

LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT A BARCELONA

CARME BORRELL, MAICA RODRÍGUEZ-SANZ, ISABEL RICART i GLÒRIA PÉREZ. Agència de Salut Pública de Barcelona

Introducció

Durant les darreres dècades s'ha descrit a bastament l'existència de desigualtats en salut produïdes per factors socials (Amick i col., 1995; Wilkinson, 1996; Marmot i Wilkinson, 1999; Berkman i Kawachi, 2000). Així, per exemple, les persones de classe social desfavorida o que viuen en àrees geogràfiques amb més privació socioeconòmica presenten pitjor nivell de salut que la resta de la població. Un altre aspecte que cal tenir en compte és el gènere, ja que existeixen desigualtats entre homes i dones en els rols, els treballs i el poder, que repercuteixen de manera diferent en la seva salut. Mentre que les dones tenen una esperança de vida més llarga, sempre declaren tenir un estat de salut percebut pitjor.

A l'Estat espanyol, malgrat que l'estudi de les desigualtats socioeconòmiques en salut ha augmentat durant les darreres dues dècades, el nombre de treballs empírics encara és molt limitat. Els darrers anys diversos grups d'investigadores i investigadors han documentat progressivament l'existència de desigualtats socials en salut (Borrell i Pasarín, 1999). És l'any 1996 quan es publica el primer informe global sobre aquest tema a l'Estat espanyol (Navarro, Benach i col., 1996) i l'any 2003 quan es fa —per primera vegada en una comunitat autònoma— un informe exhaustiu sobre les desigualtats en salut a Catalunya (Borrell i Benach, 2003). Aquest últim informe abastava tant les desigualtats segons el nivell socioeconòmic com segons el gènere. Tot i que ambdós informes tenen conclusions i recomanacions específiques per reduir

aquestes desigualtats, són molt poques les intervencions i les polítiques posades en marxa amb aquesta finalitat (Díez i Peiró, 2004).

Les grans ciutats com Barcelona acumulen desigualtats socials importants ja que solen aplegar la pobresa en barris centrals i perifèrics, conseqüència de diversos factors com l'encariment de la vida, el preu de l'habitatge i la immigració. En aquests barris on es concentren les carencies materials i socials és on, alhora, es detecten pitjors indicadors de salut, com per exemple la sida, la tuberculosi o la sobredosi de drogues (Borrell i Pasarín, 2004). Diversos estudis realitzats a la ciutat de Barcelona han documentat l'existència de desigualtats en salut segons el nivell socioeconòmic i també segons el gènere.

Aquest treball pretén descriure les desigualtats socials en salut a Barcelona els darrers anys, i analitza les desigualtats en el fet de morir (mortalitat) als barris i la salut percebuda i els estils de vida segons la classe social i el gènere a la ciutat.

Breu descripció de la metodologia

Les dades de mortalitat es refereixen als anys 1997-2001, i s'han obtingut del Registre de defuncions de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, que es basa en la informació del Butlletí Estadístic de Defunció, és facilitada per l'Institut Municipal d'Informàtica (persones residents mortes a Barcelona) i pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (persones residents mortes fora de Barcelona). A cada

defunció se li atribueix la zona estadística (a partir d'ara anomenada barri) on vivia la persona (figura 1). La causa de mort és codificada utilitzant la Classificació Internacional de Malalties (CIM-novena revisió fins al 1999 i desena revisió per als anys 2000 i 2001). La població utilitzada és la de persones residents a la ciutat de Barcelona l'any 2000, obtinguda del padró d'habitants.

Les dades de salut percebuda i d'estils de vida procedeixen de l'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000 (ESB 2000) (Borrell, Baranda i Rodríguez-Sanz, 2002). És una enquesta que es va fer mitjançant l'entrevista al domicili en una mostra de 10.000 persones no institucionalitzades de Barcelona. La classe social s'ha obtingut a través de l'ocupació de la persona entrevistada, o en el cas que la persona no treballés, a través de l'ocupació de la persona cap de família. Les classes estudiades són:

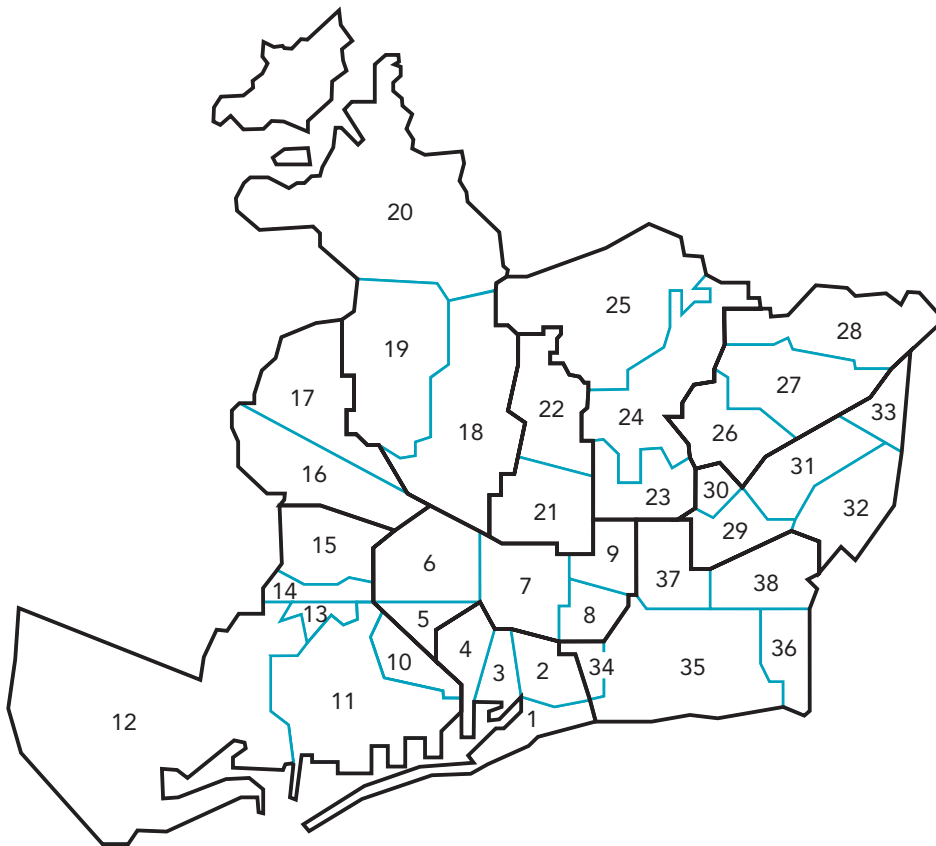
Classe I: personal directiu de l'Administració pública i d'empreses de 10 o més persones assalariades, professions associades a titulacions universitàries.

Classe II: personal directiu d'empreses amb menys de 10 persones assalariades, professions associades a una titulació de primer cicle universitari, personal tècnic i professionals de suport, artistes i esportistes.

Classe III: personal de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera, treballadors i treballadores dels serveis personals i de seguretat, treballadors i treballadores per compte propi, i personal supervisor de treballadors i treballadores manuals.

Dossier

Figura 1.
Mapa dels 38 barris i distribució per districtes. Barcelona, 2004



Ciutat Vella

- 1. Barcelona
- 2. Parc
- 3. Gòtic
- 4. Raval

Eixample

- 5. Sant Antoni
- 6. Esquerra Eixample
- 7. Dreta Eixample
- 8. Estació Nord
- 9. Sagrada Família

Sants-Montjuïc

- 10. Poble Sec
- 11. Montjuïc
- 12. Zona Franca-Port
- 13. Font de la Guatlla
- 14. Bordeta-Hostafrancs
- 15. Sants

Les Corts

- 16. Les Corts
- 17. Pedralbes

Sarrià-Sant Gervasi

- 18. Sant Gervasi
- 19. Sarrià
- 20. Vallvidrera-Les Planes

Gràcia

- 21. Gràcia
- 22. Vallcarca

Horta-Guinardó

- 23. Guinardó
- 24. Horta
- 25. Vall d'Hebron

Nou Barris

- 26. Vilapicina-Turó de la Peira
- 27. Roquetes-Verdum
- 28. Ciutat Meridiana-Vallbona

Sant Andreu

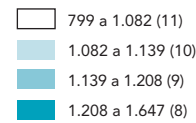
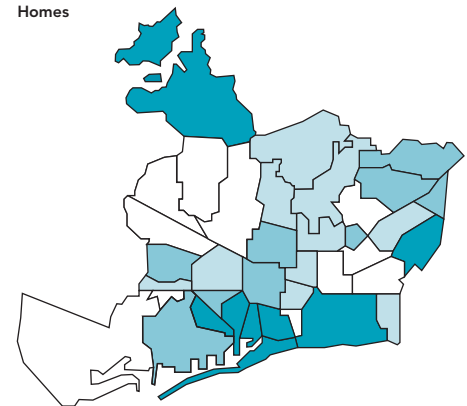
- 29. Sagrera
- 30. Congrés
- 31. Sant Andreu
- 32. Bon Pastor
- 33. Trinitat Vella

Poble Nou-Sant Martí

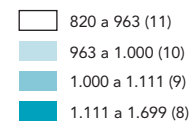
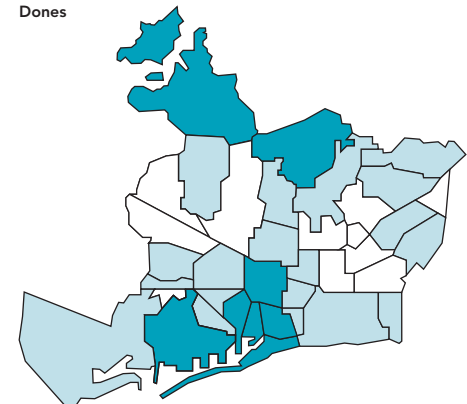
- 34. Fort Pius
- 35. Poble Nou
- 36. Barris Besòs
- 37. Clot
- 38. Verneda

Figura 2.
Mortalitat total als barris segons el sexe.
Taxes estandarditzades per 100.000
habitants. Barcelona, 1997-2001

Homes

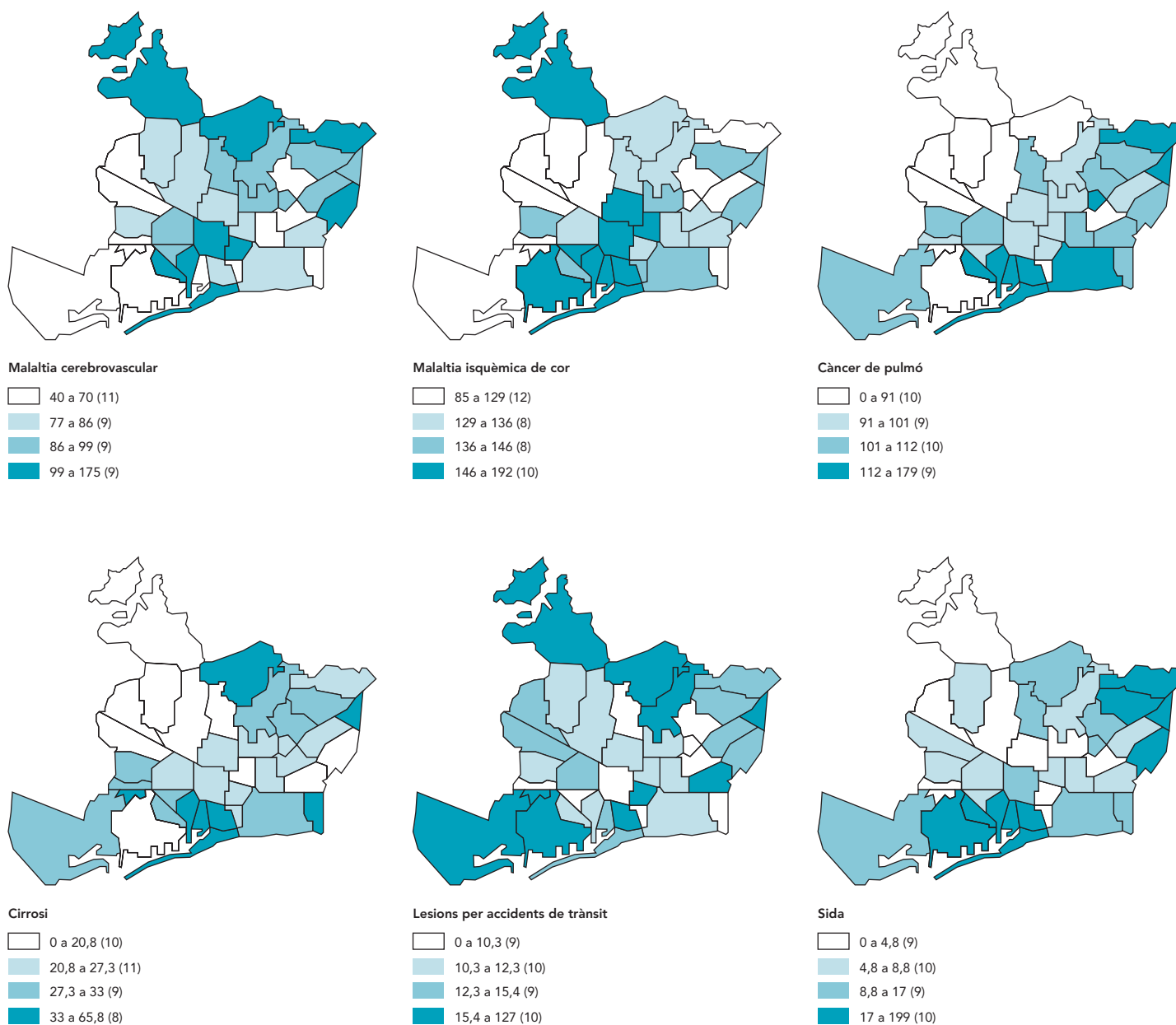


Dones



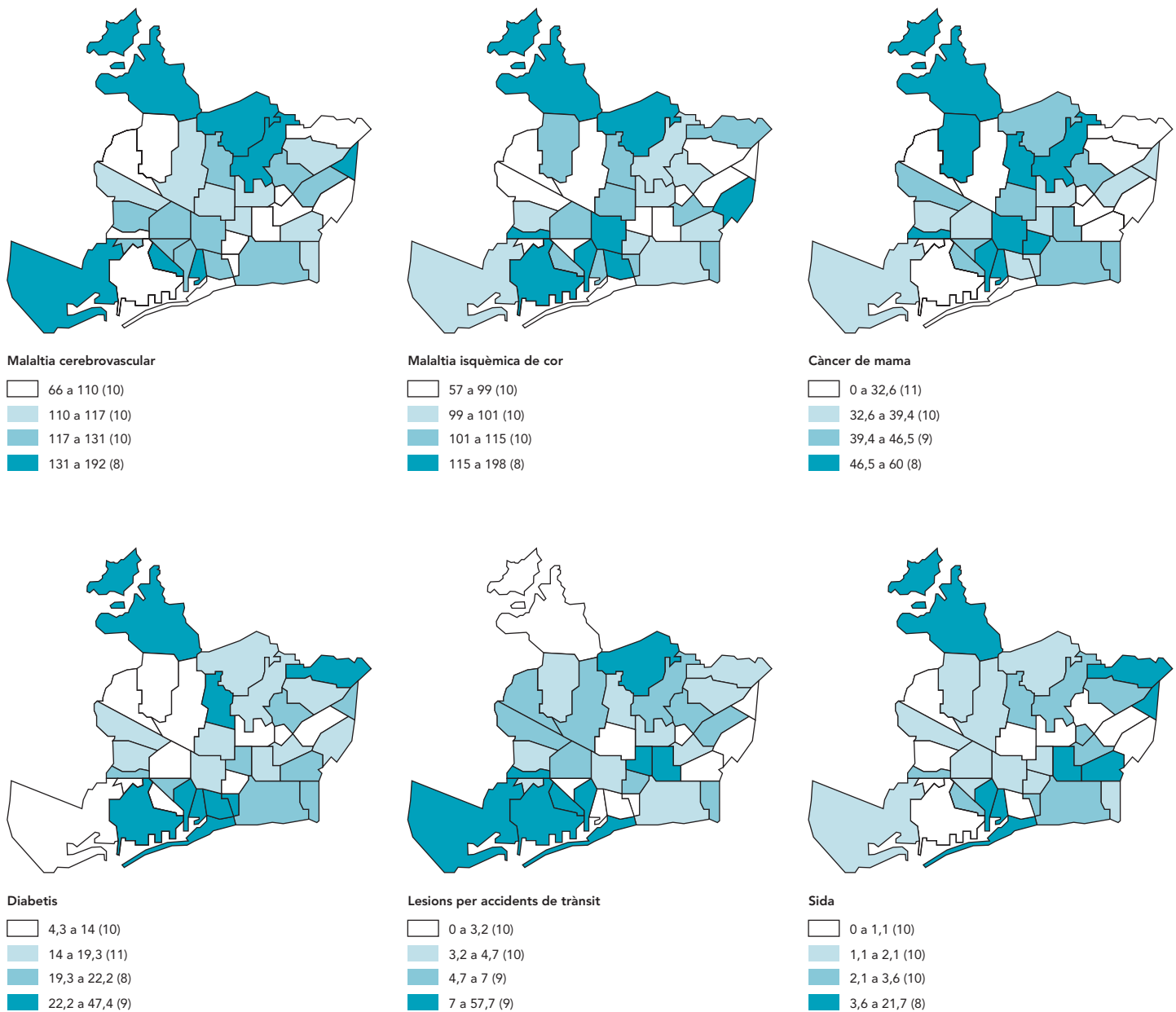
Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3.
Mortalitat en homes segons les principals causes de defunció per barris. Taxes estandarditzades per 100.000 habitants.
Barcelona, 1997-2001



Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 4.
Mortalitat en dones segons les principals causes de defunció per barris. Taxes estandarditzades per 100.000 habitants.
Barcelona, 1997-2001



Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Classe IV: treballadors i treballadores manuals qualificats i semiqualicats.

Classe V: treballadors i treballadores manuals no qualificats.

Per obtenir la classe social ens hem basat en la classificació del British Registrar General del Regne Unit. (Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2000).

Les desigualtats territorials en la mortalitat

En aquest apartat es descriu la distribució de la mortalitat total i segons les causes en els 38 barris de Barcelona. Per comparar la mortalitat dels diferents barris cal tenir en compte les diferents estructures d'edat, per tant es presenten taxes estandarditzades per edat pel mètode directe.

Durant el període 1997-2001, la mortalitat total per barris ha oscil·lat entre 799 i 1.647 casos per 100.000 habitants en els homes i entre 820 i 1.699 per 100.000 habitants en les dones. Tal com s'observa a la figura 2, els barris que donen al litoral i alguns del nord, com són els barris de Ciutat Vella i alguns de Sant Martí, Nou Barris i Sant Andreu, són els que en presenten taxes més altes, i els barris de Sant Gervasi i les Corts els que en presenten de més baixes. Aquesta distribució de la mortalitat es correspon amb la distribució dels indicadors de nivell socioeconòmic en el sentit que els barris més desfavorits mostren més mortalitat que els més afavorits. Una excepció és el barri de Vallvidrera, on també hi

ha excés de mortalitat tot i no tenir un baix nivell socioeconòmic, fet que es podria explicar per l'elevat nombre de residències de gent gran que hi ha (tal com ja vam descriure fa anys, Borrell i Arias, 1993).

La figura 3 ens mostra la distribució de la mortalitat en els homes segons les principals causes de defunció (malaltia cerebrovascular, malaltia isquèmica del cor, càncer de pulmó i cirrosi) i les principals causes de defunció en els joves (lesions per accidents de trànsit i VIH-sida). En la majoria d'elles la distribució és similar a la mortalitat total, hi ha un excés en els mateixos barris descrits anteriorment i les taxes més baixes es donen als barris benestants (de Sarrià-Sant Gervasi i les Corts). Cal assenyalar que en la mortalitat per lesions degudes a accidents de trànsit, aquesta distribució canvia una mica, probablement perquè el fet d'utilitzar vehicles de motor és més freqüent en les persones de barris benestants (de fet, els districtes de Sarrià-Sant Gervasi i les Corts són els que tenen més turismes per 1.000 habitants).

La figura 4 mostra també les principals causes de mortalitat en les dones (malaltia cerebrovascular, malaltia isquèmica del cor, càncer de mama i diabetis) i les principals causes de defunció de les dones joves, que també són el VIH-sida i les lesions degudes a accidents de trànsit. Per a la majoria de causes, hi ha un excés de mortalitat en els barris amb pitjor nivell socioeconòmic (majoritàriament els de la zona litoral i nord) i menor en els barris benestants. En aquest cas, les excepcions són també les lesions per accidents de trànsit i el càncer de mama. Estudis anteriors

han evidenciat que les dones de nivell socioeconòmic alt tenen més mortalitat per càncer de mama que les de nivell baix, fet que s'explica pels diferents factors de risc reproductius (edat del primer fill/a, paritat...) (Fernández i Borrell, 1999).

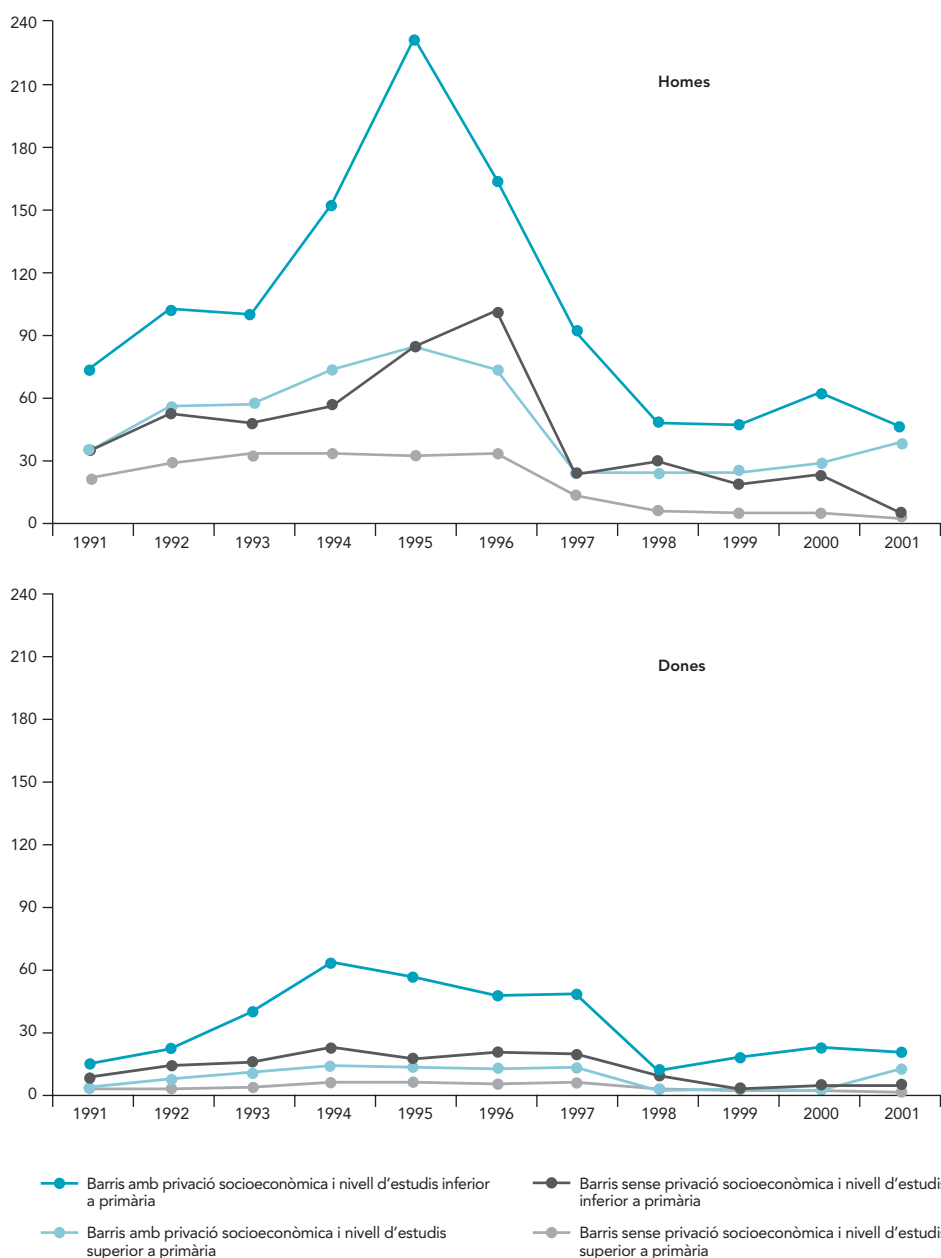
Una causa que ha canviat molt durant la darrera dècada ha estat la mortalitat per VIH-sida, ja que va augmentar fins al 1995 i va arribar a ser la primera causa de mort entre la joventut, per després disminuir amb la introducció dels nous tractaments antiretrovirals. Tal com s'observa al gràfic 1, la mortalitat per aquesta causa és més alta entre els homes i les dones que viuen als barris amb més privació socioeconòmica i que tenen un nivell d'estudis inferior a l'educació primària, diferències que van augmentar sobretot fins a l'any 1995.

Un fet important que cal tenir en compte és que la majoria d'aquestes causes de defunció són malalties prevenibles, bé amb la prevenció primària (disminució del consum de tabac i d'alcohol, conducció amb proteccions —cinturó de seguretat i casc—, relacions sexuals protegides) o amb la prevenció secundària (cribratge del càncer de mama, control de la tensió arterial alta, etc.).

Les desigualtats segons la classe social i el gènere en la salut percebuda

L'autovaloració de l'estat de salut combina l'experiència subjectiva de malalties agudes i/o cròniques, fatals i no fatals, i també sensacions com l'esgotament (ener-

Gràfic 1.
Mortalitat per sida segons el sexe i el nivell socioeconòmic. Taxes estandarditzades per 100.000 habitants. Barcelona, 1991-2001



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

gia de l'individu en comparació amb altres individus de la mateixa edat i valoració de la forma física). L'estat de salut percebut és un indicador relacionat amb la informació i la percepció de la persona que, alhora, interfereix molt poc amb els símptomes i les interpretacions mèdiques. A més, aquest indicador és un predictor important de la mortalitat (Idler i Beyamini 1997).

La salut percebuda està relacionada tant amb la classe social com amb el gènere: els homes i les persones de classes afavorides perceben millor la seva salut. El gràfic 2 ens mostra aquesta relació: són els homes de classes avantatjades (I i II) els que declaren millor salut (un 13% presenten salut percebuda regular, dolenta o molt dolenta) i les dones de classe IV i V les que perceben una salut pitjor (un 39% d'elles).

L'ESB 2000 incloïa un qüestionari de salut mental, el General Health Questionnaire, que és un instrument que detecta dos tipus de patiment psicològic: la incapacitat per continuar desenvolupant amb normalitat les activitats d'un individu "sa" i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena (*distress*). Per tant, detecta patiment més que malaltia. El gràfic 3 ens mostra la distribució del patiment psicològic per classes socials en els homes i les dones. Novament les dones presenten més patiment que els homes i també les persones de les classes IV i V.

Finalment, a l'entrevista realitzada en l'ESB 2000 a les persones de 65 anys o més es preguntava sobre la dificultat de desenvolupar una sèrie d'activitats quotidianes de la vida diària (ex: tallar-se les ungles,

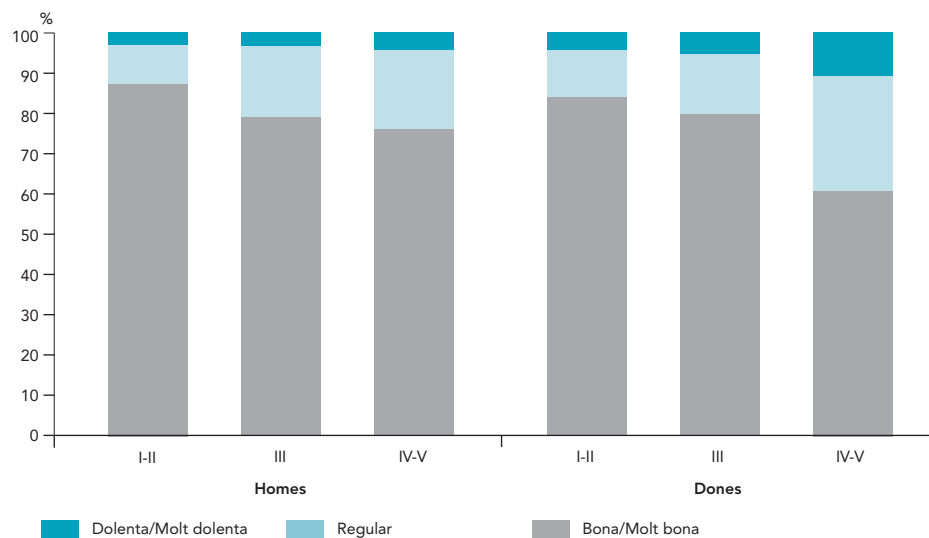
anar a comprar, caminar...). El gràfic 4 mostra que tant les dones com les persones de classes desfavorides declaren més sovint tenir com a mínim una activitat de la vida diària en què fer-la representa força o molta dificultat.

Les desigualtats segons la classe social i el gènere en els estils de vida

La relació entre el consum de tabac i el fet d'emmalaltir i morir ha estat un tema àmpliament estudiat. S'ha descrit l'epidèmia del tabaquisme en quatre fases (López, 1994). En la fase I el tabaquisme és excepcional i fumen sobretot els homes de classes privilegiades. En la fase II el consum de tabac es fa més important i es dona sobretot en homes, les dones de classes privilegiades comencen tot just a fumar. En la fase III la prevalença en homes es redueix, de manera que són sobretot els de les classes IV i V els que fumen, ja que els de classes privilegiades ho han deixat, mentre que les dones, que porten un endarreriment de 20-30 anys respecte als homes, ara ja fumen més. En la fase IV la prevalença del consum es redueix en ambdós sexes i és més alta en les classes desfavorides. Les poblacions del sud d'Europa, i per tant Barcelona, són a la fase III tal com s'observa al gràfic 5: el consum de tabac és més alt en els homes de les classes IV i V (44,2%), i és un 29,1% dels de les classes I i II. En les dones, el consum és més baix i és igual en les diferents classes socials (fumen una quarta part de les dones), fet que probablement canviarà en el futur ja

Gràfic 2.

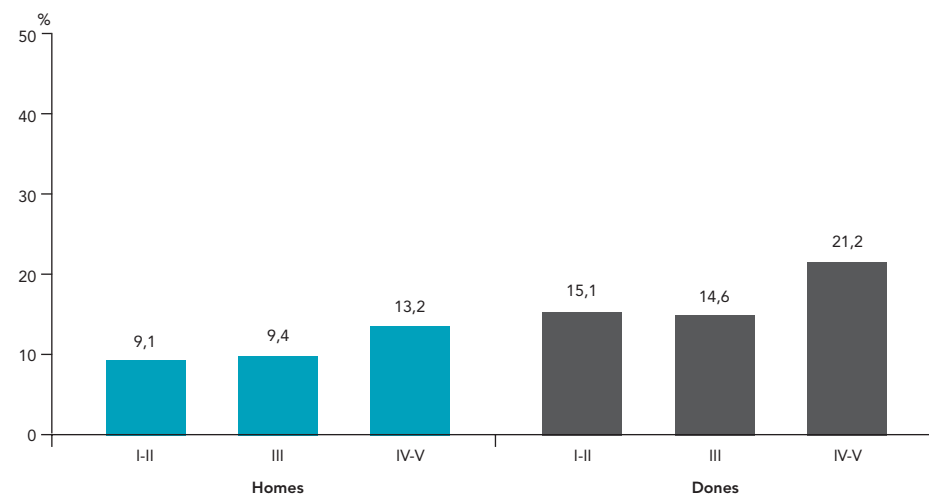
Estat de salut percebut de la població de 15 anys o més segons el sexe i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. Agència de Salut Pública de Barcelona.

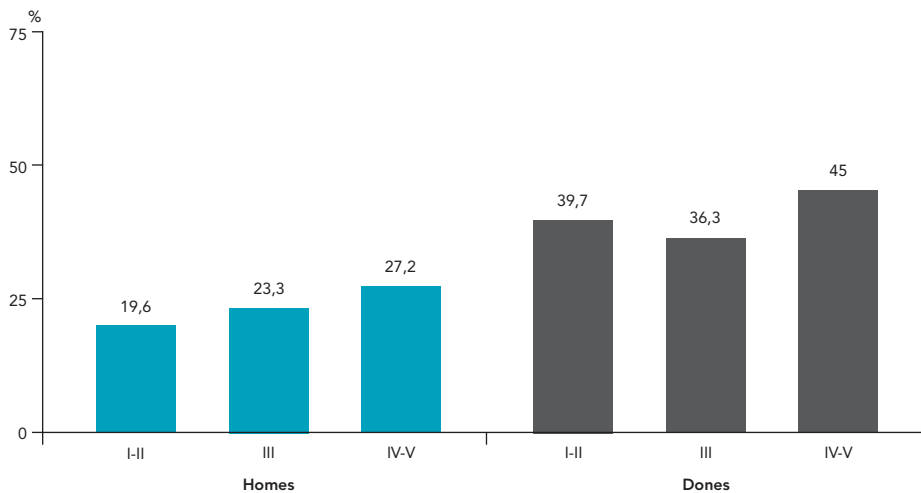
Gràfic 3.

Patiment psicològic de la població de 15 anys o més segons el sexe i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2000



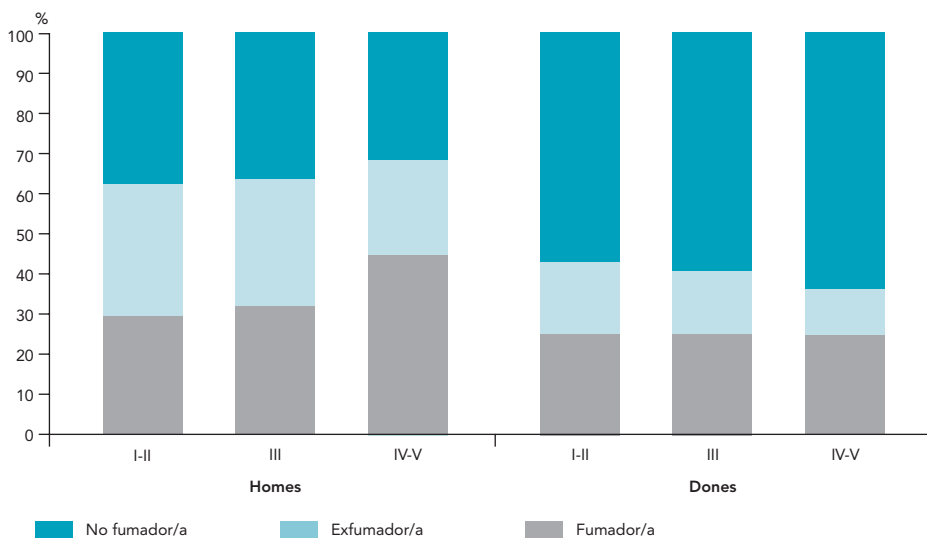
Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Gràfic 4.
Proporció de persones que com a mínim fan una activitat de la vida diària amb força o molta dificultat segons la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones de 65 anys o més. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Gràfic 5.
Consum de tabac de la població de 15 anys o més segons el sexe i la classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. Agència de Salut Pública de Barcelona.

que les noies joves s'incorporen al consum amb una freqüència més alta que els nois.

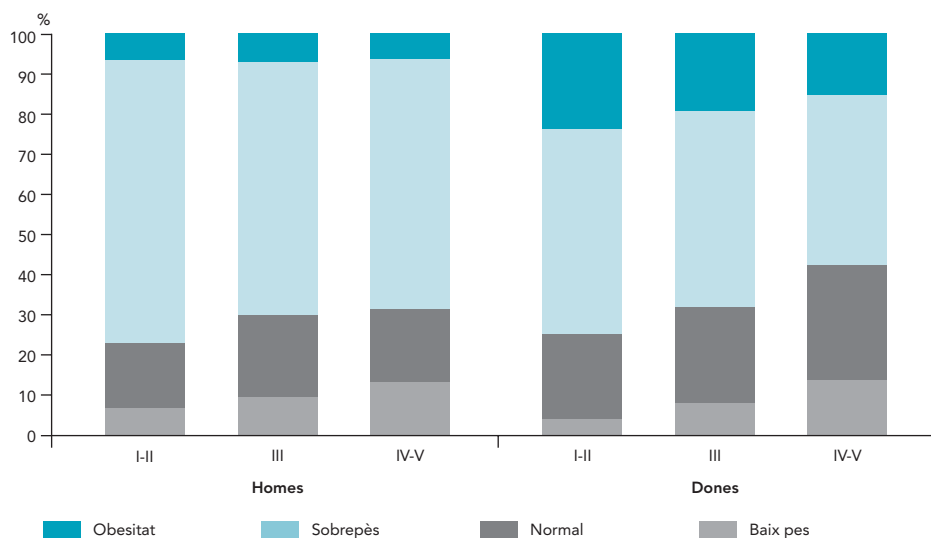
La dieta realitzada i el control del pes també són importants, ja que tant el sobrepès com l'obesitat i el baix pes estan relacionats amb diverses malalties. L'ESB 2000 ens permet conèixer l'estat del pes, ja que durant l'entrevista cada persona declarava el seu pes i la seva talla. El gràfic 6 ens mostra com les dones presenten percentatges de baix pes i de sobrepès i obesitat més alts que els homes. Són les dones de classe privilegiada les que presenten més baix pes (un 23,4%), just a l'inrevés que l'excés de pes, que es dóna sobretot en les classes IV i V.

Finalment, l'activitat física és un dels components importants per assolir un estil de vida saludable. Estudis epidemiològics mostren que l'activitat física té un efecte beneficiós per a la salut. Novament, hi ha un patró segons la classe social i el gènere, i són les classes privilegiades les que fan més activitat física en el temps de lleure i també més els homes (gràfic 7).

Conclusions

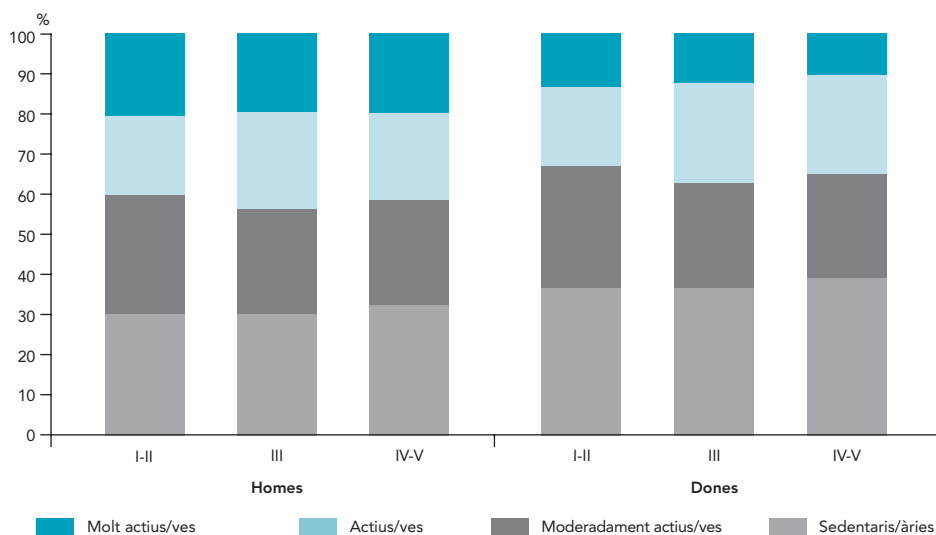
- Hi ha un patró geogràfic de la distribució de la mortalitat als barris de Barcelona, i són els barris del litoral i el nord (barris de Ciutat Vella i alguns de Nou Barris, Sant Andreu i Sant Martí) els que presenten taxes més elevades per a la majoria de les principals causes de defunció. Aquesta distribució es correspon amb la dels indicadors socioeconòmics, que denoten pitjors condicions materials i socials.

Gràfic 6.
Categories de pes de la població de 15 o més segons el sexe i la classe social.
Percentatges estandaritzats per edat. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Gràfic 7.
Activitat física en el temps de lleure de la població de 15 anys o més segons el sexe i la classe social.
Percentatges estandaritzats per edat. Barcelona, 2000



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2000. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La relació entre la mortalitat i el nivell socio-econòmic ha estat àmpliament descrita a la literatura, de manera que els resultats trobats a Barcelona concorden amb els descrits anteriorment i també amb els d'altres ciutats.

- Les dones i les persones de classe social menys privilegiada presenten un estat de salut percebut pitjor, més patiment psicològic i més limitacions de les activitats de la vida diària. La pitjor salut percebuda en les dones està relacionada amb els seus rols en la societat, la doble jornada de treball que desenvolupen (treball productiu i reproductiu) i la manca de poder en tots els àmbits. Les causes de les desigualtats en salut segons el nivell socio-econòmic són multifactorials, però els factors estructurals relacionats amb les males condicions de vida (treball a casa i fora de casa, habitatge precari, el fet de viure en zones amb carències materials i socials...) hi estan altament relacionats.

- El consum de tabac és més important en els homes i sobretot en els de classes desfavorides. Les dones encara no han assolit uns nivells alts de consum, tot i que aquests estan augmentant. Actualment, en les dones no hi ha diferències entre classes en el consum, fet que probablement canviarà els propers anys, tal com ja s'ha descrit en altres països desenvolupats.

- Tant el baix pes com l'obesitat són més importants en les dones que en els homes. Mentre que el baix pes augmenta entre les dones de classes privilegiades, l'obesitat es dona més freqüentment en les persones de les classes IV i V. Tant el tipus d'alimentació com la dieta realitzada i les

imatges estereotipades de la bellesa femenina tenen a veure amb aquests resultats.

• Els homes fan més activitat física en el temps de lleure que les dones, i entre aquestes les de classes avantatjades en fan més. La manca de disponibilitat de temps lliure, sobretot en les dones de classes desfavorides, és una dificultat important per poder desenvolupar aquest tipus d'activitat.

Bibliografia

AMICK III B, LEVINE S, TARLOV A, CHAPMAN WALSH D (ed.) (1995). *Society and Health*. Nova York: Oxford University Press

BERKMAN L, KAWACHI I (2000). *Social epidemiology*. Nova York: Oxford University Press

BORRELL C, ARIAS A (1993). «Desigualtats de mortalitat en els barris de Barcelona, 1983-89», *Gaceta Sanitaria*, 38: 205-210

BORRELL C, BARANDA L, RODRIGUEZ-SANZ M (2002). *Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública

BORRELL C, BENACH J (coord.) (2003). *Les desigualtats en salut a Catalunya*. Informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Editorial Mediterrània

BORRELL C, PASARÍN MI (1999). «The study of social inequalities in health in Spain: where are we?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 388-389

BORRELL C, PASARÍN MI (2004). «Desigualdad en salud y territorio urbano», *Gaceta Sanitaria*, 18: 1-4

DÍEZ E, PEIRÓ R (2004). «Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud», a BORRELL C, GARCÍA-CALVENTE M, MARTÍ-BOSCA JV (ed.). *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004*. *Gaceta Sanitaria* (en premsa).

FERNÁNDEZ E, BORRELL C (1999). «Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona», *British Journal of Cancer*, 73: 684-689

GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA (SEE) y GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA

DE FAMILIA Y COMUNITARIA (SEMFYC) (2000). «Una propuesta de medida de la clase social». *Atención Primaria*, 25: 350-363

IDLER EL, BEYAMINI Y (1997). «Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies», *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37

LOPEZ AD, HOLLINSHAW EN, PIHA T (1994). «A descriptive model of cigarette epidemic in developed countries», *Tobacco Control*, 3: 242-247

MARMOT M, WILKINSON RG, (ed.) (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press

NAVARRO V, BENACH J i la COMISIÓN CIENTÍFICA DE ESTUDIOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA (1996). *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanitat i Consum i The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EUA)

WILKINSON RG (1996). *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge