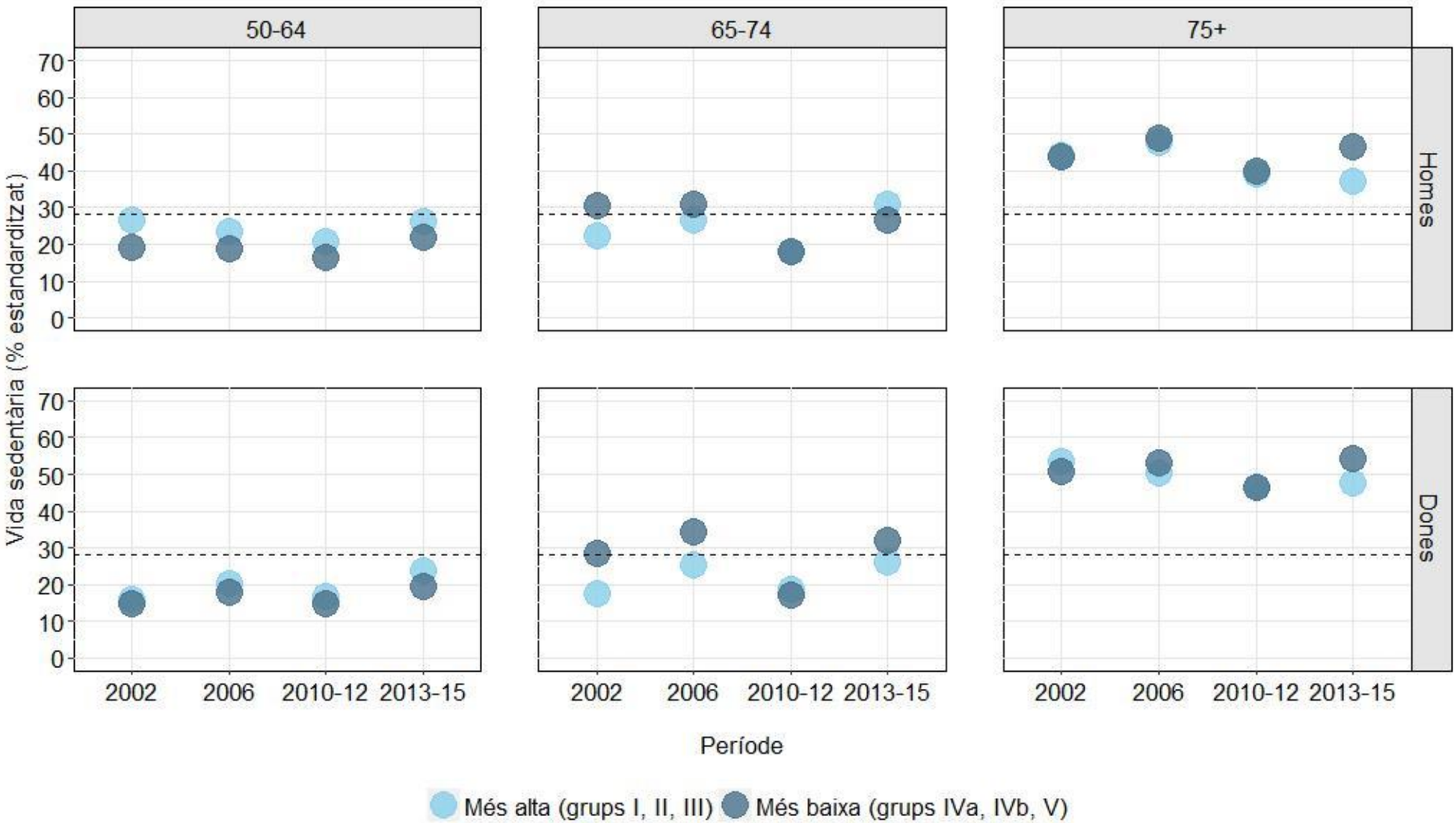


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA

En aquest gràfic mostrem la incidència de tenir una vida sedentària segons el sexe i la classe social. Es pot observar que entre els homes la incidència de tenir una vida sedentària és major entre les classes socials més altes que entre les més baixes. En canvi, entre les dones els percentatges de vida sedentària són més baixos entre les classes altes que entre les classes baixes. No obstant, les diferències no són significatives.

Per ambdós sexes i pels dos tipus de classes socials contemplades es produeix un descens del sedentarisme entre 2002 i 2010-12 però á l'últim període (2013-15) es torna a produir un increment del sedentarisme en totes les categories.

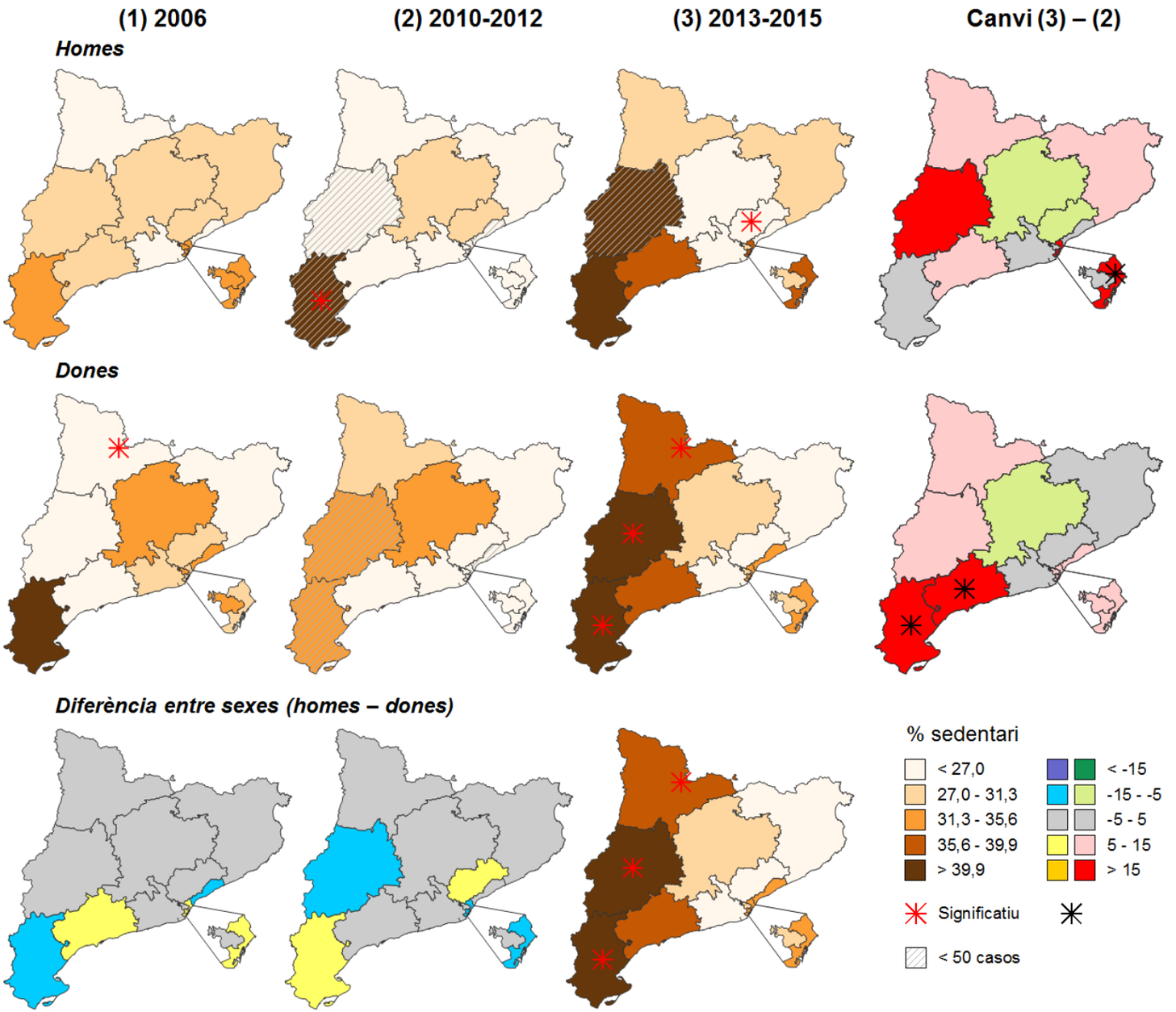
Figura 120. Proporció de població sedentària per classe social, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

A través del quadre de gràfics podem observar que la incidència de tenir una vida sedentària augmenta a mesura que s'incrementa l'edat, tant entre homes i dones com entre les classes socials més altes i les classes socials més baixes. També podem observar que és al grup de major edat (75 i més anys) on menor és la diferència en el sedentarisme segons la classe social.

Figura 121. Proporció de població sedentària en les classes socials més altes*. Regions sanitàries.

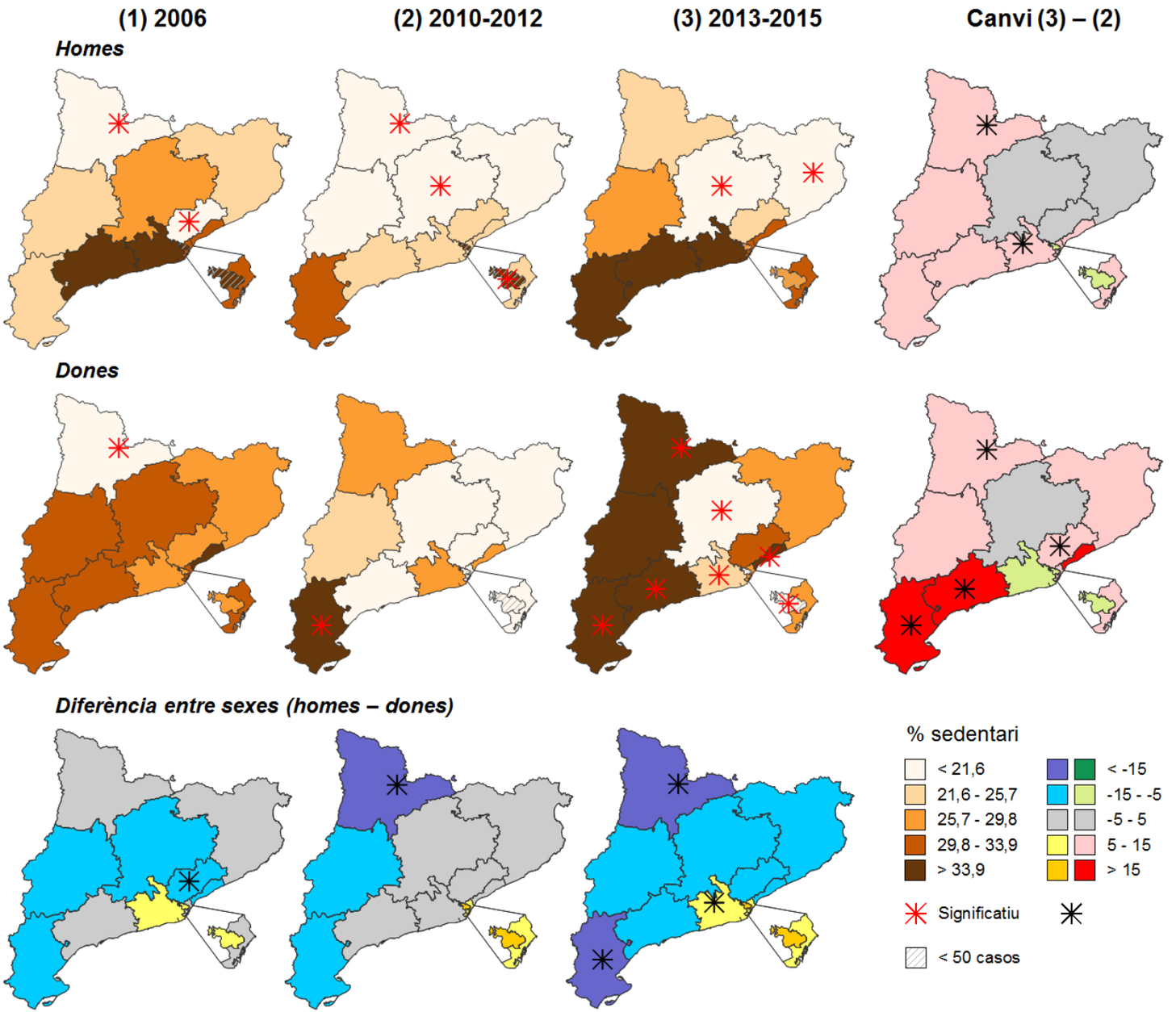


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups I, II, III.

La representació del percentatge de població de 50 i més anys que presenta vida sedentària per les classes socials més altes ens mostra que la tendència general al territori, independentment del sexe, és cap a un augment dels nivells de sedentarisme durant el darrer període 2013-15.

Per ambdós sexes aquest augment es produeix especialment a les regions del sud de Catalunya, on es destaquen les Terres de l'Ebre i Lleida, i en el cas del homes també Barcelona Ciutat – menys renda.

Figura 122. Proporció de població sedentària en les classes socials més baixes*. Regions sanitàries.

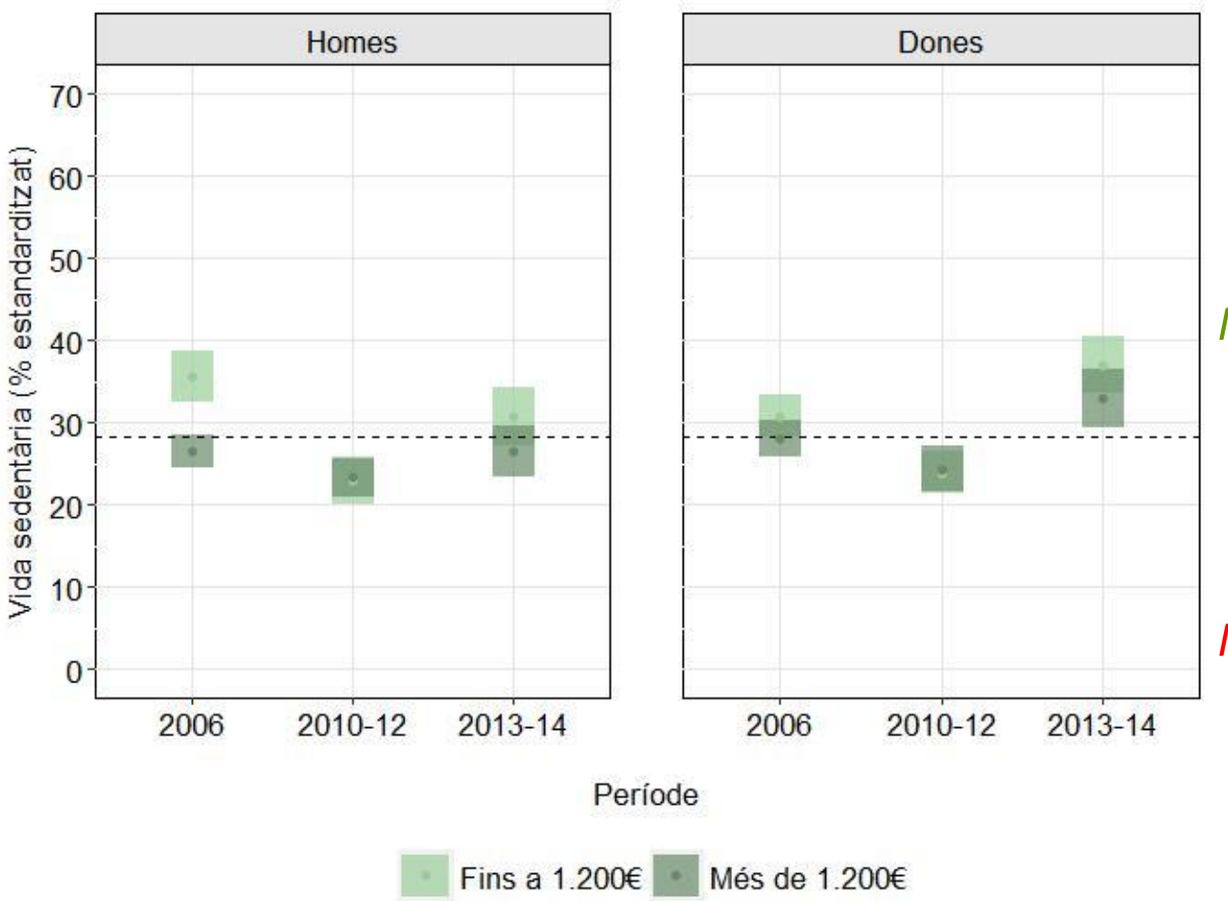


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups IVa/b, V.

La incidència de tenir una vida sedentària per les classes socials més baixes presenta una tendència a l'alça per ambdós sexes, però amb diferències territorials.

Mentre que en el cas dels homes són les regions del sud les que mostren major grau de sedentarisme (Corona Oest, Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre), entre les dones també s'ha d'afegir Lleida, l'Alt Pirineu i Aran i la Corona Est.

Figura 123. Proporció de població sedentària per nivell d'ingressos i sexe.





Més ingressos

MENYS

sedentarisme

Menys ingressos

MÉS

sedentarisme



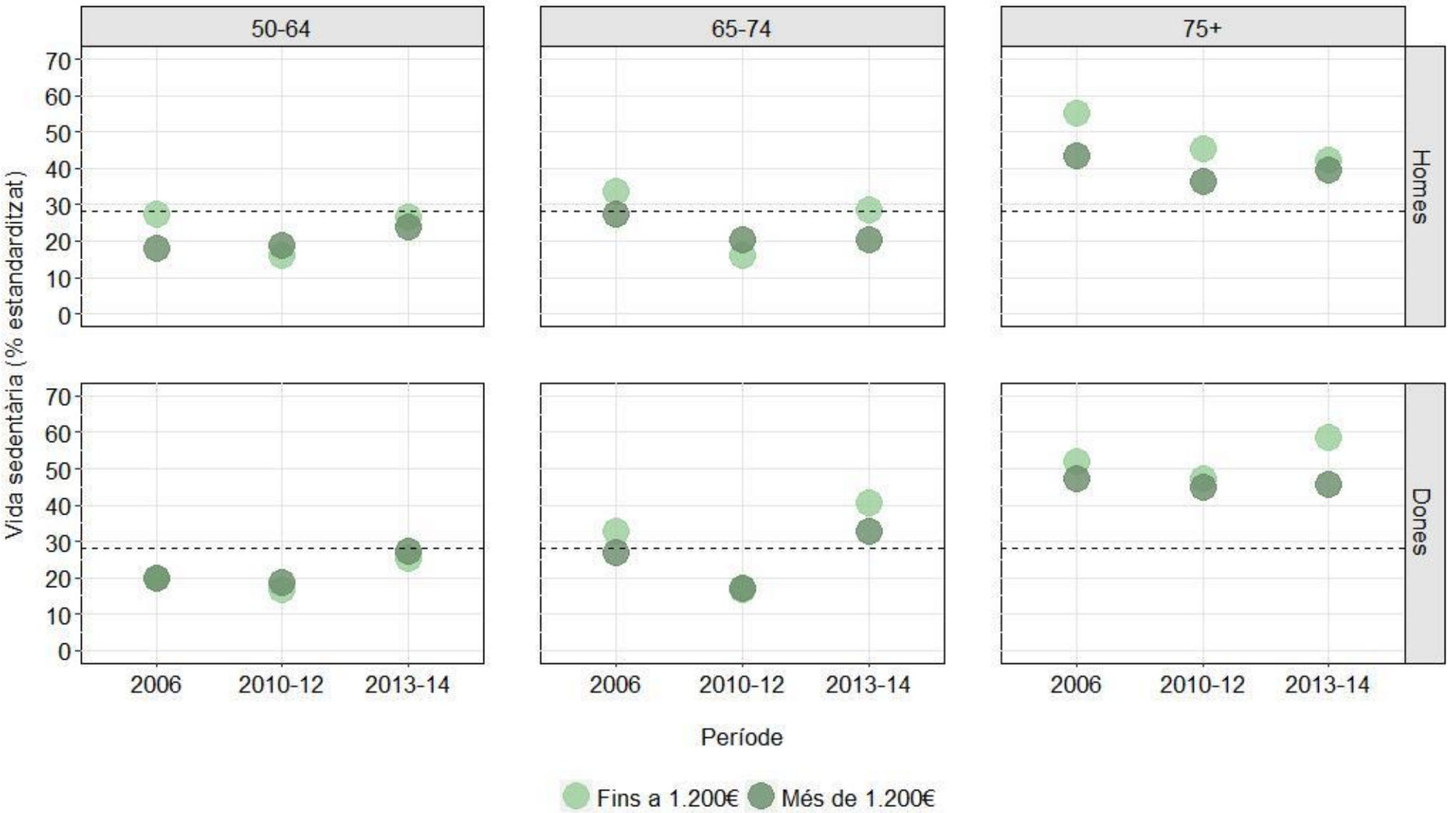
Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA

No hi ha grans diferències en la incidència del sedentarisme segons el sexe, ja que en ambdós casos es mostra un comportament temporal similar, amb un primer descens i un posterior increment durant l'últim període.

Segons el grup d'ingressos sí que s'observen diferències, essent els homes i les dones amb majors ingressos els que presenten nivells de sedentarisme més baixos.

Sedentarisme: Segons els ingressos mensuals de la llar

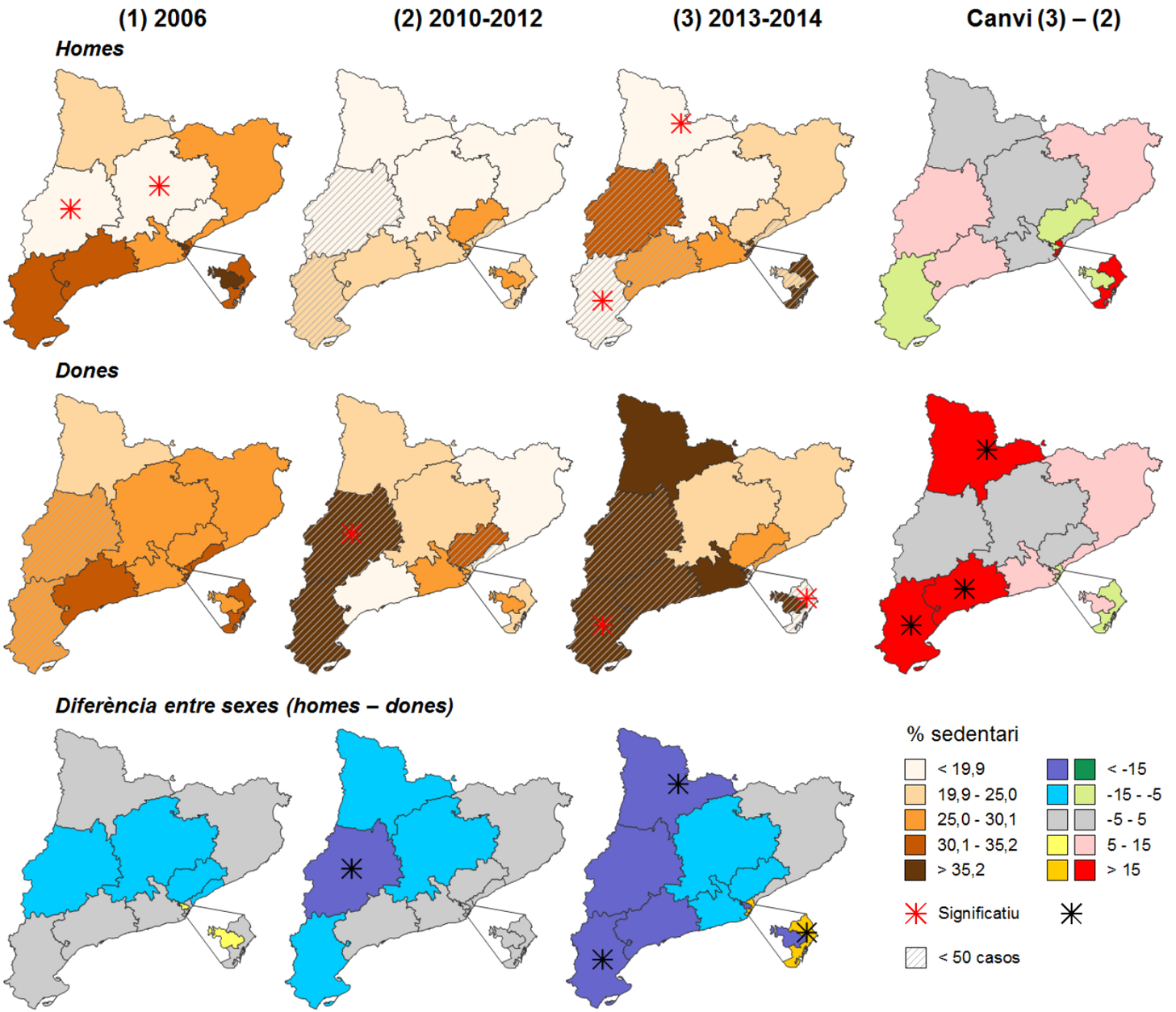
Figura 124. Proporció de població sedentària per nivell d'ingressos, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La incidència del sedentarisme augmenta a mesura que s'incrementa l'edat, essent el grup de 75 i més anys el que presenta majors nivells de vida sedentària, encara que les edats 65-74 anys són més sensibles als efectes dels canvis econòmics en relació amb l'activitat física.

Figura 125. Proporció de població sedentària amb ingressos més alts. Regions sanitàries.

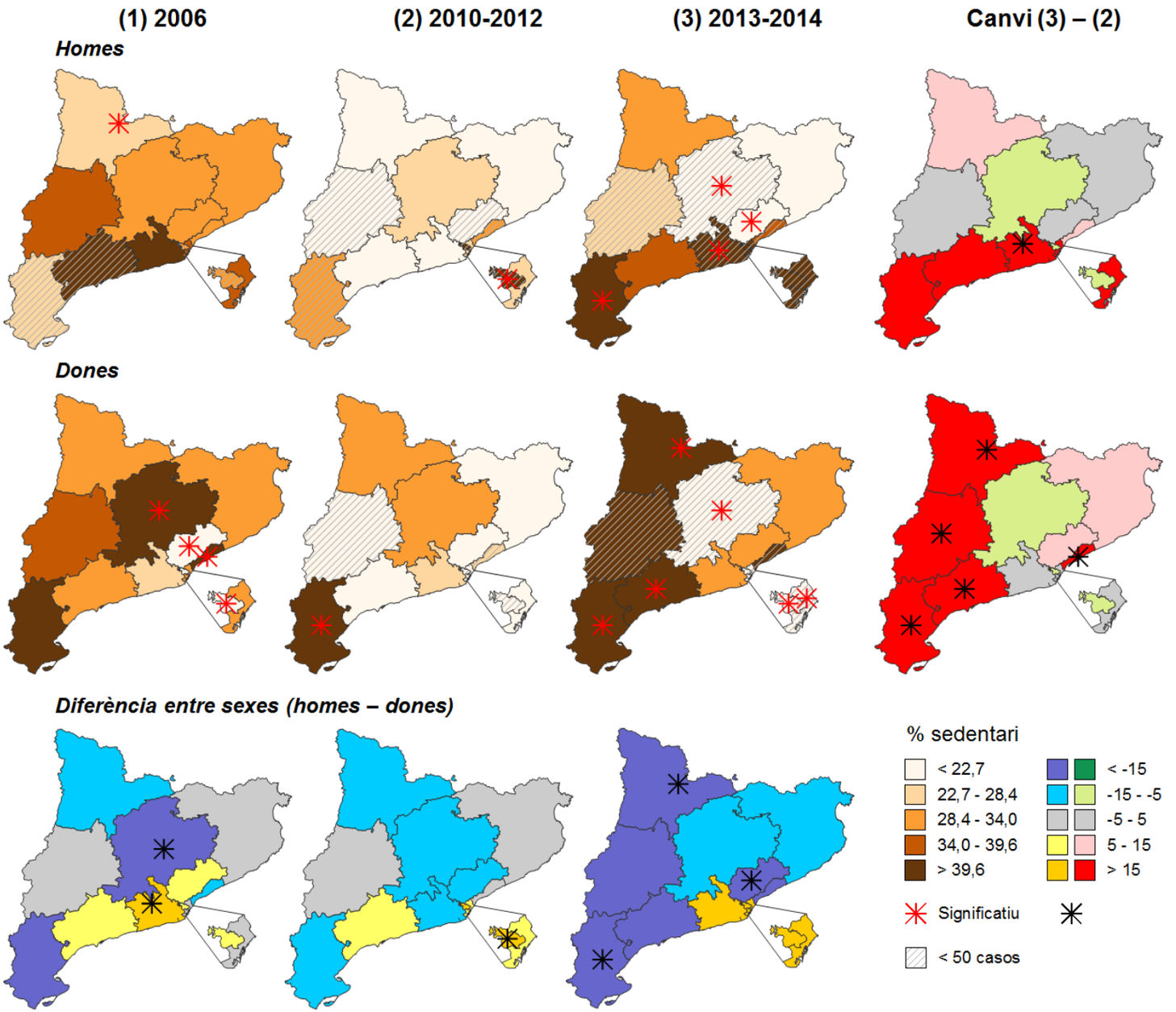


La representació del percentatge de població de 50 i més anys amb vida sedentària per als grups d'ingressos més alts ens mostra que la tendència general al territori és cap a un augment de la incidència, en especial entre les dones.

Entre les dones, on major ha estat aquest augment és a les regions del sud i interior de Catalunya, mentre que entre els homes el major increment s'ha produït a Barcelona Ciutat – menys renda.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups IVa/b, V.

Figura 126. Proporció de població sedentària amb ingressos més baixos. Regions sanitàries.

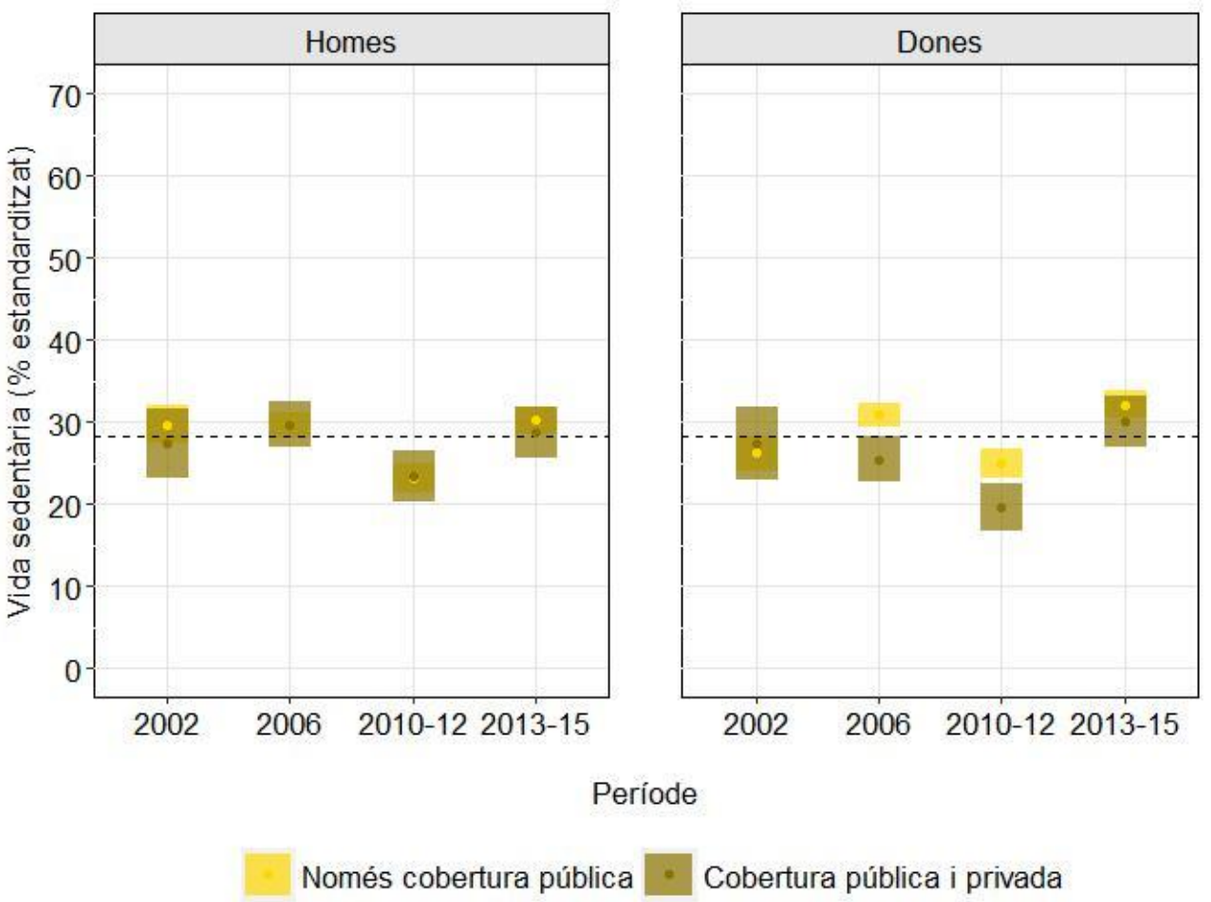


Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Grups IVa/b, V.

La incidència de tenir vida sedentària entre els que disposen d'ingressos més baixos mostra un augment territorial major que entre el grup d'ingressos alts.

Entre els homes els increments són elevats a Barcelona Ciutat , a la Corona Oest i a les Terres de l'Ebre. Entre les dones, l'increment és més ampli territorialment i afecta sobretot al Camp de Tarragona, les Terres de l'Ebre, Lleida, l'Alt Pirineu i Aran i a la Corona Est.

Figura 127. Proporció de població sedentària per cobertura sanitària i sexe.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA

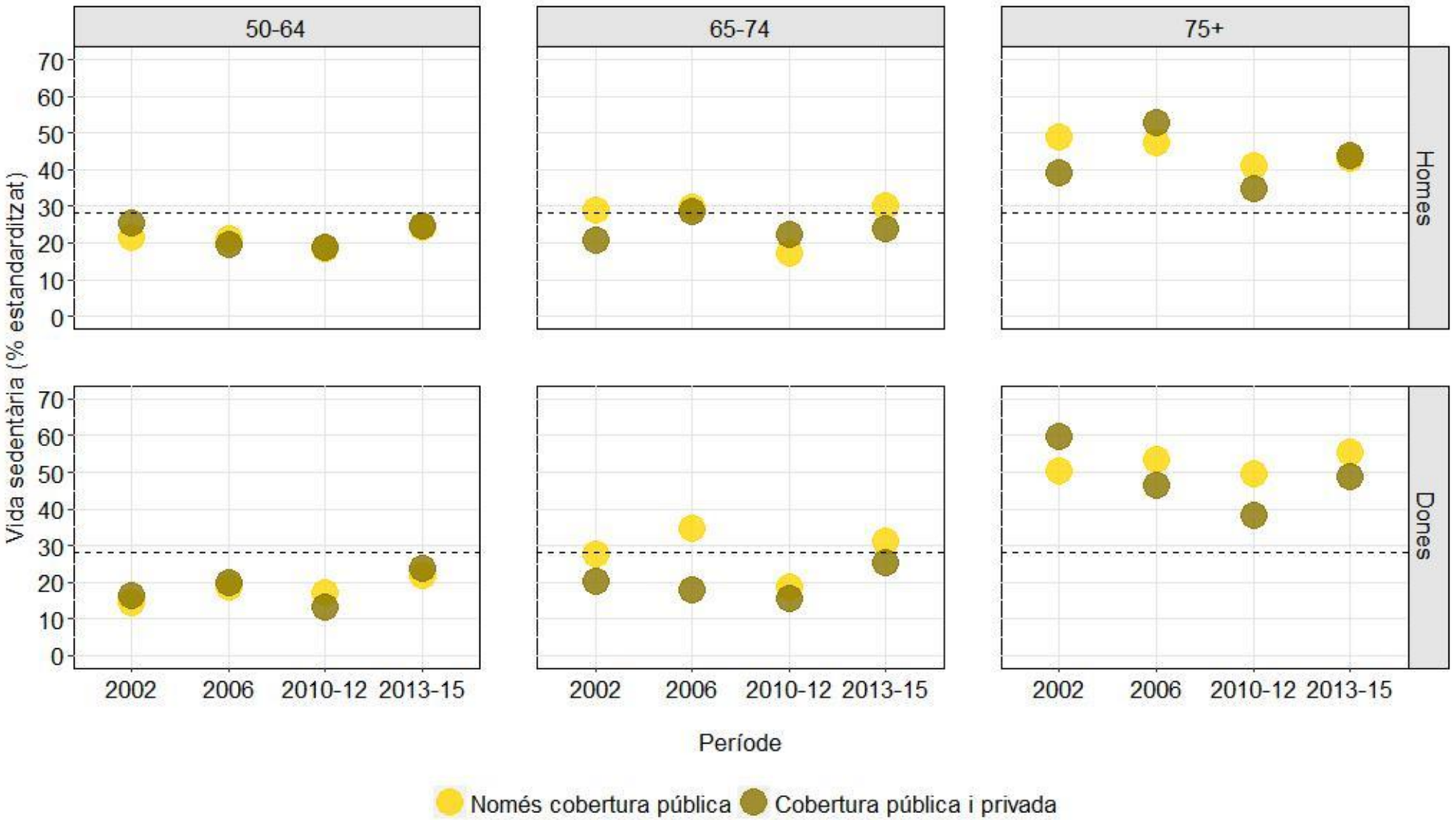
Al gràfic mostrem la incidència de presentar vida sedentària per sexes segons si la cobertura sanitària és pública o pública i privada. A primera vista detectem que hi ha molt poques diferències segons la cobertura, especialment entre els homes. En canvi, entre les dones, sí que es mostren majors diferències, essent lleugerament major la incidència de la vida sedentària entre les que disposen només de cobertura sanitària pública.

L'evolució temporal de la incidència del sedentarisme segons la cobertura sanitària de què es disposa, mostra una forta inflexió a meitat del període. Si durant els primer anys d'estudi la tendència era a la baixa, a partir del període 2010-12 aquesta tendència s'inverteix i comença a augmentar. Aquesta pauta en la incidència es va produir en ambdós sexes i als dos tipus de cobertura sanitària.



Sedentarisme: Segons la cobertura sanitària

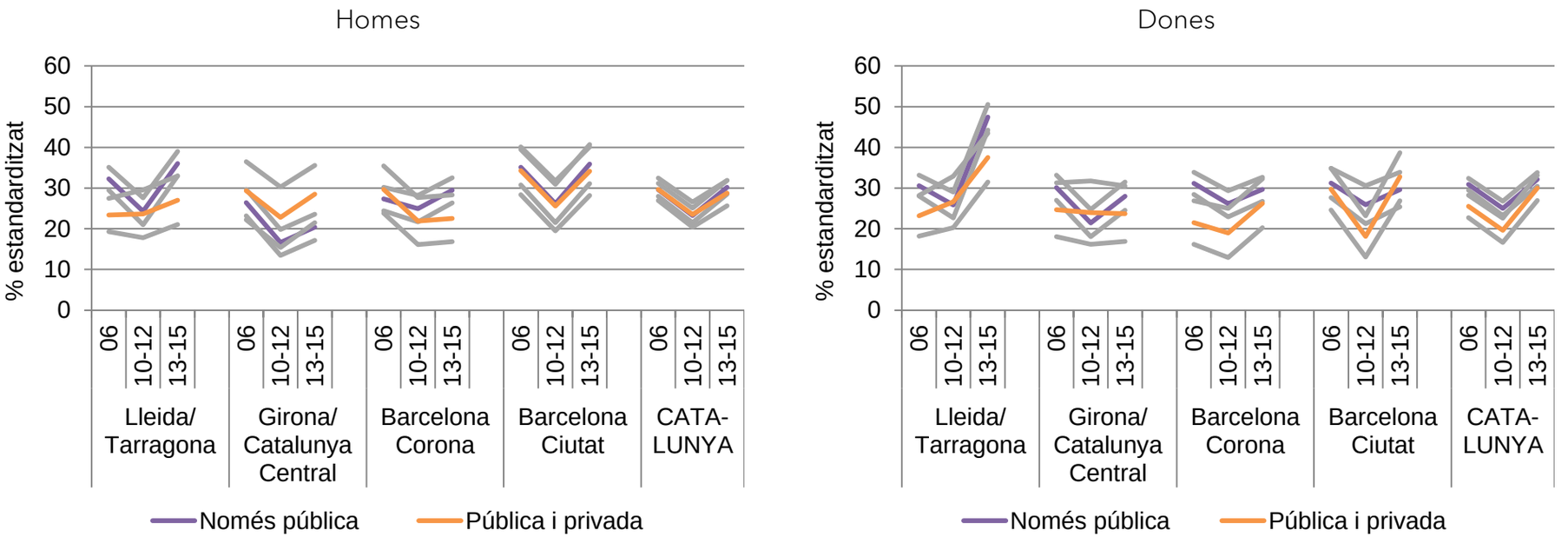
Figura 128. Proporció de població sedentària per cobertura sanitària, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

De la mateixa manera que amb d'altres variables ja analitzades, és al grup d'edats més avançades (75 i més anys) on major és la incidència d'una vida sedentària per als dos tipus de cobertura sanitària, tot i que en general aquesta incidència és major entre els que tenen únicament la cobertura pública, sobretot entre les dones.

Figura 129. Proporció de població sedentària segons el tipus de cobertura sanitària. Regions agrupades*.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Veure nota metodològica a la pàgina 11 sobre la classificació regional.

En aquests dos gràfics podem observar la incidència de tenir una vida sedentària per a la població de 50 i més anys segons la cobertura sanitària i per les agrupacions de regions de residència. Observem que, en el cas dels homes, es produeixen canvis molt similars a tots els territoris, encara que a Girona-Catalunya Central les persones que tenen doble cobertura són més sedentàries. En el cas de les dones és a Lleida/Tarragona on es produeix un major increment de la incidència durant l'últim període.

Taula 13. Proporció de població sedentària, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (1).

VIDA SEDENTÀRIA

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**22,2**	**21,0**	**18,6**	**24,6**	**15,1**	**19,1**	**15,9**	**22,3**
Activitat laboral									
Treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
No treballa									
Nivell d'estudis	*Primària o menys*								
	1er cicle sec o més								
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50							
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o més									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III			N<50					
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A			N<50	N/A			N<50
	> 1.200 €	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada		N<50	N<50				N<50	

Per la font i les notes, veure Taula 5.

Activitat laboral:

- Els homes de 50-64 anys que no treballen són més sedentaris que els que treballen, una diferència que s'ha mantingut constant en el temps. Si durant els primers 10 anys s'han vist petites millores, en canvi la proporció de sedentaris augmenta a 2013-15. En quant a les dones, s'observen poques diferències entre les dues categories d'activitat, encara que la pujada a 2013-15 va ser més forta entre les que no treballaven.
- Quan es creua l'activitat amb altres categories socio-econòmiques, gairebé no hi ha diferències entre els treballadors. No obstant, entre les persones que no treballen, tenir un nivell d'educació, una classe social o un nivell d'ingressos més alts o una doble cobertura sanitària disminueixen la probabilitat de tenir una vida sedentària, i encara més durant l'últim període d'estudi.

Nivell d'estudis:

- L'avantatge de disposar d'un nivell més baix d'educació en relació amb el sedentarisme només es va observar l'any 2002 per als homes.
- Les classes més baixes amb estudis secundaris o més tenen menys probabilitats de tenir una vida sedentària, sobretot durant els anys de la crisi. Entre les dones es pot afegir també aquelles amb estudis baixos però de classes socials més altes.
- Per als homes, tenir educació primària o menys i menors ingressos de la llar comporta una probabilitat menor de tenir una vida sedentària en comparació als que tenen educació secundària o més (independentment del nivell d'ingressos). Entre les dones, això es produeix per les que tenen educació més alta però ingressos baixos.
- Creuat amb tipus de cobertura sanitària, en el cas de les dones no s'observen cap tipus de diferències entre nivells d'educació. Pels homes, en canvi, els que tenen menys estudis i doble cobertura pública mostren un percentatge més baix de sedentarisme.

Taula 13. Proporció de població sedentària, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. (2).

VIDA SEDENTÀRIA

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A	N<50		N<50	N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Ingressos de la llar									
> 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A				N/A			
≤ 1.200 €									
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A	N<50	N<50	N<50	N/A	N<50	N<50	N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Com a resum: Entre les persones de 50 a 64 anys, viure una vida sedentària té major incidència en:

- Homes que en dones, encara que les diferències són petites
- Els que no treballen que els que treballen (sobretot entre els homes)
- Persones que viuen en una llar de classes socials més altes (sobretot entre els homes)
- En relació amb l'activitat, tenir educació més que la primària, un SES o ingressos més alts o doble cobertura disminueix la probabilitat de tenir una vida sedentària i encara més durant l'últim període d'estudi.

Classe social

- Al contrari de l'esperat, els homes que viuen en llars de classes socials més altes tenen major incidència de sedentarisme. Entre les dones, les diferències socials són petites. Entre totes les categories, la situació va millorar entre 2006 i 2010-12 per empitjorar més tard.
- Creuat amb els ingressos de la llar, l'avantatge que tenien els homes de les classes més baixes en llars amb més ingressos en relació amb les altres categories es va mantenir durant tot el període. Pels de menys ingressos, únicament s'observa una proporció de sedentarisme semblant a 2010-12. Els de classes socials més altes tenen una vida més sedentària, sobretot les dones amb més ingressos.
- En relació amb la cobertura sanitària, hi ha poques diferències, encara que els homes de les classes socials més baixes però amb doble cobertura tenen menys sedentarisme.

Ingressos:

- Els homes que viuen en una llar amb ingressos baixos només tenien probabilitats més elevades de tenir una vida sedentària el 2006. Creuat amb la cobertura, sembla que només passa això entre els que sols tenen cobertura pública.
- Entre les dones, no hi ha diferències entre nivell d'ingressos, però creuat amb cobertura sanitària s'observa que a 2013-14, les que tenen més ingressos i doble cobertura sanitària, presenten una proporció més elevada de sedentarisme.

Cobertura sanitària:

- En ambdós sexes, tenir una doble cobertura s'associa amb una proporció semblant de sedentarisme.
- Creuat amb d'altres variables socioeconòmiques, s'ha observat que sobretot pels homes de classes socials més baixes tenir una doble cobertura sanitària comporta un avantatge.

Taula 14. Proporció de població sedentària, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya.

VIDA SEDENTÀRIA

		Homes				Dones			
		2002	2006	2010-12	2013-15	2002	2006	2010-12	2013-15
TOTAL		**38,1**	**39,2**	**29,3**	**36,1**	**39,2**	**41,6**	**32,4**	**41,4**
Nivell educatiu									
1er cicle secundària o més									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*	N<50				N<50			
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada					N<50			
Primària o menys									
Classe social	*SES Grups IVa/b,V*								
	SES Grups I,II,III								
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
Classe social									
SES Grups I,II,III									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada								
SES Grups IVa/b,V									
Ingressos	*≤ 1.200 €*	N/A				N/A			
	> 1.200 €	N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*								
	Pública/Privada	N<50				N<50			
Ingressos de la llar									
> 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A		N<50	N<50
≤ 1.200 €		N/A				N/A			
Cobertura sanitària	*Pública*	N/A				N/A			
	Pública/Privada	N/A			N<50	N/A			N<50
Cobertura sanitària									
Pública									
Pública/Privada									

Per la font i les notes, veure Taula 5.

Nivell d'estudis:

- El nivell d'estudis no afecta la incidència del sedentarisme en el cas dels homes, i només ho fa al 2006 per les dones (menor probabilitat entre les que tenen més estudis).
- Creuat amb d'altres variables, hi ha pocs resultats que destaquin. Una excepció és tenir un nivell d'educació de secundària o més i doble cobertura (dones), que disminueix la probabilitat de sedentarisme.
- Les persones amb més estudis però pocs ingressos tenen més probabilitats de viure una vida sedentària l'any 2013-14 que altres combinacions (ambdós sexes), encara que a 2006 la probabilitat per les dones era la més baixa.

Classe social

- Durant el boom econòmic, pertànyer a classes socials més altes afavoreix lleugerament una menor probabilitat de sedentarisme per ambdós sexes. No obstant, a 2010-12 aquest avantatge va desaparèixer per les millores produïdes entre les classes socials més baixes, encara que a 2013-15 les dones de les classes més altes segueixen essent una mica més actives que les de les classes més baixes.
- Quan està creuat amb els ingressos de la llar, entre els homes, tenir pocs ingressos però pertànyer a classes més altes comporta major risc d'una vida sedentària. En el cas de les dones de les classes més altes el percentatge és sempre més elevat entre aquelles amb menors ingressos.
- En relació amb la cobertura sanitària, i pel cas de les dones, no és tant la classe social la que determina el nivell de sedentarisme sinó el tipus de cobertura, on tenir doble cobertura és més favorable. Aquesta relació s'observa sobretot en el boom econòmic (2006) i el primer període de la crisi estudiat (2010-12). Des de llavors, el nivell de sedentarisme ha pujat en totes les categories.

Ingressos:

- Encara que entre l'any 2006 i el període 2010-12 la diferència en el grau de sedentarisme entre les persones que vivien en llars amb rendes més baixes i més altes va desaparèixer degut a les millores enregistrades entre les persones amb rendes més baixes, a 2013-15 la proporció de dones amb rendes més baixes que tenia una vida sedentària va incrementar-se significativament.
- Creuat amb cobertura sanitària, el desavantatge dels homes amb baixes rendes de l'any 2006 va desaparèixer. Tanmateix, en el cas de les dones, les pitjors situades són aquelles amb només cobertura pública, independentment de la seva renda familiar.

Cobertura sanitària:

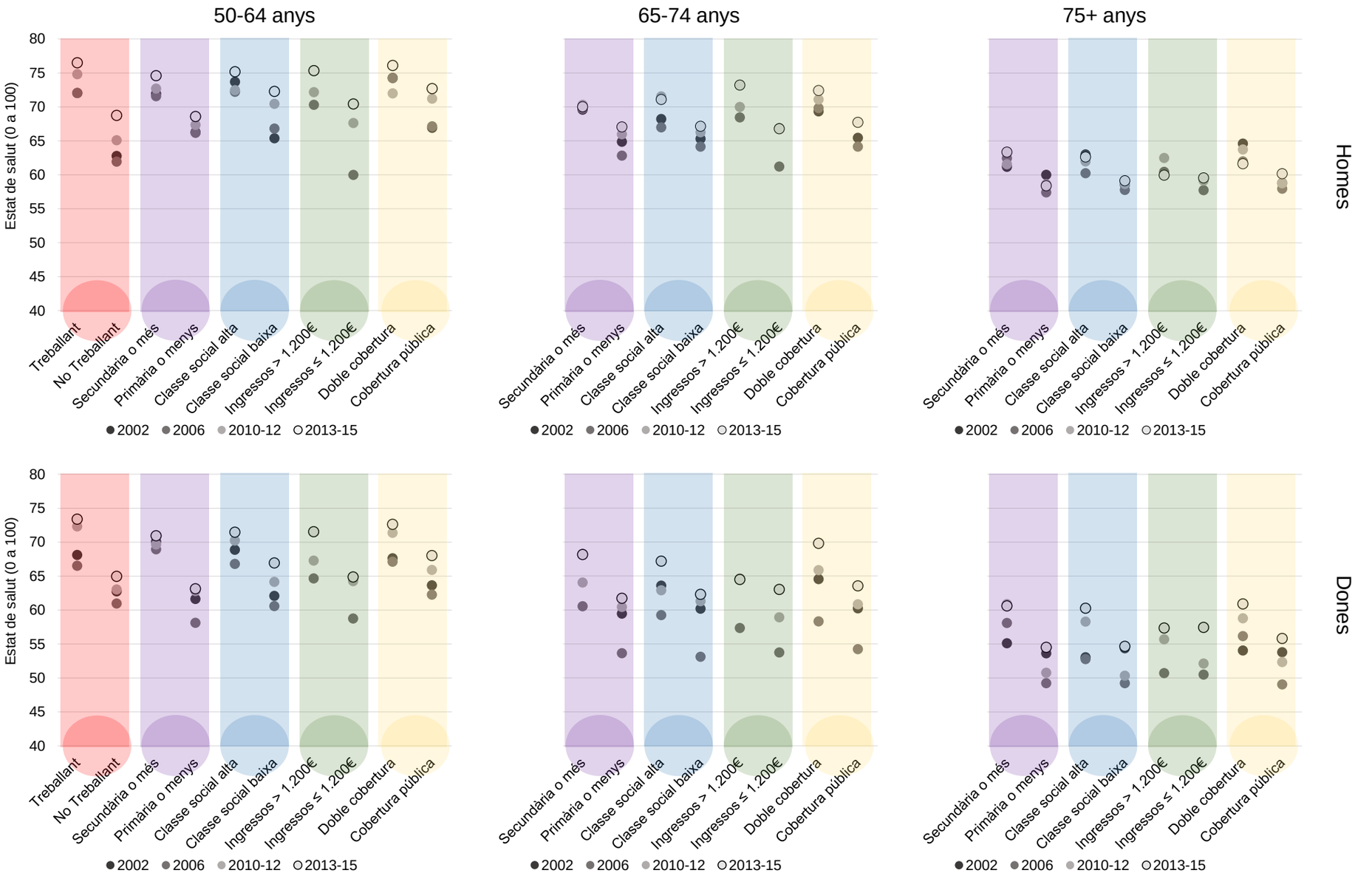
- Trobem una major incidència de viure una vida sedentària entre les persones amb només cobertura pública, situació que es produeix sobretot entre les dones.
- Creuat amb d'altres variables socioeconòmiques, s'observa que aquestes diferències es mantenen pels que es troben generalment millor situats en la nova variable (per exemple, en la classe social, viure en llars de classes més altes).

Com a resum:

- El percentatge de persones de 65 o més anys amb una vida sedentària va mantenir-se estable durant el boom econòmic, va baixar en el període 2010-12 però va tornar a pujar a 2013-15. Aquest patró temporal és similar entre homes i dones, encara que les diferències de gènere varen augmentar.
- Al contrari del que succeeix a les edats 50-64 (on hi ha més sedentarisme entre els homes), hi havia més dones (el 41%) que homes (el 36%) en el període 2013-15 que vivien una vida sedentària.
- En el mateix període, les diferències entre les categories dels ingressos de la llar eren importants per ambdós sexes, i les de classe social i cobertura sanitària només entre les dones.
- Creuat amb d'altres variables, les diferències varen augmentar encara que no sempre en la direcció esperada. Per exemple, en el període 2013-14 els més mal situats són els homes i les dones amb baixos nivells d'ingressos però amb categories d'estudis més altes.

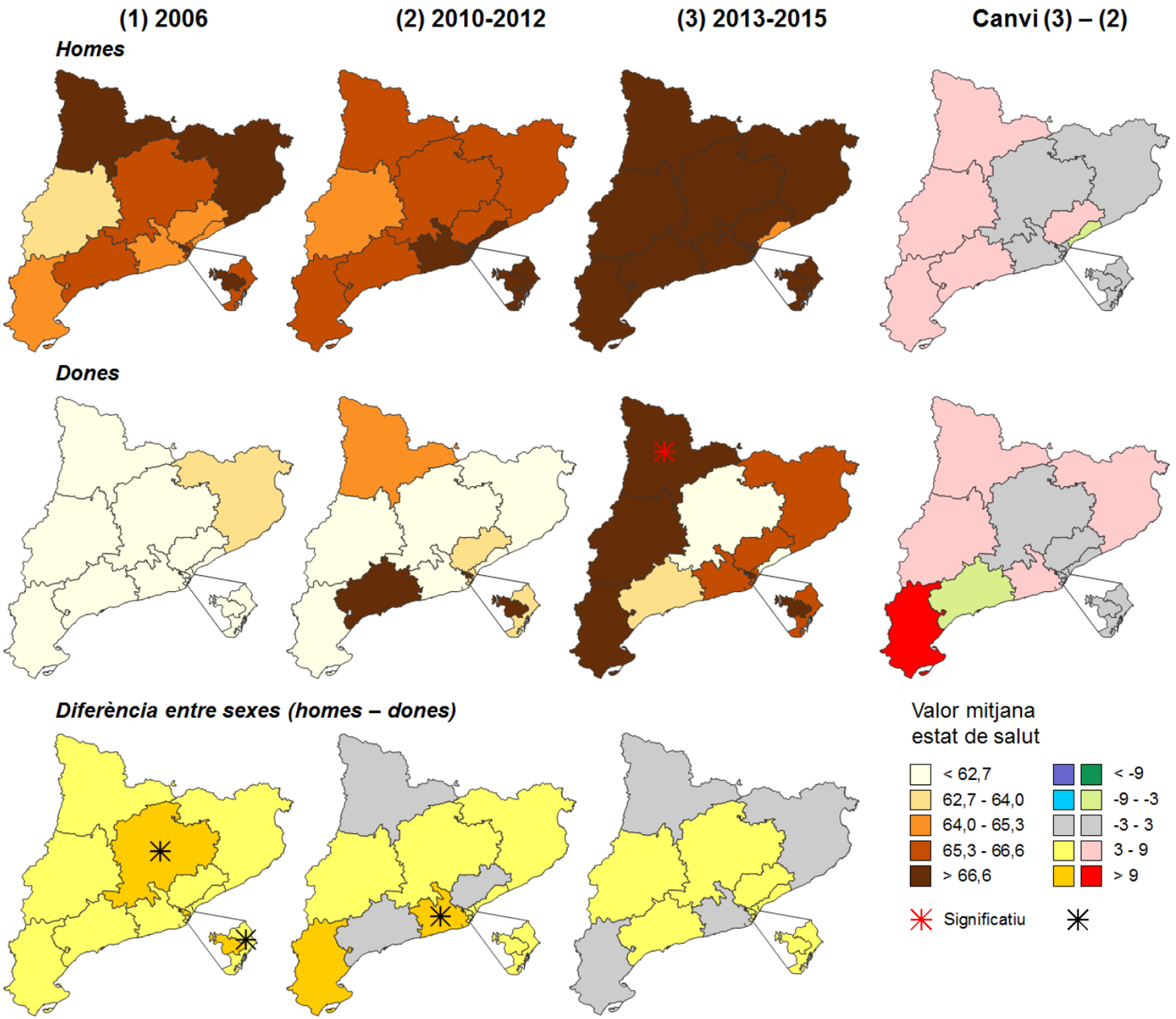
Altres indicadors (50 i més anys)

Figura 130. Opinió sobre l'estat de salut en general en el dia d'avui*, per sexe, edat i característiques socioeconòmiques.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *El 100 representa el millor estat de salut imaginable per el responent i el 0 el pitjor estat de salut imaginable. Mitjana segons característica social. No hi han dades per ingressos per l'any 2002 i per l'últim període correspon a 2013-14.

Figura 131. Opinió sobre l'estat de salut en general en el dia d'avui*. Regions sanitàries.



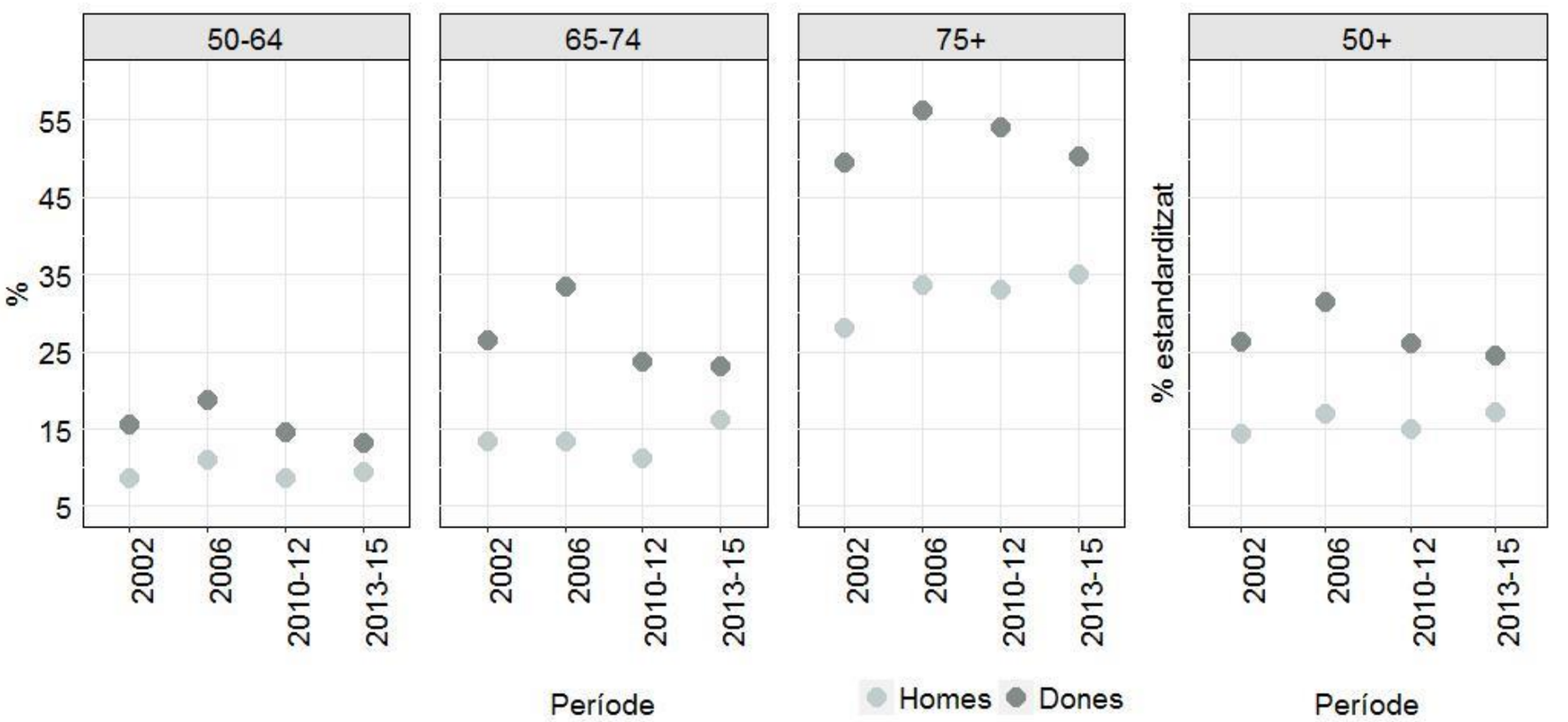
En la pàgina anterior s'observa l'opinió sobre l'estat de salut en funció de les característiques socioeconòmiques, opinions que varien segons l'edat i el sexe (a més edat, menys diferències, sobretot entre els homes). 2006 va ser l'any amb pitjor salut i 2012-15 el millor període. Les diferències més destacables són entre treballar o no i per ingressos (més alts/més baixos) en el cas dels homes, i per nivell educatiu (més alt/baix) entre les dones.

En quan als canvis territorials, es van observar millores entre els últims dos períodes, sobretot fora de la Àrea Metropolitana de Barcelona i a la Catalunya Central, on les diferències de gènere es va mantenir.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.*. Miitjana de població de valors entre 0 (pitjor estat de salut imaginable) i 100 (millor salut)

Problemes per fer activitats quotidianes

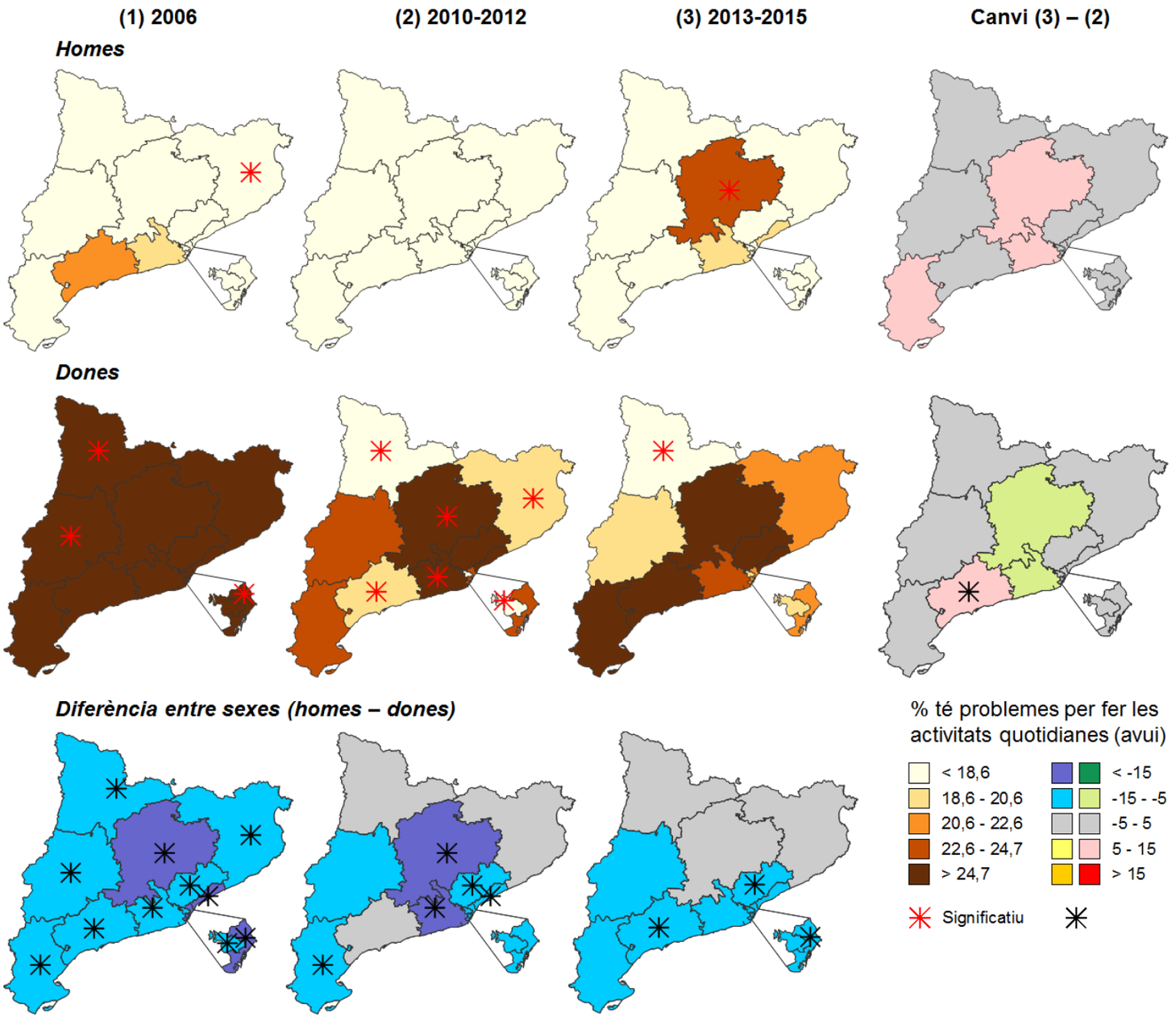
Figura 132. Proporció de població que té problemes per fer (avui) les activitats quotidianes, per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Al gràfic podem observar que la proporció de població de 50 i més anys que presenta problemes per fer les activitats quotidianes és més alta entre les dones que entre els homes (24% i 17% a 2013-15, respectivament). En l'evolució temporal s'observa un primer increment l'any 2006 per una posterior baixada i estabilització en els dos darrers períodes entre les dones, i una tendència estable entre els homes. Ara bé, és una variable amb fortes diferències segons l'edat. Entre els més joves (50-64 anys) la incidència és molt baixa, sistemàticament per sota del 20%. Al grup d'edat 65-74 augmenta la seva incidència, especialment entre les dones, mentre que entre els homes es manté força similar. Per últim, al grup de més edat (75 i més) s'observa un fort ascens d'aquests problemes, especialment entre les dones, on s'arriba a superar quotes del 50%. Per tant, a mesura que augmenta l'edat s'incrementen els problemes per fer les activitats quotidianes, especialment, entre les dones.

Figura 133. Proporció de població que té problemes per fer (avui) les activitats quotidianes. Regions sanitàries.



La proporció de població que té problemes per fer les activitats quotidianes presenta des de la perspectiva del territori fortes diferències segons el sexe.

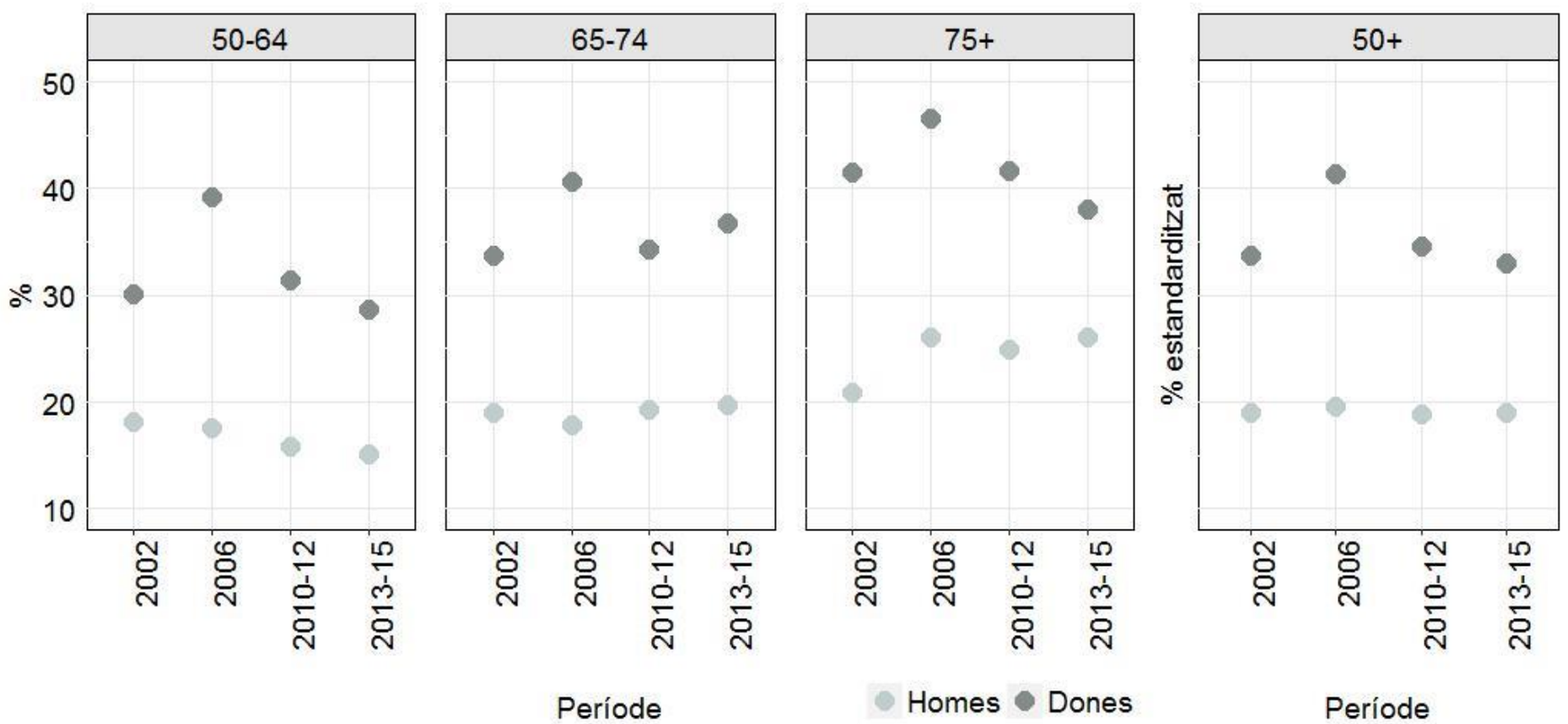
En el cas dels homes, la incidència es manté baixa a gairebé totes les regions sanitàries, però amb nivells una mica més elevats a regions com la Catalunya Central, la Corona Oest i la Corona Est.

Pel que fa a les dones, la incidència és superior a tot el territori, tot i que coneix un descens (excepte al Camp de Tarragona). Destaquen les majors incidències al sud i el centre de Catalunya.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Està ansiós/a o deprimit/da

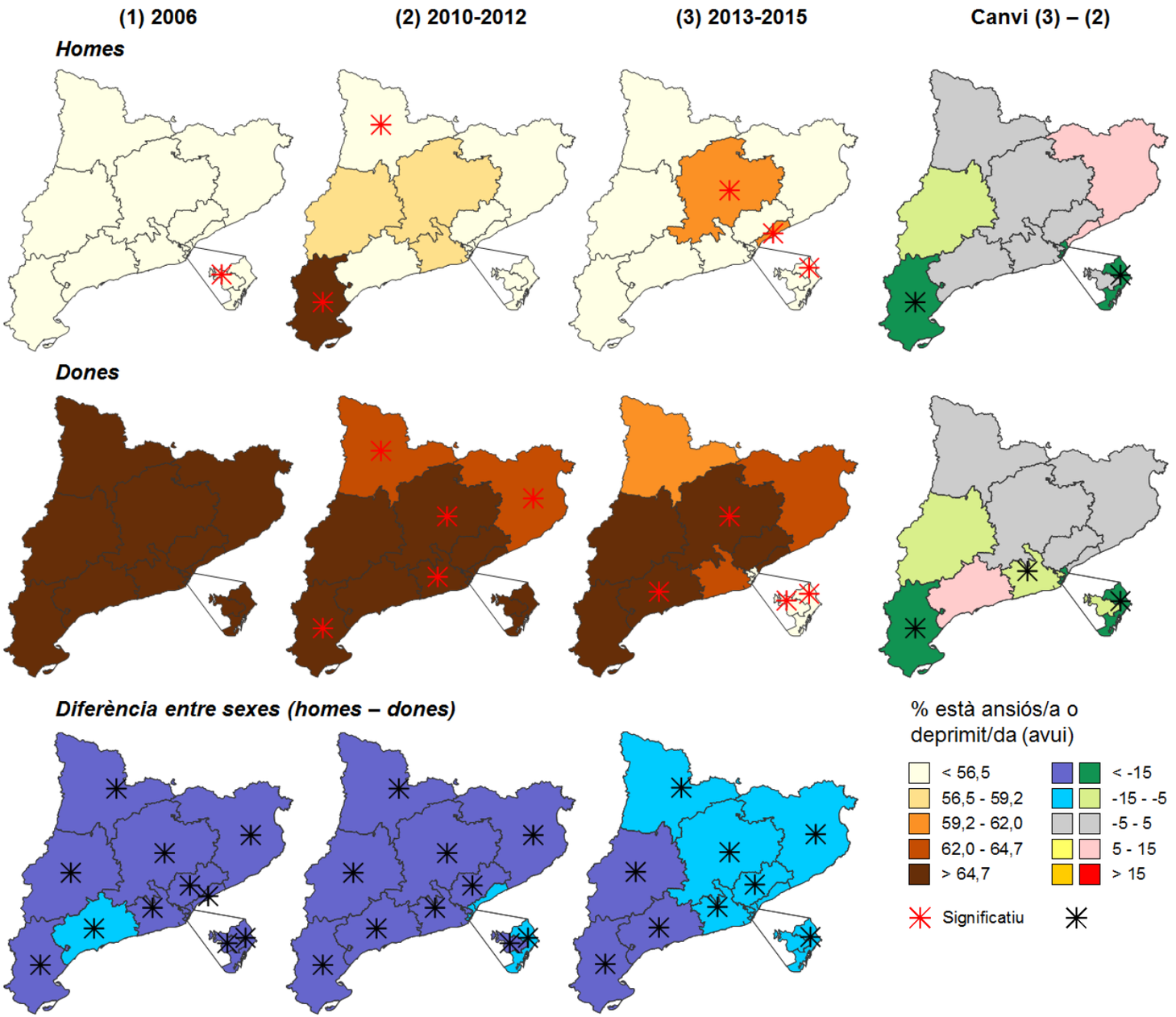
Figura 134. Proporció de població que està ansiós/a o deprimit/da (avui) per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Al gràfic de la dreta s'observa que la incidència d'estar ansiós o deprimit és estable i per sota del 20% entre el conjunt de la població masculina de 50 i més anys, però força superior entre la femenina (per sobre del 30%) i amb un moment d'augment al 2006. Si analitzem les proporcions segons els grups d'edat s'observen importants diferències. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència d'estar ansiós/deprimit és molt baixa entre els homes i, a més, presenta una tendència a la baixa al llarg dels anys. Entre les dones les proporcions són més elevades i també disminueixen durant els dos darrers trams d'estudi. Al grup d'edat 65-74 la incidència augmenta lleugerament entre les dones mentre que entre els homes es manté estable. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència mostra petits augments entre els homes, però un descens entre les dones, reduint notablement les diferències per sexe.

Figura 135. Proporció de població que està ansiós/a o deprimit/da (avui) per sexe i edat. Regions sanitàries.



La proporció d'estar ansiós o deprimit no presenta importants diferències entre regions sanitàries en cada sexe.

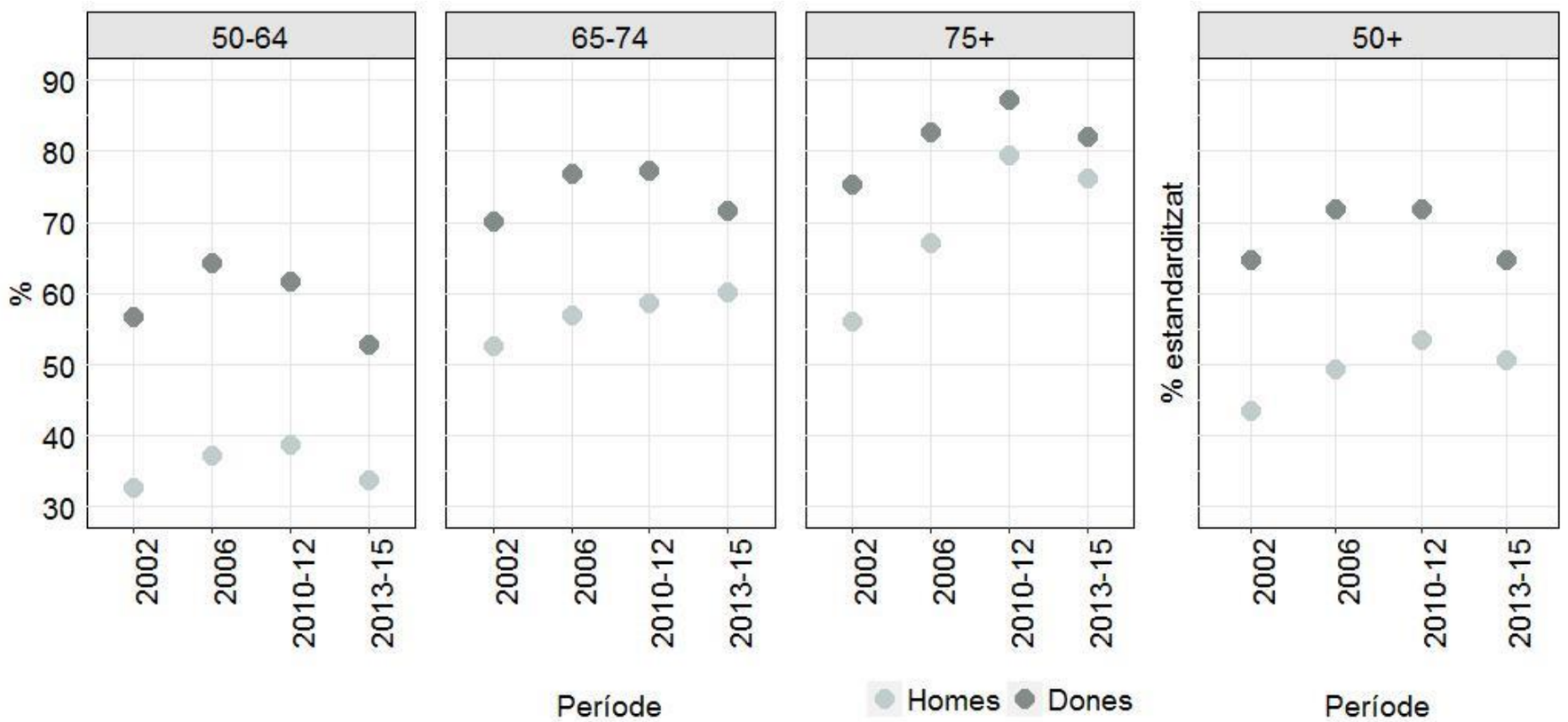
En el cas dels homes, la incidència és en general baixa i tant sols és lleugerament superior pel 2013-15 a les regions de la Catalunya Central i la Corona Est.

Pel que fa a les dones, la incidència és superior, però ha anat disminuint al llarg del període d'estudi. Destaca la incidència a la Catalunya Central, a Lleida, al Sud de Catalunya i la Corona Nord i Est.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

Té 4 o més trastorns crònics

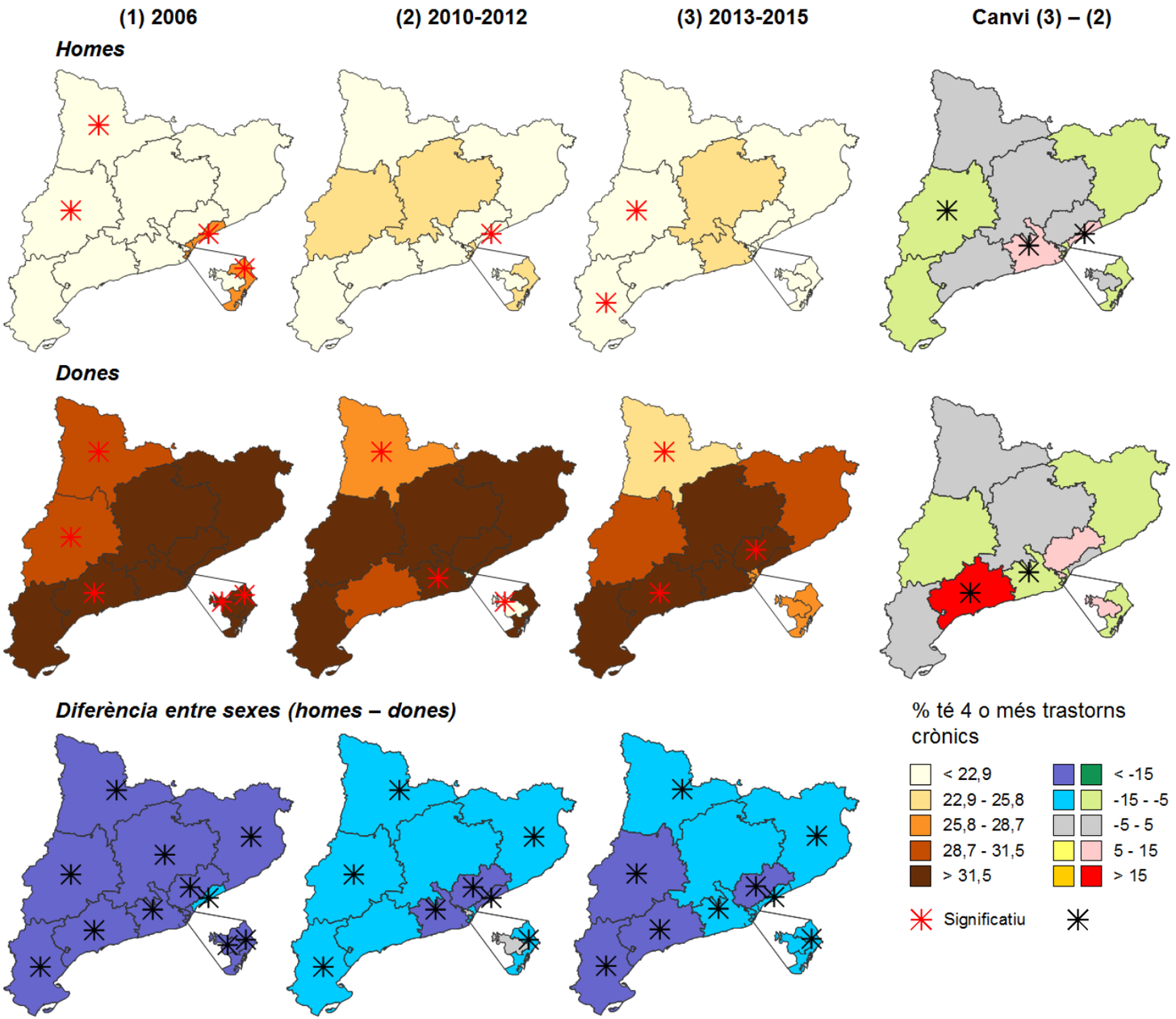
Figura 136. Proporció de població amb 4 o més trastorns crònics per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

La proporció de població de 50 i més anys amb 4 o més trastorns crònics és elevada i més alta entre les dones que en els homes. Es registra una evolució temporal a l'alça des del 2002 al 2010-12, seguida d'una disminució en el darrer període (a 2013-15, la incidència per les dones era del 65% i 51%, pels homes). Ara bé, si analitzem les proporcions segons grups d'edats s'observen importants diferències. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència és força baixa entre els homes mentre que entre les dones presenta incidències ja superiors al 50%. Al grup d'edat 65-74 la incidència de tenir 4 o més trastorns crònics augmenta entre les dones però sobretot ho fa entre els homes, fet que escurça les diferències existents entre sexes. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència continua augmentant fins al punt que les diferències entre homes i dones pràcticament desapareixen al període 2013-15, després d'un fort increment entre els homes entre l'any 2002 i el període 2010-12.

Figura 137. Proporció de població amb 4 o més trastorns crònics. Regions sanitàries.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA.

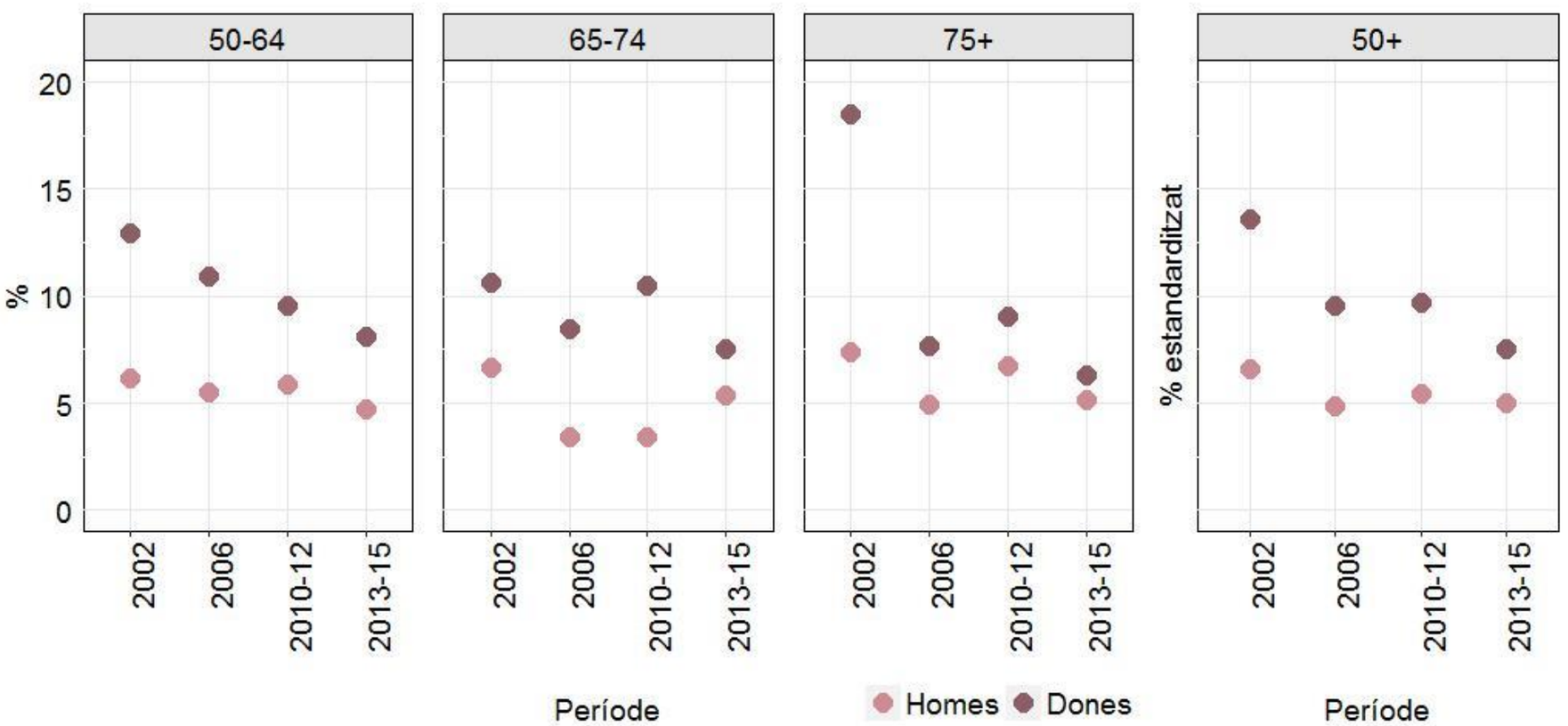
La proporció de població que té 4 o més trastorns crònics varia poc entre regions sanitàries i moments temporals.

Entre els homes, la incidència és baixa però va pujar significament entre 2010-12 i 2013-15 a la Corona Oest i Barcelona Ciutat – menys renta.

Pel que fa a les dones, la incidència és molt superior i s'ha mantingut estable en el territori al llarg del període d'estudi. Destaquen els valors de la Catalunya Central, al sud de Catalunya i a les corones metropolitanes.

Es concentra en el que fa (GHQ12)

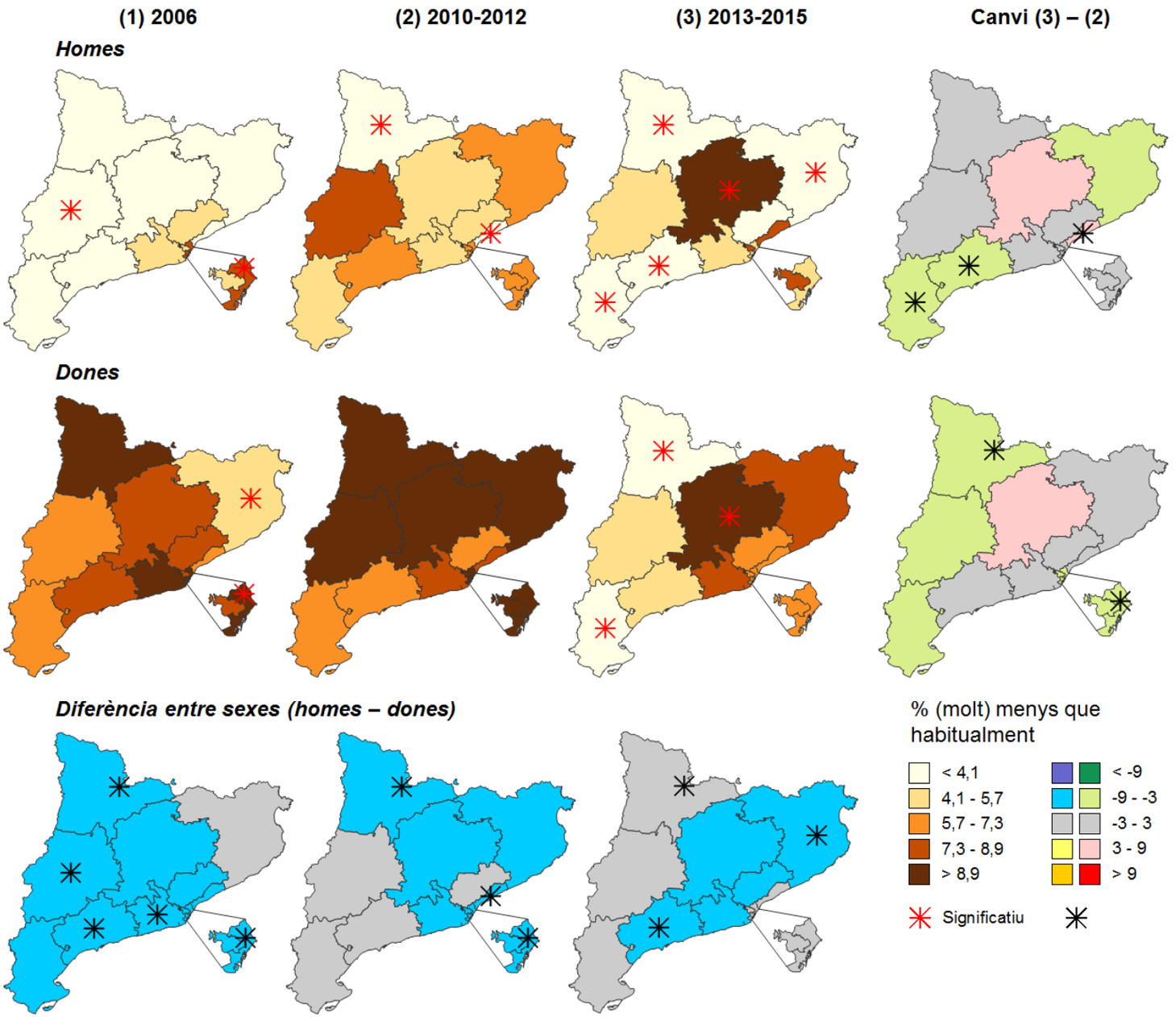
Figura 138. Proporció de població que s'ha pogut concentrar (molt) menys que habitualment* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "S'ha pogut concentrar bé en el que feia?"

La proporció de població de 50 i més anys que s'ha pogut concentrar molt menys que habitualment és baixa entre el conjunt de la població i és sempre superior en les dones, tot i que mostren una evolució temporal a la baixa apropant-se als valors dels homes (a 2013-15 un 8% de les dones s'ha pogut concentrar (molt) menys que habitualment davant un 5% en el cas dels homes). Ara bé, si analitzem les proporcions segons grups d'edats observem que al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència és molt semblant a la del conjunt de la població. Al grup d'edat 65-74 la incidència de poder concentrar-se menys que habitualment presenta, entre les dones, generalment proporcions més baixes que a l'anterior grup d'edat, a excepció del període 2010-12. Per últim, al grup de 75 i més anys la incidència és semblant a la resta d'edats, sobretot entre els homes, però hi destaca la pràctica desaparició de diferències entre homes i dones, és a dir, es produeix una homogeneïtzació de la incidència de la menor concentració entre sexes.

Figura 139. Proporció de població que s'ha pogut concentrar (molt) menys que habitualment*. Regions sanitàries.



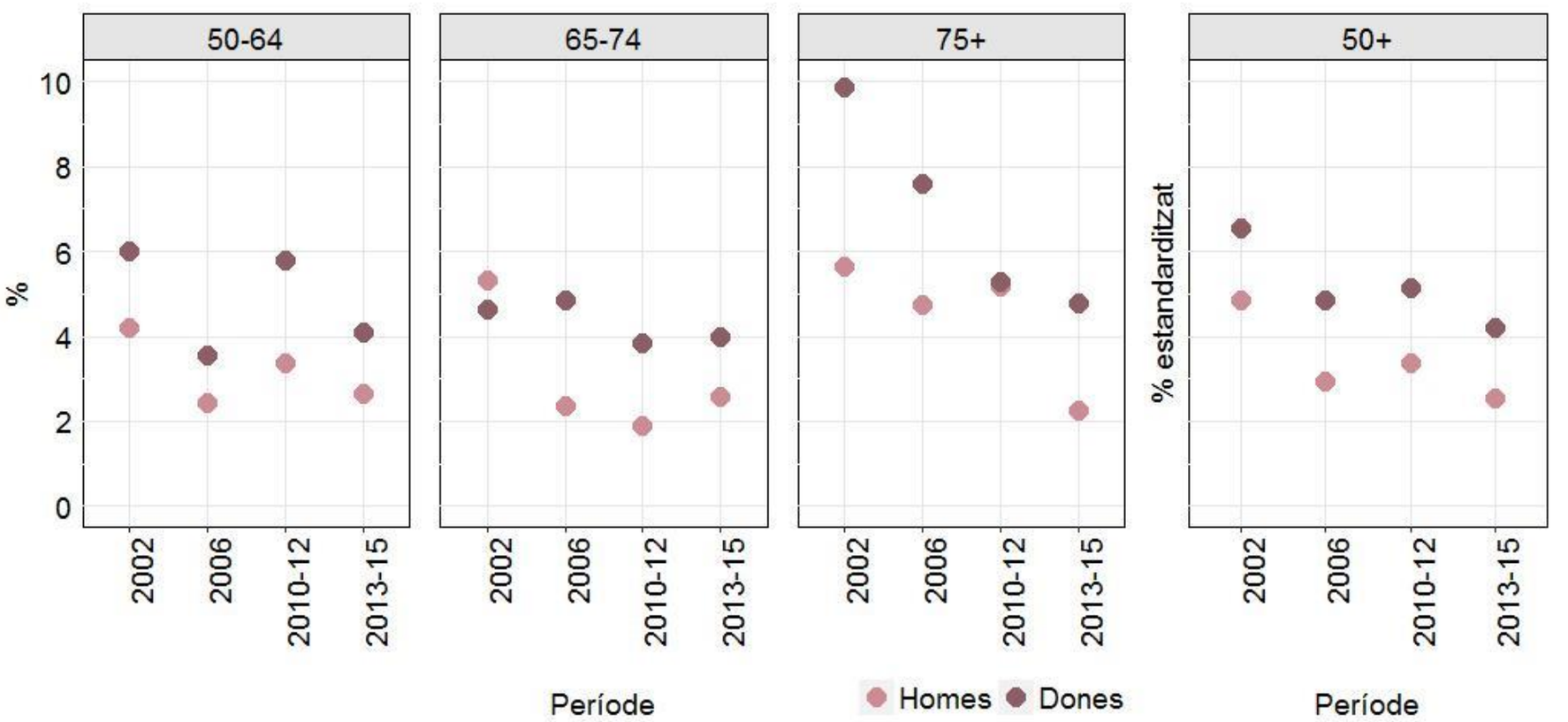
La proporció de població que es concentra molt menys que habitualment, presenta importants diferències segons les regions sanitàries, el moment temporal i el sexe.

En el cas dels homes, la incidència és baixa, a excepció de la regió de Catalunya Central, la Corona Est i Barcelona Ciutat – més renda. Pel que fa a les dones, la incidència és superior, tot i que disminueix al llarg del període d'estudi. Malgrat aquest descens, es manté més elevada a la Catalunya Central, a Girona i la Corona Oest).

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "S'ha pogut concentrar bé en el que feia?"

Sentiment d'un paper útil a la vida (GHQ12)

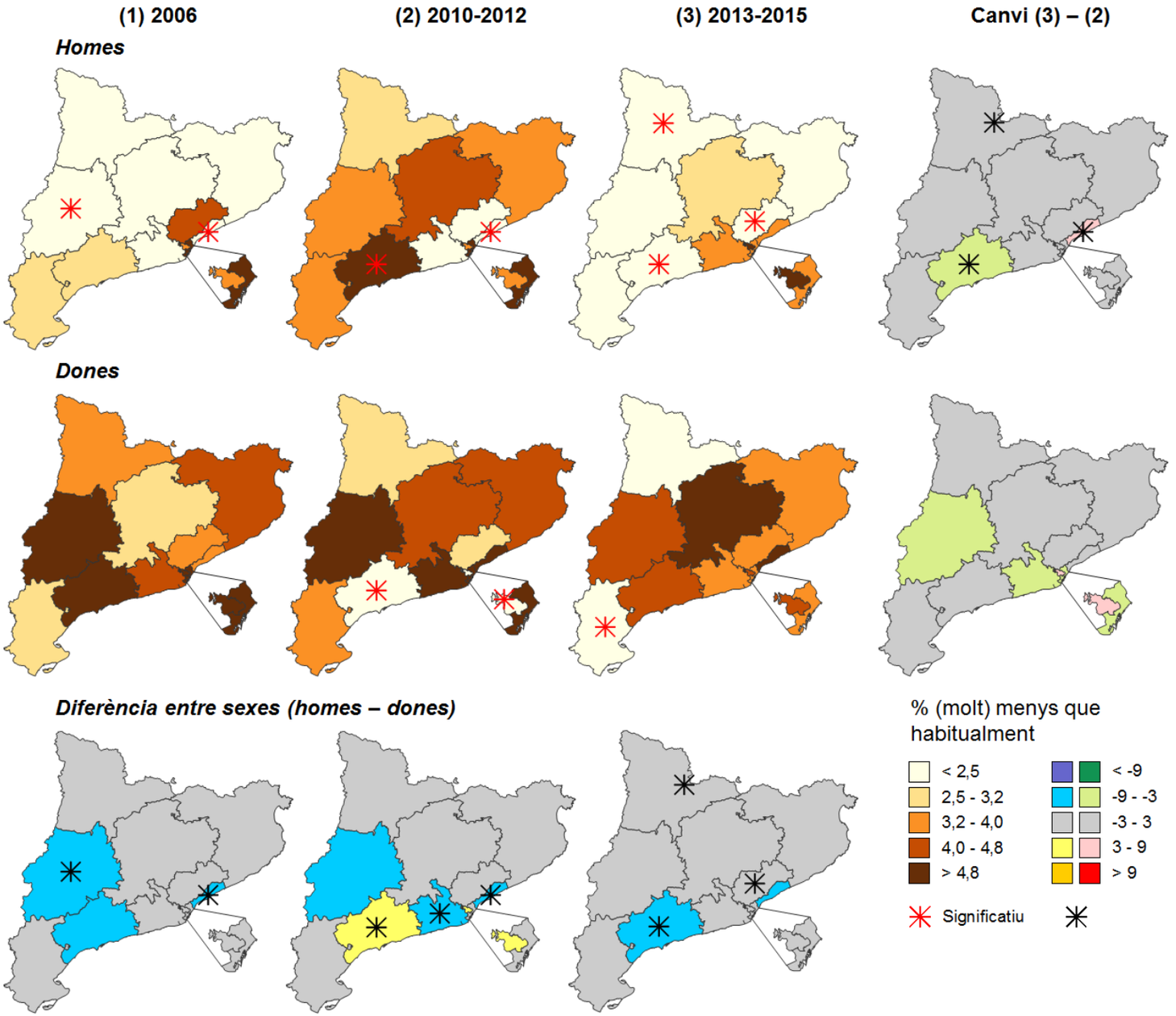
Figura 140. Proporció de població que ha sentit tenir un paper útil a la vida (molt) menys que habitualment*, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha sentit que té un paper útil a la vida?"

Al gràfic a la dreta s'observa que la proporció de població de 50 i més anys que ha sentit tenir un paper útil a la vida molt menys que habitualment és baixa entre el conjunt de la població però lleugerament superior entre les dones (a 2013-15 un 4% davant 2% en el cas dels homes), i ha presentat una evolució temporal a la baixa, malgrat l'augment experimentat a 2010-12. Si analitzem les proporcions segons els grups d'edat, les majors diferències es concentren en el darrer grup. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) i els majors joves (65-74 anys) la incidència d'aquest problema és molt baixa, lleugerament superior per a les dones i amb una evolució temporal amb alts i baixos que indica la dificultat de mesurar aquesta variable. Les incidències, en el grup de més edat (75 i més) presenten nivells més elevats, sobretot entre les dones, però amb una tendència al llarg del període d'estudi cap a la baixa, situant-se a nivells semblants a les altres edats.

Figura 141. Proporció de població que ha sentit tenir un paper útil a la vida (molt) menys que habitualment* Regions sanitàries.



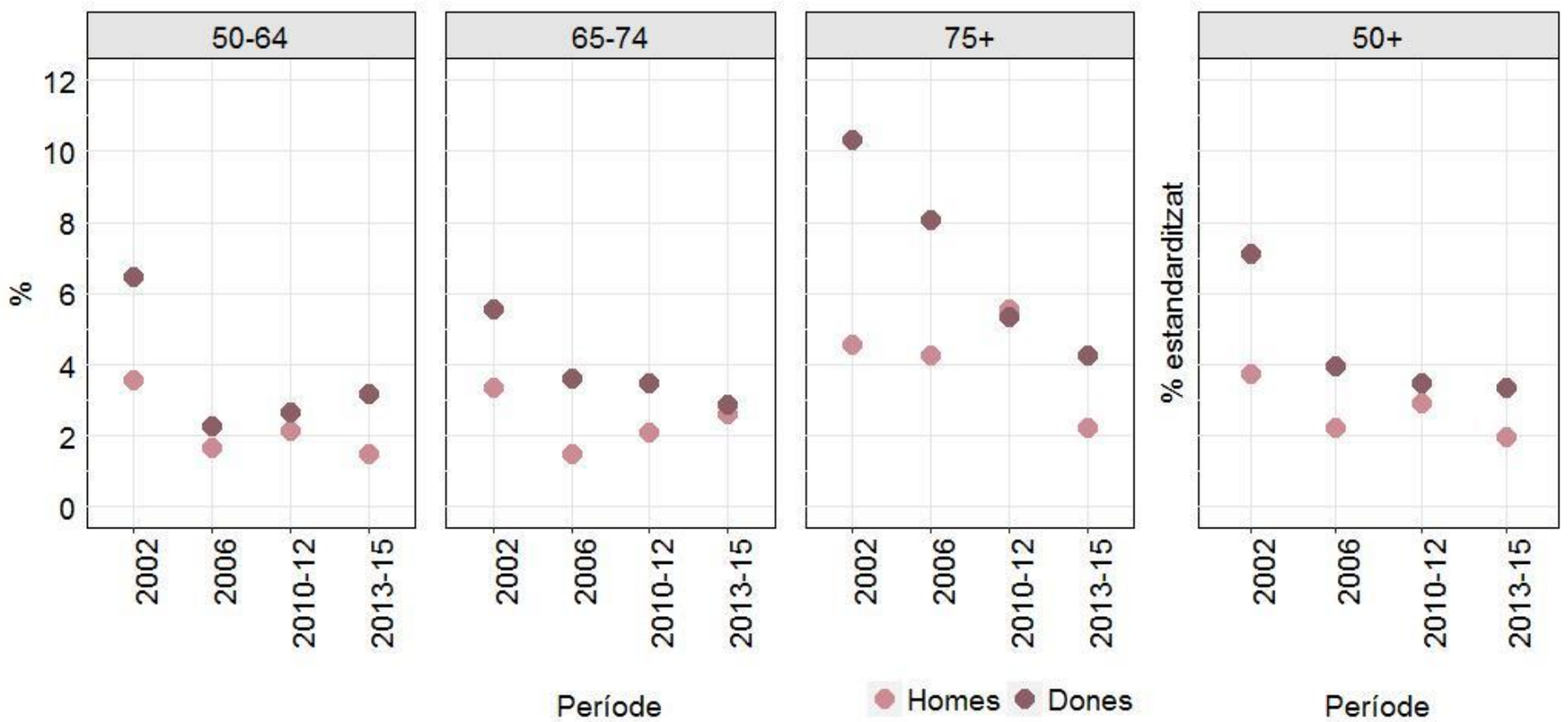
La proporció de sentir tenir un paper útil a la vida molt menys que habitualment presenta importants diferències segons regions sanitàries, moment temporal i sexe.

En el cas dels homes, la incidència és major pel període 2010-2012 mentre que al període 2013-15 disminueix, tot i que es manté més elevada a Barcelona Ciutat – més renda, Corona Est i Oest. Pel que fa a les dones, la incidència és superior, tot i que també ha disminuït a l'últim període. Destaquen amb una major incidència la Catalunya Central i la Corona Est.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha sentit que té un paper útil a la vida?"

Sentir-se capaç de prendre decisions (GHQ12)

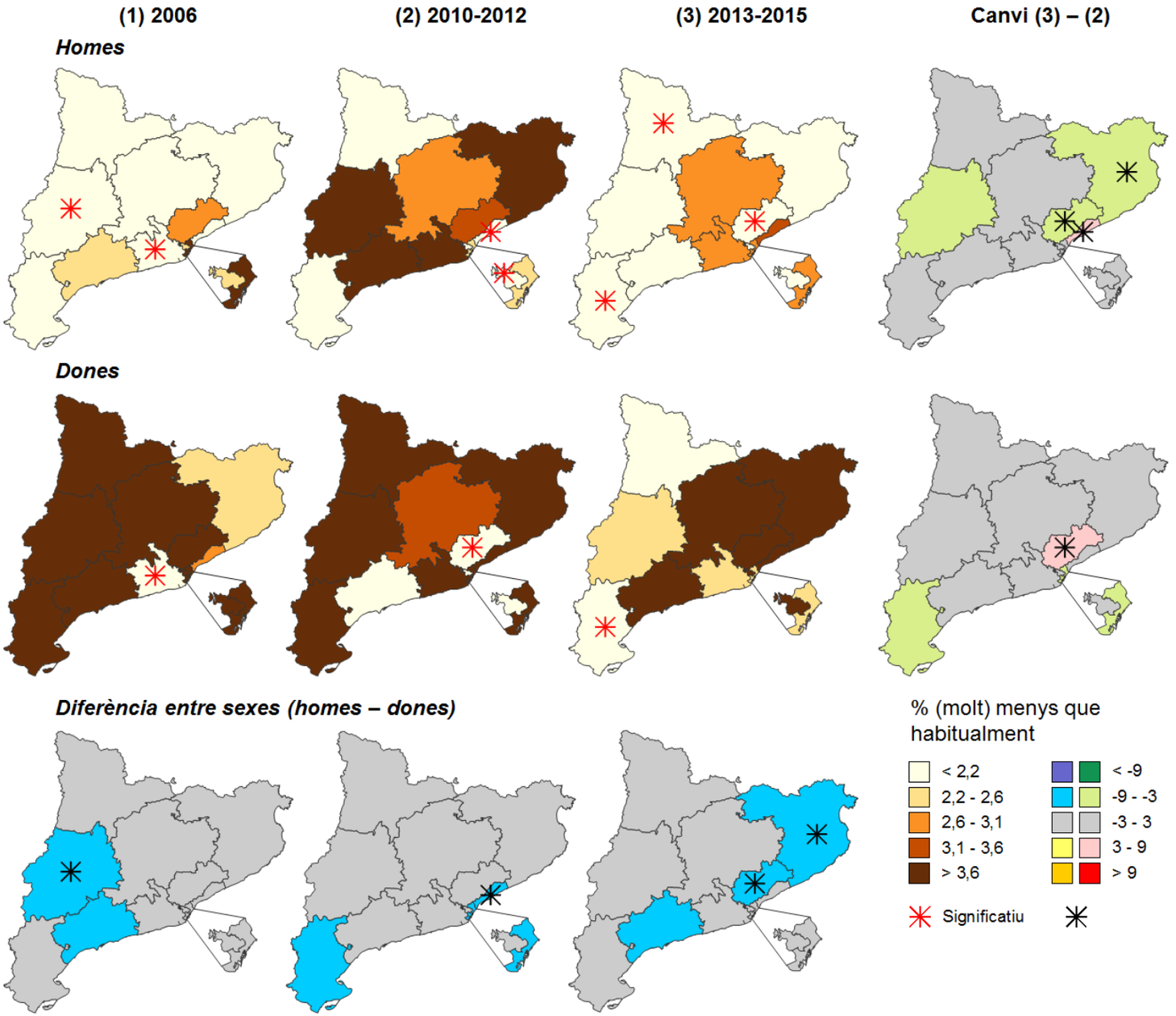
Figura 142. Proporció de població que s'ha sentit capaç de prendre decisions (molt) menys que habitualment*, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "S'ha sentit capaç de prendre decisions?"

La proporció de població de 50 i més anys que s'ha sentit capaç de prendre decisions molt menys que habitualment és molt baixa (per sota del 4% a partir de 2006) entre el conjunt de la població, i lleugerament superior per les dones. L'evolució temporal és a la baixa, alhora que es redueixen les diferències entre sexes. Ara bé, al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència d'aquest problema és lleugerament més elevada entre les dones l'any 2002, però a partir de 2006 els nivells s'han reduït en ambdós sexes. Al grup d'edat 65-74 la incidència també ha disminuït entre les dones però ha augmentat lleugerament entre els homes, convergint els valors dels dos sexes. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència entre les dones ha disminuït de manera considerable, mentre que el descens entre els homes ha estat menor i menys continu, apropant-se la incidència entre sexes.

Figura 143. Proporció de població que s'ha sentit capaç de prendre decisions (molt) menys que habitualment*. Regions sanitàries.



La proporció de població que s'ha sentit menys capacitada a l'hora de prendre decisions presenta importants diferències segons les regions sanitàries, el moment temporal i el sexe.

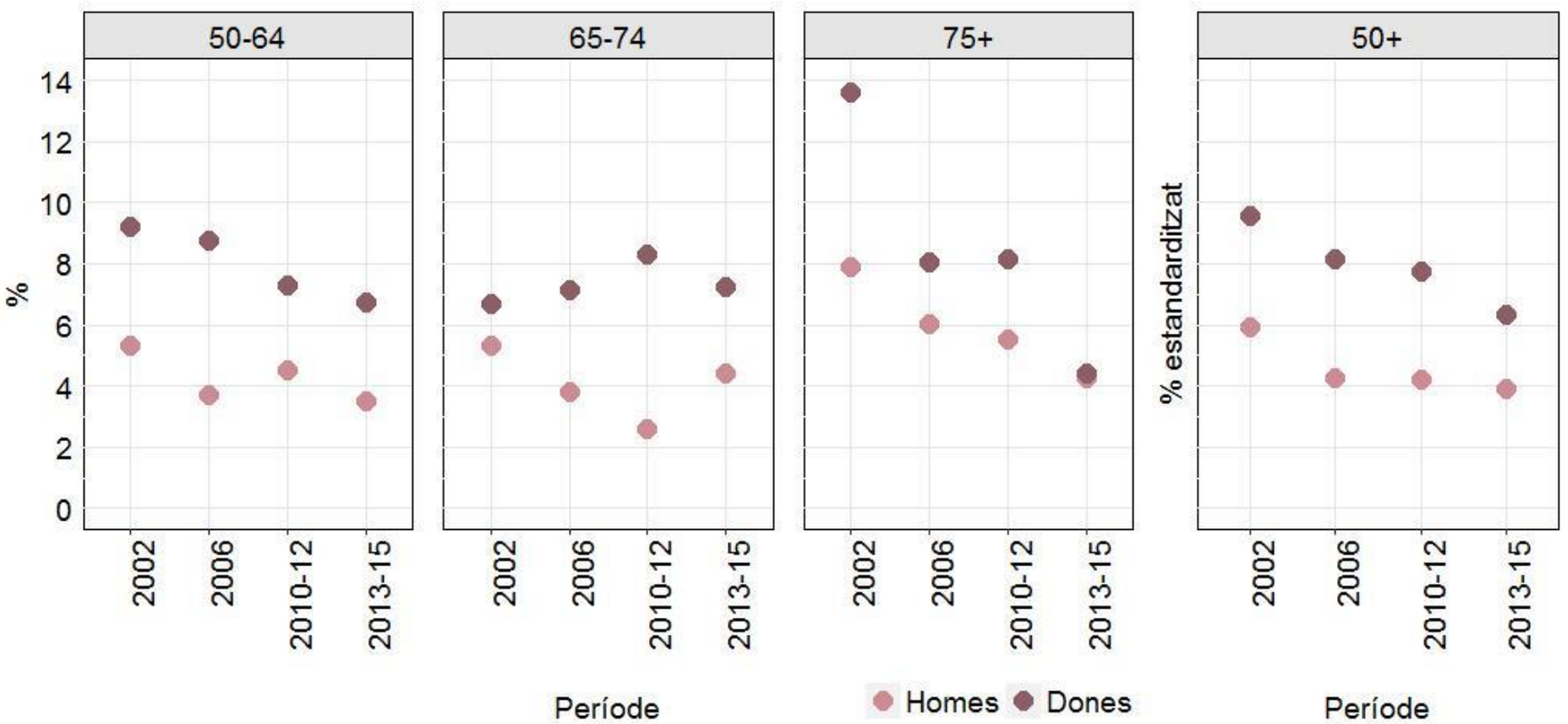
En el cas dels homes, s'ha produït una disminució de la incidència a l'últim període, tot i que es manté més elevada a la Corona Est i Oest, la Catalunya Central i Barcelona Ciutat – menys renda.

Entre les dones, els nivells són més elevats i tot i la seva reducció a l'últim període es mantenen més elevats al quadrant nord-est, al Camp de Tarragona i a Barcelona Ciutat – més renda.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "S'ha sentit capaç de prendre decisions?"

Capacitat de gaudir de les activitats (GHQ12)

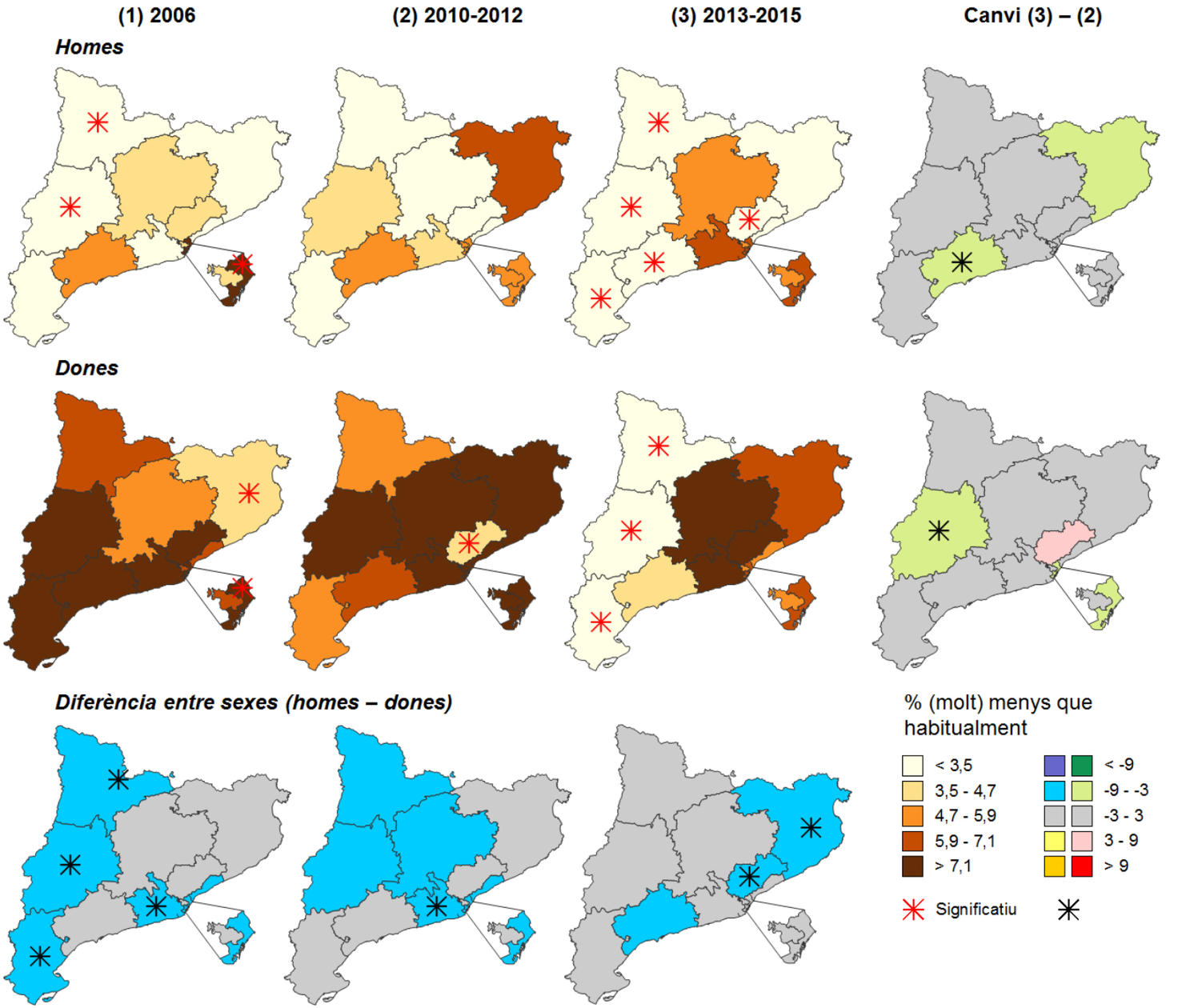
Figura 144. Proporció de població capaç de gaudir de les seves activitats (molt) menys que habitualment*, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?"

En aquest gràfic s'observa que la proporció de població de 50 i més anys que ha estat capaç de gaudir de les seves activitats molt menys que habitualment és baixa entre el conjunt de la població i superior entre les dones (a 2013-15 6% davant d'un 4%). A més, l'evolució temporal és a la baixa. Si analitzem les proporcions segons els grups d'edat la incidència de poder gaudir (molt) menys que habitualment de les activitats és molt baixa entre els de 50-64 anys, lleugerament superior per a les dones i amb una evolució temporal descendent. Al grup d'edat 65-74 la incidència fins i tot s'incrementa lleugerament entre les dones, mentre que pels homes la proporció és descendent fins 2010-12, on s'assoleixen nivells molt baixos, per tornar a augmentar a 2013-15. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència presenta nivells més elevats però la tendència és cap a una convergència dels nivells d'ambdós sexes en valors similars a la resta d'edats.

Figura 145. Proporció de població que ha estat capaç de gaudir de les seves activitats (molt) menys que habitualment*. Regions sanitàries.



La proporció de població que pensa que ha estat menys capacitada de gaudir de les seves activitats presenta importants diferències entre sexes que es redueixen amb el pas dels anys.

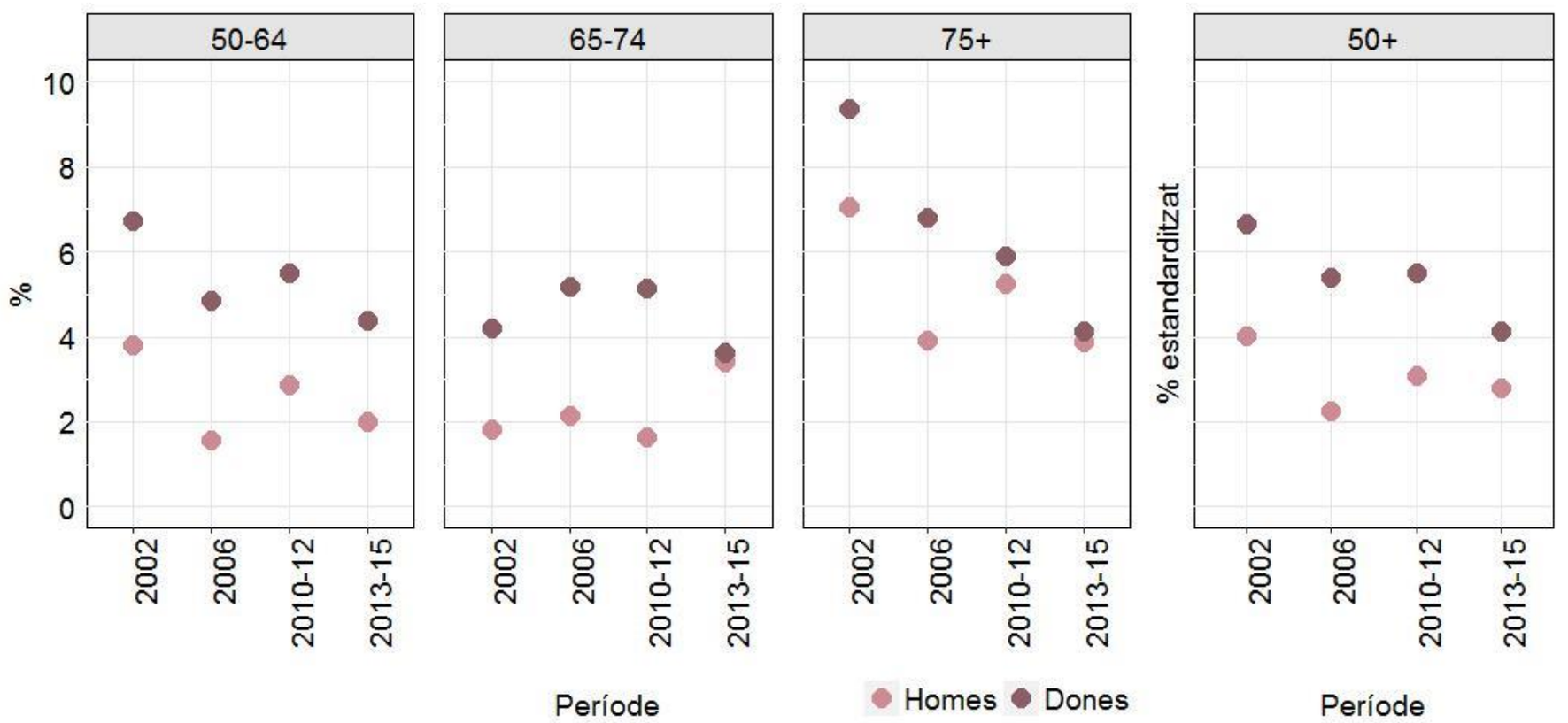
En el cas dels homes, la incidència s'ha mantingut estable al llarg del període i al 2013-15 destaquen els nivells de la Catalunya Central, la Corona Oest i Barcelona Ciutat.

Pel que fa a les dones, la incidència s'ha reduït a les regions de ponent però destaquen els nivells de la Catalunya Central, i les Corones Nord i Oest.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?"

Capacitat de fer front als problemes (GHQ12)

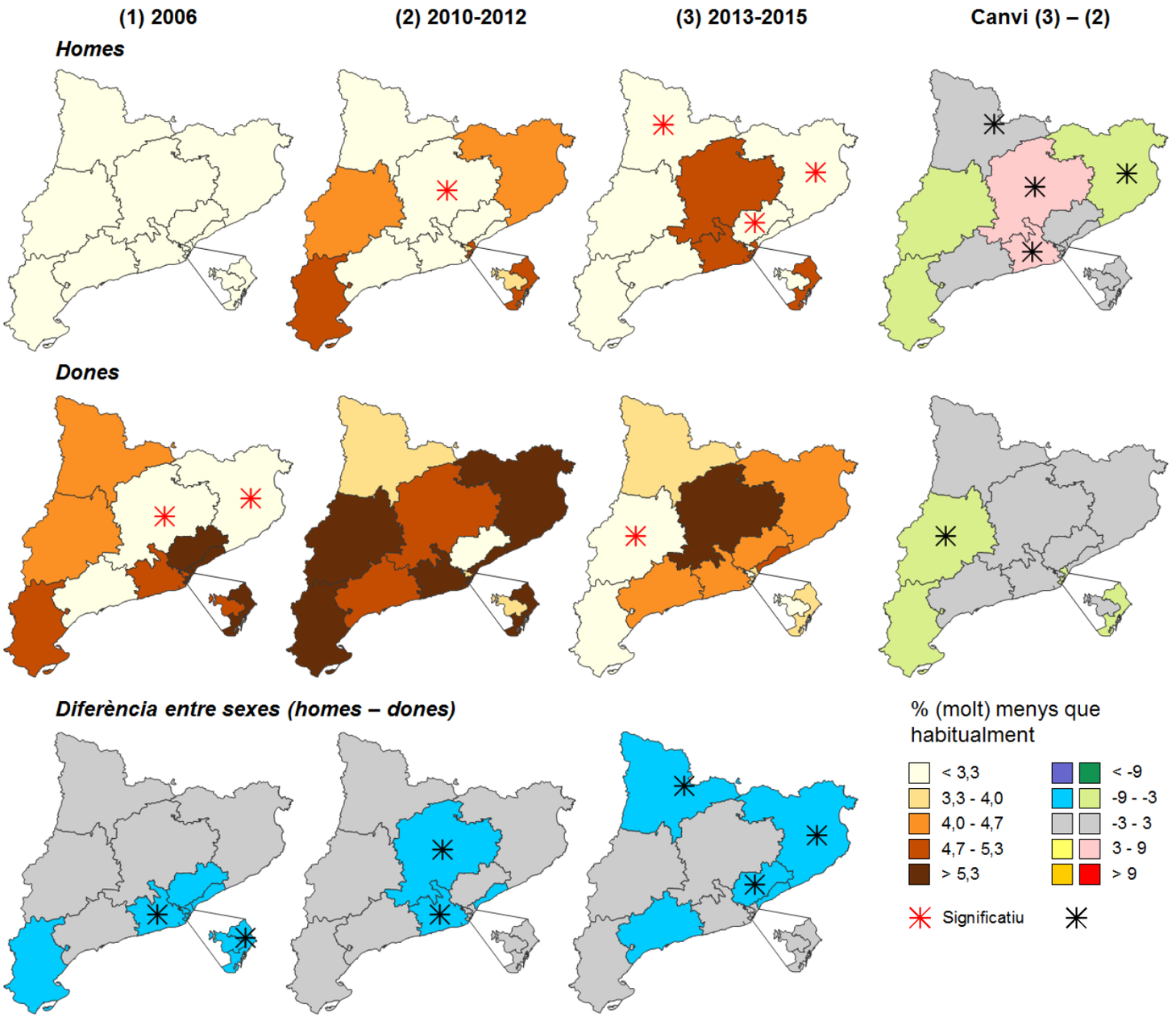
Figura 146. Proporció de població capaç de fer front als seus problemes (molt) menys que habitualment* sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha estat capaç de fer front als seus problemes?"

El gràfic del total de població de 50 i més anys mostra que la proporció de la població que ha estat capaç de fer front als seus problemes (molt) menys que habitualment és molt baixa, lleugerament superior entre les dones, i amb una evolució temporal descendent (a excepció del període 2010-12) que provoca, al mateix temps, la reducció de les diferències entre sexes. Ara bé, si analitzem les proporcions segons els grups d'edat observem algunes diferències. Entre els més joves (50-64 anys) la incidència és lleugerament més elevada entre les dones i presenta una tendència temporal similar al total. Al grup d'edat 65-74 la incidència s'ha mantingut més estable en ambdós sexes però a l'últim període ha augmentat pels homes, igualant els seus valors amb els de les dones. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència en ambdós sexes és més elevada però la tendència temporal ha estat marcadament descendent, alhora que es redueixen les diferències entre homes i dones.

Figura 147. Proporció de població que ha estat capaç de fer front als seus problemes (molt) menys que habitualment*. Regions sanitàries.



La proporció de població que té una menor capacitat de fer front als seus problemes que habitualment mostra un lleuger creixement de les diferències al llarg del temps.

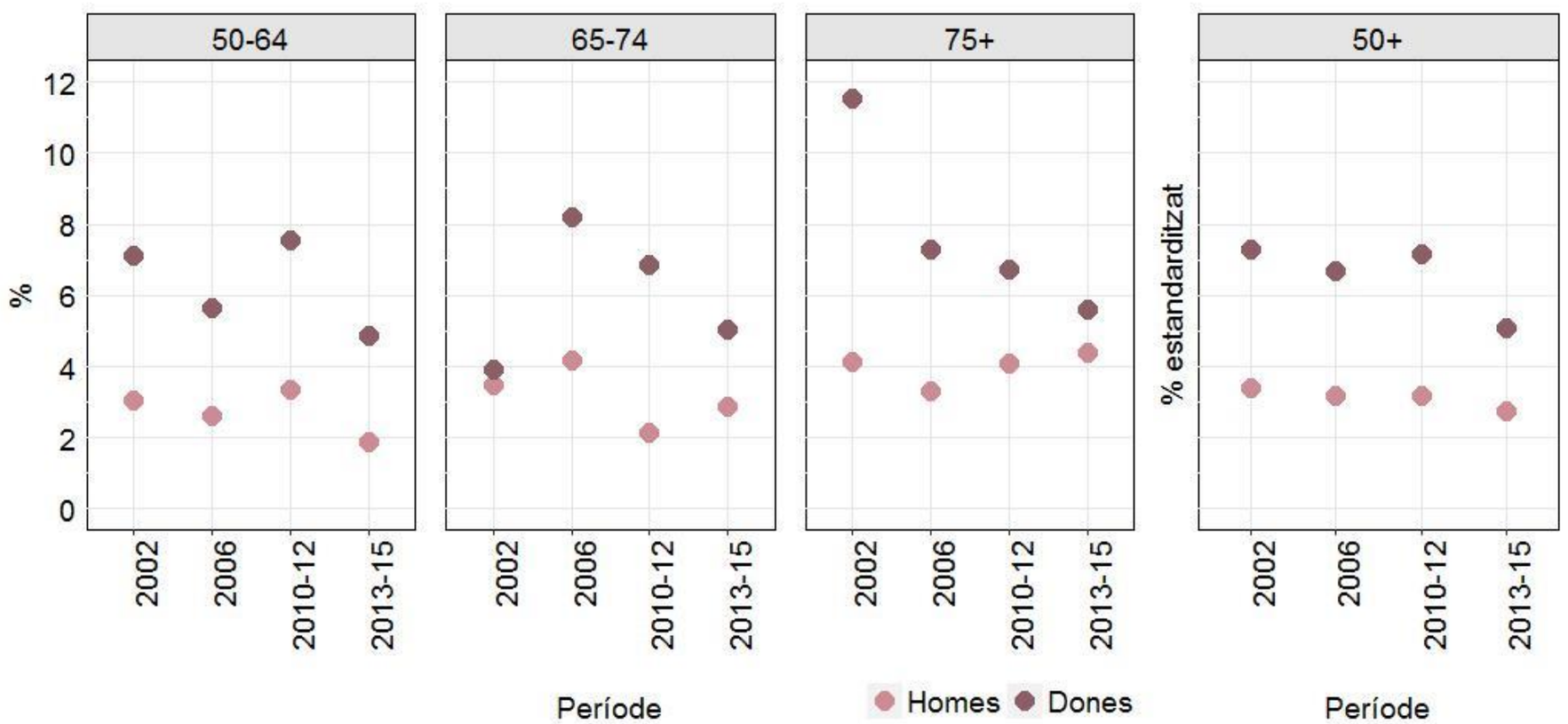
En el cas dels homes, la incidència augmenta en relació a 2006 i a 2013-15 és més elevada a la Catalunya Central, la Corona Oest i Barcelona Ciutat – menys renda.

Pel que fa a les dones, la incidència s'ha reduït força a Lleida, però es manté elevada a la Catalunya Central.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha estat capaç de fer front als seus problemes?"

Sentir-se raonablement feliç (GHQ12)

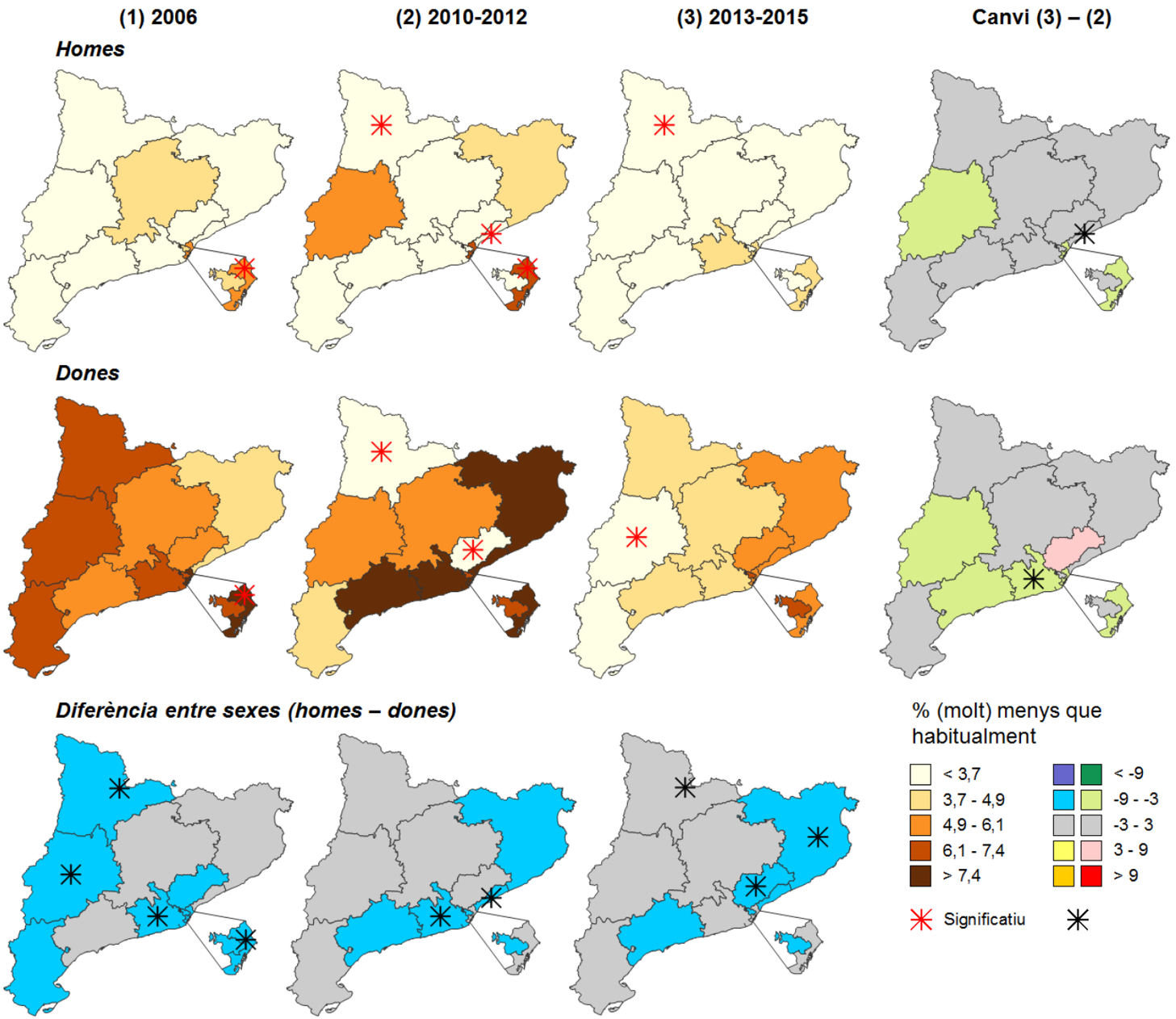
Figura 148. Proporció de població que se sent raonablement feliç (molt) menys que habitualment*, per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Se sent raonablement feliç?"

En el gràfic podem observar que la proporció de població de 50 i més anys que se sent raonablement feliç molt menys que habitualment és molt baixa i lleugerament superior entre les dones (a 2013-15 5% davant d'un 3%). L'evolució temporal tendeix a la baixa, sobretot entre les dones, reduint-se a la meitat la distància envers els homes. Si analitzem les proporcions segons grups d'edat, entre els més joves (50-64 anys) la incidència tendeix a reduir-se, a excepció del període 2010-12, i és el grup d'edat on la distància entre sexes és major. Al grup d'edat 65-74 la incidència s'ha mantingut més estable entre els homes mentre que per les dones ha disminuït. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència en ambdós sexes és més elevada, però la tendència temporal ha estat a la baixa a les dones i lleugerament a l'alça entre els homes, fins al punt que a l'últim període han convergit els valors. En aquesta variable les diferències segons l'edat són reduïdes.

Figura 149. Proporció de població que se sent raonablement feliç (molt) menys que habitualment*. Regions sanitàries.



La proporció de sentir-se raonablement feliç molt menys que habitualment mostra una reducció de les diferències entre sexes i una tendència cap a l'homogeneïtzació territorial.

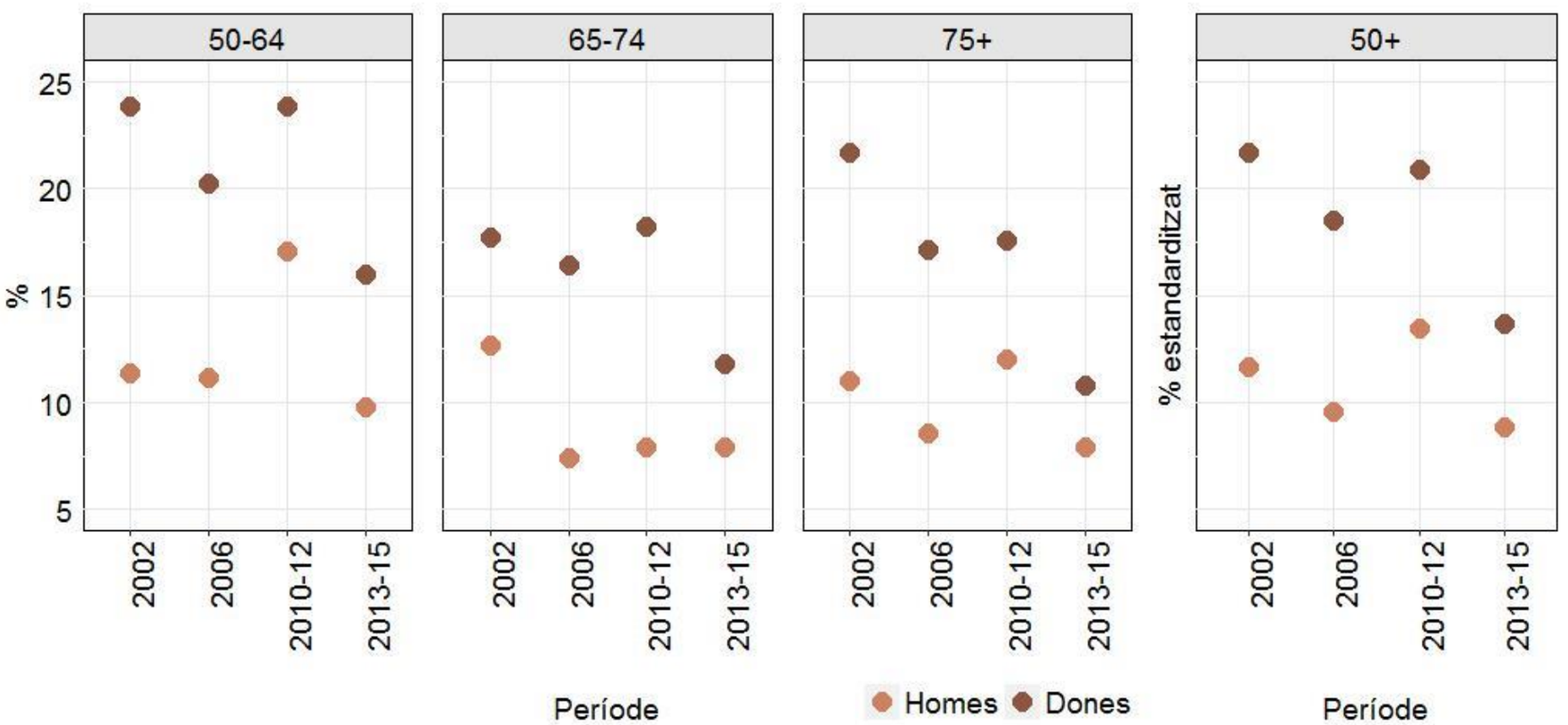
En el cas dels homes, la incidència s'ha mantingut estable amb nivells només elevats al període 2013-15 a la Corona Oest i a Barcelona Ciutat – menys renda.

Pel que fa a les dones, la incidència s'ha reduït considerablement durant l'últim període, però es manté més elevada a Barcelona Ciutat – més renda.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Se sent raonablement feliç?"

Les preocupacions l'han fet perdre molt la son (GHQ12)

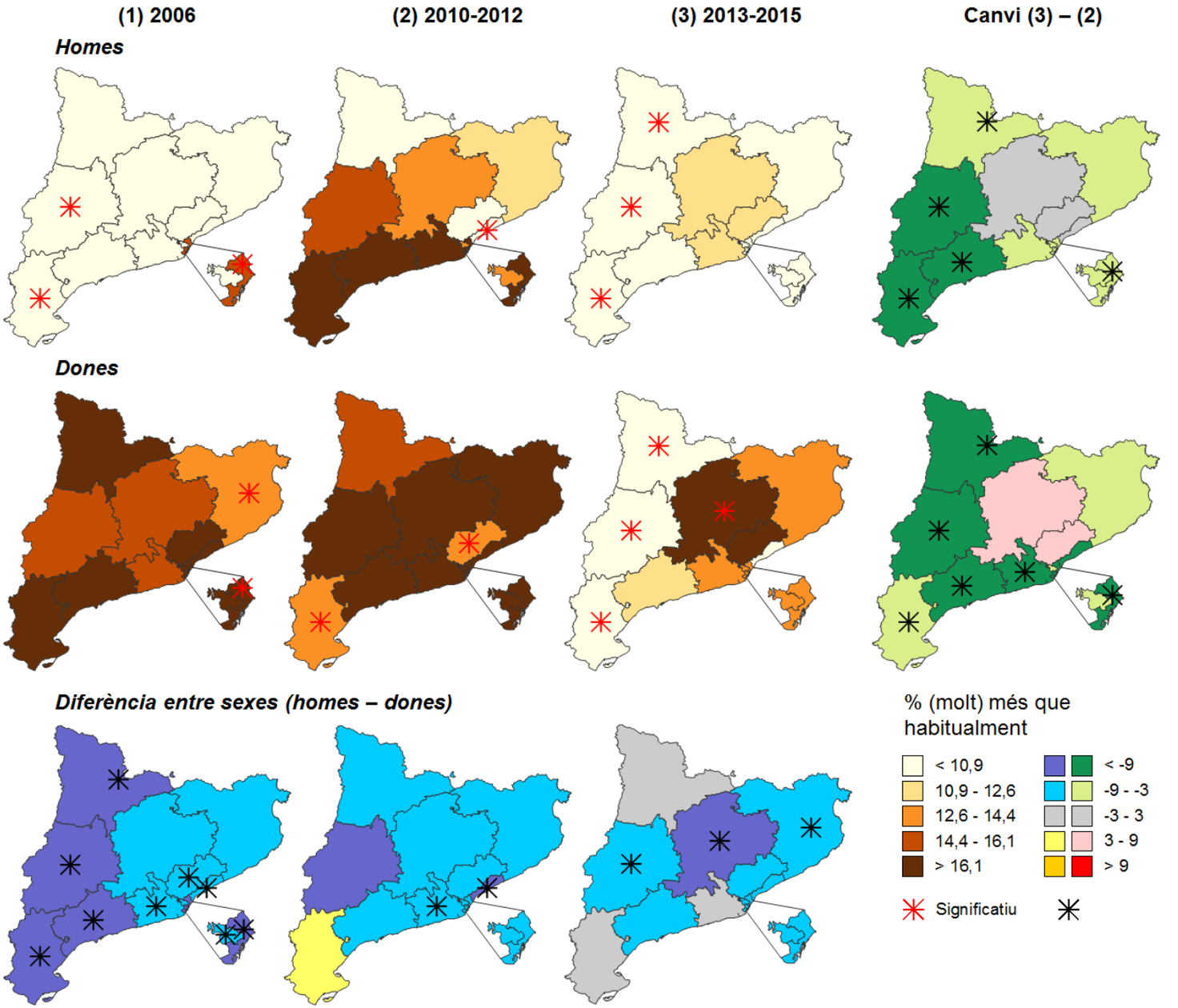
Figura 150. Proporció de població amb preocupacions que li han fet perdre molt la son (molt) més que habitualment*, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?"

Al gràfic de la dreta podem observar que la proporció de població de 50 i més anys a qui les preocupacions li han fet perdre molt la son molt més que habitualment és superior entre les dones (a 2013-15, la incidència en dones i homes era d'un 14% i un 9%, respectivament), amb una evolució temporal a la baixa amb l'excepció, altra vegada, del període 2010-12. La tendència d'un major descens entre les dones fa que s'igualin les proporcions segons els sexe. Per grups d'edat, al grup d'edat de 50-64 anys la incidència d'aquest problema és més elevada que en altres edats, sobretot entre les dones i presenta una tendència temporal descendent amb l'excepció del període inicial de la crisi. Al grup d'edat 65-74 la incidència s'ha mantingut més estable entre els homes i amb un descens més acusat entre les dones, que ha fet reduir molt les diferències entre ambdós sexes. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència en ambdós sexes s'ha reduït especialment entre les dones fins al punt que els nivells s'han aproximat als dels homes.

Figura 151. Proporció de població que les preocupacions li han fet perdre molt la son (molt) més que habitualment*. Regions sanitàries.



La proporció de població que les preocupacions li han fet perdre molt la son (molt) més que habitualment presenta importants diferències en el territori.

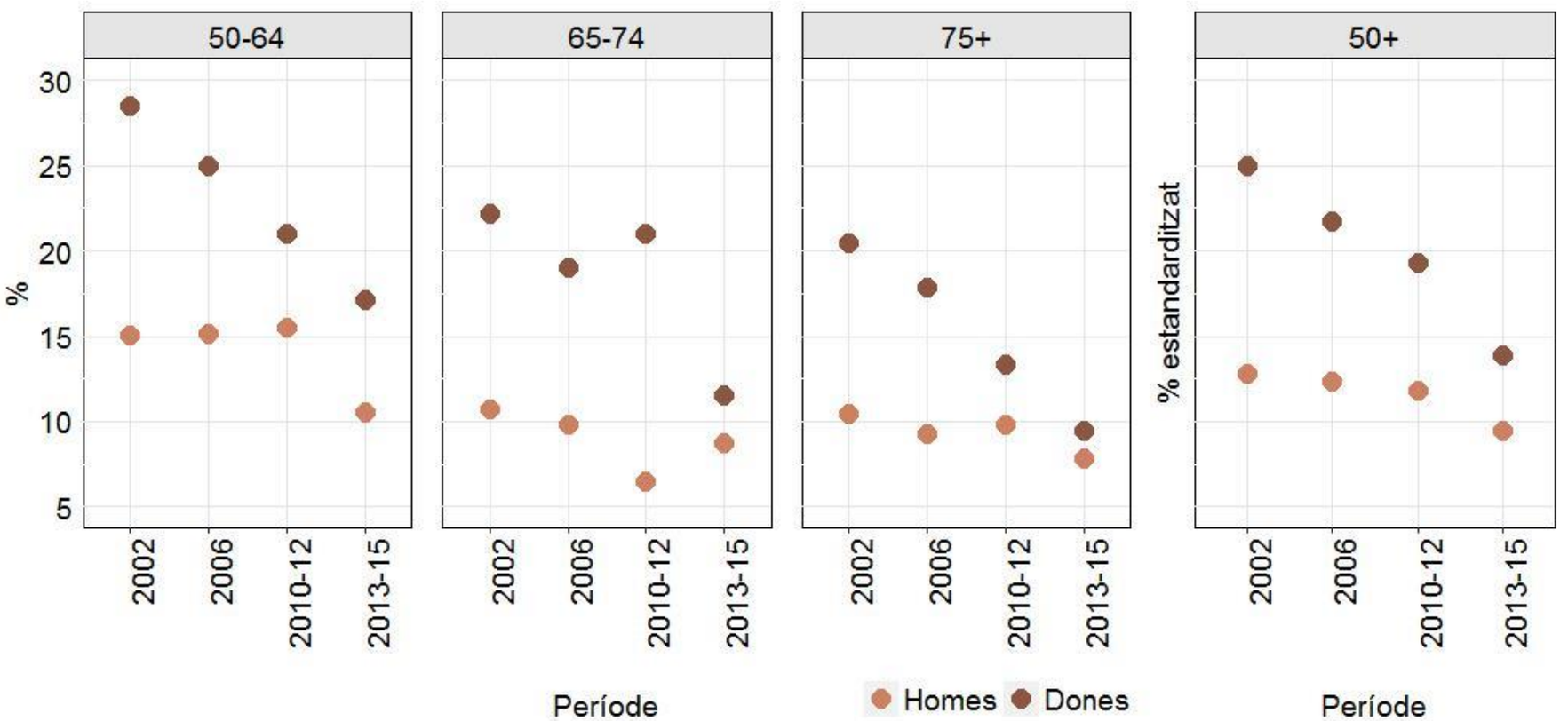
En el cas dels homes, la incidència creix molt en el primer període i es redueix més endavant, essent però encara més elevada a la Catalunya Central, la Corona Oest i la Nord.

Pel que fa a les dones, la tendència general és la mateixa, tot i que es mantenen nivells elevats a la Catalunya Central i la Corona Nord. Les diferències existents entre sexes són importants, tot i que es redueixen a 2013-15.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?"

Es nota constantment carregat/da i en tensió (GHQ12)

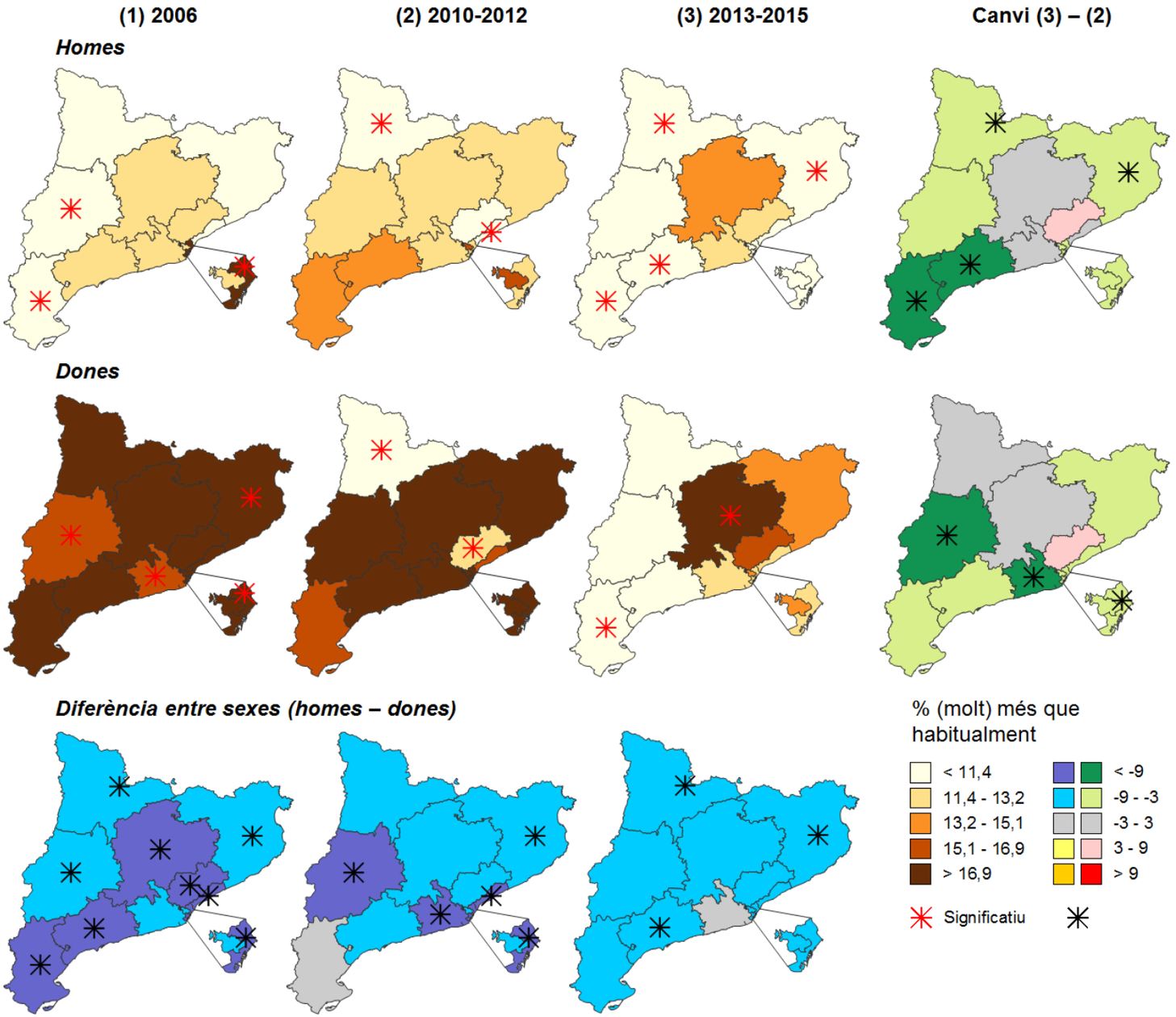
Figura 152. Proporció de població que es nota constantment carregat/da i en tensió (molt) més que habitualment*, sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?"

En el gràfic de la dreta podem observar que la proporció de població de 50 i més anys que es nota constantment carregat/da i en tensió (molt) més que habitualment és superior entre les dones (especialment a l'inici del període d'estudi) i que ha presentat una evolució temporal descendent des de 2002, descens molt més important entre les dones, provocant que les diferències entre sexes s'hagin reduït considerablement (a 2013-15 un 14% de les dones i un 9% dels homes van estar carregats i en tensió). Si analitzem les proporcions segons els grups d'edat observem diferències. La intensitat és més elevada entre els més joves (50-64 anys) i sobretot per les dones, les quals presenten una tendència temporal descendent més acusada. Al grup d'edat 65-74 la incidència s'ha mantingut més estable als homes mentre que a les dones ha disminuït considerablement a l'últim període. Per últim, al grup de més edat la incidència en ambdós sexes és més baixa que a la resta d'edats i la tendència temporal ha estat estable entre els homes i descendent entre les dones, convergint les incidències per sexe.

Figura 153. Proporció de població que s'ha notat constantment carregat/da i en tensió (molt) més que habitualment*. Regions sanitàries.



La proporció de població que s'ha notat constantment carregada i en tensió molt més que habitualment mostra fortes variacions territorials, per sexes i en el temps.

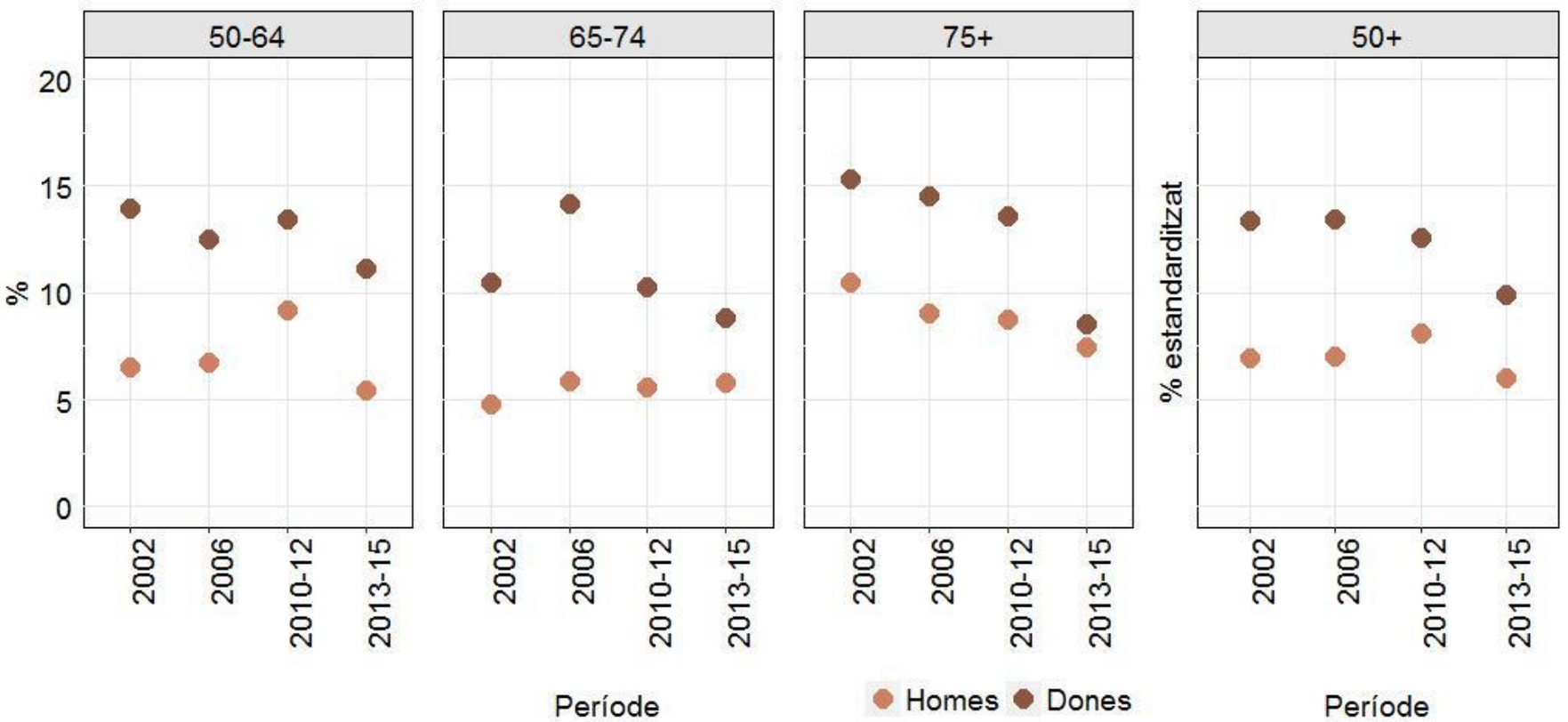
En el cas dels homes la incidència és força estable. Tot i això creix lleugerament a la Catalunya Central i baixa força a Barcelona Ciutat – menys renda.

Per les dones, la incidència és més elevada però es redueix al llarg del període, tot i així destaquen els nivells elevats a la Catalunya Central i a la Corona Nord. Les diferències entre sexes tendeixen a reduir-se.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?"

Sensació de no poder superar les seves dificultats (GHQ12)

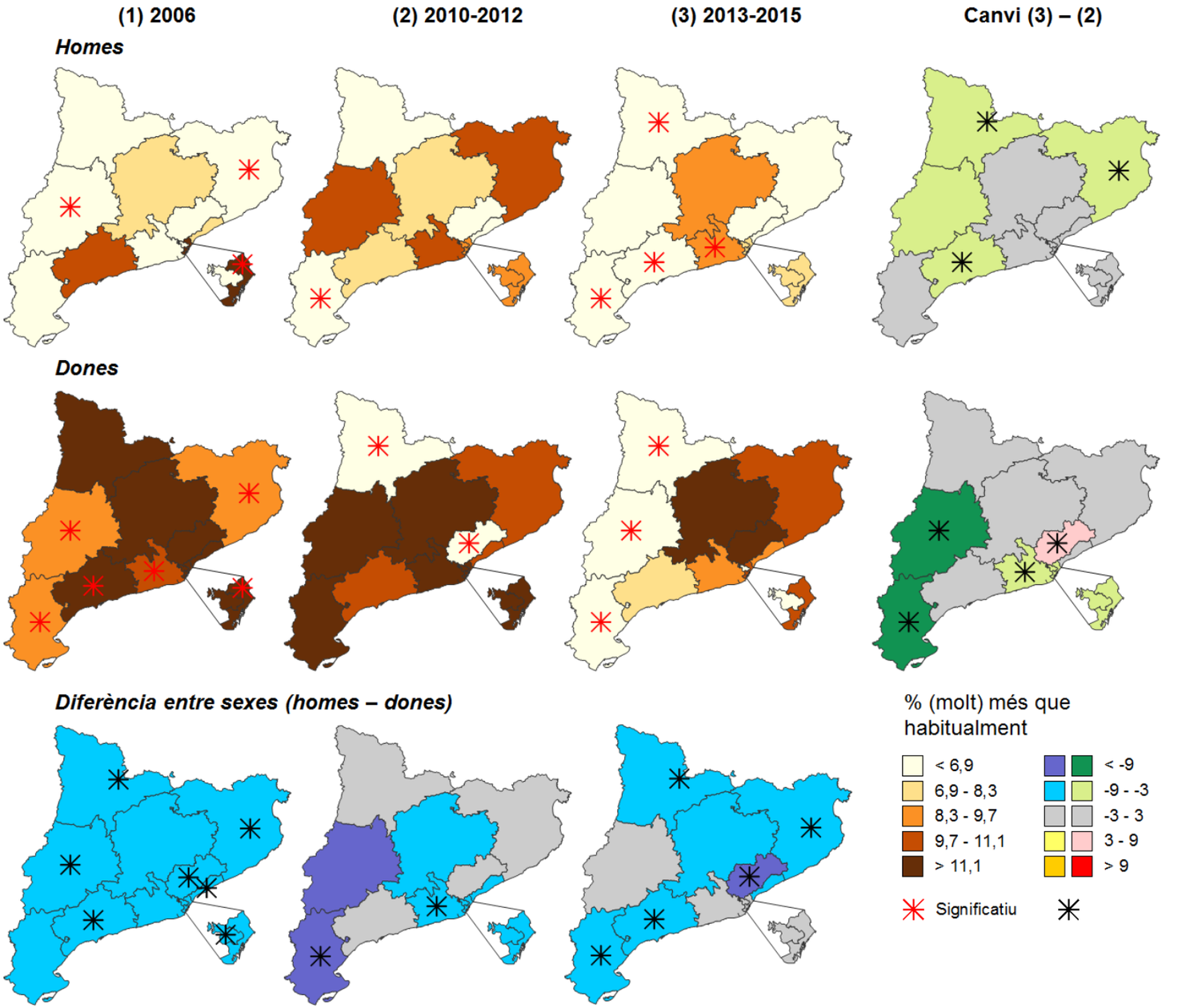
Figura 154. Proporció de població amb sensació de no poder superar les seves dificultats (molt) més que habitualment* sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha tingut la sensació que no pot superar dificultats?"

Observem que la proporció de població de 50 i més anys amb sensació de no poder superar les seves dificultats molt més que habitualment és baixa entre el conjunt de població, però superior entre les dones (10% davant 6% a 2013-15). L'evolució temporal presentada és a la baixa entre 2006 i 2013-15, i més acusada entre les dones. Analitzant les proporcions segons grups d'edats observem petites diferències. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència d'aquest problema és lleugerament superior per a les dones i presenta una evolució temporal descendent malgrat l'augment temporal de 2010-12. Al grup d'edat 65-74 la incidència creix lleugerament entre els homes mentre que entre les dones es coneix un descens acusat a partir de 2006. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència és major a ambdós sexes amb una disminució temporal que porta a una convergència dels nivells masculins i femenins al període 2013-15.

Figura 155. Proporció de població amb sensació de no poder superar les seves dificultats (molt) més que habitualment*. Regions sanitàries.



Des d'una perspectiva territorial, la proporció de població amb sensació de no poder superar les seves dificultats (molt) més que habitualment mostra diferències importants per regions sanitàries, entre sexes i en l'evolució en el temps.

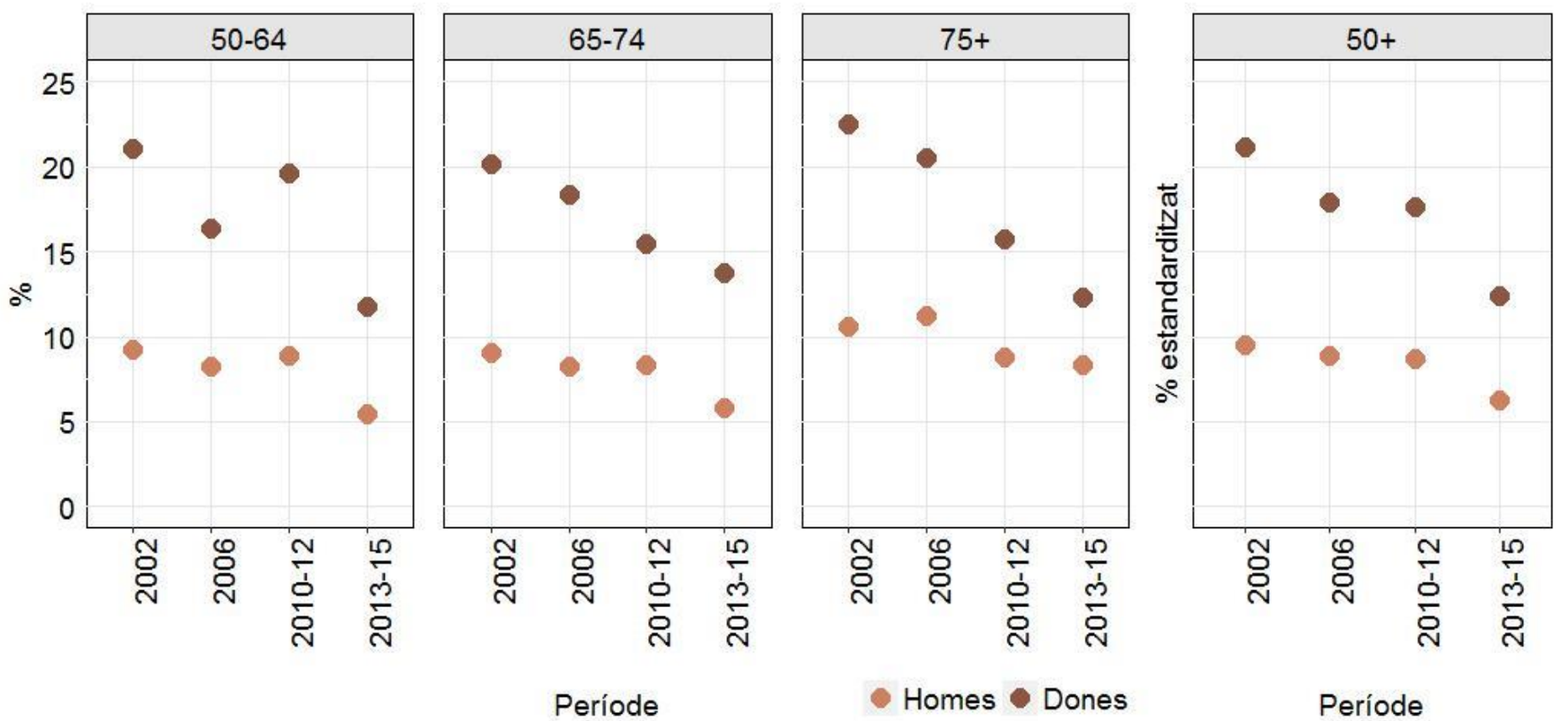
En el cas dels homes, la incidència s'ha mantingut baixa i estable, encara que sobresurten els nivells més elevats de la Catalunya Central i la Corona Oest al darrer període.

Per les dones, la incidència s'ha reduït considerablement durant el període d'estudi, excepte al quadrant nord-est en especial a la Catalunya Central i a la Corona Nord.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha tingut la sensació que no pot superar dificultats?"

Sentir-se poc feliç i deprimit/da (GHQ12)

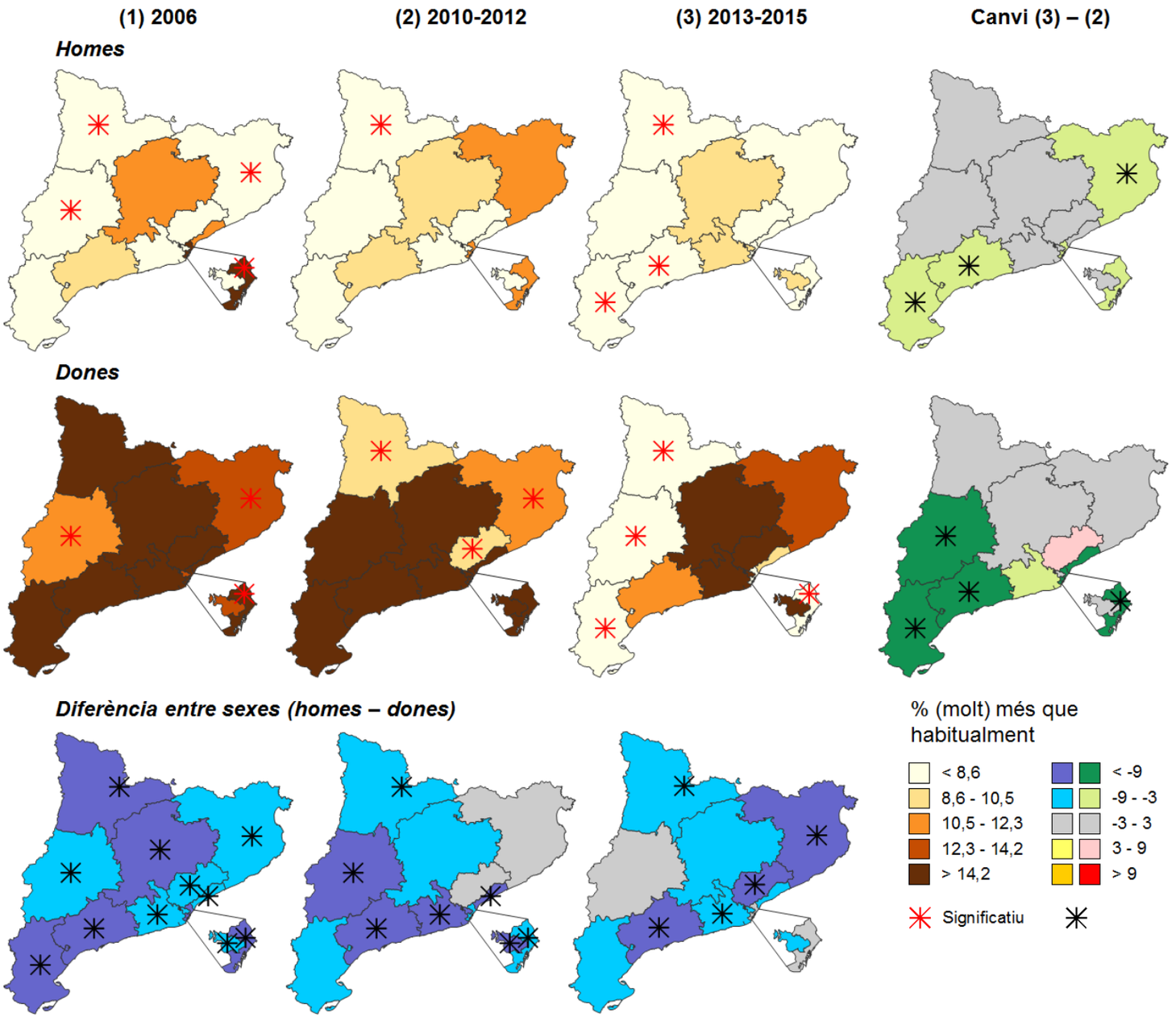
Figura 156. Proporció de població que s'ha sentit poc feliç i deprimit/da (molt) més que habitualment*, per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?"

La proporció de població de 50 i més anys que s'ha sentit poc feliç i deprimida (molt) més que habitualment és superior entre les dones (especialment a l'inici del període d'estudi) i ha presentat una evolució temporal a la baixa major entre les dones, fins a reduir-se les diferències entre sexes malgrat que en comparació a altres indicadors de salut mental segueix essent elevada. Si analitzem les proporcions segons grups d'edats, al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència d'aquest fet és més elevada entre les dones i presenta una tendència temporal decreixent, malgrat l'excepció de 2010-12. Al grup d'edat 65-74 la incidència s'ha mantingut més estable entre els homes mentre que per les dones ha disminuït considerablement. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència es manté estable entre la població masculina mentre que entre la femenina s'experimenta un descens acusat que la porta a presentar nivells durant el període 2013-15 semblants als dels homes.

Figura 157. Proporció de població que s'ha sentit poc feliç i deprimit/da (molt) més que habitualment*. Regions sanitàries.



La proporció de població que s'ha sentit poc feliç i deprimit (molt) més que habitualment presenta diferències importants segons el sexe, que s'atenuen en el temps.

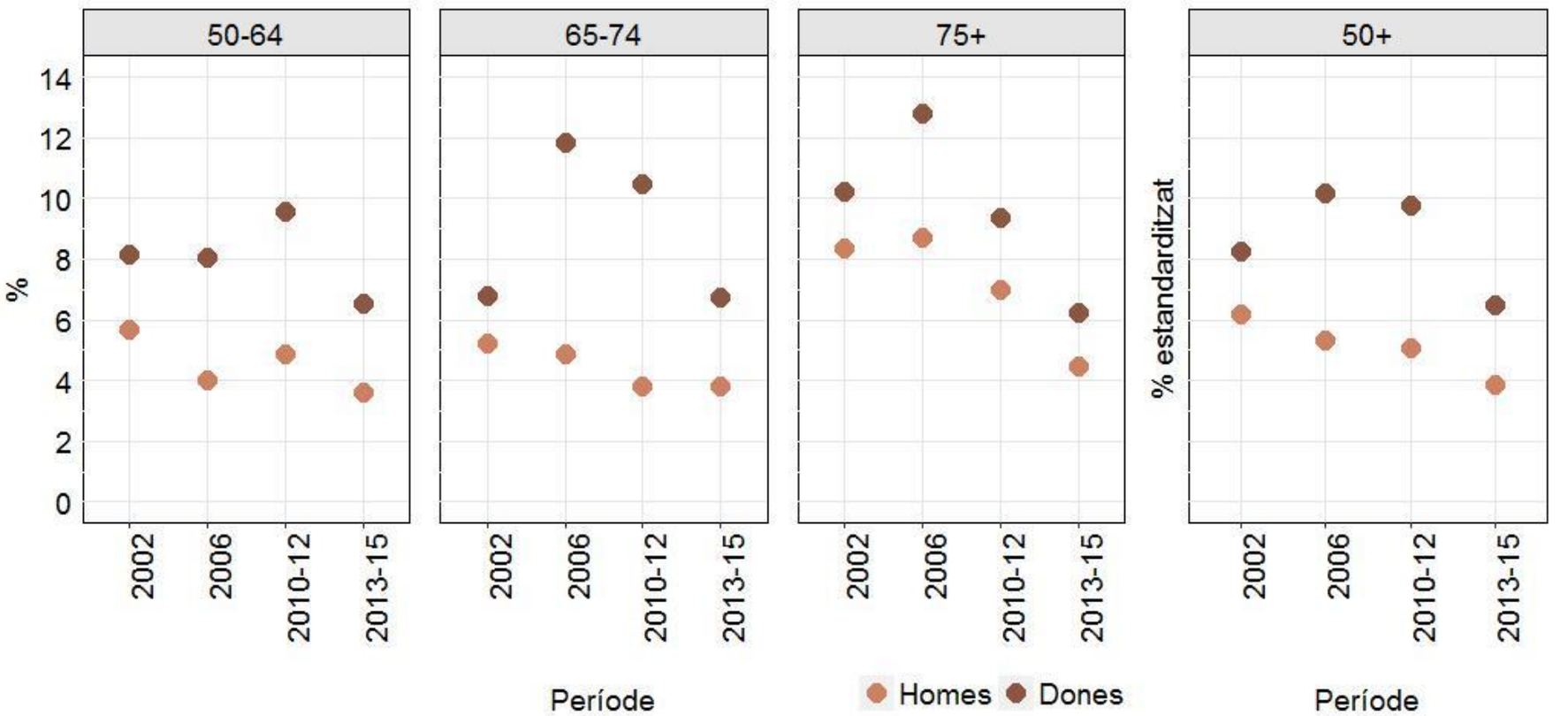
En el cas dels homes, la incidència s'ha mantingut estable i amb nivells baixos, destacant la reducció que s'ha produït a Barcelona Ciutat – menys renda.

Pel que fa a les dones, la incidència és més elevada però s'ha reduït de forma considerable al llarg del període, mantenint-se més elevada a la Catalunya Central, la Corona Nord i Oest i a Barcelona Ciutat - més renda.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?"

Ha perdut confiança en ell/a mateix/a (GHQ12)

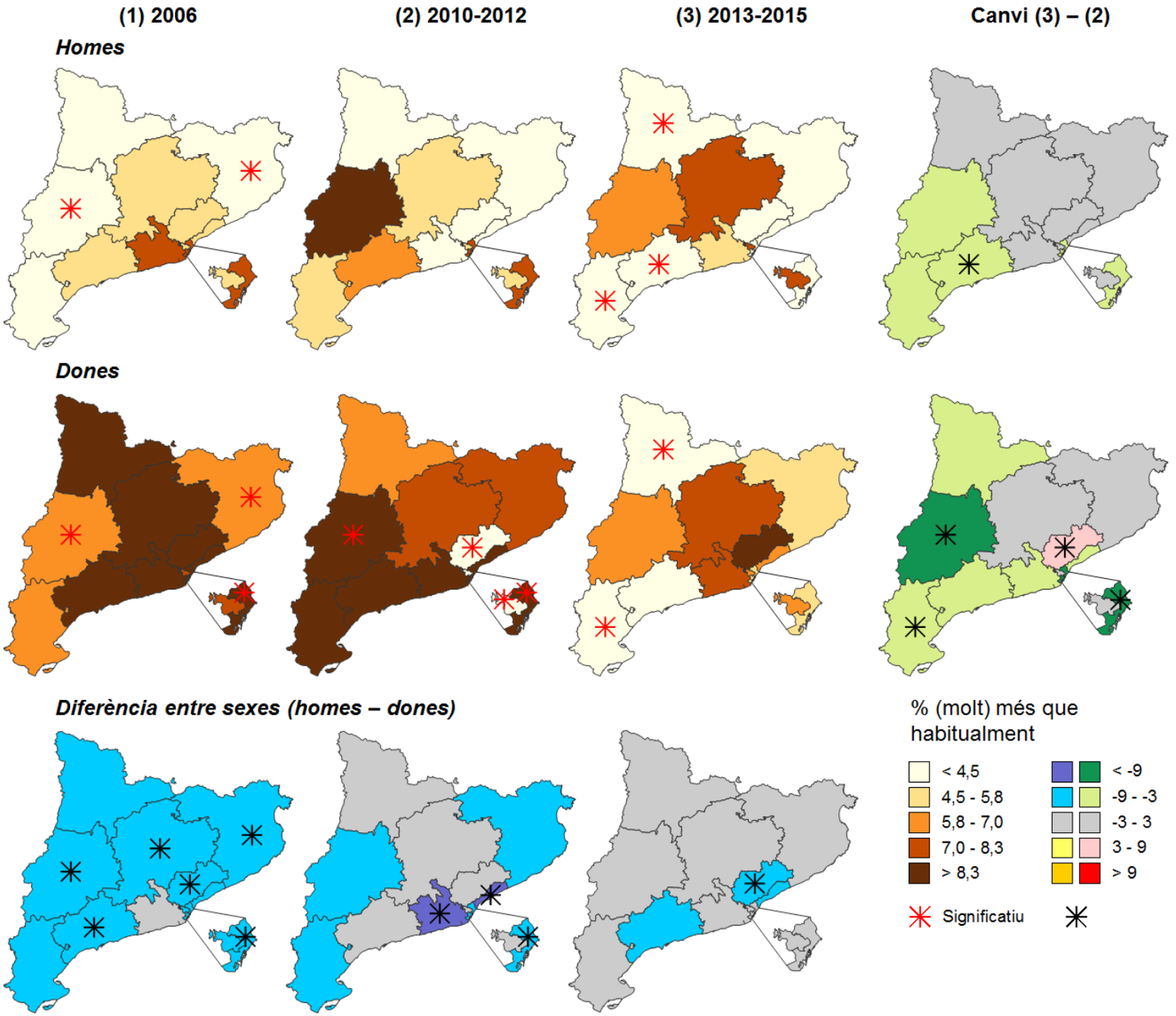
Figura 158. Proporció de població que ha perdut la confiança en ell/a mateix/a (molt) més que habitualment*, per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha perdut confiança en vostè mateix/a?"

Observem que la proporció de població de 50 i més anys que ha perdut confiança en ell mateix (molt) més que habitualment és generalment baixa (per sota del 10%), amb valors superiors entre les dones, i ha presentat una evolució temporal a la baixa, malgrat que entre 2006 i 2012 els valors augmenten entre les dones. Per grups d'edat, al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència d'aquest problema és lleugerament superior per a les dones i presenta una evolució temporal decreixent tot i l'augment de 2010-12. Al grup d'edat 65-74 la incidència baixa lleugerament entre els homes mentre que entre les dones experimenta un fort ascens al 2006 i a partit de llavors inicia un acusat descens. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència és major en ambdós sexes i segueix la mateixa evolució temporal que al grup precedent. Les diferències entre sexes es redueixen molt a 2013-15.

Figura 159. Proporció de població que ha perdut la confiança en ell/a mateix/a (molt) més que habitualment* . Regions sanitàries.



En el cas de la proporció de població que ha perdut la confiança en ella mateixa (molt) més que habitualment, les diferències per sexes eren importants l'any 2006, però es redueixen en el temps.

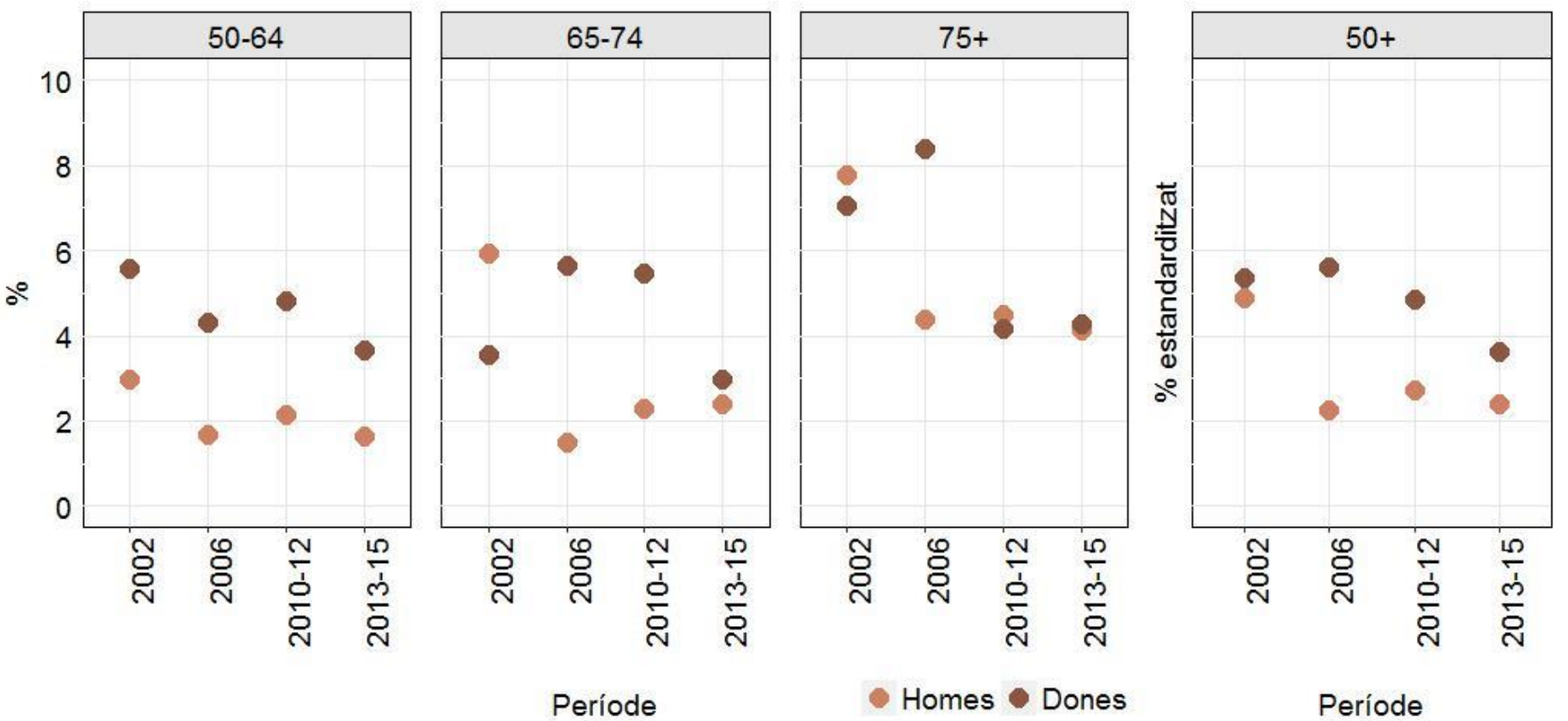
Entre els homes, la incidència és generalment baixa i estable, destacant els nivells més elevats a la Catalunya Central i a Barcelona Ciutat – més renda al període 2013-15.

Per les dones, les incidències són més elevades i s'han reduït de manera considerable, sobretot a l'interior i sud de Catalunya, i sols continua essent elevada a la Corona Nord.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha perdut confiança en vostè mateix/a?"

Ha pensat que no serveix per a res (GHQ12)

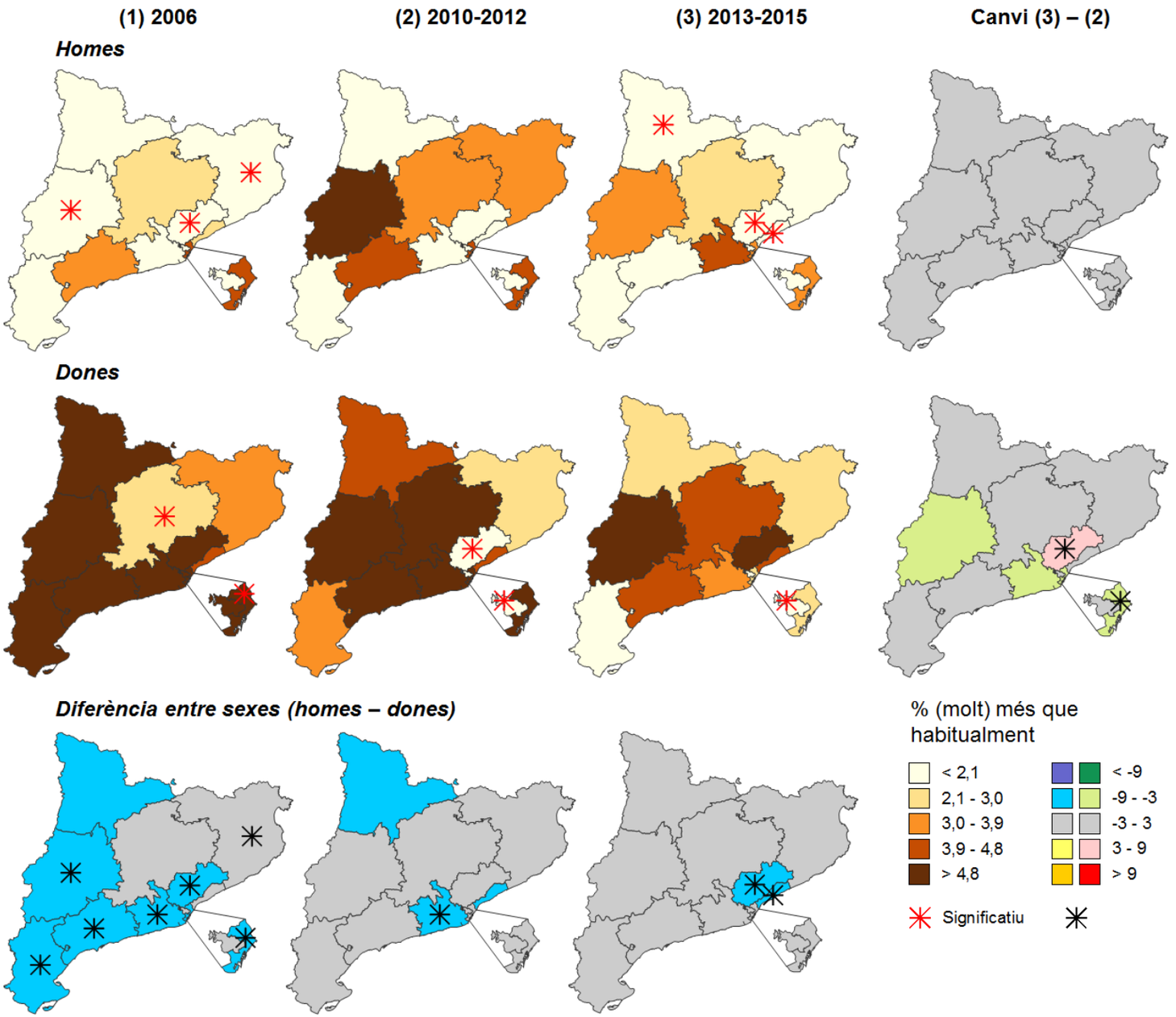
Figura 160. Proporció de població que ha pensat que no serveix per a res (molt) més que habitualment* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha pensat que no serveix per a res?"

Al gràfic de la dreta podem observar que la proporció de població de 50 i més anys que ha pensat que no serveix per a res (molt) més que habitualment és molt baixa (per sota del 6% en el total) al conjunt de la població, superior entre les dones (especialment entre 2006 i 2010-12) i que ha presentat una evolució temporal a la baixa per ambdós sexes. Si analitzem les proporcions segons els grups d'edat, entre els més joves (50-64 anys) la incidència d'aquest fet és més elevada entre les dones i presenta una tendència temporal descendent, encara que a 2010-12 augmenti. Al grup d'edat 65-74 mentre que entre les dones es produïa un fort increment al 2006 entre els homes es produïa l'efecte contrari, des de llavors entre les dones s'experimentà un descens acusat i entre els homes un lleuger ascens que portà els nivells a convergir. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència en homes i dones té una tendència a la baixa i amb nivells en convergència excepte al període 2006 que va presentar evolucions inverses.

Figura 161. Proporció de població que ha pensat que no serveix per a res (molt) més que habitualment*. Regions sanitàries.



La proporció de població que ha pensat que no serveix per a res (molt) més que habitualment presenta diferències territorials entre sexes i unes evolucions amb pocs canvis en el temps.

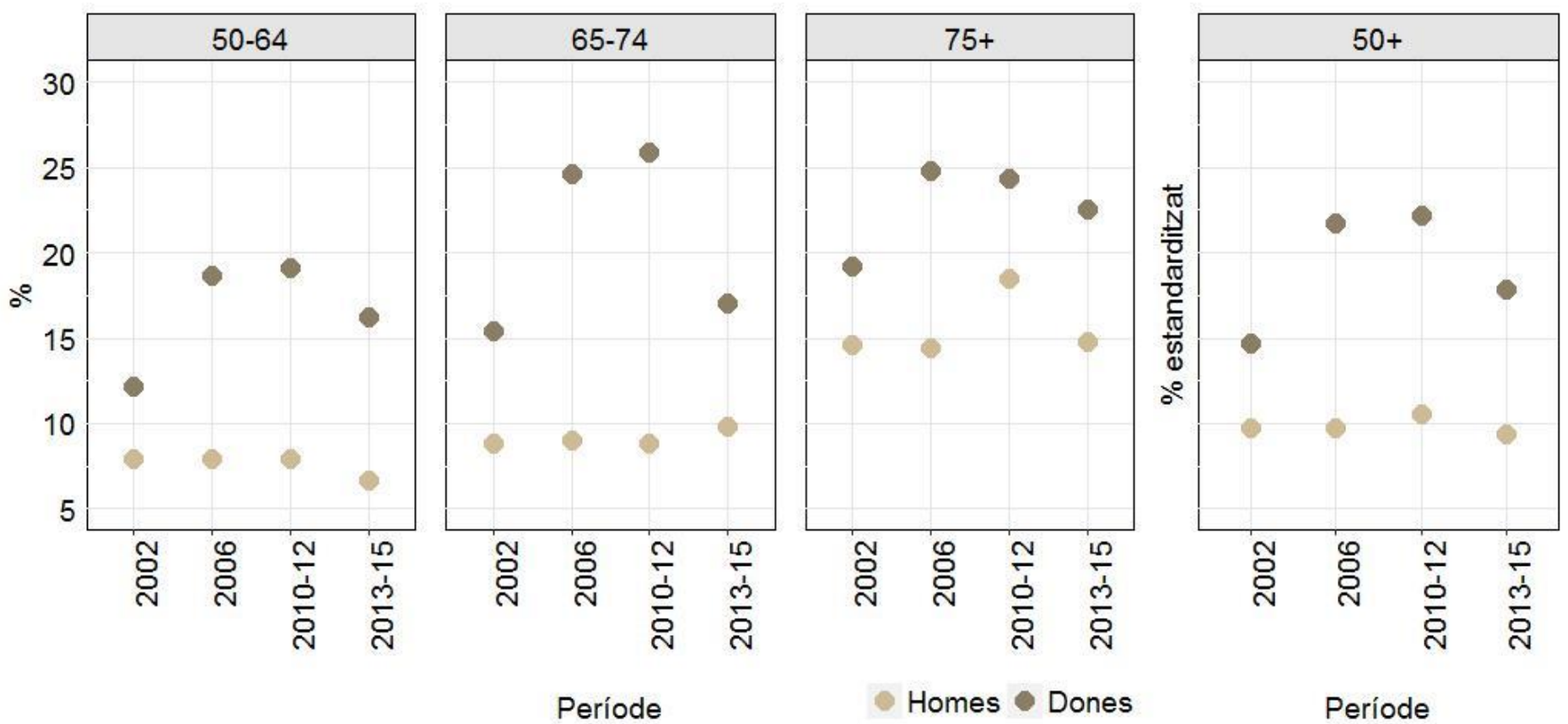
En el cas dels homes, la incidència s'ha mantingut força estable però amb un predomini del descens especialment a Lleida i Camp de Tarragona.

Pel que fa a les dones, la incidència és més elevada però el descens ha estat més considerable al llarg del període, tot i així destaquen els nivells elevats a Lleida i a la Corona Nord.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta "Ha pensat que no serveix per a res?"

Ha pres tranquil·litzants, sedants

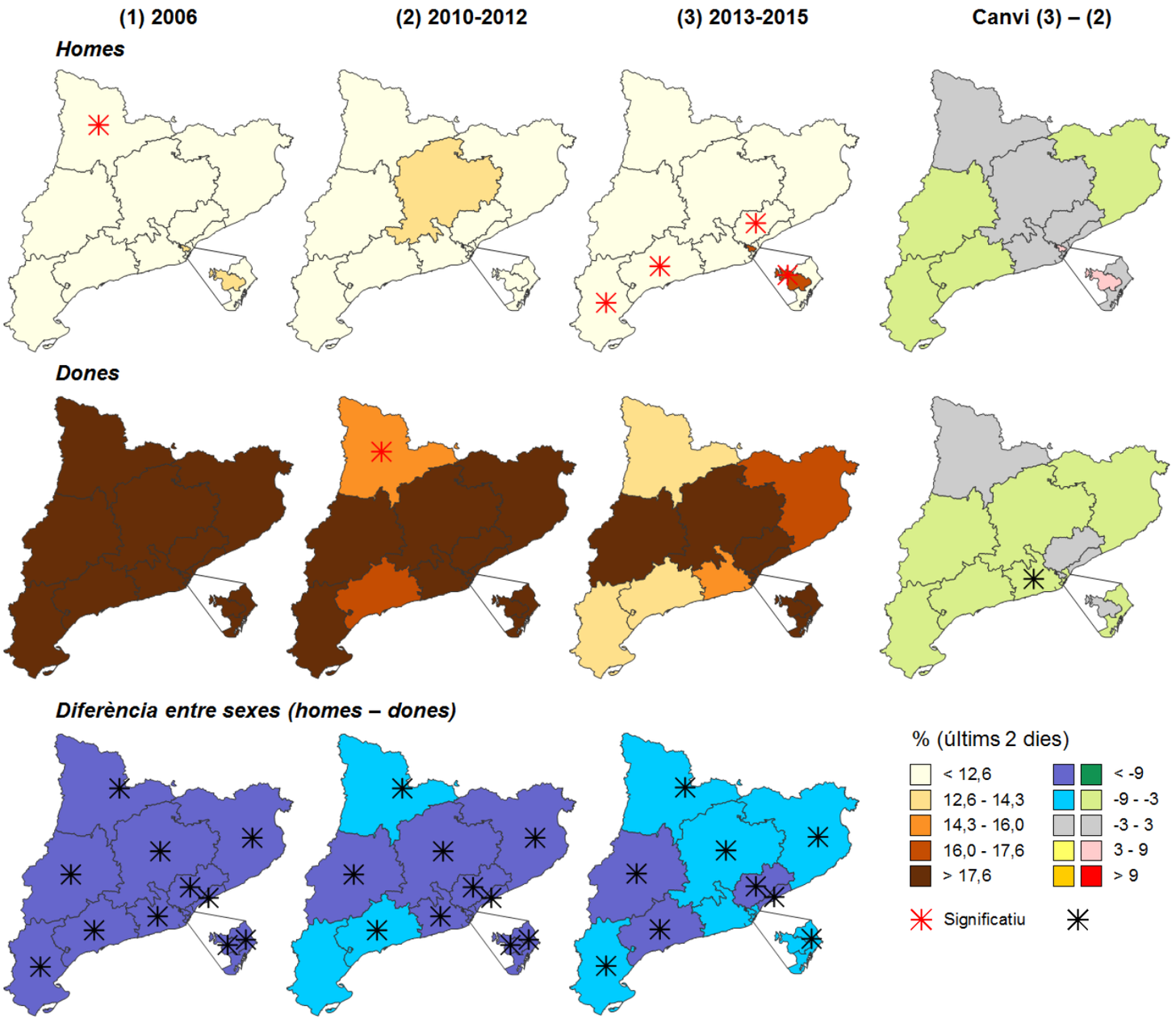
Figura 162. Proporció de població que ha pres tranquil·litzants, sedants (últims 2 dies)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Observem que la proporció de població de 50 i més anys que ha pres tranquil·litzants, sedants als últims dos dies se situa actualment al voltant del 18% entre les dones i el 10% entre els homes. L'evolució temporal és estable entre els homes i a l'alça entre les dones, tot i el descens del darrer període. Analitzant les proporcions segons grups d'edat, entre els més joves (50-64 anys) la incidència és menor que en les altres edats, i és superior per a les dones. L'evolució temporal difereix entre sexes, essent ascendent en les dones i descendent en els homes, augmentant en conseqüència la diferència entre sexes. Al grup d'edat 65-74 la incidència es manté estable entre els homes mentre que entre les dones experimenta un fort ascens fins a 2010-12 i a partit de llavors coneix un acusat descens. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència és major en ambdós sexes i és creixent entre les dones.

Figura 163. Proporció de població que ha pres tranquil·litzants, sedants (últims 2 dies)*. Regions sanitàries.



La proporció de població que ha pres tranquil·litzants i sedants als últims dos dies presenta importants diferències segons el sexe.

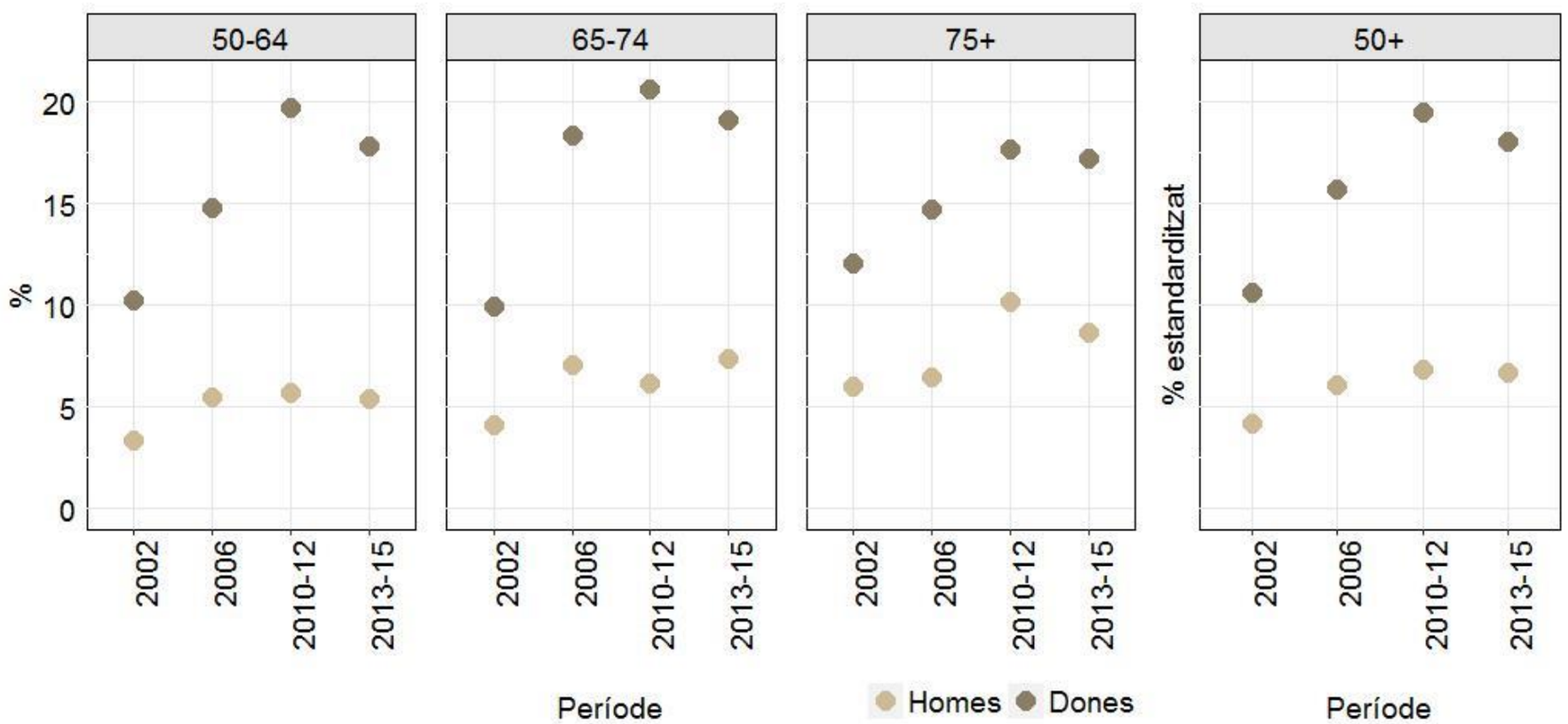
En el cas dels homes, la incidència és molt baixa a tot el territori amb excepció de Barcelona Ciutat – més renda al període 2013-15.

Pel que fa a les dones, la incidència és generalment elevada i s'ha reduït de manera considerable, però continua mantenint-se elevada a Barcelona Ciutat, la Corona Est i Oest, la Catalunya Central i Lleida.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Ha pres medicaments antidepressius

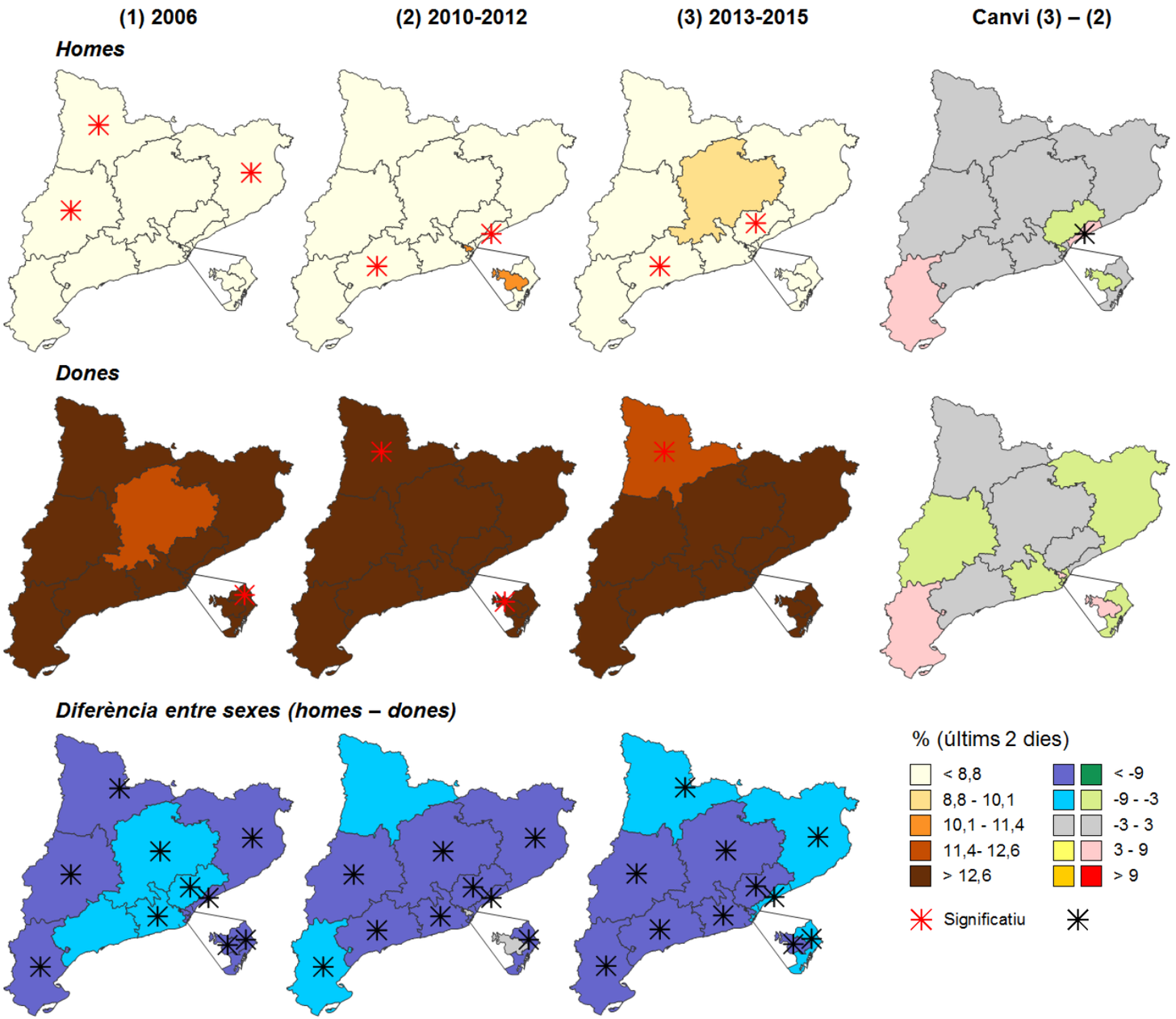
Figura 164. Proporció de població que ha pres medicaments antidepressius (últims 2 dies)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

La incidència de prendre antidepressius (durant els dos darrers dies) se situa actualment en un 18% entre el conjunt de les dones majors de 50 anys i en un 7% entre els homes. A més, la seva incidència ha presentat una evolució temporal a l'alça més acusada que entre els homes. En aquest cas hi ha poques diferències entre grups d'edat. Entre els més joves (50-64 anys) la incidència és creixent i amb importants diferències entre homes i dones. Al grup d'edat 65-74 la tendència és similar però amb nivells lleugerament més elevats. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència en homes augmenta respecte la resta d'edats amb una lleugera pujada temporal el 2010-12 i les dones mantenen una tendència alcista però amb nivells lleugerament inferiors a la de les edats anteriors.

Figura 165. Proporció de població que ha pres medicaments antidepressius (últims 2 dies)*. Regions sanitàries.



La proporció de població que ha pres medicaments antidepressius en els últims dos dies és molt desigual entre sexes, diferències que es mantenen en el temps.

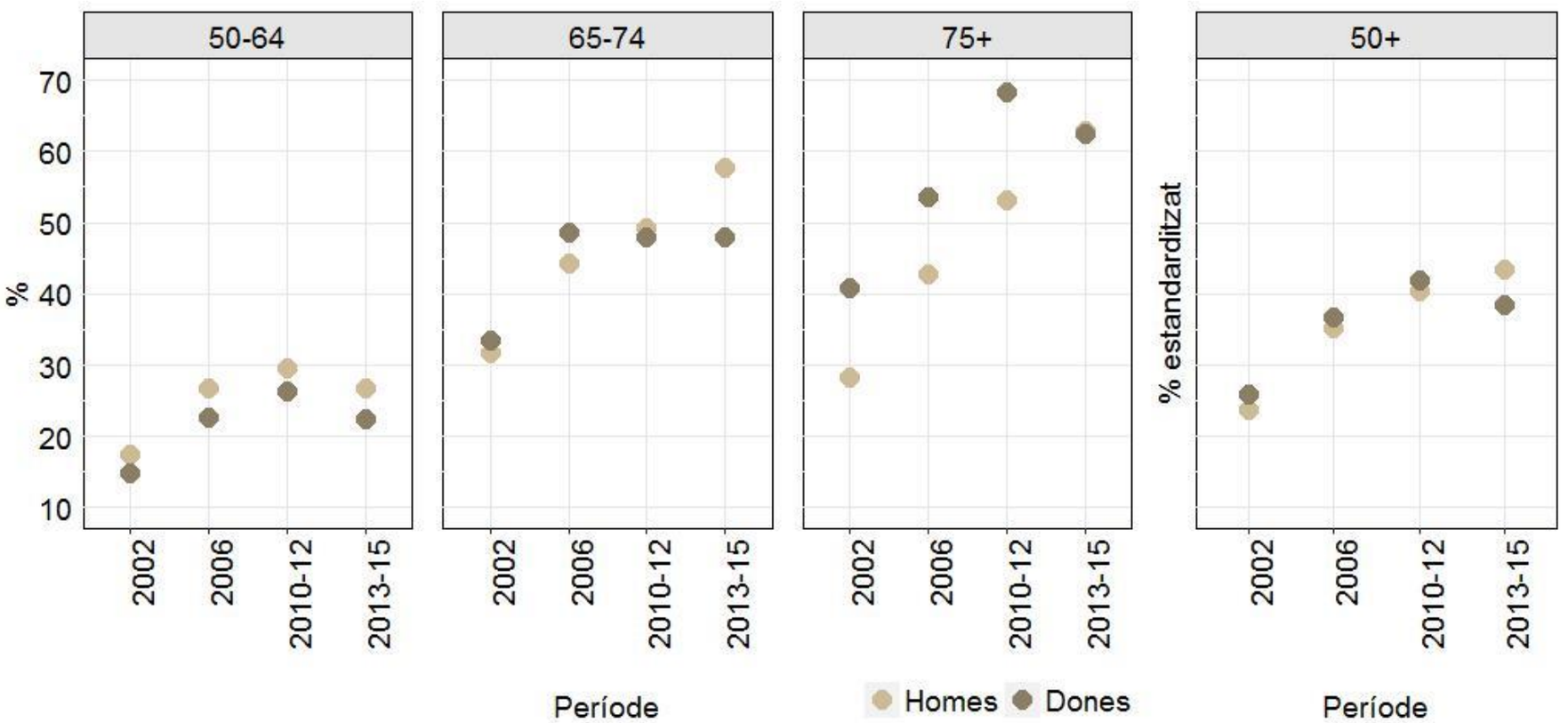
En el cas dels homes, la incidència s'ha mantingut molt baixa i estable al llarg del període, únicament amb la Catalunya Central amb nivells més elevats.

Pel que fa a les dones, la incidència és més elevada i així s'ha mantingut al llarg del període a totes les regions. Alt Pirineu i Aran és la que presenta un menor nivell.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Ha pres medicaments per a la tensió arterial

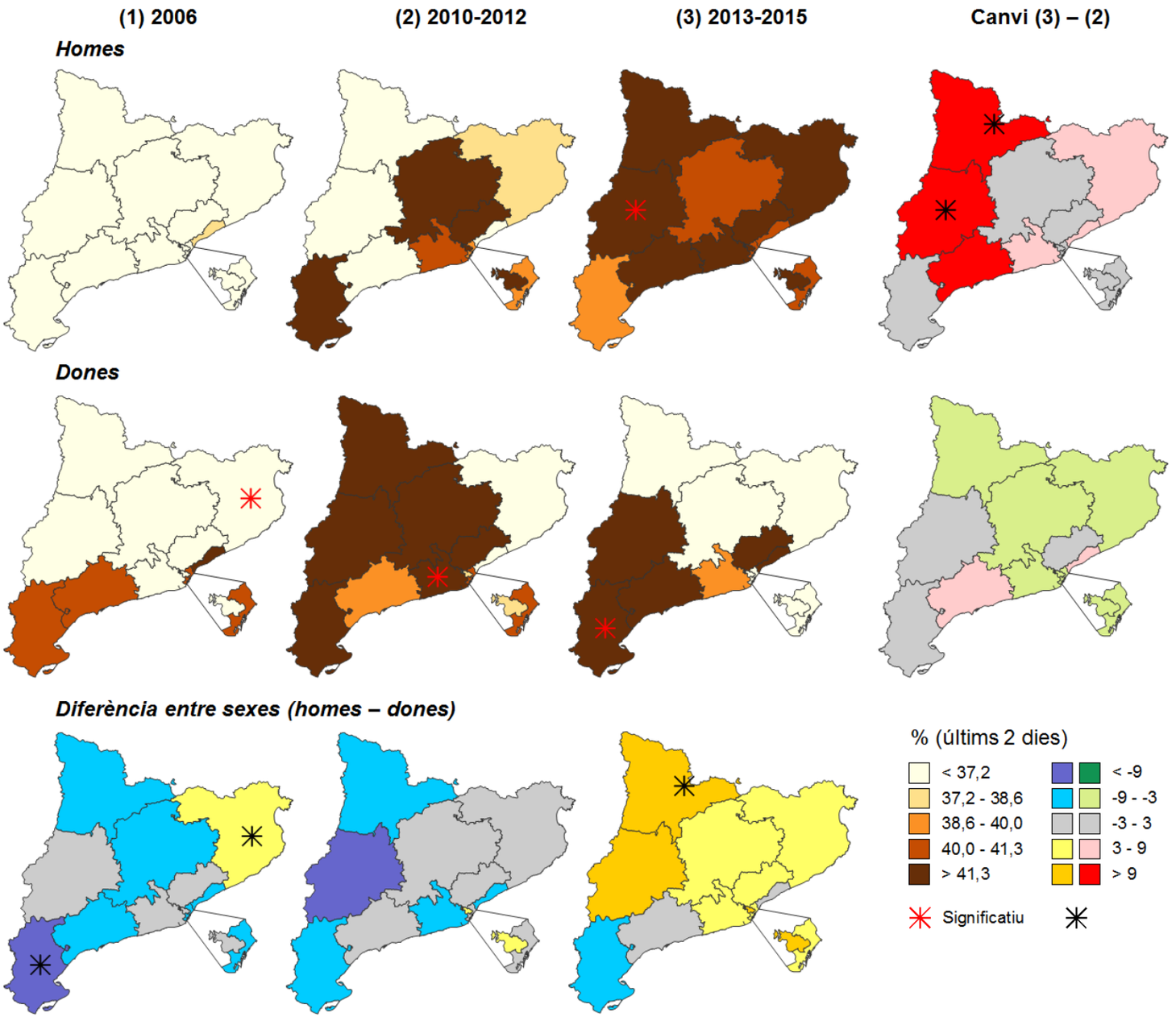
Figura 166. Proporció de població que ha pres medicaments per a la tensió arterial (últims 2 dies)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Si s'observa la proporció de població de 50 i més anys que pren medicaments per a la tensió arterial durant els dos darrers dies s'identifica una pauta ascendent, que se suavitza al darrer període 2013-15. La incidència és en general elevada (al voltant del 40% actualment) entre el conjunt de població, molt similar entre sexes i creixent amb l'edat (i en el temps). Analitzant les proporcions segons grups d'edat es diferencia el primer grup dels altres dos. Entre els més joves (50-64 anys) la incidència no supera el 30%, essent superior entre els homes, i arriba a mostrar pautes descendents a partir de 2010-12. Al grup d'edat 65-74 els nivells són força més elevats i amb una evolució alcista tant en homes con en dones. Per últim, al grup de més edat (75 i més) creixen les diferències entre sexes, a excepció del període 2013-15 on s'igualen els valors. Destaca el fort creixement dels valors, amb un màxim al període 2010-12 entre els homes on les proporcions s'apropen al 70%.

Figura 167. Proporció de població que ha pres medicaments per a la tensió arterial (últims 2 dies)*. Regions sanitàries.



Les diferències territorials en la proporció de població que pren medicaments per a la tensió arterial (últims dos dies) augmenten en el temps.

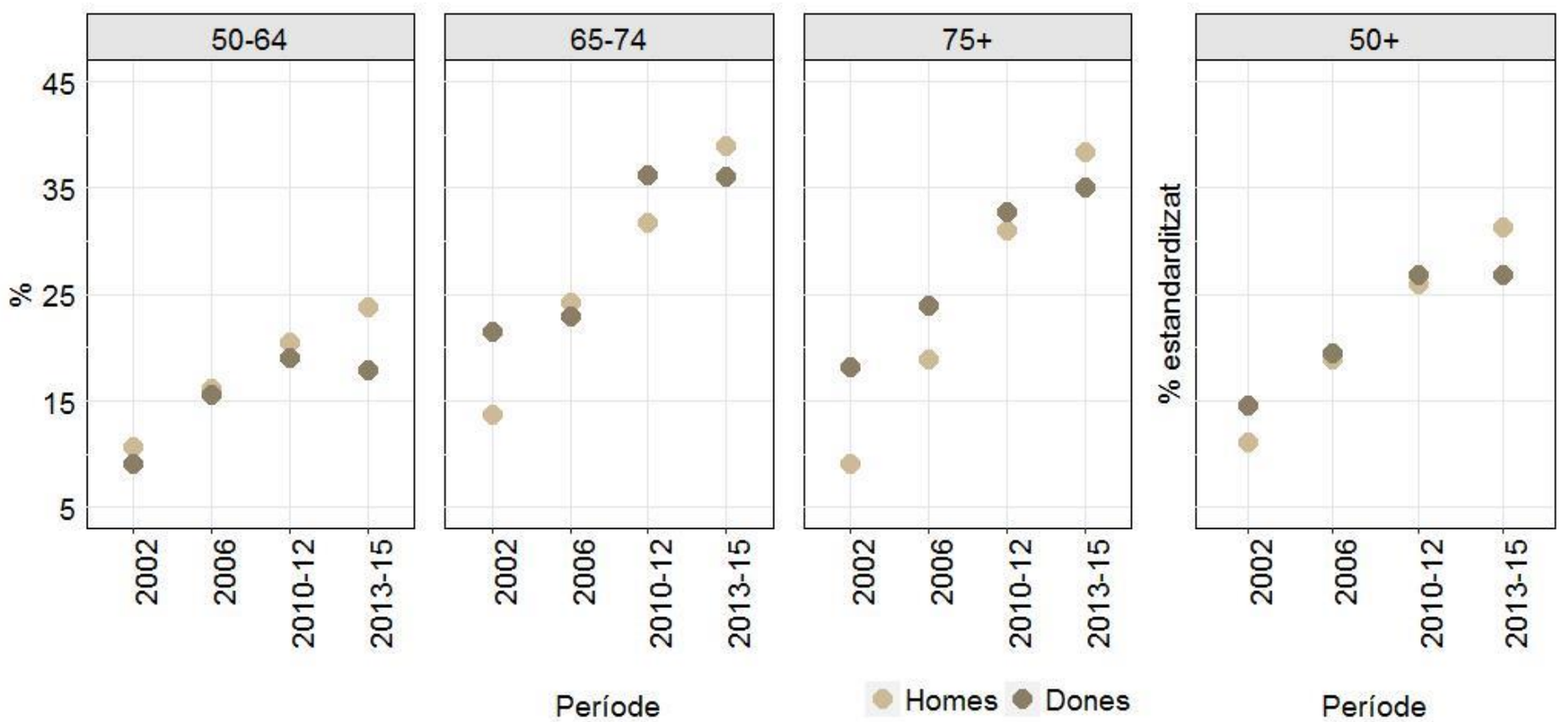
En el cas dels homes, la incidència és molt similar a l'inici, però creix fins arribar a nivells elevats a l'últim període, en especial a Lleida.

Pel que fa a les dones, l'augment de la incidència es localitza a les regions del sud (Lleida, el Camp de Tarragona, les Terres de l'Ebre) mentre que al nord s'ha mantingut més baixa. A excepció de les Terres de l'Ebre, a la majoria de regions augmenta la diferència entre sexes.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Ha pres medicaments per al colesterol

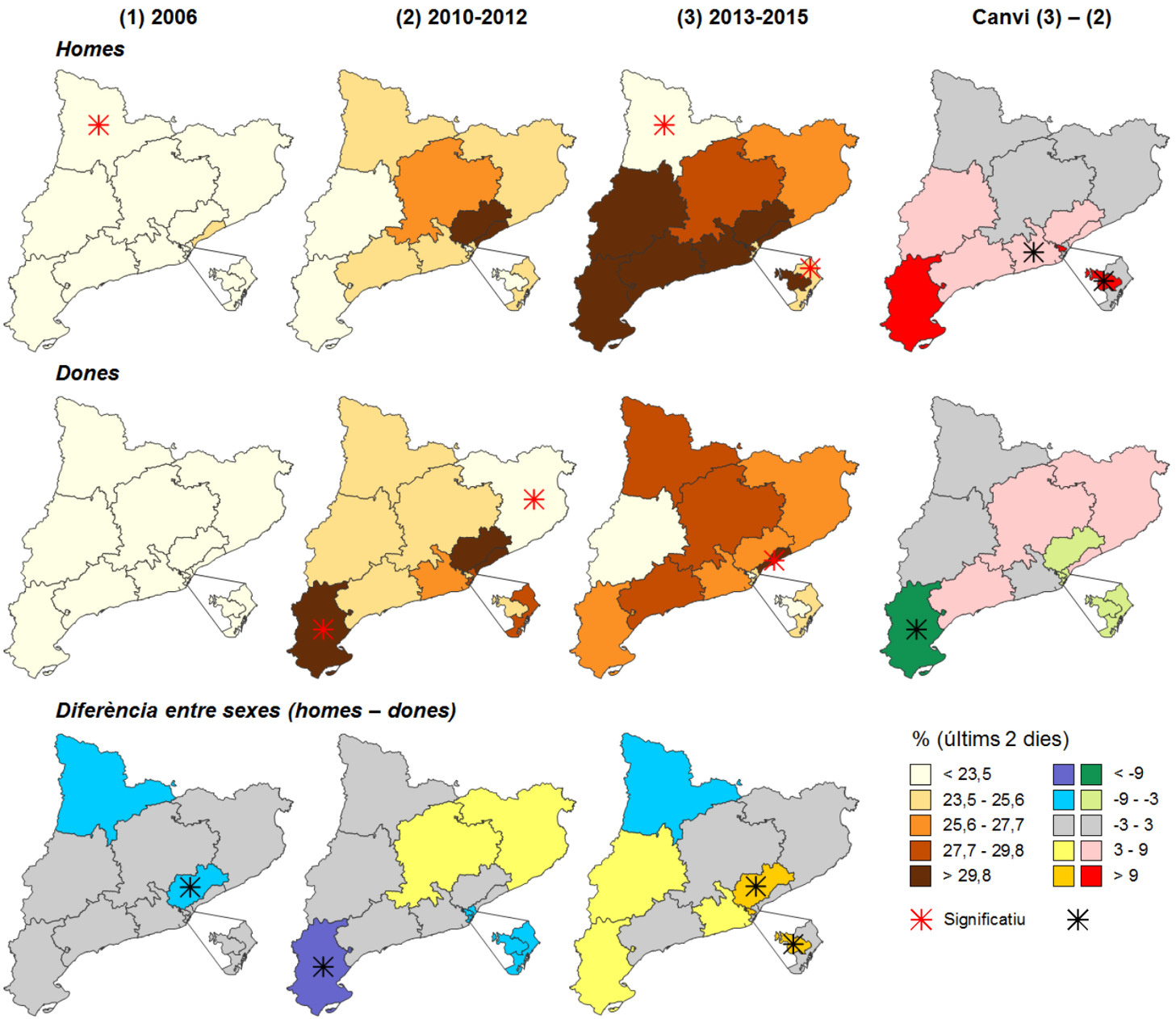
Figura 168. Proporció de població que ha pres medicaments per al colesterol (últims 2 dies)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Als gràfics podem observar que la proporció de població de 50 i més anys que ha pres medicaments per al colesterol durant els últims 2 dies és al voltant del 30% actualment i molt similar entre homes i dones. L'evolució temporal és a l'alça, tot i que s'estabilitza en el darrer període entre les dones. Per grups d'edat, al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència presenta nivell inferiors i similars en ambdós sexes, amb una tendència temporal a l'alça a excepció del descens observat per les dones en el darrer període. Al grup d'edat 65-74 ambdós sexes presenten nivells més elevats i una evolució temporal amb un increment considerable, fins a situar-se per sobre del 35%. Per últim, al grup de més edat (75 i més) es parteix a 2002 de nivells inferiors al grup d'edat precedent, experimentant forts creixements i situant-se amb incidències molt similars al grup anterior.

Figura 169. Proporció de població que ha pres medicaments per al colesterol (últims 2 dies)*. Regions sanitàries.



Amb el creixement general de la incidència de prendre medicaments pel colesterol, augmenten les diferències territorials, tant per als homes com per les dones.

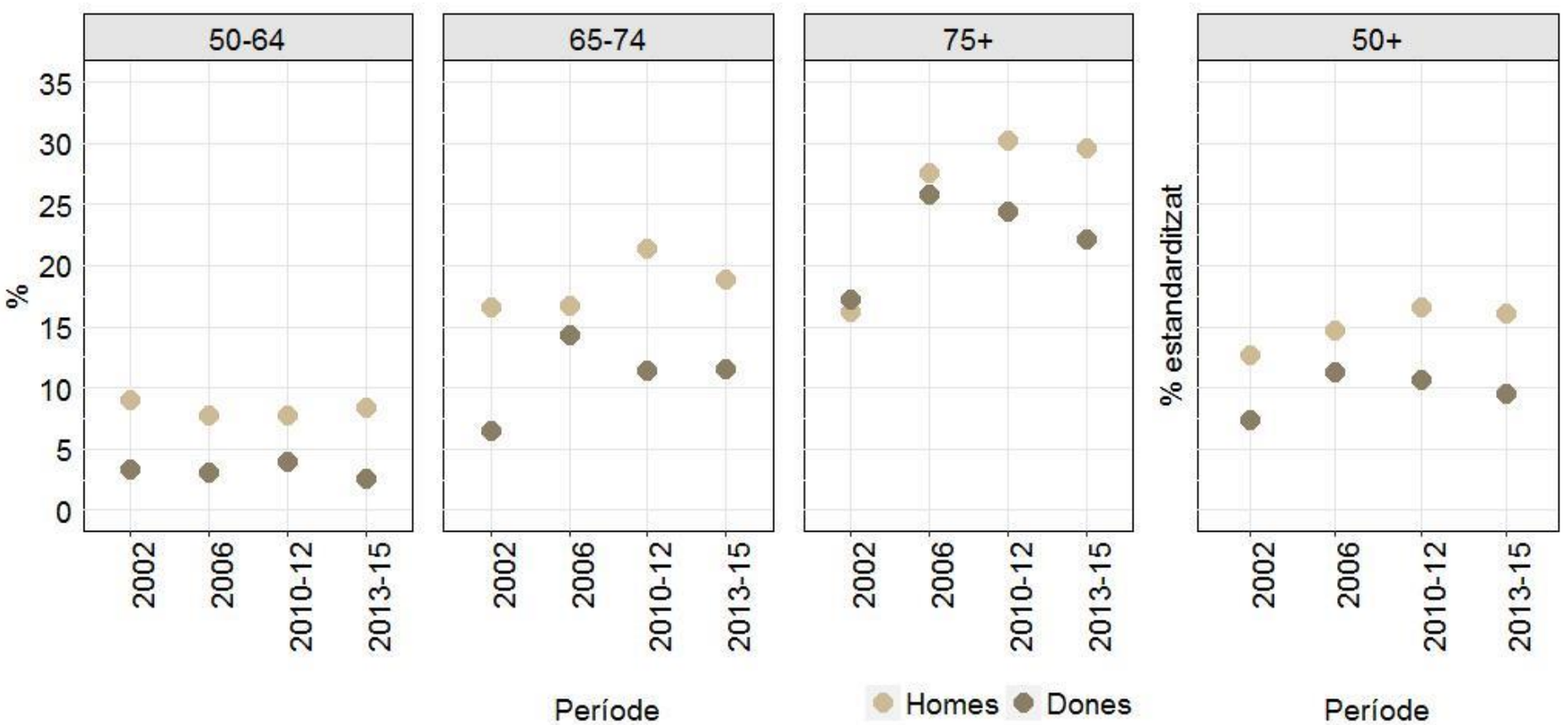
En el cas dels homes, s'observa un fort increment en especial a les regions del sud de Catalunya (Terres de l'Ebre, Camp de Tarragona i Lleida).

Pel que fa a les dones, també s'observa una dinàmica similar, encara que els majors creixements s'observen al quadrant nord-est (Girona, Corona Est, Catalunya Central)

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Ha pres medicaments per al cor

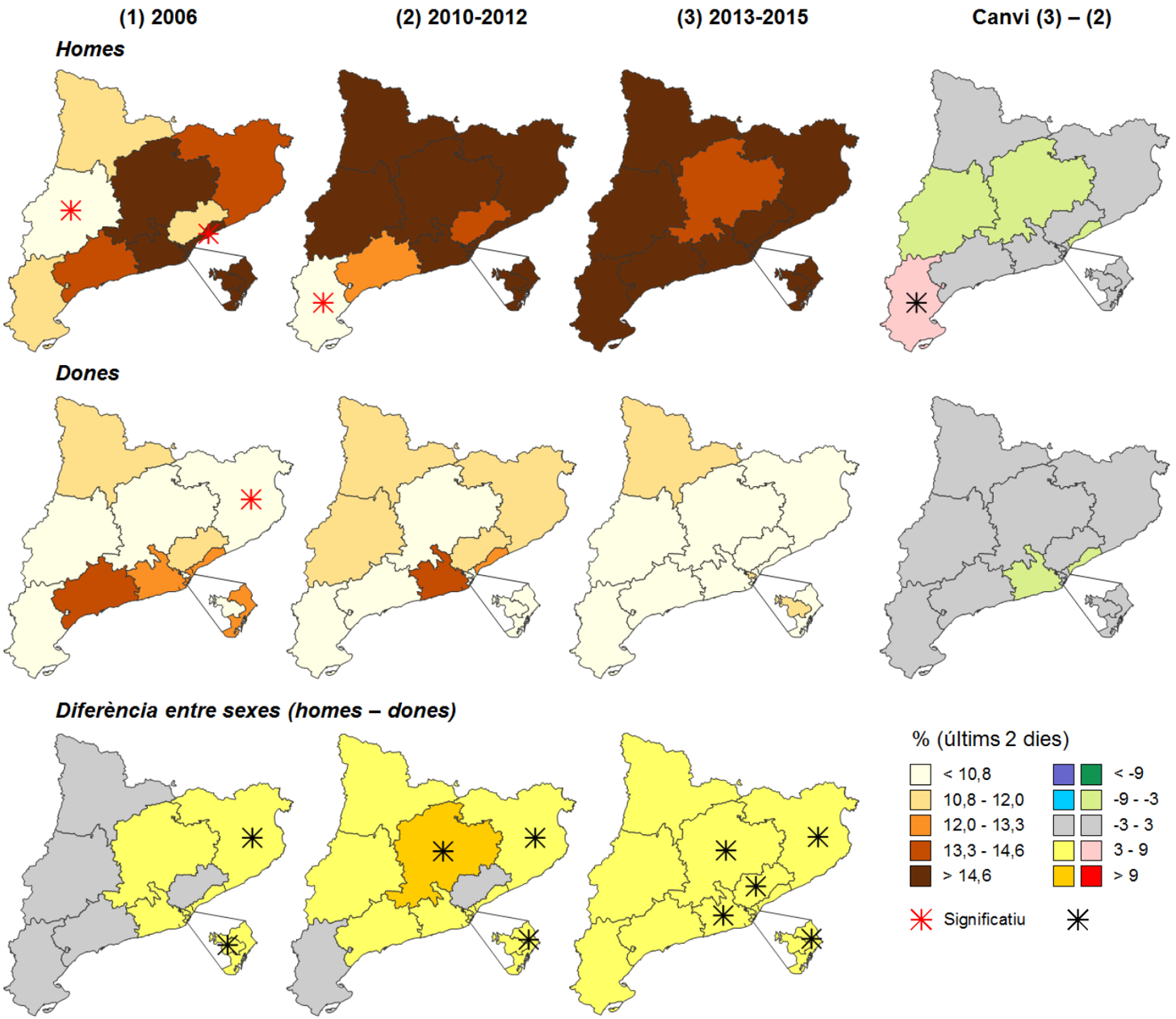
Figura 170. Proporció de població que ha pres medicaments per al cor (últims 2 dies)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Observem la proporció de població de 50 i més anys que ha pres medicaments per al cor als 2 últims dies és actualment superior entre les dones (16%) que els homes (10%) i amb una evolució temporal lleugerament positiva, de forma continuada entre els homes i a la baixa des de 2006 entre les dones. Pel que fa a l'edat, s'observa un augment important de la incidència amb l'edat. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) els percentatges se situen per sota del 10%, amb una evolució temporal estable i lleugerament superior entre els homes. Al grup d'edat 65-74 els nivells són més elevats i amb una evolució alcista per ambdós sexes. Entre els més grans la incidència presenta nivells força superiors al dels altres dos grups d'edat, amb un fort ascens entre 2002 i 2006 que continua lleugerament entre els homes i que, en canvi, mostra tendències descendents entre les dones.

Figura 171. Proporció de població que ha pres medicaments per al cor (últims 2 dies)*. Regions sanitàries.



La proporció de població que ha pres medicaments per al cor durant els últims 2 dies presenta importants diferències segons sexes, mentre que les diferències territorials són poc importants.

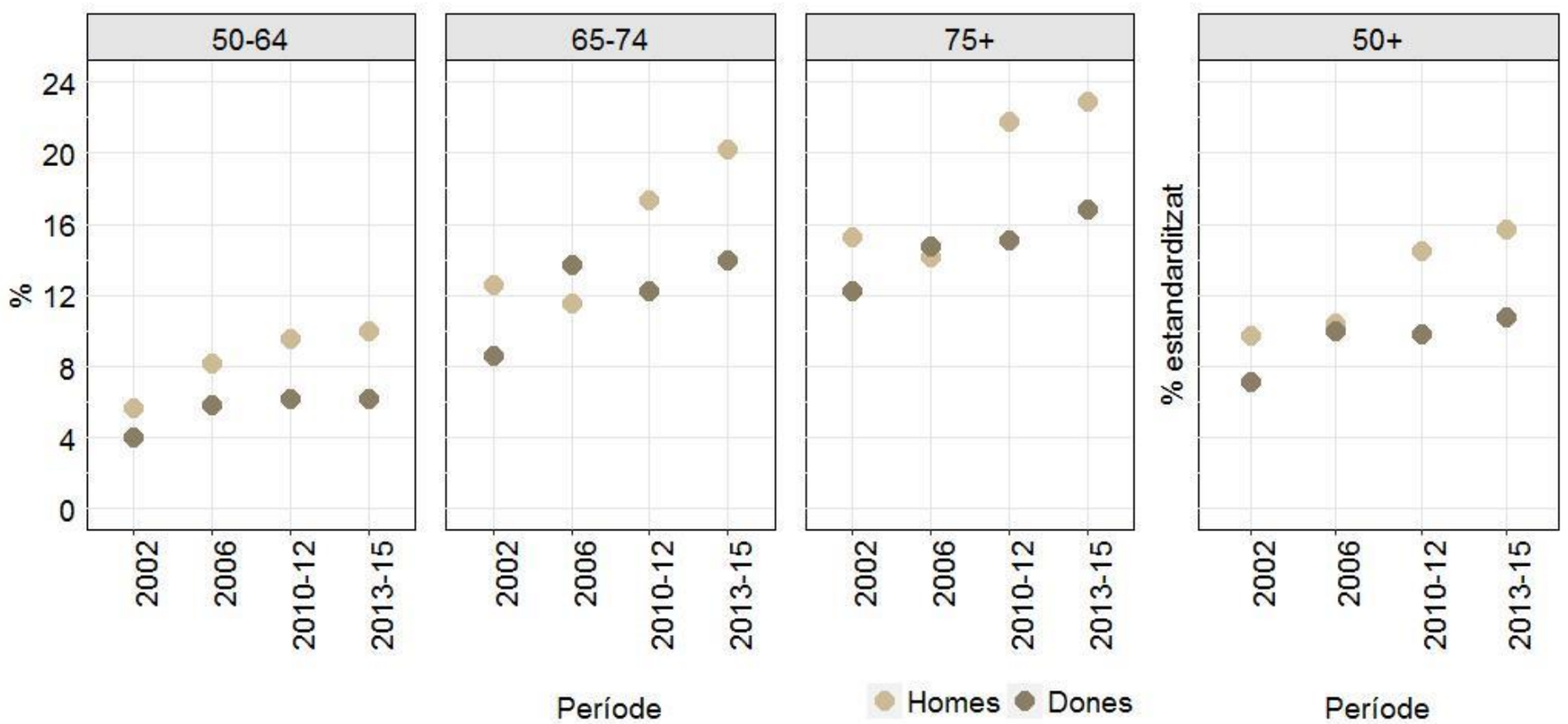
En el cas dels homes, la incidència és elevada i creixent, amb la Catalunya Central com a regió amb menor incidència.

Pel que fa a les dones la incidència es presenta més baixa, i al llarg del temps s'observa una homogeneïtzació de les incidències. Al mateix temps, territorialment s'eixamplen les diferències entre sexes.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Ha pres medicaments per a la diabetis

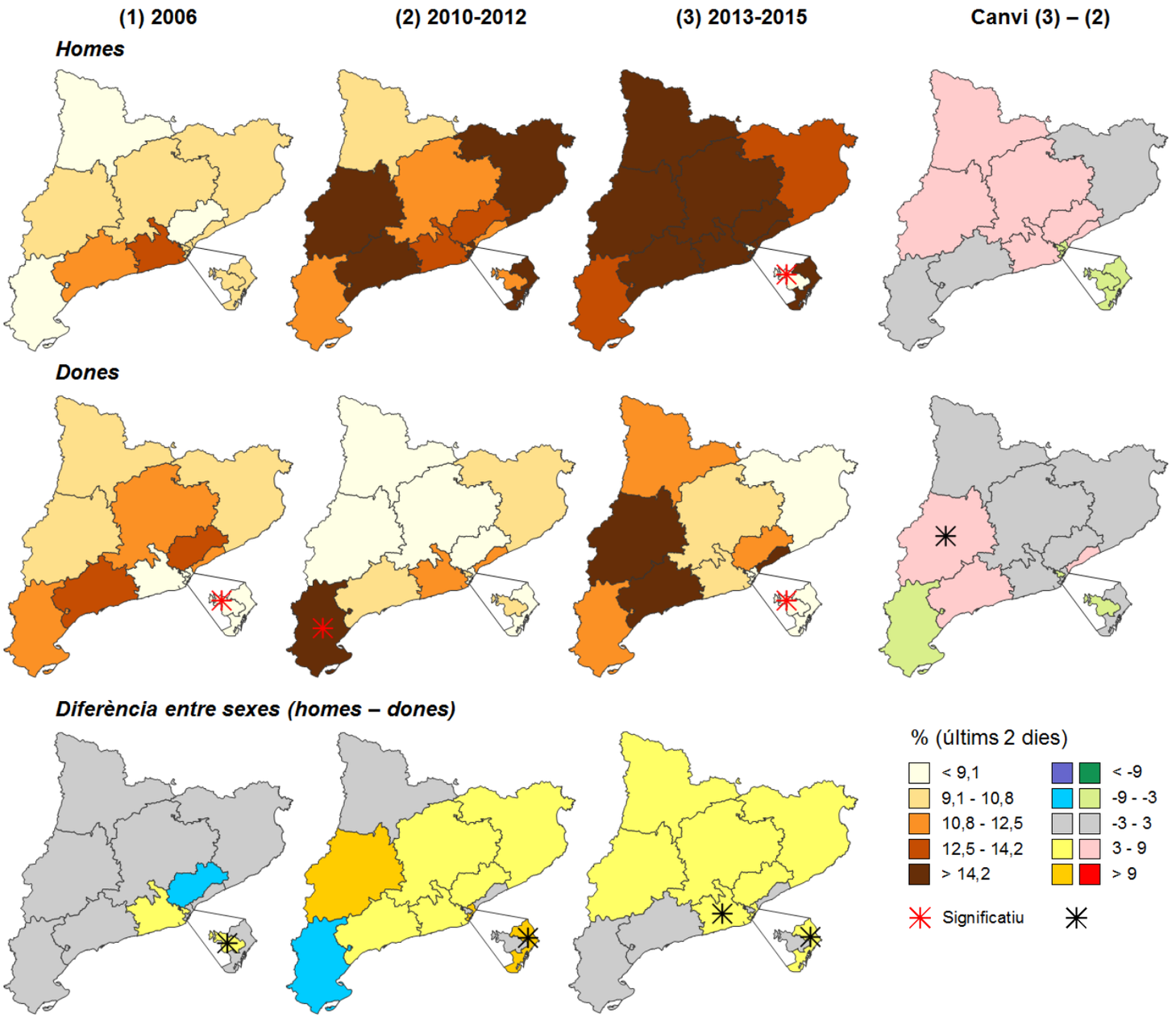
Figura 172. Proporció de població que ha pres medicaments per a la diabetis (últims 2 dies)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

La incidència de prendre medicaments per la diabetis als 2 últims dies és actualment en el conjunt de majors de 50 anys superior entre els homes (16%) que entre les dones (11%) i amb una evolució temporal a l'alça que és més acusada entre els homes, augmentant per tant les diferències entre sexes. Entre els més joves (50-64 anys) la incidència és menor tot i que creixent per ambdós sexes. Al grup d'edat 65-74 ambdós sexes presenten nivell més elevats i una evolució temporal amb un increment considerable en el cas dels homes a partir de 2006. Per últim, al grup de més edat (75 i més) la incidència segueix creixent, eixamplant-se les diferències entre sexes.

Figura 173. Proporció de població que ha pres medicaments per a la diabetis (últims 2 dies)*. Regions sanitàries.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

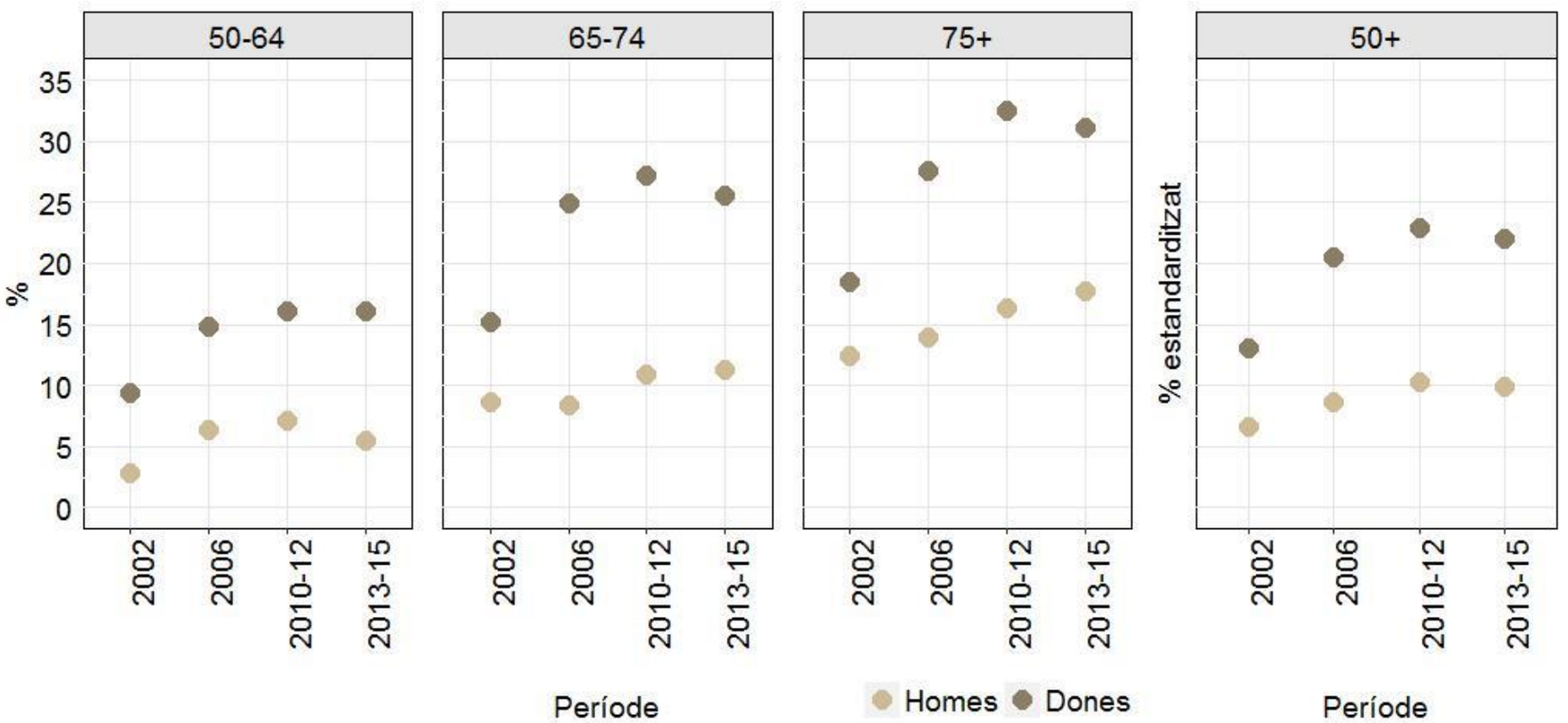
La proporció de població que ha pres medicaments per a la diabetis als últims 2 dies presenta importants diferències segons regions sanitàries, moment temporal i sexes.

En el cas dels homes, la incidència experimenta un increment considerable a totes les regions, en especial a l'Alt Pirineu i Aran i a la Corona Nord.

Pel que fa a les dones, la incidència també ha experimentat un increment però més lleuger, sent Lleida, Camp de Tarragona i Corona Est les que presenten majors nivells. Les diferències entre sexes són més elevades actualment que anys enrere.

Ha pres medicaments per dormir

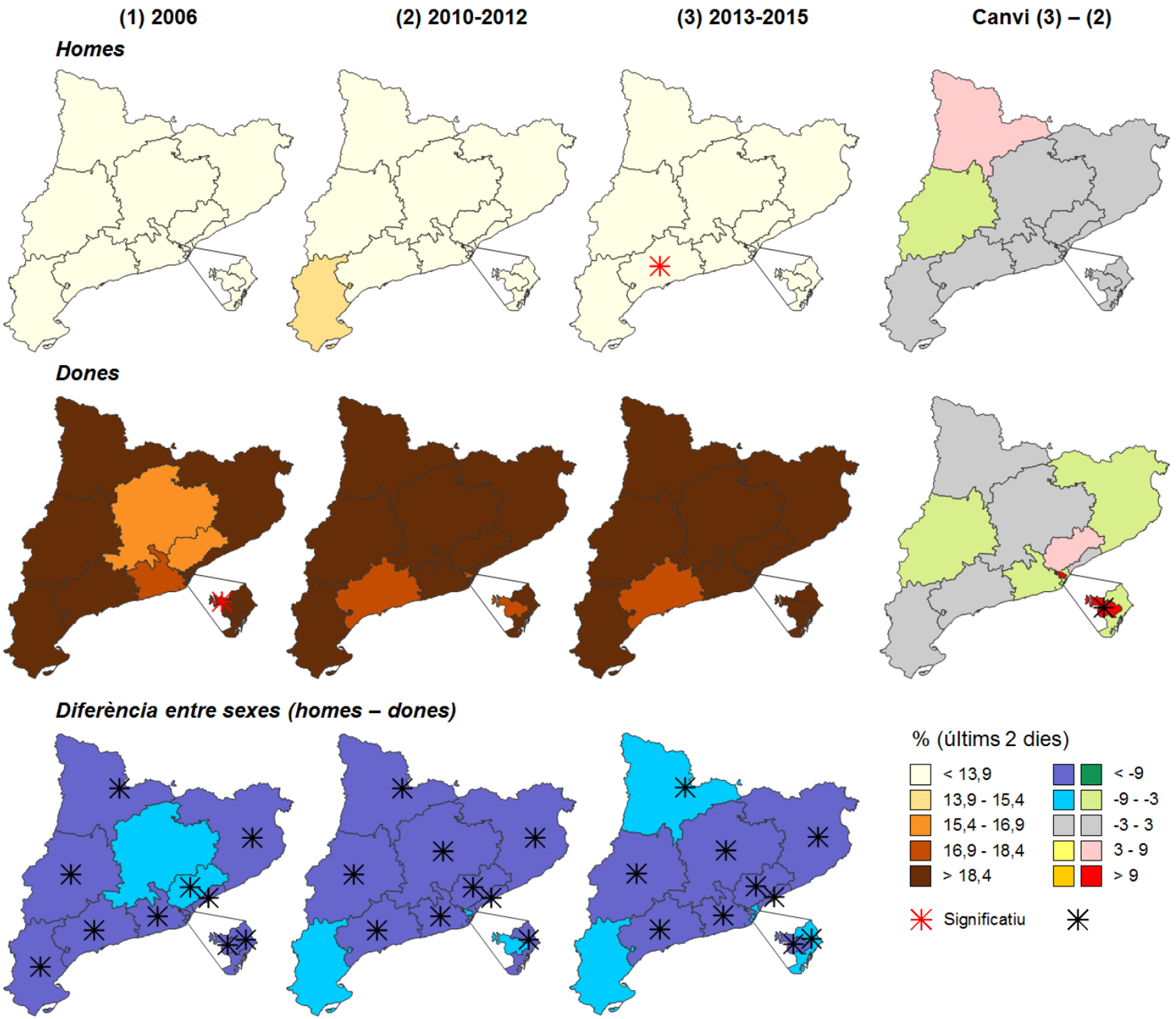
Figura 174. Proporció de població que ha pres medicaments per dormir (últims 2 dies)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

La incidència de prendre medicaments per dormir durant els dos darrers dies és bàsicament el doble entre les dones que entre els homes (a 2013-15, respectivament un 22% i un 10%). L'evolució temporal és a l'alça, especialment entre la població femenina, creixent les diferències entre sexes. Analitzant les proporcions segons grups d'edats observem com la incidència d'aquest fet és creixent amb l'edat. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) els valors són més baixos (per sota del 20%) i amb una evolució temporal força estable a partir de 2006. Al grup d'edat 65-74 els nivells són més elevats, especialment entre les dones que experimenten un fort increment entre 2002 i 2006. Finalment, al grup de més edat (75 i més) la incidència presenta nivells superiors al dels altres dos grups d'edat i amb una evolució temporal ascendent més important entre les dones.

Figura 175. Proporció de població que ha pres medicaments per dormir (últims 2 dies)*. Regions sanitàries.



Les diferències entre sexes en la proporció de població que ha pres medicaments per dormir als últims 2 dies són tan grans que no s'observen diferències apreciables des d'un punt de vista territorial entre sexes.

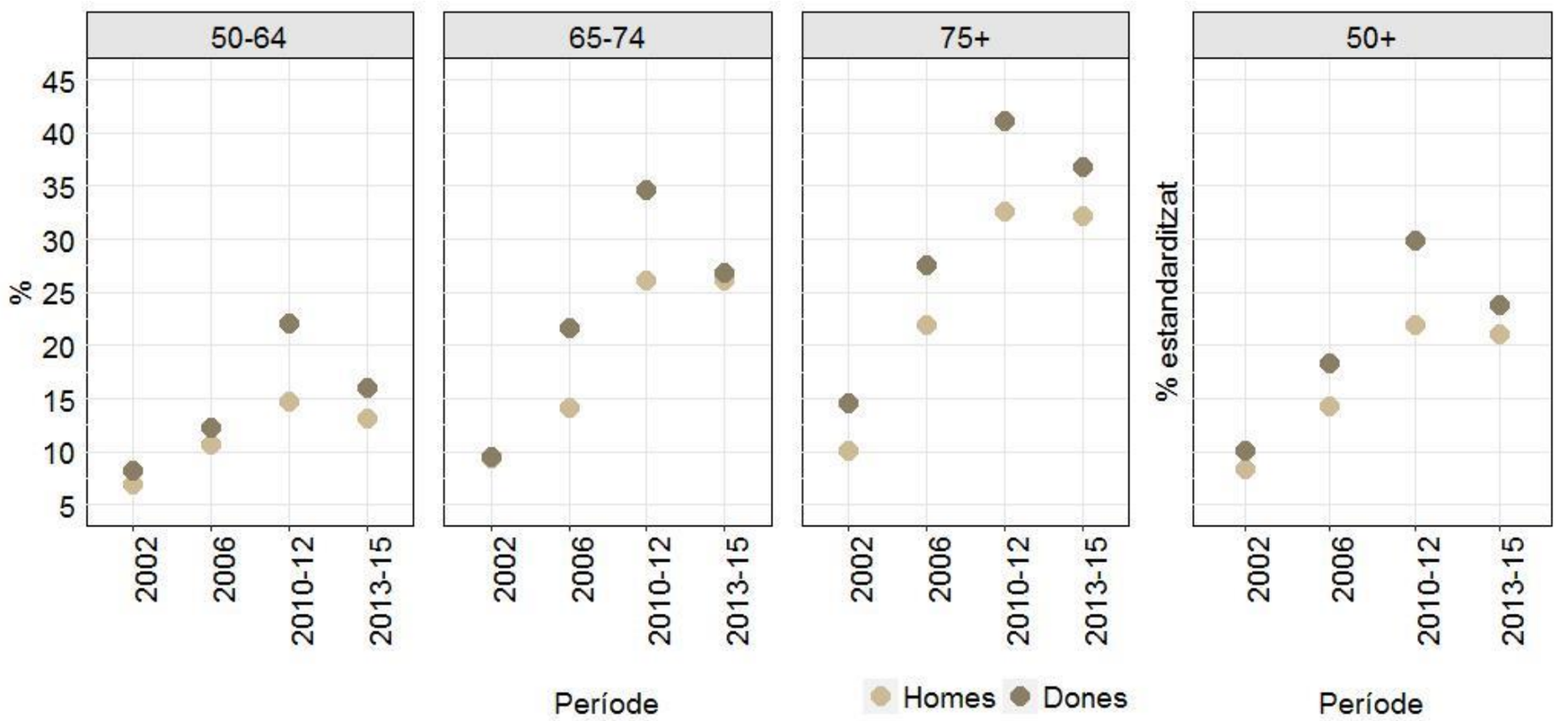
En el cas dels homes, la incidència és molt baixa a totes les regions sanitàries de Catalunya i sense canvis en el temps.

Pel que fa a les dones la incidència és elevada a totes les regions i tant sols Camp Tarragona presenta nivells més baixos.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Ha pres medicaments per a l'estómac

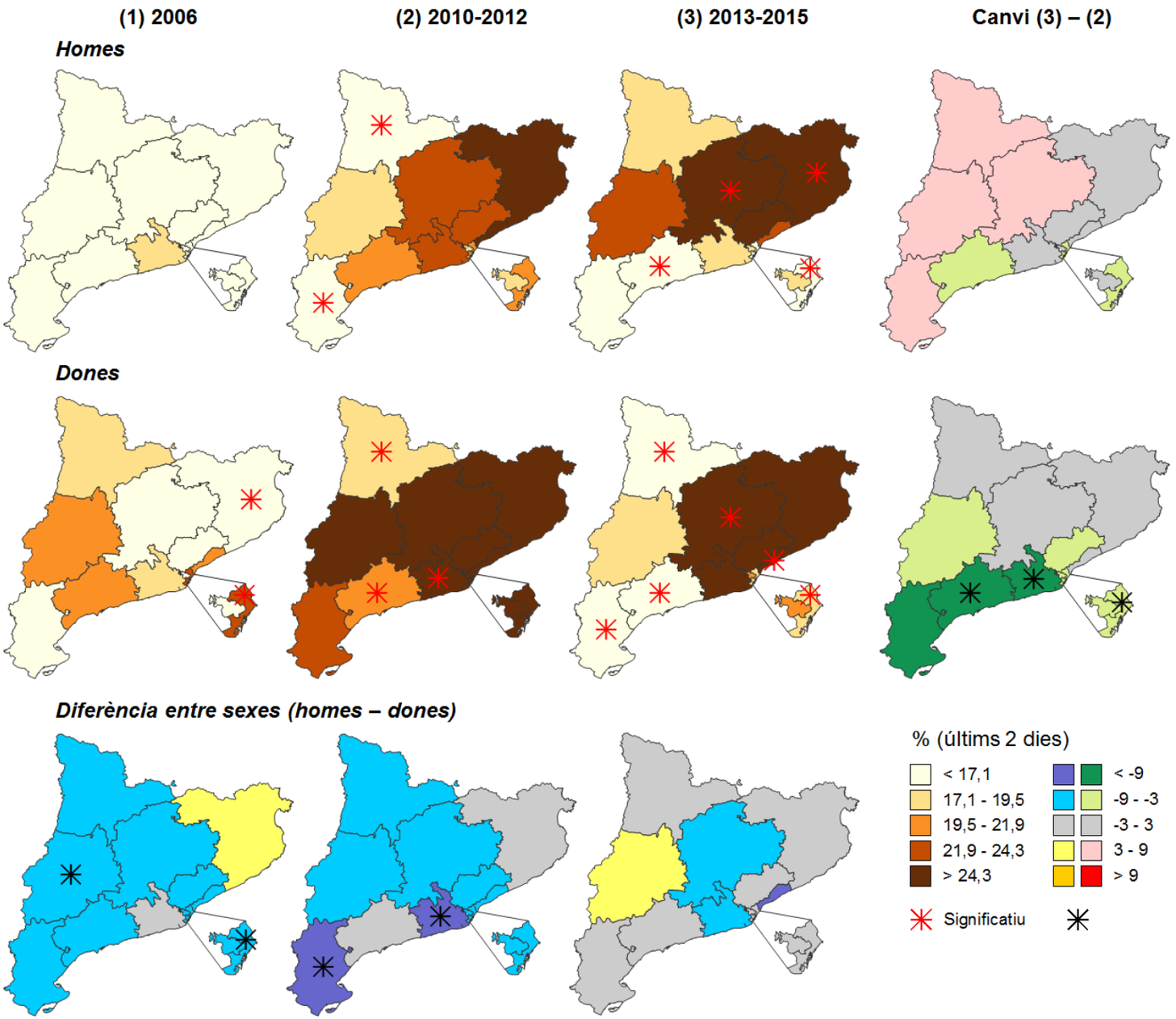
Figura 176. Proporció de població que ha pres medicaments per l'estómac (últims 2 dies)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

Al gràfic podem observar que la proporció de població de 50 i més anys que ha pres medicaments per l'estómac als últims 2 dies és molt similar en ambdós sexes i ha presentat una evolució temporal a l'alça fins al període 2010-12, amb un descens posterior just per sobre d'un 20%. Les proporcions de persones que prenen medicaments per a l'estomac creixen amb l'edat, i també ho fa la intensitat dels canvis temporals. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència presenta nivells inferiors i molt similars entre sexes, duplicant-se els valors. Al grup d'edat 65-74 ambdós sexes presenten nivells més elevats i amb una evolució temporal amb un increment considerable fins al període 2010-12. En el grup de més edat (75 i més) l'evolució temporal és similar, tot i que assolint valors més elevats.

Figura 177. Proporció de població que ha pres medicaments per l'estómac (últims 2 dies)*. Regions sanitàries.



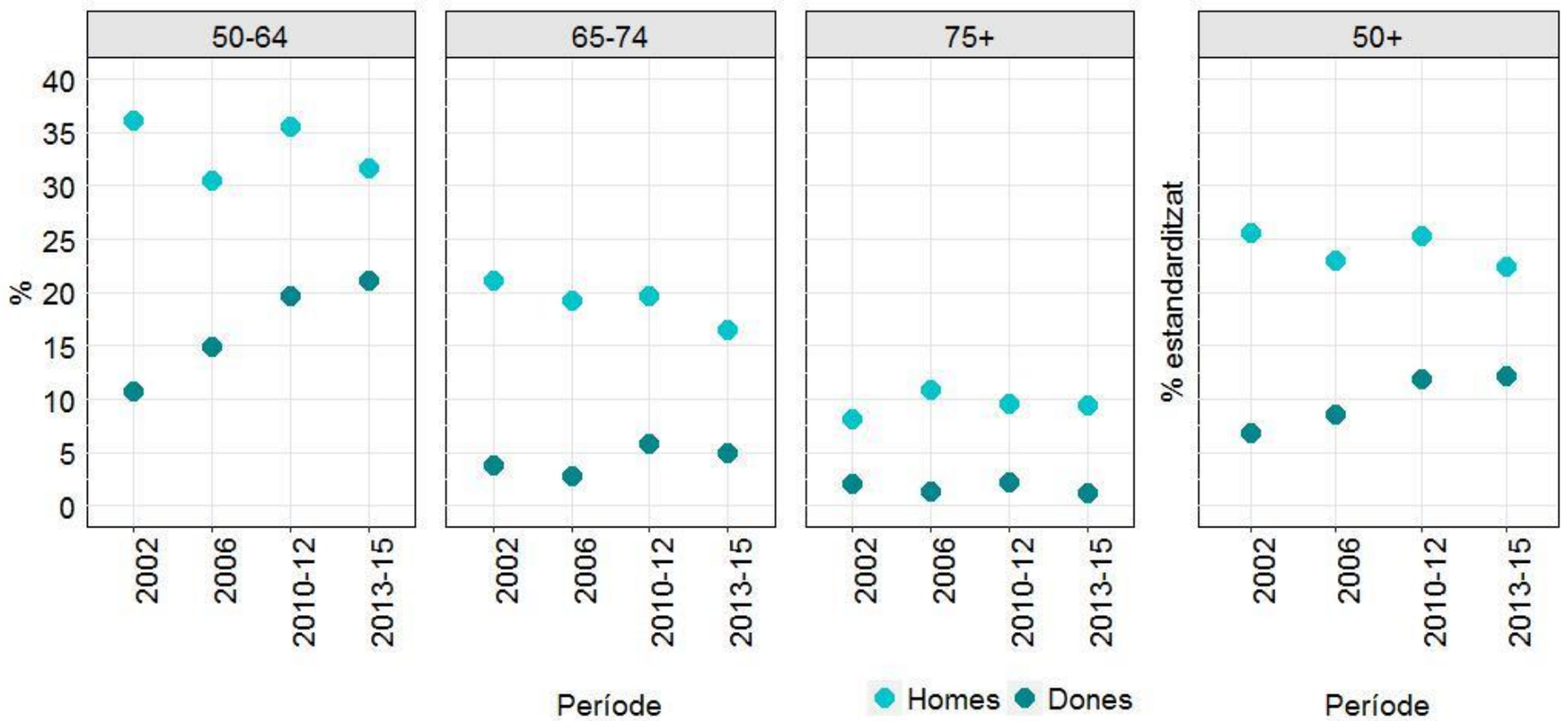
En la proporció de població que ha pres medicaments per l'estómac als últims 2 dies les diferències territorials entre sexes disminueixen.

En el cas dels homes, la incidència ha experimentat un increment considerable al quadrant nord-est (Catalunya Central, Girona i Corona Nord), pauta similar a la mostrada per les dones, tot i que entre aquestes el 2010-12 mostra una extensió major dels valors més elevats, per disminuir amb posterioritat.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre ús de medicaments.

És fumador/a

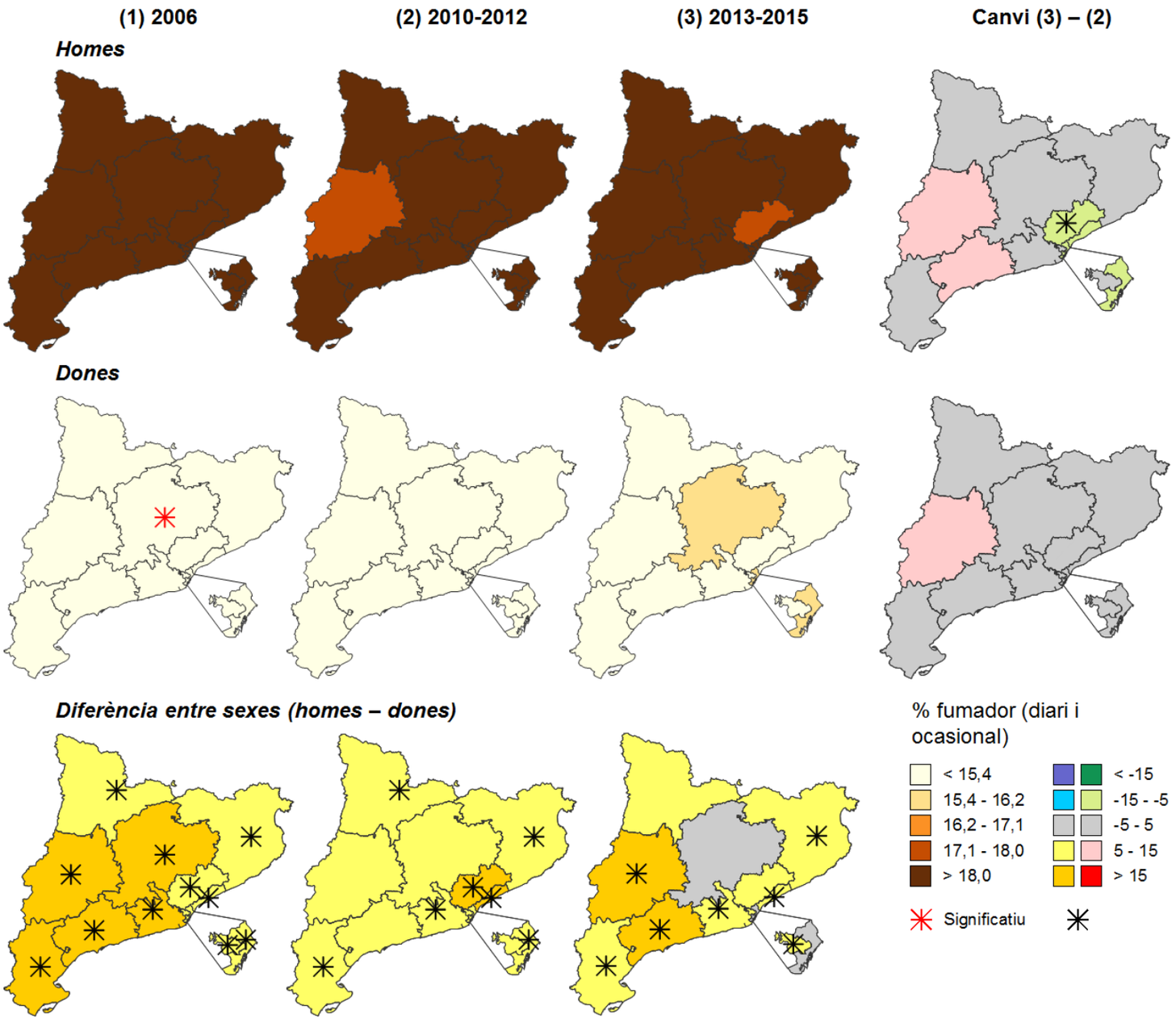
Figura 178. Proporció de població que és fumadora (diària i ocasional)* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre el consum de tabac.

Observem la proporció de població de 50 i més anys que és fumadora diària i ocasional és, pel conjunt de població, gairebé el doble entre els homes (22% davant 12% a 2013-15) i amb una evolució temporal lleugerament a la baixa entre els homes i a l'alça entre les dones, que està reduint la distància entre sexes. La incidència d'aquest fet és descendent amb l'edat. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) els valors són majors i amb un ascens considerable entre les dones, al mateix temps que les proporcions dels homes disminueixen lleugerament. Al grup d'edat 65-74 els nivells són força més baixos i a diferència d'edats anteriors les dones mantenen una tendència temporal estable, sense increments destacables, mentre que els homes tendeixen a la baixa. En el darrer grup (75 i més) la incidència presenta nivells inferiors al dels altres dos grups d'edat i amb una evolució temporal estable en ambdós sexes.

Figura 179. Proporció de població que és fumadora (diària i ocasional)*. Regions sanitàries.



La proporció de població que és fumadora diària i ocasional presenta poques diferències segons regions sanitàries, amb valors molt dispars entre sexes.

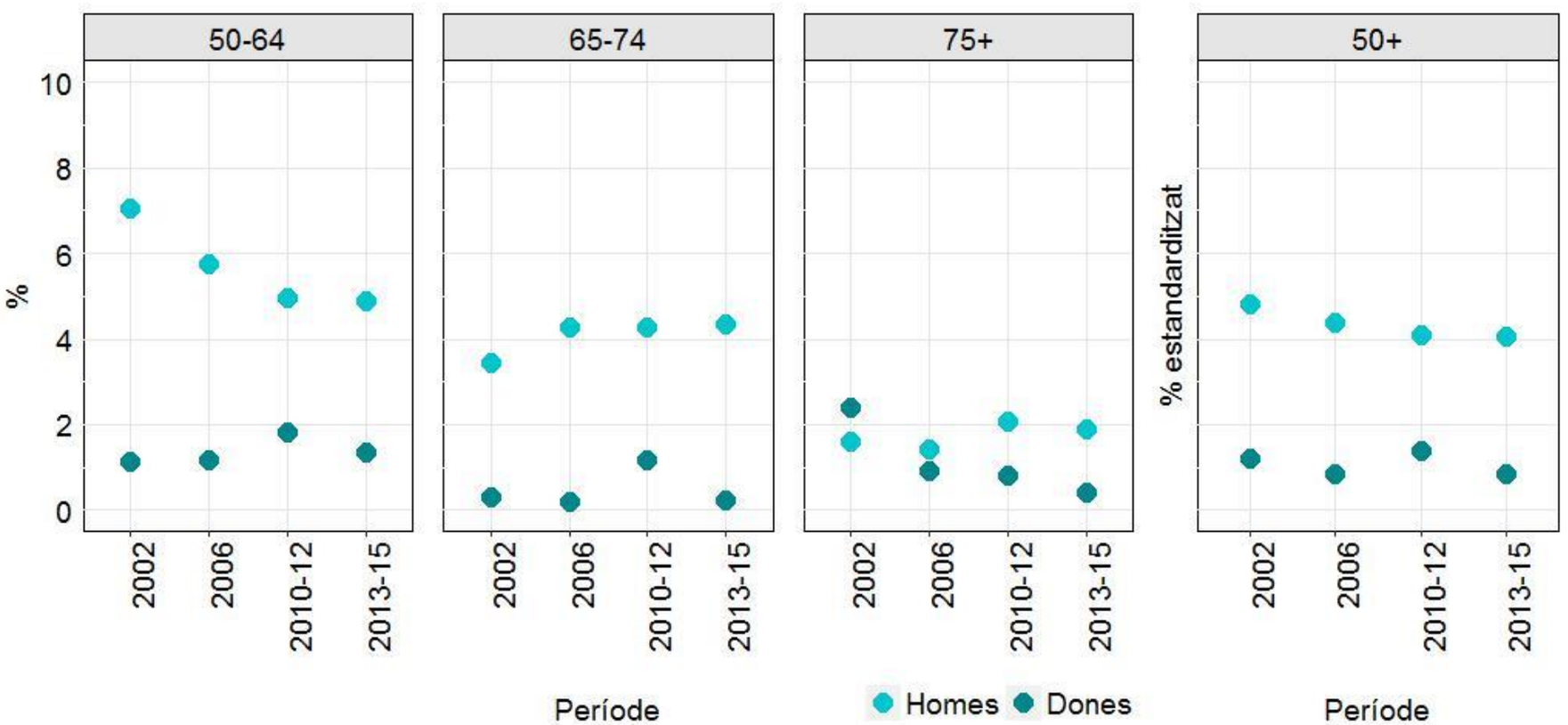
En el cas dels homes, la incidència és elevada i tot i el descens temporal observat per edats, territorialment es manté elevada a totes les regions.

Pel que fa a les dones la incidència es presenta més baixa a totes les regions i no reflecteix l'ascens que es visualitza a les edats més joves. Les diferències territorials de major consum entre els homes es redueixen lleugerament entre 2006 i 2013-15.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre el consum de tabac.

És bevedor/a de risc

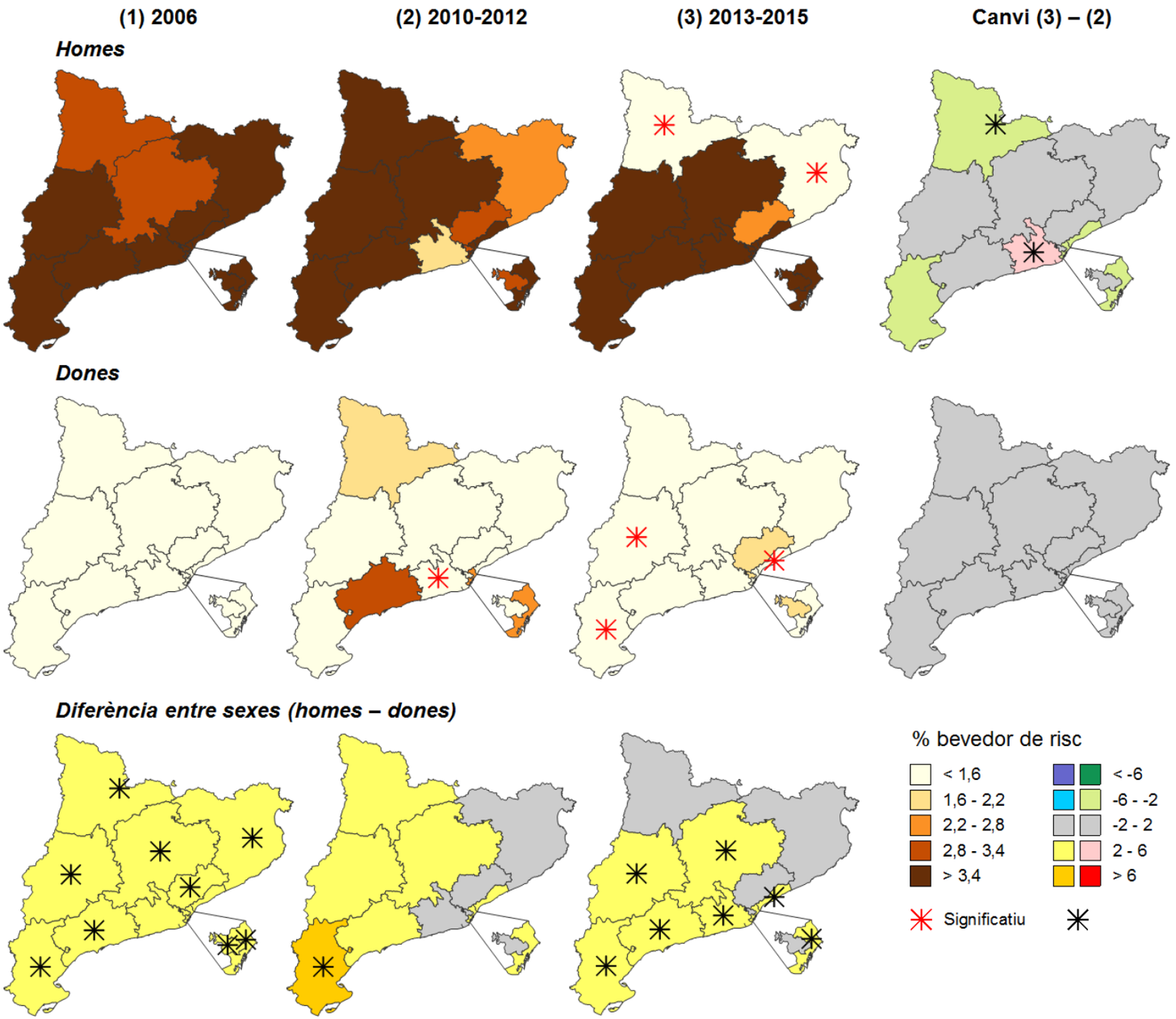
Figura 180. Proporció de població que és bevedora de risc* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre el consum d'alcohol.

La proporció de població que és bevedora de risc és molt baixa al conjunt de la població de 50 i més anys, inferior entre les dones i amb una evolució temporal força estable encara que lleugerament descendent. Al grup d'edat més jove (50-64 anys) la incidència presenta nivells superiors, sobretot entre els homes, tot i que entre aquests el descens és considerable. Al grup d'edat 65-74 ambdós sexes presenten nivells més baixos, especialment les dones, i amb una evolució temporal lleugerament a l'alça entre els homes. Als 75 i més anys la incidència és força més baixa, amb una tendència temporal descendent entre les dones, per una tendència estable entre els homes.

Figura 181. Proporció de població que és bevedora de risc*. Regions sanitàries.



La proporció de població que és bevedora de risc mostra diferències poc importants en l'evolució en el territori.

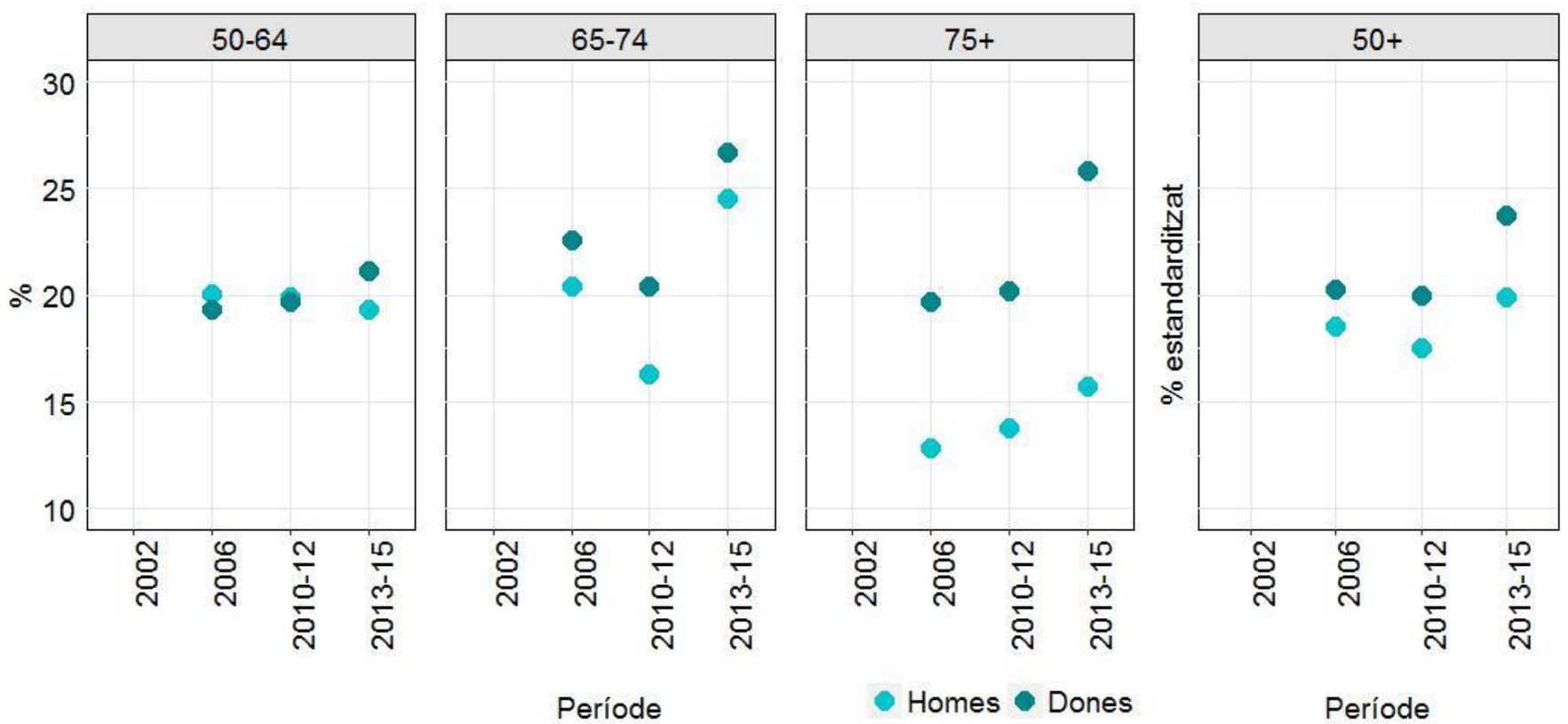
En el cas dels homes, la incidència ha experiment un descens considerable a les regions del nord (Girona i Alt Pirineu i Aran), que es diferencien força de la resta del territori.

Pel que fa a les dones, la similitud és elevada, per una incidència es manté baixa malgrat alguns increments puntuals, com és el cas del Camp de Tarragona al període 2010-12.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *Resposta a la pregunta sobre el consum d'alcohol.

Té obesitat

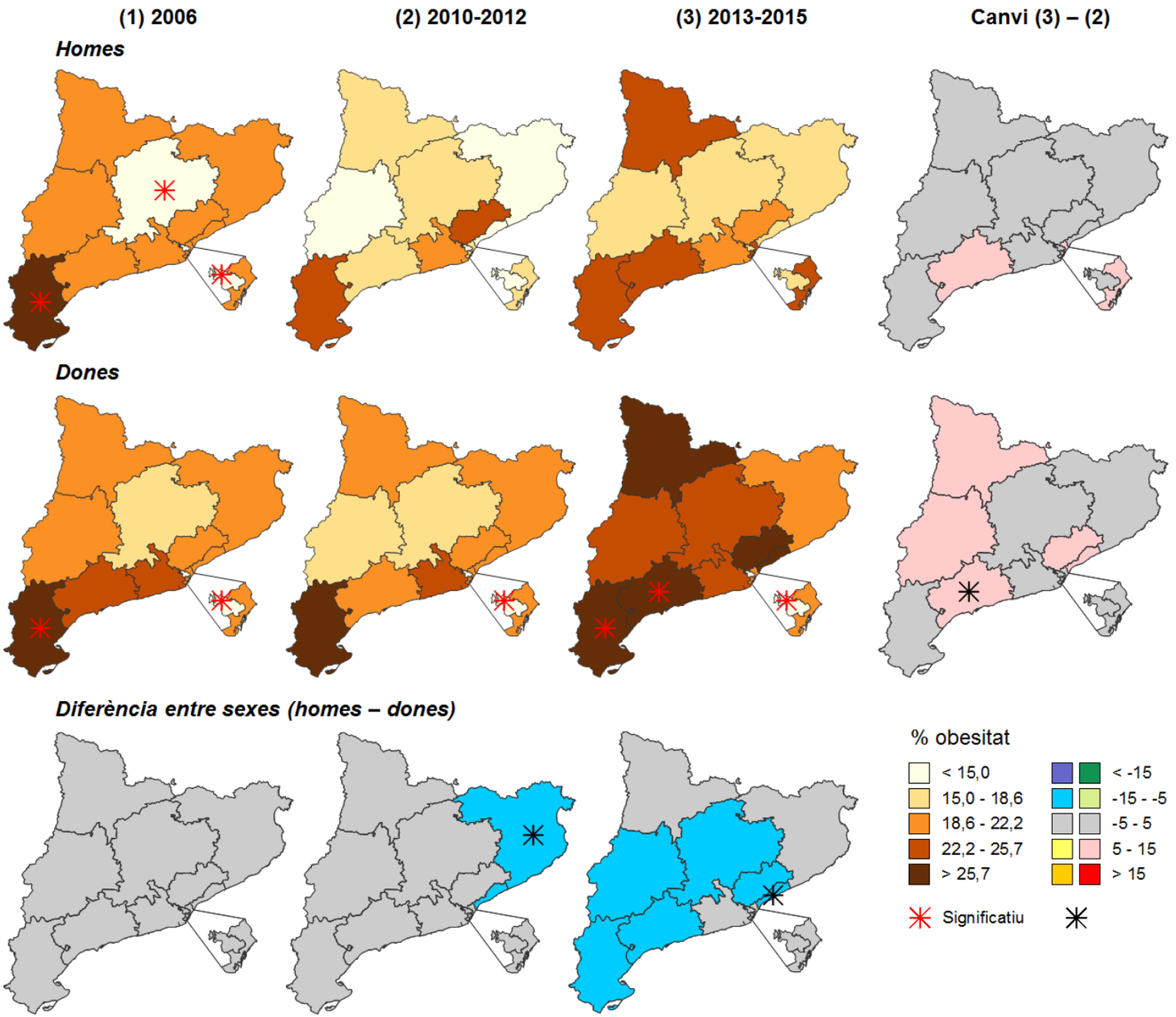
Figura 182. Proporció de població que té obesitat* per sexe i edat.



Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *IMC 30+, basat en les preguntes sobre el pes i la talla.

La incidència de l'obesitat en la població de més de 50 anys és lleugerament superior entre les dones (24%, per un 20% dels homes). L'evolució temporal és a l'alça, especialment notable en el darrer període. Entre els més joves (50-64 anys) la incidència és estable al voltant del 20% i no presenta diferències entre sexes. Al grup d'edat 65-74 les diferències entre sexes continuen essent reduïdes però comencen a incrementar-se lleugerament a favor de les dones, amb un increment considerable per ambdós sexes al període 2013-15. Entre els de més edat (75 i més) la incidència per als homes és menor en comparació a edats precedents, i no varia gaire en relació a edats més joves entre les dones. En ambdós casos la tendència és a l'alça, tot i que de forma més notable entre les dones, creixent considerablement la diferència entre sexes.

Figura 183. Proporció de població que té obesitat*. Regions sanitàries.



La proporció de població que té obesitat presenta diferències remarcables segons la regió sanitària de residència.

En el cas dels homes, la incidència es manté més elevada a l'Alt Pirineu i Aran, al Camp de Tarragona, a les Terres de l'Ebre i a Barcelona Ciutat – menys renda.

Pel que fa a les dones, la incidència creix al Camp de Tarragona, la Corona Est i Oest i l'Alt Pirineu i Aran. En l'evolució temporal, creixen les diferències entre sexes, que són majors a 2013-15 que a 2006 en la majoria de regions sanitàries.

Font: Elaboració pròpia a partir de les microdades de l'ESCA. *IMC 30+, basat en les preguntes sobre el pes i la talla.

Conclusions

Malgrat la duresa de la crisis econòmica, la població Catalana de 50 i més anys va experimentar millores en la seva salut.

L'objectiu d'aquest l'Atles és visualitzar les desigualtats en salut de la població catalana major de 50 anys en funció del seu perfil socioeconòmic i durant els darrers quinze anys, prestant especial atenció als comportaments durant els anys de la crisi econòmica. L'estudi s'ha realitzat amb les dades de vuit edicions de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), analitzant les associacions entre variables socioeconòmiques per edats i sexe i per cinc indicadors de salut (salut autopercebuda, discapacitat, salut mental, consum de medicaments i sedentarisme), a més d'un anàlisi menys detallat per a una bateria d'altres 29 indicadors de salut.

En termes generals, i comparables a altres estudis en contextos semblants[5-9], no s'ha pogut establir una relació clara entre crisi econòmica i estat de salut de la població catalana. Això es deu a que l'impacte d'una crisi econòmica sobre la salut de la població depèn d'una multiplicitat de factors com són les pròpies característiques de la crisi, les respostes polítiques, econòmiques i socials (per exemple, malgrat les retallades, el govern va poder mantenir un sistema de salut assequible i accessible per a tothom) o la pròpia heterogeneïtat de la població en edats madures i avançades. En el nostre cas, una part del col·lectiu de població de 50 a 64 anys o bé va mantenir la seva feina o bé es va prejubilar en relatives bones condicions, mentre que d'altres es van veure abocats a l'atur, sovint de llarga duració que va tenir repercussions negatives sobre la seva salut, sobretot la mental i en l'ús de medicaments. De la mateixa manera, encara que la gent gran gaudeix d'una major estabilitat econòmica al disposar majoritàriament d'un habitatge en propietat i una font estable, encara que sovint insuficient, d'ingressos via pensions i altres prestacions, també és per la seva edat una població vulnerable a les retallades en els serveis sociosanitaris, a l'impacte del copagament sanitari... que es produirien arran de la crisi econòmica. No obstant això, i llevat d'algunes excepcions, les desigualtats socioeconòmiques en salut han disminuït durant el període de la crisi, almenys en la població objecte d'estudi: els majors de 50 anys residents a Catalunya.

L'evolució i la comparació dels indicadors mostra que durant els anys de crisi no es van modificar les grans tendències en els avanços en la longevitat i en les millores en la salut global de la població, observant-se fins i tot efectes no esperats o contraintuïtius durant el boom i la crisi econòmica. Tanmateix, els efectes de la crisi sí que es van manifestar en les condicions de salut de certs col·lectius o bé en aspectes concrets com el consum de medicaments o la salut mental. En els anys de bonança econòmica es donen pocs canvis en la salut autopercebuda dels homes de 50 i més anys, en canvi, s'observa un empitjorament substancial en les dones. Al mateix temps, i en els anys de la crisi, s'observen millores tant en la discapacitat com en la percepció que la població de 50 i més anys té de la seva salut en els dos sexes i especialment entre les categories socioeconòmiques més baixes. Per contra, el risc de mala salut mental és més reactiu a un context econòmic advers, ja que va empitjorar en el primer període de la crisi, encara que posteriorment

No obstant, hi ha altres indicadors de salut, sobretot el risc de mala salut mental, que semblen més reactius al context econòmic advers. És important, llavors, mantenir, en comptes de reduir, els recursos econòmics destinats al sistema sanitari.

va tenir un comportament menys negatiu, especialment entre la població resident en les llars amb menys ingressos. El sedentarisme va seguir l'evolució oposada, amb un increment de l'activitat de la població durant els primers anys de la crisi i un nou augment del sedentarisme en el període 2013-15. Per la seva banda, el consum de medicaments presenta una tendència a l'alça d'ençà 2002, possiblement per la medicalització de l'angoixa emocional i el màrqueting agressiu per part de les farmacèutiques[26], encara que el seu consum es va moderar al darrer període entre la població de 50-64 anys, especialment entre els empleats i les dones jubilades i mestresses de casa.

En síntesi, els canvis en la salut són per una banda anticíclics: millores en indicadors de salut com el d'auto-percepció, la discapacitat i el sedentarisme es donaren durant el primer període de la crisi, al mateix temps que es produeix un empitjorament en alguns indicadors durant els anys de boom econòmic. Algunes de les explicacions d'aquesta relació anticíclica remeten a un empitjorament de les condicions de treball (hores extres i el ritme de treball), a la contaminació atmosfèrica, a una major intensitat de desplaçaments per carretera, a lesions laborals, al consum de productes nocius com el tabac, l'alcohol i les drogues relacionat a l'augment de recursos econòmics, i a la disminució de l'exercici físic, les hores de son i les interaccions socials per la falta de temps[27]. No obstant, per altres indicadors, sobretot els relacionats amb la salut mental, es constata l'efecte negatiu que va representar la crisi econòmica, especialment entre la població de 50 a 64 anys que no treballa. Un resultat a remarcar és que les diferències entre categories socioeconòmiques han disminuït en als anys de la crisi econòmica, encara que les categories socioeconòmiques més altes encara segueixen estant millor informades i protegides en temes de salut que les classes socials més baixes que, a més, es caracteritzen per experimentar canvis més bruscos en la seva salut. En aquest sentit, és necessari que les institucions reforcin les polítiques de protecció i cohesió social, especialment entre les persones en situacions socioeconòmiques desafavorides, i millorin la cobertura, l'accés i la qualitat del sistema de salut, al temps que es dissenyin polítiques per promoure més equitat en la salut.

A escala de les regions sanitàries, i amb l'excepció de l'obesitat i el sedentarisme, es constata una certa dicotomia espacial que contraposa la Catalunya Central, una gran part de la Corona de Barcelona (exceptuant la capital) i les dones de Tarragona, totes elles amb una pitjor salut relativa, amb les zones de l'oest de Catalunya (sobretot a les regions sanitàries de Lleida i de l'Alt Pirineu–Aran). És important, llavors, que aquestes àrees sanitàries, a on també va augmentar l'obesitat, controlin aquestes tendències i estimulin les bones pràctiques de salut entre la seva població.

Bibliografia

1. Velenyi EV i MF Smitz. (2014). Cyclical Patterns in Government Health Expenditures between 1995 and 2010: Are Countries Graduating from the Procyclical Trap or Falling Back? The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Disponible a http://documents.worldbank.org/curated/en/256341468151788251/pdf/878850WP0Cycli00Box385206B00PUBLIC0.pdf.
2. Cylus J, P Mladovsky i M McKee (2012). "Is There a Statistical Relationship between Economic Crises and Changes in Government Health Expenditure Growth? An Analysis of Twenty-Four European Countries." Health services research **47**(6): 2204-2224.
3. Thomson S, J Figueras, T Evetovits, M Jowett, P Mladovsky, A Maresso, et al. (2014). Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. WHO Regional Office for Europe. Disponible a www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/257579/Economic-crisis-health-systems-Europe-impact-implications-policy.pdf?ua=1.
4. Kondilis, E, S Giannakopoulos, M Gavana, I Ierodiakonou, H Waitzkin i A Benos (2013). "Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case." American journal of public health **103**(6): 973-979.
5. Ruhm CJ (2007). "A healthy economy can break your heart." Demography **44**(4): 829-848.
6. Tapia Granados JA (2005). "Recessions and mortality in Spain, 1980–1997." European Journal of Population **21**(4): 393-422.
7. Tapia Granados JA (2007). "Salud, economía y libertad: 40 años de crecimiento económico, transición política y condiciones de salud en España." Medicina clínica **128**(12): 463-467.
8. Tapia Granados JA (2014). "La crisis y la salud en España y en Europa:¿ Está aumentando la mortalidad?" Salud colectiva **10**(1): 81-91.
9. Karanikolos M, P Mladovsky, J Cylus, S Thomson, S Basu, D Stuckler, et al. (2013). "Financial crisis, austerity, and health in Europe." The Lancet **381**(9874): 1323-1331.
10. Virtanen M, M Kivimäki, M Elovainio, J Vahtera, K Kokko i L Pulkkinen (2005). "Mental health and hostility as predictors of temporary employment: evidence from two prospective studies" Social Science & Medicine **61**(10): 2084-2095.
11. Cortès-Franch I. i BG López-Valcárcel (2014). "Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014." Gaceta Sanitaria **28**: 1-6
12. Idler EL i Y Benyamini (1997). "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies." Journal of health and social behavior **38**(1): 21-37.
13 http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736167628&menu=resultados&idp=1254735576581
14 https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm
15. Davey Smith G, C Hart, D Hole, P MacKinnon, C Gillis, G Watt, et al. (1998). Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *Journal of Epidemiology and Community Health,* 52, 153-160.
16. Marmot M (2005). Social determinants of health inequalities. The Lancet, 365, 1099-1104.
17. Winkleby MA, DE Jatulis, E Frank i SP Fortmann (1992). Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. American journal of public health, 82, 816-820.
18. Pincus T i Callahan, L.F. (1994). Associations of low formal education level and poor health status: behavioral, in addition to demographic and medical, explanations? Journal of clinical epidemiology, 47, 355-361.
19. Van Poppel F (1992). Religion and health: Catholicism and regional mortality differences in nineteenth-century Netherlands. Social History of Medicine, 5, 229-253.
20. Marmot MG, S Stansfeld, C Patel, F North, F Head, I White, et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. The Lancet, 337, 1387-1393.
21. Marmot MG i RG Wilkinson (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. British Medical Journal, 322, 1233-1236.
22. Martikainen, P.T. (1990). Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. British Medical Journal, 301, 407-411.
23. http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9683
24. Ajuntament de Barcelona, & Comissionat de Salut (2016). Privatització i mercantilització en l'assistència sanitària pública a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Disponible a http://hdl.handle.net/11703/97336.
25 TV3 (2011). El conseller Boi Ruiz aconsella les mútues. Telenotícies, Date: 11/01/2011. Disponible a http://www.ccma.cat/tv3/alacarta/programa/3alacarta/video/3308970/
25 Goldberg D (1979). GHQ and psychiatric case. British Journal of Psychiatry 134:446–447.
26 Serna C, I Cruz, L Galván, J Real, E Gascó, i J Soler-González (2010). Evolution of the prevalence and incidence of consumption of antidepressants in a Spanish region (2002–2007). Mental Health in Family Medicine, 7(1), 9-15.
27 Tapia Granados JA (2011). "La mejora de la salud durante las crisis económicas: Un fenómeno contraintuitivo." Papeles de relaciones ecosociales y cambio global, **113**, 121-137.

Imatges

https://es.pngtree.com/freepng/cartoon-dog-elderly_226157.html; http://jqcabreadonorte.blogspot.com.es/2014/03/el-presidente-del-partido-popular-de_11.html; https://pixabay.com/nl/geld-zak-cash-euro-dief-rover-158908/; https://pixabay.com/nl/ambachtslieden-monteur-roer-1019836/; https://pixabay.com/nl/blanke-man-3d-man-ge%C3%AFsoleerd-3d-1871410/; https://sp.depositphotos.com/52506181/stock-photo-new-five-euro-banknote.html; https://www.123rf.com/photo_33983625_stock-vector-social-classes-cartoon-illustrations.html. Copyright: tomaccojc; https://www.heraldo.es/noticias/nacional/2017/02/01/solo-de-los-hogares-hombres-mujeres-reparten-por-igual-las-tareas-domesticas-1156819-305.html; http://www.imagui.com/a/dibujos-animados-de-personas-trabajando-en-oficina-i5epoR8q5; https://www.larazon.es/economia/el-numero-de-billetes-de-500-euros-cae-un-24-en-2017-hasta-38-millones-FA17533987; https://www.loottis.com/service/item/medicina-y-consciencia/; https://www.pinterest.es/pin/549720698245604255/; https://hanslodge.com/clipart/6Typ4E6Tn.htm; https://hanslodge.com/clipart/300794.htm; https://hanslodge.com/clipart/32553.htm

Annex

Metodologia

Comparabilitat en el temps i entre homes i dones, factors socioeconòmics i territori

Per poder comparar els indicadors de salut entre diferents grups de població vam calcular taxes estandarditzades per l'estructura d'edat. En primer lloc, vam utilitzar el factor de ponderació corresponent al any de l'enquesta donat per l'ESCA per equilibrar la mostra segons la distribució de la població catalana. Després, per poder comparar entre les àrees sanitaris, en el temps i amb altres estudis vam aplicar la població estàndard europea del 2013. Per les comparacions dintre l'àmbit espanyol vam utilitzar la mateixa població estàndard i els factors de ponderació proporcionats en les enquestes ENSE i EESE. Donat al fet que els resultats venen de mostres d'enquestes i no d'un cens, vam calcular intervals de confiança (90%) per la majoria dels resultats mostrats.

Variables utilitzades en l'Atles

Les Taules 1 i 2 de l'Annex mostren els indicadors de salut i socioeconòmics que s'han analitzat per l'Atles i les seves definicions. A l' hora d'escollir els indicadors era també rellevant la seva disponibilitat i comparabilitat entre els diferents anys.

Variables de salut: Les enquestes de salut recullen una multitud d'indicadors de salut però, per l'objectiu d'aquest projecte, hem decidit mostrar una selecció basada en la seva representació en els diferents àmbits de la salut i la possible associació amb factors socioeconòmics. Amb sis indicadors de salut (salut autopercebuda, salut en general, tenir almenys una discapacitat, risc de tenir mala salut mental, ús de medicaments, tenir una vida sedentària) mostrem gràficament les diferències segons l'edat, sexe, nivell socioeconòmic i territori. Pels altres indicadors mostrem només les diferències segons l'edat, sexe i territori gràficament. No obstant, en l'Annex hem afegit també els resultats per nivell socioeconòmic.

Variables socioeconòmiques: Les diferents edicions de l'ESCA recullen informació addicional sobre el context familiar i dades sociodemogràfiques de l'entrevistat i la persona de referència de la llar. Com que l'interès del nostre treball inclou persones en edat laboral i al mateix temps el període d'estudi coincideixi amb un boom i una crisi econòmica, ens hem fixat en aquelles variables conegudes per la seva relació amb la salut (veure apartat "El context socioeconòmic i la seva relació amb la salut"), en concret, la relació amb l'activitat econòmica (però només per l'edat 50-64 degut a una manca de casos entre la població major), el nivell educatiu, la classe social de la llar, els ingressos mensuals de la llar (excepte per 2002) i el tipus de cobertura sanitària.

Taula Annex 1. Llista de variables de salut utilitzades en l'Atles.

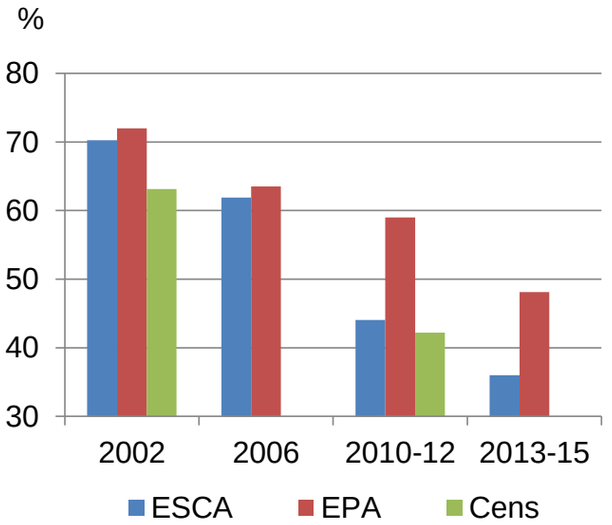
Indicadors de salut	La pregunta concreta	Categories de respostes utilitzades en l'analisi[1]	Anys
Salut autopercebuda	Com es la seva salut en general?	Bona salut (Salut 'excel·lent, 'bona' o 'molt bona'); Absència de bona salut ('regular', 'dolenta').	Tots els anys
	Termòmetre d'estat de salut	De 0 (pitjor) a 100 (millor)	
Discapacitats, limitacions i trastorns crònics	Té alguna limitació o discapacitat que afecta de manera permanent per fer les seves activitats quotidianes?	Si en almenys 1 de 10 ítems. No vam utilitzar l'onzè ítem que es va preguntar a 2006 i 2010-15 per poder comparar en el temps.	Tots els anys
	Últims 12 mesos dificultat per anar a treballar	Si; Sense limitació	2002; 2006; 2010-12
	Problemes per fer les activitats quotidianes (avui)	Si; No	Tots els anys
	Està ansiós/a o deprimit/da (avui)	Si; No	Tots els anys
	Adults amb 4 o més trastorns crònics	Si; No	Tots els anys
Salut mental (últims 30 dies)	Índex de salut mental (Índex Gold/GHQ12)	Risc de mala salut mental; Salut mental normal	Tots els anys
	S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	Si (Si millor; Si/No però igual); No (No, menys; No, molt menys)	
	Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?	No (No, en absolut; No/Sí però igual); Si (Sí, més; Sí, molt més)	
	Ha sentit que té un paper útil a la vida?	Si (Si més útil; Si/No però igual); No (No, menys; No, molt menys)	
	S'ha sentit capaç de prendre decisions?	Si (Si més; Si/No però igual); No (No, menys; No, molt menys)	
	S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?	No (No, en absolut; No/Sí però igual); Si (Sí, més; Sí, molt més)	
	Ha tingut la sensació que no pot superar dificultats?	No (No, en absolut; No/Sí però igual); Si (Sí, més; Sí, molt més)	
	Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?	Si (Si més; Si/No però igual); No (No, menys; No, molt menys)	
	Ha estat capaç de fer front als seus problemes?	Si (Si més capaç; Si/No però igual); No (No, menys; No, molt menys)	
	S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?	No (No, en absolut; No/Sí però igual); Si (Sí, més; Sí, molt més)	
	Ha perdut confiança en vostè mateix/a?	No (No, en absolut; No/Sí però igual; Si (Sí, més; Sí, molt més)	
	Ha pensat que no serveix per a res?	No (No, en absolut; No/Sí però igual); Si (Sí, més; Sí, molt més)	
	Se sent raonablement feliç?	Si (Si més; Si/No però igual); No (No, menys; No, molt menys)	
Ús de medicaments (últims 2 dies)	Han pres algun medicament?	En 2002 Si (Si, no receptat; Si, receptat); No	Tots els anys
	Tranquil·litzants, sedants	En 2006 Si (Receptat pel metge; Aconsellat a la farmàcia; Iniciativa pròpia); No.	
	Medicaments antidepressius		
	Medicaments per a la tensió arterial	En 2010-15; Si; No	
	Medicaments per al colesterol		
	Medicaments per a la diabetis		
	Medicaments per al cor		
	Medicaments per dormir		
	Medicaments per a l estómac		
Comportament/estil de vida	Activitat física habitual i activitat física en temps lliure	"Sedentària" en les dues variables reconstruïdes per l'ESCA	Tots els anys
	Consum de tabac	Fumador diari o ocasional	Tots els anys
	Consum d'alcohol	Bevedor de risc (≥ 28 (homes) o 17 (dones) unitats per setmana i/o 5 consumicions seguides almenys un cop al mes*)	Tots els anys; *no preguntat a 2002
	Obesitat (Índex de massa corporal a partir de les preguntes sobre el pes i la talla)	IMC 30,0+	2006; 2010-12; 2013-15

Taula Annex 2. Llista de variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles.

Indicador socioeconòmics	La pregunta concreta	Categories de respostes utilitzades en l'analisi[1]	Anys
Activitat	Quina és la seva situació laboral principal actual?	Treballant Aturat curta durada Aturat llarga durada Incapacitat Feines de la llar Jubilat	Tots els anys
Nivell d'estudis	Quin és el seu nivell màxim d'estudis finalitzats?	Primària o menys 1er cicle secundari o més	Tots els anys
Classe social de la persona de referència de la llar	Quina feina concreta fa (o feia) en aquesta empresa?	Classe social més alta: directius, administradors, tècnics superiors, altres directius, tècnics mitjos, quadres intermedis, administratius Classe social més baixa: treballadors manuals qualificats, treballadors manuals semiqualificats, treballadors no qualificats	Tots els anys
Nivell d'ingressos de la llar	Aproximadament, quins són els ingressos bruts mensuals?	<= 600€ 601 – 1.200€ 1.201 – 1.800€ 1.801 – 3.000€ + 3.001€	2006, 2010-12, 2013-14
Cobertura sanitària	Té dret a l'assistència sanitària mitjançant alguna de les entitats que ara li llegiré?	Només cobertura pública Cobertura pública i privada	Tots els anys

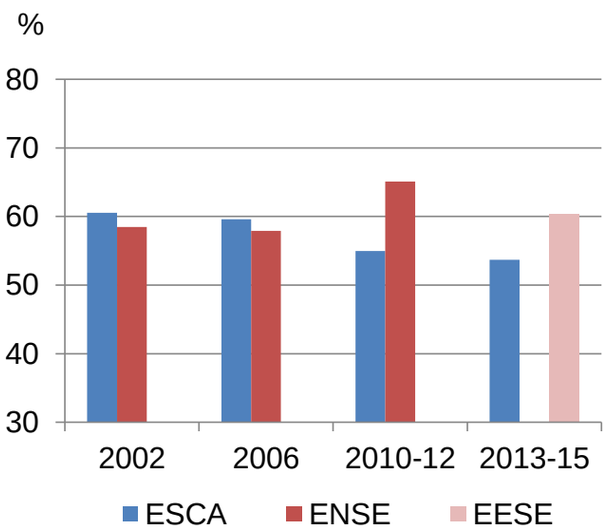
Comparabilitat entre l'ESCA i altres fonts

Figura Annex 1. Educació. Proporció amb primària o menys segon diferents fonts. Població 50 i més anys a Catalunya.



El nivell d'estudis fa referència al grau màxim d'estudis finalitzats. En les diferents onades de l'ESCA apareixen nou categories, des de "No sap llegir o escriure" fins a "Universitaris tercer cicle". Per analitzar la seva relació amb els indicadors de salut s'ha dicotomitzat la variable a "Primària o menys" i "Secundària i més". Comparat amb l'Enquesta de Població Activa (EPA) –una font ben coneguda per la seva informació socioeconòmica– pels mateixos anys (segon quartil), les proporcions són molt semblants per a 2002 i 2006, però pel període de 2010-12 l'ESCA s'assembla més als resultats del Cens del 2011. Una anàlisi feta per les generacions de1920-29, 1930-39 i 1940-49 (no mostrat aquí) va revelar que l'ESCA tenia una sobrerepresentació de persones amb un baix nivell d'estudis els anys 2002 i 2006. No obstant, com l'objectiu general de l'Atles és comparar els nivells de salut *entre* categories socioeconòmiques, aquest biaix té poca importància.

Figura Annex 2. Classe social*. Proporció en grups IVa, IVb i V. Població 50 i més anys a Catalunya.



*De la persona de referència

A l'ESCA, la informació sobre la classe social de la persona de referència es recull a través de sis categories, que són les mateixes categories utilitzades a l'Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) i l'Encuesta Europea de Salud en España (EESE). Aquestes dues darreres fonts es van utilitzar pels anàlisis entre les CCAA (veure Figura 10). Una vegada agregades a dues categories, les proporcions de persones vivint en llars de classes més baixes segons l'ESCA són molt semblants per a 2002 i 2006 en comparació amb l'ENSE. No obstant, i com succeeix amb l'educació, segons l'ESCA la proporció en els grups més baixos va ser gairebé un 5% menys en 2010-12. En canvi, segons l'ENSE del 2011-12 va haver-hi un augment en la proporció, causant una diferència del 10% amb el resultat de l'ESCA. En l'últim període la diferència amb l'EESE va disminuir lleugerament. Com que l'objectiu general de l'estudi és comparar nivells de salut *entre* categories socioeconòmiques, aquest biaix té poca importància. Finalment, no es van utilitzar dades dels censos per falta de comparabilitat (al Cens sols recull informació dels actius, que a partir dels 65 anys són pocs).

Taula Annex 3. Proporció de població segons la relació amb l'activitat. Població 50-69 anys a Catalunya.

	Homes									Dones								
	2001	2002	2002	2006	2006	2010-12	2011	2013-15	2014	2001	2002	2002	2006	2006	2010-12	2011	2013-15	2014
	Cens	ESCA	EPA	ESCA	EPA	ESCA	EPA	ESCA	EPA	Cens	ESCA	EPA	ESCA	EPA	ESCA	EPA	ESCA	EPA
Treballant	54,6	55,0	53,9	59,9	61,6	53,3	53,3	51,6	49,4	25,7	25,7	24,3	36,7	35,3	37,0	40,3	41,5	40,5
Aturat	4,3	5,3	3,4	6,7	2,1	10,3	8,5	14,1	11,0	4,0	5,1	3,3	4,3	2,9	8,0	5,1	8,0	8,5
Incapacitat	6,6	5,4	7,8	7,2	3,8	9,8	2,4	10,9	3,1	4,2	3,3	2,0	5,4	0,8	7,8	1,0	7,4	1,1
Jubilat	29,7	33,9	28,5	25,9	23,9	26,1	27,8	23,3	27,0	16,0	14,6	11,4	13,2	11,6	16,5	14,5	16,8	18,5
Feines de llar	0,7	0,2	1,6	0,1	5,5	0,2	5,4	0,0	7,1	37,6	50,7	56,7	39,9	47,6	30,2	37,0	25,5	30,0
Altres	4,1	0,2	4,8	0,3	3,1	0,3	2,6	0,2	2,4	12,5	0,6	2,3	0,6	1,8	0,5	2,1	0,7	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En la relació amb l'activitat, en la majoria dels anàlisis de salut s'ha utilitzat la distinció dicotòmica treballar i no treballar. Com mostra la Taula Annex 3, no hi ha gaires diferències entre fonts en la categoria "treballant" en cap dels anys analitzats. Comparant amb el Cens del 2001, amb les excepcions de les feines de la llar per les dones i "altres" per ambdós sexes, les proporcions també són prou semblants. En canvi, les discrepàncies entre l'ESCA i l'EPA relacionades amb les altres categories són més grans, sobretot a partir de l'any 2006. No s'han mostrat les diferències amb el Cens del 2011 per falta de comparabilitat degut a que no és possible distingir a les persones que es dediquen a les feines de la llar.

En relació amb els ingressos de la llar, l'ESCA no va recollir aquesta informació en 2002 i en 2015, però amb les categories que proporcionaven les onades del 2006 i 2010 fins a 2014 es va poder construir categories bastant comparables (veure Figura 14). En quan a la comparació amb altres CCAA, ni l'EPA, ni el Cens recullen aquesta informació. L'EESE sí que ho fa, però les categories no es poden harmonitzar amb les de l'ESCA. Tot i que s'utilitzaven diferents categories entre onades, es pogueren construir tres categories gairebé idèntiques (veure Figura 15).

Escales utilitzades pels mapes

Es necessitava una deliberació acurada per aportar una escala adequada als mapes que mostren diferències regionals en salut. Per als mapes de les regions sanitàries, vam decidir construir les representacions en una escala relativa ja que això facilitava la comparació entre els mapes. Totes les escales es composen de 5 intervals que es determinen pel mètode de la desviació estàndard. Les dades que s'utilitzen per elaborar les llegendes dels mapes són els valors conjunts per a homes i dones i per a tot el període d'anàlisi (2006-2015) corresponen a cadascuna de les variables representades.

L'amplitud de les escales utilitzades per representar les diferències temporals i de sexe s'han establerts a través del mètode d'intervals iguals, determinant intervals amb una grandària de 10 unitats.

En relació amb els mapes que comparen les CCAA, s'ha optat per establir una escala amb tres intervals en funció de la posició del valor de cada CC.AA representat respecte al valor total d'Espanya i la seva significació estadística ($p<0,10$).

Més resultats

En les següents taules estan els resultats dels 33 indicadors de salut llistats a la Taula Annex 1, primer per 3 grups d'edat 50-64, 65-74 i 75+ i sexe (Taula Annex 4), seguit pels resultats creuats per sexe i característica socioeconòmica (Taula Annex 5-9). Els resultats estan estandarditzats per edat, aplicant la població estàndard europea del 2013 als efectius en els 3 grups d'edat anteriorment mencionats, amb l'excepció de la variable relació amb l'activitat que correspon als valors per l'edat 50-64, per raons obvies.

Els resultats sobre la salut autopercebuda, l'estat de salut en general, la discapacitat, la salut mental, l'ús de medicaments i el sedentarisme es van graficar a la part principal de l'atles però les taules en aquest Annex contenen els valors pels resultats estandarditzats. En quan als altres resultats, l'apartat "Altres indicadors" conté gràfics que mostren els resultats per a la població total i en les taules els valors corresponents i els resultats creuats amb les característiques socioeconòmiques.

Per poder veure millor les diferències entre les categories edat/sexe i sexe/variable socioeconòmica, s'ha aplicat una escala de colors als valors en cada indicador de salut (es a dir, només es pot comparar els valors d'un indicador de salut a la vegada). L'escala va des de gammes de vermell (pitjor situació) a gammes de verd (millor situació).

Per resumir breument els resultats de la Taula Annex 4, els adults madurs (50-64) dones un resultat millor en els indicadors de salut seleccionats que els recent jubilats (65-74) i la gent gran (75+), amb l'excepció de tabaquisme i bevedor de risc (pitjor entre els adults madurs), la salut mental (millor entre els recent jubilats, sobre tot en relació amb la pèrdua de son per culpa de les preocupacions, estar carregat/da de tensió). Els homes també mostren millors resultats que les dones, amb l'excepció de tabaquisme, consum d'alcohol i l'ús de medicaments per al cor i la diabetis. En relació amb els canvis en el temps, va haver millores entre 2002 i 2013-15 en molts indicadors però hi ha també excepcions. Per exemple, tenir almenys una discapacitat (sobre tot durant el *boom*), estar ansiós (dones durant el *boom*), tenir 4 o més trastorns crònics (2006 i 2010-12), les preocupacions que fan perdre la son durant el primer període de la crisi, l'ús de gairebé tots els medicaments analitzats –una altra vegada durant el primer període de la crisi– i el sedentarisme (sobre tot entre les dones i durant el boom i el segon període de la crisi).

Avançant-se a les diferències socioeconòmiques (Taula Annex 5-9) observem que les categories més baixes tenen una puntuació pitjor que les categories més altes encara que, tal com es va mostrar en més detall en els diferents apartats, les diferències socioeconòmiques van disminuir, sobre tot a partir dels primers anys de la crisi (2010-12) en el cas dels homes i en l'últim període (2013-15) en el cas de les dones. Però aquí també hi ha una sèrie d'excepcions destacables. És el cas del tabaquisme, que entre els homes va experimentar una major disminució entre les classes socials més altes, en canvi, entre les dones el tabaquisme va conèixer un augment més important entre les categories socioeconòmiques més baixes; o de l'ús global de medicaments, que va baixar entre els homes actius de 50-64 anys però va augmentar entre els no actius. Això mateix succeeix entre les dones amb l'ús de tranquil·litzants (on la bretxa entre els nivell educatius, les classes socials i els ingressos de la llar va augmentar), en la utilització dels medicaments contra el colesterol (la distància entre classes socials, per ingressos de la llar i segons tipus de cobertura sanitària també creix); o per ambdós sexes en el fet de tenir una vida sedentària, on la seva prevalença va pujar més entre els homes i les dones que no treballaven.

Taula Annex 4. Resultats dels indicadors de salut per edat i sexe (%).

		50-64 Homes				Dones				65-74 Homes				Dones			
		02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15
SALUT AUTOPERCEBUDA																	
Excel·lent (1)		4,7	5,1	5,4	5,2	2,5	2,7	3,7	3,0	1,8	3,3	4,3	3,0	1,9	1,3	2,7	3,2
Molt bona (2)		10,4	13,4	19,1	24,4	9,5	11,7	15,5	21,3	8,9	10,3	14,0	16,7	7,8	6,4	9,5	14,3
Bona (3)		51,2	51,9	51,1	49,6	48,2	43,7	46,0	47,1	49,0	46,4	48,6	46,5	37,0	36,1	37,9	44,9
Regular (4)		26,8	24,4	20,4	16,4	30,7	30,7	27,2	23,3	34,0	31,7	26,5	27,7	42,5	41,7	39,1	28,2
Dolenta (5)		6,9	5,3	4,0	4,4	9,1	11,2	7,6	5,3	6,3	8,2	6,5	6,1	10,8	14,6	10,8	9,4
Risc de no tenir una bona salut autopercebuda (4+5)		33,7	29,6	24,4	20,8	39,8	41,9	34,7	28,6	40,2	39,9	33,1	33,9	53,3	56,3	49,9	37,6
Termòmetre d'estat de salut (de 0 a 100)		68,9	69,2	71,4	73,5	64,6	63,4	67,3	69,3	66,3	65,2	68,4	68,8	60,9	55,1	62,0	65,0
DISCAPACITATS, LIMITACIONS i TRASTORNS CRÒNICS																	
Té almenys una discapacitat		14,8	17,9	17,1	14,0	19,5	24,5	18,9	15,8	27,2	30,2	22,8	26,3	33,1	46,8	31,5	27,9
Té restricció activitat habitual últims 12 mesos		21,3	14,4	12,7		28,1	21,6	17,2		18,5	17,1	12,3		27,4	26,1	18,7	
Té problemes per fer les activitats quotidianes (avui)		8,6	11,1	8,6	9,4	15,6	18,8	14,5	13,3	13,4	13,4	11,2	16,2	26,6	33,5	23,6	23,1
Està ansiós/a o deprimit/da (avui)		18,2	17,6	15,9	15,2	30,1	39,3	31,5	28,6	19,0	17,9	19,3	19,8	33,7	40,6	34,3	36,7
Té 4 o més trastorns crònics		32,7	37,2	38,7	33,7	56,7	64,2	61,7	52,8	52,6	56,9	58,7	60,2	70,2	76,8	77,3	71,7
SALUT MENTAL (últims 30 dies)																	
Risc de tenir mala salut mental (INDEX GOLD)		9,8	8,7	11,7	6,6	21,6	17,6	18,8	13,3	9,5	7,3	6,3	6,8	18,2	18,9	16,5	12,5
S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	(molt) menys que habitualment	6,2	5,5	5,9	4,7	13,0	10,9	9,6	8,1	6,7	3,4	3,4	5,4	10,6	8,4	10,5	7,5
Ha sentit que té un paper útil a la vida?		4,2	2,4	3,4	2,7	6,0	3,6	5,8	4,1	5,3	2,3	1,9	2,6	4,6	4,9	3,8	4,0
S'ha sentit capaç de prendre decisions?		3,6	1,7	2,1	1,5	6,5	2,3	2,6	3,2	3,3	1,5	2,1	2,6	5,6	3,6	3,5	2,9
Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?		5,3	3,7	4,5	3,5	9,2	8,8	7,3	6,7	5,3	3,8	2,6	4,4	6,7	7,1	8,3	7,3
Ha estat capaç de fer front als seus problemes?		3,8	1,6	2,9	2,0	6,7	4,8	5,5	4,4	1,8	2,1	1,6	3,4	4,2	5,2	5,1	3,6
Se sent raonablement feliç?		3,0	2,6	3,3	1,9	7,1	5,6	7,5	4,9	3,5	4,2	2,1	2,9	3,9	8,2	6,8	5,0
Les preocupacions li han fet perdre molt la son?	(molt) més que habitualment	11,4	11,2	17,0	9,8	23,9	20,2	23,8	16,0	12,7	7,4	7,9	7,9	17,7	16,4	18,2	11,8
S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?		15,1	15,1	15,5	10,5	28,5	24,9	21,0	17,1	10,8	9,8	6,5	8,8	22,2	19,0	21,0	11,5
Sensació de no poder superar les seves dificultats?		6,5	6,7	9,2	5,5	14,0	12,5	13,4	11,2	4,8	5,8	5,6	5,8	10,5	14,2	10,3	8,8
S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?		9,2	8,2	8,9	5,5	21,0	16,4	19,6	11,7	9,1	8,2	8,3	5,8	20,2	18,3	15,4	13,8
Ha perdut confiança en ell/a mateix/a?		5,7	4,0	4,9	3,6	8,1	8,0	9,6	6,5	5,2	4,9	3,8	3,8	6,8	11,8	10,5	6,7
Ha pensat que no serveix per a res?		3,0	1,7	2,1	1,6	5,6	4,3	4,8	3,7	5,9	1,5	2,3	2,4	3,5	5,7	5,5	3,0
ÚS DE MEDICAMENTS (últims 2 dies)																	
Han pres algun medicament		60,0	65,0	70,1	66,1	72,5	81,1	80,3	76,1	77,8	82,9	87,6	90,5	81,4	93,4	94,7	91,0
Tranquil·litzants, sedants		7,9	8,0	7,9	6,6	12,2	18,7	19,1	16,2	8,8	9,0	8,8	9,9	15,4	24,6	25,9	17,0
Medicaments antidepressius		3,4	5,5	5,7	5,4	10,3	14,8	19,7	17,8	4,1	7,0	6,2	7,4	9,9	18,3	20,7	19,1
Medicaments per a la tensió arterial		17,4	26,8	29,7	26,8	14,9	22,6	26,3	22,4	31,6	44,3	49,4	57,7	33,4	48,7	47,9	48,0
Medicaments per al colesterol		10,6	16,1	20,5	23,8	9,1	15,6	19,1	18,0	13,7	24,3	31,8	39,0	21,5	23,0	36,2	36,1
Medicaments per al cor		9,0	7,8	7,8	8,4	3,3	3,1	3,9	2,5	16,5	16,7	21,4	18,8	6,5	14,4	11,5	11,6
Medicaments per a la diabetis		5,7	8,1	9,6	10,0	4,0	5,9	6,1	6,2	12,6	11,6	17,4	20,2	8,6	13,7	12,3	14,0
Medicaments per dormir		2,8	6,4	7,1	5,5	9,4	14,9	16,1	16,1	8,6	8,4	10,9	11,2	15,2	24,9	27,2	25,5
Medicaments per a l'estómac		6,9	10,7	14,7	13,1	8,3	12,3	22,0	16,0	9,4	14,1	26,2	26,1	9,5	21,6	34,7	26,9
COMPORTAMENT I ESTIL DE VIDA																	
Activitat fisica no saludable (sedentària)		22,4	20,9	18,5	24,4	14,8	19,0	15,9	22,3	27,2	29,3	18,3	28,7	26,3	31,3	18,1	29,9
Fumador (diari i ocasional)		36,1	30,5	35,6	31,7	10,8	14,9	19,6	21,1	21,1	19,3	19,8	16,4	3,8	2,8	5,8	5,0
Bevedor de risc		7,0	5,8	5,0	4,9	1,1	1,2	1,8	1,4	3,5	4,3	4,3	4,4	0,3	0,2	1,2	0,2
Obesitat			20,1	19,9	19,3		19,3	19,7	21,2		20,4	16,3	24,5		22,6	20,4	26,7

75+ Homes 02	06	10-12	13-15	Dones 02	06	10-12	13-15	50+ Estandarditzat Homes 02	06	10-12	13-15	Dones 02	06	10-12	13-15		
																	SALUT AUTOPERCEBUDA
2,2	2,6	1,4	1,9	1,0	0,8	1,3	1,0	3,4	4,0	4,2	3,9	2,0	1,9	2,9	2,6		Excel·lent (1)
5,2	7,2	8,3	9,5	4,0	7,0	6,6	9,1	8,8	11,1	15,2	18,9	7,8	9,2	11,8	16,6		Molt bona (2)
37,7	35,8	41,1	41,3	30,8	25,7	30,6	38,3	47,5	46,7	48,1	46,8	41,2	37,5	40,3	44,5		Bona (3)
38,6	42,5	38,8	34,4	44,4	45,4	44,3	39,2	31,4	30,5	26,3	23,6	37,0	37,1	34,3	28,3		Regular (4)
16,3	12,0	10,5	12,9	19,8	21,0	17,3	12,4	8,9	7,6	6,2	6,8	12,0	14,4	10,7	8,0		Dolenta (5)
54,9	54,4	49,3	47,3	64,1	66,4	61,5	51,6	40,3	38,1	32,5	30,4	49,0	51,4	45,0	36,3		Risc de no tenir una bona salut autopercebuda (4+5)
60,1	58,7	59,8	60,4	53,9	50,4	53,4	56,6	66,2	65,7	67,9	69,3	61,2	58,2	62,7	65,2		Termòmetre d'estat de salut (de 0 a 100)
																	DISCAPACITATS, LIMITACIONS i TRASTORNS CRÒNICS
44,0	58,8	59,7	50,9	56,8	73,4	64,3	61,6	24,9	30,6	28,4	25,8	31,8	41,8	32,8	29,7		Té almenys una discapacitat
32,4	23,6	24,6		41,1	35,6	33,6		23,1	17,2	15,3		30,9	26,0	21,4			Té restricció activitat habitual últims 12 mesos
28,0	33,6	33,1	35,0	49,6	56,2	54,2	50,2	14,4	16,9	14,9	17,1	26,4	31,4	26,1	24,4		Té problemes per fer les activitats quotidianes (avui)
20,9	26,1	25,0	26,1	41,5	46,6	41,7	38,1	19,0	19,6	18,9	18,9	33,7	41,3	34,6	33,0		Està ansiós/a o deprimit/da (avui)
56,1	67,2	79,4	76,1	75,4	82,7	87,1	82,0	43,4	49,4	53,5	50,6	64,6	71,8	71,8	64,6		Té 4 o més trastorns crònics
																	SALUT MENTAL (últims 30 dies)
12,9	11,2	11,0	8,3	23,6	20,7	16,9	11,6	10,4	8,9	10,1	7,1	21,1	18,7	17,8	12,7		Risc de tenir mala salut mental (INDEX GOLD)
7,4	4,9	6,8	5,2	18,5	7,7	9,1	6,3	6,6	4,8	5,4	5,0	13,6	9,5	9,7	7,6	(molt) menys que habitualment	S'ha pogut concentrar bé en el que feia?
5,7	4,8	5,2	2,3	9,9	7,6	5,3	4,8	4,8	2,9	3,4	2,5	6,5	4,8	5,1	4,2		Ha sentit que té un paper útil a la vida?
4,6	4,3	5,6	2,2	10,3	8,1	5,4	4,3	3,7	2,2	2,9	2,0	7,1	4,0	3,5	3,3		S'ha sentit capaç de prendre decisions?
7,9	6,0	5,5	4,3	13,6	8,0	8,2	4,4	5,9	4,3	4,2	3,9	9,6	8,2	7,8	6,3		Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?
7,0	3,9	5,2	3,9	9,3	6,8	5,9	4,1	4,0	2,3	3,1	2,8	6,7	5,4	5,5	4,1		Ha estat capaç de fer front als seus problemes?
4,1	3,3	4,1	4,4	11,5	7,3	6,7	5,6	3,4	3,2	3,2	2,7	7,3	6,7	7,2	5,1		Se sent raonablement feliç?
11,0	8,5	12,0	7,9	21,7	17,2	17,6	10,8	11,6	9,5	13,4	8,9	21,7	18,5	20,9	13,7	(molt) més que habitualment	Les preocupacions li han fet perdre molt la son?
10,4	9,3	9,8	7,9	20,5	17,8	13,4	9,4	12,8	12,3	11,8	9,4	25,0	21,7	19,2	13,8		S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?
10,5	9,0	8,7	7,5	15,4	14,5	13,6	8,5	7,0	7,0	8,1	6,0	13,3	13,4	12,6	9,9		Sensació de no poder superar les seves dificultats?
10,6	11,2	8,8	8,3	22,5	20,5	15,7	12,3	9,5	8,9	8,7	6,2	21,1	17,9	17,6	12,4		S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?
8,3	8,7	7,0	4,5	10,2	12,8	9,3	6,2	6,2	5,3	5,1	3,9	8,3	10,2	9,8	6,5		Ha perdut confiança en ell/a mateix/a?
7,8	4,4	4,5	4,1	7,0	8,4	4,2	4,3	4,9	2,2	2,7	2,4	5,4	5,6	4,8	3,6		Ha pensat que no serveix per a res?
																	ÚS DE MEDICAMENTS (últims 2 dies)
84,6	92,5	94,6	95,0	89,7	96,5	97,2	96,5	70,5	76,1	80,5	79,3	78,8	88,0	88,1	84,8		Han pres algun medicament
14,6	14,4	18,5	14,8	19,2	24,8	24,3	22,5	9,7	9,7	10,6	9,4	14,7	21,7	22,1	17,9		Tranquil·litzants, sedants
6,0	6,5	10,2	8,7	12,1	14,7	17,7	17,2	4,2	6,1	6,9	6,7	10,6	15,7	19,5	18,0		Medicaments antidepressius
28,2	42,8	53,1	62,9	40,8	53,7	68,4	62,4	23,7	35,2	40,4	43,4	25,8	36,8	41,8	38,5		Medicaments per a la tensió arterial
9,2	18,9	31,0	38,4	18,1	24,0	32,7	35,0	11,1	19,0	25,9	31,2	14,5	19,5	26,8	26,8		Medicaments per al colesterol
16,2	27,6	30,2	29,6	17,2	25,8	24,4	22,2	12,7	14,8	16,6	16,1	7,4	11,3	10,7	9,5		Medicaments per al cor
15,2	14,1	21,8	22,9	12,2	14,7	15,1	16,8	9,7	10,4	14,5	15,7	7,2	10,0	9,9	10,8		Medicaments per a la diabetis
12,4	14,0	16,3	17,7	18,5	27,6	32,5	31,1	6,6	8,7	10,3	9,9	13,1	20,5	22,9	22,1		Medicaments per dormir
10,1	22,0	32,6	32,2	14,7	27,6	41,1	36,9	8,3	14,2	21,9	21,0	10,1	18,3	29,8	23,8		Medicaments per a l'estómac
																	COMPORTAMENT I ESTIL DE VIDA
47,0	48,5	39,6	43,3	52,0	52,2	47,7	54,3	29,4	29,5	23,3	29,9	26,5	30,0	23,8	31,7		Activitat fisica no saludable (sedentària)
8,2	10,9	9,6	9,5	2,1	1,3	2,2	1,2	25,6	23,0	25,3	22,5	6,9	8,5	11,9	12,2		Fumador (diari i ocasional)
1,6	1,4	2,1	1,9	2,4	0,9	0,8	0,4	4,8	4,4	4,1	4,0	1,2	0,8	1,4	0,8		Bevedor de risc
	12,8	13,8	15,7		19,7	20,2	25,8		18,5	17,5	19,9		20,3	20,0	23,7		Obesitat

Taula Annex 5. Resultats dels indicadors de salut per relació amb l'activitat i sexe (%). Edat 50-64.

		Edat 50-64															
		No treballant								Treballant							
		Homes				Dones				Homes				Dones			
		02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15
SALUT AUTOPERCEBUDA																	
Excel·lent (1)		4,0	2,9	3,4	2,5	1,4	2,5	2,3	2,4	5,1	5,9	6,5	6,8	4,7	3,0	5,3	3,6
Molt bona (2)		6,2	10,1	13,4	16,3	7,3	9,5	10,7	16,2	12,5	14,6	22,1	29,4	14,0	14,5	21,2	26,0
Bona (3)		39,2	38,8	43,7	48,2	47,2	39,6	42,6	44,0	57,2	57,0	55,0	50,5	50,0	48,9	50,0	49,9
Regular (4)		35,5	35,9	30,8	24,8	33,7	33,4	33,1	28,6	22,4	19,9	14,8	11,3	24,8	27,3	20,3	18,4
Dolenta (5)		15,1	12,3	8,7	8,2	10,4	15,0	11,3	8,7	2,8	2,6	1,5	2,0	6,4	6,3	3,2	2,1
Risc de no tenir una bona salut autopercebuda (4+5)		50,6	48,2	39,5	32,9	44,1	48,4	44,4	37,4	25,2	22,5	16,3	13,3	31,3	33,6	23,5	20,5
Termòmetre d'estat de salut (de 0 a 100)		62,6	61,9	65,1	68,7	62,9	61,0	63,0	64,8	72,0	72,0	74,8	76,5	68,1	66,5	72,3	73,4
DISCAPACITATS, LIMITACIONS i TRASTORNS CRÒNICS																	
Té almenys una discapacitat		25,5	33,4	33,4	22,9	22,0	30,5	25,9	23,9	9,4	11,9	8,3	8,5	14,5	16,8	10,9	8,4
Té restricció activitat habitual últims 12 mesos		34,1	26,5	23,7		32,4	24,4	20,5		15,0	9,7	6,8		19,5	18,0	13,3	
Té problemes per fer les activitats quotidianes (avui)		19,9	25,2	17,2	16,6	18,6	24,4	20,2	21,1	2,9	5,7	3,9	5,0	9,6	11,6	7,9	6,1
Està ansiós/a o deprimit/da (avui)		24,2	30,7	24,9	25,0	34,3	45,7	39,4	35,6	15,2	12,6	11,1	9,2	22,0	30,9	22,3	22,3
Té 4 o més trastorns crònics		46,1	55,4	51,6	45,8	61,3	71,1	69,6	60,1	26,0	30,2	31,7	26,2	47,6	55,3	52,5	46,1
SALUT MENTAL (últims 30 dies)																	
Risc de tenir mala salut mental (INDEX GOLD)		16,0	16,0	17,2	9,5	21,9	20,1	22,4	17,2	6,7	6,0	8,7	4,9	20,9	14,5	14,8	9,8
S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	(molt) menys que habitualment	11,5	9,7	7,9	6,1	14,3	12,4	10,4	10,8	3,6	4,0	4,8	3,9	10,4	9,0	8,7	5,7
Ha sentit que té un paper útil a la vida?		9,5	5,7	5,2	3,5	7,4	4,6	8,5	6,5	1,6	1,2	2,4	2,1	3,2	2,2	2,6	1,9
S'ha sentit capaç de prendre decisions?		6,7	4,3	3,7	2,3	7,0	2,8	3,9	5,0	2,0	0,7	1,4	1,0	5,5	1,7	1,2	1,6
Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?		7,1	6,6	6,7	5,4	10,7	8,9	8,6	9,5	4,5	2,6	3,4	2,4	6,3	8,6	5,8	4,3
Ha estat capaç de fer front als seus problemes?		5,5	3,1	4,7	2,8	9,0	5,5	7,7	6,6	3,0	1,0	1,9	1,5	2,3	4,0	3,0	2,4
Se sent raonablement feliç?		5,7	5,1	5,1	2,8	8,8	6,0	10,2	7,6	1,7	1,6	2,4	1,3	3,9	5,1	4,5	2,3
Les preocupacions li han fet perdre molt la son?	(molt) més que habitualment	13,3	14,0	21,4	10,4	25,4	21,6	26,0	18,7	10,5	10,1	14,7	9,4	21,0	18,5	21,4	13,6
S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?		18,2	17,1	17,2	10,7	29,0	25,6	21,8	19,7	13,5	14,4	14,6	10,4	27,5	24,1	20,1	14,9
Sensació de no poder superar les seves dificultats?		10,6	11,8	12,9	7,3	15,2	14,9	15,9	14,9	4,5	4,8	7,2	4,4	11,6	9,6	10,6	7,8
S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?		14,8	14,8	11,6	8,1	22,3	18,7	23,6	15,0	6,5	5,8	7,4	3,9	18,5	13,4	15,1	8,8
Ha perdut confiança en ell/a mateix/a?		9,5	7,6	8,1	4,9	9,2	10,0	12,6	9,3	3,8	2,7	3,2	2,8	6,1	5,6	6,1	4,1
Ha pensat que no serveix per a res?		6,2	4,7	6,2	2,2	6,4	5,2	6,8	6,0	1,4	0,5	0,0	1,3	4,0	3,1	2,5	1,6
ÚS DE MEDICAMENTS (últims 2 dies)																	
Han pres algun medicament		74,0	77,2	77,2	77,2	74,3	86,0	85,1	80,3	53,0	60,2	66,3	59,2	68,9	74,8	74,7	72,3
Tranquil·litzants, sedants		10,7	19,5	14,4	11,5	14,0	24,1	23,8	21,0	6,5	3,5	4,4	3,7	8,6	11,7	13,7	11,8
Medicaments antidepressius		4,4	13,5	12,3	10,2	11,8	18,3	25,6	24,0	2,9	2,4	2,1	2,5	7,3	10,3	12,9	12,1
Medicaments per a la tensió arterial		24,5	40,3	32,0	34,6	18,5	27,4	32,1	26,9	13,9	21,6	28,4	22,0	7,8	16,5	19,5	18,2
Medicaments per al colesterol		24,0	22,9	28,6	29,5	10,4	19,5	24,4	22,7	4,1	13,5	16,1	20,3	6,7	10,5	12,9	13,6
Medicaments per al cor		15,6	17,1	14,9	14,5	4,5	4,4	5,2	4,5	5,7	4,2	4,0	4,6	0,9	1,4	2,4	0,8
Medicaments per a la diabetis		12,3	10,9	12,0	13,9	5,4	8,0	9,6	6,9	2,4	7,1	8,2	7,5	1,3	3,1	2,2	5,5
Medicaments per dormir		4,4	14,7	14,2	9,1	11,4	18,2	21,9	21,0	2,1	3,2	3,2	3,3	5,5	10,6	9,4	11,5
Medicaments per a l'estómac		10,9	20,0	22,8	18,9	9,0	15,9	28,8	21,4	5,0	7,2	10,4	9,6	6,9	7,8	14,2	11,0
COMPORTAMENT I ESTIL DE VIDA																	
Activitat fisica no saludable (sedentària)		25,7	25,9	20,9	29,8	14,5	17,9	16,3	24,7	20,8	19,0	17,2	21,1	15,4	20,4	15,5	20,2
Fumador (diari i ocasional)		32,0	23,1	35,5	36,0	8,2	13,6	16,4	20,3	38,1	33,3	35,7	29,1	15,6	16,7	23,3	21,9
Bevedor de risc		4,9	5,4	4,7	5,6	1,0	1,5	1,1	1,0	8,1	5,9	5,1	4,4	1,5	0,7	2,6	1,7
Obesitat			22,2	21,8	24,7		24,7	25,1	26,2		19,3	18,9	16,1		12,4	13,3	16,6

Taula Annex 6. Resultats dels indicadors de salut per nivell educatiu i sexe (%). Edat 50+ estandarditzat.

Edat 50+ Estandarditzat																
Primària o menys								Secundària o més								
Homes				Dones				Homes				Dones				
02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	
																SALUT AUTOPERCEBUDA
2,6	3,7	3,0	2,7	1,2	1,0	2,1	2,3	4,1	4,4	4,4	4,3	3,2	3,9	3,5	2,9	Excel·lent (1)
9,0	9,3	10,3	18,5	6,8	6,8	7,6	13,8	9,9	13,4	16,8	19,0	11,4	14,1	15,8	17,5	Molt bona (2)
43,1	42,1	45,2	39,7	37,6	32,6	36,2	38,5	55,5	52,6	50,6	49,9	51,2	44,8	42,9	48,1	Bona (3)
35,3	36,0	33,7	30,5	40,2	42,0	41,3	33,9	23,9	24,3	23,1	20,9	28,3	28,8	29,5	25,7	Regular (4)
10,0	9,0	7,8	8,5	14,2	17,7	12,9	11,5	6,7	5,3	5,1	5,8	5,8	8,4	8,3	5,9	Dolenta (5)
45,4	45,0	41,4	39,0	54,4	59,6	54,2	45,4	30,6	29,6	28,2	26,8	34,1	37,2	37,8	31,5	Risc de no tenir una bona salut autopercebuda (4+5)
64,4	63,2	65,0	65,8	59,2	54,8	59,4	60,8	68,8	69,0	69,5	70,8	66,1	64,2	66,1	67,8	Termòmetre d'estat de salut (de 0 a 100)
																DISCAPACITATS, LIMITACIONS i TRASTORNS CRÒNICS
24,8	34,5	32,6	33,1	33,6	45,9	36,9	37,4	23,6	26,7	26,6	22,7	23,4	33,5	28,4	24,6	Té almenys una discapacitat
25,2	18,7	17,2		33,8	28,9	23,3		20,0	16,4	14,6		21,3	20,2	19,1		Té restricció activitat habitual últims 12 mesos
15,8	20,1	17,0	21,7	29,1	36,8	31,1	31,5	10,8	12,7	14,0	14,5	15,9	20,7	19,8	19,6	Té problemes per fer les activitats quotidianes (avui)
20,3	21,4	24,4	24,2	37,4	46,4	41,7	39,8	16,2	17,8	16,2	16,2	21,6	33,3	27,6	28,3	Està ansiós/a o deprimit/da (avui)
46,3	53,4	59,3	53,2	69,1	76,3	76,9	70,7	38,7	44,3	52,3	49,3	50,9	65,7	67,9	62,1	Té 4 o més trastorns crònics
																SALUT MENTAL (últims 30 dies)
11,7	10,5	11,0	8,6	23,9	21,5	20,7	16,2	8,8	6,8	10,0	6,2	15,0	12,6	15,5	10,3	Risc de tenir mala salut mental (INDEX GOLD)
7,7	5,0	5,5	6,1	15,9	11,4	11,9	9,2	4,6	4,3	5,6	4,9	6,0	6,0	7,6	6,2	S'ha pogut concentrar bé en el que feia?
6,6	3,0	3,8	3,6	7,2	5,9	6,7	5,5	1,6	3,2	3,4	2,2	5,2	2,7	4,3	3,3	Ha sentit que té un paper útil a la vida?
5,2	2,8	4,3	3,3	8,4	4,9	4,8	4,6	1,2	1,4	2,2	1,4	3,4	1,3	2,3	2,2	S'ha sentit capaç de prendre decisions?
6,5	4,9	4,5	4,7	10,9	9,3	9,4	9,1	5,5	3,6	4,2	3,7	6,3	6,2	6,7	4,5	Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?
5,2	2,7	3,5	3,6	8,0	6,7	6,9	6,2	2,0	1,1	3,1	2,7	2,9	2,5	4,5	2,8	Ha estat capaç de fer front als seus problemes?
4,2	3,9	4,5	4,6	8,1	8,1	7,3	7,2	2,2	2,1	2,7	2,0	6,8	4,3	6,9	3,3	Se sent raonablement feliç?
11,7	9,6	14,9	9,9	23,5	21,1	25,1	15,9	12,3	9,6	12,5	8,1	17,6	13,6	18,9	11,8	Les preocupacions li han fet perdre molt la son?
13,3	13,0	12,6	9,9	27,5	23,6	21,3	16,1	12,4	10,2	11,4	9,2	17,8	16,5	17,4	12,4	S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?
7,9	7,6	9,2	7,7	15,3	15,9	15,2	14,2	5,5	6,1	8,1	5,2	8,8	8,4	10,9	7,4	Sensació de no poder superar les seves dificultats?
10,3	9,9	10,2	7,0	23,7	21,1	21,5	15,6	8,2	7,4	8,0	6,1	14,7	11,7	14,9	10,1	S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?
6,7	6,4	5,7	5,7	9,8	12,5	13,1	9,6	5,7	4,1	5,1	3,1	4,4	5,2	7,2	4,7	Ha perdut confiança en ell/a mateix/a?
6,0	2,9	3,8	3,7	6,2	7,4	6,7	4,9	3,2	1,3	2,6	1,7	3,1	1,9	3,7	2,7	Ha pensat que no serveix per a res?
																ÚS DE MEDICAMENTS (últims 2 dies)
69,0	75,9	82,2	82,7	80,9	89,0	90,1	87,6	73,5	76,6	79,5	78,2	72,2	86,7	86,9	84,0	Han pres algun medicament
10,4	10,7	11,2	10,5	16,2	23,9	23,7	21,6	8,3	8,7	9,9	8,5	10,9	18,2	21,1	16,5	Tranquil·litzants, sedants
3,9	6,1	7,1	7,3	12,0	17,8	22,2	20,7	4,6	6,1	7,2	6,3	7,3	11,2	16,5	17,0	Medicaments antidepressius
23,8	36,2	42,7	46,4	27,7	39,9	50,1	44,8	22,6	34,6	39,4	42,7	21,6	31,7	35,2	36,6	Medicaments per a la tensió arterial
12,7	20,7	28,7	31,7	15,6	21,8	30,1	31,1	8,9	17,5	24,3	30,7	10,1	15,1	25,4	25,0	Medicaments per al colesterol
12,7	15,9	18,0	17,0	8,0	12,1	11,0	10,9	12,7	13,1	16,1	15,9	5,4	8,9	10,9	9,0	Medicaments per al cor
10,5	11,2	15,1	18,8	8,2	12,2	11,1	14,1	8,9	9,3	14,8	14,1	3,1	4,9	8,6	9,6	Medicaments per a la diabetis
6,7	8,3	11,9	13,6	14,1	21,3	24,3	25,2	5,7	9,7	8,5	8,0	10,8	19,0	21,8	20,5	Medicaments per dormir
8,8	15,2	25,8	23,0	11,5	19,7	33,2	28,6	7,1	13,4	20,7	20,4	6,2	16,4	26,8	20,9	Medicaments per a l'estómac
																COMPORTAMENT I ESTIL DE VIDA
27,1	28,3	24,5	31,7	26,0	30,9	25,3	31,8	31,4	30,6	22,5	29,4	26,6	24,6	22,0	31,2	Activitat fisica no saludable (sedentària)
24,7	23,3	26,6	23,2	4,9	7,0	9,6	10,8	27,2	22,5	24,2	22,2	11,9	10,6	13,5	12,3	Fumador (diari i ocasional)
5,8	3,8	4,9	5,2	1,1	0,8	1,3	0,3	3,5	5,0	3,5	3,2	1,1	1,2	1,6	0,9	Bevedor de risc
	19,7	19,5	20,8		24,3	27,3	28,6		17,0	16,4	19,1		14,2	13,5	21,8	Obesitat

(molt) menys que habitualment

(molt) més que habitualment

Taula Annex 7. Resultats dels indicadors de salut per classe social i sexe. Edat 50+ estandarditzat.

		Edat 50+ Estandarditzat															
		Classe social més baixa (IVa, IVb, V)								Classe social més alta (I, II, III)							
		Homes				Dones				Homes				Dones			
		02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15
SALUT AUTOPERCEBUDA																	
Excel·lent (1)		3,4	3,3	3,5	3,4	1,6	1,4	2,2	1,6	3,4	4,8	4,8	4,6	3,1	2,6	3,9	3,3
Molt bona (2)		8,2	10,6	12,5	17,7	7,2	8,1	8,7	14,1	9,7	12,0	18,6	20,6	9,2	10,8	15,0	18,7
Bona (3)		41,5	42,0	47,8	44,6	38,9	33,9	37,2	42,7	55,6	53,6	49,0	49,8	45,9	42,7	43,8	46,0
Regular (4)		36,4	35,3	29,2	27,3	37,5	40,3	38,7	32,6	24,2	23,6	22,9	18,6	33,8	32,4	29,5	24,8
Dolenta (5)		10,5	8,7	7,1	6,9	14,9	16,3	13,3	9,0	7,0	6,0	4,8	6,4	8,1	11,4	7,9	7,2
Risc de no tenir una bona salut autopercebuda (4+5)		46,9	44,0	36,3	34,3	52,3	56,6	52,0	41,6	31,2	29,6	27,7	25,0	41,8	43,9	37,3	32,0
Termòmetre d'estat de salut (de 0 a 100)		63,8	64,0	66,6	67,9	59,8	55,9	60,2	62,8	64,4	63,2	65,0	65,8	59,2	54,8	59,4	60,8
DISCAPACITATS, LIMITACIONS i TRASTORNS CRÒNICS																	
Té almenys una discapacitat		26,6	31,9	30,1	27,5	33,5	42,3	36,5	32,2	22,4	29,2	25,8	23,2	29,2	41,1	28,8	27,2
Té restricció activitat habitual últims 12 mesos		26,5	19,0	16,7		34,7	26,8	22,2		18,8	14,9	13,5		27,8	25,0	20,9	
Té problemes per fer les activitats quotidianes (avui)		15,3	19,9	16,3	19,1	28,4	34,1	28,8	26,9	12,8	12,5	13,1	13,7	22,0	27,7	23,1	20,4
Està ansiós/a o deprimit/da (avui)		18,9	20,5	19,7	19,9	37,0	44,0	38,9	38,0	18,6	18,5	18,3	17,1	27,2	37,6	28,9	28,1
Té 4 o més trastorns crònics		48,2	52,9	55,8	52,3	68,2	75,2	75,8	70,5	36,2	44,8	51,4	47,9	58,8	67,4	67,7	60,9
SALUT MENTAL (últims 30 dies)																	
Risc de tenir mala salut mental (INDEX GOLD)		10,3	9,6	10,5	6,9	24,4	20,5	18,2	14,6	10,5	7,8	9,8	6,8	16,0	15,9	15,8	11,1
S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	(molt) menys que habitualment	7,2	5,0	5,2	4,6	15,8	10,2	9,5	8,4	6,2	4,5	5,6	5,4	9,4	8,2	9,5	6,9
Ha sentit que té un paper útil a la vida?		5,8	3,2	3,1	2,4	6,6	5,3	6,3	4,2	3,1	2,6	3,8	2,4	5,1	4,2	3,6	3,9
S'ha sentit capaç de prendre decisions?		3,7	2,4	3,7	1,9	8,5	4,2	4,5	3,7	3,6	2,0	1,9	2,0	5,1	3,5	2,4	3,0
Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?		5,9	4,9	4,3	4,0	11,0	8,9	8,0	7,5	6,1	3,4	4,3	3,5	6,9	7,0	6,9	5,7
Ha estat capaç de fer front als seus problemes?		3,6	2,5	3,2	2,6	8,2	6,4	6,4	5,1	4,8	1,7	3,1	3,1	4,0	3,7	4,2	3,2
Se sent raonablement feliç?		4,0	3,7	3,4	2,7	8,6	7,8	7,6	5,6	2,3	2,3	2,9	2,7	5,7	5,1	5,9	4,3
Les preocupacions li han fet perdre molt la son?	(molt) més que habitualment	11,1	9,6	13,4	8,9	23,1	20,4	22,3	15,8	11,9	9,4	13,4	8,1	19,8	15,2	19,1	11,6
S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?		12,7	12,3	13,0	9,3	27,3	23,2	19,7	15,6	13,2	12,1	10,4	9,2	20,1	19,1	18,6	12,7
Sensació de no poder superar les seves dificultats?		7,5	8,0	8,6	6,4	14,7	15,8	14,1	11,9	6,6	5,6	7,7	5,2	10,8	10,0	10,5	8,5
S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?		10,6	9,3	8,9	5,7	23,6	20,2	18,5	14,5	7,8	8,3	8,5	6,7	17,1	14,3	15,3	10,6
Ha perdut confiança en ell/a mateix/a?		6,7	5,8	5,4	3,7	10,0	11,8	11,8	8,6	5,1	4,6	4,9	3,7	4,9	7,5	7,3	4,3
Ha pensat que no serveix per a res?		5,3	2,9	3,2	2,6	5,7	6,4	5,9	4,5	3,9	1,3	2,3	2,0	3,4	4,6	3,5	2,6
ÚS DE MEDICAMENTS (últims 2 dies)																	
Han pres algun medicament		70,2	75,0	82,4	79,5	80,0	88,7	88,4	86,6	70,9	77,8	78,4	78,9	75,7	87,0	87,5	83,8
Tranquil·litzants, sedants		9,7	10,5	10,7	9,1	15,1	22,3	21,1	18,9	9,4	8,7	10,4	9,2	13,7	20,8	24,1	17,1
Medicaments antidepressius		3,6	6,8	6,4	6,7	10,3	16,3	20,4	20,5	5,1	5,2	7,5	6,2	10,5	14,5	17,6	16,6
Medicaments per a la tensió arterial		23,9	35,4	41,2	43,6	26,5	39,8	45,6	41,1	22,9	35,2	40,3	43,5	23,2	32,3	36,8	35,9
Medicaments per al colesterol		12,0	18,9	27,5	30,8	14,6	20,8	28,2	29,5	10,0	19,3	24,4	31,9	12,3	17,5	25,4	24,1
Medicaments per al cor		12,8	15,8	17,3	16,2	7,9	12,2	10,7	9,8	12,6	13,5	15,9	15,5	5,6	9,6	11,1	9,3
Medicaments per a la diabetis		10,8	10,8	15,8	17,8	7,9	11,7	11,5	12,2	7,4	10,0	13,1	13,0	4,7	7,3	8,0	8,8
Medicaments per dormir		7,1	8,3	10,2	10,4	12,9	20,2	22,8	22,1	6,0	9,4	10,3	8,6	11,4	20,7	22,9	21,4
Medicaments per a l'estómac		8,3	14,9	23,9	22,7	10,8	18,0	33,2	25,9	8,9	13,5	19,6	18,1	8,4	19,3	27,5	22,6
COMPORTAMENT I ESTIL DE VIDA																	
Activitat fisica no saludable (sedentària)		27,9	29,0	22,3	28,9	26,8	30,5	22,8	31,0	27,1	28,3	24,5	31,7	26,0	30,9	25,3	31,8
Fumador (diari i ocasional)		26,6	23,9	27,8	24,1	5,7	6,7	9,7	11,8	24,6	21,7	22,6	20,9	8,9	11,0	14,1	12,6
Bevedor de risc		5,4	4,0	4,0	4,4	1,7	0,7	1,1	0,7	4,0	4,9	4,2	3,6	0,6	1,1	1,6	1,0
Obesitat			20,4	19,7	21,7		23,5	25,0	28,5		15,8	14,9	17,3		15,4	14,4	17,8

Taula Annex 8. Resultats dels indicadors de salut per sexe i nivell d'ingressos de la llar. Edat 50+ (% estandarditzat).

Edat 50+ Estandarditzat

Ingressos de la llar fins a 1.200 €								Ingressos de la llar mes de 1.200 €									
Homes				Dones				Homes				Dones					
02	06	10-12	13-14	02	06	10-12	13-14	02	06	10-12	13-14	02	06	10-12	13-14		
																	SALUT AUTOPERCEBUDA
2,4	4,5	3,6		2,1	2,0	2,3		4,3	4,0	4,7		1,6	3,5	2,4			Excel·lent (1)
11,0	9,0	14,4		5,9	9,0	9,8		11,2	17,1	18,3		10,8	12,5	16,0			Molt bona (2)
34,1	45,6	49,4		32,6	33,6	45,1		49,1	50,0	48,0		39,9	42,9	45,9			Bona (3)
38,3	33,4	26,9		41,5	43,2	35,8		30,2	23,6	22,2		34,4	30,7	28,1			Regular (4)
14,2	7,5	5,7		17,8	12,2	7,0		5,1	5,3	6,8		13,3	10,4	7,6			Dolenta (5)
52,5	40,8	32,6		59,3	55,4	42,8		35,4	28,9	29,0		47,7	41,1	35,7			Risc de no tenir una bona salut autopercebuda (4+5)
59,8	65,5	66,9		55,5	60,0	62,7		67,5	69,3	71,2		59,5	63,9	66,4			Termòmetre d'estat de salut (de 0 a 100)
																	DISCAPACITATS, LIMITACIONS i TRASTORNS CRÒNICS
41,2	36,2	25,8		47,4	37,1	32,3		27,3	27,8	24,6		40,9	35,0	31,4			Té almenys una discapacitat
23,8	20,8			29,8	23,0			14,9	14,8			26,7	23,3				Té restricció activitat habitual últims 12 mesos
26,6	19,0	19,9		37,8	31,3	29,6		13,8	12,6	17,6		29,5	24,8	27,6			Té problemes per fer les activitats quotidianes (avui)
30,5	25,6	23,0		50,1	45,0	43,9		16,5	16,7	17,8		36,8	33,7	28,8			Està ansiós/a o deprimit/da (avui)
57,3	61,9	61,3		81,9	81,7	75,1		47,1	52,6	56,7		67,8	69,4	70,6			Té 4 o més trastorns crònics
																	SALUT MENTAL (últims 30 dies)
15,7	14,2	8,1		22,6	25,8	17,7		7,5	9,6	8,9		14,3	16,1	13,1			Risc de tenir mala salut mental (INDEX GOLD)
7,3	6,7	5,4		9,6	11,0	8,9		5,1	5,0	2,9		8,5	10,9	8,4	(molt) menys que habitualment		S'ha pogut concentrar bé en el que feia?
6,5	4,2	3,6		5,7	7,9	5,7		2,2	3,8	2,6		4,8	4,6	4,0			Ha sentit que té un paper útil a la vida?
4,4	4,4	2,5		3,4	4,2	4,2		1,3	2,0	1,7		4,2	3,0	2,5			S'ha sentit capaç de prendre decisions?
7,1	6,1	4,7		7,9	10,9	6,9		3,3	4,2	4,6		6,4	7,2	4,8			Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?
3,3	4,6	4,6		6,2	8,0	4,9		1,9	2,1	1,7		4,8	4,5	2,6			Ha estat capaç de fer front als seus problemes?
4,8	5,0	3,4		9,4	12,0	7,2		3,0	2,8	4,4		3,9	5,1	1,9			Se sent raonablement feliç?
14,0	16,2	9,3		24,4	30,0	21,1		8,8	13,7	10,7		13,8	20,0	13,4	(molt) més que habitualment		Les preocupacions li han fet perdre molt la son?
16,1	15,0	11,7		25,7	25,8	17,5		11,2	12,7	12,3		18,9	19,6	15,0			S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?
12,1	11,1	8,6		18,4	19,7	15,0		5,7	7,7	6,0		9,7	11,0	9,1			Sensació de no poder superar les seves dificultats?
14,7	12,4	8,1		22,0	26,7	18,5		6,9	8,5	9,7		13,0	14,0	10,9			S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?
9,0	5,5	3,7		13,2	16,6	7,4		4,3	5,0	5,6		7,5	8,1	6,0			Ha perdut confiança en ell/a mateix/a?
4,4	5,2	2,5		7,2	9,8	6,4		1,2	2,3	3,3		4,2	3,1	3,0			Ha pensat que no serveix per a res?
																	ÚS DE MEDICAMENTS (últims 2 dies)
80,7	82,4	79,1		92,5	88,3	88,7		75,4	81,6	79,9		86,5	89,6	85,4			Han pres algun medicament
16,1	15,2	11,4		23,0	25,8	21,5		9,1	9,0	9,7		20,9	23,7	15,8			Tranquil·litzants, sedants
11,1	8,7	9,0		18,3	25,1	22,6		5,8	6,3	7,1		12,7	18,9	19,3			Medicaments antidepressius
38,7	41,0	42,7		39,3	45,7	44,8		35,3	42,5	45,8		34,3	40,5	42,7			Medicaments per a la tensió arterial
22,2	28,3	32,7		19,6	27,2	31,1		18,8	27,0	31,8		20,1	25,0	25,3			Medicaments per al colesterol
18,5	20,8	14,8		13,1	12,0	9,7		13,5	16,7	21,2		10,0	10,5	10,7			Medicaments per al cor
12,6	17,2	17,5		12,6	11,9	12,3		10,7	14,6	14,1		7,4	9,2	10,1			Medicaments per a la diabetis
12,5	13,4	13,9		23,6	27,1	28,2		8,9	8,7	10,2		19,4	20,8	23,9			Medicaments per dormir
18,7	24,4	23,8		22,7	36,6	25,8		13,3	20,8	24,9		16,1	27,4	25,8			Medicaments per a l'estómac
																	COMPORTAMENT I ESTIL DE VIDA
35,5	23,0	30,8		30,8	23,9	37,0		26,5	23,3	26,5		28,0	24,4	32,9			Activitat fisica no saludable (sedentària)
24,5	27,3	23,8		8,6	12,6	11,9		23,3	24,1	22,1		9,4	11,9	12,1			Fumador (diari i ocasional)
2,6	6,0	5,6		0,6	1,6	0,2		5,2	3,8	2,5		1,7	0,6	2,0			Bevedor de risc
19,9	20,4	22,2		27,9	24,3	33,7		17,9	16,9	16,6		17,6	17,6	23,4			Obesitat

Taula Annex 9. Resultats dels indicadors de salut per cobertura sanitària i sexe. Edat 50+ (% estandarditzat).

		Edat 50+ Estandarditzat															
		Només cobertura pública								Cobertura pública i privada							
		Homes				Dones				Homes				Dones			
		02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15	02	06	10-12	13-15
SALUT AUTOPERCEBUDA																	
Excel·lent (1)		2,8	3,8	4,2	2,9	2,2	1,2	2,2	2,6	4,4	4,6	4,0	7,0	1,3	4,4	4,8	2,7
Molt bona (2)		8,3	10,2	14,1	18,0	7,1	8,6	9,8	15,1	10,6	13,9	18,3	22,0	9,6	11,1	18,2	21,0
Bona (3)		43,9	43,8	46,5	46,3	39,6	35,1	38,6	43,6	58,8	56,3	53,3	48,5	47,5	45,6	46,5	46,9
Regular (4)		35,2	33,6	28,1	25,6	38,9	39,4	37,6	30,0	19,9	20,4	21,2	17,8	30,4	29,4	23,3	23,3
Dolenta (5)		9,8	8,6	7,0	7,3	12,3	15,6	11,7	8,7	6,3	4,8	3,3	4,8	11,2	9,5	7,2	6,1
Risc de no tenir una bona salut autopercebuda (4+5)		45,0	42,2	35,1	32,9	51,1	55,1	49,4	38,7	26,2	25,2	24,5	22,5	41,6	38,9	30,5	29,4
Termòmetre d'estat de salut (de 0 a 100)		64,6	64,2	67,4	68,5	60,4	57,0	61,4	64,0	70,7	70,2	69,8	71,8	63,7	62,2	67,0	69,1
DISCAPACITATS, LIMITACIONS i TRASTORNS CRÒNICS																	
Té almenys una discapacitat		26,8	32,8	29,8	27,6	32,3	42,7	34,0	31,2	18,2	24,2	23,9	20,0	29,7	38,6	27,9	24,8
Té restricció activitat habitual últims 12 mesos		24,0	18,6	16,1		31,2	27,2	23,0		20,8	13,3	12,8		30,0	22,0	15,5	
Té problemes per fer les activitats quotidianes (avui)		15,1	18,9	15,8	19,2	26,7	33,6	28,2	26,6	12,4	11,0	12,2	10,3	25,3	23,3	18,6	16,6
Està ansiós/a o deprimit/da (avui)		19,6	21,2	19,5	20,1	35,4	43,0	37,6	35,7	18,0	15,2	17,1	15,2	27,5	34,9	24,8	24,5
Té 4 o més trastorns crònics		45,5	51,6	55,7	51,9	64,5	73,5	74,8	66,4	37,4	43,0	47,0	46,7	65,9	66,9	62,0	59,5
SALUT MENTAL (últims 30 dies)																	
Risc de tenir mala salut mental (INDEX GOLD)		10,3	10,1	10,5	7,4	22,3	20,0	19,1	13,8	11,6	5,8	8,6	6,5	17,0	14,6	13,9	9,2
S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	(molt) menys que habitualment	7,2	5,4	6,1	5,1	14,5	10,1	10,4	8,0	5,1	3,3	3,4	4,7	10,6	7,6	7,3	5,8
Ha sentit que té un paper útil a la vida?		5,5	3,2	3,4	2,7	6,2	4,9	5,7	4,7	2,8	2,4	3,3	2,2	8,4	4,7	3,2	2,7
S'ha sentit capaç de prendre decisions?		3,4	2,5	3,3	2,3	7,8	4,3	3,9	3,7	5,0	1,6	1,8	0,7	5,0	2,8	2,1	2,1
Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats?		5,3	4,7	4,3	4,1	9,7	9,0	8,6	7,0	8,0	3,1	3,8	3,7	9,1	5,1	4,9	4,2
Ha estat capaç de fer front als seus problemes?		3,4	2,7	3,3	3,2	7,1	5,8	6,1	4,5	6,2	1,0	2,5	1,6	5,1	3,9	3,3	2,6
Se sent raonablement feliç?		3,3	3,5	3,7	3,0	7,8	7,4	7,6	5,5	3,8	2,4	1,6	2,2	5,8	4,4	6,1	3,5
Les preocupacions li han fet perdre molt la son?	(molt) més que habitualment	10,9	10,5	13,7	9,1	22,2	19,3	21,8	14,6	14,4	7,3	12,9	8,5	20,4	15,9	18,8	10,4
S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?		13,0	12,8	12,0	9,7	26,0	22,2	20,2	14,6	12,8	11,7	10,9	8,7	21,7	19,9	16,3	11,0
Sensació de no poder superar les seves dificultats?		6,2	8,1	8,4	6,5	14,3	14,4	13,2	10,9	9,7	3,6	7,3	5,0	10,1	10,4	10,9	6,8
S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?		9,4	9,5	9,1	6,5	22,8	19,4	18,8	13,4	10,3	7,3	7,2	5,9	14,4	12,6	14,0	8,8
Ha perdut confiança en ell/a mateix/a?		6,1	6,2	5,1	4,0	8,8	11,0	11,0	7,2	6,7	2,4	5,0	3,6	6,1	7,2	5,8	4,2
Ha pensat que no serveix per a res?		4,4	2,6	3,1	2,6	5,1	6,3	5,5	3,9	6,7	1,2	1,5	2,0	6,7	3,3	2,9	2,7
ÚS DE MEDICAMENTS (últims 2 dies)																	
Han pres algun medicament		69,9	76,5	80,9	79,5	78,3	88,1	88,2	85,5	72,2	75,1	78,9	78,7	80,5	87,5	87,7	82,5
Tranquil·litzants, sedants		10,3	10,7	10,6	9,3	14,7	22,1	22,6	18,9	8,1	7,0	10,2	9,5	14,5	20,3	20,7	14,8
Medicaments antidepressius		3,9	6,6	6,9	6,9	10,3	16,4	20,5	19,1	5,2	5,1	6,6	6,3	11,7	13,4	16,3	15,2
Medicaments per a la tensió arterial		24,1	35,9	40,9	44,2	26,8	38,9	45,0	40,5	21,7	33,3	39,2	40,4	22,1	28,8	32,3	32,2
Medicaments per al colesterol		11,7	19,7	26,7	30,4	14,5	20,2	27,1	27,8	9,4	17,1	23,7	34,1	14,2	17,8	26,3	23,4
Medicaments per al cor		13,8	15,6	17,4	16,2	7,1	11,9	11,2	9,5	9,1	11,9	14,5	15,6	8,2	9,5	9,3	9,3
Medicaments per a la diabetis		9,9	11,5	15,6	16,6	7,4	11,3	10,7	11,5	9,3	7,4	10,8	12,9	5,9	5,2	7,3	8,0
Medicaments per dormir		6,6	8,8	10,7	10,1	13,5	19,9	23,2	22,3	6,6	8,7	8,5	9,3	11,7	22,9	22,1	21,8
Medicaments per a l'estómac		8,8	15,3	23,2	22,2	9,4	18,3	30,5	24,8	6,7	10,5	17,8	17,5	13,4	18,9	27,7	20,3
COMPORTAMENT I ESTIL DE VIDA																	
Activitat fisica no saludable (sedentària)		29,7	29,6	23,3	30,2	26,3	30,9	25,0	32,2	27,5	29,7	23,5	28,8	27,4	25,5	19,6	30,0
Fumador (diari i ocasional)		26,5	23,0	27,1	24,2	6,3	8,1	12,1	12,6	22,5	22,8	20,6	17,7	9,7	10,0	11,0	11,2
Bevedor de risc		5,1	5,0	4,5	4,0	1,3	0,8	1,2	0,8	3,9	2,8	2,8	4,2	1,1	1,2	1,9	0,8
Obesitat			19,0	18,1	21,4		22,5	22,8	25,2		16,5	15,5	15,3		11,4	11,1	19,1

Llista de taules i figures

Llista de taules i figures

Taules

1. PIB per càpita a Espanya i Catalunya. 12
2. Taxes d'atur a Espanya i Catalunya. 12
3. Despeses salut pública a Espanya i Catalunya. 12
4. Població segons l'edat com a proporció del total i proporció de dones. Espanya i Catalunya. 16
5. Proporció de població que no té bona salut segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. 60
6. Proporció de població que no té bona salut segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya. 62
7. Proporció de població que té alguna discapacitat, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. 88
8. Proporció de població que té alguna discapacitat, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya. 90
9. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. 116
10. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya. 118
11. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies), segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. 144
12. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies), segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya. 146
13. Proporció de població sedentària, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 50-64. Catalunya. 172
14. Proporció de població sedentària, segons el sexe i les diferents combinacions de les variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. Edat 65+. Catalunya. 174

Annex 1. Llista de variables de salut utilitzades en l'Atles. 241
Annex 2. Llista de variables socioeconòmiques utilitzades en l'Atles. 242
Annex 3. Proporció de població segons la relació amb l'activitat. Població 50-69 anys a Catalunya. 244
Annex 4. Resultats dels indicadors de salut per edat i sexe (%). 246
Annex 5. Resultats dels indicadors de salut per relació amb l'activitat i sexe (%). Edat 50-64. 248
Annex 6. Resultats dels indicadors de salut per nivell educatiu i sexe (%). Edat 50+ estandarditzat. 249
Annex 7. Resultats dels indicadors de salut per classe social i sexe. Edat 50+ estandarditzat. 250
Annex 8. Resultats dels indicadors de salut per sexe i nivell d'ingressos de la llar. Edat 50+ (% estandarditzat). 251
Annex 9. Resultats dels indicadors de salut per cobertura sanitària i sexe. Edat 50+ (% estandarditzat). 252

Figures

1. Regions sanitàries segons la distribució de la població de 50 i més anys per sexe 17
2. Proporció de població que no treballa, per sexe. 18
3. Proporció de població segons l'activitat laboral. Catalunya versus Espanya. 19
4. Proporció de població segons l'activitat laboral per edat i sexe. 20
5. Proporció de població segons l'activitat laboral. % que no treballa. Regions sanitàries. 21
6. Proporció de població segons nivell educatiu, per sexe. 22
7. Proporció de població segons nivell educatiu. Catalunya versus Espanya. 23
8. Proporció de població segons nivell educatiu per edat i sexe. 24
9. Proporció de població amb nivell educatiu primària o menys. Regions sanitàries. 25
10. Proporció de població segons classe social de la persona de referència, per sexe. 26
11. Proporció de població segons classe social de la persona de referència. Catalunya versus Espanya. 27
12. Proporció de població segons classe social de la persona de referència, per edat i sexe. 28
13. Proporció de població en llars de classe social IVa, IVb i V. Regions sanitàries. 29
14. Proporció de població segons els ingressos mensuals (Euros). 30
15. Proporció de la població segons ingressos mensuals. Catalunya versus Espanya. 31
16. Població segons ingressos mensuals de la llar per edat i sexe. 32
17. Proporció de població amb ingressos mensuals baixos (≤1.200€). Regions sanitàries. 33
18. Població segons ingressos mensuals de la llar per edat i sexe. 34
19. Proporció de població segons tipus de cobertura sanitària: cobertura pública i privada. Regions sanitàries. 35
20. Salut autopercebuda per sexe. 38
21. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per sexe i edat . 39
22. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries. 40
23. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda. CCAA. 41
24. Proporció de població 50-64 anys que no té bona salut autopercebuda per activitat laboral i sexe. 42
25. Proporció de població de 50-64 anys que no té bona salut autopercebuda per activitat laboral, sexe i edat. 43
26. Proporció de població de 50-64 anys segons activitat que no tenen bona salut autopercebuda. Regions agrupades. 44
27. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell educatiu i sexe. 45

Figures

28. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell educatiu, sexe i edat. 46
29. Proporció de població amb nivell educació més alt que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries. 47
30. Proporció de població amb nivell d'educació baix que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries. 48
31. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per classe social i sexe. 49
32. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per classe social, sexe i edat. 50
33. Proporció de població entre la classe social més alta que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries. 51
34. Proporció de població entre la classe social més baixa que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries. 52
35. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell d'ingressos i sexe. 53
36. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per nivell d'ingressos, sexe i edat. 54
37. Proporció de població amb ingressos més alts que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries. 55
38. Proporció de població amb ingressos més baixos que no té bona salut autopercebuda. Regions sanitàries. 56
39. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per cobertura sanitària i sexe. 57
40. Proporció de població que no té bona salut autopercebuda per cobertura sanitària, sexe i edat. 58
41. Proporció de població segons el tipus de cobertura sanitària que no té bona salut autopercebuda. Regions agrupades. 59
42. Proporció de població que té alguna discapacitat per sexe. 66
43. Proporció de població que té alguna discapacitat per sexe i edat. 67
44. Proporció de població que té alguna discapacitat. Regions sanitàries. 68
45. Proporció de població que té limitacions per a realitzar activitats de vida diària (GALI). CCAA. 69
46. Proporció de població de 50-64 anys que té alguna discapacitat per activitat laboral i sexe. 70
47. Proporció de població de 50-64 anys que té alguna discapacitat per activitat laboral, sexe i edat. 71
48. Proporció de població de 50-64 anys segons activitat que té alguna discapacitat. Regions agrupades. 72
49. Proporció de població que té alguna discapacitat per nivell educatiu i sexe. 73
50. Proporció de població que té alguna discapacitat per nivell educatiu, sexe i edat. 74
51. Proporció de població amb nivell educació més alt que té alguna discapacitat. Regions sanitàries. 75
52. Proporció de població amb nivell educació baix que té alguna discapacitat. Regions sanitàries. 76
53. Proporció de població que té alguna discapacitat per classe social i sexe. 77
54. Proporció de població que té alguna discapacitat per classe social, sexe i edat. 78
55. Proporció de població en classe social més alta que té alguna discapacitat. Regions sanitàries. 79
56. Proporció de població en classe social més baixa que té alguna una discapacitat. Regions sanitàries. 80
57. Proporció de població que té alguna discapacitat per nivell d'ingressos i sexe. 81
58. Proporció de població que té alguna discapacitat per nivell d'ingressos, sexe i edat. 82
59. Proporció de població amb ingressos més alts que té alguna discapacitat. Regions sanitàries. 83
60. Proporció de població amb ingressos més baixos que té alguna discapacitat. Regions sanitàries. 84
61. Proporció de població que té alguna discapacitat per cobertura sanitària i sexe. 85
62. Proporció de població que té alguna discapacitat per cobertura sanitària, sexe i edat. 86
63. Proporció de població segons el tipus de cobertura sanitària que té alguna discapacitat. Regions agrupades. 87
64. Risc de mala salut mental per sexe. 94
65. Proporció de població que té risc de mala salut mental per sexe i edat. 95
66. Proporció de població que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries. 96
67. Proporció de població que té risc de mala salut mental. CCAA. 97
68. Proporció de població de 50-64 anys que té risc de mala salut mental per activitat laboral i sexe. 98
69. Proporció de població de 50-64 anys que té risc de mala salut mental per activitat laboral, sexe i edat. 99
70. Proporció de població de 50-64 anys segons l'activitat que tenen un risc de mala salut mental. Regions agrupades. 100
71. Proporció de població que té risc de mala salut mental per nivell educatiu i sexe. 101
72. Proporció de població que té risc de mala salut mental per nivell educatiu, sexe i edat. 102
73. Proporció de població amb nivell d'educació més alt que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries. 103
74. Proporció de població amb nivell d'educació baix que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries. 104
75. Proporció de població que té risc de mala salut mental segons classe social i sexe. 105
76. Proporció de població que té risc de mala salut mental per classe social, sexe i edat. 106
77. Proporció de població de classes socials més altes que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries. 107
78. Proporció de població de classes socials més baixes que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries. 108
79. Proporció de població que té risc de mala salut mental per nivell d'ingressos i sexe. 109
80. Proporció de població que té risc de mala salut mental per nivell d'ingressos, sexe i edat. 110

Figures

81. Proporció de població amb ingressos més alts que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries. 111
82. Proporció de població amb ingressos més baixos que té risc de mala salut mental. Regions sanitàries. 112
83. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental per cobertura sanitària i sexe. 113
84. Proporció de població que té risc de tenir mala salut mental per cobertura sanitària, sexe i edat. 114
85. Proporció de població segons el tipus de cobertura sanitària que té risc de tenir mala salut mental. Regions agrupades. 115
86. Proporció de població que ha pres algun medicament per sexe. 122
87. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per sexe i edat. 123
88. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries. 124
89. Proporció de població que pren medicaments. CCAA. 125
90. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per activitat laboral i sexe. 126
91. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per activitat laboral, sexe i edat. 127
92. Proporció de població segons l'activitat que pren medicaments (últims 2 dies). Regions agrupades 128
93. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per nivell educatiu i sexe. 129
94. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per nivell educatiu, sexe i edat. 130
95. Proporció de població amb nivell d'educació més alt que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries. 131
96. Proporció de població amb nivell educació més baix que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries. 132
97. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per classe social i sexe. 133
98. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per classe social, sexe i edat. 134
99. Proporció de població de classe social més alta que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries. 135
100. Proporció de població de classe social més baixa que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries. 136
101. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per nivell d'ingressos i sexe. 137
102. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per nivell d'ingressos, sexe i edat. 138
103. Proporció de població amb ingressos més alts que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries. 139
104. Proporció de població amb ingressos més baixos que pren medicaments (últims 2 dies). Regions sanitàries. 140
105. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per cobertura sanitària i sexe. 141
106. Proporció de població que pren medicaments (últims 2 dies) per cobertura sanitària, sexe i edat. 142
107. Proporció de població segons el tipus de cobertura sanitària que pren medicaments (últims 2 dies). Regions agrupades. 143
108. Proporció de població que té una vida sedentària per sexe. 150
109. Proporció de població que té una vida sedentària per sexe i edat. 151
110. Proporció de població que té una vida sedentària. Regions sanitàries. 152
111. Proporció de població que té una vida sedentària. CCAA. 153
112. Proporció de població sedentària de 50-64 anys per activitat laboral i sexe. 154
113. Proporció de població sedentària de 50-64 anys per activitat laboral, sexe i edat. 155
114. Proporció de població sedentària de 50-64 anys segons activitat. Regions agrupades. 156
115. Proporció de població sedentària per nivell educatiu i sexe. 157
116. Proporció de població sedentària per nivell educatiu, sexe i edat. 158
117. Proporció de població sedentària amb nivell educació més alt. Regions sanitàries. 159
118. Proporció de població sedentària amb nivell d'educació baix. Regions sanitàries. 160
119. Proporció de població sedentària per classe social i sexe. 161
120. Proporció de població sedentària per classe social, sexe i edat. 162
121. Proporció de població sedentària en les classes socials més altes. Regions sanitàries. 163
122. Proporció de població sedentària en les classes socials més baixes. Regions sanitàries. 164
123. Proporció de població sedentària per nivell d'ingressos i sexe. 165
124. Proporció de població sedentària per nivell d'ingressos, sexe i edat. 166
125. Proporció de població sedentària amb ingressos més alts. Regions sanitàries. 167
126. Proporció de població sedentària amb ingressos més baixos. Regions sanitàries. 168
127. Proporció de població sedentària per cobertura sanitària i sexe. 169
128. Proporció de població sedentària per cobertura sanitària, sexe i edat. 170
129. Proporció de població sedentària segons el tipus de cobertura sanitària. Regions agrupades. 171
130. Opinió sobre l'estat de salut en general en el dia d'avui, per sexe, edat i característiques socioeconòmiques. 178
131. Opinió sobre l'estat de salut en general en el dia d'avui. Regions sanitàries 179
132. Proporció de població que té problemes per fer (avui) les activitats quotidianes, per sexe i edat. 180
133. Proporció de població que té problemes per fer (avui) les activitats quotidianes. Regions sanitàries. 181

Figures

134. Proporció de població que està ansiós/a o deprimit/da (avui) per sexe i edat. 182
135. Proporció de població que està ansiós/a o deprimit/da (avui) per sexe i edat. Regions sanitàries. 183
136. Proporció de població amb 4 o més trastorns crònics per sexe i edat. 184
137. Proporció de població amb 4 o més trastorns crònics. Regions sanitàries. 185
138. Proporció de població que s'ha pogut concentrar (molt) menys que habitualment per sexe i edat. 186
139. Proporció de població que s'ha pogut concentrar (molt) menys que habitualment. Regions sanitàries. 187
140. Proporció de població que ha sentit tenir un paper útil a la vida (molt) menys que habitualment, sexe i edat. 188
141. Proporció de població que ha sentit tenir un paper útil a la vida (molt) menys que habitualment. Regions sanitàries. 189
142. Proporció de població que s'ha sentit capaç de prendre decisions (molt) menys que habitualment, sexe i edat. 190
143. Proporció de població que s'ha sentit capaç de prendre decisions (molt) menys que habitualment. Regions sanitàries. 191
144. Proporció de població capaç de gaudir de les seves activitats (molt) menys que habitualment, sexe i edat. 192
145. Proporció de població que ha estat capaç de gaudir de les seves activitats (molt) menys que habitualment. Regions sanitàries. 193
146. Proporció de població capaç de fer front als seus problemes (molt) menys que habitualment sexe i edat. 194
147. Proporció de població que ha estat capaç de fer front als seus problemes (molt) menys que habitualment. Regions sanitàries. 195
148. Proporció de població que se sent raonablement feliç (molt) menys que habitualment, per sexe i edat. 196
149. Proporció de població que se sent raonablement feliç (molt) menys que habitualment. Regions sanitàries. 197
150. Proporció de població amb preocupacions que li han fet perdre molt la son (molt) més que habitualment, sexe i edat. 198
151. Proporció de població que les preocupacions li han fet perdre molt la son (molt) més que habitualment. Regions sanitàries. 199
152. Proporció de població que es nota constantment carregat/da i en tensió (molt) més que habitualment, sexe i edat. 200
153. Proporció de població que s'ha notat constantment carregat/da i en tensió (molt) més que habitualment. Regions sanitàries. 201
154. Proporció de població amb sensació de no poder superar les seves dificultats (molt) més que habitualment sexe i edat. 202
155. Proporció de població amb sensació de no poder superar les seves dificultats (molt) més que habitualment. Regions sanitàries. 203
156. Proporció de població que s'ha sentit poc feliç i deprimit/da (molt) més que habitualment, per sexe i edat. 204
157. Proporció de població que s'ha sentit poc feliç i deprimit/da (molt) més que habitualment. Regions sanitàries. 205
158. Proporció de població que ha perdut la confiança en ell/a mateix/a (molt) més que habitualment, per sexe i edat. 206
159. Proporció de població que ha perdut la confiança en ell/a mateix/a (molt) més que habitualment . Regions sanitàries. 207
160. Proporció de població que ha pensat que no serveix per a res (molt) més que habitualment per sexe i edat. 208
161. Proporció de població que ha pensat que no serveix per a res (molt) més que habitualment. Regions sanitàries. 209
162. Proporció de població que ha pres tranquil·litzants, sedants (últims 2 dies) per sexe i edat. 210
163. Proporció de població que ha pres tranquil·litzants, sedants (últims 2 dies). Regions sanitàries. 211
164. Proporció de població que ha pres medicaments antidepressius (últims 2 dies) per sexe i edat. 212
165. Proporció de població que ha pres medicaments antidepressius (últims 2 dies). Regions sanitàries. 213
166. Proporció de població que ha pres medicaments per a la tensió arterial (últims 2 dies) per sexe i edat. 214
167. Proporció de població que ha pres medicaments per a la tensió arterial (últims 2 dies). Regions sanitàries. 215
168. Proporció de població que ha pres medicaments per al colesterol (últims 2 dies) per sexe i edat. 216
169. Proporció de població que ha pres medicaments per al colesterol (últims 2 dies). Regions sanitàries. 217
170. Proporció de població que ha pres medicaments per al cor (últims 2 dies) per sexe i edat. 218
171. Proporció de població que ha pres medicaments per al cor (últims 2 dies). Regions sanitàries. 219
172. Proporció de població que ha pres medicaments per a la diabetis (últims 2 dies) per sexe i edat. 220
173. Proporció de població que ha pres medicaments per a la diabetis (últims 2 dies). Regions sanitàries. 221
174. Proporció de població que ha pres medicaments per dormir (últims 2 dies) per sexe i edat. 222
175. Proporció de població que ha pres medicaments per dormir (últims 2 dies). Regions sanitàries. 223
176. Proporció de població que ha pres medicaments per l'estómac (últims 2 dies) per sexe i edat. 224
177. Proporció de població que ha pres medicaments per l'estómac (últims 2 dies). Regions sanitàries. 225
178. Proporció de població que és fumadora (diària i ocasional) per sexe i edat. 226
179. Proporció de població que és fumadora (diària i ocasional). Regions sanitàries. 227
180. Proporció de població que és bevedora de risc per sexe i edat. 228
181. Proporció de població que és bevedora de risc. Regions sanitàries. 229
182. Proporció de població que té obesitat per sexe i edat. 230
183. Proporció de població que té obesitat. Regions sanitàries. 231
Annex 1. Educació. Proporció amb primària o menys segon diferents fonts. Població 50 i més anys a Catalunya. 243
Annex 2. Classe social*. Proporció en grups IVa, IVb i V. Població 50 i més anys a Catalunya. 243

Sobre els autors

Jeroen Spijker és investigador "Ramón y Cajal" del Centre d'Estudis Demogràfics (CED) a on co-encapçala l'àrea d'investigació "Salut i envelliment". L'any 2004 va obtenir el Doctorat en Ciències Espacials (especialització Demografia) a la Universitat de Groningen (Països Baixos). També ha treballat per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), la Universitat d'Edimburg i el Vienna Institute of Demography. Li interessen una àmplia gamma de temes, incloent l'envelliment de la població, els determinants socioeconòmics de la salut i de la mortalitat, la transició epidemiològica i les transicions familiars després del divorci i de la viduïtat.

Jordi Bayona-i-Carrasco és investigador del CED i professor associat al Departament de Geografia de la Universitat de Barcelona (UB). És llicenciat en Geografia (UB) i Doctor en Demografia (UAB). Les seves investigacions es centren principalment en l'anàlisi demogràfica de la immigració internacional i del seu procés d'integració, amb especial atenció en les pautes d'assentament i en les dinàmiques de segregació i concentració territorials de la població estrangera.

Antonio José Medina Cruz és tècnic de suport a la recerca al CED. Llicenciat en Geografia i Doctorat en Demografia per la UAB, ha treballat en estudis de mobilitat residencial, demografia històrica, nupcialitat i salut i ha col·laborat a la Unitat de Banc de Dades del CED.

Teresa Menacho Montes és llicenciada en Matemàtiques, per la Universidad de Sevilla, i amb DEA en Demografia per la UAB. Contractada des de 1999 com a tècnica d'ajuda a la recerca i responsable de les Unitats de Banc de Dades i Informàtica, i de la gestió tècnica de la web del CED (ced.uab.es). Col·labora en diversos projectes de recerca, sobretot relacionats amb les estimacions i projeccions de població.

L’objectiu d’aquest Atles és visualitzar les desigualtats en salut de la població catalana major de 50 anys en funció del seu perfil socioeconòmic i durant els darrers quinze anys, prestant especial atenció als comportaments durant els anys de la crisi econòmica.
L’estudi s’ha realitzat amb les dades de vuit edicions de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), analitzant les associacions entre variables socioeconòmiques per edats i sexe i per cinc indicadors de salut (salut autopercebuda, discapacitat, salut mental, consum de medicaments i sedentarisme), a més d’un anàlisi menys detallat per a una bateria d’altres 29 indicadors de salut.
L’evolució i la comparació dels indicadors mostra que durant els anys de crisi no es van modificar les grans tendències en els avanços en la longevitat i en les millores en la salut global de la població, observant-se fins i tot efectes no esperats o contraintuïtius durant el boom i la crisi econòmica. Tanmateix, els efectes de la crisi sí que es van manifestar en les condicions de salut de certs col·lectius o bé en aspectes concrets com el consum de medicaments o la salut mental.

9 788494 905803