

LA SALUT DE LA POBLACIÓ A CATALUNYA: EL PAPER DE LA IMMIGRACIÓ

Rosa Puigpinós, Rodrigo Villegas, Maica Rodríguez-Sanz, Carme Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona
CIBER Epidemiología y Salud Pública
Universitat Pompeu Fabra

L'estat de salut i la immigració

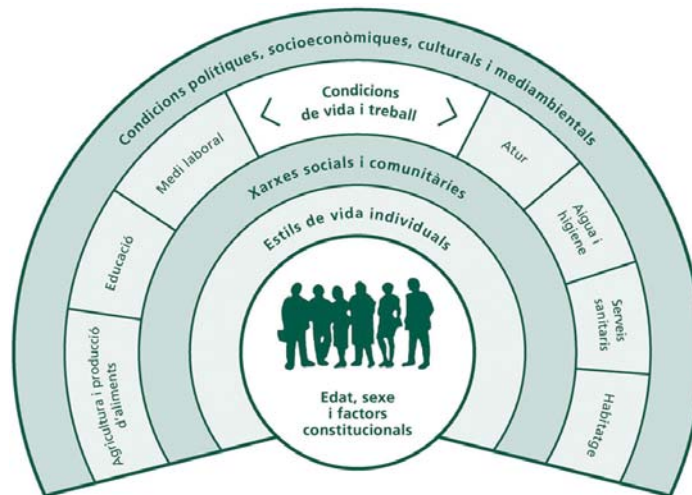
A partir de finals dels anys 90 i sobretot a partir del 2000 es produeix un important augment de la població immigrant arreu de l'Estat Espanyol i en concret a Catalunya, la qual és la Comunitat Autònoma que més població immigrant acull de l'Estat, amb un 21% de la immigració total l'any 2006, seguida de la Comunitat Autònoma de Madrid amb un 19% [1]. Aquest moviment migratori gran i ràpid ha generat, des de tots els àmbits de la societat, la necessitat d'adaptar els recursos existents a la nova realitat social.

Aquesta nova situació requereix d'una planificació coherent que passa en primera instància per una correcta identificació i prioritització de necessitats en salut d'aquesta població. Durant els darrers anys han anat apareixent articles, informes i presentacions que han posat sobre la taula l'estat de la qüestió. En la dècada dels 90, diferents treballs [2, 3, 4, 5, 6, 7] van posar de manifest que, en general, les persones que emigren són joves i sanes, fet que els ajuda a afrontar el fet migratori que, tot i així, no els deixa immunes al procés del dol migratori. A l'inici del nou segle s'elaboren documents amb les dades de què es disposen fins al moment, com per exemple, la descripció de la situació de salut d'aquesta població a partir de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona [8], o una revisió de la literatura sobre quines són les principals necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris de la població immigrant [9]. El col·legi de metges de Barcelona elabora un Quadern de la bona praxi en els immigrants i la seva salut [10] i a més, es fa algun treball directament amb els professionals de la salut per tal de saber quines són les necessitats sentides per ells en la seva pràctica diària [11]. Es comença també a analitzar el fenomen migratori com un important eix de desigualtat juntament a la classe social i el gènere [12, 13] així com les interaccions entre aquests diferents eixos [14].

La salut de les persones va més enllà de la presència o absència de malaltia i està en funció d'una banda de la biologia pròpia de cada individu i el seu comportament, així com de tota una sèrie de determinants (estils de vida, influències socials i comunitàries, condicions de vida, laborals, d'habitatge, i també el fet migratori). En aquest sentit, existeixen diversos models conceptuals sobre els factors determinants de la salut. Un dels més emprats en el nostre àmbit és el model conceptual de Dahlgren i Whitehead [15, 16] (Figura 1) que mostra, en capes concèntriques, els diferents aspectes que influeixen en la salut de les

persones, des dels que estan més propers com són els estils de vida fins els més allunyats com són els condicionants polítics i socio-econòmics. Tots aquests factors influencien la salut de les persones immigrants.

Figura 1: Model dels determinants de la salut modificat de Dahlgren i Whitehead.



Les persones immigrades són joves i sanes, però no s'ha d'oblidar que, sobretot els immigrants econòmics, solen arribar de països amb una epidemiologia pròpia quant a malalties cròniques i infeccioses. Les condicions de stress i precarietat en les que solen viure les persones immigrants, almenys durant els primers temps de l'arribada al país d'acollida, afavoreixen el deteriorament del seu estat de salut i l'adquisició de malalties [13, 17, 18, 19].

Les enquestes de salut són una de les principals eines per a mesurar l'estat de salut d'una població i alguns dels seus determinants, així com l'ús de serveis i altres pràctiques sobretot de tipus preventiu. La principal limitació per a tenir dades consistents sobre la població immigrant a partir de les enquestes de salut fetes fins ara és l'escàs nombre de persones immigrants enquestades, ja que durant la dècada dels 1990 la proporció de persones immigrants encara no era tant important com a l'actualitat. L'any 2006, en que es realitza l'última enquesta de salut de Catalunya, la situació ja és diferent, ja que els immigrants ja són gairebé el 13% de tota la població catalana, representant doncs, un nombre d'efectius important dins la mostra. Tenint en compte aquest fet, durant el procés de preparació del qüestionari, es va crear un grup de assessor de persones expertes per tal de revisar el qüestionari i adaptar-lo als col·lectius d'immigrants.

Així doncs, l'enquesta de salut de Catalunya de l'any 2006 suposa una important oportunitat per a obtenir dades consistents i representatives de la població immigrant i comparar-les amb les obtingudes en la població d'autòctona.

Objectius i metodologia

L'objectiu d'aquest capítol és descriure l'estat de salut, els seus determinants i l'ús de serveis sanitaris de les persones immigrants residents a Catalunya durant l'any 2006 i comparar-la amb les autòctones. La font d'informació utilitzada ha estat l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 2006 (ESCA 2006) que inclou una mostra representativa dels ciutadans i ciutadanes de Catalunya. La mostra es va obtenir a partir de les dades del registre de Població de Catalunya de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), excloent de la mostra les persones que habitualment viuen en residències o establiments col·lectius (residències sòcio sanitàries, convents, quartels, presos,...) [20]. A aquestes persones, se'ls va entrevistar a domicili utilitzant el qüestionari revisat per diferents comissions de treball.

L'enquesta es va realitzar entre els mesos de Desembre del 2005 i Juny del 2006, entrevistant a un total de 18.126 persones, de les quals 2.002 corresponen a menors de 15 anys i la resta, 15.926 a persones a partir de 15 anys (que són les que s'inclouen en aquest estudi). En el cas dels menors el qüestionari va ser respost per un familiar o proxy i el mateix en aquells casos en que la persona pateix una incapacitat o malaltia que li impedeixen respondre el qüestionari. Al mapa 1 s'hi presenten les regions sanitàries i les persones entrevistades a cada una d'elles.

MAPA 1. Regions sanitàries i nombre de persones adultes entrevistades a l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2006.



Les dades han estat analitzades tenint en compte els 3 principals eixos de desigualtat que són: la classe social, el lloc d'origen de les persones i el gènere. La classe social, es va establir a partir de l'ocupació de les persones entrevistades o, en el seu defecte, la del cap de família seguint la proposta de la Sociedad Española de Epidemiología [21, 22]; posteriorment les persones de les classes socials més avantatjades (I, II i III) és van agrupar com a classe social no manual i les de classes socials més desavantatjades (IV i V) com a classe social manual. Quant al lloc d'origen, en els autòctons es va diferenciar entre els nascuts a Catalunya i els nascuts en la resta de l'Estat Espanyol (EE) i que per tant en el seu moment també varen emigrar dins del territori i pels quals, s'han descrit uns pitjors indicadors de salut [14]; en el cas de les persones immigrants es van agrupar en persones provinents de països desenvolupats (PD) (sent bàsicament de la Unió Europea i Estats units) i persones provinents de països en vies de desenvolupament (PVD).

S'han analitzat alguns factors de condicions de vida de les persones, l'estat de salut percebuda, la presència de trastorns crònics, la salut mental, la utilització de serveis i les pràctiques preventives segons lloc d'origen, comparant-los entre ells i estratificant per gènere i classe social. S'ha plantejat d'aquesta manera l'anàlisi, pel fet abans esmentat de que tant el gènere, com la classe social i el lloc d'origen son factors clau en les desigualtats en salut i, a més, aquests tres eixos de desigualtat estan relacionats entre ells. Així, sovint ens preguntem, fins quin punt algunes de les desigualtats observades en les persones d'origen immigrant poden ser degudes al fet de provenir d'àmbits culturals diferents o fins quin punt a la classe social, la qual a vegades, apropa (o allunya) més a les persones de diferents orígens que amb altres provinents de la mateixa cultura.

Els resultats es presenten en forma de percentatges estandarditzats per edat, que ajusten l'efecte que l'edat pot tenir en els resultats en salut observats; és a dir, si es descriu per exemple el percentatge de persones que diuen patir algun trastorn crònic segons classe social, l'ajust permet comparar els percentatges entre les classe socials que tenen diferent estructura d'edat (les persones de la classe V són més grans que les de la classe I).

Les característiques sociodemogràfiques de la població

Com ja s'ha comentat anteriorment, en total es varen entrevistar 15.926 persones adultes a tot Catalunya, de les quals 7881 (49,5%) varen ser homes i 8045 (50,5%) dones. Aquesta proporció de major nombre de dones que d'homes, s'inverteix en el cas de les persones provinents de països en vies de desenvolupament en que els homes són el 53,1% i les dones el 46,9%.

Taula 1: Descripció de la mostra de la població adulta de l'ESCA 2006 segon sexe, classe social i lloc d'origen.

	HOMES						DONES					
	manuals		no manuals		Total		manuals		no manuals		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nascuts a Catalunya	2936	53,1	2597	46,9	5533	100,0	2775	51,1	2657	48,9	5432	100,0
Nascuts resta EE	1090	67,1	534	32,9	1624	100,0	1341	77,5	389	22,5	1730	100,0
Nascuts en PD	52	49,5	53	50,5	105	100,0	46	43,0	61	57,0	107	100,0
Nascuts en PVD	399	80,8	95	19,2	494	100,0	353	81,5	80	18,5	433	100,0
no consta	30	78,9	8	21,1	38	100,0	19	76,0	6	24,0	25	100,0

Pel que fa a la distribució segons classe social, en un petit percentatge dels enquestats no es va poder atribuir la classe, però tant en homes com en dones, és major el nombre de persones de classes socials manuals (57,8% en homes i 58,7% en dones), observant però que és en els grups de persones autòctones nascudes fora de Catalunya i immigrants de PVD on la proporció de persones de classes manuals és molt més elevada, sent de 67,1% en els homes i 77,5% en les dones autòctones nascudes fora de Catalunya i del 81% tant en homes com en dones immigrants de PVD (Taula 1).

La informació obtinguda en l'ESCA sobre alguns dels determinants de la salut indica que hi ha una major tendència a trobar persones universitàries fent feines manuals entre les persones del PVD, principalment en els homes; és també el grup en que hi ha més persones que tenen uns ingressos mensuals individuals inferiors o igual a 900 euros (a excepció de les dones de classe no manual en que és en les dones autòctones nascudes fora de Catalunya) i és també el grup en que hi ha més famílies que viuen amb uns ingressos bruts anuals per persona inferiors a 6.000 euros.

Quant a les condicions laborals, destaca que les persones de PVD són les que majoritàriament declaren treballar amb contractes temporals, (arribant a més del 45% en el cas del homes de classe manual). Quant a treballar de manera remunerada més de 40 hores setmanals es constaten dos aspectes: aquesta condició es dona més en els homes que en les dones i en aquests, són els autòctons nascuts a Catalunya i a la resta de l'EE els que més manifesten treballar més de 40 hores a la setmana; en el cas de les dones, són de nou les de PVD les que més manifesten aquest nombre elevat d'hores, al voltant d'un 30%. L'altre aspecte que es constata es que és un fenomen que es dona més en les persones de classe social més afavorida.

Pel que fa a les condicions de vida, és d'especial interès les persones que manifesten viure en condicions d'amuntegament, definit com aquelles llars en que hi ha més d'una persona per habitació excloent la

cuina i el bany; són les persones de PVD tant homes com dones i d'ambdós grups de classe social els que més viuen en aquestes condicions, constatant a més una important desigualtat de classe i principalment en les dones, en que els valors oscil·len entre un 7,4% en les de classe manual i un 36,6% en les de classe no manual. (Vegeu Taula A en annex).

Els estils de vida

Els estils de vida són aquelles conductes de les persones que influeixen en el seu estat de salut i que estan determinades pels factors socials. La Comissió Europea de Salut Pública els inclou en les estratègies sanitàries a nivell europeu [23] i afirma la importància d'aquells determinants que afecten a diferents aspectes de la salut de les persones, com són el tabac, l'alcohol i l'alimentació. Així doncs, els principals estils de vida analitzats són: l'hàbit tabàquic, el consum de risc d'alcohol, el consum d'altres substàncies addictives com el cannabis, la cocaïna i els tranquil·litzants, tots ells en persones de 15 a 44 anys que són les de major risc i l'activitat física en el temps de lleure.

Pel que fa a l'hàbit tabàquic, s'han agrupat els fumadors diaris i els fumadors ocasionals i tal com es pot veure a la taula 2, els homes fumen més que les dones i tant en homes com en dones, en general fumen més els de classe manual, si bé en les dones de PVD, s'observa la direcció contrària.

Quant al consum d'alcohol s'han estudiat els bevedors de risc, definits com: en els homes els que consumeixen 28 ó més unitats (1 unitat =10 grams d'alcohol pur) a la setmana ó 5 consumicions seguides almenys 1 cop al mes; en les dones, les que consumeixen 17 unitats o més a la setmana ó 5 consumicions seguides almenys 1 cop al mes. Com es pot observar a la taula 2, els homes consumeixen més que les dones; en uns i altres no hi ha una tendència clara quant a la classe social, si bé destaquen els autòctons nascuts fora de Catalunya i els de PD, en que el consum de risc és més freqüent en els de classes més avantatjades. En uns i altres els homes de PVD són els que menys consumeixen. En el cas de les dones destaquen com a grups de més consum de risc, les dones no manuals de PD, tot i que el nombre de dones de PD a la mostra va ser molt baix i per tant les conclusions que se'n treuen han de ser considerades amb molta cura.

Quant al consum d'altres substàncies addictives destaca el cannabis, que consumeixen més els homes i dones de classe no manual igual que s'observa pel que fa al consum de cocaïna i de tranquil·litzants.

En el cas de l'activitat física intensa i excloent caminar, durant el temps de lleure, apareixen desigualtats de classe i de gènere en tots els grups: els homes fan més esport que les dones i les classes socials

avantatjades més que les manuals; a més, les persones provinents de PVD tenen una menor tendència a fer esport durant el temps de lleure.

Taula 2. Estils de vida d'homes i dones segons classe social i lloc d'origen. ESCA 2006.

% estandarditzats per edat

	HOMES		DONES	
	Manuais	No manuals	Manuais	No manuals
FUMADORS DE 15 A 44 ANYS				
▪ Nascuts a Catalunya	47,9	31,8	43,9	33,5
▪ Nascuts a la resta de l'EE	49,1	30,9	37,4	36,5
▪ Nascuts en PD	31,7	38,2	36,7	22,9
▪ Nascuts en PVD	33,9	32,2	13,8	37,6
FUMADORS (45 A 64 ANYS)				
▪ Nascuts a Catalunya	32,1	29,3	19,6	17,5
▪ Nascuts a la resta de l'EE	38,1	28,9	20,4	19,6
▪ Nascuts en PD	34,1	46,9	0,0	18,4
▪ Nascuts en PVD	34,1	23,4	22,2	28,3
BEBEDORS DE RISC				
▪ Nascuts a Catalunya	11,0	8,4	2,1	2,6
▪ Nascuts a la resta de l'EE	12,1	15,8	5,0	1,4
▪ Nascuts en PD	8,7	22,4	0,0	10,4
▪ Nascuts en PVD	6,7	5,6	1,8	2,2
CANNABIS (15 A 45 ANYS)				
▪ Nascuts a Catalunya	22,8	16,0	12,1	12,7
▪ Nascuts a la resta de l'EE	11,6	15,7	1,1	16,5
▪ Nascuts en PD	10,3	17,3	6,3	20,2
▪ Nascuts en PVD	9,7	15,6	5,2	12,1
COCAÏNA (15 A 45 ANYS)				
▪ Nascuts a Catalunya	4,2	3,5	1,4	2,2
▪ Nascuts a la resta de l'EE	3,2	4,8	0,5	1,9
▪ Nascuts en PD	8,6	9,7	0,0	4,7
▪ Nascuts en PVD	3,1	4,8	2,5	5,4
TRANQUILITZANTS (DE 15 A 45 ANYS)				
▪ Nascuts a Catalunya	6,5	5,0	5,8	10,7
▪ Nascuts a la resta de l'EE	2,6	4,8	3,7	11,9
▪ Nascuts en PD	9,4	0,0	4,7	8,5
▪ Nascuts en PVD	5,1	7,7	6,4	12,1
ACTIVITAT FÍSICA EN TEMPS DE LLEURE (excloent caminar)				
▪ Nascuts a Catalunya	28,8	43,3	19,3	29,8
▪ Nascuts a la resta de l'EE	22,0	43,8	14,4	29,8
▪ Nascuts en PD	33,3	46,8	28,3	39,6
▪ Nascuts en PVD	22,4	35,9	16,6	25,3

La salut percebuda, els trastorns crònics, la limitació de l'activitat i les lesions

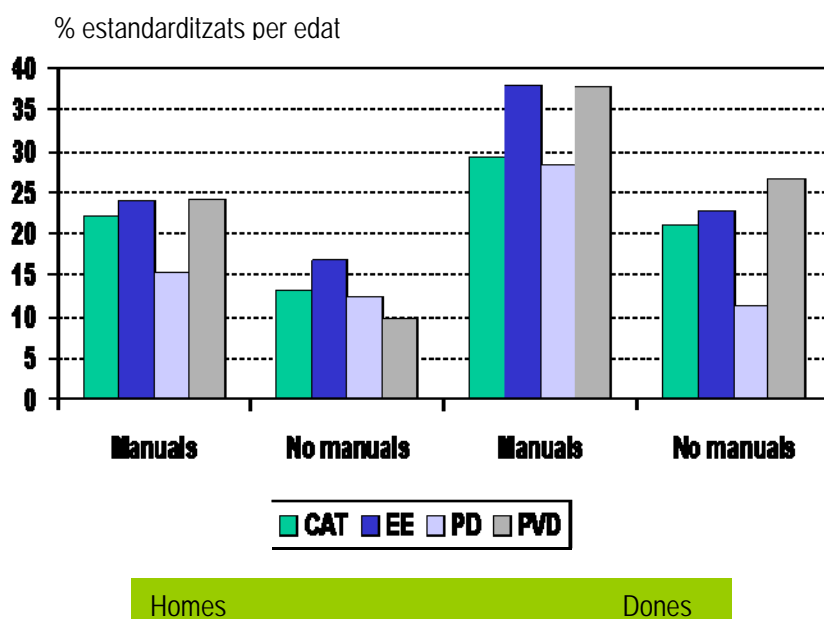
La salut percebuda mesura com les persones consideren la seva salut, combinant l'experiència subjectiva de malalties agudes i/o cròniques i sensacions com l'esgotament. Malgrat la subjectivitat aparent d'aquest

concepte, diversos treballs posen en evidència la forta associació entre aquest indicador i el fet d'emmalaltir i morir [24, 25].

En gràfic 1, es presenten els percentatges de persones que varen declarar tenir mala salut percebuda. El primer que es constata són importants diferències de gènere i també de classe; les dones pateixen més mala salut que els homes i tant homes com dones de classe social manual presenten pitjor salut que els de classe social no manual. Quant al lloc d'origen, les desigualtats de classe són més accentuades en els de PVD; així pel que fa als homes, els de classe no manual són els que declaren en menor proporció tenir mala salut, mentre que en els de classe manual, no hi ha diferències en funció del lloc d'origen, destacant però que són els provinents de països rics els que en menor proporció diuen patir mala salut.

En les dones, les de PVD de classe manual a l'igual que les autòctones nascudes fora de Catalunya, amb més d'un 37% en ambdós grups, són les que més mala salut declaren. En les dones de classe més avantatjades són les de PVD amb un 26,5% les que declaren en major proporció tenir mala salut.

Gràfic 1: Homes i dones que declaren tenir salut dolenta i molt dolenta segons classe social i lloc d'origen. Catalunya 2006.



Les dones presenten majors percentatges de tenir més de dos trastorns crònics, i amb diferències de classe en tots els grups amb algunes excepcions. Quant al lloc d'origen, en els homes s'observa que els de PVD no són els que en major proporció declaren tenir un nombre elevat de trastorns, de fet estan per darrera dels autòctons tant els nascuts a Catalunya com a la resta de l'Estat Espanyol. No passa el mateix en els homes de classe més avantatjades ja que, en aquests, són de nou els de PVD els que major nombre de trastorns diuen tenir front als altres grups, malgrat ser els que millor salut percebuda

declaren. En les dones, les de PVD són les que declaren en menor proporció un elevat nombre de trastorns crònics tant en les de classe manual com en les no manuals.

Pel que fa al tipus de trastorn més freqüent, tal com es pot observar en la taula 3, són el mal d'esquena i l'obesitat. Quant a la distribució per gènere, classe social i lloc d'origen no s'observa una tendència clara; així, el mal d'esquena és més present en dones que homes i en les classes manuals i quant al lloc d'origen més afectat va canviant segons el grup.

La limitació crònica de l'activitat afecta principalment a dones de classe manual de països rics, dones de classe no manual autòctones de fora de Catalunya i homes de classe manual de PVD. Finalment, pel que fa a les lesions per accidents durant l'any anterior a l'entrevista, el grup més afectat amb un 23,9% són els homes de PVD de classe no manual i en les dones amb un 28,9% les de PD de classe manual.

Taula 3: Trastorns crònics, limitació de l'activitat i lesions per accident en homes i dones segons classe social i lloc d'origen. ESCA 2006.

% estandarditzats per edat

	HOMES		DONES	
	Manuais	No manuals	Manuais	No manuals
PATIMENT DE MES DE 2 TRASTORNS CRÒNICS				
▪ Nascuts a Catalunya	38,6	31,1	58,3	49,4
▪ Nascuts a la resta de l'EE	40,7	34,5	60,9	49,6
▪ Nascuts en PD	26,6	25,1	61,4	53,1
▪ Nascuts en PVD	33,2	38,6	50,8	49,1
TRASTORNS ESPECÍFICS				
Depressió, ansietat				
▪ Nascuts a Catalunya	11,7	9,1	25,2	17,5
▪ Nascuts a la resta de l'EE	12,4	10,0	30,7	19,1
▪ Nascuts en PD	6,8	10,2	30,1	19,5
▪ Nascuts en PVD	12,9	14,5	21,3	7,9
Mal d'esquena, lumbar i cervical				
▪ Nascuts a Catalunya	31,8	25,1	47,7	40,3
▪ Nascuts a la resta de l'EE	36,0	27,8	49,0	39,0
▪ Nascuts en PD	24,2	20,7	51,3	36,9
▪ Nascuts en PVD	33,2	34,3	44,6	35,0
Obesitat				
▪ Nascuts a Catalunya	14,6	10,7	15,8	7,9
▪ Nascuts a la resta de l'EE	16,6	10,7	14,2	8,4
▪ Nascuts en PD	22,0	9,9	7,8	5,6
▪ Nascuts en PVD	12,5	7,7	18,1	13,8
LIMITACIÓ CRÒNICA DE L'ACTIVITAT				
▪ Nascuts a Catalunya	15,0	11,3	20,6	16,4
▪ Nascuts a la resta de l'EE	14,5	11,2	23,6	19,6
▪ Nascuts en PD	13,8	9,8	31,8	12,4
▪ Nascuts en PVD	18,3	13,7	15,9	11,4
LIMITACIÓ AGUDA DE L'ACTIVITAT				
▪ Nascuts a Catalunya	12,1	8,7	18,6	14,7
▪ Nascuts a la resta de l'EE	12,4	13,3	22,3	12,7
▪ Nascuts en PD	18,0	3,0	18,3	15,8
▪ Nascuts en PVD	13,4	20,9	18,0	16,8
LESIONS PER ACCIDENTS				
▪ Nascuts a Catalunya	18,1	14,6	17,5	15,4
▪ Nascuts a la resta de l'EE	18,9	14,5	14,5	21,0
▪ Nascuts en PD	14,8	9,7	28,9	17,8
▪ Nascuts en PVD	15,6	23,9	22,7	20,4

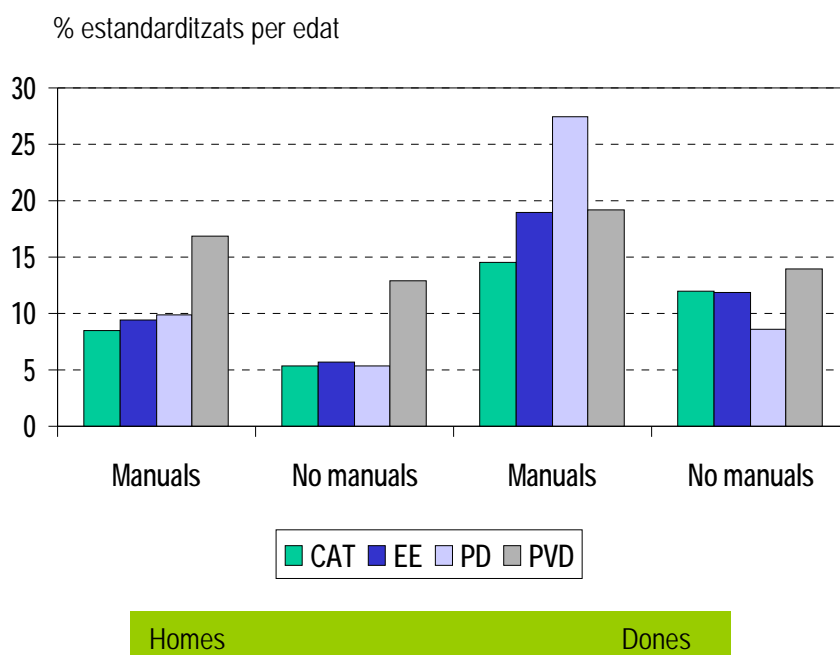
La salut mental

En l'enquesta de salut s'utilitza una bateria de preguntes sobre el benestar emocional de la persona (si s'ha pogut concentrar bé durant els últims 30 dies, sobre les seves preocupacions, si sent que juga un paper útil en la vida, si se sent capaç de prendre decisions, si se sent en tensió, sobre les seves

dificultats, i altres), totes elles encaminades a saber si la persona està en risc de tenir un patiment mental que el pugui conduir a una depressió o qualsevol altre trastorn de tipus psicològic. Aquestes preguntes estan basades en el qüestionari de Goldberg de 12 preguntes [26] traduït i validat al nostre context [27].

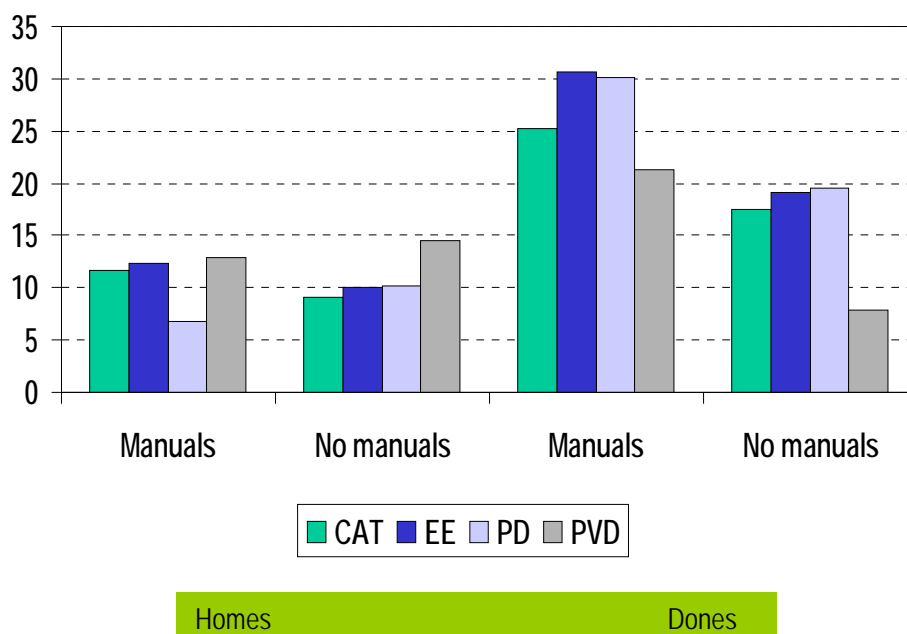
Així, quant al risc de patiment psicològic o de mala salut mental (gràfic 2), de nou apareixen desigualtats de gènere en el sentit de que les dones n'estan més afectades que els homes i també apareixen desigualtats de classe, sent les persones de les classes socials més desavantajades les que presenten percentatges més alts. D'altra banda, en el cas dels homes, apareixen desigualtats segons el lloc d'origen sent els homes de PVD els que tenen una pitjor salut mental en ambdós grups de classes socials. En el cas de les dones clarament són les de classe manual i especialment les de PD amb un 27,5% les més afectades de mala salut mental; en el grup de les de classe no manual, són també les de PVD les més afectades.

Gràfic 2. Mala salut mental en homes i dones segons classe social i lloc d'origen. Catalunya 2006.



Aquests resultats concorden força amb els obtinguts al preguntar directament a les persones si han patit o han estat diagnosticades de depressió i/o ansietat. Com es pot observar a la gràfic 3, de nou són les dones i especialment les de classe manual les més afectades, si bé les dones de PVD són les que menys declarem tenir depressió i/o ansietat tant en la classe manual com en la no manual.

Gràfic 3. Depressió i/o ansietat en homes i dones segons classe social i lloc d'origen. Catalunya 2006. % estandarditzats per edat

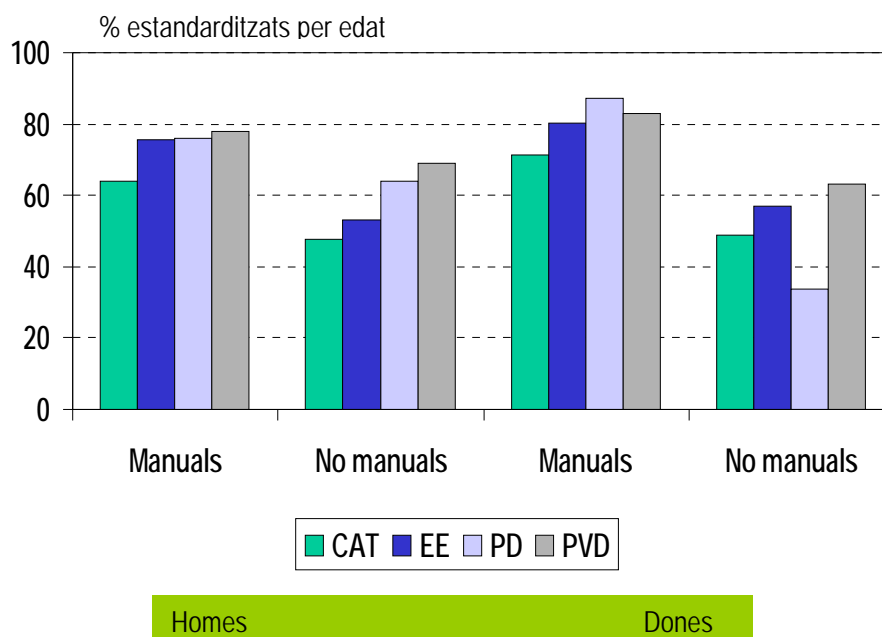


La utilització de serveis sanitaris i les pràctiques preventives

Al nostre país, el sistema de salut és d'accés universal per a tothom i en aquest sentit podem afirmar que no hi ha desigualtats quant a serveis oferts. Tot i així, continuen havent sectors de població que utilitzen menys determinats tipus de serveis, sobretot els no oferts pel Servei Català de la Salut o alguns serveis preventius [28]. Cal assenyalar que, a Catalunya, hi ha un percentatge important de persones que, apart de la sanitat pública, paguen una mútua privada i per tant, disposen d'una doble cobertura, essent principalment les persones de les classes socials més afavorides.

Així la gràfic 4 mostra com el percentatge de persones que només tenen cobertura sanitària pública és força baix sobretot en els homes i dones nascuts a Catalunya de les classes socials no manuales on no arriba ni al 50%. Les que més declaren tenir només cobertura pública són les dones de la classe manual de tots els llocs d'origen sobretot immigrants, tant de PD com de PVD.

Gràfic 4. Homes i dones amb cobertura sanitària exclusivament pública segons classe social i lloc d'origen. Catalunya 2006.



Quant a la utilització dels serveis de salut, tant els homes com les dones de la classe manual procedents dels PVD són els que menys diuen haver anat al metge de capçalera durant els últims 12 mesos mentre que en les classes no manuals els que menys declaren haver anat al metge són els de PD. Tant en homes com en dones i de totes les classes socials, els de PVD són els que menys han visitat a l'especialista, concretament al dentista. No passa el mateix en la visita a urgències, en que els homes de PVD, tant de la classe manual com la no manual, són els que més declaren haver-hi anat amb un 37,2 i 31,8% respectivament. En el cas de les dones, les que més declaren haver anat a urgències són les autòctones nascudes fora de Catalunya, seguides però per les de PVD i en ambdues classes socials. En tots els casos les persones de PVD són les que menys hospitalitzacions han tingut durant l'any previ a l'enquesta.

En general, tant en homes com en dones, les persones de classe manual acudeixen més que les no manuals al metge de capçalera i a urgències, però menys al dentista (Taula 4).

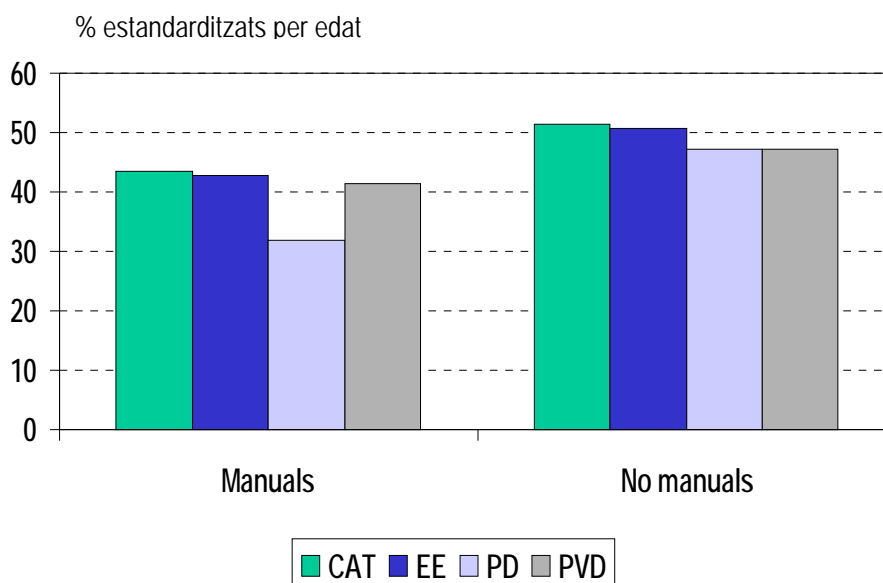
Taula 4. Cobertura sanitària i us de serveis en homes i dones segons classe social i lloc d'origen. Catalunya 2006.

% estandarditzats per edat

	HOMES		DONES	
	Manuais	No manuals	Manuais	No manuals
VISITA AL CAPÇALERA				
▪ Nascuts a Catalunya	69,0	66,0	76,1	72,5
▪ Nascuts a la resta de l'EE	72,3	72,2	80,5	71,8
▪ Nascuts en PD	71,6	61,1	86,1	62,4
▪ Nascuts en PVD	67,8	70,4	71,2	69,0
VISITA DENTISTA				
▪ Nascuts a Catalunya	29,3	35,0	34,9	44,4
▪ Nascuts a la resta de l'EE	31,5	38,9	30,1	46,3
▪ Nascuts en PD	33,6	43,8	33,9	50,2
▪ Nascuts en PVD	20,5	32,2	26,0	30,7
VISITA A URGÈNCIES				
▪ Nascuts a Catalunya	28,2	23,5	33,9	30,3
▪ Nascuts a la resta de l'EE	33,6	26,7	36,3	35,4
▪ Nascuts en PD	29,7	20,3	44,5	29,5
▪ Nascuts en PVD	37,2	31,8	35,6	32,1
HOSPITALITZACIÓ DURANT L'ÚLTIM ANY				
▪ Nascuts a Catalunya	8,1	5,8	11,3	9,3
▪ Nascuts a la resta de l'EE	7,5	7,7	12,7	10,7
▪ Nascuts en PD	7,8	5,5	22,4	4,2
▪ Nascuts en PVD	6,2	4,7	10,7	9,2

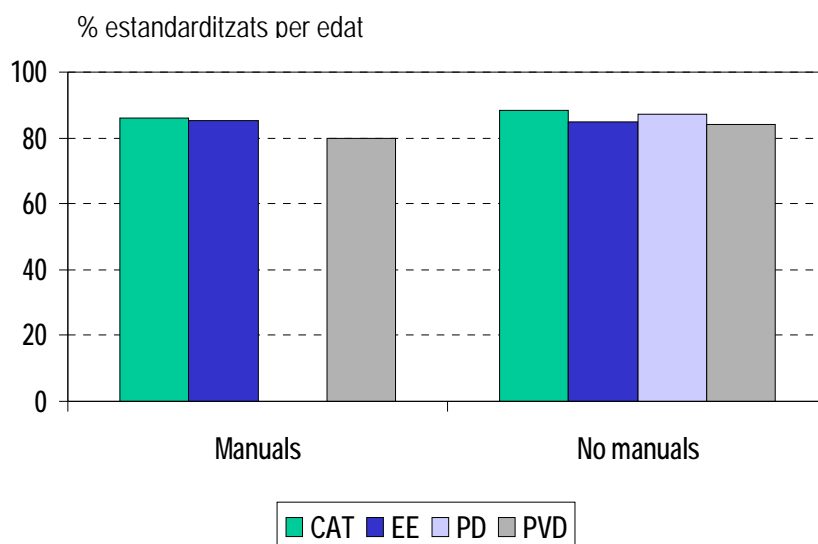
Quant a pràctiques preventives lligades a la salut de la dona, com es pot observar en la gràfic 5, les dones de classes més avantatjades visiten més al ginecòleg de manera regular sigui quin sigui el seu lloc d'origen, sent les que menys es controlen les immigrants tant de les classes manuals com de les no manuals i tant si són de PD com de PVD,

Gràfic 5, Visites al ginecòleg segons classe social i lloc d'origen. Catalunya 2006.



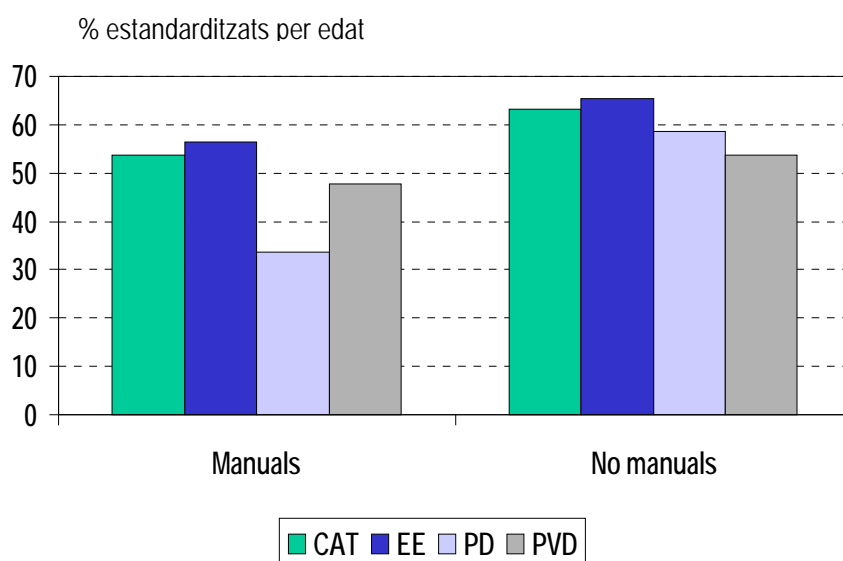
En el grup de dones de 50 a 69 anys, tributàries de cribatge poblacional de càncer de mama, és notori que en tots els grups estudiants declaren fer-se mamografies de manera regular si bé no queda clar que sigui amb periodicitat constant, al voltant del 80% o més. Són les dones de PVD i de classe manual les que amb un 79,7% declaren menys controls regulars, tal com es pot observar a la gràfic 6. Altrament, és interessant, però, el fet que la via per la qual diuen fer-se els controls mamogràfics les dones de classes manuals de tots els orígens, és a través del Programa Poblacional de Detecció Precoç estès a tot Catalunya, cosa que posa en evidència la contribució del programa a la disminució de les desigualtats vinculades tant a la classe social com a l'origen de les persones (veure taula B en annex).

Gràfic 6, Dones de 50 a 69 que es fan controls mamogràfics de manera regular segons classe social i lloc d'origen. Catalunya, 2006.



Pel que fa al control de càncer de cèrvix a través de la realització de citologies regulars, en primer lloc s'observa menys control que en el cas de la mamografia, desigualtat segons la classe social (les dones de classes no manuals es controlen més) i de nou les dones immigrants en general realitzen menys controls (gràfic 7).

Gràfic 7. Dones que es fan citologies de manera regular segons classe social i lloc d'origen. Catalunya, 2006.



Conclusions

Els resultats posen en evidència que les persones d'origen immigrant viuen en unes condicions laborals i d'habitatge més precàries que la resta de la població fets que són determinants de la seva salut. Respecte als estils de vida, fumen menys i consumeixen menys altres substàncies addictives. Declaren un estat de salut similar a la de la resta de persones de la seva classe social i juntament amb els autòctons nascuts fora de Catalunya tenen lleugerament pitjor salut que els autòctons nascuts a Catalunya. No acudeixen en major mesura als serveis assistencials d'atenció primària, si bé, sobretot els homes, tenen una major tendència a acudir als serveis d'urgències però no de manera molt més accentuada que la resta de la població. En el cas de les dones, les immigrants van a urgències en menor mesura que les autòctones nascudes fora de Catalunya. Hi ha una lleugera tendència a un menor ús de pràctiques preventives en la salut de les dones. La majoria tenen cobertura pública, si bé el nombre de persones immigrants que ja tenen doble cobertura és notable.

Els resultats exposats, van en la mateixa línia d'estudis duts a terme anteriorment i que posen en evidència que les persones immigrants solen ser persones joves, amb millors estils de vida que els autòctons [29] i amb bona salut, però que, a mesura que passen els anys, la salut empitjora si no milloren les condicions de vida i treball del país d'acollida [30, 31]. En el nostre àmbit, però, encara no es pot analitzar l'efecte dels anys ja que la immigració és encara un fenomen molt recent i, per tant, caldrà doncs ser capaços d'aprendre de l'experiència prèvia de països amb més anys de tradició migratòria.

Quant a l'ús dels serveis, si bé en els resultats de l'enquesta es posa de manifest que utilitzen els serveis d'atenció primària en la mateixa mesura o menor que la població autòctona, alguns estudis com el que es va realitzar a Lleida durant el 2005, troben un major ús per part de la població immigrant, sobretot acudint als serveis mèdics per damunt dels d'infermeria, probablement a causa del desconeixement del sistema sanitari i de tenir una diferent patologia [32]. Quant a l'ús dels serveis d'urgències per part dels immigrants només major en el cas dels homes i en el de les dones, inferior a les autòctones nascudes fora de Catalunya, explicarien les aparents contradiccions en alguns dels estudis fets i que fa que en definitiva que no hi hagi una evidència clara [29]; mentre que en uns casos es constata un major ús d'urgències hospitalàries i en conseqüència d'hospitalitzacions [33, 34] altres estudis mostren el contrari [35] i a més amb una casuística diferent, lligat a l'edat, al gènere (major nombre de parts) i també influenciat per factors culturals [36]. Caldrà veure com evoluciona l'ús de serveis a mida que les persones es van assentant i per tant van coneixent els serveis sanitaris i desapareixent les barreres idiomàtiques i culturals entre altres; l'experiència sembla mostrar que si bé al principi és major l'ús d'urgències, amb el temps, la situació es va regularitzant i igualant a la de la resta de la població acudint més a l'atenció primària [37]. A més, amb el pas del temps, la població immigrant anirà envellint també i utilitzarà més els serveis [38].

Quant a les pràctiques preventives, s'evidencia una menor pràctica per part dels immigrants i sobretot pel que fa a les relacionades a la salut de la dona, sense que apareguin grans diferències entre lloc d'origen tot i que es mantenen les desigualtats de classe. De fet, l'experiència de països amb una més llarga tradició en matèria d'immigració mostra que igual com succeeix en les classes socials més desfavorides, els serveis preventius són els menys utilitzats per la població immigrant en general i les dones en concret [39]. Aquest fet, està influenciat tant per factors i creences culturals com pels fets relacionats amb el procés de la immigració en sí mateix que fa que la necessitat d'adaptar-se a la nova realitat i de fer-se un lloc a la nova societat deixi la cura de la salut en un segon terme [40, 41].

Els resultats que s'acaben d'exposar i que són fruit d'una enquesta de salut adreçada a població general mostren, per primera vegada, la salut percebuda per part de la població immigrant a Catalunya, i poden servir de base per posar en marxa polítiques socials i sanitàries adreçades a aquesta població. De tota manera, cal assenyalar que l'Enquesta de Salut de Catalunya només ha recollit informació sobre la població que està registrada, per tant, no mostra informació sobre aquells sectors de la població més ocults i amb més necessitat. Tampoc recull informació sobre problemes de salut vinculats a patologies infectocontagioses tal com la tuberculosi i la sida, que tenen a veure amb l'endemicitat pròpia, sobretot dels països en vies de desenvolupament, i amb les condicions de precarietat en les que alguns d'aquests immigrants viuen en els països d'acollida [17, 18, 19] vinculades a la seva situació d'irregularitat, a canvis constants de país, ciutat, habitatge i lloc de treball i que fan, a més, que els tractaments de les malalties siguin més complexos.

Així doncs, aquesta visió poblacional que aporta l'enquesta de salut posa de manifest que les persones immigrants tendeixen a tenir el mateix comportament en salut que la resta de la població, dibuixant també per igual el mapa de desigualtats de classe i de gènere. Tot això fa pensar que cal implementar mesures, no sempre fàcils, per a abordar les barreres percebudes per les persones immigrants, les quals són tan diverses com cultures i individus hi ha, fent difícil les generalitzacions [42]. Entre aquestes mesures calen entre altres, facilitar al màxim els tràmits administratius necessaris per a accedir i conèixer els serveis de salut així com una normativa clara i general per a tots els municipis de Catalunya per tal de millorar les condicions de vida i treball i d'evitar condicions al límit de la indigència [43]. També cal formar i sensibilitzar a la societat i als professionals en la multiculturalitat [11] i continuar treballant contra les desigualtats socioeconòmiques i la pobresa que, en definitiva, són uns dels principals determinants causants de malalties i desigualtats en salut [44], Tots aquests temes han de ser considerats prioritaris en l'actual agenda política.

Bibliografia

- 1, Anuario Estadístico de Inmigración 2006, Gobierno de España, Ministerio de trabajo e inmigración,
- 2, Bada JL, Bada RM, Repercusiones sociosanitarias de la inmigración en España, FMC 1996; 3(5): 277-8,
- 3, Durán E, Cabezos J, Ros M i cols, Tuberculosis en inmigrantes recién llegados a Barcelona, Med Clin 1996; 106: 525-8,
- 4, Balanzó X, Enfermedades importadas y medicina de la inmigración, Aten Primaria 1991; 8: 527-9,
- 5, Jansà JM, Villalbí JR, La salud de los inmigrantes y la atención primaria, Aten Primaria 1995; 15(5): 320-7,
- 6, Puigpinós R, Borrell C, Pasarín MI, Rohlf s I, La salut de la població marginal i/o vulnerable a la ciutat de Barcelona, Barcelona Societat 1999; 10: 38-45,
- 7, Atxotegui J, Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial, En: Perdigüero E, Comelles JM (Ed), Medicina y cultura, Barcelona 2000, Estudios entre la antropología y la medicina,
- 8, La salut dels immigrants, Informe 2001, Anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona, 1995-99, Servei d'Informació Sanitària, Institut Municipal de la Salut Pública; 2002,
- 9, Berra S, Elorza-Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L, Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya, Revisió exhaustiva de la literatura científica, Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i recerca Mèdiques, CatSalut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2004,
- 10, Els immigrants i la seva salut, Quaderns de la bona praxi, nº 16, Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona; 2003,
- 11, Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable, Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Consorci Hospitalari de Catalunya; 2008,
- 12, Puigpinós R, Borrell C, Pasarín MI, Rohlf s I, Brugal T, Jansà JM, De Andrés J, La salut de la població marginal i/o vulnerable a la ciutat de Barcelona, Barcelona Societat 1999; 10: 38-45,
- 13, Jansà JM, García de Olalla P, Desigualtats en la salut i la immigració, En: Les desigualtats en la salut a Catalunya, Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill, Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 2003,
- 14, Borrell C, Muntaner C, Solà J, Artazcoz L, Puigpinós R, Benach J, Noh S, Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour, J Epidemiol Community Health 2008; 62(5): e7,
- 15, R, Beaglehole, "Determinants of health and disease, overview and framework", A: R, Detels, J, McEwan, R, Beaglehole, H, Tanaka, Oxford Textbook of Public Health, 14ª edició, Oxford: The Scope of Public Health; Oxford University Press, 2002,
- 16, G, Dahlgreen, M, Whitehead, Policies and strategies to promote equity in health, Copenhaguen: world Health Organisation, 1991,

- 17, La tuberculosi a Barcelona, Informe 2006, Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2007,
- 18, La salut de la població immigrant de Barcelona, Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008,
- 19, Novoa AM, G, de Olalla P, Clos R, Orcau A, Rodríguez-Sanz M, Caylà JA, Increase in the Non-HIV-Related Deaths Among Aids Cases in the HAART Era, Current HIV Research 2008; 6(1): 1-5,
- 20, Mompart A, Medina A, Brugulat P, Tresserras R, Encuesta de Salut de Catalunya 2006, Un instrumento de planificación sanitaria, Índice 2006; 19-22,
- 21, Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología, La medición de la clase social en ciencias de la salud, Barcelona: SG Editores, 1995,
- 22, Grupo SEE y Grupo semFYC, Una propuesta de medida de la clase social, Aten Primaria 2000; 25: 350-63,
- 23, Comisión Europea de Salud Pública, Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/lifestyle_es.htm
- 24, Idler EL, Beyamini Y, Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, J Health Soc Beha 1997;38:21-37,
- 25, Comparing self-reported health status and diagnosis-based risk adjustment to predict 1- and 2 to 5-year mortality, Health Serv Res, 2007;42(2):629-43,
- 26, Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedwart HB, Shepherd M, A standardized psychiatric interview for use in community surveys, Br J Prev Soc Med 1970; 24: 18-23,
- 27, Muñoz Rodríguez PE, Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905), Anales del Fondo de Investigación Sanitaria 1993, Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1993: 221,
- 28, Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya, Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill, Carme Borrell i Joan Benach (Coordinadors), Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005,
- 29, Carrasco-Garrido P, Gil De Miguel A, Hernández Barrera V, Jiménez-García R, Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain, Eur J of Public Health 2007; 17 (5): 503-507,
- 30, Jansà JM, García de Olalla P, Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos, Gac Sanit 2004; 18 (S1): 207-212,
- 31, Bates LM, Acevedo-García D, Alegría M, Krieger N, Immigration and generational trends in body mass index and obesity in the United States: results of the National Latino and Asian American Survey, 2002-2003, Am J Public Health 2008; 98 (1): 70-77,
- 32, Soler-González J, Serna ©, Rué M, Bosch A, Ruíz MC, Gervilla J, Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes y autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida, Aten Primaria 2008; 40 (5): 225-33,
- 33, Rué M, Cabré X, Soler-González J, Bosch A, Almirall M, Serna MC, Emergency hospital services utilization in Lleida (Spain): a cross-sectional study of immigrant and Spanish-born populations, BMC Health Services Research 2008, 8: 81
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/81>

- 34, Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O, Impact of immigration of the cost of emergency visits in Barcelona (Spain), BMC Health Services Research 2007, 7:9
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/9>
- 35, Burón A, Cots F, García O, Vall O, Castells X, Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain, BMC Health Services Research 2008; 8: 51
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/51>
- 36, Cots F, Castells X, Ollé ©, Manzanera R, Varela J, Vall O, Perfil de la casuística hospitalaria de la població inmigrante en Barcelona, Gac Sanit 2002; 16(5): 376-84,
- 37, Leduc N, Proulx M, Patterns of Health Utilization by Recent Immigrants, Journal of Immigrant Health 2004; 6 (1): 15-27,
- 38, Jansà JM, Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública, Gac Sanit 2006; 20 (Supl 1): 10-14,
- 39, Abraído-Lanza AF, Chao MT, Gammon MD, Breast and cervical cancer screening among latinas and non-latina whites, Am J Public Health, 2004; 94(8): 1393-8,
- 40, Remenick L, "I have no time for potential troubles": Russian immigrant women and breast cancer screening in Israel, J Immigrant Health, 2003; 5(4): 153-63,
- 41, Peek ME, Han JH, Disparities in Screening Mammography, J Gen Intern Med 2004; 19: 184-194,
- 42, Scheppers E, Van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J, Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review, Family Practice 2006; 23: 325-348,
- 43, La gestió municipal de l'empadronament dels immigrants, Informe Extraordinari, Barcelona: Síndic de Greuges de Catalunya, 2008,
- 44, Benach J, Amable M, Las clases sociales y la pobreza, Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1): 16-23,

ANNEX

Taula A: Nivell d'estudis, ingressos, situació laboral i condicions de vida en homes i dones segons classe social i lloc d'origen. ESCA 2006.

% estandarditzats per edat

	HOMES		DONES	
	Manuais	No manuals	Manuais	No manuals
NIVELL D'ESTUDIS				
PRIMARIS O INFERIORS				
▪ Nascuts a Catalunya	76,9	36,4	79,3	37,8
▪ Nascuts a la resta de l'EE	84,7	38,6	89,2	48,6
▪ Nascuts en PD	67,9	28,2	57,2	7,5
▪ Nascuts en PVD	65,7	28,7	69,1	32,2
SECUNDARIS O INTERMITJOS:				
▪ Nascuts a Catalunya	20,6	31,1	18,0	29,0
▪ Nascuts a la resta de l'EE	12,9	30,5	10,5	20,3
▪ Nascuts en PD	23,7	24,3	31,9	29,6
▪ Nascuts en PVD	21,2	32,3	21,3	31,8
UNIVERSITARIS				
▪ Nascuts a Catalunya	2,4	32,4	2,6	33,1
▪ Nascuts a la resta de l'EE	2,5	30,9	0,3	31,3
▪ Nascuts en PD	8,3	47,6	10,8	62,8
▪ Nascuts en PVD	13,1	48	9,6	36,0
INGRESSOS INDIVIDUALS <900 MES				
▪ Nascuts a Catalunya	33,3	21,9	63,7	33,9
▪ Nascuts a la resta de l'EE	33,5	16,2	65,5	38,6
▪ Nascuts en PD	37,6	13,6	70,4	33,9
▪ Nascuts en PVD	46,8	43,4	71,0	31,5
INGRESSOS FAMILIARS <6000 EUROS PER PERSONA I ANY				
▪ Nascuts a Catalunya	27,1	15,5	32,8	16,9
▪ Nascuts a la resta de l'EE	34,9	14,9	36,3	18,5
▪ Nascuts en PD	27,7	14,4	39,8	12,4
▪ Nascuts en PVD	48,9	42,1	53,0	20,1
SITUACIÓ LABORAL (en persones menors de 65 anys)				
Quants treballen				
▪ Nascuts a Catalunya	78,5	80,9	58,5	72,3
▪ Nascuts a la resta de l'EE	80,5	82,9	58,2	66,6
▪ Nascuts en PD	86,7	78,4	84,0	64,2
▪ Nascuts en PVD	81,4	76,1	64,6	62,8
Quants sense contracte				
▪ Nascuts a Catalunya	0,4	0,0	6,7	1,3
▪ Nascuts a la resta de l'EE	0,0	0,0	7,1	1,3
▪ Nascuts en PD	4,9	0,0	25,0	0,0
▪ Nascuts en PVD	4,5	3,8	10,9	0,0
Quants amb contracte temporal				
▪ Nascuts a Catalunya	16,4	7,1	19,5	12,4
▪ Nascuts a la resta de l'EE	18,1	6,8	22,6	15,3
▪ Nascuts en PD	20,7	16,8	16,1	11,8
▪ Nascuts en PVD	45,4	30,1	35,3	18,8
Quants >40 h setmanals				
▪ Nascuts a Catalunya	45,1	46,0	22,0	18,1
▪ Nascuts a la resta de l'EE	50,1	48,0	16,3	20,8
▪ Nascuts en PD	41,1	25,5	9,9	13,8

▪ Nascuts en PVD	40,1	42,7	31,4	30,2
AMUNTEGAMENT				
▪ Nascuts a Catalunya	7,8	5,6	10,2	6,3
▪ Nascuts a la resta de l'EE	9,9	10,0	11,0	4,3
▪ Nascuts en PD	19,5	2,3	5,8	3,0
▪ Nascuts en PVD	29,0	17,3	36,6	7,4

Taula B. Pràctiques preventives en dones segons classe social i lloc d'origen. ESCA 2006.

% estandarditzats per edat

	Manuais	No manuals
VISITA AL GINECÒLEG		
▪ Nascuts a Catalunya	43,5	51,5
▪ Nascuts a la resta de l'EE	42,8	50,8
▪ Nascuts en PD	31,9	47,3
▪ Nascuts en PVD	41,5	47,2
DONES QUE ES FAN MAMOGRAFIES PERIÒDICAMENT DE 40 A 49 ANYS		
▪ Nascuts a Catalunya	58,2	74,1
▪ Nascuts a la resta de l'EE	53,8	71,4
▪ Nascuts en PD	13,6	50,0
▪ Nascuts en PVD	55,3	55,3
DONES QUE ES FAN MAMOGRAFIES PERIÒDICAMENT DE 50 A 69 ANYS		
▪ Nascuts a Catalunya	85,9	88,2
▪ Nascuts a la resta de l'EE	85,2	84,9
▪ Nascuts en PD	0,0	87,2
▪ Nascuts en PVD	79,7	84,3
LLOC DE REALITZACIÓ DE LA MAMOGRAFIA LES DE 50 A 69 ANYS		
PRIVAT		
▪ Nascuts a Catalunya	12,0	33,1
▪ Nascuts a la resta de l'EE	9,0	24,3
▪ Nascuts en PD	0,0	28,8
▪ Nascuts en PVD	10,4	24,2
PUBLIC		
▪ Nascuts a Catalunya	31,4	24,0
▪ Nascuts a la resta de l'EE	34,6	29,2
▪ Nascuts en PD	0,0	20,1
▪ Nascuts en PVD	24,9	21,4
PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE MAMA		
▪ Nascuts a Catalunya	56,6	43,0
▪ Nascuts a la resta de l'EE	56,4	46,5
▪ Nascuts en PD	0,0	51,0
▪ Nascuts en PVD	64,7	54,3
CITOLOGIES PERIÒDIQUES		
▪ Nascuts a Catalunya	53,7	63,1
▪ Nascuts a la resta de l'EE	56,3	65,3
▪ Nascuts en PD	33,6	58,5
▪ Nascuts en PVD	47,8	53,7