

**EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT A LA
CIUTAT DE BARCELONA, 1983-1992**

Memòria presentada per Carme Borrell i Thió per a l'obtenció del títol de Doctor.

Director: Vicente Ortún Rubio

Ponent: Miquel Porta i Serra.

Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, juliol de 1995



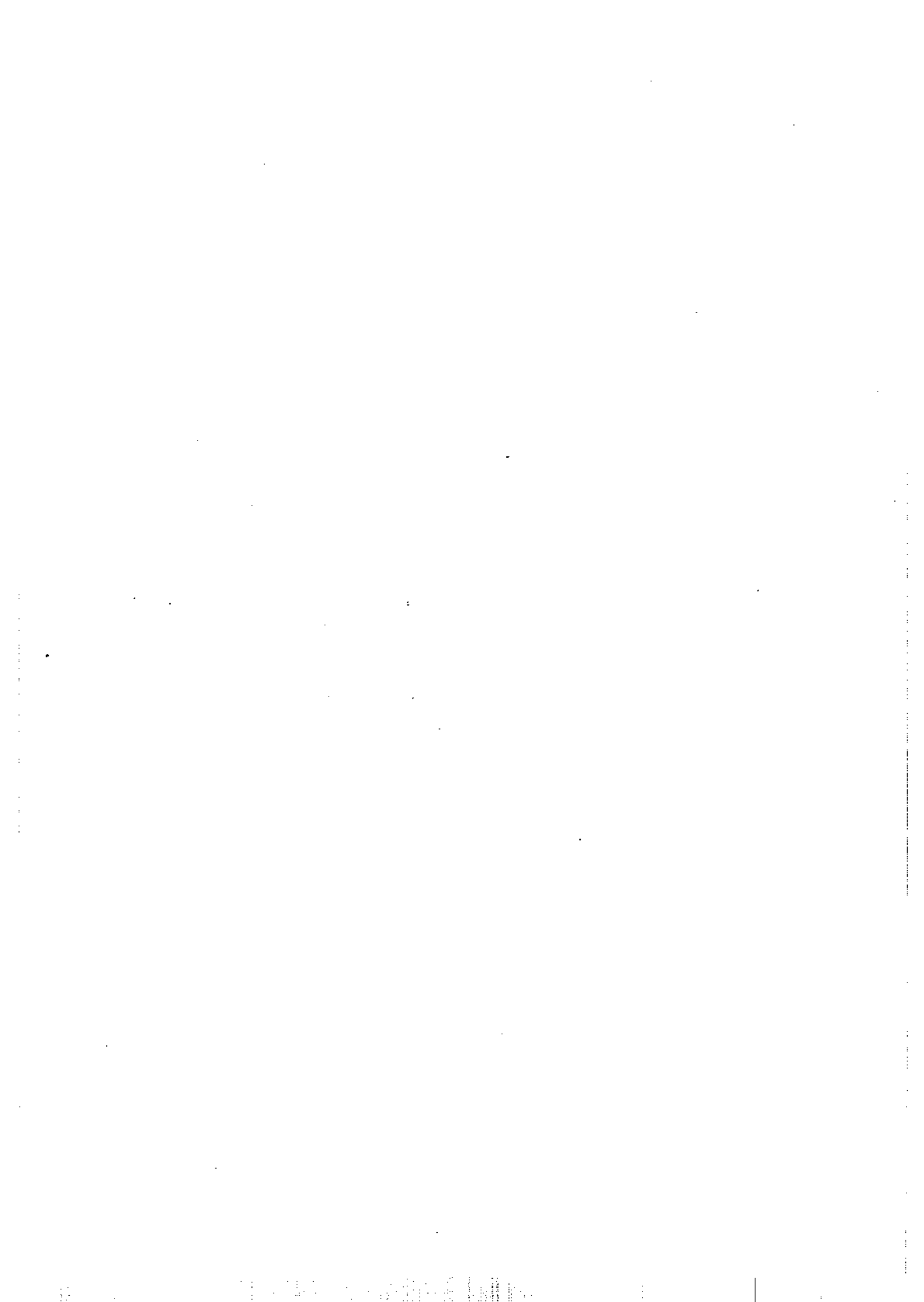
CERTIFICACIÓ

El doctor Vicente Ortún Rubio, professor titular d'Organització d'Empreses del Departament d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.

CERTIFICA: que la tesi doctoral, presentada per Carme Borrell i Thió, amb el títol "Evolució de les desigualtats socials de salut a la ciutat de Barcelona, 1983-1992", ha estat realitzada sota la seva direcció.

I perquè consti als efectes oportuns, signo el present certificat, a vint-i-sis d'abril de mil nou-cents noranta cinc.

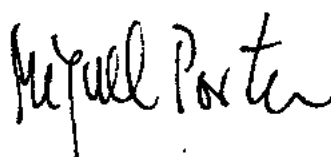
Vicente ortún



MIQUEL PORTA SERRA, Investigador de l'Institut Municipal d'Investigació Mèdica i Professor Titular de Medicina Preventiva i Salut Pública de la Universitat Autònoma de Barcelona,

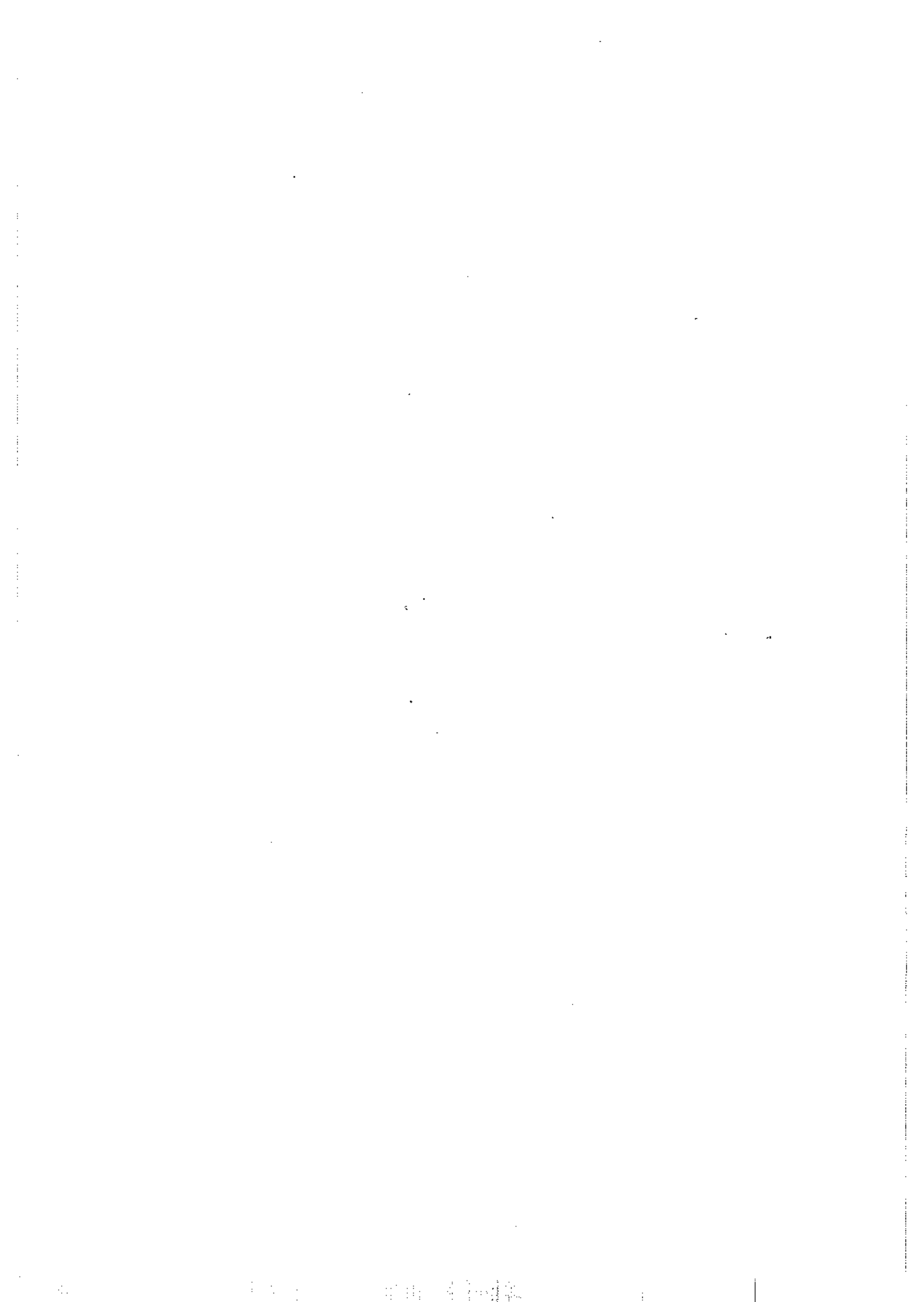
com a *Ponent* de la Memòria presentada per CARMEN BORRELL THIÓ per obtenir el grau de Doctora en Medicina, amb el títol *Evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona, 1983-1992*

CERTIFICA: Que la Memòria reuneix tots els requisits de forma i de contingut per ser presentada públicament davant el Tribunal corresponent per a la seva lectura i defensa.

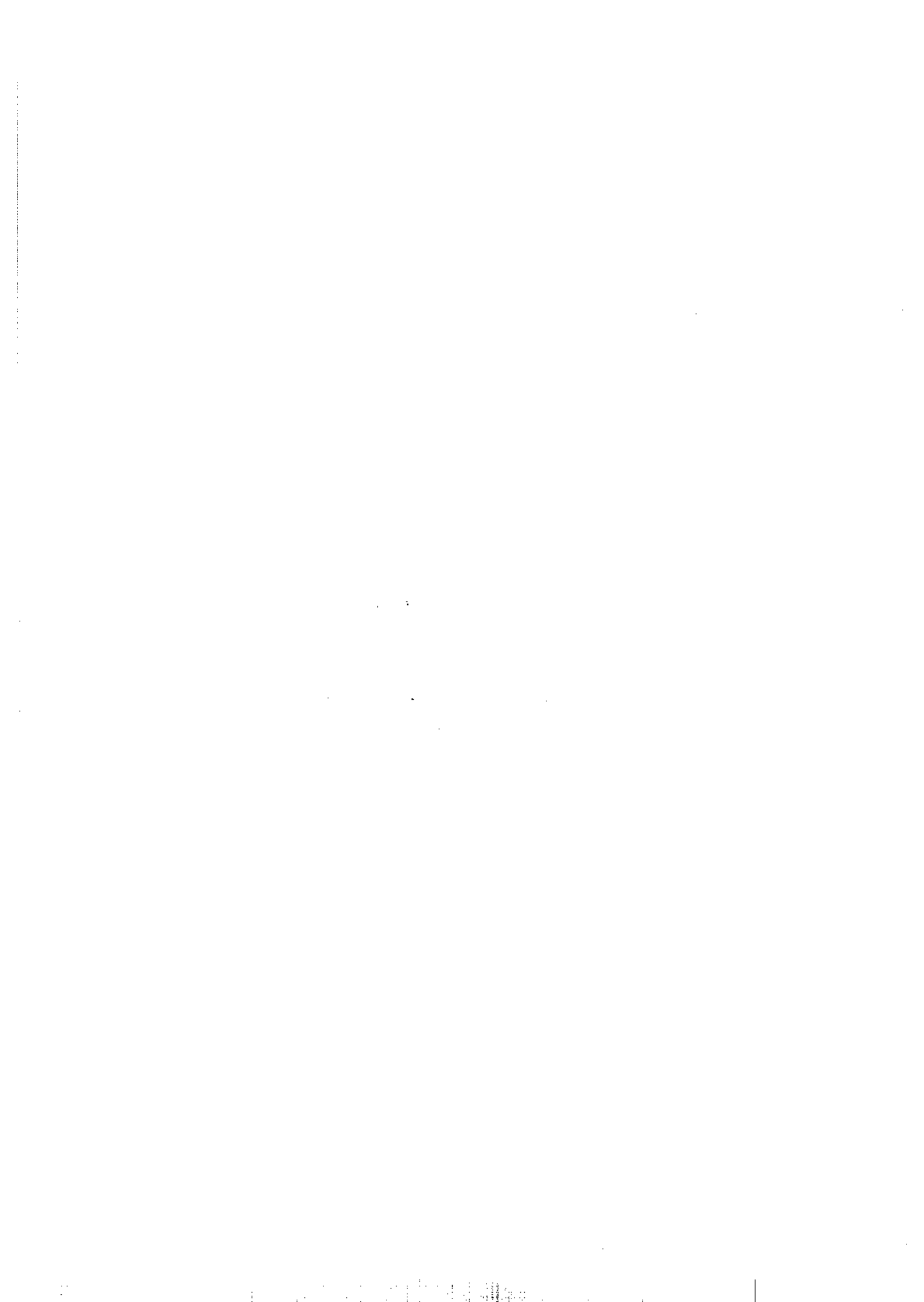


M. Porta Serra

Barcelona, dos de maig del 1995



AL FRANCESC, L'ALBA I LA LALI



AGRAÏMENTS

Aquest treball no hauria estat possible sense la col.laboració de moltes persones i, encara que aquest és un petit apartat, m'agradaria deixar clar el meu agraïment a tots/es els que m'han ajudat:

Al Vicente Ortún que és una de les persones que em va animar a tirar endavant aquest estudi i que, com a director del treball, m'ha obert totes les portes des del primer dia.

Al Joan Benach, persona amb un gran coneixement del tema de les desigualtats socials en salut, que m'ha donat l'oportunitat de poder compartir amb ell llargues estones, per tal de discutir tant aspectes conceptuals del tema, com els resultats trobats a la ciutat de Barcelona.

Al Toni Plasència, que m'ha ajudat en el planteig de l'estudi, en aspectes metodològics i en la discussió dels resultats. A més, tot aquest any i mig, sempre ha tingut la paciència de compartir i discutir tots els petits problemes que han anat sorgint.

A la Maribel Pasarín, la Izabella Rohlf s i el Josep Ferrando per tot el suport que m'han donat durant tot el procés del treball.

A la Montse Rué, que sempre està disposada a oferir suport metodològic.

A diverses persones que han llegit amb detall diverses parts d'aquest treball i m'han fet suggerències, cosa que ha estat una gran ajuda per a mi: Josep de Andrés, Lucia Artazcoz, Joan Benach, Teresa Brugal, Josep Ferrando, Núria Montellà, Vicente Ortún, Helena Pañella, Maribel Pasarín, Glòria Pérez, Toni Plasència, Izabella Rohlf s, Montse Rué.

Al Pere Arribas i al Manel Tristan per tot el suport informàtic que sempre m'han facilitat.

A l'Anna Puiggali i a la Maribel Urgellés per l'ajuda en l'elaboració dels gràfics i en la preparació del document.

A la M^a Assumpció Thió, per la correcció del català.

Tots els anys que he treballat a l'Institut Municipal de la Salut han estat imprescindibles per arribar al moment actual. He d'agrair a l'Institut Municipal de la Salut i especialment al Dr. Joan Ramon Villalbí la possibilitat d'haver pogut realitzar aquest treball en aquesta Institució. A més, vull agrair a tots els companys/es de feina l'ajuda que m'han facilitat durant aquests anys. Especialment, al Toni Arias i al Toni Plasència, per totes les oportunitats que he tingut de treballar conjuntament amb cada un d'ells i també per ajudar-me a avançar dins del món de la salut pública.

Als companys i companyes del Servei d'Informació Sanitària i als informàtics, que m'han recolzat i han suportat tot el procés.

Als meus pares i germans que sempre han estat al meu costat.

Finalment, al Francesc, l'Alba i la Lali. Sense la seva paciència i comprensió jo no hauria pogut tirar endavant aquest projecte.

INDEX

RESUM	17
ANTECEDENTS EN L'ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT	25
1. INTRODUCCIÓ EN L'ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT	27
2. MÈTODES EN L'ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT	29
2.1. TIPUS DE DISSENY I ESTUDIS REALITZATS	29
2.1.1. ESTUDIS TRANSVERSALS	29
2.1.2. ESTUDIS LONGITUDINALS	32
2.1.3. ESTUDIS ECOLÒGICS	34
2.1.4. ESTUDIS DE TENDÈNCIES	39
2.2. INDICADORS UTILITZATS	43
2.2.1. INDICADORS DE NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC	43
2.2.2. INDICADORS DE SALUT PER A L'ESTUDI DE LES DESIGUALTATS ..	57
2.3. MÈTODES D'ANÀLISI	64
2.3.1. MESURES EXISTENTS	64
2.3.2. CLASSIFICACIÓ DE LES DIFERENTS MESURES	70
2.3.3. AVALUACIÓ DE LES MESURES EXISTENTS	71
3. EXPLICACIONS DE L'ASSOCIACIÓ ENTRE LES DESIGUALTATS SOCIALS I LA SALUT	74
3.1. LES DESIGUALTATS SÓN DEGUDES A ERRORS METODOLÒGICS	74
3.2. TEORIA DE LA SELECCIÓ SOCIAL	76
3.3. EXPLICACIONS CULTURALS I/O COMPORTAMENTALS	76
3.4. EXPLICACIONS ESTRUCTURALS	77
4. ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT A ESPANYA, CATALUNYA I BARCELONA	80
4.1. DESIGUALTATS EN MORTALITAT	81
4.2. DESIGUALTATS EN MORBIDITAT I UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS ..	82
4.3. ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS DE SALUT A LA CIUTAT DE BARCELONA	83
4.3.1. EVOLUCIÓ DEMOGRÀFICA I ECONÒMICA DE LA CIUTAT DE BARCELONA DURANT ELS ANYS 1981-91	83
4.3.2. ESTUDIS DE DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT REALITZATS A LA CIUTAT DE BARCELONA	84
JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS, HIPÒTESIS GENERALS I PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI	87
JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS, HIPÒTESIS GENERALS I PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI ..	89
1. JUSTIFICACIÓ	89
2. OBJECTIUS GENERALS	91
3. HIPÒTESIS GENERALS	92
4. PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI	93

SUBESTUDI I: EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN MORTALITAT EN ELS BARRIS DE LA CIUTAT DE BARCELONA, 1983-1992.	95
1. JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS I HIPÒTESIS	97
1.1. JUSTIFICACIÓ	97
1.2. OBJECTIUS	98
1.2.1. OBJECTIUS GENERALS	98
1.2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS	98
1.3. HIPÒTESIS	99
2. METODOLOGIA	100
2.1. POBLACIÓ D'ESTUDI	100
2.2. ÀREES GEOGRÀFIQUES ESTUDIADAES	100
2.3. FONTS DE DADES	101
2.3.1. DADES DE MORTALITAT	101
2.3.2. DADES DE POBLACIÓ I NAIXEMENTS (DENOMINADORS)	102
2.4. TIPUS D'ESTUDI	104
2.5. AGRUPACIÓ DE LES CAUSES DE DEFUNCIÓ	104
2.6. INDICADORS DE MORTALITAT ANALITZATS	105
2.7. ANÀLISI ESTADÍSTICA	108
2.7.1. ANÀLISI EVOLUCIÓ MORTALITAT EN ELS 38 BARRIS	108
2.7.2. COMPARACIÓ DE LA MORTALITAT EN ELS BARRIS AMB BAIX NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC I LA RESTA DE BARRIS AL LLARG DELS ANYS	109
3. RESULTATS	111
3.1. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN MORTALITAT ALS 38 BARRIS DE BARCELONA	111
3.1.1. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT ALS 38 BARRIS DE BARCELONA	111
3.1.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS ALS 38 BARRIS DE BARCELONA	112
3.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN MORTALITAT EN ELS BARRIS AMB BAIX NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC, RESPECTE A LA RESTA DE BARRIS	114
3.2.1. AGRUPACIÓ DELS DIFERENTS BARRIS SEGONS NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC	114
3.2.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LES DUES AGRUPACIONS DE BARRIS SEGONS LA MORTALITAT PER TOTES LES CAUSES	116
3.2.3. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LES DUES AGRUPACIONS DE BARRIS SEGONS LES CAUSES DE DEFUNCIÓ	121
3.2.4. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LES DUES AGRUPACIONS DE BARRIS SEGONS LA MORTALITAT EN ELS GRUPS D'EDAT	151
4. DISCUSSIÓ	163
4.1. COMENTARI DELS RESULTATS I COMPARACIÓ AMB LA LITERATURA	163
4.1.1. EVOLUCIÓ SEGONS LA MORTALITAT PER TOTES LES CAUSES	164
4.1.2. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT SEGONS LES CAUSES DE DEFUNCIÓ	167
4.1.3. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT SEGONS ELS GRUPS D'EDAT	173
4.2. APORTACIONS DE L'ESTUDI	176
4.3. LIMITACIONS	177
4.4. CONCLUSIONS	180
 SUBESTUDI II: DESIGUALTATS EN MORBIDITAT, CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT I UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS A LA CIUTAT DE BARCELONA, 1992	 183
1. JUSTIFICACIÓ, HIPÒTESIS I OBJECTIUS	185

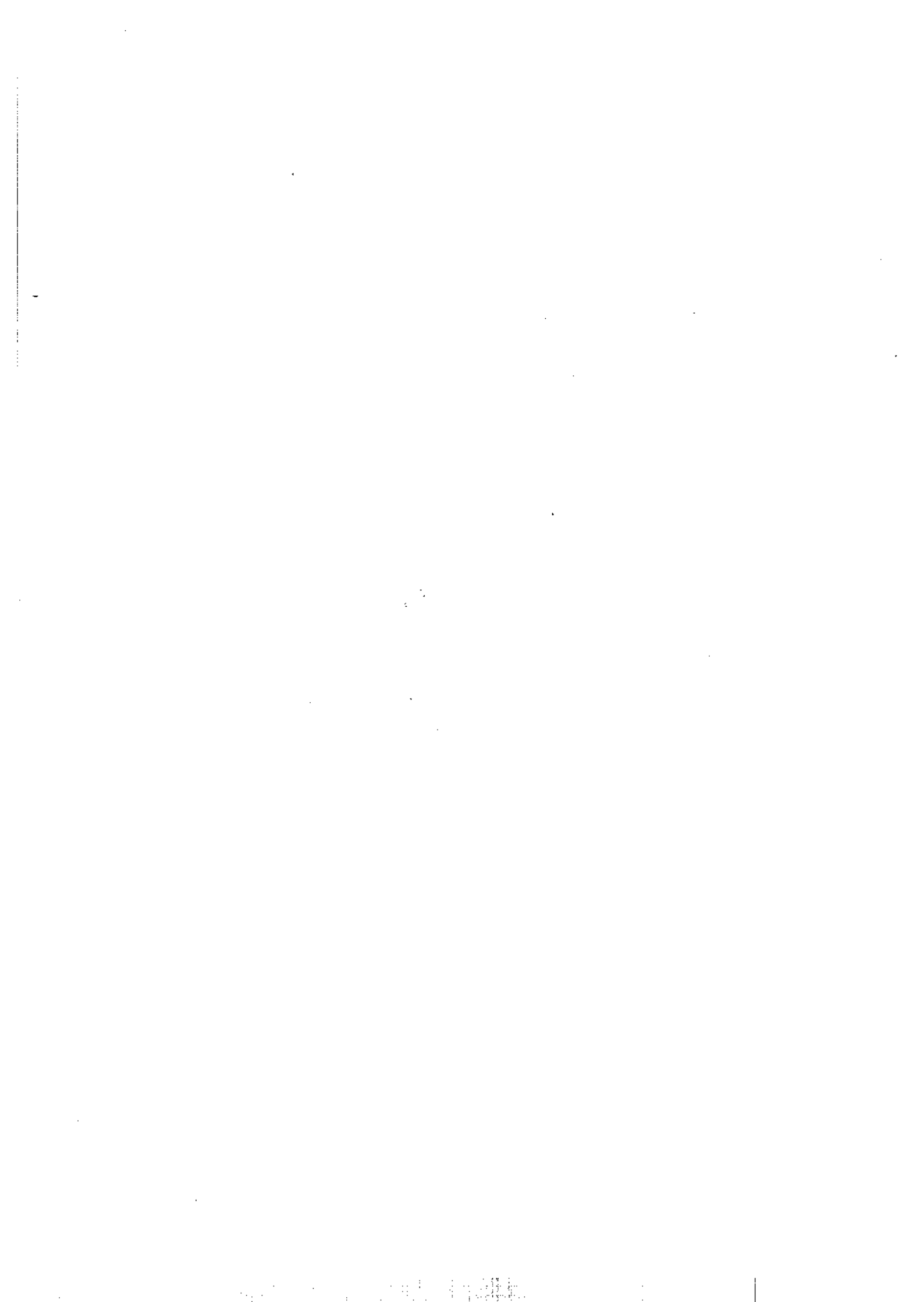
1.1. JUSTIFICACIÓ	185
1.2. OBJECTIUS	185
1.2.1. OBJECTIU GENERAL	185
1.2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS	186
1.3. HIPÒTESIS	186
2. METODOLOGIA	188
2.1. POBLACIÓ D'ESTUDI	188
2.2. FONT DE DADES	188
2.2.1. ENQUESTA DE SALUT DE 1992	188
2.2.2. DADES DE POBLACIÓ (DENOMINADORS)	190
2.3. TIPUS D'ESTUDI	190
2.4. INDICADORS ANALITZATS	190
2.5. VARIABLES SELECCIONADES	191
2.5.1. VARIABLES DEPENDENTS	191
2.5.2. VARIABLES INDEPENDENTS	194
2.6. ANÀLISI ESTADÍSTICA	196
3. RESULTATS	200
3.1. CARACTERÍSTIQUES GENERALS	200
3.1.1. DESCRIPCIÓ DE L'OBTENCIÓ DE LA CLASSE SOCIAL	200
3.1.2. DESCRIPCIÓ DE LA POBLACIÓ ESTUDIADA SEGONS GRUP SÒCIO- ECONÒMIC, SITUACIÓ LABORAL I ESTRUCTURA FAMILIAR	202
3.2. DESCRIPCIÓ DE LES DESIGUALTATS DE SALUT EN ELS DIFERENTS GRUPS SÒCIO-ECONÒMICS	204
3.2.1. DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT	204
3.2.2. DESIGUALTATS EN LES CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT, SOBREPÈS, OBESITAT I ALÇADA	222
3.2.3. DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS	236
3.2.4. DESIGUALTATS EN LES PRÀCTIQUES PREVENTIVES	246
4. DISCUSSIÓ	253
4.1. COMENTARI DELS RESULTATS I COMPARACIÓ AMB LA LITERATURA ...	253
4.1.1. DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT	254
4.1.2. DESIGUALTATS EN LES CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT, EL SOBREPÈS I L'ALÇADA	258
4.1.3. DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS	265
4.1.4. DESIGUALTATS EN LES PRÀCTIQUES PREVENTIVES	268
4.2. APORTACIONS	271
4.3. LIMITACIONS	272
4.4. CONCLUSIONS	274

**SUBESTUDI III: EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN MORBIDITAT, CONDUCTES
RELACIONADES AMB LA SALUT I UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS A LA CIUTAT
DE BARCELONA, 1983-1992.**

1. JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS I HIPÒTESIS	279
1.1. JUSTIFICACIÓ	279
1.2. OBJECTIUS	279
1.2.1. OBJECTIU GENERAL	279
1.2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS	280
1.3. HIPÒTESIS	280

2. METODOLOGIA	282
2.1. POBLACIÓ D'ESTUDI	282
2.2. FONT DE DADES	282
2.2.1. ENQUESTA DE SALUT DE 1992	282
2.2.2. ENQUESTA DE SALUT DE 1986	284
2.2.3. ENQUESTA DE SALUT DE 1983	285
2.2.4. DADES DE POBLACIÓ (DENOMINADORS)	287
2.3. TIPUS D'ESTUDI	287
2.4. INDICADORS ANALITZATS	287
2.5. VARIABLES SELECCIONADES	288
2.5.1. VARIABLES COMUNES EN TOTES TRES ENQUESTES (1983, 1986 I 1992)	288
2.5.2. VARIABLES COMUNES ENTRE LES ENQUESTES DE 1986 I 1992 ...	289
2.5.3. VARIABLES PER MESURAR EL NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC	291
2.6. ANÀLISI ESTADÍSTICA	293
3. RESULTATS	295
3.1. EVOLUCIÓ DE LA GRANDÀRIA DELS GRUPS SÒCIO-ECONÒMICS DURANT ELS ANYS 1983-92	295
3.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS SEGONS GRUP SÒCIO-ECONÒMIC DURANT ELS ANYS 1983-92	296
3.2.1. EVOLUCIÓ DE L'ESTAT DE SALUT	296
3.2.2. EVOLUCIÓ DE LES CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT I EL SOBREPÈS	310
3.2.3. EVOLUCIÓ DE LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS	318
4. DISCUSSIÓ	330
4.1. COMENTARI DELS RESULTATS I COMPARACIÓ AMB LA LITERATURA ...	330
4.1.1. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT	331
4.1.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LES CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT I EL SOBREPÈS	333
4.1.3. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS	335
4.2. APORTACIONS	336
4.3. LIMITACIONS	337
4.4. CONCLUSIONS	338
DISCUSSIÓ GENERAL	341
DISCUSSIÓ GENERAL	343
1. COMENTARI DELS RESULTATS DE TOTS TRES SUBESTUDIS	343
1.1. RELACIÓ DELS TRES SUBESTUDIS	343
1.2. RELACIÓ ENTRE LES CAUSES DE MORTALITAT I ELS INDICADORS DE MORBIDITAT I CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT	347
1.3. COMENTARI DELS RESULTATS TROBATS EN L'EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT (SUBESTUDIS I I III)	351
2. APORTACIONS	352
3. CONCLUSIONS	353
3.1. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS DE MORTALITAT	353
4. IMPLICACIONS	356
4.1. IMPLICACIONS PER A LA SALUT PÚBLICA	356

4.2. IMPLICACIONS PER A LA RECERCA.....	357
BIBLIOGRAFIA	359
TAULES SUBESTUDI I	381
TAULES SUBESTUDI II	427
TAULES SUBESTUDI III	505
ANNEXOS	523
ANNEX 1: TAULES DE MORTALITAT DETALLADES: NOMBRE DE MORTS I TAXES PER 100.000 HABITANTS, EN HOMES I DONES DE TOTES DUES AGRUPACIONS DE BARRIS, ANYS 1983 A 1992	525
ANNEX 2: OBTENCIÓ DE LES CLASSES SOCIALS SEGONS LA "CLASIFICACIÓN NACIONAL DE OCUPACIONES"	607
ANNEX 3: DADES DE LES TRES ENQUESTES DE SALUT DETALLADES: FREQUÈNCIES I PERCENTATGES PER A CADA VARIABLE DEPENDENT SEGONS CLASSE SOCIAL I NIVELL D'ESTUDIS. ANYS 1983, 1986,1992	613
TAULES CORRESPONENTS A L'ANY 1983	615
TAULES CORRESPONENTS A L'ANY 1986	635
TAULES CORRESPONENTS A L'ANY 1992	681



RESUM

1. INTRODUCCIÓ

La ciutat de Barcelona, com tot gran nucli urbà gran, presenta una gran heterogeneïtat social entre diferents zones: des de zones on hi ha un alt nivell de benestar, fins a nuclis de pobresa i marginalitat. Anteriorment ja ha estat descrit que existeixen desigualtats de mortalitat en els 38 barris de Barcelona, desigualtats que estan relacionades amb el nivell socio-econòmic del barri. L'enquesta de salut realitzada a Barcelona l'any 1986 també va detectar desigualtats de salut segons nivell socio-econòmic.

Els objectius d'aquest estudi són:

- Estudi de l'evolució o tendències de les desigualtats de mortalitat comparant els barris amb baix nivell socio-econòmic de la ciutat amb la resta de barris de 1983 a 1992.
- Estudi de les desigualtats segons nivell socio-econòmic en la morbiditat percebuda, les conductes relacionades amb la salut, la utilització de serveis sanitaris i la utilització de pràctiques preventives, en les persones residents a la ciutat de Barcelona, durant l'any 1992.
- Estudi de l'evolució de les desigualtats en morbiditat, en les conductes relacionades amb la salut i en la utilització de serveis sanitaris, durant els anys 1983-1992, entre els diferents grups socio-econòmics, en les persones residents a la ciutat de Barcelona.

2. METODOLOGIA

Font de dades: Les dades de mortalitat han procedit dels Butlletins Estadístics de Defunció dels anys 1983 al 1992 de tots els residents a la ciutat de Barcelona. Per

calcular els denominadors de les taxes de mortalitat anuals de cada barri s'ha utilitzat la població declarada en el Padró d'Habitants dels anys 1986 i 1991.

Les dades de morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis s'han obtingut de les tres enquestes de salut de la ciutat de Barcelona dels anys 1983, 1986 i 1992.

Àrees geogràfiques estudiades: Per a estudiar l'evolució de les desigualtats en mortalitat s'han agrupat els 38 barris de Barcelona en dues zones: els 11 barris amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris (27 barris).

Variables estudiades: La mortalitat s'ha estudiat segons les principals causes de defunció.

De l'enquesta de salut de Barcelona de l'any 1992 s'han estudiat, segons classe social i nivell d'estudis, les variables d'estat de salut, de conductes relacionades amb la salut, el sobrepès, l'alçada, d'utilització de serveis sanitaris i de la realització de pràctiques preventives.

Per a comparar les tres enquestes de salut, s'han utilitzat les variables d'estat de salut, de conductes relacionades amb la salut i d'utilització de serveis sanitaris, variables que van ser preguntades de la mateixa manera en les tres enquestes.

Indicadors calculats: Per a l'estudi de mortalitat s'han calculat els indicadors que permeten comparar les diferents àrees geogràfiques, per a tots dos sexes: les taxes de mortalitat estandarditzades, les taxes d'anys potencials de vida perduts estandarditzades, la Raó de Mortalitat Comparativa, la Raó d'Anys Potencials de Vida Perduts, les taxes de mortalitat específiques per edat i l'esperança de vida en néixer.

Per a l'anàlisi de les dades de l'enquesta de salut de l'any 1992 s'han calculat els percentatges per grup d'edat i sexe i els percentatges estandarditzats segons l'edat per a cada sexe.

Per a estudiar l'evolució de les desigualtats en les tres enquestes de salut s'han calculat els percentatges estandarditzats segons l'edat per a tots dos sexes.

Anàlisi estadística: Per a analitzar les desigualtats en mortalitat s'han ajustat models de regressió lineal per a les taxes de mortalitat dels diferents anys en cada una de les agrupacions de barris, i s'han comparat els pendents de les rectes de regressió de les dues àrees geogràfiques.

Per a analitzar les desigualtats segons classe social i nivell d'estudis amb les dades de l'enquesta de salut de Barcelona de 1992 s'han ajustat models de regressió logística.

L'evolució de les desigualtats segons classe social i nivell d'estudis amb les dades de les tres enquestes de salut s'ha analitzat calculant per a cada variable la raó de percentatges entre el grup socio-econòmic més baix i el més alt per cada any de l'estudi, i també ajustant un model de regressió en percentils per cada variable per cada un dels anys i per cada sexe.

3. RESULTATS

Evolució de les desigualtats en mortalitat durant els anys 1983-92

Ha existit un increment important de la mortalitat per SIDA, tuberculosi i sobredosi de drogues en les dues agrupacions de barris. Aquest augment ha estat més important als barris amb baix nivell socio-econòmic i, per tant, per aquestes causes de defunció, han augmentat les desigualtats entre les dues zones. Aquest fet ha repercutit en l'augment de les desigualtats de mortalitat entre els 15 i 24 anys i els 25 i 34 anys.

Les desigualtats de mortalitat per càncer de pulmó en els homes en les dues agrupacions geogràfiques han crescut, ja que la mortalitat per càncer de pulmó ha augmentat més en els barris amb baix nivell socio-econòmic.

La mortalitat per malalties cerebrovasculars en els homes ha disminuït en les dues agrupacions geogràfiques, i aquesta disminució ha estat més important en els barris amb baix nivell socio-econòmic. Aquesta ha estat l'única causa de defunció, per la qual les desigualtats han disminuït i no ha repercutit en el total de malalties de l'aparell circulatori.

L'increment de la mortalitat per SIDA i sobredosis en la població jove ha repercutit, en els barris de baix nivell socio-econòmic, en un augment de les taxes de mortalitat prematura i una disminució de l'esperança de vida més importants que en la resta de barris.

Desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis a la ciutat de Barcelona l'any 1992

Les persones de classes socials baixes i de menor nivell d'estudis han declarat un pitjor estat de salut percebut i la presència de més trastorns crònics.

Els homes de menor nivell socio-econòmic han declarat fumar més, tendència que ha estat totalment a la inversa en les dones.

Les persones de classe alta i més nivell d'estudis han declarat ser bevedores habituals en una major proporció. Hi ha més percentatge de bevedors excessius entre els homes dels grups socio-econòmics baixos, fet que no s'ha observat en les dones.

Els homes i dones de les classes socials baixes han declarat realitzar més activitat física habitual i menys activitat física de lleure.

El sobrepès i l'obesitat han presentat prevalences més elevades en els grups socio-econòmics baixos, desigualtats que han estat més importants en les dones. L'alçada és menor en les persones de classe social baixa i menor nivell d'estudis.

Les persones de classes socials baixes i de menor nivell d'estudis han declarat haver visitat més al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista; però quan s'ha tingut en compte l'estat de salut percebut, aquesta tendència només s'ha mantingut en les persones amb estat de salut bo o molt bo, i no ho ha fet en les persones amb estat de salut regular, dolent o molt dolent. No s'han trobat desigualtats en l'hospitalització entre les diferents classes socials i nivell d'estudis.

Les pràctiques preventives en ginecologia (visites al metge, citologia, mamografia) han estat molt més realitzades per les dones de grups socio-econòmics alts.

Evolució de les desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis a la ciutat de Barcelona en els anys 1983-92

Les desigualtats segons grups socio-econòmics en l'estat de salut percebut, l'existència de trastorns crònics, la limitació de l'activitat i l'enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista s'han mantingut constants durant els anys estudiats.

La prevalença de fumadors en els homes l'any 1983 era similar en els diferents grups socio-econòmics, però l'any 1992 han estat els homes de les classes socials baixes i de menor nivell d'estudis els que han declarat fumar més. Les dones dels grups socio-econòmics alts han declarat més consum de tabac els tres anys estudiats, però entre l'any 1983 i el 1992 les desigualtats han disminuït, ja que les dones de nivells socio-econòmics alts estan reduint el consum de tabac i no ho fan les dels baixos.

Les desigualtats en l'activitat física s'han mantingut entre els anys 1986 i 1992 en les dones, i en els homes han tendit a augmentar, en el sentit que els homes dels grups socio-econòmics baixos l'any 1992 han declarat realitzar més activitat física intensa. En les dones les desigualtats en el sobrepès han disminuït lleugerament, però continuen essent les de classes baixes i les de menor nivell d'estudis les que presenten més sobrepès.

El patró d'utilització de serveis sanitaris entre les diferents classes socials i nivells d'estudis no ha canviat durant aquests anys.

4. DISCUSSIÓ

Les dades de mortalitat han mostrat com durant aquests 10 anys han augmentat les desigualtats entre els barris amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris. Ara bé, aquest augment ha estat per causes de defunció d'aparició recent, com són, la SIDA i les sobredosis per drogues. Com que aquestes causes de defunció afecten principalment la població jove, s'ha reflectit en un augment de les desigualtats en el total de la mortalitat prematura i en les taxes de mortalitat entre els 15 i els 34 anys.

En canvi, l'evolució de les desigualtats en morbiditat durant els anys 1983-92, contràriament a les dades de mortalitat, no ha detectat grans diferències entre els anys.

L'augment de les desigualtats de mortalitat ha estat per causes de defunció que solen afectar població marginal. Aquesta població no acostuma a quedar reflectida en les enquestes de salut, per tant, a les enquestes els manca una part de la població que precisament seria la causant de l'augment de les desigualtats. A més, tant la SIDA com la drogaaddicció, al ser fenòmens de baixa freqüència, difícilment es podran estudiar amb una enquesta de salut d'aquestes característiques. Les estadístiques de mortalitat, en canvi, són més exhaustives i recullen tots els casos que ocorren a la població.

O sigui que, els resultats dels dos subestudis no són contradictoris sinó que són complementaris: cada un d'ells estudia un aspecte diferent de l'evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona.

Les principals aportacions d'aquest estudi han estat les següents:

- És un estudi innovador fet en el nostre medi i en una ciutat que analitza l'evolució de les desigualtats socials en salut durant 10 anys. La ciutat de Barcelona té el privilegi de ser l'única que disposa de tres enquestes de salut i, per tant, existeix la possibilitat de fer estudis com el present.
- Per a la realització d'aquest estudi s'han utilitzat dues fonts d'informació complementàries: la mortalitat i la morbiditat. Ja que la mortalitat representa només un aspecte de la *salut*, és important conèixer les desigualtats en altres aspectes de la salut: en la salut percebuda, en les conductes relacionades amb la salut i en la utilització de serveis sanitaris.
- Aquest treball ha utilitzat dos enfocaments per a l'estudi de les desigualtats: el d'utilitzar l'individu com a unitat d'anàlisi i el d'un estudi ecològic. Els dos enfocaments donen diferents visions de les desigualtats.
- Els resultats trobats detecten un augment de les desigualtats per condicions que afecten la població marginal, com són la mortalitat per SIDA o per toxicomanies. Aquests resultats no han estat documentats ni en altres ciutats del nostre país ni en ciutats d'altres països.

ANTECEDENTS EN L'ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT

1. INTRODUCCIÓ EN L'ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT

L'estudi de les desigualtats socials en salut ha estat un tema analitzat des d'àmbits tan diferents com l'economia, la sociologia, l'administració social i l'epidemiologia^{1 2 3}. Actualment no hi ha dubte que existeixen desigualtats socials en la salut fins i tot en els països amb més alt nivell de benestar i sempre la gent de nivell socio-econòmic més baix és la que presenta pitjor salut.

El concepte de desigualtat ha canviat al llarg del temps; hi ha qui l'ha utilitzat per designar un sentit d'injustícia, mentre que d'altres l'han utilitzat per designar diferències. Segons el concepte de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) el terme *desigualtat* (per ells *inequity*) es refereix a les diferències en matèria de salut que són innecessàries, evitables i injustes. El concepte d'injustícia també pot ser molt variable, però un criteri utilitzat és el grau de llibertat que la persona té per a escollir les seves condicions de vida^{4 5}.

El Regne Unit és el país que té una tradició més llarga en l'estudi de les desigualtats de salut segons el nivell socio-econòmic^{6 7}. De tota manera, aquest és un tema que també s'ha estudiat en altres països^{8 9 10 11 12}, i sobretot els darrers 15 anys ha augmentat molt la literatura publicada. Fins i tot s'han estudiat desigualtats geogràfiques de mortalitat en països del tercer món¹³. L'OMS ha mostrat un gran interès en aquest tema a l'incloure entre els seus objectius per a l'any 2000 la disminució d'aquestes desigualtats¹⁴.

Una important aportació a l'estudi de les desigualtats socials en salut va ser l'Informe Black, realitzat per una Comissió d'experts del Regne Unit, l'any 1980. Aquest informe analitzava en profunditat les desigualtats al Regne Unit, tenint en compte diversos vessants del tema (mortalitat, morbiditat, utilització de serveis sanitaris, distribució en el temps i l'espai) i acabava donant un llistat de recomanacions, per tal de disminuir

les desigualtats. En aquest informe es feia una recopilació de diferents estudis i una reflexió exhaustiva de les desigualtats en salut entre les classes socials (les classes menys afavorides tenien pitjor salut) i al mateix temps destacava que aquestes desigualtats havien augmentat amb el pas dels anys, ja que la salut havia millorat més per a les classes més benestants. L'informe també descrivia les possibles explicacions sobre les causes de les desigualtats de salut¹⁶.

L'Informe Black va ser posat al dia l'any 1987 pel *Health Education Council* en un informe que es titula *The Health Divide* on es revisaven els nous estudis realitzats sobre el tema¹⁶. L'any 1990, deu anys després que fos publicat l'Informe Black, Davey Smith et al. i el mateix Douglas Black van descriure com continuen existint desigualtats i com probablement fins i tot han augmentat amb el pas dels anys^{17 18}. A final de l'any 1994 Davey Smith i Morris van tornar a assenyalar com diversos estudis fets els anys 90 continuaven trobant que les desigualtats augmenten²⁰.

Als països sud-europeus s'han realitzat molts menys estudis de desigualtat en salut i, a més, tampoc no hi ha dades suficients per a poder comparar l'estat de les desigualtats en aquests països respecte als altres països desenvolupats²¹.

A continuació es fa una revisió sobre els mètodes utilitzats en els estudis de desigualtats socials en salut (tipus de disseny, tipus d'indicadors i mètodes d'anàlisi de les dades), sobre les principals teories que expliquen el perquè de les desigualtats i sobre alguns dels estudis realitzats. Cal dir que la literatura publicada sobre desigualtats en salut és molt extensa, per tant en aquesta revisió només es descriu el que s'ha considerat més rellevant per a l'estudi que es vol portar a terme.

2. MÈTODES EN L'ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT

En primer lloc es revisen els tipus de disseny més emprats i a més s'il·lustren amb alguns dels estudis realitzats fora d'Espanya, després es descriuen els principals indicadors utilitzats tant de nivell socio-econòmic com de salut i, finalment, es fa esment dels mètodes d'anàlisi utilitzats.

2.1. TIPUS DE DISSENY I ESTUDIS REALITZATS

En aquest apartat es revisen els tipus de disseny que han estat més utilitzats en l'estudi de les desigualtats de salut: els estudis transversals, longitudinals, ecològics i de tendències; i també es revisen alguns dels estudis realitzats, sobretot els que estan més relacionats amb els objectius del present treball.

Tot i que aquesta classificació dels tipus de disseny no segueix exactament la utilitzada pels manuals d'epidemiologia, és la que ha semblat més útil per a descriure els dissenys utilitzats en l'estudi de les desigualtats en salut.

2.1.1. ESTUDIS TRANSVERSALS

Els estudis de disseny transversal habitualment utilitzen com a unitat d'anàlisi l'individu. A cada persona se li assigna un grup socio-econòmic o una classe social i posteriorment es comparen els indicadors de salut entre els diferents grups.

2.1.1.1. Avantatges dels estudis transversals

- El principal avantatge d'aquests tipus d'estudis és que utilitzen l'individu com a unitat d'anàlisi.
- Són estudis senzills i poc costosos de realitzar.
- Hi ha països, com el Regne Unit, on aquests estudis es realitzen des de fa molts anys. En aquest cas, l'avantatge és que permeten monitoritzar el fenomen al llarg dels anys²².

2.1.1.2. Limitacions dels estudis transversals

- La limitació principal d'aquests estudis és que no permeten establir una relació causa-efecte, ja que s'observa al mateix temps l'event (*salut*) i el factor que es vol estudiar (*nivell socio-econòmic*), per tant no permeten avaluar la mobilitat social, o sigui, el fet que una persona pugui canviar de classe social com a conseqüència de la seva salut²³.
- Els estudis transversals realitzats al Regne Unit, que es basen en les estadístiques rutinàries de mortalitat, i que utilitzen dades del cens per a calcular el denominador de les taxes, estan sotmesos al biaix anomenat de *numerador-denominador*. Aquest biaix es basa en el fet que l'ocupació certificada en la Butlleta de Defunció (indicador a partir del qual s'obté la classe social) pot no ser la mateixa que la declarada en el cens; ja que l'ocupació de la butlleta és la declarada pels familiars o coneguts del difunt i habitualment està menys ben especificada que en el cens. Aquest fet pot distorsionar les taxes de mortalitat segons classe social, ja que les dades del numerador (mortalitat) i del denominador (cens) podrien no ser concordants²².

En els països on les dades de la butlleta de defunció i del cens d'habitants estan connectades, com per exemple a Finlàndia, aquest biaix no existirà, ja que les dues fonts tindran la mateixa informació quant al nivell socio-econòmic del difunt²⁴.

2.1.1.3. Alguns estudis realitzats

Aquests estudis han estat realitzats principalment utilitzant estadístiques de mortalitat, on a cada individu se li atribueix un grup socio-econòmic habitualment obtingut de l'ocupació certificada en la butlleta de defunció. El país on se n'han realitzat més és el Regne Unit, on l'*Office of Population Censuses and Surveys* té una llarga tradició en la utilització de la Butlleta de Defunció amb aquesta finalitat²². En d'altres països aquests estudis són molt difícils de realitzar, la majoria de vegades per manca de dades individuals sobre la classe social en les estadístiques rutinàries^{25,26}.

També s'han realitzat estudis transversals amb dades obtingudes d'enquestes de salut on a cada individu entrevistat se li pot atribuir una classe social (habitualment a través de l'ocupació, el nivell d'estudis o d'ingressos).

Al Regne Unit aquests estudis s'han realitzat utilitzant dades del *General Household Survey*, que és l'enquesta de salut que es realitza anualment a tot el país. Així per exemple, Haynes va analitzar les desigualtats tant segons l'estat de salut com segons la utilització de serveis sanitaris²⁷ i West va estudiar les desigualtats en adolescents²⁸.

Una altra enquesta realitzada al Regne Unit és el *Health and Lifestyle Survey*. Aquesta enquesta es va realitzar l'any 1985 a Anglaterra i Gales a 9000 persones. Els objectius varen ser examinar la distribució de la salut física i mental i la relació entre la salut, el comportament, les actituds i creences i les circumstàncies socials. No va ser només una enquesta de salut per entrevista, sinó que també es mesuraven paràmetres de salut com: la tensió arterial, el pes, la talla i la funcionalitat respiratòria^{29 30}.

A EEUU, l'enquesta de salut que es fa cada any és el *National Health Interview Survey*, i no es realitzen descripcions segons classe social obtinguda a través de l'ocupació, però si segons el nivell d'ingressos³¹ i en ocasions també el nivell d'estudis³² i l'ocupació³³.

A d'altres països també s'han utilitzat enquestes de salut per a descriure l'existència de desigualtats, així als països escandinaus utilitzen l'enquesta de salut anomenada *Level of Living Survey*³⁴, o a Holanda, l'enquesta de salut del seu país³⁵.

2.1.2. ESTUDIS LONGITUDINALS

Els estudis longitudinals es basen en el seguiment d'una cohort al llarg del temps. Permeten estudiar l'evolució en el temps dels diferents grups socio-econòmics i dels seus desenllaços (tant els referits a la mort com a mesures de morbiditat).

2.1.2.1. Avantatges dels estudis longitudinals

- Aquest estudis són més potents que els estudis transversals en l'establiment de la relació causa-efecte.
- Blaxter va fer una revisió dels principals estudis longitudinals, realitzats a Gran Bretanya, (en descrivia 20) que permetien analitzar aspectes de les desigualtats de salut. Segons l'autora, aquests estudis permeten respondre a preguntes com les següents: "Quina relació hi ha entre la salut en les edats adultes i en la joventut i com varien aquestes associacions amb els factors socials?, en quins períodes de la vida hi ha més vulnerabilitat als efectes dels factors socials?, quin és l'efecte de la mobilitat social en les desigualtats entre diferents estrats socials?, quina relació hi ha entre la salut de diferents generacions?, quins són els efectes dels serveis sanitaris en les desigualtats de salut?"³⁶.

- Per a Fox els principals avantatges dels estudis longitudinals basats en el lligam entre el cens i les estadístiques vitals són: la no existència del biaix *numerador-denominador*, el fet de poder aprofitar la informació del cens, que és molt més ampla que la de les estadístiques vitals, els avantatges de ser un estudi prospectiu que permet estudiar més clarament la relació entre l'exposició i l'efecte i, finalment, el fet que els censos es vagin repetint fa que la informació es vagi actualitzant³⁷. Així mateix destaca la importància de poder estudiar la mobilitat social³⁸.

2.1.2.2. Limitacions dels estudis longitudinals

- Els estudis longitudinals són molt més costosos, tant pel temps que es necessita com pels costos econòmics.
- Segons Fox les limitacions dels estudis longitudinals basats en el lligam entre el cens i les estadístiques vitals són: el seu cost més alt, a vegades la grandària de la mostra no és suficient, s'han d'esperar anys per tenir resultats, la metodologia és més complexa que en els estudis transversals i les dades mai no tindran la qualitat d'un estudi ad-hoc³⁹.

2.1.2.3. Alguns estudis realitzats

En la descripció que va fer Blaxter sobre 20 estudis longitudinals realitzats a la Gran Bretanya va diferenciar els estudis que inclouen a tota la població (com el *Office of Population Censuses and Surveys (OPCS) Longitudinal Study* o el *Aberdeen Maternity and Neonatal Data Bank*), dels estudis que són representatius de poblacions *normals* (ex: infants, famílies...) i dels estudis que abasten la població mostrejada segons determinades característiques (ex: mares en risc, infants de mares joves...). Tots aquests estudis han permès abordar diferents aspectes de les desigualtats socials en salut³⁶.

Cal destacar l'estudi de l'*Office of Population Censuses and Surveys Longitudinal Study* que segueix una mostra d'un 1% de la població censada a Anglaterra i Gales des de l'any 1971. Els seus avantatges són que permet valorar desigualtats tenint en compte diversos indicadors socio-econòmics i com aquestes canvien al llarg del temps. Un inconvenient important és la seva poca grandària, sobretot si es comparen amb els estudis transversals de l'OPCS, inconvenient que fa més difícil l'estudi d'algunes causes de defunció en concret^{37 39}.

Uns altres estudis importants són els *Whitehall I i II* que segueixen una mostra d'homes, funcionaris de Londres de 40 a 64 anys. El primer es va iniciar els anys 60 i el segon els anys 80. En el primer estudi sobretot es descriuen les desigualtats en mortalitat segons la categoria professional^{40 41}. En l'estudi Whitehall II s'estudien les desigualtats en morbiditat, en conductes relacionades amb la salut, en efectes del medi ambient, en circumstàncies del treball i en el suport social⁴². També s'analitzen les baixes laborals com a mesura de morbiditat, d'utilització de serveis sanitaris i de pèrdua de productivitat⁴³.

Als EEUU s'han realitzat estudis de seguiment com el descrit per Sorlie et al. sobre la mortalitat diferencial entre blancs i negres ajustant pel nivell d'ingressos⁴⁴, o bé subestudis realitzats a partir de la cohort de l'*Alameda County Study*⁴⁵.

A Holanda es va començar un estudi de seguiment d'unes 20.000 persones l'any 1991 amb l'objectiu de conèixer amb més profunditat els mecanismes que expliquen les desigualtats socials en salut⁴⁶.

2.1.3. ESTUDIS ECOLÒGICS

Són estudis que utilitzen com a unitat d'anàlisi l'àrea geogràfica, comparen els indicadors de salut i els indicadors socio-econòmics en diferents àrees geogràfiques i esbrinen si hi ha una relació entre les àrees amb pitjors indicadors de salut i les que

tenen uns indicadors socio-econòmics que denoten una pitjor situació. Les dades dels indicadors socio-econòmics habitualment s'obtenen del cens ^{47 48}.

2.1.3.1. Avantatges dels estudis ecològics

- Tal com assenyala Schwartz els estudis ecològics poden mesurar un *constructe* diferent als estudis individuals, que pot respondre al context o l'ambient social on els individus viuen, diferent dels atributs de cada individu en particular. Per tant, els estudis ecològics poden diferir dels estudis individuals perquè estan mesurant un fenomen diferent i a més tenen en compte les causes socials de les malalties⁴⁹.

- Hi ha ocasions en què les dades són més vàlides si es recullen a nivell agregat que si es recullen a nivell individual. Per exemple: les vendes d'alcohol en una determinada zona⁴⁹.

- Hi ha variables que són específiques de grup. Susser les classifica de la següent manera: a) variables integrals que afecten a tot el grup (Ex: intervenció, altitud, etc.); b) variable contextual que caracteritza el grup i no els individus (Ex: nivell d'immunitat de grup, el qual pot afectar la immunitat de l'individu); c) variable de contagi, per exemple, la prevalença de malaltia, la qual modificarà la probabilitat que un individu s'infecti⁵⁰.

- Els estudis ecològics poden tenir rellevada per a la política i la planificació sanitària ja que detecten les àrees amb més problemàtica socio-sanitària. A més, aquests estudis, poden substituir els indicadors de *classe*, ja que les característiques socio-econòmiques de les diferents àrees tenen relació amb els indicadors de salut, independentment de la seva distribució per classes socials⁵¹.

- Són estudis fàcils de realitzar gràcies a l'accessibilitat de les dades, ja que habitualment s'utilitzen dades que es recullen rutinàriament. Són aplicables a tots dos sexes i a tots els grups d'edat, ja que la majoria d'individus poden ser adjudicats a una

àrea de residència. En alguns casos, les àrees poden ser agregades o desagregades per reflectir diferents dimensions de la vida social^{51 52}.

2.1.3.2. Limitacions dels estudis ecològics

- Pot existir la falàcia ecològica la qual es descompon en el biaix d'especificació i el d'agregació. El biaix d'especificació és el produït per l'existència d'un factor de confusió que no s'ha tingut en compte. El biaix d'agregació és el fet de basar inferències d'individus a partir d'observacions agrupades⁴⁷.

Tal com s'ha assenyalat anteriorment, Schwartz raona que el biaix d'agregació pot ser degut al fet que els estudis ecològics i els estudis individuals poden estar mesurant constructes diferents, i assenjala que per solucionar el biaix d'especificació el que cal és especificar bé el model conceptual⁴⁹. Així mateix, Carstairs i Morris defensen que les característiques d'una àrea geogràfica exerceixen una influència addicional a la mortalitat, que se suma a la influència de la classe social individual⁵¹.

- Sovint les dades no són gaire vàlides, perquè es comparen àrees que poden tenir diverses maneres de recollir la informació i diferents criteris diagnòstics. A més, hi ha variables que tendeixen a estar més correlacionades entre elles a nivell ecològic, que no pas a nivell individual^{53 54}.

- Un altre desavantatge és que les dades disponibles solen estar agregades segons efectes administratius i no segons criteris socials, circumstància que pot fer que siguin àrees heterogènies. També cal tenir present que la població es pot moure d'una àrea a l'altra fent que canviï l'estructura social⁵².

- Tot sovint s'estudien àrees petites i per tant existeix poca precisió en les estimacions. Una possible solució és agregar les dades de diversos anys⁵⁵.

Morgenstern i Susser fan una sèrie de consideracions per millorar els estudis ecològics, són: que hi hagi un nombre suficient de grups, tenir en compte els efectes contextuais i integrals, utilitzar grups petits i homogenis, agrupar per la variable independent i si cal incrementar el nombre de grups augmentant el nombre d'estrats (per exemple tenint en compte diferents grups d'edat i sexe)^{47 56}.

2.1.3.3. Alguns estudis realitzats

Cal destacar el treball realitzat per Townsend et al. en la regió North de Gran Bretanya on varen estudiar les desigualtats en 678 districtes electorals⁵⁷, així com l'estudi de Carstairs i Morris sobre les desigualtats en uns 1000 sectors d'Escòcia, que no només té en compte les dades de mortalitat sinó també dades de morbiditat i d'utilització de serveis sanitaris^{58 59}.

Fox i Jones varen realitzar un estudi que descriu les desigualtats en mortalitat en 36 àrees d'Anglaterra i Gales. Aquestes 36 àrees no eren administratives, sino les obtingudes després de fer una anàlisi de conglomerats (*cluster analysis*) amb variables del cens de 1971⁶⁰. Eames et al. varen descriure les desigualtats de mortalitat i la seva relació amb 3 índexs de privació (Carstairs, Townsend i Jarman) a 8464 barris d'Anglaterra, agrupant-los en 14 regions⁶¹.

Piperno i Di Orio varen comparar la mortalitat en diferents regions italianes i van trobar que les del sud d'Itàlia presentaven pitjors indicadors que la resta de regions ⁶².

Alguns estudis realitzats en ciutats

Les desigualtats de salut en les ciutats tenen les característiques diferencials de les àrees urbanes. Normalment les ciutats tenen des de zones molt benestants fins a zones marginals, i sovint també bosses de pobresa^{63 64}. Cal assenyalar, però, que

no s'han realitzat gaire estudis en ciutats. Aquí se'n presenten alguns, la majoria són estudis ecològics realitzats utilitzant com a unitat d'anàlisi àrees petites de la ciutat.

Alguns autors han descrit les desigualtats de mortalitat en diferents zones de la ciutat, sense relacionar-los amb el nivell socio-econòmic. Aquests estudis han trobat una gran diferència de mortalitat entre àrees de la ciutat i, habitualment, les àrees amb més mortalitat corresponen a les que tenen menor nivell socio-econòmic^{65 66}. Així per exemple, en l'estudi de Harlem es detectava que aquell barri de New York tenia taxes de mortalitat similars a les de Bangladesh⁶⁷.

Dayal et al. varen examinar les desigualtats segons nou causes de defunció a 45 barris de la ciutat de Filadèlfia. A excepció de la mortalitat per cardiopatia isquèmica, en les altres causes de defunció els barris amb menys nivell socio-econòmic (mesurat a partir de 6 variables del cens) eren els que presentaven més mortalitat⁶⁸.

Millar va descriure les desigualtats en mortalitat i en l'esperança de vida en ciutats de Canadà, agrupant els sectors censals en 5 grups definits pels quintils segons el nivell d'ingressos (obtingut del cens)⁶⁹.

També s'han realitzat estudis en ciutats europees. Pringle va descriure les desigualtats en mortalitat a Belfast, fent tant un estudi ecològic com un estudi amb dades individuals⁷⁰. Barker i Osmond varen intentar explicar les desigualtats de mortalitat de 3 ciutats de Lancashire (Regne Unit) fent la descripció de la mortalitat de les 3 ciutats i dels condicionants socio-econòmics que podien haver produït les desigualtats⁷¹. Flynn va descriure les desigualtats en barris de Liverpool utilitzant els índexs compostos de salut i de privació de Townsend⁷².

Kunst i Mackenbach varen comparar 19 estudis ecològics realitzats en ciutats holandeses i en ciutats de països anglo-saxons. Varen descriure les diferències metodològiques dels diferents estudis (període, unitat espacial analitzada (tant el nombre com el tipus), grandària de la ciutat i els indicadors socio-econòmics utilitzats).

Varen intentar comparar les desigualtats en les ciutats i varen observar que eren més importants en les ciutats americanes⁷³.

Reijneveld i Gunning-Schepers varen descriure les desigualtats de mortalitat a 22 barris d'Amsterdam i la seva relació amb indicadors socio-econòmics estandarditzats per edat i sense estandarditzar. Es varen trobar resultats similars tant si es tenia en compte l'edat com si no. L'indicador més correlacionat va ser el nivell d'ingressos mitjà⁷⁴.

La ciutat de Rotterdam té un sistema d'informació molt complet per analitzar les dades d'àrees petites⁷⁵, Van Oers i Teeuwen van descriure com la mortalitat en els 47 barris està relacionada amb les variables de nivell socio-econòmic obtingudes del cens⁷⁶.

2.1.4. ESTUDIS DE TENDÈNCIES

Els estudis de tendències descriuen l'evolució al llarg dels anys de les desigualtats entre grups socio-econòmics o entre diferents àrees geogràfiques. Sovint es fan talls transversals en diferents anys (per ex. cada 5 anys) i s'analitzen les desigualtats en cada un d'aquests talls respecte als altres; o sigui, que de fet són estudis transversals o ecològics repetits diverses vegades en el temps.

2.1.4.1. Avantatges dels estudis de tendències

- Els avantatges dels estudis de tendències és que permeten conèixer com han evolucionat les desigualtats de salut a través dels anys, i no només en un moment del temps.
- Segons sigui un estudi de tendències que faci talls transversals basats en estudis amb unitat d'anàlisi individual o agregada, existiran els avantatges referits en els apartats anteriors (2.1.1 *Estudis transversals* i 2.1.3. *Estudis ecològics*).

2.1.4.2. Limitacions dels estudis de tendències

- Cal preguntar-se si el canvi de la grandària entre les diferents classes amb el pas del temps pot afectar l'evolució de les desigualtats. Per tant, no només s'ha de tenir en compte si han augmentat o disminuït les desigualtats, sinó també el canvi de la mida de les classes socials^{77 78}.

Carr-Hill també argumenta que, a Gran Bretanya, la classificació de classes socials (tant en el cens com en la butlleta de defunció) pot no ser consistent els diferents anys. A més, el biaix *numerador-denominador* pot tenir diferent magnitud al llarg del temps^{77 78}.

- Les tendències en les malalties són difícils de mesurar, a causa dels canvis en la notificació i en la declaració de malalties. Així, les tendències en la morbiditat estan afectades per la variació en la percepció dels símptomes, la qual pot ser diferent segons el grup socio-econòmic (l'augment en la declaració de malalties pot fer sospitar l'existència d'aquest biaix). Segons Carr-Hill l'única solució és monitoritzar observacions físiques o mèdiques, com poden ser: el pes al néixer, la grandària, la tensió arterial, etc. Una nova alternativa seria la combinació de mesures de mortalitat i morbiditat, com, per exemple, l'esperança de vida sense incapacitat^{77 78}.

- Wilkinson destaca, entre altres, un problema que existeix a l'estudiar l'evolució de les tendències de mortalitat segons classe social i és el canvi de mobilitat social al llarg dels anys. Si el percentatge de població mòbil (població que canvia de classe social per la salut i/o la malaltia) canvia en els diferents anys, això podria afectar l'estudi de tendències. Segons ell, aquest problema només ha estat estudiat per l' *Oxford Social Mobility Study*, on varen detectar només un 6% de diferències en la mobilitat al llarg dels anys⁷⁹.

- Quan l'estudi de tendències es fa amb un estudi ecològic al llarg del temps, cal afegir dues limitacions: a) la correlació entre una mesura de salut i una mesura socio-econòmica en un moment determinat pot estar influenciada per la tendència dels dos indicadors des de fa anys, la qual pot no estar relacionada amb l'efecte que interessa estudiar. Per solucionar aquest problema, alguns investigadors utilitzen tècniques estadístiques que eliminen la influència de la tendència de les sèries abans de fer les correlacions. b) Al relacionar les dues sèries s'ha de tenir en compte que hi ha d'haver un període de temps entre l'ocurrència d'una sèrie (Ex. canvi activitat econòmica) i el corresponent canvi en l'altra (Ex. canvi en la mortalitat). Aquest període de temps no pot ser assignat aleatòriament perquè podria provocar distorsions en l'anàlisi⁵⁴.

2.1.4.3. Alguns estudis realitzats

La majoria d'estudis s'han realitzat a Gran Bretanya. Entre els que es basen en l'individu com unitat d'anàlisi, es pot destacar l'estudi de Marmot i McDowall on es descriu l'augment de les desigualtats en mortalitat entre les diferents classes socials, entre els anys 1970 i 1980⁸⁰. Pamuk va estudiar l'evolució de les desigualtats en mortalitat segons classe social, a Anglaterra i Gales, de 1921 a 1972. Va calcular l'*índex relatiu de desigualtat* utilitzant el mètode de la regressió en percentils, que pondera les taxes de mortalitat estandarditzades per edat de cada classe social segons la grandària de la classe social (vegeu l'apartat de *Mètodes d'anàlisi*), i va observar que les desigualtats varen disminuir els anys 30 i 40, per tornar a augmentar els anys 60. També va intentar solucionar els problemes de la classificació d'ocupacions del *Registrar General* (el canvi de classificació al llarg dels anys, i el biaix *numerador-denominador*)¹⁰⁷. Wilkinson va estudiar les desigualtats en mortalitat segons nivell d'ingressos des de diferents perspectives, durant diferents anys, a Anglaterra i Gales⁸¹.

A Gran Bretanya, també s'han realitzat estudis de tendències que han utilitzat les dades agregades com a unitat d'anàlisi. En aquesta línia, Illsley i Le Grand varen estudiar l'evolució de les desigualtats de mortalitat en 7 punts del temps, entre l'any

1930 i el 1989, en 10 regions, tenint en compte l'evolució de les taxes en els diferents grups d'edat^{82 83}. Phillimore et al. varen estudiar l'evolució de les desigualtats de mortalitat a la regió North d'Anglaterra, dividint els 678 barris (*wards*) en 5 àrees geogràfiques, obtingudes tenint en compte el nivell de privació (obtingut amb l'índex de Townsend) entre els anys 1981 i 1991⁸⁴.

En d'altres països també s'ha estudiat l'evolució de les desigualtats, sobretot utilitzant l'individu com a unitat d'anàlisi.

A Nova Zelanda es van realitzar estudis sobre l'evolució de la mortalitat en homes de 15 a 64 anys per malalties evitables i per malalties de l'aparell circulatori, entre els anys 1975-77 i 1985-87. En cada un d'aquests talls en el temps examinaven la tendència de la mortalitat entre les classes socials (obtingudes a través de l'ocupació: escala *Elley-Irving*) ajustant un model de regressió ponderat^{85 86}.

A EEUU es va realitzar un estudi per conèixer l'evolució de les desigualtats en mortalitat segons el nivell educatiu. Es van agafar les dades del *Matched Records Study* (estudi sobre una mostra de defuncions del país) de l'any 1960 i després les dades del *Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study* dels anys 1971-84. Les desigualtats en mortalitat segons nivell educatiu en tots dos períodes havien augmentat en els homes, o sigui, que tot i haver disminuït les taxes ho havien fet de manera més important en els que tenien més nivell d'educació, però això no havia passat en les dones⁸⁷. Posteriorment Pappas et al. també van utilitzar les dades del *Matched Record Study* de l'any 1960 i a més les dades del *National Mortality Followback Survey* de l'any 1986 per continuar estudiant l'evolució de les desigualtats en mortalitat segons nivell d'ingressos i d'educació. Varen observar que les desigualtats de mortalitat segons nivell d'ingressos i d'ocupació havien augmentat en tots dos sexes, i tant en la raça blanca com en la negra. També van trobar que les taxes havien disminuït en tots els grups, però que ho havien fet diferencialment (més en els grups amb alt nivell d'educació i amb més ingressos)⁸⁸.

L'any 1990 Kunst et al. varen descriure les desigualtats de mortalitat a 39 regions d'Holanda, durant quatre períodes (1950-4, 1960-4, 1970-4 i 1980-4). Varen comparar les regions amb més alt i més baix nivell socio-econòmic (el nivell socio-econòmic s'obtenia a través d'una anàlisi de components principals a partir de 6 variables) i van observar com evolucionaven les *Standardized Mortality Ratios* (SMR) en aquests dos grups⁸⁹.

Els estudis de tendències que utilitzen dades d'estat de salut són escassos. Cal destacar l'estudi de Lahelma i Karisto sobre l'evolució de l'estat de salut a Finlàndia que utilitza les dades de 4 enquestes de salut (1964, 1968, 1976 i 1987). Només hi varen incloure la població activa, ja que així els era més fàcil categoritzar l'ocupació en classes socials. La mesura de l'estat de salut es va basar en la limitació de l'activitat crònica i la causa que la produïa⁹⁰.

2.2. INDICADORS UTILITZATS

En primer lloc es descriuen els indicadors socio-econòmics utilitzats en epidemiologia i després els principals indicadors de salut utilitzats en l'estudi de les desigualtats.

2.2.1. INDICADORS DE NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC

En aquest apartat es fa referència al concepte de classe social, als indicadors utilitzats en epidemiologia per mesurar la classe social, a la classificació de classes socials utilitzada pel *British Registrar General*, a la mesura de la classe social en determinats col·lectius (dones, infants i joves, gent gran) i a la descripció d'altres indicadors de nivell socio-econòmic.

2.2.1.1. Concepte de classe social

L'estratificació social, o sigui l'estructuració de la societat en base a les desigualtats existents entre diferents grups socials, és un dels eixos centrals de la sociologia.

L'estudi de l'estratificació basant-se en el sistema de classes socials ha estat amplament utilitzat en l'anàlisi de les relacions socials en les societats nascudes de la revolució industrial.

Les dues aproximacions clàssiques a la conceptualització de classe social han estat la de Karl Marx (1818-1883) i la de Max Weber (1864-1920). La visió de Marx se centrava en les desigualtats en la propietat dels mitjans de producció, com a factor clau en l'estructuració social. L'aportació conceptual de Weber postulava que, si bé la propietat dels mitjans de producció és un element important d'estructuració social, també ho són les diferències econòmiques, els coneixements tècnics i qualificacions, el prestigi social i la identificació amb valors culturals; tots aquests elements no es deriven directament de la possessió dels mitjans de producció.

Aquests marcs conceptuals, que volien ajudar a entendre la societat nascuda de la revolució industrial i el primer capitalisme productiu, han estat actualitzats i revisats, per tal d'adaptar-los i fer-los útils per analitzar l'estructura social en les societats post-industrials.

No hi ha dubte que a les societats occidentals ha existit una evolució important de l'estructura de classes. La relació actual de classes s'assembla poc a la de les etapes de la primera industrialització, quan hi havia un gran contingent de classe treballadora poc diferenciada i molt poc qualificada, i encara existia un contingent important de persones del medi rural i dedicades a l'agricultura. Aquella classe treballadora tenia unes condicions de treball i de vida miserables, i estava poc organitzada, sense drets i amb poca capacitat de decisió sobre el propi treball; era una classe que estava directament enfrontada amb una classe burgesa, distanciada i privilegiada⁹¹.

Els conflictes i les condicions de vida certament han canviat, però cal afirmar que la vida social continua marcada per les diferències de classes, entenent per classe tal i com la defineix Giddens *una agrupació de persones a gran escala que comparteixen recursos econòmics comuns, els quals influeixen fortament sobre l'estil de vida que són capaços de portar*. Per a aquest autor, la propietat de la riquesa juntament amb l'ocupació són les bases més importants de les diferències de classes⁹².

Seguint a Giddens, a la nostra societat post-industrial occidental, les classes socials es poden agrupar en tres⁹²:

- La **classe alta**, que inclou els rics, els industrials, els alts executius i els que controlen els recursos de producció. La propietat dóna poder, per tant els membres de les classes altes estan en els més alts nivells de poder, i la seva influència depèn del control que tenen sobre el capital industrial i financer i també de l'accés a les esferes polítiques, educatives i culturals.
- La **classe mitjana**, que inclou la majoria de professionals i els treballadors de coll blanc. Giddens diferencia tres sectors: a) la vella classe mitjana que es compon dels petits negociants, els propietaris de comerços locals i petits camperols. Tot i que aquesta població tendeix a disminuir, encara hi ha una porció important de gent en aquest grup; b) la classe mitjana alta que està formada per gent que ocupa posicions de gestió i professionals, la majoria han accedit a estudis superiors; c) la classe mitjana baixa que és més heterogènia i inclou a persones com oficinistes, mestres, infermers/es, etc.
- La **classe obrera**, que inclou els treballadors manuals o de coll blau. Es pot dividir en la classe obrera alta, que són els treballadors qualificats que tenen rendes més altes i treballs més segurs i la classe obrera baixa que està formada pels treballadors no qualificats o semiqualficats amb rendes més baixes i menor seguretat en el treball. Giddens també descriu la **infraclasse** que està composta per la gent marginal, amb condicions de treball i nivell de vida pitjors que la majoria de la població.

Aquesta agrupació es molt útil per entendre la diversitat de l'estratificació social actual, ja que combina elements lligats a la propietat dels mitjans de producció, amb els relacionats amb la qualificació ocupacional, els nivells educatius i les condicions de treball. Diversos estudis realitzats al nostre medi (Enquesta Metropolitana dels anys 1986⁹³ i 1990⁹⁴) mostren que aquesta agrupació discrimina bé les posicions socials i la seva expressió en l'accés a la propietat, l'ocupació, l'educació, la participació social i el consum.

2.2.1.2. Mesura de la classe social

Els indicadors que han estat més utilitzats per mesurar la classe social en epidemiologia són l'ocupació, els estudis realitzats i el nivell d'ingressos⁹⁵. Tal com s'ha comentat anteriorment, l'ocupació és una de les variables més determinants de la classe social d'un individu, a més, l'ocupació sol estar associada a l'educació rebuda i també al nivell d'ingressos obtingut. L'educació dona accés a una determinada ocupació i per tant a un nivell d'ingressos; a més, el nivell d'estudis es relaciona amb el nivell cultural, i per tant pot afectar les conductes i les pràctiques quant als estils de vida i al suport social. Diferents nivells d'ingressos o de riquesa poden influir en l'oportunitat de tenir un nivell més alt d'educació i facilitar l'accés a diferents conductes relacionades amb la salut, el prestigi i el poder⁹⁵.

L'ocupació

La majoria de les mesures de classe social s'han basat en mesures ocupacionals, que habitualment agrupen les ocupacions en una escala jeràrquica. Les ocupacions es poden ordenar de dues maneres: classificacions basades en l'opinió pública quant al nivell de prestigi i les basades en els nivells educatius requerits i també en els ingressos.

Illsley posa en dubte que la mesura de la desigualtat social s'hagi de basar en escales de classes ocupacionals. Comenta tres tipus de limitacions:

- Les diverses dimensions de la posició social, associada amb l'ocupació, són difícils de separar com influències causals. Les accions per combatre les desigualtats fruit de la pobresa són diferents de les que són fruit de la falta de coneixement, de les condicions de treball o dels estils de vida. Segons Illsley una altra manera d'estudiar les desigualtats és enfocar l'estudi en grups específics: els parats, els que tenen salaris més baixos, els emigrants, la gent gran... Té l'avantatge de facilitar les polítiques sanitàries, però té el desavantatge que aquests grups es poden solapar entre ells^{52 96 97}.

- La distribució de les ocupacions és producte del context econòmic en què es mesura. La grandària i el significat de les classes ocupacionals canvia en els diferents països i amb el pas del temps, circumstàncies que fan que no siguin una bona mesura per fer comparacions internacionals i en diferents períodes de temps. Pot reflectir canvis en l'instrument de mesura, així com canvis en la igualtat econòmica o social (aquesta limitació també passaria amb altres indicadors, com, per exemple, l'educació o el nivell d'ingressos). Una solució seria convertir les dades en grups definits pels quintils, això permetria comparar els grups superior o inferior en diferents àrees o en diferents moments del temps; de tota manera, per obtenir aquests grups és millor utilitzar mesures contínues com per exemple el nivell d'ingressos^{52 96 97}.

- L'ocupació no és una bona mesura de la classe social per als col·lectius que no estan immersos en el món del treball, com són: una part de les dones, els infants, els joves, els parats, els incapacitats, els jubilats...^{52 96 97}.

El nivell d'ingressos

Krieger i Fee opinen que, a més de l'ocupació, són necessàries dades sobre la riquesa i els ingressos, els quals separadament donen informació sobre la situació econòmica

de la gent: els ingressos sobre els diners de què un disposa i la riquesa sobre les reserves econòmiques. Segons les autores, aquestes variables són complementàries a l'ocupació i discriminen bé en l'estudi de les desigualtats. Per a la gent gran, el nivell d'ingressos pot ser l'indicador que més informa sobre les seves circumstàncies econòmiques⁹⁸.

Una de les principals limitacions d'aquesta variable és la dificultat per obtenir-la a través d'enquestes de salut, ja que acostuma a existir un elevat percentatge de no respostes en el nostre medi⁹⁹.

L'educació

Quant a l'educació, la mesura més utilitzada és el nombre d'anys d'estudis complets. Sovint, però, també s'utilitza la màxima certificació obtinguda, l'edat en què s'acaba l'escola o bé el tipus d'establiment professional on es va anar l'última vegada. L'educació s'ha vist com a indicador sensible a les actituds i comportaments individuals¹⁰⁰. Segons Lahelma et al. la mesura de l'educació té tres avantatges: a) cada persona es pot classificar segons la seva educació, b) l'educació dels adults no acostuma a variar gaire al llarg dels anys (a diferència de la mobilitat de l'ocupació) i c) l'educació forma una escala ordinal que és fàcilment comparable entre diferents països¹⁰¹.

La limitació més important és que la majoria de població està concentrada en una categoria, sobretot la població jove, a causa de l'escolarització obligatòria.

Krieger i Fee emfasitzen que el fet que l'educació sigui fàcil de mesurar no significa que sigui una mesura adequada o suficient. Segons les autores, les desigualtats de salut responen més al nivell d'ingressos; el fet que l'educació no canviï al llarg de la vida pot ser un desavantatge, ja que les mesures més fluctuants poden ser més rellevants per entendre els canvis en l'estat de salut de la gent. A més, al fer

comparacions entre poblacions s'ha de tenir en compte que, per a un mateix nivell d'educació, els sous canvien segons el sexe i la raça⁹⁸.

Morgenstern planteja el fet de la incongruència entre diferents mesures d'estatus en una sola persona o bé entre les persones que constitueixen una unitat familiar (incongruències entre individus). Així, per exemple, una persona amb alt nivell d'estudis pot no treballar o una persona amb un càrrec important en una empresa pot no tenir estudis. Segons aquest autor, un altre fet a tenir en compte és la mobilitat social o que l'estatus d'una persona pot canviar al llarg de la vida (mobilitat social intrageneracional), però també pot existir un canvi al tenir en compte diferents generacions (mobilitat social intergeneracional). És important estudiar com aquesta mobilitat pot afectar la salut o com canvis en la salut poden afectar la mobilitat. A l'epidemiòleg li pot interessar ajustar tant per les incongruències i inconsistències com per la mobilitat social⁶⁴.

Abramson et al. varen comparar 9 indicadors de classe social. Quatre, basats en l'ocupació i els altres cinc: el nombre de persones subordinades en el treball, l'educació, els ingressos familiars, la raó habitacions de l'habitatge/nombre de persones i les comoditats de què es disposa (cotxe, televisió, nevera). Varen realitzar correlacions entre ells i a més varen examinar la seva relació amb 12 mesures de salut. Com a resultats, van confirmar l'existència d'una elevada correlació entre els quatre indicadors basats en l'ocupació entre ells mateixos i una correlació més baixa entre aquests quatre indicadors i els altres cinc. Quant a la relació amb els indicadors de salut, varen trobar que l'educació i el nivell d'ingressos tenien correlacions bastant similars a les que tenien les mesures basades en l'ocupació¹⁰².

2.2.1.3. Classificació del British Registrar General

Internacionalment, la categorització de classe social més utilitzada és l'escala del *British Registrar General*, la qual es basa, actualment, en la següent agrupació

d'ocupacions: 1. Classe I: professionals, 2. Classe II: ocupacions mitjanes, 3. Classe III: treballadors qualificats (manuals i no manuals), 4. Classe IV: treballadors semi-qualificats, 5. Classe V: treballadors no qualificats i 6. Ocupacions descrites inadequadament ¹⁰³. El *British Registrar General* va crear la primera classificació el 1911 i la va anar readaptant al llarg dels anys. Va ser creada utilitzant una escala que graduava les ocupacions segons el nivell d'educació o d'aprenentatge que requerien ^{104 105}.

Morgan considera que els avantatges d'aquesta classificació són els següents: compara grups de grandària raonable, demostra clares desigualtats en les taxes de morbiditat, mortalitat i utilització de serveis i, en tercer lloc, l'ocupació s'associa amb altres mesures de les desigualtats ¹⁰⁰.

Segons Jones i Cameron aquesta manera de mesurar la classe social no té cap base conceptual i ha estat creada amb una metodologia empiricista. Segons aquests autors hauria estat millor que els epidemiòlegs es basessin en les classificacions de filòsofs, historiadors, economistes i altres, abans que inventar-ne una sense cap base teòrica i, en certa manera, arbitrària. A més aquests autors critiquen fins i tot el fet que s'obtinguin associacions amb la mortalitat, ja que encara que existeix un gradient en els indicadors de mortalitat de les 5 classes socials, dins de cada classe hi ha variacions importants entre les diferents ocupacions. Jones i Cameron proposen que s'utilitzi una classificació de classe social basada en la teoria de Marx, la qual permet analitzar i entendre l'evolució de l'estructura social ¹⁰⁶.

Altres autors han fet també crítiques a aquesta classificació, entre elles cal destacar: 1) la classificació d'ocupacions ha canviat al llarg del temps, tant per adaptar-se als canvis en l'estatus de les ocupacions com per intentar captar millor les desigualtats entre les classes socials. O sigui, a mesura que ha passat el temps la classificació ha anat refinant els seus efectes discriminadors quant a detectar desigualtats en les estadístiques vitals, cosa que pot repercutir en els estudis de tendències, ja que es podria trobar un augment de les desigualtats perquè es disposa de classificacions més afinades, 2) en el cas de les estadístiques vitals pot existir el biaix *numerador-*

denominador. Així per exemple, individus que en el cens consten com a no ocupats poden tenir ocupació declarada en els registres vitals, o bé que les dades del cens donin més informació sobre l'ocupació perquè les persones pròximes al difunt no tenen un coneixement exacte de la seva ocupació; o perquè al morir una persona no es declari l'última ocupació, sinó una d'anterior (probablement perquè tenia més prestigi)¹⁰⁷, 3) un altre problema és l'aproximació al gènere: el sistema de classe social britànic ha estat construït sota el supòsit que els treballadors són homes. El treball que realitzen les dones no queda ben reflectit en aquesta classificació, amb l'aggravant que a les dones casades se'ls acostuma a atribuir la classe social del marit, 4) aquest sistema de classificació no inclou les persones que no treballen¹⁰⁰.

En el nostre medi, Domingo i Marcos han proposat una adaptació de l'escala britànica utilitzant la *Clasificación Nacional de Ocupaciones* (CNO). La CNO està organitzada en 10 grans grups que es subdivideixen en 85 subgrups. Com que aquesta classificació no facilita la distinció entre treballadors qualificats i semi-qualificats, però sí que ho fa entre manuals i no manuals, a la classe III s'hi han col·locat els treballadors no manuals qualificats i a la classe IV els treballadors manuals qualificats i semi-qualificats. Finalment han quedat les següents classes: I. Directius, administradors, tècnics superiors, II. Altres directius, tècnics mitjos, III Quadres intermitjos, administratius, IVa. Treballadors manuals qualificats, IVb. Treballadors manuals semi-qualificats, V. Treballadors no qualificats, VI. Altres casos, mal especificats¹⁰⁸. Aquesta adaptació ha estat utilitzada a Espanya en algunes de les enquestes de salut que s'han realitzat.

2.2.1.4. Mesura de la classe social en determinats col·lectius

Tal com s'ha mencionat anteriorment, hi ha determinats col·lectius en què és més difícil mesurar la classe social, sobretot quan s'utilitza l'ocupació.

Les dones

La classificació del *British Registrar General* es basa fonamentalment en una agrupació d'ocupacions masculines, per tant no discrimina bé les ocupacions de les dones. En diversos estudis, a les dones casades se'ls atribueix la classe social del marit, i aquest fet pot distorsionar la realitat d'aquella unitat familiar. Arber, utilitzant el *General Household Survey* dels anys 1981 i 1982, va comparar la classe social de les dones segons el model convencional (l'ocupació de la seva parella) i segons la seva pròpia ocupació. Va trobar que el model convencional detectava més gradients entre classes en les dones^{109 110}.

Dahl va comparar quatre mesures de classe social, en dones de Noruega, obtingudes a partir de l'ocupació de: la persona principal, la pròpia dona, la més alta de la parella, a les dones nascudes abans de 1940 a partir de l'ocupació de la persona principal i a la resta de dones la seva pròpia ocupació. La mesura que detectava desigualtats segons classe social en l'estat de salut percebut era la classe obtinguda convencionalment (de la persona principal)¹¹¹.

Segons Arber s'ha de tenir en compte que la situació de la dona és diferent a la de l'home. Les dones casades tenen menys salut que els homes casats a causa de l'estrés del rol de mestressa de casa, la baixa estimació social, l'aïllament i la monotonia, associades al fet de ser sempre a casa. A la dona, treballar fora de casa, li produeix un doble efecte: d'una banda, un augment de l'auto-estima, un augment de contactes i de suport social, efectes que milloren la seva salut física i psíquica; d'altra, el fet de tenir fills (sobretot si no téen mitjans adequats per a la seva atenció) pot augmentar-li l'estrés. Per estudiar les desigualtats en les dones, s'han de tenir en compte dos aspectes: les desigualtats similars a les dels homes (ocupació i atur), però també el model de rol-estrés de la dona. Un altre aspecte a tenir en compte és la qualitat de l'habitatge, perquè, com que estan més temps a casa, pot repercutir més en la seva salut. Així doncs, segons Arber i Lahelma, per estudiar les desigualtats s'han de tenir en compte els següents aspectes: la posició en el mercat laboral (la classe), la situació de les que no treballen (mestressa de casa, estudiant, jubilada, incapacitada, etc.),

circumstàncies materials, com el fet de tenir casa pròpia o tenir cotxe, i els rols familiars, com l'estat civil i l'estructura familiar i el fet de tenir fills en edat de ser cuidats^{112 113 114}.

Koskinen i Martelin van estudiar les diferències en les desigualtats de mortalitat per nivell socio-econòmic en homes i dones i van concloure que, part de les diferències entre els dos sexes (les dones presentaven menys desigualtats), eren degudes a la diferent distribució de la població femenina i masculina, segons estat civil i segons les causes de defunció. Koskinen i Martelin van concloure que aquestes variables s'han de tenir en compte a l'estudiar les desigualtats de mortalitat en les dones¹¹⁵.

Hi ha autors que proposen tenir en compte l'estatus ocupacional o educatiu de cada membre de la unitat familiar. Altres proposen escollir el que tingui un estatus millor ja que, en una unitat familiar, es tendeix a adoptar les conductes d'aquesta persona^{95 54}. En tot cas s'hauria de trobar la manera de diferenciar les unitats familiars segons la seva estructura, ja que no és el mateix que només treballi un dels membres de la parella o que treballin tots dos^{96 100}.

Els infants i els joves

Habitualment se'ls atribueix la classe social de la persona principal de la llar, encara que hi ha autors que opinen que és millor utilitzar l'educació de la mare, ja que té més impacte en les conductes relacionades amb la salut. Aquest fet porta els mateixos problemes comentats anteriorment, perquè pot no reflectir la realitat d'aquella unitat familiar.

Macintyre i West descriuen tres problemes que existeixen a l'utilitzar, com a mesura de la classe social, l'ocupació de la persona principal de la llar. En primer lloc, la circumstància que habitualment la persona principal és l'home i que, per tant, no es té en compte l'ocupació de la dona; en segon lloc, la mesura utilitzada habitualment és l'última ocupació i no es tenen en compte ocupacions anteriors d'aquella persona

que podrien haver influït en els infants i, en tercer lloc, el fet que les mesures ocupacionals només mesuren una dimensió de la classe i no altres mesures de privació. Aquests autors, van analitzar les desigualtats de salut d'adolescents anglesos tenint en compte sis mesures d'ocupació (la de la persona principal, la de la persona que la té més alta, la de la mare, la del pare, l'anterior de la mare i l'anterior del pare) i cinc mesures no ocupacionals (ser propietaris de la casa, nivell d'ingressos, nivell d'educació del pare, tenir cotxe o no i tipus de barri), i no varen trobar diferències importants en els resultats obtinguts amb les diferents mesures. L'alçada declarada va ser l'única variable que presentava desigualtats entre grups socio-econòmics¹¹⁶.

La gent gran

Martelin descriu tres aspectes que diferencien la gent gran quant a la mesura del nivell socio-econòmic: la majoria ja no són membres actius del mercat de treball, la majoria ja no estan casats (són vidus), i un percentatge important ja no viuen en llars privades. La primera condició limita la utilització de les mesures basades en l'ocupació; la segona, dificulta la possibilitat d'utilitzar dades de la parella, i la tercera, restringeix la possibilitat d'utilitzar mesures relacionades amb l'habitatge. Segons Martelin l'elecció de la mesura que caldrà utilitzar dependrà dels objectius de l'estudi¹¹⁷.

A la gent gran, habitualment, se'ls ha atribuït la classe corresponent a la seva última ocupació, fet que pot no reflectir les ocupacions que hagin tingut al llarg de la vida. No és clar si s'hauria d'utilitzar l'ocupació que van tenir durant més temps, o tenir en compte les diverses ocupacions. A més, moltes persones grans fa molts anys que ja no treballen i que viuen de la pensió de jubilació. Encara és més problemàtic quan es tracta d'una persona gran que no ha treballat mai, habitualment les dones. Es podria utilitzar l'educació, però, tal com s'ha comentat anteriorment, està sotmesa a un efecte cohort i, per tant, seria una mesura menys discriminadora⁹⁵.

Arber i Ginn defensen que s'ha de tenir en compte l'última ocupació, ja que és un fort determinant de les condicions de vida durant la jubilació. A més, afirmen que val la

pena tenir en compte també les condicions de privació material, com: el nivell d'ingressos o el fet de tenir casa o altres béns propis. Segons els autors, un altre aspecte metodològic a tenir en compte a l'estudiar les desigualtats en la gent gran és el fet de la selecció segons la salut, que inclou la supervivència selectiva i també la institucionalització selectiva¹¹⁸.

2.2.1.5. Altres indicadors de nivell socio-econòmic

Un indicador també utilitzat són les característiques de la llar: persones per habitació, tenir o no tenir serveis bàsics, o bé tenir llar pròpia o no. Aquests indicadors s'han utilitzat tant a nivell simple com formant part d'índexs compostos¹⁰⁰.

Altres mesures socio-econòmiques utilitzades són diversos índexs compostos creats per mesurar la classe social, i el nivell de privació d'una determinada zona geogràfica. Aquests índex de privació han estat utilitzats amplament al Regne Unit.

Liberatos et al. fan una revisió dels diferents índexs compostos que s'han utilitzat als EEUU, així com dels índexs basats en l'ocupació, l'educació, el nivell d'ingressos i l'àrea geogràfica. Segons aquests autors, al moment d'escollir una mesura de classe social s'ha de tenir en compte: la rellevada conceptual de l'indicador, el paper de la classe social en la formulació de la pregunta que cal contestar, l'aplicabilitat de la mesura, la rellevada de la mesura en el moment actual ("està actualitzada?"), la seva validesa i repetibilitat, indicador simple versus un de compost, mesura discreta versus una mesura quantitativa, la simplicitat en l'obtenció de la informació necessària i la comparabilitat amb altres estudis⁹⁶.

Morgensten fa una revisió dels índexs basats en la concepció weberiana d'estatus i els basats en la concepció marxista de classe utilitzats als EEUU. Així mateix assenyala que hi ha diferents autors que són partidaris d'analitzar l'estatus socio-econòmic d'una manera multidimensional, o sigui, tenint en compte diferents indicadors. Segons l'autor un investigador pot defensar un índex multidimensional, si pot demostrar que els

diferents indicadors que el componen no són consistents internament, que aquests indicadors es relacionen diferencialment amb la variable dependent, que la troballa d'efectes diferencials és vàlida internament i que aquests resultats poden ser explicats en termes del coneixement social i biològic actual⁵⁴.

Entre els índexs de privació utilitzats a Gran Bretanya cal destacar el que va gestar Vera Carstairs l'any 1981, basat en variables censals (amuntegament, falta de serveis en les cases, percentatge de població de la classe V, homes en atur, falta de cotxe, cases amb 1-3 habitacions i proporció de població activa) per analitzar les desigualtats de salut a Glasgow i Edinburgh¹¹⁹. Posteriorment Carstairs i Morris van utilitzar els següents indicadors per calcular el seu índex de privació en cada sector d'Escòcia: llars amb amuntegament, homes en atur, classe social baixa i llars sense cotxe. Aquests autors ressalten que l'àrea geogràfica (amb el seu índex de privació) pot ser una mesura alternativa a la classe social individual, cosa que al mateix temps fa més fàcils les possibles intervencions de salut pública, ja que permet detectar zones amb diferents tipus de problemàtica sòcio-sanitària^{51 58}.

Townsend utilitza els següents indicadors per representar la privació material: persones econòmicament actives que estan en atur, llars sense cotxe, llars que no són de propietat, i llars amb amuntegament. Townsend opina que s'ha d'anar *més enllà* de l'estudi de la classe social basada en l'ocupació, per detectar les desigualtats en salut i aprofundir en el seu estudi⁵⁷.

L'any 1991 Carstairs i Morris varen comparar 5 índexs de privació utilitzats al Regne Unit, i van trobar que el seu índex i el de Townsend eren els que explicaven més bé la variància observada en sis mesures de salut (raons de mortalitat estandarditzades, persones temporalment malaltes, persones malaltes permanentment (dades obtingudes del cens), raons de dies de llit a l'hospital estandarditzades, raons d'altres hospitalàries estandarditzades i mitjanes d'estada hospitalària estandarditzades)¹²⁰.

Posteriorment, Sloggett i Joshi estudien la relació entre la privació material de l'àrea geogràfica i la mortalitat prematura, abans i després d'ajustar per la privació individual,

amb dades de l'estudi longitudinal de l'OPCS. Segons els autors, l'efecte de la privació material de l'àrea geogràfica desapareix quan es té en compte la privació individual; i per tant les polítiques sanitàries haurien d'anar dirigides a la població desavantatjada i no només a les zones amb més privació material¹²¹.

L'any 1994 Reading et al. proposen utilitzar un gran nombre de variables obtingudes del cens (55 variables) a Gran Bretanya i utilitzar mètodes estadístics multivariables per agrupar àrees petites en zones amb diferent nivell social. Segons aquests autors una agrupació d'aquest tipus tant pot servir per a la planificació com per a la recerca¹²².

L'atur ha estat un indicador molt utilitzat per a estudiar desigualtats. A més d'haver-se usat per confeccionar alguns índexs de privació, l'atur s'ha trobat relacionat amb diferents malalties i també amb un augment de la mortalitat, fins i tot ajustat segons la classe social ^{123 124 125 126 127 128 129 130 131}.

2.2.2. INDICADORS DE SALUT PER A L'ESTUDI DE LES DESIGUALTATS

A continuació es descriuen els indicadors de mortalitat i els de morbiditat utilitzats en l'estudi de les desigualtats i es presenten els seus avantatges i limitacions.

2.2.2.1. Indicadors de mortalitat

Els indicadors de mortalitat són els que han estat més utilitzats en l'estudi de les desigualtats de salut, probablement pel seu baix cost i la fàcil obtenció.

Illsley suggereix que les dades de mortalitat continuaran servint durant molt de temps per fer comparacions internacionals ja que són dades fàcilment obtenibles i comparables, i de bona qualitat. Per aquest motiu, val la pena aprofundir en l'estudi dels diferents indicadors de mortalitat i també en l'estudi de les causes de defunció⁵².

Avantatges dels indicadors de mortalitat

Entre els principals avantatges de les dades de mortalitat cal destacar¹³²:

- Són dades exhaustives. Amb excepció de les defuncions perinatales¹³³, es recullen totes les defuncions, gràcies a la obligatorietat de la declaració per poder enterrar un individu¹³⁴.
- Antiguitat. Són dades que es recullen des de fa anys i que, per tant, permeten l'estudi de tendències temporals.
- Permeten la geocodificació. Cada defunció pot ser atribuïda al municipi de residència del difunt i per tant s'hi poden realitzar estudis ecològics¹³⁵.
- En alguns països es poden estudiar les desigualtats en mortalitat, segons classe social, utilitzant l'ocupació del difunt declarada en la Butlleta de Defunció, per a obtenir la classe social. A Espanya la utilització de les dades de mortalitat individual és complexa perquè en moltes ocasions no consta l'ocupació en la Butlleta de Defunció. Gispert va realitzar un estudi sobre la qualitat de les dades sobre la professió en les Butlletes Estadístiques de Defunció de Catalunya, i va observar que l'any 1987 hi havia un 47% de les Butlletes amb aquesta variable en blanc, xifra que empitjorava respecte a l'any 1981¹³⁶.

Limitacions dels indicadors de mortalitat

- La mortalitat només mesura un aspecte de la "no salut" que és el fet de morir-se. Per tant, fonamentalment mesura els fenòmens letals.
- Validesa de la causa de defunció: Diversos estudis realitzats en el nostre país han trobat que la validesa de les estadístiques de mortalitat és similar a la d'altres països^{137 138 139}. Un problema en la utilització de les estadístiques de mortalitat

seria el fet que la validesa de la causa de defunció fos diferent segons la classe social. Samphier et al. varen validar la causa de defunció en 1152 morts hospitalaris que tenien necròpsia per tal de veure si hi havia diferències segons classe social. Van concloure que els gradients de mortalitat segons classe social haurien augmentat lleugerament si s'hagués tingut en compte el diagnòstic dels patòlegs¹⁴⁰.

- Pel que fa a altres errors de les dades de mortalitat cal mencionar el que fa referència a la qualitat dels butlletins. Hi ha estudis que han trobat defectes en les butlletes de defunció, sobretot errors de transcripció, falta de dades... De tota manera aquests defectes no són suficients per invalidar aquestes dades¹⁴¹.

Indicadors de mortalitat utilitzats en l'estudi de les desigualtats

Els indicadors de mortalitat més utilitzats per a l'estudi de desigualtats socials en salut són els que permeten la comparació entre diferents classes socials, diferents àrees geogràfiques o diferents períodes de temps (tenint en compte l'efecte de l'edat). Habitualment s'utilitza la Raó de Mortalitat Estandarditzada (RME) (*Standardized Mortality Ratio*, SMR), la Raó de Mortalitat Comparativa (RMC) (*Comparative Mortality Figure*), la Raó d'Anys Potencials de Vida Perduts (RAPVP), les taxes específiques segons edat i sexe i l'esperança de vida. Aquests indicadors s'utilitzen tant per totes les causes conjuntament, com per diferents agrupacions de causes.

Illsley es planteja el fet que les taxes de mortalitat han disminuït molt en els joves i que per tant cal aprofundir en les desigualtats en la mort en les edats 45-64 anys i més de 65 anys. Segons aquest autor, cal replantejar-se mesures tan utilitzades com la SMR, ja que aquest indicador resumeix la mortalitat en un sol número i no permet entreveure les taxes específiques per edat. Segons Illsley cal utilitzar més les taxes específiques, l'esperança de vida en diferents edats i l'edat al moment de la mort tenint en compte el gènere^{96 97}.

Segons Carr-Hill és important estudiar les desigualtats en la mort més enllà dels 65 anys i no només la mortalitat en la gent jove, ja que cada vegada hi ha més proporció de morts de més de 65 anys. L'autor també opina que valdria la pena estudiar la probabilitat de supervivència i no només les taxes de mortalitat⁷⁷.

2.2.2.2. Indicadors de morbiditat i utilització de serveis sanitaris (enquesta de salut)

Mildred Blaxter divideix les mesures de morbiditat en tres models¹⁴²:

- **Model mèdic:** defineix la morbiditat en termes de patologia o de desviació de les normes fisiològiques. Una manera d'obtenir les dades són els exàmens clínics, i l'exemple més investigat en l'estudi de les desigualtats de salut són els factors de risc cardiovasculars. Una altra font d'informació són les enquestes de salut per entrevista on es pregunta per l'existència de trastorns crònics, malalties de llarga durada, problemes de salut, etc. per intentar conèixer la prevalença d'aquestes malalties. La validesa d'aquestes preguntes és elevada, i si a més es posa una llista recordatòria de trastorns crònics, es facilita l'homogeneïtat de les respostes.
- **Model funcional:** defineix la morbiditat com una falta d'habilitat per a realitzar tasques "normals". En aquest cas es pregunta sobre la limitació de l'activitat deguda a problemes de salut: limitació d'activitats de la vida diària, limitació en el treball, dies de llit, nombre de dies amb malaltia, etc. (normalment el període recordatori utilitzat és de 14 dies). Una altra mesura d'aquest model és la incapacitat permanent. Existeixen en diferents països enquestes específiques per conèixer aquest problema ja que la informació es necessita per a objectius administratius o de provisió de serveis.
- **Model subjectiu:** defineix la morbiditat com la percepció d'un individu. Habitualment s'obté a base d'un llistat de símptomes, encara que també s'ha intentat mesurar amb diaris de salut. Una mesura positiva de salut basada en aquest model és l'*estat de salut percebut*.

Els indicadors de morbiditat són més difícils d'obtenir que els de mortalitat, ja que existeixen poques fonts d'informació rutinàries que recullin aquests indicadors. Habitualment aquests indicadors s'obtenen d'estudis ad-hoc.

Els indicadors d'utilització de serveis es poden obtenir de més fonts d'informació ja que habitualment els serveis sanitaris recullen aquestes dades. En aquesta revisió es destacaran els indicadors obtinguts a partir d'enquestes de salut.

Avantatges dels indicadors de morbiditat

- Ofereixen una visió més ampla de la salut que els indicadors de mortalitat: permeten conèixer l'estat de salut percebut, les conductes relacionades amb la salut i la utilització de serveis sanitaris.
- Si s'obtenen d'estudis ad-hoc (com per exemple l'enquesta de salut) es tenen dades individuals, amb la qual cosa es poden comparar els indicadors de salut dels diferents grups socio-econòmics.
- L'estat de salut percebut és un predictor de la mortalitat, independentment de l'estat de salut físic. Aquest fet ha estat comprovat en diversos estudis, cosa que explica en part el perquè aquest indicador ha estat tan utilitzat ^{143 144 145}.

Limitacions dels indicadors de morbiditat

Entre les principals limitacions dels indicadors de morbiditat obtinguts a través d'enquestes de salut hi ha les següents:

- Habitualment les enquestes de salut són transversals, no de seguiment longitudinal, per tant no es pot fer una inferència de la seqüència en el temps de les associacions trobades.

- S'acostumen a excloure les persones de major risc, com són les persones institucionalitzades, per tant no són enquestes representatives del total de la població. A més, en aquest tipus d'enquestes, no queden representats els grups de població marginals, bé perquè no estan empadronats o bé perquè són un nombre petit respecte al total de població i no entren en la mostra d'estudi. Aquesta limitació és important per a l'estudi de les desigualtats.

- Pot existir el biaix de memòria, que sobretot ha estat descrit en les preguntes sobre utilització de serveis sanitaris. Per aquest motiu es redueix el període recordatori de les preguntes.

- Segons Illsley la morbiditat declarada és una fracció desconeguda i variable de la verdadera morbiditat. La declaració es basa en la percepció personal, cosa que fa que la seva interpretació i el seu significat siguin complexos. Quan es volen comparar diferents àrees geogràfiques s'ha de tenir en compte que hi pot haver una variabilitat cultural important en la manera com es contesten i perceben les diferents preguntes⁵².

Carr-Hill diu que s'ha d'anar amb compte a l'estudiar tendències al llarg dels anys, ja que la percepció de simptomatologia pot canviar amb el temps. La *tolerància* a una malaltia per part de la població depèn de com socialment està considerada en un moment determinat. Segons l'autor, un increment exagerat en la declaració d'un trastorn pot fer-ho sospitar⁷⁸.

- Segons Blume, les persones de classes socials baixes declaren menys les malalties, perquè estar malalt te per a elles un cost més elevat. Aquest fet fa que disminueixin les desigualtats entre les classes altes i baixes³.

El nivell social pot estar relacionat amb la classificació d'una persona com a malalta o no malalta, els diagnòstics poden ser més tardans per a algunes categories socials. El tractament pot ser menys eficaç, i per tant augmentar o disminuir la duració de la malaltia¹⁴⁶.

Indicadors de morbiditat i utilització de serveis sanitaris (enquestes de salut) utilitzats en l'estudi de les desigualtats

Els indicadors més utilitzats són^{1 29 32 33},

Estat de salut i limitació de l'activitat:

- Percentatge de persones que declaren malalties cròniques.
- Limitacions de l'activitat degudes a un trastorn crònic.
- Nombre de dies (mitjana) d'activitat restringida per persona
- Estat de salut percebut.
- Condicions agudes.
- Incidència anual de dies de llit (per malalties cròniques o agudes, o accidents).

Utilització de serveis sanitaris:

- Nombre de visites per persona i any (visites al metge i consultes telefòniques). S'ajusta també per estat de salut (dolenta, molt dolenta i bona, molt bona).
- Dies ingressats a l'hospital durant l'últim any. També segons estat de salut.
- Visites al dentista.

Conductes relacionades amb la salut:

- Percentatge de fumadors.
- Percentatge d'activitat física (esportiva, en treball).

Hi ha autors que consideren que s'han d'utilitzar altres indicadors de morbiditat que siguin més objectivables que la morbiditat percebuda o declarada en una enquesta de salut. Suggereixen que s'haurien d'utilitzar indicadors positius de salut com per exemple: el pes, el pes al néixer, l'alçada, la tensió arterial...^{52 77}.

2.3. MÈTODES D'ANÀLISI

Diversos autors com Kunst et al.¹⁴⁷, Wagstaff et al.¹⁴⁸, Mackenbach i Kunst¹⁴⁹ i Pamuk¹⁵⁰ han repassat les mesures més utilitzades en l'estudi de les desigualtats de salut. A continuació es fa una descripció de les mesures que s'han utilitzat i, després la seva avaluació.

2.3.1. MESURES EXISTENTS

En aquest apartat es descriuen les següents mesures utilitzades en l'estudi de les desigualtats socials en salut: la raó entre els grups amb major i menor nivell socio-econòmic, el coeficient Gini i coeficients similars, la correlació i la regressió i altres mesures utilitzades.

2.3.1.1. Raó entre els grups amb major i menor nivell socio-econòmic

Són les mesures més utilitzades. Es tracta de comparar dos grups extrems calculant tant les diferències absolutes com les relatives.

Els avantatges d'aquestes mesures són:

- Hi ha flexibilitat entre els grups que es volen comparar, així, per exemple, poden ser: els grups més extrems, les classes IV i V versus les classes I i II, els treballadors no manuals versus els manuals, els quintils superior i inferior de la població quant a nivell educatiu. Segons Mackenbach i Kunst l'elecció dels dos grups ha d'equilibrar el fet que no siguin grups tan extrems que facin perdre la informació dels grups intermitjos i el fet que no siguin grups molt amplis, ja que no detectarien les diferències existents¹⁴⁹.
- Són mesures fàcilment interpretables i entenedores.
- Són mesures molt fàcils de calcular.

Les limitacions més importants són:

- No tenen en compte els grups intermitjos. De fet els extrems podrien mantenir-se iguals i els grups intermitjos variar i les diferències serien les mateixes.
- No tenen en compte la grandària dels diferents grups. Segons Wagstaff aquesta circumstància pot ser important en les comparacions al llarg del temps o en diferents àrees geogràfiques¹⁴⁸.

2.3.1.2. El coeficient Gini i coeficients similars

La corba Lorenz i el coeficient Gini: La corba Lorenz es dibuixa en un gràfic amb dos eixos de coordenades. En l'eix de les X, hi consten les proporcions acumulades de la població (començant per la gent més malalta i acabant per la més sana) i en l'eix de les Y les proporcions acumulades de salut (com per exemple les proporcions de defuncions). Si la salut està igualment distribuïda la corba queda en la diagonal. L'àrea que queda entre la corba i la diagonal (expressada com una proporció de l'àrea sota la diagonal) és el coeficient Gini.

L'avantatge d'aquestes mesures és que tenen en compte tots els individus, però l'inconvenient és que no tenen en compte els grups socio-econòmics¹⁴⁸.

Les corbes pseudo Lorenz: Aquestes corbes són similars a les anteriors, però el que fan és utilitzar dades agrupades i no individuals. Agrupen classes ocupacionals i després les ordenen de menor a major mortalitat. El percentatge acumulat de la població d'aquestes classes es compara amb el percentatge acumulat de defuncions. L'inconvenient d'aquestes corbes es que no detecten el gradient entre classes; com que les classes s'ordenen de pitjor a millor salut és independent que la classe amb més mortalitat sigui la més alta o la més baixa¹⁴⁸.

L'índex de concentració: En aquest cas s'ordena la població pel seu estat socio-econòmic, començant pels més desfavorits. També es dibuixa una corba segons dos

eixos de coordenades. En un eix hi consta la proporció acumulada de població (començant pels grups amb menor nivell socio-econòmic) i en l'altre la proporció acumulada de salut. Si la salut està igualment distribuïda entre els grups socio-econòmics, la corba de concentració coincideix amb la diagonal; si els grups amb menor nivell socio-econòmic tenen pitjor salut, la corba va per sota la diagonal. També es pot representar l'índex de concentració de malaltia substituint la proporció acumulada de salut per la de malaltia. En aquest cas, si els grups més desfavorits tenen més malalties la corba estarà per sobre de la diagonal.

L'índex de concentració i la corba Lorenz donaran el mateix resultat si els grups de població queden amb el mateix ordre, tant si es té en compte la salut com si es té en compte l'estatus socio-econòmic, o sigui, quan els grups socio-econòmics presenten un gradient de pitjor a millor salut (des dels grups amb més baix nivell socio-econòmic als de més alt nivell).

Si el que es vol es remarcar les diferències absolutes i no les relatives s'utilitza la corba de concentració generalitzada, que és la corba de concentració multiplicada pel nivell mitjà de salut.

Aquest índex té l'avantatge de tenir en compte tots els grups socio-econòmics i també la grandària de cada grup¹⁴⁸.

2.3.1.3. La correlació i la regressió

Coefficient de correlació: Detecta la correlació entre les mesures de salut i variables socio-econòmiques. Aquesta mesura ha estat utilitzada fonamentalment en els estudis ecològics en què és difícil obtenir un gradient socio-econòmic de les diferents àrees geogràfiques estudiades. També s'ha utilitzat per relacionar les mesures de salut i els grups socio-econòmics (com per ex. diferents nivells d'educació). Habitualment no té en compte la grandària dels grups socio-econòmics¹⁴⁷.

Regressió: La regressió és una mesura de desigualtat més sofisticada que té en compte tots els grups socio-econòmics.

La **regressió estàndard** relaciona les taxes de morbiditat/mortalitat (variable dependent) amb el nivell socio-econòmic (variable independent). És necessari que els grups socio-econòmics tinguin un gradient clar. L'efecte es pot expressar tant en termes absoluts com relatius (proporció de canvi respecte a la taxa de morbiditat/mortalitat del grup amb menys o més nivell socio-econòmic). S'expressa de la següent manera:

$$\text{Morbiditat / Mortalitat} = a + b (\text{nivell socio-econòmic})$$

On: a: Constant del model. b: Pendent de la recta (efecte en termes absoluts).

La **regressió en percentils** es basa en el càlcul del *pendent de desigualtat* que és el pendent de la línia de regressió que relaciona l'estat de salut en cada classe social (variable dependent) i el seu rang en la distribució de classes socials (variable independent). Es pot interpretar com l'efecte absolut en la salut entre la classe social més baixa i la més alta. Com que són dades agrupades, aquest pendent s'ha d'estimar amb el mètode de mínims quadrats ponderats, utilitzant com a pes la grandària de la població de cada grup.

Si en comptes d'estudiar les diferències absolutes entre les classes es volen estudiar les diferències relatives, aquesta mesura s'ha de dividir per la mitjana del valor de salut. Aquesta nova mesura es l'*índex relatiu de desigualtat* que és l'utilitzat per Pamuk en el seu estudi de tendències de mortalitat a Anglaterra i Gales¹⁴⁸.

Kunst, per comparar les desigualtats en salut percebuda en diferents països, va atribuir a cada classe social un rang proporcional a la grandària de la població d'aquella classe (essent la classe alta la propera a 0 i la baixa a 1). Així per exemple, si la classe alta té un 10% de la població el rang dels seus membres va entre 0 i 0,1, per tant se li

dóna el valor 0,05. Posteriorment va modelar una regressió logística amb dades agrupades¹⁵¹.

Els avantatges dels models de regressió són:

- Reflecteixen la dimensió socio-econòmica en les desigualtats de salut.
- Reflecteixen l'experiència de tota la població.
- Són sensibles als canvis de distribució de la població en els diferents grups socio-econòmics (aquest avantatge no la té la regressió estàndard, ja que no pondera per la grandària del grup)¹⁴⁸.

El principal inconvenient és que són mesures més difícils de calcular i que han de complir els supòsits dels models de regressió per a poder ser utilitzades¹⁴⁹.

2.3.1.4. Altres mesures

Risc atribuïble de la població: Mesura la reducció de morbiditat si tota la població tingués les taxes de morbiditat del grup més privilegiat. Es calcula fent la diferència entre la taxa total de morbiditat/mortalitat i la taxa del grup amb més alt nivell socio-econòmic, expressat com a percentatge de la taxa total.

L'avantatge d'aquesta mesura és que no només amida les taxes de morbiditat/mortalitat dels grups amb baix nivell socio-econòmic (comparats amb els d'alt nivell) sinó que també té en compte la grandària de la població, ja que quant més grans són els grups amb taxes altes més gran és la reducció potencial de la taxa total.

La limitació principal és que no es coneix l'associació entre els grups socio-econòmics i les taxes de morbiditat/mortalitat entre els grups que estan per sota del grup de referència.

Aquesta mesura expressarà l'efecte absolut si es multiplica el risc atribuïble de la població per la taxa total¹⁴⁹.

Regressió basada en el risc atribuïble de la població: Aquest índex l'han suggerit Mackenback i Kunst¹⁴⁹, però no ha estat utilitzat anteriorment. En primer lloc es tracta de calcular un índex basat en la regressió estàndard i després calcular el risc atribuïble de la població utilitzant com a taxa de referència l'obtinguda a través de la regressió per al grup socio-econòmic més alt.

L'efecte absolut d'aquesta mesura s'obtindrà multiplicant l'índex anterior per la taxa de morbiditat/mortalitat en tota la població.

L'índex de dissimilaritat: Compara la proporció de població en cada grup socio-econòmic i la proporció de malaltia o salut dintre del mateix grup¹⁴⁸.

Mackenback i Kunst¹⁴⁹ proposen calcular aquest índex comparant els casos observats en un grup socio-econòmic i els esperats segons la taxa de la població general. Si el nombre obtingut es divideix pel nombre total de casos s'obté l'índex de dissimilaritat relatiu.

Aquesta mesura permet conèixer el percentatge de tots els casos que s'haurien de redistribuir per a obtenir la mateixa taxa de morbiditat/mortalitat per a tots els grups socio-econòmics.

Té el mateix inconvenient que les corbes pseudo Lorenz, que és el de no permetre detectar el gradient entre les classes socials, ja que no se sap quins grups socio-econòmics són els que han presentat més o menys morbiditat/mortalitat.

La variància: Illsley i le Grand proposen mesurar les desigualtats individualment, sense agrupar les poblacions en classes socials. Aquests autors proposen el càlcul de la variància de l'indicador de salut en tots els individus o àrees geogràfiques⁹⁶.

2.3.2. CLASSIFICACIÓ DE LES DIFERENTS MESURES

Mackenbach i Kunst¹⁴⁹ proposen tenir en compte tres elements per classificar les mesures de desigualtat, que són els que s'exposen a continuació.

2.3.2.1. Mesures relatives o mesures absolutes

Tant les mesures absolutes com les relatives poden ser importants, segons quin sigui l'aspecte que es vulgui tenir en compte. Per a la l'impacte en salut pública són importants les mesures absolutes, ja que sí és un problema de salut molt prevalent, un lleuger increment en la mesura relativa pot tenir un impacte important en la diferència absoluta.

El coeficient de correlació i el Gini no es poden expressar com mesures relatives o absolutes.

2.3.2.2. Mesura de l'efecte dels grups socio-econòmics baixos en la salut o d'impacte total de les desigualtats en la població

Les mesures d'*impacte total* tenen en compte no només els canvis en les mesures de desigualtat, sinó també l'extensió de les desigualtats en la població, a base de mesurar la grandària dels diferents grups socio-econòmics.

Les mesures de raó són d'*efecte* si comparen els grups extrems, però són d'*impacte total* si comparen els quintils extrems. Altres mesures d'*impacte total* són: els pendents obtinguts de la regressió en percentils, el coeficient Gini i similars, el risc atribuïble de la població, la regressió basada en el risc atribuïble de la població i l'índex de dissimilaritat.

L'elecció d'un d'aquests dos enfoccs dependrà de la finalitat de l'estudi. Mackenbach i Kunst¹⁴⁹ opinen que la grandària dels grups socio-econòmics està fora de l'abast de la salut pública i per tant les mesures d'*efecte* podrien ser més útils. Probablement caldria utilitzar tots dos tipus de mesures.

2.3.2.3. Mesures simples o mesures sofisticades

Hi ha mesures que són molt més senzilles de càlcul, més fàcilment interpretables i que no necessiten supòsits. Aquestes mesures són: les diferències absolutes i relatives, l'índex de dissimilaritat i el risc atribuïble de la població. D'altra banda, aquestes mesures ignoren part de la informació disponible.

Els altres índexs més sofisticats (regressió), tenen en compte tota la informació però, amb més complexitat i més restriccions quant a les dades.

Probablement val la pena calcular els dos tipus de mesures, sobretot tenint en compte a qui van dirigides. Per als polítics serien més entenedores les mesures simples i en canvi els investigadors haurien de contrastar-les totes dues.

2.3.3. AVALUACIÓ DE LES MESURES EXISTENTS

Segons Wagstaff¹⁴⁸ els requeriments mínims d'una mesura de desigualtat són: a) ha de reflectir la dimensió socio-econòmica en les desigualtats de salut, b) ha de reflectir l'experiència de tota la població i c) ha de ser sensible als canvis de la distribució de la població en els diferents grups socio-econòmics.

De tots els índexs que l'autor revisa (els comentats anteriorment menys els relacionats amb el risc atribuïble de la població i la variància) només compleixen les tres característiques l'índex de concentració i la regressió en percentils.

Kunst et al.¹⁴⁷ avaluen algunes de les mesures citades en l'apartat anterior tenint en compte quatre criteris:

1. Validesa: Les mesures haurien d'amidar:

- la direcció de la relació entre estat socio-econòmic i salut.
- la grandària de les desigualtats de salut que estan consistentment relacionades amb l'estat socio-econòmic (la força de l'associació entre els indicadors de salut i els indicadors socio-econòmics).

Les mesures de raó, el risc atribuïble de la població i l'índex de dissimilaritat no mesuren bé les desigualtats de salut quan les associacions són inconsistentes, o sigui, quan no hi ha un clar gradient des de la classe més alta fins a la més baixa. El coeficient de correlació no mesura la força de l'associació en les desigualtats. Les mesures que no tenen en compte l'estat socio-econòmic dels grups (coeficient Gini, corba Lorenz) no són vàlides.

2. Precisió: Aquestes mesures han de permetre poder calcular intervals de confiança per conèixer la precisió de les estimacions, sobretot quan es treballa amb nombres petits. Per augmentar la precisió és important tenir en compte la informació de tots els grups socio-econòmics, cosa que no fan les mesures que comparen els extrems. Tant per a l'índex de dissimilaritat com pels coeficients Gini i similars és difícil el càlcul de l'interval de confiança.

3. Flexibilitat: La mesura hauria de permetre:

- Poder expressar les diferències tant absolutes com relatives. Ni el coeficient de correlació, ni els coeficients Gini no ho compleixen.
- Poder controlar per factors de confusió alternatius. Els models de regressió són els únics que ho fan. En les altres mesures primer s'han d'estandarditzar les taxes de morbiditat i mortalitat, segons el factor de confusió, i després s'ha de calcular la mesura de desigualtat.

4. Aplicabilitat a les classificacions socio-econòmiques existents: Aquestes mesures són més difícils d'aplicar quan s'utilitzen mesures ocupacionals, ja que en aquest cas és més difícil quantificar directament la característica de cada grup, cosa que és més fàcil quan s'utilitza l'educació o el nivell d'ingressos. En tot cas, els grups ocupacionals haurien de ser jeràrquics.

Kunst et al.¹⁴⁷ s'inclinen per la utilització de la regressió estàndard i per la regressió en percentils (aquests autors no mencionen la regressió del risc atribuïble poblacional), ja que segons ells són les que acompleixen més totes les anteriors característiques.

Illsley i Le Grand creuen que les propietats que han d'acomplir les mesures per amidar desigualtats en l'edat de la mort (que és l'indicador que ells proposen) són les quatre següents:

- Ser independents de l'estructura demogràfica de la població, o sigui que les diferències en la piràmide de dues poblacions no facin que les mesures respectives siguin diferents.
- Principi de les diferències: quan més grans són les diferències entre els individus en l'edat de la mort, més gran ha de ser la mesura de desigualtat.
- Independència de l'escala. Si les diferències entre dos períodes són degudes a un problema d'escala, la mesura de desigualtat ha de ser la mateixa.
- "Independència de traducció" (*translation independence*): Si la distribució de l'edat de la mort en un període és la mateixa que en un altre, excepte per un terme constant, no hi hauria d'haver diferències en la mesura de desigualtat.

Illsley i Le Grand proposen mesurar les desigualtats individualment, sense agrupar les poblacions en classes socials. Segons aquests autors, totes les mesures compleixen les dues primeres propietats, la variància no compleix el tercer i només la variància compleix el quart. Per aquest motiu aquests autors defensen que s'han d'utilitzar dues mesures, el coeficient Gini i la variància⁹⁶.

3. EXPLICACIONS DE L'ASSOCIACIÓ ENTRE LES DESIGUALTATS SOCIALS I LA SALUT

L'informe Black va donar quatre possibles alternatives o processos que intentaven explicar les desigualtats socials en salut: errors metodològics, selecció social, comportament o cultura i explicacions estructurals. A continuació es fa una descripció d'aquests quatre tipus d'explicacions, basada en les revisions realitzades en l'Informe Black¹⁵ i en l'informe *The Health Divide*¹⁶ i també en les revisions de: McIntyre¹⁵², Wilkinson⁷⁹, Carr-Hill⁷⁷ Davey Smith et al.¹⁵³, Dutton¹⁵⁴, Williams¹⁵⁵ i Adler¹⁵⁶.

3.1. LES DESIGUALTATS SÓN DEGUDES A ERRORS METODOLÒGICS

Les desigualtats trobades podrien ser degudes a un error metodològic i no pas a l'existència d'una vertadera relació entre les desigualtats en salut i el nivell socio-econòmic. Alguns dels possibles errors són els següents:

1. **El biaix *numerador-denominador*:** Ja s'ha comentat anteriorment l'existència d'aquest biaix, sobretot en les dades del *Registrar General's Decennial Occupational Mortality Supplements*, ja que l'ocupació obtinguda en el numerador de les taxes s'obté de diferent font que la del denominador.

Això no obstant, l'estudi de seguiment de l'*Office of Population Censuses and Surveys* va demostrar que aquest biaix no era suficient per explicar les desigualtats entre els grups socio-econòmics³⁷.

2. **La classificació de classes socials del *Registrar General*:** Aquesta classificació podria afavorir artificialment el fet de trobar desigualtats segons classe social. A més, els

canvis de la classificació al llarg dels anys podrien haver afectat l'evolució de les desigualtats descrites. Cal dir que les desigualtats de salut segons nivell socio-econòmic també s'han detectat independentment de la classificació de la classe social britànica¹⁵³. L'estudi de seguiment de l'OPCS va trobar desigualtats també al tenir en compte altres indicadors, com, tenir cotxe, casa o el nivell educatiu³⁷.

3. El canvi de la grandària de les classes socials: En l'evolució de les desigualtats al llarg dels anys, el fet que la classe més baixa hagi disminuït de grandària, fa que augmentin les desigualtats entre la classe més alta i la més baixa, ja que el reduït nombre de gent de la classe més baixa es podria traduir en l'existència d'un grup amb altes taxes de mortalitat.

Per solucionar aquest problema s'han pres diferents alternatives: agrupar les classes socials (per exemple les classes IV i V del *British Registrar General*), comparar les classes manuals i no manuals i utilitzar mesures de desigualtat independents de la grandària de les classes socials. Aquestes alternatives també han mostrat un augment de les desigualtats entre les classes socials al llarg dels anys¹⁵³.

4. Mesures socio-econòmiques utilitzades: Segons la mesura utilitzada, les desigualtats trobades poden ser més o menys importants¹⁵³.

5. Mesures de salut utilitzades: Quan s'estudien les desigualtats segons causes de mortalitat, s'ha de tenir en compte que la codificació de la causa de mort pot estar influenciada per la classe social del difunt, que el diagnòstic pot haver estat fet diferencialment segons la classe social de la persona i que per a determinats grups ocupacionals, el coneixement de l'ocupació per part del metge podria haver influenciat la causa de mort (vegeu apartat d'*Indicadors de Mortalitat*).

3.2. TEORIA DE LA SELECCIÓ SOCIAL

Aquestes teories suggereixen que les desigualtats estan causades per un procés de selecció segons el nivell de salut, o sigui que la gent amb mala salut tendeix a *moure's* cap a les classes socials baixes i la gent amb bona salut cap a les altes. Aquesta mobilitat social pot passar dins d'una generació (selecció intrageneracional) o entre dues generacions (selecció intergeneracional).

Alguns estudis han demostrat l'existència de mobilitat social en persones amb malalties cròniques, com per exemple la bronquitis. De tota manera, l'estudi de seguiment de l'OPCS ha permès avaluar la influència de la mobilitat social en els canvis de les taxes de mortalitat, i no s'ha trobat relació entre ambdós fets³⁸. L'estudi Whitehall va permetre estudiar les desigualtats de mortalitat en els individus que no estaven malalts al començament de l'estudi i no va trobar que la mobilitat social expliqués les desigualtats⁴¹.

La selecció intergeneracional pot ser directa o indirecta. La directa és quan l'estat de salut a la infància determina tant l'estat de salut com la posició econòmica en els adults joves. La indirecta és quan alguns factors ocorreguts en la infantesa (la privació en la infantesa, la talla, l'educació, etc.) determinen tant la salut com la mobilitat social en els adults¹⁵³.

Hi ha hagut grans defensors d'aquesta teoria. Wilkinson ha revisat alguns dels estudis que han intentat mesurar aquest fet⁷⁹.

3.3. EXPLICACIONS CULTURALS I/O COMPORTAMENTALS

Aquesta explicació es basa en el fet que el comportament i les conductes relacionades amb la salut (tabac, dieta, falta d'exercici, etc.) comporten desigualtats de salut.

Actualment els nivells socio-econòmics baixos fumen més que els alts, però això no passava fa anys i, en canvi, les desigualtats de mortalitat entre els nivells socio-econòmics també existien. Encara no està del tot clara la relació entre l'exercici físic i la malaltia coronària, per tant, encara no es coneixen del tot els efectes que els grups manuals realitzin més activitat al lloc de treball i menys activitat física de lleure. El baix pes al néixer està influenciat per l'hàbit tabàquic de la mare, però també pel nivell socio-econòmic independentment del consum de tabac¹⁵³.

L'estudi Whitehall va trobar desigualtats importants en la mortalitat cardiovascular per nivell socio-econòmic, que no s'explicaven per les desigualtats en el consum de tabac, la tensió arterial, el colesterol, la intolerància a la glucosa, la talla i les malalties prevalents⁴¹.

L'estudi de l'Alameda County també va trobar desigualtats en la mortalitat dels diferents grups socio-econòmics després d'haver ajustat pel consum de tabac, l'activitat física, el consum d'alcohol, l'obesitat i els patrons de la son⁴⁵.

Ha de quedar clar que les conductes relacionades amb la salut no estan subjectes a l'elecció individual sinó que tenen relació amb les circumstàncies de l'estructura social. Per això, sovint les explicacions comportamentals de les desigualtats i les explicacions estructurals s'han explicat conjuntament¹⁶.

3.4. EXPLICACIONS ESTRUCTURALS

Aquestes teories emfasitzen el rol de l'entorn social que molta gent no pot escollir, les condicions sota les quals la gent viu i treballa i les pressions que es pateixen per consumir productes no saludables. Les desigualtats es produeixen perquè els grups socials més baixos estan exposats a un ambient social menys saludable.

S'ha comprovat que l'ocupació té una clara influència en l'estat de salut, no només en la salut física que comporta l'augment de determinades malalties, sinó també en la

salut psíquica. A part de l'ocupació, l'atur també està relacionat amb la salut. Les característiques de l'habitatge i els serveis de què disposa també han estat relacionats amb l'estat de salut i sobretot amb taxes elevades de malaltia respiratòria en els nens. Altres factors importants són el nivell d'ingressos, la riquesa i l'entorn físic. Uns aspectes que estan diferencialment distribuïts en els diferents grups socio-econòmics i que poden estar relacionats amb la salut física i mental són els events vitals (*life events*) i el suport social¹⁵³.

També cal mencionar el paper que poden jugar els serveis sanitaris que, tot i no ser suficient per explicar les desigualtats de salut, sí que cal assenyalar la seva possible contribució. El menor accés de les classes socials baixes als serveis sanitaris preventius, als serveis curatius de qualitat i als serveis sanitaris de cures paliatives és un fet que s'ha de tenir en compte^{157 158}. Segons Blaxter, com a mínim, els serveis sanitaris alleugen el patiment¹⁵⁷. Deleek emfasitza que hi ha una tendència per part dels grups socio-econòmic alts a beneficiar-se més dels serveis sanitaris i de les polítiques socials¹⁵⁹.

Cada un dels factors mencionats anteriorment contribueixen per si sols, en una petita proporció, al total del gradient de salut entre les diferents classes socials. Aquesta petita proporció semblaria inconsistent amb el gran efecte que té la privació material d'una àrea geogràfica o el nivell d'ingressos, en la mortalitat. Però el que fa el concepte de classe social és remarcar de quina manera l'estructura de la societat porta cap a agrupacions d'*avantatjats* o *desavantatjats*. Així per exemple, les ocupacions que exposen els individus a riscos físico-químics també comporten estrès. Aquests individus probablement viuen en àrees amb més contaminació atmosfèrica, en habitatges de menys qualitat i tenen una dieta poc correcta. Aquests tipus d'agrupacions també es produeixen en diferents aspectes al llarg de la vida¹⁵³.

Aquesta explicació és la que l'Informe Black va defensar més¹⁵, probablement més per l'eliminació de les altres causes que no pas perquè hagi estat suficientment demostrada¹⁵³.

Sovint, l'explicació estructural de les desigualtats de salut s'ha ajuntat amb l'explicació sobre les conductes de risc, ja que les conductes no són autònomes de l'individu. De tota manera Davey Smith et al.¹⁵³ donen quatre raons per les quals val més tractar separatament aquestes dues teories: 1. La distinció entre les dues permet tenir-les en compte separatament quan s'estudia la influència de cada una en la salut. 2. Els factors comportamentals tenen més influència en la salut pels que tenen bones circumstàncies materials que pels que no les tenen, 3. Si no se separen, les actuacions a portar a terme per disminuir les desigualtats només tendiran a canviar els hàbits de vida i 4. No són les úniques teories que depenen una de l'altra, ja que la mobilitat social també pot estar influenciada per aspectes materials, culturals i de comportament de la vida de la persona.

4. ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT A ESPANYA, CATALUNYA I BARCELONA

Al nostre país l'estudi de les desigualtats socials en salut encara és molt nou, la majoria d'estudis realitzats han estat enfocats des del punt de vista de la sociologia¹⁶⁰. Benach va realitzar un estudi bibliomètric dels treballs sobre desigualtats de salut fets a Espanya entre 1980 i 1993 i va descriure 200 treballs, la majoria eren estudis empírics i no havien estat publicats en llibres o revistes¹⁶¹.

L'any 1983 Durán va publicar un llibre sobre desigualtat social i malaltia on profunditzava en l'estudi de la sociologia de la malaltia, l'estructura social i la malaltia a Espanya i la relació entre la classe social i malaltia¹⁶². Dos anys després, De Miguel va descriure l'impacte en la salut de les desigualtats socials utilitzant diverses fonts d'informació i recopilant dades d'estudis publicats (com el de Durán, l'enquesta de salut de Barcelona de 1983, etc.)¹⁶³.

Rodríguez i Rodríguez i Lemkov van realitzar una descripció de les desigualtats socials a Espanya, recollint dades de diverses fonts d'informació (mortalitat, enquesta de salut, enquestes sociològiques, registres de SIDA, "*Encuesta de presupuestos familiares*", estudis del Centro de Investigaciones Sociológicas...) on es conclou que Espanya és un país amb grans desigualtats econòmiques, socials i regionals que es tradueixen en variacions importants en la salut de la població^{164 165}.

L'any 1994 Regidor et al. varen publicar un llibre exhaustiu sobre les desigualtats i les diferències de salut a Espanya, utilitzant tant dades de mortalitat com dades de diferents enquestes com *la Encuesta Nacional de Salud de 1987*, *la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalias de 1986*, i diferents enquestes destinades a conèixer el consum de tabac i d'alcohol i el *Registro Nacional de Sida*¹⁶⁶.

4.1. DESIGUALTATS EN MORTALITAT

Regidor i González varen estudiar la mortalitat segons classe social dels homes de 16 a 65 anys de tot Espanya, durant els anys 1980-82, utilitzant la professió de les Butlletes Estadístiques de Defunció. Tot hi haver-ho limitat al sexe masculí i a uns grups d'edat, encara varen trobar un 22,6% de les Butlletes en què no es podia classificar l'ocupació¹⁶⁷.

Alfonso et al. varen calcular l'esperança de vida a España i l'esperança de vida que hi hauria si s'eliminassin les causes de mort evitables, els anys 1983-6. A més varen trobar una correlació elevada entre aquests indicadors durant els anys 1975-86 i el Producte Nacional Brut¹⁶⁸.

Casi i Moreno varen estudiar les desigualtats en mortalitat a Navarra, en la població entre 25 i 74 anys, durant el quinqueni 1985-89. Primer varen comparar la mortalitat entre les comunitats rurals i urbanes, i van trobar que a les ciutats hi havia més mortalitat sobretot a causa dels tumors. En segon lloc varen relacionar les taxes de mortalitat de 8 districtes de la ciutat de Pamplona amb el nivell socio-econòmic, i van trobar una associació clara entre el baix nivell socio-econòmic i una major mortalitat en els homes, però aquest fet no era clar per a les dones¹⁶⁹.

Pérez-Dominguez et al. varen descriure les desigualtats de mortalitat en els districtes del Sector 7 de Madrid. Van detectar desigualtats entre els diferents districtes, sobretot en el districte Centro¹⁷⁰.

Lardelli et al. van analitzar en diferents ocasions les desigualtats de mortalitat infantil, neonatal, postneonatal i perinatal i els factors socio-econòmics determinants en les 17 Comunitats Autònomes i les 50 províncies espanyoles^{171 172 173}.

Martín i March varen analitzar les desigualtats en sis àrees de la ciutat de Màlaga tant amb indicadors de mortalitat com amb altres indicadors (baix pes al néixer, embaràs adolescent, vacunacions, etc.)¹⁷⁴.

4.2. DESIGUALTATS EN MORBIDITAT I UTILITZACIO DE SERVEIS SANITARIS

Altres estudis s'han referit a diferents indicadors de salut per estudiar les desigualtats, com per exemple el pes al néixer¹⁷⁵, o l'estudi de les desigualtats socio-econòmiques en pacients ingressats i/o morts en Unitats de Cures Intensives^{176 177}.

Gorroñoigoitia et al. varen estudiar la relació d'algunes variables socio-econòmiques i de salut amb l'autopercepció de la salut en vells. Les dades varen ser les d'una enquesta transversal realitzada per un equip d'atenció primària de Bilbao¹⁷⁸.

L'enquesta de salut realitzada a l'estat espanyol l'any 1987, també ha servit per a estudiar les desigualtats de salut. Guillen va utilitzar les dades d'aquella enquesta per a descriure la relació entre les variables de salut i de conductes relacionades amb la salut i variables socio-econòmiques (renta per càpita, educació, urbanització)¹⁷⁹. Garcia Benavides et al. amb les mateixes dades varen analitzar la relació entre l'atur i la salut i la utilització de serveis¹⁸⁰.

Fernández de la Hoz, utilitzant les dades de l'enquesta va descriure les desigualtats en morbiditat i en utilització de serveis segons nivell d'estudis, ocupació i nivell d'ingressos. Quan estudiava les desigualtats d'utilització de serveis sanitaris ajustava segons estat de salut, per tenir en compte el nivell de necessitat dels diferents grups socio-econòmics¹⁸¹.

4.3. ESTUDI DE LES DESIGUALTATS SOCIALS DE SALUT A LA CIUTAT DE BARCELONA

La ciutat de Barcelona, com tot gran nucli urbà, presenta una gran heterogeneïtat social entre diferents zones: des de zones on hi ha un alt nivell de benestar, fins a nuclis de pobresa i marginalitat^{182 64}. Abans de descriure els estudis sobre desigualtats socials en salut que s'han realitzat, es descriu l'evolució que hi ha hagut a la ciutat de Barcelona els últims anys des del punt de vista de la demografia i l'economia.

4.3.1. EVOLUCIÓ DEMOGRÀFICA I ECONÒMICA DE LA CIUTAT DE BARCELONA DURANT ELS ANYS 1981-91

La demografia

La ciutat de Barcelona ha patit una minva dels seus habitants des de l'any 1981, ha passat de 1.768.196 habitants l'any 1981 a 1.643.542 l'any 1991, cosa que a més ha representat un envelliment progressiu de la població. Anteriorment, entre els anys 1950 i 1975, Barcelona va tenir un creixement demogràfic molt important, basat en una elevada immigració (que va ser màxima el primer quinquenni dels anys 60) i una alta natalitat, que es va mantenir fins l'any 1973. Entre els anys 1975 i 1981 el moviment migratori pren un caire negatiu que es compensa amb el creixement natural. Durant el quinquenni 1981-85 el creixement natural és tan baix que ja no pot compensar el moviment migratori negatiu. A partir de 1985 el moviment natural comença a ser negatiu, ja que és superior el nombre de defuncions que el de naixements, fet que ha conduït a la situació actual. Cal destacar que a l'entorn dels anys 90 l'emigració de la ciutat de Barcelona es produeix a totes les edats; això significa que hi ha gent jove que marxa a altres zones fora de la ciutat, donat que la ciutat és una zona densa i saturada¹⁸³ amb impossibilitat d'obtenir un habitatge a un preu assequible¹⁸⁴.

L'economia

L'economia d'una ciutat (la manera com la gent s'hi guanya la vida, i els serveis i béns públics que la ciutat proveeix) és el que determina quin tipus de gent hi viu i què hi fa. Barcelona, des de fa anys està en procés de transició entre una ciutat industrial i una de serveis. És un procés difícil, que en segons quines ciutats del món, ha estat molt traumàtic. Cal tenir en compte que el pas d'una ciutat industrial a una de serveis acostuma a anar acompanyat d'una polarització en la distribució de la renda, fet que provoca desequilibris socials. Els serveis impliquen l'existència de gent molt qualificada, però també de gent molt poc qualificada (Ex. cambrers, dones de fer feines...), per tant, hi ha gent molt ben pagada i altra molt mal pagada¹⁸⁵.

L'evolució de la població ocupada, per sectors d'activitat, mostra que l'any 1981 hi havia un 60,3% de la població en serveis, un 35,6 en la indústria i un 3,6 en la construcció. Aquests percentatges l'any 1991 varen ser de 65,7%, 29,8% i 4,4%¹⁸⁶. Existeix un sector terciari "estratègic" (finances, *consulting*, *management*, *marketing*, assegurances, publicitat) que es concentra en els districtes benestants de la ciutat; mentre que el sector terciari "banal" (grans superfícies comercials) tendeixen a difondre's sobre el conjunt del territori metropolità¹⁸⁴.

L'atur va augmentar entre els anys 1981 i 1985, i va ser més important en el sector industrial; després va disminuir fins els anys 1991-92 en què va tornar a créixer¹⁸⁷.

4.3.2. ESTUDIS DE DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT REALITZATS A LA CIUTAT DE BARCELONA

A la ciutat de Barcelona s'han realitzat diversos estudis sobre les desigualtats socials en salut. Fonamentalment, s'han utilitzat les estadístiques de mortalitat, però també s'han publicat estudis utilitzant altres fonts d'informació.

Borrell et al. varen estudiar la mortalitat en els 10 districtes municipals i varen detectar que el districte de Ciutat Vella, que és el nucli cèntric i històric de la ciutat, presentava un excés de mortalitat important respecte a la resta de districtes municipals¹⁸⁸. Alonso i Antó varen analitzar les desigualtats a la ciutat comparant el districte de Ciutat Vella amb el districte de Sarrià-Sant Gervasi (districte de la classe més benestant de la ciutat) utilitzant tant les dades de mortalitat com les de l'enquesta de salut. Varen estudiar indicadors de salut percebuda, utilització de serveis sanitaris i utilització de serveis sanitaris segons diferents nivells d'estat de salut. Varen trobar una salut pitjor en les persones amb condicions socio-econòmiques desfavorables i menor utilització dels serveis sanitaris en les classes socials baixes que en les altes quan el nivell de necessitat era similar¹⁸⁹.

Rodríguez, amb dades de l'enquesta de salut de 1986, va analitzar l'efecte de l'atur en la salut. Va descriure com els parats presentaven un estat pitjor de salut percebut i una prevalença més gran de depressió, fins i tot després d'ajustar per nivell socio-econòmic¹⁹⁰.

Costa, fent un pas més, va estudiar les desigualtats en mortalitat als 38 barris de la ciutat de Barcelona durant els anys 1980-84, relacionant els indicadors de mortalitat amb alguns indicadors socio-econòmics obtinguts del cens de l'any 1981. En aquell estudi es va detectar que no només eren els barris del districte de Ciutat Vella els que presentaven una mortalitat elevada, sinó que hi havia altres barris en la mateixa situació (Montjuïc, Bon Pastor). Els indicadors de mortalitat utilitzats per Costa varen ser les Raons de Mortalitat Estandarditzades¹⁹¹. Arias et al. van utilitzar els índexs de Townsend de salut i de privació material per estudiar les desigualtats en els 38 barris de Barcelona i en els 87 barris de València, i van trobar correlacions significatives entre ambdós índexs¹⁹². Borrell i Arias van estudiar les desigualtats en mortalitat en els barris de Barcelona durant els anys 1983-9; els indicadors de mortalitat utilitzats van ser la Raó de Mortalitat Comparativa, la Raó d'Anys potencials de Vida perduts (tant per totes les causes com per diferents causes de defunció) i l'Esperança de vida en néixer. Els barris amb pitjors indicadors de mortalitat es diferenciaven de la resta de barris, els quals eren molt més homogenis entre ells. Al

realitzar les correlacions entre aquests indicadors de mortalitat i els indicadors socio-econòmics existien unes elevades correlacions, sobretot al tenir en compte els indicadors de mortalitat per totes les causes ^{193 194 195}.

JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS, HIPÒTESIS GENERALS I PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI

JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS, HIPÒTESIS GENERALS I PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI

L'estudi "Evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona, 1983-1992" està subdividit en tres subestudis, els quals són:

- Subestudi 1: Evolució de les desigualtats en mortalitat en els barris de la ciutat de Barcelona, 1983-92.
- Subestudi 2: Desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1992.
- Subestudi 3: Evolució de les desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis a la ciutat de Barcelona, 1983-92.

A continuació és descriu la justificació, els objectius generals i les hipòtesis principals de cada un d'aquests subestudis. Després s'explica l'ordre en la presentació de cada un dels subestudis anteriors, els seus apartats i el lligam fet entre els tres.

1. JUSTIFICACIÓ

Tal com s'ha comentat a l'apartat de la introducció existeixen desigualtats de mortalitat en els 38 barris de Barcelona, les quals estan relacionades amb el nivell socio-econòmic del barri. Hi ha una minoria de barris de Barcelona que presenten un excés de mortalitat important i una majoria de barris que tenen una mortalitat igual o inferior a la de tot Barcelona.

Un pas més en l'estudi de les desigualtats als barris de Barcelona, és conèixer quina ha estat l'evolució de la mortalitat en els últims 10 anys i saber si les desigualtats entre els 38 barris i entre dues agrupacions de barris (els barris amb baix nivell socio-

econòmic i la resta de barris) ha augmentat o no, que és el que es planteja en el subestudi I (*Evolució de les desigualtats en mortalitat en els barris de Barcelona, 1983-1992*).

L'estudi de les desigualtats de salut amb disseny d'estudi ecològic té avantatges, però també té algunes limitacions, i una d'aquestes és que no permet conèixer les desigualtats segons nivell socio-econòmic utilitzant l'individu com a unitat d'anàlisi. A més, la mortalitat només dona una visió de la *manca de salut*. Les dades obtingudes d'una enquesta de salut permeten avaluar altres aspectes relacionats amb la salut. Com que són dades que s'obtenen de cada individu tenen l'avantatge de poder atribuir un nivell socio-econòmic a cada persona i posteriorment poder comparar les variables de salut entre la població dels diferents grups socio-econòmics. Així doncs, el subestudi II (*Desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1992*) dona una visió complementària a l'estudi anterior.

A la ciutat de Barcelona s'han realitzat tres enquestes de salut. Tal com s'ha descrit a l'apartat dels *Antecedents* l'enquesta de salut de l'any 1986 també va posar de manifest l'existència de desigualtats. El que no se sap és si aquestes desigualtats han augmentat o bé han disminuït durant aquests 10 anys, i és per aquest motiu que és important la realització d'un estudi que compari les desigualtats en aquests anys, i això és el que es planteja el subestudi III (*Evolució de les desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1983-1992*). Aquest estudi és complementari a l'estudi de l'evolució de les desigualtats de mortalitat, ja que també permet conèixer l'evolució de les desigualtats, però des de l'òptica de la morbiditat, les conductes relacionades amb la salut i la utilització de serveis sanitaris.

Per tant, aquest treball pretén donar un nou pas en el coneixement global de les desigualtats de salut en una ciutat com és Barcelona.

2. OBJECTIUS GENERALS

- Objectius generals del subestudi 1, *Evolució de les desigualtats en mortalitat en els barris de la ciutat de Barcelona, 1983-1992:*

Estudi de l'evolució o tendències de les desigualtats en mortalitat en els 38 barris de la ciutat de Barcelona, de l'any 1983 a 1992.

Estudi de l'evolució o tendències de les desigualtats en mortalitat comparant els barris amb baix nivell socio-econòmic de la ciutat amb la resta de barris de 1983 a 1992.

- Objectiu general del subestudi 2, *Desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1992:*

Estudi de les desigualtats segons nivell socio-econòmic en la morbiditat percebuda, les conductes relacionades amb la salut, la utilització de serveis sanitaris i la utilització de pràctiques preventives, en les persones residents a la ciutat de Barcelona l'any 1992.

- Objectiu general del subestudi 3, *Evolució de les desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis a la ciutat de Barcelona, 1983-1992:*

Estudi de l'evolució de les desigualtats en morbiditat, en les conductes relacionades amb la salut i en la utilització de serveis sanitaris des de l'any 1983 a 1992 entre els diferents grups socio-econòmics, en residents a la ciutat de Barcelona.

3. HIPÒTESIS GENERALS

- Hipòtesis generals del subestudi 1, *Evolució de les desigualtats en mortalitat en els barris de la ciutat de Barcelona, 1983-92:*

Les taxes de mortalitat prematura han augmentat aquests 10 anys, tant a tot Barcelona com als 38 barris.

Les desigualtats de mortalitat prematura en els anys 1983-92 entre els barris de Barcelona amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris han augmentat.

En comparació amb els altres barris, l'esperança de vida als barris amb baix nivell socio-econòmic ha disminuït més.

- Hipòtesis generals del subestudi 2, *Desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1992:*

Les persones que tenen un nivell socio-econòmic baix tenen pitjor salut percebuda que les que el tenen alt. Existeix un gradient entre els individus dels diferents nivells socio-econòmics.

Les persones que tenen un nivell socio-econòmic baix tenen unes conductes relacionades amb la salut que comporten més risc.

La població amb nivell socio-econòmic baix té més necessitat dels serveis sanitaris a causa de la seva salut pitjor, però hi té menys accés.

Les persones de classes socials baixes i amb menys nivell d'estudis tenen menys accés als serveis sanitaris preventius.

- Hipòtesis generals del subestudi 3, *Evolució de les desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1983-92:*

Les desigualtats entre els diferents nivells socio-econòmics en morbiditat percebuda han augmentat durant els anys 1983-92.

Les desigualtats entre els nivells socio-econòmics en les conductes relacionades amb la salut han augmentat durant els anys 1983-92.

Les desigualtats entre els diferents nivells socio-econòmics en la utilització de serveis sanitaris han augmentat durant els anys 1983-92, sobretot al tenir en compte l'estat de salut.

4. PRESENTACIÓ DE L'ESTUDI

Es presenten cada un dels tres subestudis per separat. Cada subestudi té els següents apartats:

1. Justificació, objectius i hipòtesis.
2. Metodologia.
3. Resultats.
4. Discussió i conclusions.

Els apartats de resultats contenen el text i els gràfics. Les taules s'han posat totes juntes en un apartat separat. A més hi ha taules més detallades que estan en Annexos. Les taules contenen tots els resultats. Els gràfics que estan en el text il·lustren els resultats més importants.

Les discussions de cada subestudi són discussions parcials, que tracten sobre el comentari dels resultats i la seva comparació amb la literatura, les aportacions, les limitacions i les conclusions del subestudi.

Després dels tres subestudis s'ha fet una discussió global que comenta tots els resultats conjuntament, repassa les utilitats de l'estudi i fa recomanacions, per acabar amb les conclusions globals.

**SUBESTUDI I: EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN MORTALITAT EN ELS BARRIS
DE LA CIUTAT DE BARCELONA, 1983-1992.**

1. JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS I HIPÒTESIS

1.1. JUSTIFICACIÓ

Tal com s'ha comentat a l'apartat dels *Antecedents* existeixen desigualtats de mortalitat en els 38 barris de Barcelona, desigualtats que estan relacionades amb el nivell socio-econòmic del barri. Hi ha una minoria de barris de Barcelona amb un baix nivell socio-econòmic, que presenten un excés de mortalitat important, i una majoria de barris que tenen una mortalitat igual o inferior a la de tot Barcelona.

Un pas més en l'estudi de les desigualtats dels barris de Barcelona, és conèixer quina ha estat l'evolució en els últims 10 anys, i saber si les desigualtats entre els barris amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris ha augmentat o no.

Donat que el nombre de defuncions anual a cada barri és massa petit per a poder estudiar l'evolució de les diferents causes de defunció i l'evolució dels indicadors que varien si els nombres són petits (per exemple, l'esperança de vida en néixer) cal agregar alguns barris per augmentar l'estabilitat dels indicadors, i així poder estudiar les evolucions amb més detall. Per aquest motiu es planteja un estudi amb dues vessants: la primera, per descriure l'evolució dels indicadors de mortalitat per totes les causes als 38 barris de Barcelona; i la segona, per descriure la tendència de la mortalitat en una agrupació de barris amb baix nivell socio-econòmic, i comparar-la amb la tendència en la resta de barris, tenint en compte les causes de defunció i els grups d'edat.

1.2. OBJECTIUS

1.2.1. OBJECTIUS GENERALS

Estudi de l'evolució o tendències de les desigualtats de mortalitat en els 38 barris de la ciutat de Barcelona, dels anys 1983 a 1992.

Estudi de l'evolució o tendències de les desigualtats de mortalitat comparant els barris amb baix nivell socio-econòmic de la ciutat amb la resta de barris de 1983 a 1992.

1.2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Anàlisi de l'evolució de les desigualtats en mortalitat global i prematura en els 38 barris de la ciutat de Barcelona dels anys 1983 a 1992.

2. Anàlisi de l'evolució de les desigualtats de mortalitat en els barris amb baix nivell socio-econòmic respecte als altres barris, tenint en compte els dos sexes, de 1983 a 1992.

3. Anàlisi de l'evolució de les desigualtats en l'esperança de vida en les dues agrupacions de barris segons sexe de l'any 1983 a 1992.

4. Anàlisi de l'evolució de les desigualtats de mortalitat en les dues agrupacions de barris segons les principals causes de defunció i sexe de 1983 a 1992.

5. Anàlisi de l'evolució de les desigualtats de mortalitat en les dues agrupacions de barris segons grups d'edat i sexe de 1983 a 1992.

6. Anàlisi dels objectius números 2 i 4 mencionats anteriorment segons els anys potencials de vida perduts.

1.3. HIPÒTESIS

Les taxes de mortalitat per totes les causes s'han mantingut estables durant aquests 10 anys, tant a tot Barcelona com als 38 barris.

Les taxes de mortalitat prematura han augmentat aquests 10 anys, tant a tot Barcelona com als 38 barris.

Les desigualtats de mortalitat prematura en els anys 1983-92 entre els barris de Barcelona amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris han augmentat.

En comparació amb els altres barris, l'esperança de vida als barris amb baix nivell socio-econòmic ha disminuït més.

La mortalitat per sobredosi i per SIDA (i per tant, per causes externes i per malalties infeccioses) ha augmentat més als barris amb baix nivell socio-econòmic.

La mortalitat en la població entre els 15 i 34 anys ha augmentat i a més ho ha fet diferencialment en els barris: ha augmentat més als barris amb baix nivell socio-econòmic.

2. METODOLOGIA

2.1. POBLACIÓ D'ESTUDI

La població d'estudi ha estat la de residents a la ciutat de Barcelona.

S'han estudiat totes les defuncions (ocorregudes tant a Barcelona com fora) de residents a la ciutat durant els anys 1983-1992.

2.2. ÀREES GEOGRÀFIQUES ESTUDIADES

Les àrees geogràfiques estudiades han estat els 38 barris o zones estadístiques de la ciutat de Barcelona. Són àrees bastant heterogènies, ja que la seva població és molt variable en nombre: hi ha dos barris amb menys de 3.000 habitants, i barris amb més de 100.000 habitants.

Per agrupar els barris amb baix nivell socio-econòmic s'ha realitzat una anàlisi de conglomerats (*cluster analysis*) tenint en compte les variables socio-econòmiques obtingudes del padró d'habitants dels anys 1981¹⁹⁶, 1986¹⁹⁷ i 1991¹⁹⁸. Aquestes variables per als anys 1981 i 1986 són: el percentatge d'atur en la població activa de 15 a 64 anys i el percentatge d'analfabetisme en la població de 15 a 64 anys. Per a l'any 1991 només s'ha disposat de la variable percentatge d'analfabetisme i població sense estudis en més grans de 15 anys. A més s'ha realitzat una anàlisi de conglomerats segons les dades socio-econòmiques del padró de 1986 i amb les dades

de mortalitat (Raó de Mortalitat Comparativa, Raó d'Anys Potencials de Vida Perduts i Esperança de Vida) dels anys 1983-89¹⁹⁹, per tal de poder comparar les agrupacions obtingudes.

En les anteriors anàlisis de conglomerats s'han utilitzat les variables normalitzades, per treure la influència de la unitat de mesura. Per mesurar les distàncies entre dos punts s'han considerat les distàncies euclidianes elevades al quadrat. El mètode utilitzat per combinar conglomerats ha estat el mètode d'"enllaç segons les mitjanes entre dos grups" (*Average linkage between groups*), el qual defineix la distància entre dos conglomerats com la mitjana de les distàncies entre tots els parells de casos formats per dos membres (un de cada conglomerat que es vol comparar). El criteri per escollir el nombre de conglomerats descrit ha estat l'augment considerable de les distàncies entre dos grups^{200 201}.

2.3. FONTS DE DADES

2.3.1. DADES DE MORTALITAT

Les dades han procedit dels Butlletins Estadístics de Defunció dels anys 1983 al 1992 de tots els residents a la ciutat de Barcelona, codificats a l'Institut Municipal d'Estadística, excepte la causa de defunció que es codifica al Centre Mixt de Codificació de l'Ajuntament de Barcelona i la Generalitat de Catalunya²⁰². Aquestes dades han estat facilitades en suport magnètic per l'Institut Municipal d'Informàtica.

Les dades dels residents morts a la resta de Catalunya han estat proporcionades pel Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Els residents morts a la resta de l'Estat Espanyol només s'han inclòs en l'estudi, si els familiars o coneguts del difunt havien passat pel Registre Civil de Barcelona a fer el tràmit administratiu (en aquest cas, han constatat com a difunts, però no s'ha disposat de la causa de defunció).

A partir de l'any 1985 les defuncions infantils de menys de 24 hores de vida han procedit del registre de mortalitat perinatal de l'Institut Municipal de la Salut i s'han recollit de les Butlletes Estadístiques de Naixements i Avortaments i dels centres sanitaris de Barcelona, ja que hi ha defuncions que no són declarades en cap tipus de butlleta¹³³.

A la ciutat de Barcelona, les dades de defuncions serveixen per a actualitzar el Padró Municipal d'Habitants. Per tant, el registre de defuncions i el padró estan connectats i a cada difunt s'atribueix la residència que consta en el padró. Per a les persones difuntes que no estaven empadronades prèviament, en el registre de mortalitat es fa constar la residència especificada en la Butlleta Estadística de Defunció.

De cada defunció s'han estudiat les següents variables: l'edat (calculada a partir de la data de naixement i la data de defunció), el sexe, la causa de defunció, el barri de residència (obtingut a través de l'illa o la secció censal i el districte de residència) i l'any de defunció.

Com que a les defuncions ocorregudes fora de Barcelona i a la resta de Catalunya no hi consten dades que permetin obtenir el barri de residència, cada any, a partir de 1985, s'han aconseguit aquestes dades per a cada individu en el padró municipal d'habitants, no així els anys anteriors. Per tant, en 959 defuncions de l'any 1983 i 933 de l'any 1984 no consta el barri de residència. Els altres anys aquests casos han estat inferiors a 300. A la Taula 1 hi ha el nombre de defuncions ocorregut cada any als 38 barris i també el nombre de defuncions en què no consta el barri.

2.3.2. DADES DE POBLACIÓ I NAIXEMENTS (DENOMINADORS)

Per calcular els denominadors de les taxes de mortalitat anuals de cada barri s'ha utilitzat la població declarada en el Padró d'Habitants dels anys 1986¹⁹⁷ i 1991¹⁹⁸. Com que la divisió en 38 barris es va fer l'any 1984, per calcular les taxes als barris durant els anys 1983, 1984 i 1985 s'ha utilitzat la població del padró de l'any 1986. Per als

anys entre els padrons de 1986 i 1991 s'ha fet una estimació de la població interpadronal (vegeu el següent apartat). Per al càlcul de taxes de l'any 1992 s'han utilitzat les dades del padró de 1991.

Per al càlcul de les taxes estandarditzades s'ha utilitzat com a població de referència la de tot Barcelona segons el Padró Municipal de l'any 1986.

Per al càlcul de les taxes de mortalitat infantil s'han utilitzat les dades dels naixements de 1983 a 1992 com a denominadors. Donat que per als anys 1983-86 només es coneixia el nombre de naixements de tot Barcelona i no existien les dades dels 38 barris, s'ha fet una estimació del nombre de nascuts segons sexe en cada una de les dues agrupacions de barris, a partir del percentatge observat durant els anys 1987-92. Les dades de naixements també han estat facilitades en suport magnètic per l'Institut Municipal d'Informàtica.

Estimació de la població dels anys entre els padrons de 1986 i 1991

Per estimar les poblacions de 1987 al 1990 s'ha utilitzat el mètode de projeccions segons la corba geomètrica, la qual ve definida per ²⁰³:

$$P_t = P_0 (1 + r)^t$$

on:

P_t : Població a estimar al moment t.

P_0 : Població en padró al moment 0 (en aquest cas 1 d'abril de 1986).

t: Diferència d'anys entre l'any a estimar (any t) i l'any 0 (en aquest cas 1986).

r: Taxa de creixement.

On r s'ha calculat per a cada grup d'edat i sexe de la següent manera:

$$r = \sqrt[t]{\frac{P_t}{P_0}} - 1$$

Essent:

P_t : població del padró en el moment t (en aquest cas 1 de març de 1991)

P_0 : població del padró en el moment 0 (en aquest cas 1 d'abril de 1986).

t: anys entre els dos padrons (en aquest cas 5).

2.4. TIPUS D'ESTUDI

Aquest estudi es un estudi de tendències utilitzant com a unitat d'anàlisi dades agregades.

2.5. AGRUPACIÓ DE LES CAUSES DE DEFUNCIÓ

La descripció de la mortalitat segons causes de defunció s'ha fet al comparar les tendències de la mortalitat en les dues àrees geogràfiques, ja que per descriure les tendències dels 38 barris només s'han utilitzat els indicadors per a totes les causes conjuntament.

La causa bàsica de defunció ha estat codificada segons la Classificació Internacional de Malalties de l'Organització Mundial de la Salut, novena revisió (CIM-9)²⁰⁴.

Per estudiar l'evolució en els barris amb baix nivell socio-econòmic i en la resta de barris s'han seleccionat els grans grups més freqüents de la CIM-9 i les primeres

causes de defunció i d'anys potencials de vida perduts en cada un dels grans grups de causes de defunció:

Gran grup causes	Codi CIM-9
Tuberculosi SIDA	10-18 279 (quart dígit canvia segons anys)
MALALTIES INFECCIOSES	1-139 i la SIDA
Tumor maligne d'estómac	151
Tumor maligne de colon i recte	153, 154
Tumor maligne de pulmó	162
Tumor maligne de mama	174
TOTAL TUMORS	140-239
M. isquèmica del cor	410-414
M. cerebrovascular	430-438
MALALTIES DE L'APARELL CIRCULATORI	390-459
Pneumònia	480-486
Bronquitis, emfisema, asma	490-493
MALALTIES APARELL RESPIRATORI	460-519
Cirrosi	571
MALALTIES APARELL DIGESTIU	520-579
Accidents de trànsit	E810-E829
Sobredosi i enverinaments	E850-E858
CAUSES EXTERNES	E800-E999

2.6. INDICADORS DE MORTALITAT ANALITZATS

Els indicadors de mortalitat estudiats han estat els que permetien comparar les àrees geogràfiques al llarg dels anys. Pel càlcul de les taxes estandarditzades s'ha utilitzat el mètode directe ja que permet fer comparacions més vàlides entre àrees geogràfiques i diferents anys^{205 206}. Els indicadors són els següents:

- Taxa estandarditzada de mortalitat (TEM) pel mètode directe en cada una de les àrees geogràfiques segons sexe i any. S'expressa de la següent forma:

$$TEM = \frac{\sum_i t_{barr.i} * pobl.Barc.i}{Pobl. Barc. 1986} * 100.000$$

on:

$t_{barr.i}$: taxa específica de mortalitat en el grup d'edat i de l'àrea geogràfica.

$pobl. Barc. i$: Població de Barcelona l'any 1986 en el grup d'edat i .

- Taxa estandarditzada d'Anys Potencials de Vida Perduts (TAPVP) a cada una de les àrees geogràfiques. En aquest cas també s'ha utilitzat el mètode directe d'estandardització. El mètode de càlcul dels anys potencials de vida perduts (APVP) ha estat el d'incloure les defuncions d' 1 a 70 anys i el límit d'edat estudiat ha estat 70 anys, tal com van proposar Romeder i McWhinnie^{207 208}. El càlcul de la TAPVP s'ha fet de la següent manera:

$$TAPVP = \frac{\sum_i t_{barr.i} * (pobl. Barc.i) * (70-h_i)}{Pobl. 1-70 anys Barc. 1986} * 100.000$$

essent h_i : Meitat de l'interval d'edat i .

- Raó de Mortalitat Comparativa (RMC): Es la raó entre la taxa estandarditzada a cada un dels 38 barris i a tot Barcelona. També s'ha calculat la RMC entre les dues agrupacions de barris, o sigui la raó entre la TEM en els barris amb baix nivell socio-econòmic i la TEM en la resta de barris. S'ha calculat per als dos sexes i per a les diferents causes de defunció.

Els intervals de confiança al 95% s'han calculat segons els mètodes proposats per Breslow i Day²⁰⁹.

- **Raó d'Anys Potencials de Vida Perduts (RAPVP):** És la raó entre la taxa estandarditzada de mortalitat prematura a cada un dels 38 barris i a tot Barcelona. També s'ha calculat la RAPVP entre les dues agrupacions de barris, o sigui la raó entre la TAPVP en els barris amb baix nivell socio-econòmic i la TAPVP de la resta de barris. S'ha calculat per als dos sexes i per les diferents causes de defunció.

Els intervals de confiança al 95% s'han calculat segons els mètodes proposats per Breslow i Day²⁰⁹.

- **Taxa de mortalitat específica per edat:** S'han calculat les taxes específiques per edat i sexe en cada una de les agrupacions de barris. Els grups d'edat considerats han estat: menys d'un any, 1-14 anys, 15-24 anys, 25-34 anys, 35-44 anys, 45-54 anys, 55-64 anys, 65-74 anys i més grans o iguals a 75 anys.

- **Esperança de vida en néixer (EV):** S'ha calculat l'esperança de vida en néixer en totes dues agrupacions de barris per a cada sexe i any segons el mètode de la taula de vida²⁰³.

Per estudiar l'evolució en els 38 barris només s'han estudiat la TEM i la TAPVP per totes les causes conjuntament.

En algunes ocasions, les taxes calculades per les dues agrupacions de barris són inferiors a les de tot Barcelona. Aquest fet és a causa de les defuncions on no consta el barri de residència.

2.7. ANÀLISI ESTADÍSTICA

2.7.1. ANÀLISI EVOLUCIÓ MORTALITAT EN ELS 38 BARRIS

Per estudiar l'evolució de la mortalitat en els barris s'ha ajustat la tendència segons un model de regressió lineal²¹⁰ on la variable dependent ha estat la TEM o la TAPVP i la independent l'any. Aquests models s'expressen de la següent manera:

$$Taxa\ mort_i = A + B * any_i$$

Essent:

Taxa mort_i: TEM o TAPVP per l'any i.

A: constant del model.

B: pendent del model.

Anys: any i corresponent (de 1983 a 1992).

Aquests models s'han ajustat per a cada un dels barris.

Per validar els models de regressió i, per tant, per detectar si hi havia violacions de les assumpcions del model s'ha fet una anàlisi de residuals. S'han efectuat gràfics de Probabilitat Normal dels valors estandarditzats (P-P Plot) i gràfics dels residus estandarditzats en funció dels valors predits estandarditzats. Al mateix temps s'han detectat els valors inusuals (*outliers*) que tenien un residual estandarditzat superior a 3²¹⁰. Cal mencionar que en els models estimats no s'han detectat violacions importants en l'anàlisi de residuals.

Per estudiar l'evolució de les desigualtats en els 38 barris s'ha calculat la desviació estàndard i el coeficient de variació de les TEM i les TAPVP dels 38 barris per cada un dels anys estudiats⁹⁶.

2.7.2. COMPARACIÓ DE LA MORTALITAT EN ELS BARRIS AMB BAIX NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC I LA RESTA DE BARRIS AL LLARG DELS ANYS

Els models de regressió descrits anteriorment també s'han ajustat per als dos grups de barris, per estudiar la tendència de cada un dels indicadors (TEM, TAPVP i taxes de mortalitat específiques per edat). En aquest cas tampoc no s'han detectat violacions importants en l'anàlisi de residuals.

Per conèixer si la tendència de les taxes ha estat diferent en les dues agrupacions de barris, s'ha comparat el pendent de la recta dels barris amb baix nivell socio-econòmic amb el de la resta de barris. Amb aquesta finalitat s'ha ajustat un model de regressió lineal on el barri ha estat una variable fictícia i , a més, s'ha introduït la interacció entre el barri i l'any; s'ha considerat que els pendents eren diferents quan el coeficient de la interacció ha estat estadísticament significatiu²¹⁰. El model ajustat ha estat:

$$\text{Taxa mort}_i = A + B \cdot \text{any}_i + C \cdot \text{barr} + D \cdot (\text{barr} \cdot \text{any}_i)$$

on:

A: constant del model.

B: pendent del model.

Any_{*i*}: any *i* corresponent (de 1983 a 1992).

Barr: variable fictícia que valia 1 en el cas dels barris amb baix nivell socio-econòmic i 0 en el cas de la resta de barris.

*Barr***any*_{*i*}: interacció entre la variable *Barr* i l'any.

C, D: paràmetres a estimar de les variables *Barr* i *Barr***any*_{*i*}, respectivament.

L'esperança de vida s'ha comparat efectuant la diferència entre les dues àrees per cada un dels anys.

En totes les anàlisis s'ha considerat una diferència estadísticament significativa quan el valor de la *p* era inferior a 0,05.

Per l'elaboració dels indicadors s'han utilitzat alguns dels programes realitzats amb Clipper²¹¹ per a l'explotació de la mortalitat anual de l'Institut Municipal de la Salut²⁰² i també s'han creat altres programes per a aquest estudi (també fets amb Clipper), concretament per poder realitzar les estandarditzacions. Per a l'anàlisi estadística s'ha utilitzat el programa SPSS²¹².

3. RESULTATS

En la descripció dels resultats en primer lloc es descriu l'evolució de les desigualtats de mortalitat als 38 barris de la ciutat, per després seguir amb l'evolució a les dues agrupacions de barris (barris amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris).

3.1. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN MORTALITAT ALS 38 BARRIS DE BARCELONA

En primer lloc es descriu l'evolució o tendències de mortalitat als 38 barris de Barcelona de 1983 a 1992, i a continuació l'evolució de les desigualtats entre aquests barris.

3.1.1. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT ALS 38 BARRIS DE BARCELONA

A tot Barcelona, durant aquests 10 anys la TEM ha passat de 932,2 per 100.000 habitants l'any 1983 a 864,2 l'any 1992. Tot i la lleugera disminució de les taxes, la tendència no ha estat significativa (Taules 2 i 3). En canvi, la TAPVP ha augmentat passant de 4.563,8 per 100.000 habitants d'1 a 70 anys l'any 1983 a 5.223,7 l'any 1992; aquest augment és estadísticament significatiu (pendent de la recta de 113,6 amb $p < 0,01$. Taules 3 i 4).

Aquest comportament ha estat similar al tenir en compte les taxes de mortalitat dels 38 barris de Barcelona. Així doncs, en tots els barris les TEM s'han mantingut estables

al llarg dels anys. No són estadísticament significatius els pendents dels 38 models de regressió lineal (Taula 3). Els barris amb més mortalitat han presentat unes TEM de més de 1.000 per 100.000 habitants i en canvi els barris amb menys mortalitat han arribat a presentar taxes de 700 per 100.000 habitants (Taula 2).

L'evolució de la mortalitat prematura no ha estat igual en tots els barris. En 15 barris hi ha existit un augment significatiu de la TAPVP (pendent de la recta amb $p < 0,05$). Aquest augment ha estat variable, així per exemple els pendents de les rectes han oscil·lat entre 671,6 al barri Gòtic i 147,6 al barri de la Sagrada Família.

En la resta de barris també hi ha hagut un augment de la mortalitat prematura, encara que no estadísticament significatiu. En 9 barris el pendent de la recta ha estat inferior a 100 (Taula 3 i 4).

3.1.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS ALS 38 BARRIS DE BARCELONA

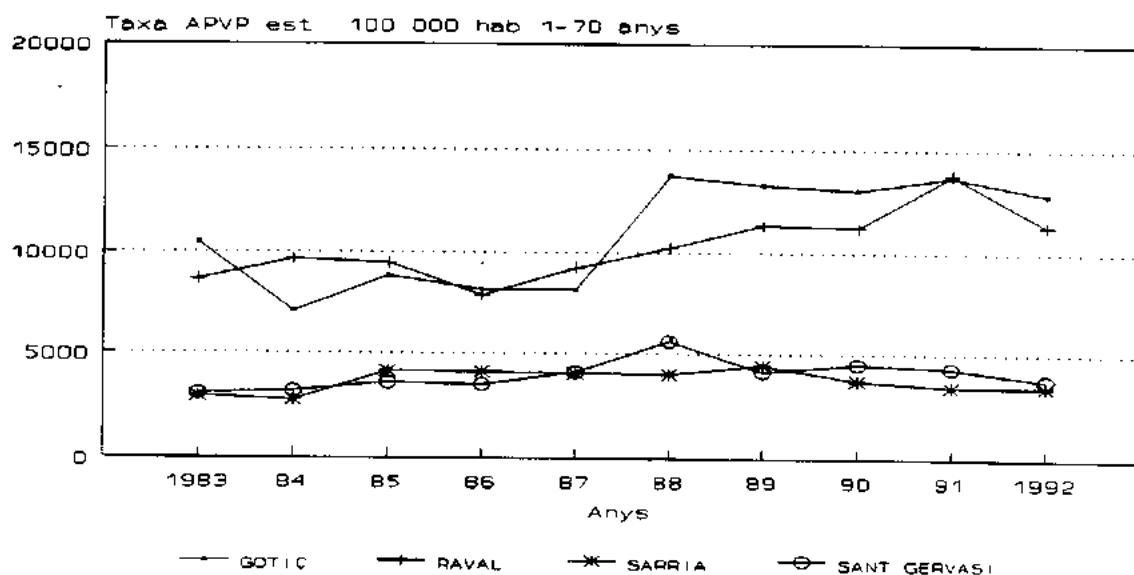
Durant els anys 1983-92 hi ha hagut diversos barris que han presentat repetidament un excés de mortalitat. Aquest fet s'ha detectat amb les taxes estandarditzades, però també amb la RMC i amb la RAPVP (Taula 5 i 6). Aquests barris són els quatre de Ciutat Vella (Barceloneta, Parc, Gòtic i Raval) i Montjuïc, Ciutat Meridiana i Bon Pastor. La majoria d'ells han presentat una RMC i una RAPVP superior a 100 de manera estadísticament significativa, ja que els seus intervals de confiança no han inclòs el valor 100. Els barris de Poble Sec, Zona Franca, Poblenou, Besòs i Vallvidrera també han presentat un excés de mortalitat algun dels anys.

Hi ha hagut barris que, durant la major part dels anys estudiats, han presentat una mortalitat més baixa que el conjunt de Barcelona. Aquests barris són l'Esquerra de l'Eixample, l'Estació Nord, Les Corts, Sant Gervasi, Sarrià, Gràcia i Congrés.

Els 19 barris restants han presentat unes taxes de mortalitat similars a les de tot Barcelona la major part dels anys.

La majoria de barris que han presentat un excés de mortalitat també han presentat l'augment més important de la mortalitat prematura, per tant, l'any 1992 les diferències en mortalitat prematura entre els barris amb més i menys mortalitat ha augmentat respecte a l'any 1983. Aquest fet es veu clarament al Gràfic 1, on es compara l'evolució de les TAPVP a dos dels barris amb més mortalitat (Gòtic i Raval) i a dos dels que n'han tingut menys (Sant Gervasi i Sarrià). S'observa com les desigualtats han augmentat, a més els pendents de les rectes de regressió dels barris Gòtic i Raval han estat molt més grans que les de Sant Gervasi i Sarrià (Taula 3).

Gràfic 1: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP als barris Gòtic, Raval, Sarrià i Sant Gervasi. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



Quan s'ha tingut en compte la desviació estàndard i el coeficient de variació de les TEM i les TAPVP als 38 barris per cada un dels anys, s'ha observat que pel que fa a les TEM s'han mantingut bastant estables o fins i tot han disminuït (el coeficient de variació ha passat de 0,20 l'any 1983 a 0,15 l'any 1992, Taula 2), però, tant la desviació estàndard com el coeficient de variació de les TAPVP, han tendit a augmentar (Taula 4). Aquests resultats recolzen el que s'ha comentat anteriorment:

que la mortalitat prematura ha evolucionat de manera diferent en els barris i a més les desigualtats entre alguns d'ells han augmentat.

3.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN MORTALITAT EN ELS BARRIS AMB BAIX NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC, RESPECTE A LA RESTA DE BARRIS

En primer lloc es descriu l'agrupació de barris amb baix nivell sòcio-econòmic, després l'evolució durant els anys 1983-1992 en les dues agrupacions de barris dels indicadors de mortalitat general, per continuar amb l'evolució de la mortalitat segons les causes de defunció i segons els grups d'edat.

3.2.1. AGRUPACIÓ DELS DIFERENTS BARRIS SEGONS NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC

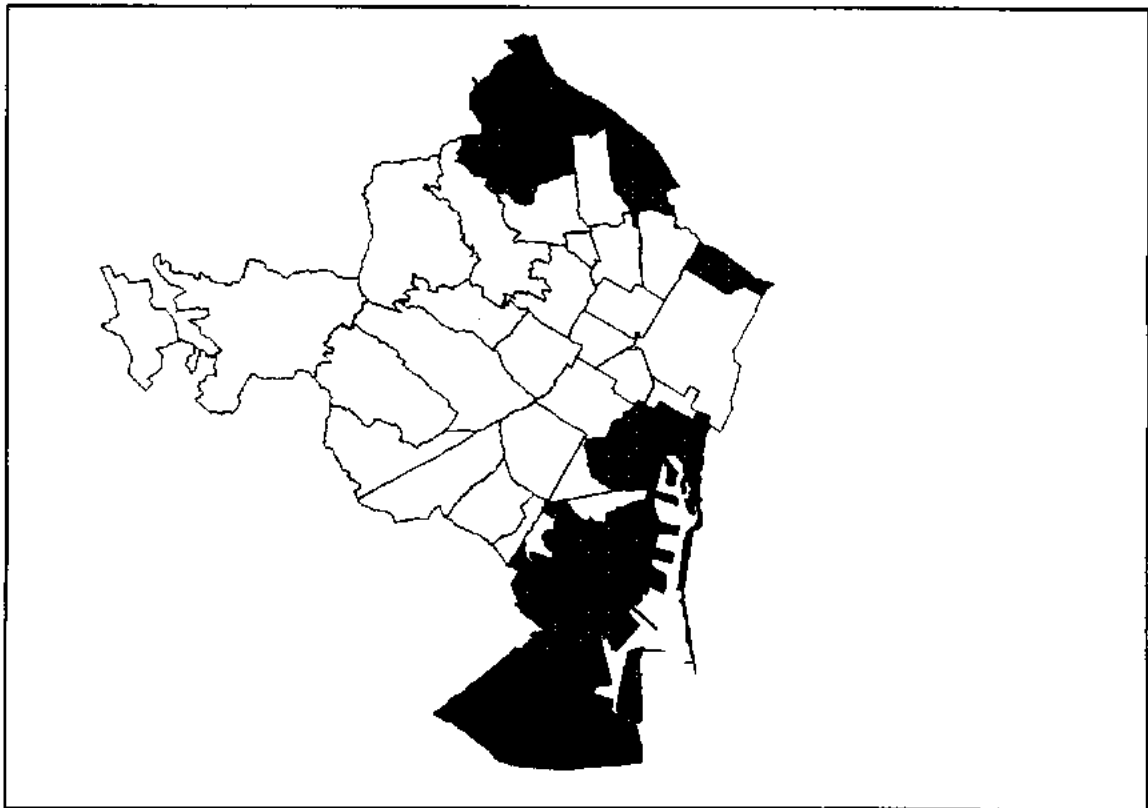
A les taules 7, 8 i 9 es presenten els resultats de les anàlisis de conglomerats realitzades, tenint en compte les variables sòcio-econòmiques dels padrons de 1981, 1986 i 1991. Els tres grups de barris amb pitjors indicadors sòcio-econòmics l'any 1986, han estat gairebé els mateixos barris dels grups pitjors dels anys 1981 i 1991.

Al tenir en compte també els indicadors de mortalitat (Taula 10) s'ha observat que en tots quatre grups amb baix nivell sòcio-econòmic hi ha hagut els mateixos barris menys el de Roquetes que ha quedat en un altre grup de barris. A més, el barri de Vallvidrera ha quedat sol en un grup, a causa dels elevats indicadors de mortalitat que ha presentat. Aquest augment de mortalitat ha estat degut a la gran quantitat de residències de gent gran que s'han establert al barri, fet que ja ha estat descrit anteriorment^{191 193}.

Encara que al tenir en compte els indicadors de mortalitat, el barri de Roquetes no s'ha agrupat amb els barris amb baix nivell socio-econòmic, si que ha quedat inclòs en les anàlisis amb els indicadors socio-econòmics dels 3 padrons (Taules 7, 8 i 9).

Finalment, els barris que s'han inclòs entre els barris amb baix nivell socio-econòmic han estat: Montjuïc, els quatre de Ciutat Vella (Barceloneta, Parc, Gòtic i Raval), Ciutat Meridiana, Bon Pastor, Trinitat Vella, Besòs, Zona Franca i Roquetes (Mapa 1).

Mapa 1. Barris de Barcelona. En gris els barris de baix nivell socio-econòmic



A la taula 11 hi consta la població que han tingut aquests barris durant cada un dels 3 anys de padró, on s'observa com els ha disminuït la població (ha passat de 335.097 habitants l'any 1981 a 285.603 l'any 1991) i ho ha fet menys en la resta de barris (ha

passat de 1.433.099 habitants l'any 1981 a 1.357.939 l'any 1991). La disminució ha estat més important als barris del districte de Ciutat Vella (Barceloneta, Parc, Gòtic i Raval) i Montjuïc; el barri de la Zona Franca és l'únic que ha presentat un augment de població durant aquests 10 anys.

Aquests 11 barris, els anys 1983-92 han tingut entre 2.700 i 3.400 defuncions anuals, el nombre de defuncions ha oscil·lat segons les causes de defunció a estudiar. Les causes que han tingut menys defuncions han estat la tuberculosi i la sobredosi, que alguns anys han tingut menys de 15 defuncions (vegeu les taules de l'Annex 1).

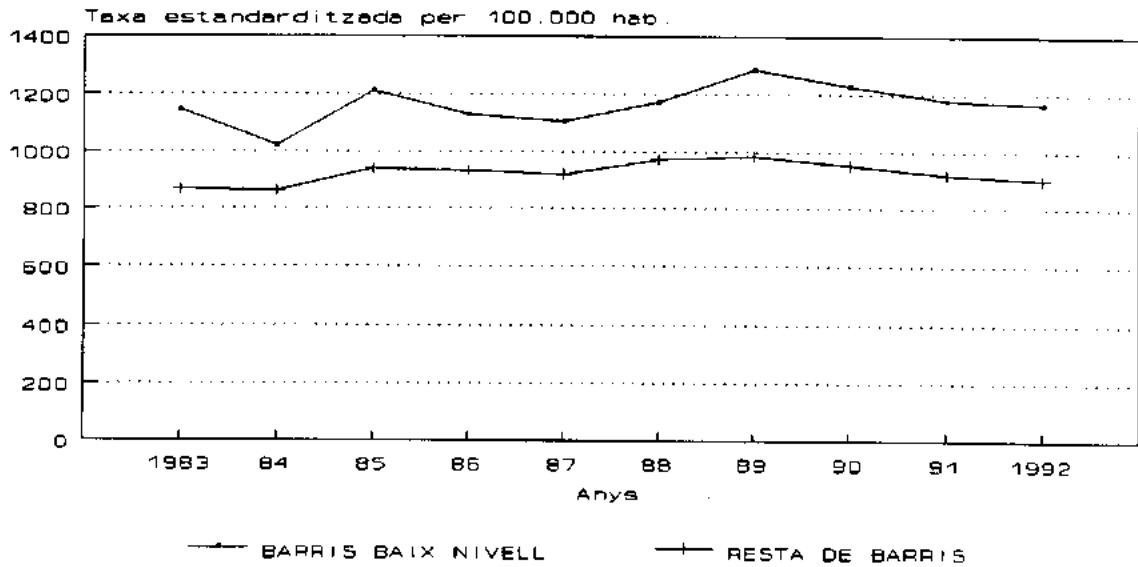
3.2.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LES DUES AGRUPACIONS DE BARRIS SEGONS LA MORTALITAT PER TOTES LES CAUSES

En aquest apartat es descriu l'evolució dels indicadors generals de mortalitat, com la taxa de mortalitat estandarditzada i la taxa d'APVP estandarditzada per a totes les causes conjuntament i l'esperança de vida al néixer en les dues agrupacions de barris.

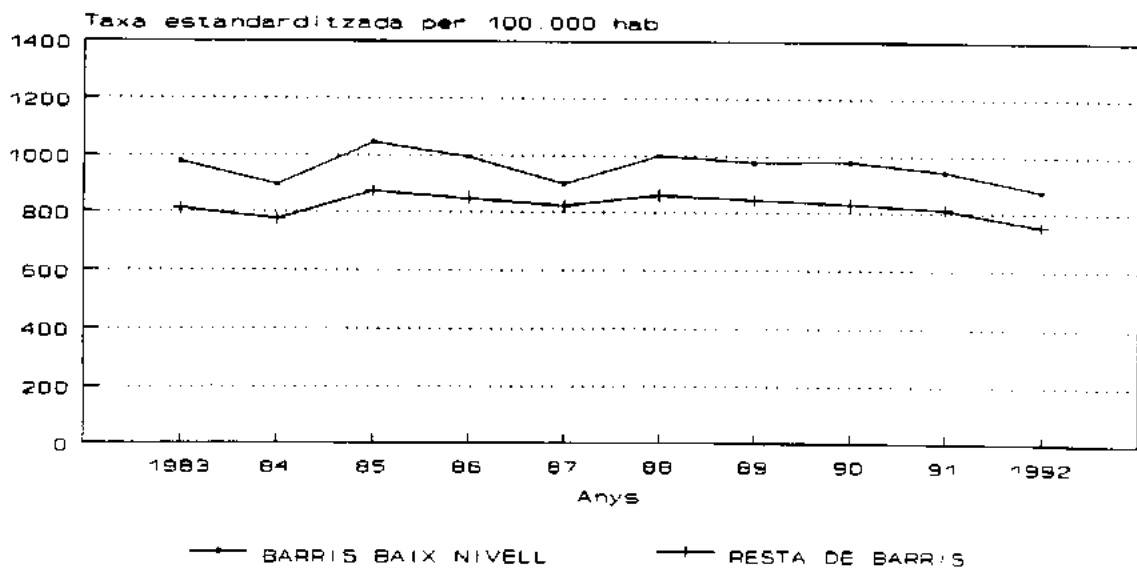
Taxa de mortalitat estandarditzada

Durant els anys 1983-1992 la TEM per totes les causes sempre ha estat superior als barris amb baix nivell socio-econòmic respecte a la resta de barris (Gràfics 2 i 3). Tal com s'observa a la Taula 12, les RMC, que comparen les taxes d'ambdues agrupacions de barris durant els 10 anys i en els dos sexes, han oscil·lat entre 109,3 i 131,9, i han estat sempre superiors a 100 de manera estadísticament significativa.

Gràfic 2: Evolució de la taxa estandarditzada en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 3: Evolució de la taxa estandarditzada en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



Als barris amb baix nivell socio-econòmic, en el sexe masculí la taxa ha passat de 1145,0 per 100.000 habitants l'any 1983 a 1166,6 l'any 1992 i, en les dones, de 978,2 l'any 1983 a 872,7 l'any 1992. En la resta de barris, les taxes han passat en els homes de 868,2 l'any 1983 a 903,9 l'any 1992 i en les dones de 811,1 a 753,4 (Taula 13). Tot i que en els homes les taxes han augmentat i en les dones han disminuït, aquestes tendències no han estat significatives (Taula 14).

Cal dir que les desigualtats entre les dues agrupacions de barris s'han mantingut constants al llarg d'aquests 10 anys.

Taxa d'anys potencials de vida perduts estandarditzada

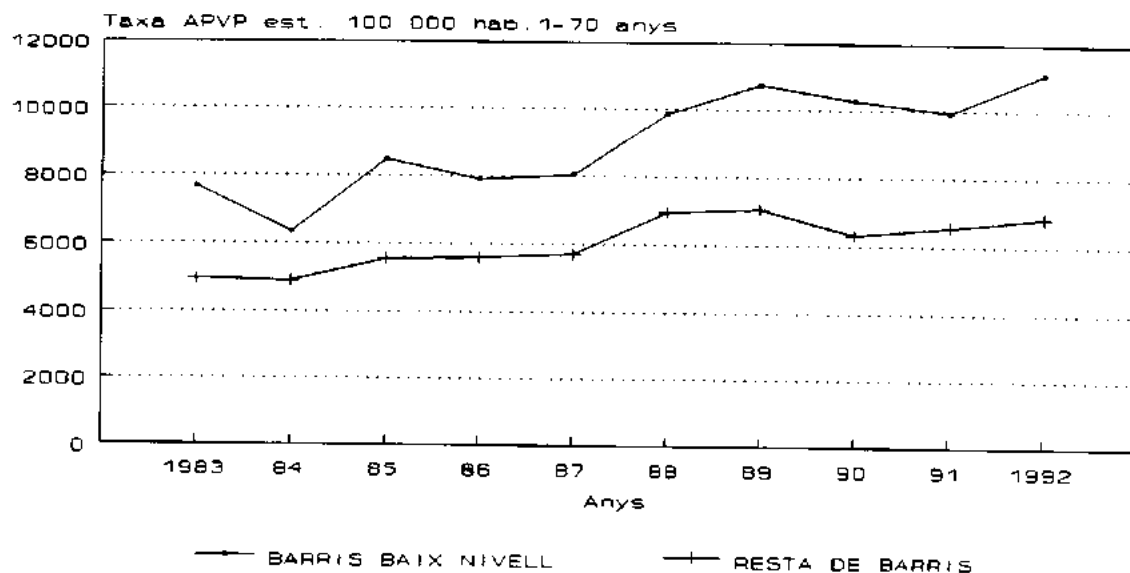
Durant els anys 1983-1992 la TAPVP per totes les causes sempre ha estat superior als barris amb baix nivell socio-econòmic, respecte a la resta de barris. Tal com s'observa a la Taula 15, les RAPVP que comparen les taxes d'ambdues agrupacions de barris han oscil·lat entre 130 i 160 i han estat més grans que les RMC; quasi sempre han estat superiors a 100 de manera estadísticament significativa.

En els barris amb baix nivell socio-econòmic, en el sexe masculí la TAPVP ha passat de 7.671,8 per 100.000 habitants d'1 a 70 anys l'any 1983 a 11.116,1 l'any 1992, i en les dones de 3678,2 l'any 1983 a 3815,4 l'any 1992. En la resta de barris, les taxes han passat en els homes de 4966,8 l'any 1983 a 6837,5 l'any 1992 i en les dones de 2571,5 a 2653,2 (Taula 13).

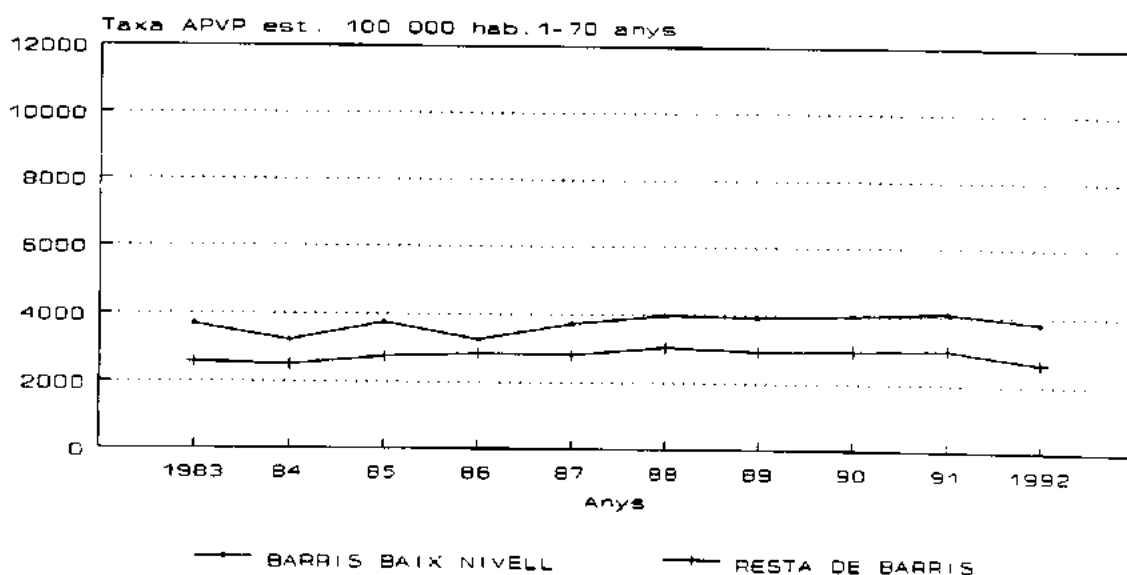
En els homes les TAPVP han augmentat durant aquests 10 anys i a més ho han fet diferencialment en les dues agrupacions de barris. L'augment ha estat més important en els barris amb baix nivell socio-econòmic, ja que el pendent de la recta ha estat de 458,3 ($p < 0,01$) en aquests barris i de 230,3 ($p < 0,01$) en la resta de barris, i la diferència entre aquests dos pendents ha estat estadísticament significativa. O sigui que les desigualtats entre les dues agrupacions de barris han augmentat (Gràfic 4). En

les dones, l'augment ha estat molt menor i a més no ha estat estadísticament significatiu (Gràfic 5, Taula 14).

Gràfic 4: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 5: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.

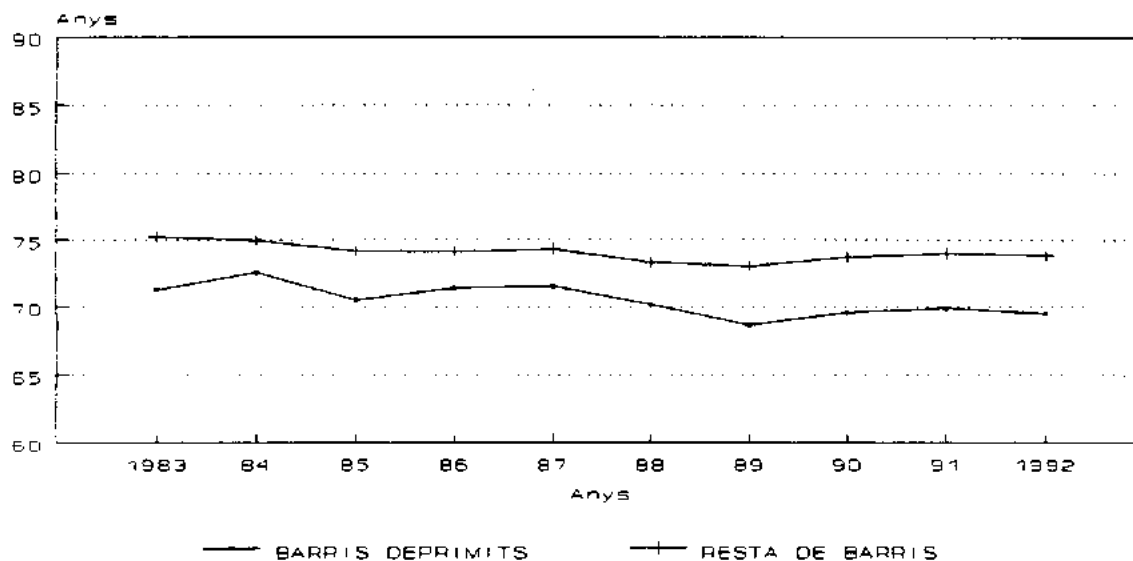


Esperança de vida en néixer

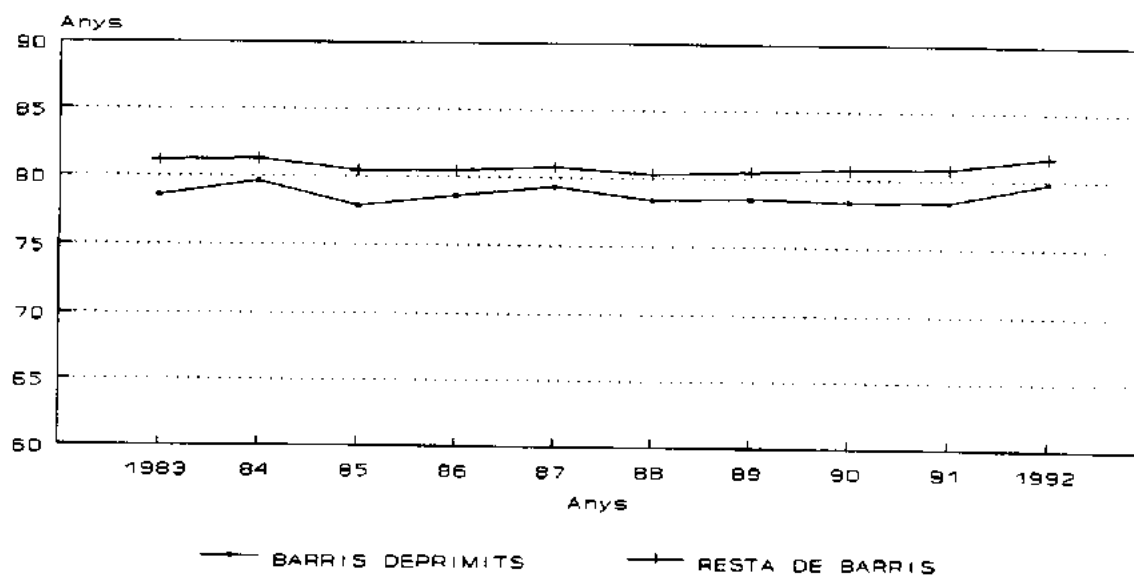
Durant els anys 1983-1992 l'esperança de vida en néixer sempre ha estat inferior als barris amb baix nivell socio-econòmic respecte a la resta de barris (Gràfics 6 i 7). Les diferències durant aquests 10 anys en els homes han oscil·lat entre 2,43 i 4,31 anys i en les dones entre 1,42 i 2,59 (Taula 16).

En els barris amb baix nivell socio-econòmic, en el sexe masculí l'esperança de vida ha passat de 71,25 anys l'any 1983 a 69,52 l'any 1992 i, en les dones, de 78,58 l'any 1983 a 79,82 l'any 1992. En la resta de barris, l'esperança de vida en els homes ha passat de 75,25 l'any 1983 a 73,83 l'any 1992 i en les dones de 81,11 a 81,65 (Taula 16).

Gràfic 6: Evolució de l'esperança de vida en néixer en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 7: Evolució de l'esperança de vida en néixer en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



L'esperança de vida en el sexe masculí ha disminuït en les dues agrupacions de barris. Tot i que la disminució ha estat més important en els barris amb baix nivell socioeconòmic, al comparar els dos pendents de les rectes de regressió no hi ha hagut diferències estadísticament significatives (Taula 14).

3.2.3. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LES DUES AGRUPACIONS DE BARRIS SEGONS LES CAUSES DE DEFUNCIÓ

En aquest apartat es descriu l'evolució de la mortalitat segons els diferents grans grups de causes de la CIM-9 i, dins de cada gran grup, es comenta l'evolució de la mortalitat segons les causes específiques.

Malalties infeccioses

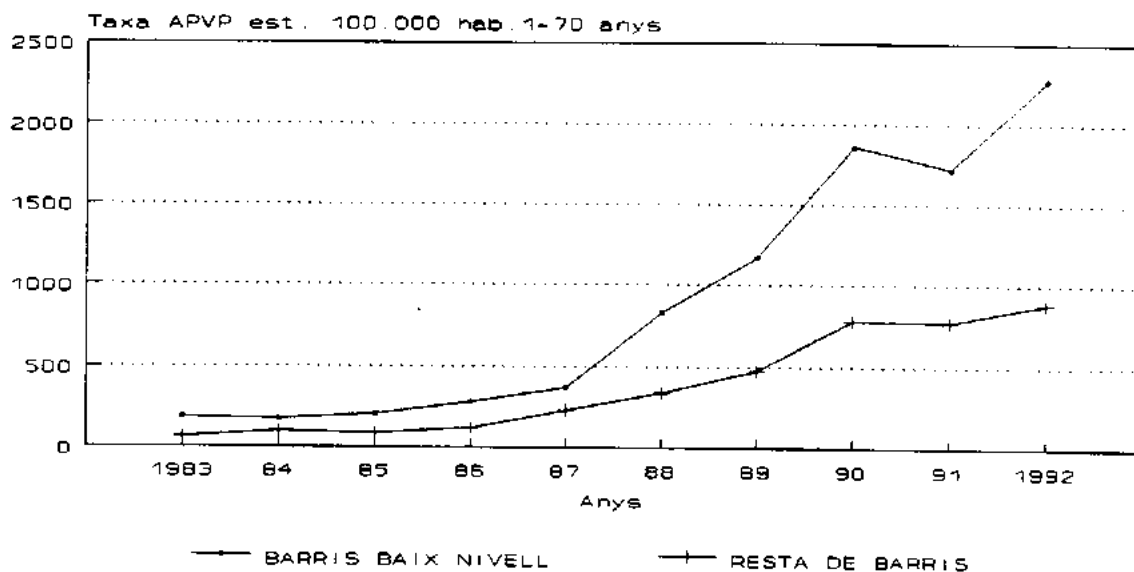
Durant els anys 1983-92 la mortalitat per malalties infeccioses ha augmentat molt, per causa de l'aparició de la SIDA, la qual es comptabilitza en les estadístiques de mortalitat, a la ciutat de Barcelona, des de l'any 1986.

Així doncs, als barris amb baix nivell socio-econòmic, la TEM per malalties infeccioses ha passat de 8,5 per 100.000 habitants l'any 1983 a 47,2 l'any 1992, i en la resta de barris, de 4,5 a 21,9 (Taula 17). Cal dir que les taxes han estat molt més elevades en el sexe masculí, encara que l'augment s'ha produït en tots dos sexes. Aquest augment tan important ha quedat representat amb uns pendents de les rectes de regressió de 4,4 en els barris amb baix nivell socio-econòmic i d'1,9 en la resta de barris, les quals han estat diferents ($p < 0,01$) i per tant l'augment ha estat més important als barris amb baix nivell socio-econòmic (Taula 18). Aquestes diferències també s'han observat amb les RMC que comparen les taxes estandarditzades en els dos grups de barris, que al llarg dels 10 anys han anat augmentant, ja que l'any 1992 ha estat de 214,8, el valor més alt dels 10 anys (Taula 12).

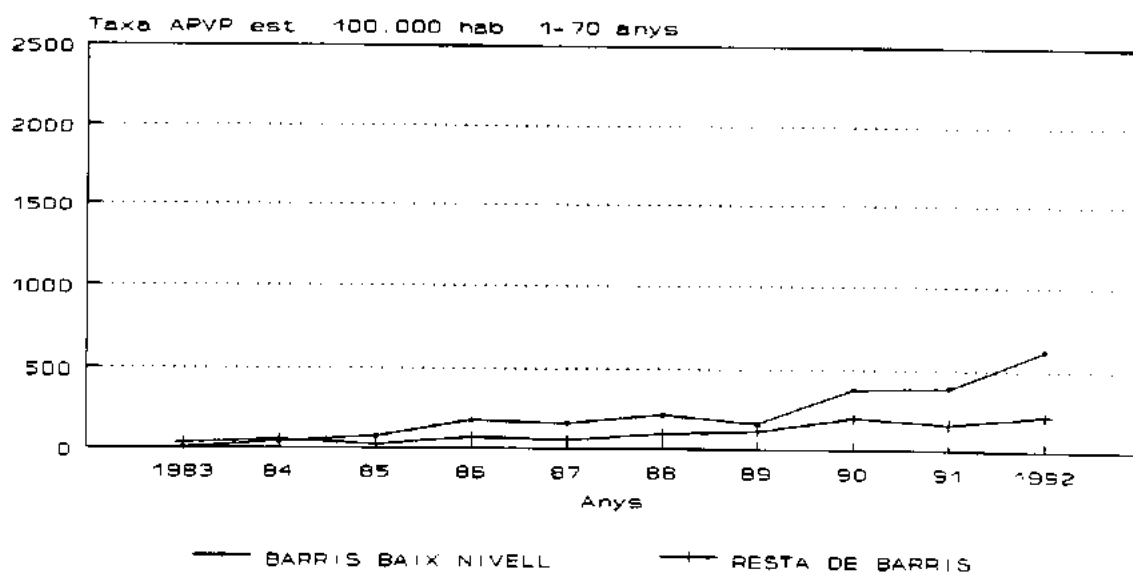
Aquest augment tant important de la mortalitat per malalties infeccioses, també s'ha observat al tenir en compte la mortalitat prematura, ja que la TAPVP s'ha multiplicat per 15,4 en els barris amb baix nivell socio-econòmic (ha passat de 94,7 a 1466,6 per 100.000 habitants d'1 a 70 anys) i per 11,4 en la resta de barris (ha passat de 47,5 a 541,6). Sempre han estat molt més elevades les taxes del sexe masculí (Taula 17 i Gràfics 8 i 9). El pendent de les rectes de regressió ha estat més elevat en els barris amb baix nivell socio-econòmic (155,3, $p < 0,01$) que en la resta de barris (60,1, $p < 0,01$) cosa que també ha fet que augmentessin les distàncies entre ells.

Cal dir que aquest comportament ha estat similar en cada un dels dos sexes per separat, tot i que les dones han tingut unes taxes de mortalitat molt més baixes.

Gràfic 8: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per malalties infeccioses en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



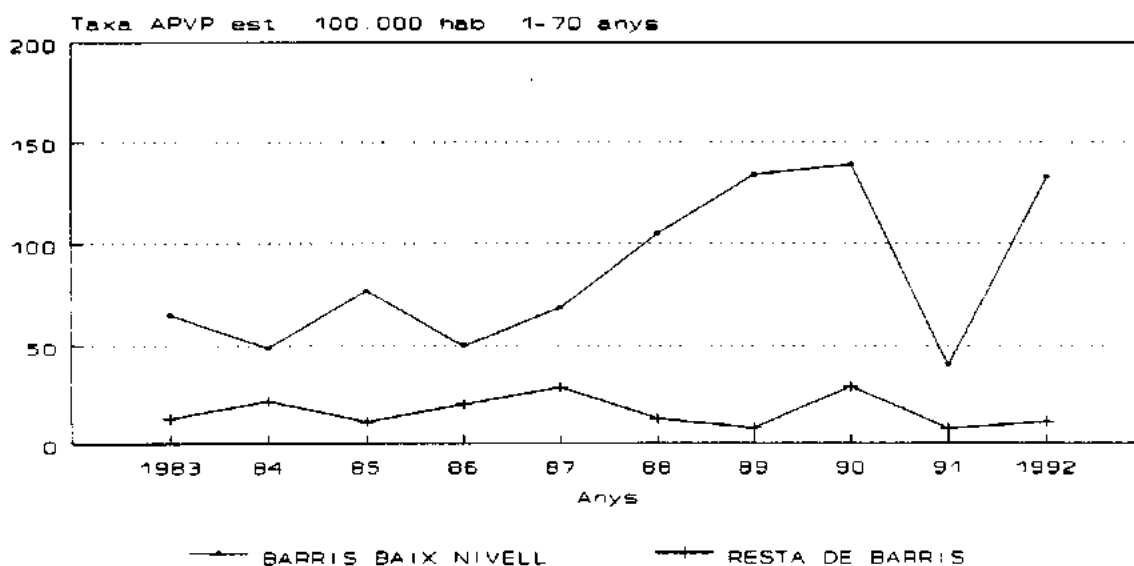
Gràfic 9: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per malalties infeccioses en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



La tuberculosi ha estat una causa de mort amb poc nombre de defuncions, però és la causa més desigualment distribuïda, ja que els barris amb baix nivell socio-econòmic han tingut taxes més altes i més mortalitat prematura, tal com s'ha observat a través dels valors de les RMC i les RAPVP al llarg dels anys, que han estat els més elevats entre totes les causes estudiades (Taules 12 i 15).

Durant els anys 1983-1992 les TEM i les TAPVP per tuberculosi han augmentat lleugerament als barris amb baix nivell socio-econòmic (pendents positius de la recta). En canvi en la resta de barris han tendit a disminuir. De totes maneres ni aquests pendents ni les diferències entre ells han estat estadísticament significatius (Taula 18 i Gràfic 10).

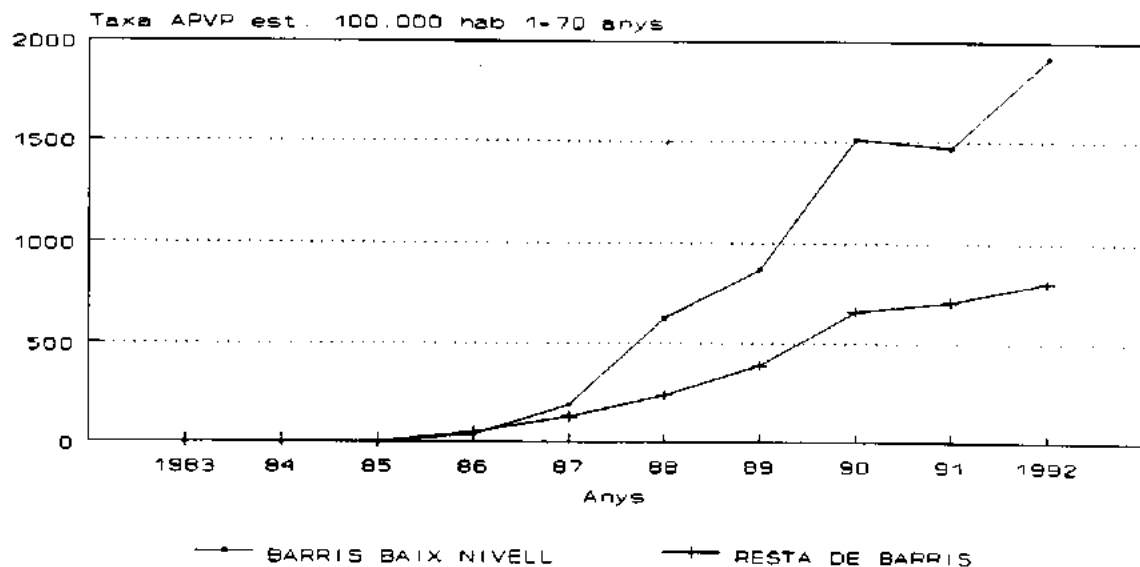
Gràfic 10: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per tuberculosi en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



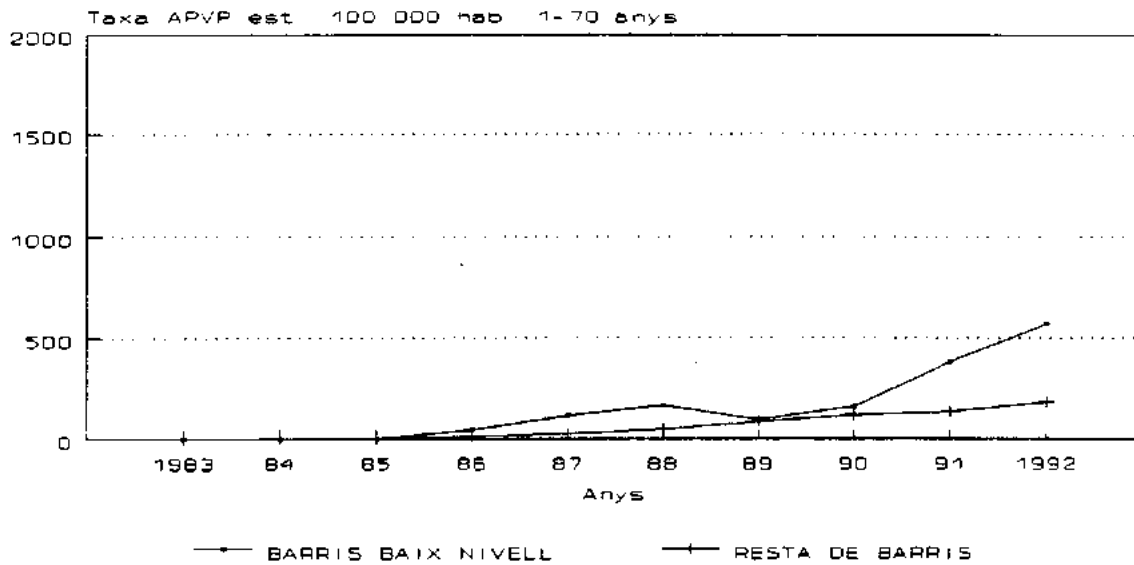
Tal com s'ha comentat anteriorment la **SIDA** ha estat la malaltia responsable del gran augment de la mortalitat per malalties infeccioses i sempre ha estat molt més elevada en el sexe masculí, encara que el comportament en el sexe femení ha estat similar.

La TEM per SIDA ha passat d'1,3 per 100.000 habitants l'any 1986 a 32,7 l'any 1992 als barris amb baix nivell socio-econòmic, i de 0,92 a 13,9 a la resta de barris. La TAPVP ha passat de 44,9 per 100.000 habitants de 1 a 70 anys a 1260,8 als barris amb baix nivell socio-econòmic, i de 33,6 a 482,7 a la resta de barris (Taula 20). Els pendents de les rectes de model de regressió han estat més grans de manera estadísticament significativa als barris amb baix nivell socio-econòmic (pendents TEM: 3,6 i 1,6; pendents TAPVP 143,9 i 59,2) cosa que indica per tant que han augmentat les desigualtats entre les dues agrupacions de barris (Taula 18 i Gràfics 11 i 12).

Gràfic 11: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per SIDA en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 12: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per SIDA en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



Tumors

En el cas del total de tumors també ha existit un excés de mortalitat als barris amb baix nivell socio-econòmic, cosa que s'observa per les elevades RMC i RAPVP al llarg dels anys (Taules 12 i 15).

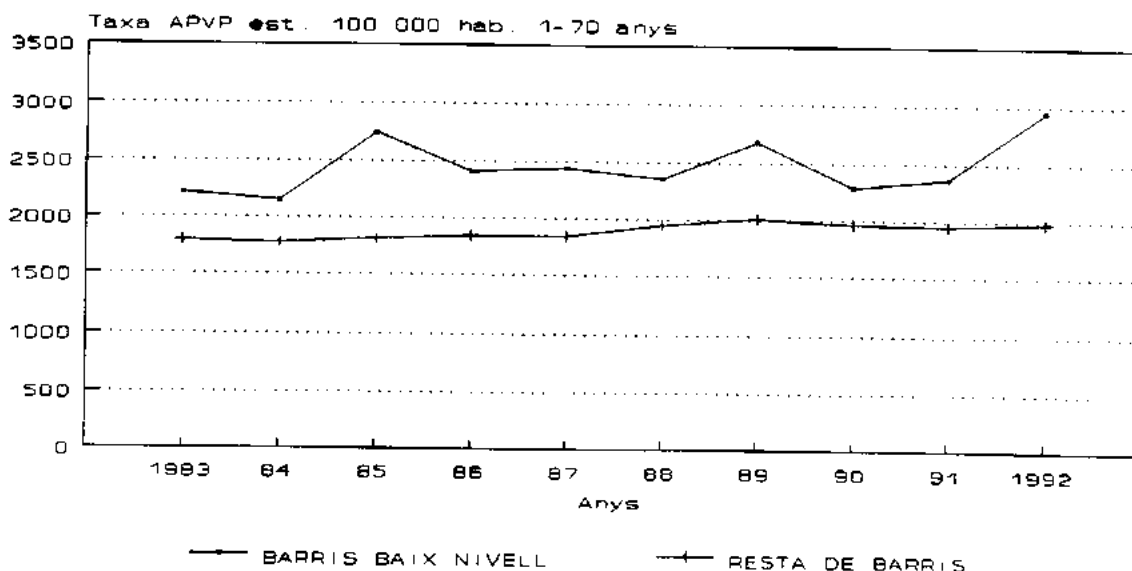
La TEM per tumors ha passat de 257,1 per 100.000 habitants a 294,9 als barris amb baix nivell socio-econòmic, i de 222,4 a 241,6 a la resta de barris (Taula 21). La taxes han estat més elevades i han presentat un augment més important en el sexe masculí, el pendent de la recta és de 4,9 en els barris amb baix nivell socio-econòmic i de 3,5 en la resta (aquests pendents no han estat estadísticament diferents) (Taula 22).

La TAPVP ha passat de 1846,2 a 2134,2 per 100.000 habitants d'1 a 70 anys als barris amb baix nivell socio-econòmic, i de 1497,6 a 1541,5 a la resta de barris. Aquest augment ha estat degut al sexe masculí, ja que en les dones la mortalitat prematura per tumors s'ha mantingut i a més no ha presentat desigualtats entre les

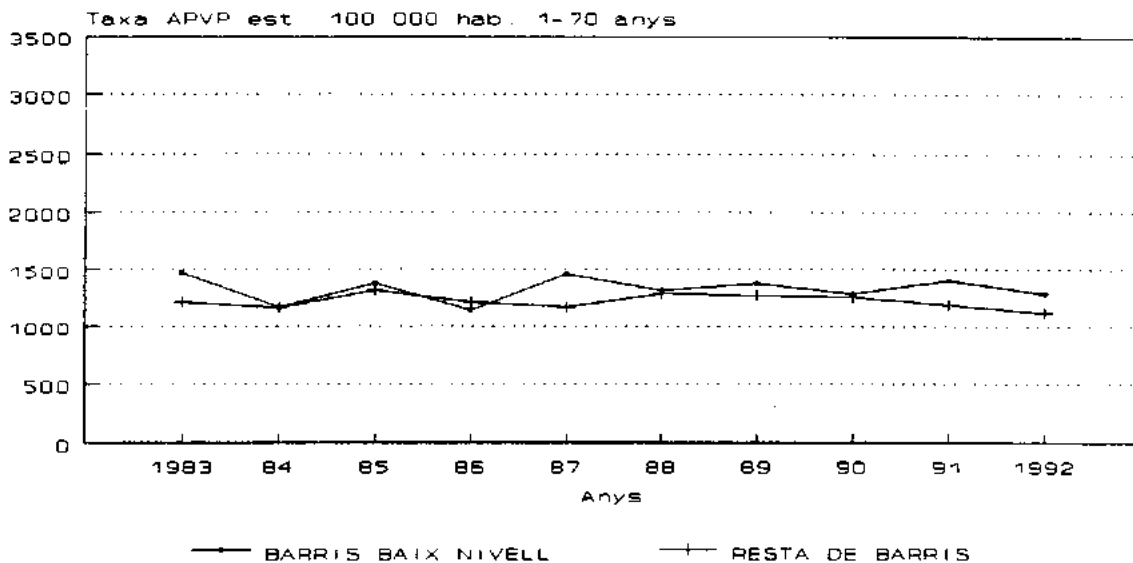
dues localitzacions geogràfiques (Gràfics 13 i 14). En els homes, els pendents de la recta han estat de 39,9 ($p > 0,05$ (NS)) en els barris de baix nivell socio-econòmic i de 25,6 ($p < 0,01$) en la resta (Taula 22).

Quant a les principals localitzacions tumorals estudiades, cal destacar que així com el Tumor Maligne (TM) de pulmó i el TM d'estómac han presentat un excés de mortalitat, sobretot en els homes en els barris amb baix nivell socio-econòmic, la major part dels anys, això no ha passat amb el TM de colon i recte i amb el TM de la mama de la dona, els quals han presentat mortalitat similar en les dues agrupacions geogràfiques (Taula 12 i 15).

Gràfic 13: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per tumors en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.

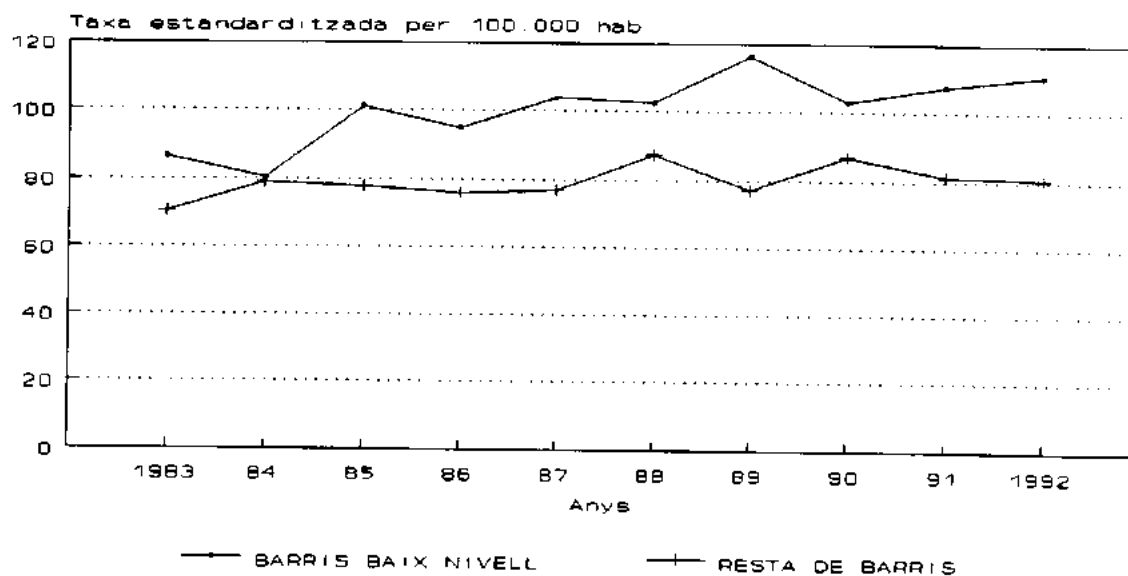


Gràfic 14: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per tumors en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



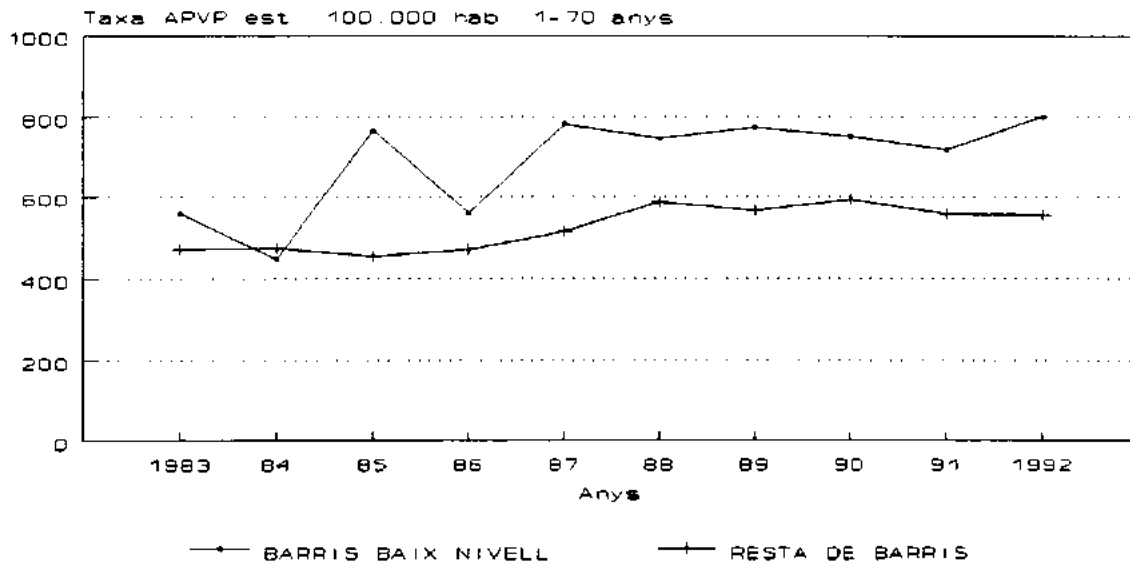
El **TM de pulmó** ha tingut unes taxes molt més elevades en el sexe masculí que no pas en el femení. Així, en els homes dels barris amb baix nivell socio-econòmic ha passat d'una TEM de 86,5 per 100.000 habitants a una de 110,6, i en la resta de barris de 70,4 a 80,7 (Taula 23). Els pendents de les rectes han estat de 2,9 ($p < 0,01$) i 1,0 ($p = 0,06$) respectivament i han estat diferents entre ells ($p = 0,04$), o sigui que l'augment de la mortalitat ha estat més important als barris amb baix nivell socio-econòmic i, per tant, han augmentat les desigualtats entre les dues agrupacions de barris (Taula 22 i Gràfic 15).

Gràfic 15: Evolució de la taxa estandarditzada per tumor maligne de pulmó en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Pel que fa a la mortalitat prematura, també ha existit un augment de les TAPVP en els homes. Els pendents de la recta són de 28,1 ($p=0,03$) en els barris amb baix nivell socio-econòmic i de 14,4 ($p<0,01$) en la resta de barris. En aquest cas, però, la diferència entre tots dos pendents no ha estat estadísticament significativa (Taula 22 i Gràfic 16).

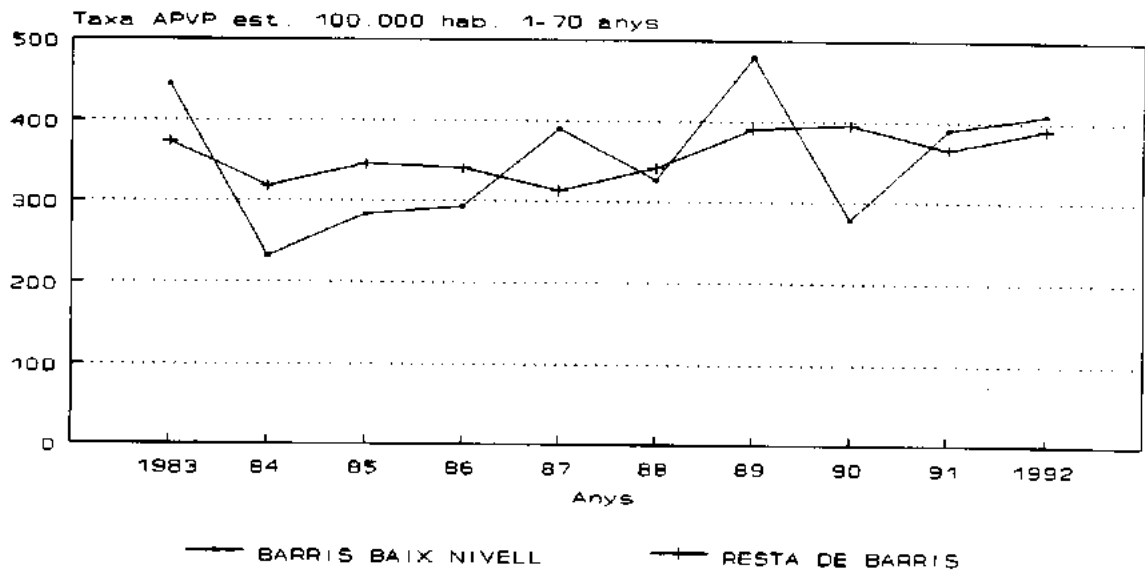
Gràfic 16: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per tumor maligne de pulmó en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



El TM de la mama de la dona ha presentat unes TEM molt similars en les dues agrupacions geogràfiques, les quals han augmentat, encara que només ho han fet de manera estadísticament significativa en els barris més benestants (pendent de 0,82 ($p < 0,01$)). El pendent de la recta és d'1,2 (p NS) en els barris amb baix nivell socioeconòmic (Taules 24 i 22).

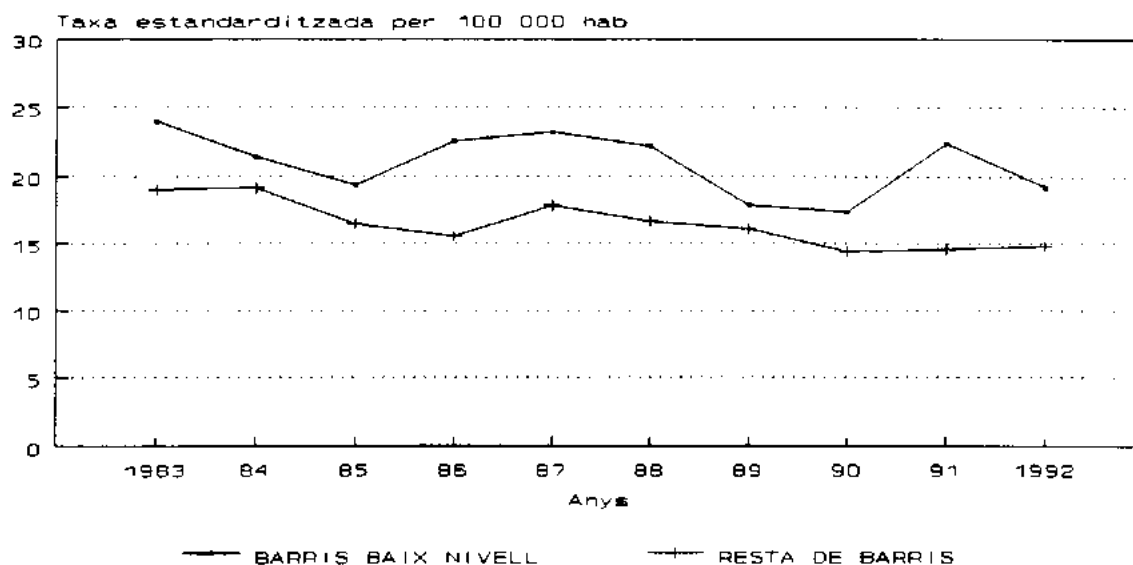
En canvi la mortalitat prematura per TM de la mama no ha augmentat, les TAPVP s'han mantingut entre 250 i 500 per 100.000 dones d'1 a 70 anys durant els diferents anys en totes dues agrupacions geogràfiques (Taula 24 i Gràfic 17).

Gràfic 17: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per tumor maligne de mama en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



El TM d'estómac ha disminuït en l'agrupació de barris més benestants, la seva TEM ha passat de 19,0 per 100.000 habitants a 14,8 (pendent de -0,48, $p < 0,01$). Aquesta disminució ha ocorregut en tots dos sexes, tot i que el sexe masculí sempre ha tingut unes TEM més elevades. En canvi en els barris amb baix nivell socioeconòmic les TEM han presentat fluctuacions importants al llarg dels anys i sembla que la disminució no ha estat tan evident, encara que en aquest cas l'ajust de la recta no ha estat gaire bo (R^2 de 0,23) (Taules 25 i 22 i Gràfic 18).

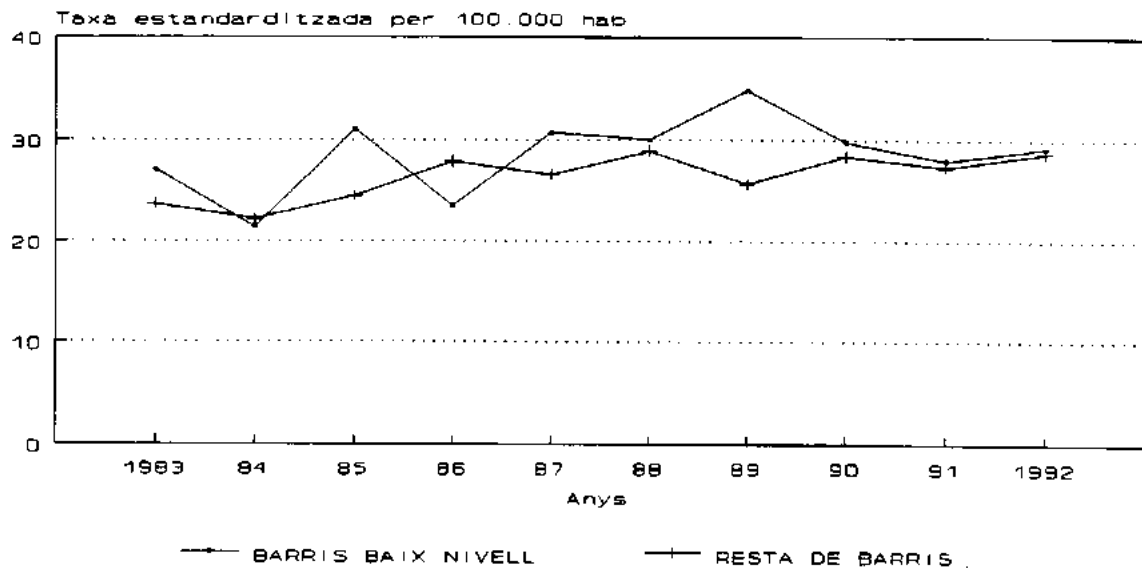
Gràfic 18: Evolució de la taxa estandarditzada per tumor maligne d'estómac en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



Un fet similar ha ocorregut amb la mortalitat prematura, mentre que en els barris benestants ha disminuït la TAPVP, sobretot en els homes (pendent de $-3,0$, $p=0,01$), en els barris amb baix nivell socio-econòmic les fluctuacions que hi ha hagut no permeten dir el mateix: novament l'ajust de la recta és molt dolent (Taules 25 i 22).

Els TM de colon i recte han presentat TEM similars en les dues agrupacions geogràfiques, ha oscil·lat entre 20 i 35 per 100.000 habitants al llarg dels anys, en tots sexes i en les dues agrupacions geogràfiques. En els barris benestants, les taxes han augmentat lleugerament, amb un pendent de la recta de $0,59$ ($p=0,01$), cosa que no ha estat tan clara en els altres barris (pendent de $0,56$, p NS) (Taules 26 i 22 i Gràfic 19).

Gràfic 19: Evolució de la taxa estandarditzada per tumor maligne de colon i recte en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



Al tenir en compte la mortalitat prematura, les TAPVP han presentat fluctuacions en les dues agrupacions de barris i l'augment només ha estat estadísticament significatiu en el cas dels homes dels barris benestants (Taula 26 i 22).

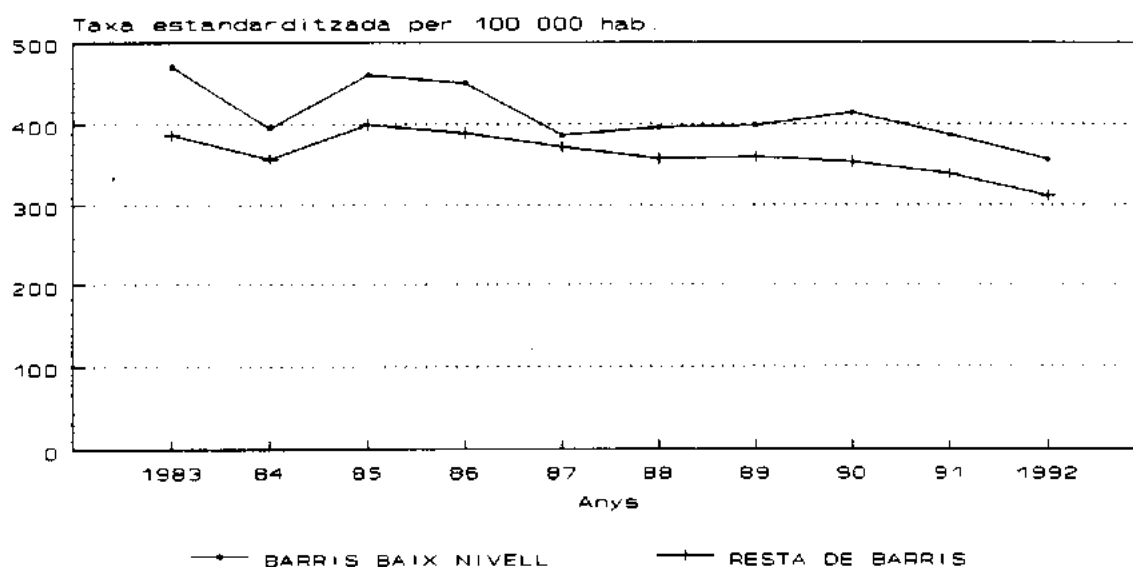
Malalties de l'aparell circulatori

Les malalties de l'aparell circulatori han presentat taxes de mortalitat més elevades als barris amb baix nivell socio-econòmic, cosa que s'ha expressat amb RMC entre 110 i 120 (a excepció de l'any 1987 que ha estat al voltant de 100) (Taula 12). Les desigualtats en la mortalitat prematura han estat encara més importants, tal com s'observa a la Taula 15 on hi ha RAPVP que han arribat fins a 195.

Aquestes desigualtats també s'han detectat al tenir en compte les principals causes de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, les malalties cerebrovasculars i la malaltia isquèmica del cor (Taula 12 i 15).

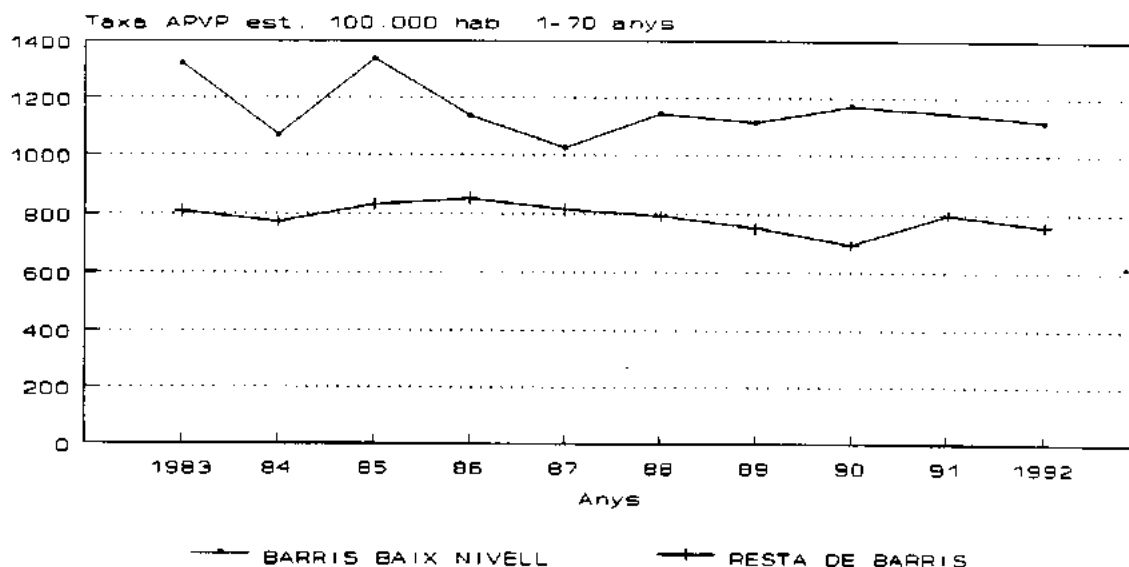
Durant els anys 1983-1992, les TEM pel total de malalties de l'aparell circulatori han passat de 471,3 per 100.000 habitants a 357,6 en els barris amb baix nivell socioeconòmic i de 386,7 a 311,9 a la resta de barris. Aquesta davallada s'ha manifestat amb pendents negatius i significatius de les rectes de regressió que han estat de -8,8 ($p=0,02$) i -6,8 ($p<0,01$) en les dues agrupacions geogràfiques (Taules 27 i 28). De fet, tal com s'observa al Gràfic 20 les taxes han disminuït molt paral·lelament.

Gràfic 20: Evolució de la taxa estandarditzada per malalties de l'aparell circulatori en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



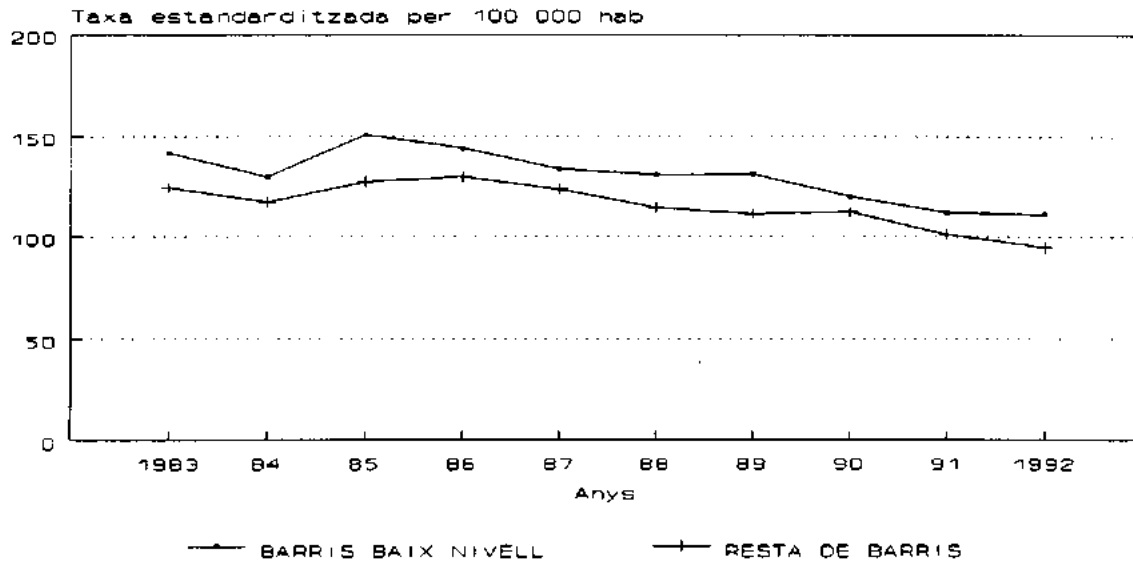
Al tenir en compte la mortalitat prematura les TAPVP s'han mantingut estables, tal com s'observa a les Taules 27 i 28 i al Gràfic 21, i es manté també bastant paral·lela l'evolució de les dues agrupacions de barris.

Gràfic 21: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per malalties de l'aparell circulatori en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



Cal destacar que les taxes de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori han estat més elevades al sexe femení, però, al tenir en compte la mortalitat prematura, el sexe masculí ha pres més importància. Aquest fet també ha passat en la mortalitat per malaltia cerebrovascular i, en canvi, la mortalitat per malaltia isquèmica del cor sempre ha estat més elevada en el sexe masculí.

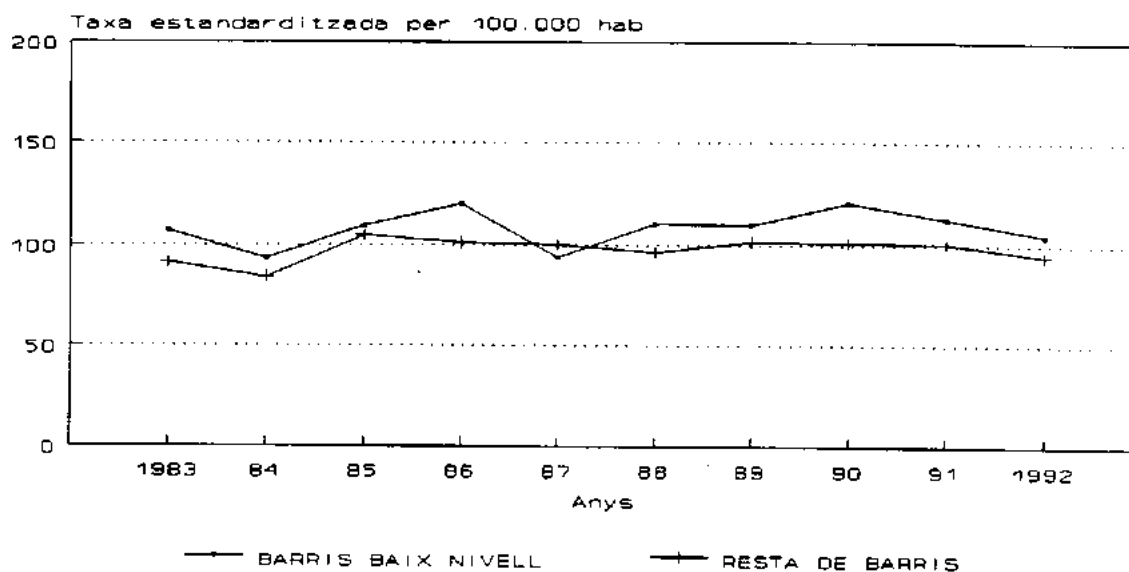
La TEM per malaltia cerebrovascular ha tingut un comportament similar al total de malalties de l'aparell circulatori. Així doncs, en els barris amb baix nivell socio-econòmic ha passat d'una taxa de 141,8 per 100.000 habitants a una de 111,6, i en la resta de barris de 124,8 a 94,8. Els pendents, doncs, han estat negatius, i estadísticament significatius; en els homes la disminució ha estat més important als barris amb baix nivell socio-econòmic (pendent de -4,4 $p < 0,01$) que a la resta de barris (pendent de -2,10 $p < 0,01$). La diferència entre els dos pendents és estadísticament significativa i, per tant, han disminuït les desigualtats per aquesta causa entre les dues agrupacions de barris (Taula 29, 28 i Gràfic 22).

Gràfic 22: Evolució de la taxa estandarditzada per malaltia cerebrovascular en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.

La mortalitat prematura per aquesta malaltia ha tingut un comportament similar. De fet, les TAPVP han fluctuat més al llarg dels anys, però tot i això s'han mantingut bastant estables en els barris benestants (pendent de $-1,7$, NS), mentre que han presentat una tendència decreixent en els barris amb baix nivell socio-econòmic (pendent de $-12,1$, $p=0,02$). Es pot dir que les desigualtats entre les dues unitats geogràfiques han disminuït, tot i que la diferència entre els pendents només ha estat estadísticament significativa per al sexe masculí (Taula 28).

La malaltia isquèmica del cor ha presentat una mortalitat bastant estable al llarg dels 10 anys, tant al tenir en compte les TEM com la mortalitat prematura i per tant les desigualtats entre les dues agrupacions geogràfiques han estat estables (Taules 30 i 28 i Gràfic 23).

Gràfic 23: Evolució de la taxa estandarditzada per malaltia isquèmica del cor en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.

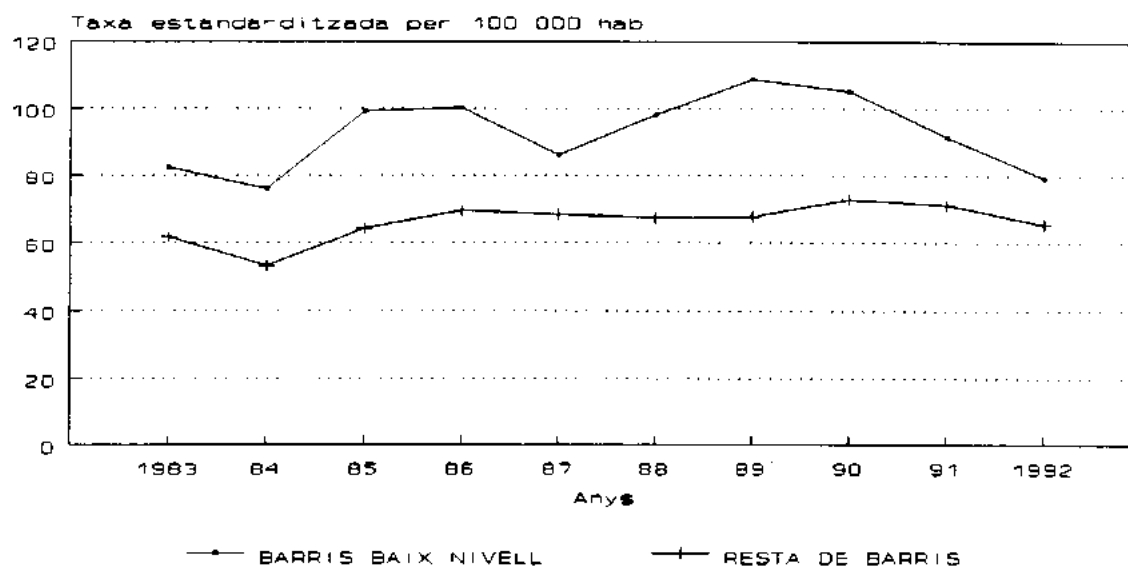


Malalties de l'aparell respiratori

El total de malalties de l'aparell respiratori, i sobretot la pneumònia, i menys la bronquitis, l'emfisema i l'asma han presentat un excés de mortalitat en els barris amb baix nivell socio-econòmic respecte a la resta de barris, i aquest fet ha estat més marcat encara al tenir en compte la mortalitat prematura (Taules 12 i 15).

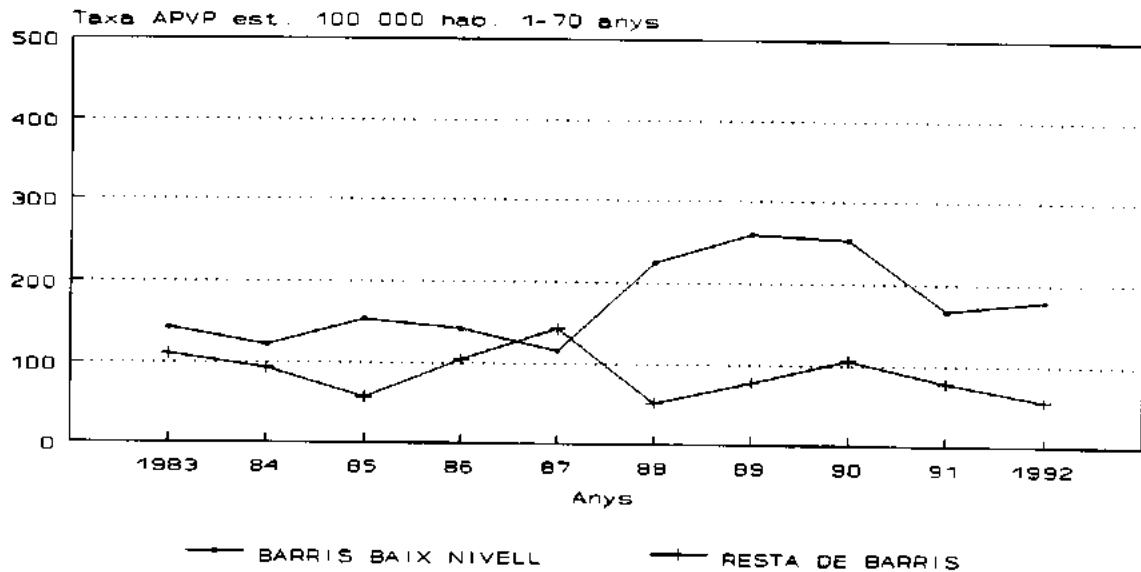
En els barris benestants les TEM per malalties de l'aparell respiratori han augmentat en els homes (pendent de 2,4, $p < 0,01$), mentre que s'han mantingut constants en les dones. En canvi, en els barris amb baix nivell socio-econòmic les TEM han presentat fluctuacions al llarg dels anys (Taules 28, 31 i Gràfic 24).

Gràfic 24: Evolució de la taxa estandarditzada per malalties de l'aparell respiratori en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



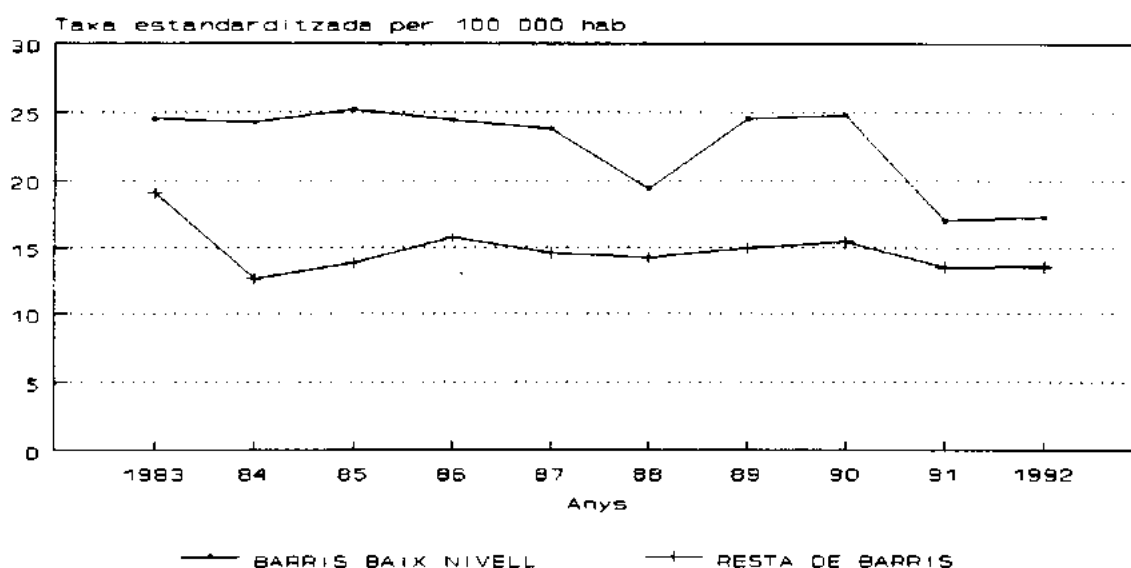
Al tenir en compte la mortalitat prematura, s'ha observat un comportament diferent entre els homes i les dones. En les dones dels barris amb baix nivell socio-econòmic les TAPVP han augmentat (pendent de 9,7 p NS) i en canvi en la resta de barris hi ha hagut una tendència a la disminució (pendent en les dones de -3,2 p NS). Els pendents de les rectes són diferents ($p = 0,05$), per tant, han augmentat les desigualtats (Gràfic 25). Aquest fet no s'ha observat en els homes que no han presentat diferències en les tendències de les TAPVP de les dues agrupacions de barris (Taules 28 i 31).

Gràfic 25: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per malalties de l'aparell respiratori en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



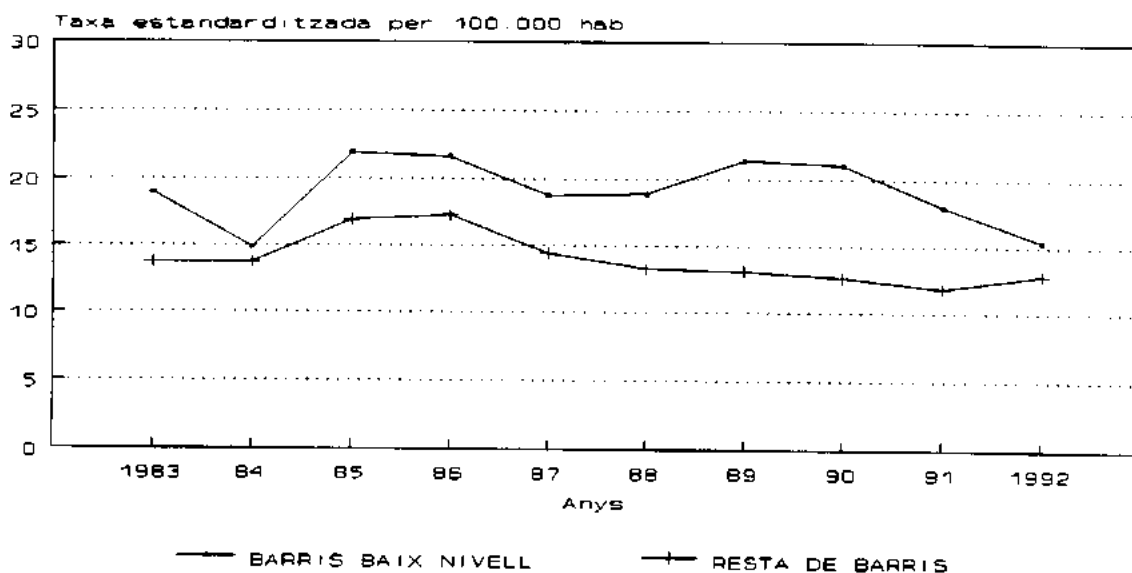
La **pneumònia** en els barris amb baix nivell socio-econòmic ha disminuït lleugerament, les taxes han passat de 24,5 per 100.000 habitants l'any 1983, a 17,3 l'any 1992 (pendent de -0,74, $p=0,03$). En la resta de barris la TEM ha disminuït menys (pendent de -0,23, NS), o sigui que les desigualtats entre les dues zones han tendit a disminuir. Al tenir en compte la mortalitat prematura no hi ha hagut tendències evidents, tot i que les oscil·lacions en les taxes dels barris amb baix nivell socio-econòmic han estat importants (Taula 32, 28 i Gràfic 26).

Gràfic 26: Evolució de la taxa estandarditzada per pneumònia en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.

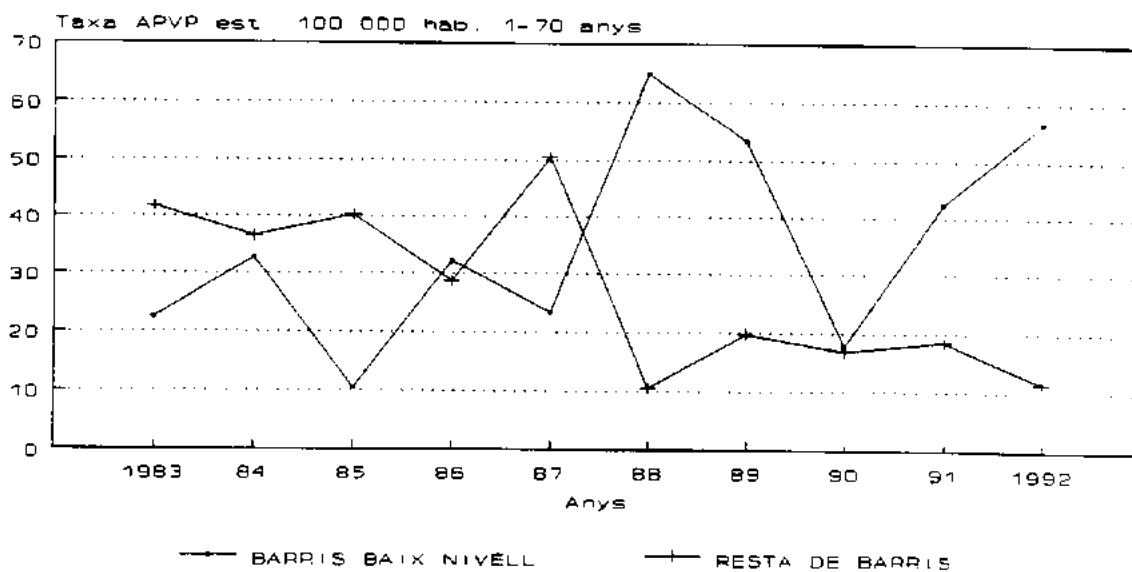


Les TEM per bronquitis, emfisema i asma s'han mantingut estables en les dues agrupacions geogràfiques (Taula 33, 28 i Gràfic 27). En relació a la mortalitat prematura, cal destacar el comportament diferent dels dos sexes. En els homes les TAPVP han presentat oscil·lacions importants. En les dones les TAPVP dels barris benestants han disminuït (pendent de -3,53, $p = 0,01$), mentre que les dels barris amb baix nivell socio-econòmic han tendit a augmentar (pendent de 3,12, p NS); tot i les fluctuacions de les taxes, els primers anys de l'estudi eren més elevades en els barris benestants i aquesta relació es va invertir l'any 1988, per passar a ser més elevades en els barris amb baix nivell socio-econòmic. O sigui que, per aquesta causa de defunció, les desigualtats en les dones entre les dues agrupacions de barris han augmentat (Taula 33 i 28 i Gràfic 28).

Gràfic 27: Evolució de la taxa estandarditzada per bronquitis, emfisema i asma en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 28: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per bronquitis, emfisema i asma en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



Malalties de l'Àparesl Digestiu

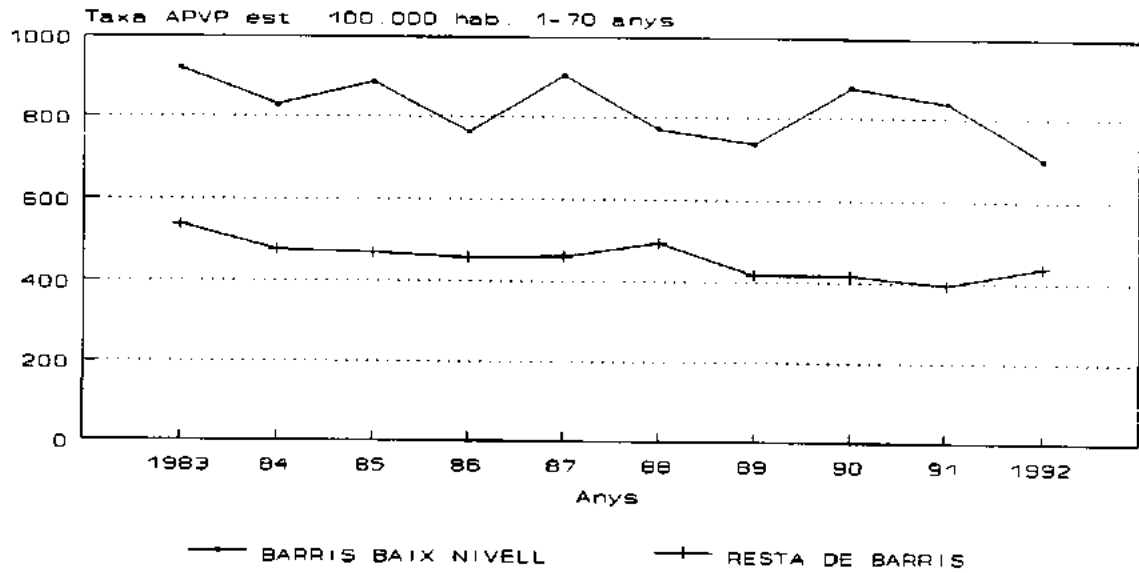
Les malalties de l'aparell digestiu, i en concret la cirrosi, han estat, després de les malalties infeccioses i les sobredosis, les causes de mortalitat estudiades que han presentat un excés de mortalitat important i constant al llarg dels anys en uns barris respecte als altres, fet que s'ha manifestat amb RMC i RAPVP que oscil·len al voltant de 150-200, i més importants són encara les desigualtats en la mortalitat prematura (Taules 12 i 15).

Els homes sempre han presentat unes taxes de mortalitat més elevades que les dones.

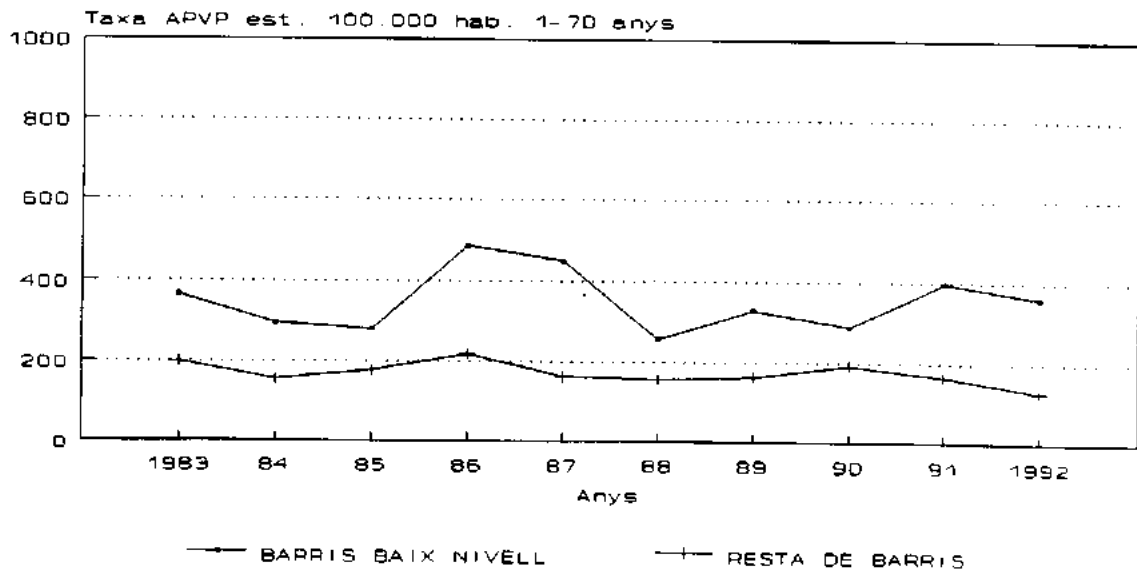
Les TEM han disminuït de 86,3 per 100.000 habitants a 68,4 en els barris amb baix nivell socio-econòmic (pendent de -2,04, $p < 0,01$) i de 52,3 a 46,9 en la resta de barris (pendent de -0,92, $p = 0,01$). Aquesta disminució ha estat més important en el sexe masculí i en els barris amb baix nivell socio-econòmic, i fins i tot en les dones dels barris benestants les taxes s'han mantingut estables (Taules 34 i 35).

En el cas de la mortalitat prematura les TAPVP han disminuït en els homes dels barris benestants (pendent de -10,9 $p = 0,01$) i no ha estat tan evident en els barris amb baix nivell socio-econòmic a causa de les fluctuacions de les taxes. En les dones les TAPVP s'han mantingut constants (Taules 34 i 35 i Gràfics 29 i 30).

Gràfic 29: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per malalties de l'aparell digestiu en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 30: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per malalties de l'aparell digestiu en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



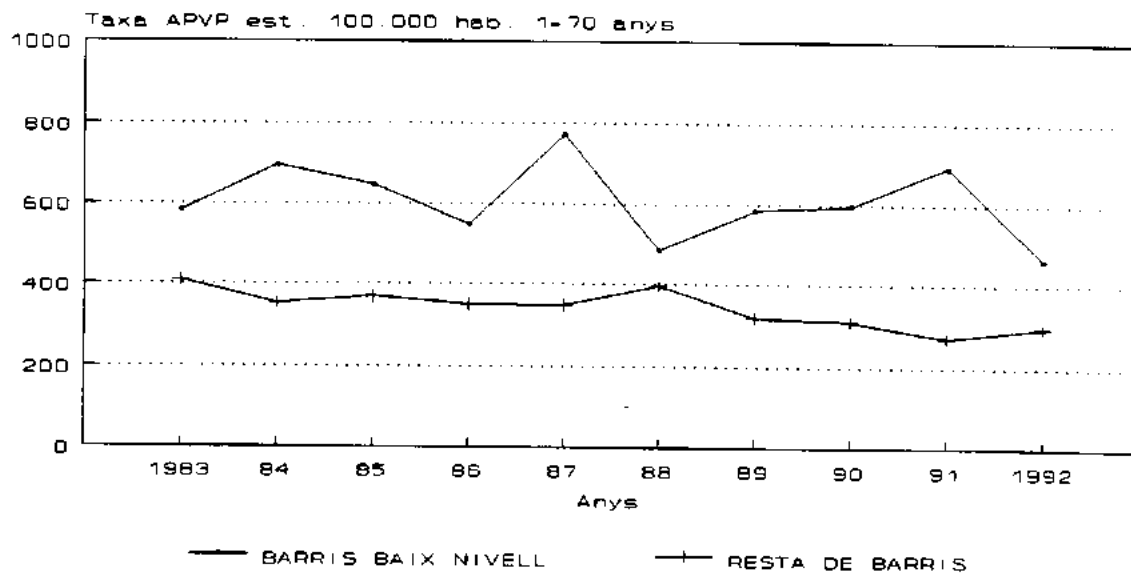
Cal destacar, doncs, que en el cas del total de malalties de l'aparell digestiu les desigualtats en les TEM en els homes de les dues agrupacions geogràfiques han tendit a disminuir, tot i que les diferències entre els pendents de les rectes no han estat estadísticament significatives.

La mortalitat per cirrosi ha presentat un comportament similar. Les TEM han disminuït en els homes en les dues agrupacions geogràfiques i en les dones les taxes han estat constants.

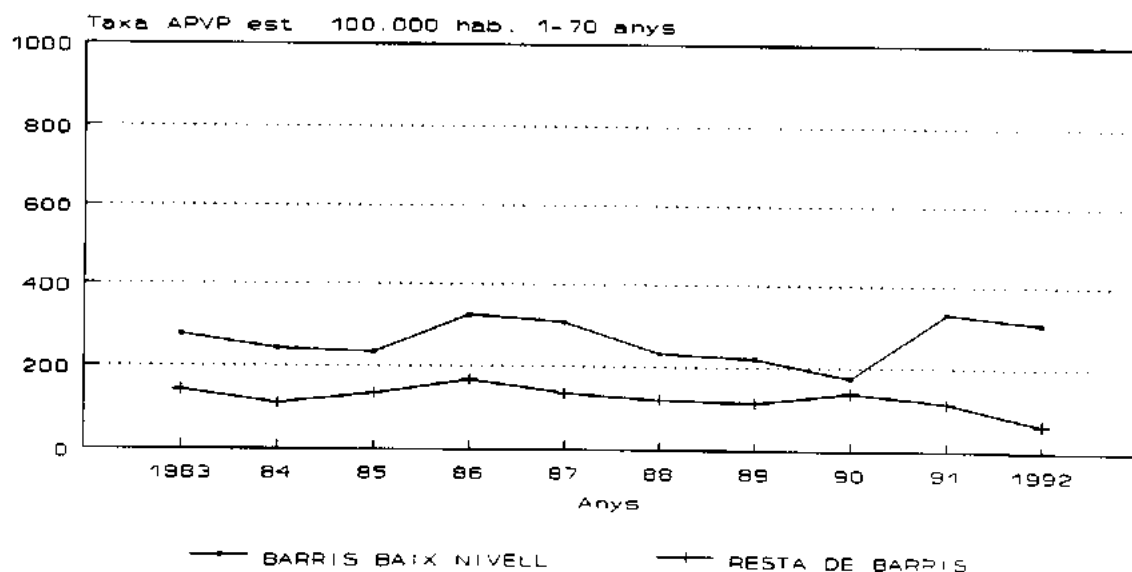
El comportament de la mortalitat prematura ha estat diferent. Així, en els homes dels barris benestants les TAPVP han disminuït de 408,1 per 100.000 habitants d'1 a 70 anys a 297,7 (pendent de -11,3, $p < 0,01$), i en les dones les taxes s'han mantingut estables. En canvi, les tendències no han estat tan clares en els barris amb baix nivell socio-econòmic, per causa de les fluctuacions de les taxes els ajustos de les rectes de regressió han estat dolents i no és clara la disminució de les taxes en els homes, i en les dones en tot cas s'hauria produït un augment (Taules 36 i 35 i Gràfics 31 i 32).

Així doncs, respecte a la mortalitat per cirrosi no es pot afirmar que les desigualtats entre les dues agrupacions de barris hagin disminuït.

Gràfic 31: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per cirrosi en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 32: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per cirrosi en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



Causas externes

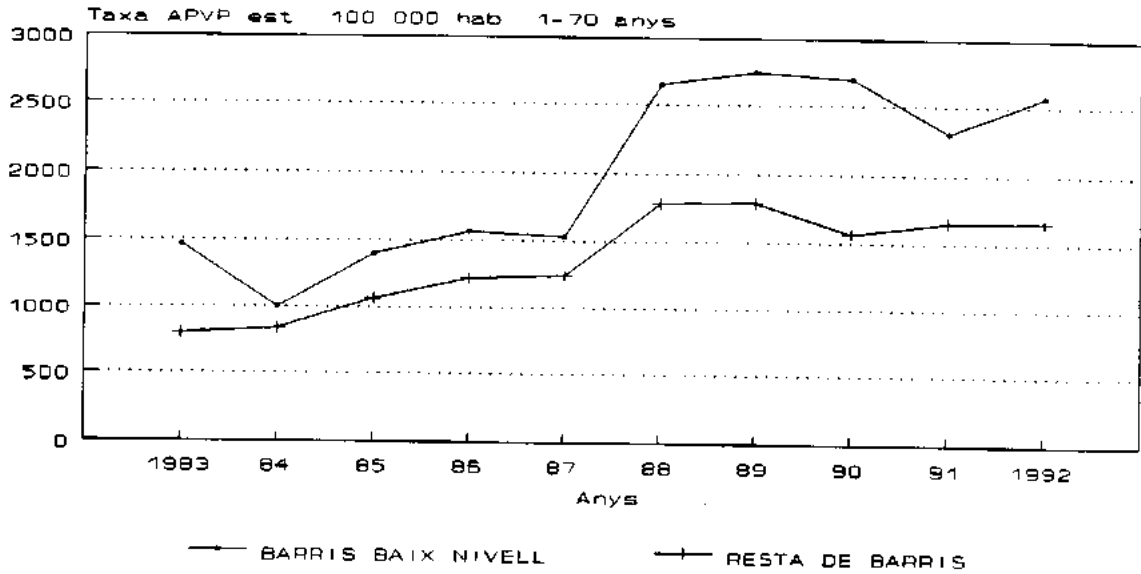
La mortalitat per causes externes afecta principalment la població jove, per tant el comportament de la mortalitat total i el de la mortalitat prematura han estat molt similars ja que tots dos han representat la població jove. En general, els barris amb baix nivell socio-econòmic han presentat un excés de mortalitat pel total de causes externes i per les sobredosis i enverinaments, i no pels accidents de trànsit (Taules 12 i 15).

Les causes externes, han estat un altre grup de causes que ha presentat variacions importants durant aquests 10 anys, ja que les sobredosis han augmentat molt, i els accidents de trànsit varen augmentar fins l'any 1988, per després disminuir lleugerament.

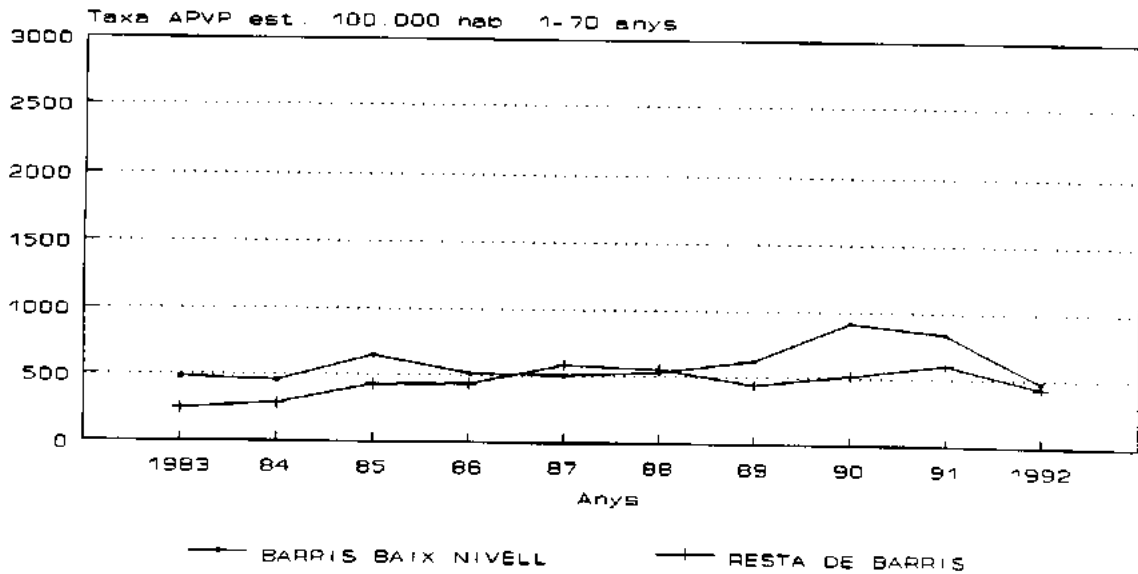
Així doncs, als barris amb baix nivell socio-econòmic, les TEM per causes externes en els homes han augmentat de 50,7 per 100.000 habitants a 76,5 (pendent de 5,0, $p < 0,01$) i a la resta de barris de 36,7 a 53,7 (pendent de 2,48, $p < 0,01$). Cal assenyalar que les taxes han presentat un augment important fins l'any 1989 i després s'han mantingut constants. En canvi en les dones de les dues agrupacions geogràfiques la mortalitat s'ha mantingut estable i amb menys diferències entre les dues zones (Taules 37 i 35).

La mortalitat prematura ha presentat un comportament molt similar en el sexe masculí (pendents de les rectes de 183,0, $p < 0,01$ i 110,3, $p < 0,01$), però també ha augmentat en el sexe femení, encara que les fluctuacions importants que han presentat les TAPVP dels barris amb baix nivell socio-econòmic han propiciat que el pendent de la recta no fos estadísticament significatiu (Taules 37 i 35 i Gràfics 33 i 34).

Gràfic 33: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per causes externes en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 34: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per causes externes en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.

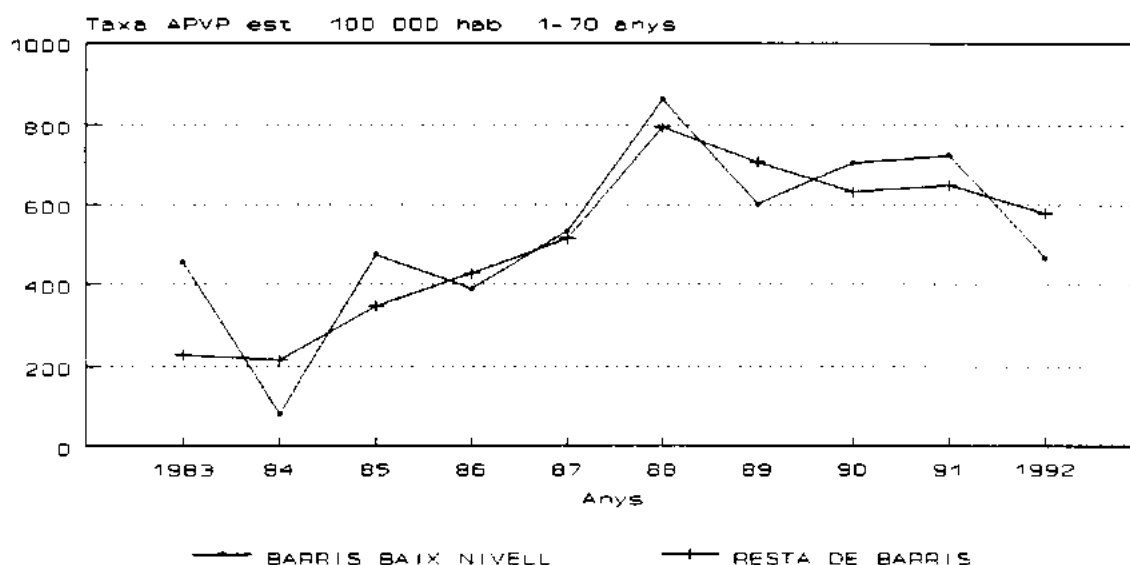


Així doncs, es pot dir que l'augment de la mortalitat per causes externes ha estat més important als barris amb baix nivell socio-econòmic i per tant han augmentat les desigualtats entre ambdues agrupacions de barris.

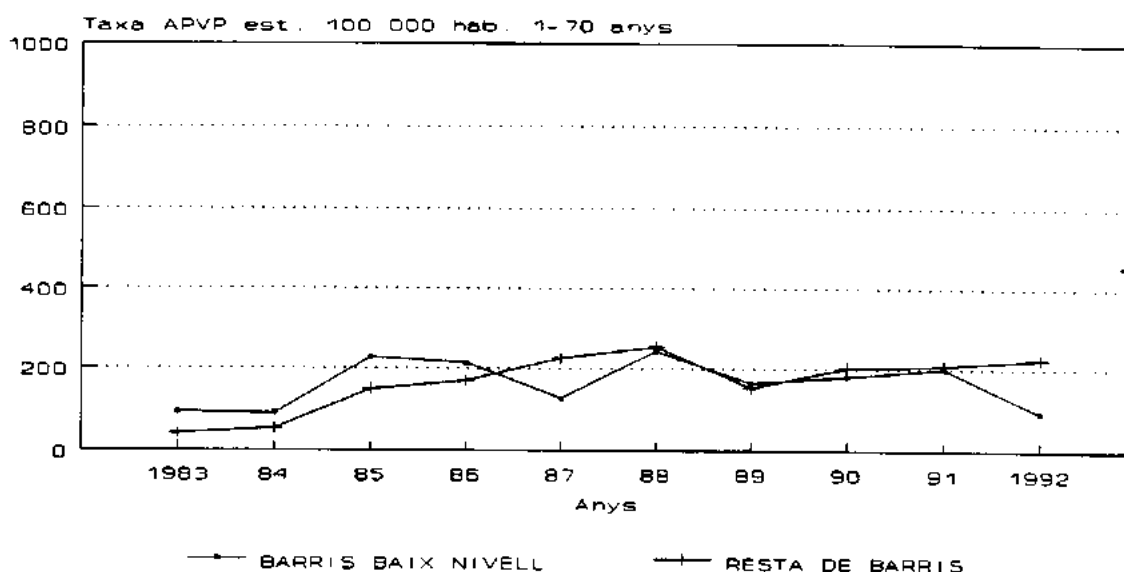
Els accidents de trànsit han presentat una mortalitat similar en les dues agrupacions geogràfiques. Les TEM per accidents de trànsit han pujat fins a 16 per 100.000 habitants en les dues agrupacions de barris l'any 1988, després han disminuït.

La mortalitat prematura en els homes ha augmentat fins al voltant de 800 per 100.000 habitants d'1 a 70 anys l'any 1988, després ha disminuït. En les dones, també s'ha arribat a un pic màxim de 250 l'any 1988, per després disminuir lleugerament, tot i que els barris benestants han presentat un augment més important de la TAPVP (Taules 38 i 35 i Gràfics 35 i 36).

Gràfic 35: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per accidents de trànsit en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



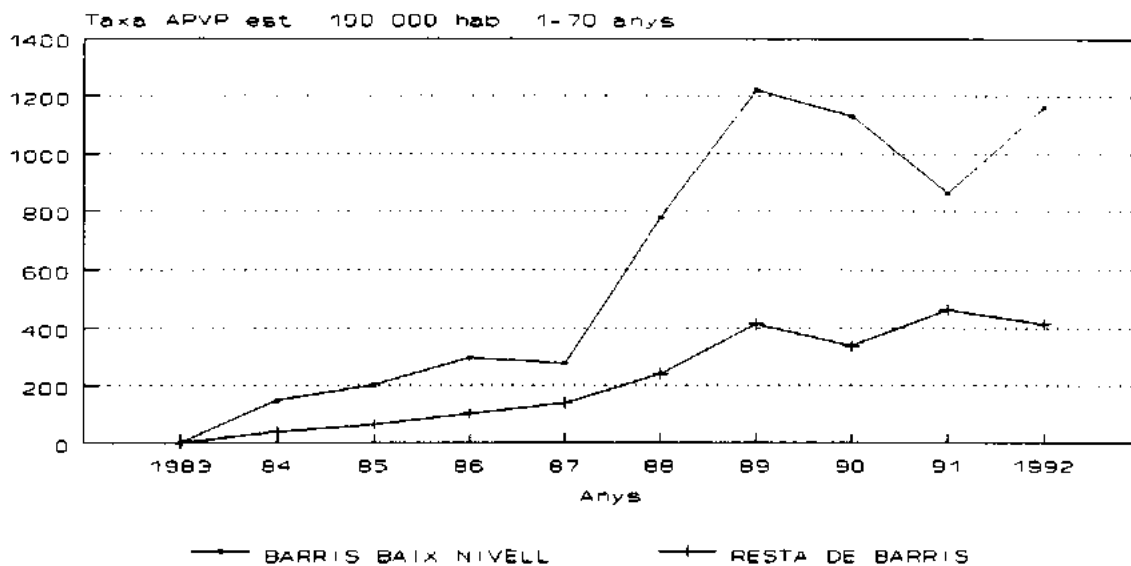
Gràfic 36: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per accidents de trànsit en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



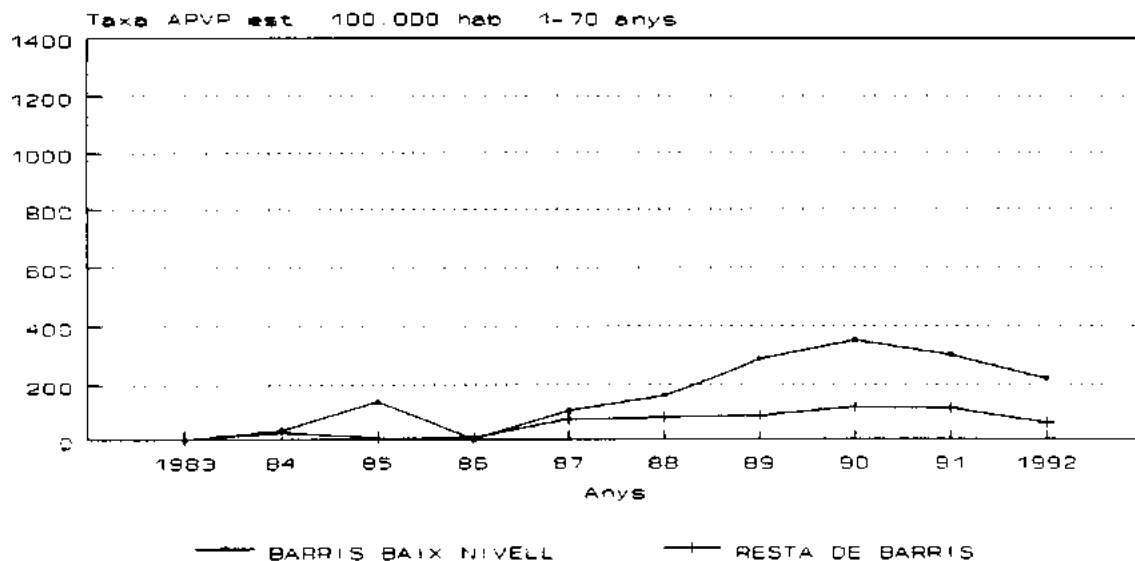
Les sobredosis (fonamentalment per opiacis) i els enverinaments han estat una causa de mortalitat que ha augmentat molt els últims anys i a més ho ha fet diferencialment entre les dues agrupacions geogràfiques. Així, en els barris amb baix nivell socioeconòmic les TEM han passat de 0 per 100.000 habitants a 15,5 (pendent de 1,90, $p < 0,01$) i en la resta de barris de 0 a 5,0 (pendent de 0,71, $p < 0,01$). Aquest augment ha ocorregut sobretot a partir de l'any 1988 i en tots dos sexes, tot i que els homes sempre han presentat unes taxes molt més elevades (Taules 39 i 35).

La mortalitat prematura ha presentat un comportament similar ja que ha augmentat de 93,2 per 100.000 habitants d'1 a 70 anys l'any 1984 a 698,6 en els barris amb baix nivell socioeconòmic (pendent de 89,1, $p < 0,01$) i de 31,8 (any 1984) a 232,2 en la resta de barris (pendent de 32,9, $p < 0,01$). Les TAPVP han estat també molt més elevades en el sexe masculí (Taules 39 i 35 i Gràfics 37 i 38).

Gràfic 37: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per sobredosi i enverinaments en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 38: Evolució de la taxa estandarditzada d'APVP per sobredosi i enverinaments en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



Aquest augment de mortalitat per sobredosi ha estat diferent en les dues agrupacions geogràfiques, per tant han augmentat les desigualtats entre uns barris i altres, fet que es reflecteix per la diferència entre els pendents de les rectes, tant al tenir en compte les TEM com les TAPVP ($p < 0,01$) (Taula 35).

3.2.4. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LES DUES AGRUPACIONS DE BARRIS SEGONS LA MORTALITAT EN ELS GRUPS D'EDAT

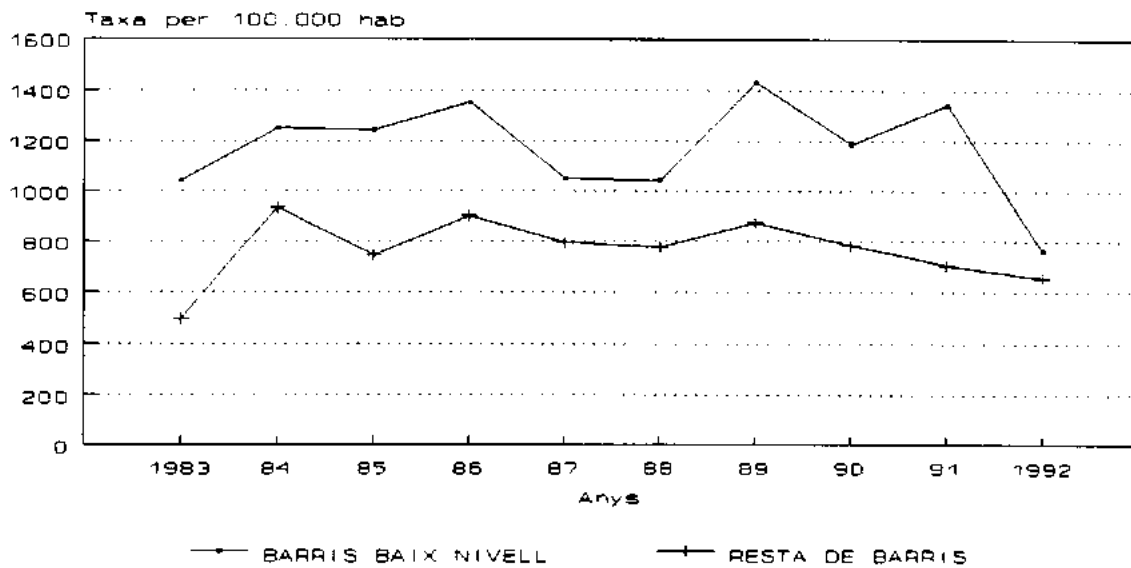
En aquest apartat es fa una descripció de les tendències de les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat en cada una de les dues agrupacions de barris.

Mortalitat infantil

Les taxes de mortalitat infantil han estat més elevades als barris amb baix nivell socio-econòmic respecte a la resta de barris al llarg dels 10 anys (Taula 40).

En els barris benestants les taxes han passat de 497,8 per 100.000 nascuts vius l'any 1983 a 656,4 l'any 1992. De fet la mortalitat neonatal precoç encara no es recollia exhaustivament l'any 1983¹³³ i per aquest motiu la taxa va ser tan baixa aquell any. En els barris amb baix nivell socio-econòmic, les taxes han passat de 1043,5 a 760,9. En general es pot dir que les taxes han tendit a disminuir en els barris amb baix nivell socio-econòmic, tot i que han existit algunes fluctuacions al llarg dels anys i el pendent de la recta no ha estat estadísticament significatiu (Taules 40 i 41 i Gràfic 39).

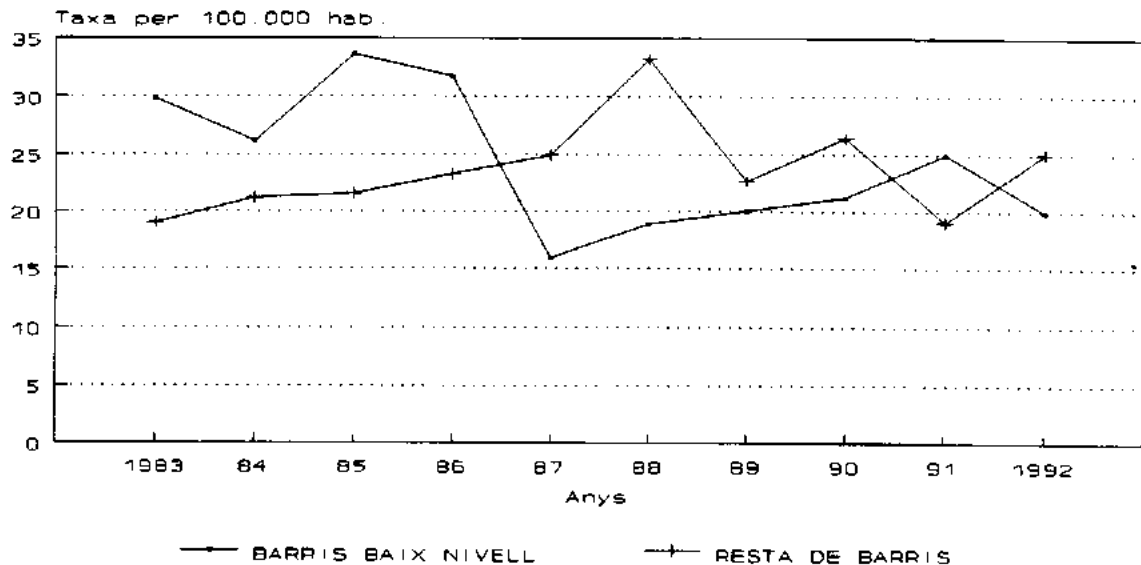
Gràfic 39: Evolució de la taxa de mortalitat infantil en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



Grup d'edat d'1 a 14 anys

Amb fluctuacions al llarg dels anys, però les taxes específiques de mortalitat en aquest grup d'edat han tendit a disminuir en els barris amb baix nivell socio-econòmic (pendent de -1.16 $p=0,07$) i s'han mantingut en la resta de barris (pendent de $0,42$ p NS). La diferència entre els pendents de les dues àrees és estadísticament significativa només al tenir en compte tots dos sexes conjuntament. De fet, a l'inici del període, les taxes en els barris amb baix nivell socio-econòmic eren més elevades i són més baixes a partir de 1987 (Taules 42 i 41 i Gràfic 40).

Gràfic 40: Evolució de la taxa de mortalitat de 1 a 14 anys en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



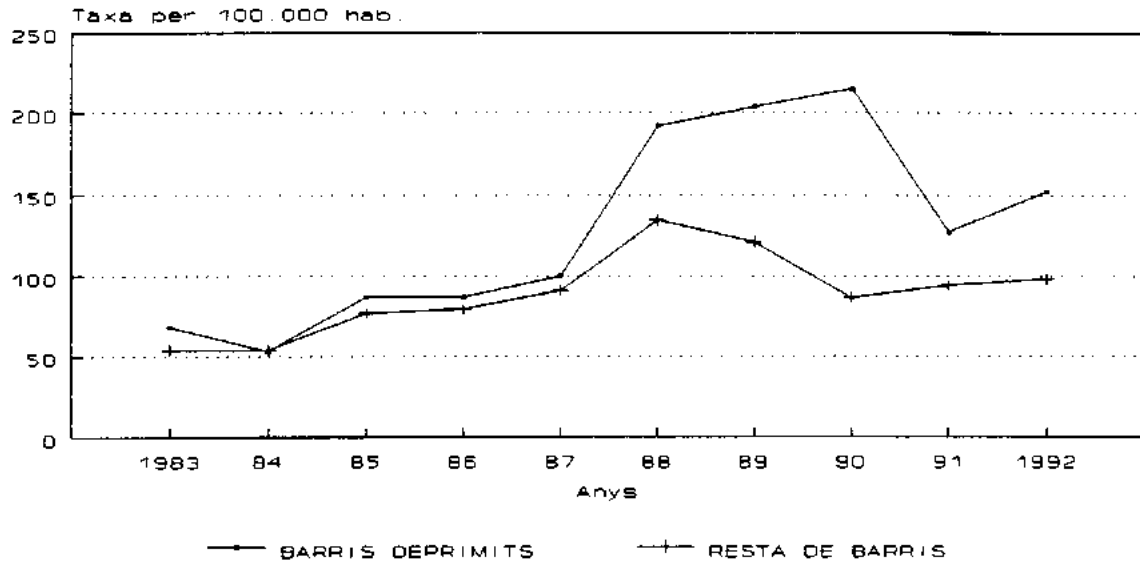
Grup d'edat de 15 a 24 anys

En aquest grup d'edat la principal causa de defunció han estat les causes externes i per tant els accidents de trànsit i la sobredosi (vegeu les taules de l'Annex 1). La mortalitat ha estat més elevada en el sexe masculí que en el femení.

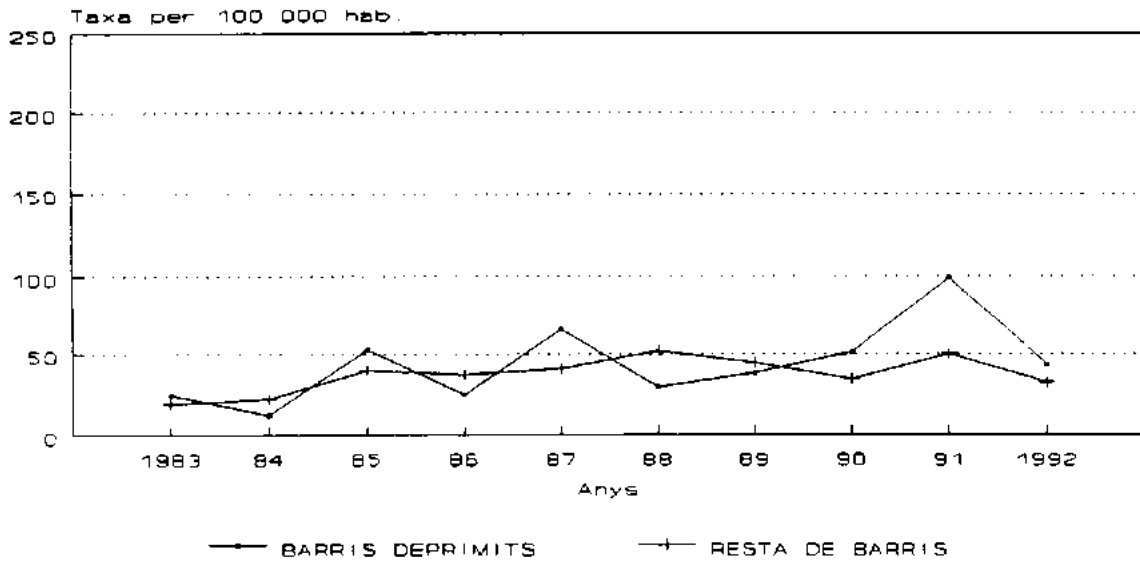
En els homes, fins l'any 1987, les taxes específiques de mortalitat han estat similars en les dues agrupacions geogràfiques. A partir de l'any 1988 les taxes han baixat en els barris benestants i en canvi no ho han fet fins l'any 1991 en els barris amb baix nivell socio-econòmic (Gràfic 41).

En les dones les fluctuacions al llarg dels anys han estat importants i no es pot afirmar que hi hagi hagut cap tendència, ni que hi hagi hagut diferències entre les dues agrupacions geogràfiques (Taules 43 i 41 i Gràfic 42).

Gràfic 41: Evolució de la taxa de mortalitat de 15 a 24 anys en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 42: Evolució de la taxa de mortalitat de 15 a 24 anys en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.



Quan es tenen en compte tots dos sexes conjuntament, les desigualtats entre les dues agrupacions geogràfiques han augmentat, i el pendent de la recta de regressió dels barris amb baix nivell socio-econòmic (9,60, $p=0,01$) és més gran que el de la resta de barris (3,77, $p=0,05$). L'augment important de la mortalitat en els homes a partir de 1987 coincideix amb l'augment de la mortalitat per sobredosi.

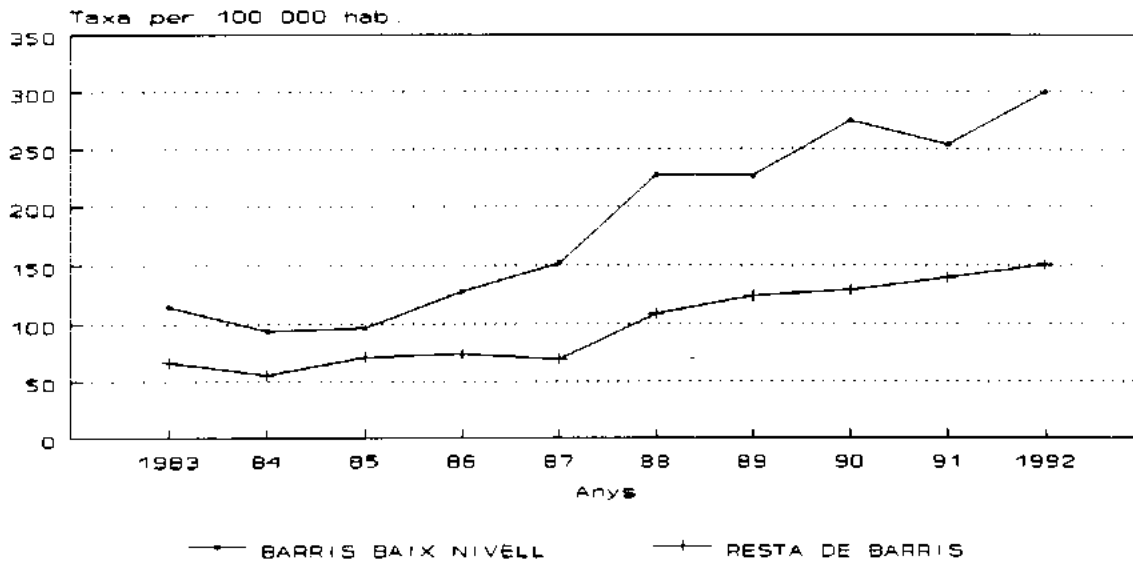
Grup d'edat de 25 a 34 anys

En aquest grup d'edat les principals causes de defunció han estat les malalties infeccioses (i per tant a partir de l'any 1987 sobretot la SIDA) i les causes externes (vegeu les taules de l'Annex 1). Les taxes específiques de mortalitat han augmentat de manera important al llarg dels anys en totes dues agrupacions geogràfiques.

En els barris amb baix nivell socio-econòmic les taxes han passat de 114,9 per 100.000 habitants l'any 1983 a 300,1 l'any 1992 (pendent de 24,5, $p=0,01$) i en la resta de barris de 66,6 a 150,7 (pendent de 11,1, $p<0,01$). Encara que les taxes han estat molt més elevades en els homes, aquest augment de les taxes ha ocorregut en tots dos sexes.

Així doncs, al llarg d'aquests 10 anys, les desigualtats entre les dues agrupacions de barris han augmentat de manera estadísticament significativa en aquest grup d'edat (Taules 44 i 41 i Gràfic 43).

Gràfic 43: Evolució de la taxa de mortalitat de 25 a 34 anys en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



Grup d'edat de 35 a 44 anys

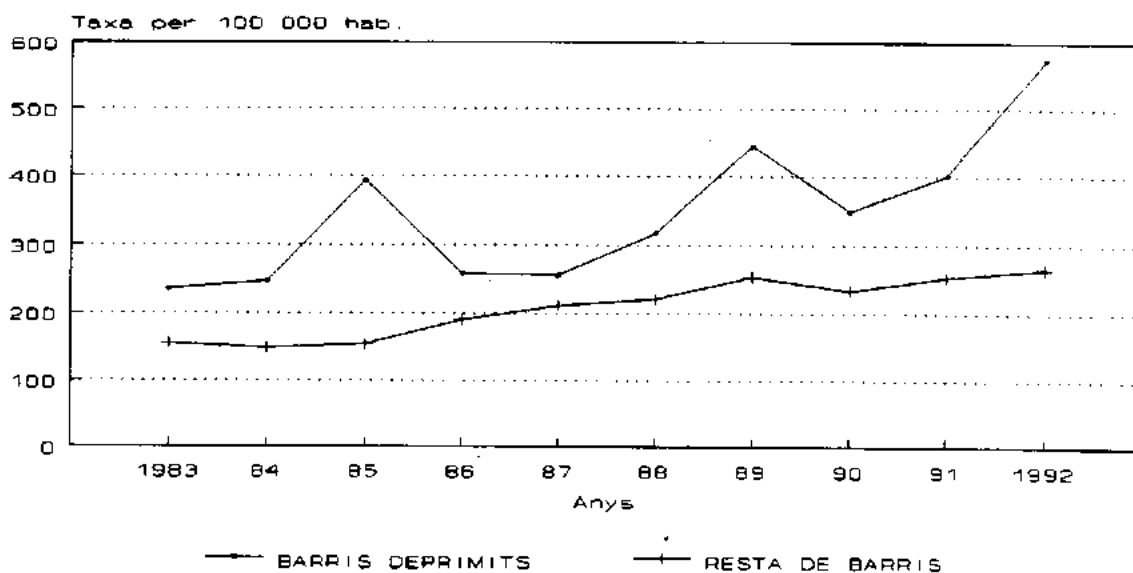
En els barris amb baix nivell socio-econòmic el comportament ha estat diferent entre els homes i les dones. Mentre que en els homes les taxes específiques de mortalitat han augmentat de 235,9 per 100.000 habitants l'any 1983, a 574,3 l'any 1992 (pendent de 27,4, $p=0,01$), en les dones han tendit a disminuir, tot i que hi ha hagut fluctuacions importants (pendent de -2,29, $p=NS$).

En la resta de barris, les taxes han augmentat en tots dos sexes, així en els homes han passat de 155,2 per 100.000 habitants l'any 1983 a 265,2 l'any 1992 (pendent de 14,1, $p<0,01$), en les dones han passat de 83,0 a 104,7 (pendent de 2,58, $p=0,01$).

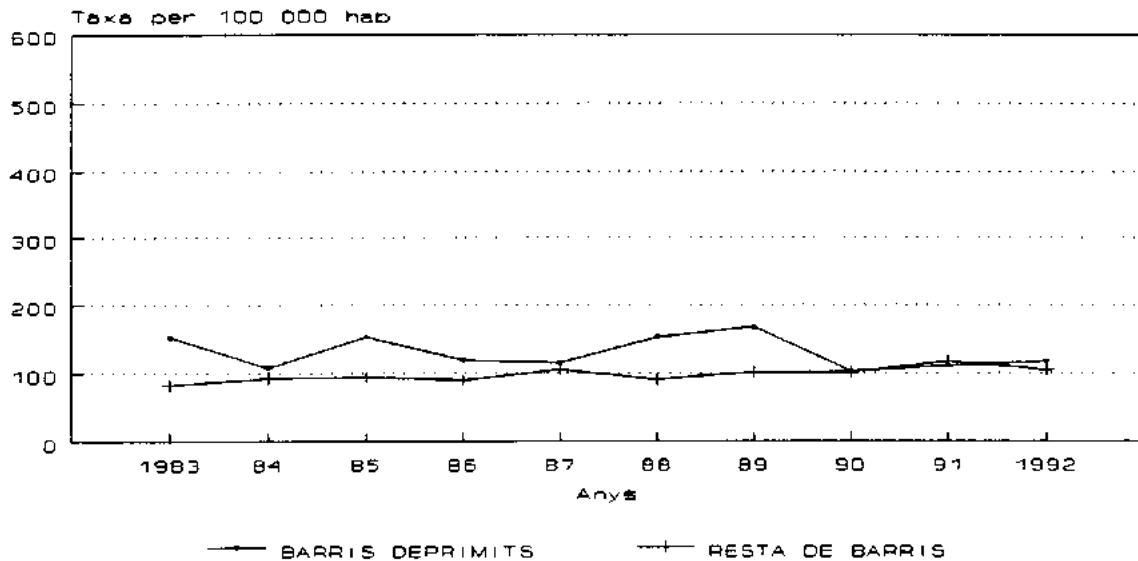
En aquest grup d'edat les principals causes d'augment de la mortalitat han estat les malalties infeccioses, els tumors i les causes externes (vegeu les taules de l'Annex 1).

Així doncs, en els homes, les desigualtats entre les dues agrupacions geogràfiques han tendit a augmentar al llarg dels 10 anys encara que de manera no estadísticament significativa; en canvi en les dones, les desigualtats han disminuït també sense presentar significació estadística (Taules 45 i 41 i Gràfics 44 i 45).

Gràfic 44: Evolució de la taxa de mortalitat de 35 a 44 anys en les dues agrupacions de barris. Homes. Barcelona 1983-92.



Gràfic 45: Evolució de la taxa de mortalitat de 35 a 44 anys en les dues agrupacions de barris. Dones. Barcelona 1983-92.

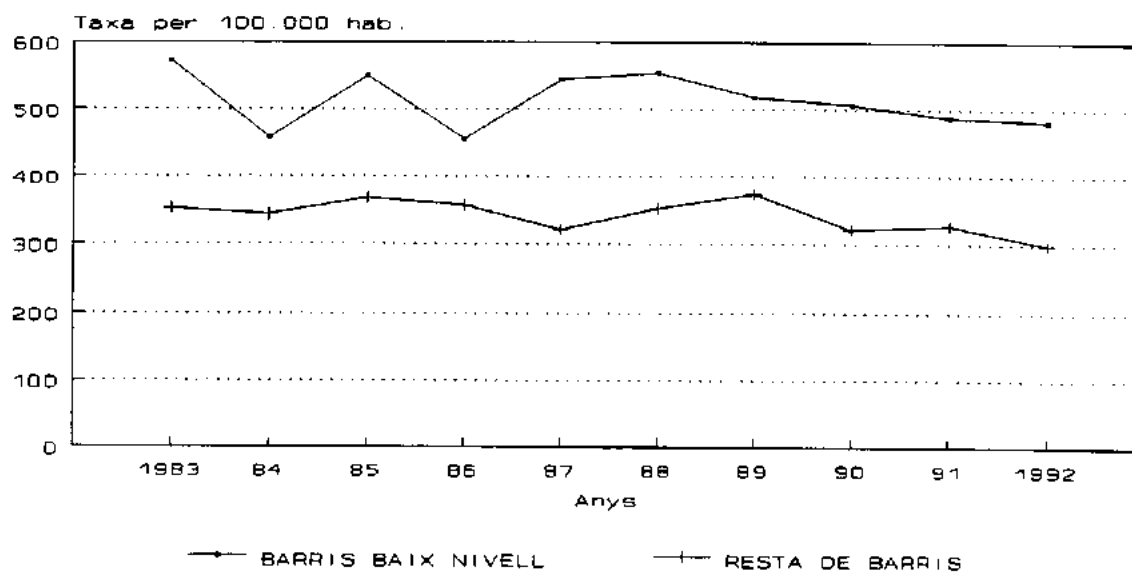


Grup d'edat de 45 a 54 anys

Les taxes específiques de mortalitat de 45 a 54 anys sempre han estat més elevades als barris amb baix nivell socio-econòmic, tal com es pot veure al Gràfic 46 i a la Taula 46.

Les taxes han disminuït en les dones i s'han mantingut en els homes. En els barris amb baix nivell socio-econòmic, les taxes han passat de 572,4 per 100.000 habitants l'any 1983 a 482,0 l'any 1992 i en la resta de barris han passat de 351,3 l'any 1983 a 299,4 l'any 1992. Les diferències entre les dues agrupacions de barris s'han mantingut estables al llarg dels anys (Taules 46 i 41 i Gràfic 46).

Gràfic 46: Evolució de la taxa de mortalitat de 45 a 54 anys en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.

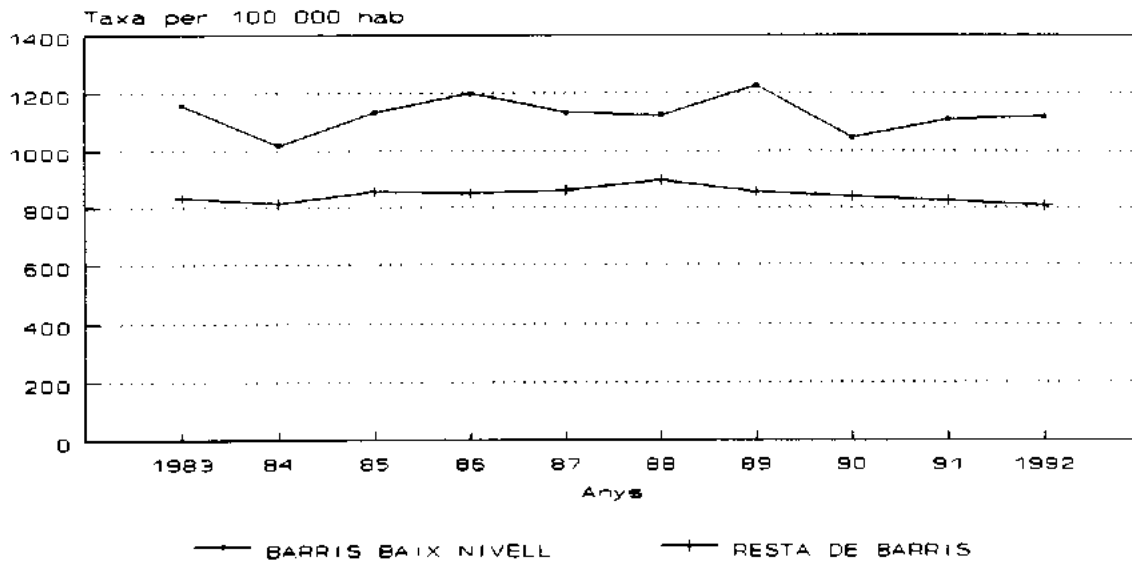


Grup d'edat de 55 a 64 anys

En aquest grup d'edat les taxes específiques de mortalitat també han estat sempre més elevades als barris amb baix nivell socio-econòmic. Les desigualtats s'han mantingut bastant estables al llarg dels anys.

En els homes les taxes s'han mantingut constants, i en canvi en les dones han disminuït ja que els pendents de les rectes són $-7,0$ ($p=0,02$) en els barris amb baix nivell socio-econòmic i de $-12,0$ ($p<0,01$) en la resta de barris (Taules 47 i 41 i Gràfic 47).

Gràfic 47: Evolució de la taxa de mortalitat de 55 a 64 anys en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.

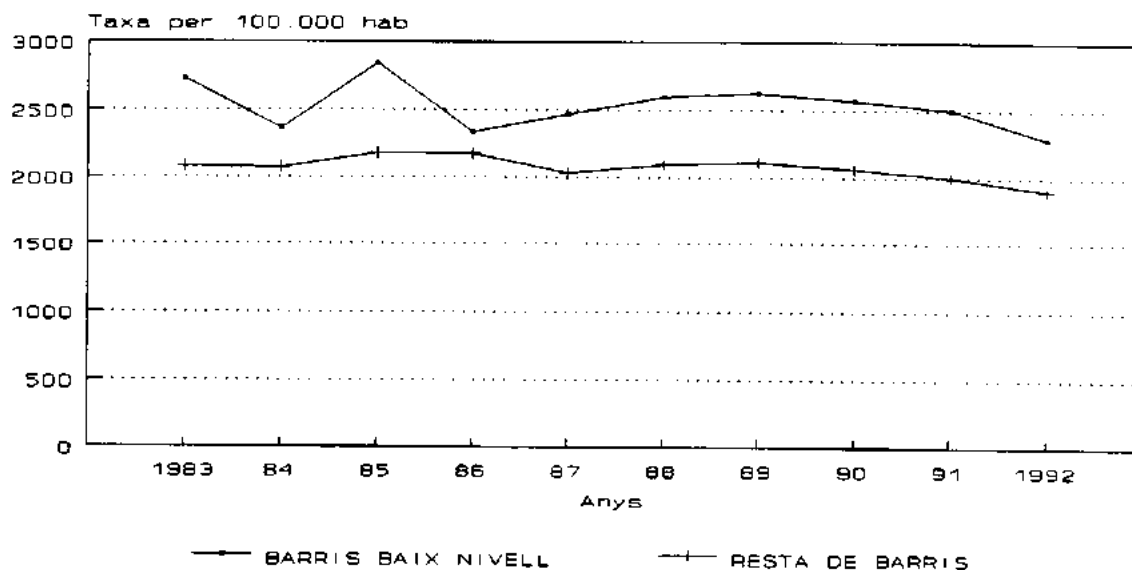


Grup d'edat de 65 a 74 anys

Les taxes específiques de mortalitat de 65 a 74 anys s'han comportat diferentment en cada un dels sexes. Així doncs, en els barris amb baix nivell socio-econòmic les taxes s'han mantingut estables en els homes i han disminuït en les dones, des de 2051,4 l'any 1983 a 1488,5 l'any 1992 (pendent de -33,9, p NS). En la resta de barris ha ocorregut un fet similar: es mantenen estables les taxes en els homes i disminueixen en les dones, des de 1489,3 per 100.000 habitants l'any 1983, a 1209,2 l'any 1992 (pendent de -24,7, p<0,01).

De fet, les desigualtats entre les dues unitats geogràfiques s'han mantingut constants al llarg dels deu anys (Taules 48 i 41 i Gràfic 48).

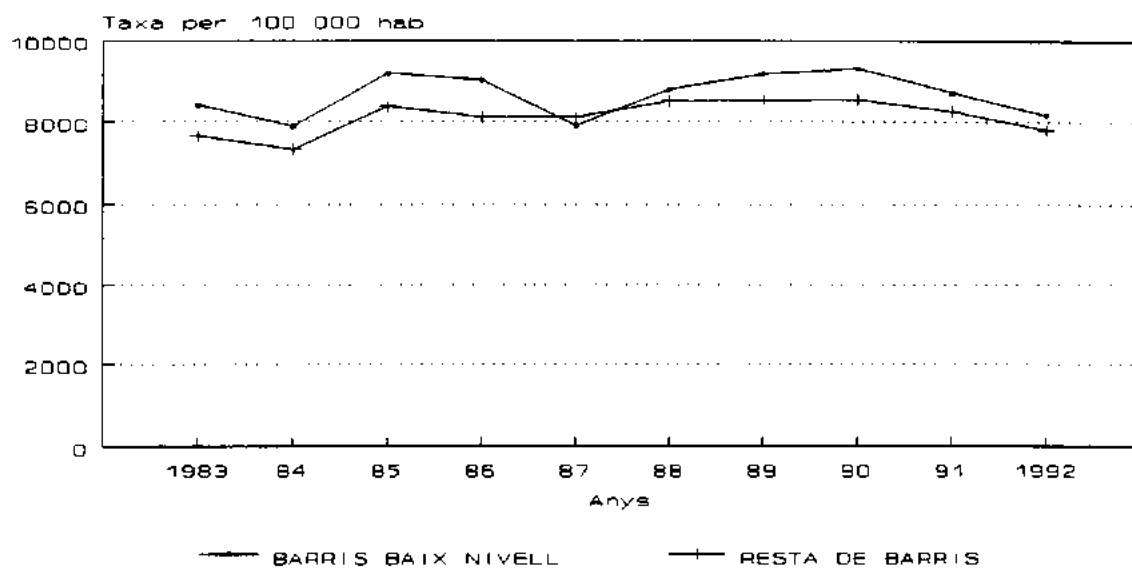
Gràfic 48: Evolució de la taxa de mortalitat de 65 a 74 anys en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



Grup d'edat de més de 75 anys

Les taxes s'han mantingut estables al llarg dels deu anys en totes dues unitats geogràfiques, al voltant dels 8000 per 100.000 habitants. Les desigualtats entre les dues agrupacions de barris s'han mantingut igual, ja que sempre han estat lleugerament més elevades les taxes en els barris amb baix nivell socio-econòmic (Taules 49 i 41 i Gràfic 49).

Gràfic 49: Evolució de la taxa de mortalitat de més de 75 anys en les dues agrupacions de barris. Ambdós sexes. Barcelona 1983-92.



4. DISCUSSIÓ

En aquesta discussió en primer lloc es comenten els resultats i es comparen amb la literatura, després es destaquen les aportacions més importants d'aquest estudi i també les seves principals limitacions. Finalment hi ha un apartat de conclusions.

4.1. COMENTARI DELS RESULTATS I COMPARACIÓ AMB LA LITERATURA

Durant els anys 1983-92, les desigualtats de mortalitat entre els barris amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris de la ciutat de Barcelona han augmentat, principalment, per dues causes de defunció: la SIDA i la sobredosi de drogues. Aquest fet ha repercutit en l'augment de les desigualtats en les taxes de mortalitat específiques de 15 a 24 anys i de 25 a 34 anys, i també en l'augment de les desigualtats en el total de la mortalitat prematura en els homes.

Una altra causa de defunció que ha contribuït en l'augment de les desigualtats ha estat el càncer de pulmó en els homes.

La malaltia cerebrovascular en els homes ha estat l'única causa de defunció que ha presentat una disminució de les desigualtats entre els barris amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris.

És difícil poder comparar aquest estudi amb altres a causa dels diferents tipus de disseny, el diferent període d'estudi, la diferent àrea geogràfica, els diferents indicadors, etc. Però cal assenyalar que la gran part dels treballs publicats que han

analitzat l'evolució de les desigualtats en mortalitat han trobat que augmentaven les desigualtats entre els grups socio-econòmics. La majoria dels estudis s'han realitzat en població amb un límit d'edat (normalment els 65 anys), cosa que faria que els resultats fossin més semblants als que s'han obtingut a Barcelona amb la mortalitat prematura. Hi ha pocs treballs que hagin analitzat l'evolució de les diferents causes de defunció i, concretament, de causes d'aparició tan recents, com són la SIDA o la sobredosi de drogues.

A continuació es comenten els resultats d'aquest estudi amb més detall i es comparen amb estudis similars. Per a fer aquesta comparació, se segueix el mateix ordre que en l'apartat de resultats.

4.1.1. EVOLUCIÓ SEGONS LA MORTALITAT PER TOTES LES CAUSES

Durant els anys analitzats, el patró de la mortalitat dels 38 barris ha estat bastant similar, ja que han estat els mateixos barris els que han presentat repetidament un excés de mortalitat (els quatre de Ciutat Vella, Montjuïc, Ciutat Meridiana i Bon Pastor). En canvi, els altres barris han presentat una mortalitat igual o inferior a la de tot Barcelona. De fet, en l'estudi anterior realitzat a la ciutat de Barcelona on es descrivien les desigualtats de mortalitat en els barris els anys 1983-89 (estudiant tots els anys conjuntament) ja s'observava aquest fet, però el que aquell estudi no permetia saber era si aquest patró era el mateix els diferents anys¹⁹³.

Al llarg dels 10 anys han augmentat les desigualtats de la mortalitat prematura entre els 38 barris, ja que aquesta ha augmentat més en alguns barris, fet que també s'ha reflectit en l'augment de la desviació estàndard i el coeficient de variació de les TAPVP dels 38 barris al llarg dels anys. A causa de l'escàs nombre de defuncions que hi ha hagut en alguns dels 38 barris, no s'han calculat altres indicadors com l'esperança de vida en néixer o les taxes específiques per causa de defunció i edat. Per tant, el coneixement més detallat d'aquest augment només s'ha pogut estudiar a l'efectuar l'agrupació dels barris en dos grups, segons el nivell socio-econòmic.

Així doncs, quan s'ha tingut en compte l'agrupació de barris, s'ha observat que les desigualtats de mortalitat durant aquests 10 anys han augmentat, pel que fa a la mortalitat prematura. Tot i que han augmentat les TAPVP en totes dues agrupacions de barris, ho han fet més en els barris amb baix nivell socio-econòmic, fet que s'ha donat sobretot en els homes.

L'esperança de vida dels homes també ha minvat en totes dues agrupacions geogràfiques encara que més en els barris amb baix nivell socio-econòmic. Diversos estudis han descrit com l'esperança de vida és més curta en els grups socio-econòmics menys afavorits^{213 214}.

A Gran Bretanya, la majoria d'estudis sobre l'evolució de les desigualtats de mortalitat s'han basat en l'individu com a unitat d'anàlisi, i han utilitzat les dades transversals de l'OPCS. L'informe Black va estudiar les desigualtats segons classes socials amb aquestes dades de mortalitat, en homes i dones de 15 a 64 anys, entre els anys 1950 i 1970, i va descriure com les desigualtats entre les classes baixes i les altes havien augmentat, ja que les taxes havien disminuït més en les classes altes que en les baixes¹⁵. Posteriorment altres autors van actualitzar aquestes dades fins l'any 1980 i continuaven trobant un augment de les desigualtats^{16 80}. Pamuk va estudiar les desigualtats de mortalitat per classe social a Anglaterra i Gales, des de l'any 1921 al 1972, en homes i dones casades de 16 a 64 anys, i va utilitzar *l'index relatiu de desigualtat* que ajustava per la grandària de la classe social; segons l'autora, a partir dels anys 60 les desigualtats havien augmentat¹⁰⁷. Phillimore et al. també varen trobar un augment de les desigualtats de mortalitat, entre els anys 1981 i 1991, a la regió North d'Anglaterra⁸⁴.

Cal destacar un estudi de tendències fet a la ciutat de Glasgow i publicat recentment. McCarron et al. varen analitzar l'evolució de les desigualtats de mortalitat a aquella ciutat, en la població de 15 a 64 anys, i per a fer-ho van comparar els barris amb més nivell i menys nivell socio-econòmic. La mortalitat va disminuir més en les àrees més benestants, motiu pel qual les desigualtats varen augmentar. En els barris amb menys

nivell socio-econòmic, en els homes de 15 a 44 anys, la mortalitat fins i tot va augmentar²¹⁵.

Als EEUU, els estudis de Feldman⁸⁷ i Pappas⁸⁸ van estudiar l'evolució de les desigualtats en mortalitat, segons nivell educatiu, des de l'any 1960 fins els anys 1971-84 en el primer estudi, i fins l'any 1986 en el segon. Tots dos van trobar un creixement de les desigualtats de mortalitat entre els diferents nivells d'estudis, ja que la mortalitat havia disminuït més en la població amb més estudis.

En l'estudi de Kunst et al. sobre l'evolució de les desigualtats en 39 regions d'Holanda, entre els anys 1950-80, es va descriure que hi havia poques desigualtats en la mortalitat total entre els grups de regions amb més alt i més baix nivell socio-econòmic. En els homes, en els primers anys de l'estudi, hi havia un lleuger excés de mortalitat en les regions amb més nivell socio-econòmic, fet que s'invertia l'any 1980. En les dones sempre es va trobar més mortalitat en les regions amb menys nivell socio-econòmic, encara que no hi havia canvis importants al llarg dels anys⁸⁹.

Aquest estudi està fet en un període més recent que la majoria d'estudis nomenats anteriorment i, juntament amb l'estudi de Glasgow, són els únics que es basen en l'anàlisi de l'evolució de les desigualtats de mortalitat en una ciutat. Els resultats trobats també apunten cap a un augment de les desigualtats en la mortalitat, sobretot en la mortalitat prematura i en l'esperança de vida en néixer. En aquest cas, l'augment de les desigualtats ha estat fonamentalment per causes de mort en gent jove, que han pres importància els últims anys, com són, les morts per SIDA i sobredosi de drogues. De fet, si s'analitza l'evolució de la mortalitat prematura en les dues agrupacions geogràfiques, sense tenir en compte les defuncions per SIDA i sobredosi, no es detecta cap tendència en la mortalitat de les dues àrees i per tant les desigualtats es mantenen constants.

4.1.2. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT SEGONS LES CAUSES DE DEFUNCIÓ

Malalties infeccioses

La mortalitat per malalties infeccioses i sobretot per la SIDA ha crescut en totes dues agrupacions de barris, i els barris amb baix nivell socio-econòmic han presentat un augment més important.

La tuberculosi ha estat la causa de defunció que ha presentat més desigualtats de mortalitat entre les dues agrupacions de barris i aquesta diferència també ha tendit a augmentar (sobretot quant a la mortalitat prematura). L'augment de la tuberculosi durant els últims anys no es pot deslligar de l'epidèmia del virus de la immunodeficiència humana (VIH), ja que la malaltia és molt més probable que es desenvolupi en persones que tenen la infecció per VIH^{216 217}. De fet, ja ha estat descrit que la tuberculosi es dona més en zones pobres i amb amuntegament a les cases i, per tant, els nuclis de pobresa de les grans ciutats, on hi ha una concentració important de població marginal que viu en condicions precàries, són zones altament vulnerables^{218 219 220}. Un estudi fet a Nova Zelanda, que analitzava l'evolució de les causes de mort evitables, segons classes socials, en homes de 15 a 64 anys, va detectar que, entre els anys 1975 i 1985, les taxes de mortalitat per tuberculosi havien disminuït en totes les classes socials, però ho havia fet més en les classes altes i, per tant, les desigualtats havien augmentat⁸⁶.

L'increment de la mortalitat per SIDA no es pot separar del de la mortalitat per sobredosi de drogues, ja que a Barcelona la majoria de malalts de SIDA són usuaris de drogues per via parenteral²²¹. L'evolució de la mortalitat per sobredosi també ha estat diferent en les dues agrupacions de barris, ja que també ha augmentat més en els barris amb baix nivell socio-econòmic. A més, ja que aquestes causes de mort es donen sobretot en població jove, les taxes específiques de mortalitat de 15 a 24 anys (sobretot en els homes) i de 25 a 34 anys, també han augmentat, i ho han fet de manera diferent en les dues àrees geogràfiques.

L'acreixement important de la SIDA com a causa de mortalitat prematura ja ha estat descrit a Espanya²²² i Catalunya²²³. A Barcelona, a partir de l'any 1992, la SIDA és la principal causa de mort en la població jove, seguida de la sobredosi per drogues²²⁴ i per tant la primera causa d'anys potencials de vida perduts. A la ciutat de Madrid també ha estat descrit l'augment de la mortalitat per SIDA i de mortalitat relacionada amb les drogues en població de 15 a 39 anys entre els anys 1983 i 1990²²⁵.

En un estudi sobre l'evolució de la mortalitat per SIDA a França, entre els anys 1983 i 1990, van trobar una disminució del pes de les categories socials més afavorides, en detriment dels obrers o dels no actius²²⁶. Un estudi de casos i controls aniuat (*nested*) en una cohort d'homes homosexuals de Canadà va detectar que el nivell socio-econòmic alt estava associat amb una progressió més lenta de la infecció per VIH, independentment de l'accés als serveis sanitaris^{227 228}.

Tant el consum de drogues com la SIDA han estat relacionats amb el baix nivell socio-econòmic^{229 230}, les zones de pobresa i amb les zones amb població marginal de nuclis urbans^{231 232}. Wallace et al. han teoritzat sobre la difusió social i espacial de la SIDA, i han explicat com la malaltia es difon des dels nuclis epicèntrics de les grans ciutats a les àrees suburbanes. També han remarcat la importància de les xarxes socials en la transmissió de la malaltia, més que no pas els comportaments individuals²³³. Un estudi realitzat al Bronx (New York) descriu les morts violentes (el suïcidi i l'homicidi), la mortalitat per cirrosi i per SIDA entre els anys 1970 i 1980, abans i després de la desertització que hi va haver al Bronx. Segons l'autor, aquelles morts estaven relacionades amb l'índex de pobresa i el baix pes al néixer, que són indicadors de la desintegració social produïda per la degradació urbana i la forta migració²³⁴. A Barcelona el districte de Ciutat Vella i els barris amb menys nivell socio-econòmic són els que tenen taxes més altes de consumidors de drogues²³⁵

Tumors

La mortalitat pel total de tumors s'ha incrementat en totes dues agrupacions geogràfiques. La mortalitat per càncer de pulmó en els homes ha crescut més en les zones amb menys nivell socio-econòmic, per la qual cosa han augmentat les desigualtats per aquesta causa. Contràriament, la mortalitat per TM d'estómac ha disminuït en els barris benestants i s'ha mantingut estable en els de baix nivell socio-econòmic. La mortalitat per TM de mama i de colon i recte no han presentat desigualtats importants entre les zones geogràfiques: el TM de la mama ha augmentat en totes dues i el TM de colon i recte ha augmentat lleugerament en els barris benestants.

Borrell et al. ja van descriure l'augment de la mortalitat per tumors en els homes a la ciutat de Barcelona des de l'any 1983 al 1992. Els TM de pulmó i de la cavitat bucal i faringe varen ser els responsables d'aquest increment. En les dones les taxes del total de tumors s'han mantingut constants, però ha augmentat el càncer de mama²³⁷.

Davey Smith et al. en una revisió sobre les desigualtats de mortalitat per càncer, segons classe social, en homes de Gran Bretanya, utilitzant dades de l'estudi Whitehall, de l'estudi de seguiment de l'*Office of Population Censuses and Surveys* i dades transversals de l'OPCS ja descrivien que les classes baixes presenten més mortalitat per TM de pulmó, d'estómac i de recte. En canvi, la mortalitat per càncer de colon és més important en els grups socio-econòmics alts²³⁸. També cal destacar la diferent supervivència entre grups socio-econòmics; Kogevinas, amb dades de l'estudi de seguiment de l'OPCS, va descriure com la supervivència en malalts amb càncer era menor en la gent que no tenia habitatge de propietat²³⁹.

A Barcelona, si s'estudien per separat la mortalitat per càncer de colon i de recte, s'observa que l'augment de la mortalitat en els barris amb més nivell socio-econòmic només és degut al càncer de colon, però, que tant el càncer de colon com el de recte, presenten taxes similars en totes dues agrupacions geogràfiques (dades no presentades).

L'acreciment de les desigualtats de mortalitat per càncer de pulmó ja ha estat descrit anteriorment. Marmot i McDowall varen descriure que, entre els anys 1970 i 1980, les taxes de TM de pulmó disminuïen en els homes de 20 a 64 anys a Gran Bretanya, però la disminució era més important en els homes d'ocupacions no manuals; en canvi, en les dones augmentaven les taxes en les d'ocupacions manuals i disminuïen en les no manuals⁸⁰.

Kunst et al., contràriament als anteriors estudis, van trobar que la mortalitat per càncer de pulmó era més elevada en les regions més benestants, però les diferències anaven disminuint a mesura que passaven els anys, i l'últim any de l'estudi (1980) eren pràcticament inexistents⁸⁹.

A Barcelona, la mortalitat per càncer de mama ha presentat taxes similars en totes dues agrupacions geogràfiques, durant els 10 anys estudiats. Wagener et al. varen estudiar l'evolució de la mortalitat per càncer de mama, en dones d'EEUU més grans de 25 anys, en els comtats amb menys i més nivell socio-econòmic, entre els anys 1969-72 i 1987-89, i van descriure que, en aquests 20 anys la mortalitat havia disminuït en les dones joves (25-44 anys), però havia augmentat en les dones més grans de 65 anys, encara que sempre havien presentat més mortalitat les àrees amb baix nivell socio-econòmic. De tota manera, en tots els grups d'edat i tant en la raça blanca com la negra, les desigualtats havien disminuït durant aquests 20 anys, o sigui que hi havia una tendència a igualar la mortalitat de les dues àrees²⁴⁰.

En l'estudi d'Holanda, la mortalitat per càncer de mama de la dona sempre ha estat més elevada en les regions més benestants, tot i que les desigualtats també han disminuït⁸⁹.

De fet, en l'estudi ecològic realitzat en els 38 barris de Barcelona ja no es va trobar associació entre la mortalitat per càncer de mama i els indicadors socio-econòmics, i, en canvi, sí que es va evidenciar amb el càncer de pulmó¹⁹³.

Malalties de l'aparell circulatori

Les desigualtats de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori s'han mantingut estables durant els anys 1983-92 a la ciutat de Barcelona, ja que les taxes han disminuït paral·lelament en totes dues àrees geogràfiques. La mortalitat per malaltia cerebrovascular en els homes ha disminuït més en els barris amb baix nivell socio-econòmic i aquesta ha estat l'única causa de mort en què les desigualtats han minvat. En canvi, la malaltia isquèmica del cor s'ha mantingut estable al llarg dels deu anys en totes dues agrupacions de barris.

Ja fa anys que la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori està disminuint en els països desenvolupats; així per exemple a EEUU la malaltia cerebrovascular va començar a disminuir cap als anys 20 i la malaltia coronària entre els anys 60 i 70²⁴¹ ²⁴². A Espanya, la mortalitat per malaltia cerebrovascular ha disminuït des de 1973 i per malaltia coronària des de 1978²⁴³. A Catalunya la mortalitat cardiovascular també ha disminuït entre els anys 1975 i 1992, encara que la tendència de la mortalitat per malaltia coronària ha estat bastant estable des de l'any 1982²⁴⁴. Les dades de què es disposa a Barcelona (són des de 1960) assenyalen que la mortalitat per les malalties de l'aparell circulatori ha disminuït fins l'any 1980, i aquesta disminució ha estat molt més important per les malalties cerebrovasculars que no pas per la malaltia isquèmica del cor ²⁴⁵.

Feldman, en l'estudi de tendències de mortalitat realitzat a EEUU entre 1960 i 1979, va descriure com la disminució diferencial en els homes, en les taxes de mortalitat, entre els nivells educatius, va ser deguda a la mortalitat cardiovascular, ja que va disminuir més en els homes que tenien més anys d'educació. Aquest fet no es va produir en les dones⁸⁷.

A Barcelona, la malaltia cerebrovascular ha disminuït més en els barris amb baix nivell socio-econòmic. Rogot i Hrubec en un estudi de seguiment d'una cohort d'uns 300.000 homes, que havien servit a les Forces Armades, entre els anys 1954 i 1979, varen trobar que les taxes de malaltia cerebrovascular disminuïen més en els grups

ocupacionals no professionals, que no pas en els professionals, cosa que en la malaltia coronària passava just a la inversa²⁴¹. Marmot i McDowell, en canvi, trobaven més mortalitat en els treballadors manuals i, a més, la disminució de les taxes era més important en els treballadors no-manuals i, per tant, les desigualtats augmentaven⁸⁰. Kunst et al., en l'estudi realitzat a Holanda, van descriure com, entre els anys 50 i els 70, la mortalitat per malaltia cerebrovascular era més elevada en les àrees amb alt nivell socio-econòmic, fet que s'invertia a partir de 1970. En el seu estudi les taxes disminuïen en totes dues agrupacions⁸⁹

La mortalitat coronària, en canvi, no ha presentat canvis durant aquests 10 anys en totes dues agrupacions geogràfiques de Barcelona.

Hi ha molta bibliografia publicada sobre les desigualtats en la mortalitat per malaltia coronària; assenyala que la disminució ha estat més marcada en els grups socio-econòmics alts que en els baixos^{246 247}. A EEUU s'han realitzat diferents estudis ecològics observant com ha evolucionat la disminució de la mortalitat per malaltia coronària. Aquests estudis, posen en evidència que les àrees amb més nivell socio-econòmic i les àrees metropolitanes són les que van presentar, en primer lloc, una disminució d'aquesta mortalitat i, sovint, a més, la disminució va ser més ràpida que en les altres àrees^{248 249 250 251 252 253}.

Aquestes desigualtats també s'han trobat en estudis amb dades individuals, tant en estudis de seguiment^{254 255} com en estudis de tendències, que fan diferents talls transversals en el temps⁸⁵. A Anglaterra i Gales va ser entre els anys 60 i 70 quan la mortalitat per malaltia coronària va passar a ser més elevada en les classe socials baixes, tot i que les taxes estaven augmentant en totes les classes socials²⁵⁶. Posteriorment, Marmot i Macdowell descriuen com a Gran Bretanya, entre els anys 1970 i 1980, augmenta la mortalitat en els grups de treballadors manuals i disminueix en els no manuals⁸⁰.

Kunst et al descriuen com les taxes de mortalitat per malaltia coronària a Holanda varen augmentar fins 1970, per després disminuir. En els homes les taxes van ser més elevades en les àrees benestants fins 1960 i en les dones només fins 1950⁸⁹.

Altres causes

La mortalitat prematura per les malalties de l'aparell respiratori en les dones ha augmentat als barris amb baix nivell socio-econòmic i ha disminuït en la resta. Al desagregar les causes, cal dir que la mortalitat per pneumònia ha disminuït més als barris amb baix nivell socio-econòmic i que la mortalitat prematura per bronquitis, emfisema i asma en les dones, ha disminuït en els barris benestants i no ho ha fet en els de baix nivell socio-econòmic, de tota manera el nombre de morts de menys de 70 anys per aquesta causa de defunció ha estat petit (vegeu taules Annex 1).

La mortalitat pel total de causes externes ha seguit una evolució semblant a les sobredosis i enverinaments, o sigui que ha augmentat més als barris amb baix nivell socio-econòmic i, per tant, s'han fet més marcades les desigualtats entre les dues zones. Pel que fa a la mortalitat per accidents de trànsit, tant les taxes com l'evolució, durant els 10 anys, han estat molt similars en totes dues agrupacions de barris: augment fins l'any 1988, per després disminuir lleugerament. En l'estudi de Kunst et al. sempre va existir una mortalitat més alta per accidents de trànsit en les àrees amb menys nivell socio-econòmic i aquesta diferència fins i tot augmentava amb el pas dels anys⁸⁹. En l'estudi ecològic realitzat anteriorment a la ciutat de Barcelona, en tots 38 barris, no es trobava relació entre la mortalitat per accidents de vehicles de motor i els indicadors socio-econòmics¹⁹³.

4.1.3. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT SEGONS ELS GRUPS D'EDAT

Com s'ha comentat anteriorment, la mortalitat en els grups d'edat de 15 a 24 anys en els homes, i de 25 a 34 anys en tots dos sexes, ha augmentat en totes dues àrees

geogràfiques de Barcelona, però l'augment ha estat més important en els barris amb baix nivell socio-econòmic. Aquest fet està lligat a l'augment de la mortalitat per SIDA i sobredosi.

Mortalitat infantil

La mortalitat infantil sempre ha estat més elevada als barris amb baix nivell socio-econòmic, tot i que aquests barris han tingut més tendència a la disminució de les taxes que la resta.

La mortalitat infantil és un dels indicadors que disminueix en millorar les condicions socials de la població²⁵⁷. Clàssicament s'ha trobat més elevada en els grups socio-econòmics baixos^{258 259}. A Itàlia, les desigualtats en la mortalitat infantil, segons el nivell educatiu de la mare, van disminuir entre 1975 i 1980-3, ja que van disminuir més les taxes en els grups amb menys anys d'educació²⁶⁰. La tendència a la disminució de la mortalitat infantil als barris amb baix nivell socio-econòmic de Barcelona pot estar relacionada, parcialment, amb la implementació d'un programa per disminuir aquesta mortalitat al districte de Ciutat Vella, que es va iniciar l'any 1986²⁶¹.

Infants i adolescents

West descrivia com les desigualtats segons classes socials, al Regne Unit, en les edats joves (menys de 15 anys), eren menys aparents que en les edats grans^{28 116}; Rahkonen i Lahelma tampoc no varen trobar desigualtats segons classe social, en joves de 15 a 24 anys, utilitzant dades del *Level of Living Survey* finlandès²⁶². En canvi, Vagero i Ostberg varen detectar més mortalitat dels nens i joves (fins a 19 anys) fills de treballadors manuals, respecte als no manuals²⁶³.

Adults

Tal com s'ha comentat anteriorment, l'augment de les taxes específiques de mortalitat entre els 15 i 24 anys i 25 i 34 anys ha estat més important en els barris amb baix nivell socio-econòmic que a la resta de barris.

Illsley i Le Grand varen estudiar l'evolució de les desigualtats en les taxes de mortalitat específiques per edat, en les regions de Gran Bretanya, des de 1931 a 1987-89. El mètode per mesurar l'evolució de les desigualtats va ser el logaritme de les variàncies de les taxes específiques de les regions en 7 punts del temps. Varen trobar una disminució important de les desigualtats en les edats joves, però un augment a partir dels 45 anys. De fet, aquest estudi no comparava les regions amb més i menys nivell socio-econòmic, sinó el que feia era estudiar totes les regions globalment.

Phillimore et al. han descrit com a la regió North d'Anglaterra, en el període entre 1981 i 1991, han augmentat les desigualtats en tots els grups d'edat, quan es compara l'àrea geogràfica més deprimida socio-econòmicament i la menys deprimida. Els autors van descriure com les taxes de mortalitat augmentaven en els homes de 15 a 44 anys, sobretot en les àrees amb menys nivell socio-econòmic, encara que no varen estudiar la mortalitat segons causes de defunció⁸⁴.

McLoone i Boddy han estudiat l'evolució de les desigualtats de mortalitat als sectors d'Escòcia, en la població de 0 a 64 anys, durant els anys 1981-91. Les desigualtats han augmentat en tots els grups d'edat en els homes, i sobretot a partir dels 40 anys en les dones, tot i que les taxes disminueixen. L'únic augment de les taxes específiques s'ha produït en els homes i dones de 20 a 29 anys de les zones amb més privació material i ha estat fonamentalment causat per la mortalitat per suïcidi²⁶⁴.

La gent gran

A Barcelona s'han trobat desigualtats en totes dues agrupacions de barris, entre els 65 i els 74 anys i en més de 74 anys, i han estat unes desigualtats constants al llarg dels 10 anys. Un estudi realitzat a Suècia també va trobar desigualtats, per classe social, en la mortalitat de la gent de més de 64 anys; les desigualtats havien augmentat amb l'edat en les dones, però disminuït en els homes²⁶⁵.

4.2. APORTACIONS DE L'ESTUDI

- L'estudi de les desigualtats de salut ha estat més amplament realitzat en els països nord-europeus. Al sud d'Europa hi ha molta menys tradició i, per tant, molta menys literatura publicada. Tal com s'ha comentat a l'apartat d'*Antecedents*, a Espanya fa pocs anys que aquest tema s'ha començat a estudiar, i la majoria d'estudis que s'han realitzat han estat transversals. Per tant, aquesta és una de les primeres aportacions en el nostre medi que intenta esbrinar quina ha estat la tendència de les desigualtats de mortalitat.
- Aquest treball té l'avantatge d'haver aprofundit en les tendències de les desigualtats segons diferents causes de defunció. Ja s'ha comentat anteriorment, que la majoria d'estudis s'han basat en el total de defuncions, habitualment fins als 64 anys, sense descriure'n les causes.
- Una altra aportació d'aquest estudi és el fet d'analitzar les desigualtats de mortalitat en una ciutat. La majoria d'estudis de tendències de les desigualtats realitzats es basen en la mortalitat de tot un país o d'una regió. La gran part dels estudis que s'han realitzat en ciutats han estat estudis ecològics transversals (vegeu l'apartat d'*Antecedents*). Les ciutats tenen característiques pròpies, dins d'elles existeixen zones heterogènies amb característiques socio-econòmiques i de salut desiguals.

Al nostre país, les estadístiques de mortalitat facilitades per l'*Instituto Nacional de Estadística* mai no analitzen zones dins d'una ciutat. De fet, les dades de les defuncions no tenen cap identificador de residència que permeti analitzar àrees dins la ciutat. L'avantatge de les dades de Barcelona és, que al estar connectades amb el padró municipal d'habitants, cada defunció pot ser adjudicada a una àrea geogràfica dins la ciutat. Per tant, un estudi d'aquestes característiques és fàcil de poder ser realitzat.

- Donada la dificultat en el nostre país de poder fer estudis, utilitzant l'individu com a unitat d'anàlisi, per la poca complimentació de la professió del difunt en el Butlletí Estadístic de Defunció, l'aproximació a l'estudi de les desigualtats de salut realitzada amb els estudis ecològics té una gran rellevància.

Tal com s'ha comentat a l'apartat dels *Antecedents*, els estudis que utilitzen com a unitat d'anàlisi les dades agregades tenen un gran avantatge per a la salut pública i la planificació sanitària, que és el fet de poder identificar zones amb problemàtica socio-sanitària i, per tant, susceptibles de ser intervingudes⁵¹.

A més, tal com assenyala Schwartz, els estudis ecològics poden mesurar un *constructe* diferent que els estudis individuals, el qual pot respondre al context o a l'ambient social on els individus viuen, diferent dels atributs de cada individu en particular. Per tant, els estudis ecològics poden diferir dels estudis individuals, perquè estan mesurant un fenomen diferent⁴⁹.

4.3. LIMITACIONS

- Cal fer esment de les limitacions de l'anàlisi de conglomerats per a l'agrupació de barris de baix nivell socio-econòmic. Els indicadors socio-econòmics utilitzats no han estat validats, de tota manera aquests indicadors es correlacionen bé amb altres indicadors socio-econòmics (índex de dependència econòmica, índex d'immigració, percentatge de titulats superiors)¹⁸².

Les anàlisis de conglomerats realitzades amb les variables dels tres padrons d'habitants no han donat exactament els mateixos resultats, encara que els barris inclosos en els dos conglomerats amb pitjor nivell socio-econòmic sempre han estat alguns dels barris escollits per a formar l'àrea de baix nivell socio-econòmic (Taules 7, 8 i 9). A més, 10 dels 11 barris escollits són els que han tingut pitjor situació, al tenir en compte indicadors de mortalitat i socio-econòmics conjuntament (Taula 10). El barri de Roquetes ha presentat uns indicadors socio-econòmics desfavorables, però en canvi sempre ha tingut una mortalitat com la de tot Barcelona. Aquest barri té uns 100.000 habitants i, per tant, té bastant pes en l'agrupació de barris amb baix nivell socio-econòmic (al voltant del 30% de la població segons l'any de padró que es consideri). De tota manera, si es repeteix l'anàlisi de l'evolució de les desigualtats de mortalitat en dues noves agrupacions geogràfiques, afegint el barri de Roquetes en l'agrupació de barris amb més nivell socio-econòmic, l'evolució de les desigualtats és la mateixa (dades no presentades).

Com s'ha comentat en estudis anteriors^{191 193}, el barri de Vallvidrera ha presentat indicadors de mortalitat desfavorables i en canvi no ho han estat els indicadors socio-econòmics, això és degut al fet que en aquell barri hi ha moltes residències de gent gran i, per tant, es pot morir gent que no hi estava empadronada anteriorment i produir un augment artificial de les taxes. En aquest estudi, el barri de Vallvidrera no ha estat agrupat amb els barris de nivell socio-econòmic baix. Malgrat tot, al ser un barri amb molt poca població (menys de 3000 habitants) el pes que té en tot el conjunt de barris és molt petit.

- Una altra limitació d'aquest estudi, és la validesa del denominador de les taxes, o sigui, de les dades de població obtingudes dels padrons dels anys 1986 i 1991. Si en els barris amb baix nivell socio-econòmic hi hagués més gent no empadronada, el denominador de les taxes seria més petit i per tant hi podria haver un augment artificial d'aquestes taxes. Si a més, aquest fet hagués estat diferent al llarg dels anys, hi podria haver hagut alguna influència en les tendències trobades. Cal assenyalar que en el padró d'habitants de l'any 1991 hi ha hagut molts més *transeünts* en el districte

de Ciutat Vella que no pas en el padró de 1986, cosa que podria fer sospitar que hi ha gent que realment viu a la ciutat i es declara *transeünt*.

Com que el padró municipal d'habitants no ha estat validat, aquest fet no es pot conèixer directament. Sí que es pot tenir una aproximació indirecta pels anys 1991 i 1992, comparant el nombre de persones difuntes que prèviament no havien estat empadronades en totes dues agrupacions de barris i que en la butlleta de defunció declaraven ser residents a Barcelona. Tant per l'any 1991 com pel 1992, la proporció d'aquestes defuncions va ser entre el 3 i el 3,6% del total de defuncions en totes dues agrupacions, sense haver-hi diferències entre elles. Això recolzaria que no hi ha hagut grans diferències en l'empadronament entre les dues zones en aquests anys.

- Cal comentar la disminució de població que ha existit en la majoria dels barris amb baix nivell socio-econòmic durant aquests 10 anys. La possibilitat que en aquesta àrea geogràfica s'estigui concentrant població desfavorida, tant perquè la població amb millor salut emigra, com perquè la gent que arriba tingui pitjor salut, podria estar afavorint l'existència d'un biaix de selecció.

De tota manera, malgrat les limitacions del denominador i del possible biaix de selecció, cal dir que l'augment diferent de la mortalitat, en totes dues àrees geogràfiques, per algunes causes de defunció, a partir de l'any 1986 (sobretot SIDA i sobredosis) i en alguns grups d'edat, ha estat massa important per pensar que pugui haver estat un augment artificial.

- A Barcelona, la validesa de la causa de defunció és similar a la d'altres països¹³⁹. Pel que fa a la SIDA, un estudi realitzat a la ciutat de Barcelona comparant les defuncions del registre de casos de SIDA i del registre de mortalitat, va concloure que les dues fonts d'informació eren similars²⁶⁶. Quant a la validesa de la causa *sobredosi*, cal mencionar que a Barcelona totes les persones difuntes que són reconegudes pel metge forense els consta com a causa bàsica de defunció la que s'ha obtingut després de l'autòpsia, cosa que fa suposar que la validesa és millor que no pas l'obtinguda en altres comunitats autònomes²⁶⁷.

4.4. CONCLUSIONS

- Durant els anys 1983-1992, a la Ciutat de Barcelona, hi ha hagut un patró diferent en l'evolució de la mortalitat prematura en els 38 barris, ja que sempre han estat els mateixos barris (els quatre de Ciutat Vella, Montjuïc, Ciutat Meridiana i Bon Pastor) els que han presentat més mortalitat i un augment més important de les taxes.
- Ha existit un increment important de la mortalitat per SIDA, tuberculosi i sobredosi de drogues en totes dues agrupacions de barris. Aquest augment ha estat més important als barris amb baix nivell socio-econòmic i, per tant, per aquestes causes de defunció, han augmentat les desigualtats entre les dues zones. Aquest fet ha repercutit en l'augment de les desigualtats de mortalitat pel total de malalties infeccioses i per causes externes.
- Les desigualtats de mortalitat per càncer de pulmó en els homes, en totes dues agrupacions geogràfiques han crescut, ja que la mortalitat per càncer de pulmó ha augmentat més en els barris amb baix nivell socio-econòmic.
- La mortalitat per les malalties cerebrovasculars en els homes ha disminuït en totes dues agrupacions geogràfiques, i aquesta disminució ha estat més important en els barris amb baix nivell socio-econòmic. Aquesta ha estat l'única causa de defunció per la qual les desigualtats han disminuït i no ha repercutit en el total de malalties de l'aparell circulatori.
- La mortalitat per càncer de mama, càncer de colon i recte i per accidents de trànsit han presentat taxes similars en totes dues agrupacions geogràfiques, al llarg dels 10 anys.

- La mortalitat per les altres causes de defunció (TM d'estómac; malaltia isquèmica del cor; pneumònia; bronquitis, emfisema i asma; cirrosi) sempre ha estat més elevada en els barris amb baix nivell socio-econòmic, però les desigualtats no han canviat en aquests anys.
- Ha existit un increment de les taxes específiques de mortalitat de 15 a 24 anys i de 25 a 34 anys. Aquest augment ha estat diferent en totes dues agrupacions de barris, ja que ha estat més important en els barris amb baix nivell socio-econòmic; per tant han augmentat les desigualtats. La causa d'aquest augment és la mortalitat per SIDA i sobredosi de drogues.
- Les taxes específiques de mortalitat en els altres grups d'edat sempre han estat més elevades en els barris amb baix nivell socio-econòmic, però no han canviat les tendències al llarg dels 10 anys.
- L'increment de la mortalitat per SIDA i sobredosis en la població jove ha repercutit, en els barris de baix nivell socio-econòmic, amb un augment de les taxes de mortalitat prematura i una disminució de l'esperança de vida més importants que en la resta de barris.

**SUBESTUDI II: DESIGUALTATS EN MORBIDITAT, CONDUCTES RELACIONADES AMB
LA SALUT I UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS A LA CIUTAT DE BARCELONA,
1992**

1. JUSTIFICACIÓ, HIPÒTESIS I OBJECTIUS

1.1. JUSTIFICACIÓ

Tal com s'ha comentat en el subestudi anterior, l'estudi de les desigualtats de salut amb disseny ecològic té avantatges, però també té limitacions, i una d'aquestes és que no permet conèixer les desigualtats segons nivell socio-econòmic utilitzant l'individu com a unitat d'anàlisi. També cal recordar que la mortalitat és una font d'informació que aporta una visió limitada de la *manca de salut* al mesurar els fenòmens letals. Les dades d'una enquesta de salut permeten analitzar altres aspectes relacionats amb la salut, com l'estat de salut percebut, les conductes de risc i la utilització de serveis sanitaris. Com que són dades que s'obtenen per a cada individu tenen l'avantatge de poder atribuir un nivell socio-econòmic a cada persona i posteriorment poder comparar les variables de salut entre la població dels diferents grups socio-econòmics. Així doncs, aquest estudi dona una visió complementària a l'estudi anterior, tant per la diferent visió de la salut que s'obté com per la unitat d'anàlisi utilitzada.

1.2. OBJECTIUS

1.2.1. OBJECTIU GENERAL

Estudi de les desigualtats segons nivell socio-econòmic en la morbiditat percebuda, les conductes relacionades amb la salut, la utilització de serveis sanitaris i la utilització de pràctiques preventives, en les persones residents a la ciutat de Barcelona, durant l'any 1992.

1.2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Anàlisi de les desigualtats segons classe social i nivell d'estudis, en l'estat de salut percebut i la morbiditat aguda i crònica (enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista, trastorns crònics, accidents i limitació de l'activitat).

2. Anàlisi de les desigualtats segons classe social i nivell d'estudis, en les conductes relacionades amb la salut (consum de tabac, alcohol, activitat física), el sobrepès i l'alçada.

3. Anàlisi de les desigualtats segons classe social i nivell d'estudis, en la utilització de serveis sanitaris (visites al metge, hospitalitzacions), tenint en compte l'estat de salut percebut.

4. Anàlisi de les desigualtats segons classe social i nivell d'estudis, en la realització de pràctiques preventives (pràctiques preventives en ginecologia, presa de la tensió arterial, vacunació de la grip).

1.3. HIPÒTESIS

Les persones que tenen un nivell socio-econòmic baix tenen pitjor salut percebuda que les que el tenen alt. Existeix un gradient entre els individus dels diferents nivells socio-econòmics.

Les persones que tenen un nivell socio-econòmic baix tenen unes conductes relacionades amb la salut que comporten més risc.

La població amb nivell socio-econòmic baix té més necessitat dels serveis sanitaris a causa de la seva salut pitjor, però hi té menys accés.

Les persones de classes socials baixes i amb menys nivell d'estudis tenen menys accés als serveis sanitaris preventius.

2. METODOLOGIA

2.1. POBLACIÓ D'ESTUDI

La població d'estudi ha estat tota la resident a la ciutat de Barcelona, a excepció de la població que vivia en institucions (residències de gent gran, pensions, etc.), durant l'any 1992.

2.2 FONT DE DADES

Totes les dades necessàries per a aquest estudi s'han obtingut de l'enquesta de salut de Barcelona de l'any 1992 (ESB92).

2.2.1. ENQUESTA DE SALUT DE 1992

La metodologia d'aquesta enquesta ja ha estat explicada anteriorment²⁶⁸, aquí només es mencionen les característiques més importants.

Característiques de l'enquesta

Univers de la mostra: població no institucionalitzada de residents a la ciutat de Barcelona.

Tipus de mostra: mostreig estratificat.

Unitat de mostreig: individus.

Criteris d'estratificació: es va realitzar una divisió de Barcelona en 5 estrats, tenint en compte variables socio-demogràfiques obtingudes del padró de l'any 1986.

Fracció de mostreig global: 0,29% del total de la població.

Grandària de la mostra: Nombre de persones seleccionades: 5.004.

Fiabilitat de la mostra: Amb una alfa del 5%, l'error màxim global de Barcelona és de $\pm 2\%$.

Obtenció de la mostra: selecció aleatòria de persones a entrevistar introduint correccions mitjançant cotes d'edat i sexe, fins a aconseguir que la mostra fos representativa de la població de Barcelona segons edat i sexe.

Recollida de dades: La informació es va recollir mitjançant una entrevista personal amb qüestionari, feta al domicili dels seleccionats.

Període de l'enquesta: del mes de febrer de 1992 al mes de gener de 1993.

Equip de treball de camp: 12 enquestadors.

No respostes i substitucions

En l'ESB92 les no respostes van correspondre a les persones que no van voler contestar al qüestionari de l'entrevista. En total hi va haver un 9% de no respostes.

Les substitucions es van realitzar quan després de 3 visites consecutives (una d'elles a partir de les 21 hores) no es trobava la persona a entrevistar.

Anàlisi

S'ha realitzat una anàlisi ponderada amb pesos específics per als individus de cada un dels estrats que s'han utilitzat per realitzar el mostreig estratificat.

2.2.2. DADES DE POBLACIÓ (DENOMINADORS)

La població utilitzada per al càlcul dels denominadors dels percentatges i per a estandarditzar és la de l'enquesta de salut (o sigui 5004 persones). Aquesta mostra és representativa de la població resident a la ciutat de Barcelona.

2.3. TIPUS D'ESTUDI

L'estudi de les desigualtats segons nivell socio-econòmic (classe social i nivell d'estudis) l'any 1992, és un estudi transversal.

2.4. INDICADORS ANALITZATS

Els indicadors de les diferents variables segons nivell socio-econòmic s'han calculat per grups d'edat i sexe.

Així mateix s'han calculat els indicadors per a cada nivell socio-econòmic estandarditzats per edat, segons el mètode directe²⁰⁶. El percentatge estandarditzat (PE) s'expressa de la següent manera:

$$PE = \frac{\sum_i P_{\text{grup socio-econòmic}_i} * \text{pobl.mostra}_i}{\text{Total població mostra}} * 100$$

$P_{\text{grup socio-econòmic}_i}$: percentatge de la variable d'estudi en el grup d'edat i del grup socio-econòmic.

pobl. mostra_i : població de la mostra del grup d'edat i .

2.5. VARIABLES SELECCIONADES

A continuació es fa una descripció de les variables que han estat seleccionades, començant per les variables dependents i continuant per les independents.

2.5.1. VARIABLES DEPENDENTS

En aquest apartat es descriuen les variables d'estat de salut, de conductes relacionades amb la salut, d'utilització de serveis sanitaris i de realització de pràctiques preventives.

Estat de salut i morbiditat aguda i crònica

- Estat de salut percebut. S'ha obtingut de la següent pregunta de l'enquesta: "*Com diria vostè que és la seva salut en general?*" Només s'ha preguntat als més grans de 14 anys. Les respostes s'han agrupat en: salut molt bona o bona, salut regular i salut dolenta o molt dolenta.
- Enllitament a causa de problemes relacionats amb la salut durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista.
- Limitació d'activitat les dues últimes setmanes. Aquesta variable s'ha construït tenint en compte si la persona declarava haver estat malalta al llit, i també a partir de la declaració de la limitació de l'activitat principal (treballar, estudiar, etc.) i/o habitual (activitat de temps lliure) les dues setmanes anteriors.
- Limitació crònica de l'activitat: Limitació de l'activitat habitual o de temps lliure durant els últims 12 mesos.
- Existència de trastorns crònics. S'ha considerat que la persona tenia trastorns crònics quan almenys declarava un dels trastorns crònics del llistat de l'enquesta (és un llistat de 21 trastorns que la persona enquestada ha de respondre si els té o no). A més s'han estudiat els trastorns crònics declarats més freqüentment, obtinguts del

l·listat (al·lèrgies, artrosi, bronquitis, asma, diabetis, migranya, trastorns de pròstata, mal d'esquena, mala circulació, trastorns cardíacs, morenes, problemes nerviosos i depressions, varices, cataractes, sordesa i angina de pit/infart). La hipertensió s'ha obtingut d'una pregunta específica de l'apartat de pràctiques preventives.

- Accidents durant els últims 12 mesos. S'ha considerat que la persona havia patit un accident quan almenys declarava un dels accidents citats en el qüestionari: caigudes, cops, cremades, intoxicacions, accidents de trànsit o algun altre accident. A més s'han estudiat els tipus d'accidents declarats.

Conductes relacionades amb la salut, sobrepès, obesitat i alçada

Aquestes variables només s'han preguntat a les persones més gran de 14 anys que no tenen cap impediment per contestar el qüestionari ells mateixos.

- Consum de tabac. S'ha considerat fumador/a habitual la persona que fumava més d'una cigarreta cada dia, ex-fumador/a el que havia fumat més d'una cigarreta al dia en el passat i no fumador/a els que han declarat no fumar o fumar menys d'una cigarreta al dia (Ex. dues cigarretes a la setmana). L'abandó del consum de tabac s'ha obtingut fent la proporció d'ex-fumadors/es respecte al total de fumadors/es i ex-fumadors/es.

- Consum d'alcohol. A partir de la pregunta sobre consum d'alcohol durant l'últim mes, els enquestats s'han classificat en: no bevedors/es; bevedor/a ocasional: ha consumit alcohol en tres o menys ocasions durant l'últim mes; bevedor/a habitual: ha consumit alcohol en quatre ocasions o més durant l'últim mes. S'han considerat bevedors excessius els homes que han declarat beure igual o més de 40 gr. d'alcohol al dia i les dones que han declarat igual o més de 20 gr. al dia.

- Activitat física habitual: Es refereix a l'activitat física total realitzada. Obtinguda d'una pregunta on s'ha catalogat l'activitat en: important o intensa, moderada (es desplaça a peu freqüentment), lleugera (està dret/ta la major part del dia), nul·la (està assegut/da durant la major part del dia).

- **Activitat física de lleure:** S'ha obtingut a partir de dues preguntes on es demanava el nombre de vegades a la setmana que es feien, durant més de 20 minuts, diversos esports d'intensitat moderada (bicicleta, gimnàstica, tennis, natació...) i intensa (natació de competició, football, bàsquet...). S'ha considerat que han realitzat activitat física de lleure les persones que han fet activitat física intensa i/o moderada dues o més vegades a la setmana.
- **Alçada:** l'alçada en cm. declarada per la persona entrevistada.
- **Existència de sobrepès i obesitat.** Aquestes variables s'han obtingut calculant l'índex de Quetelet segons el pes i la grandària declarats, de la següent manera:

$$\text{Índex Quetelet} = \frac{(\text{pes en KG.})}{(\text{alçada en metres})^2}$$

i posteriorment s'ha considerat sobrepès a:

- Índex de Quetelet $\geq 24,3$ en els homes de 15 a 17 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 24,8$ en les dones de 15 a 17 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 25,8$ en els homes de 18 a 19 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 25,7$ en les dones de 18 a 19 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 27,8$ en els homes de més de 19 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 27,3$ en les dones de més de 19 anys.

i s'ha considerat obesitat quan l'índex de Quetelet ha estat superior 30²⁶⁹.

Utilització de serveis sanitaris

Aquestes variables s'han analitzat en les persones que havien contestat el qüestionari d'adults (més de 14 anys) per a poder ajustar per l'estat de salut percebut.

- Haver realitzat una o més visites al metge les dues últimes setmanes, tant en consulta com per telèfon.
- Haver realitzat una o més visites al metge els últims 12 mesos.
- Haver estat hospitalitzat els últims 12 mesos.

Pràctiques preventives

Les pràctiques preventives en ginecologia només s'han analitzat en les dones més grans de 29 anys, ja que no es va recollir aquesta informació en les més joves.

- Visita periòdica al ginecòleg en dones de més de 29 anys.
- Citologia cervical periòdica en dones de més de 29 anys.
- Mamografia periòdica en dones de més de 29 anys i de més de 49 anys (edat en que la mamografia està indicada²⁷⁰).
- Presa periòdica de la tensió arterial en més grans de 14 anys.
- Vacunació periòdica de la grip en més grans de 64 anys (edat en que està indicada la vacunació anual²⁷¹).

2.5.2. VARIABLES INDEPENDENTS

Variables per mesurar el nivell socio-econòmic

- Nivell d'estudis de l'entrevistat/a. S'han agrupat de la següent manera:
 - ANALFABET/A, SENSE ESTUDIS: no sap llegir ni escriure, llegeix i escriu però sense estudis.
 - PRIMARIS INCOMPLETS: primaris incomplets.
 - PRIMARIS: EGB o similar.
 - SECUNDARIS: formació professional o similar, batxillerat/BUP o similar, COU o similar.
 - SUPERIORS: estudis universitaris de grau mig, estudis universitaris superiors.
- Classe social: s'ha obtingut a partir de l'ocupació (actual o anterior) de la persona entrevistada, o si no treballava, l'ocupació (actual o anterior) de la persona principal de la llar (aquesta persona era la que considerava l'entrevistat). La classe social s'ha calculat a partir d'una agrupació de la *Clasificación Nacional de Ocupaciones* (CNO)

proposada per Domingo i Marcos, que té per referència la Classificació Britànica de la Classe Social¹⁰⁸. Les classes obtingudes són:

- I. Directius de l'Administració i de les empreses (excepte els inclosos en II). Alts funcionaris. Professionals lliberals. Tècnics superiors.
- II. Directius i propietaris-gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.
- III. Quadres i comandaments intermitjos. Administratius i funcionaris, en general. Personal dels serveis de protecció i seguretat.
- IV A. Treballadors manuals qualificats de la indústria, comerç i serveis.
- IV B. Treballadors manuals semiqualicats de la indústria, comerç i serveis. Idem. del sector primari.
- V. Treballadors no qualificats.

A l'Annex 2 consten amb més detall les ocupacions de cada classe social.

En aquest estudi sempre que es menciona la *classe social* és la classe obtinguda a través de l'ocupació; el nivell d'estudis, tot i ser un altre indicador de classe social (vegeu l'apartat *Mesura de la classe social dels Antecedents*) sempre es menciona com a *nivell d'estudis*. Quan es fa referència als dos indicadors conjuntament s'utilitza el terme *nivell o grup socio-econòmic*.

Les classes I i II s'han considerat classes altes i les classes IV i V classes baixes. Els grups socio-econòmics alts són les classes I i II i els nivells d'estudis superiors o secundaris i els grups socio-econòmics baixos, les classes IV i V i els nivells d'estudis analfabet o sense estudis i estudis primaris incomplets.

Altres variables

- **Sexe:** totes les anàlisis s'han realitzat per a tots dos sexes per separat per causa del comportament diferenciat que presenten.

- **Edat:** En les descripcions per grups d'edat s'han utilitzat les següents categories: 0-14, 15-39, 40-59, més de 59 anys. En l'anàlisi multivariable l'edat s'ha tractat com una variable quantitativa.

En l'anàlisi multivariable, a més s'han tingut en compte les variables que s'ha descrit que s'han de tenir en compte en l'estudi de les desigualtats de salut, i sobretot en el cas de les dones¹¹². Són les següents:

- **Situació laboral:** treballador/a, aturat/a, estudiant, mestressa de casa, jubilat/da, altres (incapacitat, servei militar).
- **Estructura familiar:** Era una pregunta amb múltiples respostes que posteriorment s'ha agrupat en les següents categories: viu sol/a o amb fills, viu amb parella (inclou si hi viuen altres, que poden ser fills), viu amb pares (inclou si també hi viuen altres), té més de 60 anys i viu amb fills (inclou si també hi viuen néts), altres tipus d'estructura familiar.

2.6. ANÀLISI ESTADÍSTICA

En primer lloc s'ha realitzat una anàlisi bivariada per a estudiar les diferències segons grup socio-econòmic tenint en compte els grups d'edat per cada sexe. S'ha estudiat la significació estadística amb el test de Khi Quadrat de tendències²⁷² ja que es tracte d'analitzar si hi ha hagut tendència creixent o decreixent de la variable entre els grups socio-econòmics.

Posteriorment s'han calculat els percentatges estandarditzats per edat.

Per a poder ajustar l'efecte del grup socio-econòmic segons altres variables, s'han ajustat models de regressió logística²⁷³ on les variables dependents han estat les variables comentades anteriorment, les variables independents han estat: el grup socio-

econòmic i les variables que poden ser factors de confusió (edat, situació laboral i estructura familiar). Els models s'han estimat per als dos sexes per separat.

Els models estimats s'expressen de la següent manera:

$$\text{Lògit salut} = A + \sum_i B_i * \text{nivell SE}_i + \sum_i C_i * \text{var. confus.}_i$$

On:

A: Constant del model.

B_i: coeficient del nivell socio-econòmic (SE) *i*.

C_i: coeficient de la variable de confusió *i*.

Essent l'exponencial de B l'*Odds Ratio* estimada pel nivell socio-econòmic.

El nivell socio-econòmic s'ha tractat com una variable fictícia i sempre ha tingut com a categoria de referència la classe I o el nivell d'estudis superiors.

Les possibles variables de confusió, situació laboral i estructura familiar, han tingut les categories mencionades anteriorment i han estat tractades com variables fictícies. L'edat s'ha introduït com a variable quantitativa. En els resultats només s'exposen les *Odds Ratios* (OR) de les diferents categories del grup socio-econòmic.

En els models per a estudiar l'estat de salut percebut també s'han considerat com a variables independents el consum de tabac, el consum d'alcohol, l'activitat física i el sobrepès.

En els models per a estudiar la utilització de serveis sanitaris, a més de l'edat, la situació laboral i l'estructura familiar, s'han introduït com a variables independents: l'estat de salut percebut i la interacció entre l'estat de salut i el nivell socio-econòmic. Aquesta interacció s'ha introduït per a poder diferenciar si la utilització de serveis ha estat diferent entre les persones amb estat de salut molt bo o bo i les persones amb estat de salut regular, dolent o molt dolent, segons el seu nivell socio-econòmic. En el cas de l'existència d'interacció l'OR per a cada nivell socio-econòmic ha estat:

$$\text{Odds ratio} = \exp (B + I)$$

essent I el coeficient de la interacció.

La significació estadística de la interacció s'ha comprovat restant les *Deviances* (-2 Log *likelihood*) del model sense i amb interacció. La diferència s'ha contrastat amb les taules de Khi Quadrat, essent els graus de llibertat 5 quan s'ha tractat de la classe social i 4 quan s'ha tractat del nivell d'estudis²⁷⁴.

La bondat de l'ajustament dels models de regressió logística s'ha determinat mitjançant la prova de Hosmer-Lemeshow. Aquesta prova calcula per cada decil de risc el nombre d'efectius amb la característica estimat pel model i el compara amb el nombre observat amb el test de Khi Quadrat. Si no hi ha diferències estadísticament significatives en aquesta comparació, significa que el model ajusta bé. Així doncs, habitualment es comparen els efectius observats i esperats en els 10 intervals de risc, encara que el programa BMDP a vegades calcula menys de 10 grups i en aquest cas hi ha menys de 8 graus de llibertat²⁷³.

La variable *alçada* és quantitativa i, per tant, la seva associació multivariable amb el nivell socio-econòmic s'ha estudiat mitjançant el model de regressió lineal. La variable dependent és l'alçada en cm. i les independents el nivell socio-econòmic (també tractat com a variable fictícia) i l'edat. La bondat de l'ajustament s'ha realitzat amb l'estimació del coeficient de determinació (R^2) i amb l'anàlisi de residuals (gràfic de probabilitat normal dels valors estandarditzats (P-P plot) i gràfics dels residus estandarditzats en funció dels valors predits estandarditzats)²¹⁰. Cal mencionar que els models han ajustat bé.

En totes les proves utilitzades s'ha considerat un valor $p < 0,05$ com a estadísticament significatiu.

Totes les anàlisi estadístiques s'han realitzat mitjançant el programa estadístic SPSS²¹² menys l'estimació de la bondat de l'ajustament dels models de regressió logística (prova de Hosmer- Lemeshow) i l'estimació dels models amb interacció, que s'han fet amb el programa BMDP²⁷⁵.

El càlcul dels percentatges estandarditzats segons edat per cada nivell socio-econòmic s'ha realitzat mitjançant un programa específic fet amb Clipper²¹¹ pels informàtics de l'Institut Municipal de la Salut.

3. RESULTATS

3.1. CARACTERÍSTIQUES GENERALS

En primer lloc es descriu com s'ha obtingut la classe social de cada persona que pertanyia a la mostra i en segon lloc es fa una descripció de la mostra segons grup socio-econòmic, situació laboral i estructura familiar.

3.1.1. DESCRIPCIÓ DE L'OBTENCIÓ DE LA CLASSE SOCIAL

La mostra de l'enquesta de salut de Barcelona és de 5.004 persones (2.374 homes i 2.630 dones). Tal com es mostra a la Taula 1, en un 7,2% dels casos no s'ha pogut obtenir la classe social de la persona entrevistada.

En un 34,8% dels casos (n = 1740) la classe social s'ha obtingut de l'ocupació de la persona principal de la llar. Segons sexe aquest percentatge ha estat d'un 27% en els homes i d'un 41,8% en les dones (Taula 1). Cal assenyalar que en el sexe masculí la majoria d'aquests casos (95,5%) han estat de nens o joves que declaraven viure amb els seus pares. En el cas de les dones ha estat diferent, mentre que un 51,5% eren nenes o noies que vivien amb els seus pares, un 40,2% eren dones que vivien amb la seva parella.

Dels 1740 casos anteriors on s'ha obtingut la classe social de l'ocupació de la persona principal de la llar, en 1345 (77,3%) la persona principal treballava en el moment de l'enquesta, en 214 (12,3%) estava jubilada, en 99 (5,7%) estava en atur i en 83 casos (4,8%) estava incapacitada, morta o altres. O sigui que en 22,7% d'aquests

casos, la classe social s'ha obtingut a partir de l'última ocupació de la persona principal.

En 2904 casos la classe social s'ha obtingut de la mateixa persona entrevistada. Representa un 65,7% dels casos en els homes i un 51,2% en les dones (Taula 1). Cal esmentar que aquesta persona declarava estar treballant en un 54,8% dels casos (n = 1592), jubilada en un 24,5% (n = 711), mestressa de casa en un 12,3% (n = 357), aturada en un 8,3% (n = 242) i en una altra situació en 0,1% (n = 2); o sigui que en un 45,2% d'aquests casos la classe social s'ha obtingut de l'última ocupació.

De tota manera, en un 9,7% dels homes (n = 230) i en un 36,7% de les dones (n = 965), a més de la pròpia classe social també hi constava la de la persona principal. En els homes, la majoria d'aquests casos (86,9%) han estat homes que vivien amb els seus pares; en canvi en les dones, la majoria vivien amb la seva parella (78,0%) i algunes també amb els seus pares (15,0%)(Taula 2).

Quan s'han comparat les classes socials en els casos en què en constaven dues (la de la persona entrevistada i la de la persona principal), s'observa que, en un 33,5% dels homes i en un 31,3% de les dones, les classes han estat iguals. En un 38,7% en els homes i en un 44,9% en les dones, les classes socials de la persona principal ha estat més alta, i en un 27,8% dels homes i en un 23,7% de les dones ha estat més alta la classe social de la persona entrevistada; les diferències entre classes de la persona principal i la persona entrevistada és deguda sobretot en els homes al fet que viuen amb els pares i en les dones que viuen amb els seus pares o que viuen en parella (Taula 2).

3.1.2. DESCRIPCIÓ DE LA POBLACIÓ ESTUDIADA SEGONS GRUP SÒCIO-ECONÒMIC, SITUACIÓ LABORAL I ESTRUCTURA FAMILIAR

Classe social

La distribució de la població segons classe social, edat i sexe és a la Taula 3. La majoria de la gent pertany a les classes III (un 23,5% dels homes i un 22,0% de les dones) i IVa (un 26,7% dels homes i un 28,9% de les dones). La classe V és la que ha tingut menys població, un 3,3% dels homes i un 7,6% de les dones. En les dones, a mesura que augmenta l'edat disminueix la classe social: mentre que un 22,1% de les nenes de 0 a 14 anys eren de la classe I, això només ha passat en un 4% de les dones més grans de 60 anys.

Nivell d'estudis

Un 35,2% dels homes i un 28,0% de les dones tenien estudis secundaris i un 26% de tots dos sexes estudis primaris. Un 3,9% dels homes i un 8,6% de les dones no tenien estudis o eren analfabets. El nivell d'estudis disminueix a mesura que ha augmentat l'edat (Taula 4).

A les Taules 5 i 6 es comparen la classe social i el nivell d'estudis de les persones entrevistades. Tot i que hi ha una relació important entre la classe i el nivell d'estudis, també hi ha casos on no hi havia concordància. Així per exemple, un 11,6% dels homes i un 26,3% de les dones de la classe I tenien estudis primaris o un nivell d'estudis inferior; o be, un 25,5% dels homes i un 11,4% de les dones de la classe V tenien estudis superiors o secundaris.

Situació laboral

Un 45% dels homes treballaven en el moment de l'enquesta, un 20,3% eren estudiants i un 18,9% jubilats. Tal com es pot veure a la Taula 7 aquesta distribució canvia en els diferents grups d'edat. Pel que fa a les dones, un 34,3% eren mestresses de casa, un 23,6% treballaven i un 19,4% eren estudiants. Aquesta distribució també té un repartiment desigual en els diferents grups d'edat.

La situació laboral és diferent si es té en compte la classe social i el nivell d'estudis. Entre les classes baixes hi havia més aturats i menys estudiants que en les altes, en tots dos sexes. A més, en les dones de les classes altes hi havia més mestresses de casa i menys jubilades que en les classes baixes (Taula 8). Quant al nivell d'estudis cal destacar sobretot que en les dones amb més nivell d'estudis hi havia un percentatge més elevat de dones treballadores i un percentatge més baix de mestresses de casa. Evidentment hi havia més estudiants a l'augmentar el nivell d'estudis (Taula 9).

Estructura familiar

La meitat de la població vivia en parella, encara que en la població més jove hi havia un percentatge important que vivia amb els pares i en els més grans de 60 anys també hi havia gent que vivia sola o amb els fills (Taula 10).

L'estructura familiar és diferent segons la classe social i el nivell d'estudis. Hi havia més homes de classes altes que vivien sols. Les dones de classes altes tendien a viure més en parella (Taula 11). En relació a les diferències segons nivell d'estudis, en els grups amb més nivells d'estudis hi havia menys gent que vivia en parella i més que vivia amb els pares, i les persones sense estudis o analfabetes vivien soles en una proporció més gran (Taula 12).

3.2. DESCRIPCIÓ DE LES DESIGUALTATS DE SALUT EN ELS DIFERENTS GRUPS SÒCIO-ECONÒMICS

A continuació es fa una descripció de les desigualtats segons estat de salut, conductes relacionades amb la salut, sobrepès i alçada, utilització de serveis i utilització de pràctiques preventives.

3.2.1. DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT

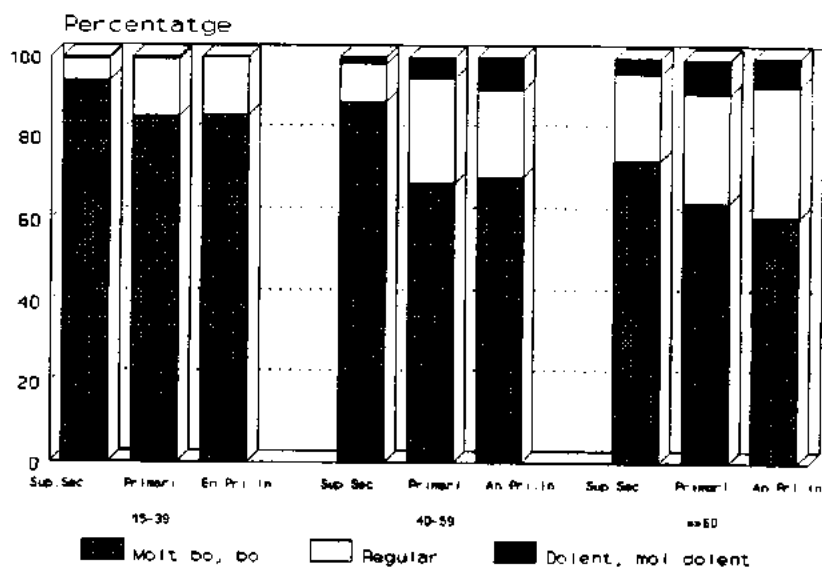
Es comenten les desigualtats segons l'estat de salut percebut, l'enllitament les dues setmanes anteriors a l'entrevista, la limitació de l'activitat, l'existència de trastorns crònics i l'existència d'accidents.

Estat de salut percebut

L'estat de salut percebut ha empitjorat a l'augmentar l'edat en tots dos sexes i ha variat segons el grup sòcio-econòmic. Els grups sòcio-econòmics alts han declarat un bon estat de salut en més alt percentatge, així, entre els 15 i 39, anys les classes I i II i els nivells d'estudis superiors han declarat, en més d'un 90% dels casos, un bon estat de salut, i les classes IV i V i els nivells d'estudis inferiors ho han fet entre el 80 i el 87%. En els grups d'edat intermitjos (40-59 anys) també hi ha hagut diferències importants entre els grups sòcio-econòmics, i a més les dones han declarat pitjor estat de salut que els homes. A partir dels 60 anys les diferències entre grups han estat més importants en les dones; declarant un bon estat de salut al voltant d'un 70% dels grups sòcio-econòmics alts i d'un 50% dels baixos, en canvi, en els homes d'aquest grup d'edat, només hi ha diferències estadísticament significatives pel nivell d'estudis (Taules 13 i 14 i Gràfic 1).

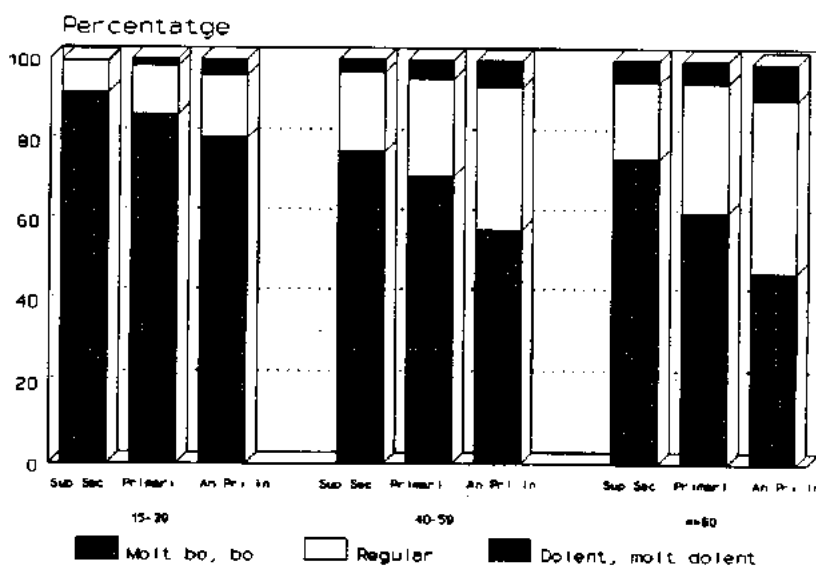
Gràfic 1: Estat de salut percebut segons nivell d'estudis en grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Nivell estudis en grups d'edat

Dones



Nivell estudis en grups d'edat

Aquestes desigualtats també s'han reflectit en els percentatges estandarditzats, ja que més del 80% de la població dels grups socio-econòmics alts han declarat un bon estat de salut, cosa que ha passat en menor percentatge en els baixos (entre un 57,6% i un 80,9%) (Taules 15 i 16 i Gràfic 2).

En el model de regressió logística s'ha posat de manifest l'associació entre un estat de salut regular, dolent o molt dolent i el nivell socio-econòmic. Aquesta associació s'ha evidenciat en els homes amb OR superiors a 1 i significatives en els grups socio-econòmics més baixos. En les dones les OR han estat més altes, superiors a 4 en la classe V i en el menor nivell d'estudis. Aquestes associacions s'han mantingut tant a l'ajustar per la situació laboral i l'estructura familiar, com a l'ajustar per altres variables com el consum de tabac i alcohol, l'activitat física i el sobrepès (Taules 17 i 18).

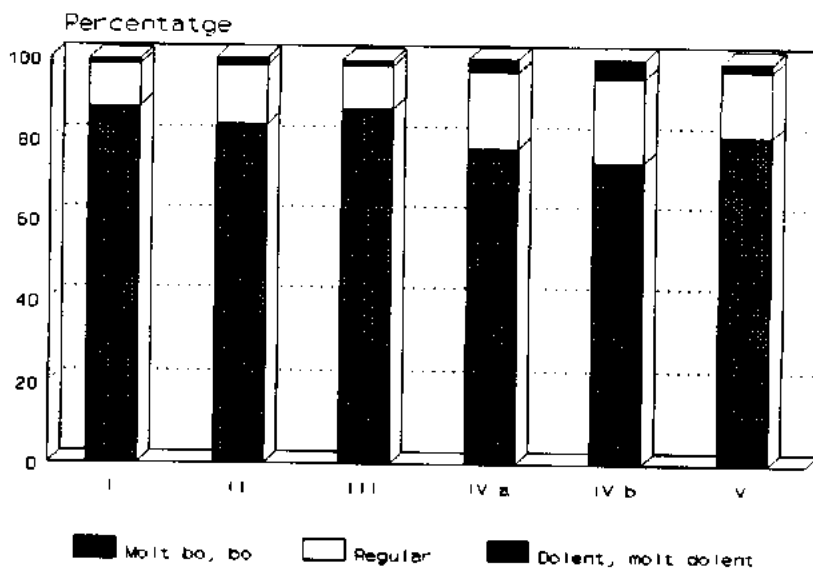
Enllitament, limitació de l'activitat les dues setmanes anteriors a l'entrevista i limitació crònica de l'activitat

La variable **enllitament les dues setmanes anteriors a l'entrevista** ha presentat poques desigualtats segons els diferents grups. Aquest fet s'ha observat tant amb els percentatges per grups d'edat i sexe (Taula 19) com amb els percentatges estandarditzats (Taules 20 i 21) i el model de regressió logística, on l'associació entre l'enllitament i el grup socio-econòmic s'ha manifestat amb OR al voltant d'1 (Taula 22).

La **limitació de l'activitat durant les dues setmanes anteriors** ha tendit a augmentar en els nivells socio-econòmics més baixos. De tota manera ha estat un efecte poc important, que s'ha manifestat més en el nivell d'estudis en alguns grups d'edat (Taula 23). En el model de regressió logística només s'ha trobat associació estadísticament significativa entre la limitació de l'activitat i el nivell d'estudis, en els homes (Taules 24, 20 i 21).

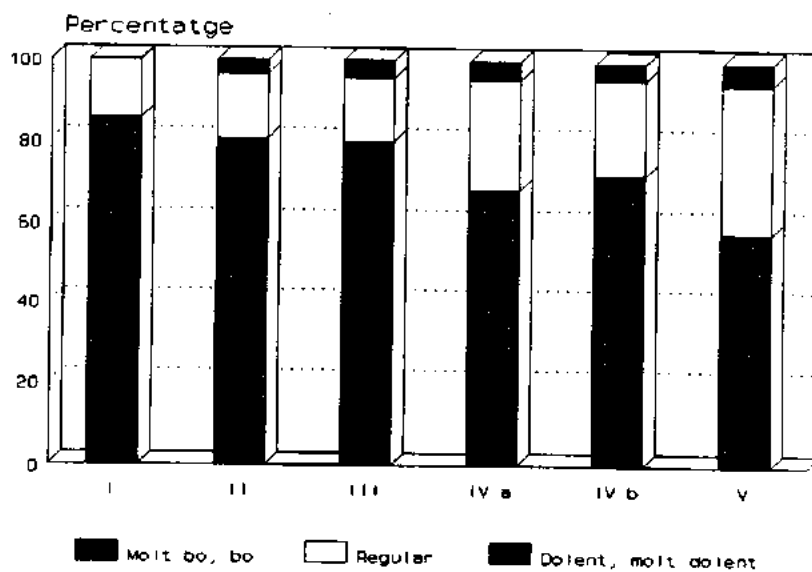
Gràfic 2: Estat de salut percebut segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Classe social

Dones



Classe social

La limitació crònica de l'activitat tampoc no ha presentat desigualtats importants entre les diferents classes socials i nivells d'estudis. Hi ha hagut un lleuger augment en les classes baixes, però ha estat poc important, tant al tenir en compte els diferents grups d'edat i els percentatges estandarditzats, com el model de regressió logística (Taules 25,20,21,26).

Trastorns crònics

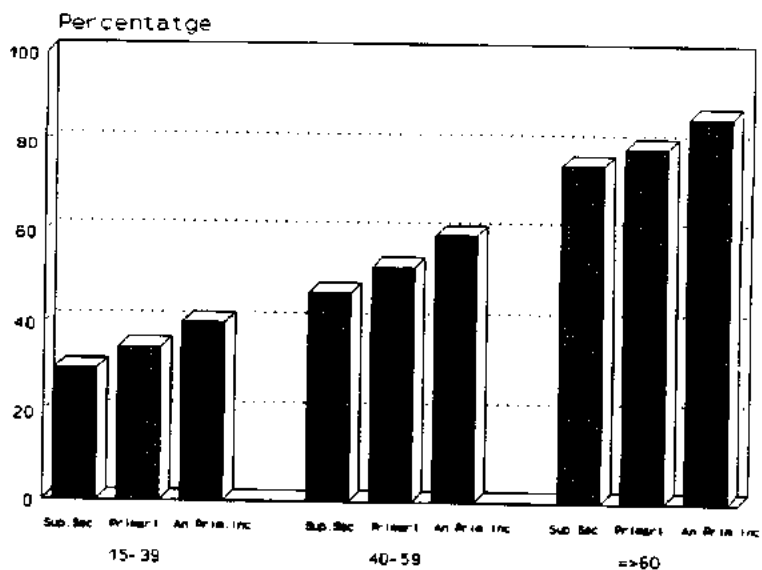
L'existència de trastorns crònics ha presentat un comportament diferent segons el grup d'edat i sexe. Entre els nens menors de 14 anys, han declarat més trastorns crònics les classes altes (24,7%) que les baixes (11,4%), fet que no s'ha donat en les nenes. En els altres grups d'edat hi ha hagut més trastorns crònics en els nivells socio-econòmics baixos. Entre els 40 i els 59 anys és on les diferències han estat més importants: han presentat trastorns un 46% dels homes dels grups socio-econòmics alts i un 54% i 59% de les classes socials baixes i menor nivell d'estudis, respectivament; en les dones, un 64% i 66,5% dels grups socio-econòmics alts i un 80,7% i 78,9% dels baixos (Taula 27 i Gràfic 3).

Al tenir en compte els percentatges estandarditzats s'ha observat un increment dels trastorns al disminuir el grup socio-econòmic, i ha estat més marcada la diferència segons el nivell d'estudis, sobretot en els homes on el percentatge ha estat de 47,2% en els homes d'estudis superiors i 71,1% en els de menor nivell d'estudis (Taules 20, 21 i Gràfic 4).

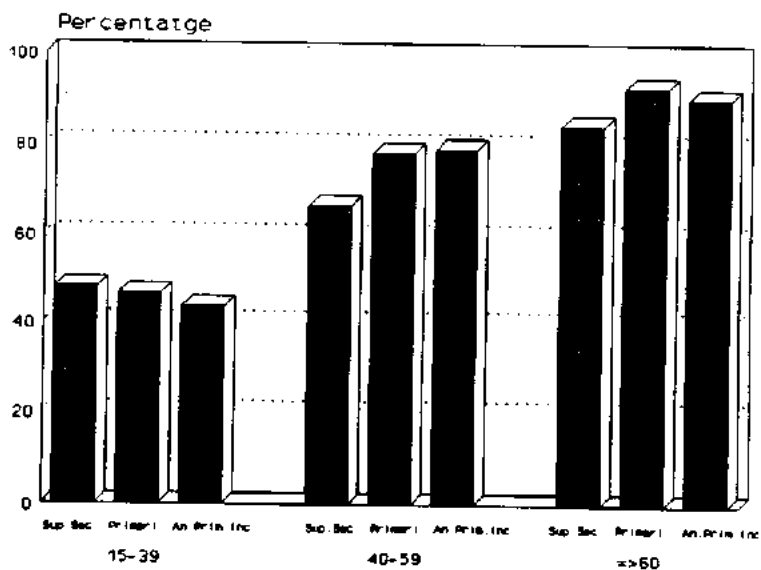
L'associació entre tenir trastorns crònics i el grup socio-econòmic s'ha evidenciat en el model de regressió logística, les OR han estat més elevades a mesura que ha disminuït la classe social en les dones i el nivell d'estudis en els homes, tant a l'ajustar per edat com a l'ajustar per edat, situació laboral i estructura familiar (Taula 28).

Gràfic 3: Trastorns crònics segons nivell d'estudis en grups d'edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes



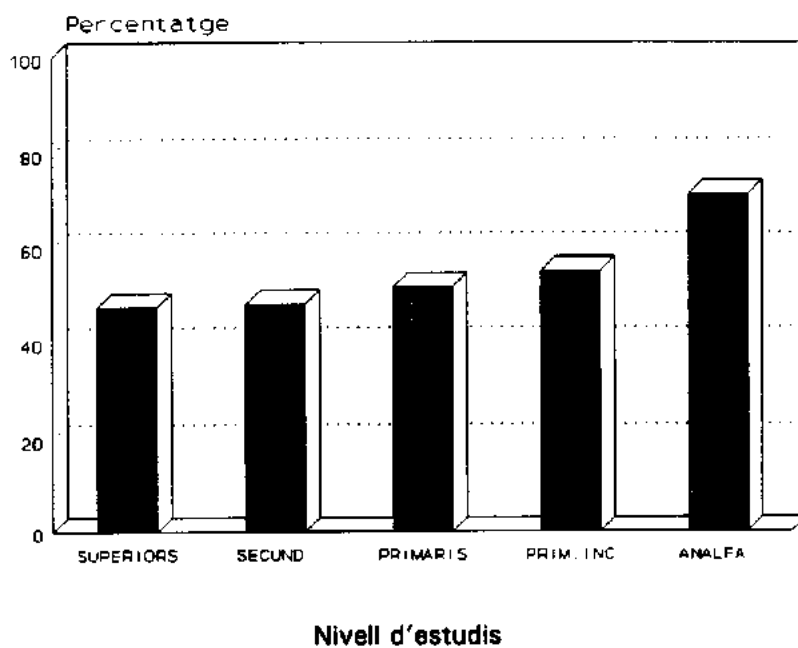
Dones



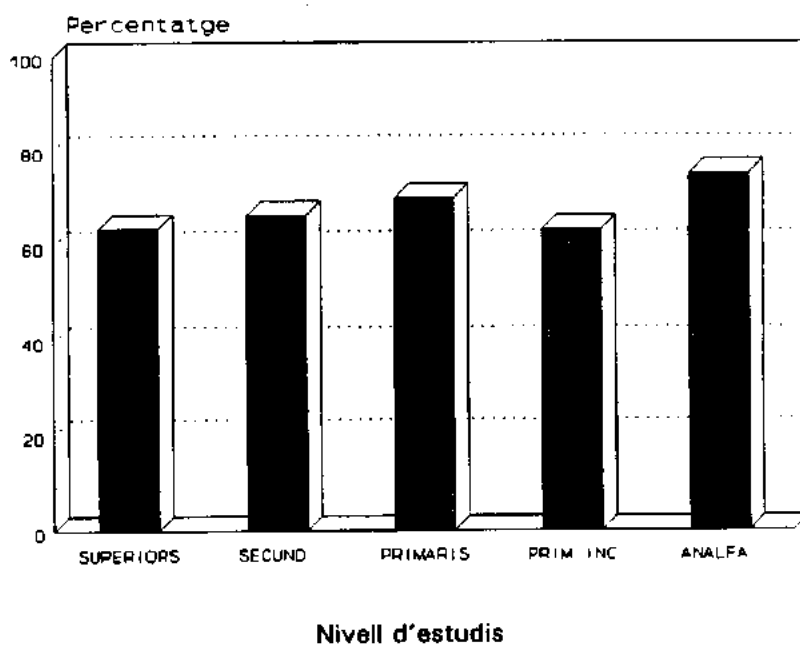
Nivell estudis en grups d'edat

Gràfic 4: Trastorns crònics segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes



Dones



A les Taules 29 i 30 es presenten les prevalences dels principals trastorns crònics declarats, segons classe social i nivell d'estudis. A continuació es comenten els trastorns crònics que han presentat les desigualtats més importants entre els grups socio-econòmics.

Les **al·lèrgies** i els **trastorns de pròstata** han estat els trastorns que més freqüentment han declarat les persones de nivell socio-econòmic alt.

La resta de trastorns que es comenten, els han declarat més els grups socio-econòmics baixos que els alts.

Tant l'**artrosi** com el **mal d'esquena crònic** han presentat gradients importants entre els diferents grups i en tots dos sexes, tot i que han estat trastorns molt més declarats per les dones. Així, el gradient de l'artrosi en les dones per classe social ha anat de 20,5% a 33,7% i segons el nivell d'estudis de 27,1% a 45,9% i el del mal d'esquena de 19,4% a 25% segons classe social i de 17,4% a 26,2% segons nivell d'estudis (Gràfics 5 i 6).

La **migranya** també ha estat un trastorn més declarat per les dones, i amb desigualtats importants entre grups socio-econòmics: els percentatges han variat entre 10,2% i 17% en les classes socials i 10,3% i 16% en els nivells d'estudis. En els homes les desigualtats han estat més importants, si es tenen en compte el nivell d'estudis, ja que han declarat tenir migranya un 6,7% dels homes amb estudis superiors i un 17,6% dels analfabets o sense estudis (Gràfic 7).

La **mala circulació** també ha estat un trastorn amb importants gradients entre els grups socio-econòmics. Segons el nivell d'estudis en els homes ha variat entre el 7% i el 15,7% i en les dones entre el 21% i el 34,7% (Gràfic 8). També hi ha hagut desigualtats entre les classes socials encara que no han estat tan marcades.

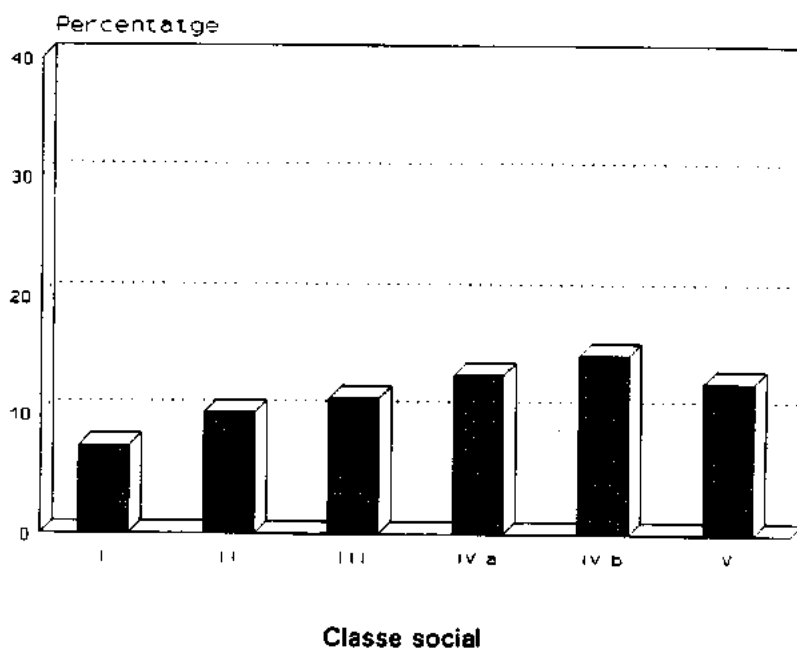
Tenir **problemes nerviosos i/o depressions** ho han declarat un 6,1% dels homes i un 7,9% de les dones de la classe I i, en canvi, un 9,8% dels homes i un 24,3% de les

dones de la classe V. Segons el nivell d'estudis, ho han declarat un 6,8% dels homes i un 11,7% de les dones amb estudis superiors, i més d'un 30% dels homes i les dones sense estudis o analfabetes (Gràfic 9).

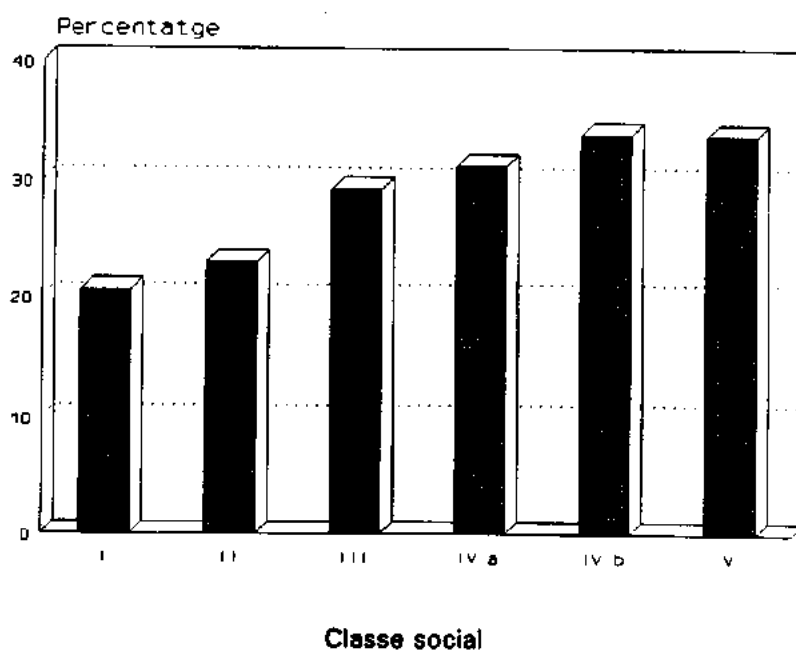
Finalment cal destacar la hipertensió arterial que també ha presentat gradients importants sobretot en les dones. Així doncs, n'han declarat un 12,3% i un 15,3% de les dones de la classe I i de nivell d'estudis superiors i un 24,3% i un 31,7% de les dones de la classe V i de menor nivell d'estudis (Gràfic 10).

Gràfic 5: Artrosi segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes

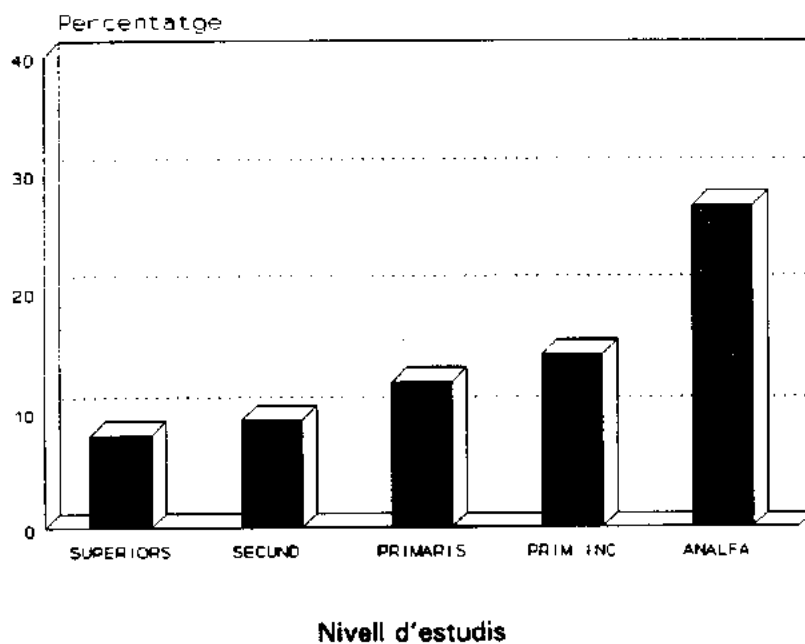


Dones

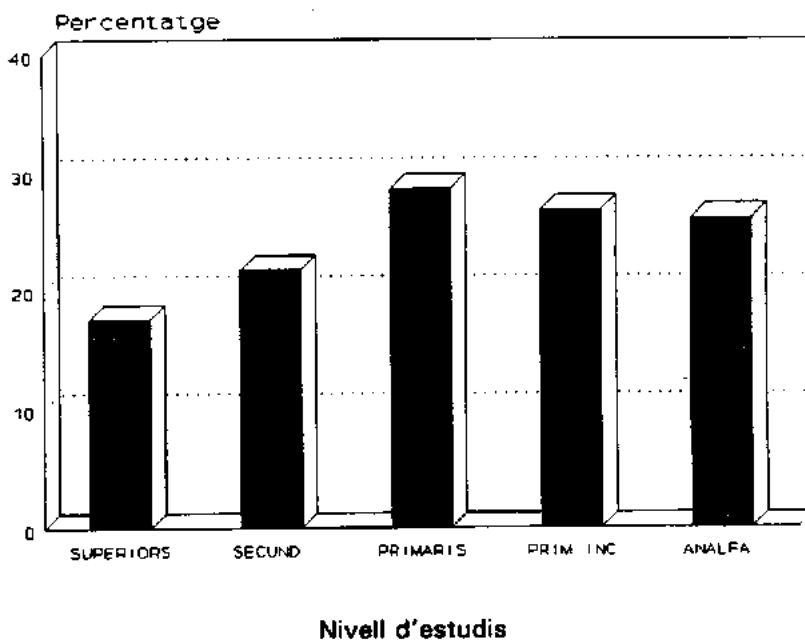


Gràfic 6: Mal d'esquena segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes

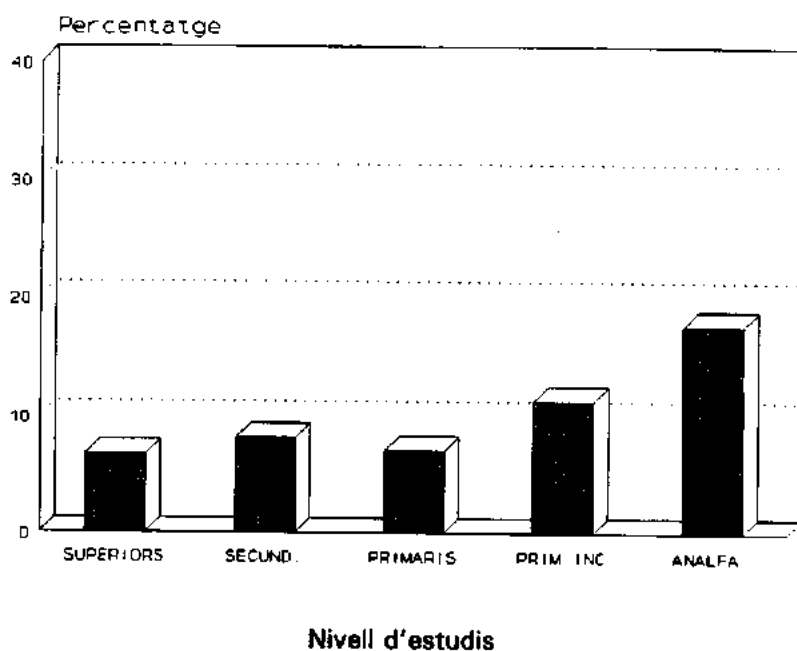


Dones

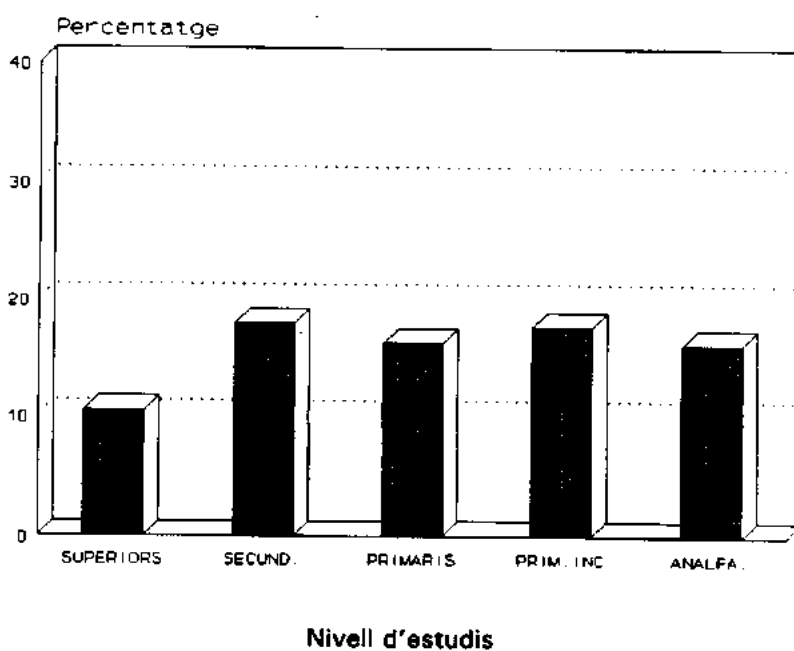


Gràfic 7: Migranya segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes

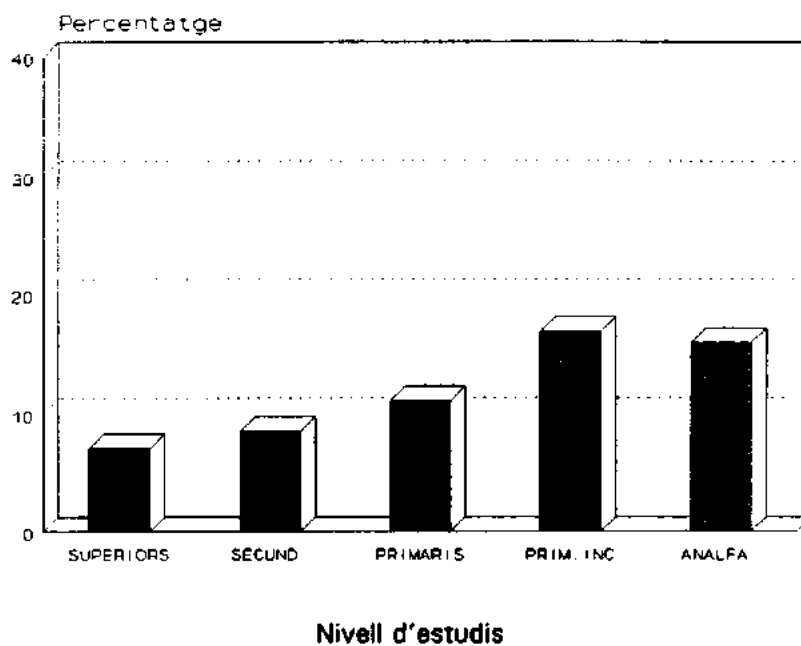


Dones

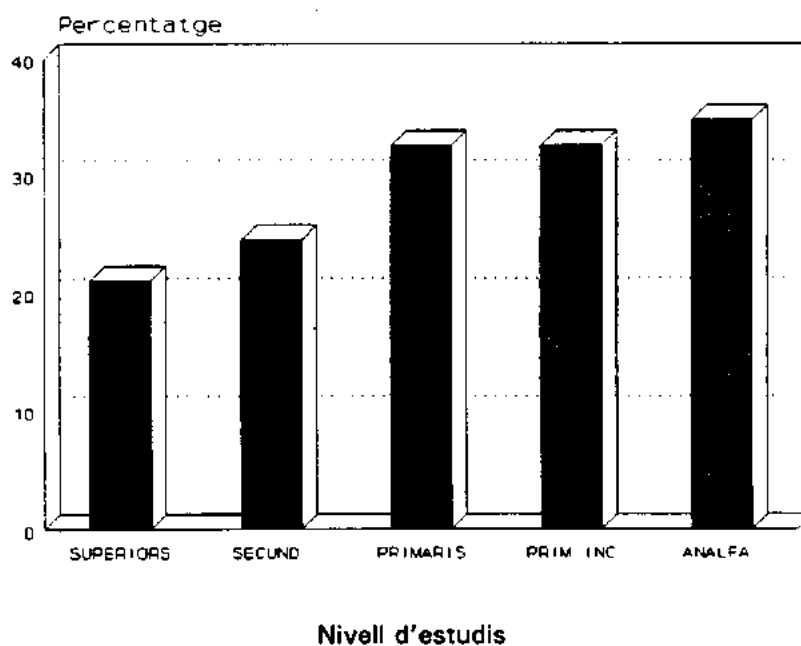


Gràfic 8: Trastorns de la circulació segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes

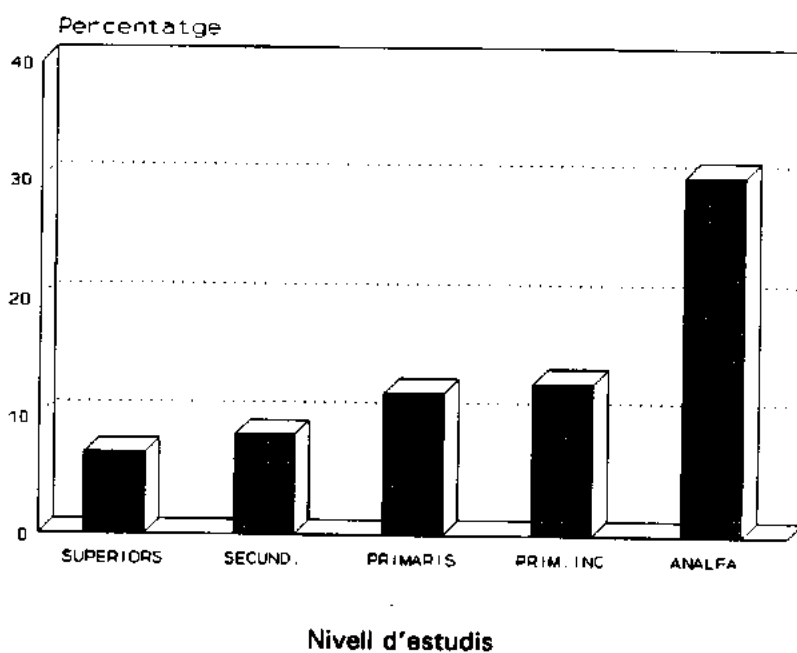


Dones

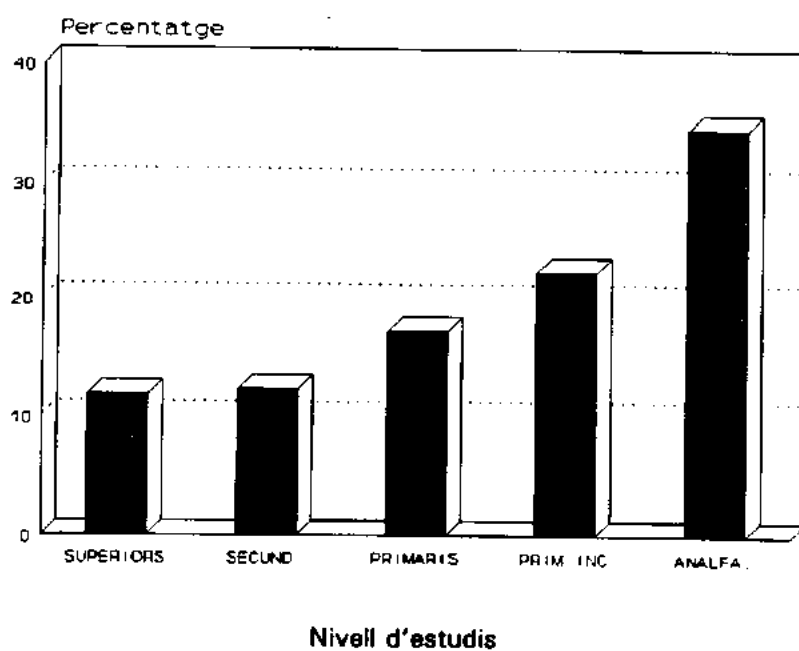


Gràfic 9: Trastorns nerviosos i depressions segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes

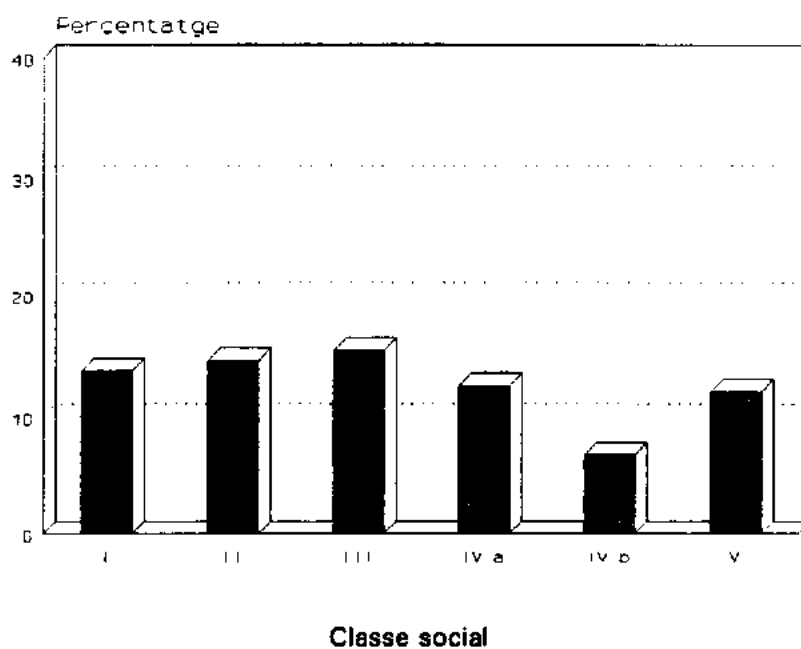


Dones

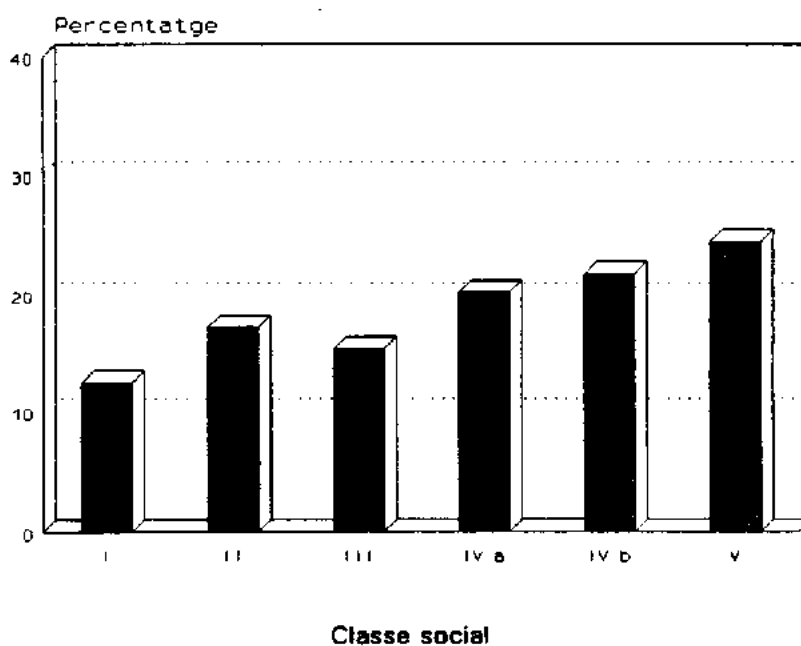


Gràfic 10: Hipertensió segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes



Dones



Accidents

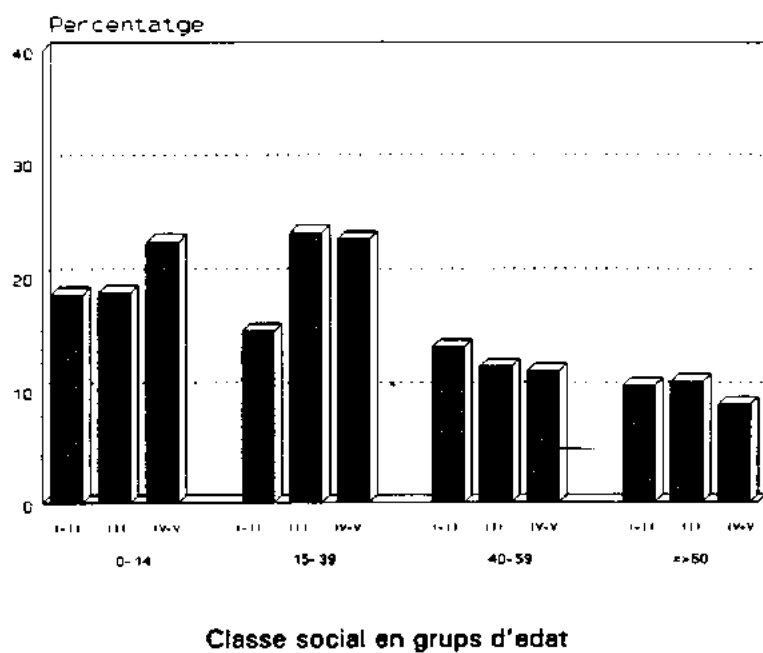
La prevalença d'accidents ha estat més elevada per sota dels 40 anys d'edat. Sobretot és en els homes d'aquesta edat que les classes socials baixes han presentat més accidents. En les dones, sobretot entre els 40 i els 59 anys, han estat les classes altes les qui han declarat més accidents (Taula 31 i Gràfic 11).

Al tenir en compte els percentatges estandarditzats, en els homes hi ha hagut un increment al disminuir el grup socio-econòmic, però ha estat poc important. En les dones les tendències entre els diferents grups no han estat clares, hi ha hagut fluctuacions importants. Els homes i dones sense estudis o analfabets són els qui han presentat percentatges més elevats (de 28,6% i 20,9%) respecte als altres grups (entre 10 i 20%) (Taula 20 i 21 i Gràfic 12). Aquest fet també s'ha reflectit amb les associacions trobades en el model de regressió logística (OR de 2,3 per als homes i 1,8 per les dones), fins i tot després d'ajustar per la situació laboral i l'estructura familiar (Taula 32).

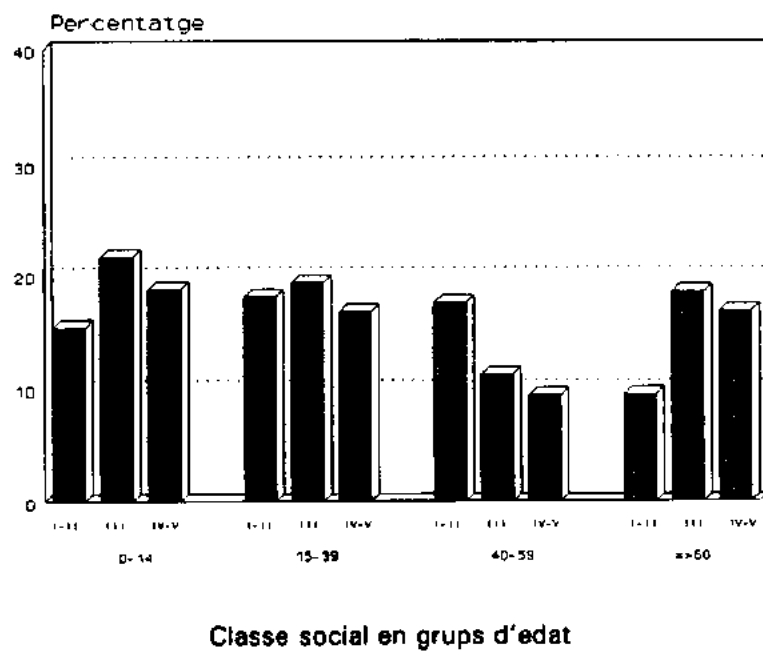
A les taules 33 i 34 hi consten els percentatges estandarditzats dels diferents tipus d'accidents. Cal destacar que, en els homes, hi ha hagut un gradient entre grups socio-econòmics en les caigudes i els cops: els grups socio-econòmics baixos han presentat prevalences més elevades. En les dones, aquest gradient s'ha observat en les cremades.

Gràfic 11: Accidents segons classe social en grups d'edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes

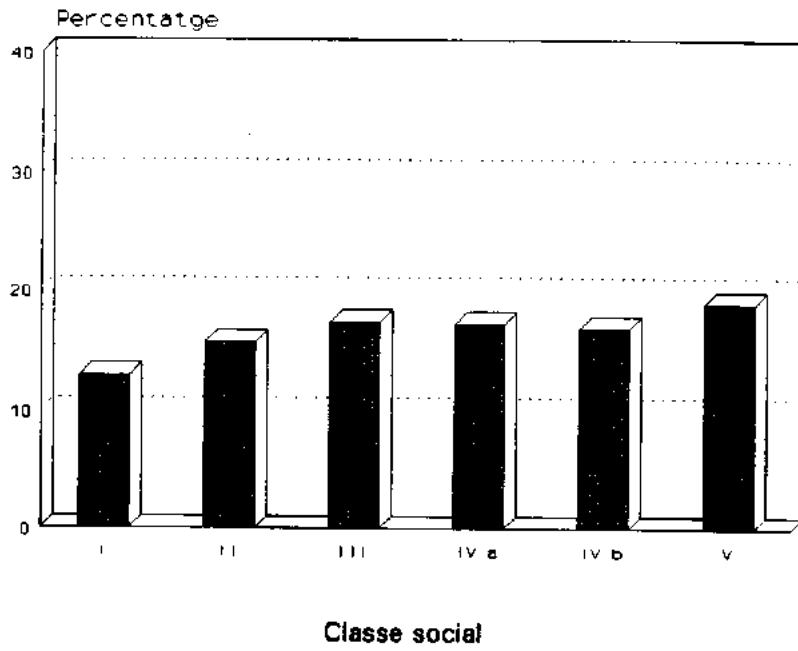


Dones

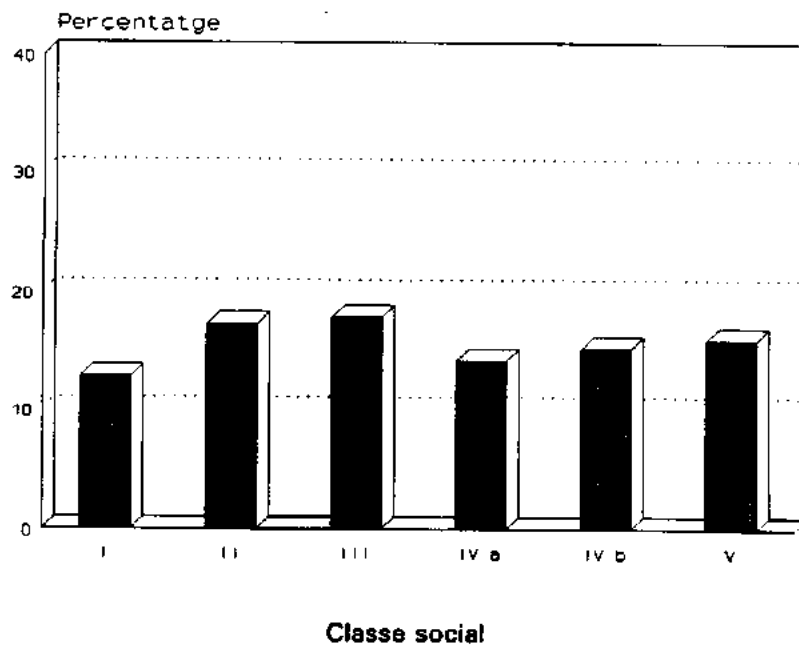


Gràfic 12: Accidents segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones. Barcelona 1992.

Homes



Dones



3.2.2. DESIGUALTATS EN LES CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT, SOBREPÈS, OBESITAT I ALÇADA

En aquest apartat es fa referència a les desigualtats en el consum de tabac i d'alcohol, en l'activitat física realitzada (tant la laboral o domèstica com l'activitat de lleure), en el sobrepès, en l'obesitat i en l'alçada declarada.

Consum de tabac

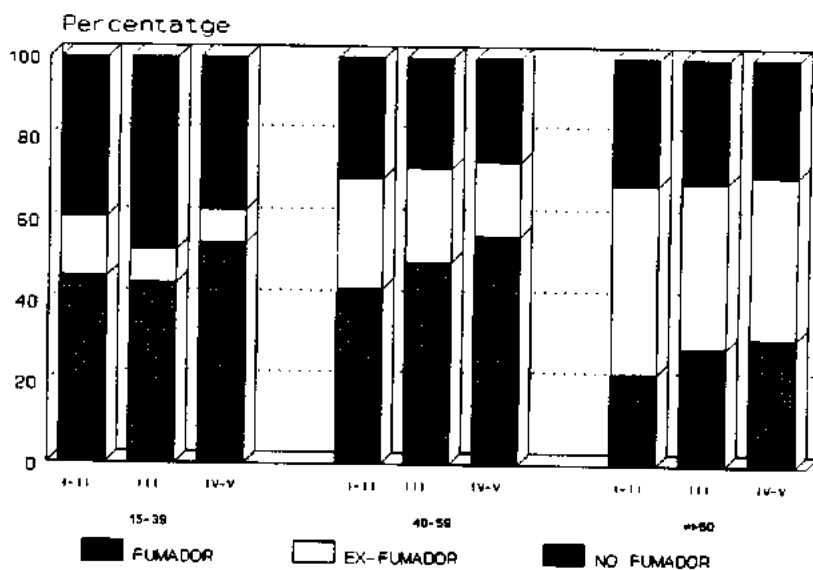
El consum de tabac està molt relacionat amb l'edat, ja que l'hàbit tabàquic declarat disminueix a mesura que augmenta l'edat. Les dones més joves han tingut una prevalença de tabaquisme similar als homes joves, però en canvi les dones més grans han declarat fumar molt menys.

En els homes, en tots els grups d'edat hi ha hagut més fumadors i menys ex-fumadors en les classes socials baixes i no han estat tan importants les desigualtats segons nivell educatiu. Així, han declarat fumar un 46% dels homes de les classes I i II, de 15 a 39 anys, i un 54% de les classes IV i V; un 43% dels homes de 40 a 59 anys de les classes I i II i un 56,2% de la classe IV i V; un 22,6 dels homes de més de 59 anys de les classes I i II i un 31,4% de les classes IV i V (Taula 35 i Gràfic 13).

Aquestes desigualtats també s'han observat al tenir en compte els percentatges estandarditzats, així els homes dels grups socio-econòmics alts han fumat al voltant del 40%, i dels baixos, del 50%. A més l'abandó del tabac també ha estat més elevat pels homes dels grups socio-econòmics alts (al voltant del 40%) que pels baixos (al voltant del 25%) (Taules 36 i 37 i Gràfic 14). El model de regressió logística que ha estudiat la relació entre ser fumador i el nivell socio-econòmic ha mostrat OR entre 1,17 i 1,56 en la classe V i el menor nivell d'estudis, però amb un interval de confiança que ha inclòs el valor 1 la majoria de les vegades (Taula 38).

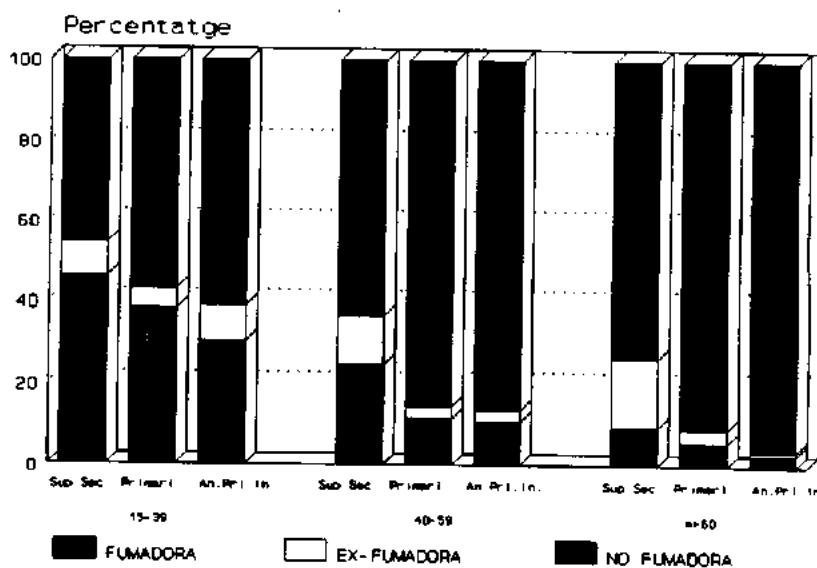
Gràfic 13: Consum de tabac segons classe social en els homes i nivell d'estudis en les dones en grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Classe social en grups d'edat

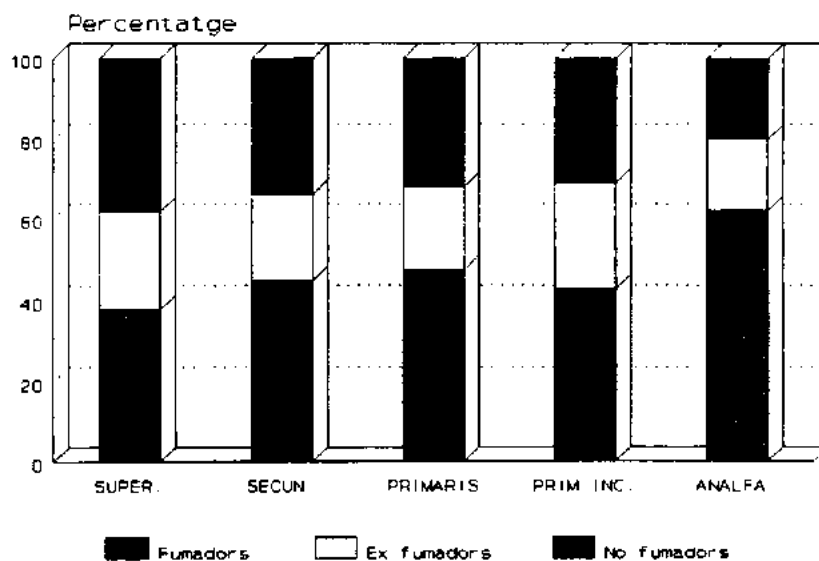
Dones



Nivell d'estudis en grups d'edat

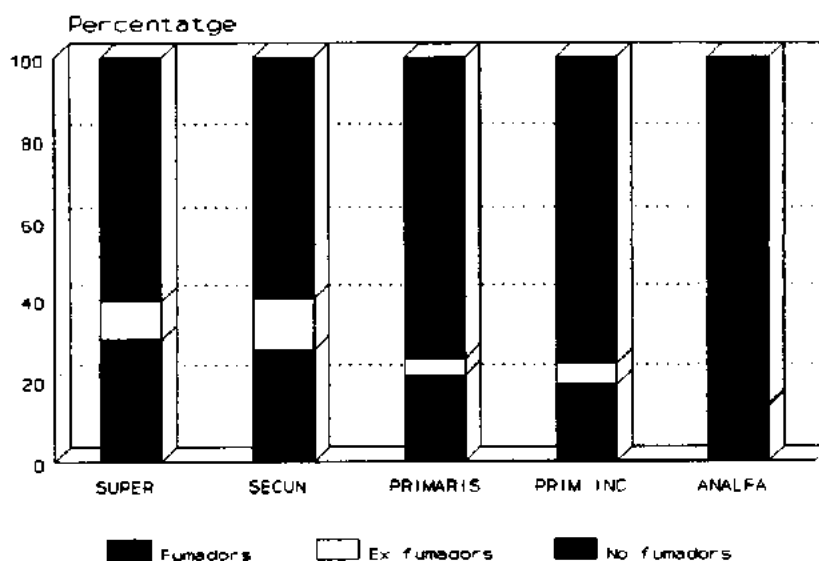
Gràfic 14: Consum de tabac segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Nivell d'estudis

Dones



Nivell d'estudis

En les dones el comportament declarat ha estat totalment diferent, ja que hi ha hagut més dones fumadores en els grups de més alt nivell socio-econòmic. Així, s'han declarat fumadores un 46% de les dones de 15 a 39 anys de les classes I i II i nivells d'estudis superiors, i un 42,8% de les classes IV i V i un 30,3% de les sense estudis i amb estudis primaris incomplets. Aquest comportament ha estat similar en el grup d'edat de 40 a 59 anys, encara que en percentatges inferiors (al voltant del 20% en els grups socio-econòmics alts i del 10% en els baixos). En el grup de dones de més de 59 anys hi ha hagut molt poques dones fumadores, però el comportament ha estat el mateix. Cal assenyalar que les desigualtats han estat més importants segons el nivell d'estudis (Taula 39 i Gràfic 13).

Els percentatges estandarditzats han mostrat el mateix patró, hi ha hagut un 29,9% de les dones dels grups socio-econòmics alts que eren fumadores i entre un 13,5% i un 17,9% en els baixos. En els grups socio-econòmics alts també han tingut un nombre més gran d'ex-fumadores i un percentatge més gran d'abandó del tabac (Taules 36 i 37 i Gràfic 14).

El model de regressió logística ha mostrat l'associació inversa entre ser fumadora i pertànyer als grups socio-econòmics més baixos, ja que les OR han estat progressivament inferiors i més allunyades d'1 i estadísticament significatives i ha existit un gradient entre els diferents grups, fins i tot després d'ajustar per la situació laboral i l'estructura familiar. Cal destacar que les desigualtats han estat més importants entre els nivells d'estudis que no pas en les classes socials (Taula 38).

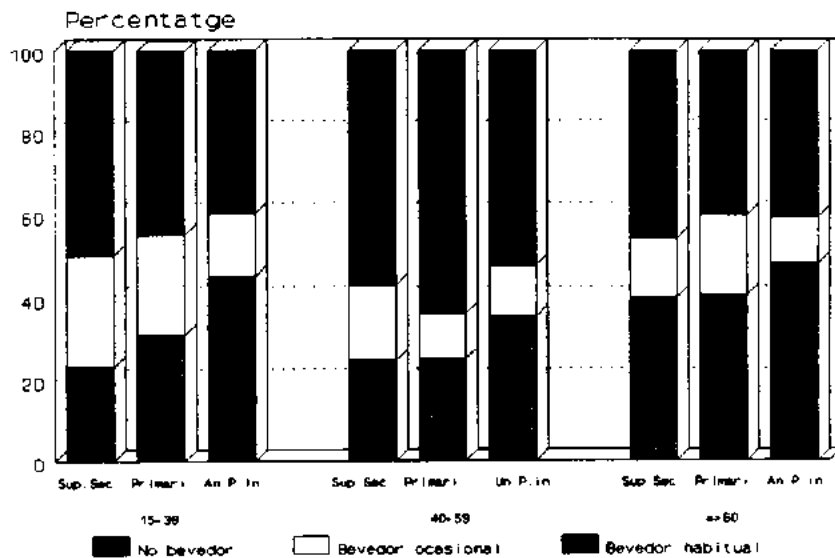
Consum d'alcohol

Consum habitual d'alcohol: A mesura que ha augmentat l'edat també ho ha fet el percentatge de no bevedors, tot i que només han estat estadísticament significatives les diferències per nivells d'estudis en el grup d'edat de 15 a 39 anys. Els homes no bevedors que tenen estudis superiors han estat el 23,2%, el 24,9% i el 40% en els tres grups d'edat i per als de menor nivell d'estudis han estat un 45,2%, 35,7% i

48,1%. Hi ha hagut, en canvi, més bevedors ocasionals o habituals en els nivells d'estudis alts (Taula 40 i Gràfic 15).

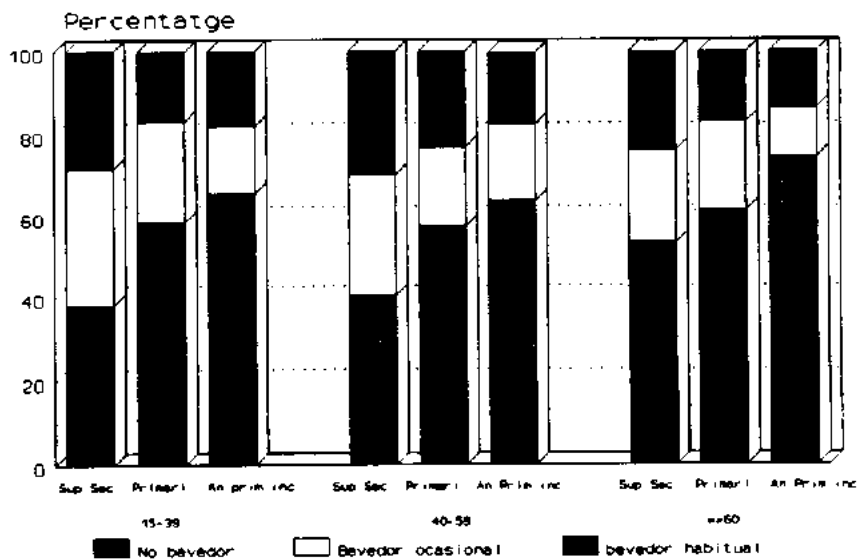
Gràfic 15: Consum d'alcohol segons nivell d'estudis en grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Nivell d'estudis en grups d'edat

Dones



Nivell d'estudis en grups d'edat

Aquestes desigualtats també s'han reflectit al tenir en compte els percentatges estandarditzats (Taules 36 i 37). Els models de regressió logística han mostrat l'associació inversa entre ser bevedor habitual o ocasional i pertànyer als grups socio-econòmics baixos, a més les OR han presentat una disminució gradual a mesura que disminuïa el grup socio-econòmic, fins i tot al tenir en compte els diferents factors confusors (situació laboral i estructura familiar), encara que l'interval de confiança quasi bé sempre ha inclòs el valor 1 (Taula 41).

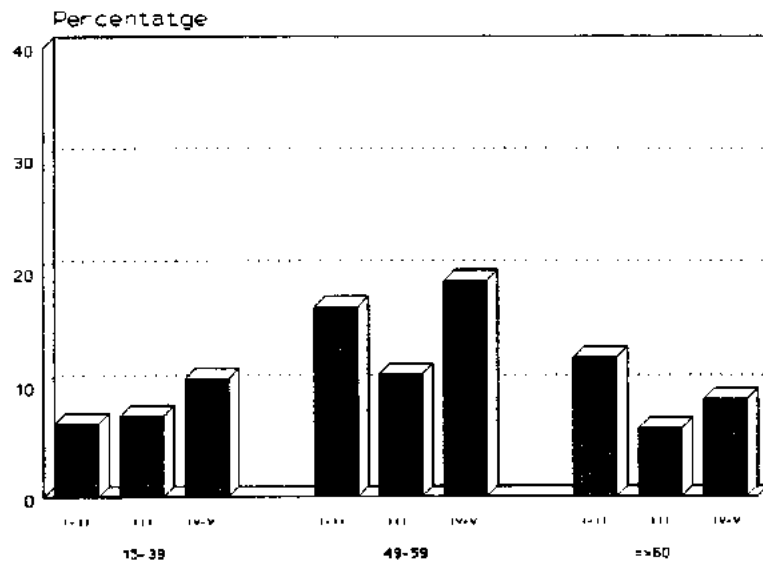
En les dones aquest comportament ha estat més accentuat: han estat no bevedores al voltant del 40% de les classes altes i del 70% en les baixes, bevedores ocasionals i habituals un 30% dels grups socio-econòmics alts i entre el 10 i 15% dels baixos (Taules 36 i 37). Aquest comportament ha estat bastant similar en tots els grups d'edat (Taula 42 i Gràfic 15). Igual que en el sexe masculí, els models de regressió logística han mostrat una associació inversa entre el grup socio-econòmic i ser bevedora, ja que també ha existit una disminució gradual de les OR de manera estadísticament significativa que s'ha mantingut a l'ajustar per la situació laboral i l'estructura familiar (Taula 41).

Consum excessiu d'alcohol: Quan s'ha tingut en compte el percentatge de bevedors excessius (igual o més de 40 gr./dia en els homes i de 20 gr./dia en les dones) el panorama ha estat diferent en els homes de 15 a 59 anys: les classes socials baixes han estat les que han declarat beure més, encara que les diferències no han estat gaire importants i, a més, al tenir en compte el nivell d'estudis aquest patró no ha estat clar. En canvi, en el grup d'homes de més de 59 anys i en les dones, el patró ha estat similar al comentat sobre el consum habitual (Taules 36, 37 i 43 i Gràfic 16).

En el sexe masculí els models de regressió logística no han mostrat associació entre ser bevedor excessiu i el nivell socio-econòmic, en canvi en les dones ha mostrat un patró igual al del consum habitual d'alcohol (Taula 44).

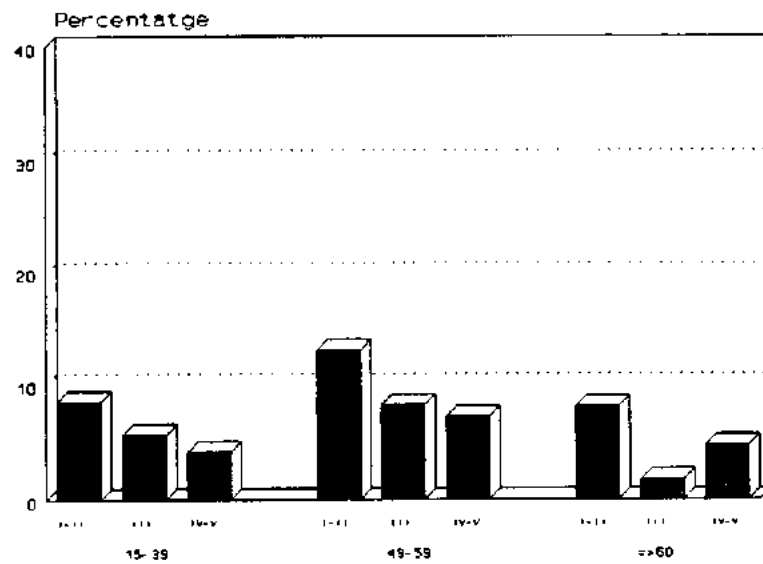
Gràfic 16: Consum d'alcohol excessiu segons classe social en grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Classe social en grups d'edat

Dones



Classe social en grups d'edat

Activitat física

Activitat física habitual: Els homes de nivells socio-econòmics baixos, entre 15 i 59 anys, han declarat realitzar activitat física intensa en major proporció, i han declarat inactivitat en menor percentatge. Així, més d'un 18% dels homes de 15 a 59 anys dels grups socio-econòmics baixos han declarat realitzar esforç físic important, en canvi, com a màxim ho han declarat un 11% dels alts. A partir dels 60 anys no hi ha hagut diferències entre els grups (Taula 45).

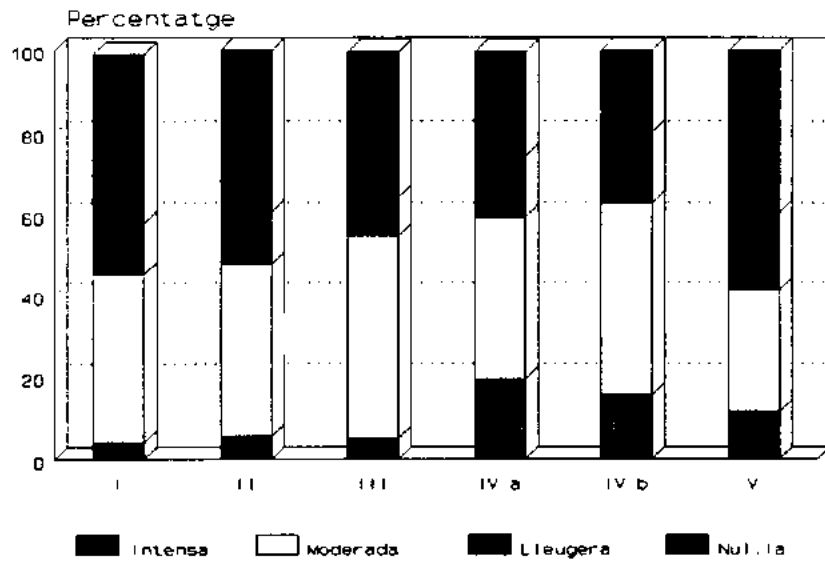
Els percentatges estandarditzats també han detectat l'augment de l'activitat física intensa i la disminució de la inactivitat en els grups socio-econòmics més baixos (Taules 46 i 47 i Gràfic 17).

En els models de regressió logística ha quedat palesa l'associació entre l'activitat física intensa i el baix nivell socio-econòmic; han presentat OR progressivament més elevades i estadísticament significatives les classes socials baixes i sobretot els de menor nivell d'estudis. A més, aquesta associació amb el menor nivell d'estudis, encara ha estat més important a l'ajustar per la situació laboral i l'estructura familiar (OR superiors a 7)(Taula 48).

Les dones no han presentat desigualtats tan evidents. Si que es podria dir que les desigualtats segons classes socials entre els 15 i els 59 anys han estat similars a les del sexe masculí tot i que hi ha hagut menys dones que declaraessin realitzar una activitat física important i que les diferències no han estat estadísticament significatives. Les desigualtats segons nivell d'estudis han estat en sentit contrari ja que han estat les dones amb més nivell d'estudis les que més han declarat realitzar una activitat física intensa (Taula 49). Els percentatges estandarditzats també han mostrat el mateix gradient quant a la classe social ja que han declarat fer una activitat física intensa el 3,5% de les dones de la classe I i el 8,5% de la classe V i una inactivitat física un 27,3% de la classe I i un 15,4% de la classe V. Contràriament, han estat les dones de més nivell d'estudis les que han declarat realitzar una activitat física intensa (Taules 46 i 47 i Gràfic 17).

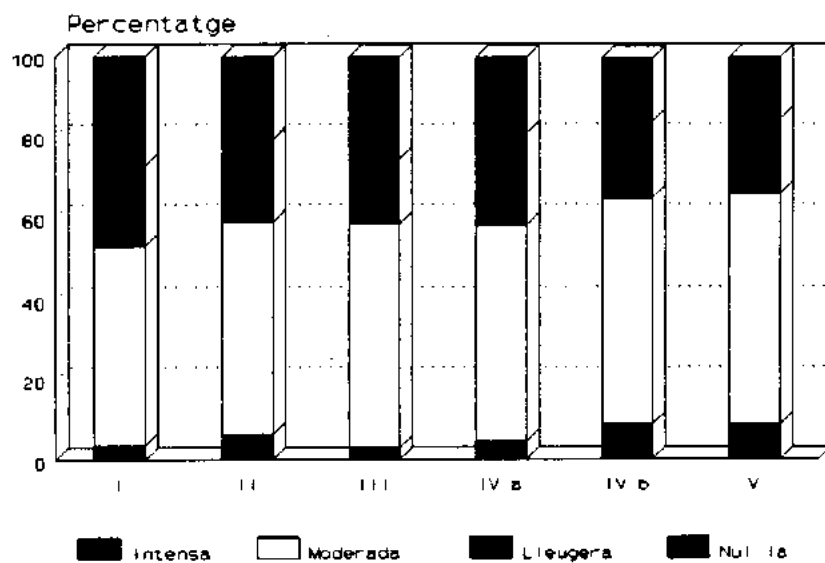
Gràfic 17: Activitat física segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Classe social

Dones



Classe social

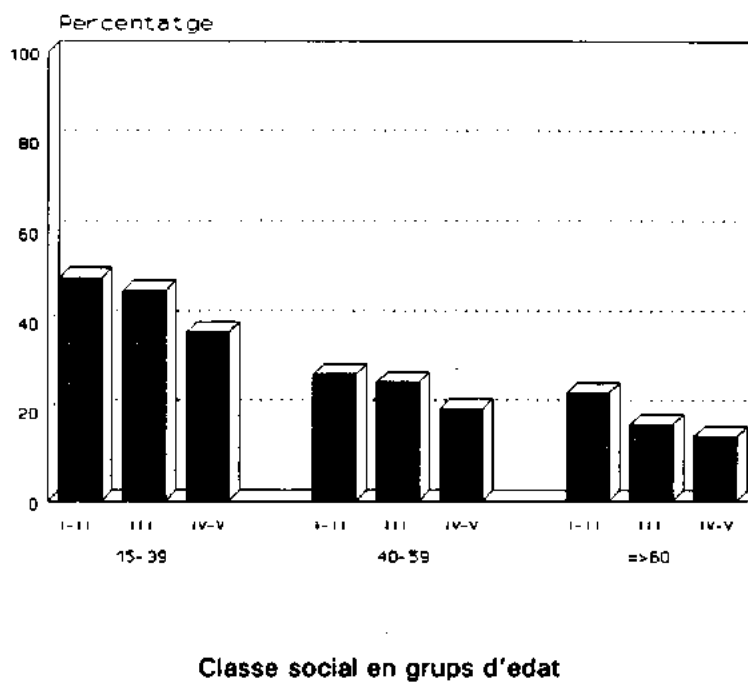
El model de regressió logística ha mostrat l'associació entre realitzar una activitat física intensa i la classe social baixa. L'associació entre el nivell d'estudis i l'activitat física intensa no ha estat estadísticament significativa en els dos models de regressió on les OR han estat properes a 1 (Taula 48).

Activitat física de lleure: Aquesta variable ha tingut un comportament contrari a l'anterior. Els grups socio-econòmics més alts han realitzat més activitat física en tots els grups d'edat, sobretot al tenir en compte el nivell d'estudis. En aquest cas, les desigualtats també han estat més importants en el sexe masculí (Taules 50, 46 i 47 i Gràfic 18).

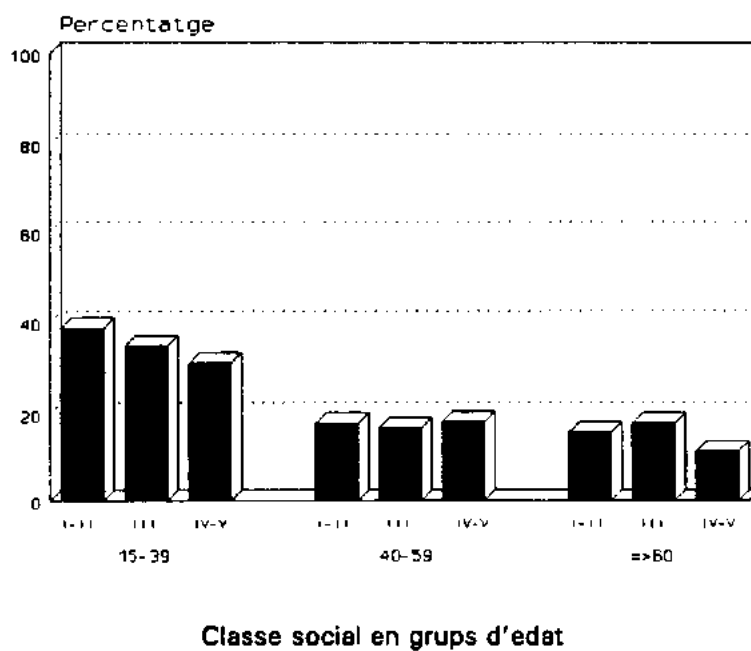
El model de regressió logística ha mostrat una associació inversa entre la realització d'activitat física de lleure i el nivell socio-econòmic; les OR han estat inferiors i més allunyades de 1 a mesura que ha disminuït el nivell socio-econòmic. En les dones l'associació ha estat estadísticament significativa amb el nivell d'estudis, però no amb la classe social (Taula 51).

Gràfic 18: Activitat física de lleure segons classe social en grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Dones



Sobrepès i obesitat

El sobrepès (incloent l'obesitat) calculat a partir del pes i la talla declarats per les persones entrevistades ha augmentat a partir dels 40 anys i, a més, ha estat més elevat en els grups socio-econòmics baixos, en tots els grups d'edat. Les desigualtats han estat més importants segons el nivell d'estudis. Un 7,7% dels homes de 15 a 39 anys amb estudis superiors han presentat sobrepès, mentre ho han fet un 24,6% dels analfabets o amb estudis primaris incomplets; en el grup de 40 a 59 anys aquests percentatges han estat de 12,3 i 23,4%, i en el de més de 60 anys de 13,6 i 20,3%. Els percentatges per a les dones pels dos nivells d'estudis, en cada grup d'edat, han estat de: 4,4 i 10,8%, 10,5 i 29,2% i 19,9 i 33% (Taula 52 i Gràfic 19).

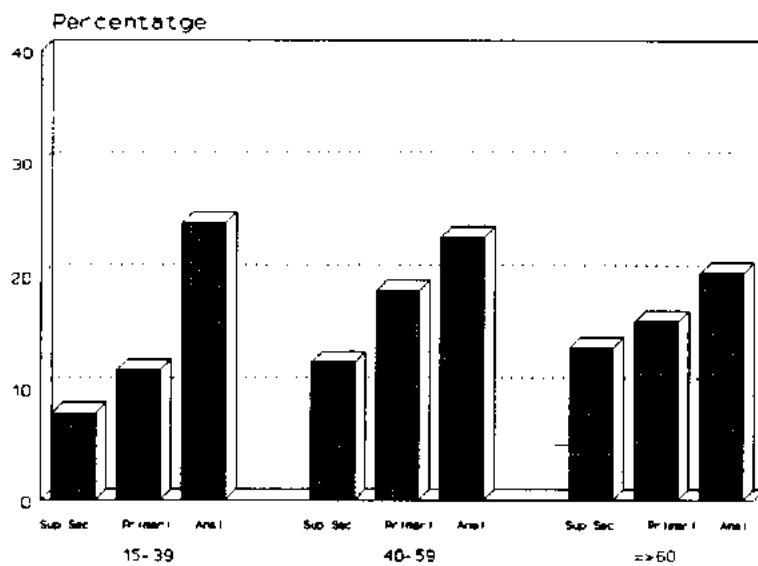
Els percentatges estandarditzats segons nivells d'estudis han estat de 10,9% en els homes i 12,1% en les dones amb estudis superiors, i de 15,5% en els homes i 22,7% en les dones analfabetes o sense estudis (Taula 47).

L'obesitat ha presentat desigualtats només al tenir en compte el nivell d'estudis, en canvi segons classe social les tendències no han estat clares (Taules 46 i 47).

El model de regressió logística ha mostrat més associació entre l'existència de sobrepès i baix nivell d'estudis que no pas amb la classe social baixa. A més les associacions han estat més importants en les dones que en els homes, fins i tot després d'ajustar per la situació laboral i l'estructura familiar (Taula 53).

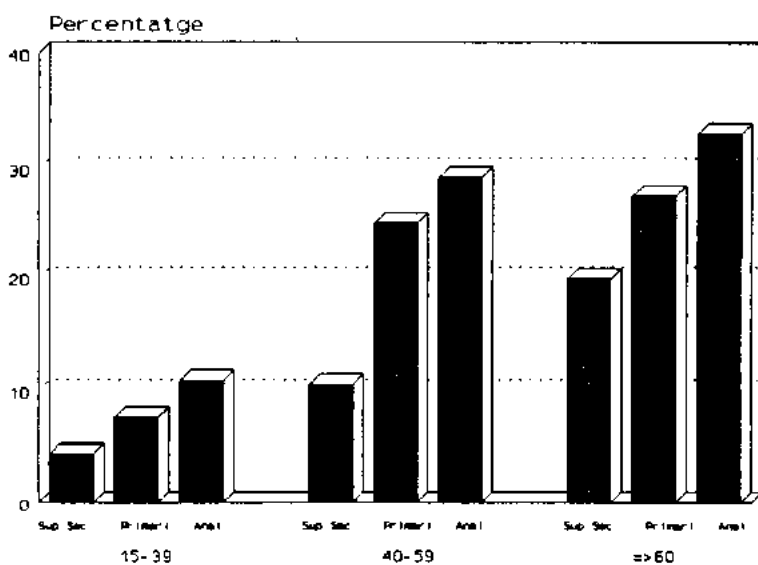
Gràfic 19: Sobrepès segons nivell d'estudis en grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes



Nivell d'estudis en grups d'edat

Dones



Nivell d'estudis en grups d'edat

Alçada

A la Taula 54 es presenten les mitjanes de les alçades declarades segons grup socio-econòmic, edat i sexe. Es pot observar que l'alçada és més petita en els grups socio-econòmics baixos: les diferències oscil·len entre 1 i 5 cm. El model de regressió lineal entre l'alçada i el nivell socio-econòmic, ha mostrat que els grups socio-econòmics baixos tenen menys alçada. Les desigualtats segons nivell d'estudis han estat més pronunciades, sobretot en les persones analfabetes o sense estudis que han tingut 4,75 cm. menys que les persones amb estudis superiors, en el cas dels homes, i 3,87 cm. en el de les dones (Taula 55).

Nombre de conductes relacionades amb la salut

Finalment s'ha tingut en compte el fet de tenir certes conductes relacionades amb la salut, conjuntament, com són: ser fumador/a, ser bevedor/a excessiu/va, o no practicar activitat física de lleure i també la presència de sobrepès, tal com es mostra a les Taules 56 i 57.

Hi ha hagut més homes i dones dels grups socio-econòmics alts que han declarat no tenir cap de les conductes mencionades anteriorment. En canvi hi ha hagut més homes dels grups socio-econòmics baixos que han declarat tenir-ne més de dues. En les dones, les desigualtats entre classes han estat més importants entre les que en declaraven tenir-ne una, ja que les de menor nivell socio-econòmic han estat les que ho han declarat més.

3.2.3. DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS

En aquest apartat es fa referència a les persones que s'han fet visitar pel metge durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista i també durant l'últim any, tenint en compte l'estat de salut percebut. En segon lloc es descriu el fet d'haver estat hospitalitzat durant l'últim any.

Visites les dues setmanes anteriors a l'entrevista

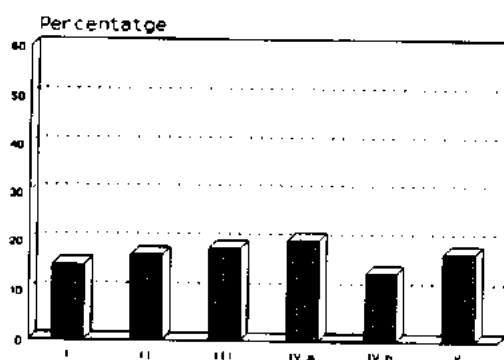
Les dones dels grups socio-econòmics baixos han declarat fer-se visitar més pel metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista, patró que no s'ha observat en els homes (Taules 58 i 59).

En els homes que han declarat tenir un bon estat de salut no es pot afirmar que hi hagi hagut desigualtats importants entre classes en els diferents grups d'edat (Taula 60). Els percentatges estandarditzats han estat de 15,1% i 14,7% en els nivells socio-econòmics alts i de 17,9% i 9,1% en els baixos (Taules 61 i 62).

Els homes que han declarat un estat de salut dolent tampoc no han presentat diferències clares: el grup de més de 60 anys de les classes baixes són els qui han declarat més visites (33% dels grups socio-econòmics alts i 51,2 i 49,4% dels baixos)(Taula 63). Els percentatges estandarditzats han mostrat que els grups socio-econòmics alts han tendit a declarar més visites que els baixos, tot i que hi ha hagut fluctuacions importants en els percentatges (Taules 64 i 65 i Gràfic 20).

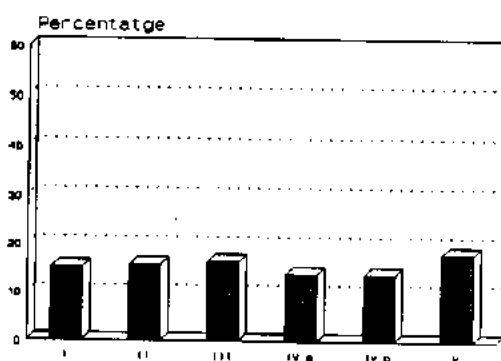
Gràfic 20: Persones que han visitat el metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons classe social i estat de salut. Percentatges estandarditzats per edat. Homes més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Tots



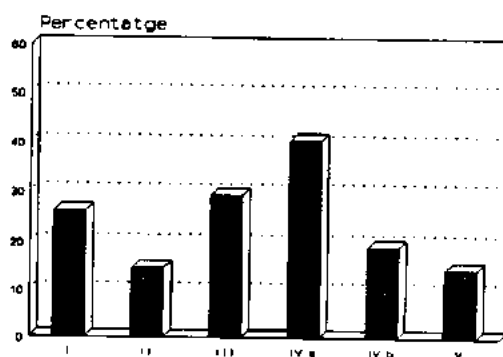
Classe social

Salut bona o molt bona



Classe social

Salut regular, dolenta o molt dolenta



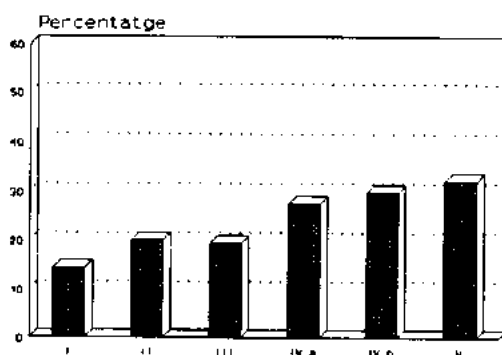
Classe social

El model de regressió logística no ha mostrat associació entre el fet d'haver-se visitat i el nivell socio-econòmic, fins i tot després d'haver ajustat per l'estat de salut percebut (Taula 66). Els resultats del model de regressió logística que incorporen la interacció entre el nivell socio-econòmic i l'estat de salut, es presenten a la Taula 67. La interacció no ha estat estadísticament significativa; això indica que no hi ha hagut diferent comportament en els grups socio-econòmics al comparar les persones amb molt bo o bon estat de salut i les d'estat de salut regular, dolent o molt dolent. De tota manera, les OR en els grups amb menys nivell d'estudis han estat més baixes quan l'estat de salut era dolent.

Tal com s'ha comentat anteriorment, les dones dels grups socio-econòmics baixos han declarat visitar-se més, sobretot quan no s'ha tingut en compte l'estat de salut percebut. Així, de les dones dels grups socio-econòmics alts ho han declarat en un 14,3% i, en canvi, les de la classe V en un 32,2%, i dones sense estudis en un 44,6% (Taules 58 i 59). Aquestes desigualtats s'han mantingut en les dones amb bon estat de salut (Taula 60) però no en les dones amb estat de salut regular o dolent, on les diferències han estat menors o fins i tot s'han invertit en alguns grups d'edat, tot i que no hi ha hagut diferències estadísticament significatives (Taula 63). Al tenir en compte els percentatges estandarditzats no ha existit un patró clar entre els grups socio-econòmics (Taules 64, 65 i Gràfic 21).

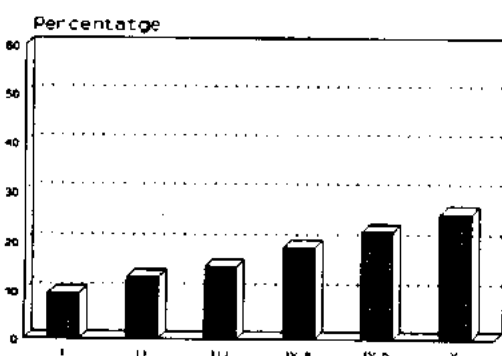
Gràfic 21: Persones que han visitat al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons classe social i estat de salut. Percentatges estandaritzats per edat. Dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Totes



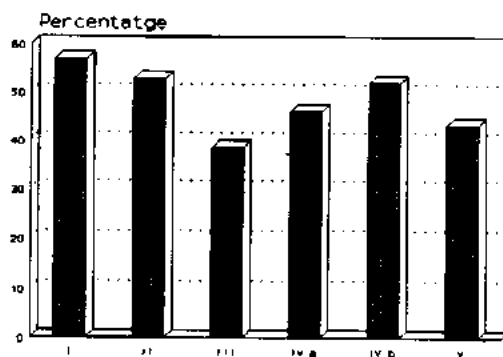
Classe social

Salut bona o molt bona



Classe social

Salut regular, dolenta o molt dolenta



Classe social

El model de regressió logística mostra com després d'ajustar per l'estat de salut percebut, la situació laboral i l'estructura familiar, les dones de nivells socio-econòmics baixos s'han visitat més (OR entre 1 i 2) (Taula 68). A la Taula 67 es presenten els resultats del model de regressió logística amb la interacció entre el nivell socio-econòmic i l'estat de salut. Tot i que la interacció no ha estat estadísticament significativa, sí que s'observa que les OR han estat més elevades i amb intervals de confiança que no han inclòs el valor 1 en els grups socio-econòmics baixos, en les dones amb bon estat de salut, però no en les que han declarat un estat de salut regular o dolent.

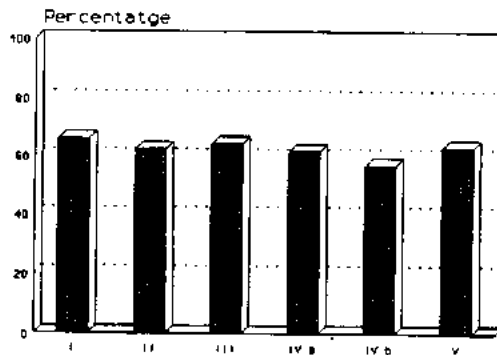
Visites els últims 12 mesos

En la declaració de les visites realitzades els últims 12 mesos han estat les classes altes les que han tendit a declarar-ho amb més freqüència (Taules 58 i 59). En el cas d'un bon estat de salut percebut els percentatges també han estat més elevats en els grups socio-econòmics alts, sobretot en els grups d'edat inferiors a 60 anys (Taula 69). Aquest fet també s'ha observat al tenir en compte els percentatges estandarditzats (Taules 61 i 62 i Gràfics 22 i 23).

En les persones amb estat de salut regular o dolent també han estat les classes altes les que han declarat realitzar més visites (més del 80% dels grups socio-econòmics alts, en les dones més del 90%) en comparació amb els grups socio-econòmics baixos (entre 60 i 70% en els homes i entre 80 i 90% en les dones) (Taules 64 i 65 i Gràfics 22 i 23). Quan s'han tingut en compte els grups d'edat aquests gradients han estat més clars en el grup de 40 a 59 anys (Taula 70).

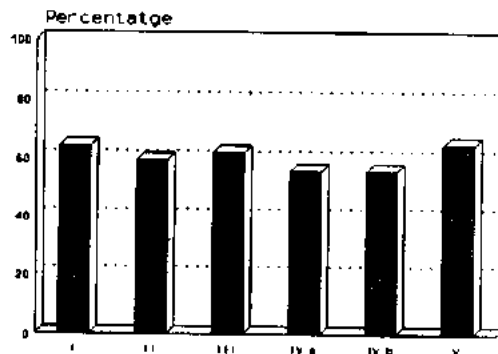
Gràfic 22: Persones que han visitat al metge els últims 12 mesos segons classe social i estat de salut. Percentatges estandarditzats per edat. Homes més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Tots



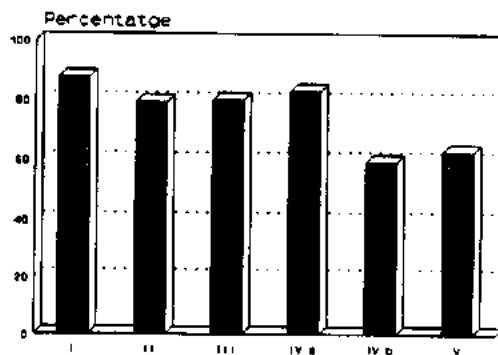
Classe social

Salut bona o molt bona



Classe social

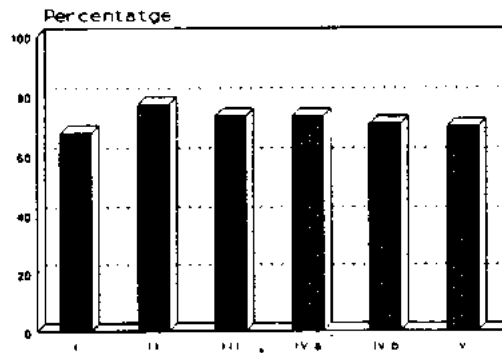
Salut regular, dolenta o molt dolenta



Classe social

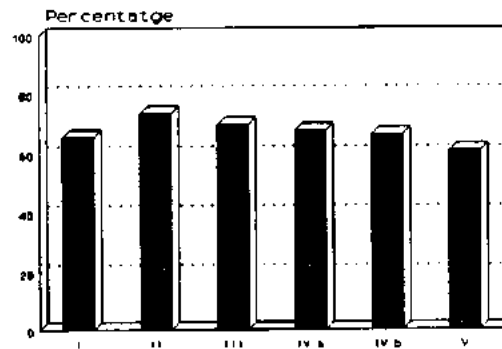
Gràfic 23: Persones que han visitat al metge els últims 12 mesos segons classe social i estat de salut. Percentatges estandaritzats per edat. Dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Totes



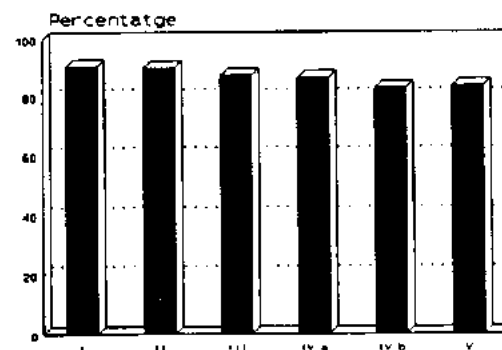
Classe social

Salut bona o molt bona



Classe social

Salut regular, dolenta o molt dolenta



Classe social

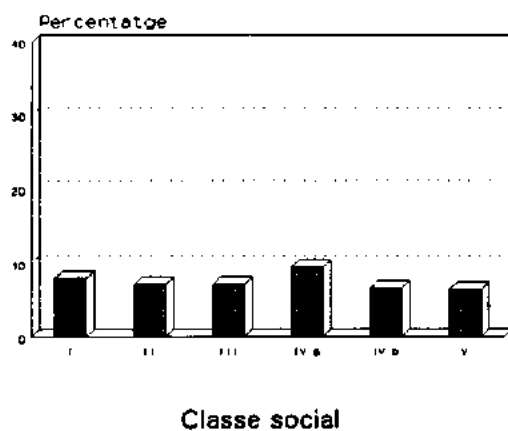
Els models de regressió logística han mostrat l'associació inversa entre visitar al metge i el grup socio-econòmic: els grups de baix nivell socio-econòmic han tingut OR inferiors a 1. De tota manera hi ha hagut poques diferències significatives, fins i tot després d'haver ajustat per la situació laboral, l'estructura familiar i l'estat de salut percebut (Taules 71 i 72). La interacció entre nivell socio-econòmic i l'estat de salut ha estat significativa al tenir en compte la classe social en els homes, i mostra com les visites declarades els 12 últims mesos han estat menors en les classes baixes amb estat de salut regular o dolent que en les classes altes amb el mateix estat de salut (Taula 73).

Hospitalització

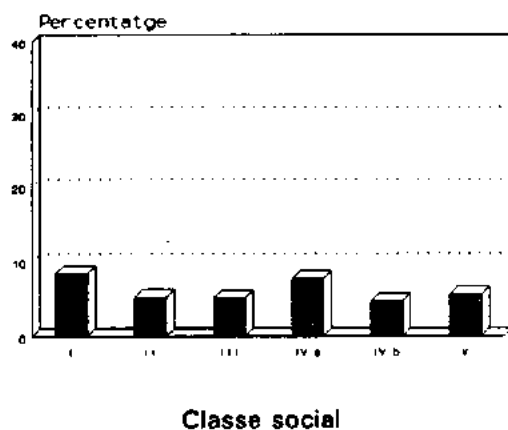
No es pot dir que hi hagi desigualtats importants, entre els grups socio-econòmics, en la hospitalització durant l'últim any, tot i que en alguns grups d'edat els nivells socio-econòmics baixos han declarat més hospitalitzacions (Taula 64). Ni amb els percentatges estandarditzats, ni amb els models de regressió logística es troben desigualtats rellevants (Taules 58, 59, 61, 62, 65, 74-77 i Gràfics 24 i 25).

Gràfic 24: Persones que han estat hospitalitzades durant l'últim any segons classe social i estat de salut. Percentatges estandarditzats per edat. Homes més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

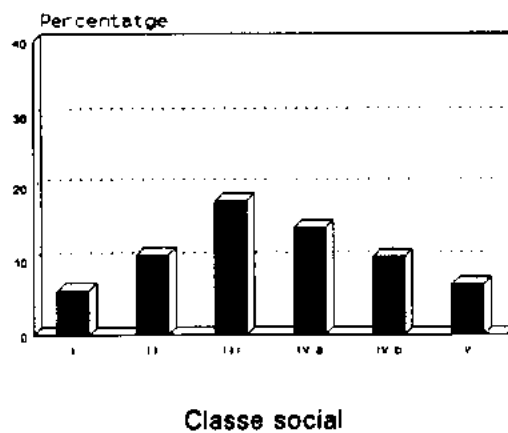
Tots



Salut bona o molt bona

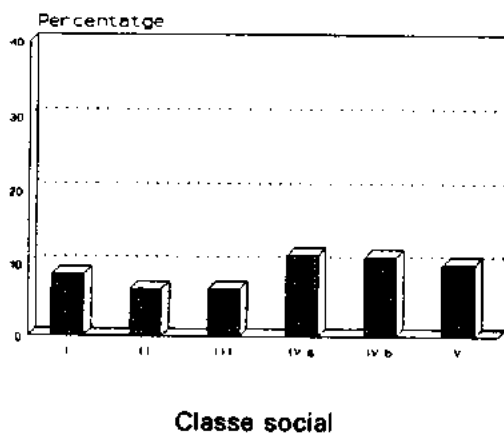


Salut regular, dolenta o molt dolenta

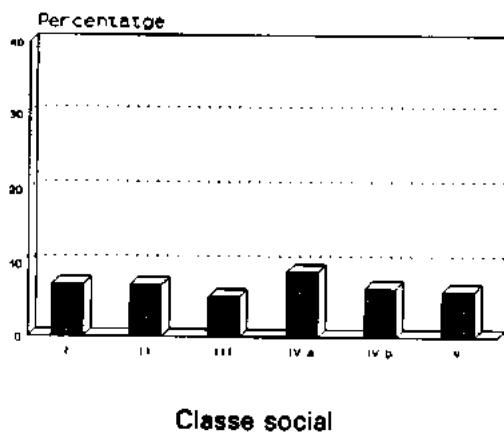


Gràfic 25: Persones que han estat hospitalitzades durant l'últim any segons classe social i estat de salut. Percentatges estandarditzats per edat. Dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

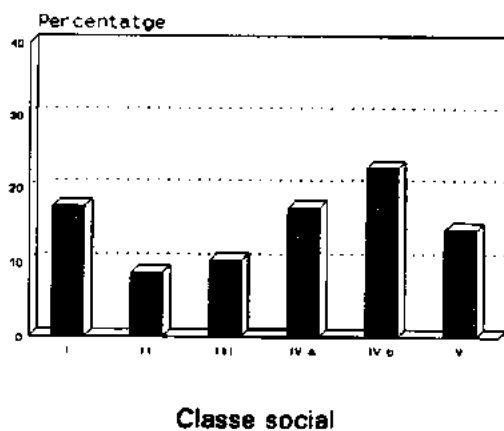
Totes



Salut bona o molt bona



Salut regular, dolenta o molt dolenta



3.2.4. DESIGUALTATS EN LES PRÀCTIQUES PREVENTIVES

En aquest apartat es fa referència a les pràctiques preventives en ginecologia, per part de les dones més grans de 29 anys; a la presa periòdica de la tensió arterial a persones més grans de 14 anys, i a la vacunació periòdica de la grip a persones de més de 64 anys.

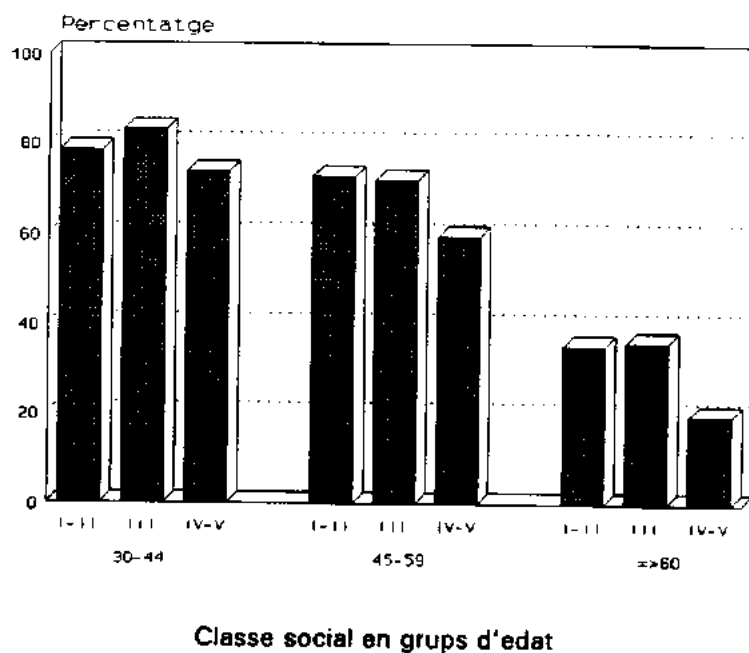
Pràctiques preventives en ginecologia en les dones de més de 29 anys

La visita periòdica al ginecòleg disminueix molt amb l'edat i a més, les dones dels grups socio-econòmics baixos n'han realitzat menys. Així, en el grup de 30 a 44 anys s'han visitat al voltant del 80% de les dones dels grups socio-econòmics alts, mentre que ho han fet un 73,6% de les dones de les classes IV i V i un 55,8% de les analfabetes o sense estudis. En les dones de més de 60 anys s'han visitat al voltant d'un 31% de les dones dels grups socio-econòmics alts, i només al voltant del 20% dels baixos (Taula 78 i Gràfic 26).

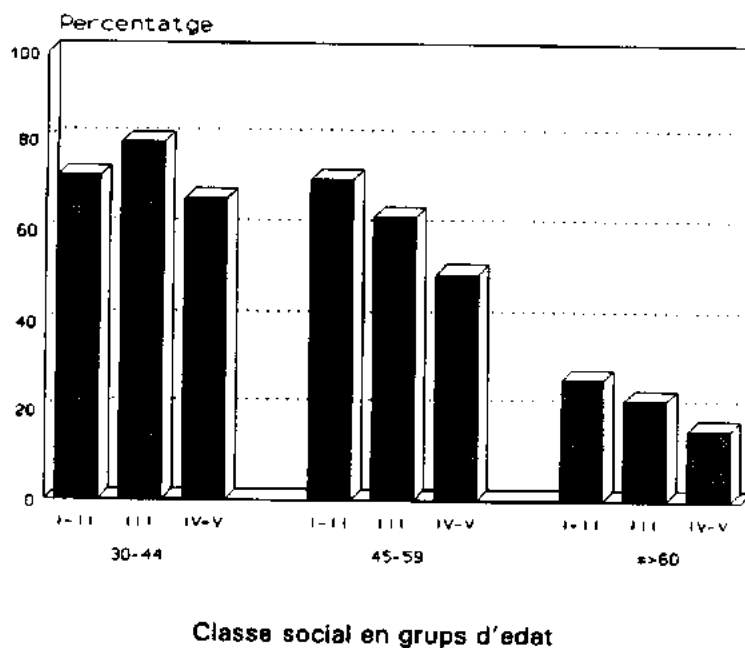
Els percentatges estandarditzats també han mostrat el mateix patró (Taula 79 i 80). El model de regressió logística ha mostrat l'associació entre la probabilitat de no visitar-se i el baix grup socio-econòmic ja que les OR han estat progressivament més elevades, i en els grups socio-econòmics baixos han estat superiors a 3 i estadísticament significatives (Taula 81).

El fet de realitzar-se una citologia periòdica ha mostrat un patró molt similar a les visites al ginecòleg i també hi ha hagut una clara relació amb l'edat i amb el nivell socio-econòmic. El model de regressió logística també ha mostrat la mateixa associació entre el fet de no visitar-se i el baix nivell socio-econòmic; les OR dels dos grups socio-econòmics més baixos han estat superiors a 2 i més altes en el model on s'ha ajustat per la situació laboral i l'estructura familiar (Taules 78 a 81 i Gràfic 27).

Gràfic 26: Visita periòdica al ginecòleg segons classe social en grups d'edat. Dones més grans de 30 anys. Barcelona 1992.



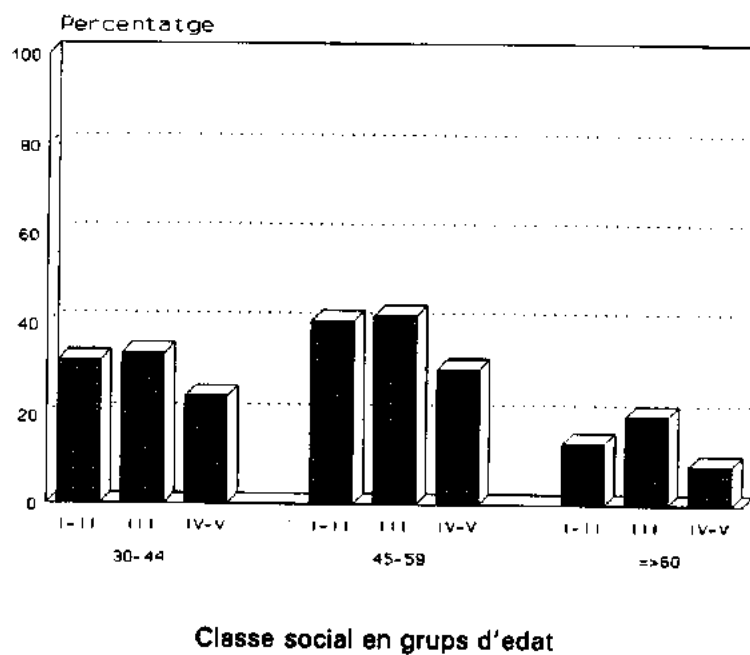
Gràfic 27: Citologia cervical periòdica segons classe social en grups d'edat. Dones més grans de 30 anys. Barcelona 1992.



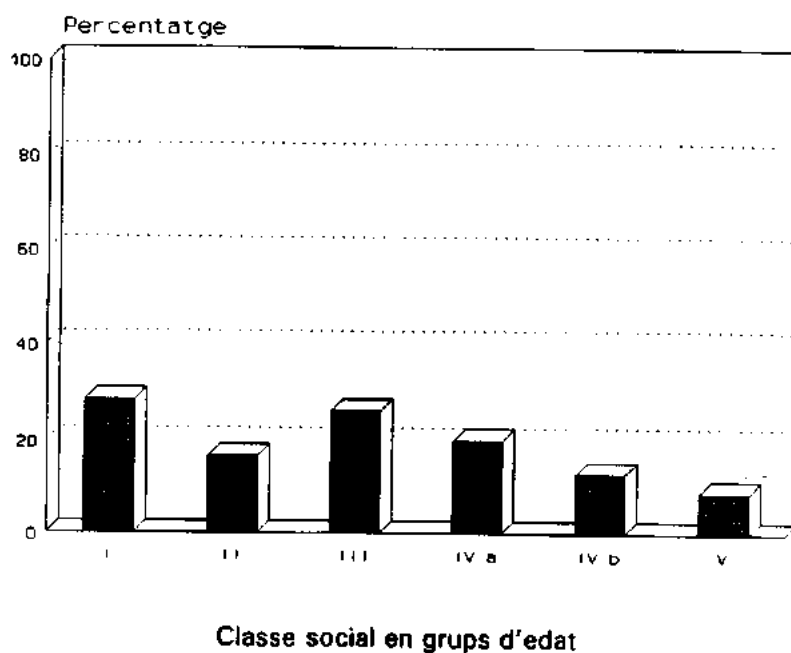
Una tercera part de les dones de més de 30 a 44 anys s'han realitzat una **mamografia periòdica**, i ho han fet menys del 20% de les dones de més de 60 anys. També hi ha hagut relació amb el grup socio-econòmic; sempre els percentatges són més reduïts en els grups socio-econòmics baixos (Taules 82, 79 i 80 i Gràfic 28). Quan s'han tingut en compte les mamografies en dones de 50 o més anys, se les han realitzat un 28,2% de les dones de la classe I i un 25,7% de les que tenen més nivell d'estudis, i només ho han fet un 8,8% i un 13,2% dels grups socio-econòmics baixos (Taules 79 i 80 i Gràfic 29).

El model de regressió logística ha mostrat clarament l'associació entre el menor nivell socio-econòmic i la no realització de mamografies periòdiques, ja que les OR han estat més elevades a mesura que ha disminuït el nivell socio-econòmic i superiors a 2 i estadísticament significatives en els grups socio-econòmics més baixos (Taula 83).

Gràfic 28: Mamografia periòdica segons classe social en grups d'edat. Dones més grans de 30 anys. Barcelona 1992.



Gràfic 29: Mamografia periòdica segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Dones més grans de 50 anys. Barcelona 1992.



Preses de la tensió arterial periòdicament

La presa periòdica de la tensió arterial ha estat menor en els grups socio-econòmics baixos, sobretot a partir dels 60 anys i més en els homes. Si més d'un 80% dels homes més grans de 60 anys dels nivells socio-econòmics alts se'ls ha pres la tensió arterial periòdicament, això només ha passat en un 70% dels homes dels nivells socio-econòmics baixos (Taules 84, 79 i 80 i Gràfic 30).

El model de regressió logística també ha mostrat l'associació entre el grup socio-econòmic baix i el fet de no prendre's la tensió arterial periòdicament (Taula 85).

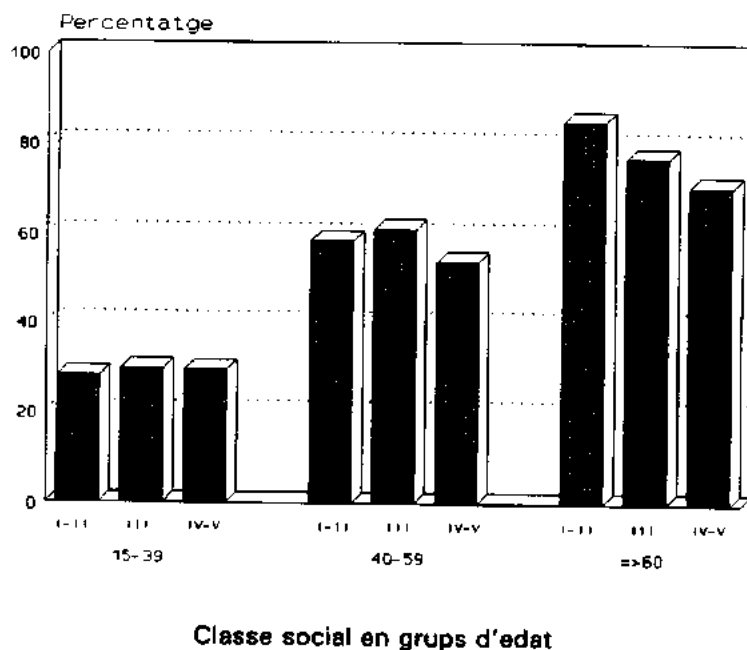
Vacunació periòdica de la grip en persones més grans de 64 anys

Les persones de 65 o més anys dels grups socio-econòmics alts han tendit més a vacunar-se periòdicament de la grip, sobretot en les dones; així s'han vacunat periòdicament un 47,5% de les dones amb estudis superiors i un 28,8% de les sense estudis o analfabetes (Taules 79, 80 i Gràfic 31).

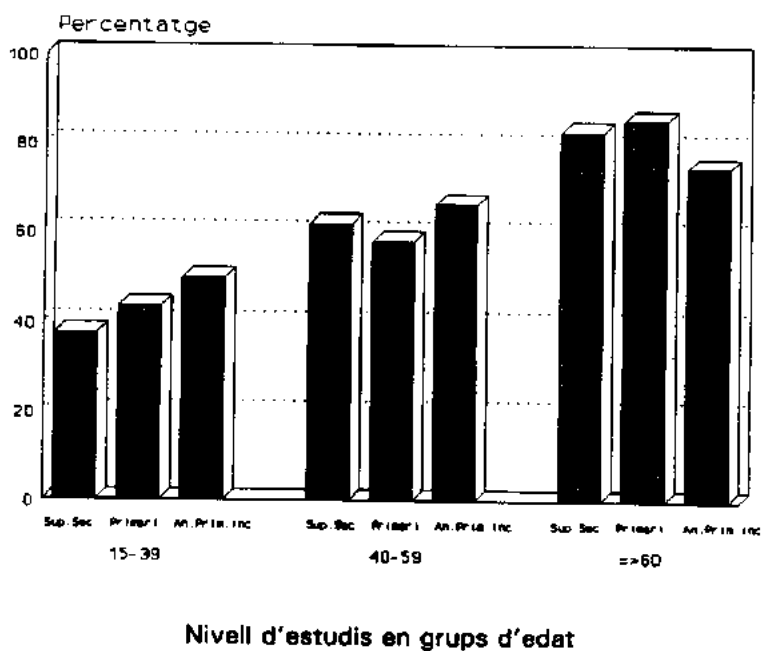
El model de regressió logística també ha mostrat l'associació entre el no vacunar-se i el baix grup socio-econòmic, sobretot en les dones; encara que els intervals de confiança han estat molt amples i no estadísticament significatius (Taula 86).

Gràfic 30: Presa de la tensió arterial periòdica segons classe social en grups d'edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992.

Homes

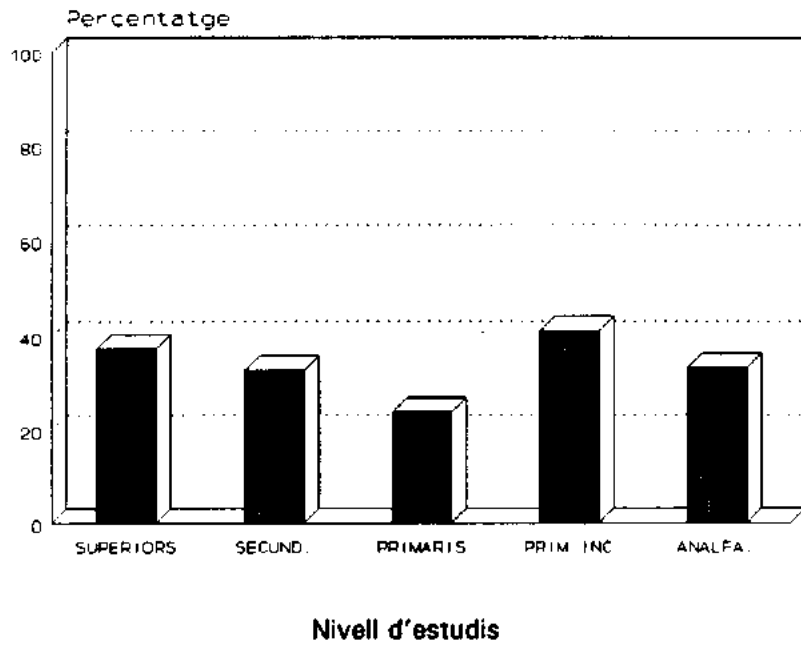


Dones

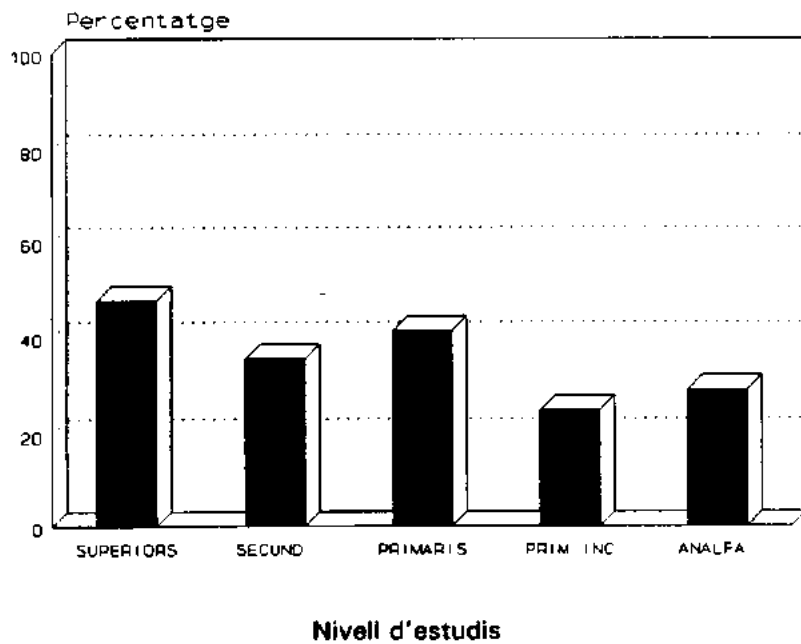


Gràfic 31: Vacunació de la grip periòdica segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 64 anys. Barcelona 1992.

Homes



Dones



4. DISCUSSIÓ

En primer lloc es comenten els resultats trobats en aquest subestudi i es comparen amb la literatura publicada. A continuació es fa esment de les principals aportacions i limitacions. Finalment es presenta un apartat de conclusions.

4.1. COMENTARI DELS RESULTATS I COMPARACIÓ AMB LA LITERATURA

En aquest subestudi s'han detectat desigualtats importants, segons nivell socio-econòmic, en l'estat de salut percebut i en la prevalença de trastorns crònics. Les classes socials baixes i els menors nivells d'estudis sempre han presentat pitjor estat de salut percebut i una prevalença més alta de trastorns crònics.

El consum de tabac ha presentat un comportament diferent dels dos sexes segons nivell socio-econòmic. Els homes dels grups socio-econòmics baixos han tingut una prevalença més elevada de fumadors, fet que ha estat invers en les dones, ja que han estat les dels grups socio-econòmics alts les que han declarat fumar més.

La població amb menor nivell socio-econòmic ha declarat realitzar més activitat física laboral o domèstica i menys activitat física de lleure.

La prevalença de sobrepès ha estat més important en els grups socio-econòmics baixos, i ha existit un gradient en l'alçada declarada segons grup socio-econòmic, ja que les persones de classe alta i de més nivell d'estudis són més altes que les dels grups socio-econòmics baixos.

Els grups socio-econòmics baixos han realitzat més visites al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista, però, a l'ajustar per estat de salut percebut, aquest augment ha desaparegut, i els diferents grups socio-econòmics s'han visitat per igual.

Les pràctiques preventives en ginecologia han estat molt més realitzades per les dones amb alt nivell socio-econòmic.

En general, aquests resultats són similars als descrits a la majoria de literatura publicada. A continuació es fa una revisió més detallada dels resultats trobats i es comparen amb els estudis publicats.

4.1.1. DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT

De totes les variables d'estat de salut analitzades, l'estat de salut percebut és la que ha presentat desigualtats més importants entre els diferents grups socio-econòmics. Les persones de classe social baixa i amb menor nivell d'estudis han presentat pitjor estat de salut percebut. L'associació entre una salut percebuda regular, dolenta o molt dolenta i el nivell socio-econòmic s'ha mantingut a l'ajustar per les conductes relacionades amb la salut, i han estat més importants en el sexe femení.

L'existència de trastorns crònics també ha presentat un gradient important entre els grups socio-econòmics (amb prevalença més alta en els grups baixos), sobretot en el grup d'edat de 40 a 59 anys. Entre els trastorns crònics més declarats cal destacar el gradient de l'artrosi, el mal d'esquena crònic, la migranya, la mala circulació, els problemes nerviosos i/o depressions i la hipertensió arterial. A més, aquests trastorns els han declarat més les dones que els homes.

Les altres variables d'estat de salut analitzades (enllitament i limitació de l'activitat les dues setmanes anteriors a l'entrevista i la limitació crònica de l'activitat) no han mostrat patrons clars entre les classes socials i els grups educatius. La prevalença

d'accidents durant l'últim any en els homes ha estat més elevada en els grups socio-econòmics baixos, fet que no s'ha observat en les dones.

L'estat de salut percebut s'ha trobat desigualment distribuït en els grups socio-econòmics en la majoria d'estudis on s'ha analitzat. El *Health and Lifestyle Survey*, realitzat al Regne Unit l'any 1985, va trobar desigualtats importants entre els diferents nivells d'ingressos i era sempre pitjor l'estat de salut percebut dels treballadors manuals respecte als no manuals, fins i tot a l'ajustar pel nivell d'ingressos²⁹. A més, en aquell estudi es varen obtenir quatre dimensions per mesurar la salut: salut basada en les mesures fisiològiques, morbiditat segons l'existència de malalties cròniques o incapacitat, morbiditat segons el fet de presentar símptomes i salut segons l'estat psico-social. A través d'aquestes dimensions es va crear un índex compost de salut amb 8 categories (des de salut excel·lent fins malaltia limitant), que estava fortament associat amb la classe social; les classes altes presentaven millor salut³⁰.

També s'han descrit desigualtats importants en l'estat de salut percebut en l'enquesta de salut americana segons el nivell d'ingressos³², i en l'enquesta de salut holandesa (tant segons nivell d'ingressos com nivell d'educació)^{276 277}. Totes dues enquestes troben més associació entre el nivell socio-econòmic i l'estat de salut percebut que amb les altres variables de salut mencionades anteriorment.

Les desigualtats en la prevalença de trastorns crònics segons grup socio-econòmic han estat detallades en enquestes de salut realitzades en diversos països (Gran Bretanya, Noruega, Dinamarca, Hongria i França). Sempre els grups socio-econòmics baixos presenten prevalences més altes¹⁴². L'enquesta de salut holandesa trobava desigualtats segons nivell d'estudis i nivell d'ingressos²⁷⁶.

El *Health and Lifestyle Survey* recollia la presència de símptomes durant l'últim mes (d'un llistat de 24). Entre d'altres, les classes socials baixes varen declarar tenir més mal d'esquena i mal de cap (homes de més de 60 anys i dones de 40 a 59 anys). Pel que fa a les malalties cròniques, les classes socials baixes tenien prevalences més altes d'artritis i/o reumatisme i de depressions^{29 278}.

Tres enquestes fetes a Holanda també han trobat associació entre el nivell socio-econòmic i els següents trastorns crònics: bronquitis crònica i altres malalties respiratòries, malalties del cor, diabetis, mal d'esquena i desordres reumàtics²⁷⁶. L'enquesta nacional de salut realitzada a Itàlia l'any 1983 va evidenciar desigualtats en la prevalença de trastorns crònics, segons diferents nivells d'educació; les al·lèrgies, igual que en el present estudi, varen ser més freqüents en la gent amb més nivell d'educació; en canvi la hipertensió, les morenes i les varices, la bronquitis crònica, l'asma i l'artritis van presentar prevalences més elevades en la població amb menys nivell d'educació²⁷⁹.

L'any 1989, Blaxter va descriure la dificultat de comparar, entre diferents països, la mesura "restricció de l'activitat", ja que el que significa l'activitat "normal" és una mesura subjectiva. A més, els grups socio-econòmics poden diferir en el que consideren "restricció de l'activitat". Tampoc no està clar com s'ha d'aplicar aquesta mesura a la gent gran. L'autora descriu com, per exemple, hi ha poques desigualtats segons classe social a Gran Bretanya i també a Espanya (es basa amb dades de l'enquesta de salut de Barcelona de 1983), a diferència de Noruega¹⁴².

Hay, utilitzant dades dels homes de 15 a 64 anys del *Canada Health Survey* dels anys 1978-79, no troba relació entre la limitació de l'activitat i els indicadors socio-econòmics (ocupació, educació i nivell d'ingressos), però sí que en detecta amb el nombre de problemes de salut²⁸⁰.

El *National Health Interview Survey* americà va evidenciar desigualtats, segons nivells d'ingressos, en la limitació de l'activitat deguda a trastorns crònics, però en canvi les desigualtats van ser menys importants en les condicions agudes³². Haynes, a Gran Bretanya, va descriure uns resultats similars amb dades del *General Household Survey* de l'any 1980²⁷.

Comparació amb altres enquestes de l'estat espanyol

A continuació es comparen els resultats d'aquest estudi amb els obtinguts en les següents enquestes realitzades a l'Estat Espanyol: la *Encuesta Nacional de Salud* de 1987 (ENS87)²⁸¹ i de 1993 (ENS93)²⁸² realitzades a tot Espanya, les enquestes de les Comunitats de Navarra²⁸³, València²⁸⁴ i País Basc²⁸⁵ i l'enquesta de la ciutat de Sabadell²⁸⁶. Les característiques principals d'aquestes enquestes i la presentació dels indicadors socio-econòmics en els informes tècnics corresponents consten a la Taula 87. Cal destacar que només en la ENS87 i en els indicadors de conductes relacionades amb la salut a Navarra es presenten els indicadors per a tots dos sexes per separat; a més l'informe de la ENS93 i de la Comunitat Valenciana presenten els indicadors sense estandarditzar per edat. L'indicador de classe social utilitzat en l'ENS93 és un indicador compost que es basa en l'educació i l'ocupació; les altres enquestes han utilitzat l'ocupació per obtenir la classe social (la majoria d'elles amb la classificació de Domingo i Marcos¹⁰⁸).

Totes les enquestes detecten desigualtats, per classe social, en l'estat de salut percebut^{281 282 284 285} i, a més, a Navarra també per nivell d'estudis i renda familiar²⁸³. A Sabadell es preguntava si la persona es trobava més malalta que les persones de la mateixa edat, també es trobaven desigualtats segons classe social²⁸⁶.

L'existència de trastorns crònics segons classe social només s'ha analitzat a Sabadell. Van declarar més trastorns crònics la gent de la classe V²⁸⁶. A les Comunitats Basca, Navarresa i Valenciana, l'anàlisi s'ha fet pel total de problemes de salut declarats (crònics o no), i també eren els grups socio-econòmics baixos els que en declaraven més^{283 284 285}.

Cal esmentar que ni a València ni a Navarra no es varen evidenciar desigualtats en la limitació de l'activitat temporal (durant les dues últimes setmanes)^{283 284}. Al País Basc es van detectar desigualtats segons classe social en la població de més de 45 anys²⁸⁵.

A la Comunitat de València existeix un gradient entre les classes socials en la limitació crònica de l'activitat²⁸⁴, i a la Comunitat Basca i a Navarra, en la limitació permanent de l'activitat^{283 285}. Sempre són les classes baixes les que presenten més limitació.

Alonso i Antó, amb dades de l'enquesta de salut de Barcelona de l'any 1986, varen descriure l'existència de desigualtats en l'estat de salut percebut i en l'existència de trastorns crònics. Les desigualtats en la limitació de l'activitat i els dies de lit no varen ser tan evidents¹⁸⁹.

4.1.2. DESIGUALTATS EN LES CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT, EL SOBREPÈS I L'ALÇADA

Consum de tabac

En aquest estudi s'ha detectat que més homes de les classes socials baixes declaren ser fumadors i menys declaren ser ex-fumadors que en les classes socials altes. També s'ha observat aquest gradient entre els diferents nivells educatius, encara que no ha estat tan acusat.

En les dones el patró ha estat just a l'inrevés: les de classes altes i amb més nivell d'estudis són les que més declaren ser fumadores i ex-fumadores.

En la majoria de països desenvolupats la prevalença de fumadors és més elevada en els nivells educatius baixos. Pierce, en una comparació de l'hàbit tabàquic entre sis països desenvolupats (Estats Units, Gran Bretanya, Austràlia, Canadà, Noruega i Suècia), descriu com la prevalença en els grups educatius alts és la meitat que en els baixos²⁸⁷. A Holanda, les desigualtats entre nivells socio-econòmics no són tan importants ja que la prevalença de fumadors en els grups socio-econòmics baixos és un 20% més alta que en els grups socio-econòmics alts²⁷⁶.

El *Health and Lifestyle Survey* va trobar tres vegades més fumadors en les classes socials baixes, tant en homes com en dones. La prevalença de l'hàbit tabàquic variava segons les àrees geogràfiques; les taxes més altes eren a Escòcia i al Nord-Oest i les més baixes al Sud-Est³⁰.

Ha estat descrit que l'hàbit tabàquic es va iniciar en els grups amb més nivell educatiu. A EEUU aquests grups varen mantenir prevalences més elevades fins els anys 1950, moment a partir del qual les prevalences varen ser més altes en la població amb menor nivell d'estudis²⁸⁸. A Holanda el canvi es va produir els anys 1960 en els homes i 1970 en les dones²⁷⁶. A Barcelona, el canvi en les dones, probablement, encara no s'ha produït i, per tant, les dones de grups socio-econòmics alts fumen més (aquest apartat està més ampliat en la discussió del Subestudi 3: *Evolució de les desigualtats en morbiditat, en les conductes relacionades amb la salut i en la utilització de serveis a la ciutat de Barcelona durant els anys 1983-1992*).

Probablement en el nostre estudi no hi ha tantes desigualtats en els homes en la prevalença de l'hàbit tabàquic, entre els diferents grups socio-econòmics, perquè probablement encara fa pocs anys que la tendència s'ha invertit.

També s'ha descrit com l'abandó de l'hàbit tabàquic (percentatge d'ex-fumadors respecte als fumadors i ex-fumadors) és més important en els grups amb més nivell d'estudis²⁸⁹, fet que no es va detectar a Espanya amb la *Encuesta Nacional de Salud* de 1987²⁹⁰. En el present estudi hi ha més percentatge d'abandó en els grups socio-econòmics alts, tant en homes com en dones.

En les altres enquestes realitzades a l'Estat Espanyol es troben comportaments diversos en el consum de tabac segons classe social. Així, en la ENS93 hi ha una prevalença més alta de fumadors en les classes altes, però s'ha de tenir en compte que els indicadors no estan estandarditzats per edat i que les dades dels homes i de les dones no s'analitzen separatament²⁸². L'ENS87 troba els mateixos resultats quan es tenen en compte tots dos sexes conjuntament, però, a l'estudiar-los per separat, s'observa un patró similar al de Barcelona: les dones amb més nivells d'estudis fumen

més i, en canvi, això només s'evidencia en els homes a partir dels 65 anys¹⁶⁶. Al País Basc, a partir dels 45 anys hi ha prevalences més elevades en les classes altes²⁸⁵. A València no hi ha desigualtats entre classes però les taxes no estan estandarditzades per edat²⁸⁴. L'enquesta de Navarra, a part de l'ENS87, és l'única que presenta les dades separant els homes i les dones, i per tant és la més comparable a Barcelona. El patró és similar al de Barcelona: fumen més els homes de les classes baixes i de menor nivell educatiu i és just a l'inrevés en el cas de les dones²⁸³.

Consum d'alcohol

En el present estudi s'ha detectat que els grups socio-econòmics baixos han declarat ser menys bevedors ocasionals i habituals i més no bevedors que els grups alts, fet que ha estat més clar en les dones. Pel que fa al consum d'alcohol excessiu, aquesta relació ja no ha estat tan clara en els homes i, en les dones, continuen essent les dels grups socio-econòmics alts les que han declarat beure més.

L'informe *The Health Divide*¹⁶, realitzat al Regne Unit l'any 1987, descrivia com la prevalença de bevedors excessius era més elevada en els treballadors manuals, però, en canvi, les classes socials altes tenien més bevedors/es lleugers i menys no bevedors. El *Health and Lifestyle Survey*³⁰ també va trobar desigualtats segons l'àrea geogràfica de residència, en els homes: en les àrees industrials eren els treballadors manuals els més bevedors moderats o excessius, però en les àrees d'estatus alt eren els treballadors no manuals els que bevien més. Segons Blaxter aquests fets recolzen que la relació entre el consum d'alcohol i la classe social depèn també de l'entorn.

Altres estudis realitzats a Gran Bretanya no troben associació entre el consum d'alcohol i la classe social²⁹¹. Les dades provinents d'Holanda suggereixen que la mitjana d'ingesta d'alcohol és més elevada en els grups amb alt nivell socio-econòmic²⁷⁶.

Una enquesta realitzada a Suècia descriu com, entre finals dels anys 70 i l'any 80, va canviar el patró de consum d'alcohol per classe social en els joves de menys de 21 anys, ja que els primers anys eren les classes altes les qui tenien més prevalença de bevedors excessius, fet que es va invertir els últims anys. En canvi, en la població de més de 20 anys sempre es va trobar una prevalença més elevada de bevedors en les classes altes²⁹².

De tota manera, el patró cultural que segueix el consum d'alcohol probablement és diferent segons el país estudiat. Les comparacions són més fàcils de fer amb dades del nostre país. Una enquesta realitzada a individus de *Castilla y Leon* trobava menys prevalença de bevedors setmanals en els menors nivells educatius, però en canvi declaraven una ingesta en grams d'alcohol per dia més elevada²⁹³.

A Espanya, la ENS87 va detectar més bevedors en la població amb més nivell d'estudis, però en canvi hi havia més bevedors excessius en els que tenien menys estudis¹⁶⁶. L'ENS93 va trobar més abstemis i bevedors excessius en les classes baixes i més bevedors lleugers en les altes²⁸². Resultats similars es varen descriure en les altres enquestes realitzades a l'estat espanyol^{284 285}. A Navarra, on es varen descriure les dades dels dos sexes per separat, més homes dels grups socio-econòmics baixos eren bevedors excessius, però en les dones aquest patró no era clar²⁸³.

Cal tenir en compte que no es coneix la validesa de la declaració del consum d'alcohol. Ha estat descrit que el consum s'acostuma a infradeclarar²⁹⁴, però no es coneix el grau d'infradeclaració en el nostre medi i si és diferencial per nivell socio-econòmic, fet que podria alterar els resultats trobats.

Activitat física

Els grups socio-econòmics baixos, sobretot en els homes entre 15 i 59 anys, han declarat realitzar més activitat física habitual i menys activitat física en el temps de

lleure. Els nivells socio-econòmics alts, en canvi, han declarat una activitat física de lleure intensa i una habitual, sedentària.

L'informe *The Health Divide* ja va descriure amb les dades del *General Household Survey* dels anys 1977 i 1983, que les classes altes realitzaven més activitat física de lleure; concretament descrivien el caminar i el nedar¹⁶. El *Health and Lifestyle Survey* també va trobar un patró similar en tots els grups d'edat, malgrat que el nivell d'exercici físic realitzat disminueix a l'augmentar l'edat³⁰. Un estudi de seguiment d'una cohort des del naixement, a Gran Bretanya, descriu que els predictors de la realització d'activitat física als 36 anys són: els nivells alts d'educació, haver realitzat esports a l'escola de petits, el nivell d'educació de la mare, haver estat menys malalts de petits i haver realitzat més esport durant l'adolescència²⁹⁵.

Salonen et al. descriuen com, en dues cohorts finlandeses participants en el projecte de North Karelia, amb un total de 15.000 persones de 30 a 59 anys, es troba un risc augmentat de mort per cardiopatia isquèmica, en les persones amb poca activitat física de temps lliure i amb un treball sedentari, després d'ajustar per altres factors de risc. El nivell d'educació estava relacionat positivament amb l'activitat física de temps lliure i, negativament, amb l'activitat física relacionada amb l'ocupació²⁹⁶.

L'estudi CARDIA realitzat a EEUU, que monitoritza els factors de risc cardiovasculars en població de 18 a 30 anys de raça blanca i negra, també descriu com l'activitat física de lleure es realitza més en els nivells educatius alts, tant de la raça blanca com de la negra²⁹⁷. Resultats similars detallen Ford et al., a partir de les dades d'una enquesta telefònica realitzada a Pittsburgh amb la finalitat de descriure l'activitat física de la població d'alt i baix nivell socio-econòmic²⁹⁸.

Les diferents enquestes de salut realitzades a l'estat espanyol també han descrit la realització de més activitat física de lleure en les classes altes i, en canvi, una activitat ocupacional més sedentària^{281 282 284 285 286}. L'enquesta de Navarra, que analitza els dos sexes per separat, troba desigualtats en el sexe masculí, però no en el femení, en la realització d'esports²⁸³.

Sobrepès i obesitat

En aquest estudi la prevalença de sobrepès i obesitat ha estat més elevada en els grups socio-econòmics baixos. Les desigualtats han estat més importants segons nivells d'estudis, i les dones han presentat un gradient més important entre els grups socio-econòmics que els homes.

Tal com comenten Stunkard i Sorensen la relació entre el nivell socio-econòmic i l'obesitat és complexa ja que té tres possibles explicacions; la primera és que l'obesitat influeix sobre el nivell socio-econòmic, o sigui que la gent obesa té tendència a tenir un nivell socio-econòmic més baix; la segona és que el nivell socio-econòmic influeix sobre l'obesitat, o sigui que el fet de pertànyer a un nivell socio-econòmic baix fa que una persona tingui més probabilitats de ser obesa; i la tercera que algun altre factor o factors influeixen tan sobre l'obesitat com sobre el nivell socio-econòmic. Probablement totes tres possibilitats tenen algun efecte en la relació obesitat-nivell socio-econòmic²⁹⁹.

Un estudi de seguiment de 10.039 persones joves (*National Longitudinal Survey of Labor Market Experience, Youth Cohort*) observa que l'obesitat està associada al fet de casar-se menys, tenir menys ingressos i menys anys d'educació³⁰⁰.

Diversos estudis han descrit una relació inversa entre el nivell socio-econòmic i l'obesitat. Un estudi de seguiment fet a Anglaterra evidencia que el nivell socio-econòmic a la infància té influència sobre l'obesitat posterior³⁰¹.

Una enquesta transversal realitzada a Suècia troba relació entre l'obesitat en dones casades i el nivell d'educació, la classe social del marit, el nombre de fills i l'edat; en canvi; en les dones soles, té relació amb l'edat i el nivell d'ingressos³⁰². Winkleby et al. estudien la relació entre sis factors de risc i el nivell d'educació, en 3349 individus participants a l'*Stanford Five-City Project*, troben una relació inversa més intensa entre l'obesitat i el nivell d'estudis en les dones que en els homes³⁰³. El

Health and Lifestyle Survey detecta més prevalença de sobrepès i d'obesitat en les classes baixes i les desigualtats en el sexe femení són més marcades³⁰.

Un factor que pot influir també sobre l'obesitat són els factors hereditaris. Un estudi fet a Dinamarca, sobre 2015 persones adoptades, troba que la presència d'obesitat es relaciona tant amb la classe social dels pares biològics com amb la classe social dels pares adoptius, independentment de la pròpia classe social. A més les persones adoptades que provenen de regions fora de Copenhagen tenen més obesitat que els de la ciutat³⁰⁴.

Una enquesta de salut transversal, com és el cas de la realitzada a la ciutat de Barcelona, no permet saber la direcció de la relació entre obesitat i nivell socio-econòmic; per a contestar aquesta pregunta s'hauria de fer un estudi longitudinal.

Entre les altres enquestes de salut realitzades a l'estat espanyol cal destacar els resultats de l'ENS87 on es trobava una relació inversa entre obesitat i nivell d'estudis i era més important en les dones que en els homes³⁰⁵. L'enquesta de salut de València va trobar desigualtats entre les diferents classes socials en l'obesitat, però no en el sobrepès²⁸⁴.

Cal esmentar que la mesura del pes i l'alçada a través d'una enquesta de salut per entrevista presenta limitacions. Stewart et al. comenten que habitualment s'acostuma a sobreestimar l'alçada i a infraestimar el pes, cosa que fa que disminueixi l'índex de massa corporal³⁰⁶. De fet, el problema en aquest estudi es donaria si aquesta infradeclaració fos diferencial per classe social, fet no estudiat en el nostre medi.

Alçada

L'alçada també és un factor que s'ha trobat relacionat amb el nivell socio-econòmic. Les persones grans, les dones i els grups socio-econòmics baixos tenen menys alçada. Igual que amb el sobrepès, també s'ha descrit que les persones amb menys alçada

poden estar sotmeses a més mobilitat social i per tant a canviar de classe social. Un estudi transversal com aquest no permet estudiar la direcció d'aquesta relació.

En el *British Heart Study* es detecta que tant la classe social com la ciutat de residència han influït sobre l'alçada dels homes estudiats (els de 40 a 59 anys)³⁰⁷.

Kuh et al. descriuen les desigualtats de l'alçada segons classe social utilitzant dades de dues cohorts: el *Medical Research Council's National Survey of Health and Development* i el *National Child Development Study*, que recullen dades d'unes 50.000 persones nascudes els anys 1948 i 1958, i també dels seus pares. Tant l'alçada dels homes com la de les dones ha augmentat respecte a la dels seus pares. Les persones de classes socials baixes tenen menys alçada, però aquestes desigualtats disminueixen amb el pas dels anys³⁰⁸.

4.1.3. DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS

Les persones dels grups socio-econòmics baixos han declarat haver realitzat més visites al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista, però aquesta tendència no ha estat tan clara quan s'ha tingut en compte l'estat de salut percebut, ja que aquest gradient només s'ha observat en les persones amb bon estat de salut; en canvi en les persones amb estat de salut regular, dolent o molt dolent no hi ha hagut diferències entre els grups socio-econòmics.

Sempre han estat els grups socio-econòmics alts els que han declarat realitzar més visites durant els últims 12 mesos. Quan s'ha tingut en compte l'estat de salut, les desigualtats han estat més importants en les persones amb estat de salut dolent, i han estat els grups socio-econòmics baixos els que han declarat realitzar menys visites.

L'hospitalització no ha mostrat un gradient clar entre grups socio-econòmics, fins i tot quan s'ha tingut en compte l'estat de salut percebut.

L'informe Black, amb dades del *General Household Survey*, va descriure com les visites al metge de capçalera eren més freqüents en les classes socials baixes. A l'emprar mesures d'"utilització/necessitat" (mesures que tenen en compte els patrons d'utilització de serveis segons l'estat de salut o altres indicadors de morbiditat), com per exemple, les visites al metge segons els dies d'activitat restringida, el gradient entre classes socials s'invertia, i les classes baixes eren les que consultaven menys; cosa que indica que, per un mateix nivell de necessitat, les classes socials baixes tenen menys accés al metge de capçalera. L'informe Black també destacava que les visites realitzades per la gent de classe mitjana eren més llargues i completes i, per tant, les classes mitjanes rebien una atenció millor. El mateix informe destacava que les desigualtats en l'hospitalització no eren tan evidents¹⁵.

Whitehead en l'informe de *The Health Divide* planteja la dificultat de mesurar la "necessitat" i, per tant, de saber si existeix un accés igualitari als serveis sanitaris per a una necessitat igual. L'autora en primer lloc tracta sobre l'accés físic als serveis sanitaris, el qual no hauria de ser diferent segons la classe social de l'individu. En segon lloc, menciona la importància de la qualitat dels serveis, o sigui el fet que la resposta del metge de capçalera sigui diferent segons el grup sòcio-econòmic del pacient (tracte diferenciat a les persones de les classes altes: les visita a casa amb més freqüència, les deriva més als especialistes, fa tractaments diferents, etc). En tercer lloc, l'autora revisa els estudis realitzats els anys 80, amb l'objectiu d'esbrinar si hi ha desigualtats en l'utilització de serveis a Gran Bretanya, i descriu com els estudis són contradictoris, la majoria de les vegades per les diferents definicions de "necessitat". De tota manera, segons l'autora, hi ha suficients estudis per no poder estar satisfets quant a la disminució d'aquestes desigualtats¹⁶.

Blaxter descriu les desigualtats en la utilització de serveis a l'atenció primària amb dades del *National morbidity survey in general practice*. Segons l'autora la descripció de les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris no es pot basar només en l'estudi del nombre de visites i d'hospitalitzacions. Cal aprofundir en el tipus de visites realitzat. En aquest estudi va trobar que les desigualtats entre classes socials eren més marcades al tenir en compte les condicions cròniques i més severes, i no els

símtomes lleus³⁰⁹. Bucquet i Curtis estudien la utilització del metge de capçalera segons nivells de necessitat basats en el *Nottingham Health Profile* i descriuen com les diferents dimensions de morbiditat varien segons classe social i algunes d'elles prediuen més les consultes al metge de capçalera que les altres dimensions, com per exemple el dolor i el distress emocional³¹⁰.

Haynes, utilitzant dades del *General Household Survey* de l'any 1982, no va trobar desigualtats importants entre classes socials, després d'haver ajustat per necessitat (malaltia aguda en el cas de les visites al metge i també malaltia crònica en el cas de visita i hospitalització en centre sanitari)²⁷.

Alonso i Antó, amb dades de l'enquesta de salut de Barcelona de 1986, varen estudiar la utilització de serveis segons diferents mesures de necessitat: l'estat de salut percebut, el fet d'haver estat al llit o no i una raó d'ús/necessitat que es calcula dividint el nombre de visites mèdiques les dues setmanes anteriors a l'entrevista, d'una classe social, pel nombre total de dies llit de la mateixa classe. Amb totes tres mesures, descriuen com les classes baixes es visitaven menys, quan s'ajustava per la necessitat³¹¹.

Gonzalez i Regidor varen utilitzar el mateix índex d'ús/necessitat per estudiar les desigualtats amb dades de l'ENS87 i van observar com aquesta raó s'incrementava a l'augmentar el nivell d'estudis de la persona entrevistada³¹².

En altres enquestes de l'estat espanyol, sempre són les classes baixes les que han declarat realitzar més visites al metge i també més hospitalitzacions (a excepció dels menors de 16 anys en la ENS93 on aquesta tendència s'inverteix). Cal assenyalar que en els informes tècnics d'aquestes enquestes no s'ha ajustat per cap mesura de necessitat^{282 283 284 285 286}.

Fernández de la Hoz descriu les desigualtats en la utilització de serveis (visita al metge, hospitalització i visita als serveis d'urgències) amb les dades de l'ENS87. Al tenir en compte l'estat de salut percebut, s'observa que les persones amb menor nivell

educatiu i menor nivell d'ingressos consulten menys. L'autora esmenta tres possibles explicacions de la interacció entre nivell socio-econòmic i estat de salut. La primera seria que la percepció de l'estat de salut fos diferent en els diferents nivells socio-econòmics, per tant s'interpretaria de manera diferent el que és un bon o un dolent estat de salut. La segona interpretació apuntaria cap a una distribució diferent de la morbiditat entre grups socio-econòmics, cosa que produïria una diferent freqüentació dels serveis sanitaris, en funció de pautes socials de comportament, que dependrien de cada malaltia. Una tercera explicació seria la desigualtat d'accés als serveis sanitaris dels grups socio-econòmics: els grups amb més nivell socio-econòmic tindrien més accés als serveis i en farien un ús més eficient (estarien més pendents i més informats sobre la seva salut)¹⁸¹.

4.1.4. DESIGUALTATS EN LES PRÀCTIQUES PREVENTIVES

A Barcelona, les dones dels grups socio-econòmics alts es fan visitar més pel ginecòleg, es realitzen més citologies cervicals i més mamografies periòdicament. Aquest fet passa en tots els grups d'edat, tot i que a mesura que augmenta l'edat disminueix molt la realització d'aquestes pràctiques.

Encara que no amb diferències tan importants, la presa de la tensió arterial en les persones més grans de 59 anys també és més freqüent en les de classe social alta i nivell d'estudis superiors. L'administració de la vacuna de la grip en persones més grans de 64 anys no ha mostrat desigualtats tan clares entre grups socio-econòmics.

L'Informe Black ja va descriure com les classes altes realitzaven més pràctiques preventives que les baixes. Destacaven que les dones de classes baixes realitzaven menys controls antenatals, tot i necessitar-los més; i un cop havien tingut el fill realitzaven menys controls preventius. Aquell Informe també destacava la menor realització de citologies cervicals per part de les dones de classes baixes, tot i tenir un risc més elevat. També hi havia desigualtats entre classes en la cura de la salut

dental¹⁵. Posteriorment l'informe *The Health Divide* va seguir remarcant aquestes desigualtats en la realització de les pràctiques preventives¹⁶.

Cal mencionar que la disminució tan important a l'augmentar l'edat de les pràctiques preventives en ginecologia (visites al ginecòleg, citologia cervical i mamografia), probablement està relacionada amb l'edat reproductiva, que és quan més visites es fan al ginecòleg, i en conseqüència el metge sol·licita citologies i mamografies. Izquierdo et al. ja van descriure aquest fet a l'observar uns resultats similars en una enquesta a dones del Gironès i del Pla de l'Estany³¹³. Spurlock et al. van descriure que un factor fortament relacionat amb la realització de citologia cervical era la presa d'anticonceptius, els autors ja discutien que probablement els exàmens de rutina realitzats per al control dels anticonceptius facilitaven la realització de citologies³¹⁴.

És important no perdre de vista que en el nostre medi, fins l'actualitat, la petició de la realització d'una mamografia (i també d'una citologia) estava totalment en mans del metge, ja que no hi havia una cultura sanitària suficient perquè la mateixa persona la sol·licités. A més, habitualment aquestes proves es realitzen més a les dones que es visiten en una consulta privada. Aquests factors poden explicar, parcialment, les grans desigualtats trobades entre els grups socio-econòmics. Probablement, en el futur, s'implementaran programes de cribatge poblacionals³¹⁵, el que podria fer que les desigualtats entre grups socio-econòmics minvessin.

A EEUU, els factors associats a la realització de les pràctiques preventives han estat estudiats utilitzant dades del *National Health Interview Survey* (NHIS). Calle et al. descriuen els factors predictius de la realització de mamografia i citologia cervical utilitzant dades del NHIS Cancer Control Supplement de l'any 1987. Els predictors més importants de la infrautilització de la mamografia són: baix nivell d'ingressos, ètnia hispana i altres races, baix nivell educatiu, tenir més de 65 anys i residència en una àrea rural. Els predictors de no haver-se realitzat mai una citologia cervical són: no haver estat casada, ser hispànica o d'altres races i ser una dona gran de raça negra³¹⁶. Breen i Kessler descriuen com des de l'any 1987 fins a l'any 1990 s'ha doblat el percentatge de dones més grans de 40 anys que es fan mamografies, però

el nivell d'ingressos i l'educació continuen estant fortament relacionats amb aquesta pràctica³¹⁷.

Zapka et al. estudien una mostra de dones de 6 ciutats de Massachusetts amb una entrevista telefònica i detecten que, tant el nivell d'ingressos com el nivell d'educació i l'atur, estan inversament relacionats amb el fet d'haver-se realitzat alguna vegada una mamografia i haver-se-la realitzat durant l'últim any³¹⁸. Makuc et al. estudien l'evolució de les pràctiques preventives (citologia cervical, mamografies i presa de la tensió arterial) de les dones americanes de 20 a 79 anys, a través dels NHIS dels anys 1973 i 1985. Tot i haver augmentat la proporció de dones que realitzen pràctiques preventives, continua existint una disminució important a l'augmentar l'edat i la pobresa³¹⁹.

Rohlfs, en un estudi sobre els factors predictius de les pràctiques preventives en ginecologia utilitzant dades de l'enquesta de salut de Barcelona 1992, ja va descriure com l'edat i el nivell socio-econòmic eren els factors més importants³²⁰.

En l'enquesta de la Comunitat Autònoma Basca també es detecta que les dones de classes altes són les que es realitzen més citologies i mamografies. Les persones de classes altes, i sobretot les de més de 64 anys, es prenen més la tensió arterial. En canvi, es vacunen més de la grip les persones de més de 64 anys de classes baixes²⁸⁵. L'ENS87 troba els mateixos resultats pel que fa a les visites al ginecòleg i a la vacunació de la grip²⁸¹.

Les enquestes que han estudiat les consultes al dentista descriuen com les persones de nivell socio-econòmic alt hi tenen més accés, fet relacionat amb la no cobertura de la majoria de les prestacions del dentista, per part del sistema sanitari públic ^{281 282 283}
285

González i Regidor plantegen que en el cas d'Espanya, en què l'assistència sanitària (metge de capçalera, hospitalització) és pràcticament universal i gratuïta, és molt diferent l'accés al metge que la realització de pràctiques preventives (com per exemple

el dentista) que implica haver de pagar. Per tant, s'ha d'estudiar separatament els dos tipus de desigualtats, ja que les causes que els originen poden ser molt diferents³¹².

4.2. APORTACIONS

- Aquest estudi ha permès conèixer un aspecte de les desigualtats de salut diferent de la mortalitat: les desigualtats de morbiditat, de conductes relacionades amb la salut i d'utilització de serveis sanitaris. Per tant, és un estudi poblacional, realitzat en una ciutat, que permet oferir una visió global i diferent de la que ofereixen els estudis de mortalitat.

- Tal com s'ha comentat a l'apartat d'*Antecedents*, l'estudi poblacional de les desigualtats de salut, utilitzant l'individu com a unitat d'anàlisi, són difícils de realitzar en el nostre medi, ja que la professió del difunt no s'acostuma a complimentar en la Butlleta Estadística de Defunció. Per tant, un avantatge d'aquest estudi és que ha permès analitzar les desigualtats segons nivell socio-econòmic a nivell individual, i per tant ha donat una visió complementària als estudis ecològics de mortalitat.

- Aquest estudi ha permès obtenir dues mesures de nivell socio-econòmic per a cada persona entrevistada: la classe social basada en l'ocupació i el nivell d'estudis. En general, ambdues aproximacions han donat resultats similars, tot i que, per a alguna variable (per exemple el sobrepès o el consum de tabac en les dones) les desigualtats han estat més importants segons nivell d'estudis.

Ja s'ha comentat a l'apartat d'*Indicadors de nivell socio-econòmic dels Antecedents* que la mesura de la classe social en dones, és problemàtica, ja que la classificació del *British Registrar General* es va basar en una agrupació d'ocupacions masculines. En aquest estudi, sempre que constava l'ocupació de la persona entrevistada aquesta era la que s'utilitzava per a l'obtenció de la classe social i, si no, s'utilitzava l'ocupació de la persona principal de la llar. El fet que les desigualtats evidenciades segons classe social i segons nivell d'estudis siguin molt similars recolza els resultats trobats amb

ambdues variables, malgrat el problema de poder adjudicar una classe social a cada persona.

Cal mencionar que la classificació del *British Registrar General* es basa en la concepció *weberiana* de la classe social⁹² i també per aquest motiu els resultats obtinguts segons la classe social i el nivell d'estudis són similars.

Probablement en el futur, serà útil explorar altres possibles mesures de la classe social, tant per solucionar els problemes comentats anteriorment, com per intentar millorar la classificació del *British Registrar General*.

- Les desigualtats detectades segons nivell socio-econòmic s'han mantingut després d'haver ajustat per l'estructura familiar i la situació laboral de la persona entrevistada. Tal com s'ha comentat en l'apartat d'*Indicadors de nivell socio-econòmic dels Antecedents*, hi ha autores que han defensat l'utilització d'aquestes variables en l'estudi de les desigualtats socials en salut en les dones^{112 113}.

Quant a l'estat de salut percebut, les desigualtats s'han mantingut després d'haver ajustat per les conductes relacionades amb la salut.

4.3. LIMITACIONS

- Aquest és un estudi transversal i com ja s'ha comentat a l'apartat d'antecedents no permet conèixer el sentit de les relacions causa-efecte. Per tant, un estudi d'aquestes característiques no permet respondre si és el baix nivell socio-econòmic el que provoca un menor nivell d'estat de salut. De tota manera, tal com s'ha comentat en l'apartat dels *Antecedents*, la mobilitat social (el fet que una persona canviï de classe social pel seu estat de salut) existeix, però només explica una petita part de les desigualtats.

- La població d'aquest estudi no inclou les persones institucionalitzades (residències de gent gran, pensions, hospitals, presons, etc.) cosa que pot representar un biaix, ja

que una part important d'aquesta població és de nivell socio-econòmic baix i no hi ha quedat representada. Si aquestes persones haguessin participat en l'estudi, probablement haurien augmentat més les desigualtats entre els diferents grups socio-econòmics.

Una enquesta de salut d'aquestes característiques no sol recollir la població marginal, molta d'ella perquè no viu en habitatges convencionals, sinó en altres llocs, com, per exemple: el carrer, pensions, cases d'acollida, etc. Tot i que aquesta és una població minoritària és important en l'estudi de les desigualtats, ja que és una població que sol viure en condicions deficitàries.

- Una enquesta de salut per entrevista recull la informació declarada per la persona entrevistada, que no sempre concorda amb la informació continguda en els registres mèdics. Una validació de l'enquesta de salut de Barcelona de l'any 1986, sobre la realització de visites mèdiques les dues setmanes anteriors a l'entrevista i l'existència de trastorns crònics, va detectar un 15% d'infradeclaració de les visites, que no es relacionava amb l'edat, el sexe i el nivell socio-econòmic de l'entrevistat/da. En canvi, la concordança entre els trastorns crònics declarats i els que constaven en la història clínica del metge de capçalera, era més baixa³²¹. Cal reflexionar sobre la possibilitat que alguns dels trastorns declarats (Ex. mal d'esquena, artrosi, problemes de circulació...) no sempre són coneguts o considerats pel metge que porta aquella persona. Per tant, la informació de l'enquesta de salut, en tot cas, seria complementària a la de la història clínica.

Un altre aspecte que s'hauria de tenir en compte, és la diferent declaració de la morbiditat per part de les persones de diferents grups socio-econòmics, cosa que podria alterar alguns dels gradients trobats. Aquest aspecte no ha estat estudiat en el nostre medi.

4.4. CONCLUSIONS

- Les persones de classes socials baixes i de menor nivell d'estudis han declarat un pitjor estat de salut percebut i la presència de més trastorns crònics.
- Les desigualtats no han estat tan evidents quan s'han tingut en compte les variables de restricció de l'activitat aguda o crònica i l'enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista.
- Els homes de menor nivell socio-econòmic han declarat fumar més, tendència que ha estat totalment a la inversa en les dones.
- Les persones de classe alta i més nivell d'estudis han declarat ser bevedores habituals en una major proporció. Hi ha més percentatge de bevedors excessius entre els homes dels grups socio-econòmics baixos, fet que no s'ha observat en les dones.
- Els homes i dones de les classes socials baixes han declarat realitzar més activitat física habitual i menys activitat física de lleure.
- El sobrepès i l'obesitat han presentat prevalences més elevades en els grups socio-econòmics baixos, desigualtats que han estat més importants en les dones.
- L'alçada és menor en les persones de classe social baixa i menor nivell d'estudis.
- Les persones de classes socials baixes i de menor nivell d'estudis han declarat visitar més el metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista; però quan s'ha tingut en compte l'estat de salut percebut aquesta tendència només s'ha mantingut en les persones amb estat de salut bo o molt bo i no ho ha fet en les persones amb estat de salut regular, dolent o molt dolent.
- No s'han trobat desigualtats en l'hospitalització entre les diferents classes socials i nivell d'estudis.

- Les pràctiques preventives en ginecologia (visites al metge, citologia, mamografia) han estat molt més realitzades per les dones de grups socio-econòmics alts.
- La presa de la tensió arterial i la vacuna de la grip han tendit a realitzar-se més per part de les persones de les classes socials altes i de més nivell d'estudis.

**SUBESTUDI III: EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN MORBIDITAT, CONDUCTES
RELACIONADES AMB LA SALUT I UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS A LA
CIUTAT DE BARCELONA, 1983-1992.**

1. JUSTIFICACIÓ, OBJECTIUS I HIPÒTESIS

1.1. JUSTIFICACIÓ

En el subestudi anterior s'ha posat de manifest l'existència de desigualtats segons classe social i nivell d'estudis en l'estat de salut percebut, les conductes relacionades amb la salut i la utilització de serveis sanitaris segons les dades de l'enquesta de salut de 1992. A més, tal com s'ha descrit a l'apartat d'*Antecedents* aquestes desigualtats també es van posar de manifest en l'anterior enquesta de salut de Barcelona realitzada l'any 1986. El que no se sap és si aquestes desigualtats han augmentat o bé han disminuït durant aquests 10 anys, i és per aquest motiu que és important la realització d'un estudi de tendències que compari l'evolució de les desigualtats en aquests anys.

1.2. OBJECTIUS

1.2.1. OBJECTIU GENERAL

Estudi de l'evolució de les desigualtats en morbiditat, en les conductes relacionades amb la salut i en la utilització de serveis sanitaris des de l'any 1983 a l'any 1992 entre els diferents grups socio-econòmics, en residents a la ciutat de Barcelona.

1.2.2. OBJECTIUS ESPECÍFICS

1. Descripció i anàlisi de l'evolució de les desigualtats en la morbiditat aguda i crònica segons nivell socio-econòmic i sexe, en residents a la ciutat de Barcelona, entre els anys 1983 i 1992.

2. Descripció i anàlisi de l'evolució de les desigualtats de les conductes relacionades amb la salut (consum de tabac i activitat física) i el sobrepès segons nivell socio-econòmic i sexe, en residents a la ciutat de Barcelona, entre els anys 1983 i 1992.

3. Descripció i anàlisi de l'evolució de les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris (visites al metge i hospitalitzacions) segons nivell socio-econòmic i sexe, en residents a la ciutat de Barcelona, entre els anys 1983 i 1992.

4. Descripció i anàlisi de l'evolució de les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris (visites al metge i hospitalitzacions) tenint en compte l'estat de salut segons nivell socio-econòmic i sexe, en residents a la ciutat de Barcelona, entre els anys 1983 i 1992.

1.3. HIPÒTESIS

Les desigualtats entre els diferents nivells socio-econòmics en morbiditat percebuda han augmentat durant els anys 1983-92.

Les desigualtats entre els nivells socio-econòmics en les conductes relacionades amb la salut han augmentat durant els anys 1983-92.

Les desigualtats entre els diferents nivells socio-econòmics en la utilització de serveis sanitaris han augmentat durant els anys 1983-92, sobretot al tenir en compte l'estat de salut.

2. METODOLOGIA

2.1. POBLACIÓ D'ESTUDI

La població d'estudi ha estat tota la resident a la ciutat de Barcelona, a excepció de la població que vivia en institucions (residències de gent gran, pensions, etc.), dels anys 1983, 1986 i 1992 (anys de realització de les 3 enquestes de salut).

2.2. FONT DE DADES

Les dades s'han obtingut de les tres enquestes de salut de Barcelona portades a terme els anys 1983, 1986 i 1992. La metodologia d'aquestes enquestes ja ha estat explicada anteriorment, aquí només es mencionen les característiques més importants de cada una d'elles.

2.2.1. ENQUESTA DE SALUT DE 1992²⁸⁸

Característiques de l'enquesta

Univers de la mostra: població no institucionalitzada de residents a la ciutat de Barcelona.

Tipus de mostra: mostreig estratificat.

Unitat de mostreig: individus.

Criteris d'estratificació: es va realitzar una divisió de Barcelona en 5 estrats, tenint en compte variables socio-demogràfiques obtingudes del padró de l'any 1986.

Fracció de mostreig global: 2,94 per 1000 del total de la població.

Grandària de la mostra: nombre de persones seleccionades: 5.004.

Fiabilitat de la mostra: amb una alfa = 5% l'error màxim global de Barcelona va ser de $\pm 2\%$.

Obtenció de la mostra: selecció aleatòria de persones a entrevistar introduint correccions mitjançant cotes d'edat i sexe.

Recollida de dades: la informació es va recollir mitjançant una entrevista personal amb qüestionari, feta al domicili dels seleccionats. Les dades sobre l'estat de salut percebut i les conductes relacionades amb la salut només es van preguntar a la població més gran de 14 anys.

Període de l'enquesta: del mes de febrer de 1992 al mes de gener de 1993.

Equip de treball de camp: 12 enquestadors.

No respostes i substitucions

Les no respostes corresponen a les persones que no van voler contestar les preguntes de l'entrevista. En total hi va haver un 9% de no respostes.

Les substitucions es van realitzar quan després de 3 visites consecutives (una d'elles a partir de les 21 hores) no es trobava la persona a entrevistar.

Anàlisi

Es va realitzar una anàlisi ponderada amb pesos específics per a cada un dels estrats que s'havien utilitzat per realitzar el mostreig estratificat.

2.2.2. ENQUESTA DE SALUT DE 1986⁹⁹

Característiques de l'enquesta

Univers de la mostra: població no institucionalitzada de residents a la ciutat de Barcelona.

Tipus de mostra: mostreig aleatori estratificat.

Unitat primària de mostreig: domicili familiar (tots els membres d'una família).

Criteris d'estratificació: per districte municipal i grandària familiar.

Fracció de mostreig global: 4,41 per 1000 del total de la població.

Grandària de la mostra: nombre de famílies seleccionades: 2.670 famílies amb 7.907 persones.

Fiabilitat de la mostra: amb una alfa = 5% l'error màxim global de Barcelona va ser de $\pm 1\%$. El coeficient de variació de les estimacions va ser com a màxim del 10% per als fenòmens amb una freqüència de presentació igual o superior al 3%.

Obtenció de la mostra: la font d'informació per a l'obtenció dels individus de la mostra va ser el padró d'habitants de Barcelona.

Recollida de dades: la informació es va recollir mitjançant una entrevista a tots els membres de la família amb qüestionari fet al domicili dels seleccionats. Les dades sobre l'estat de salut percebut i les conductes relacionades amb la salut només es van preguntar a la població més gran de 15 anys (a diferència dels anys 1983 i 1992 que va ser pels més grans de 14 anys).

Període de l'enquesta: tot l'any 1986.

Equip de treball de camp: 15 enquestadors.

No respostes i substitucions

Es va considerar no resposta familiar quan un adult, preferentment el cap de família, va refusar l'entrevista de tots els membres que la componien. També es van considerar no respostes familiars quan no es va trobar ningú en un domicili després d'un mínim de 5 visites i si no hi havia cap evidència de trasllat o qualsevol altre criteri de substitució. El percentatge de no respostes familiars va ser de 17,5% (466/2.670).

Es va considerar no resposta individual quan una persona va refusar de participar. El percentatge de no resposta individual va ser de 12,8% (1.013/7.907). En la secció de Promoció de la salut per als més grans de 15 anys, on no s'acceptava la resposta d'una persona diferent a la seleccionada, el nivell de no resposta individual es va situar en el 22,8%.

En els casos de trasllat d'una família, error censal o defunció, aquella família va ser substituïda per una altra. Això va ocórrer en un 16% dels casos.

Anàlisi

Es va realitzar una anàlisi sense ponderacions ja que la població de la mostra segons edat i sexe era representativa de la població de tot Barcelona l'any 1986.

2.2.3. ENQUESTA DE SALUT DE 1983³²²

Característiques de l'enquesta

Univers de la mostra: població no institucionalitzada de residents a la ciutat de Barcelona.

Tipus de mostra: mostreig aleatori estratificat en dues etapes.

Unitat primària de mostreig: domicili familiar.

Unitat secundària: individus que formen la família.

Criteris d'estratificació: districte municipal per a la selecció de famílies. Edat i sexe dintre de cada districte per a la selecció d'individus.

Fracció de mostreig global: 1,77 per 1000 del total de la població.

Grandària de la mostra: nombre de famílies seleccionades: 2.024 famílies amb 6.249 persones. Nombre de persones seleccionades per a entrevista personal: a raó d'1,5 persones per família, 3.134.

Fiabilitat de la mostra: amb una alfa = 5% l'error màxim global de Barcelona va ser de $\pm 2\%$. El coeficient de variació de les estimacions va ser com a màxim del 10% per als fenòmens amb una freqüència de presentació igual o superior al 3%.

Obtenció de la mostra: la font d'informació per a l'obtenció dels individus de la mostra va ser el padró d'habitants de Barcelona.

Recollida de dades: la informació es va recollir mitjançant una entrevista personal amb qüestionari, feta al domicili dels seleccionats. Les dades sobre conductes relacionades amb la salut només es van preguntar a la població més gran de 14 anys.

Període de l'enquesta: del 23 de gener al 6 de juny de 1983.

Equip de treball de camp: 7 enquestadors.

No respostes i substitucions

Es va considerar no respostes familiars les de les llars en què no es va poder entrevistar cap persona. El percentatge global de no respostes després d'eliminar les no elegibles va ser de 16,19%. Els dos motius més importants foren, per una part la impossibilitat de contacte amb cap persona de la família després d'un mínim de tres visites, i per una altra la negació a contestar l'enquesta.

Dins de cada família seleccionada no sempre es va aconseguir contactar amb totes les persones seleccionades, ja per negar-se a contestar, ja per impossibilitat de localitzar-les. El percentatge global de no resposta individual va ser de 18,7%. El grup d'edat més afectat va ser el de 15 a 59 anys.

Anàlisi

Les estimacions de totes les dades per al total de Barcelona es van fer realitzant una ponderació de cada observació per l'invers de la fracció final de mostreig.

2.2.4. DADES DE POBLACIÓ (DENOMINADORS)

Per al càlcul dels percentatges en cada un dels tres anys de l'enquesta s'han utilitzat com a denominador, les dades obtingudes de cada una de les tres enquestes, ja que són representatives de la població de cada un dels tres anys.

Per a estandarditzar els indicadors segons nivell socio-econòmic s'ha utilitzat com a població de referència l'estimada per a l'any 1988, segons grup d'edat i sexe, a tot Barcelona. Aquesta estimació s'ha efectuat a partir de les dades dels padrons d'habitants de Barcelona dels anys 1986 i 1991 (vegeu apartat *Dades de Població i de naixements (denominadors)* del subestudi I).

2.3. TIPUS D'ESTUDI

És un estudi de tendències que s'ha realitzat fent tres tallis transversals (1983, 1986 i 1992) per tal d'analitzar les desigualtats entre nivells socio-econòmics en cada un dels 3 tallis.

2.4. INDICADORS ANALITZATS

S'han calculat els indicadors per a cada nivell socio-econòmic i sexe estandarditzats per edat segons el mètode directe²⁰⁶:

$$PE = \frac{\sum_i P_{\text{grup socio-ec. } i} * \text{pobl. Barc.}_i}{\text{Pobl. Barc. 1988}} * 100$$

PE: percentatge estandarditzat.

$P_{\text{grup socio-ec. } i}$: percentatge específic de la variable d'estudi en el grup d'edat i del grup socio-econòmic.

Pobl. Barc._i : Població de referència de Barcelona (any 1988) en el grup d'edat i .

2.5. VARIABLES SELECCIONADES

Les variables que s'han utilitzat per a l'anàlisi han estat les variables comunes a totes tres enquestes, així com les comunes en les enquestes de l'any 1986 i 1992. Per mesurar el nivell socio-econòmic s'ha utilitzat el nivell d'estudis i la classe social, obtinguda a través de l'ocupació.

2.5.1. VARIABLES COMUNES EN TOTES TRES ENQUESTES (1983, 1986 I 1992)

Morbiditat aguda i crònica

- Enllitament per problemes de salut durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista. Variable obtinguda a través de la mateixa pregunta en totes tres enquestes.
- Existència de trastorns crònics. Aquesta variable s'ha obtingut de les persones més grans de 14 anys, ja que l'any 1983 hi havia dos llistats diferents de trastorns crònics, un per als més grans de 14 anys, i l'altre per als nens/nenes fins a 14 anys. S'ha considerat que la persona tenia trastorns crònics quan almenys declarava un trastorn de la llista de cada una de les enquestes (aquesta llista constava de 29 trastorns l'any 1983, de 34 l'any 1986 i de 21 l'any 1992).

Conductes relacionades amb la salut

- Consum de tabac. Aquesta dada es va preguntar d'una manera diferent en cada una de les tres enquestes. La diferència més important és la de l'any 1983 on la mateixa persona es definia com fumadora habitual o ocasional. Per aquest motiu el percentatge de fumadors ocasionals era més elevat (4,5% en les dones i 5,7% en els homes) que en les altres enquestes (1,6% l'any 1986 i un 1,8% l'any 1992). Així doncs, l'any 1983 s'ha considerat fumador al qui es declarava fumador habitual o ocasional, ex-fumador al qui declarava haver fumat anteriorment i no fumador al qui declarava no haver fumat mai. Els anys 1986 i 1992 s'ha considerat fumador habitual al qui fumava

més d'una cigarreta cada dia, ex-fumador al qui havia fumat més d'una cigarreta al dia en el passat i no fumador al qui declarava no fumar o fumar menys d'una cigarreta al dia.

El consum de tabac només s'ha tingut en consideració en la gent de més de 14 anys el 1983 i el 1992, i de més de 15 anys l'any 1986, ja que no es va preguntar als menors d'aquesta edat.

Utilització de serveis sanitaris

- Haver realitzat una o més visites al metge les dues últimes setmanes tant en la consulta com per telèfon. Aquesta variable s'ha obtingut d'una pregunta els anys 1983 i 1992 i de dues l'any 1986. Només s'han tingut en compte les persones de més de 14 anys, per a poder ajustar per l'existència de trastorns crònics (ja que els trastorns crònics també s'han obtingut d'aquest grup d'edat).

2.5.2. VARIABLES COMUNES ENTRE LES ENQUESTES DE 1986 I 1992

Estat de salut percebut i morbiditat aguda i crònica

- Estat de salut percebut. S'ha obtingut amb la mateixa pregunta en totes dues enquestes. Després s'ha agrupat en: salut molt bona o bona, salut regular i salut dolenta o molt dolenta. Aquesta variable només es va preguntar als més grans de 14 anys en l'enquesta de 1992 i als més grans de 15 anys en la de 1986.
- Limitació de l'activitat les dues últimes setmanes. Aquesta variable s'ha construït tenint en compte si la persona declarava haver estat al llit per problemes de salut les dues setmanes anteriors, i també a partir de la declaració de l'existència de limitació de l'activitat principal (anar a treballar, anar a l'escola, etc) i/o habitual (activitat de temps lliure). L'existència de limitació s'ha obtingut a partir de dues preguntes l'any 1986 i només d'una pregunta l'any 1992.

● Accidents els últims 12 mesos. De l'any 1986 s'ha considerat haver tingut un o més accidents els últims 12 mesos, si el nombre d'accidents declarat ha estat diferent de 0. L'any 1992, com que no existia aquesta pregunta filtre, s'ha considerat haver tingut un accident quan es declarava almenys un dels accidents preguntats (caigudes, cops, cremades i/o intoxicacions i accidents de trànsit). També s'han analitzat els tipus d'accidents que han estat més freqüents.

Conductes relacionades amb la salut

Aquestes variables només s'han preguntat als més grans de 14 anys en l'enquesta de 1992, i als més grans de 15 anys en la de 1986.

● Existència de sobrepès. Aquesta variable s'ha obtingut calculant l'índex de Quetelet segons el pes i l'alçada declarats, de la següent manera²⁶⁹:

$$\text{Índex Quetelet} = \frac{(\text{Pes en Kg.})}{(\text{Alçada en metres})^2}$$

i posteriorment es considerava sobrepès a:

- Índex de Quetelet $\geq 24,3$ en els homes de 15 a 17 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 24,8$ en les dones de 15 a 17 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 25,8$ en els homes de 18 a 19 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 25,7$ en les dones de 18 a 19 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 27,8$ en els homes de més de 19 anys.
- Índex de Quetelet $\geq 27,3$ en les dones de més de 19 anys.

● Activitat física habitual. Es va realitzar la mateixa pregunta en totes dues enquestes, i es referia a l'activitat física total realitzada per la persona entrevistada. L'activitat realitzada s'ha categoritzat en important o intensa, moderada (*es desplaça a peu freqüentment*), lleugera (*està dret la major part del dia*) o nul·la (*està assegut/da la major part del dia*).

Utilització de serveis sanitaris

- Haver realitzat una o més visites al metge els últims 12 mesos. Obtinguda de la mateixa pregunta en totes dues enquestes. Aquesta variables s'han analitzat per als més grans de 15 anys l'any 1986, i de 14 anys l'any 1992, per poder-la ajustar per l'estat de salut percebut.
- Haver estat hospitalitzat els últims 12 mesos. Obtinguda de la mateixa pregunta en totes dues enquestes.

2.5.3. VARIABLES PER MESURAR EL NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC

- **Nivell d'estudis de l'entrevistat.** Aquesta pregunta era diferent en les tres enquestes. S'ha agrupat de la següent manera:
 - Any 1983: Es preguntava quins estudis s'havien cursat.
 - ANALFABET, SENSE ESTUDIS: No sap llegir ni escriure o llegeix i escriu però sense estudis.
 - PRIMARIS INCOMPLETS: Estudis primaris.
 - PRIMARIS: Batxillerat elemental o comerç.
 - SECUNDARIS: Batxillerat superior.
 - SUPERIORS: Estudis tècnics de grau mig o estudis superiors.
 - Any 1986: Aquell any es varen fer dues preguntes: una sobre els estudis efectuats i l'altra sobre si eren complets o no. L'agrupació ha estat:
 - ANALFABET, SENSE ESTUDIS: No sap llegir ni escriure, aprèn a llegir i escriure però sense completar.
 - PRIMARIS INCOMPLETS: Aprendre a llegir i escriure completat, ensenyança primària, batxillerat elemental sense completar.
 - PRIMARIS: Batxillerat elemental o comerç complet, batxillerat superior sense completar.
 - SECUNDARIS: Batxillerat superior completat, estudis universitaris sense completar.
 - SUPERIORS: Estudis universitaris complets.
 - Any 1992: Es preguntava el nivell d'estudis màxim assolit. L'agrupació ha estat:

ANALFABET, SENSE ESTUDIS: No sap llegir ni escriure, llegeix i escriu però sense estudis.

PRIMARIS INCOMPLETS: Primaris incomplets.

PRIMARIS: EGB o similar.

SECUNDARIS: Formació professional o similar, batxillerat/BUP o similar, COU o similar.

SUPERIORS: Estudis universitaris de grau mig, estudis universitaris superiors.

Tots els indicadors analitzats segons el nivell d'estudis s'han calculat tenint en compte la població més gran de 14 anys.

● **Classe social:** s'ha obtingut a partir de l'ocupació (actual o anterior) de la persona entrevistada, o en cas que no treballés, de l'ocupació (actual o anterior) de la persona principal de la llar (aquesta persona era la que considerava l'entrevistat). La classe social s'ha calculat a partir d'una agrupació de la *Clasificación Nacional de Ocupaciones* (CNO) proposada per Domingo i Marcos, seguint com a referència la classificació britànica de la classe social¹⁰⁸. Les classes obtingudes són:

I. Directius de l'Administració i de les empreses (excepte els inclosos en II). Alts funcionaris. Professions liberals. Tècnics superiors.

II. Directius i propietaris-gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.

III. Quadres i comandaments intermitjos. Administratius i funcionaris, en general. Personal dels serveis de protecció i seguretat.

IV A. Treballadors manuals qualificats de la indústria, el comerç i serveis.

IV B. Treballadors manuals semiqualicats de la indústria, comerç i serveis. Idem. del sector primari.

V. Treballadors no qualificats.

A l'Annex 2, hi consten amb més detall les ocupacions de cada classe social.

En aquest estudi sempre que es menciona la *classe social* és la classe obtinguda a través de l'ocupació; el nivell d'estudis, tot i ser un altre indicador de classe social (vegeu l'apartat *Mesura de la classe social dels Antecedents*) sempre es menciona com *nivell d'estudis*. Quan es fa referència als dos indicadors conjuntament s'utilitza el terme *nivell o grup socio-econòmic*.

Les classes I i II s'han considerat classes altes i les classes IV i V classes baixes. Els grups socio-econòmics alts són les classes I i II i els nivells d'estudis superiors o secundaris i els grups socio-econòmics baixos, les classes IV i V i els nivells d'estudis analfabet o sense estudis i estudis primaris incomplets.

2.6. ANÀLISI ESTADÍSTICA

Tal com s'ha comentat anteriorment, per a cada variable s'ha calculat el percentatge estandarditzat per edat i sexe de cada nivell socio-econòmic.

L'evolució de les desigualtats s'ha estudiat de dues maneres:

- Calculant per a cada variable la raó de percentatges entre el grup socio-econòmic més baix i el més alt, per cada any de l'estudi.
- Ajustant un model de regressió en percentils per a cada variable, per a cada un dels anys i per a cada sexe. Aquest model s'ha ajustat pel mètode de mínims quadrats ponderats, i el pes de ponderació ha estat la grandària de la classe social¹⁴⁸. S'expressa de la següent manera:

$$PE \text{ (variable)} = \text{constant} + b \text{ (nivell socio-econòmic)}$$

on PE (variable) és el percentatge estandarditzat per edat de la variable d'estudi (estat de salut, conductes relacionades amb la salut o utilització de serveis).

El nivell socio-econòmic s'expressa com a rang relatiu de cada grup socio-econòmic. Per tant els valors dels grups han estat:

- Classe I o Estudis superiors: 0
- Classe II o estudis secundaris: 0,25
- Classe III o batxillerat elemental: 0,50
- Classe IV o estudis primaris: 0,75
- Classe V o analfabets - llegeixen i/o escriuen: 1.

La *b* o pendent de desigualtat (PI) es pot interpretar com l'efecte absolut en el percentatge al *moure's* del grup socio-econòmic més alt al més baix, ajustant per la grandària del grup socio-econòmic. Si el pendent és positiu, vol dir que el grup socio-econòmic més baix té una prevalença més alta i, si és negatiu, la té més baixa que el grup socio-econòmic més alt¹⁴⁸.

Els percentatges s'han estandarditzat amb un programa fet amb Clipper²¹¹ pels informàtics de l'Institut Municipal de la Salut, i l'anàlisi estadística s'ha realitzat amb el programa SPSS²¹².

A les taules de resultats es presenten els percentatges estandarditzats. Els nombres i els percentatges per a cada grup socio-econòmic de les variables estudiades consten a l'Annex 3.

3. RESULTATS

3.1. EVOLUCIÓ DE LA GRANDÀRIA DELS GRUPS SÒCIO-ECONÒMICS DURANT ELS ANYS 1983-92

Durant els anys 1983-92 la distribució de la població segons classe social i nivell educatiu ha canviat.

A la Taula 1 hi consta la distribució de la població en cada una de les tres enquestes de salut segons classe social i sexe. Tal com es pot observar, la població de la classe social més alta o classe I ha augmentat: ha passat d'un 5,3% l'any 1983 a un 12,5% l'any 1992. Contràriament, la població de les classes socials més baixes (IV i V) ha disminuït: ha passat de representar un 44,6% i un 9,7% l'any 1983 a un 41,2% i un 6,0% l'any 1992. Aquests canvis han ocorregut en tots els grups d'edat i en tots dos sexes.

El nivell educatiu també ha canviat durant aquests 10 anys. Així, el percentatge d'analfabetisme ha passat d'un 15,7% l'any 1983 a un 6,3% l'any 1992 i la població amb estudis secundaris o superiors ha augmentat d'un 24,9% l'any 1983 a un 48,7% l'any 1992 (Taula 2). Aquestes diferències han estat degudes sobretot a la disminució de l'analfabetisme en la gent jove i també, encara que menys, en la gent gran. En les tres enquestes de salut, les dones han tingut sempre un nivell d'estudis inferior als homes. Cal recordar que la pregunta sobre el nivell d'estudis assolit no era la mateixa en les tres enquestes i tampoc eren iguals els tres tipus de mostreig, fets que podrien alterar lleugerament els percentatges obtinguts.

3.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS SEGONS GRUP SÒCIO-ECONÒMIC DURANT ELS ANYS 1983-92

A continuació es fa una descripció de l'evolució de les desigualtats segons l'estat de salut, les conductes relacionades amb la salut i la utilització de serveis sanitaris segons les dades de les tres enquestes de salut.

3.2.1. EVOLUCIÓ DE L'ESTAT DE SALUT

Es descriuen en primer lloc les dues variables disponibles dels tres anys estudiats, que són: una, de morbiditat aguda (enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista) i, una, de morbiditat crònica (existència de trastorns crònics). En segon lloc es fa referència a les variables de què es disposa només dels anys 1986 i 1992, que són: l'estat de salut percebut, l'existència d'accidents durant l'any anterior a l'entrevista i la limitació de l'activitat les dues setmanes anteriors a l'entrevista.

Enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista

Ha existit un comportament diferent l'any 1983 respecte als anys 1986 i 1992, ja que l'any 1983 el percentatge de persones que han declarat haver estat al llit les dues setmanes anteriors ha estat més elevat, fet causat probablement perquè aquell any l'enquesta es va fer durant els mesos de gener-juny i no durant tot l'any.

En relació a les desigualtats segons classe social en els homes, l'any 1983 han tendit a declarar més enllitament les classes I i II (5,6% i 12,4% respectivament) que les IV i V (8,5% i 3,8% respectivament), a diferència dels anys 1986 i 1992, on les classes baixes han declarat més enllitament que les altes, encara que les desigualtats han estat pràcticament inexistentes. Aquest fet també s'ha reflectit al tenir en compte la raó i el pendent de desigualtat (PI) del model de regressió, el qual ha estat de -3,47 l'any

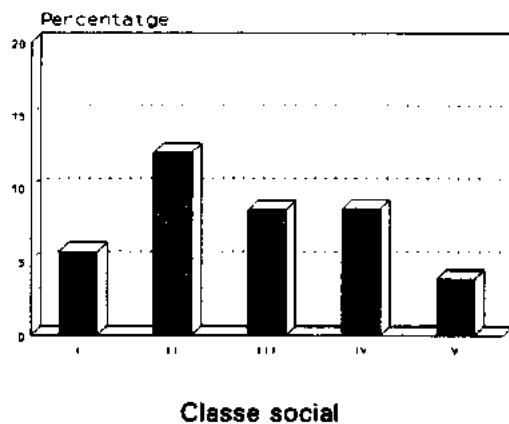
1983 (o sigui que la classe V ha declarat haver estat al llit en un 3,47% menys que la classe I), d'1,35 l'any 1986, per tant en aquest cas la classe V ja ha declarat un 1,35% més haver estat al llit que la classe I i de 0,72 l'any 1992 (Taula 3 i Gràfic 1).

Al tenir en compte el nivell d'estudis s'ha observat el mateix patró (PI de -1,56, 0,11 i 1,53 pels tres anys respectivament).

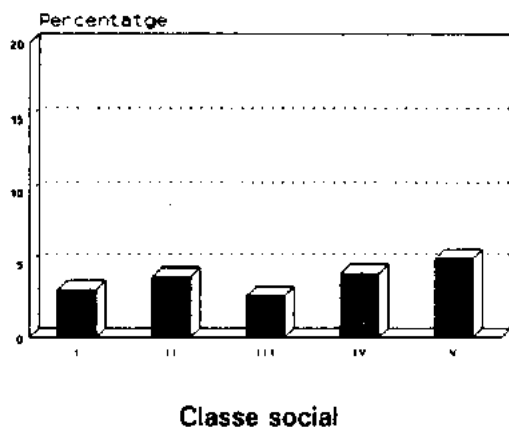
En les dones el comportament ha estat similar. L'any 1983, les dones de les classes altes o amb estudis superiors han estat les que més han declarat haver estat al llit i, en canvi, els anys 1986 i 1992 han estat les dones de classes baixes i les dones amb menys estudis les que ho han fet, encara que les desigualtats han estat poc importants. Així, el PI del model de regressió en percentils ha estat de -2,10, 2,32 i 1,96 per cada un dels tres anys al tenir en compte la classe social, i de -1,37, 4,05 i 4,18 al tenir en compte el nivell d'estudis (Taula 3 i Gràfic 2).

Gràfic 1: Enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes, Barcelona anys 1983, 1986 i 1992.

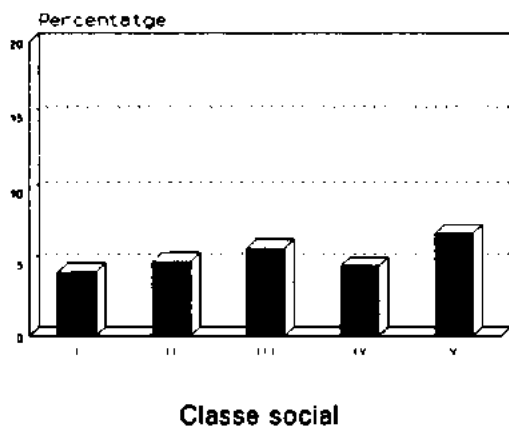
1983



1986

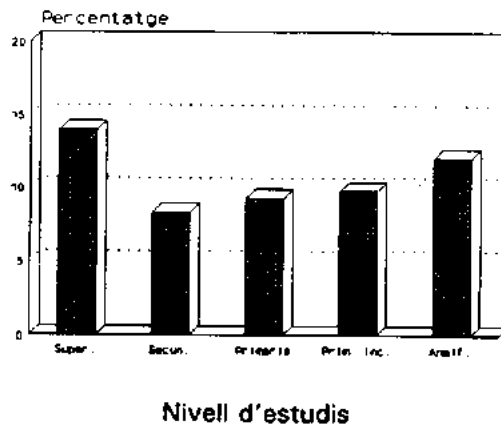


1992

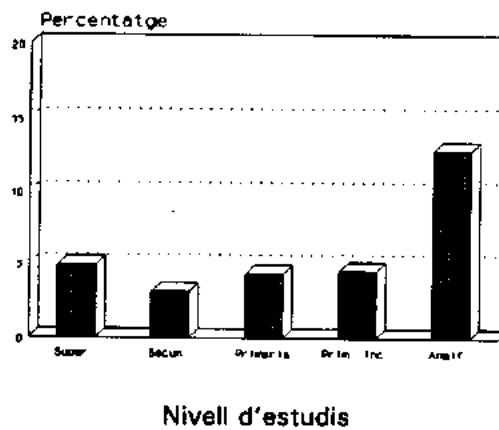


Gràfic 2: Enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Dones, Barcelona anys 1983, 1986 i 1992.

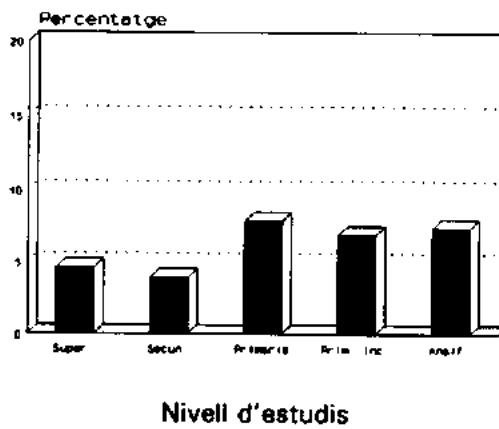
1983



1986



1992



Existència de trastorns crònics

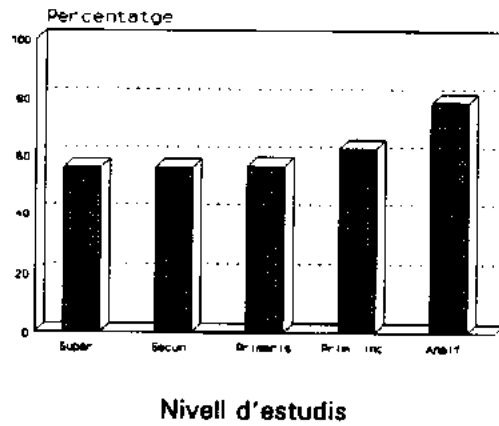
En els tres anys de l'estudi, tant en els homes com en les dones han declarat presentar més trastorns crònics els que pertanyen a les classes IV i V i els que tenen menys nivells d'estudis.

En els homes, l'any 1983 ha estat el que ha presentat més desigualtats segons grups socio-econòmics. Així, el 38,6% dels homes de la classe I han declarat tenir trastorns crònics i ho han fet un 64,1% de la classe V. L'any 1992 ho han fet un 40,7% de la classe I i un 49,2% de la classe V. L'any 1986 ha estat l'any en que hi ha hagut menys desigualtats entre les cinc classes socials. El PI ha estat de 21,13, 4,40 i 7,99 cada un dels tres anys, i reflecteixen les desigualtats esmentades (Taula 3).

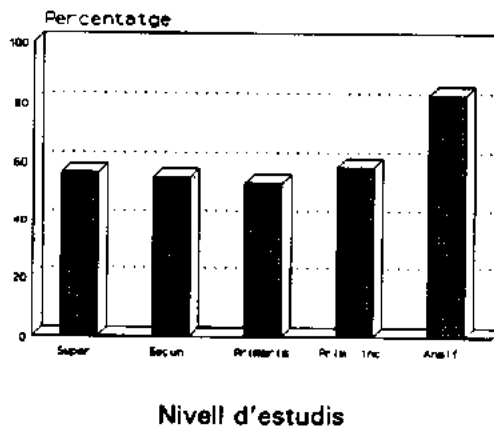
Al tenir en compte el nivell d'estudis les desigualtats dels tres anys han estat similars (PI de 15,89, 9,66 i 12,50) (Taula 3 i Gràfic 3).

Gràfic 3: Existència de trastorns crònics declarats segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes, Barcelona anys 1983, 1986 i 1992.

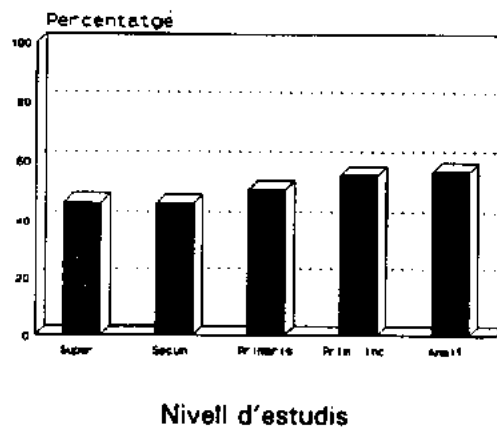
1983



1986



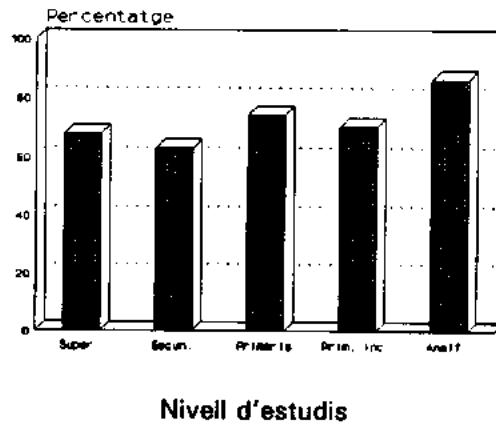
1992



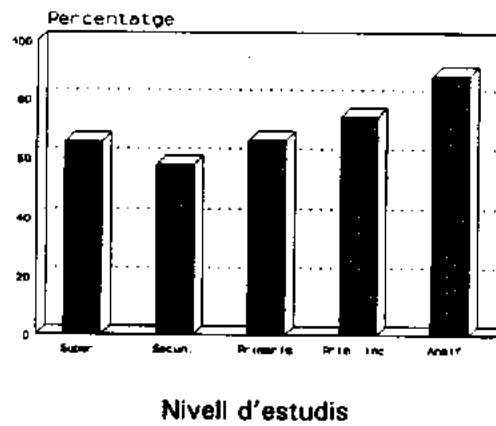
Les dones sempre han declarat una prevalença de trastorns crònics superior als homes. L'any 1986 és quan hi ha hagut més desigualtats segons classe social i nivell d'estudis. Ho han declarat un 57,6% de la classe I i un 65,25% de les que tenien estudis superiors, mentre que ho han fet un 78,9% de la classe V i un 88,3% de les analfabetes o sense estudis. Els PI per cada un dels tres anys han estat de 8,30, 17,90 i 11,36 per la classe social i de 15,16, 24,45 i 13,68 pel nivell d'estudis (Taula 3 i Gràfic 4).

Gràfic 4: Existència de trastorns crònics declarats segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Dones, Barcelona anys 1983, 1986 i 1992.

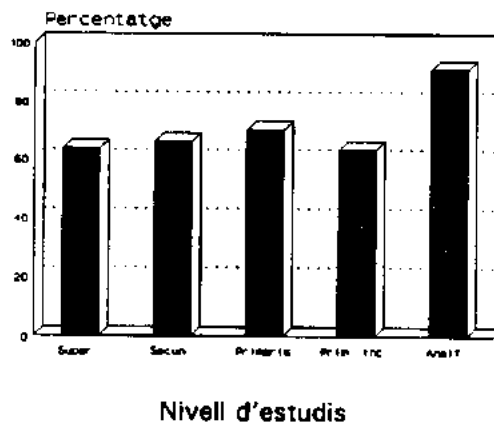
1983



1986



1992



Estat de salut percebut

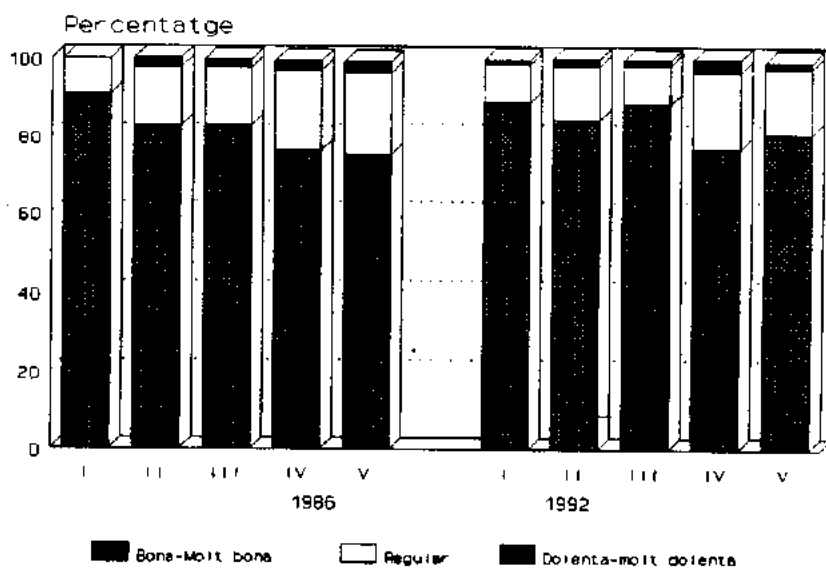
Segons l'enquesta dels dos anys estudiats, els grups socio-econòmics baixos han presentat un menor percentatge de bon estat de salut i un percentatge més gran de salut regular i dolenta o molt dolenta.

En els homes, les desigualtats segons classe social en l'estat de salut percebut han disminuït lleugerament entre els anys 1986 i 1992. Així, l'any 1986 un 90,8% dels homes de la classe I declaraven un bon o molt bon estat de salut i només ho feia un 75,1% de la classe V. L'any 1992 un 88,7% de la classe I i un 80,7% de la classe V ho declaraven. El PI del model de regressió ha passat de -16,31 a -14,00 (Taula 4 i Gràfic 5). Al tenir en compte el nivell d'estudis les desigualtats s'han mantingut iguals, els PI per l'estat de salut molt bo o bo han estat de -23,32 l'any 1986 i de -23,64 l'any 1992 (Taula 5).

En les dones el comportament ha estat semblant, així un 90,5% de les dones de la classe I i un 76,4% de les dones de la classe II declaraven tenir un bon o molt bon estat de salut l'any 1986, cosa que només feien un 53,6% de les dones de la classe V. L'any 1992 ho declaraven un 84,8% de les dones de la classe I i un 58% de la classe V. Els PI del model de regressió en percentils per l'estat de salut bo o molt bo han estat de -32,75 i -25,38 cada un dels anys (Taula 4 i Gràfic 5). Al tenir en compte el nivell d'estudis les desigualtats han disminuït menys. El PI en la declaració d'un bon estat de salut ha passat de -27,27 a -27,43, el de la declaració de salut regular de 27,79 a 22,12 i el de la declaració de salut dolenta de 4,20 a 5,14 (Taula 5).

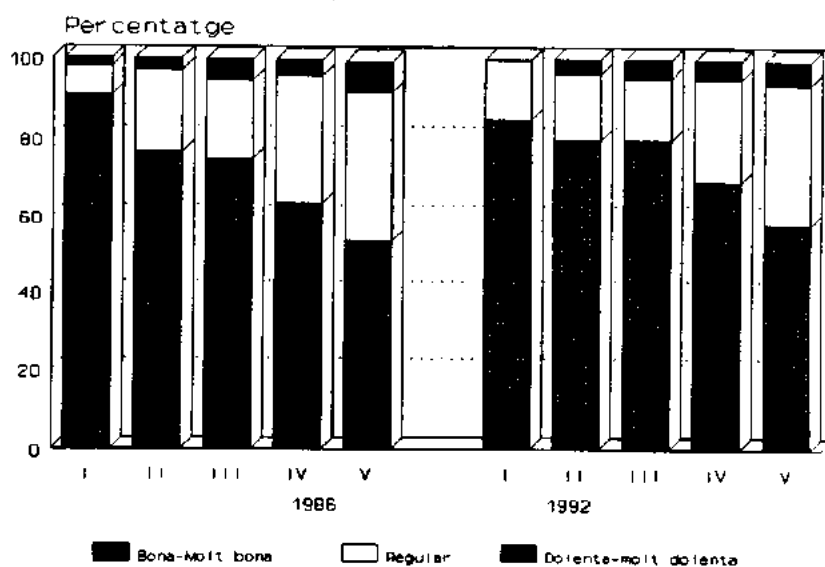
Gràfic 5: Estat de salut percebut segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 14 (any 1992) i 15 anys (any 1986), Barcelona anys 1986 i 1992.

Homes



Classe social

Dones



Classe social

Existència d'accidents durant l'últim any

La prevalença d'accidents ha augmentat en tots dos sexes entre els anys 1986 i 1992.

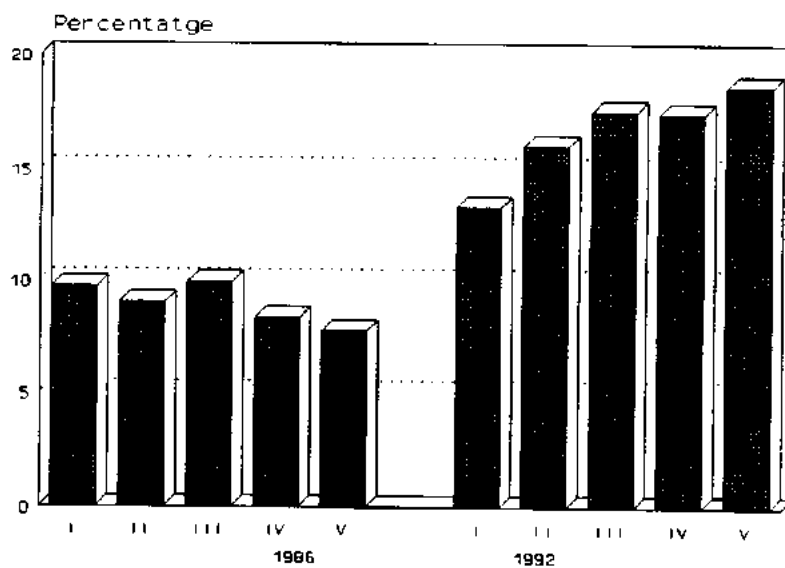
En els homes, la declaració d'haver tingut algun accident durant l'últim any segons grup socio-econòmic ha canviat de patró entre els anys 1986 i 1992. Així, l'any 1986 els percentatges han estat més elevats en les classes altes (9,7% de la classe I respecte a 7,7% de la classe V) i en els nivells d'estudis superiors (11,1% en estudis superiors i 2,1% en analfabets). L'any 1992, aquesta tendència s'ha invertit completament: són les persones de les classes baixes i de nivells d'estudis inferiors les que han tingut més accidents l'últim any. Aquests fets també s'han observat amb la raó entre els grups socio-econòmics i amb el PI, el qual ha passat de tenir signe negatiu a positiu (Taula 6 i Gràfic 6).

Aquest canvi de patró fonamentalment ha estat a causa de les caigudes i els cops. No han presentat canvis importants les cremades i intoxicacions i els accidents de trànsit (Taulas 7 i 8).

En les dones aquesta tendència no ha ocorregut, ja que ni l'any 1986 ni l'any 1992 ha existit un patró clar entre els diferents grups socio-econòmics i les fluctuacions dels percentatges no permeten afirmar quina ha estat la tendència (Taula 6 i Gràfic 6).

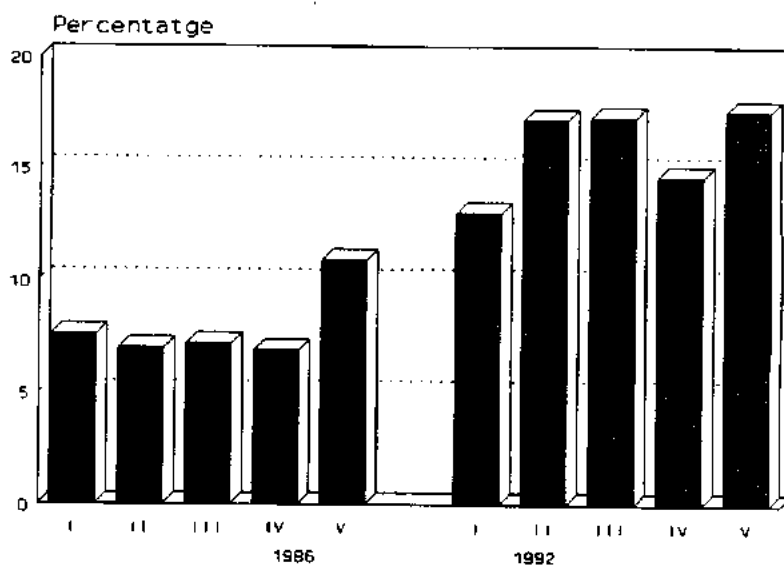
Gràfic 6: Accidents durant l'últim any segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones, Barcelona anys 1986 i 1992.

Homes



Classe social

Dones



Classe social

Limitació de l'activitat les dues setmanes anteriors a l'entrevista

L'any 1986 un 4,9% dels homes de la classe I han declarat haver presentat limitació de l'activitat les dues setmanes anteriors a l'entrevista, cosa que han fet un 8,5% de la classe V. Al tenir en compte el nivell d'estudis aquesta tendència no ha estat clara, ja que existeix una declaració similar entre els diferents grups educatius.

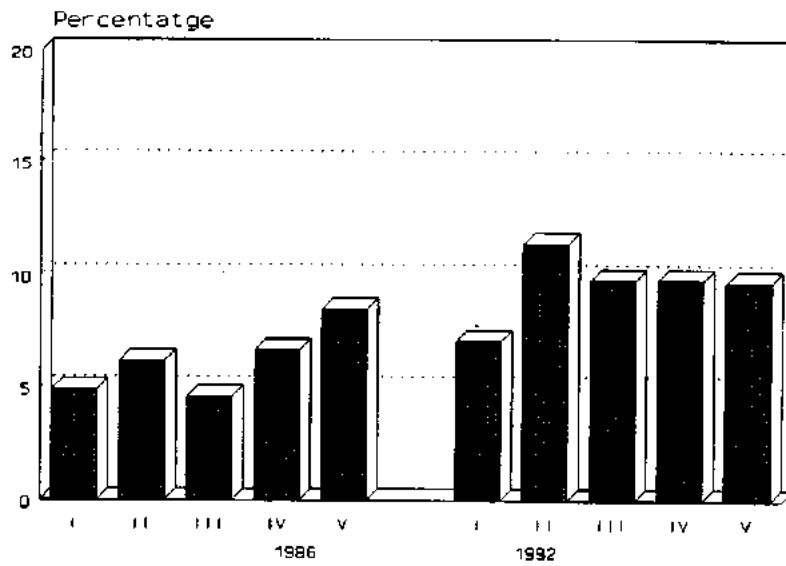
L'any 1992 un 7,1% i un 9,7% dels homes de les classes I i V respectivament han declarat haver tingut limitacions. La declaració dels homes de les classes III, IV i V ha estat similar. Al tenir en compte el nivell d'estudis no hi ha hagut una tendència clara: el grup que ha declarat més limitació ha estat el d'estudis primaris.

Es pot afirmar, doncs, que les desigualtats en els homes han estat similars tots dos anys estudiats (Taula 6 i Gràfic 7)

Quant a les dones, l'any 1986 han declarat limitació de l'activitat un 8,1% de la classe I i un 11,6% de la classe V, i l'any 1992 ho han fet un 12,0% i un 15,2% respectivament. El PI ha estat de 3,29 i 3,11. Segons el nivell d'estudis, l'any 1986 un 18,1% de les dones analfabetes han declarat haver patit limitació, percentatge bastant més alt que la resta de grups. L'any 1992 hi ha hagut variació de percentatges entre les classes socials, les dones analfabetes o sense estudis han presentat el percentatge més baix, per tant no es pot concloure que hi hagi hagut diferències entre els dos anys estudiats (Taula 6 i Gràfic 7).

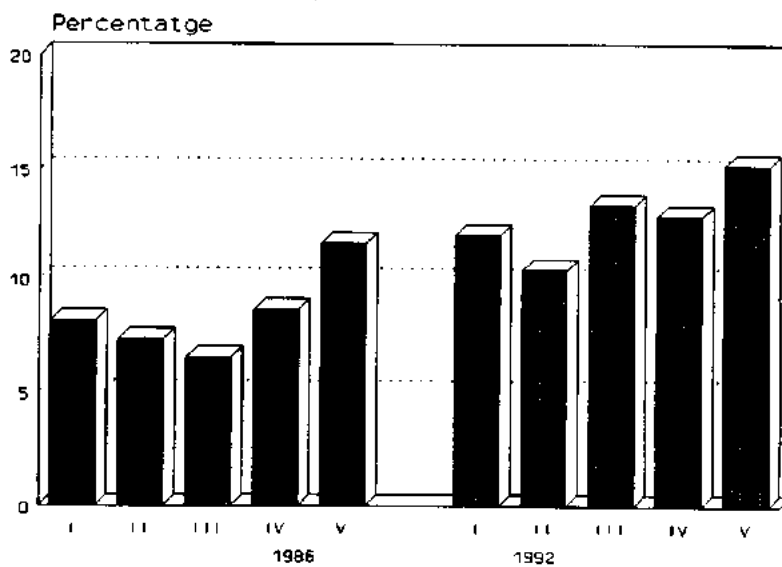
Gràfic 7: Limitació de l'activitat les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones, Barcelona anys 1986 i 1992.

Homes



Classe social

Dones



Classe social

3.2.2. EVOLUCIÓ DE LES CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT I EL SOBREPÈS

En aquest apartat es descriu l'evolució de les desigualtats del consum de tabac, l'activitat física total realitzada i l'existència de sobrepès segons grup socio-econòmic.

Consum de tabac

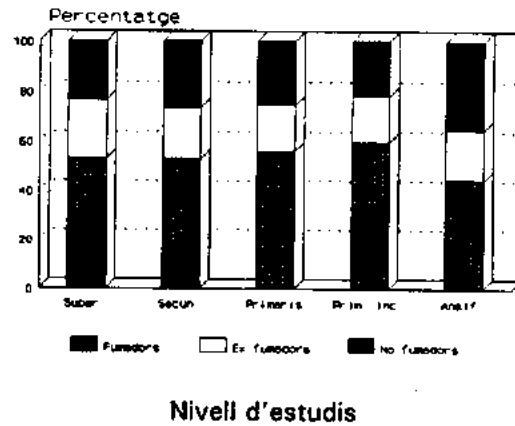
En els homes, durant aquests 10 anys ha disminuït la prevalença de fumadors en les classes I i II i en els que tenen un nivell d'estudis superiors i secundaris, ja que han passat de prevalences del voltant del 50% al 40%. Els grups socio-econòmics baixos també han disminuït la prevalença de fumadors, però ho han fet amb menor percentatge. De fet el PI dels fumadors ha augmentat de 4,47 a 12,27 per la classe social i de 1,66 a 13,04 per nivell d'estudis, cosa que indica que les desigualtats entre grups socio-econòmics han augmentat.

Hi ha hagut menys ex-fumadors en les classes baixes i sobretot l'any 1992, però aquest gradient no s'ha observat segons el nivell d'estudis. Pel que fa al percentatge de no fumadors, ha augmentat fonamentalment en els grups socio-econòmics alts.

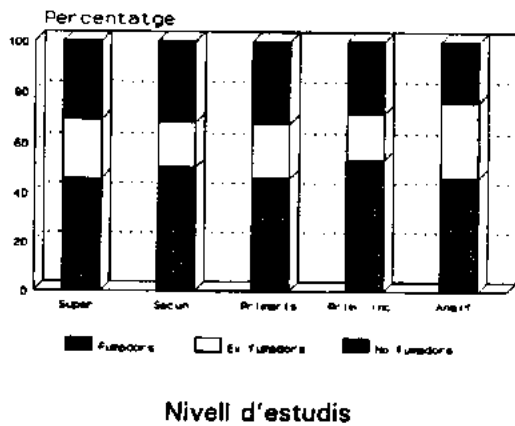
De fet, i sobretot al tenir en compte el nivell d'estudis, s'observa que el patró ha canviat ja que ha passat d'haver-hi similar percentatge de fumadors en els diferents grups socio-econòmics, a haver-hi menys fumadors i més no fumadors en els grups socio-econòmics alts que en els baixos (Taules 9 i 10 i Gràfic 8).

Gràfic 8: Consum de tabac segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes més grans de 14 anys, Barcelona anys 1983, 1986 i 1992.

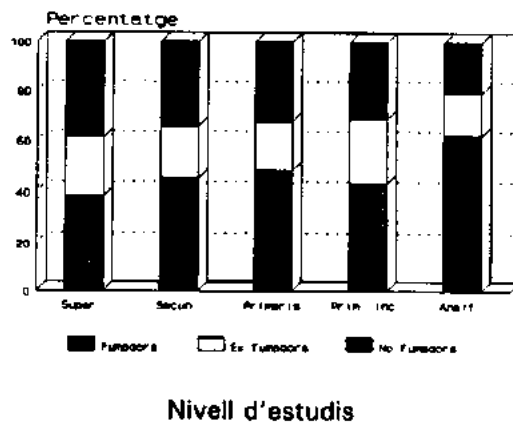
1983



1986



1992

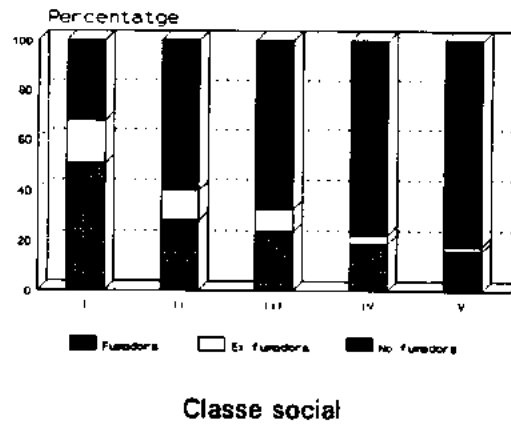


En les dones, el patró ha estat totalment diferent, ja que les dones de les classes altes i de més nivell d'estudis sempre han fumat més que les dels grups socio-econòmics baixos. Però així com aquestes dones han disminuït la prevalença de consum de tabac durant aquests 10 anys, això no ha passat amb les dels grups socio-econòmics baixos, per la qual cosa el consum de tabac entre els diferents grups ha tendit a assemblar-se més i, per tant, les desigualtats entre grups socio-econòmics estan disminuint. Així, l'any 1983 es declaraven fumadores un 49,3% de les dones de la classe I i un 15,8% de la classe V i l'any 1992 un 30,1% de la classe I i un 18,1% de la V. El PI de les dones fumadores pels tres anys ha estat de -20,84, -4,71 i -8,40 i els de les no fumadores de 37,13, 9,14 i 13,33 pels tres anys respectivament (Taula 9 i Gràfic 9).

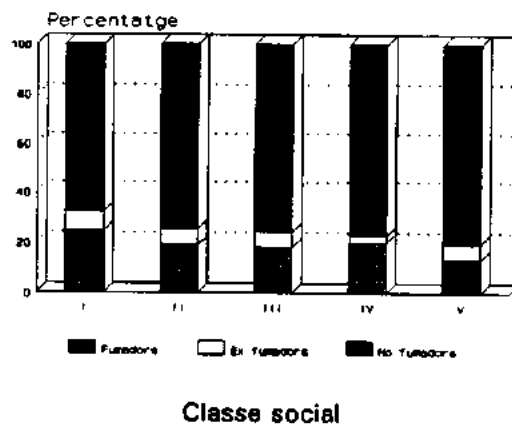
Segons el nivell d'estudis els gradients no han estat tan clars, però la tendència ha estat la mateixa (Taula 10).

Gràfic 9: Consum de tabac segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Dones més grans de 14 anys, Barcelona anys 1983, 1986 i 1992.

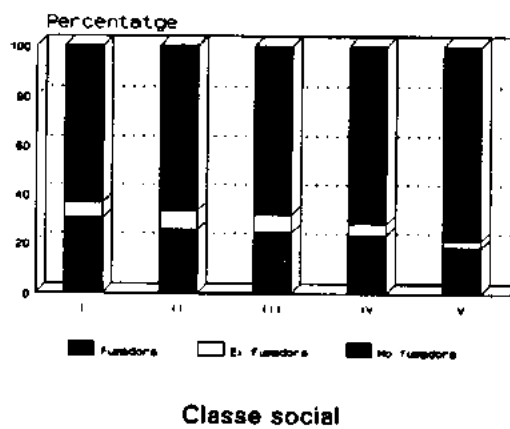
1983



1986



1992



Activitat física

Els homes de nivells socio-econòmics baixos han declarat fer més activitat física intensa, tant l'any 1986 com l'any 1992. Les desigualtats han estat més marcades segons el nivell d'estudis que segons la classe social. Així doncs, l'any 1986 han declarat fer una activitat física intensa el 2% dels que tenien estudis superiors i el 19,6% dels sense estudis. L'any 1992 ho han fet el 5,4% dels universitaris i el 52,5% dels sense estudis o analfabets. Així mateix, els homes de les classes altes i de nivells d'estudis superiors han declarat no realitzar activitat física en un percentatge més gran (entre un 40 i 50%) que els homes de classes baixes (al voltant del 30%) els dos anys estudiats.

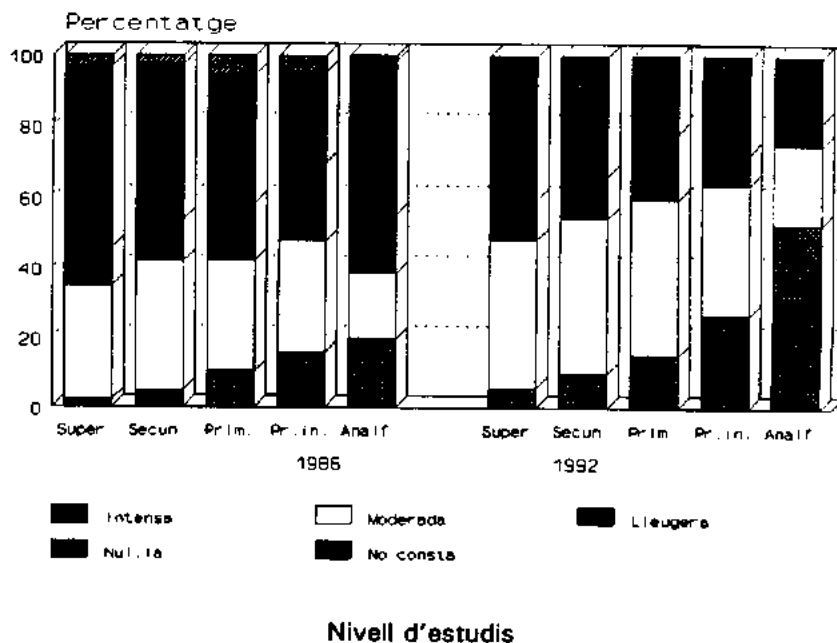
De fet les desigualtats entre els diferents nivells d'estudis han augmentat, en el sentit que els homes amb menys estudis han declarat realitzar més activitat física l'any 1992 (PI de 19,43 l'any 1986 i de 33,71 l'any 1992) (Taules 11 i 12 i Gràfic 10).

Pel que fa a les dones, n'hi ha hagut menys que han declarat realitzar activitat física intensa, tot i que el percentatge ha estat més elevat en la classe V (14,7% l'any 1986 i 8,5% l'any 1992) que en la classe I (3,2% l'any 1986 i 3,5% l'any 1992). Les desigualtats segons nivell d'estudis han estat menys importants l'any 1986 (PI de 2,33) i l'any 1992 fins i tot s'han invertit (PI de -3,72). Tots dos anys l'activitat física nul·la ha estat declarada per un 20-30% de les dones dels nivells socio-econòmics alts i per un 15-20% de les dels baixos.

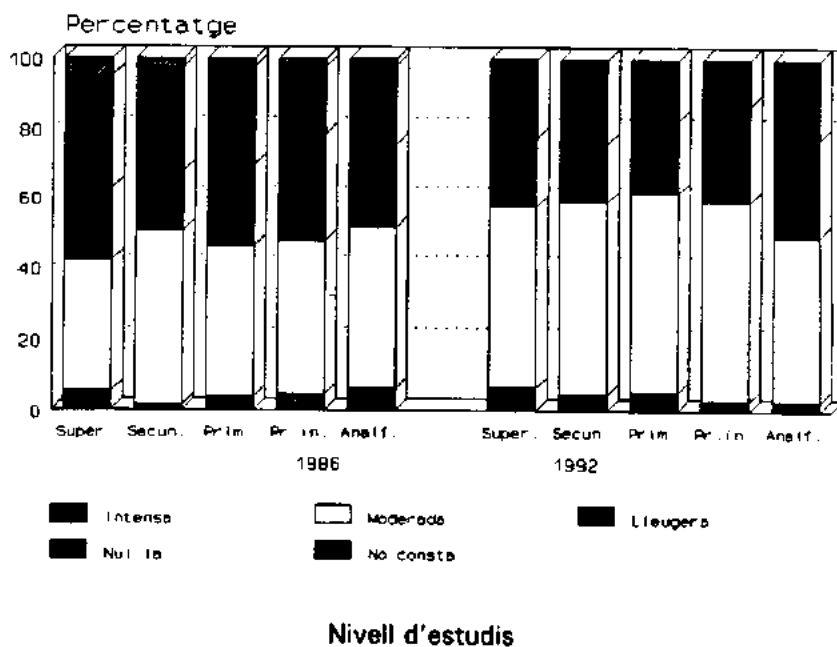
Per tant, en les dones, el patró entre les diferents classes socials, els dos anys estudiats ha estat bastant similar (Taules 11 i 12 i Gràfic 10).

Gràfic 10: Activitat física segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 14 anys, Barcelona anys 1986 i 1992.

Homes



Dones



Existència de sobrepès

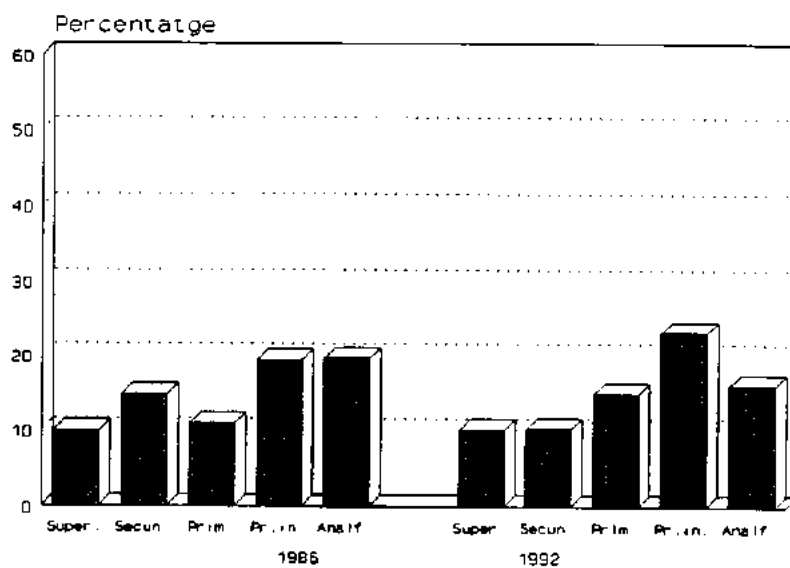
La prevalença de sobrepès ha estat més elevada en els grups socio-econòmics baixos, en tots dos sexes, tot i que en les dones les desigualtats han estat més acusades.

En els homes hi ha hagut desigualtats entre els grups socio-econòmics i han estat més importants segons el nivell d'estudis. De tota manera, han estat desigualtats bastant iguals els dos anys estudiats (Taula 13 i Gràfic 11).

Mentre un 46,8% de les dones sense estudis han presentat sobrepès, només ho han fet un 8,8% de les universitàries, l'any 1986. L'any 1992 ho han fet un 22,5% de les sense estudis i un 12,2% de les que tenien estudis superiors, per tant es pot dir que les desigualtats entre nivells d'estudis han disminuït (PI de 27,25 l'any 1986 i de 15,10 l'any 1992). Per classes socials els resultats han estat similars, encara que amb gradients menys acusats. El PI ha estat de 16,87 l'any 1986 i de 10,38 l'any 1992 (Taula 13 i Gràfic 11).

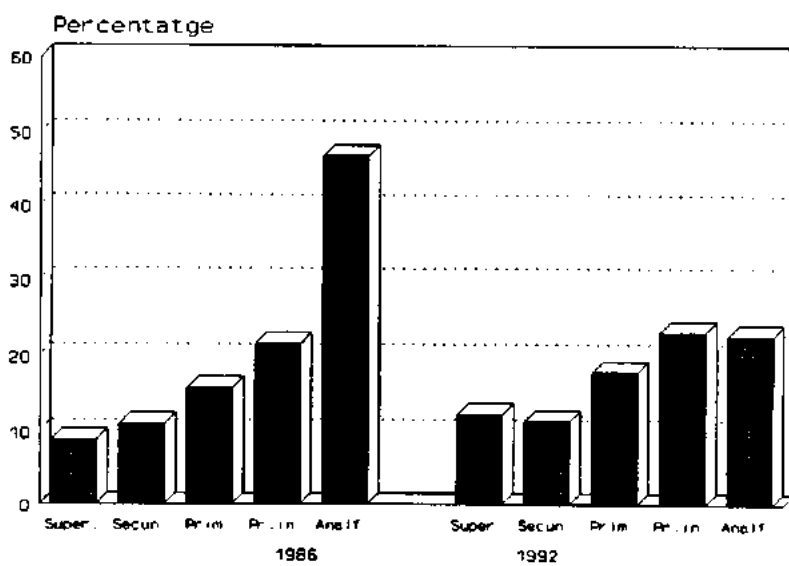
Gràfic 11: Existència de sobrepès segons nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona anys 1986 i 1992.

Homes



Nivell d'estudis

Dones



Nivell d'estudis

3.2.3. EVOLUCIÓ DE LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS

En primer lloc s'analitza l'evolució de les desigualtats, per grups socio-econòmic, en el fet de fer-se visitar pel metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista. Després es descriu l'evolució de les desigualtats en les visites al metge realitzades durant els últims 12 mesos i en l'hospitalització durant el mateix període de temps.

Visites al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista

Es descriu l'evolució entre els anys 1983 i 1992 ajustant per l'existència de trastorns crònics i l'evolució entre els anys 1986 i 1992 ajustant per l'estat de salut percebut.

● Evolució de l'any 1983 al 1992

En general es pot afirmar que els grups socio-econòmics baixos han consultat més al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista, en tots dos sexes, i els tres anys estudiats.

Tal com es pot veure a la Taula 14, l'any 1983 els homes de les diferents classes socials han consultat al metge en un percentatge similar i al voltant del 15%, a excepció de la Classe I que ho han fet un 7,4%. Els anys 1986 i 1992 tampoc hi ha hagut desigualtats importants entre els grups socio-econòmics.

Quan s'han estudiat les visites segons la persona hagués declarat o no trastorns crònics, s'ha observat un canvi de patró durant aquests anys. Així com l'any 1983 els homes que tenien trastorns crònics de les diferents classes socials han declarat visitar-se en percentatges similars (a excepció de la classe I), els anys 1986 i 1992 les classes IV i V han declarat visitar-se més. El PI pels 3 anys ha estat de 0,62, 6,37 i 7,97 (Taula 15 i Gràfic 12). Els homes que no tenien trastorns crònics de les diferents classes socials han declarat visitar-se en un percentatge bastant similar els anys 1983 i 1986. Però l'any 1992 les classes baixes han declarat visitar-se menys, fet que

queda resumit amb els PI que han estat de 2,97, -0,01 i -8,22 cada un dels tres anys (Taula 15).

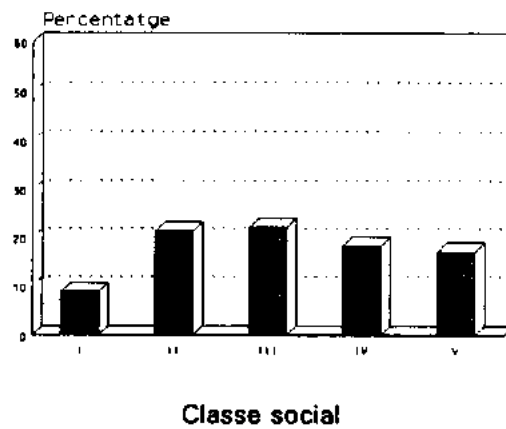
Aquest patró de les classes socials en el sexe masculí ha estat el mateix quan s'ha tingut en compte el nivell d'estudis (Taules 14 i 15).

Les dones de les classes socials baixes i amb menys nivells d'estudis han declarat realitzar més visites al metge durant els tres anys estudiats i, a més, les desigualtats han augmentat en aquests 10 anys, la qual cosa queda reflectida pels PI que segons classe social han estat de 7,77, 8,19 i 15,42 i segons nivell d'estudis de 10,50, 3,94 i 21,70 (Taula 14).

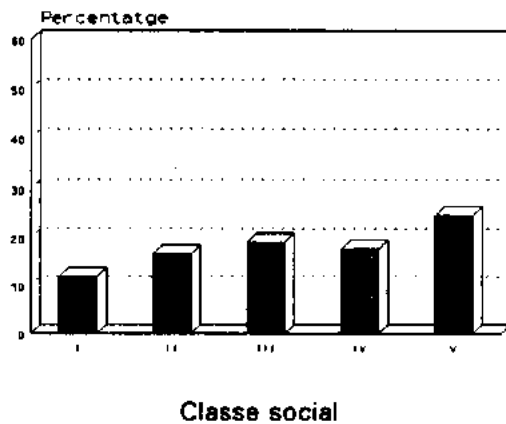
Aquesta mateixa tendència ha ocorregut a l'estudiar les visites declarades en les dones que han presentat trastorns crònics (Taula 15 i Gràfic 13). En canvi, en les dones que no presenten trastorns crònics ha canviat la tendència, ja que, si l'any 1983 han declarat més visites les dones dels grups socio-econòmics alts, s'ha invertit la tendència els anys 1986 i 1992, sobretot al tenir en compte la classe social, i menys clarament al tenir en compte el nivell d'estudis. Els pendents de desigualtat per aquests tres anys, per classe social, han estat de -16,96, 8,12 i 13,99 i per nivell d'estudis han estat de -21,30, 2,33 i 0,28 (Taula 15).

Gràfic 12: Persones amb trastorns crònics que han visitat al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes més grans de 14 anys, Barcelona anys 1983, 1986 i 1992.

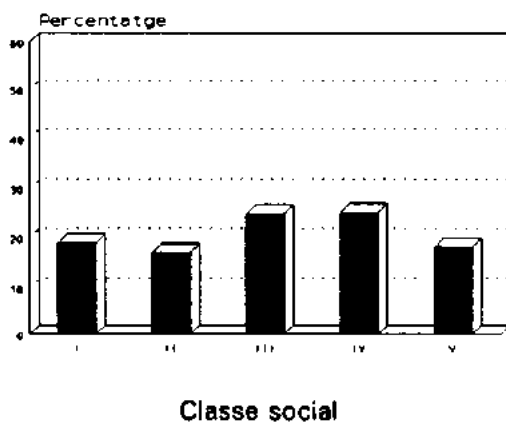
1983



1986

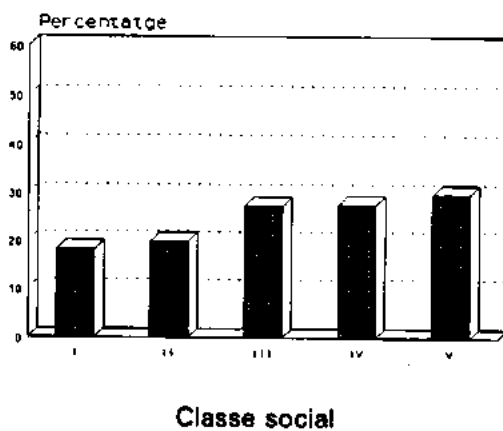


1992

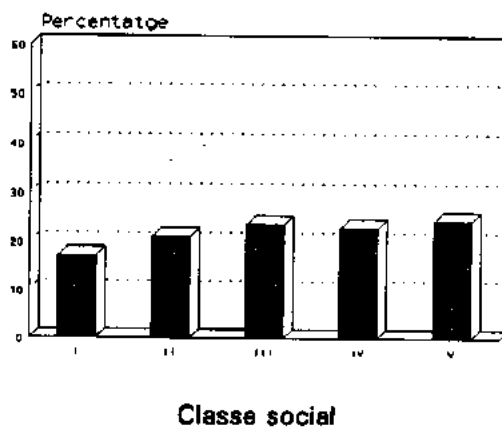


Gràfic 13: Persones amb trastorns crònics que han visitat al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Dones més grans de 14 anys, Barcelona anys 1983, 1986 i 1992.

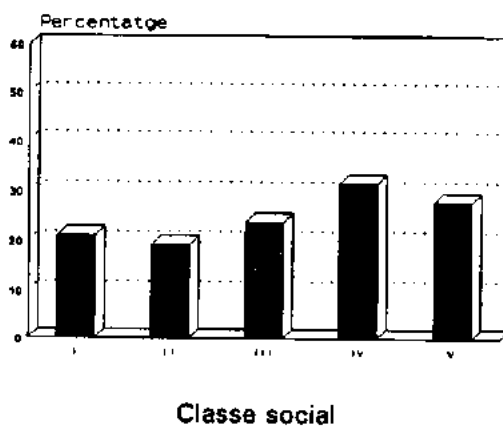
1983



1986



1992



● Evolució de l'any 1986 al 1992

Durant els anys 1986-92 s'ha pogut estudiar el fet de fer-se visitar pel metge segons l'estat de salut percebut. Els homes que han declarat tenir una salut bona o molt bona han presentat poques desigualtats entre classes socials, els dos anys estudiats, a excepció de la classe V l'any 1986. Els homes que han declarat salut regular, dolenta o molt dolenta de les classes baixes han declarat realitzar més visites l'any 1986, i l'any 1992 ha presentat fluctuacions entre les classe socials (Taules 16 i 17).

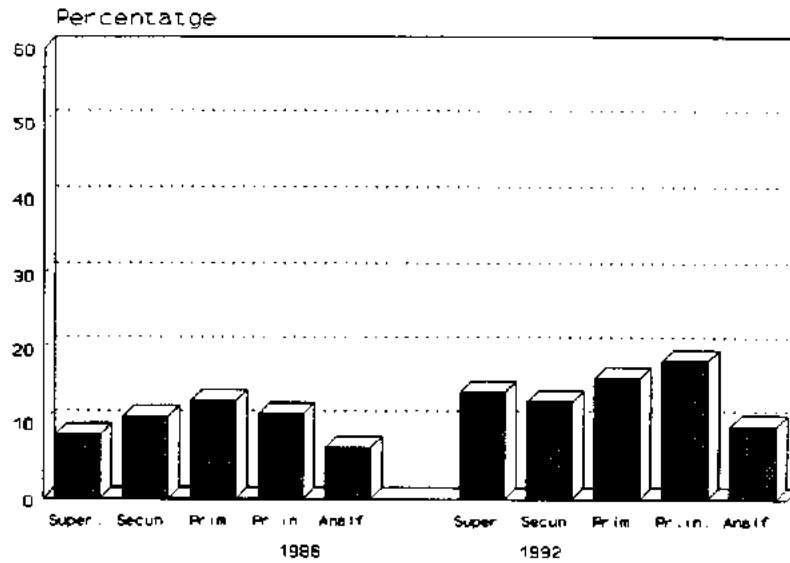
En relació al nivell d'estudis, cal destacar que, l'any 1992, els homes amb estat de salut dolent que han declarat més visites són els que tenen estudis més alts, just a la inversa del que ha ocorregut l'any 1986 (PI de 9,71 l'any 1986 i de -6,97 l'any 1992) (Taules 16 i 17 i Gràfic 14).

L'any 1992 les dones amb salut bona dels grups socio-econòmics baixos han declarat anar més al metge que les dones de classes altes, diferències que han augmentat respecte a l'any 1986. Això s'ha reflectit en uns PI que han passat de 2,51 l'any 1986 a 14,75 l'any 1992 per classe social, i de -1,67 l'any 1986 a 12,78 l'any 1992 per nivell d'estudis (Taula 16 i Gràfic 15).

En canvi, l'any 1992, entre les dones amb salut regular, dolenta o molt dolenta, han visitat menys al metge les dones de classes baixes que les de classes altes (42,9% de la classe V respecta a 56,3% de la classe I) que l'any 1986 (30,1% de la classe V i 31,3 de la classe I). Els PI han estat de 1,97 i -8,53; fet que no queda tan clarament reflectit al tenir en compte el nivell d'estudis (Taula 17 i Gràfic 15).

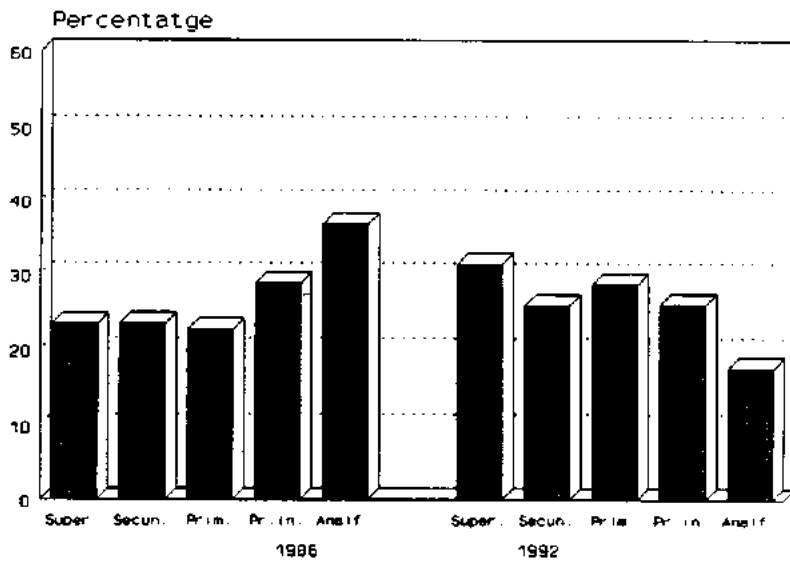
Gràfic 14: Persones que han visitat al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons estat de salut i nivell d'estudis. Percentatges estandarditzats per edat. Homes més grans de 14 anys, Barcelona anys 1986 i 1992.

Salut bona o molt bona



Nivell d'estudis

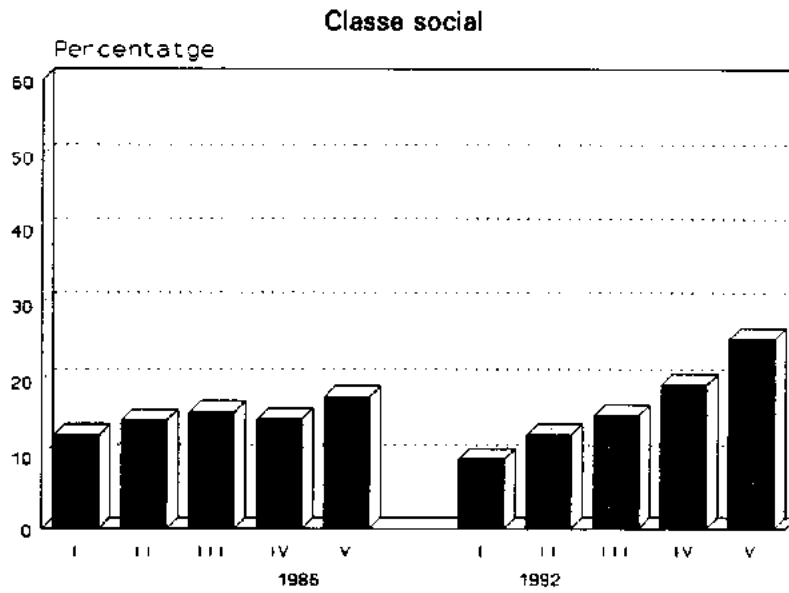
Salut regular, dolenta o molt dolenta



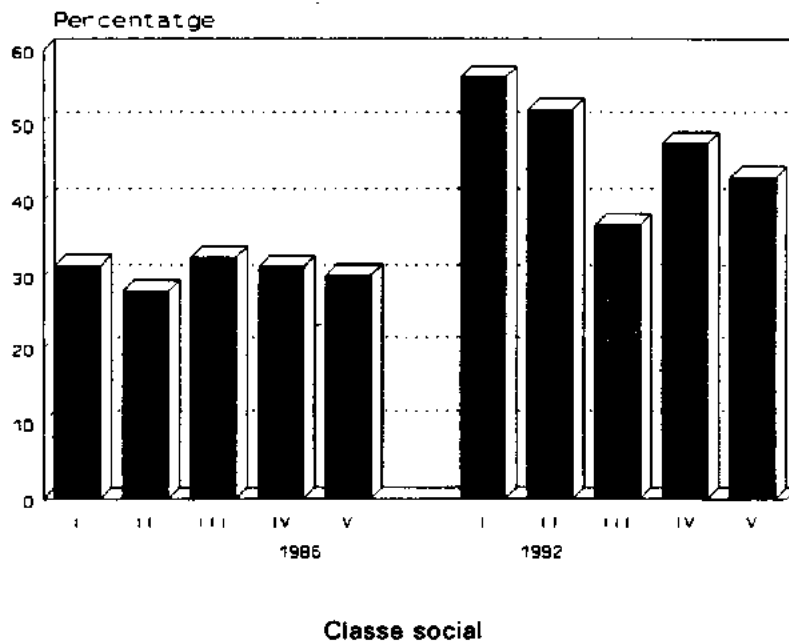
Nivell d'estudis

Gràfic 15: Persones que han visitat al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons estat de salut i classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Dones més grans de 14 anys. Barcelona anys 1986 i 1992.

Salut bona o molt bona



Salut regular, dolenta o molt dolenta



Visites durant els últims 12 mesos

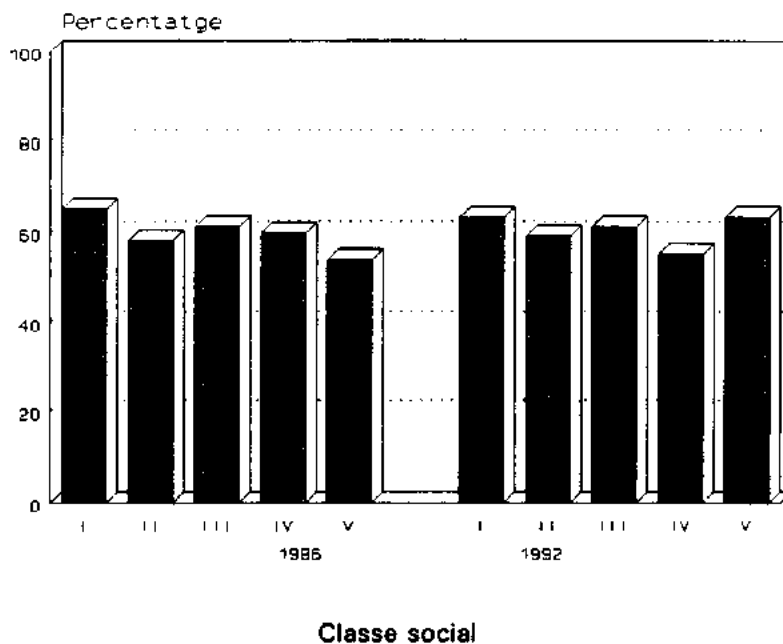
Durant els dos anys estudiats els grups socio-econòmics baixos han declarat haver realitzat menys visites al metge durant els últims 12 mesos, fins i tot després d'haver ajustat per l'estat de salut percebut.

En els homes, les desigualtats entre classes socials, han estat molt més importants en els que declaraven tenir una salut regular, dolenta o molt dolenta (PI més grans de -15 pels 2 anys tant per nivell d'estudis com per classe social) que en els que la declaraven bona (PI entre 0,8 i -11,8), també han augmentat lleugerament les desigualtats entre classes, l'any 1992, per a aquests últims (Taules 16 i 17 i Gràfic 16).

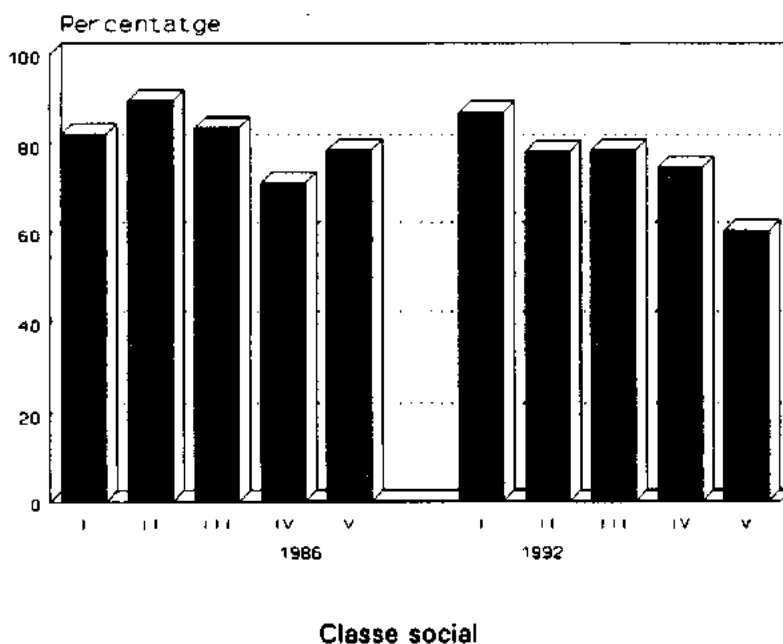
En les dones no ha estat tan clar, així com les desigualtats s'han mantingut en les de salut bona, en les de salut dolenta han augmentat al tenir en compte la classe social i han disminuït al tenir en compte el nivell d'estudis (Taules 16 i 17 i Gràfic 17).

Gràfic 16: Persones que han visitat al metge durant l'últim any segons estat de salut i classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Homes més grans de 14 anys, Barcelona anys 1986 i 1992.

Salut bona o molt bona

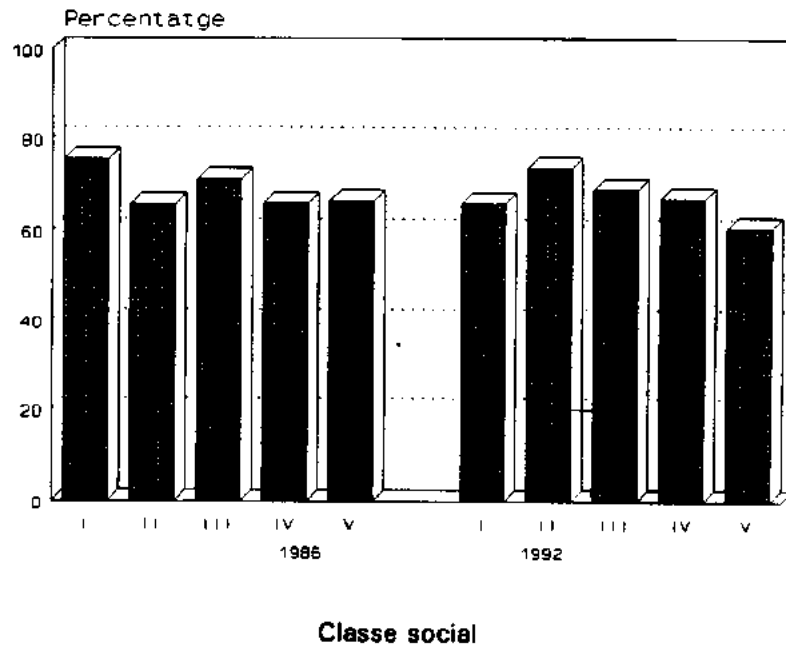


Salut regular, dolenta o molt dolenta

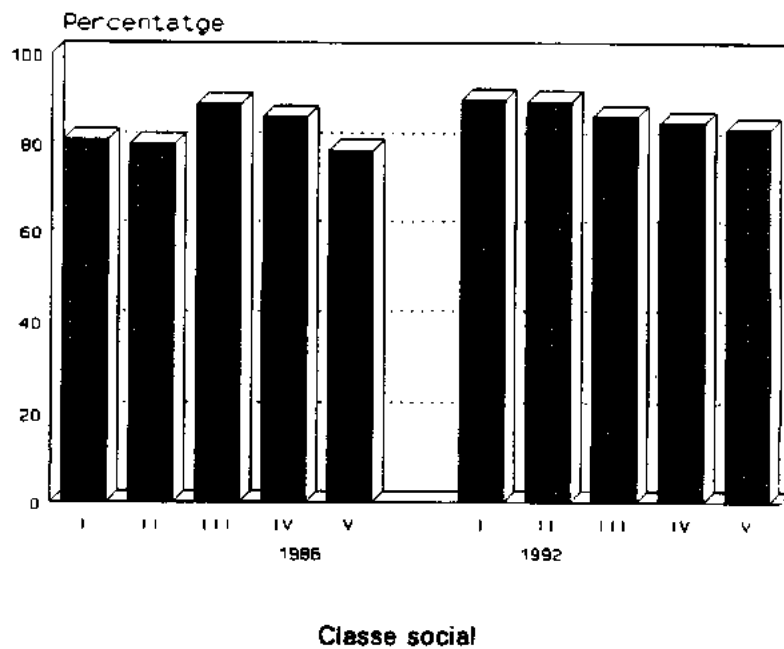


Gràfic 17: Persones que han visitat al metge durant l'últim any segons estat de salut i classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Dones més grans de 14 anys, Barcelona anys 1986 i 1992.

Salut bona o molt bona



Salut regular, dolenta o molt dolenta



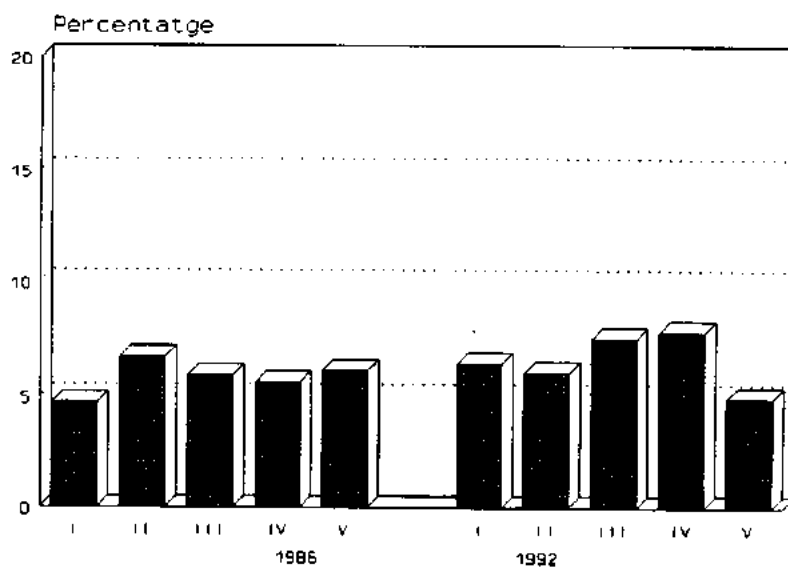
Hospitalització durant l'últim any

Durant l'any 1986 els percentatges d'hospitalització han estat semblants en les diferents classes socials (PI de -0,10 en els homes i de 0,12 en les dones) i han tendit a ser més elevades en els nivells d'estudis superiors i secundaris, sobretot en les dones (PI de -0,35 en els homes i de -4,08 en les dones).

L'any 1992 aquesta tendència ha canviat, ja que les taxes d'hospitalització han tendit a ser més elevades en els grups socio-econòmics baixos, encara que amb poques diferències, tant pel que fa a la classe social com pel que fa al nivell d'estudis, cosa que s'observa en els pendents de desigualtat que han estat tots positius (Taula 18 i Gràfic 18).

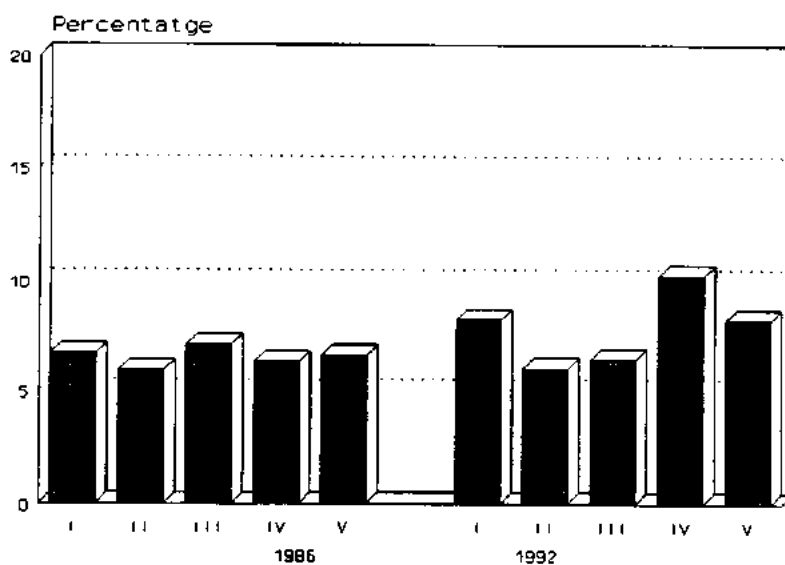
Gràfic 18: Persones que han estat hospitalitzades durant l'últim any segons classe social. Homes i dones. Barcelona anys 1986 i 1992.

Homes



Classe social

Dones



Classe social

4. DISCUSSIÓ

En primer lloc es comenten els resultats trobats en aquest subestudi i es comparen amb la literatura publicada. A continuació es fa esment de les principals aportacions i limitacions. Finalment es presenta un apartat de conclusions.

4.1. COMENTARI DELS RESULTATS I COMPARACIÓ AMB LA LITERATURA

En general es pot afirmar que segons nivell socio-econòmic no hi ha hagut canvis en les desigualtats en l'estat de salut i en la utilització de serveis sanitaris, durant els anys 1983 a 1992, a la ciutat de Barcelona.

El consum de tabac està disminuint en els homes dels grups socio-econòmics alts i ho fa menys en els dels baixos. L'any 1992 la prevalença de fumadors ha estat més elevada en les classes baixes i els menors nivells d'estudis. En les dones, encara són les de grups socio-econòmics alts les que fumen més, tot i que les diferències en aquests 10 anys han disminuït.

Les desigualtats entre grups socio-econòmics en la prevalença de sobrepès, en les dones, han disminuït des de l'any 1986 a l'any 1992, tot i que encara són les dones de classes baixes i les de menor nivell d'estudis les que tenen més sobrepès.

Hi ha molt poca bibliografia publicada sobre l'evolució de les desigualtats en l'estat de salut. L'evolució de les desigualtats en el consum de tabac ha estat més estudiada, sobretot als EEUU, i la tendència descrita és similar a la de Barcelona, però va ocórrer

fa molts més anys. A continuació es comenten els resultats més detalladament i es comparen amb els estudis publicats.

4.1.1. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN L'ESTAT DE SALUT

En aquest estudi no s'han trobat canvis importants en les desigualtats, en el fet d'haver estat al llit les dues setmanes anteriors a l'entrevista, l'existència de trastorns crònics, l'estat de salut percebut i la limitació de l'activitat durant els anys estudiats.

L'any 1983 s'han trobat unes prevalences més altes de gent que ha estat al llit les dues setmanes anteriors, probablement perquè l'enquesta es va portar a terme els sis primers mesos de l'any, a diferència de les altres dues que es varen fer durant tot un any. En cap dels tres anys estudiats no es varen trobar desigualtats importants entre els grups socio-econòmics.

La prevalença de trastorns crònics i d'estat de salut percebut regular o dolent sempre han estat superiors en els grups socio-econòmicament més baixos. El patró segons grup socio-econòmic ha estat bastant similar en les diferents enquestes de salut i, en tot cas, les desigualtats han disminuït.

La limitació de l'activitat durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista tampoc no ha presentat canvis substancials entre les diferents classes socials i grups d'estudis, durant els anys 1986 i 1992.

Cal mencionar els canvis produïts en el fet d'haver patit algun accident durant l'any anterior a l'entrevista. L'any 1992 ha augmentat la declaració d'accidents i, a més, en els homes ha canviat el patró segons grups socio-econòmics. Així, si l'any 1986 presentaven una prevalença més elevada els homes dels grups socio-econòmics alts, l'any 1992 aquest patró ha canviat i, sobretot, per les *caigudes accidentals* i els *cops*, que han passat a ser més prevalents en els grups socio-econòmics baixos. La pregunta dels qüestionaris sobre l'existència d'accidents no ha estat la mateixa en totes dues

enquestes, ja que l'any 1986 hi havia una pregunta prèvia sobre l'existència d'accidents els últims 12 mesos, per després passar a preguntar sobre cada un dels accidents en concret; l'any 1992, aquesta pregunta filtre no va existir. Per tant, l'augment de la prevalença d'accidents i el canvi de patró per grups socio-econòmics l'any 1992, pot ser degut al canvi de l'instrument de mesura i, per tant, s'ha de tenir molta cura a l'hora d'interpretar els resultats trobats com a canvis reals³²³.

Tal com s'ha comentat en el Subestudi I (*Evolució de les desigualtats en mortalitat en els barris de la ciutat de Barcelona, 1983-92*) hi ha força bibliografia publicada sobre l'evolució de les desigualtats de mortalitat. En canvi, hi ha molta menys literatura sobre l'evolució de les desigualtats basada en la morbiditat i la utilització de serveis sanitaris. L'informe *The Health Divide* analitzava aquesta evolució utilitzant dades dels *General Household Survey* dels anys 1974, 1979 i 1984; les variables descrites eren: tenir una malaltia crònica, tenir una malaltia crònica limitant i la limitació de l'activitat aguda. En general, l'autora afirmava que havien augmentat les desigualtats entre els treballadors manuals i els no-manuals al llarg dels 10 anys, sobretot en els grups d'edat a partir dels 45 anys i, encara més, a partir dels 65 anys¹⁶.

Més recentment, cal destacar l'estudi realitzat per Lahelma i Karisto a Finlàndia, que compara les dades de 4 enquestes de salut (anys 1964, 1968, 1976 i 1987). Les anàlisis es varen restringir a la població activa (15-64 anys) per facilitar l'obtenció de la classe social a partir de l'ocupació. Es van basar en la declaració de malalties de llarga duració que produïen una restricció de l'activitat. En general varen trobar que les desigualtats entre classes havien disminuït al llarg dels anys, però, quan tenien en compte els canvis en la grandària de les classes socials, aquesta disminució era pràcticament inexistent⁹⁰.

4.1.2. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LES CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT I EL SOBREPÈS

Consum de tabac

El comportament quant al consum de tabac i el grup socio-econòmic ha estat diferent segons el sexe. En els homes, l'any 1983 existia un nivell de consum similar entre els diferents grups socio-econòmics, però, al cap de 10 anys, els grups socio-econòmics baixos ja tenien més percentatge de fumadors. En canvi, les dones de més nivell socio-econòmic sempre han fumat més, però aquestes desigualtats estan disminuint, i cada vegada s'assemblen més les prevalences dels diferents grups.

Segons les dades obtingudes, no sempre han estat coherents els resultats en els 3 anys al tenir en compte les categories: fumadors/es, ex-fumadors/es i no fumadors/es. Així per exemple, en els homes de la classe social II entre els anys 1983 i 1992, disminueix considerablement el percentatge de fumadors, fet que no es correspon amb l'augment del d'ex-fumadors. Si es tornen a analitzar les dades agrupant els grups socio-econòmics alts (classes I i II i estudis superiors i secundaris) i els baixos (classes IV i V i estudis primaris incomplets i sense estudis) els resultats són més coherents, probablement pel fet de tenir un nombre més gran d'efectius.

Les tendències de l'hàbit tabàquic segons sexe de la ciutat de Barcelona són similars a les descrites per al conjunt de Catalunya; augmenta el consum en les dones i disminueix en els homes³²⁴. En altres països desenvolupats ja fa temps que la prevalença també disminueix en les dones, encara que sovint a un ritme més lent que en els homes^{325 287}.

Tal com s'ha comentat en la discussió del Subestudi II (*Desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1992*) l'hàbit tabàquic es va iniciar en els grups amb més nivell educatiu, i en les dones més tard que en els homes; però amb el pas dels anys els grups amb més nivell socio-econòmic van reduir l'hàbit i, en canvi, els de nivell baix el van

augmentar. Per tant, hi ha un moment a partir del qual els grups amb menor nivell socio-econòmic presenten prevalences més elevades de fumadors. A EEUU els grups amb més nivell educatiu varen mantenir prevalences més elevades fins els anys 1950²⁸⁸. A Holanda el canvi es va produir els anys 1960 en els homes i els 1970 en les dones²⁷⁶ i, a Gran Bretanya, els anys 60 en les dones i abans en els homes³²⁶.

En la comparació de diversos països desenvolupats que va fer Pierce, l'any 1989, descrivia com en tres països (EEUU, Canadà i Noruega) la disminució de l'hàbit tabàquic (des dels anys 70) era més important en els grups amb més nivell educatiu; en canvi a Austràlia, la disminució era similar entre els diferents nivells d'educació²⁸⁷. El mateix autor, utilitzant dades del *National Health Interview Surveys* dels anys 1974 al 1987, va descriure com, a EEUU, la davallada de la prevalença del consum de tabac havia estat 5 vegades més important en els grups amb més nivell d'estudis, i a més en aquests grups hi havia més ex-fumadors. La prevalença de tabaquisme entre els 20 i 24 anys (indicador que mesura indirectament l'inici de l'hàbit tabàquic) disminuïa més en els homes i en les dones d'alts nivells educatius; les dones amb menys nivell d'educació eren les úniques en què aquesta prevalença augmentava³²⁷.

A Barcelona, les dones dels grups socio-econòmics alts encara fumen més i, per tant, el canvi de tendències en les prevalences entre els grups socio-econòmics probablement encara no s'ha produït, tot i que l'evolució d'aquests 10 anys mostra com les prevalences entre els grups socio-econòmics alts i els baixos s'estan aproximant. El canvi en els homes, probablement ha ocorregut durant els anys 80, motiu pel qual l'any 1992 la prevalença de fumadors ha estat ja més important en els grups socio-econòmics baixos.

Activitat física i sobrepès

A Barcelona, l'única mesura sobre l'activitat física que s'ha pogut comparar en les enquestes de salut dels anys 1986 i 1992 ha estat la referida a l'activitat física

habitual. L'activitat física realitzada en temps de lleure es va obtenir de manera diferent en totes dues enquestes i per tant no s'ha pogut comparar.

El patró entre els diferents grups socio-econòmics ha estat similar en els dos anys estudiats. En tot cas, els homes dels grups socio-econòmics baixos, l'any 1992, han declarat realitzar més activitat intensa.

Pel que fa al sobrepès, el patró ha estat bastant homogeni en els homes tots dos anys estudiats, i han disminuït les desigualtats segons grups socio-econòmics en les dones, tot i que encara les prevalences són més elevades en les dones de classes baixes i de menor nivell d'estudis.

4.1.3. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS EN LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS

En totes tres enquestes de salut s'ha observat que els nivells socio-econòmics més baixos han declarat utilitzar més els serveis sanitaris, sobretot quan s'ha fet referència a les visites al metge durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista.

Tal com s'ha comentat al subestudi II (*Desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1992*) l'any 1992, quan s'ha tingut en compte l'estat de salut percebut, la tendència dels grups socio-econòmics baixos a declarar més visites no ha estat tan clara en les persones en què l'estat de salut era regular, dolent o molt dolent. Aquest fet també s'ha observat en les dones l'any 1986, però no en els homes.

Quan la mesura de necessitat utilitzada ha estat l'existència de trastorns crònics (ja que l'any 1983 no es va preguntar l'estat de salut percebut), s'ha observat en els homes amb trastorns crònics que, durant els anys 1986 i 1992, han estat els grups socio-econòmics baixos els que han declarat visitar-se més, fet que no ha passat l'any

1983. Les dones dels grups socio-econòmics baixos amb trastorns crònics sempre han declarat visitar-se més que les dels grups socio-econòmics alts.

4.2. APORTACIONS

- Ja s'ha comentat anteriorment que hi ha molt pocs estudis publicats sobre l'evolució de l'estat de salut segons grups socio-econòmics. Els escassos estudis que s'han fet procedeixen dels països del Nord d'Europa o dels EEUU. Ni als països del sud d'Europa ni en concret a Espanya s'ha publicat un estudi d'aquestes característiques. Poder disposar de tres enquestes de salut a la ciutat de Barcelona, ofereix una possibilitat interessant de realitzar aquest estudi de tendències de morbiditat.

- Per a aquest estudi s'han utilitzat dues mesures resum per estudiar les desigualtats entre els grups socio-econòmics: la raó entre els grups socio-econòmics extrems i el *pendent de desigualtat* del model de regressió en percentils. A l'apartat de *Mètodes d'anàlisi dels Antecedents* s'han comentat els avantatges i limitacions d'aquestes mesures i també d'altres que s'utilitzen en l'estudi de les desigualtats socials en salut. La *raó* ha estat escollida per la seva fàcil comprensió i el *pendent de desigualtat* de la regressió en percentils per ser una de les mesures més defensades per la majoria d'autors, ja que ajusta pels canvis en la grandària dels grups socio-econòmics^{147 148}. Cal assenyalar que el model de regressió assumeix una distribució lineal de la variable dependent entre els grups socio-econòmics, fet que no sempre s'ha produït. En tot cas, cap d'aquestes mesures resum no pot substituir la descripció dels percentatges estandarditzats en els grups socio-econòmics, per cada un dels anys, i el que fan és ser una mesura complementària.

- Aquest subestudi és complementari al Subestudi I sobre l'*Evolució de les desigualtats en mortalitat en els barris de la ciutat de Barcelona*, ja que facilita la coneixença de les tendències de les desigualtats segons un altre aspecte de la salut.

● Novament cal assenyalar l'avantatge de poder estudiar l'evolució de les desigualtats de salut en una ciutat. Tot i que en aquest subestudi no s'han pogut analitzar per separat les persones de les diferents àrees de la ciutat (a causa de les grandàries de les tres mostres), s'ha realitzat un altre enfoc en l'estudi de les desigualtats de salut, que és el d'utilitzar a l'individu com a unitat d'anàlisi.

4.3. LIMITACIONS

● Les tres enquestes de salut analitzades no han tingut el mateix tipus d'unitat d'anàlisi, ni de mostreig, ni de període de temps. Les enquestes dels anys 1983 i 1986 tenien a la família com a unitat d'anàlisi, i la de 1992 a l'individu. Els mètodes de mostreig i la font d'informació per a l'obtenció de la mostra tampoc no han estat els mateixos: tots tres anys es va fer un mostreig estratificat, però els estrats eren diferents (per districte l'any 1983 i 1986 i per 5 zones de la ciutat l'any 1992), a més, els anys 1983 i 1986 després de l'estratificació es varen escollir conglomerats (les famílies); l'any 1983 i 1986 es va obtenir el llistat de persones per entrevistar, a través del padró d'habitants, i l'any 1992 per rutes aleatòries fent cotes per edat i sexe. L'enquesta de salut de 1983 es va realitzar durant els sis primers mesos de l'any i les altres dues enquestes varen durar l'any sencer.

Es difícil saber si aquestes diferències poden haver influït en els resultats trobats, però si s'assumeix que cada una de les enquestes és representativa de la població de Barcelona, les comparacions entre grups socio-econòmics, per cada un dels tres anys, han de ser vàlides. Ja s'ha comentat anteriorment que la diferent prevalença de persones que han estat al llit els 15 dies anteriors a l'entrevista, l'any 1983, pot ser a causa del diferent període de temps. L'ocupació de la persona entrevistada i la de la persona principal de la llar sempre s'ha obtingut igual; en canvi, el nivell d'estudis ha tingut alguna petita variació; per tant, la mesura del nivell socio-econòmic és altament comparable.

Cal mencionar que en l'anàlisi estadística no s'ha tingut totalment en compte l'efecte del disseny del mostreig emprat: els anys 1983 i 1992 s'han utilitzat pesos per a tenir en compte el mostreig estratificat i no s'ha fet per l'any 1986. De tota manera, Murillo i Guillén van descriure, utilitzant dades de l'enquesta de l'any 1986, que els resultats obtinguts no presentaven diferències excessivament importants a l'utilitzar un mètode estàndard pel càlcul de les variàncies (assumia un mostreig aleatori simple) respecte a la utilització del mètode *Jakknife*³²⁸.

- El diferent disseny dels qüestionaris de les tres enquestes fa que no s'hagin pogut comparar altres variables. Així, per exemple, s'ha preguntat sobre el consum d'alcohol cada vegada d'una manera diferent, i l'estat de salut percebut no es va preguntar l'any 1983. També cal assenyalar que les variables que s'han comparat no sempre s'han obtingut exactament de la mateixa manera, cosa que pot haver alterat els resultats obtinguts (com en el cas dels accidents).

El consum de tabac no es va preguntar exactament de la mateixa manera tots tres anys estudiats, la diferència fonamental va ser la definició de fumadors/es ocasionals l'any 1983 (vegeu l'apartat de *Metodologia*). De tota manera, si es repeteix l'anàlisi considerant els fumadors ocasionals com a fumadors habituals cada un dels tres anys, els resultats que s'obtenen són els mateixos.

4.4. CONCLUSIONS

- Les desigualtats segons grups socio-econòmics en l'estat de salut percebut, l'existència de trastorns crònics, la limitació de l'activitat i l'enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista, s'han mantingut constants durant els anys estudiats.

- La prevalença d'accidents segons grup socio-econòmic ha canviat en els homes, han passat de ser més declarats en els grups socio-econòmics més alts, a ser-ho més en els més baixos, sobretot a causa de les caigudes accidentals i els cops. De tota

manera aquest fet es pot deure als canvis que hi ha hagut en el qüestionari de l'any 1992 respecte al de l'any 1986.

- La prevalença de fumadors en els homes l'any 1983 era similar en els diferents grups socio-econòmics, però, l'any 1992, han estat els homes de les classes socials baixes i de menor nivell d'estudis els que han declarat fumar més. Les dones dels grups socio-econòmics alts han declarat més consum de tabac tots tres anys estudiats però, entre l'any 1983 i el 1992, les desigualtats han disminuït, ja que les dones de nivells socio-econòmics alts estan reduint el consum de tabac i no ho fan les dels baixos.

- Les desigualtats en l'activitat física s'han mantingut entre els anys 1986 i 1992 en les dones, i en els homes han tendit a augmentar, en el sentit que els homes dels grups socio-econòmics baixos l'any 1992 han declarat realitzar més activitat física intensa. En les dones les desigualtats en el sobrepès han disminuït lleugerament, però continuen essent les de classes baixes i les de menor nivell d'estudis les que presenten més sobrepès.

- El patró d'utilització de serveis sanitaris entre les diferents classes socials i nivells d'estudis no ha canviat durant aquests anys.

DISCUSSIÓ GENERAL

DISCUSSIÓ GENERAL

Aquesta discussió intenta englobar els resultats de tots tres subestudis. Consta dels següents apartats: el comentari general dels resultats dels subestudis, les aportacions d'aquest treball, les conclusions i les implicacions (tant per a la salut pública, com per a la recerca).

1. COMENTARI DELS RESULTATS DE TOTS TRES SUBESTUDIS

En primer lloc, s'intenten relacionar els resultats obtinguts en tots tres subestudis, describint els indicadors de morbiditat, de conductes relacionades amb la salut i de la realització de pràctiques preventives, en totes dues agrupacions de barris utilitzades en el subestudi I. En segon lloc, es comenta l'evolució de les causes de mortalitat durant els anys 1983-92 en relació a l'evolució de les conductes relacionades amb la salut. Finalment, es discuteix els resultats quant a l'evolució de les desigualtats, tant en mortalitat com en morbiditat, dels subestudis I i III.

1.1. RELACIÓ DELS TRES SUBESTUDIS

En el subestudi I, *Evolució de les desigualtats en mortalitat en els barris de la ciutat de Barcelona, 1983-92* s'ha observat que augmentaven les desigualtats entre els barris amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris, sobretot per la contribució de les morts relacionades amb la drogaaddicció, com són: les morts per sobredosi, SIDA i tuberculosi i també per la mortalitat per càncer de pulmó en els homes.

En el subestudi II *Desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona, 1992* s'ha detectat que les persones de baix nivell socio-econòmic declaren un pitjor estat de salut, unes conductes relacionades amb la salut que comporten més risc i una menor utilització dels serveis sanitaris preventius.

En el subestudi III *Evolució de les desigualtats en morbiditat, conductes relacionades amb la salut i utilització de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona durant els anys 1983-92* s'ha trobat que les desigualtats es mantenen pràcticament iguals al llarg dels anys (a excepció del consum de tabac i el sobrepès).

En un intent de relacionar les dades del primer subestudi amb les del segon i tercer, s'han descrit alguns indicadors socio-demogràfics, de salut, de conductes relacionades amb el salut i de la realització de pràctiques preventives de l'enquesta de salut de l'any 1992, per les dues agrupacions de barris utilitzades en l'estudi de mortalitat (veure l'apartat d'*Àrees geogràfiques estudiades* del subestudi I). Els resultats obtinguts es presenten a les Taules D1 i D2 de les següents pàgines. A l'agrupació de barris amb baix nivell socio-econòmic hi ha un 10% de persones de les classes I i II i un 60% de les classes IV i V, en canvi en la resta de barris aquests percentatges són entre un 20 i un 30% en les classes I i II i menys d'un 40% en les classes IV i V. Desigualtats similars s'observen al tenir en compte el nivell d'estudis (Taula D1).

L'estat de salut percebut ha estat pitjor en els barris amb baix nivell socio-econòmic: el percentatge de bon estat de salut ha estat d'un 71,08% dels homes i d'un 67,02% de les dones, respecte a un 83,49% dels homes i un 74,16% de les dones en la resta de barris. Quant a la presència de trastorns crònics i d'hipertensió també ha estat més elevada en els barris amb baix nivell (Taula D1).

Hi ha un 53,5% d'homes fumadors i un 19,5% d'ex-fumadors en els barris amb baix nivell socio-econòmic, mentre que en la resta de barris aquests percentatges són de 41,9% i 22,5%. Aquesta diferència també es troba en les dones, ja que en els barris amb baix nivell socio-econòmic hi ha un 27,1% de fumadores i en la resta de barris un

22,7% (Taula D2). Malgrat els nombres petits, en les dones dels barris amb baix nivell socio-econòmic les desigualtats segons classe social són diferents que per al total de Barcelona, ja que no són les dones de classes altes les que fumen més, sinó que ho són les de classes III, IV i V. Per tant, probablement el comportament entre les diferents classes socials canvia segons l'agrupació de barris analitzada, i podria ser que en els barris amb baix nivell socio-econòmic el canvi en la prevalença de fumadores en les diferents classes ja s'hagués produït o s'estaria produint.

Taula D1: Indicadors de nivell socio-econòmic i de salut en els 11 barris amb baix nivell socio-econòmic i en la resta de barris (dades provinents de l'enquesta de salut de Barcelona). Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992 (*).

VARIABLES	BARRIS AMB BAIX NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC				RESTA DE BARRIS			
	HOMES		DONES		HOMES		DONES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Classe social								
Classe I	9	2,42	13	3,57	248	15,29	155	8,19
Classe II	27	7,74	26	7,40	247	15,38	294	15,57
Classe III	60	18,30	54	15,85	398	24,68	452	24,02
Classe IVA	133	40,04	120	34,02	389	24,19	529	28,13
Classe IVB	54	16,86	52	15,24	151	9,37	147	7,80
Classe V	12	3,50	53	15,08	52	3,22	136	7,30
Nivell d'estudis								
Superiors	28	8,43	19	5,79	390	24,15	299	15,80
Secundaris	101	31,23	67	20,06	596	36,83	568	30,08
Primaris	106	31,99	102	30,09	382	23,81	490	26,09
Prim. inc.	69	20,33	108	29,37	192	11,98	392	20,99
Analf. sense estudis	24	6,99	52	14,45	49	3,12	131	7,03
Estat de salut percebut								
Molt bo, bo	236	71,08	231	67,02	1347	83,49	1397	74,16
Regular	79	24,05	102	28,47	216	13,51	403	21,56
Dolent, molt dol.	15	4,09	16	4,51	44	2,78	76	4,05
Presència de trastorns cron.	183	53,90	257	73,07	774	48,19	1263	67,35
Presència hipertensió	51	14,09	83	23,36	208	12,99	336	17,97
TOTAL	332	100	349	100	1610	100	1880	100

N: nombre de casos. %: Percentatges estandarditzats per edat. (*) Si la suma de les diferents categories d'una variable no correspon amb el total és degut als valors de la categoria "no consta".

Hi ha hagut més bevedors habituals en els homes dels barris amb baix nivell socio-econòmic (54,7% respecte a 48,7% en la resta de barris) i en les dones dels barris més benestants (22,3% respecte a 19,1% en els barris amb baix nivell socio-econòmic) (Taula D2).

Un 27,1% dels homes i un 18,7% de les dones dels barris amb baix nivell socio-econòmic realitzen activitat física en temps de lleure, cosa que fan un 32,3% dels homes i un 23,7% de les dones de la resta de barris.

Taula D2: Indicadors de conductes relacionades amb la salut i de pràctiques preventives en ginecologia en els 11 barris amb baix nivell socio-econòmic i en la resta de barris (dades provinents de l'enquesta de salut de Barcelona). Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1992 (*).

VARIABLES	BARRIS AMB BAIX NIVELL SÒCIO-ECONÒMIC				RESTA DE BARRIS			
	HOMES		DONES		HOMES		DONES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consum de tabac								
Fumador/a	176	53,50	90	27,07	674	41,88	431	22,76
Ex-fumador/a	66	19,49	18	5,34	362	22,54	114	6,05
No fumador/a	90	27,02	241	67,59	574	35,58	1335	71,15
Consum d'alcohol								
No bevedor/a	94	27,48	217	61,82	500	31,13	999	53,22
Bev. ocasional	58	17,78	66	19,10	324	20,14	461	24,46
Bev. habitual	180	54,74	65	19,07	785	48,67	419	22,27
Realització esport	88	27,14	65	18,66	522	32,32	446	23,69
Presència de sobrepès	46	14,14	89	24,52	209	13,03	305	16,31
Citologia periòdica en > = 30 anys			98	37,47			681	48,06
Mamografia periòdica en > = 50 anys			24	14,99			162	19,47
TOTAL	332	100	349	100	1610	100	1880	100

N: nombre de casos.

%: Percentatges estandaritzats per edat.

(*) Si la suma de les diferents categories d'una variable no correspon amb el total és degut als valors de la categoria "no consta".

Les persones dels barris amb baix nivell socio-econòmic presenten una major prevalença de sobrepès que en la resta de barris, i les desigualtats són més importants en les dones (24,5% versus 16,3%).

Finalment, un 48,1% de les dones dels barris més benestants es realitzen una citologia cervical periòdicament, cosa que només fan un 37,5% de les dels barris amb baix nivell socio-econòmic. També cal destacar que es fan més mamografies les dones de més de 49 anys dels barris més benestants (19,5% versus 14,99%) (Taula D2).

Aquests resultats posen de manifest que, els barris amb baix nivell socio-econòmic, a més de presentar unes taxes de mortalitat més elevades, també hi ha més prevalença de morbiditat, de conductes relacionades amb la salut que comporten més risc i una menor utilització dels serveis sanitaris preventius.

1.2. RELACIÓ ENTRE LES CAUSES DE MORTALITAT I ELS INDICADORS DE MORBIDITAT I CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT

A continuació s'intenten relacionar alguns dels resultats de l'estudi de mortalitat (subestudi I) i dels estudis de morbiditat i conductes relacionades amb la salut (subestudis II i III).

Mortalitat per tumors

Durant aquests 10 anys ha augmentat en els homes la mortalitat per càncer de pulmó, i sempre ha estat més elevada en els barris amb baix nivell socio-econòmic, i a més aquestes desigualtats han tendit a augmentar. El principal factor de risc del càncer de pulmó és el tabac³²⁹; com s'ha descrit en el subestudi III, sembla que el consum de tabac en els homes per al conjunt de Barcelona és més elevat en les classes baixes a partir de mitjan anys 80, ja que la disminució que ha existit en les classes I i II no ha estat tan evident en les classes IV i V. De tota manera, no se sap quin ha estat el

comportament en el passat dels homes de les dues agrupacions de barris; podria ser que l'evolució del patró del consum de tabac segons grup socio-econòmic hagués estat diferent pels homes dels barris de baix nivell socio-econòmic respecte als homes de la resta de barris, en el sentit que en els barris de baix nivell socio-econòmic fes més temps que les classes socials baixes tenien un consum més elevat.

Els resultats d'aquest estudi no permeten afirmar que el major consum de tabac dels homes dels grups socio-econòmics baixos sigui el que ha originat un augment de les desigualtats de mortalitat per càncer de pulmó. A més, cal tenir en compte que fa pocs anys que els homes de les classes socials baixes i de menor nivell d'estudis tenen prevalences de consum més elevades, i, en canvi, el període d'inducció del càncer de pulmó és llarg.

Les taxes de mortalitat per càncer de pulmó en les dones tenen molta menys importància, han estat estables durant els 10 anys i a més no hi ha desigualtats importants entre les dues agrupacions de barris. El consum de tabac en les dones és molt més recent, està augmentant en les dones joves i encara és més alt en les dones de classes altes per al conjunt de Barcelona, i no és així en els barris amb baix nivell socio-econòmic. Com s'ha comentat anteriorment, en aquests barris la prevalença de fumadores és més alta que en la resta de barris, i les dones que fumen més són les de la classe III.

En el futur podria haver-hi un augment del càncer de pulmó en les dones, i el seu comportament en els diferents barris dependrà de l'evolució del consum de tabac en aquests i en els diferents grups socio-econòmics. A EEUU, des de 1986, les taxes de mortalitat per càncer de pulmó en les dones de raça blanca són superiors a les del càncer de mama i, des de 1990, es produeix el mateix fet en les dones de raça negra; en aquell país el consum de tabac en les dones va arribar al màxim entorn a 1960 i després va disminuir, per aquest motiu actualment s'estan detectant les conseqüències d'aquell consum³³⁰.

La mortalitat per càncer de mama ha augmentat lleugerament en totes dues agrupacions de barris i les taxes han estat similars en totes dues àrees. Actualment la prevenció del càncer de mama es basa principalment en la prevenció secundària, mitjançant la realització periòdica de mamografies a totes les dones entre 50 i 69 anys. El benefici del cribratge sistemàtic a les dones entre 40 i 49 anys és controvertit²⁷⁰. Tot i que les tendències de mortalitat no es poden relacionar amb el cribratge del càncer de mama, sobretot perquè aquest s'ha instaurat recentment, tal com s'ha comentat anteriorment, les dones de classes baixes, de menor nivell d'estudis i dels barris amb baix nivell socio-econòmic són les que es realitzen menys mamografies periòdiques i per tant són les que tenen menys a l'abast la prevenció secundària del càncer de mama. Fins ara, probablement ha estat perquè els metges no oferien la possibilitat de la mamografia i perquè no existien programes de cribratge dirigits a tota la població. Si en el futur aquesta prestació es facilita a totes les dones a partir d'una determinada edat, és probable que el patró d'utilització segons grups socio-econòmics canviï.

Mortalitat per malalties de l'aparell circulatori

La mortalitat per malaltia cerebrovascular ha disminuït en totes dues agrupacions de barris, però més en els barris amb baix nivell socio-econòmic. La hipertensió és el principal factor de risc de la malaltia cerebrovascular²⁴⁷ i, tal com s'ha comentat anteriorment, la seva prevalença, segons l'enquesta de salut, és més elevada en els barris amb baix nivell socio-econòmic. Però no es coneix la validesa de la declaració de la hipertensió i si aquesta és diferencial segons classe social. Tampoc no es coneix el grau de control de la hipertensió, anteriorment ha estat descrit que la gent hipertensa amb més nivell d'estudis té la malaltia més ben controlada³³¹.

La mortalitat per malaltia coronària s'ha mantingut constant en totes dues agrupacions de barris durant els 10 anys, i les taxes són més elevades en els barris amb baix nivell socio-econòmic. Tal com s'ha comentat en la discussió del subestudi II, ha estat amplament descrit que la disminució de la mortalitat per malaltia coronària ha estat

més important en els grups socio-econòmics alts, tant utilitzant dades d'estudis ecològics, com dades d'estudis individuals; entre altres motius pel canvi de comportament de les classes altes quant als factors de risc^{246 247}. A Barcelona, ja s'ha descrit el canvi de patró en el consum de tabac. D'altra banda probablement la gent dels grups socio-econòmics baixos té més accés i més tendència, per la diferència de preus dels productes alimentaris, a fer una dieta incorrecta, amb més quantitat de greixos²⁴⁶, tot i que en aquest treball la dieta no s'ha estudiat. Aquests factors podrien afavorir que la malaltia coronària esdevingui una malaltia de *gent pobre en les societats riques*²⁴⁸.

Altres causes de mortalitat

La mortalitat per bronquitis, emfisema i asma també està relacionada amb el consum de tabac, per tant els comentaris sobre aquest factor de risc, que s'han descrit en els apartats anteriors, també són vàlids per a aquesta causa de mort.

Cal destacar que la mortalitat per cirrosi és una de les que ha presentat més desigualtats en totes dues agrupacions de barris. De tota manera, durant aquests 10 anys les desigualtats s'han mantingut pràcticament iguals. L'alcohol és un dels principals factors de risc de la cirrosi³³². Segons les dades de l'enquesta de salut, hi ha més bevedors habituals entre els homes dels barris amb baix nivell socio-econòmic, però això no passa en les dones. De tota manera, cal tenir molta prudència en la interpretació de la ingesta d'alcohol declarada, ja que habitualment s'infradeclara²⁹⁴, i no se sap si el grau de declaració per part de la gent de grups socio-econòmics diferents és també diferent.

1.3. COMENTARI DELS RESULTATS TROBATS EN L'EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT (SUBESTUDIS I I III)

Les dades de mortalitat han mostrat que durant aquests 10 anys han augmentat les desigualtats entre els barris amb baix nivell socio-econòmic i la resta de barris. Ara bé, aquest augment ha estat per causes de defunció d'aparició recent, com són: la SIDA i la sobredosi per drogues. Com que aquestes causes de defunció afecten principalment la població jove, s'ha reflectit en un augment de les desigualtats en el total de la mortalitat prematura i en la mortalitat entre els 15 i els 34 anys. La mortalitat per càncer de pulmó en els homes també ha contribuït en l'augment de les desigualtats.

La mortalitat per malaltia cerebrovascular en els homes ha estat l'única causa de defunció, en què han minvat les desigualtats durant aquests 10 anys, ja que les taxes han disminuït més en els barris amb baix nivell socio-econòmic.

El subestudi III ha analitzat l'evolució de les desigualtats en morbiditat durant els anys 1983-92 i, contràriament al subestudi I, no ha detectat grans diferències entre els anys.

Ja s'ha comentat anteriorment que alguns dels barris amb baix nivell socio-econòmic (els de Ciutat Vella i Montjuïc) han presentat una disminució important de població entre els anys 1981 i 1991, cosa que podria implicar l'existència d'una selecció diferencial si és la gent amb més nivell socio-econòmic i amb un estat de salut més bo la que marxa, i això provocaria un augment de les taxes de mortalitat. Si es comparen les distribucions segons classes socials dels anys 1983 i 1992, en l'agrupació de barris de baix nivell socio-econòmic (dades obtingudes amb les enquestes de salut), s'observa que són molt similars i que no han existit canvis importants en aquests 10 anys; aquest fet reforçaria el que la disminució de població no fos diferencial segons classe social. De tota manera, l'important augment de les desigualtats, detectat en algunes causes de mortalitat, és molt improbable que sigui només a causa d'un biaix de selecció.

L'augment de les desigualtats de mortalitat ha estat per causes de defunció que solen afectar a la població marginal. Aquesta població no acostuma a quedar reflectida en les enquestes de salut poblacionals, per tant, a les enquestes els manca una part de la població que precisament seria la que contribuiria en l'augment de les desigualtats. A més, tant la SIDA com la drogaaddicció, al ser fenòmens de baixa freqüència, difícilment es podran estudiar amb una enquesta de salut d'aquestes característiques. Les estadístiques de mortalitat, en canvi, són més exhaustives i recullen tots els casos que ocorren a la població.

O sigui, que els resultats dels dos subestudis no són contradictoris, sinó que són complementaris: cada un d'ells estudia un aspecte diferent de l'evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona.

2. APORTACIONS

- Aquest és un estudi innovador fet en el nostre medi i en una ciutat que analitza l'evolució de les desigualtats socials en salut durant 10 anys. La ciutat de Barcelona té el privilegi de ser l'única que disposa de tres enquestes de salut i, per tant, existeix la possibilitat de fer estudis com el present.

- Per a la realització d'aquest estudi s'han utilitzat dues fonts d'informació complementàries: la mortalitat i la morbiditat. Els subestudis II i III complementen el primer subestudi i donen una altra visió de les desigualtats en salut. Ja que la mortalitat representa només un aspecte de la *salut*, és important conèixer les desigualtats en altres aspectes de la salut: en la salut percebuda, en les conductes relacionades amb la salut i en la utilització de serveis sanitaris.

- Aquest treball ha utilitzat dos enfocaments per a l'estudi de les desigualtats: el d'utilitzar l'individu com a unitat d'anàlisi i el d'un estudi ecològic. Els dos enfocaments donen diferents visions de les desigualtats.
- Els resultats trobats detecten un augment de les desigualtats per condicions que afecten la població marginal, com són la mortalitat per SIDA o per toxicomanies. Aquests resultats no han estat documentats ni en altres ciutats del nostre país ni en ciutats d'altres països.

3. CONCLUSIONS

3.1. EVOLUCIÓ DE LES DESIGUALTATS DE MORTALITAT

- A la ciutat de Barcelona existeixen desigualtats de mortalitat entre els 38 barris, desigualtats que han augmentat al llarg dels anys 1983-92 al tenir en compte la mortalitat prematura.
- Les desigualtats de mortalitat prematura entre l'agrupació de barris amb més baix nivell socio-econòmic de la ciutat i la resta de barris han augmentat durant els anys 1983-92.
- L'augment de les desigualtats fonamentalment s'ha produït per causes relacionades amb la drogaaddicció, com són: la mort per sobredosi, la SIDA i la tuberculosi, per tant, causes de mort que afecten a poblacions marginals. Donat que aquestes causes de mort afecten la gent jove, han augmentat les desigualtats en els grups d'edat de 15 a 24 anys i de 25 a 34 anys, en el total de la mortalitat prematura i en l'esperança de vida al néixer.

- Les desigualtats de mortalitat per càncer de pulmó en els homes entre les dues agrupacions de barris han augmentat.
- La mortalitat per malaltia cerebrovascular en els homes ha estat l'única causa de defunció que ha presentat una disminució de les desigualtats, ja que ha minvat més en els barris amb baix nivell socio-econòmic.
- Les desigualtats de mortalitat degudes a les altres causes de mortalitat s'han mantingut estables al llarg dels 10 anys.

3.2. LES DESIGUALTATS EN MORBIDITAT, CONDUCTES RELACIONADES AMB LA SALUT I UTILITZACIÓ DE SERVEIS SANITARIS L'ANY 1992 I LA SEVA EVOLUCIÓ DURANT ELS ANYS 1983-92

- A la ciutat de Barcelona les persones de classes socials baixes i de menor nivell d'estudis han declarat un pitjor estat de salut percebut i la presència de més trastorns crònics. En canvi, les desigualtats no han estat tan evidents quan s'han tingut en compte les variables de restricció de l'activitat aguda o crònica i l'enllitament, durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista.

Durant els anys 1983-92 s'han mantingut constants les desigualtats respecte a la restricció de l'activitat, l'enllitament durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista, l'existència de trastorns crònics i l'estat de salut percebut.

- Actualment, els homes d'un nivell socio-econòmic més baix declaren fumar més, tendència que ocorre totalment a la inversa en les dones. De tota manera, aquest patró està canviant. En els homes, l'any 1983 va existir un patró similar entre els diferents grups socio-econòmics i, en canvi, l'any 1992 ja són els de les classes baixes i els de menor nivell d'estudis els que fumen més. En les dones, sempre han estat les de més nivell socio-econòmic les que han declarat fumar més, encara que les desigualtats

s'estan fent cada vegada més petites, ja que les de grups socio-econòmics alts estan disminuint més el consum que les dels baixos.

- Les persones de classe alta i més nivell d'estudis han declarat ser bevedores habituals en una proporció més gran. Hi ha més percentatge de bevedors excessius entre els homes de grups socio-econòmics baixos, fet que no s'ha observat en les dones.

- Els homes i dones de menor classe social i nivell d'estudis han declarat realitzar més activitat física habitual i menys activitat física de lleure. Les desigualtats en la realització de l'activitat física habitual s'han mantingut des de l'any 1986 al 1992.

- El sobrepès i l'obesitat han presentat prevalences més elevades en els grups socio-econòmics baixos, desigualtats que han estat més importants en les dones. L'alçada és menor en les persones de grup socio-econòmic baix. Entre els anys 1986 i 1992 les desigualtats en el sobrepès en les dones han tendit a disminuir.

- Les persones de classes socials baixes i de menor nivell d'estudis han declarat fer més visites al metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista; però, quan s'ha tingut en compte l'estat de salut percebut, aquesta tendència només s'ha mantingut en les persones amb estat de salut bo o molt bo, i en canvi no hi ha hagut desigualtats en les persones amb estat de salut regular, dolent o molt dolent. No s'han trobat desigualtats en l'hospitalització entre les diferents classes socials i nivell d'estudis.

Les dones de menor nivell socio-econòmic realitzen menys pràctiques preventives en ginecologia (visita al ginecòleg, citologia cervical i mamografia) que les dels nivells socio-econòmics alts.

La presa periòdica de la tensió arterial i la vacunació de la grip a persones més grans de 64 anys han tendit a realitzar-se més a la població dels grups socio-econòmics alts.

4. IMPLICACIONS

4.1. IMPLICACIONS PER A LA SALUT PÚBLICA

Entre les explicacions de les desigualtats socials en salut que s'han descrit (vegeu apartat d'*Explicacions de l'associació entre les desigualtats socials i la salut dels Antecedents*) les explicacions culturals i/ comportamentals i les explicacions estructurals són les que es poden acceptar més fàcilment amb els resultats d'aquest estudi. Tant les conductes relacionades amb la salut (tabac, falta d'exercici, etc.) com l'ambient extern (les condicions sota les quals la gent viu i treballa) influeixen l'existència de les desigualtats. El subestudi I té en compte l'àrea geogràfica on la gent viu i els subestudis II i III el grup socio-econòmic dels individus.

Les implicacions d'aquest estudi per a la salut pública s'han de basar en l'emfasització de la realització de polítiques sanitàries igualitàries. En base a les recomanacions de Whitehead, les iniciatives polítiques es poden enfocar des de quatre nivells d'actuació³³³:

- **Reforçament dels individus que estan en circumstàncies desavantajades.** Aquestes polítiques es basen en la premisa que augmentar el coneixement, la motivació, la competència o les habilitats facilita l'alteració de les conductes de risc (Per ex. consum de tabac, exercici físic, pràctiques sexuals, etc.)^{333 334}.
- **Reforçament de les comunitats desavantajades, en el sentit d'augmentar les xarxes socials i de reforçar a tota la comunitat contra els riscos per a la salut.** Implica reconèixer la relació entre les famílies, els amics, les organitzacions de voluntaris, etc. Així per exemple, algunes activitats serien: control social de les activitats il·legals i de les toxicomanies, participació dels joves com a membres de la comunitat, etc.³³³
- **Millora de l'accés als serveis essencials, cosa que implica les polítiques per millorar les condicions sota les quals la gent viu i treballa³³³.** També s'ha de remarcar la importància de facilitar els serveis sanitaris preventius a tota la població³³⁴.

- El quart nivell d'actuació es basa en els canvis macroeconòmics o culturals per reduir la pobresa i les desigualtats en la societat. Aquestes són polítiques multisectorials i que generalment van dirigides a tota la població^{333 334}.

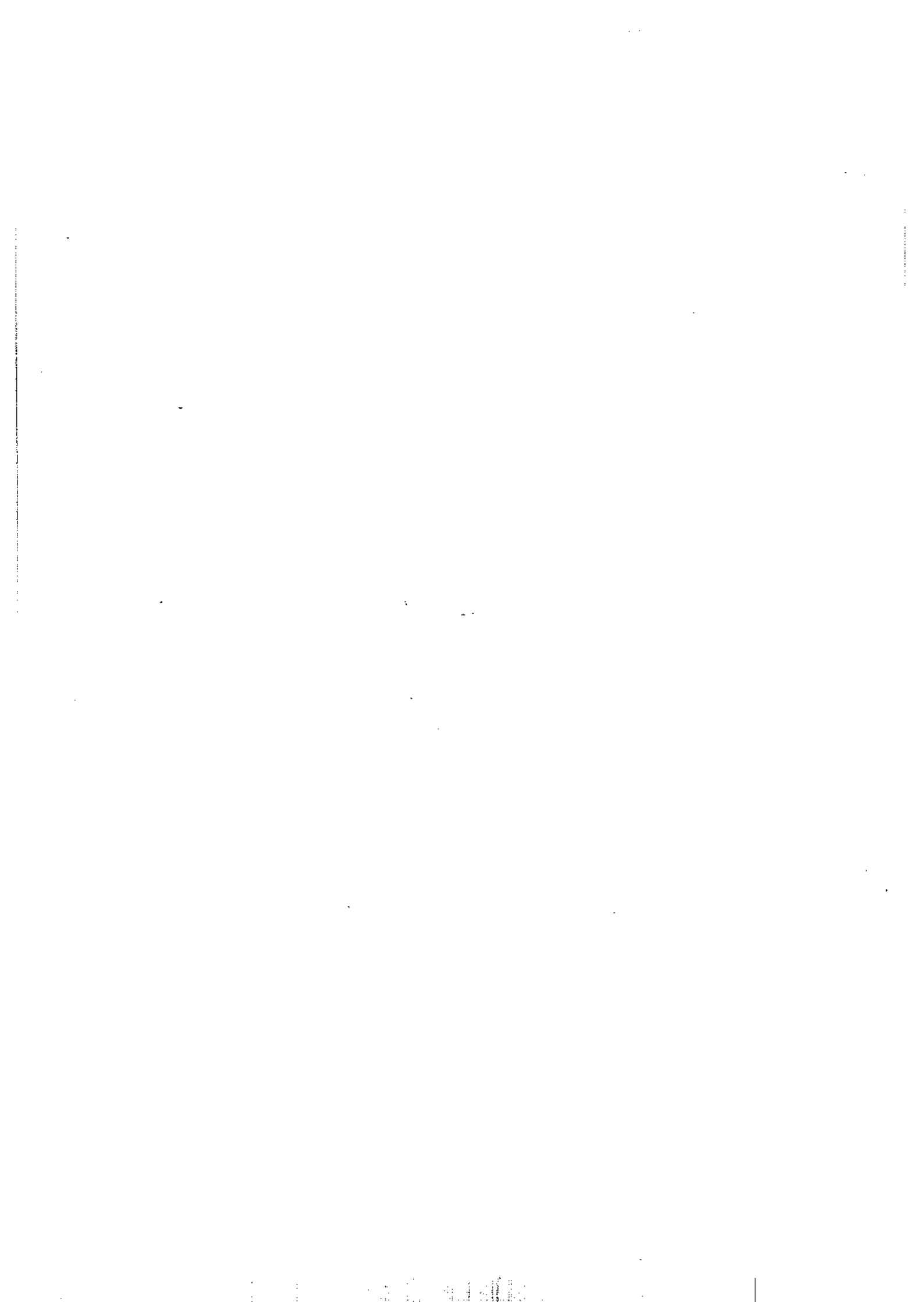
Tots quatre nivells són importants per a disminuir les desigualtats socials en salut. El primer nivell està més a l'abast de la salut pública, el segon i el tercer també necessiten la participació d'altres àmbits i el quart ja es refereix a polítiques multisectorials.

4.2. IMPLICACIONS PER A LA RECERCA

- Donat que les enquestes de salut no detecten la problemàtica de les poblacions marginals, seria important aprofundir en l'estudi d'aquestes poblacions, cosa que probablement implicaria utilitzar metodologies específiques.
- S'hauria d'aprofundir més en l'estudi de les desigualtats en SIDA i toxicomanies, utilitzant fonts d'informació específiques.
- És important realitzar estudis que tinguin en compte la mortalitat, utilitzant l'individu com a unitat d'anàlisi. De fet a la ciutat de Barcelona no és difícil realitzar-ho tenint en compte el nivell d'educació, ja que hi ha un lligam entre el registre de defuncions i el padró d'habitants, per la qual cosa a cada defunció li consta el nivell d'educació de l'últim padró. Per a estudiar les desigualtats de mortalitat segons la classe social basada en l'ocupació es podria realitzar una mostra de defuncions i fer un estudi retrospectiu per conèixer l'ocupació del difunt.
- Seria interessant poder estudiar les desigualtats de mortalitat i la seva evolució en el temps en altres àrees geogràfiques més homogènies com poden ser les Àrees Bàsiques de Salut.

● Donades les limitacions en les mesures de classe social ja comentades, seria interessant estudiar altres possibles medicions de la classe social a nivell individual, basant-se en propostes fetes des de l'àmbit de la sociologia que incorporin altres bases conceptuals. S'hauria d'estudiar l'impacte d'aquestes mesures en els diferents indicadors de salut. A més, és important investigar com mesurar la classe social en les dones, ja que aquest és un dels aspectes a millorar dels estudis sobre les desigualtats socials en salut.

BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA

1. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA. Social/economic status and disease. *Ann Rev Public Health* 1987;8:111-35.
2. Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. *Am J Epidemiol* 1976;104:1-8.
3. Blume SS. Explanation and Social Policy: "The problem of social inequalities in health". *Int Soc Pol* 1982;2:7-31.
4. Stronks K, Gunning-Schepers LJ. Should equity in health be target number 1? *Eur J Public Health* 1993;3:104-11.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Discussion paper prepared for the Programme on Health Policies and Planning World Health Organization. Regions Office for Europe. Copenhagen, 1990.
6. Morris JN. Social inequalities undiminished. *Lancet* 1979;i:87-90.
7. Townsend P. Inequality and the health service. *Lancet* 1974;i:1179-89.
8. Fox J. Health Inequalities in European Countries. European Science Foundation. Gower. Great Britain 1989.
9. Måseide P. Health and social inequity in Norway. *Soc Sci Med* 1990;31:331-42.
10. Cook G. Health and social inequities in Ireland. *Soc Sci Med* 1990;31:285-90.
11. Spruit IP. Health and social inequities in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1990;31:319-29.
12. Haan M, Kaplan G. The contribution of socioeconomic position to minority health. A: Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health. Washington DC 1986; US Department of Health and Human Services.
13. Verhasselt Y, Pyle GF. Introduction. Geographical inequalities in mortality in the Third World. *Soc Sci Med* 1993;36: 1239-41.
14. World Health Organization. Targets for All. Copenhagen: WHO, 1985.
15. Black D, Morris Jn, Smith C, Townsend P. The Black Report. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M. Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide. Penguin Books, London 1988.
16. Whitehead M. The Health Divide. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M. Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide. Penguin Books, London 1988.
17. Davey Smith G, Bartley M, Blane D. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *Br Med J* 1990;301:373-7.