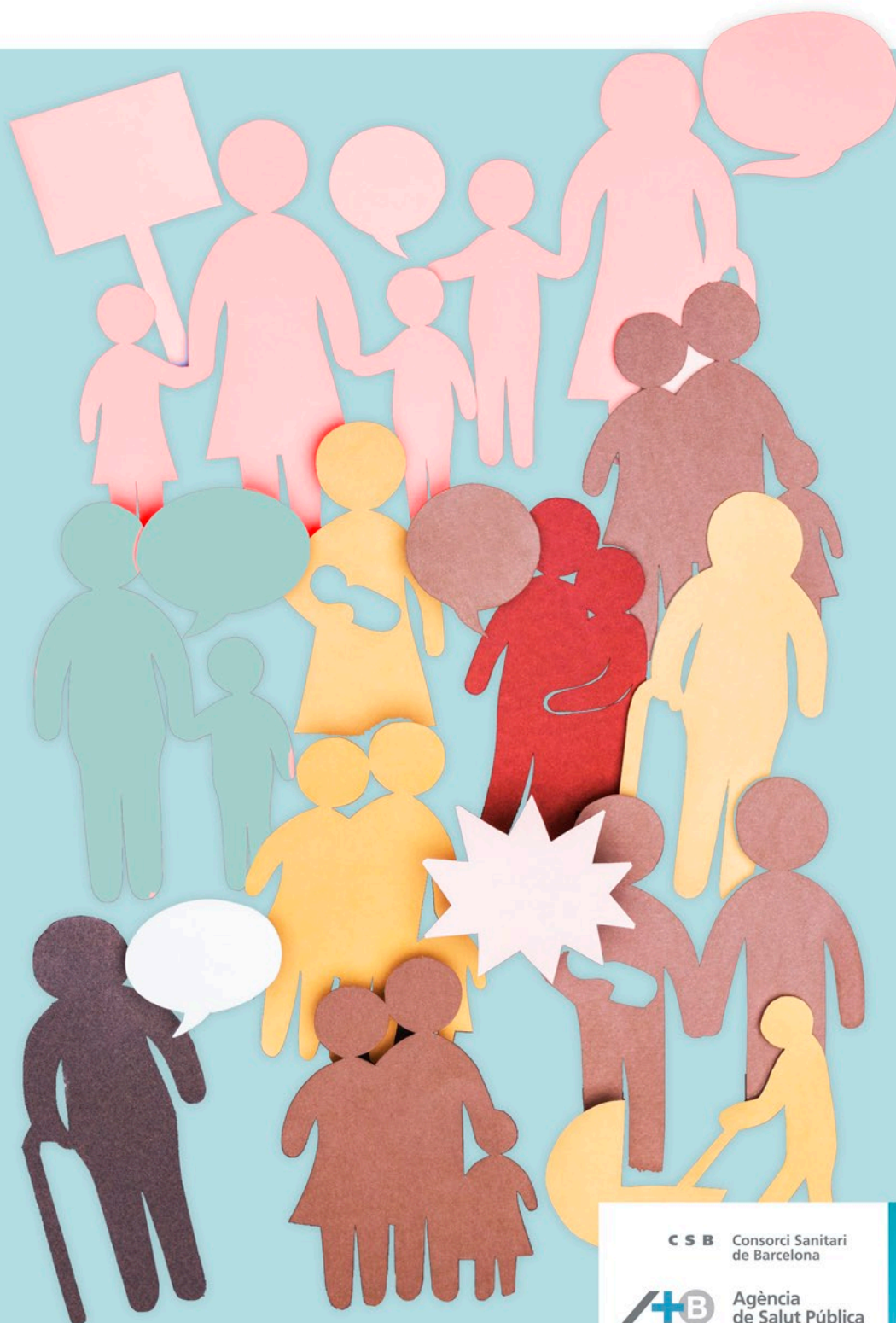


---

# Desigualtats de gènere en la salut a Barcelona

---



**CSB** Consorci Sanitari de Barcelona



Agència de Salut Pública



La Salut en xifres

© 2023 Agència de Salut Pública de Barcelona

Tots els drets reservats.

<https://www.aspb.cat/>

Aquesta publicació està sota una llicència

Creative Commons Reconeixement – No Comercial – No Derivades (BY-NC-ND)

<https://creativecommons.org/>



Desigualtats de gènere en la salut a Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona

Presidenta de l'Agència de Salut Pública i regidora de Salut, Envel·liment i Cures de l'Ajuntament de Barcelona  
Gemma Tarafa i Orpinell

Gerenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (Si s'escau)  
Carme Borrell i Thió

Responsables de l'Informe

Lucía Artazcoz

Xavier Bartoll

Imma Cortès-Franch

Mònica Cortès

Catherine Pérez

Glòria Pérez

Esther Sánchez-Ledesma

Cita recomanada: Artazcoz L, Bartoll X, Cortès-Franch I, Cortès M, Pérez C, Pérez G, Sánchez-Ledesma E.  
Desigualtats de gènere en la salut a Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2023.

## Índex

Resum executiu.....	1
Introducció.....	4
La població de Barcelona .....	8
Desigualtats de gènere en la salut al llarg de la vida .....	11
Adolescents i joves.....	36
Persones de 25 a 64 anys .....	52
Persones de 65 anys o més.....	75
Conclusions.....	90
Recomanacions i propostes d'actuació .....	91
Referències .....	96
Índex de figures.....	101

---

# Resum executiu

---

Dones i homes tenim diferents patrons de salut, cosa que s'explica per raons biològiques, però sobretot, per un ordre de gènere amb normes restrictives de gènere que configuren conductes, valors i actituds diferents, així com desigualtats en el poder, accés i control sobre els recursos que determinen oportunitats diferents per als dos sexes al llarg de la vida. Tot i que l'ordre de gènere és resistent al canvi, s'ha modificat al llarg dels anys, per la qual cosa entendre les diferències i desigualtats en la salut entre dones i homes requereix una perspectiva de curs de vida. En aquest estudi s'analitzen els determinants socials i les desigualtats de gènere en la salut a la ciutat de Barcelona adoptant, a més d'un abordatge de curs de vida, una perspectiva interseccional, és a dir, es tenen en compte diversos eixos de desigualtat.

En relació amb els hàbits relacionats amb la salut, a partir dels 25 anys la prevalença del consum de substàncies addictives – tabac, alcohol de risc i drogues il·legals – és superior entre els homes i disminueix amb l'edat. Tanmateix, entre les persones més joves, de 13 a 19 anys, s'observa un patró de gènere diferent. El consum de tabac és superior en noies i el d'alcohol de risc i el consum conjunt d'alcohol i cànnabis sense que hagin passat dues hores entre les dues substàncies, és similar en els dos sexes.

En tots els grups d'edat el sedentarisme i el son insuficient o de baixa qualitat són més freqüents en dones i augmenten amb l'edat. La prevalença d'excés de pes és més alta entre els homes i també augmenta amb l'edat.

En tots els grups d'edat la prevalença de discriminació és superior entre les dones i disminueix amb l'edat, cosa que probablement està relacionada amb una menor tolerància per part de les persones més joves a actituds discriminatòries que durant anys s'han naturalitzat.

Malgrat la majoria de les persones afirmen sentir-se atretes exclusivament per persones del sexe contrari, entre les dones de 13 a 19 anys no arriba al 50% les que ho diuen. Entre les persones menors de 65 anys, l'atracció sexual no exclusiva

per persones de l'altre sexe és més freqüent entre les de nivell socioeconòmic més afavorit.

La divisió sexual del treball es tradueix en una menor participació de les dones en el mercat laboral i dels homes en el treball domèstic i de cura que s'observa en tots els grups d'edat. Elles ocupen amb més freqüència llocs de treball precaris, amb més contractes temporals, més treball a temps parcial i salaris més baixos. Les pensions de jubilació són també més baixes entre les dones.

En relació amb l'estat de salut, l'any 2021 les dones superaven l'esperança de vida dels homes en quasi sis anys. Tanmateix, en tots els grups d'edat la prevalença de mal estat de salut percebut i de mal estat de salut mental és superior entre les dones i en les persones de nivell socioeconòmic més desfavorit. La prevalença de mal estat de salut percebut augmenta amb l'edat, mentre que la de mala salut mental disminueix fins als 75 anys en que augmenta, cosa a la què probablement ha contribuït la pandèmia. Tanmateix, el consum de psicofàrmacs segueix un patró invers, ja que augmenta amb l'edat, sobretot entre les dones.

Les causes de mort varien segons els grups d'edat. La primera gran causa de mort en els homes de 15 a 44 anys són les causes externes com els suïcidis, els accidents o els enverinaments. Entre els 45 i els 64 anys, les primeres causes passen a ser els tumors (sobretot el càncer de pulmó) i les malalties isquèmiques del cor. En canvi, en les dones la primera gran causa de mortalitat són els tumors, fins als 44 anys el càncer de mama, i entre 45 i 64 anys també el de pulmó, juntament amb les malalties cerebrovasculars. Entre els 65 i els 74 anys, els tumors són la primera gran causa i a partir dels 75 anys les malalties del sistema circulatori.

Les lesions de trànsit són més freqüents entre els homes. A més, les circumstàncies de les lesions - tipus de vehicle implicat o posició al vehicle- difereixen entre homes i dones per uns patrons de mobilitat diferents configurats per les normes de gènere. Si en els dos sexes, fins als 64 anys la posició al vehicle més freqüent és la de conducció, a partir d'aquesta edat entre les dones són més freqüents les de passatgeres i les de vianants.

En tots els grups d'edat les lesions per accident de treball són més freqüents entre els homes; les malalties professionals i les relacionades amb el treball són més freqüents entre les dones. Aquestes diferències de gènere s'expliquen fonamentalment per la segregació de gènere del mercat de treball

Finalment, fins als 64 anys la utilització de serveis sanitaris – atenció primària, urgències, assistència especialitzada ambulatoria i hospitalització - és superior entre les dones, cosa relacionada en bona part amb la salut reproductiva. A partir dels 65 anys l'ús de l'atenció primària, urgències i atenció especialitzada ambulatoria és similar en ambdós sexes i les hospitalitzacions són més freqüents entre els homes.

L'estudi mostra profundes diferències i desigualtats de gènere en els hàbits relacionats amb la salut i altres conductes, els rols, les condicions de vida, l'estat de salut i l'ús de serveis sanitaris. A més, evidencia la freqüent intersecció amb el nivell socioeconòmic i el país de procedència. Aquestes marcades desigualtats requereixen polítiques intersectorials amb perspectiva de gènere i interseccional.

---

# Introducció

---

## **Missatges clau**

1. Marc teòric de les desigualtats de gènere en la salut
2. Metodologia
3. Estructura del document



Entendre les desigualtats de gènere en la salut va més enllà de mostrar les diferències i desigualtats en l'estat de salut entre dones i homes, implica també examinar la configuració dels determinants socials de la salut i el benestar d'acord amb un ordre de gènere sustentat per les institucions socials (Hearn et al., 2012).

Dones i homes tenim patrons de salut i malaltia diferents, valors, conductes i actituds distints, ocupem posicions diferents i desiguals en la vida pública i en la privada, utilitzem de manera diferent els serveis sanitaris i rebem d'ells respostes diferents per a problemes similars (Kuhlmann & Annandale, 2016). Aquests patrons s'expliquen per diferències de sexe però sobretot per diferències de gènere construïdes socialment. Les primeres es relacionen amb les característiques biològiques i no es limiten a la salut sexual i reproductiva sinó que inclouen diferències en la funció endocrina, la funció immune o l'aparell cardiovascular, entre d'altres. Les diferències de gènere deriven d'un ordre de gènere que defineix unes normes restrictives de gènere que configuren conductes, valors i actituds diferents per a dones i homes, així com desigualtats en el poder, accés i control sobre els recursos que determinen oportunitats diferents per als dos sexes al llarg de la vida. (Springer et al., 2012).

Les normes de gènere són particularment resistents als canvis perquè desencadenen esquemes de pensament profundament arrelats que associen diferents rols, valors, conductes i estatus en funció del sexe. A més, aquestes associacions es reforcen contínuament a través de la interacció humana, els mitjans de comunicació i el món en general. Des de la infància, s'aprenen aquestes associacions i es tornen automàtiques, cosa que és la base dels estereotips i els biaixos implícits. Les desviacions de la norma són sancionades i els esforços per transformar les relacions de gènere existents poden provocar la reacció d'aquells que es beneficien de la seva situació (Heise et al., 2019).

Les normes de gènere sostenen una jerarquia de poder i privilegi que normalment afavoreix el que es considera masculí sobre el que és femení, reforçant una desigualtat sistèmica que soscava els drets de dones i nenes. Són regles sovint no explicitades que regeixen els atributs i comportaments que es valoren i es consideren acceptables per a homes i dones s'incorporen a les institucions, definint qui ocupa llocs de lideratge, les aportacions dels quals es valoren i les necessitats dels quals es prioritzen (Heise et al., 2019). Les normes, els rols i les relacions de gènere influeixen en les condicions de vida i les oportunitats per a homes i dones, nenes i nens i, en última instància, afecten els hàbits i l'estat de salut (Jewkes et al., 2015).

Analitzar les desigualtats de gènere en la salut entre dones i homes requereix tenir en compte, almenys, quatre elements: 1) les normes restrictives de gènere; 2) les desigualtats en l'accés i el control sobre els recursos; 3) les desigualtats en el poder i 4) la divisió sexual del treball.

En la majoria de les societats, els homes gaudeixen de més privilegis socials i institucionals que les dones. No obstant això, les normes masculines també tenen un preu per a la salut dels homes. I és que la configuració de la masculinitat pot variar entre comunitats però el desenvolupament d'una identitat masculina heterosexual tradicional generalment implica assumir riscos per a la salut com hàbits més insaludables, més conductes amb risc d'accidents, comportaments agressius i de domini físic i resistència a admetre febleses que es tradueix en una escassa atenció als missatges de promoció de la salut i un retard en l'ús dels serveis sanitaris (Doyal, 2001). Aquestes conductes expliquen en bona part l'esperança de vida més curta dels homes.

Existeixen també unes normes sobre la identitat de gènere i l'orientació sexual que tracten d'alinear el sexe biològic amb el sexe sentit i l'heterosexualitat. A més, la societat configura unes relacions de gènere que són jeràrquiques i contribueixen a la violència masclista.

En totes les societats els homes tenen més poder, accés i control sobre els recursos econòmics, polítics i socials, cosa que està lligada a la discriminació de gènere, és a dir, la distinció, exclusió o restricció basada en normes, rols i relacions de gènere i, en última instància a efectes sobre l'estat de salut (Bhui, 2016). Tot i que la violència no és necessàriament una part de la masculinitat, les dues estan sovint vinculades. Si s'espera que les dones estiguin sota el control dels homes, la força física o sexual i l'amenaça poden ser maneres d'aconseguir-ho. Aquest control també inclou el càstig d'actes de resistència o la transgressió de les normes de gènere (Hearn et al., 2012).

La divisió sexual del treball assigna als homes un paper protagonista en el treball remunerat i en la vida pública i a les dones una major responsabilitat en l'esfera domèstica i familiar. Mentre el treball remunerat ofereix estatus, reconeixement i ingressos, l'àmbit privat roman relegat i invisible (Artazcoz et al., 2016).

En la comprensió de les diferències i desigualtats de gènere en la salut és important adoptar una perspectiva interseccional, és a dir, considerar també altres eixos de desigualtat com ara el nivell socioeconòmic (NSE), l'ètnia, l'estatus migratori o la discapacitat. A més, s'ha d'incorporar una perspectiva de curs de

vida. L'objectiu d'aquest estudi és descriure les desigualtats de gènere en la salut a la ciutat de Barcelona des d'una perspectiva interseccional i de curs de vida.

## Metodologia

Aquest estudi no pretén fer una anàlisi exhaustiva de les desigualtats de gènere a la ciutat, sinó que se centra en una selecció de determinants socials i de resultats en salut. L'anàlisi es desagrega sempre per sexe i addicionalment, quan és possible, per altres eixos de desigualtat com ara el nivell d'estudis, la classe social ocupacional, on la classe I és la més afavorida i la V la més desfavorida, i el país de naixement. A més, s'aprofundeix en el curs de vida a través de una anàlisi de les desigualtats en tres grups d'edat per separat, adolescents i joves, persones de 25 a 64 anys i persones de 65 anys o més.

S'utilitzen diverses fonts de dades: Enquesta de Salut de Barcelona 2021 (ESB-2021), Enquesta de Factors de Risc en Estudiants de Secundària 2021 (FRESC-2021), Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona (2021), Enquesta En dia Feiner (EMEF 2020), Registre d'Accidents de Treball del Departament d'Empresa i Treball a partir de dades del Sistema de Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social, Registre de Malalties Relacionades amb el Treball, Enquesta de Població Activa (EPA) i Departament d'Estadística i Difusió de Dades (Ajuntament de Barcelona).

## Estructura del document

En primer lloc es descriu breument la població de Barcelona. Posteriorment s'analitzen els diversos indicadors de salut segons grup d'edat per continuar al tres capítols posteriors amb l'anàlisi en més profunditat al llarg del curs de vida examinant les desigualtats segons NSE i per país de procedència. Es continua amb un capítol de conclusions i finalment un altre de recomanacions.

---

# La població de Barcelona

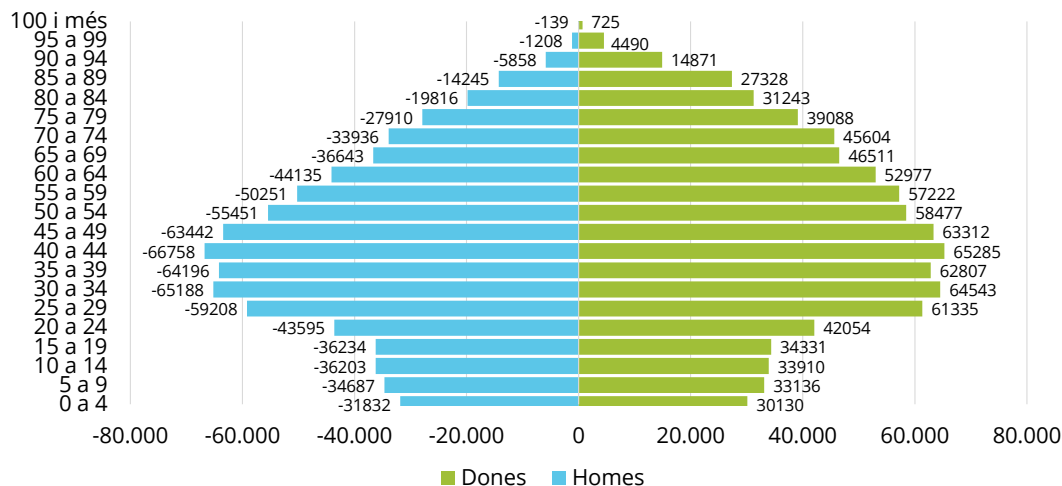
---

## Missatges clau

1. Població segons sexe i edat
2. Població segons sexe i nivell d'estudis
3. Població segons sexe i nacionalitat

Segons el Padró Municipal d'Habitants, l'any 2021 Barcelona tenia 1.660.314 habitants, dels quals el 52,4% eren dones. El nombre d'homes és superior al de dones fins als 49 anys i a partir d'aquesta edat el patró es reverteix, cosa que s'explica per la major esperança de vida de les dones (Figura 1).

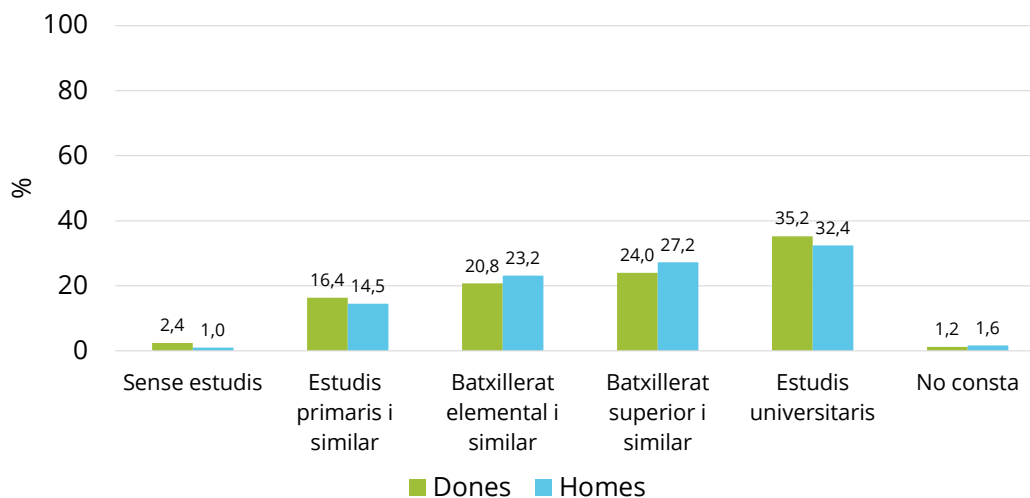
**Figura 1.** Població de Barcelona segons sexe i edat, 2021



Font: Ajuntament de Barcelona. OMD. Departament d'Estadística i Difusió de Dades.

La proporció de persones que no superen els estudis primaris és lleugerament superior entre les dones, probablement per les menors oportunitats de formació que van tenir les dones més grans. Contràriament, la proporció de dones amb estudis universitaris és una mica superior a la dels homes, tendència que s'observa des de fa anys en països del nostre entorn entre les persones més joves (Figura 2).

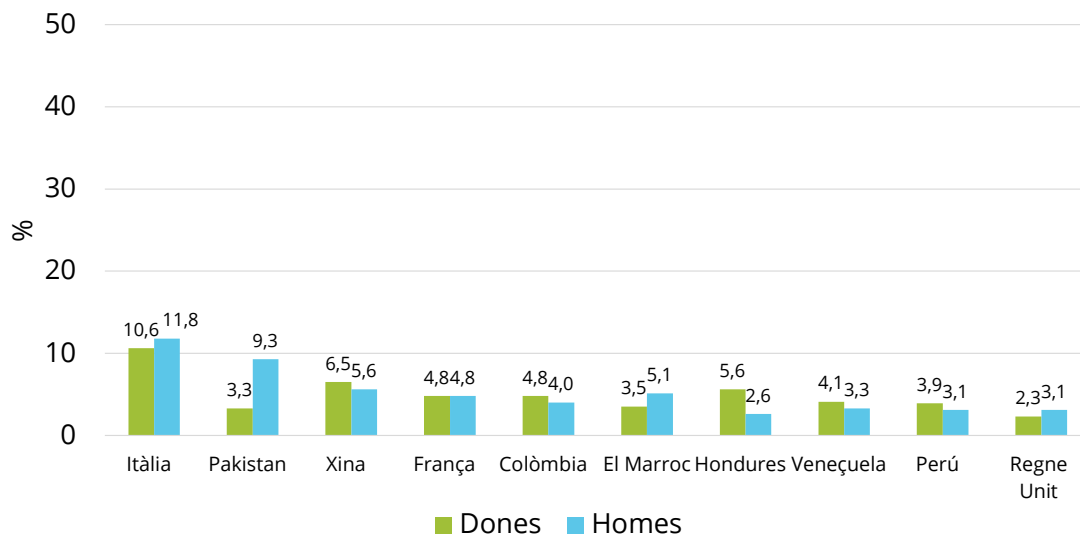
**Figura 2.** Població de Barcelona segons sexe i nivell d'estudis, 2021



Font: Ajuntament de Barcelona. OMD. Departament d'Estadística i Difusió de Dades.

El 22,4% de la població és de nacionalitat estrangera (21% de les dones i 23,8% dels homes). Entre les persones que procedeixen de països musulmans, Pakistan i El Marroc, hi ha més homes mentre entre les que procedeixen de Llatinoamèrica, més dones, sobretot entre les que venen d'Hondures (Figura 3).

**Figura 3.** Les 10 nacionalitats estrangeres més freqüents segons sexe i nacionalitat, 2021



Font: Ajuntament de Barcelona. OMD. Departament d'Estadística i Difusió de Dades

---

# Desigualtats de gènere en la salut al llarg de la vida

---

## Missatges clau

1. El consum de tabac, alcohol de risc i cànnabis així com l'excés de pes són superiors entre els homes entre les persones adultes i grans
2. La inactivitat física en el temps de lleure, el temps de son insuficient i la mala qualitat del son són més freqüents entre les dones en tots els grups d'edat
3. Disminueix entre les persones joves, sobretot entre les dones, l'atracció exclusiva pel sexe contrari
4. La prevalença de discriminació és superior entre les dones en tots els grups d'edat i disminueix amb l'edat
5. Hi ha una clara divisió sexual del treball que es manifesta per una menor participació de les dones en el mercat de treball, més precarietat i per una menor participació dels homes en el treball domèstic i de cura
6. L'esperança de vida és inferior entre els homes però el mal estat de salut percebut, el mal estat de salut mental, el consum de psicofàrmacs i els trastorns crònics són més freqüents entre les dones en tots els grups d'edat
7. Les lesions per accident de treball i les lesions per trànsit són més freqüents en homes; les malalties professionals i les relacionades amb el treball ho són en dones
8. Les dones utilitzen més els serveis sanitaris sobretot en edats joves, probablement per raons relacionades amb la salut reproductiva; a partir dels 45 anys no hi ha diferències de gènere en l'ús de l'atenció primària i urgències i entre les persones de 75 anys, excepte per urgències, l'ús de serveis sanitaris és més freqüent entre els homes.

En aquest capítol es descriuen les desigualtats de gènere en els determinants de la salut i l'estat de salut per a la població de 16 anys i més. En capítols posteriors s'aprofundirà en les desigualtats segons NSE i país d'origen en els diferents grups d'edat.

## Socialització de gènere

Com s'ha mencionat abans, en totes les societats existeixen unes normes i rols de gènere que configuren conductes, valors i actituds que es consideren femenines o masculines. La transgressió d'aquestes normes pot ser penalitzada socialment i derivar en problemes de salut. A continuació s'examinen les desigualtats de gènere en els hàbits relacionats amb la salut, la violència de gènere, la identitat de gènere i l'orientació sexual.

### Hàbits relacionats amb la salut

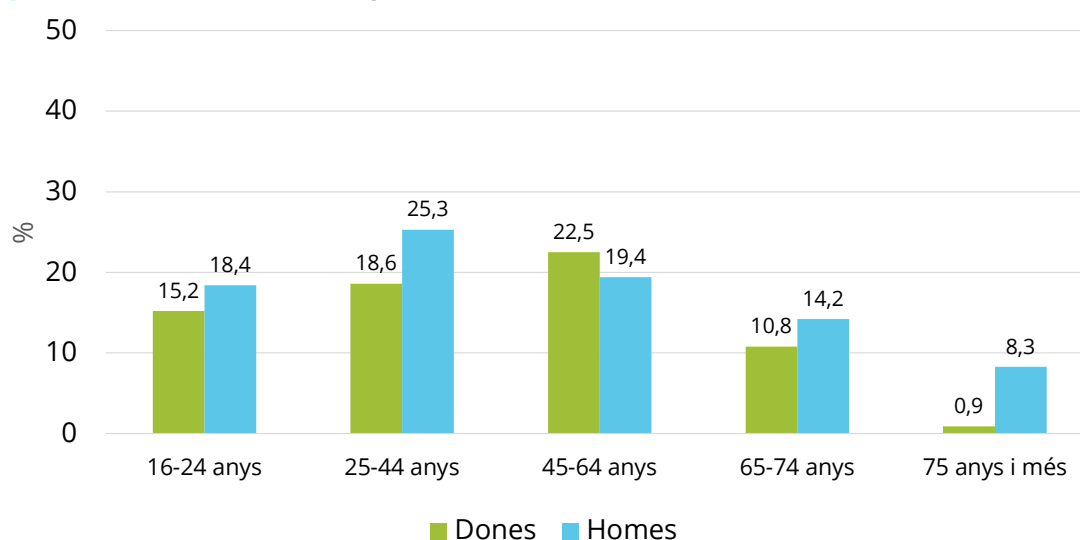
Fins fa uns anys, el consum de tabac, alcohol i cànnabis era molt superior entre els homes. Tanmateix, entre les persones joves disminueixen les diferències de gènere. La recerca sobre el consum d'alcohol (Yang & Tang, 2018) i de tabac (Hemsing & Greaves, 2020) entre les noies i les dones joves suggereix que aquestes substàncies s'estarien utilitzant per rebutjar certes feminitats, com a forma de rebel·lar-se contra els rols de gènere tradicionals.

#### Tabac

El consum habitual de tabac és superior en els homes (20,0%) que en les dones (16,4%) i disminueix a partir dels 45 anys (Figura 4). Tanmateix, a Barcelona, entre les persones adolescents, tal com es mostrarà en un altre capítol de l'informe, el consum de tabac és superior entre les noies.



**Figura 4.** Consum de tabac segons sexe i edat

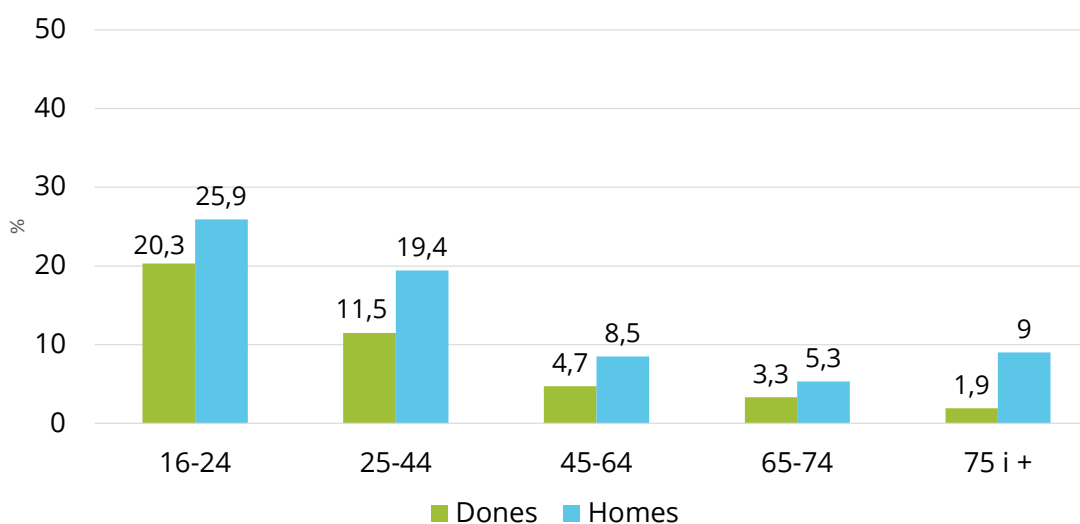


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Alcohol

El consum de risc d'alcohol és més freqüent entre els homes (14,2% vers 7,9%) i les persones més joves en tots els grups d'edat (Figura 5).

**Figura 5.** Consum de risc d'alcohol segons sexe i edat



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Drogues il·legals

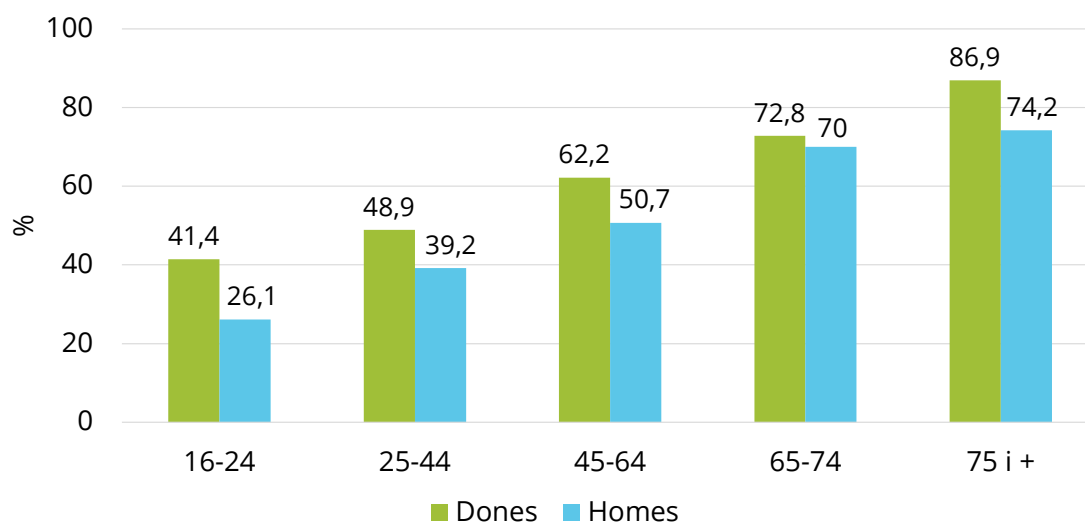
El consum de drogues il·legals és més freqüent en homes, es concentra entre els 25 i els 44 anys i tendeix a disminuir amb l'edat. La droga més freqüentment

consumida és el cànnabis (8,4% dels homes i 4,0% de les dones han consumit els 30 últims dies).

### Activitat física

La inactivitat física en el seu temps de lleure (excloent caminar) és superior entre les dones (60,0% vers 47,9%) i en els dos sexes la inactivitat física en el temps de lleure s'incrementa amb l'edat (Figura 6).

**Figura 6.** Inactivitat física en el temps de lleure (excloent caminar) segons sexe i edat



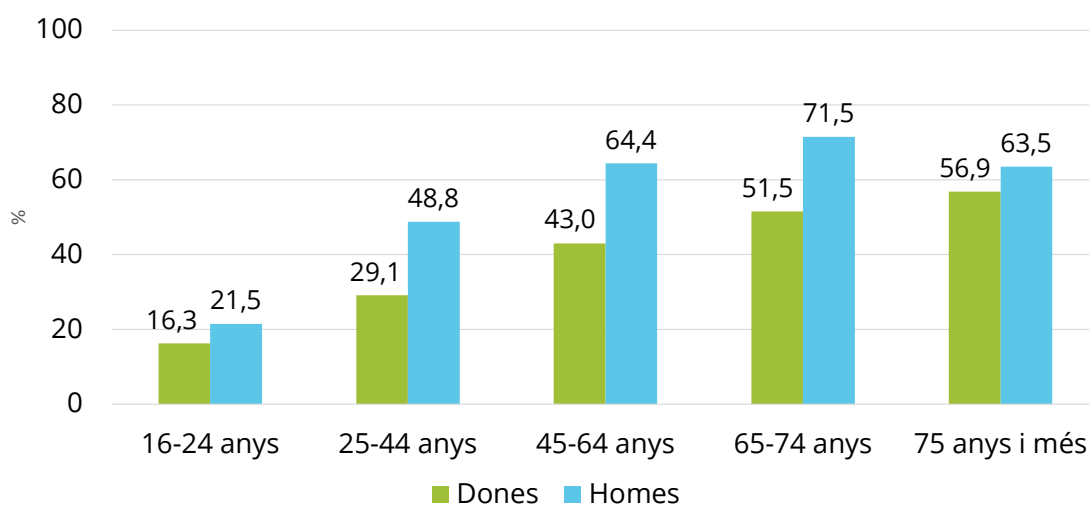
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

Les barreres a la participació de les dones en l'activitat física són complexes; a més, la bretxa d'activitat física entre nens i nenes comença molt precoçment.

L'exposició dels infants a normes de gènere al voltant de les activitats dels nens i de les nenes i la manca d'adaptació dels tipus d'activitats oferts poden estar relacionades amb la manca de gaudi i confiança corporal, i alhora continuar amb actituds similars cap a l'activitat física fins a l'edat adulta. Moltes dones poden fer poca activitat física degut a la inseguretats derivada de la pressió sobre la imatge corporal o sentir-se limitades per l'acceptabilitat cultural de determinades activitats físiques (Cla, 2019). D'altra banda, la doble càrrega, laboral i de treball domèstic i de cura, recau desigualment entre dones i homes, disminuint la possibilitat de disposar de temps de lleure per fer activitat física (Arcas et al., 2013).

### Índex de massa corporal

La prevalença d'excés de pes és molt elevada, sempre superior entre els homes (54,6% vers 38,7%), s'incrementa amb l'edat (Figura 7).

**Figura 7.** Excés de pes segons sexe i edat

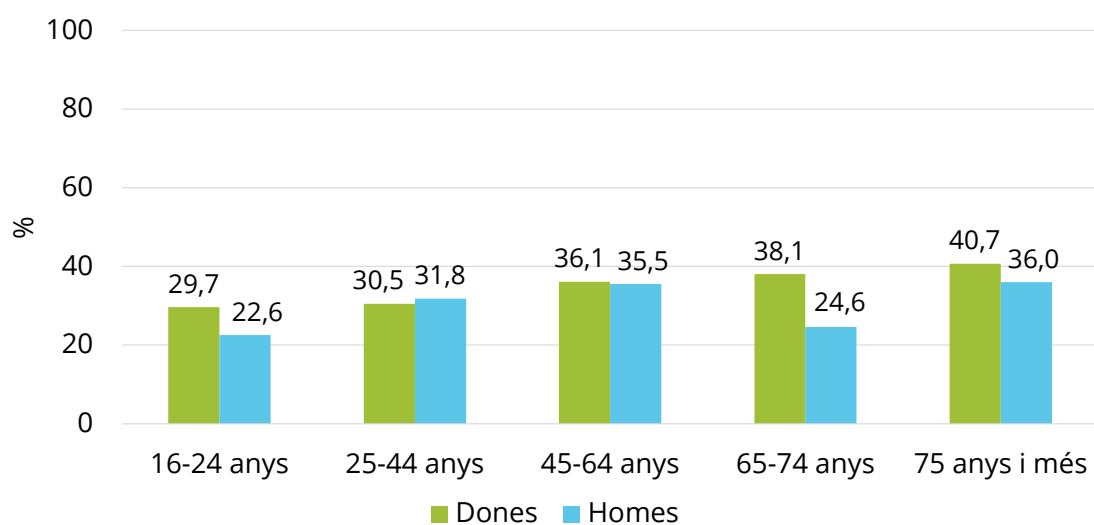
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

El baix pes és molt menys prevalent i es concentra entre les dones, especialment les més joves. Aquestes diferències, tant en l'excés com en el baix pes, entre sexes poden estar explicades per la pressió sobre les dones de complir amb patrons estètics de primesa (Reel et al., 2015).

## Son

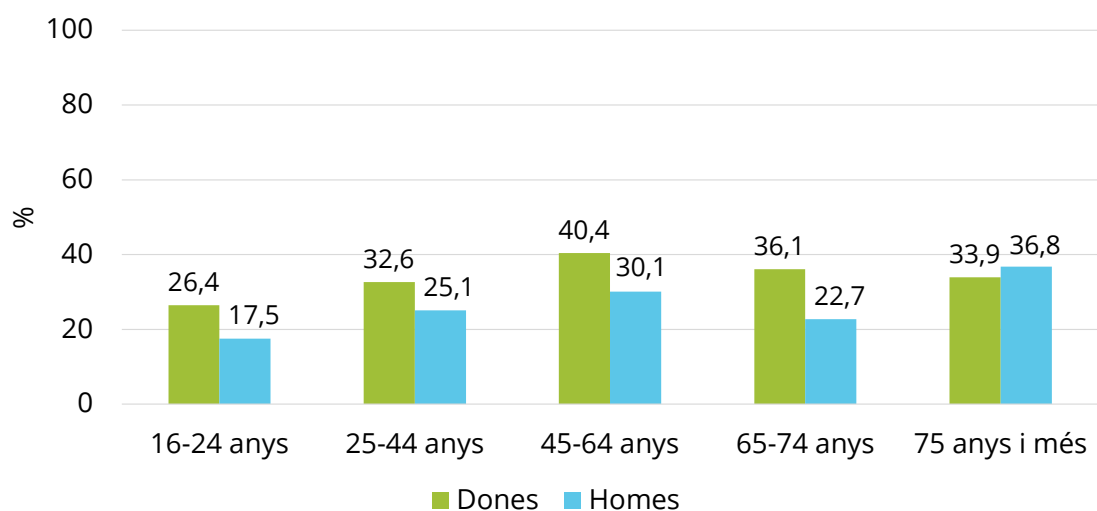
Les hores de son insuficients s'associen amb una major mortalitat, sobrepès, diabetis, problemes cardiovasculars, problemes de salut mental i problemes cognitius. Les diferències en el son entre homes i dones està molt documentada. En la població general, les dones reporten menys hores de son, més problemes de son, més freqüència d'insomni i prevalències més baixes d'apnea del son (Grandner, 2017). Entre els factors associats amb els problemes de son de les dones alguns estan relacionats amb diferències biològiques, com ara l'embaràs o la menopausa, i altres amb els diferents rols d'homes i de dones, per exemple en la cura de criatures (Knutson, 2013).

A Barcelona, el 34,6% de les dones i el 31,5% dels homes dormen menys de 7 hores al dia i la prevalença de son insuficient augmenta amb l'edat, de manera més consistent entre les dones (Figura 8).

**Figura 8.** Son insuficient segons sexe i edat

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

El 23,5% dels homes i el 31,6% de les dones refereixen mala qualitat del son. En tots els grups d'edat, excepte en les persones de 75 anys o més, la prevalença és superior entre les dones (Figura 9).

**Figura 9.** Mala qualitat del son segons sexe i edat

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

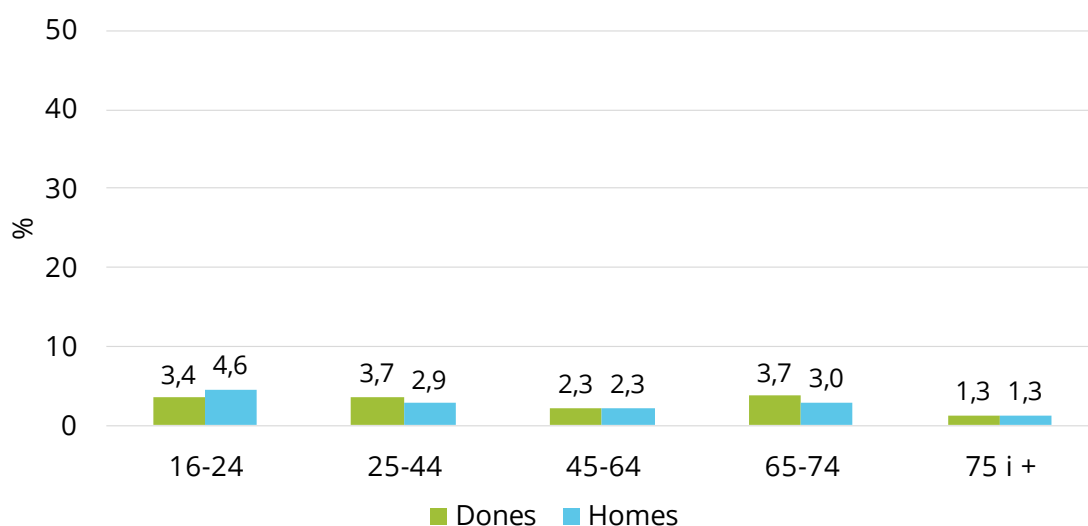
## Violència de gènere

En el marc de les relacions de gènere la violència de gènere com un problema estructural, profundament arrelat en el model patriarcal, que determina unes relacions de poder desiguals entre homes i dones (Pérez et al., 2019). Una de les

seves formes d'expressió més comuna és la violència masclista en l'àmbit de la parella que és perpetuada per expectatives socials i culturals sobre els rols de gènere. Inclou tant el maltractament emocional com el físic o el sexual. Les formes més comunes de violència física són empènyer, bufetejar i agafar o estirar dels cabells; les més freqüents de violència psicològica són el menyspreu o la humiliació de la parella en privat o la insistència en conèixer on és com una manera de control (European Union Agency for Fundamental Rights, 2015).

D'acord amb l'ESB-2021, el 2,7% dels homes i el 3% de les dones que viuen en parella han patit en l'últim any maltractament emocional, físic o sexual per part de la seva parella. La prevalença és similar en tots els grups d'edat, excepte entre les persones de 75 anys i més en què és més baixa (Figura 10).

**Figura 10.** Maltractament per part de la parella en persones amb parella segons sexe i edat



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Identitat de gènere

La identitat de gènere fa referència a l'experiència interna i individual del gènere d'una persona que pot correspondre (cisgènere) o no (transgènere) al seu sexe assignat en néixer. A més, algunes persones declaren una identitat no binària.

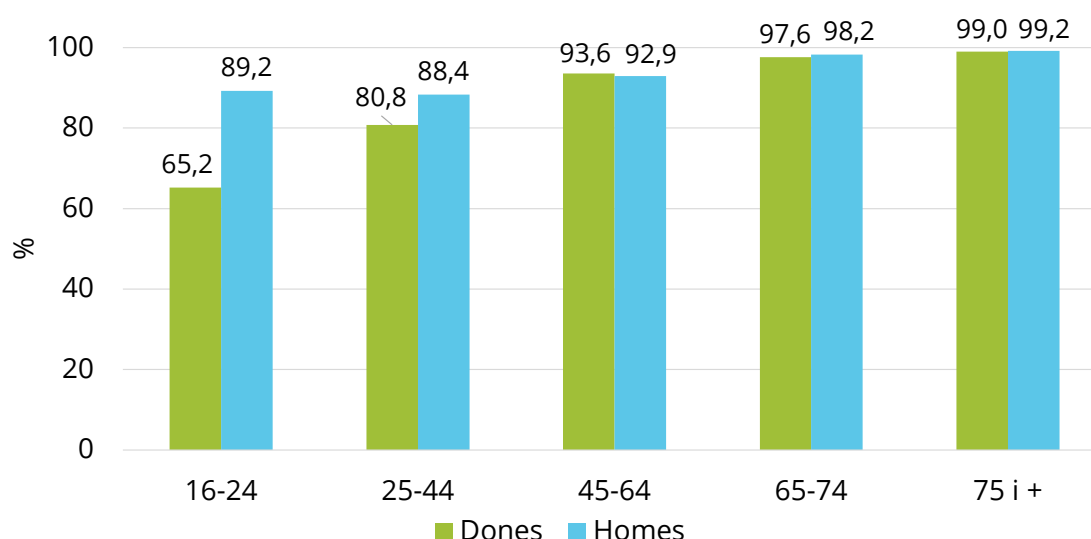
Les identitats cisgènere són les majoritàries en la població de Barcelona, amb percentatges que superen el 97% en ambdós sexes entre les persones adultes i grans. Encara que els percentatges són petits, són les dones adultes les que més declaren una identitat transgènere (0,2% de 25 a 64 anys i 0,3% a partir dels 64

anys). Les identitats no binàries són més freqüents en la població adolescent i jove que en l'adult, sobretot en les noies (2,9% en noies i joves de 16 a 24 anys front el 0,4% en dones de 25 a 64 anys i el 0% en les de 65 i més anys). La nova onada feminista, de la què moltes noies adolescents i joves en són protagonistes, pot haver contribuït a que vulguin trencar amb els esquemes rígids de la identitat de gènere.

## Atracció sexual

Com s'aprecia a la Figura 11, l'atracció sexual exclusivament per persones del sexe contrari és menor entre les persones més joves, sobretot entre les dones, cosa que s'explica en bona part pel desig de trencar amb les normes de gènere definides pel sistema patriarcal. Aquesta tendència també ha estat observada a països de contextos similars (England et al., 2016).

**Figura 11.** Persones atrates exclusivament pel sexe contrari segons sexe i edat



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

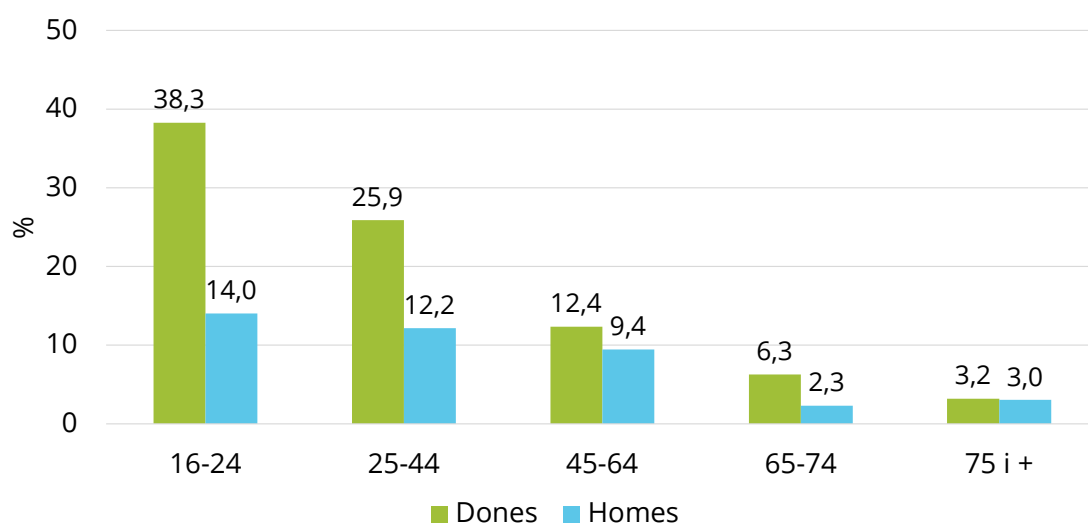
## Discriminació

La discriminació és un fenomen socialment estructurat i justificat per la ideologia i expressat en les interaccions entre les persones que preserva els privilegis dels grups dominants a costa de les privacions dels altres (Krieger, 2014). Existeixen diversos tipus de discriminació per motius d'edat, discapacitat, gènere, orientació sexual, nacionalitat, raça, ètnia, religió i altres. La discriminació és un problema important de salut pública ja que s'associa a ansietat, depressió i, fins i tot, psicosi,

a més de crear divisions socials i pors que danyen la societat i el progrés econòmic. La discriminació i els prejudicis tenen un impacte negatiu sobre la salut mental a través de l'exercici de relacions de poder que devaluen o disminueixen l'autoestima de les persones discriminades (Bhui, 2016).

A Barcelona les dones declaren haver patit algun tipus de discriminació en l'últim any, amb més freqüència que els homes (17,0% i 9,5% respectivament). La prevalença de discriminació disminueix amb l'edat i en tots els grups d'edat és superior entre les dones, sobretot entre les més joves [Figura 12].

**Figura 12.** Discriminació en l'últim any segons sexe i edat



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

Els motiu de discriminació més freqüent es el sexe/gènere (8,9% de les dones i 1% dels homes) sobretot entre les dones de 16-24 anys (25,2%).

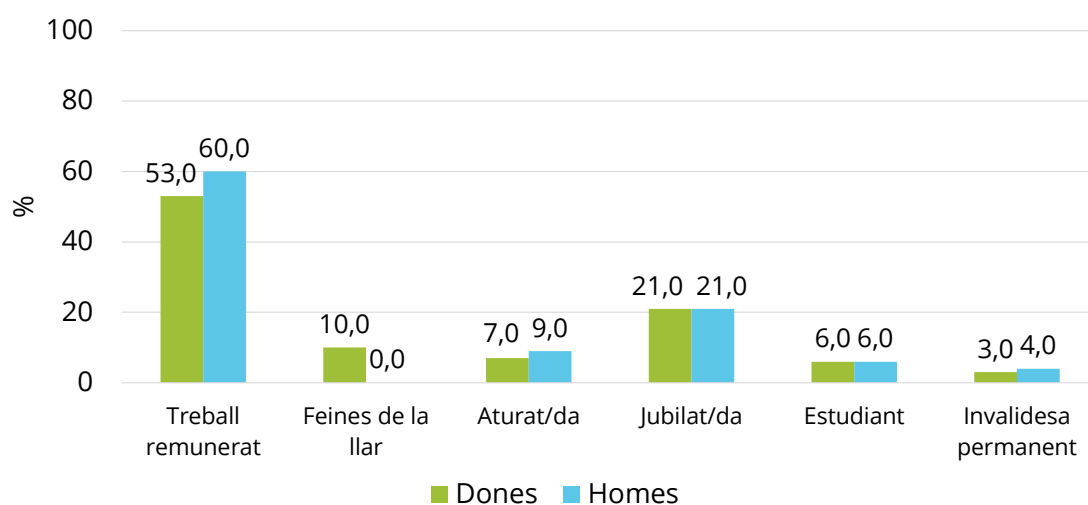
## Divisió sexual del treball

La divisió sexual del treball es refereix a la distribució del temps i les funcions del treball d'acord amb el sexe, de manera que en general els homes s'ocupen prioritàriament del treball remunerat i són els sustentadors econòmics principals de la llar, i les dones tenen la responsabilitat principal del treball no remunerat domèstic i de cura. En el primer cas hi ha un reconeixement d'aquest treball que se situa en l'àmbit públic mentre que el treball no remunerat queda subordinat a l'àmbit privat i mancat de valoració.

Els rols de cura tenen un paper crucial en la major precarietat laboral de les dones per la quantitat desproporcionada de temps que dediquen al treball domèstic i de cura no remunerada, un fet que també afecta la seva posició en el mercat laboral i s'associa a la discriminació laboral que sovint pateixen (Buckingham et al., 2020; Grimshaw, Damian, 2015; Verniers & Vala, 2018). Les dones solen ser socialitzades per cuidar dels altres de manera que amb freqüència quan hi ha una necessitat de cura en la família algunes abandonen o redueixen la seva presència en el mercat laboral, per cuidar tant de la infància, com de les persones en situació de dependència a la llar (Moya-Martínez et al., 2012). A més, per tal de compaginar vida laboral i familiar, sovint trien llocs de treball propers al domicili (Havet et al., 2021) o a temps parcial, encara que siguin precaris, prioritzant la cura de la família per sobre de la qualitat del treball.

La situació laboral posa de manifest aquesta divisió sexual del treball. Segons l'ESB-2021, la proporció de dones que es dediquen al treball domèstic i de cura no remunerat és molt superior a la d'homes, mentre que la proporció d'homes que fan treball remunerat és superior a la de dones (Figura 13).

**Figura 13.** Situació laboral entre persones majors de 15 anys segons sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

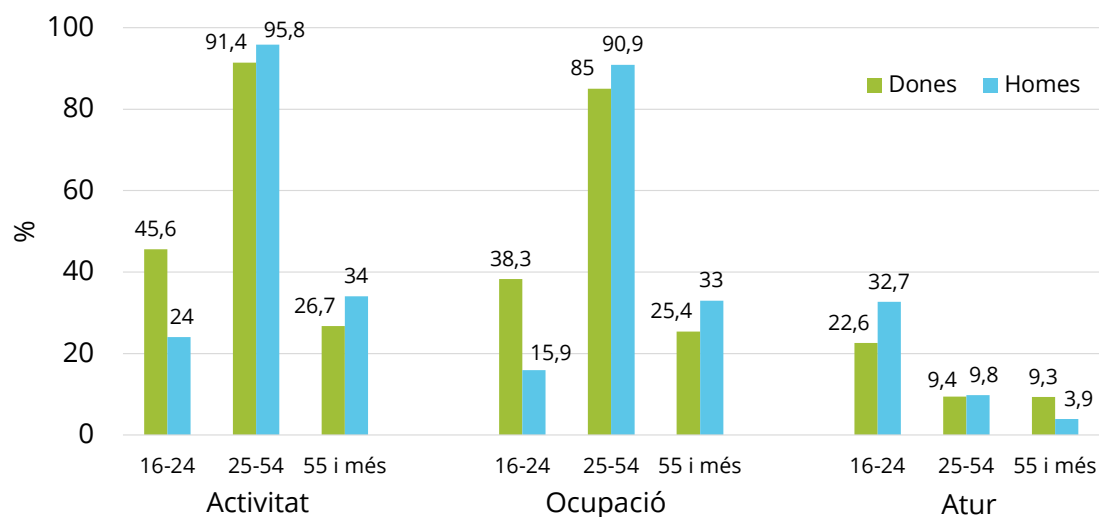
## Treball remunerat

A Barcelona, segons les dades de l'EPA de l'últim trimestre del 2021, la taxa d'activitat era superior en els homes (64,0% vers 58,8%) i també ho era la d'ocupació (60,2% vers 54,6%). En canvi, les taxes d'atur eren similars en els dos sexes (9,8% entre els homes i 10,2% entre les dones). Aquests patrons difereixen



segons el grup d'edat. Mentre entre les persones més joves la taxa d'activitat i la d'ocupació són superiors en les dones, a partir dels 25 anys ho són entre els homes. En canvi, les taxes d'atur que són més altes entre els homes més joves, s'igualen entre els 25 i 54 anys i finalment entre les persones més grans, l'atur és més alt entre les dones (Figura 14).

**Figura 14.** Taxes d'activitat, ocupació i atur l'últim trimestre de 2021 segons sexe i edat

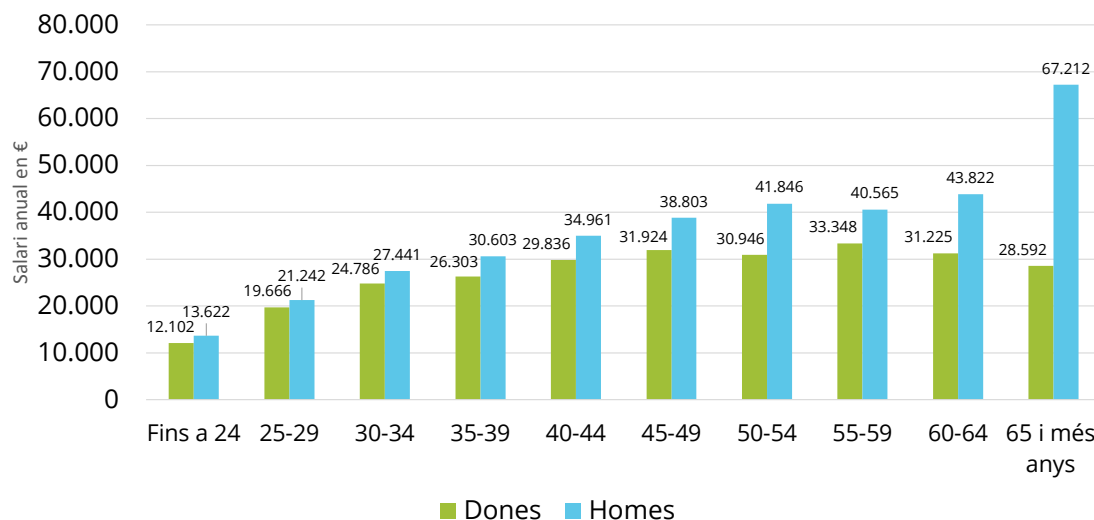


Font: Instituto nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Institut d'Estadística de Catalunya.

Atenent a la divisió sexual del treball, la presència, la posició i condicions d'ocupació de dones i homes són diferents. Tot i el progressiu increment de la participació de les dones en l'àmbit laboral, persisteixen les dificultats per accedir a l'ocupació, a mantenir-se ocupades i a recuperar un lloc de treball un cop l'han perdut. A més, quan les dones accedeixen a un lloc de treball ho fan en condicions de major precarietat que els homes, atesa la discriminació existent en el mercat laboral i la desigual distribució del treball domèstic i de cura, cosa que fa que sigui molt més habitual que les dones treballin a temps parcial, amb contractes temporals i que tinguin trajectòries laborals fragmentades per cobrir períodes de cura intensiva, el que es tradueix en salaris i pensions inferiors (Buckingham et al., 2020; Grimshaw, Damian, 2015; Verniers & Vala, 2018). Per contra, els homes ocupen llocs de treball més estables i tenen salaris i pensions superiors i amb més freqüència fan llargues jornades de treball, atès que el model productiu està encara dissenyat en base a la divisió sexual del treball. Aquest patró s'observa al llarg de tot el cicle vital, però amb diferències fortament lligades al cicle reproductiu.

En tots els grups d'edat el salari mitjà és superior entre els homes i les desigualtats de gènere augmenten amb l'edat (Figura 15)

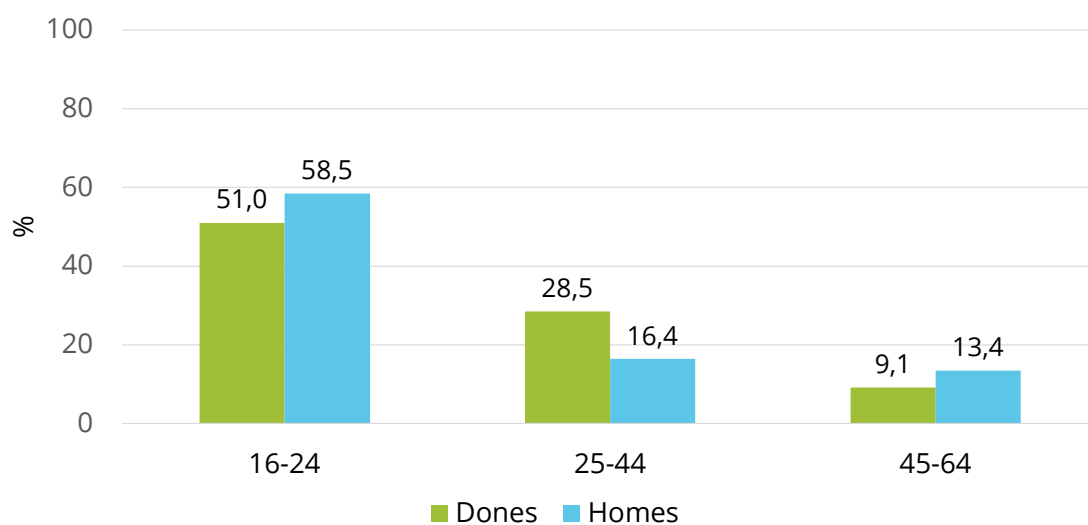
**Figura 15.** Salari mitjà segons sexe i edat



Font: Departament d'Anàlisi. OMD. Ajuntament de Barcelona. A partir de la Mostra Contínua de Vides Laborals de l'INSS.

A Barcelona, entre la població assalariada de 16 a 64 anys treballen amb contracte temporal, una dimensió de precarietat, el 18,5% dels homes i el 21,2% de les dones. La contractació temporal és superior entre els homes en els grups d'edat més jove i més gran (Figura 16).

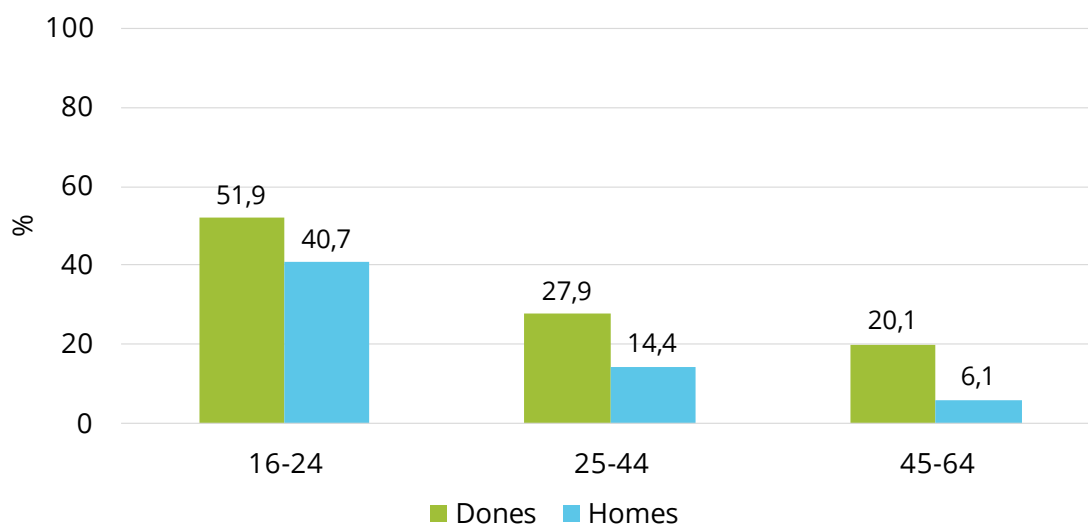
**Figura 16.** Contractació temporal entre persones assalariades segons sexe i edat



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

El treball a temps parcial, també lligat a la precarietat laboral, és més freqüent en les dones (26,3% vers 13% entre els homes). La freqüència disminueix amb l'edat (Figura 17).

**Figura 17.** Treball a temps parcial segons sexe i edat



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

La divisió sexual del treball també s'expressa en el mercat laboral, en què es dona una segregació horitzontal i vertical. Les dones es concentren en sectors d'activitat amb una remuneració més baixa i socialment devaluats, en feines que reproduïxen el rol del treball domèstic i de cura, com són la sanitat, l'atenció a la dependència, l'educació i el sector de la neteja. Però també es produeix una divisió vertical, amb els homes ocupant amb major freqüència càrrecs de responsabilitat amb personal a càrrec (27,4% dels homes ocupats i 18,9% de les dones).

## Treball domèstic i de cura

L'estructura de les llars canvia segons el cicle vital de manera diferent en homes i dones. Entre els joves, tot i que hi ha poques diferències, les dones amb més freqüència viuen en llars formades per una parella amb o sense fills (amb altres persones o no), mentre que en les edats posteriors aquesta situació és més freqüent en els homes. En canvi, és més freqüent que els homes joves visquin en llars unipersonals, situació més habitual en les dones de més edat. En tots els grups d'edat és més freqüent que les dones visquin en llars monoparentals.

Les majors desigualtats en relació amb el treball domèstic i de cura s'observen en les persones de 25 a 64 anys (les qui amb més freqüència tenen responsabilitats en aquest treball), en el sentit que les dones més sovint s'ocupen soles de la cura de les persones dependents amb qui conviuen i també del treball domèstic, al que dediquen més hores tant en dies feiners com en cap de setmana. Aquesta major responsabilitat i dedicació al treball domèstic també s'observa en les dones majors de 64 anys.

## Estat de salut

La paradoxa de gènere en la salut és un fenomen, àmpliament descrit que es refereix a que les dones viuen més anys que els homes però ho fan amb pitjor salut i pitjor qualitat de vida a gairebé tots els països del món (Guttmacher & Doyal, 1997). Aquesta paradoxa es pot explicar per raons biològiques, socials, econòmiques i de polítiques públiques. Per exemple, l'osteoporosi està relacionada amb nivells reduïts d'estrògens associats amb la menopausa.

Les explicacions socials de la paradoxa de gènere en la salut se centren en les diferències en el comportament d'homes i dones, incloses les vinculades a construccions de masculinitat i rols treball-família. Les concepcions tradicionals de la masculinitat s'associen amb conductes de risc. Els homes també arriben tard als serveis de salut quan els trastorns estan avançats. Aquestes diferències de comportament poden contribuir a les taxes de mortalitat més altes dels homes. D'altra banda, les dones tenen més probabilitats d'experimentar problemes de salut física i mental com a resultat de la tensió entre la feina i la família a causa de la doble càrrega d'ocupació i cura (Arcas et al., 2013).

Les explicacions econòmiques se centren en com les dones es veuen particularment afectades per les factors socioeconòmics desfavorables, com ara taxes més altes de pobresa, discriminació laboral i taxes d'ocupació més baixes. Per exemple, les dones tenen més probabilitats de ser responsables de llars monoparentals, de treballar a temps parcial o d'estar a l'atur (en part a causa de responsabilitats familiars). També amb més freqüència tenen treballs precaris i amb baixos salaris (Puig-Barrachina et al., 2014).

Finalment, les lleis i polítiques poden perpetuar les desigualtats de gènere o, si són progressives, poden millorar la salut i el benestar (Heise et al., 2019).

## Mortalitat

A Barcelona, la taxa de mortalitat és superior en dones perquè hi ha més dones grans, però la taxa de mortalitat estandarditzada per l'edat, que treu l'efecte de l'edat, és més alta en homes (Taula 1).

**Taula 1.** Taxa bruta i estandarditzada per edat de mortalitat segons sexe i edat. Barcelona 2019

<b>Dones</b>	<b>15-44 anys</b>	<b>45-74 anys</b>	<b>&lt;74 anys</b>	<b>Total</b>
Nombre de defuncions	84	1.166	6.698	7.968
Taxa de mortalitat	25	359,6	5.677	906,7
Taxa estandarditzada de mortalitat*	25,1	349,3	5.236	723,8
<b>Homes</b>	<b>15-44 anys</b>	<b>45-74 anys</b>	<b>&lt;74 anys</b>	<b>Total</b>
Nombre de defuncions	135	2.083	4.890	7.142
Taxa de mortalitat	39,9	736,3	7.083,6	897,1
Taxa estandarditzada de mortalitat*	39,8	765,4	8.012,3	1.192,1

Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona

\*Taxes estandarditzades per edat segons el Padró Municipal d'Habitants de Barcelona, de l'any 2021

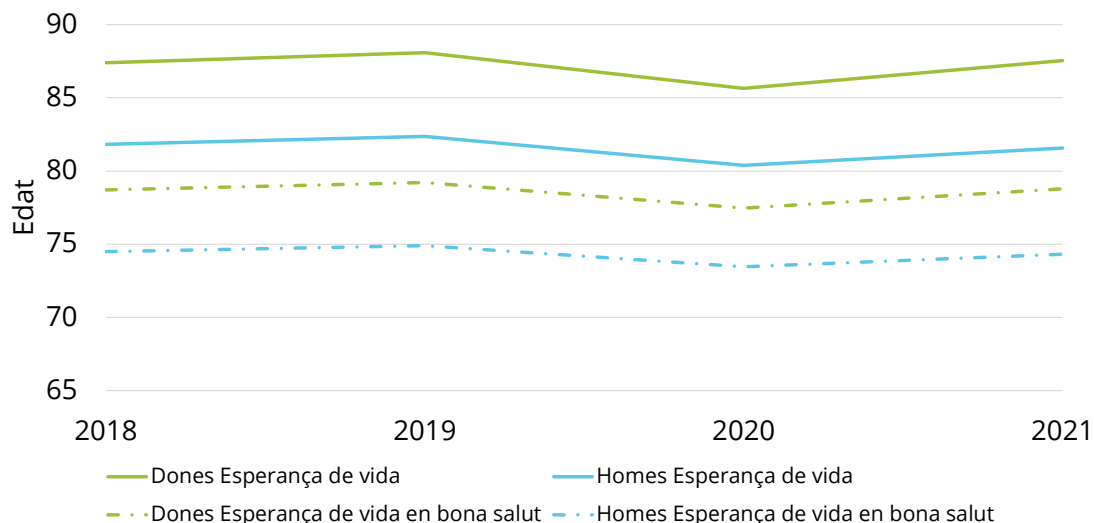
El perfil de les causes de mortalitat és diferent per a dones i homes. A Barcelona, per exemple, la primera gran causa de mort en els homes de 15 a 44 anys són les causes externes (o morts no naturals) com els accidents, els suïcidis, les morts per violència o els enverinaments. A partir dels 45 i fins els 64 anys, les primeres causes passen a ser els tumors (sobretot el càncer de pulmó) i les malalties isquèmiques del cor. En canvi, en les dones la primera gran causa de mortalitat són els tumors: fins als 44 anys el càncer de mama i entre 45 i 64 anys també el de pulmó juntament amb les malalties cerebrovasculars.

L'any 2021 les dones superaven l'esperança de vida dels homes en quasi sis anys. L'esperança de vida s'incrementa fins el 2019 però decreix el 2020 per l'efecte de la COVID-19. El 2020, en les dones disminueix en 2,44 anys i en els homes en 1,98 anys respecte el 2019.

L'esperança de vida en bona en bona salut en 2021 es redueix en quasi nou anys en les dones i al voltant de set anys en els homes (Figura 18). Aleshores, les

diferències en l'esperança de vida en bona salut entre homes i dones es redueix a 4 anys.

**Figura 18.** Esperança de vida segons sexe, Barcelona 2018-21

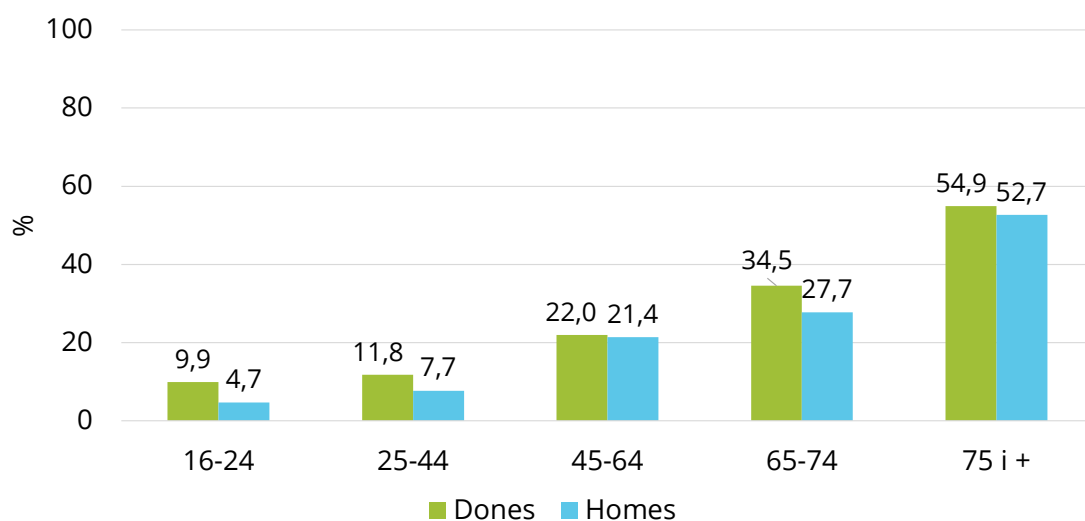


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Padró de Barcelona

## Estat de salut percebut

La valoració negativa de la pròpia salut sempre és més freqüent entre les dones (24,1% vers 18,1%) i la prevalença augmenta amb l'edat (Figura 19).

**Figura 19.** Mal estat de salut percebut segons sexe i edat

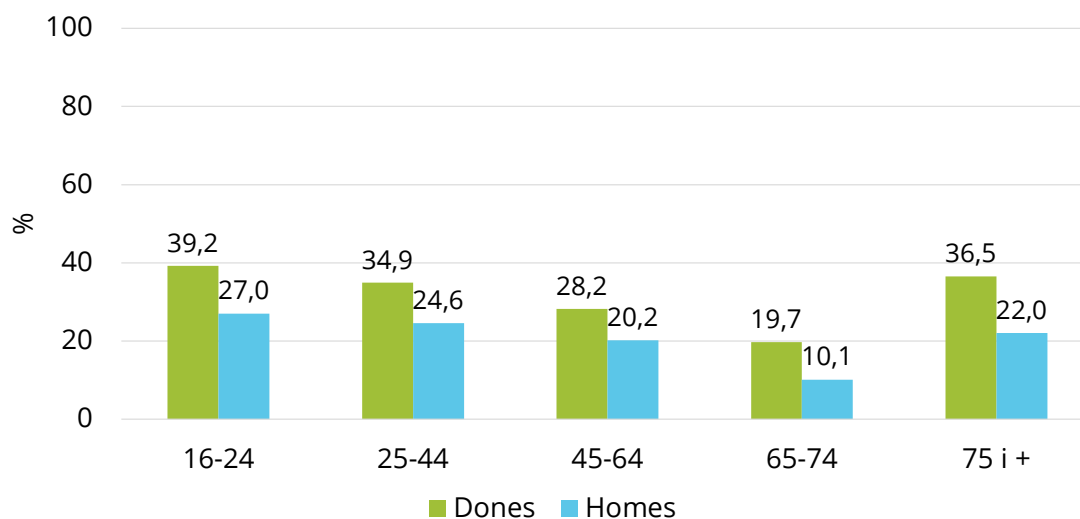


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Estat de salut mental

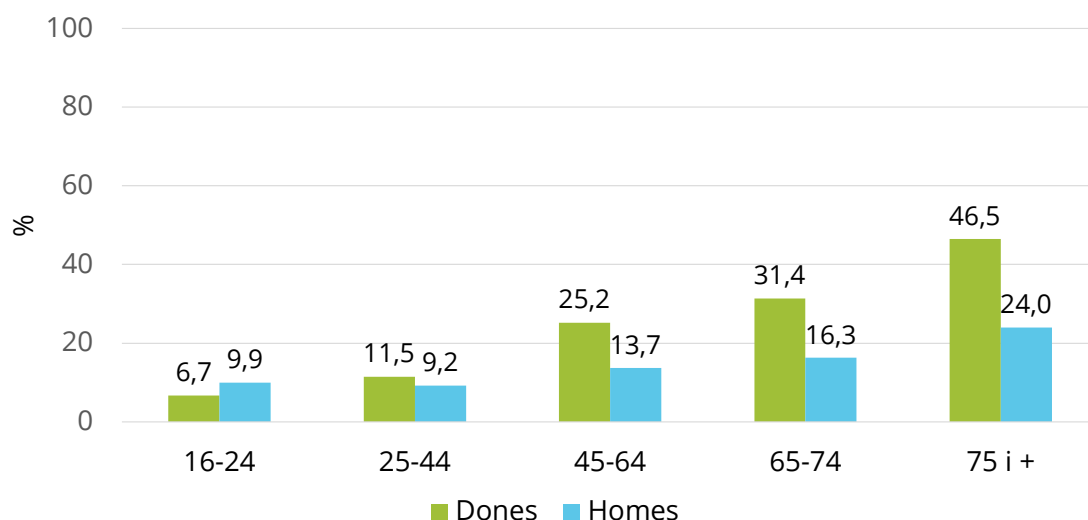
A Barcelona el mal estat de salut mental és més freqüent entre les dones (31,5% vers 21,6%) i en els dos sexes disminueix amb l'edat fins els 74 anys que augmenta (Figura 20).

**Figura 20.** Mal estat de salut mental segons sexe i edat



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

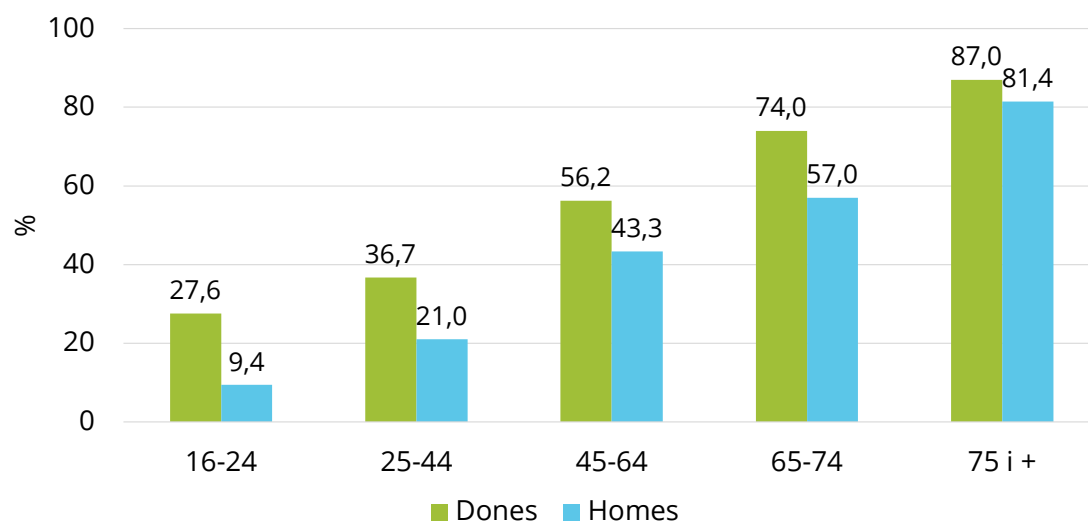
La prevalença de consum de psicofàrmacs (ansiolítics, antidepressius o somnífers) és del 23% en les dones i del 13% en homes i augmenta amb l'edat. Des dels 45 anys, el consum entre les dones quasi duplica el dels homes (Figura 21). S'ha assenyalat que el major consum de psicofàrmacs entre les dones no s'explica del tot per la major prevalença de problemes ansiós-depressius, sinó també per la medicalització de la salut de les dones (Bacigalupe & Martín, 2021).

**Figura 21.** Consum de psicofàrmacs segons sexe i edat

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Trastorns crònics

Les dones pateixen amb més freqüència trastorns crònics, per exemple, tenen tres o més trastorns crònics un 54,1% en les dones front el 36,8% dels homes. Les desigualtats de gènere són menors entre les persones de 75 anys o més (Figura 22).

**Figura 22.** Persones amb tres o més trastorns crònics segons sexe i edat.

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

Els principals trastorns crònics són els musculoesquelètics i de les articulacions amb prevalències en les dones que dupliquen les dels homes (Taula 2). També són més prevalents els trastorns crònics de tipus psicosocial en les dones. La majoria



dels principals trastorns crònics augmenten amb l'edat, a excepció de les migranyes que són ja presents en edats joves.

**Taula 2.** Primers 6 trastorns crònics més prevalents, Barcelona 2021.

<b>Dones</b>	<b>16-24</b>	<b>25-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
Mal d'esquena crònic lumbar	17,7%	26,6%	48,7%	31,8%
Mal d'esquena crònic cervical	14,0%	29,4%	40,0%	30,9%
Artrosi, artritis o reumatisme	0,3%	13,4%	52,7%	23,0%
Varius a les cames	3,1%	22,3%	44,1%	26,6%
Migranya o mals de cap freqüents	27,3%	25,7%	21,7%	24,7%
<b>Homes</b>	<b>16-24</b>	<b>25-64</b>	<b>&gt;64</b>	<b>Total</b>
Mal d'esquena crònic lumbar	8,4%	18,6%	26,9%	19,2%
Mal d'esquena crònic cervical	6,0%	14,4%	23,1%	15,3%
Artrosi, artritis o reumatisme	1,6%	7,5%	25,1%	10,5%
Varius a les cames	1,6%	9,5%	22,8%	11,3%
Migranya o mals de cap freqüents	12,0%	13,6%	9,8%	12,7%

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

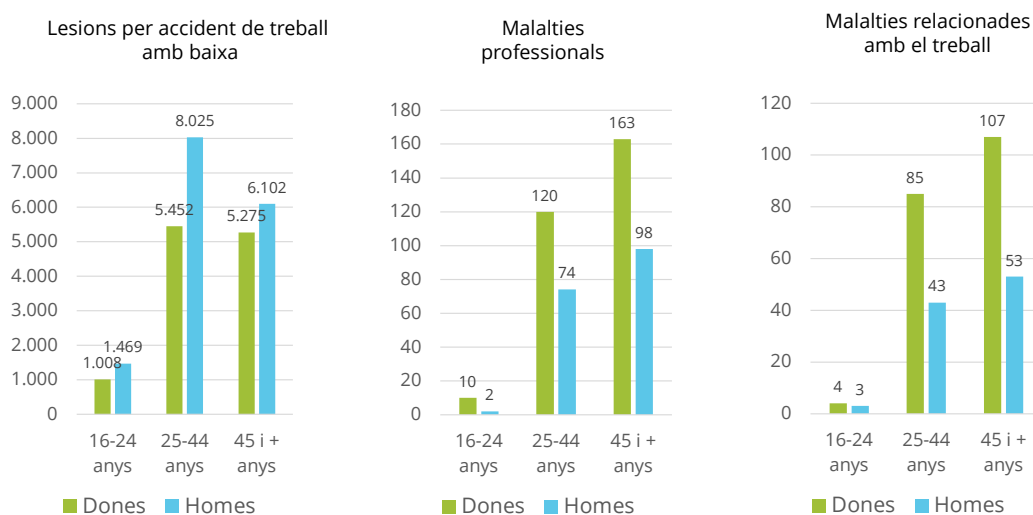
## Salut i treball

Els indicadors de salut laboral (els relacionats amb el treball remunerat) estan estretament relacionats amb la divisió sexual del treball, sobretot horitzontal, però també vertical. Les lesions per accident de treball són més freqüents en els homes, sobretot les més greus, mentre que les malalties professionals i les malalties relacionades amb el treball notificades pels Centres d'Atenció Primària són més freqüents en les dones. Amb més freqüència les ocupacions i els sectors en què treballen els homes estan més exposats als accidents de treball, per exemple en la construcció, a banda que la socialització de gènere implica per als homes l'assumpció de comportaments arriscats per complir amb el rol assignat. Les dones, en canvi, treballen més en ocupacions exposades a altres riscos com els biològics, per exemple en la sanitat. Les dones també pateixen amb més

freqüència trastorns de salut mental relacionats amb el treball (66,4% dels notificats el 2021), bàsicament de tipus ansiós i depressiu associats a l'exposició a riscos psicosocials, més freqüents en llocs de treball de menor qualitat.

Aquest patró de gènere s'observa en tots els grups d'edat, fins i tot en les persones més joves que són les que tenen menys problemes de salut laboral (Figura 23).

**Figura 23.** Problemes de salut laboral segons sexe i edat. Barcelona, 2021



*Font: Registre d'Accidents de Treball i Sistema de Comunicació de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social, Departament d'Empresa i Treball, Generalitat de Catalunya. Registre de Malalties Relacionades amb el Treball, Agència de Salut Pública de Barcelona.*

## Lesions de trànsit

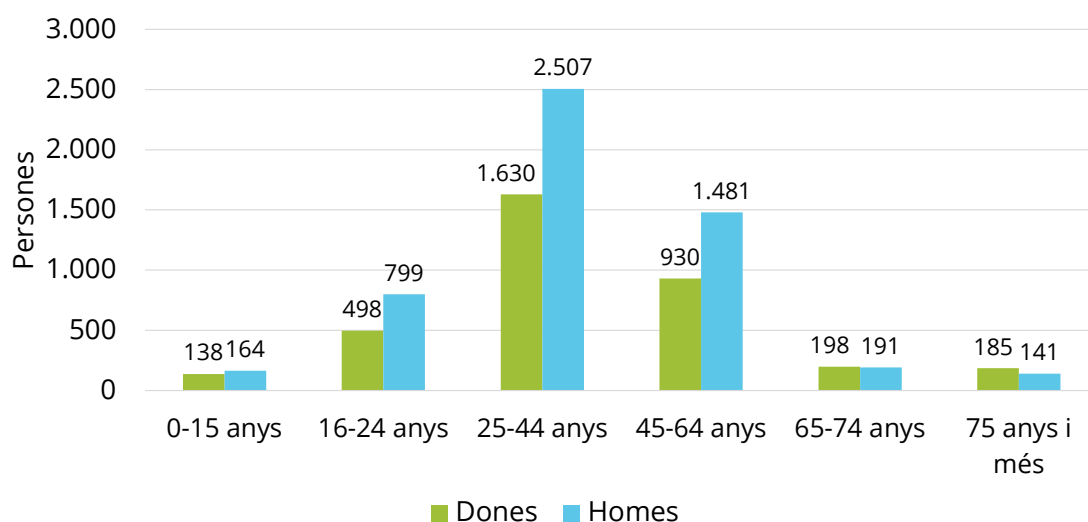
A Barcelona, la mobilitat es diferent en homes i dones, tant pels motius del desplaçament, que en el cas de les dones inclouen més desplaçaments per treball de cures, com pel mode de transport, ja que les dones es desplacen amb major freqüència com a vianants i en transport públic que els homes, que ho fan més sovint en vehicles privats com motos o cotxes.

Segons el Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona, l'any 2021 es van produir 7.005 col·lisions que van deixar 8.868 persones lesionades, més de la meitat homes (59,6%). A major gravetat hi ha una major proporció d'homes. Van morir 11 homes i una dona, i van patir ferides greus 166, (67% homes). Van patir ferides lleus 8.690 (59% homes).

Hi ha diferències de gènere pel que fa al vehicle implicat, més freqüentment les motos entre els homes, mentre la proporció de dones és superior entre vianants i usuaris de transport públic. La majoria de persones lesionades eren motoristes (40,8% en dones i 57,7% en homes), ocupants de cotxe (21,6% dones, 17,7% homes) i vianants (14,1 dones, 6,9% homes). Els ciclistes van representar el 6,3 de dones el 7,2% dels homes lesionats, i els vehicles de mobilitat personal, com els patinets, el 6,4% i 6,7% respectivament. El 10,9% de les dones i el 3,8% dels homes van ser lesionats en transport públic, principalment autobús.

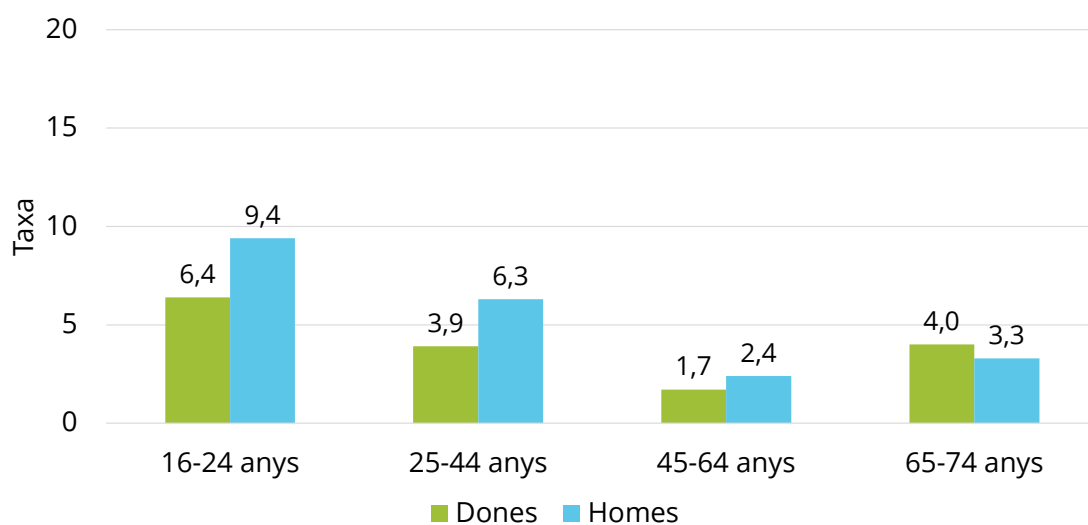
Gairebé la meitat de les persones lesionades tenien entre 25 i 44 anys, un de cada quatre entre 45 i 64 anys (Figura 24).

**Figura 24.** Persones lesionades per trànsit a Barcelona, 2021



Les diferències de gènere s'observen sobretot entre els 16 i 64 anys, cosa que es podria explicar per diferents patrons de mobilitat relacionats amb la divisió sexual del treball més marcada en aquesta franja d'edat, així com per la utilització de diferents mitjans de transport. Els patrons de desplaçament difereixen entre homes i dones en molts aspectes, en termes del tipus de transport, l'activitat en destinació, el temps i la distància. Les dones tendeixen a viatjar menys per feina (tant per als desplaçaments entre casa i la feina com durant la jornada laboral) que els homes, però viatgen amb més freqüència per activitats de manteniment de la llar, com ara comprar, acompanyar familiars o gestionar la família (Havet et al., 2021).

Tenint en compte el nombre de desplaçaments, el risc de lesió es major en homes que en dones en totes les edats excepte en el grup de persones de 75 o més anys en el qual les dones tenen major risc (Figura 25).

**Figura 25.** Risc de lesió de trànsit segons grup d'edat. Barcelona 2021

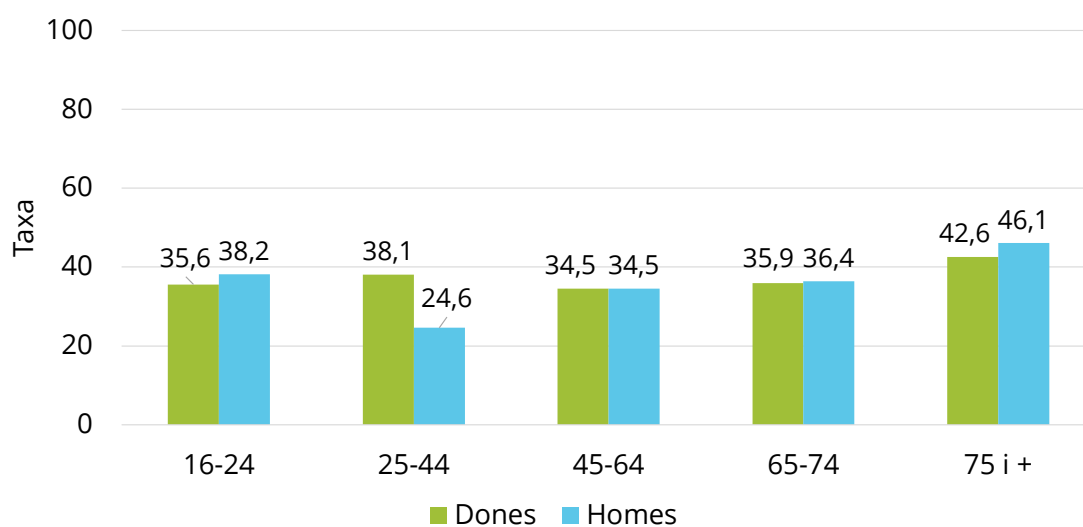
Font: Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona (2021) i Enquesta En dia Feiner (EMEF 2020). Taxa persones lesionades per milió de desplaçaments

## Ús de serveis sanitaris

### Atenció primària

Segons l'ESB-2021, el 32,6% dels homes i el 37,6% de les dones majors de 15 anys han visitat l'atenció primària almenys dues vegades durant l'últim any. La proporció és superior en les dones entre els 25 i 44 anys, probablement per visites relacionades amb la salut reproductiva, mentre no existeixen diferències significatives en la resta de grups d'edat i, fins i tot, entre les persones de 75 anys i més la proporció és més alta entre els homes (Figura 26).

**Figura 26.** Almenys dues visites a l'atenció primària els últims 12 mesos segons sexe i edat

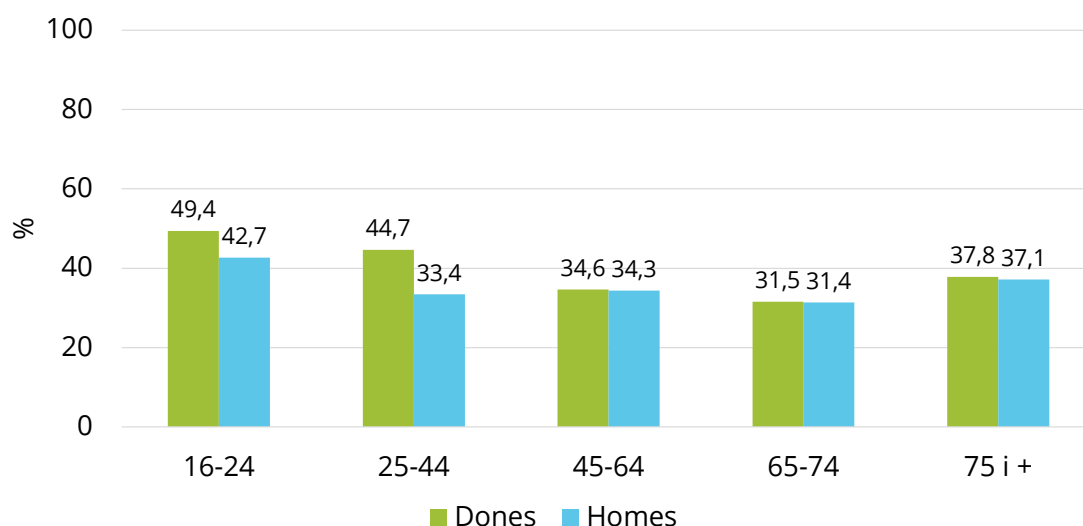


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Urgències

El 34,9% dels homes i el 39,4% de les dones han anat a urgències en els últims 12 mesos. La utilització és superior entre les persones més joves entre qui també es troba un ús superior entre les dones. No hi ha diferències de gènere a partir dels 45 anys (Figura 27).

**Figura 27.** Visita a un servei d'urgències els últims 12 mesos segons sexe i edat.

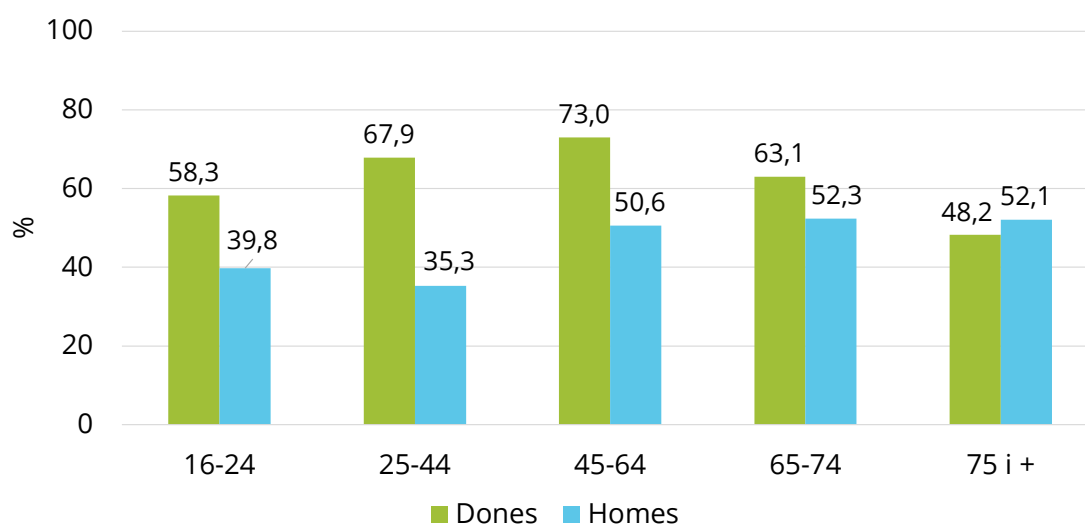


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Atenció especialització ambulatoria

El 65% de les dones i el 44,1% dels homes han rebut assistència ambulatoria especialitzada en els últims 12 mesos. Les diferències de gènere, que disminueixen amb l'edat i desapareixen entre les persones de 75 anys i més, són degudes probablement a les visites a l'especialista de ginecologia entre les dones, que ocupen el primer lloc entre les visites especialitzades amb un 38% de dones que afirmen que aquesta és l'última visita especialitzada que han rebut en l'últim any; entre els homes que han rebut assistència especialitzada, la més freqüent ha estat la de traumatologia (21,5%). De fet en les dones disminueixen les visites a l'especialista a partir dels 64 anys mentre entre els homes augmenten, cosa que recolza la hipòtesi (Figura 28).

**Figura 28.** Visita ambulatoria a l'atenció especialitzada els últims 12 mesos segons sexe i edat

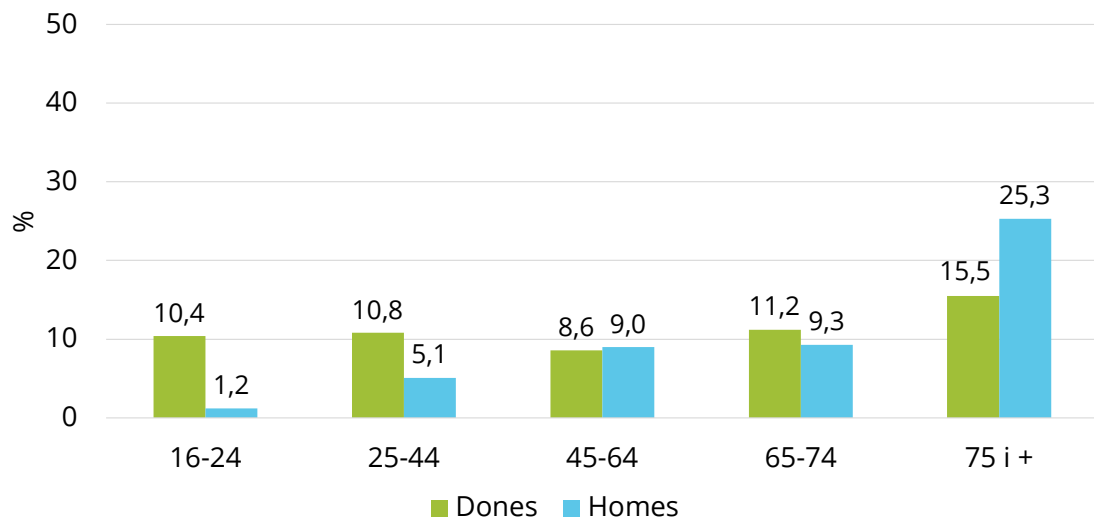


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Atenció hospitalària

El 8,4% dels homes i el 10,9% de les dones han estat hospitalitzats en els últims 12 mesos. Fins als 44 anys els ingressos hospitalaris són més freqüents entre les dones, probablement relacionats amb la salut reproductiva, mentre que a partir dels 75 anys ho són entre els homes, cosa que podria estar relacionada amb la socialització en la masculinitat que fa que els homes arribin més tard a l'assistència sanitària i requereixin més hospitalitzacions (Figura 29).

**Figura 29.** Almenys un ingrés hospitalari els últims 12 mesos segons sexe i edat



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

---

# Adolescents i joves

---

## Missatges clau

1. La prevalença de tabaquisme, d'inactivitat física en el temps de lleure i d'hores de son insuficients és superior entre les noies
2. La prevalença de consum de risc d'alcohol i el de consum combinat d'alcohol i
3. La prevalença de consum de risc d'alcohol, la inactivitat física en el temps de lleure i d'hores de son insuficients augmenta amb l'edat
4. La prevalença d'excés de pes és superior entre els nois, però disminueix significativament amb l'edat; a més és més alta als barris desfavorits
5. En ambdós sexes la inactivitat física i l'excés de pes són més freqüents entre les classes socials desfavorides
6. Entre les persones més joves, sobretot entre les dones, ha crescut significativament la proporció de persones que no se senten atretes exclusivament per persones del sexe contrari; a més, això és més freqüent en l'alumnat de centres situats a barris de NSE afavorit
7. El 75% de les noies i el 25% dels nois de 12-19 anys refereixen haver patit discriminació l'últim any; la causa més freqüent és la relacionada amb l'aspecte físic
8. La divisió sexual del treball ja és present entre les persones més joves
9. La prevalença de mal estat de salut percebut i de mala salut mental és superior entre les noies i en l'alumnat de centres escolars de barris de NSE desfavorit
10. Les lesions de trànsit són més freqüents en nois i el vehicle implicat amb més freqüència és la motocicleta o el ciclomotor



Aquest capítol aprofundeix en els indicadors de salut entre persones adolescents i joves. La informació que procedeix de l'enquesta FRESC-2021 es refereix a persones de 13 a 19 anys; la resta a les de 16 a 24 anys. En general, s'examinen les desigualtats segons l'edat, l'NSE i país de procedència, tot i que per alguns indicadors no es disposa d'informació sobre alguns d'aquests eixos de desigualtat.

## Socialització de gènere

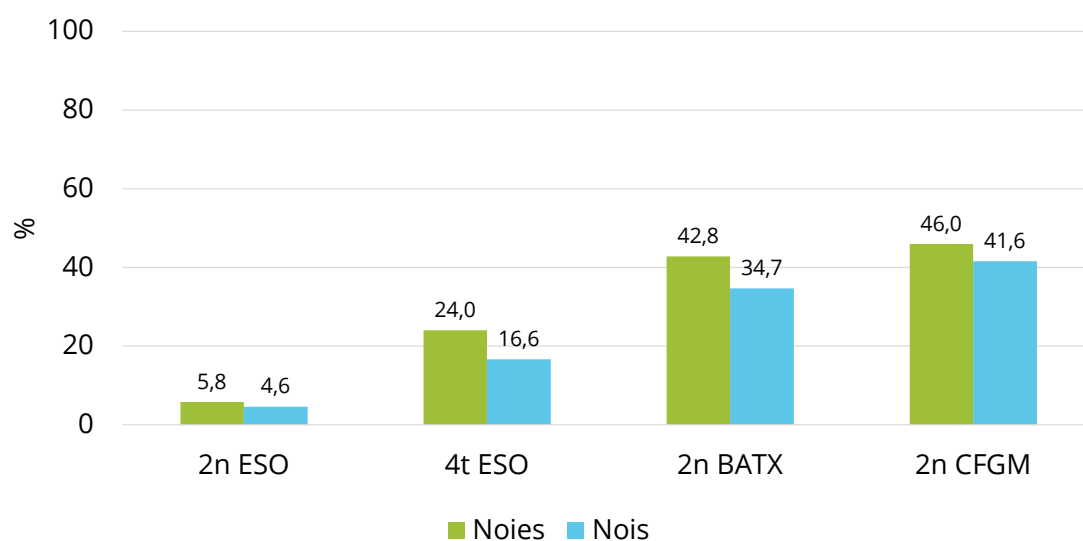
Aquesta secció se centra en els hàbits relacionats amb la salut, la violència masclista, la identitat de gènere i l'atracció sexual. Les dades procedeixen del FRESC-2021, per tant són representatives de la població escolaritzada a la ciutat de 13 a 19 anys.

### Hàbits relacionats amb la salut

S'examinen a continuació les desigualtats de gènere en el consum de tabac, alcohol, drogues il·legals, índex de massa corporal, activitat física i son.

#### Tabac

La prevalença de tabaquisme és més alta en les noies que en els nois (25,7% i 18,9%, respectivament). A més, augmenta amb l'edat, tal com es mostra a la Figura 30 trobant-se la major prevalença entre l'alumnat de Cicles Formatius de Grau Mig (CFGM). La prevalença més alta de consum de tabac entre les noies s'observa a Espanya des de fa anys (Mendoza Berjano et al., 2007) i es relaciona amb el trencament amb uns hàbits que el sistema patriarcal ha considerat propis del rol de gènere masculí (Jiménez Rodrigo, 2010).

**Figura 30.** Consum de tabac segons sexe i curs escolar en adolescents

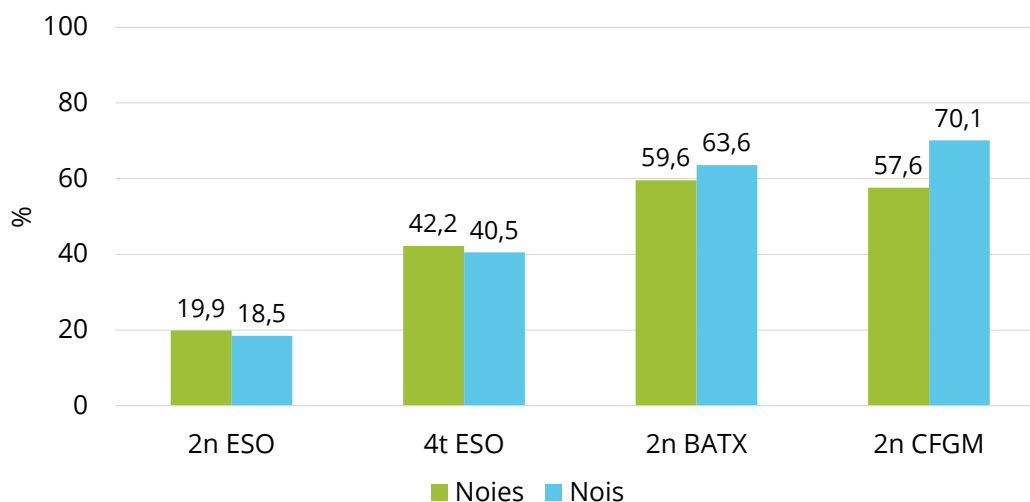
Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

No es troben diferències entre les noies segons NSE del centre escolar (25%). Tanmateix, la prevalença de tabaquisme entre els nois de centres de NSE afavorit (20,3%) és superior que entre els de centres de NSE desfavorit (15,9%). No s'observen diferències segons lloc de naixement.

## Alcohol

El 46% de l'alumnat manifesta haver pres en alguna ocasió 5 ó més begudes seguides, no observant-se diferències entre noies i nois. Aquest consum intensiu d'alcohol creix amb l'edat, sent lleugerament superior entre les noies en els primers cursos; la tendència reverteix en edats superiors (Figura 31). El consum intensiu d'alcohol està associat a sortir les nits de cap de setmana, festes, aniversaris, aspecte que pot explicar aquest augment de consum amb l'edat (Martínez-Montilla et al., 2020). No es troben diferències en la prevalença del consum intensiu d'alcohol segons el NSE del centre ni per lloc de naixement.

**Figura 31.** Consum intensiu d'alcohol segons sexe i curs escolar en adolescents (algun cop)

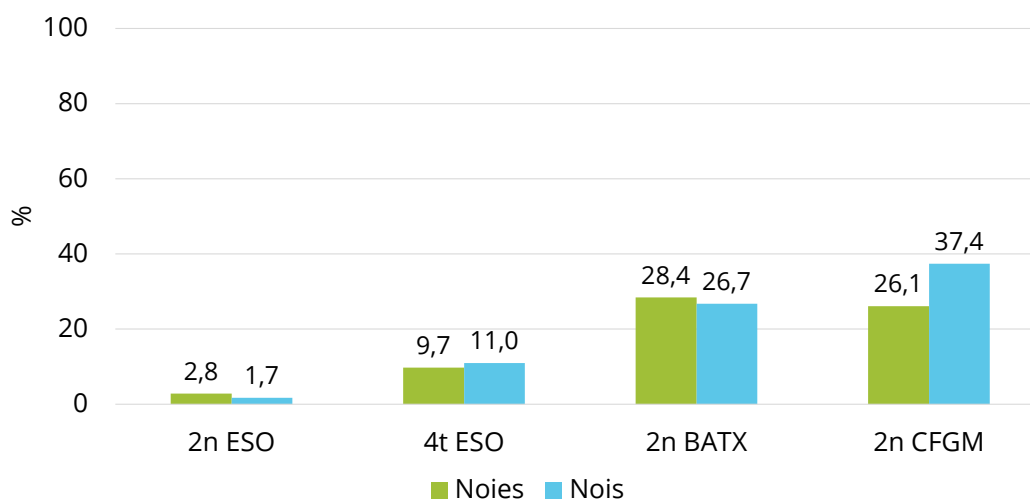


Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

### Consum conjunt d'alcohol i cànnabis

El 14,2% de les noies i el 13,6% dels nois han consumit, en el darrer any, alcohol i cànnabis sense que hagin passat més de 2 hores entre el consum d'una i altra substància. En segon de batxillerat, i sobretot en segon de CFGM, la prevalença és superior entre els nois (Figura 32).

**Figura 32.** Consum conjunt d'alcohol i cànnabis segons sexe i curs escolar en adolescents



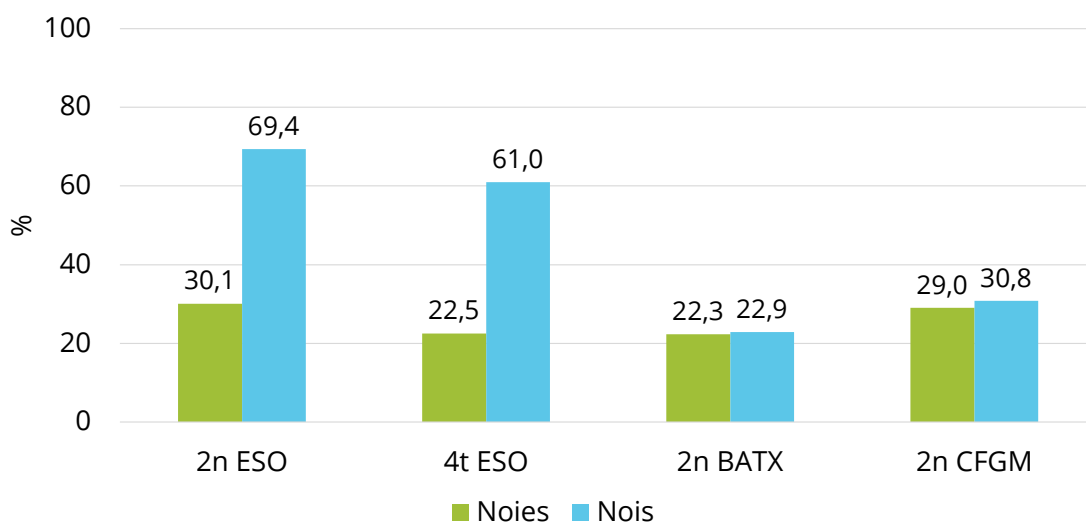
Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

No s'observen diferències per NSE del centre entre els nois, però sí entre les noies, sent més freqüent entre les que estudien a centres de NSE desfavorit (15,8% i 12,9% respectivament). No s'observen diferències segons el lloc de naixement.

## Índex de massa corporal

Els nois presenten excés de pes amb més freqüència que les noies (1 de cada 4 noies i 1 de cada 3 nois), si bé, aquestes diferències es donen entre els més joves per desaparèixer en cursos superiors (Figura 33).

**Figura 33.** Excés de pes segons sexe i curs escolar en adolescents



Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

L'excés de pes és més freqüent entre l'alumnat de centres de NSE desfavorit on, a més, les diferències entre noies i nois són més accentuades (40,5% dels nois respecte el 29,5% de noies). Als centres de NSE afavorit l'excés de pes es troba en el 29,2% dels nois, i el 23,1% de noies. Si bé no s'observen diferències segons el lloc de naixement per als nois, les noies nascudes fora de Catalunya (37,1% resta de l'Estat espanyol i 34,8% estranger) presenten excés de pes en major freqüència que les nascudes a Catalunya (23,6% Barcelona, 26,4% resta de Catalunya).

L'oci sedentari relacionat amb la utilització de pantalles i l'adopció d'hàbits alimentaris allunyats de la dieta mediterrània (begudes ensucrades, brioixeria industrial, processats, etc.) poden explicar l'alta prevalença d'excés de pes. La forta pressió social i mediàtica sobre l'aspecte físic de les dones i les noies podria estar explicant les diferències en les prevalències entre noies i nois, si bé, això suposa un alt cost en la satisfacció amb el propi cos i en el benestar emocional (Solomon-Krakus et al., 2017).

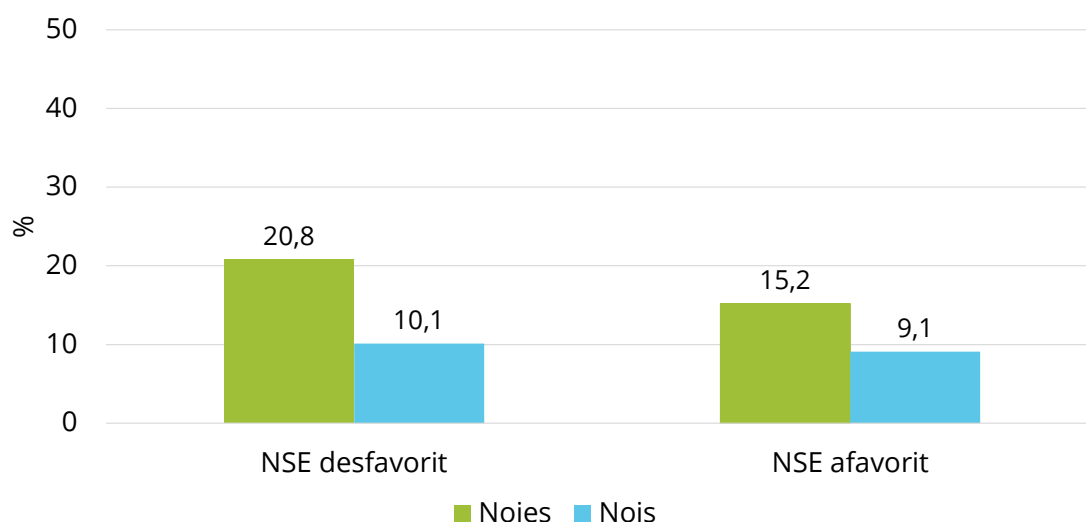
El baix pes es dona en el 0,8% de les noies i l'1,2% dels nois sense que s'observin diferències segons el curs realitzat, el NSE del centre educatiu o el lloc de naixement.

## Activitat física

Les noies fan menys activitat física que els nois. La prevalença d'inactivitat de les noies (17,5%) pràcticament dobla la dels nois (9,5%). La inactivitat física augmenta amb l'edat i de forma més marcada en les noies. Així, a 2n de l'ESO les noies inactives (9,9%) es situen 2,5 punts per sobre dels nois, mentre que a 2n de Batxillerat, el 26,4% de les noies són inactives, 12,5 punts per sobre dels nois. Aquestes diferències són encara més acusades a 2n de CFGM.

La Figura 34 mostra que la inactivitat física en el temps de lleure és més freqüent entre les noies de centres de NSE desfavorit, sent en aquests centres on també les diferències de gènere són més acusades. També s'observen diferències per a les noies nascudes a l'estranger entre les que la inactivitat física en el lleure (28,5%) és superior a la resta de noies (15,2% a Barcelona). Aquestes diferències no s'observen en el nois.

**Figura 34.** Inactivitat física segons sexe i NSE en adolescents



Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

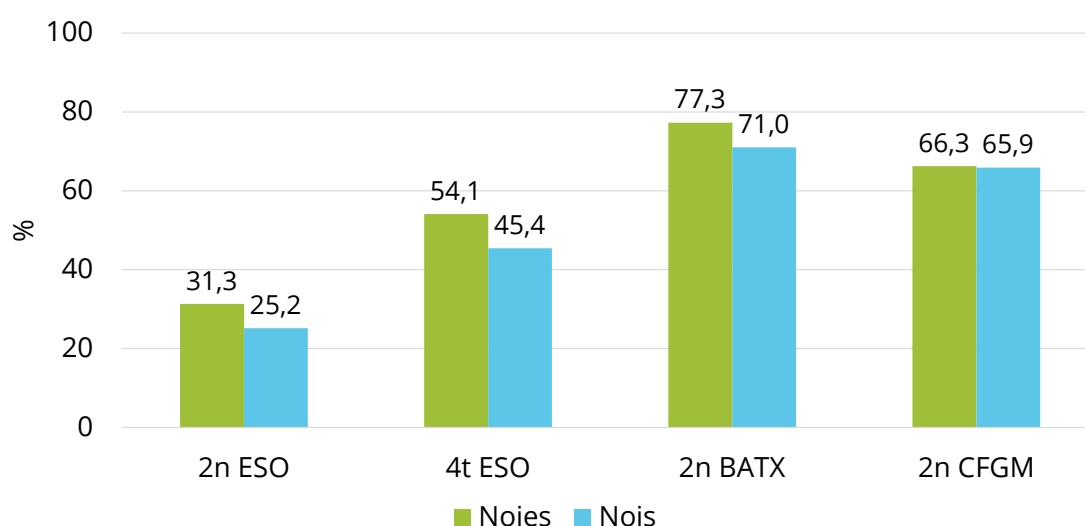
Les raons de la menor activitat física entre les noies són complexes. D'acord amb l'ordre de gènere establert poden percebre una pressió per comportar-se d'una manera que es considera femenina però al mateix temps per ser atlètica, el que resulta en una negociació complexa amb un discurs de gènere contradictori i ambigu institucionalitzat (Spencer et al., 2015). A més, els tipus d'activitat física és diferent en nois i noies. Per exemple, un estudi realitzat a Noruega observava que les noies tendeixen a participar en balls, gimnàstica, exercici amb música, salts de corda, mentre que els nois participen amb més freqüència en handbol per equips, escalada, natació / jocs aquàtics, senderisme de muntanya o futbol (Resaland et al.

2019). La socialització de gènere en relació amb l'activitat física comença en edats primerenques.

## Son

El 54% de les noies i el 45,4% dels nois no dormen les vuit hores diàries recomanades a la seva edat en dies lectius. No hi ha diferències significatives segons el NSE ni segons lloc de naixement. La prevalença de son insuficient en dies lectius s'incrementa amb l'edat de manera que són majoria a partir de segon de batxillerat (Figura 35). Aquests resultats són coincidents amb els trobats a diferents estudis, que assenyalen el tabac, l'ús de pantalles, la llum nocturna, un ambient familiar negatiu i la cafeïna associats amb una disminució del son total, mentre que una bona higiene del son i hores d'anar a dormir marcades pels pares s'han relacionat amb més hores de son (Bartel et al., 2015).

**Figura 35.** Son insuficient en dies lectius segons sexe i curs escolar en adolescents

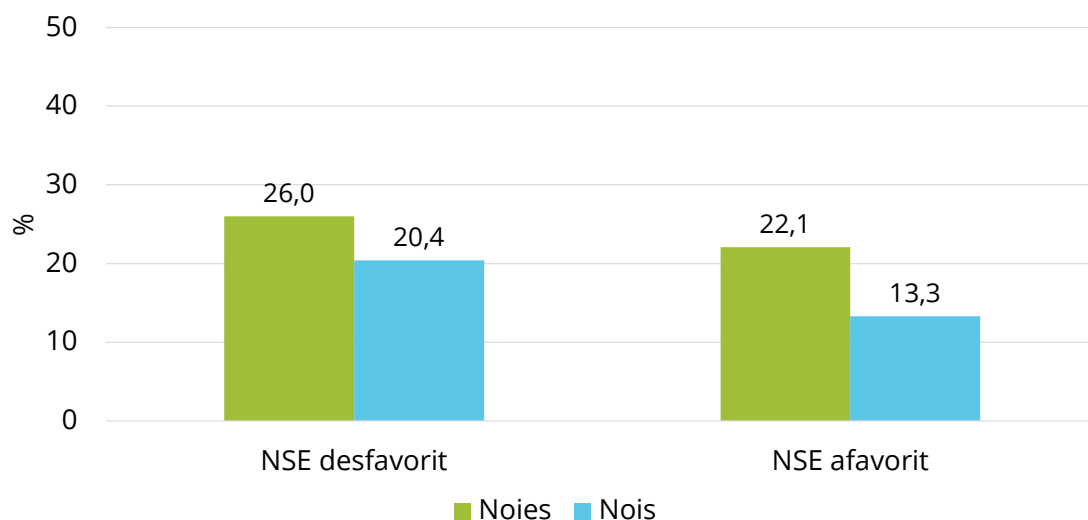


Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

## Violència de gènere

La proporció de noies i nois adolescents que declaren haver patit maltractament emocional, físic o sexual per part de la seva parella en el darrer any és del 24,1%, en el cas de les noies i del 17,4% en el dels nois. Les desigualtats de gènere s'observen tant en NSE afavorit com desfavorit. A més, la prevalença és superior als territoris de NSE desfavorit (Figura 36). No s'observen diferències en el maltractament per part de la parella segons país de procedència.

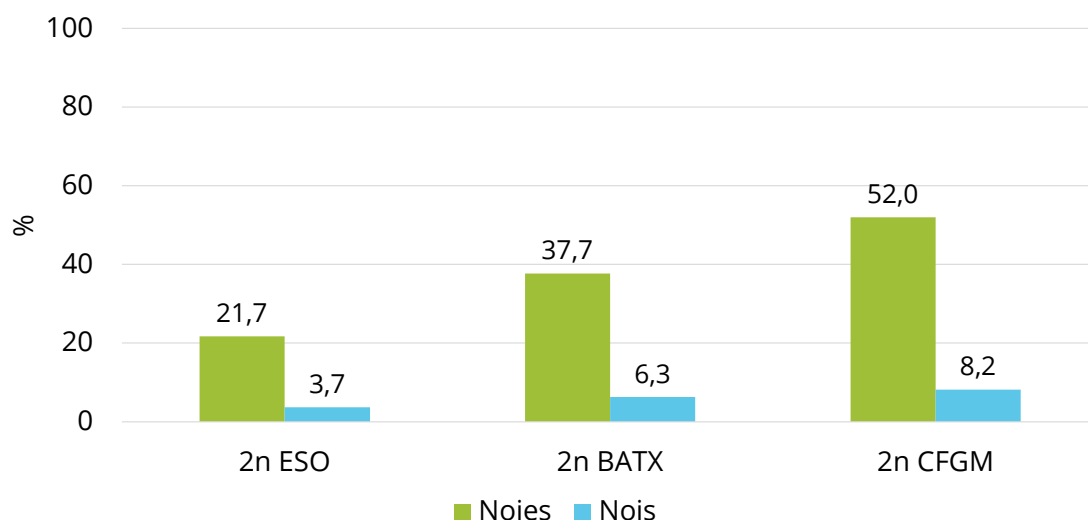
**Figura 36.** Maltractament per part de la parella en l'últim any segons sexe i NSE en adolescents



Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

L'any 2021, el 38% de les noies i el 6% dels nois declaren haver patit assetjament sexual a Barcelona en l'últim any. Els espais on manifesten haver-ho patit més freqüentment són, per aquest ordre: al carrer (el 27,7% de les noies), a les xarxes socials (el 13,7%) i als espais d'oci (el 13,6%). A més, són les noies de centres ubicats en barris desfavorits (el 41,3% front el 35% de noies de nivell afavorit) i les nascudes a l'estranger (el 42% front el 35,6% de les nascudes a Barcelona) les que declaren haver patit més freqüentment aquest tipus de situacions.

La Figura 37 mostra la distribució de l'assetjament sexual per sexe i curs de l'alumnat adolescent de Barcelona. En els dos sexes augmenta amb l'edat, però de manera molt més accentuada entre les noies.

**Figura 37.** Assetjament sexual segons sexe i curs escolar en adolescents

Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

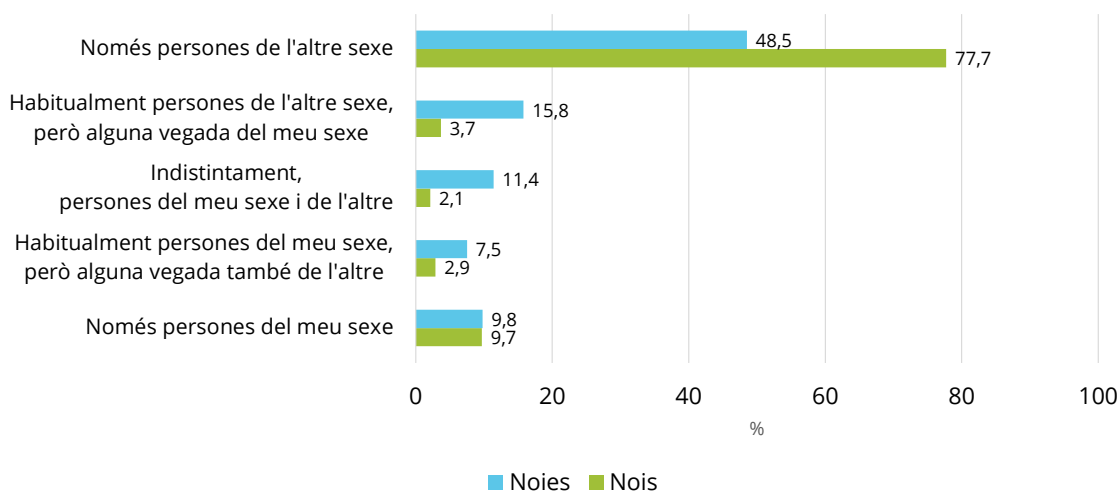
## Identitat de gènere

Segons dades del FRESC-2021, el 97% de les noies i el 98% dels nois enquestats declaren una identitat cis, és a dir, que es correspon amb el sexe assignat en néixer. El 0,4% de les noies i el 0,7% dels nois declaren una identitat trans. A més, les identitats no binàries són més freqüents entre les noies (2,6%) que entre els nois (1,2%). Són les noies de barris desfavorits les que s'identifiquen en major proporció amb una identitat no binària (el 3,3% front el 2,1% de les noies de barris afavorits) mentre que en el cas dels nois, el no binarisme és més present en els de barris afavorits (1,7% vers 0,3% en barris no afavorits). No s'observen diferències pel que fa a les identitats cisgènere, transgènere i no binàries segons país de naixement.

## Atracció sexual

A Barcelona, el 48,5% de les noies adolescents declaren sentir atracció sexual exclusivament per persones de l'altre sexe, mentre que en el cas dels nois en són el 77,7% (Figura 38). En ambdós sexes, és l'alumnat de centres situats en barris afavorits qui declara més freqüentment una atracció sexual diferent a la de per persones de l'altre sexe. No s'observen diferències quant a atracció sexual segons el país de naixement de l'alumnat.



**Figura 38.** Atracció sexual en adolescents segons sexe

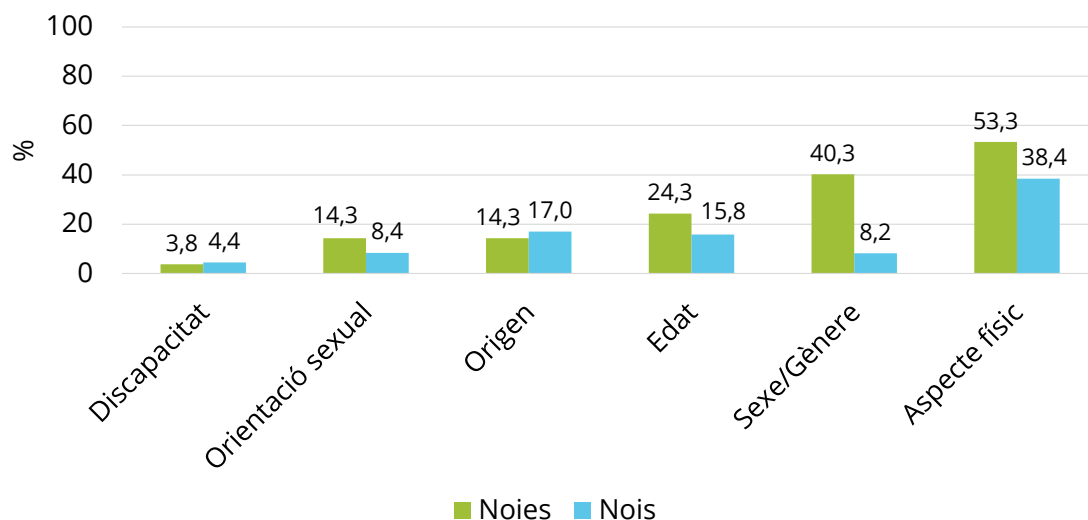
Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

Les dades sobre l'atracció sexual en adolescents indiquen que s'està produint un canvi en la seva concepció de la sexualitat, més oberta que en generacions anteriors (Carrere et al., 2022). El creixement del feminisme entre les noies adolescents i joves i el desig de trencar amb les normes de gènere definides pel sistema patriarcal pot haver influït en aquesta tendència, observada també en d'altres països (England et al., 2016; Office for National Statistics, 2022). En els nois, però, aquest canvi és menor. S'ha assenyalat que el canvi de l'ordre de gènere ha estat asimètric, amb les dones més actives que els homes en aquest aspecte (England, 2010).

## Discriminació

Les noies adolescents pateixen algun tipus de discriminació amb més freqüència que els nois. En concret, el 74,6% declara haver patit algun tipus de discriminació durant l'últim any en comparació amb el 25,4% dels nois, sense observar-se diferències segons NSE ni país de naixement de l'alumnat. La Figura 39 mostra els principals motius de discriminació entre la població adolescent, per sexe. La prevalença de discriminació és superior en les noies per a la majoria dels motius, excepte per la relacionada amb l'origen i la discapacitat on els percentatges són similars en els dos sexes.

**Figura 39.** Tipus de discriminacions en població adolescent segons sexe i motiu de discriminació. Barcelona 2021 en adolescents



Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

L'aspecte físic és la principal raó de discriminació en les noies i nois adolescents de Barcelona, cosa que probablement té a veure amb l'augment de la pressió social sobre la imatge corporal lligada en bona part a les xarxes socials i els mitjans de comunicació (Mills et al., 2018). A més, aquesta discriminació és més freqüent en les noies de barris desfavorits (58,5% vers 50,1% en barris afavorits). Respecte al país de naixement, és més freqüent entre les noies nascudes en d'altres CCAA (61%) i menys entre les nascudes en un país estranger (47,4%). En els nois, en canvi, no s'observen diferències ni per NSE ni per país de naixement.

La discriminació per raó de sexe/gènere és la segona causa de discriminació en les noies, augmentant respecte a anys anteriors, mentre que en els nois ho és la discriminació per origen o ètnia. En les noies, la discriminació per raó de sexe/gènere augmenta amb l'edat i és lleugerament superior en els barris afavorits. A més, igual que en el cas de la discriminació per aspecte físic, en les noies nascudes en un país estranger la prevalença de discriminació per raó de sexe/gènere és menor. Quant a la discriminació per orientació sexual, també és més freqüent en les noies (14,3%) que en els nois (8,4%), sense observar-se diferències segons NSE ni segons país de naixement.

## Divisió sexual del treball

### Treball remunerat

Dues de les característiques principals de les persones de 16 a 24 anys en relació amb el mercat laboral són l'elevat atur i la inestabilitat de l'ocupació. Respecte les hores de treball remunerat no hi ha diferències entre homes i dones, tampoc en tenir en compte el país de procedència, ni tampoc diferències segons la classe social en les dones. En canvi, els homes de classe social no manual amb més freqüència fan jornades de menys de 30 hores setmanals i també de més de 40 hores. Probablement les jornades reduïdes estan relacionades amb la compaginació amb els estudis, mentre que les jornades llargues es podrien relacionar amb llocs de treball amb bones perspectives de promoció professional que impliquen jornades extensives.

Les dades de l'ESB-2021 suggereixen que la inestabilitat de l'ocupació s'expressa de diferent manera segons el sexe i el país de procedència. Treballar sense contracte és més freqüent en les persones nascudes en països de renda baixa, sobretot les dones (14,3% dels homes assalariats i 25% de les dones), probablement lligat al treball domèstic remunerat, mentre que els contractes temporals són més freqüents en ambdós sexes en les persones nascudes a Catalunya (59,0% dels homes i 52,5% de les dones). En canvi no hi ha diferències en relació amb la classe social.

### Treball domèstic i de cura

En aquest grup d'edat les diferències segons el tipus de llar entre homes i dones són escasses: la major part viuen en llars formades per una parella amb fills o filles, amb altres persones o no (64,8% de les dones i 61,0% dels homes, segons l'ESB-2021). Probablement la majoria d'aquests joves viu encara a casa amb els seus pares i mares. Destaca l'elevada proporció de persones d'aquesta edat que viuen en llars monoparentals (27,8% de les dones i 24,1% dels homes).

Atenent a les dades de l'ESB-2021, s'observen diferències en la cura de menors de 15 anys convivents, doncs en molta major freqüència les dones s'ocupen elles soles de la seva cura: 28,6% de les dones i 2,3% dels homes. Per contra els homes amb molta més freqüència manifesten que se n'ocupen altres persones (77,3% els homes i 48,6% les dones). En canvi no hi ha diferències en relació amb la cura de les persones de més de 64 anys ni tampoc amb les que tenen necessitats especials de cura, en ambdós casos el més freqüent és que se n'ocupin elles mateixes o altres persones.

No hi ha diferències en la responsabilitat del treball domèstic entre homes i dones [la majoria manifesta que ho fan altres persones (65,1%) i només un 4,4% que ho fa sol/a] ni tampoc en les hores que s'hi dediquen en cap de setmana, però si n'hi ha en els dies feiners, de manera que segons dades de l'ESB-2021 en les persones que no viuen soles les dones hi dediquen 8,4 hores setmanals i els homes 6,7.

Les desigualtats observades en la cura de menors de 15 anys i la dedicació al treball domèstic probablement està restringida a les persones d'aquesta edat que tenen criatures, doncs mentre no se'n tenen es tendeix més a compartir ambdues tasques i és a partir d'aquest moment on la dedicació augmenta en les dones, atenent al seu rol de gènere (Solera & Mencarini, 2018).

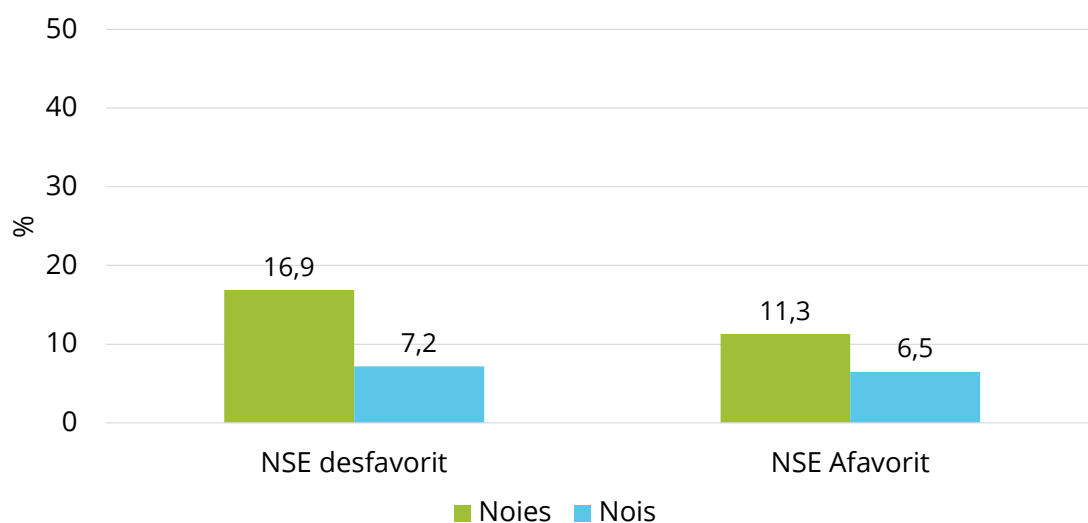
## Estat de salut

A continuació s'analitzen les desigualtats de gènere en l'estat de salut percebut, la salut mental, els problemes de salut relacionats amb el treball i les lesions de trànsit.

### Estat de salut percebut

Ja en edats joves s'observen desigualtats de gènere en la salut percebuda. El 13,5% de les noies i el 6,8% dels nois valoren negativament la seva salut. Com s'aprecia a la Figura 40 la prevalença de mala salut percebut és més alta entre l'alumnat de centres escolars de territoris en situació desfavorida.

**Figura 40.** Mal estat de salut percebut segons sexe i NSE en adolescents



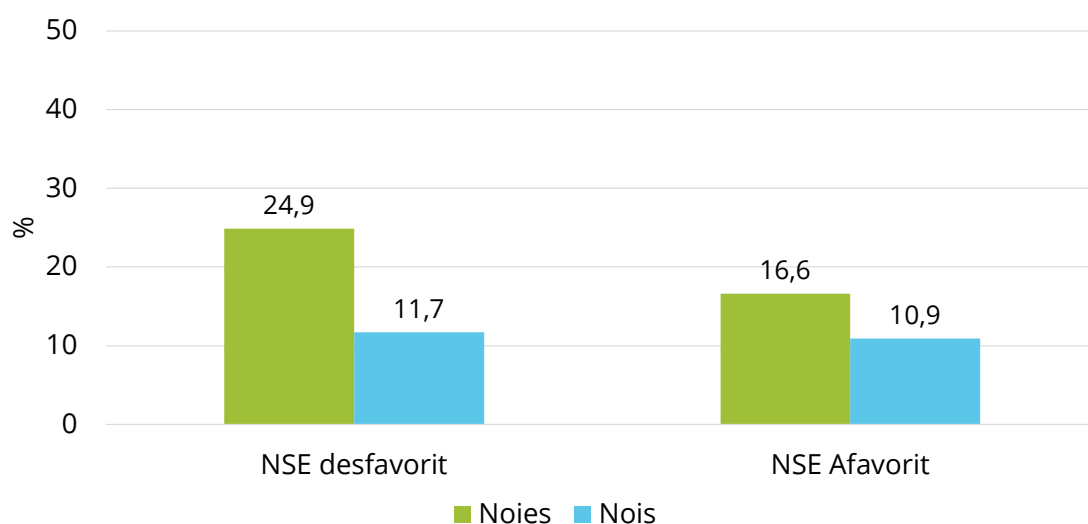
Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

En les noies la prevalença és més alta entre les estrangeres (23,1% vers l'11,7% de entre les nascudes a Barcelona). No s'observen diferències segons lloc de naixement entre els nois.

## Estat de salut mental

També entre les persones més joves s'observen desigualtats de gènere en l'estat de salut mental. El 19,9% de les noies i l'11,1% dels nois tenen problemes de salut mental. La prevalença de mala salut mental i les desigualtats de gènere són superiors als barris desfavorits (Figura 41).

**Figura 41.** Mal estat de salut mental segons sexe i NSE en adolescents



Font: Enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària de 2021.

En relació al lloc de naixement la prevalença més baixa es dona entre les noies nascudes a Barcelona (18,4% vers 24,2 resta Catalunya, 27,8% resta de l'Estat espanyol i 25,7% estranger). Aquestes diferències no s'observen en els nois.

## Salut i treball

Les persones més joves són les que tenen menys problemes de salut laboral, tot i així ja s'observen alguns patrons de gènere que s'accentuen en edats superiors. Per exemple, el 2021 es van produir 1.469 lesions per accident de treball en homes i 1.008 en dones d'entre 16 i 24 anys, de les que 7 van ser greus, 5 en homes i 2 en dones (no es va produir cap lesió mortal). Tant en homes com en dones aquestes lesions van ser més freqüents en les ocupacions manuals, sobretot en els homes

(83,7% de totes les ocorregudes en homes i 69,6% en les dones) (Cortès Franch et al., 2022).

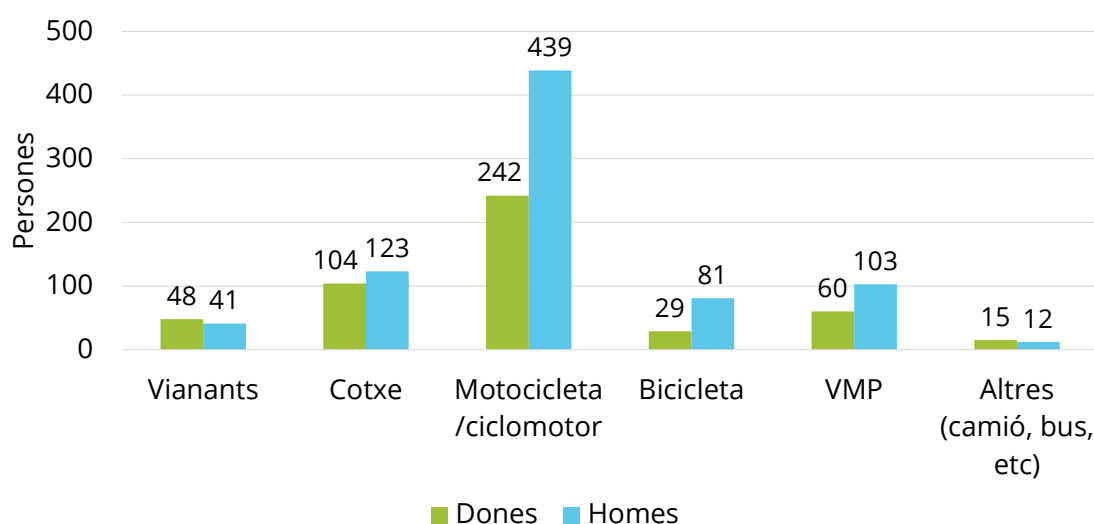
Es van notificar 12 malalties professionals, 10 en dones (3 per risc biològic i 7 malalties de la pell) i 2 en homes. Pel que fa a les malalties relacionades amb el treball només se'n van notificar 7 en aquest grup d'edat (cal tenir en compte el descens de les notificacions en tots els grups d'edat durant la pandèmia de COVID-19), totes van ser trastorns mentals i del comportament, la qual cosa es podria relacionar amb la major precarietat dels llocs de treball de les persones més joves.

## Lesions de trànsit

L'any 2021, 1.297 persones joves de 16 a 24 anys es van lesionar en una col·lisió de trànsit a Barcelona. Representen el 15% del total persones lesionades a la ciutat. Eren dones quatre de cada 10. Van morir un home i una dona, i van ser ferits greus 31 (dos de cada 3 eren homes).

Malgrat la distribució de les persones lesionades segons mode de transport es similar en homes i dones, hi ha una major proporció de dones que d'homes vianants atropellades. En canvi, la proporció d'homes usuaris de motocicleta o ciclomotor lesionats era major que la de dones (Figura 42).

**Figura 42.** Persones de 16-24 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i mode de transport. Barcelona 2021

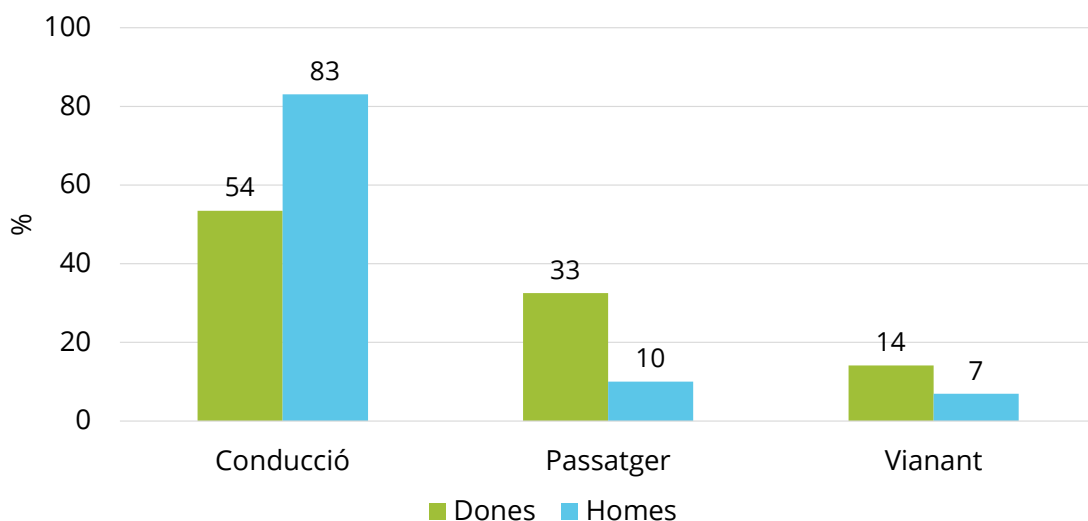


Font: Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona

Segons la posició al vehicle, el percentatge d'homes lesionats conductors (83,1%) es major que la de dones conductores (53,5%). En canvi, la proporció de dones

passatgeres (32,5%) o vianants (14,1%) es major que la d'homes (10,0% i 6,9% respectivament) (Figura 43), cosa que reflecteix l'ordre de gènere en la posició de les persones als vehicles.

**Figura 43.** Persones de 16-24 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i posició al vehicle. Barcelona 2021



Font: Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona

---

# Persones de 25 a 64 anys

---

## Missatges clau

1. La prevalença de tabaquisme, consum de ric d'alcohol, drogues il·legals i excés de pes és superior entre els homes; la d'inactivitat física i mala qualitat del son ho és entre les dones
2. La prevalença d'inactivitat física en el temps de lleure i d'excés de pes és superior entre les classes socials més desfavorides
3. La prevalença d'excés de pes i d'hores de son insuficients són més altes en les persones nascudes en països de renda baixa
4. No hi ha diferències de gènere en la prevalença de son insuficient, però entre les dones és més freqüent entre les de classe social desfavorida i les procedents de països de renda baixa. La mala qualitat del son és superior entre les dones, sobretot les de Catalunya
5. La prevalença de discriminació és superior entre les dones
6. La divisió sexual del treball és fa palesa amb una menor participació de les dones al mercat de treball, més atur i precarietat, així com una menor participació dels homes en el treball domèstic i de cura
7. Les principals causes de mort són les causes externes i els tumors
8. La prevalença de mal estat de salut percebut i mal estat de salut mental és més alta en les dones, les classes socials desfavorides i les persones procedents de països de renda baixa
9. Les lesions per accident de treball o per trànsit són més freqüents entre els homes; les malalties professionals i les relacionades amb el treball ho són en dones
10. L'ús de serveis sanitaris és superior entre les dones i les classes socials desfavorides, excepte en el cas de l'atenció especialitzada ambulatoria que és més freqüent entre les classes socials afavorides



En aquest capítol s'aprofundeix en els indicadors de salut entre persones de 25 a 64 anys. En general, s'examinen les desigualtats segons l'edat, l'NSE i el país de procedència, tot i que en alguns indicadors no es disposa d'informació sobre alguns d'aquests eixos de desigualtat.

## Socialització de gènere

En aquesta secció es descriuen les desigualtats de gènere en els hàbits relacionats amb la salut, la violència de gènere, la identitat de gènere i l'atracció sexual.

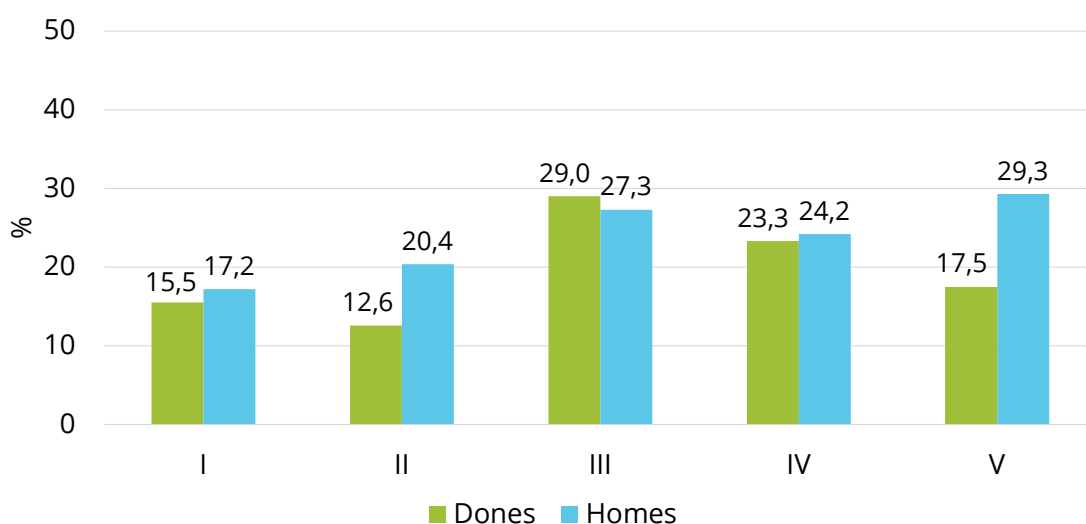
### Hàbits relacionats amb la salut

S'analitzen a continuació el consum de tabac, alcohol, drogues il·legals, índex de massa corporal, activitat física i son.

#### Tabac

La prevalença de consum habitual de tabac en aquest grup d'edat és similar en homes i dones (22,6% dels homes i 20,4% de les dones). Com s'observa a la Figura 44, als dos sexes la prevalença és inferior en les classes més afavorides.

**Figura 44.** Consum de tabac en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social

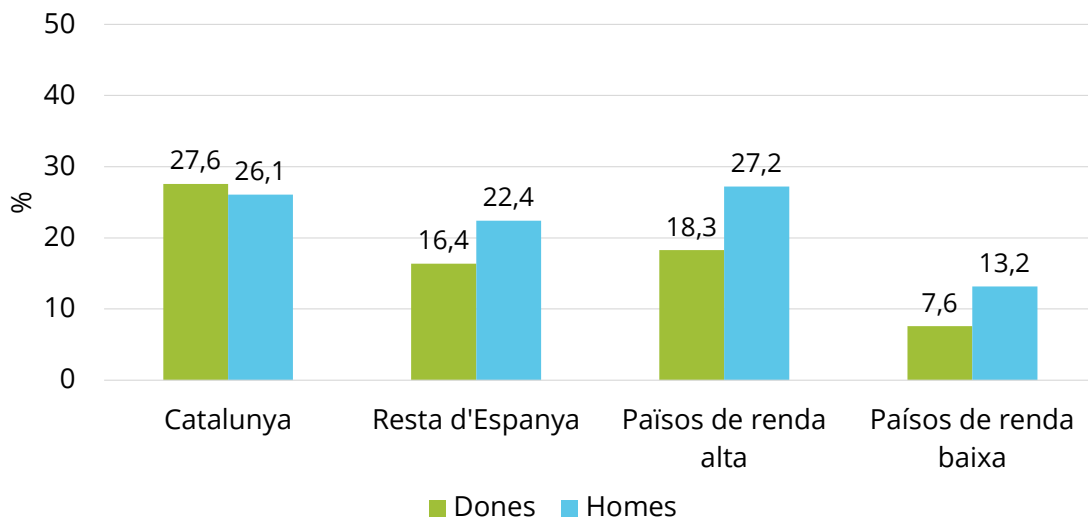


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

La prevalença més baixa de tabaquisme es dona entre les persones procedents de països de renda baixa. A més, mentre no hi ha diferències de gènere entre les persones nascudes a Catalunya, a la resta de llocs de naixement la prevalença és més alta entre els

homes (Figura 45). Aquestes diferències poden ser explicades per les diferents normes i estereotips que les diferents cultures atorguen als rols de gènere en relació amb el tabac.

**Figura 45.** Consum de tabac en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència

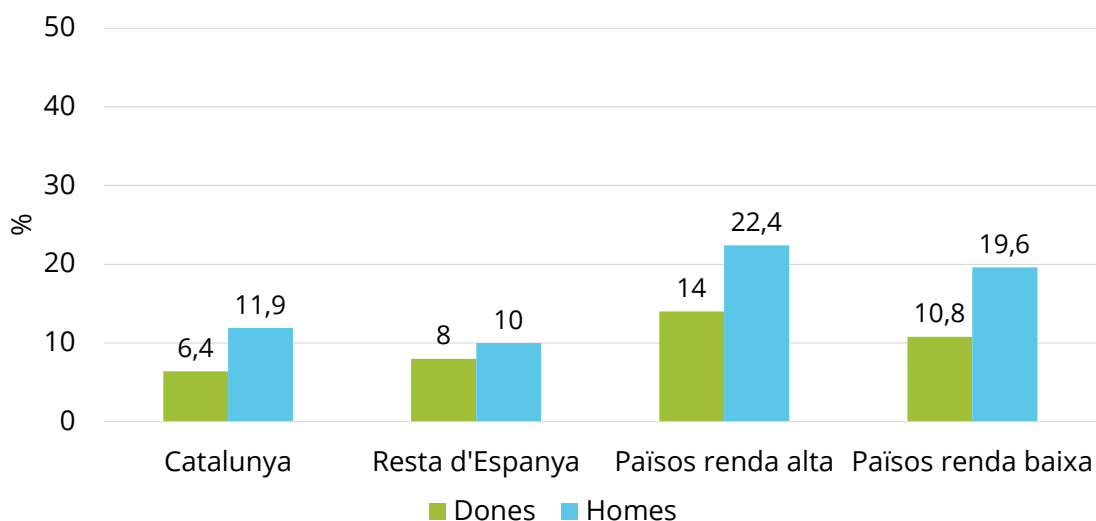


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

## Alcohol

Segons dades de l'ESB-2021, el consum de risc d'alcohol és inferior entre les dones (8,2% respecte el 14,4%). No s'observa associació amb la classe social. Com s'aprecia a la Figura 46, el consum de risc d'alcohol és més freqüent entre les persones nascudes a l'estranger, especialment entre els homes.

**Figura 46.** Consum de risc d'alcohol en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

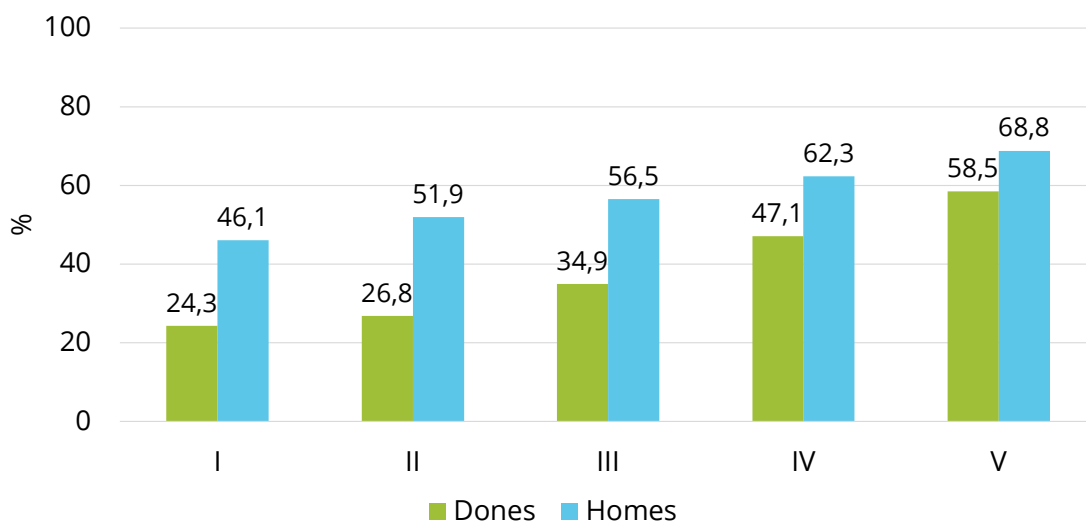
## Consum de drogues il·legals

Com amb el tabac i l'alcohol, la prevalença de consum de drogues il·legals és superior entre els homes. La droga més consumida en els darrers 30 dies, després del tabac i l'alcohol, és el cànnabis (6,1% de les dones i 13,3% dels homes). El 0,5% de les dones i el 2,5% dels homes han consumit cocaïna en els darrers 30 dies i només el 0,1% dels homes han consumit heroïna.

## Índex de massa corporal

Segons l'ESB-2021, el 35,8% de les dones i el 55,4% dels homes presenten excés de pes. A la Figura 47 s'observa un gradient en l'excés de pes que és superior entre les classes desfavorides.

**Figura 47.** Excés de pes en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

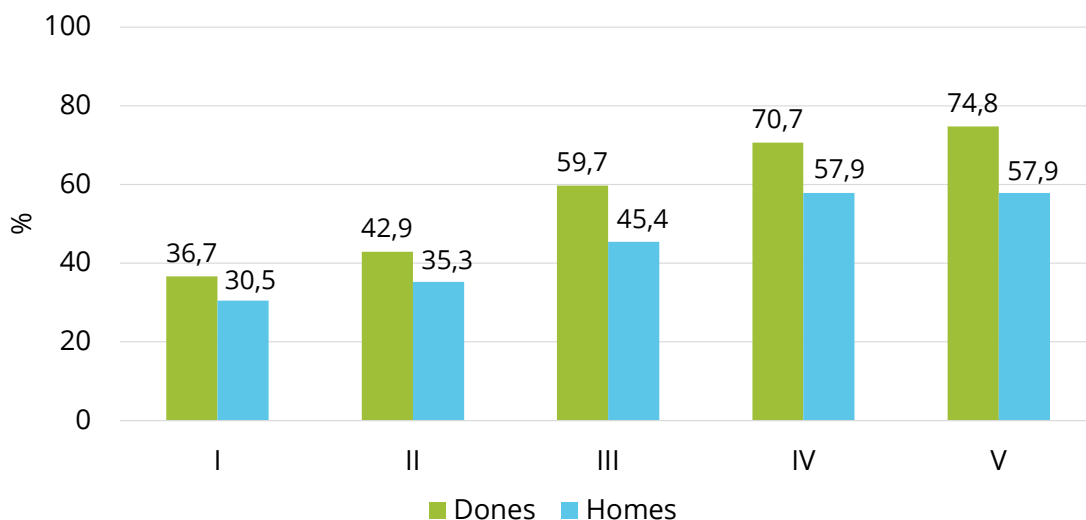
Atenent al país de naixement, les persones procedents de països de renda alta tenen la menor prevalença d'excés de pes (25,4% dones i 35,4% homes) i la menor diferència entre dones i homes. Contràriament, les persones nascudes a països de renda baixa presenten major prevalença d'excés de pes (40,3% dones i 62,3% homes) i les majors diferències de gènere.

La prevalença del baix pes és molt inferior. Entre les persones de 25 a 64 anys, el presenten el 3,4% de les dones i el 0,5% dels homes. Les classes socials més afavorides tenen la major prevalença en dones (5,1%) i la menor en homes (0,1%), així com les diferències de gènere més acusades.

## Activitat física

El 55,3% de les dones i el 44,4% dels homes no fan activitat física en el temps de lleure (excloent caminar). La inactivitat física en temps de lleure augmenta entre les classes socials més desfavorides (Figura 48).

**Figura 48.** Inactivitat física (excloent caminar) en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social



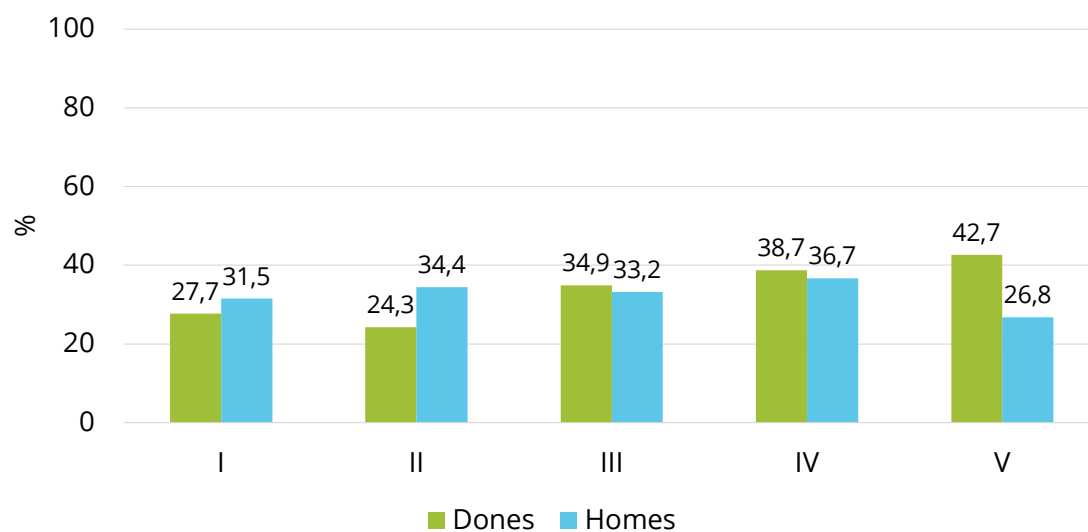
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

Les dones nascudes a Catalunya són les més inactives físicament (58,6%), situant-se 12,1 punts per sobre dels homes nascuts a Catalunya. Les dones nascudes a països de renda alta són les que presenten una prevalença d'inactivitat física més baixa (31,5%) a només 4,9 punts que els homes de la mateixa procedència. Les prevalences d'inactivitat física en les dones i els homes de països de renda baixa són 55,9% i 49,5%, respectivament.

## Son

En aquest grup d'edat, la prevalença de son insuficient és similar entre dones i homes (33,2% i 33,5%, respectivament). Entre les dones el son insuficient és més freqüent en les de classes socials més desfavorides, (Figura 49).

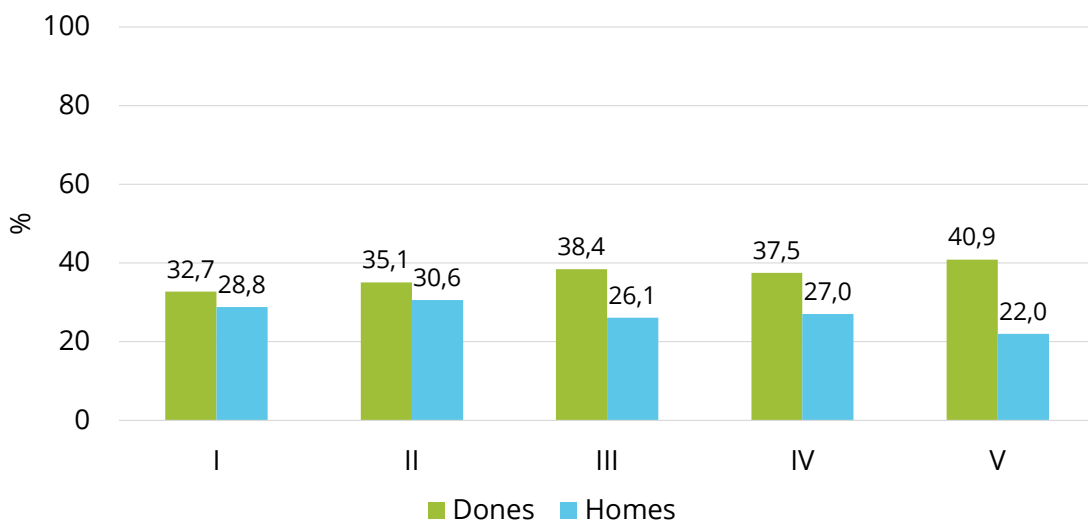
**Figura 49.** Son insuficient en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

Tanmateix, les dones presenten pitjor qualitat del son, 36,4% respecte el 27,3% en homes i, a més, en elles s'observa un gradient de classe social (Figura 50).

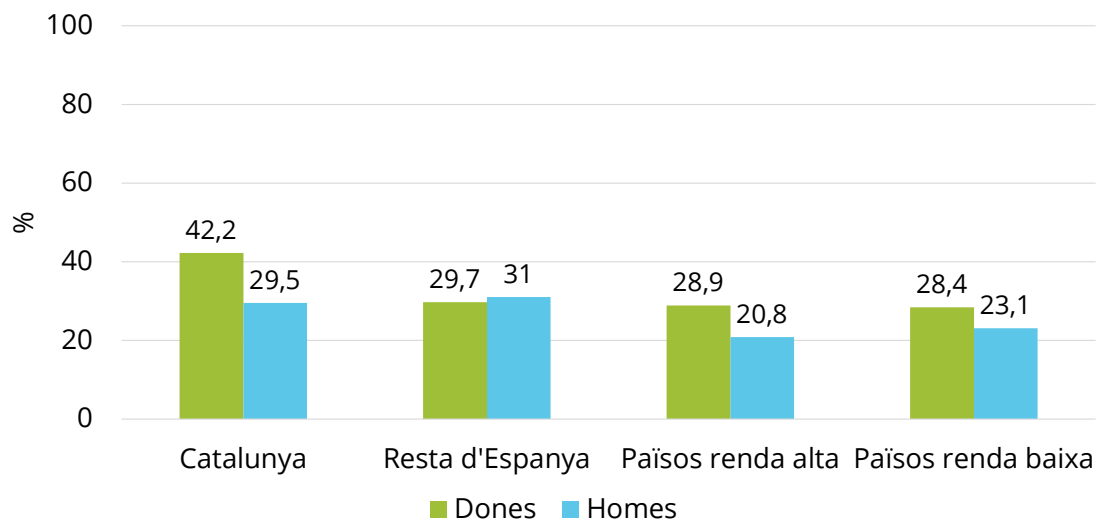
**Figura 50.** Mala qualitat del son segons sexe i classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

Les persones nascudes en països de renda baixa tenen una prevalença lleugerament superior de son insuficient. Pel que fa a la mala qualitat del son destaca l'alta prevalença en dones nascudes a Catalunya (Figura 51).

**Figura 51.** Mala qualitat del son en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

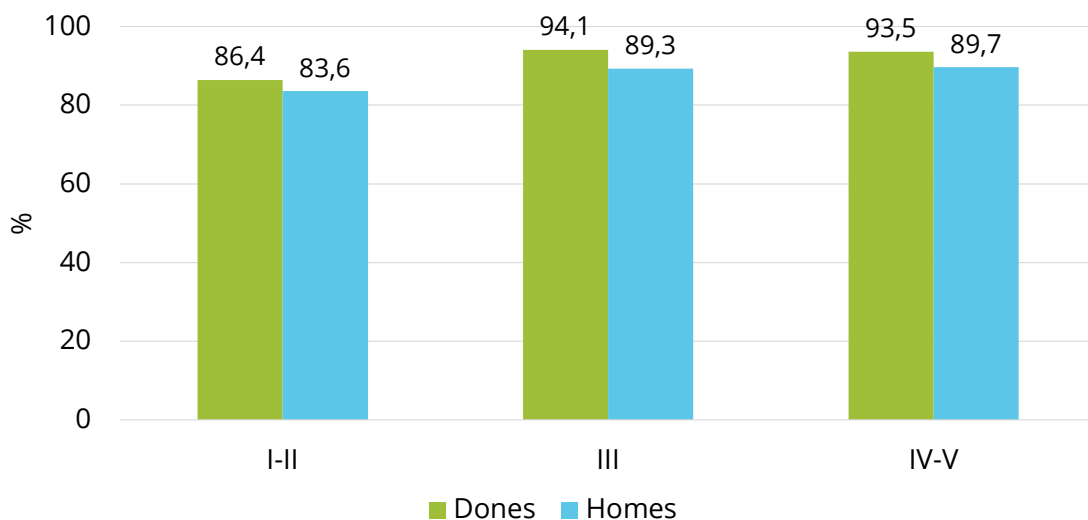
## Violència de gènere

La prevalença de violència en l'àmbit de la parella en aquest grup d'edat és un 2,9% en dones i 2,6% en homes. No s'observen diferències significatives per NSE ni per país d'origen.

## Atracció sexual

El 87,4% de les dones i el 90,9% dels homes se senten atrets exclusivament per les persones del sexe contrari. La proporció de persones que se senten atretes exclusivament pel sexe contrari és més baixa entre les classes socials més afavorides (Figura 52).

**Figura 52.** Persones de 25 a 64 anys que se senten atretes exclusivament pel sexe contrari segons sexe i classe social

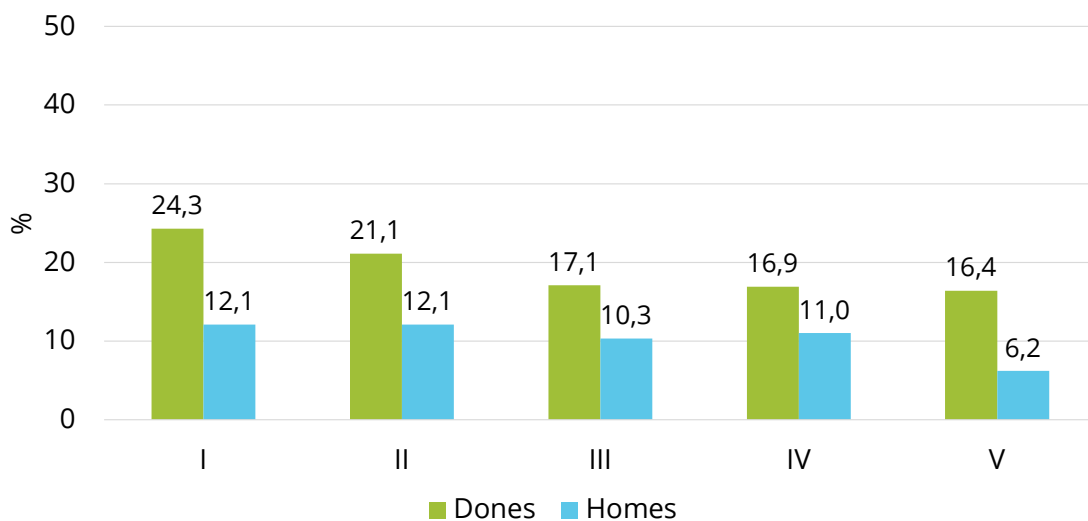


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

## Discriminació

El 19,5% de les dones i l'11% dels homes ha experimentat alguna discriminació durant l'últim any. En ambdós sexes hi ha un gradient segons la classe social, de manera que la percepció de discriminació és superior entre les classes socials més afavorides, probablement perquè estan més sensibilitzades sobre aquest tema (Figura 53).

**Figura 53.** Discriminació entre persones de 25 a 64 anys segons sexe i nivell d'estudis



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

## Divisió de gènere del treball

### Treball remunerat

Aquesta és l'etapa del cicle vital amb major dedicació al treball productiu en ambdós sexes i on s'observen marcades desigualtats de gènere, en bona part relacionades amb la dedicació al treball no remunerat domèstic i familiar.

### Activitat, ocupació i atur

La taxa d'activitat i d'ocupació de les dones d'aquest grup d'edat són inferiors a la dels homes, mentre que la d'atur és superior (Taula 3).

**Taula 3.** Nombre de persones i taxes d'activitat, ocupació i atur segons el sexe. Persones de 25 a 54 anys. Barcelona 2021

	Nombre de persones (milers)			Taxes (%)		
	Actives	Ocupades	Aturades	Activitat	Ocupació	Atur
Dones	316,7	286,7	30,1	90,5	81,9	9,5
Homes	300,0	275,3	24,7	94,0	86,2	8,2

Font: Enquesta de Població Activa, Institut Nacional d'Estadística.

Amb la COVID-19 s'ha invertit el patró de gènere d'ocupació i activitat ja que el 2021 el nombre de dones ha estat superior al nombre d'homes per primer cop en els darrers anys, no així el nombre de persones aturades, que ha disminuït de manera molt marcada en els homes. En altres crisis que han impactat l'àmbit laboral, s'ha observat que han augmentat les desigualtats de gènere. Per exemple, en la crisi de 2008 l'atur va augmentar de forma dramàtica en els homes, però la recuperació després de la crisi va ser molt més ràpida en ells, de manera que la taxa d'atur va tornar a ser inferior a la de les dones en pocs anys (Addabbo et al., 2014).

Aquesta és la situació de les persones de 25 a 54 anys, que no difereix de les majors de 54, excepte que tant el nombre de persones actives com d'ocupades és molt similar en ambdós sexes.

L'atur de llarga durada (més de 12 mesos), que reflecteix les dificultats per accedir a un lloc de treball després d'ocupar-ne un, és superior en les dones i s'incrementa



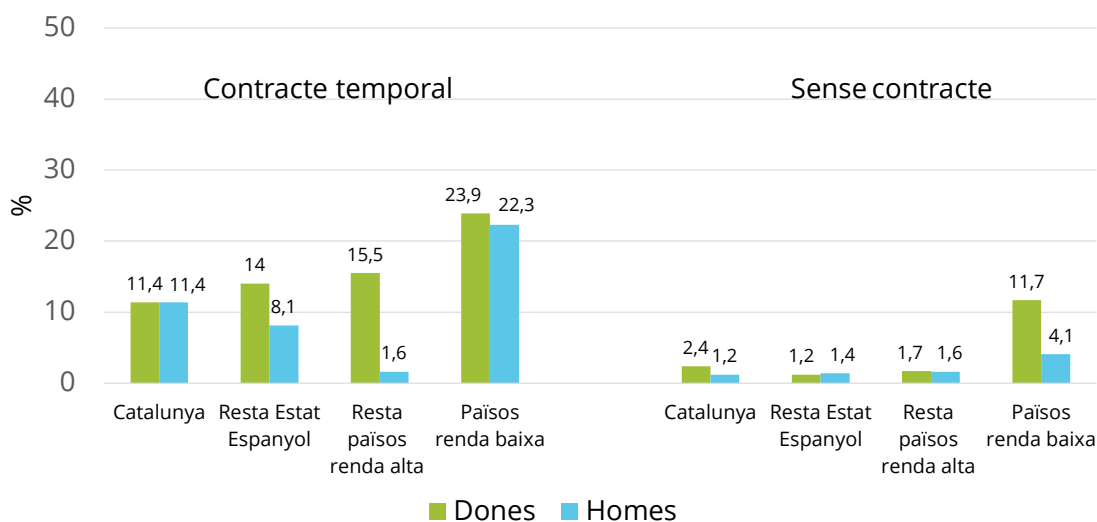
amb l'edat, de manera que la major magnitud s'observa en les dones més grans de 44 anys. Així, el 2021, el 70,5% de les dones aturades d'aquest grup d'edat portaven més de 12 mesos en atur, mentre que els homes n'eren el 64,7% (Departament d'Empresa i Treball, Generalitat de Catalunya). Les dones més grans sovint pateixen una doble discriminació en el mercat de treball: per motius de sexe i d'edat (Payne & Doyal, 2010).

### Precarietat laboral

La contractació inestables és més freqüent en les dones (en elles són més freqüents tant els contractes temporals com el treball sense contracte). Aquestes desigualtats s'aprecien amb més claredat entre les persones majors de 54 anys (segons l'ESB-2021 el 8,0% de les dones i el 5,8% dels homes assalariats d'aquesta edat treballen amb un contracte temporal, mentre que les dones assalariades que treballen sense contracte en són el 10,8% i els homes el 2,3%).

La precarietat laboral s'accentua en les persones procedents de països de renda baixa, especialment les dones (Figura 54), que amb major freqüència fan jornades inferiors a 30 hores (33,8%), treballen sense contracte (11,7% de les persones assalariades) i amb contracte temporal (17,0%).

**Figura 54.** Tipus de contracte en persones assalariades de 25 a 64 anys segons sexe i procedència



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

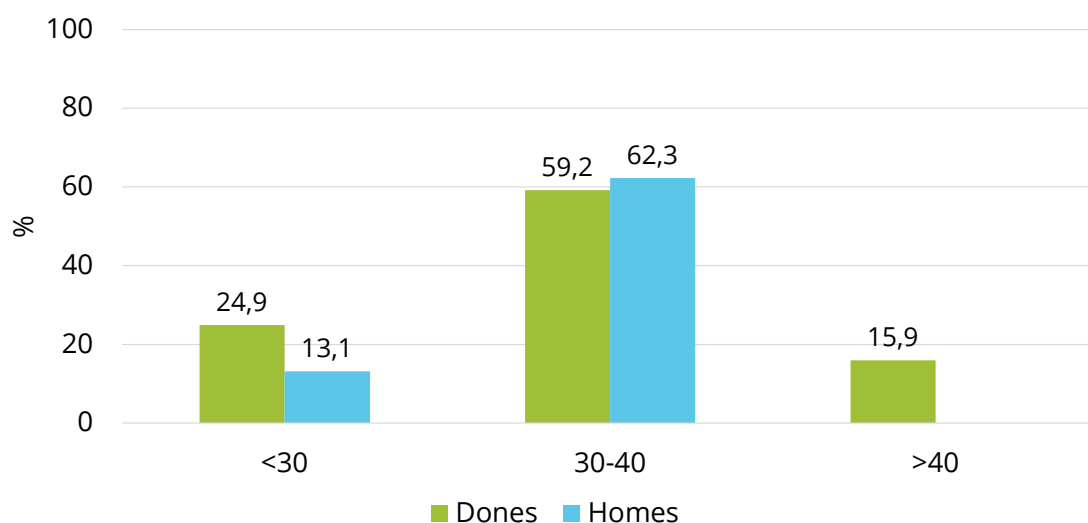
## Bretxa salarial

La bretxa salarial augmenta amb l'edat, a mesura que hi ha més oportunitats de promoció, de manera que en les persones de 25 a 44 anys el salari mitjà de les dones és de 25.148€ i el dels homes de 28.562€, mentre que en les persones de 45 a 64 anys el de les dones és de 31.861€ i el dels homes de 41.259€ (en ambdós casos dades de la Mostra Continua de Vides Laborals de 2020). Les desigualtats de salari s'observen només en les jornades completes, no en les parcials, el salari mitjà de les quals el 2020 era de 16.695€ en les dones i 16.665€ en els homes (dades referides a majors de 15 anys). Les desigualtats en el salari estan relacionades amb el nombre d'hores de treball remunerat així com amb la segregació horitzontal – els sectors més feminitzats tenen salaris més baixos – i amb la segregació vertical del treball, fet que queda reflectit en què, segons l'ESB-2021 el 2021 el 28,2% dels homes tenien persones al seu càrrec, mentre que les dones n'eren el 18,7%.

## Temps de treball

La distribució del temps de treball remunerat és una de les expressions més clares de la divisió sexual del treball. Tal com s'observa a la Figura 55, les dones amb més freqüència fan jornades a temps parcial per les necessitats de compaginació amb el treball de cura i domèstic no remunerat, mentre que els homes, atenent al rol de proveïdors principals de recursos a la llar, més freqüentment fan llargues jornades de treball.

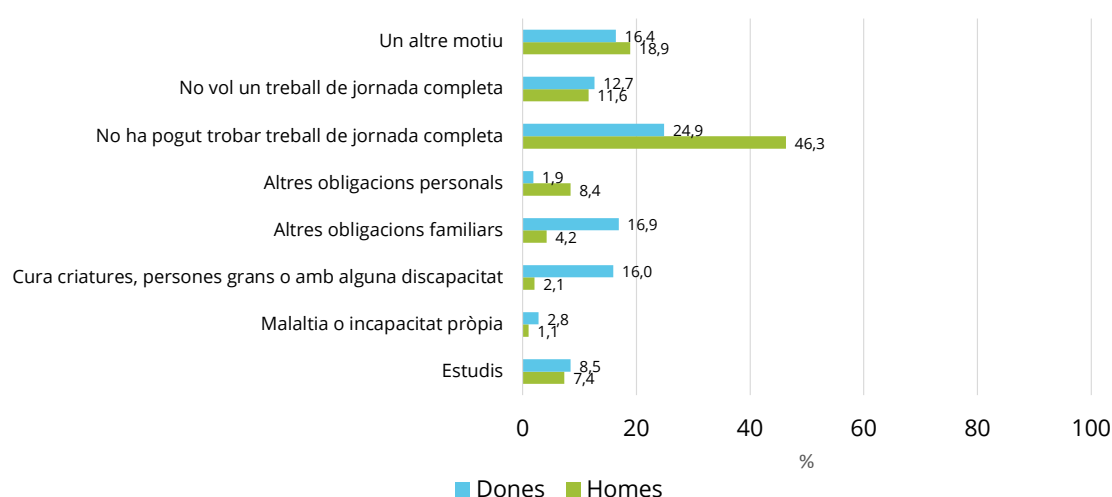
**Figura 55.** Hores setmanals de treball remunerat en persones de 25 a 64 anys segons sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

Les raons per treballar a temps parcial són diferents entre homes i dones, elles ho fan amb més freqüència per a la cura de persones o obligacions familiars, mentre quasi la meitat dels homes afirmen que la raó és no haver pogut trobar un treball a temps complet (Figura 56).

**Figura 56.** Raons per treballar a temps parcial en persones de 25 a 64 anys segons sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

També la classe social determina desigualtats en el temps de treball en les dones (el 38,5% de les dones de classe social manual fa jornades de menys de 30 hores a la setmana, mentre que les de classe no manual en són un 19,9%) i en la inestabilitat laboral, atès que les persones que treballen en ocupacions manuals més freqüentment tenen contractes temporals (en un percentatge similar homes i dones, al voltant del 17,0%) i també més freqüentment treballen sense contracte, situació aquesta darrera més freqüent en les dones (4,5% dels homes de classe manual i 11,6% de les dones).

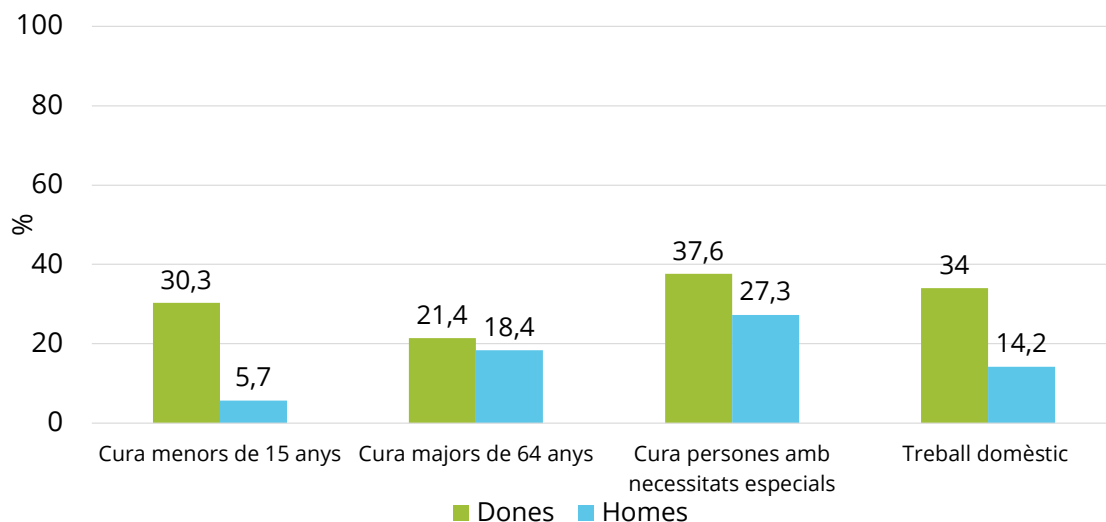
## Treball domèstic i de cura

Les diferències segons l'estructura de la llar no són gaire marcades en aquest grup d'edat, excepte que amb molta més freqüència les dones viuen en llars monoparentals (amb o sense altres persones) (14,0% de les dones i 7,3% dels homes, segons l'ESB-2021).

Com s'observa en la Figura 57, les dones amb molta més freqüència s'ocupen elles soles de la cura de menors de 15 anys, mentre que els homes amb més freqüència manifesten que se n'ocupen altres persones. Amb molta més freqüència les dones

d'aquesta edat s'ocupen elles soles del treball domèstic i hi dediquen més hores tant en dies feiners com en cap de setmana, en total elles hi dediquen 14,4 hores a la setmana (DE=9,1) i ells 9,7 (DE=6,7) (les persones que no viuen soles).

**Figura 57.** Persones de 25 a 64 anys que s'ocupen soles del treball domèstic i de cura no remunerat segons sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

També hi ha diferències en la cura de persones amb necessitats especials en sentit similar. Cal esmentar que els homes amb molta més freqüència conviuen amb persones amb necessitats especials que s'ocupen elles mateixes de la seva cura (25,3% dels homes i 11,1% de les dones), resultat que suggereix que en el cas dels homes, les persones amb necessitats de cura especial que no poden fer-se'n càrrec elles mateixes, no conviuen. Les dones de classe social manual amb més freqüència s'ocupen elles soles de la cura de menors de 15 anys (39,7% les de classe manual i 25,9% les de classe no manual) i sobretot de la cura de persones amb necessitats especials (51,9% les manuals i 25,8% les no manuals), en els homes, en canvi, no s'observen diferències segons la classe social. D'altra banda, no s'observen diferències en la responsabilitat de la cura de persones convivents majors de 64 anys, la majoria de les quals s'ocupen elles mateixes de la seva cura (61,1%).

També la responsabilitat principal d'aquest treball és més freqüent en les dones de classe social manual, mentre que els homes d'aquesta classe amb més freqüència manifesten que se n'ocupen altres. De manera similar, els homes de països de renda baixa són els que més manifesten que se n'ocupen altres persones i els que amb menor freqüència se n'ocupen ells sols. Entre les dones no hi ha diferències en relació amb el país de procedència.

## Estat de salut

S'examinen a continuació les desigualtats entre dones i homes de 25 a 64 anys en la mortalitat, l'esperança de vida, l'estat de salut percebut, l'estat de salut mental, els trastorns crònics, els problemes de salut relacionats amb el treball i les lesions de trànsit.

### Mortalitat

Segons dades del Registre de Mortalitat de Barcelona, l'any 2019 es van produir 15.110 defuncions a la ciutat, 7.968 (52,7%) van ser de dones i 7.142 (47,3%) d'homes. D'aquestes, 1.631 defuncions (10,8%) van correspondre a persones de 25 a 64 anys, 596 (7,5%) defuncions van ser de dones i 1.035 (14,5%) d'homes. Així, en aquest grup d'edat, la taxa de mortalitat és quasi el doble entre els homes (7,5 defuncions per 100.000 habitants en dones i 14,5 per 100.000 habitants en homes).

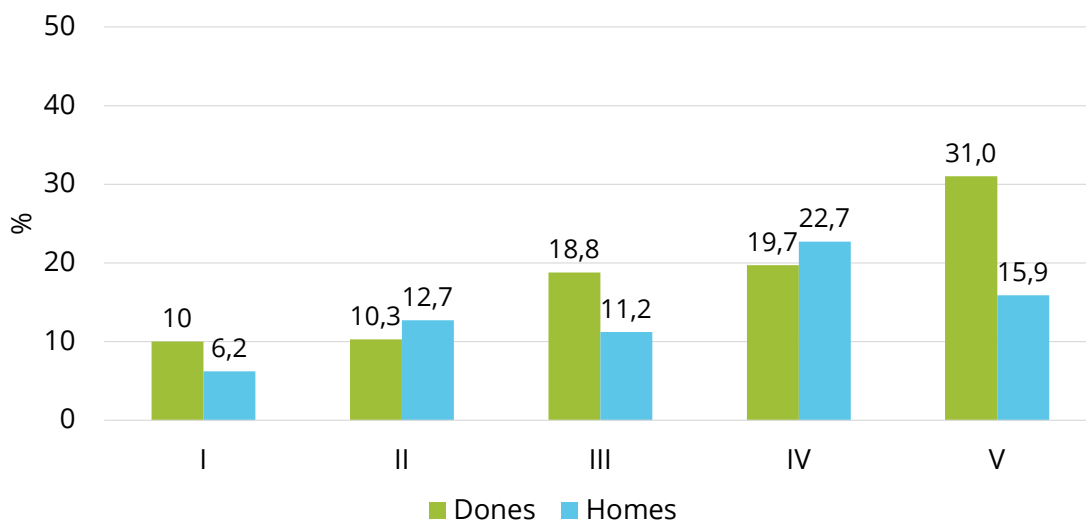
El perfil de gènere de la mortalitat difereix segons causes. Al 2019, les dues primeres causes de mort en aquest grup d'edat, tenint en compte els grans grups de causes de la 10a revisió de la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10) van ser les causes externes de mortalitat (morts no naturals) i els tumors. En les dones, la primera gran causa de mortalitat van ser els tumors, excepte per a les menors de 35 anys on ho van ser les causes externes. En canvi, en els homes, les causes externes van ser les més freqüents fins als 44 anys i, a partir d'aquesta edat, els tumors.

Pel que fa a les causes específiques de mort, en les dones de 25 a 44 anys, el càncer de mama i, en menor magnitud que en els homes, els suïcidis i les autolesions en van ser les principals. A partir dels 45 i fins als 64 anys, les causes més freqüents van ser els tumors (en primer lloc el càncer de mama i després el càncer de pulmó) seguit de les malalties cerebrovasculars. En canvi, en els homes de 25 a 44 anys, les dos primeres causes de mortalitat van ser els suïcidis i les autolesions i els enverinaments accidentals per substàncies tòxiques. Per últim, en la franja d'edat dels 45 als 64 anys, càncer de pulmó i les malalties isquèmiques del cor en van ser les principals.

## Estat de salut percebut

Segons l'ESB-2021, entre els 25 i 64 anys, el 16,6% de les dones i el 13,9% dels homes refereixen mala salut. La prevalença de mal estat de salut percebut augmenta com menys afavorida és la classe social (Figura 58).

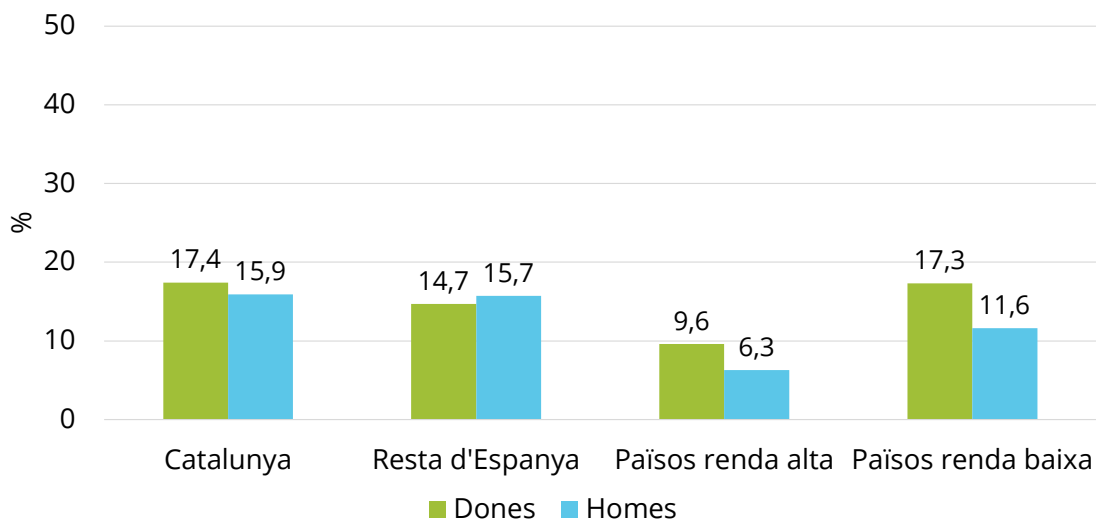
**Figura 58.** Mal estat de salut percebut en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

Considerant el país de naixement, als dos sexes la prevalença és inferior entre les persones procedents de països de renda alta (Figura 59).

**Figura 59.** Mal estat de salut percebut en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència

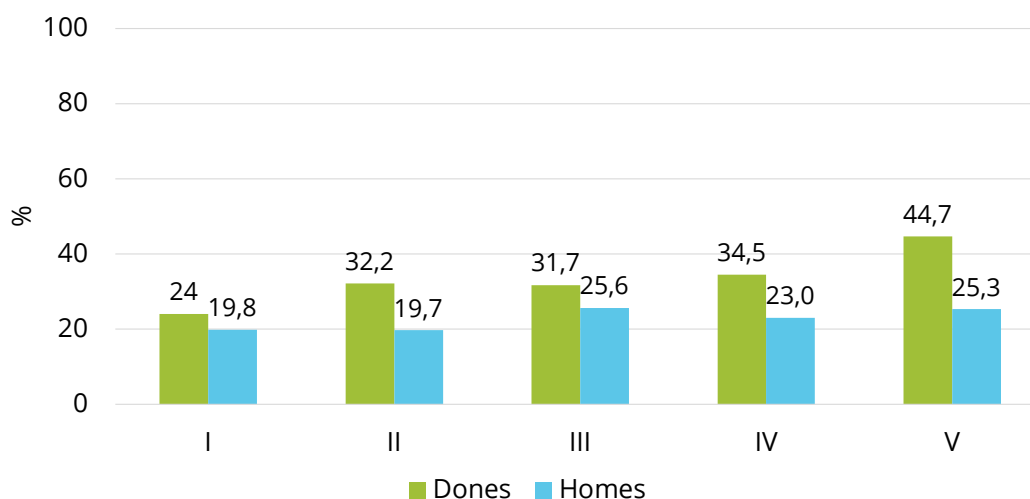


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Estat de salut mental

El 31,6% de les dones i el 24,5% dels homes de 25 a 64 anys tenen mala salut mental. Entre les dones, hi ha un gradient de classe social de manera que la prevalença és superior entre les classes socials més desfavorides; entre els homes no s'observa gradient (Figura 60).

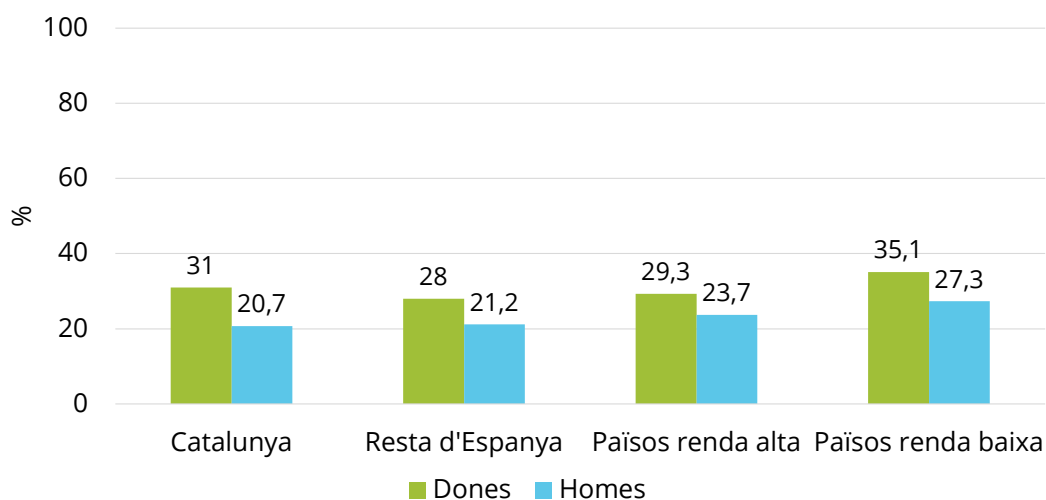
**Figura 60.** Mal estat de salut mental en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

En els dos sexes la prevalença de problemes de salut mental és superior entre les persones procedents de països de renda baixa (Figura 61).

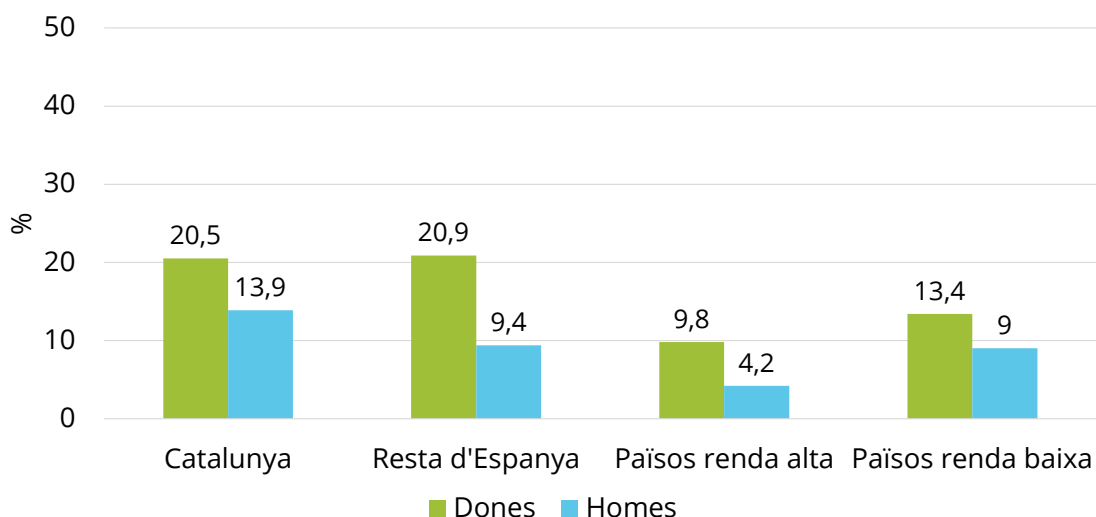
**Figura 61.** Mal estat de salut mental en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

En aquest grup d'edat l'11,4% dels homes i el 17,9% de les dones afirmen haver consumit psicofàrmacs en els últims dos dies. No hi ha diferències segons classe social. Com s'aprecia a la Figura 62, el consum és més alt entre les persones nascudes a Catalunya i en el cas de les dones també en les nascudes a la resta d'Espanya.

**Figura 62.** Consum de psicofàrmacs en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència

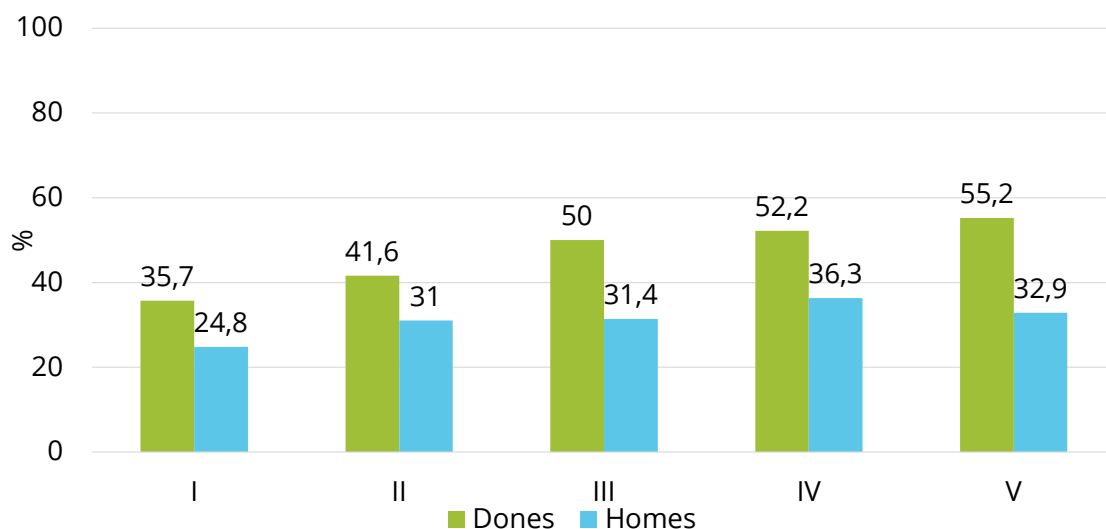


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

## Trastorns crònics

El 45,9% de les dones i el 31,1% dels homes declaren tenir tres trastorns crònics o més. La prevalença augmenta entre les classes socials més desfavorides i en totes elles es mantenen les desigualtats de gènere (Figura 63).



**Figura 63.** Persones de 25 a 64 anys amb tres trastorns crònics o més segons sexe i classe social

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

En ambdós sexes, patir tres trastorns crònics o més és menys freqüent entre les persones nascudes a l'estranger, tant en països de renda alta com baixa, el que s'explica en part perquè probablement són més joves.

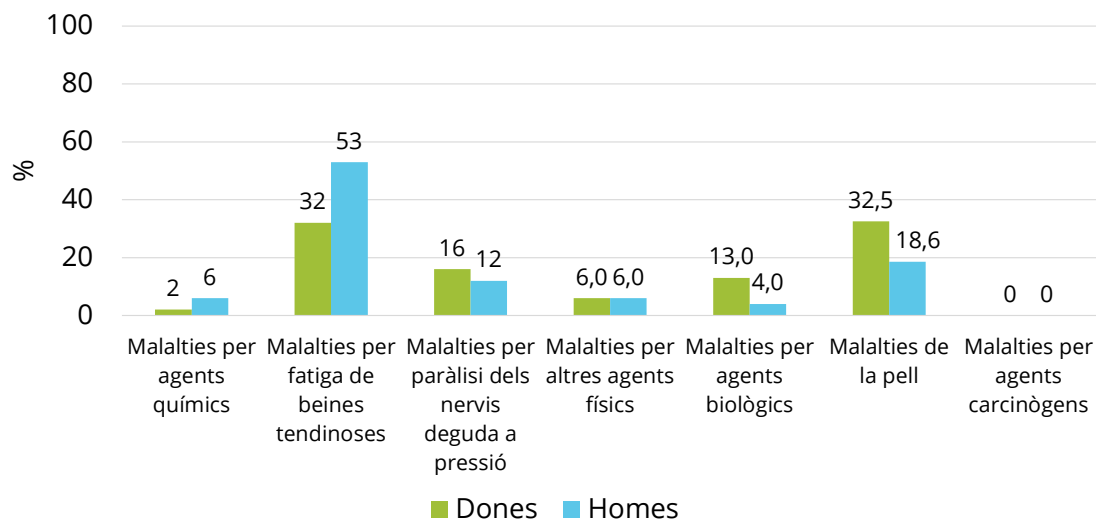
## Salut i treball

El 2021 es van produir 14.127 lesions per accident de treball en homes (124 greus i 14 mortals) i 10.727 en dones (51 greus i 3 mortals) de 25 a 64 anys. La gravetat de les lesions augmenta amb l'edat, tot i que de manera més clara en els homes, per exemple el 2021 no es va produir cap mort en homes de 16 a 24 anys, se'n van produir quatre en homes de 25 a 44 anys i 10 en majors de 45 anys. Les lesions traumàtiques durant jornada laboral, les més relacionades amb els riscos de seguretat, van ser una mica més freqüents en els homes (75,8% de les lesions per accident de treball patides pels homes i 68,7% de les patides per les dones, però són diferències que s'observen només en les lesions lleus), qüestió associada a la segregació horitzontal del mercat de treball amb major presència dels homes en ocupacions on són més presents aquests riscos. Igualment les lesions per accidents de treball són més freqüents en les ocupacions manuals, tant en homes com en dones (62,1% de les ocorregudes en dones i 76,0% en homes).

En les malalties professionals (de les què el 2021 se'n van notificar 293 en dones i 174 en homes de 25 a 64 anys), també s'observa una distribució molt relacionada amb la segregació horitzontal de gènere al mercat de treball. Les malalties per agents biològics i les de la pell són molt més freqüents en les dones, mentre que

les malalties per agents químics i les malalties per fatiga de beines tendinoses ho són en els homes (Figura 64).

**Figura 64.** Malalties professionals en persones de 25 a 64 anys segons sexe i diagnòstic. Barcelona, 2021



Font: Sistema de Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social, Departament d'Empresa i Treball, Generalitat de Catalunya.

El 2021 es van notificar més malalties relacionades amb el treball en dones (n=192) que en homes (n=96), les més freqüents de les quals en ambdós sexes van ser les mentals (87,1% en dones i 76,7% en homes). En ambdós sexes els trastorns musculoesquelètics, els segons en freqüència, van ser més freqüents en les ocupacions manuals (26,8% de les MRT en les dones manuals i 9,2% en les no manuals i 32,7% en homes manuals i 7,7% en homes no manuals, respectivament). En canvi, els trastorns mentals es van notificar més freqüentment en les ocupacions no manuals (prop del 90,0% en ambdós sexes en les ocupacions no manuals, mentre que en les manuals van ser el 69,6% en les dones i el 61,5% en els homes).

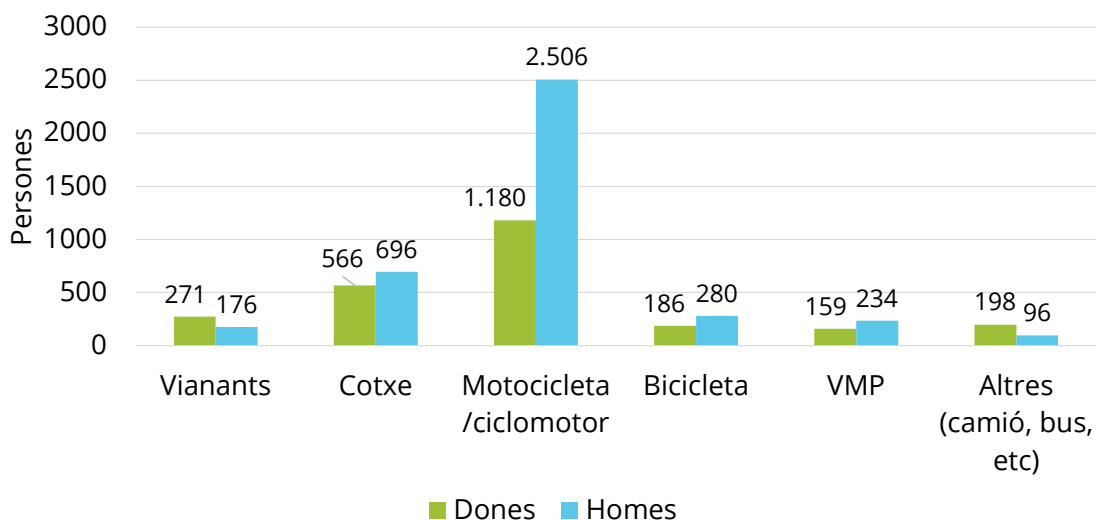
## Lesions de trànsit

L'any 2021, 6.548 persones de 25 a 64 anys es van lesionar en una col·lisió de trànsit a Barcelona, de les quals 103 van ser ferides greus (29,1% dones) i 8 homes (cap dona) van morir. Representa gairebé la meitat del total de persones lesionades a la ciutat. Quatre de cada 10 eren dones.

Tot i que la distribució de les persones lesionades segons mode de transport es similar en homes i dones, la magnitud és molt diferent segons sexe. Hi ha més

dones que homes lesionades com a vianants o usuàries del transport públic, i en canvi hi ha més homes que dones lesionats en motocicleta, bicicleta o vehicle de mobilitat personal (tipus patinet) [Figura 65].

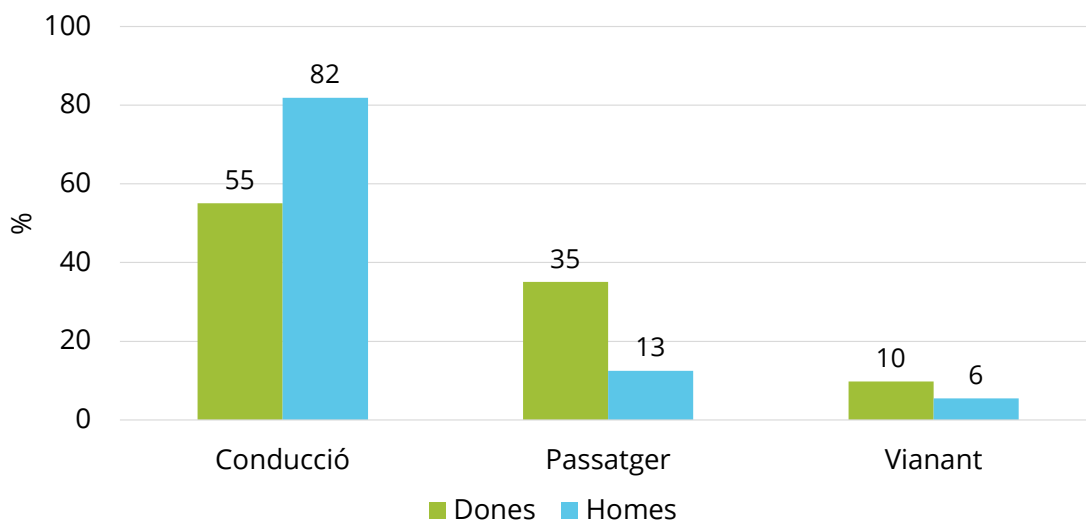
**Figura 65.** Persones 25-64 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i mode de transport. Barcelona 2021



Font: Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona

Segons la posició al vehicle, el percentatge d'homes lesionats conductors es major que la de dones conductores. En canvi, la proporció de dones passatgeres lesionades o vianants es major que la d'homes (Figura 66).

**Figura 66.** Persones 25-64 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i posició al vehicle, Barcelona 2021



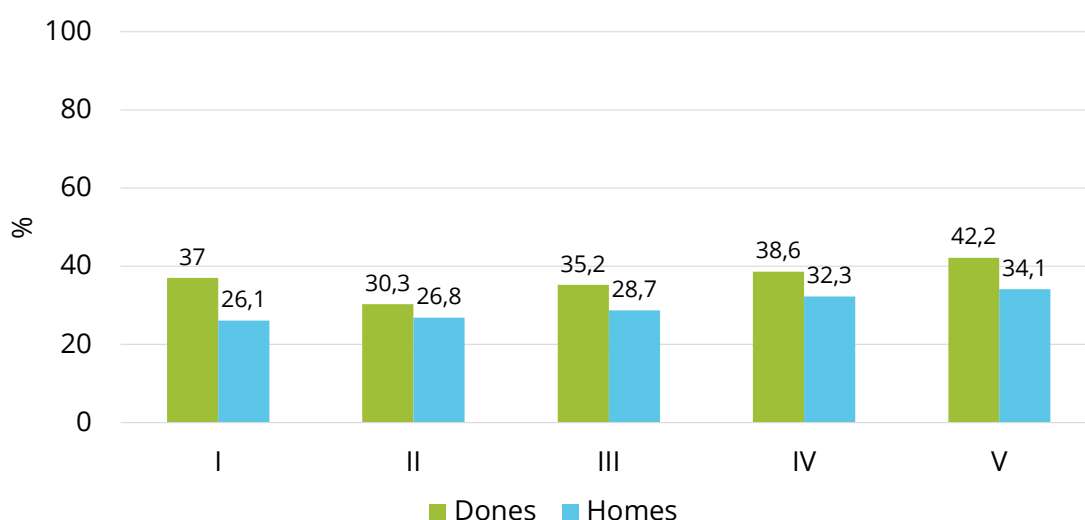
Font: Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona

## Ús de serveis sanitaris

### Atenció primària

En aquest grup d'edat el 36,4% de les dones i el 29,1% dels homes han fet 2 o més visites a l'atenció primària en l'últim any. En ambdós sexes l'ús augmenta lleugerament a mida que disminueix la classe social (Figura 67). A més, és superior entre les dones procedents de països de renda baixa, cosa que probablement es relaciona amb la salut reproductiva.

**Figura 67.** Dos o més visites a l'atenció primària els últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social

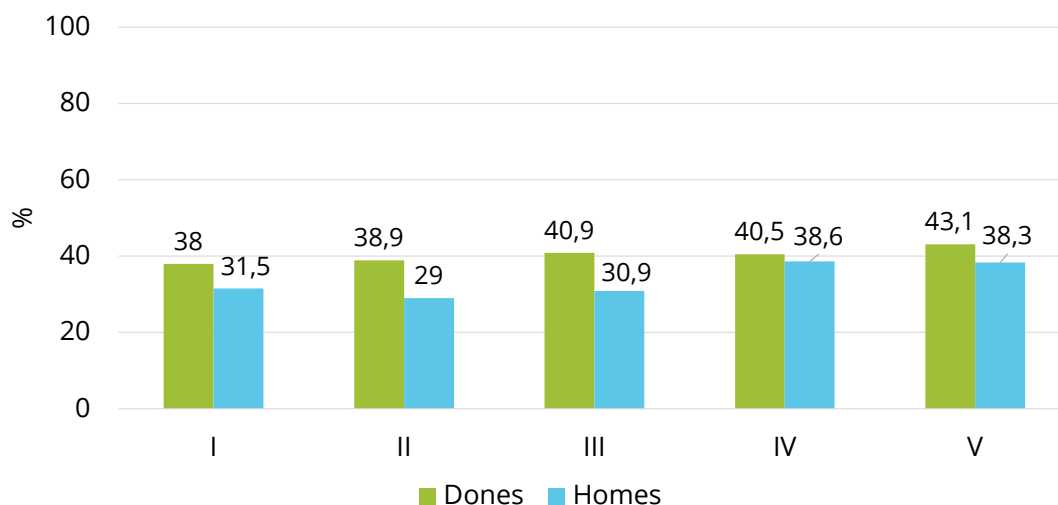


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

### Urgències

El 34% del homes i el 40% de les dones han utilitzat els serveis d'urgències durant l'últim any; l'ús és lleugerament superior entre les classes socials més desfavorides (Figura 68). No s'observen diferències significatives segons país de naixement.

**Figura 68.** Visita a un servei d'urgències últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social

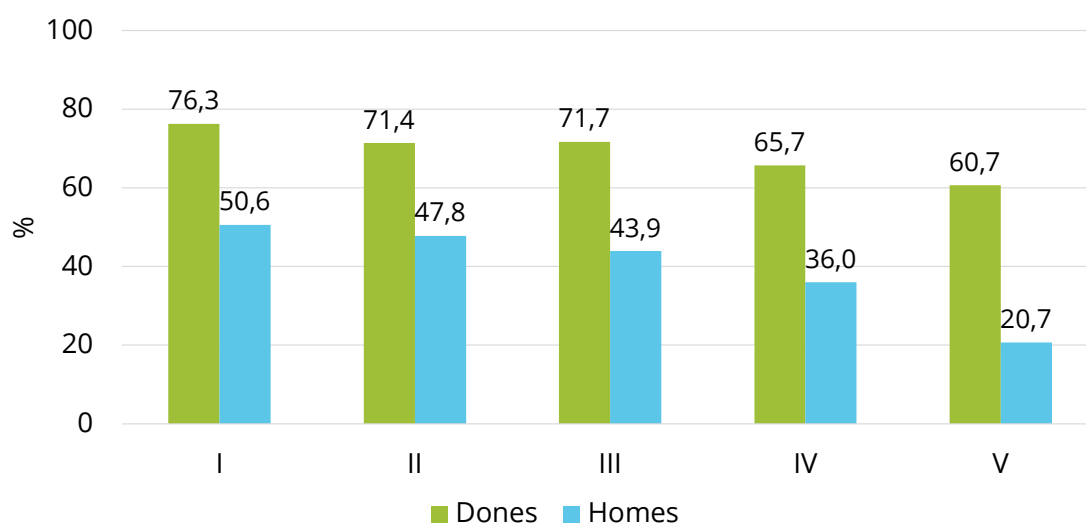


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

## Atenció especialitzada ambulatoria

El 70,3% de les dones i el 42,3% dels homes han rebut atenció especialitzada ambulatoria, amb marcades diferències de classe social, de manera que aquesta atenció és més freqüent en les classes socials més benestants (Figura 69). Les diferències entre homes i dones probablement s'expliquen en bona part per les visites relacionades amb la salut reproductiva. Les diferències segons classe social s'expliquen perquè més de la meitat de les visites a l'especialista són a la sanitat privada.

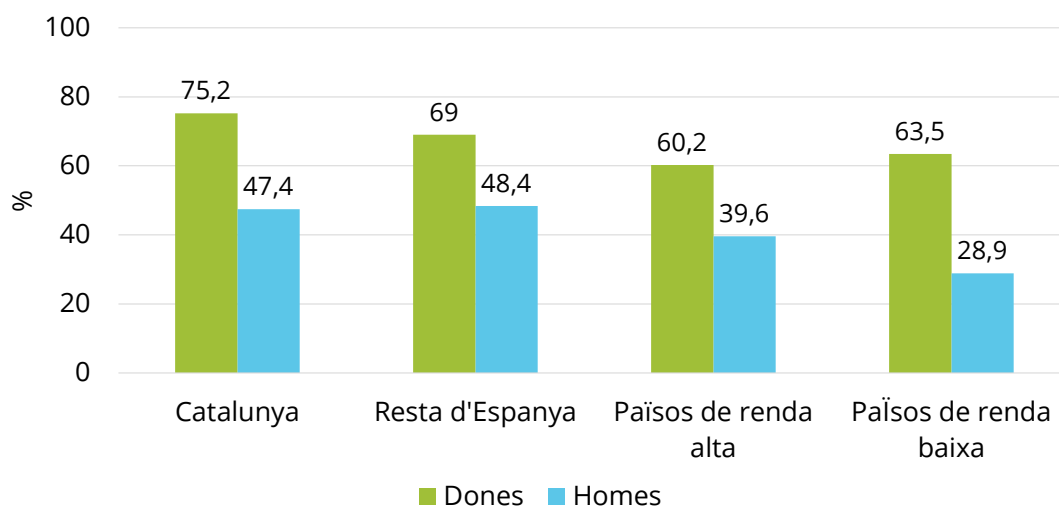
**Figura 69.** Visita ambulatoria a l'assistència especialitzada els últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

L'atenció ambulatoria especialitzada és menys freqüent entre les persones procedents de països de renda baixa (Figura 70).

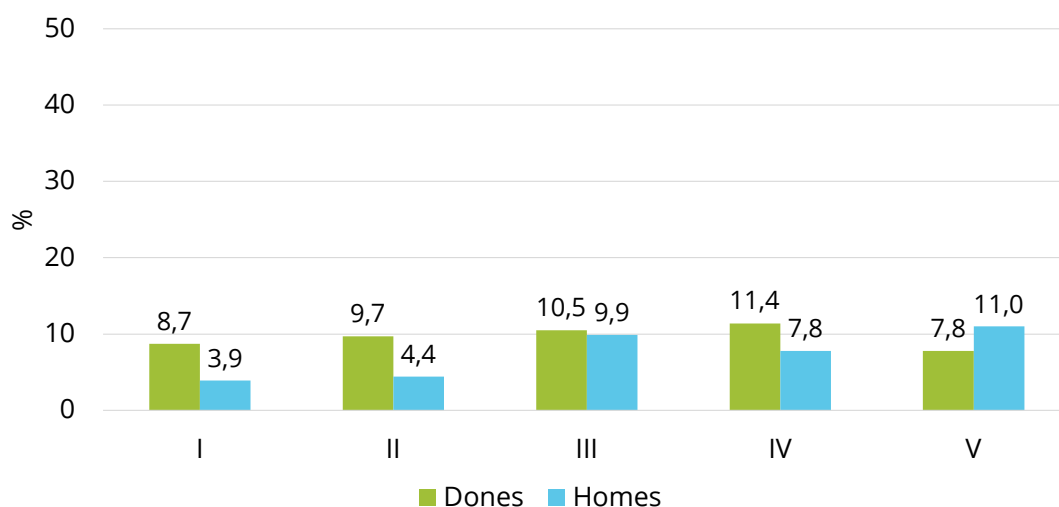
**Figura 70.** Visita ambulatoria a l'assistència especialitzada els últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons procedència



## Atenció hospitalària

El 9,7% de les dones i el 6,9% dels homes han estat hospitalitzats durant l'últim any. Entre els homes l'hospitalització és més freqüent entre els de classes socials desfavorides, mentre entre les dones no s'observa un gradient de classe social (Figura 71). No s'observen diferències segons país d'origen.

**Figura 71.** Almenys un ingrés hospitalari els últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2021

---

# Persones de 65 anys o més

---

## Missatges clau

1. La prevalença de consum de tabac, alcohol i excés de per és superior entre els homes; la inactivitat física en el temps de lleure, son insuficient i son de mala qualitat entre les dones i les persones de menys nivell d'estudis
2. La prevalença d'inactivitat física és menor entre les persones de més nivell d'estudis i en les dones també ho és l'excés de pes
3. Les pensions de jubilació són més baixes entre les dones
4. Hi ha marcades desigualtats de gènere en el treball domèstic i de cura amb les dones dedicant més temps que els homes
5. No hi ha diferències de gènere en les primeres causes de mortalitat: entre els 65 i els 74 anys són la primera gran causa i a partir dels 75 anys les malalties del sistema circulatori
6. La prevalença de mal estat de salut percebut, mala salut mental i trastorns crònics és superior entre les dones i entre les persones de menys nivell d'estudis
7. L'ús de l'atenció primària, urgències i atenció especialitzada ambulatoria és similar en ambdós sexes; les hospitalitzacions són més freqüents entre els homes

Aquest capítol analitza les desigualtats de gènere en la salut entre les persones de 65 anys o més. S'examinen les desigualtats segons NSE però no les relacionades amb el país de naixement pel baix nombre de persones incloses a l'ESB-2021. S'utilitza com a mesura de NSE el nivell d'estudis perquè en aquesta franja d'edat la majoria de les persones no té un treball remunerat.

## Socialització de gènere

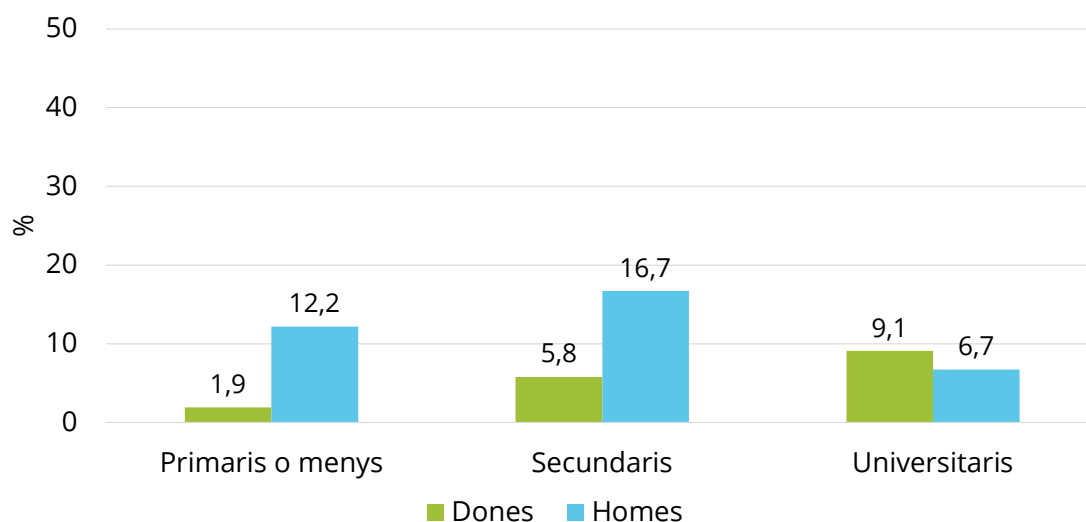
### Hàbits relacionats amb la salut

A continuació s'examinen les desigualtats de gènere en el consum de tabac, alcohol, drogues il·legals, índex de massa corporal, activitat física i son.

#### Tabac

Entre les persones majors de 64 anys, la prevalença de tabaquisme entre les dones és de 5,9%, quasi la meitat de la dels homes (11,2%). Entre les dones, la prevalença de tabaquisme augmenta amb el nivell d'estudis, mentre no existeix una gradient de NSE en els homes (Figura 72).

**Figura 72.** Consum de tabac en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

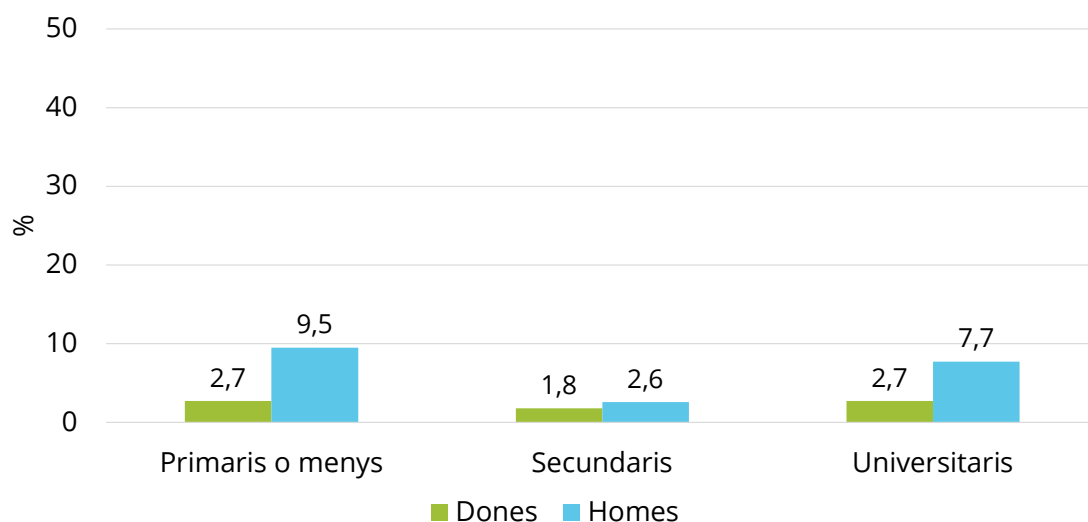
#### Alcohol

La prevalença de consum d'alcohol de risc entre les dones és inferior a la dels homes (2,5% vers 7,1% respectivament). Aquest consum es manté estable entre



les dones, independentment del seu nivell d'estudis, al voltant del 2% mentre que en el cas dels homes la prevalença és més alta entre els de menys nivell d'estudis (Figura 73).

**Figura 73.** Consum de risc d'alcohol en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis



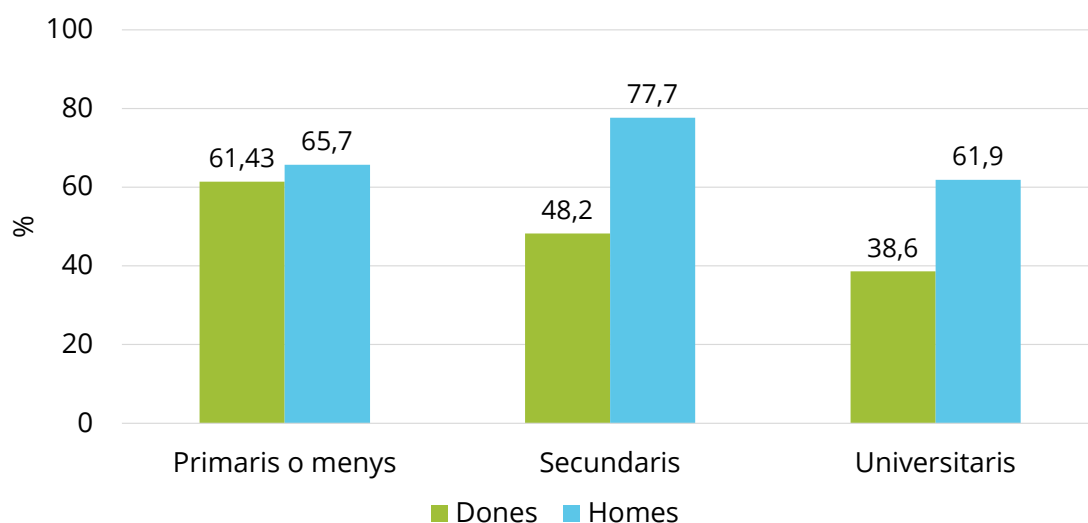
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

### Consum de drogues il·legals

El consum de drogues il·legals en aquesta franja d'edat és molt baix, només un 0,6% de les dones i un 1,1% dels homes afirmen haver consumit cànnabis en els darrers 30 dies. Cap persona d'aquest grup d'edat va declarar haver consumit cap altra droga il·legal.

### Índex de massa corporal

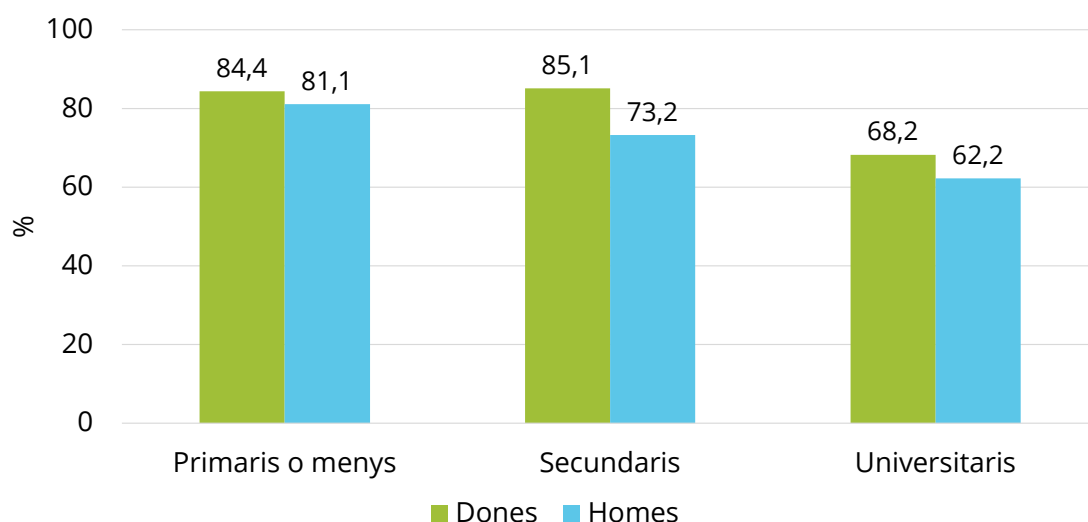
Com entre les persones més joves, la prevalença d'excés de pes és superior en els homes (67,7% dels homes i 54,3% de les dones). Entre les dones s'observa una disminució progressiva de la prevalença de l'excés de pes en augmentar el nivell d'estudis, mentre que entre els homes hi ha una major prevalença entre els que tenen estudis secundaris (Figura 74).

**Figura 74.** Excés de pes en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

### Activitat física

La prevalença d'inactivitat física en el temps de lleure (excloent caminar) és molt alta en aquest grup i superior en les dones (79,5% de les dones i 71,9% dels homes). La inactivitat física és superior entre les persones amb menys nivell d'estudis (Figura 75).

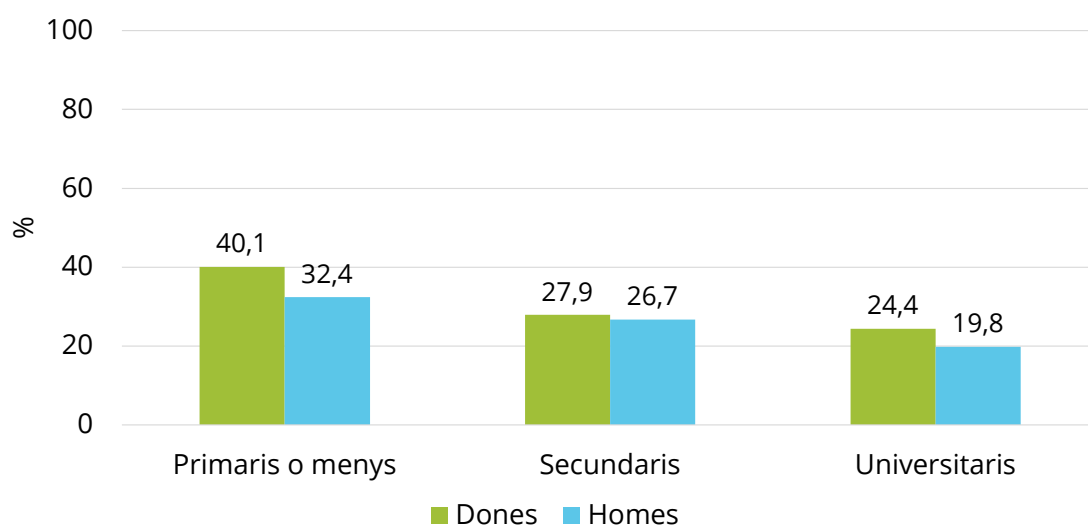
**Figura 75.** Inactivitat física (excloent caminar) en el temps de lleure en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Son

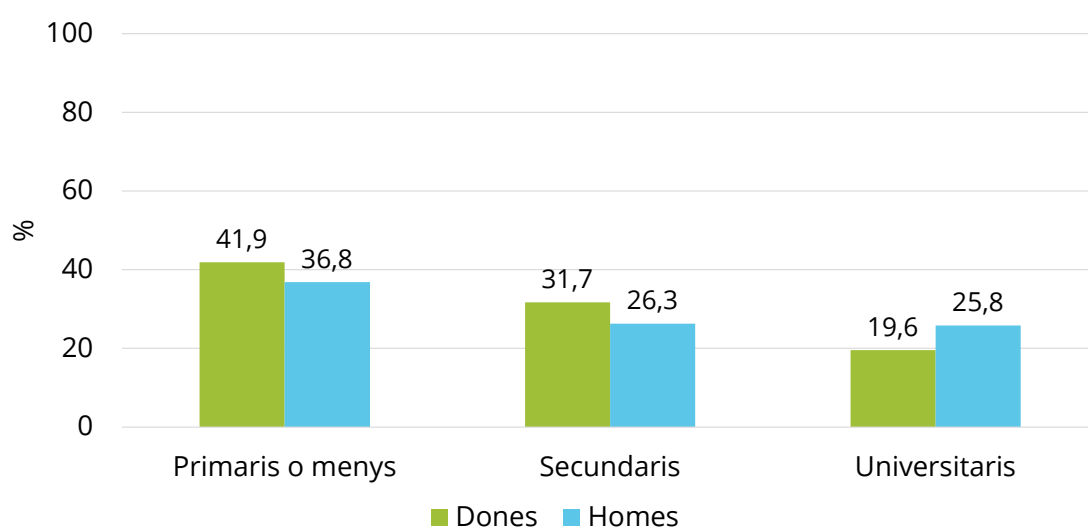
El 39,6% de les dones i el 30,2% dels homes de 64 anys o més refereixen dormir menys de 7 hores. El 34,8% de les dones i el 29,8% dels i homes valoren negativament la qualitat del seu son. Considerant el nivell d'estudis, a més estudis disminueix la prevalença de son insuficient (Figura 76) i de mala qualitat del son (Figura 77).

**Figura 76.** Son insuficient en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

**Figura 77.** Mala qualitat del son en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Atracció sexual

Més del 98% de les persones declaren sentir-se atretes exclusivament per persones del sexe contrari.

## Violència de gènere

La prevalença de violència de gènere és molt baixa, al voltant del 2%, cosa que no permet aprofundir més sobre aquesta dimensió. En aquest grup d'edat és necessari investigar el maltractament per part d'altres persones, com ara altres familiars o persones cuidadores. Lamentablement no disposem de dades de Barcelona però s'estima que una de cada sis persones grans podrien patir algun tipus de maltractament, econòmic, emocional, físic o sexual (Yon et al., 2017). Tanmateix, el maltractament de la gent gran és una prioritat de salut pública mundial desatesa, especialment en comparació amb altres tipus de violència

## Discriminació

La prevalença de discriminació és superior entre les dones com en la resta de grups d'edat, però amb una freqüència molt més baixa, 4,5% en les dones i 2,9% en els homes. Aquestes xifres tan baixes es poden explicar en bona part per la naturalització de la discriminació en aquest grup d'edat quan la discriminació per raó d'edat, l'edatisme, és molt freqüent. Tot i que hi ha pocs estudis sobre aquest tema, s'ha documentat que almenys una de cada dues persones manté actituds discriminatòries contra els adults grans. A més, certes característiques personals (edat més jove, ser home i tenir una educació més baixa) s'han associat amb una major probabilitat d'actituds edatistes (Officer et al., 2020).

## Divisió sexual del treball

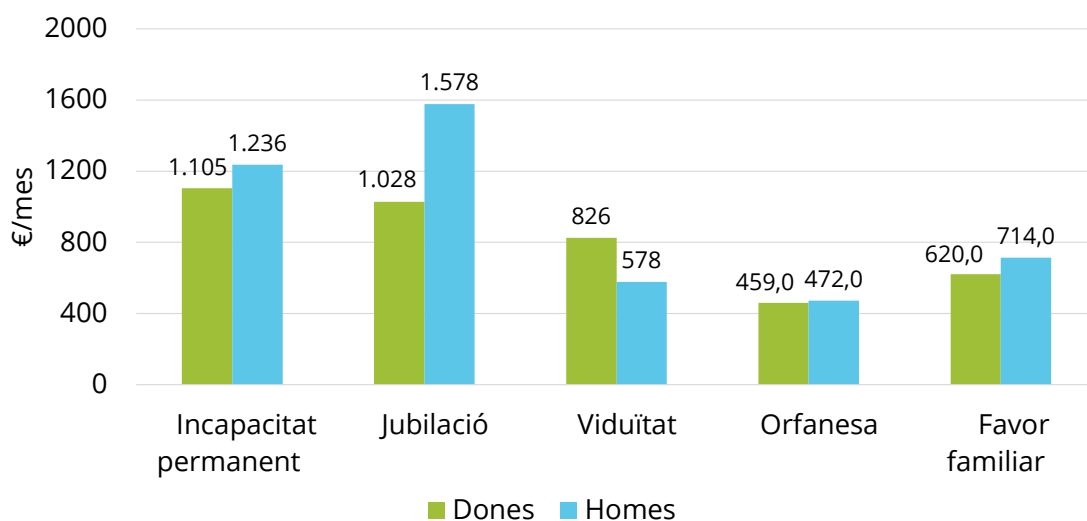
### Treball remunerat

Tot i que el nombre de persones d'aquest grup d'edat que es mantenen treballant és molt baix (segons l'ESB-2021 el 4,2% de les persones majors de 64 anys estan en situació activa), és on s'aprecien les major diferències en el salari: 28.592€ les dones i 67.212€ els homes (dades de 2020). Probablement el fet de mantenir-se treballant més enllà de l'edat de jubilació s'associa a motivacions diferents: els

homes per mantenir un alt estatus professional i les dones per necessitats econòmiques.

El càlcul de la pensió de jubilació està basat en una trajectòria laboral típicament masculina: contractes indefinits i a jornada completa, carrera professional no interrompuda i salari que augmenta al llarg d'aquesta. Pels efectes de la divisió sexual del treball i les dinàmiques de segregació vertical i horitzontal, les dones tenen trajectòries laborals més fragmentades, menys anys de cotització i una base de cotització més baixa, els tres factors que més influeixen en el càlcul de la pensió de jubilació (De Quintana Medina, 2021). Com s'observa a la Figura 78, la pensió de jubilació és superior en els homes i la de viudetat és superior en les dones, però cal tenir en compte que moltes més dones cobren aquesta pensió (36,4% de les dones que cobren alguna pensió contributiva és de viudetat i 4,2% dels homes), mentre que en els homes és el contrari (56,6% de les pensions percebudes per les dones són per jubilació i 84,2% pels homes).

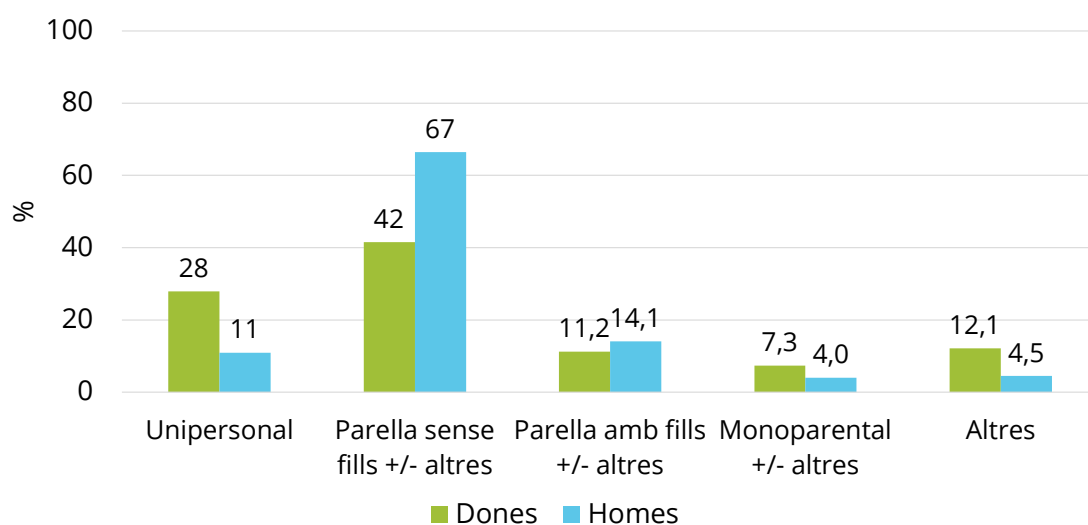
**Figura 78.** Import mitjà de les pensions contributives en persones de 65 anys o més segons sexe i tipus. Barcelona, 2019



Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona (Institut d'Estadística de Catalunya a partir de dades de l'Institut Nacional de la Seguridad Social)

## Treball domèstic i de cura

És en aquest grup on s'observen majors diferències en relació amb l'estructura de la llar, sobretot pel que fa a les llars unipersonals que són molt més freqüents en les dones, mentre que les llars formades per una parella sense fills (amb o sense altres persones) és la situació majoritària en els homes (Figura 79).

**Figura 79.** Estructura de la llar en persones de 65 anys o més segons sexe

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

Molt poques persones d'aquesta edat conviuen amb menors de 15 anys i no hi ha diferències entre homes i dones en relació amb la responsabilitat de la seva cura, de la què en la majoria de casos se n'ocupen altres persones (50,0%). Tampoc hi ha diferències entre homes i dones en relació amb la responsabilitat de la cura de persones majors de 64 anys (un 62,7% se n'ocupen elles mateixes) ni de persones amb necessitats especials de cura (en aquest cas les situacions més freqüents són que se n'ocupi la mateixa persona en el 39,6% dels casos o que l'única responsable sigui la persona que respon l'enquesta en el 35,4%). És molt possible, però, que les responsabilitats de cura siguin superiors en les dones respecte les persones dependents amb qui no conviuen (Salvador-Piedrafita, Maria, Artazcoz, Lucía et al., 2018).

Pràcticament no hi ha diferències en el treball de cura en relació amb el país de procedència ni la classe social, excepte que la proporció de dones de classe manual que s'ocupen elles soles de les persones majors de 64 anys és lleugerament superior a les de classe social no manual (21,0% i 17,2%, respectivament).

Gairebé la meitat de les dones més grans de 64 anys s'ocupen elles soles del treball domèstic (48,0%), mentre que els homes en són un 11,2%. Excloent les persones que viuen soles, la diferència entre homes i dones s'incrementa (36,4% de les dones i 5,6% dels homes). També en aquest grup d'edat les dones dediquen més temps al treball domèstic que els homes, tant en dies feiners com en cap de setmana, en total elles hi dediquen 16,8 hores a la setmana (DE=11,1) i ells 9,4 (DE=9,9).

## Estat de salut

### Mortalitat

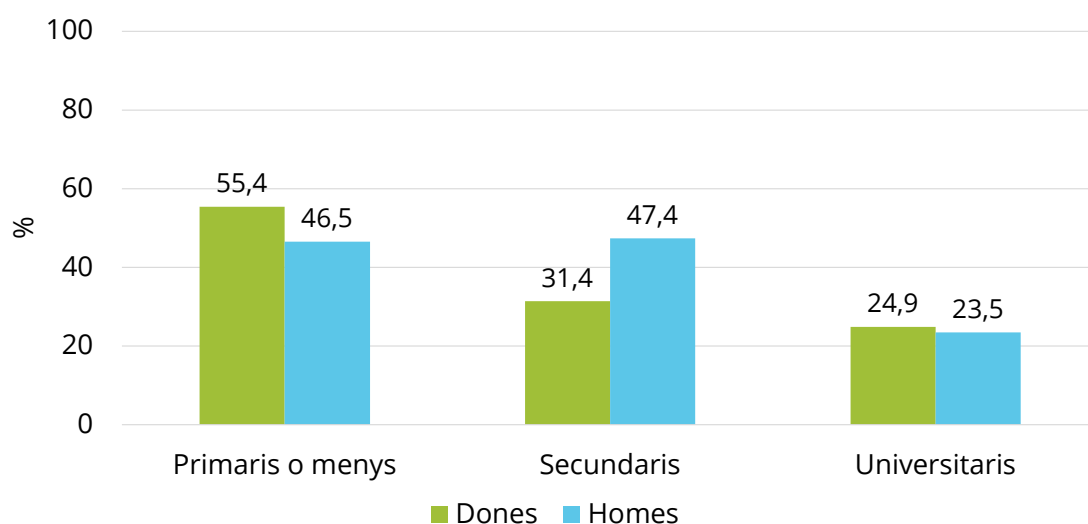
L'any 2019 es van produir 13.398 defuncions de persones de 65 i més anys, segons dades del Registre de Mortalitat de la ciutat de Barcelona, de les què 7.345 defuncions van correspondre a dones (el 92,2% del total de defuncions de dones a de Barcelona) i 6.053 (el 84,8%) a homes. Tot i produir-se més defuncions de dones en aquest grup d'edat, les taxes estandarditzades de mortalitat, és a dir, tenint en compte l'edat, mostren com la mortalitat és superior en els homes a tots els grups d'edat.

En aquest grup d'edat, les dues primeres grans causes de mortalitat van coincidir per a ambdós sexes. Entre els 65 i els 74 anys, els tumors van ser la primera gran causa i, a partir dels 75 anys, la major càrrega de mortalitat va ser deguda a les malalties del sistema circulatori.

### Estat de salut percebut

Les dones de 65 i més anys valoren negativament la seva salut amb major freqüència que els homes (45,8% i 40,2%, respectivament). Com s'observa a la Figura 80, hi ha un gradient segons el nivell d'estudis.

**Figura 80.** Mal estat de salut percebut en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis

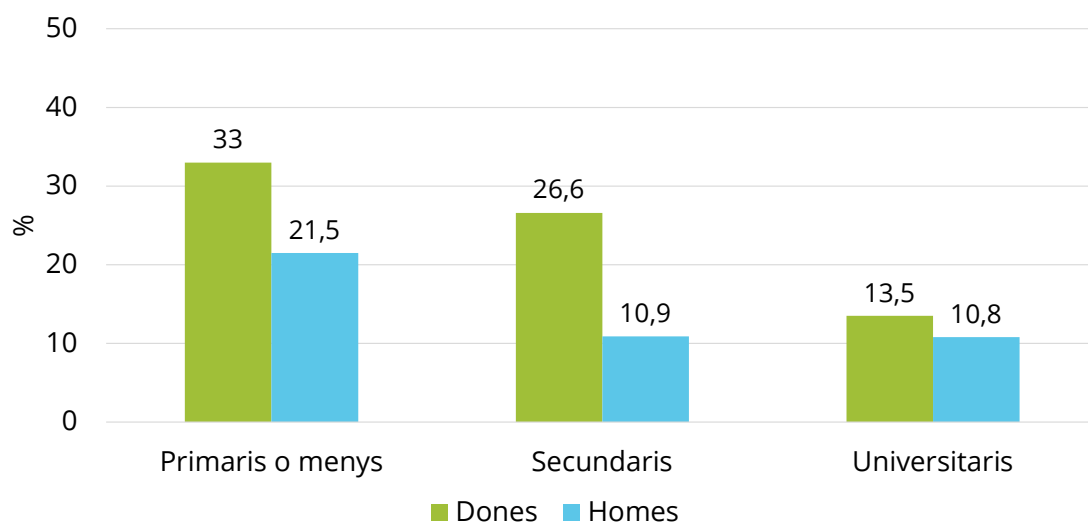


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Estat de salut mental

D'acord amb les dades de l'ESB-2021, entre les persones de 65 anys i més, com a la resta de grups d'edat, la prevalença de mala salut mental és superior en les dones (27,8% vers 15,4%). En ambdós sexes s'observa un gradient segons nivell d'estudis; a més entre les persones amb estudis universitaris les desigualtats de gènere es redueixen significativament (Figura 81).

**Figura 81.** Mal estat de salut mental en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis

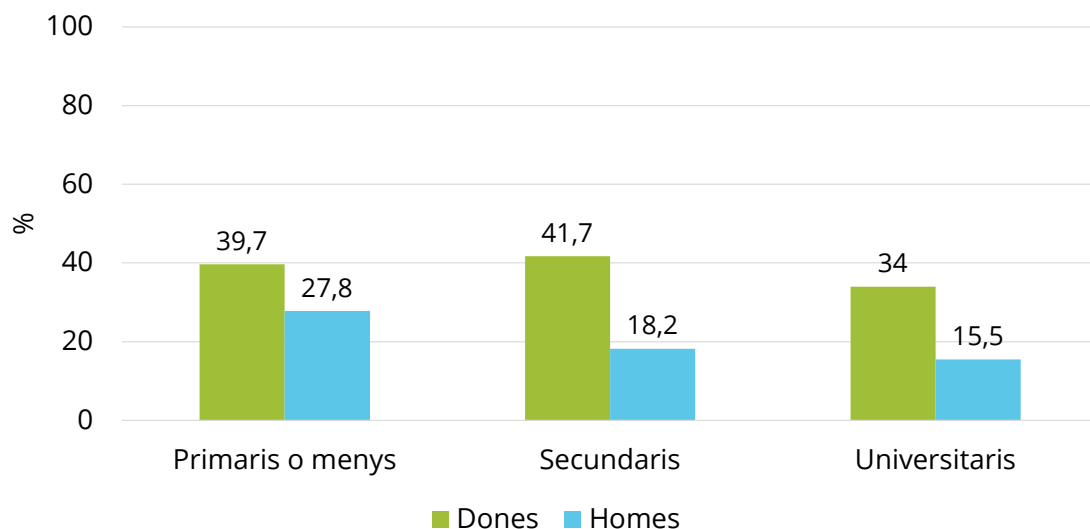


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

El 20,0% dels homes i el 39,9% de les dones d'aquest grup d'edat consumeixen psicofàrmacs. En ambdós sexes hi ha un gradient segons el nivell d'estudis de manera que la prevalença és menor entre les persones amb estudis universitaris (Figura 82).



**Figura 82.** Consum de psicofàrmacs en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis

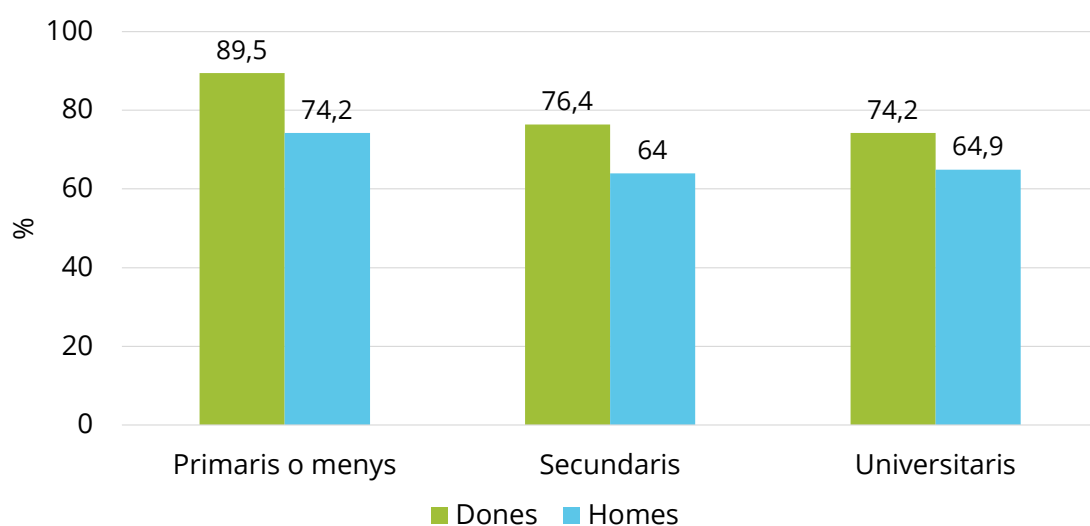


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Trastorns crònics

El 81,3% de les dones i el 68,7% dels homes tenen tres o més trastorns crònics de salut amb un gradient segons nivell d'estudis (Figura 83).

**Figura 83.** Tres o més trastorns crònics de salut en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

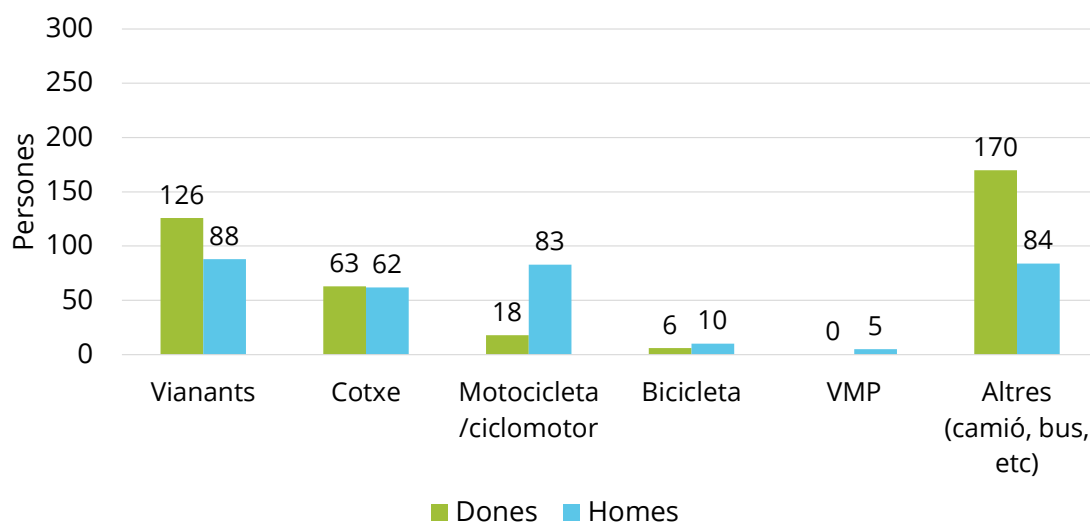
## Lesions de trànsit

L'any 2021, 715 persones majors de 64 anys es van lesionar en una col·lisió de trànsit a Barcelona, dels quals 23 van tenir ferides greus (53,6% dones). No es va produir cap defunció les primeres 24h després de la col·lisió. Representen el 8% del total de persones lesionades a la ciutat.

La distribució de les persones lesionades segons mode de transport varia molt segons sexe. Hi ha més dones que homes lesionades com a vianants o usuàries del transport públic, i en canvi hi ha molts més homes que dones lesionats en motocicleta, bicicleta o vehicle de mobilitat personal (tipus patinet). El nombre de persones lesionades en turisme es similar en homes i dones.

El mode transport amb el que les persones grans es van lesionar es el transport públic, principalment l'autobús (44,0% dones i 25,2% homes), i el següent com a vianants (32,6% dones i 26,7% homes). Es van lesionar viatjant en cotxe el 16,6% de les dones i el 18,6% dels homes, i en motocicleta o ciclomotor el 5,2% de les dones i el 18,6% dels homes. Els ciclistes van representar un percentatge petit (1,6% dones i 3% homes lesionats) i el 1,5% eren usuaris de vehicles tipus patinet (tots homes) [Figura 84].

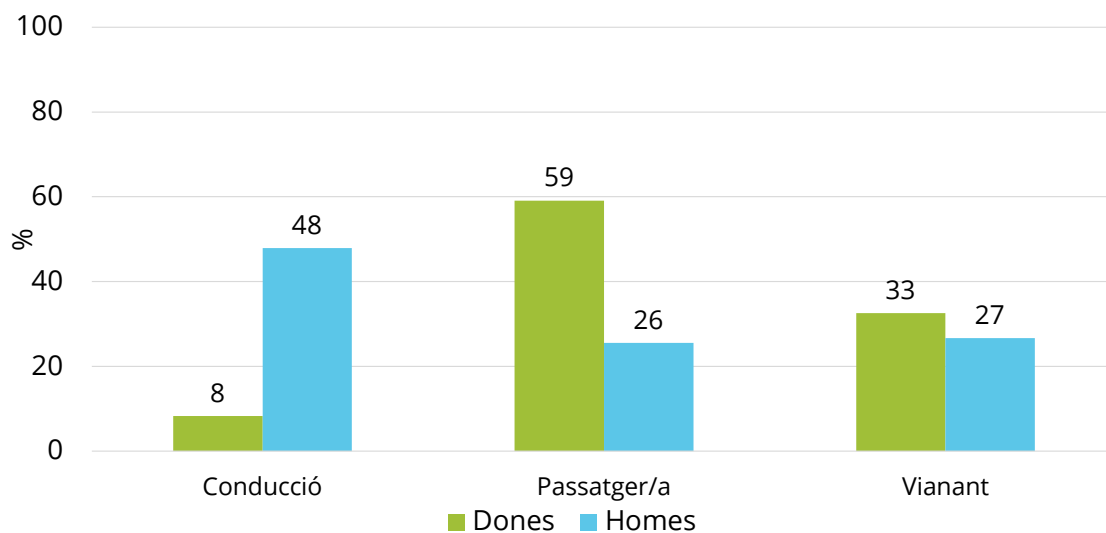
**Figura 84.** Persones majors de 64 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i mode de transport. Barcelona 2021



Font: Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona

Segons la posició al vehicle, el percentatge d'homes lesionats conductors es major que el de dones conductores. En canvi, la proporció de dones passatgeres lesionades o vianants es major que la d'homes. A diferència de grups més joves, creix la proporció de vianants en els dos sexes i disminueix la de persones conductores (Figura 85).

**Figura 85.** Persones majors de 64 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i posició al vehicle. Barcelona 2021



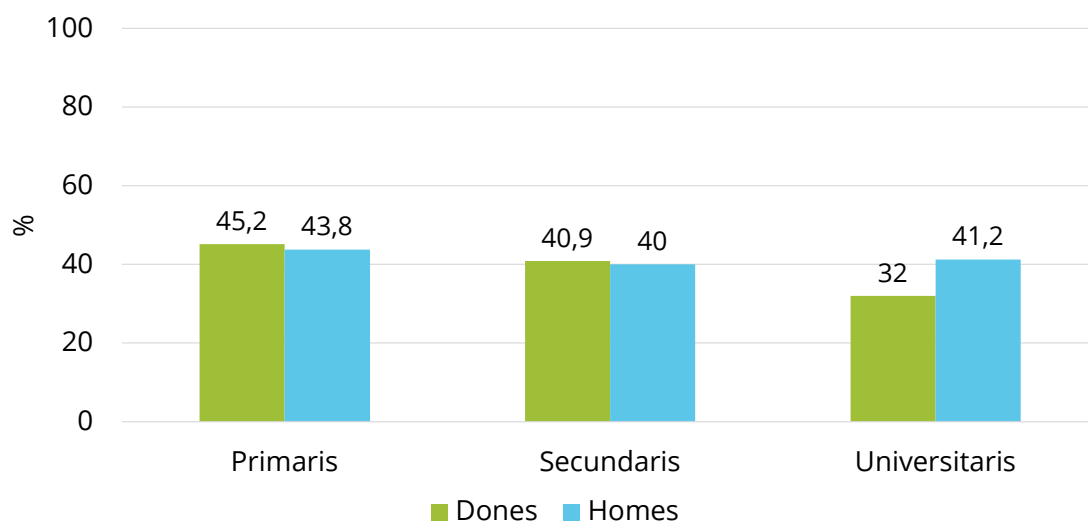
Font: Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona

## Ús de serveis sanitaris

### Atenció primària

El 39,5% de les dones i el 41,3% dels homes han fet 2 o més visites a l'atenció primària en l'últim any, amb un patró de classe diferent entre homes i dones. Entre les dones l'ús és menor entre les que tenen estudis universitaris (Figura 86).

**Figura 86.** Persones de 65 anys o més que han visitat l'atenció primària dues vegades o més els últims 12 mesos segons sexe i classe social



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

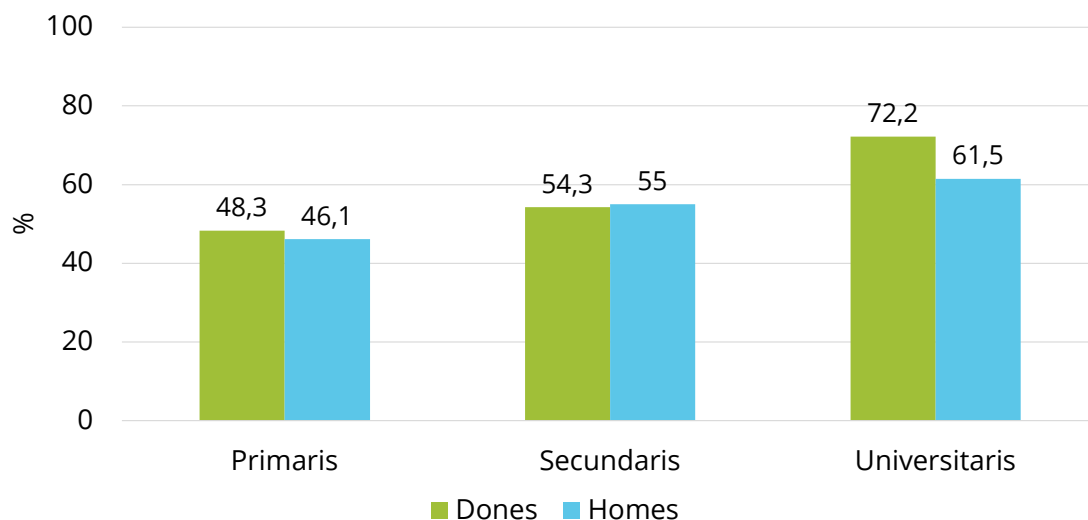
## Urgències

La proporció de dones i homes que han fet ús de serveis d'urgències durant els últims 12 mesos és similar, al voltant de la tercera part, sense diferències significatives segons el nivell d'estudis.

## Atenció especialitzada ambulatoria

El 54,7% de les dones i el 52,5% dels homes han rebut assistència especialitzada ambulatoria amb un gradient clar de classe social (Figura 87).

**Figura 87.** Visita ambulatoria especialitzada els últims 12 mesos en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis

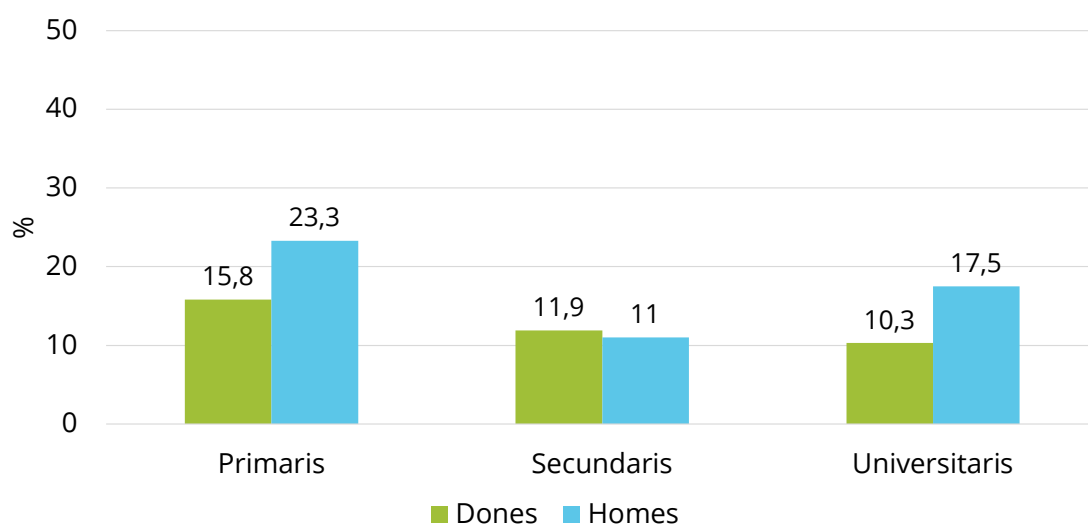


Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

## Atenció hospitalària

El 13,6% de les dones i el 17,4% dels homes han estat hospitalitzats l'últim any, amb proporcions més altes entre les persones de menys nivell d'estudis (Figura 88).

**Figura 88.** Almenys un ingrés hospitalari els últims 12 mesos en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 2021

---

# Conclusions

---

Hi ha marcades diferències en els determinants socials de la salut entre dones i homes que s'expliquen en bona part per un ordre de gènere que de manera rígida configura la vida social de dones i homes i conseqüentment les desigualtats en la salut i els hàbits relacionats amb la salut. Les influències normatives de gènere per part de famílies, amics i amigues, mitjans de comunicació o escola comencen aviat i poden tenir múltiples conseqüències per a la salut a curt i llarg termini.

Es detecten alguns canvis en els patrons de les desigualtats de gènere al llarg del curs de vida que reflecteixen, entre altres coses, els canvis que s'estan produint en l'ordre de gènere. També s'observa una intersecció freqüent entre les desigualtats de gènere i les de NSE i país de procedència.

La reducció de les desigualtats de gènere en la salut i la millora de la salut en els dos sexes requereix incorporar la perspectiva de gènere en el sistema sanitari i de salut pública, però sobretot actuar sobre les desigualtats de gènere en altres àmbits com ara l'educació, el mercat de treball, les polítiques de família o la mobilitat.

---

# Recomanacions i propostes d'actuació

---

Les intervencions més efectives per reduir les desigualtats de gènere són les centrades explícitament en la transformació de normes restrictives de gènere i les que augmenten la igualtat d'oportunitats entre els dos sexes per accedir i controlar els recursos socials, econòmics i polítics. Són intervencions que aborden les causes de les desigualtats de gènere en la salut, inclouen maneres de transformar les normes, els rols i les relacions de gènere amb efectes negatius i sovint tenen com a objectiu promoure la igualtat de gènere. Segons l'Organització Mundial de la Salut, si no s'arriba al nivell més alt que suposen les intervencions transformadores de l'ordre de gènere, com a mínim, les intervencions per reduir les desigualtats de gènere en la salut han de ser específiques de gènere, és a dir, considerar les necessitats específiques de dones i homes, tenir en compte com les normes, els rols i les relacions permeten l'accés i el control dels recursos, orientar i beneficiar intencionadament grups específics d'homes i de dones i facilitar que dones i homes compleixin les funcions que se'ls atribueixen en funció dels seus rols de gènere (World Health Organization, 2016).

Reduir les desigualtats de gènere requereix la transversalitat de gènere en totes les polítiques, és a dir, institucionalitzar la igualtat de gènere entre sectors. Tot i que la transversalitat de gènere s'ha centrat històricament en les dones, pretén beneficiar dones i homes (World Health Organization., 2011). Des del punt de vista de la salut s'ha de superar el focus tradicional en la salut reproductiva que no té en compte la complexa interacció entre el sexe, el gènere i els determinants socials de la salut que s'ha abordat en aquest estudi.

A continuació es fan propostes per reduir les desigualtats de gènere en la salut a través d'actuacions en els sistemes d'informació, la formació dels professionals, l'acció i la recerca.

## Informació

La desagregació de l'anàlisi per sexe és una condició prèvia per entendre les desigualtats de gènere en la salut, dissenyar, implementar i avaluar l'impacte de les intervencions sobre la salut. És necessària la recollida i anàlisi sistemàtica de dades i la informació desagregada per sexe, edat i altres eixos de desigualtats per fer un seguiment del progrés, identificar i tancar les llacunes de coneixement i implementar i avaluar polítiques adequades.

Els àmbits específics d'atenció inclouen anar més enllà de descriure les diferències entre homes i dones i aprofundir sobre els mecanismes a través dels quals el gènere s'entrecrua amb altres factors socials per crear desigualtats entre homes i dones, entre les dones i entre els homes, i anar més enllà dels determinants socioeconòmics a la intersecció més complexa entre factors de gènere, socioeconòmics i culturals per a totes les etapes de la vida (Hankivsky, 2012). Aquesta evidència s'ha d'utilitzar per a l'anàlisi, l'acció, el seguiment i l'avaluació.

Nombrosos estudis sobre desigualtats, fins i tot quan presenten dades desagregades, només identifiquen diferències entre homes i dones sense una anàlisi de gènere adequada que aprofundeixi en els mecanismes de les diferències. Els indicadors transformadors de gènere i sensibles al gènere mesuren els canvis relacionats amb el gènere al llarg del temps, incloent-hi canvis quantitatius basats en dades estadístiques desagregades per sexe i canvis qualitius, com ara actituds davant els estereotips de gènere o violència contra les dones (World Health Organization, 2016). A continuació es fan algunes propostes concretes:

1. Introduir en tots els sistemes d'informació variables sensibles a les desigualtats de gènere
2. Desagregar sistemàticament les dades per sexe en tots els sistemes d'informació també quan hi ha una tercera variable com ara l'edat, la classe social, l'estat migratori o el districte de residència
3. La desagregació per sexe s'ha de complementar amb la desagregació per l'edat, motius de discapacitat, origen ètnic, nivell d'estudis, lloc de residència, orientació sexual i identitat de gènere perquè les polítiques puguin fer front a les desigualtats i inequitats de gènere de les dones
4. Millorar els sistemes d'informació de violència en la infància, violència masclista i maltractament de les persones grans
5. Impulsar l'avaluació de les polítiques i de les intervencions amb perspectiva de gènere i interseccional



## Formació

6. Impulsar la formació als professionals de diversos sectors en les desigualtats de gènere en la salut, des de l'anàlisi de situació, al disseny, la implementació i l'avaluació de les intervencions.

## Acció

S'ha assenyalat que les intervencions efectives per a la reducció de les desigualtats de gènere en la salut tenen quatre característiques comunes: 1) es basen en l'acció multisectorial treballant amb sectors més enllà de la salut per crear el canvi; 2) inclouen la participació de múltiples actors en diferents nivells; 3) els programes implementats diversifiquen la programació, combinant activitats que es reforcen mútuament i aborden els temes des de múltiples perspectives; i 4) a través de la participació social i l'apoderament, les intervencions fomenten la consciència crítica i la participació entre els membres de la comunitat animant-los a convertir-se en agents actius en la configuració de la seva pròpia salut (Heymann et al., 2019).

S'ha remarcat que és important una inversió estratègica entre infants, adolescents i joves en programes que promouen la igualtat de gènere i s'orienten a les normes restrictives de gènere entre els joves. El canvi en la càrrega global de malaltia entre els joves requereix un enfocament més nítid sobre com canviar les normes relacionades amb el gènere que contribueixen a una mala salut mental, malalties infeccioses, consum de substàncies addictives, lesions i malalties cròniques. Aquests programes poden conduir a una millora de la salut i el benestar al llarg de la vida desafiant no només les actituds i comportaments relacionats amb el gènere a una edat primerenca, sinó també els sistemes de gènere que els envolten (Levy et al., 2020). A continuació es fan propostes sobre intervencions per reduir les desigualtats de gènere en la salut, generals i al llarg del curs de vida.

## General

7. Incloure la perspectiva de gènere en iniciatives que aborden els determinants socials, econòmics, ambientals i culturals de la salut i l'equitat en salut
8. Establir mecanismes intersectorials entre els sectors de la salut i l'educació per eliminar els estereotips de gènere en l'educació primària, secundària i universitària i integrar el gènere en l'educació per a la salut

9. Incloure la perspectiva de gènere en iniciatives que aborden els determinants socials, econòmics, ambientals i culturals de la salut i l'equitat en salut
10. Impulsar la perspectiva de gènere en l'avaluació de l'efectivitat de les intervencions i polítiques per millorar la salut
11. Enfortir la col·laboració entre el sector de la salut i la societat civil, especialment amb organitzacions actives en els drets i la salut de les dones.

## Infants, adolescents i joves

12. Impulsar l'estratègia de Promoció de les Relacions Saludables i Equitatives a l'entorn escolar de Barcelona
13. Promoure intervencions sobre hàbits saludables adaptades als diversos grups d'edat amb perspectiva de gènere i interseccional

## Persones adultes

14. Reduir el treball domèstic i de cura en les dones
  - Augmentar l'educació infantil pública i gratuïta dels 0 als 3 anys,
  - Augmentar els serveis d'atenció domiciliària de qualitat a preus assequibles, amb una durada adequada i no només concebuts com a "respir",
  - Facilitar l'accés a places de residències de qualitat a preus assequibles, amb un nou model en el qual prevalgui la voluntat individual per sobre dels interessos de la institució
  - Impulsar models alternatius a les residències de persones grans com els habitatges amb serveis
15. Millorar les condicions d'ocupació i de treball de les treballadores d'escoles infantils, residències de persones gran, residències de persones amb discapacitat, serveis d'atenció domiciliària i, en general, del personal essencial i de primera línia abordant també l'escassetat de personal
16. Prevenir i eliminar la discriminació per maternitat i responsabilitats familiars i creació d'una cultura de treball que faciliti la conciliació de vida laboral i familiar
17. Promoure bones pràctiques contra la discriminació de gènere des del Consell Assessor de Salut Laboral

## Persones grans

18. Impulsar mesures contra l'edatisme

19. Augmentar la participació de les persones grans en la presa de decisions tant a nivell general com en aspectes relacionats amb la salut
20. Reduir la medicalització de la vida de les persones grans, particularment el consum de psicofàrmacs entre les dones

## Recerca

21. Impulsar la recerca sobre els determinants socials de la salut amb perspectiva de gènere i interseccional
22. Promoure la recerca sobre les desigualtats de gènere en el consum de psicofàrmacs
23. Promoure la recerca sobre l'edatisme al nostre entorn
24. Impulsar la recerca sobre el maltractament contra les persones grans

---

# Referències

---

1. Addabbo, T., Galvez Munoz, L., Lyberaki, A., Ordioni, N., & Rodriguez Madrono, P. (2014). The Impacts of the Crisis on Gender Equality and Women's Wellbeing in EU Mediterranean countries. In *UNICRI United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute*.
2. Arcas, M. M., Novoa, A. M., & Artazcoz, L. (2013). Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers. *European Journal of Public Health, 23*(5), 883–888. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks095>
3. Artazcoz, L., Cortès, I., & Escribà-Agüir, V. (2016). Gender, work and health: a step forward in women's occupational health. In J. Gideon (Ed.), *Handbook on Gender and Health*. Edward Elgar Publishing.
4. Bacigalupe, A., & Martín, U. (2021). Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health? *Scandinavian Journal of Public Health, 49*(3), 317–324. <https://doi.org/10.1177/1403494820944736>
5. Bartel, K. A., Gradar, M., & Williamson, P. (2015). Protective and risk factors for adolescent sleep: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews, 21*, 72–85. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.08.002>
6. Bhui, K. (2016). Discrimination, poor mental health, and mental illness. *International Review of Psychiatry, 28*(4), 411–414. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210578>
7. Buckingham, S., Fiadzo, C., Dalla-Pozza, V., Todaro, L., Dupong, C., & Hadjivassiliou, K. (2020). *Precarious work from a gender and intersectionality perspective, and ways to combat it* (Issue November). Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies.
8. Carrere, J., Sánchez-Ledesma, E., Serral, G., Garcia de Olalla, P., Mercuriali, L., Pérez, K., Artazcoz, L., & Agencia de Salut Pública de Barcelona. (2022). *La salut i els drets sexuals i reproductius a la ciutat de Barcelona. Any 2020*. <https://www.aspb.cat/salut-drets-sexuals-reproductius-barcelona-2020>
9. Cortès Franch, I., Arcas Ferré, M. M., & Ollé Espluga, L. (2022). *Indicadors de salut i treball de Barcelona, any 2020*. Agència de Salut Pública de Barcelona.
10. De Quintana Medina, J. (2021). *Guia pràctica 18. La perspectiva de gènere en l'avaluació de polítiques públiques*. Ivàlua.

11. Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1061.
12. England, P. (2010). The gender revolution: Uneven and stalled. *Gender and Society*, 24(2), 149–166. <https://doi.org/10.1177/0891243210361475>
13. England, P., Mishel, E., & Caudillo, M. L. (2016). Increases in sex with same-sex partners and bisexual identity across cohorts of women (but not men). *Sociological Science*, 3, 951–970. <https://doi.org/10.15195/v3.a42>
14. European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). Violence against women: An EU-wide survey. Main results. In *Publications Office of the European Union*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2811/62230>
15. Grandner, M. A. (2017). Sleep, Health, and Society. *Sleep Medicine Clinics*, 12(1), 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.012.Sleep>
16. Grimshaw, Damian, R. J. (2015). *The Motherhood Pay Gap: A Review of the Issues, Theory and International Evidence. (Conditios of Work and Employment Series)*. International Labour Organization.
17. Guttmacher, S., & Doyal, L. (1997). What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health. *Journal of Public Health Policy*. <https://doi.org/10.2307/3343364>
18. Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science and Medicine*, 74(11), 1712–1720. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
19. Havet, N., Bayart, C., & Bonnel, P. (2021). Why do Gender Differences in Daily Mobility Behaviours persist among workers? *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 145, 34–48. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2020.12.016>
20. Hearn, J., Nordberg, M., Andersson, K., Balkmar, D., Gottzén, L., Klinth, R., Pringle, K., & Sandberg, L. (2012). Hegemonic Masculinity and Beyond: 40 Years of Research in Sweden. *Men and Masculinities*, 15(1), 31–55. <https://doi.org/10.1177/1097184X11432113>
21. Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Zewdie, D., Darmstadt, G. L., Greene, M. E., Hawkes, S., Henry, S., Heymann, J., Klugman, J., Levine, R., Raj, A., & Rao Gupta, G. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440–2454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)
22. Hemsing, N., & Greaves, L. (2020). Gender Norms, Roles and Relations and Cannabis-Use Patterns: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph17030947>

23. Heymann, J., Levy, J. K., Bose, B., Ríos-Salas, V., Mekonen, Y., Swaminathan, H., Omidakhsh, N., Gadoth, A., Huh, K., Greene, M. E., Darmstadt, G. L., Greene, M. E., Hawkes, S., Heise, L., Henry, S., Klugman, J., Levine, R., Raj, A., & Rao Gupta, G. (2019). Improving health with programmatic, legal, and policy approaches to reduce gender inequality and change restrictive gender norms. *The Lancet*, 393(10190), 2522–2534. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30656-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30656-7)
24. Jewkes, R., Flood, M., & Lang, J. (2015). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: A conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet*, 385(9977), 1580–1589. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61683-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61683-4)
25. Jiménez Rodrigo, M. L. (2010). Consumos de tabaco y género. *Eguzkilore: Cuaderno Del Instituto Vasco de Criminología*, 24, 71–96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3693699&info=resumen&idioma=BAQ>
26. Knutson, K. L. (2013). Sociodemographic and Cultural Determinants of Sleep Deficiency: Implications for Cardiometabolic Disease Risk. *Social Science & Medicine*, 79, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.05.002>. Sociodemographic
27. Krieger, N. (2014). Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*, 44, 643–710.
28. Kuhlmann, E., & Annandale, E. (2016). *The Palgrave Handbook of Gender and Development*. <https://doi.org/10.1007/978-1-137-38273-3>
29. Levy, J. K., Darmstadt, G. L., Ashby, C., Quandt, M., Halsey, E., Nagar, A., & Greene, M. E. (2020). Characteristics of successful programmes targeting gender inequality and restrictive gender norms for the health and wellbeing of children, adolescents, and young adults: a systematic review. *The Lancet Global Health*, 8(2), e225–e236. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30495-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30495-4)
30. Martínez-Montilla, J. M., Mercken, L., Lima-Serrano, M., De Vries, H., & Lima-Rodríguez, J. S. (2020). Why are Spanish adolescents binge drinkers? Focus group with adolescents and parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 1–21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103551>
31. Mendoza Berjano, R., Pérez, P. L., & Sagraera, M. R. (2007). Gender differences in the evolution of adolescent's tobacco consumption in Spain (1986-2002). *Adicciones*, 19(3), 273–287. <https://doi.org/10.20882/adicciones.306>
32. Mills, J. S., Musto, S., Williams, L., & Tiggemann, M. (2018). “Selfie” harm: Effects on mood and body image in young women. *Body Image*, 27, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.007>

33. Moya-Martínez, P., Escribano-Sotos, F., & Pardo-García, I. (2012). La participación en el mercado laboral de los cuidadores informales de personas mayores en España. *Innovar*, 22(43), 55–66.
34. Office for National Statistics. (2022). *Sexual orientation, UK*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/sexuality/datasets/sexualidentityuk>
35. Officer, A., Thiyagarajan, J. A., Schneiders, M. L., Nash, P., & de la Fuente-Núñez, V. (2020). Ageism, healthy life expectancy and population ageing: How are they related? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>
36. Payne, S., & Doyal, L. (2010). Older women, work and health. *Occupational Medicine*, 60, 172–177.
37. Pérez, G., Otero, I., Artázcoz, L., Garrido, A., Pasarín, M., & Pérez Catherine. (2019). *Violència masclista en l'àmbit de la parella des d'una perspectiva de salut pública: anàlisi de situació en la ciutat de Barcelona*. 35. <https://www.aspb.cat/documents/analisi-situacio-violencia-masclista/>
38. Puig-Barrachina, V., Vanroelen, C., Vives, A., Martínez, J. M., Muntaner, C., Levecque, K., Benach, J., & Louckx, F. (2014). Measuring employment precariousness in the European Working Conditions Survey: the social distribution in Europe. *Work*, 49, 143–161.
39. Reel, J., Voelker, D., & Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 149. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s68344>
40. Salvador-Piedrafita, Maria, Artazcoz, Lucía, Bartoll, X., Bastida, A., Pasarín, M., & Puig-Barrachina, V. (2018). *Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona*. Agència de Salut Pública de Barcelona.
41. Solera, C., & Mencarini, L. (2018). The gender division of housework after the first child: a comparison among Bulgaria, France and the Netherlands. *Community, Work and Family*, 21(5), 519–540. <https://doi.org/10.1080/13668803.2018.1528969>
42. Solomon-Krakus, S., Sabiston, C. M., Brunet, J., Castonguay, A. L., Maximova, K., & Henderson, M. (2017). Body Image Self-Discrepancy and Depressive Symptoms Among Early Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.08.024>
43. Spencer, R. A., Rehman, L., & Kirk, S. F. L. (2015). Understanding gender norms, nutrition, and physical activity in adolescent girls: A scoping review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0166-8>

44. Springer, K. W., Mager Stellman, J., & Jordan-Young, R. M. (2012). Beyond a catalogue of differences: A theoretical frame and good practice guidelines for researching sex/gender in human health. *Social Science and Medicine*, 74(11), 1817–1824. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.033>
45. The Lancet Public Health. (2019). Time to tackle the physical activity gender gap. *The Lancet Public Health*, 4(8), e360. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30135-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30135-5)
46. Verniers, C., & Vala, J. (2018). Justifying gender discrimination in the workplace: The mediating role of motherhood myths. In *PLoS ONE* (Vol. 13, Issue 1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190657>
47. World Health Organization. (2011). *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*. World Health Organization. <https://www.climateinteractive.org/programs/world-climate/register-event/>
48. World Health Organization. (2016). *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage*. 50. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/318147/Womens-health-well-being-Europe-beyond-mortality-advantage.pdf?ua=1%5Cnhttp://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/318147/Womens-health-well-being-Europe-beyond-mortality-advantage.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/Womens-health-well-being-Europe-beyond-mortality-advantage.pdf?ua=1%5Cnhttp://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/Womens-health-well-being-Europe-beyond-mortality-advantage.pdf)
49. Yang, Y., & Tang, L. (2018). Understanding women's stories about drinking: Implications for health interventions. *Health Education Research*, 33(4), 271–279. <https://doi.org/10.1093/her/cyy016>
50. Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147–e156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)



---

# Índex de figures

---

1. Població de Barcelona segons sexe i edat, 2021.....	9
2. Població de Barcelona segons sexe i nivell d'estudis, 2021 .....	9
3. Les 10 nacionalitats estrangeres més freqüents segons sexe i nacionalitat, 2021 .....	10
4. Consum de tabac segons sexe i edat.....	13
5. Consum de risc d'alcohol segons sexe i edat.....	13
6. Inactivitat física en el temps de lleure (excloent caminar) segons sexe i edat .....	14
7. Excés de pes segons sexe i edat .....	15
8. Son insuficient segons sexe i edat.....	16
9. Mala qualitat del son segons sexe i edat.....	16
10. Maltractament per part de la parella en persones amb parella segons sexe i edat .....	17
11. Persones atretes exclusivament pel sexe contrari segons sexe i edat.....	18
12. Discriminació en l'últim any segons sexe i edat.....	19
13. Situació laboral entre persones majors de 15 anys segons sexe.....	20
14. Taxes d'activitat, ocupació i atur l'últim trimestre de 2021 segons sexe i edat .....	21
15. Salari mitjà segons sexe i edat .....	22
16. Contractació temporal entre persones assalariades segons sexe i edat.....	22
17. Treball a temps parcial segons sexe i edat.....	23
18. Esperança de vida segons sexe, Barcelona 2018-21 .....	26
19. Mal estat de salut percebut segons sexe i edat.....	26
20. Mal estat de salut mental segons sexe i edat .....	27
21. Consum de psicofàrmacs segons sexe i edat .....	28
22. Persones amb tres o més trastorns crònics segons sexe i edat.....	28
23. Problemes de salut laboral segons sexe i edat. Barcelona, 2021. ....	30

24. Persones lesionades per trànsit a Barcelona, 2021 .....	31
25. Risc de lesió de trànsit segons grup d'edat. Barcelona 2021 .....	32
26. Almenys dues visites a l'atenció primària els últims 12 mesos segons sexe i edat .....	33
27. Visita a un servei d'urgències els últims 12 mesos segons sexe i edat.....	33
28. Visita ambulatoria a l'atenció especialitzada els últims 12 mesos segons sexe i edat...	34
29. Almenys un ingrés hospitalari els últims 12 mesos segons sexe i edat.....	35
30. Consum de tabac segons sexe i curs escolar en adolescents .....	38
31. Consum intensiu d'alcohol segons sexe i curs escolar en adolescents (algun cop) .....	39
32. Consum conjunt d' alcohol i cànnabis segons sexe i curs escolar en adolescents.....	39
33. Excés de pes segons sexe i curs escolar en adolescents.....	40
34. Inactivitat física segons sexe i NSE en adolescents .....	41
35. Son insuficient en dies lectius segons sexe i curs escolar en adolescents .....	42
36. Maltractament per part de la parella en l'últim any segons sexe i NSE en adolescents .....	43
37. Assetjament sexual segons sexe i curs escolar en adolescents.....	44
38. Atracció sexual en adolescents segons sexe.....	45
39. Tipus de discriminacions en població adolescent segons sexe i motiu de discriminació. Barcelona 2021 en adolescents.....	46
40. Mal estat de salut percebut segons sexe i NSE en adolescents .....	48
41. Mal estat de salut mental segons sexe i NSE en adolescents.....	49
42. Persones de 16-24 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i mode de transport. Barcelona 2021 .....	50
43. Persones de 16-24 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i posició al vehicle. Barcelona 2021 .....	51
44. Consum de tabac en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social .....	53
45. Consum de tabac en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència .....	54
46. Consum de risc d'alcohol en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència .....	54
47. Excés de pes en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social.....	55
48. Inactivitat física (excloent caminar) en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social .....	56

49.	Son insuficient en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social.....	57
50.	Mala qualitat del son segons sexe i classe social .....	57
51.	Mala qualitat del son en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència .....	58
52.	Persones de 25 a 64 anys que se senten atretes exclusivament pel sexe contrari segons sexe i classe social .....	59
53.	Discriminació entre persones de 25 a 64 anys segons sexe i nivell d'estudis .....	59
54.	Tipus de contracte en persones assalariades de 25 a 64 anys segons sexe i procedència .....	61
55.	Hores setmanals de treball remunerat en persones de 25 a 64 anys segons sexe .....	62
56.	Raons per treballar a temps parcial en persones de 25 a 64 anys segons sexe.....	63
57.	Persones de 25 a 64 anys que s'ocupen soles del treball domèstic i de cura no remunerat segons sexe.....	64
58.	Mal estat de salut percebut en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social ..	66
59.	Mal estat de salut percebut en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència ..	66
60.	Mal estat de salut mental en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social.....	67
61.	Mal estat de salut mental en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència .....	67
62.	Consum de psicofàrmacs en persones de 25 a 64 anys segons sexe i procedència .....	68
63.	Persones de 25 a 64 anys amb tres trastorns crònics o més segons sexe i classe social ....	69
64.	Malalties professionals en persones de 25 a 64 anys segons sexe i diagnòstic. Barcelona, 2021.....	70
65.	Persones 25-64 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i mode de transport. Barcelona 2021 .....	71
66.	Persones 25-64 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i posició al vehicle, Barcelona 2021 .....	71
67.	Dos o més visites a l'atenció primària els últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social .....	72
68.	Visita a un servei d'urgències últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social .....	73
69.	Visita ambulatoria a l'assistència especialitzada els últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social.....	73

<b>70.</b> Visita ambulatoria a l'assistència especialitzada els últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons procedència .....	74
<b>71.</b> Almenys un ingrés hospitalari els últims 12 mesos en persones de 25 a 64 anys segons sexe i classe social .....	74
<b>72.</b> Consum de tabac en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	76
<b>73.</b> Consum de risc d'alcohol en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	77
<b>74.</b> Excés de pes en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	78
<b>75.</b> Inactivitat física (excloent caminar) en el temps de lleure en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	78
<b>76.</b> Son insuficient en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	79
<b>77.</b> Mala qualitat del son en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	79
<b>78.</b> Import mitjà de les pensions contributives en persones de 65 anys o més segons sexe i tipus. Barcelona, 2019 .....	81
<b>79.</b> Estructura de la llar en persones de 65 anys o més segons sexe .....	82
<b>80.</b> Mal estat de salut percebut en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	83
<b>81.</b> Mal estat de salut mental en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	84
<b>82.</b> Consum de psicofàrmacs en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	85
<b>83.</b> Tres o més trastorns crònics de salut en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	85
<b>84.</b> Persones majors de 64 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i mode de transport. Barcelona 2021 .....	86
<b>85.</b> Persones majors de 64 anys lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe i posició al vehicle. Barcelona 2021 .....	87
<b>86.</b> Persones de 65 anys o més que han visitat l'atenció primària dues vegades o més els últims 12 mesos segons sexe i classe social .....	88
<b>87.</b> Visita ambulatoria especialitzada els últims 12 mesos en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	89
<b>88.</b> Almenys un ingrés hospitalari els últims 12 mesos en persones de 65 anys o més segons sexe i nivell d'estudis .....	89

**C S B** Consorci Sanitari  
de Barcelona



La Salut en xifres

Connectem  
f t y in

[www.aspb.cat](http://www.aspb.cat)