



Arxiu històric FUNDACIÓ JAUME BOFILL

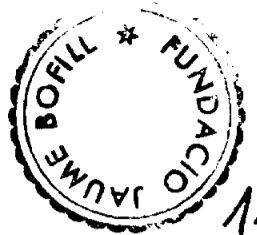
Informe de l'enquesta sobre Assistència Sanitària

Institut Catòlic d'Estudis Socials de Barcelona
(ICESB)

FEBRER 1975

FUNDACIÓ
Fundació
JAUME
Jaume
BOFILL
Bofill

INFORME DE L'ENQUESTA SOBRE
=====
ASSISTÈNCIA SANITÀRIA (1975)
=====



Traducció ~~de~~ català de Jaume Riera

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

I. Introducció.

1 a) Plantejament de l'enquesta.

Una investigació sociològica mitjançant entrevistes ^{per} i qüestionari sobre l'ús de serveis mèdics per part d'una població donada, es pot portar a terme, en principi, entrevistant els metges i el personal sanitari, o bé entrevistant una mostra de la població que rep atenció mèdica, tant malats com gent sana, o bé ambdós grups alhora.

Els serveis mèdics, o en termes més generals, les accions socials adreçades a la higiene i prevenció, a la curació i rehabilitació, constitueixen un conjunt d'activitats classificades al sector terciari de l'estructura socio-econòmica, i dins d'aquest sector terciari, hom sol incloure-les ~~dins~~ sota la rúbrica de "serveis a les persones". Una tal definició sembla voler dir que les relacions socials compreses en els serveis mèdics es ~~reduïen~~ redueixen només a dos actors: el personal tècnicament qualificat que presta els serveis (subjecte, doncs, actiu) ~~que presta els serveis~~ i els usuaris que se'n beneficien (~~en funció passiva~~ ^{subjecte passiu} com a receptor) ~~que reben els serveis~~.

Evidentment, aquesta simplificació només té sentit en funció de l'economia de ~~llenguatge~~ llenguatge que exigeix la taxonomia estadística. Efectivament, els membres de la població no circumscriuen pas les seves accions a la recepció passiva dels serveis o ~~de~~ de l'assistència tècnica que els procuren els prestadors, sinó que assumeixen sovint un paper actiu, per exemple: s'adrecen per pròpia iniciativa a un o a diversos metges, n'escullen o seleccionen, prenen determinis sobre l'ús de serveis que estan pagats amb diners públics ~~o~~ s'estimen més, per bé que se'n podrien beneficiar gratuïtament, pagar-ne d'altres de similars recurrent a la medicina o a l'assistència sanitària privada.

Aquests actors "passius" són, d'altra banda, la font primària d'informació amb què compten els actors tècnicament qualificats per poder actuar i dur a terme els actes mèdics pròpiament dits (higiene, prevenció, diagnòstic, cura, intervenció i d'altres que s'enclouen a les sèries possibles d'accions denota des

anades, sota ~~el~~ ^{l'expressió} ~~concepte~~ d'acte mèdic). Els mateixos actors "passius" es reserven normalment la decisió sobre sotmetre's o no a una intervenció quirúrgica (llevat de casos d'accident) ~~en~~ ^{on} ~~un~~ ^o ~~diversos~~ ^{diversos} metges prenen la decisió ~~sense~~ ^{sense} consultar l'accidentat. L'elecció d'hospital o de clínica pot constituir també matèria discrecional del pacient o de la seva família. Un cop ingressat al centre hospitalari es crea una complexa xarxa de relacions on intervenen almenys tres actors: ~~que són:~~

a) el personal mèdic i sanitari tècnicament qualificat i organitzat jeràrquicament d'acord amb llurs nivells de coneixements establerts legalment i la responsabilitat de les funcions respectives;

b) l'administració del centre, també amb un sistema organitzatiu, les seves classes jeràrquiques de personal i les seves diferents funcions, ~~una~~ les unes d'enquadrament del personal mèdic i les altres que li són complementàries;

c) els pacients i les seves famílies, que porten a terme igualment una complexa successió d'accions d'adaptació a les normes internes i externes del centre hospitalari així com d'accions referents als altres dos ~~sectors~~ ^{actors} citats anteriorment (personal tècnic i administració), sobretot amb la finalitat d'acréixer o estirar la qualitat dels serveis que reben, i de rebaijar o minimitzar les despeses, però també amb d'altres finalitats que no són pas utilitàries, com veurem més endavant.

Per tot plegat, una enquesta mitjançant entrevistes ~~o~~ ^{per} qüestionari sobre l'assistència mèdica a la població, hauria d'incloure, a més dels metges i els pacients, els administradors i d'altres responsables de l'organització dels centres hospitalaris.

En pur rigor de teoria, el tractament exhaustiu del tema que ara emprenem postulària fins a sis investigacions:

1) la investigació de caràcter preponderantment estadístic relacionant dades demogràfiques, econòmiques i socials amb l'equipament sanitari i mèdic que es troba a disposició de la població d'una zona determinada;

2) enquestes mitjançant qüestionari als professionals de la medicina, tant la privada com la pública;

3) enquestes al personal sanitari de nivell tècnic inferior al dels professionals universitaris;

4) enquestes als alts funcionaris de l'Administració dels serveis mèdics de la Seguretat Social i dels centres de medicina preventiva i hospitalaris, tant privats com públics;

5) enquestes sobre mostres de població sense experiència hospitalària, sobre l'ús de serveis mèdics i sanitaris habituals o de caràcter quotidià; i finalment

6) enquestes a mostres de població amb experiència hospitalària (és a dir, internats en hospitals per al tractament o intervenció o que n'acaben de sortir).

No cal dir que un pla d'enquestes d'aquesta amplitud i profunditat sobrepassa sens dubte les capacitats de la investigació finançada privadament, si més no al nostre país i a d'altres països amb recursos econòmics similars al nostre. I com que d'altra banda als arxius de la investigació sociològica del país no hi ha precedents en quantitat i qualitat sobre els quals poder recolzar-se per a la selecció d'unes hipòtesis noves de treball o per evitar la reiteració d'enquestes sobre temes ja abordats, ens és forçós limitar-nos a un tractament que és parcial en el seu camp (ja que només es poden entrevistar, per raons d'economia de diner i de temps, uns actors socials donats deixant els altres de cantó), i que alhora resulta ésser general en els seus objectius de coneixement de la realitat (ja que els qüestionaris es veuen forçats a plantejar moltes preguntes diverses que abracen dimensions i aspectes molt diferents dins el tema proposat a la investigació, precisament perquè l'escassetat d'investigacions anteriors impedeix la selecció de noves hipòtesis de treball que podrien ésser més específiques).

I amb tot el que hem dit fins ara, el lector pot comprendre el sentit de l'opció feta per nosaltres escollint, per sotmetre'l a les entrevistes, un subgrup molt concret de la població receptora de serveis mèdics i sanitaris. I comprendrà també les limitacions quantitatives i qualitatives del present treball; o amb d'altres paraules, els límits dins els quals el nostre treball, malgrat tot, pot tenir un interès positiu.

L'enquesta present s'ha fet entrevistant 325 persones hospitalitzades a dos centres hospitalaris de Barcelona-Ciutat, un de públic i un altre de privat (per bé que amb subvencions públiques). Aquests malalts es troben repartits entre els serveis de 7 metges-cap i comprenen un total de 10 sales. No foren inclosos a la mostra els malalts amb menys de quatre dies d'estada, els que hi estaven solament en observació, ~~els que hi estaven solament en observació, els que hi estaven solament en observació, els que hi estaven solament en observació~~ ~~els que hi estaven solament en observació, els que hi estaven solament en observació, els que hi estaven solament en observació~~ i els pacients assistits per causes sobtades i involuntàries (accidents de treball, de circulació etc.). El temps d'hospitalització al moment de l'entrevista era el següent:

de medicina general i diverses especialitats

Quadre número 1
=====

Temps d'hospitalització de la mostra entrevistada.

Més de tres dies i menys de vuit	17 %
Més d'una setmana i menys de dues	23 %
De dues setmanes a un mes	39 %
Més d'un mes i menys de dos	15 %
Dos mesos o més	6 %
	100
	(N = 325)

El 83% dels individus entrevistats, doncs, portaven més d'una setmana a l'hospital i cal suposar que ja havien tingut l'avinentsa d'avaluar l'assistència mèdica i fer-se un primer judici sobre el funcionament del centre hospitalari. El lector pot veure també que el valor modal de la corba de temps d'hospitalització que es pot fer a partir de les dades exposades se situa entre dues i quatre setmanes.

El qüestionari va incloure, a més de les preguntes referents a les relacions del malalt amb el personal mèdic, amb el personal assistencial complementari i amb l'administració, preguntes referents a l'ús de serveis mèdics fora de l'hospital i abans de l'hospitalització.

L'elecció d'aquest tipus d'enquesta entre d'altres de possibles és, doncs, el resultat d'una composició entre els postulats teòrics, els mitjans limitats en temps i diner, i les finalitats cognitives sobre una àrea de problemes que presenten un interès social evident.

Els aspectes purament estadístics dels problemes de l'assistència sanitària i mèdica a la població de Barcelona i de la seva àrea metropolitana, així com la inadequació de l'equipament hospitalari existent respecte de les necessitats de la població, ja han estat tractats públicament aquests darrers deu anys i d'una manera que podríem qualificar de dramàtica i aclaparadorament convincent. A partir de 1973 s'han organitzat autèntiques campanyes d'informació a través de diaris, revistes i d'altres mitjans de comunicació social i el públic ja té notícia dels dèficits existents i dels noms dels professionals de la Medicina que se n'ocupen d'una manera més rigorosa i sistemàtica (els doctors Aragó, Acarin, Espasa, Sans, Soler Sabarís, Vergés i d'altres).

Allò que exigeix aquest aspecte del problema no és pas el coneixement de fets nous sinó l'acció i l'eficàcia. Per això ací no l'hem abordat de cap manera ni ens hem sumat a esforços que d'altres ja han fet.

El que ens ha semblat interessant, en aquest període en què es troba en projecte o ja s'ha iniciat la creació de nous centres hospitalaris, és precisament investigar els aspectes que toquen les relacions entre els malalts, el personal sanitari i mèdic, i d'administració, i observar, a través de les respostes dels pacients, l'adequació entre llurs demandes i expectatives i els serveis que presta el centre hospitalari. Crèiem igualment que tenia un interès positiu conèixer aspectes específics del consum de serveis mèdics per part de la població, aspectes que no es poden veure a través de les tècniques purament estadístiques perquè exigeixen entrevistes personals fetes sobre mostres de població i el tractament de les respostes amb anàlisi multivariable en computadora.

La lectura del qüestionari inclòs al final d'aquest informe oferirà al lector que ho desitgi les precisions i detalls sobre els quals no ens podem allargar en aquests paràgrafs introductoris.

1 b) Qui són els enquestats. Atributs principals.

La mostra comprèn pacients de tots dos sexes, tal com es trobaven, durant el període de l'enquesta (des de novembre de 1974 fins a octubre de 1975), a les 10 sales seleccionades: un 56.9% d'homes i un 43.1% de dones. Si el període d'enquesta és aparentment tan dilatat per a una mostra de mida més aviat reduïda, es deu al propòsit d'obtenir entrevistes el més diversificades possible evitant la concentració d'uns determinats trets o atributs que nosaltres no coneguéssim i que es podrien acumular en una població de mostra presa en un termini més curt. I es deu també al propòsit de detectar possibles fluctuacions en el funcionament dels serveis hospitalaris associades a uns determinats períodes de l'any.

La residència dels entrevistats es concentra, com és natural, a la ciutat de Barcelona i a la seva àrea metropolitana (88.3 %), però hi ha també uns petits percentatges de malalts que havien vingut a hospitalitzar-se a Barcelona des de localitats més allunyades (fins i tot des de León, enviats per la Seguretat Social d'aquella Ciutat):

Quadre número 2
=====

Residència dels malalts entrevistats

Barcelona-ciutat	73.2 %
Àrea metropolitana	15.1 %
Resta de la província de Barcelona	7.4 %
Resta de Catalunya	2.5 %
Resta d'Espanya	1.8 %
	100

Com ja sabem, a través de les intenses migracions des d'altres punts d'Espanya cap a Barcelona i la seva àrea metropolitana, aquesta distribució per residència no s'ha de prendre com a homòloga de la distribució per orígens:

Quadre número 3
=====

Orígens geogràfics de la població enquestada

Barcelona, ciutat i província	30.2 %
Resta de Catalunya	9.8 %
Balears i València	4.3 %
Aragó i Navarra	7.1 %
País Basc	0.6 %
Províncies del Cantàbric (Astúries i Santander) i Galícia	2.8 %
Lleó, Castella la Vella i Castella la Nova	11.4 %
Extremadura, Andalusia i Canàries	32.0 %
Nord d'Àfrica i "stranger"	1.8 %
	100

Com es pot veure al quadre, els catalans nadius representen el 40 % (o el 44.3 % si hi incloem els procedents de les Balears i València).

Ara bé, per tal d'avaluar millor certes respostes i orientacions, resulta més important el temps que porten a l'àrea d'estudi les persones entrevistades que no pas l'origen geogràfic en ell mateix:

Quadre número 4
=====

Temps de residència a Catalunya

Hi ha vingut precisament per hospitalitzar-se	0.9 %
Residència de menys d'un any	5.2 %

NO CORTAR CUADROS

D'un any fins a dos inclusivament	1.5 %
Més de dos anys i menys de cinc	4.0 %
De cinc a deu anys inclusivament	8.6 %
D'onze a catorze anys inclusivament	6.8 %
De quinze a vint anys inclusivament	6.8 %
Residència demés de vint anys a Catalunya	26.2 %
Ha nascut a Catalunya	40.0 %
	<hr/>
	100

X Si acumulem els nadius i els que tenen més de deu anys de residència a Catalunya, trobem que el 80 % de la mostra entrevistada està ~~integrat~~ ^{integrat} per residents permanents en aquesta zona de població (Barcelona i la seva àrea metropolitana). En termes estrictes es pot dir que els centres hospitalaris investigats no atenen ~~sinó~~ ^{més d'} un 8 % de persones que es poden considerar alienes a l'àrea o simples residents eventuals.

Presentades als enquestats quatre alternatives per classificar ells mateixos la pròpia situació econòmica, ho feren de la manera següent:

Quadre número 5
=====

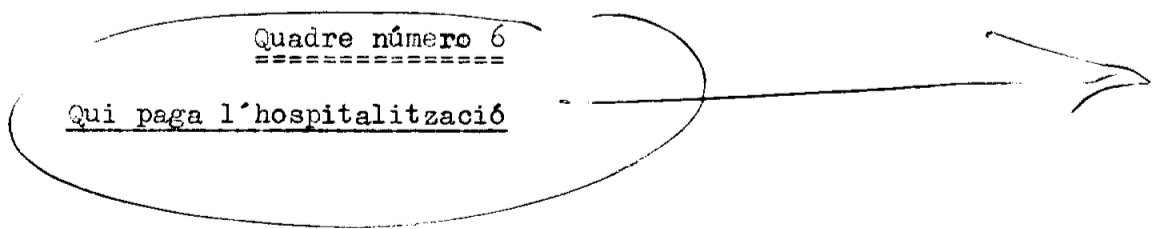
Situació econòmica dels entrevistats
avaluada per ells mateixos

Molt bona	0.0 %
Bona	13.2 %
Mitjana	60.6 %
Difícil	26.2 %
	<hr/>
	100

Com ja assenyalarem, es tracta d'una antoclassificació subjectiva o discrecional, on simplement estaven reduïts a quatre els termes entre els quals calia escollir. Tot amb tot, aquesta classificació, encreuada amb algunes respostes, l'emprarem per tal d'observar les variacions d'orientacions o d'accions que es troben associades al nivell socio-econòmic. Des ~~del~~ punt de vista hospitalari pròpiament dit, la distribució objectiva del ~~#~~ finançament de les despeses d'hospitalització té un interès més gran:

Quadre número 6
=====

Qui paga l'hospitalització



L'hospitalització va a càrrec del malalt o de la família	7.7 %
A càrrec dels serveis sanitaris del la règim general de la Seguretat Social	78.2 %
A càrrec de la ^{d'altres} Caixa Autònoma de la Seguretat Social	3.1 %
A càrrec d'un Montepio oficial	2.2 %
A càrrec d'una empresa privada d'assegurances	0.3 %
A càrrec d'una institució de beneficència	5.5 %
No ho saben: es pensen que hauran de pagar privatament però mantenen converses amb l'Administració o amb d'altres entitats per veure si obtenen alguna subvenció	3.0 %
	<hr/> 100 <hr/>

Una tal distribució referent als malalts de la nostra mostra no s'ha d'extrapol·lar a la generalitat de la població que rep assistència hospitalària a l'àrea del nostre estudi. Per raons tècniques referents a la petita mida de la mostra, els parèntesis de fiabilitat estadística d'aquestes dades són força amplis. Però podem partir els percentatges en només dos ítems: per l'un cantó sumant tots que els que es refereixen a la Seguretat Social definida en sentit ampli d'assistència mèdica pública (règim general de l'antiga Assegurança Obligatòria de Malaltia, Montepios, Caixes Autònomes), i de l'altre la resta de casos (assegurances privades, finançament privat, institucions no oficials de beneficència etc.). D'aquesta manera podem dir que, als hospitals observats, i al període de l'enquesta, hom pot afirmar amb un risc del 5 % que la Seguretat Social pagava entre el 78 i el 88 % de les hospitalitzacions.

És important fer notar que aquest percentatge no varia gairebé gens examinant la distribució per grups d'edat (els percentatges de variació són mínims i estadísticament sense significació). Tant entre els malalts de menys de 30 anys com entre els més grans de 60, hi ha d'un 18 a un 20 % de malalts no finançats per la Seguretat Social.

Farem servir aquesta variable de l'edat a la nostra anàlisi com a variable independent en determinats encreuaments. Quan la ~~seu~~ farem servir en anàlisi multivariable serà com a variable controlada ja que la distribució de la població enquestada per grups d'edat no es pot tenir com una representació aleatòria de les edats de tota la població hospitalitzada. A la nostra mostra ha estat introduïda una correcció de manera que entre el 45 i el 50 % ~~de~~ individus enquestats fossin menors de 51 anys. Les raons d'una tal correcció (molt corrent als treballs de sociologia que volen ésser ~~expe-~~

riments de laboratori i per això alguna dimensió s'estableix sota control o ^{sota} "quotes"), són dues:

- 1) evitar un nombre excessiu de refusos d'entrevista, refusos que se solen concentrar en persones de molta edat;
- 2) detectar, a través d'una quota suficient de persones relativament joves (menors de 51 anys), respostes, actituds o orientacions més sensibles als problemes de les relacions entre pacients, personal mèdic i sanitari, i administració hospitalària.

La distribució per edats i sexe de la població de l'enquesta és aquesta:

Quadre número 7

Distribució per edats i sexe de la població enquestada

	<u>Sexe</u>	
	<u>Masculí</u>	<u>Femení</u>
Fins a 30 anys inclusivament	14.6 %	18.6 %
De 31 a 50 anys inclusivament	30.8 %	29.3 %
De 51 a 60 anys inclusivament	23.8 %	24.3 %
De 61 a 70 anys inclusivament	21.1 %	20.7 %
De més de 70 anys	9.7 %	7.1 %
	<u>100</u>	<u>100</u>
	56.9 %	43.1 %

Com que la variable sexe no ha estat controlada a la mostra (si bé ho serà, evidentment, al llarg de l'anàlisi quan així ho demani l'estructura lògica dels encreuaments) ~~analitzant~~ d'aquestes dades sembla que es dedueix una major vulnerabilitat dels homes, o, amb d'altres paraules, un risc més gran d'hospitalització del sexe masculí en edats superiors als 60 anys.

El nivell d'educació dels entrevistats, mesurat pels estudis cursats, constitueix, com és obvi, una variable d'una gran importància pels efectes que té sobre determinades respostes.

Quadre número 8

Estudis cursats per la població enquestada, en %, per sexes.

	<u>Sexe</u>	
	<u>Masculí</u>	<u>Femení</u>
No ha cursat estudis o tot just alfabetitzat	19.5 %	25.0 %
Té estudis només primaris	54.1 %	55.7 %

NO TALLAR ELS QUADRES

Ha cursat estudis per aprendre un ofici	13.5 %	9.3 %
Ha cursat estudis secundaris (no laborals) complets o incomplets	10.8 %	7.9 %
Ha cursat estudis superiors (tècnics o universitaris complets o incomplets)	2.1 %	2.1 %
	<u>100</u>	<u>100</u>

Als pacients de menys de 31 anys els nivells d'estudis més que primaris s'incrementen visiblement de manera que es troba una forta associació: com menor és l'edat més alts són els estudis. Aquesta és una constant sociològica de valor gairebé universal. Ara bé, sobre els nivells educatius dels nostres entrevistats hi ha un altre aspecte que és molt més important.

Les enquestes fetes a l'àrea de població que nosaltres prenem (entre les quals diverses enquestes fetes durant el període 1970-1974 per aquest mateix investigador) (*) han mostrat d'una manera inequívoca les fortes diferències de nivell educatiu existents entre la població catalana nadiua i la que té un origen immigrat. A la nostra mostra de 325 hospitalitzats tornem a trobar una altra vegada aquest fet que cal tenir ~~present~~ molt present a l'hora de l'anàlisi per les repercussions de l'educació sobre determinades respostes i orientacions.

El quadre número 9 ens fa veure que a la població no nadiua hi ha, tant al sexe masculí com al femení (però més diferencialment en aquest darrer), proporcions molt elevades de persones sense cap mena d'estudis o amb estudis per ensota dels primaris.

Quadre número 9

Estudis cursats per la població entrevistada especificats per sexe i per origen (catalans nadius, no nadius). En %.

	No ha cursat estudis; només alfabetitzat	Té estudis només primaris	Estudis d'ofici o laborals	Estudis secundaris i universitaris, complets o incomplets	
<u>Sexe Masculí</u>					
Catalans nadius	11.0 %	52.0 %	23.4 %	13.6 %	100
No nadius	25.0 %	55.3 %	7.2 %	12.5 %	100
<u>Sexe Femení</u>					
Catalanes nadies	12.3 %	66.6 %	8.8 %	12.3 %	100
No nadies	33.8 %	48.2 %	9.6 %	8.4 %	100

NOTES A PHU DE PAG*

Finalment tancarem aquest apartat sobre els atributs majors de la població enquestada amb aquells que fan referència a les dimensions socio-ocupacionals i lingüístiques. La distribució per professions i situació laboral de la població enquestada no pot ésser mai homòloga a la distribució de la generalitat de la població per dues raons primordials:

1) Hi estan infrarepresentades o no gens representades les categories socio-econòmiques del nivell més elevat, les quals al nostre país fan recurs de manera gairebé exclusiva a les clíniques privades i ~~es refusen a~~ ^{es refusen a} ésser internats als hospitals públics;

2) Una proporció elevada de malalts es troben compresos en edats superiors als 60 anys i per tant hi serà elevada la proporció dels que es troben ja fora de la vida activa (un 25 % dels homes i un 68 % de les dones).

Quadre número 10
=====

Distribució de la població enquestada per categories socio-professionals,
en % dintre de cada sexe.

	Sexe	
	Masculí	Femení
Directors, gerents i alts executius	0.0 %	0.0 %
Empresaris, propietaris de negocis, pagesos i comerciants per compte propi	2.7 %	2.0 %
Professions liberals	1.1 %	0.0 %
Tècnics mitjans	2.2 %	2.0 %
Caps administratius	2.7 %	0.9 %
Empleats administratius	15.7 %	5.0 %
Treballadors manuals qualificats	25.4 %	8.6 %
Treballadors manuals no qualificats	24.3 %	12.9 %
No treballen	25.9 %	68.6 %
	100	100

Aquesta distribució significa, pel que toca al sexe masculí, un ajust força acceptable respecte a la distribució que es podria trobar en fonts censals sobre els assalariats residents a Barcelona i a la seva àrea metropolitana, vistos els grups d'edat amb què treballen (a penes si hi ha, com es podia preveure, individus menors de 25 anys). Sembla que es presenta, en canvi, una sobrerrepresentació de dones que treballen, fet que es pot deure a una conseqüència de dos factors que actuen plegats per produir-lo: la gran majoria de les dones pertanyen a la classe treballadora (les classes

mitjana i mitjana-alta tenen una escassa participació a la població hospitalitzada); ~~és també~~ ^{i també,} més important, una forta variació, estadísticament significativa (*), a la situació familiar dels homes i de les dones. Les distribucions de l'estat civil, per sexes, són les següents:

Quadre número 11

Estat civil de les persones enquestades. En % intra-sexe.

	solters	casats	vidus	separats i divorciats	total
sexe masculí	20.5	70.3	7.6	1.6	(100)
sexe femení	22.1	58.6	15.0	4.3	(100)

Aquestes dades ens diuen que el conjunt de dones ~~solteres~~ ^{solteres}, viudes i separades representen el 41 % de les dones hospitalitzades; i la mateixa agrupació fet~~at~~ per als homes (solters, vidus i separats) només arriba a un 29,7 %.

Especificant més, les diferències més grans s'estableixen als grups de més edat (un 9 % de vidus i de separats, sobre el subtotal de sexe masculí, i un 19 % de viudes i separades sobre el subtotal de sexe femení). És molt probable que aquesta proporció més gran de dones soles, o presumptament soles, estigui associada a una participació més alta en elles a la població activa, i que per això aparegui un percentatge relativament elevat de dones amb categories socio-professionals, com ~~actives~~ ^{actives}. Aquest fet convé de tenir-lo en compte a l'hora de planejar els equipaments hospitalaris respecte a una població determinada. Els homes semblen més vulnerables a la probabilitat d'una hospitalització, però ho són en edats en què hi ha una associació amb una posició d'estat civil (la de casat); les dones semblen tenir una resistència més gran a les malalties que exigeixen hospitalització i, a més, com ja és sabut estadísticament ~~per~~ ^{des de fa} temps a les àrees de gran concentració urbana i industrial, presenten una longevitat més acusada que els homes; però alhora sembla ésser més gran la proporció de dones d'edat soles, o presumptament soles, cosa que ~~es deu a~~ ^{resten a casa} quan es ~~veuen~~ ^{veuen} obligades a l'hospitalització.

Finalment passem ara a la descripció dels atributs principals dels entrevistats atenent-nos a l'especificació lingüística.

El qüestionari fou redactat en llengua castellana. Hom demanà a cada entrevistat la llengua que emprava amb el personal sanitari i amb els metges. Una tal pregunta ~~és una~~ no té pas un interès merament descriptiu d'una situació socio-lingüística sinó que presenta també una altra dimensió. És important

FACILITAN NOTAS A PIE PAG 2

~~es~~
~~es~~
~~visible~~

observar si s'estableixen àrees de comunicació entre els pacients i les diferents classes de personal mèdic i sanitari, i si aquesta comunicació es pot trobar mediatitzada per factors que no deriven dels usos o de les normes hospitalàries. Les enquestes fetes a Barcelona i a la seva àrea metropolitana darrerament, han mostrat d'una manera inequívoca que les categories socio-professionals de nivell més elevat són majoritàriament ocupades per catalans nadius, i que la proporció d'aquests davalla linealment i sistemàticament a mesura que hom baixa a l'escala socio-professional fins arribar a un mínim (10 % a 13 % de catalans nadius) entre els treballadors manuals no qualificats. Als centres hospitalaris tornem a trobar aquesta forta associació de les categories de major status i responsabilitat amb l'origen nadiu, i hi ha, per tant, una marcada diferència a les respostes sobre la llengua de comunicació dels pacients segons si es tracta dels metges o de les infermeres i la resta del personal sanitari complementari.

Quadre número 12
=====

Llengua usual de comunicació dels pacients entrevistats.

	Només el castellà	Només el català	Indistintament el castellà i el català	Total
Amb els metges	56.3 %	25.5 %	18.2 %	(100)
Amb la resta del personal sanitari	56.3 %	7.1 %	36.6 %	(100)

El percentatge dels que són exclusivament castellano-parlants es repeteix exactament a les dues preguntes (56.3 %). I és una dada que presenta un bon acoplament estadístic (tenint en compte les capes d'estratificació social a què pertanyen la majoria dels nostres enquestats) amb les dades obtingudes a d'altres enquestes fetes a Barcelona i la seva àrea metropolitana sobre la llengua emprada a la comunicació oral.

La comunicació per escrit al centre hospitalari, així com els documents sobre l'historial mèdic de cada pacient, els hem trobat sempre redactats en castellà.

C A P Í T O L P R I M E R

L'ASSISTÈNCIA MÈDICA ANTERIOR A L'HOSPITALITZACIÓ

I. Subconjunts de malalties a la mostra de pacients.

Els malalts entrevistats es distribueixen entre 65 malalties diferents. Un 5.9 % dels malalts es trobaven encara en observació i ^{no} els havia estat fet el diagnòstic; aquest grup l'anomenarem "per diagnosticar". En cas que es presentin ^{en} una mateixa persona dues malalties, hem mirat de resoldre el problema de la classificació en una sola variable mitjançant la distinció discrecional entre malaltia principal i malaltia secundària. Òbviament aquest recurs és un simple ~~requisit~~ ^{requisit} estadístic i no implica cap mena de decisió mèdica.

Igualment ens ha estat necessari agrupar els diagnòstics coneguts en uns pocs subconjunts nosogràfics per tal de fer manejable aquesta variable. Tenim així la distribució següent: ~~com a resultat de l'enquesta~~

Quadre número 13

=====

Subconjunts de diagnòstics a la població entrevistada.

Malalties de l'aparell digestiu	31.7 %
Malalties de l'aparell respiratori	30.1 %
Malalties del cor de l'aparell circulatori	9.2 %
Malalties del cervell del sistema nerviós	5.5 %
Malalties infeccioses	4.9 %
Malalties de la sang Malalties de la sang	4.6 %
Malalties de l'aparell urinari i d'altres incloïdes en urologia	3.2 %
Malalties reumàtiques	1.5 %
Malalties i lesions diverses no incloïbles als grups anteriors	3.4 %
Sense diagnòstic encara establert	5.9 %
	100

Evidentment aquesta distribució és un resultat conjuntural i no reflecteix necessàriament les distribucions per grups de malalties que hom pot trobar a d'altres hospitals (o fins i tot als mateixos hospitals de l'enquesta) en d'altres períodes ^{o temporades}. Ja hem dit abans també que n'hem exclòs les dones internades en serveis d'obstetrícia, els accidentats i els malalts en observació o tractament psiquiàtric. L'interès d'aquesta distribució està només a la constatació que tenim una àmplia varietat de malalties (és a dir, ~~una~~ la certesa que no hem concentrat la mostra en uns ^{poc} casos poc diversificats) i alhora que és possible construir subgrups de casos amb efectius

globals útils per a la tècnica estadística de l'anàlisi multivariada *de*.

Un exemple de les possibilitats i limitacions de l'anàlisi, comptant amb una mostra d'una mida tan reduïda com la que tenim a la base, és precisament allò que ara presentarem al lector. És important de saber què es pot deduir de les dades que posseïm i què és el que no es pot extrapolar ni deduir; És una mínima obligació d'honestedat intel·lectual que moltes vegades no es compleix a la publicació de resultats d'enquestes.

L'exemple que dèiem comença al quadre número 14. Encreuem grups de malalties per lloc de residència dels pacients fent d'aquesta darrera la variable de control, és a dir, fent = 100 cada subpoblació per àrea de residència). Per tal de fer-la manejable construïm un continuum que va des de la residència al lloc de màxima urbanització (Barcelona-ciutat) a la residència a petites localitats de l'interior de Catalunya (menor urbanització). Aleshores podem fer les observacions següents:

Quadre número 14

Principals grups de malalties per àrees de residència. En % intra-àrea.

R e s i d è n c i a

Malalties	Barcelona ciutat	Àrea metropolitana (fora de Barcelona ciutat)	Resta de Catalunya
Aparell digestiu	29.4	36.7	41.7
Aparell respiratori	32.8	30.6	16.7
Aparell circulatori	9.7	8.2	8.3
Sistema nerviós	5.0	8.2	4.2
Malalties de la sang i vasos	2.1	6.1	12.5
Altres malalties i sense diagnòstic	21.0	10.2	16.6
	100	100	100

D'acord amb aquestes dades:

a) les malalties de l'aparell digestiu tendeixen a disminuir en proporció a les àrees de màxima urbanització (associació negativa entre urbanització i malalties de l'aparell digestiu);

- b) les malalties de l'aparell respiratori tendeixen a incrementar la proporció a les àrees de màxima urbanització (associació positiva entre urbanització i malalties de l'aparell respiratori);
- c) les anèmies, leucèmies i malalties de la sang tendeixen a intermentar ~~fortament~~ fortament la proporció a les àrees de menys urbanització (associació negativa entre urbanització i ~~malalties de la sang~~ malalties de la sang);
- d) no apareixen associacions estadísticament detectables entre malalties de l'aparell circulatori, del sistema nerviós, i la urbanització.

Aquestes associacions estadístiques i d'altres similars no s'han d'extrapolar ni s'han de fer deduccions que vagin més enllà del que diuen les dades per elles mateixes. Malgrat que aquestes dades tenen, en una primera etapa d'anàlisi, un cert interès, cal examinar d'altres associacions que les podrien recobrir. Efectivament, l'àrea de residència no és en ella mateixa, en aquest cas, sinó només una variable estadística de tipus descriptiu; com que aquests darrers 25 anys s'han produït unes fortes migracions des d'altres punts ~~de la nostra~~ ^{d'Europa} cap a Barcelona i la seva àrea metropolitana, i com que a la nostra mostra només hi ha un 40 % de catalans nadius, ignorem, a partir només de les dades del quadre número 14, quines proporcions corresponen, dins de cada àrea de residència, als que hi porten poc de temps (per exemple, menys de quatre anys), als que hi porten un temps mitjà (de 5 a 10 anys) i als qui ja de temps resideixen a l'àrea (més de 10 anys o hi han nascut). Aleshores, per poder deduir unes associacions entre àrea de residència i grups de malalties, caldria diferenciar la distribució de malalties per a cada subgrup de residència i per als períodes de temps dins de cada subgrup. Caldria tenir en compte també si hi ha una interferència de l'edat amb les àrees de residència; per exemple, podria molt bé ser que els residents a les àrees rurals o semirurals i els de Barcelona-ciutat tinguessin unes mitjanes d'edat desviats cap als grups més vells, mentre que els habitants de la conurbació industrial tinguessin una mitjana d'edat inclinada cap als grups d'edat més joves; en aquest cas, si fos així, podria ésser que la manifestació de certes malalties associades a l'edat fos ~~resulta~~ la relació estadística que calgués tenir en compte, mentre que l'àrea de residència seria secundària.

Ara bé, per fer aquest tipus d'anàlisi, observant una per una les variables que hi intervenen, caldria una enquesta que compregués alguns milers de casos, enquesta que és prohibitiva per a un experiment de laboratori finançat privatament.

~~La relació entre una cosa i la seva causa és diferent~~

Aleshores el que fem és utilitzar d'altres tècniques substitutòries que no ens poden donar la precisió de resultats ni la fiabilitat derivats del treball amb una mostra de, per exemple, dos mil o tres mil casos, però que permeten, no obstant això, afirmar si algunes hipòtesis estan fundades o no. No és ara el moment d'entrar a la descripció d'operacions que es poden consultar a textos ad hoc i que demanarien passar a emprar un llenguatge especialitzat. Diguem tanmateix, mantenint-nos al camp del nostre exemple, això:

1) Perl que fa a l'edat:

- 1a) no apareix una associació estadística que es marqui amb una direccionalitat inequívoca, a la nostra mostra de 375 hospitalitzats, entre edat i malalties de l'aparell digestiu (és a dir, que hi ha aproximadament els mateixos percentatges, estadísticament parlant —dins uns certs parèntesis de fiabilitat— en termes relatius dins de cada grup d'edat);
- 1b) hi ha un lleuger increment de les malalties de l'aparell respiratori associat a l'edat més gran;
- 1c) hi ha increments més forts, associats a l'edat, en urologia, ~~en~~ ^{i aparell} ~~circulatori~~ circulatori;
- 1d) hi ha una distribució que no és lineal al subconjunt "malalties del ~~cor~~ ~~sistema~~ sistema nerviós", en el sentit que les proporcions ~~apareixen~~ ^{apareixen} més fortes als dos extrems de la corba de grups d'edat, el dels individus més joves i el dels individus de més edat;
- 1e) no apareix associació entre edat i ^{el} grup d'anèmies, leucèmies i d'altres "malalties de la sang", a partir dels 50 anys (és a dir, els percentatges es mantenen constants, per cada grup d'edat, des dels 50 anys fins al grup de més de 70 anys); en canvi, ^{els percentatges} ~~les proporcions~~ són molt més petites ~~per~~ ^{per} ensota dels 50 anys).

2) Perl que fa al temps de residència a Catalunya.

- 2a) no hi ha cap associació en el cas de les malalties de l'aparell digestiu;
- 2b) hi ha una associació evident, estadísticament parlant i d'una manera inequívoca, entre temps de residència a Catalunya i proporció de malalties del l'aparell respiratori (unes proporcions més grans d'aquestes als grups entre 11 i 20 anys a Catalunya, més de 20 anys i nascuts a Catalunya);
- 2c) hi ha una certa tendència a la ^{decreixença} ~~decreixença~~ de les malalties del ~~cor~~ ~~sistema~~ sistema nerviós a mesura que s'incrementa el temps de residència a Catalunya i entre els catalans nadius;
- 2d) no s'observen associacions clares entre temps de residència a Catalunya i malalties del ~~cor~~ sistema circulatori.

3) Pel que fa al nivell d'urbanització del lloc d'origen dels entrevistats.

Aquesta variable ha estat construïda amb quatre variants: nascuts en llocs de menys de 2,000 habitants (rurals); de 2,000 a 30,000 habitants (semi-rurals); de 30,000 a 200,000 habitants (petit-urbans); i de més de 200,000 habitants (urbans i macro-urbans). La mida de la localitat a la data del naixement de la persona fou controlada mitjançant una publicació de l'Institut Nacional d'Estadística que dona les mides de localitats, per província, des de 1910.

3a) Apareix una lleugera tendència a la disminució de les proporcions de malalties de l'aparell digestiu a mesura que s'incrementa el nivell d'urbanització del lloc d'origen;

3b) Apareix una associació evident entre nivell d'urbanització del lloc d'origen i malalties de l'aparell respiratori (associació positiva: ~~com~~^a més urbanització del lloc d'origen més proporció d'aquestes malalties);

3c) apareix una tendència lleu a l'associació (si bé insuficientment marcada per poder donar-la com a estadísticament significativa) entre la menor urbanització del lloc d'origen i la major proporció de malalties del subconjunt ~~malalties de la sang~~ malalties de la sang (proporció lleugerament més elevada d'aquestes malalties entre els individus d'origen rural i semirural).

Les dades d'aquest caire no es poden fer servir per a hipòtesis sobre els contextos socials de determinades malalties o subconjunts de malalties perquè, com ja hem dit abans, cal sotmetre-les a una lectura crítica i completar-les amb d'altres operacions estadístiques. Però en canvi sí que són dades que tenen un cert interès a l'hora de planejar nous equipaments hospitalaris o ampliar els ja existents en una ~~zona~~ zona de població determinada (i més precisament en un país que es caracteritza per l'expansió de la seva urbanització). En aquest aspecte cal inscriure i tenir en compte dades com les que hem vist sobre malalties de l'aparell respiratori i de l'aparell digestiu que presenten resultats coherents ^{en} ~~amb~~ diverses variables.

II, Assistència mèdica pública i assistència mèdica privada.

Ja hem dit abans que a la nostra mostra hi ha un subconjunt de malalts a l'hospitalització dels quals no intervé la Seguretat Social (són, d'una banda, pacients que paguen privatament o que tenen concertada una assegurança mèdica privada, i, d'altra banda, malalts assistits per alguna entitat privada de beneficència). La distribució per sexes no fa aparèixer cap diferència apre-

ciable entre homes i dones que no tenen afiliació a la Seguretat Social (definida en sentit ampli, és a dir, incloent-hi les Caixes Autònomes i els Montepios). En canvi sí que apareix, com es podia preveure, una forta diferència entre els dos sexes pel que fa a la titularitat de la cartilla de la Seguretat Social.

Quadre número 15
=====

Distribució de la mostra de pacients hospitalitzats segons la titularitat a la Seguretat Social. En % dintre de cada sexe.

	<u>Sexe de l'entrevistat</u>	
	<u>Masculí</u>	<u>Femení</u>
El pacient és titular de la cartilla de la Seguretat Social	78.4	27.9
El titular és el cònjuge	0.5	47.1
El titular és un altre familiar	2.2	7.8
No està afiliat (o afiliada) a la Seguretat Social	18.9	17.2
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 100	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 100

Aquestes dades ens diuen que una mica més de la meitat de la població femenina hospitalitzada (55 %) està coberta per la Seguretat Social pel fet d'ésser beneficiària ^{d'una} ~~de~~ cartilla ~~de~~ el titular de la qual és el marit o un altre familiar; i que aproximadament un 28 % de la població femenina hospitalitzada està coberta per la Seguretat Social perquè la mateixa malalta és la titular de la cartilla. Aquestes xifres no es poden extrapolar per al total de la població perquè treballem exclusivament sobre una mostra hospitalitzada corresponent a una àrea geogràfica de població on la participació de la dona a l'estructura ocupacional (població activa) és una mica més gran que a d'altres indrets ~~de la nostra~~ d'Espanya.

No hi ha diferències apreciables, per grups d'edat, quant a les persones que no estan afiliades a la Seguretat Social (20.7 % al grup d'edat més jove ---menys de 31 anys---, 18.7 % al grup d'edat més vell o de més de 60 anys).

Té un interès molt gran, en canvi, observar la situació social i la posició a l'estructura socio-econòmica d'aquest subconjunt de 18 a 20 % de persones que no estan afiliades a la Seguretat Social. Ajudant-nos de la pregunta referent a la situació econòmica de l'entrevistat, veiem que no és pas a la categoria relativament més privilegiada on se situa la majoria (relativa) dels que no estan afiliats:

Quadre número 16
=====

Afiliació a la Seguretat Social, segons l'autoclassificació de la situació econòmica. En % dins de cada estrat econòmic.

Situació econòmica	Està afiliat a la Seguretat Social	No està afiliat
Bona	81.4 %	18.6 %
Mitjana	86.3 %	13.7 %
Difícil	71.8 %	28.2 %

El 28 % dels que s'autoclassifiquen en situació difícil no estan coberts per la Seguretat Social. El màxim d'afiliació (86 %) es dona a la classificació econòmica mitjana.

Podem precisar més la qüestió a través de la distribució socio-professional d'aquest subconjunt del 20 % de no afiliats. El quadre número 17 ens diu qui són aquests no afiliats en termes de llur posició a l'estructura ocupacional:

Quadre número 17
=====

Categories socio-professionals dels hospitalitzats entrevistats que no estan afiliats a la Seguretat Social.

Comerciants, empresaris, pagesos per compte propi i similars	11.9 %
Tècnics superiors i mitjans	3.4 %
Caps administratius i funcionaris de tipus mitjà	3.2 %
Empleats administratius	5.1 %
Treballadors manuals qualificats	15.3 %
Treballadors manuals no qualificats	22.1 %
No treballen, jubilats, "feines de casa" etc.	39.0 %
	100
	(N = 60)

El lector pot observar per ell mateix que gairebé el 50 % d'aquesta distribució es troba formada per persones que són assalariats o treballadors per compte d'altri i que, almenys segons la lletra de la llei (que en aquest domini és molt estricta), haurien d'estar afiliats a la Seguretat Social. Donades les condicions en què ha estat feta aquesta mostra (dos hospitals, deu sales, distribució d'entrevistes al llarg de gairebé un any), és molt probable que ens trobem en presència d'un fenomen social d'una certa continuïtat

en el temps que afecta una secció de la població activa que treballa per compte d'altri. La hipòtesi segons la qual es tractaria d'individus arribats fa poc a l'àrea d'estudi i que per això encara no s'haurien pogut afiliar a la Seguretat Social no es veu pas confirmada per les dades: el 46.7 % dels no afiliats a la Seguretat Social són catalans nadius; i entre els no catalans, ~~no~~ no afiliats, el 31.7 % porten una residència a Catalunya de cinc a vint anys o encara més de vint; (el subconjunt dels no afiliats, no catalans, que porten menys de cinc anys de residència a Catalunya, està constituït per l'altre 21.6 % restant). (*)

Composició del subconjunt de NO afiliats a la Seguretat Social.

Catalans nadius	46.7 %
No catalans, amb cinc anys de residència a Catalunya o més	31.7 %
No catalans, amb menys de cinc anys de residència a Catalunya	21.6 %
	100

En xifres relatives referents a cada subpoblació, trobem que els catalans nadius de la nostra mostra que apareixen afiliats a la Seguretat Social (incloses les Caixes Autònomes) representen el 78.5 % dels catalans nadius; entre els no nadius, aquest percentatge és una mica més elevat, del 83.4 %.

& & &

Les preguntes que incloguérem al qüestionari sobre ús de serveis mèdics (fora del centre hospitalari) per part de l'entrevistat, comprenen dues grans àrees:

- a) l'assistència mèdica en general;
- b) l'ús de serveis mèdics de la Seguretat Social.

A la primera àrea la dimensió que presentà un interès més gran és la que separa la medicina pública de la privada. És un fet conegut que una part d'afiliats a la Seguretat Social no empen els ^{seus} serveis o els compaginen amb d'altres oferts per la medicina privada o per empreses mèdiques privades, pagant directament aquests serveis. Les respostes sobre consultes a un metge en casos que no siguin greus (elecció de metge i visita al seu consultori), recurs al metge en casos greus (metge convocat urgentment per visitar el pacient al seu propi domicili), i recurs a laboratoris d'anàlisis, ens han permès això:

- a) 1) quantificar la permanència de l'antiga medicina liberal, expressió de vincles que són particulars entre pacients i metge, i els arguments que

FRUTA NOTA A PÉ D'ÀLG

fonamenten a questa elecció;

- 2) observar quins són els criteris pels quals es desplaça la frontera entre recurs a la medicina pública i recurs als serveis privats, frontera que no es pot considerar rígida;
- b) quantificar la intensitat del recurs a la medicina pública i als seus serveis en un període determinat.

Les dades obtingudes sobre la primera qüestió no presenten diferències que puguin ésser tingudes com a font de deduccions vàlides quan les especifiquem per variables com l'edat o la professió. En canvi, tenen un poder discriminant les variants següents: la situació econòmica, el sexe i la que aïlla dos subconjunts de la població: el subconjunt dels catalans nadius i el dels immigrants o no nadius. D'aquestes tres variables, la que té un efecte més fort és la situació econòmica, i la que el té més dèbil és el sexe.

La consulta a un metge privat davalla conjuntament, com es podia esperar, amb la situació econòmica de l'entrevistat: un 37 % dels que es classifiquen en situació econòmica "bona" van a la consulta d'un metge privat, un 25 % dels que es classifiquen en situació econòmica "mitjana", i un 20 % dels que es classifiquen en situació "difícil". La consulta a un metge de la Seguretat Social s'incrementa quan davallem a l'escala econòmica, però no pas linealment perquè a l'estrat més afavorit econòmicament hi ha una proporció més gran que a l'estrat mitjà de no afiliats a la Seguretat Social: 53 %, 67 % i 63 % són, respectivament dins de cada estrat de situació econòmica (segons l'ordre, bona—mitjana—difícil), els percentatges de recurs a un metge de la Seguretat Social. A l'estrat "difícil" s'incrementen les respostes relatives a metges de mútues i companyies privades (un 13 % davant un 6 % a l'estrat mitjà), la qual cosa ens informa sobre un fenomen inesperat: una part de la població que ~~no~~ està en situació econòmica "difícil" ~~no~~ ~~prefereix~~ pagar ~~a~~ mútues o assegurances privades ^{en lloc de} ~~abans~~ cotitzar a la Seguretat Social.

Aquest fenomen es fa més visible a la pregunta sobre recurs a un metge en casos greus. Hi ha una associació negativa entre situació econòmica i recurs a metges de mútues (com més baixa és la situació econòmica, més alta és la ~~seua~~ proporció de recurs a metges de mútues: 2 %, 7.6 %, 9.4 % segons el mateix ordre); i hi ha un decrement, però no lineal, en el recurs a un metge privat (un 37 % entre els de situació econòmica "bona", un 23.4 % entre els de situació mitjana, i un 27 % entre els de situació "difícil").

condicions, diríem, "normals" de consulta (només un 16.6 % dels afiliats a la Seguretat Social no nadius deixen d'exercir els seus drets, mentre que, entre els nadius, un 28.4 % dels afiliats a la Seguretat Social no consulten habitualment el metge que els ha estat assignat); però sota condicions de gravetat i urgència els no nadius apareixen com una mica més discriminats davant el metge de la Seguretat Social, sense que per això s'incrementi el recurs a un metge particular. Aquesta paradoxa aparent es pot explicar, a més del fet aritmètic que augmenten els casos que no hi ha precedents o hi ha respostes que defugen la qüestió o són inclassificables, per un cert increment dels no nadius que recorren a companyies privades, ~~on~~ les quals molt probablement en aquest cas funcionen com a supletòries o com a recurs de reserva, precisament perquè són emprades en circumstàncies d'emergència.

Quadre número 20
=====

Respostes a la pregunta sobre recurs a un metge en casos greus (visita del metge al domicili del malalt), segons l'origen dels entrevistats (nadius, no nadius).

	Nadius	No nadius
Crida un metge privat	33.8 %	21.0 %
Crida un metge d'una companyia privada	7.7 %	7.2 %
Crida el metge de la Seguretat Social	50.0 %	59.0 %
Altres, inclassificables, no ho saben, no s'han trobat en aquesta situació etc.	8.5 %	12.8 %
	100.0	100.0

Aquesta presentació de les dades és susceptible de crítica en el sentit següent: no es pot cridar un metge de la Seguretat Social o acudir a la seva consulta si hom no està prèviament afiliat, com a titular o com a beneficiari indirecte. Cal saber, doncs, dins el subconjunt dels afiliats a la Seguretat Social, quin percentatge representen els que hi demostren confiança. ~~en casos greus i urgents~~

Quadre número 21
=====

Recurs al metge de la Seguretat Social, dins el subconjunt d'entrevistats que estan afiliats a la Seguretat Social, en % per a cada població segons l'origen (catalans nadius, no nadius).

Recurs al metge de la

Recurs al metge de la Seguretat Social	Nadius catalans afiliats a la Seguretat Social	No nadius afiliats a la Seguretat Social
Recorren a la consulta	72.0 %	83.0 %
El criden en casos greus	64.0 %	71.0 %
Diferència en %	- 8	- 12

& & &

La variable sexe exerceix un cert efecte tant en l'orientació cap a la medicina privada com en la disminució del recurs al metge de la Seguretat Social en casos greus. Sempre les dones (i una mica més marcadament les dones catalanes nadiues, per bé que la diferència percentual és petita i no té significació estadística) s'orienten més cap al recurs al metge privat i són predominantment elles les que donen respostes que fan davallar els percentatges de recurs a la Seguretat Social en casos greus, tal com es pot veure al quadre número 21.

X X

Examinem ara les raons o motius que ens forneixen els mateixos entrevistats per fonamentar llur elecció entre medicina privada i medicina pública. Les respostes cobreixen un ventall molt ampli i cal que hi fem una classificació lògica per poder-les fer manejables. Primerament, apareixen dos grans subconjunts: el que denota una orientació més aviat passiva per part de l'entrevistat quan aquest accepta condicions que li vénen imposades, tant de tipus administratiu, econòmic o del context social, i un altre subconjunt on les respostes s'orienten més activament, o bé per l'afirmació d'uns vincles o bé per refús explícit d'alguna possibilitat (amb exclusió deliberada). Tenim així quatre grans grups:

- 1) els criteris que anomenarem de proximitat i administratius, que comprenen les respostes del tipus: "és el metge que cau més a prop", "és el metge del districte", "és el metge que em toca", i similars;
- 2) els criteris econòmics, com ara "no puc pagar un metge particular", "un metge privat és massa car", "el metge de la Seguretat Social és de franc", i similars;
- 3) els criteris excloents, com ara "no tinc confiança en el metge de la Seguretat Social";

4) els criteris actius o afirmatius com ara : "és el metge en qui tinc confiança", "és el metge de la família", "és el millor metge que conec", i similars.

desta un grup residual format per les respostes "no ho sap", "no respon", "no s'ha trobat en aquesta situació" etc.

Quadre número 22

Motius en què es fonamenta l'elecció de metge, en cas de consulta habitual i en cas de gravetat. En %.

	Consulta habitual	Recurs en cas de gravetat
Raons administratives administratives i de proximitat	42.7 %	34.0 %
Raons econòmiques (un metge privat és car etc.)	12.0 %	8.3 %
Raons d'exclusió (no té confiança en el metge de la Seguretat Social)	6.5 %	6.5 %
Raons afirmatives i actives (el metge és el de la família, el de confiança etc.)	35.4 %	40.0 %
No ho sap, no respon etc.	3.4 %	11.2 %
	100	100

En cas de gravetat disminueixen, com es podia esperar, les raons que hem definit com a administratives, de proximitat i econòmiques, i s'incrementa lleugerament el criteri selectiu; roman constant la fracció dels que diuen que desconfien del metge de la Seguretat Social. El fet que el desplaçament de percentatges sigui tan lleu entre els dos casos presentats mostra, ~~en tot~~, que els pacients tenen una coherència de criteris que a penes si s'altera per aquesta dimensió (greu / no greu) i que és pertinent i necessari que introduïm la distinció entre metge privat i metge de la Seguretat Social. En efecte, pel que fa a la consulta habitual o "normal", el 21 % dels afiliats a la Seguretat Social diuen que no van al consultori del metge que tenen assignat; els que diuen explícitament que no tenen confiança en aquest metge representen el 8 % dels afiliats (i el 38 % del subgrup que no va al seu consultori). En cas de gravetat, els que no recorren al metge de la Seguretat pugen al 32 % d'en-

tre els afiliats a la Seguretat Social; però el percentatge dels que manifesten explícitament una manca de confiança en el metge de la Seguretat Social és constant: un 8 % dels afiliats (*). Per tant, la manca de confiança té importància com a factor addicional que se sobreposa a un altre factor més substantiu que és la distinció entre medicina privada i medicina pública, no com a distinció organitzativa o institucional, sinó com a manifestació d'alguna cosa més profunda, que és la capacitat d'autonomia de la persona davant condicions externes a la seva voluntat o que li són imposades, tant per raons de veïnatge, administratives, econòmiques o similars.

Aquest argument apareix amb una evidència analítica de gran força quan examinem la coherència que hi ha entre el que la gent fa i els motius que addueix per raonar la seva actuació. El quadre número 23 ens presenta els resultats d'aquest encreuament (a quin metge recorren, ~~per~~ raons pròpies) en casos normals i en casos grans.

Figura 23. Raons de veïnatge, proximitat, etc.

El lector pot verificar per ell mateix no només que les diferències percentuals són molt fortes entre els dos caps de cada línia i cas (privat / S.S.) sinó també les associacions que apareixen entre raons actives i medicina privada, i raons passives i medicina pública. De cada 100 ~~pacients~~ pacients que recorren a un metge privat, entre el 71 i el 73 % ho fan positivament amb afirmació de vincles individualitzats o específics (metge de la família, metge en qui es té confiança etc.), entre el 17 i el 22 % ho fan per raons negatives (no tenen confiança en un metge de la Seguretat Social), i entre un 5 i un 7 % es conformen ^a ~~amb~~ raons de veïnatge, proximitat etc. De cada 100 pacients que recorren al metge de la Seguretat Social, entre el 21 i el 31 % ho fan positivament, amb afirmació de vincles individualitzats; entre el 54 i el 60 % ho fan adaptant-se a raons administratives i/o de proximitat; i entre un 15 i un 19 % ho fan per exclusió econòmica (no es poden pagar un metge privat).

L'especificació per situació econòmica mostra una certa associació entre situació "bona", recurs a la medicina privada i raons actives. La màxima associació amb el recurs a la Seguretat Social no es troba entre els entrevistats en situació econòmica "difícil" per tal com en aquest estrat ja hem vist que hi ha un contingent de no afiliats a la Seguretat Social. S'escau la paradoxa que l'estrat en situació econòmica mitjana és el que dona una

FALTA NOTAR PIÈ PAGA

X

Quadre número 23
=====

Coherència entre les accions i les orientacions, controlant les accions.

En % d'ús de cada subconjunt. Metge a qui recorre.

Motivacions adduïdes	Metge a qui recorre					
	En consulta normal			En casos greus		
	Metge privat	Metge d'una Mútua o com panyia pri- vada	Metge de la Segure- tat So- cial	Metge privat	Metge d'una Mútua o com panyia pri- vada	Metge de la Segure- tat So- cial
Raons passives (proximitat, ve- inatge, assigna- ció administra- tiva).	4.8	45.8	59.3	7.1	33.3	53.9
Raons econòm- iques (no poden pagar un met- ge privat, és massa car etc)	0.0	0.0	18.7	0.0	0.0	15.0
Raons d'exclu- sió (no tenen confiança en el metge de la S.S)	21.7	8.3	0.0	17.6	12.5	0.0
Raons actives (és el seu met- ge el de la família, hi te- nen confiança etc.)	71.1	45.1	21.5	72.9	54.2	30.6
D'altres, in- classificables o no contesten	2.4	0.8	0.5	2.4	0.0	0.5
	100	100	100	100	100	100

X

proporció més elevada de desconfiança en el metge de la Seguretat Social (9 % intra-estrat, en front a poc més del 2 % als estrats més alt i més baix), i alhora dona la màxima proporció de recurs al metge de la Seguretat Social (58 % a 67 % intra-estrat). (Vegeu els quadres números a l'Apèndix).

Passem ara a examinar les fonts d'altres diferències apreciables, distingint entre nadius catalans i no nadius. Podem observar, segons el quadre número 24,

- a) que el subgrup que manifesta desconfiança envers el metge de la Seguretat Social és ~~més~~^{molt} més fort (en termes relatius intra-població) entre els nadius catalans que entre els no catalans per naixement;
- b) que els criteris que anomenem ~~passius~~^{passius} (administratius i de proximitat) són més peculiars de la subpoblació no nadius;
- c) que els criteris que definim com actius es marquen més diferencialment a la subpoblació nadiua catalana. Molt probablement les diferències de situació econòmica i de nivells educatius que caracteritzen les dues subpoblacions fan un cert efecte sobre aquests desplaçaments dels percentatges, per criteris i per casos:

Un simple cop d'ull a les xifres ens diu que, en casos de gravetat, un terç de la ~~població~~ subpoblació catalana nadiua s'ha de conformar a condicions que li vénen donades o ~~els~~^{li} són imposades per raons ~~de estatge~~^{de veïnatge}, econòmiques i/o administratives (26.2 + 7.7 = 33.9 %); mentre que a la subpoblació no nadiua aquesta proporció puja a gairebé el 50 % (39.5 + 8.7 = 48.2 %).

& & &

Passem ara a examinar l'àrea que ~~anomenem~~ hem designat abans com b). Treballem per això exclusivament amb els que estan afiliats a la Seguretat Social. Per tal de comparar coses comparables, les preguntes sobre l'ús dels serveis mèdics de la Seguretat Social es plantejaren controlant el període d'utilització: l'any immediatament anterior al de l'hospitalització. Farem abstracció, de moment, de la freqüència d'ús d'aquests serveis (dins de cada ítem), qüestió que tractarem més endavant.

Quadre número 24
=====

Motius en què es fonamenta l'elecció del metge, en cas de consulta habitual i en cas de gravetat, controlant l'origen dels entrevistats (nadius catalans i no nadius). En % intra-població.

	Consulta habitual		Recurs en cas de gravetat	
	Nadius catalans	No nadius	Nadius catalans	No nadius
Raons administratives i de proximitat	35.4	47.7	26.2	39.5
Raons econòmiques	10.8	12.8	7.7	8.7
Raons d'exclusió	10.0	4.1	9.3	4.6
Raons afirmatives i actives	43.1	30.4	49.2	33.8
No ho sap, no respon, no s'hi ha trobat etc.	0.7	5.0	7.6	13.4
	100	100	100	100

El metge de capçalera (designat per la Seguretat Social) havia estat consultat almenys una vegada pel 78.6 % dels entrevistats afiliats a la Seguretat Social.

El metge especialista havia estat consultat almenys una vegada, durant el mateix període, pel 47 % dels entrevistats afiliats a la Seguretat Social.

Una dificultat d'escreix apareix amb les preguntes referents a laboratoris d'anàlisi i radiologia. És impossible de saber amb precisió el nombre d'anàlisis fetes a cada pacient i el nombre de radiografies. Tal com estava formulada la pregunta, i tal com es pot esperar que es facin les respostes en una població hospitalitzada sobre la qual s'intenta aconseguir un registre a posteriori, l'única cosa que podem computar amb un cert grau de fiabilitat són les visites fetes al laboratori i/o les preses de mostres per a l'anàlisi, així com les visites fetes al radiòleg, sense que puguem precisar quantes radiografies i quantes anàlisis es feren a cada visita.

Dins aquestes limitacions, trobem que el 30 % dels nostres pacients afiliats a la Seguretat Social se sotmeteren, almenys una vegada, a ~~anàlisi~~ i el 25 % dels mateixos pacients afiliats a la Seguretat Social es feren almenys una radiografia durant l'any anterior a la seva hospitalització.

No apareixen diferències estadístiques significatives en l'especificació per sexe ni per edat. El grup d'edat 61-70 anys sembla tenir una lleugera tendència (comparativament intra-grups d'edat) a l'increment de consultes a metges, i en particular els homes a les consultes al metge especialista; però les diferències percentuals a penes si arriben al 10 % i, per tant, s'han de tenir per dèbils.

Tampoc no són apreciables les diferències entre nadius i no nadius, però bé que els catalans nadius i els immigrants que ja porten més de 15 anys a Catalunya semblen tenir una major intensitat d'ús dels serveis de la Seguretat Social (*).

La diferència més forta sorgeix emprant la variable de classificació de la situació econòmica. Tant en consultes a metges (de capçalera i especialista) com en anàlisis i radiografies, els entrevistats afiliats a la Seguretat Social que s'inscriuen a la situació econòmica "difícil" donen les proporcions més elevades d'utilització dels serveis mèdics:

Quadre número 25
=====

Percentatges d'entrevistats, afiliats a la Seguretat Social, que han emprat algun servei ~~durant~~ durant l'any immediatament anterior a la seva hospitalització, segons l'autoclassificació de situació econòmica.

X

FAC TA NO TA PIE PAG

Situació econòmica	Metge de capçalera	Metge especialista	Anàlisis	Radiografies
Bona	74 %	43 %	28 %	20 %
Mitjana	79 %	43 %	28 %	22 %
Difícil	79 %	60 %	37 %	34 %

No podem deduir, basant-nos en les dades que tenim, si aquest increment en l'ús de serveis de la Seguretat Social per part dels afiliats en situació econòmica difícil és conseqüència de:

- a) una demanda autònoma d'ells mateixos; o bé si és conseqüència de
- b) actituds o conductes protectores per part del personal mèdic (que actuaria diferencialment en favor dels menys privilegiats, o miraria de llevar fonament a una eventual crítica social si no es fes així); o bé, finalment, si
- c) és conseqüència que la subpoblació en pitjor situació econòmica és més vulnerable a la malaltia i per tant exigeix, objectivament, més serveis mèdics.

Com que al nostre país no hi ha (o almenys no les conixem) investigacions sobre les diferenciacions socials (no merament geogràfiques) de grups de malalties, no estem en situació de respondre a aquestes hipòtesis. Molt probablement el fenomen que detectem és una conseqüència de la interacció dels tres factors enumerats. ~~A encara d'altres.~~

Entrem ara a la qüestió de la freqüència d'ús dels serveis. Hem comptat, per al període de l'any immediatament anterior a l'hospitalització, 2.410 visites al metge de capçalera, 909 visites a l'especialista, 337 consultes al laboratori d'anàlisis, i 338 visites al radiòleg. Òbviament aquestes dades no constitueixen quantificacions exactes perquè havíem demanat a cada malalt un registre a posteriori en termes que no poden ésser objecte de prova. Però amb tot aquestes dades ens permeten de fer força coses per avaluar les freqüències d'ús dels serveis mèdics de la Seguretat Social i la seva distribució per grups de pacients.

Així, tenim que pel que fa a les 2.410 visites al metge de capçalera (durant un any, per part de 266 afiliats a la Seguretat Social), a l'un cap de la distribució hi ha un 20 % de pacients que no havien fet cap visita, i a l'altre cap de la distribució hi ha un altre 20 % que acumula el 62 % de les visites. Heus ací el quadre:

menys per això hem de considerar que no tinguin interès, només fos com a orientadors o indicadors de tendències, a tots aquells que ~~tinguin~~ vulguin saber l'extensió social i la intensitat dels serveis mèdics (entre d'altres, per inferència lògica, encara que no mesurables estadísticament, els de la medicina preventiva).

& & &

III. Queixes sobre els serveis de la Seguretat Social.

Un terç dels nostres entrevistats, afiliats a la Seguretat Social, han formulat una o diverses queixes sobre aquests serveis de la medicina pública:

Formulen una o més queixes	32.5 %
Hi estan afiliats, però no havent mai emprat els seus serveis, no opinen	3.5 %
No en fan cap queixa	64.0 %
	<hr/>
	100

L'anàlisi de les queixes no presenta gaires problemes de classificació lògica perquè, amb llenguatge o termes diferents segons cada malalt, són sempre uns pocs motius els que es van repetint. Hem codificat aquestes queixes en tres grans subconjunts:

- Queixes de tipus burocràtic-administratiu, com ara: cal omplir massa papers, lentitud dels tràmits, trigar a donar els volants, cal fer gestions llargues per aconseguir una firma, els funcionaris no en fan gaire cas, i similars;
- Insuficiència dels serveis, per exemple: no hi ha centre o ambulatori a la barriada del malalt, cau molt lluny de casa seva, ha de traslladar-se lluny, els consultoris són sempre plens, hi ha pocs metges per a molta gent, i similars;
- Queixes que afecten pròpiament els metges, com ara: el metge es va equivocar en el diagnòstic o en la medicació, hom no el té per un bon metge, no atén amb l'interès que se'n pot esperar, només atén a minut per malalt, i similars.

En total hem registrat 121 queixes i la distribució entre els tres subconjunts citats és la següent:

Queixes del tipus a)	14 %
Queixes del tipus b)	32 %
Queixes del tipus c)	54 %
	<hr/>
	100

No és ara tasca nostra jutjar si aquests resultats són millors o pitjors que les expectatives dels interessats, tant pacient, com metges o directius de la Seguretat Social. Algun lector jutjarà segurament que un 54 % de queixes referents a metges és molt elevat; d'altres podran dir que, essent només un 54 % d'entre el 33 % que formulen queixes, això vol dir que a penes un 20 % dels afiliats a la Seguretat Social presenten alguna crítica sobre els serveis mèdics personals (és a dir, que el 80 % dels afiliats no hi tenen res en contra a dir). Qualsevol comentari d'aquest caire, ~~però~~ serà només subjectiu. ~~Arbitrari.~~

La funció de l'anàlisi de dades s'ha d'orientar en un altre sentit, dictat per la mateixa estructura de les dades. ¿Quines especificacions apareixen dins el conjunt de les queixes, segons els atributs dels malalts entrevistats? Aquestes són les qüestions que tenen un interès positivament avaluable. Examinem-les amb una mica de detall.

Pel que fa a l'edat. Hi ha dos subgrups d'edat que es presenten com una mica més crítics, que són els més joves (fins a 30 anys inclusivament) i els més grans (més de 70 anys). No sembla aventurada la hipòtesi que llurs motivacions són diferents, és a dir, que hi ha un nivell d'exigències o d'expectatives més elevat entre els més joves (perquè són també la subpoblació que té associada una millor situació econòmica i un nivell més alt d'estudis), i unes necessitats objectives d'atenció o unes dificultats més grans i objectives per superar certes condicions que la generalitat de la població podria jutjar ^{normals} ~~normals~~ però que no ho són per als més vells.

Pel que fa al sexe, les diferències són certament molt més fortes que als grups d'edat. ~~Les~~ dones es queixen més que els homes; les dones formen el subgrup més específicament crític envers els metges (queixes del tipus c). Els homes no es queixen tant en les qüestions que podríem definir com a pertanyents a l'àmbit de relació personal metge-malalt; en canvi apareixen més sensibles que les dones als problemes de tipus burocràtic, organitzatiu i ecològic que constitueixen les queixes agrupades als apartats a) i b). Dit amb d'altres paraules: les queixes dels homes es distribueixen d'una manera més igualitària que les de les dones entre tots tres tipus de queixes, mentre que les queixes de les dones tendeixen a concentrar-se al tipus de queixes referents a la relació personal metge-malalt.

Pel que fa a les professions o posició de l'entrevistat a l'estructura ocupacional, no hi ha diferències estadísticament apreciables, ja que són inferiors al 5 %.

Pel que fa la distinció entre nadius catalans i no nadius i el temps de residència a Catalunya, resulta ésser molt poc crític (en el sentit que formula molt poques queixes) el subgrup que porta menys de cinc anys de residència a Catalunya (el percentatge davalla a un 20%); i a partir de cinc anys o més de residència a Catalunya el nivell crític es manté constant als volts de la mitjana general.

Finalment, pel que fa al nivell d'estudis, resulten molt més crítics els entrevistats amb estudis més elevats (estudis més que primaris, professionals, secundaris i universitaris, complets o incomplets). Aquest fet s'inscriu en una tendència comprovada universalment per la investigació sociològica des de fa molt de temps: les expectatives i exigències són més elevades com més atributs té el subjecte, tant en status com en educació o en posició econòmica. L'aspecte interessant que aporten les nostres dades és que, si encreuem la variable "queixes" amb les del "sexe" i "estudis realitzats" podem observar que la diferenciació operada pels ~~els~~ estudis no és molt marcada entre els homes (test X^2 , 48.09663 amb 40 graus de llibertat); mentre que aquesta diferenciació es dona, i molt marcada, entre les dones (test X^2 , 62.92641). És a dir, que entre els homes tendeixen a queixar-se més els que tenen estudis que no els que no en tenen, i es queixen més com més alts són llur estudis, però aquesta tendència no implica una gran diferència relativa entre els dos extrems del continuum educacional (+ 11 %; en canvi, entre les dones, la tendència és molt més forta (essent + 26 % la diferència entre els dos extrems del continuum). En resum: no solament les dones tendeixen a queixar-se més que els homes, sinó que, quan tenen estudis més que primaris, es queixen el doble que els homes.

Més endavant, quan examinarem els problemes d'adaptació al context hospitalari i unes certes actituds i orientacions diferenciades pel sexe, podrem observar una altra vegada que aquest tall ^{(que} introdueix a l'univers femení ^{la} possessió o no d'estudis, torna a ésser més fort que el que introdueix a l'univers masculí; és a dir, que les actituds dels homes mostren una certa coherència general que no es diversifica tant com a les dones per l'adquisició de coneixements intel·lectuals.

C A P Í T O L S E G O N

HOSPITALITZACIÓ

I. Hospitalització anterior a l'actual.

Una fracció dels pacients de la nostra mostra ja havien estat hospitalitzats alguna altra vegada (o més vegades). Designant convencionalment els dos hospitals emprats a ~~l'enquesta~~ l'enquesta amb les sigles A i B, les proporcions són les següents:

Quadre número 28
=====

Hospitalització anterior a l'actual.

	Hospital A	Hospital B
Aquesta és la primera hospitalització	41 %	45 %
Ja havia estat abans hospitalitzat (*)	59 %	55 %
	100	100

Com que les proporcions són pràcticament les mateixes a cada hospital (la diferència d'un 4% no és estadísticament significativa), podem deduir que hi ha una forta probabilitat (entre 0.50 i 0.60) que una persona ja hospitalitzada una vegada passi per l'experiència d'una segona hospitalització (**). Aquesta dada té una gran importància a l'hora de preveure les necessitats d'equipament hospitalari. Un petit subconjunt de pacients han arribat a sumar cinc o més hospitalitzacions al llarg de la seva vida.

Quadre número 29
=====

Nombre de vegades que el pacient ha estat hospitalitzat.

L'actual és la primera vegada	42.7 %
Abans estigué hospitalitzat una vegada	35.1 %
Id. id. dues vegades	11.1 %
Id. id. tres vegades	5.2 %
Id. id. quatre vegades	3.4 %
Id. id. cinc vegades o més	2.5 %
	100

FALTA
NOTA
P.E. PAS.

NOTA

Ha de presentar molt d'interès que examinem qui són aquests pacients (quins atributs presenten) i en quina mena d'institucions hospitalàries van ésser atesos.

Pel que fa a la malaltia actual (segons els grups de diagnòstic actual especificats al quadre número 13), no apareixen associacions estadístiques: tots els grups de malalties, fora d'un, es mantenen dins ~~la probabilitat~~ ^{la probabilitat} estadística 0.50 / 0.60 ~~de probabilitat~~ d'una segona hospitalització o encara més de dues. L'únic grup que apareix una mica més elevat és el dels infecciosos, cosa que ens remet a la possibilitat de l'existència d'un subconjunt de persones que per llurs condicions de desprivilegi social i econòmic ~~deixen un grup de persones~~ serien més vulnerables a la incidència en malalties i que per això necessitarien diverses hospitalitzacions. Però això no és més que una hipòtesi que, amb les dades que tenim, no podem validar (no sabem perquè foren hospitalitzats anteriorment).

Pel que fa al sexe tampoc no hi ha diferències estadísticament significatives: les proporcions de segona hospitalització o més de dues són similars en ambdós sexes.

Pel que fa a l'edat, òbviament han d'aparèixer unes fortes diferències perquè cal suposar que la probabilitat de més d'una hospitalització s'incrementa amb l'edat. Tanmateix la realitat és més complexa. Per una banda apareix un subconjunt de persones de molta edat (més de 70 anys) que han arribat a la seva hospitalització actual sense haver estat mai abans hospitalitzats; són el 43% d'aquest grup d'edat, i aquesta proporció de vells que podríem denominar com a resistents, és una mica més elevada que la de subgrups d'edat més joves (llevat, naturalment, d'individus molt joves). Vegem les distribucions controlant els grups d'edat:

La actual és la primera hospitalització	22.4%
L'actual és la segona	35.0%
La tercera	16.6%
La quarta	10.3%
La cinquena	6.5%
La sisena o encara superior	6.0%
	<hr/>
	100 hospitalitzacions
	(N = 650)

Quadre número 30
=====

Entrevistats amb hospitalitzacions anteriors. En % per grups d'edat.

	Edat				
	Fins a 30 anys	De 31 a 50 anys	De 51 a 60 anys	De 61 a 70 anys	Més de 70 anys
L'actual és la primera hospitalització	63.0	43.0	35.0	37.0	43.0
Han estat hospitalitzats abans					
una vegada	28.0	28.0	36.0	41.0	54.0
dues vegades	5.0	13.0	17.0	10.0	2.0
tres vegades o més	4.0	15.0	12.0	12.0	1.0
	100	100	100	100	100
N (persones)	(53)	(98)	(78)	(68)	(28)

Els grups d'edat entre 51 i 70 anys inclusivament apareixen, doncs, com a més vulnerables que els dos grups d'edat extrems: el dels molt joves i el dels molt vells. El fenomen es pot especificar amb més detall ~~computant~~ no solament les persones hospitalitzades sinó també els totals de llurs respectives hospitalitzacions. Trobem llavors 650 hospitalitzacions, la distribució de les quals pren la forma següent:

L'actual és la primera hospitalització	21.4 %
L'actual és la segona	35.0 %
Id. la tercera	16.6 %
Id. la quarta	10.5 %
Id. la cinquena	8.5 %
Id. la sisena o encara superior	8.0 %

100 (hospitalitzacions)
(N = 650) → ↓ ↓ ↓

Ara estem en condicions de distribuir les hospitalitzacions per grups d'edat tal com apareixen al quadre número (quadre que hem traslladat a l'Apèndix per la seva mida i complexitat, cfr. pàg.). Així és possible d'observar clarament que els subgrups d'edat entre 51 i 60 anys i entre 61 i 70 (però no els de més de 70) són els que contenen el subconjunt més fort en hospitalitzacions. Fets els càlculs pertients a partir de les dades-base, veiem que el 29 % del total de persones enquestades concentra el 40 % del total d'hospitalitzacions, i que aquest ^{subconjunt} ~~conjunt~~ del 29 % es troba precisament

compost per pacients entre 51 i 70 anys l'hospitalització ^(actual) dels quals no ~~era~~ ^{és} la primera que coneixen.

Del que fa a la distribució entre catalans nadius i no nadius i el temps de residència a Catalunya d'aquests darrers, no apareix cap diferència estadística en el fet d'haver estat o no hospitalitzat abans. Totes les proporcions es mantenen molt acostades a la mitjana ~~del~~ general del 43 % = primera hospitalització, l'actual.

Passem ara a examinar els resultats referents a la classe de centre hospitalari on estigueren internats aquells pacients que ara no es troben a la seva primera hospitalització. Fent abstracció del nombre de vegades que foren hospitalitzats, i resumint globalment les mencions, trobem això:

Estigueren hospitalitzats (una vegada o més) en una residència de la Seguretat Social	14 %
Estigueren hospitalitzats (una vegada o més) en un hospital públic	63 %
Estigueren hospitalitzats (una vegada o més) en una clínica privada	23 %
	<hr/>
	100

Naturalment, hi ha hagut malalts que, havent estat hospitalitzats més d'una vegada, han pogut passar per més d'un centre. Per tal d'observar aquest fenomen de "circulació" de persones entre diversos tipus de centre, recorrem a un quadre de doble entrada construït amb l'encreuament de les variables "classe de centre hospitalari on ha estat" per "nombre de vegades hospitalitzat". Aleshores es poden observar els següents fets associats a la subpoblació amb diverses hospitalitzacions:

- a) entre els components de la nostra mostra no hi ha ningú ^{hagi estat} que ~~estigui~~ hospitalitzat únicament en residències de la Seguretat Social quan el nombre d'hospitalitzacions (anteriors a l'actual) és superior a dues; és a dir, que tots els pacients que han sofert tres hospitalitzacions o més, ultra l'actual, i que mencionen estada en una residència de la Seguretat Social, han passat alguna d'aquestes hospitalitzacions en un altre (o altres) centres que no són la Seguretat Social sinó un hospital públic, una clínica privada, o l'un i l'altra. Dit encara amb d'altres paraules: l'evidència estadística a partir de les dades de la nostra mostra és conclouent en el sentit que les persones amb tendència a la re-hospitalització coneixen una pluralitat de centres hospitalaris; i que a partir de tres hospitalitza-

Entre els que han tingut una sola hospitalització anterior a l'actual

Fou a la ^{en una} residència de la Seguretat Social	11.4 %
Fou en un hospital públic	62.3 %
Fou en una clínica privada	26.3 %
	<hr/>
	100

Entre els que han tingut dues hospitalitzacions anteriors

Totes dues foren a la ^{en una} residència de la Seguretat S.	8.3 %
Totes dues en un hospital públic	55.6 %
Totes dues en una clínica privada	16.7 %
Una a la ^{en una} residència de la Seguretat Social i l'altra en un hospital públic	11.1 %
Una a la ^{en una} residència de la Seguretat Social i l'altra en una clínica privada	5.6 %
Una en un hospital públic i l'altra en una clínica privada	2.7 %
	<hr/>
	100

Entre els que han tingut tres hospitalitzacions anteriors

Totes tres foren a la ^{en una} residència de la Seg. Social	0.0 %
Totes tres foren en un hospital públic	52.9 %
Totes tres foren en una clínica privada	11.8 %
Es repartiren entre la ^{una} residència de la Seg. Social i un hospital públic	11.8 %
Es repartiren entre un hospital públic i una clínica privada	17.6 %
Han passat per totes tres classes de centres	5.9 %
	<hr/>
	100

Entre els que han tingut quatre hospitalitzacions anteriors o més

Totes foren a la ^{en una} residència de la Seguretat Social	0.0 %
Totes tres foren en un hospital públic	42.0 %
Totes tres foren en una clínica privada	0.0 %
En repartiren entre la ^{una} residència de la Seguretat Social i un hospital públic	10.6 %
En repartiren entre la ^{una} residència de la Seguretat Social i una clínica privada	5.3 %
En repartiren entre un hospital públic i clíniques privades	26.4 %
Malalts que han passat per totes tres classes de centres hospitalaris	15.7 %
	<hr/>
	100

El nucli de malalts ^{amb} ~~es~~ continuïtat d'hospitalitzacions als hospitals públics, a la nostra àrea d'estudi, apareix, doncs, com el subconjunt de malalts que es repeteixen dins la sèrie decreixent 62.3 → 55.6 → 52.9 → 42.0 (és a dir, una fracció constant a l'interior del 40 % al 60% de re-hospitalitzacions). Unes tals dades han d'ésser interpretades en termes probabilístics; naturalment que les caselles on apareixen zeros no estrobarien buides amb una mostra molt més àmplia (de mil a tres mil casos, per exemple). Els resultats presents han d'ésser interpretats en funció de la mida de la mostra: que no hi apareguin individus en circulació entre uns determinats centres hospitalaris no vol dir que no existeixin aquests casos, sinó que llur probabilitat d'aparició és tan petita que caldrien mostres de població més grans per poder-les trobar.

Amb idèntiques precaucions cal tractar les altres dues sèries decreixents corresponents a les hospitalitzacions exclusivament ^{a la} ~~en~~ residència de la Seguretat Social (11.4 → 8.3 → 0) i a clíniques privades (26.3 → 16.7 → 11.8 → 0). La cosa més important no consisteix a retenir ^{si/} ~~uns intervals de fiabilitat~~ uns percentatges amb intervals de fiabilitat ~~apllis~~, sinó a observar les tendències majors que es marquen en les relacions entre les dades. Així, veiem que la circulació, per dir-ho així, de malalts entre residències de la Seguretat Social i hospitals públics no és quantitativament forta; allò que fa la Seguretat Social és enviar una part dels seus titulars o beneficiaris directament als hospitals públics amb qui té contractats serveis.

L'associació d'un número creixent d'hospitalitzacions amb la circulació entre hospital públic i clínica privada, al contrari, apareix amb una certa nitidesa, com es prova amb la sèrie creixent 2.7 → 17.6 → 26.4. Si la clínica privada és un recurs voluntari de l'entrevistat o de la seva família, de les nostres dades resulta que apareix ^{com} una alternativa probable a l'hospital públic, amb una probabilitat més forta que davant la residència de la Seguretat Social (*).

Aquestes observacions precedents haurien d'ésser completades amb enquestes fetes a residències de la Seguretat Social i a clíniques privades per tal de poder quantificar a cada cas el nucli de pacients ~~que són malalts d'una classe~~ ^{de centre}. Però la forma del fenomen (és a dir, l'estructura de les dades, independentment de la denominació i de les magnituds d'efectius de cada variable) segurament que es repetiria.

NOTA
PIÉ
PAC

es manté dins d'una mateixa classe

~~que són malalts d'una classe~~

(11)

2. Elecció d'hospital (a l'hospitalització actual).

Les preguntes sobre la decisió d'ingressar (o ésser ingressat) el pacient ~~en~~ ^{a l'} hospital on ara es troba i és entrevistat, i sobre els tràmits previs o simultanis a l'acte de l'hospitalització en ell mateix, han donat origen a un conjunt de respostes que es pot organitzar en tres àrees:

- a) qui prengué la decisió de l'hospitalització;
- b) en quin motiu principal es ~~fundava~~ ^{basava} l'elecció de l'hospital on ara es troba el malalt;
- c) com es dugueren a terme els tràmits i els terminis de l'ingrés.

Aparentment, la primera qüestió hi sobra perquè cal suposar que a la gairebé totalitat dels casos la decisió fou presa per un metge (el de capçalera del malalt o de la família, un especialista o el metge d'urgències del mateix hospital). Aquesta hipòtesi, però, és molt lluny d'ésser comprovada. L'enquesta demostra que hi ha un subconjunt relativament important de malalts (el 32 % del total) que consideren que la decisió d'hospitalitzar-se fou presa per ells mateixos, personalment i de forma individual (15 %) o bé conjuntament amb la família o preponderantment per la família (17 %). Tals resultats són coherents amb una distinció semàntica que cal fer ~~que~~ ^{que} deriva igualment de la lectura de les respostes: cal distingir entre la decisió presa però no immediatament posada en pràctica (decisió d'hospitalitzar-se ajornada fins a la intervenció d'un altre factor precipitador), de la decisió seguida d'una immediata execució. En termes més planers: quan els malalts i/o la família han disposat d'un cert temps per poder reflexionar i avaluar els avantatges i els inconvenients de l'hospitalització, sembla lògic que tendixin a respondre com a subjectes autònoms en aquest procés de decisió, considerant la intervenció del metge com una recomanació o fins i tot una pressió, però no pas com una simple decisió.

Aquesta hipòtesi apareix també com la més probable a través d'una lectura que podríem anomenar negativa. En efecte, no hi ha associacions estadístiques que especifiquen variacions importants de l'atribució de la decisió, tant per sexe com per nivells d'estudis, origen (catalans o immigrants), professions o edat (aquesta darrera variable amb la reserva que deprés direm). El fet que els atributs de les persones (per exemple, el seu nivell d'estudis) a penes s'hi facin notar, ~~no~~ no s'hi vegin gens, en l'atribució de la decisió, ~~reforça~~ ^{reforça} precisament la hipòtesi que la decisió arrela en nivells més profunds de la persona que són sensibles a l'oposició autonomia/heteronomia.

Presentant els resultats fortament agregats, trobem això:

La decisió d'hospitalitzar-se és atribuïda al mateix malalt	15 %
La decisió és atribuïda preponderantment a la família	17 %
La decisió s'atribueix a una persona (no tècnica ni professional de la medicina) aliena a la família (*)	6 %
La decisió és atribuïda al metge	62 %
	100

Dins el subconjunt de decisions preses pel metge, només enllà d'un 7 % sembla haver estat constituït per casos d'autèntica urgència on ^{no} hi havia cap més opció. Hi ha una certa associació no lineal entre la referència al metge com a subjecte de la decisió i l'edat dels entrevistats. El mateix lector la pot copsar fàcilment observant fins a quin punt es desvia de la mitjana general ja esmentada (62 %) a cada grup d'edat:

Quadre número 32
=====

Desviacions respecte de la mitjana general, per grups d'edat, en la decisió d'hospitalització presa pels metges.

Fins a 30 anys inclusivament	De 31 a 50 anys	De 51 a 60 anys	De 61 a 70 anys	Més de 70 anys
53 %	60 %	73 %	65 %	54 %
(-9)	(-2)	(+11)	(+3)	(-8)

Aquest tipus de distribució és prou bé conegut pels professionals de l'estadística ja que el valor màxim apareix al centre dels grups. Aparentment, el grup d'edat central (de 51 a 60 anys) seria el més receptiu a la persuasió del metge o tindria més confiança en la decisió presa pel professional de la medicina. Però d'ací no s'ha de deduir que els dos grups extrems (els més joves ⁽⁻⁹⁾ i els més vells ⁽⁻⁸⁾) siguin els més autònoms. En primer lloc perquè en el cas dels més joves (fins a 30 anys inclusivament) el percentatge de decisions atribuïdes al mateix malalt es manté dins la mitjana general (15 %), i en canvi s'incrementa el percentatge de decisions que s'atribueixen al cap de treball (joves treballadors sols, o presumptament sols, que han obeït la indicació de l'empresa o una decisió del superior jeràrquic del treball per fer-se hospitalitzar); segonament perquè ~~en~~ el cas dels més vells (més de 70 anys) gairebé la totalitat de les decisions no mèdiques foren preses per la família.

NOTA
P. E. P. A. G. *

X

Passem ara a la qüestió de les raons per les quals hom escollí un hospital determinat i no un altre, ~~de~~ ^{de} la ~~seua~~ massa de respostes podem separar quatre subconjunts:

- a) Respostes que fan referència al prestigi de l'hospital, a la fama que té de tractar-hi bé la gent, a un coneixement (no tècnic) o a una familiaritat previs respecte d'un hospital determinat, a relacions d'amistat amb algú de l'hospital, a la proximitat del domicili del malalt, és a dir, en criteris privats.
- b) Respostes que fan referència a decisions burocràtiques i administratives (no tècniques), com ara la decisió de l'inspector de ^{la Seguretat Social,} ~~L'Assicurança~~, que no hi havia llits vacants a la residència de la Seguretat Social i per això l'internaren ací, i similars, és a dir, criteris organitzatius.
- c) Respostes que fan referència a motivacions mèdiques o tècniques, per exemple: l'especialista que el visitava és cap de sala en aquest hospital (continuitat del mateix metge, sota condicions controlades); perquè el metge que el visitava va considerar oportú enviar-lo a un especialista determinat; perquè l'hospital ~~aquest~~ ^{aquest} ~~compta~~ amb el servei tècnicament adequat precisament per a la malaltia que pateix, i similars; és a dir, criteris tècnics.
- d) Grup residual format per respostes diverses, inclassificables, no indicadores d'haver-hi entrat en joc un criteri d'opció etc.

La distribució és la següent:

Criteris privats	25 %
Criteris organitzatius	23 %
Criteris tècnics	40 %
Grup residual	12 %
	100

Hi ha una associació dèbil entre els criteris tècnics i la menor edat dels pacients (43% ^{entre els} ~~entre els~~ de menys de 50 anys, 29% ^{entre els} ~~entre els~~ de més de 50 anys). Hi ha també una associació una mica més forta entre criteris tècnics i l'atribut de català nadiu (48.5 % enfront a un 24% ^{dentre els} ~~dentre els~~ immigrants amb menys de dos anys de residència a Catalunya). L'associació de criteris tècnics amb uns determinats nivells d'estudis és més forta encara, però no en el sentit unívoc segons el qual a nivell més alt d'estudis correspon una receptivitat més gran dels criteris tècnics; aquesta associació hi és, però apareix també el fet que persones sense estudis (analfabets o individus que només han es-

tat alfabetitzats) també donen un percentatge elevat (48 %) de criteris tècnics. Les explicacions estan en la intervenció d'altres variables com ara el sexe i la situació al treball.

Els homes sense estudis i en situació activa de treball a penes si donen criteris privats (6 %) i per tant resulten desviats pel damunt de la mitjana en els percentatges de criteris burocràtico-administratius (42 %) i tècnics (42 %). Les dones sense estudis donen la mitjana general de criteris privats (26 %) però uns criteris molt baixos burocràtico-administratius (que semblen estar associats a la situació activa de treball). Així hi ha un efecte aritmètic en virtut del qual s'eleva, entre les dones sense estudis, els percentatges de criteris tècnics (54 %).

Dit amb d'altres paraules i mirat de copsar tota la complexitat del fenomen:

- a) Entre els homes, la possessió d'estudis incrementa els criteris privats (d'un 6 a un 24 %). Aquest fet no és pas il·lògic sinó més aviat reflex de situacions socials radicalment diferents: els homes sense estudis o simplement alfabetitzats es troben immersos en un complex molt limitat de comunicació social, fora de les corresponents al seu treball; per tant, no tenen el seu abast la informació i/o els recursos privats on poder fonamentar una elecció d'hospitalització sobre criteris privats.
- b) Entre els homes, hi ha una associació negativa entre la possessió d'estudis i els criteris burocràtico-organitzatius; també això és lògic: com més elevat ^{és el nivell d'} ~~és el nivell d'~~ estudis, més autonomia laboral hom posseeix; i com menor és l'autonomia laboral més subjecte es troba hom a passar per les vies burocràtico-administratives.
- c) Entre els homes són sempre relativament elevats, o almenys no inferiors a la mitjana general, els criteris tècnics, i són tant més elevats com més alt ^{és} ~~és~~ el nivell d'estudis (46 %); però els menys elevats dels criteris tècnics no es donen associadament amb l'absència total d'estudis, sinó amb la possessió d'estudis primaris i laborals o per un ofici. Aquest darrer subgrup sembla tendir a recalcar lleugerament els criteris privats (32 %).
- d) Entre les dones, els criteris privats es mantenen sempre a l'entorn de la mitjana general, sigui quin sigui el nivell d'estudis.
- e) Entre les dones, els criteris burocràtics apareixen positivament associats a la possessió d'estudis (efecte de l'associació simultània amb la situació activa de treball).
- f) Entre les dones sense cap mena d'estudis, els criteris tècnics són elevats

(54 %); ^{aquesta} ~~que~~ ~~és~~ un efecte aritmètic resultat de la forta davallada, entre les dones, dels criteris burocràtics (la majoria de les dones sense cap mena d'estudis són dones d'edat retirades de la vida activa).

g) Entre les dones amb alguna mena d'estudis, els criteris tècnics es troben positivament associats amb el nivell d'estudis (~~del~~ ^{del} 35 % ~~al~~ ^{al} 41 %, respectivament, ~~el~~ ^{el} subgrup amb estudis primaris i ~~el~~ ^{el} subgrup amb estudis secundaris i superiors).

Convé retenir, per tant, el fet que, en línies generals, i amb les correccions ja mencionades, tant les persones amb més desprivilegi social com les de nivells d'estudis més elevats, són més accessibles als criteris tècnics (per bé que, òbviament, per causes diferents). I que són les persones amb nivells intermedis d'estudis les que donen percentatges més dèbils en aquest punt, no necessàriament per l'increment dels criteris privats, sinó més a viat per una major dispersió entre les diverses opcions (cfr. els quadres números de l'Apèndix).

Assenyalem finalment que les expectatives i orientacions implícites en l'elecció d'hospital tindran una funció important respecte dels problemes d'adaptació a la vida hospitalària. Els criteris privats són, en aquest sentit, els més improbables de tots perquè responen a factors subjectius aleatoris. Els criteris burocràtico-organitzatius s'hauran de considerar com a neutrals pel fet que són extrínsecs a l'hospital (són part de les decisions de funcionaris i/o d'organitzacions) ~~que~~ ^{que} actuen abans de l'hospitalització. Els criteris tècnics hauran d'ésser reelaborats després que el pacient haurà estat ingressat, perquè hi ha una diferència radical entre la tecnicitat presumpta i la tecnicitat viscuda.

* * *
 Descriguem ara breument els resultats que es refereixen als tràmits d'ingrés i hospitalització.

Una part considerable (36.8 %) dels pacients entrevistats no poden precisar la naturalesa dels tràmits que foren necessaris per a llur ingrés. Aquests tràmits foren realitzats per familiars o d'altres persones. Un petit subconjunt (4.3 %) no va fer tràmits prèvis: l'hospital els va admetre amb la condició de regularitzar la situació administrativa a posteriori. Dins el total de tràmits ~~de~~ qui l'enquesta ha obtingut dades o menció concreta, la majoria absoluta (51.5 %) van seguir els canals administratius establerts per la Seguretat Social. Només un 8 % fa menció de tràmits individuals, i aquests s'incrementen fortament amb la residència fora de Barcelona-ciutat, com es pot veure al quadre següent (controlant l'àrea de residència) :

+
 RSPsi
 blanc

Quadre número 33
=====

Tipus de tràmits fets per a l'hospitalització, segons l'àrea de residència, un cop eliminats els "no ho sap".

	Barcelona ciutat	Àrea metropolitana	Resta del país
Tràmits administratius de la Seguretat Social (incloses Caixes Autònomes)	86	80	56
Individuals	7	17	40
Gestions diverses inclassificables	7	3	4
	100	100	100

Dues preguntes del qüestionari estaven dirigides a avaluar la percepció subjectiva dels tràmits, demanant als entrevistats si consideraven que els tràmits havien durat massa, el temps normal o poc temps, i similarment sobre la documentació o paperam que s'exigia.

No es troben gaires diferències entre els dos hospitals, si bé l'hospital que abans hem designat com a "B" sembla més lent en la tramitació. Cal fer constar que gairebé la totalitat dels casos foren tramitats com a "urgències", que és una necessitat administrativa per aconseguir l'ingrés del malalt en un termini breu (i que cal no confondre amb la urgència dels accidentats, en què el pacient es presenta a l'hospital sense cap mena de tramitació prèvia). Un cop eliminats del total els que diuen que no ho saben, no ho poden judicar, els tràmits es feren a posteriori etc. trosem la següent apreciació subjectiva :

Quadre número 34
=====

Avaluació subjectiva dels mateixos interessats sobre el temps de durada dels tràmits i volum de paperam necessari per a l'hospitalització.

	Temps dels tràmits	Volum de papers
Poc	80	72
Normal	18	25
Massa	2	3
	100	100

Segons aquesta avaluació, el funcionament dels aspectes burocràtics de l'hospitalització és pot considerar satisfactori. Hi apareixen tanmateix al-

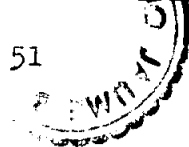
gunes diferències, que cal assenyalar, en especificar les dades per àrees de residència. Entre els residents a l'àrea metropolitana de Barcelona (exclòs el municipi de Barcelona-Ciutat), la menció "massa" puja al 8 %, i són igualment aquests residents a la conurbació industrial els que donen una proporció més gran de tràmits individuals lents. Els residents a Barcelona-Ciutat apareixen, doncs, com a privilegiats, igual com a la taula de temps que donem a continuació:

Quadre número 35
=====

Relació entre el començ dels tràmits i el temps transcorregut fins a l'hospitalització, controlant l'àrea de residència dels malalts.

	Àrea de residència		
	Barcelona ciutat	Àrea metropolitana	Rest a de la <i>p. 45</i>
Ingressà el mateix dia	79	70	64
Ingressà l'endemà	4	6	14
Ingressà al cap de dos dies	3	6	} 22
Ingressà al cap de tres dies	5	2	
Trigà més de tres dies (fins a un mes)	9	16	
	100	100	100

No apareixen diferències estadísticament significatives, quant a temps transcorregut, entre el començ dels tràmits i l'ingrés segons si el malalt està o no afiliat a la Seguretat Social. Hi ha, en canvi, una petita diferència (9 %) de tràmits més lents, ingrés posterior al dia de la iniciació) entre els afiliats a la Seguretat Social, quan el malalt no és el mateix titular de la cartilla.



3. Recepció del pacient.

L'ingrés del malalt a l'hospital és un acte que no es pot considerar purament mèdic ni purament administratiu. Els qui han abordat aquesta qüestió insisteixen que hi ha una dimensió psicològicament traumatitzant en l'ingrés del pacient, i que els diferents passos de què consta el procés d'admissió des de la porta d'entrada fins que el malalt es troba ja instal·lat a la seva sala o habitació, el pacient els enregistra, els analitza i els avalua d'una manera molt intensa. Per això diversos autors han arribat a postular la necessitat d'especificar aquesta funció en la divisió del treball de l'hospital de manera que recaigui en un (o una) recepcionista preparat específicament per a això.

En el cas dels nostres dos hospitals enquestats, no sembla pas que s'ha arribat a aquesta especificació en la divisió del treball si mirem el ventall de respostes:

Quadre número 36

Qui fou la persona que va atendre la seva admissió a la sala. En %
intra-hospital

	Hospital A	Hospital B
El metge de guàrdia	46	39
Una infermera	27	44
Una monja	3	1
Un intern (estudiant)	1	-
Un auxiliar	2	2
No fou directament una sola persona, di- verses persones. no ho sap, no ho recorda etc.	22	14
Total	100	100

Si eliminem les respostes inclassificables o que es refereixen a més d'una persona, encara s'accentuen més les diferències entre ambdós hospitals, en el sentit que s'incrementa encara més la proporció ^(corresponent) a "metge de guàrdia" al primer hospital (59 %), i també s'incrementa la proporció corresponent a "infermera" (51 %) al segon. Sembla, doncs, que hi ha una recepció de més status jeràrquic al primer hospital (cosa que no implica necessàriament un nivell tècnic més elevat).

En aquest punt no apareixen diferències estadísticament significatives segons el sexe, l'edat ni l'origen dels pacients.

Elle
de
de
per

4. Adaptació a l'hospital.

Com ja hem dit abans, les nostres dades ens ofereixen una imatge de l'adaptació subjectiva o del procés viscut pels mateixos malalts. Aquestes percepcions i avaluacions del malalt no han estat contrastades amb les del personal mèdic o sanitari. Per bé que metodològicament això hauria estat possible i potser tècnicament necessari, no ha estat possible èticament. Aquesta operació, en efecte, hauria implicat donar a conèixer, i fins i tot en alguns punts discutir, cada qüestionari amb la ~~muller~~ infermera o amb el metge responsable de cada malalt que havia respost a l'enquesta, i ~~per~~ ^{amb} això violar la prometença feta prèviament de guarda secret professional.

El terme "adaptació" és polisèmic i pot representar una gran diversitat de coses. Ja fa temps que és cosa adquirida que no es pot definir l'adaptació per l'absència de conflictes; aquesta absència es pot deure a inhibició o a hiperconformisme d'un o diversos actors, i així no es tractaria d'adaptació sinó de disminució o absència d'interacció. La definició d'adaptació ha d'incloure l'exercici ^{dels "roles"} ~~de les funcions~~ respectives per part de tots els actors. (7)

~~El fet~~ que ^{en} adaptació ^{miquel, hores,} ~~és~~ un concepte subordinat al de ^{"role"} ~~funció~~ constitueix l'expressió formal d'una qüestió substantiva. Amb d'altres paraules, la qüestió de l'adaptació no és neutra, ni ho pot ésser, perquè cada sistema de relacions es troba de fet determinat, tant per criteris explícits imposats per via autoritària, com per rutines acumulades i arcaïsmes dels quals s'ignora l'origen i fins i tot la finalitat, però que es ^{fa} ~~actua~~ quotidianament.

La lectura de les dades ens informa que el procés d'adaptació al context hospitalari tendeix a ésser lineal en funció del temps d'hospitalització mentre aquest temps és inferior a tres setmanes o les voreja. Si l'hospitalització s'allarga més de tres o quatre setmanes es produeix un moment crític, fins i tot entre aquelles persones que ja tenen experiència d'una hospitalització anterior.

Aquesta variable citada darrerament (si hi ha hagut o no una hospitalització anterior i si va durar poc de temps, un temps mitjà o força temps —més d'un mes), fa un efecte bastant fort sobre l'adaptació a l'hospitalització actual. Tal efecte és una mica més fort fins i tot que el de l'edat dels pacients, que tanmateix constitueix una variable predictiva extremadament poderosa: entre els qui no tenien experiència hospitalària i al moment de l'enquesta no passaven dels 31 anys, un 85 % es van sentir estranys a la sala durant un període més o menys llarg; i entre els que no tenien experiència

hospitalària anterior i ara tenien més de 60 anys, es van sentir estranys a la sala durant un temps similar només en una proporció força més baixa (51 %) (diferència entre edats, controlant que no hi hagué hospitalització anterior, 34 %). Entre els qui tingueren una llarga hospitalització anterior —una vegada o més— i al moment de l'enquesta tenien menys de 31 anys, el 40 % s'han sentit estranys a la sala durant algun temps; entre els que igualment tenien experiència hospitalària anterior i al moment de l'enquesta més de 60 anys, només el 21 % s'han sentit estranys a la sala de la seva hospitalització actual (diferència entre edats, controlant l'elevat temps d'hospitalització anterior, 19 %). (Diferències percentuals entre hospitalitzacions, controlant edat, respectivament 45 i 30).

Quan ja ha passat una setmana d'estada a l'hospital, la proporció dels qui encara tenen problemes d'adaptació o no es troben familiaritzats amb la sala, davalla al 8.4 % (mitjana global). Però aquesta mitjana inclou unes fortes diferències per grups d'edat: un 15 % entre els joves (menys de 31 anys), un 10% entre els de 61 i 70 anys, un 14 % entre els de més de 70 anys, i només un 4.5 % entre els de 31 i 60 anys inclusivament. És a dir, que els qui presenten més problemes d'adaptació (dins de la minoria que globalment en presenten), són els més joves i els més vells.

No és intenció nostra ~~mirar~~ de trobar explicacions ad hoc, tasca que s'aconsegueix "raciocinant" sobre les dades quan llur lectura és incompleta o difícil, tasca ~~anti-científica~~ anti-científica, si és que n'hi ha. En el nostre cas ens trobem en situació de copsar, a base de la mateixa informació de l'enquesta, una bona part de la complexitat del fenomen. Fent servir com indicador una altra pregunta del qüestionari ("Vostè se sent sol?") observem que es manté un nivell relativament elevat d'inadaptació al subgrup d'edat dels més joves (menys de 31 anys), mentre que aquest ^(nivell) ha desaparegut entre els més vells (+ 70 anys). Un efecte similar s'observa si mesurem en nombre de dies l'amplitud del procés d'adaptació. ~~Aleshores~~ Aleshores trobem que quan s'allarga el procés acaba per donar-se l'ajustament dels més vells a la mitjana general, cosa que no es dona entre els més joves, els quals continuen donant un nivell més elevat de no adaptació (11 %, 15 %, 26 %, segons els indicadors). En això intervé una variable que és exògena a l'hospital però que té una importància positiva al procés d'adaptació: els contactes del malalt amb la seva família, les seves visites a l'hospital etc. Les visites familiars s'incrementen linealment en funció de l'edat i es troben igualment mencionades com a factors d'adaptació (hom no se sent sol perquè la

família el ve a veure, perquè el visita sovint etc. : 9 % → 13 % → 18 % → 21 %, en ordre de ~~major~~ menor a major edat (*). Aquesta observació, malgrat que sigui exògena a l'hospital, és important de tenir-la en compte en el cas de pacients d'edat. D'altra banda, els nivells més elevats de no adaptació dels més joves, no solament es troben associats a menys visites familiars i a visites més espaciades, sinó també a d'altres factors com la situació de treball, ~~la manca~~ ^{la} forçosa de vida activa i similars.

Entre els sexes no apareixen diferències estadísticament significatives, així com tampoc no es troben per l'origen geogràfic o el nivell d'urbanització del lloc de residència (sempre dins les característiques socials força homogènies de la nostra població enquestada). La variable del nivell d'estudis, en canvi, sí que presenta alguns efectes. Les persones sense estudis (analfabets o simplement alfabetitzats) i els que tenen estudis secundaris i superiors presenten menys problemes d'adaptació. Les persones de nivells d'estudis mitjans són les que semblen concentrar aquests problemes o necessitar un període una mica més llarg. Aquest fenomen s'inscriu en tendències ja conegudes a través de la literatura sociològica: les persones pertanyents a classes socials dominades i/o desprivilegiades se sotmeten més fàcilment a situacions que demanen passivitat o conformació; així com les persones que tenen un nivell elevat d'estudis incrementen els seus recursos intel·lectuals i és probable que ~~en~~ en ells mateixos trobin una capacitat d'orientar-se en una situació nova i hi adaptin les seves conductes.

Quan el període d'hospitalització s'allarga més enllà del punt crític que abans hem assenyalat (entre la tercera i la quarta setmana) es torna a produir una situació d'adaptació que en alguns malalts es tradueix en una sobreadaptació (s'estimen més de continuar a l'hospital fins acabar tot el període de convalescència). Aquest fenomen es dona als dos hospitals enquestats i en una proporció similar (61 %, 55 %), si bé no coincideixen exactament en els temps en què es dona a l'un i a l'altre. No hi ha diferències estadísticament significatives entre ambdós sexes, tant si fem servir com indicador les distribucions percentuals a l'ítem "té ganes de quedar-se a l'hospital", com a l'ítem "té ganes de sortir-ne com més aviat millor (encara que no estigui del tot curat)".

(*) Test χ^2 , 27.7842 amb 3 graus de llibertat.

Quadre número 37

Relació del temps d'hospitalització actual amb els desigs de romandre a l'hospital o de sortir-ne al més aviat possible. En % intra-grup de temps d'hospitalització.

	Temps d'hospitalització actual			
	baix	mitjà baix	mitjà alt	alt
<u>Hospital A</u>				
Desitja estar-s'hi	33 %	71 %	57 %	74 %
En vol sortir al més aviat possible	47 %	24 %	32 %	20 %
<u>Hospital B</u>				
Desitja estar-s'hi	47 %	44 %	58 %	67 %
En vol sortir al més aviat possible	35 %	44 %	33 %	26 %

Tanmateix, si mantenim controlada la variable sexe i hi introduïm la variable nivell d'estudis, observem que entre els homes davalla la tendència a romandre a l'hospital (mitjana global 59%) com més alt és el nivell d'estudis (72 → 59 → 51 %), tendència que entre les dones no es troba ordenada i que és molt més dèbil a la mateixa sèrie de nivell d'estudis (49 → 61 → 40). Fent servir d'indicador el desig de sortir, aquest fenomen encara es fa més visible: 19 % → 33 % → 41 % entre els homes (de menys estudis a més estudis), 37 % → 26 % → 25 % entre les dones. Com que els estudis mitjans i superiors es troben relativament associats a edats més joves i a categories socio-econòmiques més autònomes a la vida activa, no sembla arriscada la hipòtesi que ací intervé la variable de la situació de treball, sobretot en el cas dels homes. Aquesta observació potser serà reputada banal, però en canvi té una certa importància perquè confirma dues actituds bàsicament diferents dels pacients segons el sexe, actituds que ja han estat observades en d'altres enquestes: que les dones tendeixen a preocupar-se més de la malaltia en ella mateixa i els homes de llur absència de la vida activa.

Fassem ara, dels atributs dels pacients, a les relacions que s'estableixen entre ells i amb el personal sanitari. Aquest tema ens porta al caire d'una qüestió que explanarem més endavant. Cada hospital té les seves peculiaritats pròpies respecte del procés de "socialitzar" els seus malalts. Fent servir com indicador la pregunta "Qui el va ajudar més a familiaritzar-se

amb la sala?" veiem que en un dels dos hospitals aquesta funció es troba acomplerta sobretot per les infermeres (59 % de mencions) mentre que a l'altre les mencions acumulades de "per mitjà d'altres malalts" i "s'hi va anar familiaritzant tot sol" són majoritàries (59 %).

Quadre número 38.
=====

Qui el va ajudar més a familiaritzar-se amb la sala. En % intra-hospital

	Hospital A	Hospital B
Les infermeres	41	59
D'altres malalts	35	19
S'hi va anar familiaritzant tot sol	24	22
	100	100

És aquest un tipus de dades que es podrà interpretar o avaluar de manera diferent segons les raons que podríem anomenar "metafuncionals", és a dir, que tenen la funcionalitat només com l'aparença del seu contingut substantiu però que de fet responen o motius morals o d'altra mena. Per a un lector pot semblar "positiu" que els malalts interactuïn entre ells i s'ensinstrin mútuament en el mapa de rutines de l'hospital; en aquest cas l'hospital A és el que dona més llibertat als malalts, i l'hospital B és aquell on el personal sanitari exerceix una acció més gran sobre els malalts. Des d'un punt de vista oposat, un altre lector pot considerar millor que el malalt hagi estat "socialitzat" pel personal sanitari, i que això sigui un indicador del fet que el personal compleix les seves obligacions. La qüestió del cui bono? resta oberta.

A tots dos hospitals s'observa que la familiarització amb la sala a través dels altres malalts està negativament associada a l'edat dels pacients: com més gran és l'edat, més baix és el percentatge de respostes en aquest sentit, i, a l'inrevés, els més joves són els que més aprenen o interactuen amb llurs companys de sala.

Quadre número 39.
=====

L'han ajudat a familiaritzar-se sobretot els altres malalts.

Fins a 30 anys inclusivament	De 31 a 50 anys	De 51 a 60 anys	De 61 a 70 anys	Més de 70 anys
26 %	14 %	16 %	13 %	7 %

Com ja hem dit abans, la gran majoria dels malalts arriben a sentir-se

adaptats al context hospitalari, per bé que hi hagi variacions o crisis al llarg d'aquest procés. Els indicadors de problemes de no adaptació varien en intensitat segons la pregunta que fem servir per mesurar aquest fenomen: un 21 % se senten sols, un 9 % no han arribat a establir bones relacions amb els altres malalts, un 6 % prefereixen explícitament que els deixin sols, un 2 % es queixen de no disposar de llibertat per ocupar el seu temps "lliure". No cal pas dir que la classe de malaltia que es pateix constitueix una variable influent tant forta com d'altres atributs personals. Els malalts del sistema nerviós i els infecciosos són els que presenten processos més llargs d'adaptació; els malalts de l'aparell circulatori (principalment cardíacs) són els que es troben més protegits i adaptats a l'hospital.

Acabarem aquest apartat sobre l'adaptació referint-nos breument a les queixes sobre el funcionament de l'hospital. El fet de queixar-se no constitueix en ell mateix una manifestació d'inadaptació perquè pot haver-hi persones que notin defallences en els serveis de l'hospital i formulin reclamacions no pas per obtenir un# avantatge personal o la rectificació o compensació d'alguna cosa a què tenen dret i no han rebut, sinó per motius més generals i que poden revertir en benefici de la totalitat dels malalts. En aquest cas hom desitja un funcionament millor de l'hospital i de cap manera no es pot parlar d'indiferència o d'inadaptació. Al contrari, constitueix un signe inequívoc d'indiferència (i possiblement de no adaptació) el fet de notar defallences o formular queixes a l'enquestador i no haver-les formulat al personal sanitari, a l'Administració, o dir explícitament que és inútil fer-ho.

Tenim en conjunt un 26 % de pacients que han formulat una queixa (21 %) o més d'una (5 %) al qüestionari de la nostra enquesta. Però únicament el 4 % (o el 15 % prenent com a base el mateix grup) han manifestat que han arribat a comunicar la seva (o les seves) queixes. Dins el subconjunt dels qui expressen queixes o noten defallences en els serveis de l'hospital i no n'han fet part, el 42 % respongueren a la pregunta "Per què no se n'ha queixat?" dient que creien que la reclamació no era prou important, i el 58 % perquè creien que era o fóra inútil. Les diferències entre els dos hospitals no són estadísticament significatives. A cap dels dos hospitals els malalts no pogueren transmetre la queixa a través d'un funcionari de l'Administració; els vehicles de les queixes són les infermeres (45 %), els auxiliars i monges (40 %) i els metges (15 %) (*). Sembla que hi ha, per tant, un tall ab-

(*) Aquests percentatges només es poden prendre a títol d'indicadors de tendència: N < 30.

solut, una ~~total~~ absència total de comunicació entre malalts i Administració.

És interessant d'observar la intensitat de queixes segons el temps que el pacient porta hospitalitzat o si ha tingut o no una altra o més hospitalitzacions anteriors. A l'hospital A no apareix cap associació entre queixes i temps d'hospitalització (les variacions al voltant de la mitjana 26 són mínimes). En canvi a l'hospital B trobem una associació evident: com més llarga és l'hospitalització, més gran és la proporció de queixes (diferència percentual + 14 %). No és ara el lloc i moment a propòsit per treure'n inferències que ens portarien a construir (o mirar de construir) una tipologia d'hospitals, però més endavant veurem que hi ha diferències entre els dos hospitals que ens fan suposar amb cert fonament la inclusió de cadascun en un tipus diferent. L'hospital B té un cert prestigi social i alguns aspectes d'atenció als malalts que semblen ésser superiors als de l'hospital A. Tot amb tot, a l'hospital B s'incrementen les queixes amb el temps d'hospitalització. Prima facie hom diria que a major nivell objectiu i/o de prestigi, també és més alt el nivell d'exigències, però la prova d'aquesta hipòtesi postula una investigació més complexa i extensa que l'actual.

Sobre el contingut de les queixes, el quadre número 40 ofereix al lector una imatge-resum:

Quadre número 40
=====

Queixes sobre el funcionament de l'hospital. En % intra-hospital.

Contingut	Hospital A	Hospital B
Queixes sobre la mala qualitat del menjar	8	12
Queixes sobre les infermeres i el personal	10	10
Queixes sobre l'excés de soroll, de gent etc.	6	2
Queixes sobre higiene i diverses	2	3
No formula queixes	74	73
	100	100

La variable sexe no presenta diferències estadísticament significatives considerant les mitjanes globals; però si hi introduïm el nivell d'estudis, observem que entre els homes s'incrementen les queixes amb els nivells mitjans d'estudis, i formulen menys queixes els analfabets o alfabetitzats i els que tenen estudis secundaris i superiors. Entre les dones hi ha una associació lineal: les queixes s'incrementen amb el nivell d'estudis (diferència percentual entre els dos extrems, mínim i màxim nivell d'estudis, 35 %).

No es troben grans diferències en les proporcions de queixes segons la

professió i segons ^{si} els pacients són nadius catalans o no nadius; no obstant això, els nadius semblen presentar un nivell crític superior a les defallences de l'hospital (33 % dels nadius formulen queixes, en front a un 22 % dels no nadius).

Ent servir d'altres preguntes que poden ésser indicadors del grau d'adaptació i de satisfacció dels pacients respectivament al context hospitalari i als serveis mèdics de què són objecte, tenim els resum següents:

Consideren satisfactòries les explicacions donades pels metges	49.5 %
Consideren satisfactòries les explicacions donades per les infermeres	29.5 %
Voldrien tenir més informació	15.0 %

A l'hospital B sembla que hi ha una relació més intensa entre els pacients i els metges que no a l'hospital A, en particular al començ de l'hospitalització. Quan el temps d'hospitalització s'allarga, tots dos hospitals s'igualen, i a les hospitalitzacions molt llargues l'hospital A acaba per sobrepassar l'hospital B.

Les explicacions que el malalt rep per part dels metges i les infermeres sobre la seva malaltia, es troben fortament diversificades per l'edat i pel sexe. Les infermeres estableixen amb les pacients del sexe femení una àrea de comunicació molt més intensa. Els metges, en canvi, tracten igualment tots dos sexes. Pel que fa als grups d'edat, els malalts més joves són privilegiats quant a la recepció d'explicacions, tant per part dels metges com de les infermeres:

Quadre número 41

Consideren ^{que} ~~Reben~~ explicacions ^{suficients} sobre la malaltia

Edat dels pacients	Per part dels metges	Per part de les infermeres
Fins a 30 anys inclusivament	55 %	38 %
De 31 a 50 anys	54 %	29 %
De 51 a 60 anys	54 %	32 %
De 61 a 70 anys	41 %	22 %
Més de 70 anys	32 %	25 %
Mitjana global	49.5 %	29.5 %

El personal mèdic i sanitari sembla sentir-se, en la seva majoria, aliè a les modernes tendències de la medicina psicossomàtica. A les respostes a les preguntes sobre si els metges i les infermeres s'interessen ^{també} pels proble-

mes personal del malalt o s'interessen només per la seva salut física, trobem que únicament el 10 % de respostes contesten positivament a l'interès per problemes personals (10.2 % a la pregunta sobre els metges, 9 % a la pregunta sobre les infermeres). Una altra vegada els pacients més joves (fins a 30 anys inclusivament) apareixen privilegiats: respostes positives en aquest subgrup d'edat, 21 % per als metges i 17 % per a les infermeres.

Aquestes proporcions han d'ésser tingudes com a ~~baixes~~ i no funcionals si tenim en compte que, a través d'altres preguntes, sabem que el 33 % dels pacients manifesten creure que en ~~la seva~~ la seva malaltia hi han tingut efectes desfavorables factors psicossomàtics (problemes familiars, ~~personals, emocionals~~ ^{personals, emocionals} i similars), i que un 22 % dels pacients manifesten que se senten angoixats (per diversos motius) quan senten comentaris del metge amb els seus col.laboradors (comentaris que no entenen o que els semblen poc explícits).

Un subgrup de pacients va més enllà i es queixen ~~en~~ en el sentit que se senten tractats com objectes d'experimentació (un 25 % a l'hospital A, un 18.5 % a l'hospital B).

En el cas d'una nova hospitalització futura (per al propi malalt o per a un fill o filla seus), d'entre els hospitalitzats a l'hospital A, un 48 % tornarien a escollir aquest mateix hospital; d'entre els hospitalitzats a l'hospital B, el 68 % escollirien ~~també~~ el mateix hospital. És evident que l'hospital B apareix en diversos caires com oferint una major satisfacció als malalts.

A les preguntes referents a una nova hospitalització futura, a penes si hi ha diferències globals entre els dos sexes. Hi ha una forta associació amb els nivells d'estudis quan introduïm aquesta variable, en el sentit que entre els homes s'incrementen les ~~preguntes~~ ^{respostes} "el que digui el metge", "el que digui l'especialista", "el que millor convingui a la malaltia" com més elevats són els estudis que es posseeixen. Aquesta tendència a posar en relació una hospitalització futura amb criteris tècnics és també més marcada entre els catalans nadius. Entre els no nadius augmenten les respostes que remeten a criteris privats: prestigi social de l'hospital, tractes més bons, ja el coneix etc.

E. Pinilla de las Heras.

R. Vidal Teixidor.

Quadre número ⁴²
 =====

Criteris en la selecció de l'hospital segons els nivells d'estudis.

Pacients del sexe masculí.

	Sense estudis o alfabetitzats	Estudis primaris	Estudis més que primaris
Criteris privats	6	32	24
Criteris burocràtics -organitzatius	42	19	22
Criteris tècnics	42	36	46
Respostes diverses inclassificables	10	13	8
	100	100	100

no superior hospitalització/	0.0	9.6	8.9	10.4	
	100	100	100	100	100

(Pàgina 10)

(*) E. Pinilla de las Heras, Immigració i mobilitat social a Catalunya, 4 fascicles (~~publicats fins aquí~~), Fundació Jaume Bojill, Laboratori de Sociologia ICDSB, 1973-1976. Cfr. també Perspectiva Social, núm. 6, pàg. 75-105, Barcelona 1975.

(pàgina 12)

(*) Test de χ^2 , 7.89872 amb 3 graus de llibertat.

(Pàgina 21)

(*) Aquests percentatges s'obtenen fent = 100 el total dels no afiliats a la Seguretat Social distribuïts per temps de residència a Catalunya. Naturalment, és possible plantejar-se d'una altra manera la pregunta: del total dels que tenen menys de cinc anys de residència a Catalunya, ¿en quina proporció no apareixen afiliats?; i ¿com s'incrementa el percentatge d'afiliats amb el temps de residència? Les respostes són: el 50 % dels que tenen una residència inferior a un any no apareixen afiliats; i aquest percentatge baixa al 23 % a partir dels dos anys de residència. Els catalans nadius no afiliats són el 22 % del seu subgrup.

(Pàgina 27)

(*) El 6.5 % del total de la mostra, afiliats i no afiliats a la Seguretat Social.

(Pàgina 31)

(*) És a dir, encara que hi ha més catalans nadius no afiliats a la Seguretat Social, els que hi estan afiliats semblen tenir una tendència a emprar més intensament els seus serveis (mesurant aquesta tendència per freqüències-any), que no pas els ~~nadius~~ no nadius afiliats amb menys de 15 anys de residència a Catalunya.

(Pàgina 37)

(*) No necessàriament al mateix hospital; pot haver estat en un hospital qualsevol, de Barcelona o de l'ora de Barcelona.

(**) Cal tenir en compte les característiques ja assenyalades de la nostra mostra: no hi han estat inclosos els accidentats, els hospitalitzats en serveis psiquiàtrics, les dones assistides en serveis d'obstetrícia i els hospitalitzats amb menys de quatre dies d'estada a l'hospital (subconjunt que comprèn els intervinguts donats d'alta ràpidament).

(Pàgina 41)

(*) Aquest fenomen pot ésser local de Barcelona i la seva àrea metropolitana. Caldrien enquestes sobre mostres de població més grans i d'altres indrets per poder afirmar que és general.

(**) Test X^2 , 504, 1023 amb 35 graus de llibertat.

(Pàgina 43)

(*) Al subconjunt de malalts que apareixen a les caselles corresponents a clíniques privades hi ha un cert predomini dels catalans nadius (respecte dels immigrants, i sobretot respecte dels que porten menys de 15 anys de residència a Catalunya); hi ha també una associació amb l'edat: als grups d'edat superiors a 50 anys el percentatge corresponent a clíniques privades a la (o les) hospitalitzacions anteriors s'eleva al 31.2 %.

(Pàgina 45)

(*) Compren uns pocs casos de beneficència, de persones soles cuidades per veïns i de treballadors també sols que acataren la decisió del ^{sen} cap de treball ~~de canar~~ ^{de enviar-los a un} hospital.

d'enviar-los

149

Número de encuesta _____

Número de ficha _____

Sexo: Masculino

Femenino

DIA _____ MES _____ 1974

ENCUESTADOR (A) _____

HOSPITAL _____

SALA. Nº de camas _____

HABITACION. Nº de camas _____

Enfermo(a) que NO puede levantarse

Enfermo(a) que puede levantarse

TEXTO PARA SER LEIDO AL ENFERMO (O POR EL PROPIO ENFERMO

SI ÉSTE LO DESEA)

Estamos llevando a cabo un estudio sobre los servicios médicos que prestan los hospitales y clínicas de esta ciudad.

Las personas a entrevistar han sido seleccionadas al azar.

El cuestionario es anónimo y las respuestas son reservadas bajo secreto profesional.

Solicitamos de usted su colaboración, contestando las preguntas que le formularemos a continuación.

Muchas gracias.

CUESTIONARIO

1.- ¿Por qué está usted en este hospital?

1.1.: _____

2.- ¿Quién tomó la decisión de que usted viniera a este hospital?

2.1. usted mismo(a)

2.2. su médico de cabecera

2.3. su familia

2.4. otros casos: _____

2.5. no pertinente (ingresó involuntariamente, accidente)

3.- ¿Por qué eligió, o eligieron, este hospital en vez de otro?

3.1. _____

4.- ¿Su ingreso en este hospital, fue en Urgencias?

4.1. si

4.2. no

5.- Explíquenos, por favor, con detalle, los trámites que fue necesario hacer para que usted ingresase en este hospital.

5.1. _____

5.2. Comentarios o aclaraciones en casos ambiguos: _____

11.- Si ha estado usted hospitalizado(a) otras veces, díganos por favor (en orden cronológico) el nombre de los hospitales o clínicas y el tiempo que permaneció usted en ellos:

11.1.

Vez	Nombre del hospital o clínica	Tiempo de permanencia		
		años	meses	semanas
1a				
2a				
3a				
4a				
5a				

11.2. No pertinente (primera vez)

12.-¿Quién está pagando su hospitalización?

12.1. usted mismo(a)

12.2. su cónyuge

12.3. su familia

12.4. la Seguridad Social

12.5. una institución

12.6. otros casos (recoger y anotar todos los detalles posibles).

13.- Para los que pagan privadamente parte o todo de su hospitalización (se entiende pago por el paciente o por familiares más directos que conviven con él), díganos por favor, ¿qué servicios y qué cosas tiene usted que pagar?

13.1. _____

13.2. no pertinente (no paga nada) → Pasar a pregunta nº 15

14.- ¿Considera usted que el costo de su hospitalización actual es:

14.1. muy caro

14.2. relativamente caro

14.3. barato o más bien barato

14.4. no pertinente (no paga nada)

14.5. Observaciones y comentarios: _____

15.- La cartilla de la Seguridad Social, está a nombre de usted o a nombre de algún familiar de usted?

15.1. a mi nombre

15.2. al de un familiar → ¿cuál? _____

15.3. otras explicaciones: _____

16.- A lo largo del último año, ¿cuántas veces aproximadamente ha utilizado usted los servicios de la Seguridad Social?

Servicios utilizados

Nº de veces (aprox.año)

16.1. Consulta médico cabecera → _____

16.2. Consulta médico especialista → _____

16.3. Análisis clínicos → _____

16.4. Radiografías → _____

16.5. Cirugía → _____

16.6. no pertinente (no está en la Seguridad Social)

16.7. Observaciones: _____

17.- ¿Tiene usted alguna queja que hacer a la calidad de los servicios o a la forma en que se le atiende en la Seguridad Social?

17.1. sí

17.2. no

17.3. no pertinente (no está en la Seguridad Social)

17.4 Si contesta sí, ¿cuáles son las quejas que haría a los servicios de la Seguridad Social? _____

18.- ¿Quién fue la primera persona que le atendió a su entrada en esta sala?

18.1. médico de guardia

18.2. joven con bata blanca

18.3. enfermera

18.4. monja

18.5. auxiliar

18.6. no sabe

19.- Al principio ¿se sintió usted extraño(a) en esta sala?

19.1. sí → ¿cuántos días se sintió así? _____

19.2. no

20.-.En estos momentos ¿se siente usted familiarizado(a) con el ambiente de esta sala?

20.1. sí

20.2. no

21.- ¿Se siente usted solo(a)?

21.1. sí

21.2. no

21.3. Comentarios del propio enfermo: _____

22.- Si se ha familiarizado con el ambiente de esta sala, ¿quiénes le ayudaron más a familiarizarse?

22.1. el personal sanitario

22.2. los otros enfermos

22.3. usted solo(a)

22.4. no pertinente (no se ha familiarizado)

23.- Las preguntas que le hicieron para su historial clínico, ¿fueron hechas cuidadosamente y con delicadeza?

23.1. sí

23.2. no

23.3. no contesta

24.- ¿Considera usted que las exploraciones médicas son efectuadas con discreción y respeto?

24.1. sí

24.2. no

24.3. no contesta

25.- Durante la visita de los médicos ¿cree usted que prestan a su enfermedad toda la atención necesaria?

25.1. sí

25.2. no

25.3. no contesta

26.- ¿Se siente usted tratado como una persona por el personal sanitario (médicos, enfermeras)?

	médicos	enfermeras
26.1. sí →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.2. no →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.3. no contesta <input type="checkbox"/>		

27.- ¿Tiene usted dificultades en expresar al médico (o a los médicos) lo que le pasa?

27.1. sí las tiene → ¿cuáles son? _____

27.2. no las tiene _____

28.- Cuando el médico viene a pasar visita y habla usted con él ¿habla usted en catalán o en castellano?

28.1. en catalán

28.2. en castellano

28.3. indistintamente en catalán y en castellano

28.4. Comentarios y explicaciones del enfermo _____

29.- ¿Cree que saldrá usted del hospital curado de su enfermedad?

29.1. sí

29.2. no

29.3. no sabe

29.4. Explicaciones y comentarios que pueda dar el enfermo:
(p.ej.: puede decir que es incurable, etc.)

30.- ¿Tiene usted fe en el médico por la manera en que está llevando su enfermedad?

30.1. sí

30.2. no

30.3. no sabe, no contesta

30.4. Comentarios y explicaciones del enfermo:

31.- ¿Cree usted que el tratamiento que le hacen seguir es el mejor para su enfermedad?

31.1. sí

31.2. no

31.3. no sabe, no contesta

31.4. Comentarios y explicaciones que da el propio enfermo:

32.- Esperando que salga usted pronto curado(a) o muy mejorado(a) del hospital, ¿a qué daría usted más importancia?

32.1. a la atención con que le trata el médico

32.2. a la eficacia de las medicinas o del tratamiento, sea cual sea el médico que le lleve a usted (éste u otro distinto)

32.3. a las dos cosas

32.4. Comentarios y explicaciones que da el propio enfermo:

33.- Se siente usted considerado(a) como objeto de experimentación, como conejillo de indias?

33.1. sí → ¿por qué razones? _____

33.2. no _____

34.- ¿Obtiene del personal sanitario, médicos y enfermeras, una explicación clara de lo que a usted le pasa y de los medios que emplean para curarle?

	médicos	enfermeras
34.1. sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.2. no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.3. Comentarios y observaciones: _____

37.- ¿Prefiere usted que los demás compañeros de sala le hablen o le dejen solo(a)?

37.1. que le hablen

37.2. que le dejen solo(a)

35.- ¿Cree usted que el personal sanitario, médicos y enfermeras, se preocupa sólo por su salud física o se interesa también por sus problemas personales? (p.ej.: le preguntan sobre su familia, su trabajo, sus problemas económicos, etc.)

- 35.1. sólo por su salud física
- 35.2. también por sus problemas personales
- 35.3. no contesta

médicos enfermeras

36.- Cuando usted ha sentido que le era necesario hablar con el médico sobre su enfermedad, ¿le ha sido posible hacerlo, cuando usted lo quería?

- 36.1. sí
- 36.2. no

36.3. Comentarios y explicaciones del enfermo: _____

37.- ¿Prefiere usted que los demás compañeros de sala le hablen o le dejen solo(a)?

- 37.1. que le hablen
- 37.2. que le dejen solo(a)

38.- ¿Ha establecido usted buenas relaciones con los demás enfermos de esta sala?

- 38.1. sí
- 38.2. no
- 38.3. no contesta

39.- De entre las personas que prestan servicios en el hospital, ¿con cuál se lleva usted mejor y le gusta hablar o confiarse?

40.- Con el personal del hospital por debajo de los médicos (es decir: enfermeras, monjas, personal administrativo, etc.) ¿habla usted en catalán o en castellano?

- 40.1. en catalán
 - 40.2. en castellano
 - 40.3. indistintamente en catalán y en castellano
 - 40.4. Comentarios y explicaciones del enfermo: _____
-
-

46.- ¿Dispone usted de libertad, aquí en el hospital, para emplear su tiempo libre?

46.1. sí

46.2. no

47.- Si sí en la pregunta anterior ¿en qué emplea en su mayor parte el tiempo libre?

48.- ¿Le gustaría que el personal sanitario, tanto médicos como enfermeras, le trataran mejor que a los demás enfermos de la sala?

	médicos	enfermeras
48.1. sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.2. le es igual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48.3. no sabe, no contesta	<input type="checkbox"/>	

49.- ¿Es usted una persona religiosa (queremos decir, reza usted, tiene usted fe, tiene usted devoción, etc.)?

49.1. sí, mucha

49.2. más o menos como todo el mundo

49.3. poca

49.4. ninguna

50.- Si dió respuestas positivas en la pregunta anterior, ¿tiene usted costumbre de rezar pensando que la oración puede ser beneficiosa para su curación?

50.1. sí

50.2. no

50.3. Comentarios del propio enfermo: _____

51.- ¿Desea usted permanecer en el hospital hasta su total recuperación, no importa el tiempo que sea necesario, o desea salir y volver a su ambiente, familiar o de trabajo, aunque no esté recuperado(a) del todo?

51.1. desea permanecer hasta su total recuperación

51.2. desea salir lo más pronto posible

51.3. Comentarios _____

52.- En la actualidad ¿tiene usted algún otro familiar hospitalizado?

52.1. sí → ¿qué familiar? _____

52.2. no

53.- En los tres años anteriores, ¿ha tenido usted algún familiar hospitalizado?

53.1. sí → ¿qué familiar? _____

53.2. no

54.- Si contesta sí a alguna de las dos preguntas anteriores, ¿es o ha sido por la misma enfermedad que usted?

54.1. por la misma enfermedad

54.2. por enfermedad diferente

54.3. no pertinente (no tiene ni ha tenido otra persona de su familia hospitalizada)

55.- Durante la visita o exploración médica (se entiende aquí en el hospital) cuando oye que los médicos hacen comentarios sobre su enfermedad, entre ellos mismos o con las enfermeras, ¿se siente usted angustiado(a) o preocupado(a)?

55.1. sí

55.2. no

56.- Le informan a usted con anticipación suficiente de los tratamien-
tos o exploraciones que le van a hacer?

56.1. sí

56.2. no

56.3. Comentarios y explicaciones del enfermo: _____

57.- ¿Considera necesario que se le informe sobre los exámenes, análi-
sis, tratamientos, etc., que le van a hacer?

57.1. sí

57.2. no

57.3. Comentarios y explicaciones del enfermo: _____

58.- ¿Cree que deberían hacerle más exploraciones auxiliares, radio-
grafías, análisis, etc.?

58.1. sí

58.2. no

58.3. Comentarios y explicaciones del enfermo: _____

59.- ¿Le angustia el estar separado(a) o aislado(a)?

59.1. de su familia sí

no

¿por qué? _____

59.2. de su trabajo sí

no

¿por qué? _____

no pertinente (no trabaja)

- 60.- En el supuesto de que tuviera usted un hijo o una hija que necesitara una operación ¿en qué clínica u hospital elegiría usted que se la hicieran? (Especificar el nombre del hospital o clínica)
-
- 61.- ¿Por qué motivos elige, o elegiría, ese hospital o clínica?
- 61.1. _____
-
- 61.2. no pertinente (no elige ninguno, dice "el que decida el médico", etc.)
- 62.- Cuando se encontraba usted enfermo(a) (no siendo cosa grave) ¿a qué médico iba usted?
- 62.1. a un médico privado, pagando su consulta
- 62.2. al médico de la Seguridad Social
- 62.3. al médico asignado por una mutua o compañía privada de asistencia médica
- 62.4. Otros: _____
- 63.- ¿Por que motivos elegía ese médico en vez de otros?
- 63.1. _____
-
- 64.- Cuando usted o alguno de los familiares que conviven con usted, cae repentinamente enfermo y ven que es una cosa seria ¿a qué médico telefonéan para que vaya a verle?
- 64.1. a un médico privado, pagando su visita
- 64.2. al médico de la Seguridad Social
- 64.3. al médico asignado por una mutua o compañía privada de asistencia médica
- 64.4. Otros: _____
- 65.- ¿Por qué motivos eligen ese médico, para la visita en casa de ustedes, en vez de otro?
- 65.1. _____
-

66.- Cuando usted o alguno de los familiares que conviven con usted, se tienen que hacer algún análisis, radiografía, etc., ¿a quién recurren?

66.1. a un laboratorio particular

66.2. a un laboratorio de la Seguridad Social

66.3. a un laboratorio de la mutua o compañía privada de asistencia médica

66.4. Otros: _____

67.- ¿Por qué motivos eligen ese laboratorio en vez de otro?

67.1. _____

Ahora vamos a entrar en otro aspecto del cuestionario para el cual le rogamos nos preste usted una colaboración tan buena como en las preguntas anteriores.

Aunque se trata de preguntas de tipo personal, no debe usted tener ningún reparo puesto que el cuestionario es completamente anónimo y lo único que nos interesa es poder agrupar los pacientes según su residencia, profesión, familia, etc.

68.- ¿Dónde nació usted?

68.1. localidad _____ Provincia _____

68.2. extranjero, país: _____

69.- Para los no catalanes, ¿cuánto tiempo lleva usted en Cataluña?

69.1. Menos de un año

69.2. Más de un año → ¿cuántos años? _____

70.- ¿En qué año nació usted? 70.1. _____

71.- Edad: 71.1. _____

72.- Es usted: 72.1. soltero(a) → Pasar a pregunta nº 75

72.2. casado(a)

72.3. viudo(a)

72.4. separado(a)

72.5. divorciado(a)

¿desde cuándo?

meses

años → ¿cuántos? _____

73.- Su cónyuge, ¿es (o era) catalan(a)?

73.1. sí

73.2. no

73.3. no sabe

73.4. no pertinente (no está casado)

74.- ¿Cuántos hijos tiene usted? 74.1. _____

75.- ¿Dónde reside usted? 75.1. ciudad _____

75.2. barrio _____

76.- ¿Cuánto tiempo lleva usted residiendo en esta ciudad?

76.1. sólo meses

76.2. años → ¿cuántos? _____

77.- Díganos, por favor, ¿con quién vive usted? (Detalle el parentesco que tiene con cada una de las personas con quien vive)

78.- Díganos, por favor, el nivel de estudios más alto, completo o incompleto, que alcanzó usted a hacer (Incluir los cursos diversos de formación profesional, estudios comerciales o administrativos, etc.)

78.1. _____

79.- ¿Cuál es su profesión? 79.1. _____

80.- Explíquenos, por favor, en qué consiste su trabajo.

80.1. _____

80.2. no pertinente (estudia) → Pasar a pregunta nº 85

80.3. no pertinente (no trabaja, se dedica a las labores del hogar, etc.) → Pasar a pregunta nº 85

80.4. Si dice jubilado, ¿en qué trabajaba?

Pasar a pregunta nº 85

81.- Díganos, por favor, en qué situación trabaja usted:

81.1. por cuenta propia (ejerce su profesión, tiene un negocio propio, cultiva tierra por su cuenta, etc.)

Pasar a pregunta nº 82 y luego a pregunta nº 84 ←

81.2. por cuenta ajena (trabaja para un patrón, para una empresa, o un organismo oficial, etc.)

Pasar a pregunta nº 83 ←

81.3. no pertinente (estudia)

81.4. no pertinente (no trabaja, se dedica a las labores del hogar, está jubilado, etc.)

82.- Si trabaja por cuenta propia, lo hace:

82.1. como empresario → en la industria
 → en el comercio
 → en la agricultura
 → Otros: _____

82.2. como profesional liberal → ¿en qué
 profesión?: _____

82.3. como pequeño comerciante

82.4. como artesano

82.5. Otros: _____

82.6. no pertinente (trabaja por cuenta ajena, no trabaja, etc.)

82.7. no pertinente (estudia)

83.- Si trabaja por cuenta ajena, ¿cuál es su cargo?

83.1. director, gerente, apoderado,

83.2. jefe de empleados (jefe de personal, de ventas, de una
 sección, etc.)

83.3. empleado (no jefe)

83.4. trabajador manual calificado (los que declaren tener un
 oficio que requiere calificación: tornero, fresador, me-
 cánico, chófer de camión, planchista, etc.)

83.5. trabajador manual semi-calificado o no calificado (peón,
 especialista, albañil, etc.)

83.6. Otros: _____

83.7. no pertinente (estudia)

83.8. no pertinente (trabaja por cuenta propia, no trabaja,
 sus labores, etc.)

84.- Desde que empezó a trabajar ¿ha estado ejerciendo el mismo ofi
cio o profesión?

84.1. sí

84.2. no

84.3. no pertinente (estudia)

84.4. no pertinente (no trabaja, se dedica a las labores del
hogar, etc.)

85.- Díganos, por favor, si usted personalmente (o conjuntamente
con la familia con la que usted vive) se considera en una
situación económica:

85.1. muy buena

85.2. buena

85.3. mediana

85.4. difícil

La entrevista termina aquí, le damos las gracias, le pedimos ahora
que nos diga si encuentra a faltar alguna cosa en el hospital o
quiere usted hacer algún comentario final:

Este cuestionario ha sido realizado con la colaboración de los ser-
vicios técnicos del LABORATORI DE SOCIOLOGIA (I.C.E.S.B.)