

LES DESIGUALTATS SOCIALS DE SALUT A BARCELONA

monografies

M. ISABEL PASARÍN^{1,2} CARME BORRELL¹ ANTONI PLASÈNCIA^{1,2} PATRÍCIA G. DE OLALLA^{1,2} HERNANDO GALDÓS-TANGÜIS²
M. TERESA BRUGAL^{1,2}

1. Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona. 2. Institut de Salut Pública de Catalunya

Introducció

En els darrers anys, diversos estudis han constatat l'existència de desigualtats en salut en les societats occidentals, desigualtats gairebé sempre relacionades amb la situació social dels individus i/o dels grups.¹⁻⁹

En els estudis realitzats en individus de la relació entre salut i situació social s'utilitzen diversos indicadors de salut (mortalitat, morbiditat, serveis sanitaris) i com a indicadors de situació social se sol utilitzar la classe social, la categoria socioeconòmica, el nivell d'estudis i el nivell d'ingressos de l'individu. Quan es realitzen en grups s'utilitzen altres indicadors que se suposen que reflecteixen l'exposició social dels individus del grup. Els grups d'individus –definites per una àrea geogràfica o per altres nexes sociològics– es diferencien segons el valor de determinats indicadors del grup. Generalment s'utilitzen indicadors de privació –social, econòmica i/o cultural– i s'assignen al grup (ex.: percentatge d'analfabets, percentatge de persones en atur, etc.).

A Barcelona, des dels anys 80 s'han estudiat les desigualtats en salut, principalment a través dels registres sistemàtics disponibles, que han estat les dades de població del padró municipal d'habitants i les dades del registre de mortalitat. Es va constatar un excés de mortalitat –incloent mortalitat prematura, mortalitat infantil i menor esperança de vida– en les zones de la ciutat (districtes i barris) socioeconòmicament més desfavorides.

Recentment s'ha estudiat quina ha estat l'evolució de les desigualtats en mortalitat en el període 1983-1994, i s'ha observat un augment de les desigualtats en la mortalitat per sida i per sobredosi de drogues, que afecten els indicadors de mortalitat prematura i l'esperança de vida.¹⁰⁻¹⁹

En el treball que es presenta a continuació s'han utilitzat com a unitat d'anàlisi les Àrees Bàsiques de Salut (ABS). La utilització de les ABS té dos principals avantatges, un és que es treballa amb unitats d'estudi més petites del que fins ara s'havia fet i, en general, això se suposa que millora la precisió dels resultats, ja que les poblacions de cada unitat són més homogènies entre si i alhora més diferents respecte a la resta d'àrees. L'altre avantatge és que l'ABS és la unitat mínima que s'utilitza en els processos de planificació i gestió sanitària.

En poques ocasions hi ha la possibilitat d'estudiar les repercussions d'una malaltia en una població a través de dades diferents a les de mortalitat. Una de les excepcions és la d'aquelles malalties que són de declaració obligatòria i principalment aquelles que estan sotmeses a una vigilància activa, és a dir, són malalties per a les quals hi ha professionals específicament dedicats a detectar-les que van als llocs on poden ser diagnosticades. Dues d'aquestes malalties, en el cas de la ciutat de Barcelona, són la sida i la tuberculosi i, per tant, en aquests casos es disposa de dades prou vàlides i fiables sobre la seva incidència.

1. Black D, Morris J, Smith C, Townsend P. The Black Report. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M. Inequalities in Health: The Black report and The Health Divide. London: Penguin Books, 1988.
2. Carstairs V. Multiple deprivation and health state. *Comm Med* 1981; 3:4-14.
3. Carstairs V, Morris R. Deprivation and mortality: an alternative to social class? *Comm Med* 1988; 1: 210-219.
4. Carstairs V, Morris R. Deprivation and Health in Scotland. Aberdeen. Aberdeen University Press, 1991.
5. Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Health and deprivation. Inequality and the North. London: Routledge, 1988.
6. Blaxter M. Health and lifestyles. London: Routledge, 1990.
7. Borrell i Thió C. Les desigualtats socials en la salut. Revisió de la bibliografia. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1997. (Col·lecció Estudis i Recerca. Salut Pública). (En premsa.)
8. Regidor E, Gonzalez J. Desigualdad social y mortalidad en España. *Rev San Hig Pub* 1989; 63:107-16.
9. Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
10. Borrell C, Plasència A, Pañella H. Excés de mortalitat en una àrea urbana cèntrica: el cas de Ciutat Vella a Barcelona. *Gac Sanit* 1991; 5: 243-53.
11. Borrell C, Arias A. Desigualtats en mortalitat als barris de Barcelona. *Gac Sanit* 1993; 7: 205-220.
12. Borrell C. Epidemiologia de les desigualtats en mortalitat als barris de Barcelona. [Treball de recerca del tercer cicle]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1992.
13. Arias A, Rebagliato M, Palumbo MA, Bellver R, Ashton J, Colomer C et al. Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 281-7.
14. Borrell C, Arias A. Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona (Spain). *J Epidemiol Comm Health* 1995; 49: 460-5.
15. Torralba L, Brugal MT, Villalbí JR, Tortosa MT, Toribio A, Valverde JL. Mortality due to acute adverse drug reactions: opiates and cocaine in Barcelona: 1989-93. *Addiction* 1996; 91:419-26.
16. Borrell C. Evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona. [Tesi doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1995.
17. Arias C. Desigualdades en la mortalidad según la educación en la ciudad de Barcelona. [Tesina del máster de Salud Pública]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1996.
18. Borrell C, Plasència A, Pasarín I, Ortún V. Widening social inequalities in mortality: the case of a southern European city (Barcelona). *J Epidemiol Comm Health* 1997 (en premsa).
19. Pasarín Rúa MI. Estudio de las desigualdades sociales en mortalidad en las Áreas Básicas de Salud de Barcelona. [Treball de recerca de tercer cicle]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1996.

L'objectiu d'aquest estudi ha estat analitzar l'existència de desigualtats socials en mortalitat general i en les principals causes de defunció, incloent també les desigualtats en morbiditat per sida i per tuberculosi.

Metodologia

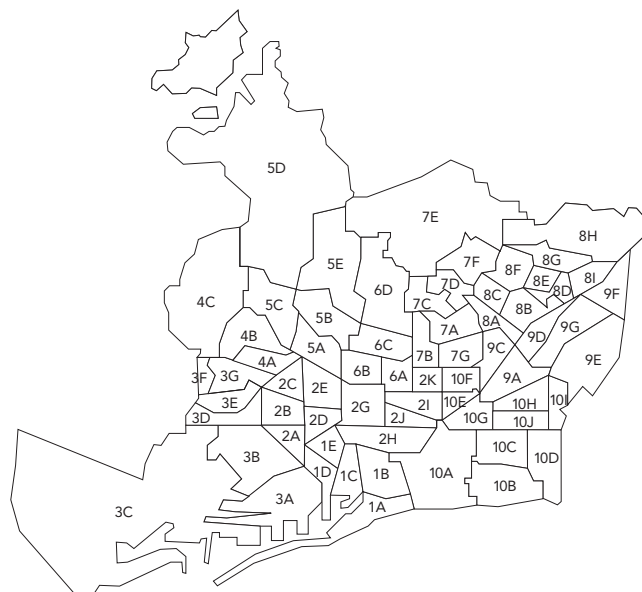
Es tracta d'un estudi ecològic transversal on la unitat d'anàlisi són les ABS de Barcelona, les quals van ser definides a la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya com "les unitats territorials elementals delimitades segons factors geogràfics, demogràfics, socials, epidemiològics i de comunicació homogenis i que compten com a mínim amb un centre d'atenció primària".²⁰

A Barcelona hi ha 66 ABS, i la seva població oscil·la entre 8.737 i 38.160 persones, amb una mitjana de 24.904. A la figura 1 es mostra el mapa de les ABS de la ciutat.

La població d'estudi ha estat, per a l'anàlisi de la mortalitat, totes les defuncions de residents a Barcelona ocorregudes en el període 1989-93; per a l'estudi de la morbiditat per sida i per tuberculosi, la població de Barcelona de l'any 1994; i per a l'estudi de la situació social, la població de Barcelona inscrita en el padró de l'any 1991.²¹

Les fonts d'informació utilitzades han estat el padró municipal d'habitants del 1991 per a la informació sobre el nivell d'instrucció, el cens d'habitants del 1991 per a la informació sobre atur, i els registres de casos de sida i

Figura 1
Àrees Bàsiques de Salut de la ciutat de Barcelona



tuberculosi de l'Institut Municipal de la Salut. Les dades de mortalitat van procedir de la Butlleta estadística de defunció, les quals són codificades a l'Institut Municipal d'Estadística, excepte la causa de defunció que es codifica en el Centre Mixt de Codificació de l'Ajuntament de Barcelona i la Generalitat de Catalunya. Les dades són mecanitzades a l'Institut Municipal d'Estadística i trameses a l'Institut Municipal de la Salut (IMS) en suport magnètic. Les dades dels residents morts a la resta de Catalunya són proporcionades pel Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

La font d'informació de les dades d'incidència de sida i tuberculosi són els

registres de casos d'ambdues malalties de l'IMS, les quals són de declaració obligatòria i a més estan sotmeses a vigilància activa.

Els indicadors de mortalitat estudiats han estat l'esperança de vida, la taxa de mortalitat estandarditzada per edat (TEM) i la taxa d'anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys estandarditzada per edat (TAPVP) de la mortalitat global i de les següents causes de defunció: malaltia cerebrovascular, malaltia isquèmica del cor, càncer de mama, càncer de

20. Comunitat Autònoma de Catalunya. Llei 15/1990, de 15 de juliol, d'Ordenació Sanitària. BOE núm. 197, 17 d'agost de 1990.

21. Padró d'habitants de la ciutat de Barcelona 1991. Barcelona. Ajuntament de Barcelona. Servei d'Estadística, 1992.

Taula 1
Indicadors socioeconòmics a les ABS de Barcelona

	% Instrucció insuficient	ICEF	% Homes en atur	% Dones en atur	% Atur en ambdós sexes
ABS 1A	33,970	57,96	13,85	11,09	12,47
ABS 1B	26,800	67,39	13,93	10,74	12,32
ABS 1C	23,990	76,39	15,09	9,78	12,47
ABS 1D	33,280	51,73	17,94	13,84	16,01
ABS 1E	29,350	62,22	14,15	11,18	12,65
ABS 2A	16,790	99,49	8,82	7,85	8,31
ABS 2B	14,220	109,05	7,69	7,62	7,65
ABS 2C	11,750	125,90	6,40	6,86	6,64
ABS 2D	15,200	113,04	8,32	7,24	7,76
ABS 2E	11,430	122,81	7,73	6,76	7,22
ABS 2G	9,470	138,60	6,90	6,61	6,75
ABS 2H	11,630	123,64	7,26	7,21	7,23
ABS 2I	16,280	100,31	8,06	8,59	8,34
ABS 2J	14,500	109,59	8,02	7,59	7,79
ABS 2K	16,200	104,35	7,42	7,82	7,63
ABS 3A	26,830	73,88	11,12	10,50	10,81
ABS 3B	23,350	83,28	10,14	9,36	9,74
ABS 3C	21,740	84,17	11,62	12,54	12,08
ABS 3D	21,820	91,11	8,86	9,74	9,30
ABS 3E	23,410	83,33	8,97	9,13	9,05
ABS 3F	24,250	86,31	8,28	9,61	8,96
ABS 3G	18,400	96,12	8,43	8,66	8,55
ABS 4A	12,050	124,72	6,78	7,11	6,95
ABS 4B	8,820	148,48	5,16	5,49	5,33
ABS 4C	11,360	143,27	5,67	6,62	6,16
ABS 5A	6,880	172,44	5,65	5,46	5,55
ABS 5B	6,710	153,17	6,06	6,19	6,13
ABS 5C	6,500	169,35	4,64	5,54	5,11
ABS 5D	9,860	159,24	6,08	5,53	5,79
ABS 5E	5,890	159,27	5,82	5,93	5,88
ABS 6A	16,290	101,31	7,79	7,77	7,78
ABS 6B	20,530	84,85	10,54	8,73	9,60
ABS 6C	12,750	106,57	7,42	7,67	7,55
ABS 6D	14,400	111,75	7,73	7,93	7,83
ABS 7A	16,170	101,17	8,16	9,03	8,61
ABS 7B	17,900	100,35	8,74	8,46	8,59
ABS 7C	28,700	74,60	10,22	10,38	10,30
ABS 7D	25,560	5,15	9,65	9,13	9,39
ABS 7E	23,480	86,08	9,17	8,76	8,96
ABS 7F	23,510	90,97	7,72	8,25	7,99
ABS 7G	16,230	99,38	8,27	8,65	8,47
ABS 8A	19,860	90,93	7,77	8,75	8,27
ABS 8B	24,280	84,24	9,23	9,17	9,20
ABS 8C	27,440	77,51	10,27	8,43	9,32
ABS 8D	25,220	79,96	9,12	10,12	9,62
ABS 8E	31,730	68,14	11,31	11,27	11,29
ABS 8F	20,820	84,74	9,62	10,06	9,84
ABS 8G	35,820	66,15	10,74	12,28	11,50
ABS 8H	28,940	66,00	12,29	12,81	12,54
ABS 8I	35,780	67,49	12,56	12,19	12,37
ABS 9A	14,780	96,72	7,17	10,05	8,64
ABS 9C	18,540	94,24	8,40	8,75	8,58
ABS 9D	18,670	88,85	7,80	9,68	8,76
ABS 9E	30,080	64,22	13,48	12,92	13,21
ABS 9F	31,770	65,57	11,36	11,26	11,31
ABS 9G	17,030	91,35	7,34	9,68	8,52
ABS 10A	19,550	91,39	9,56	9,58	9,57
ABS 10B	25,110	78,14	10,92	11,08	11,00
ABS 10C	22,350	83,14	8,69	11,10	9,90
ABS 10D	31,630	73,96	11,46	11,32	11,39
ABS 10E	17,680	92,06	8,40	9,39	8,91
ABS 10F	18,590	93,03	8,33	8,77	8,56
ABS 10G	17,550	90,41	7,40	10,63	9,04
ABS 10H	23,100	90,31	9,62	9,95	9,79
ABS 10I	31,060	80,47	12,81	11,32	12,06
ABS 10J	19,360	93,02	8,08	10,63	9,36

pulmó, cirrosi, accidents de vehicles de motor, sida, sobredosi, càncer de cèrvix, pneumònia i bronquitis, emfisema i asma. Totes les causes s'estudien per sexes excepte la sida i les sobredosis, que es tracten en ambdós sexes conjuntament, encara que totes dues són molt més freqüents en el sexe masculí que en el femení; es fa per la impossibilitat de tractar el petit nombre de casos que es presenten en les dones i per tal de no despreciar-los. Els anys potencials de vida perduts és un indicador que quantifica, per a cada causa de defunció i per la globalitat, la quantitat d'anys que s'han deixat de viure fins a 70 anys per haver-se produït la mort en persones entre 1 i 70 anys; d'aquesta manera és un indicador que reflecteix la mortalitat prematura d'una població.

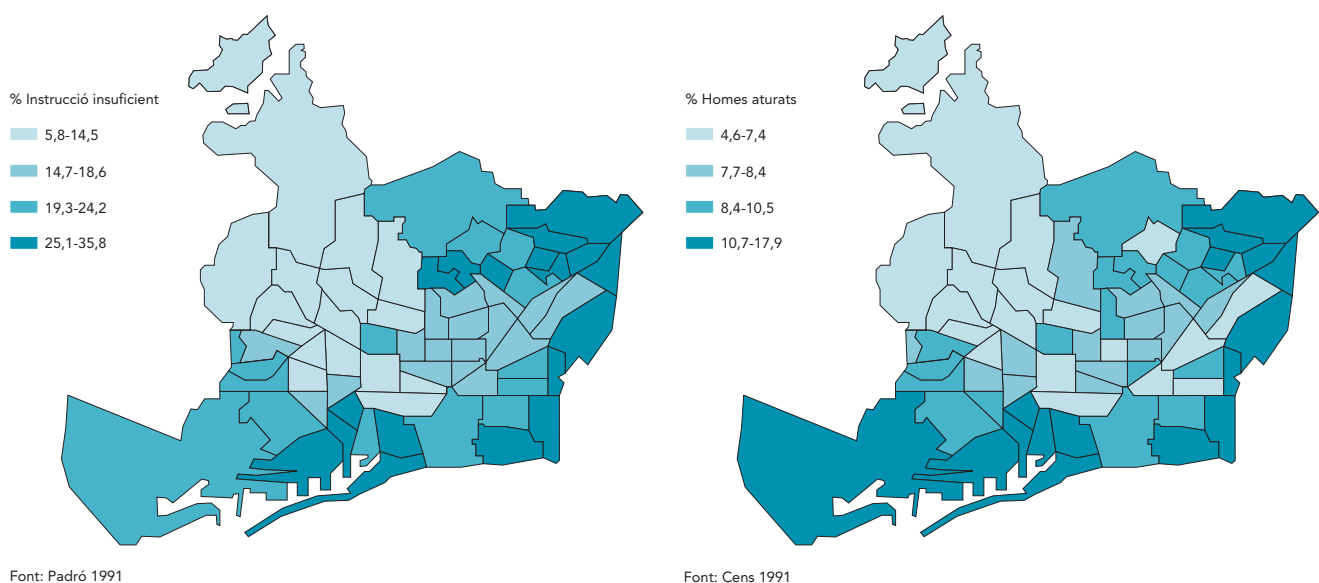
Els indicadors de morbiditat ha estat la taxa d'incidència de sida i tuberculosi, en els homes i dones entre 15 i 64, per a l'any 1994.^{22, 23}

Els indicadors socioeconòmics estudiats han estat la instrucció insuficient –percentatge de persones majors de 16 anys que en el padró de 1991 es van declarar analfabetes o amb estudis primaris incomplets–, l'atur per sexes –percentatge de persones entre 15 i 64

22. La salut en els districtes i les Àrees Bàsiques de Salut. En: Plasència A, Pasarín MI, Borrell C. La salut a Barcelona, 1995. Barcelona: Àrea de Salut Pública. Institut Municipal de la Salut, 1997 (en premsa).

23. Caylà JA, Galdós-Tangüis H, García de Olalla P, Brugal MT, Jansà JM, Miranda PSC. La tuberculosi a Barcelona. Informe 1994. Barcelona: Àrea de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona, 1995.

Figura 2
Distribució en quartils de la instrucció insuficient (incloent estudis primaris incomplets) i l'atur masculí a les ABS de la ciutat de Barcelona



anys que en el cens de 1991 es van declarar en situació d'atur– i l'índex de capacitat econòmica familiar (ICEF)²⁴, el qual fa referència a la capacitat econòmica familiar mitjana de cada una de les ABS i conté informació del padró de 1986 (categoria socioprofessional), del cadastre de 1988 (valor del sòl i la construcció), del cens de vehicles de 1987 (potència i edat) i de telefònica de 1989 (consum telefònic). El valor de l'ICEF de la ciutat es considera 100; les Àrees Bàsiques de Salut amb ICEF més gran de 100 significa que són més riques que la mitjana de Barcelona i les que tenen ICEF inferior a 100 són àrees més pobres que la mitjana de la ciutat.

L'anàlisi de les dades ha constatat d'una anàlisi descriptiva mitjançant grà-

fic i mapes i els indicadors de resum de rang i la raó entre els valors extrems, i de l'anàlisi de la relació entre la situació socioeconòmica i la situació de salut mitjançant l'ajust de models de regressió de Poisson, els quals proporcionen una mesura de l'associació, el risc relatiu (RR) entre la situació socioeconòmica i la situació de salut (indicadors de mortalitat), i incorporen en els models les variables edat i districte de residència per controlar-ne l'efecte.

Resultats

Els tres indicadors socioeconòmics estudiats (taula 1) han presentat una distribució territorial desigual a la ciutat. La instrucció insuficient (incloent estudis

primaris incomplets) a les ABS oscil·la entre el 5,9% i el 35,8%, l'atur en les homes oscil·la entre el 4,6% i el 17,9%, i en les dones entre 5,5% i el 13,8%. El rang de l'ICEF és des de 51,7 l'ABS més pobre, a 172,4 l'ABS més rica. La distribució geogràfica dels tres indicadors és molt similar, tal com s'observa en la figura 2, on es mostra la instrucció insuficient (incloent estudis primaris incomplets) i l'atur en els homes, i s'observa que les zones més desfavorides corresponen al barri antic de la ciutat i a les zones de creixement per la immigració dels anys 60 i 70 (zones litoral i nord). Les ABS més

24. Aluja T, Ventura A. Índex de capacitat econòmica familiar a la ciutat de Barcelona. Departament d'Estadística i Investigació Operativa U.P.C. Ajuntament de Barcelona. Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona.

benestants són les corresponents a les de la zona oest, principalment als districtes de les Corts i Sarrià-Sant Gervasi.

Quant a mortalitat general (taula 2), l'ABS amb pitjor situació presenta el 100% més de mortalitat en els homes (TEM extremes: 892,7 i 1788,5) i el 55% més en les dones (TEM extremes: 815,5 i 1.268,2) que l'ABS amb menys mortalitat. Les desigualtats tenen una major expressió en la mortalitat prematura; així, en els homes, l'ABS amb pitjor situació presen-

ta 280% (TAPVP extremes: 5.665,7 i 21.633) que la que en té menys, i és en les dones del 270% (TAPVP extremes: 2.322,9 i 8.492,4). És important assenyalar que entre les ABS extremes en el cas dels homes hi ha 13,7 anys de diferència en l'esperança de vida en néixer, i 7,3 en les dones. A la figura 3 es presenta la distribució territorial a les ABS de Barcelona de la taxa estandarditzada de mortalitat i de l'esperança de vida en els homes. S'aprecia que la distribució és molt simi-

lar a la dels indicadors socials que s'han presentat prèviament, és a dir, s'observa un gradient de la mortalitat que és força coincident amb el gradient dels indicadors socioeconòmics.

A la taula 3 s'observa que, en el cas dels homes, l'augment d'un punt en el percentatge d'atur representa un 4,1% més de risc de mortalitat (RR= 1,041), que l'augment d'un punt en el percentatge d'instucció insuficient (incloent estudis primaris incomplets) representa un 0,9% més de risc (RR=1,0009), i que l'augment d'un punt d'ICEF representa un 0,33% menys de risc de mortalitat (RR=0,9967).

De les causes de mortalitat específiques estudiades (taula 2), les que han presentat diferències més grans han estat, en els homes: la cirrosi (raó= 5), els accidents de vehicles a motor (raó= 10,2), la pneumònia (raó= 10,6) i la bronquitis, l'emfisema i l'asma (raó= 4,5). En les dones: el càncer de pulmó (raó= 14,2), els accidents de vehicles a motor (raó= 9,8), la bronquitis, l'emfisema i l'asma (raó= 6,8) i la pneumònia (raó=4,8).

No totes aquestes causes han presentat una relació significativa amb la situació socioeconòmica. Així, entre les causes específiques de mortalitat i la situació socioeconòmica, es poden diferenciar tres tipus de relació (taula 3). Un primer grup està format per aquelles causes específiques de defunció que no han mostrat relació amb la situació socioeconòmica, entre les quals es troben la malaltia cerebrovascular, la malaltia isquèmica del cor, el càncer de mama, els accidents de vehicles a motor

Taula 2
Indicadors de mortalitat a les ABS de Barcelona. Es presenten els valors extrems i les diferències i les raons entre aquests. Per al càlcul de les raons, en el cas que alguna ABS no hagués tingut cap mort per una causa específica s'utilitza el valor mínim diferent de zero

	Sexe	Mínim	Màxim	Rang	Raó
TEM global	H	892,7	1.788,5	895,8	2,0
	D	815,5	1.268,2	452,7	1,55
TAPVP	H	5.665,7	21.633	15.967,3	3,8
	D	2.396,2	8.492,4	6.096,2	3,5
EV	H	62,1	75,8	13,7	1,23
	D	75,58	82,85	7,3	1,1
TEM malaltia cerebrovascular	H	60,9	139,3	78,4	2,3
	D	102,0	184,1	82,1	1,8
TEM malaltia isquèmica del cor	H	173,7	90,3	83,4	1,9
	D	137,7	68,3	69,4	2
TEM càncer de mama	D	20,4	61,1	40,7	3
TEM càncer de pulmó	H	68,2	182,5	114,3	2,4
	D	0	17	17	14,2
TEM cirrosi	H	18,5	93,0	74,5	5
	D	5,9	51,9	46	8,8
TEM accidents vehicles motor	H	3	30,7	27,7	10,2
	D	0	13,7	13,7	9,8
TEM sida	Tots	3,8	55,7	51,9	14,7
TEM sobredosi	Tots	1,4	45,6	44,2	32,6
TEM càncer de cèrvix	D				
TEM pneumònia	H	0	51,8	51,8	10,6
	D	6,1	29,8	23,7	4,9
TEM bronquitis, emfisema i asma	H	27	121,3	94,3	4,5
	D	8,9	60,2	51,3	6,8

TEM: taxa de mortalitat estandarditzada per edat
TAPVP: taxa d'anys potencials de vida perduts, estandarditzats per edat
EV: esperança de vida en néixer
H: homes, D: dones

Taula 3

Relació entre les taxes de mortalitat i els indicadors socioeconòmics. Riscos relatius obtinguts mitjançant models de regressió de Poisson, per a cada un dels indicadors socioeconòmics estudiats, ajustant per edat i per districte de residència. Només s'assenyalen els valors estadísticament significatius

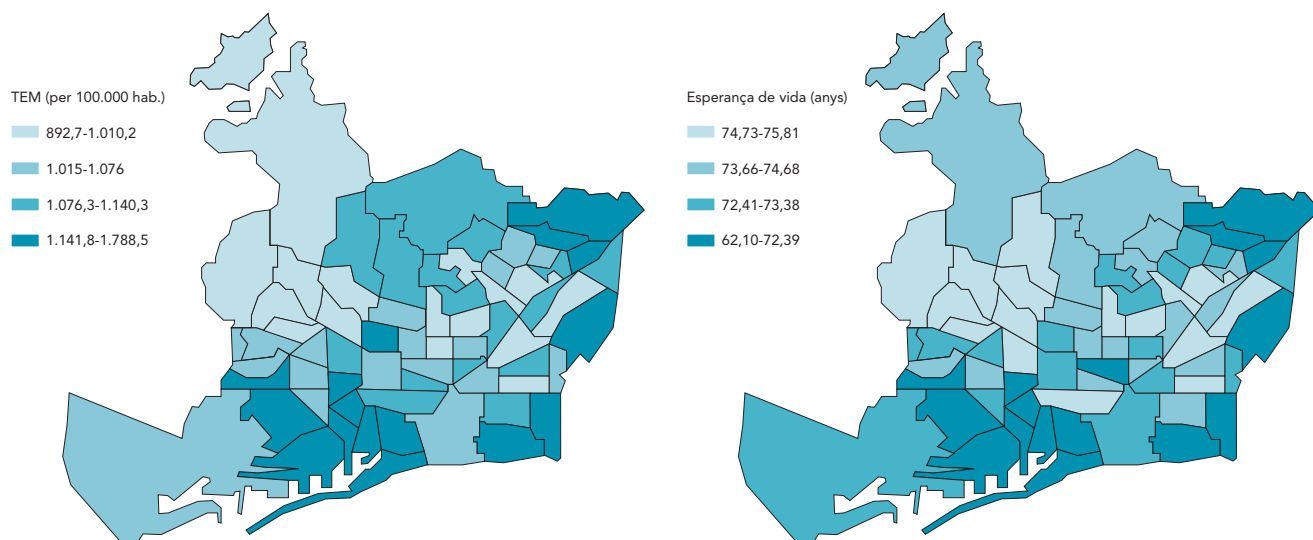
Causa de mortalitat	Sexe	Instrucció insuficient	Atur	ICEF
Global	H	1,0009	1,041	0,9967
	D	NS	NS	NS
M. cerebrovascular	H	NS	NS	NS
	D	NS	NS	NS
M. isquèmica del cor	H	NS	NS	NS
	D	NS	NS	NS
Càncer de pulmó	H	1,033	1,017	0,9954
	D	NS	NS	NS
Cirrosi	H	1,147	1,040	0,984
	D	1,093	1,032	0,988
Accidents vehicles motor	H	NS	NS	NS
	D	NS	NS	NS
Pneumònia	H	1,08	NS	NS
	D	NS	NS	NS
Bronquitis, enfisema i asma	H	1,071	1,024	0,9919
	D	1,102	1,023	0,9924
Sida	Tots	1,09	1,03	NS
Sobredosi	Tots	1,13	1,044	0,9843
Càncer de mama	D	NS	NS	NS
Càncer de cèrvix	D	NS	NS	NS

NS: no significatiu
H: homes, D: dones

i la pneumònia. El segon grup correspon a causes específiques de defunció que han presentat, en l'anàlisi multivariada, relació amb la situació socioeconòmica en el sentit que, d'una manera més o menys gradual, a mesura que empitjora la situació socioeconòmica augmenta la mortalitat; en aquest grup hi ha el càncer de pulmó, la bronquitis, l'emfisema i l'asma, i la cirrosi. I el tercer grup l'integren unes causes específiques de defunció també relacionades amb la situació socioeconòmica i en el mateix sentit, però amb la peculiaritat que les ABS amb major mortalitat són un subgrup de les ABS socioeconòmicament més deprimides. Aquestes causes de mort són la sida i les sobredosis. A les figures

Figura 3

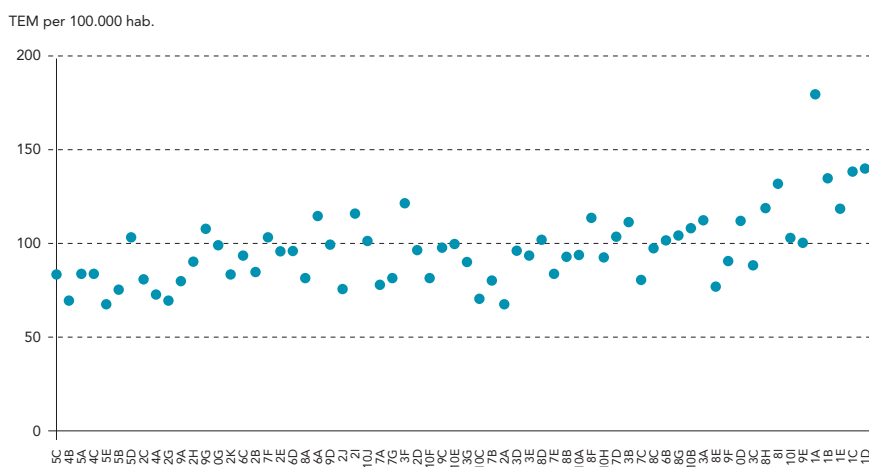
Distribució en quartils de la taxa estandarditzada de mortalitat i de l'esperança de vida, en els homes, a les ABS de la ciutat de Barcelona



Font: Registre de mortalitat, IMS

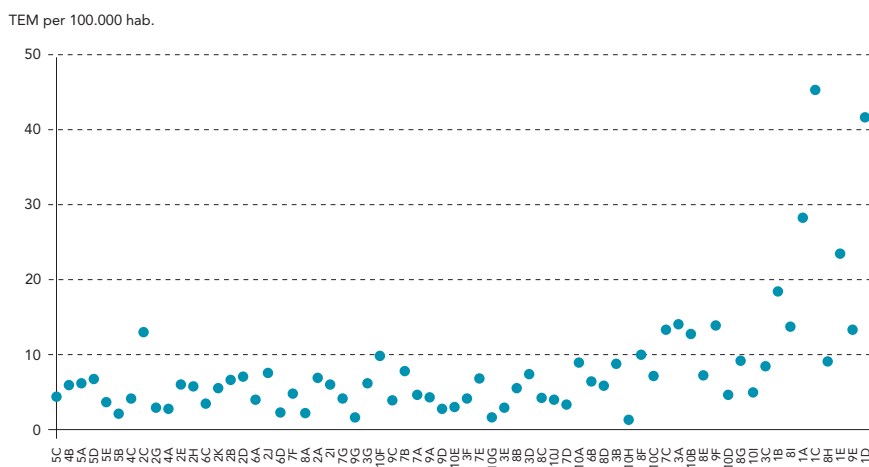
Font: Registre de mortalitat, IMS

Figura 4
Distribució de la taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de pulmó en els homes en les ABS de Barcelona. En l'eix d'abscisses les ABS s'han ordenat segons atur (de menys a més)



Font: Registre de mortalitat, IMS

Figura 5
Distribució de la taxa estandarditzada de mortalitat per sobredosi de drogues en ambdós sexes, en les ABS de Barcelona. En l'eix d'abscisses les ABS s'han ordenat segons atur (de menys a més)



Font: Registre de mortalitat, IMS

4 i 5 es mostra un exemple de cadascun d'aquests dos tipus de relacions que s'han trobat, la mortalitat per càncer de pulmó (figura 4) en els homes i les sobredosis de drogues en ambdós sexes (figura 5).

A la taula 4 es presenten les mesures descriptives de la morbiditat per sida i tuberculosi i s'observa que les diferències són més grans que les que s'han trobat en mortalitat. A la figura 6 es presenta la distribució territorial a la ciutat de la sida i la tuberculosi en els homes de 15 a 64 anys, i es veu que és una distribució molt similar a la de la distribució dels indicadors socioeconòmics i la dels indicadors de mortalitat, en el sentit que les zones amb major incidència de sida i tuberculosi es corresponen en gran part amb les zones amb pitjor situació socioeconòmica i amb les de major mortalitat. En l'estudi de relació amb la situació socioeconòmica (taula 5) s'observa que en el cas dels homes els tres indicadors estudiats presenten una relació significativa; així, l'augment d'un punt de percentatge en la instrucció insuficient (inclouent estudis primaris incomplets) està associat a un 5,3% més de risc d'incidència de tuberculosi (RR= 1,053), i l'augment d'un punt de percentatge d'atur està associat a un risc de 20,5% (RR= 1,205). Respecte a la sida, la relació també és en general significativa, en el sentit que a pitjor situació socioeconòmica més risc de malaltia. En les dones la relació en tots dos casos és la mateixa excepte que no apareix relació significativa amb l'ICEF.

Discussió

Els resultats trobats confirmen una vegada més que a Barcelona, com en altres ciutats, es continua constatant una desigual distribució de la salut i que

aquesta desigualtat està en gran part relacionada amb la situació socioeconòmica.

Les diferències han estat més grans en mortalitat prematura que en mortalitat global, fet concordant amb els resultats trobats en l'estudi de la mortalitat

per causes específiques, on la sida i les sobredosis han estat les dues principals malalties causants de desigualtats. El fet que aquestes dues malalties tinguin una major incidència en la població jove fa que la repercussió sigui més important en els indicadors de mortalitat prematura com a taxa d'anys potencials de vida perduts. Altres estudis han descrit aquests fet; així, a Gran Bretanya, Blane també va descriure que les diferències en mortalitat entre les classes socials eren més importants en la mortalitat prematura.²⁵

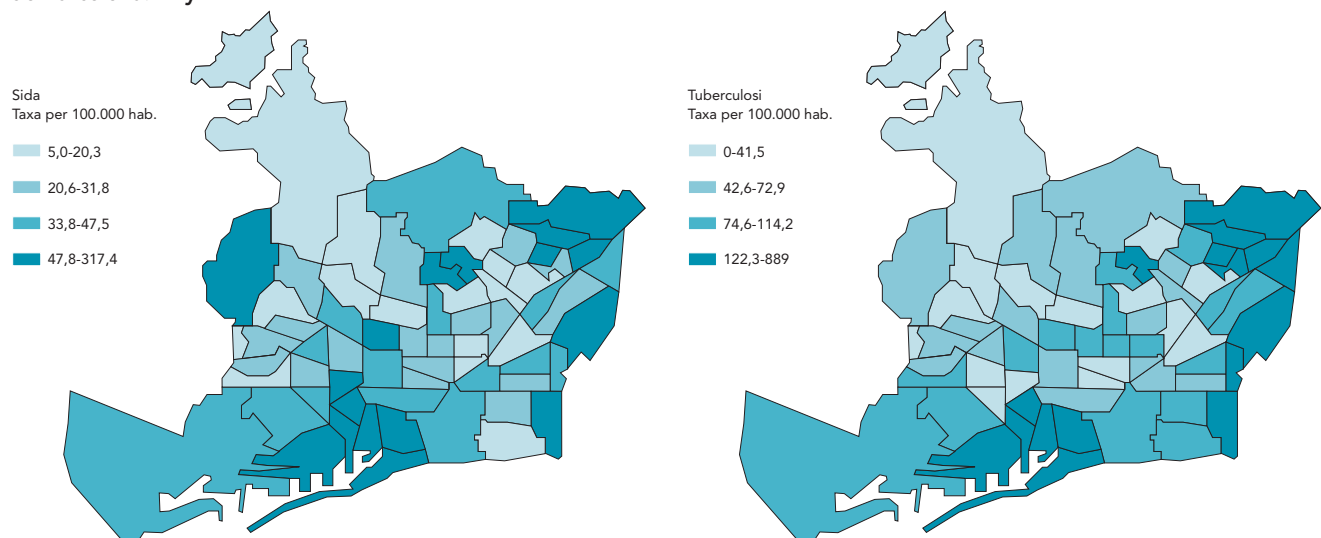
Taula 4
Indicadors de la incidència de sida i tuberculosi en la població entre 15 i 64 anys, l'any 1994. Es presenten els valors extrems i les diferències i les raons entre aquests. Per al càlcul de les raons, en el cas que alguna ABS no hagués tingut cap mort per una causa específica, s'utilitza el valor mínim diferent de zero

Causa de mortalitat	Sexe	Mínim	Màxim	Rang	Raó
Sida	H	8,8	785,3	776,5	88,8
	D	0	166,5	166,5	7,6
Tuberculosi	H	0	889,0	889,0	82,7
	D	0	266,4	266,4	34,2

H: homes, D: dones

25. Blane D, Smith GD, Bartley M. Social class differences in years of potential life lost: size, trends, and principal causes. Br Med J 1990; 301: 429-32.

Figura 6
Distribució en quartils de la taxa d'incidència de sida i tuberculosi, en els homes entre 15 i 64, a les ABS de la ciutat de Barcelona. Any 1994



Font: Registre de sida, IMS

Font: Registre de tuberculosi, IMS

Les desigualtats socials en salut és un fet que s'ha descrit en altres ciutats i esdevé especialment important en les grans ciutats, on és un fet cada vegada més freqüent el desenvolupament de zones especialment deprimides tant en salut com en situació social, zones que comencen a denominar-se quart món, que correspondria al "subdesenvolupament del desenvolupament".²⁶ McCord i Freeman van trobar un excés de mortalitat a Harlem, barri de Nova York caracteritzat per un baix nivell socioeconòmic.²⁷ Wallace i Wallace han realitzat diversos estudis sobre la relació entre pobresa i desintegració social i la situació de salut a ciutats nordamericanes, principalment al Bronx, a Nova York.^{28,29} Jenkins et al. van estudiar desigualtats en mortalitat a Massachusetts i també hi van trobar una àrea amb excés de mortalitat.³⁰

De les causes específiques de mortalitat estudiades, les que han presentat una distribució desigual a la ciutat són les que tenen relació amb el nivell socioeconòmic, en el sentit que a les ABS amb situació socioeconòmica deprimida és on s'ha

produït més mortalitat. En els homes han destacat la bronquitis, l'emfisema i l'asma, el càncer de pulmó i la cirrosi. En les dones la cirrosi i la bronquitis, l'emfisema i l'asma. La sida i les sobredosi han destacat en l'anàlisi dels dos sexes conjuntament. Els riscos relatius més alts, i per tant la força de l'associació més elevada entre la situació socioeconòmica i l'indicador de salut, s'han trobat en la cirrosi, les sobredosis i la sida.

Diversos estudis han trobat relació entre privació socioeconòmica i malaltia. Spencer et al.³¹ van relacionar les malalties respiratòries i les malalties infeccioses amb privació social, en concret la tuberculosi la van trobar molt relacionada amb nivells elevats de pobresa, fet confirmat per altres autors.^{32,33} Wallace va estudiar l'efecte de la desestructuració social i la seva relació amb l'abús de substàncies, les morts violentes i la sida.²⁶ Hi ha també estudis específics que relacionen l'abús de substàncies i la situació de privació social.³⁴⁻³⁶

La sida, la sobredosi i la tuberculosi són causes de mort que es caracteritzen

per ser especialment incidents en un conjunt petit de les ABS i molt poc en tota la resta d'ABS de la ciutat. Les ABS on aquestes malalties són incidents coincideixen amb aquelles zones de la ciutat on a més d'una situació socioeconòmica desfavorable hi ha una situació social especialment deprimida. Aquest fet ha estat descrit per Brugal et al.³⁷ per a la

26. Martí Casas O. El panorama de la salut a escala mundial, de l'Estat espanyol a Catalunya. En: Introducció a la Medicina Social. ICESB, 1995; 285-346.

27. McCord C, Freeman HP. Excess mortality in Harlem. N Engl J Med 1990; 322:173-177.

28. Wallace R. Urban desertification, public health and the public order: "Planned shrinkage", violence death, substance abuse and aids in the Bronx. Soc Sci Med 1990; 31:801-813.

29. Wallace R, Wallace D. Inner-city disease and the public health of the suburbs: the sociogeographic dispersion of point-source infection. Environment and Planning, 1993; 25: 1707-1723.

30. Jenkins CD, Tuthill RW, Tannenbaum SI, Kirby CR. Zones of excess mortality in Massachusetts. N Eng J Med 1977; 296:1354-6.

31. Spencer DPS, Hotchkiss J, Williams CSD, Davies PDO. Tuberculosis and poverty. BMJ 1993; 307:759-761.

32. Selwing PA. Tuberculosis and AIDS: epidemiologic, clinical and social dimensions. J Law Medicine, Ethics 1993; 21: 279-287.

33. Montagni P, Jolley DJ, Watson JM, Rodrigues LC. Socio-economic deprivation and notification rates for tuberculosis in London during 1982-91. BMJ 1995; 310: 963-966.

34. Wilkinson J, Lawes G, Unell I, Bradbury J, Maclean P. Problematic Drug Use and Social Deprivation. Public Health 1987; 101: 165-168.

35. Lowinger P. Drug abuse: economic and political basis. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.). Substance abuse. A comprehensive textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.

36. Herman J. Substance abuse and homelessness within the inner cities. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG (eds.). Substance abuse. A comprehensive textbook. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992.

37. Brugal T, Villalbí JR, Caylà JA. Desigualdades en la mortalidad por reacción aguda a drogas. Document intern de les ponències presentades al Seminari sobre desigualdades socials en salut en Espanya, celebrat a l'Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya. Barcelona 12-16 de febrer de 1996.

Taula 5
Relació entre les taxes d'incidència de sida i tuberculosi en els residents entre 15 i 64 anys i els indicadors socioeconòmics. Riscos relatius obtinguts mitjançant models de regressió de Poisson, per a cada un dels indicadors socioeconòmics estudiats ajustant per districte de residència. Només s'assenyalen els valors estadísticament significatius

	Sexe	Instrucció insuficient	Atur	ICEF
Tuberculosi	Homes	1,053	1,205	0,9769
	Dones	1,049	1,139	NS
Sida	Homes	1,076	1,266	0,9736
	Dones	1,048	1,188	NS

NS: no significatiu

mortalitat per sobredosi i els autors apuntaven la pobresa com a factor necessari però no suficient, perquè es requereixen uns factors mediadors relacionats amb la comunitat (ex.: cohesió social, estructuració familiar i comunitària, immigració, etc.). Actualment s'està duent a terme un estudi, a l'IMS, on es tracta d'aprofundir aquests aspectes.

Les altres causes de mortalitat que han presentat relació amb la situació socioeconòmica –càncer de pulmó, cirrosi i bronquitis, emfisema i asma– han presentat un increment més uniforme de la mortalitat en relació amb la situació socioeconòmica desfavorable. Els tres processos patològics tenen factors de risc coneguts que estan relacionats amb els hàbits o les conductes, com són l'hàbit del tabac i el consum excessiu d'alcohol.

Quant al tabaquisme, en diversos països s'ha descrit major prevalença d'homes fumadors en les classes socials baixes, però la prevalença de dones és més variable entre els diferents països.³⁸ Ha estat descrit, tant en els homes com en les dones, que tant l'inici del tabaquisme com deixar de fumar està relacionat amb la posició socioeconòmica, i són les persones de situació més privilegiada les primeres que van començar a fumar i les primeres que ho han deixat.^{39,40} Graham ha descrit els patrons de prevalença de tabaquisme en les dones en els països de l'Europa Comunitària,⁴¹ suggerint que la tendència en els darrers 40 anys és la mateixa i hi ha un inicial


augment de dones fumadores, seguit d'una lenta declinació. Els països del sud d'Europa estarien actualment en les fases inicials de la tendència creixent i els països del nord estarien ja en la fase de declinació.

Concordant amb aquests estudis, l'estudi realitzat sobre desigualtats socials en salut a Espanya,⁹ amb dades de les dues enquestes de salut espanyoles (1987 i 1993), descriu una relació inversa amb el nivell socioeconòmic en els homes, de tal forma que augmenta la prevalença de fumadors conforme disminueix el nivell socioeconòmic. En les dones es descriu una relació inversa, de tal forma que la prevalença de fumadores augmenta conforme millora el nivell socioeconòmic. Els mateixos resultats va trobar Borrell amb dades de l'Enquesta de salut de Barcelona de 1992.¹⁶

Pel que fa a la cirrosi, un dels factors de risc és el consum excessiu d'alcohol. Aquest és un hàbit que també s'ha descrit com a més freqüent en els grups socioeconòmics baixos,^{9,16} encara que també hi ha dades discordants entre diferents zones. Altra factor de risc com és la cronicació de la infecció pel virus de l'hepatitis B també es relaciona amb el nivell socioeconòmic a través de la seva major prevalença en toxicòmans endovenosos. Per aquestes raons, entre altres, la cirrosi és una de les malalties que s'ha associat a un pitjor nivell socioeconòmic.

Com a principals conclusions podem apuntar que les causes de mortalitat que s'han relacionat amb la situació

socioeconòmica han estat el càncer de pulmó (homes), la bronquitis, l'emfisema i l'asma (homes i dones), la cirrosi (homes i dones), la sida i les sobredosis. Així mateix, la incidència de sida i tuberculosi ha presentat associació amb la situació socioeconòmica. El sentit de l'associació sempre ha estat que a pitjor situació socioeconòmica pitjor situació de salut. Una segona conclusió és que la sida, les sobredosis i la tuberculosi són especialment incidents en un subgrup de les àrees més deprimides, la qual cosa apunta que altres factors a més dels socioeconòmics poden jugar un paper en la seva aparició. Aquests factors possiblement poden tenir a veure amb qüestions relacionades amb la cohesió social.

Cal tenir present que totes aquestes malalties estan relacionades amb factors de risc coneguts, principalment el tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol i l'ús de drogues per via parenteral, i per tant són en major o menor grau prevenibles i evitables. Això cal tenir-ho en compte en els processos de decisió de polítiques sanitàries i de prioritització, principalment quan l'objectiu és la reducció de les desigualtats. 

38. Pierce JP. International comparisons of trends in cigarette smoking prevalence. *Am J Public Health* 1989; 79: 152-157.

39. Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE, Hatzidandreu EJ, Davos RM. Trends in Cigarette Smoking in the United States. Educational Differences Are Increasing. *JAMA* 1989; 261:56-60.

40. Regidor E, Gutiérrez-Fisac J, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Díaz de Santos, 1994.

41. Graham H. Smoking prevalence among women in the European Community 1959-1990. *Soc Sci Med* 1996; 43:243-254.