

## SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 17 de octubre de 2012. 15:00 a 16:00 h

Pantalla 2

### Desigualdades

Moderadora: Mireia Julià Pérez

#### 227. LA EXCLUSIÓN SOCIAL. INSTRUMENTO DE SU MEDICIÓN A PARTIR DE DATOS DE ENCUESTA DE SALUD

M. Margolles, I. Donate, P. Margolles

Consejería de Sanidad; Facultad de Psicología UNED; Observatorio de Salud Asturias.

**Antecedentes/Objetivos:** La exclusión social es un problema social que cada día afecta a mayor proporción de población y se refiere a las personas que se encuentran fuera de las oportunidades vitales que definen las conquistas de una ciudadanía social plena. En este estudio intentamos generar un instrumento que nos permita conocer el proceso de integración-exclusión social a partir de la información disponible en una Encuesta de Salud con objeto de conocer, contabilizar, comprender y prevenir la exclusión social en Asturias.

**Métodos:** Estudio descriptivo a partir de los datos de la Encuesta de salud Asturias en 2008 (ESA-2008). Aplicamos un modelaje de un instrumento de análisis descriptivo y estructural de aproximación a la exclusión social basado en las dimensiones laborales, económicas, culturales, personales y sociales. En cada una de ellas se seleccionan factores de exclusión e inclusión que son cuantificadas y ponderadas en los ítems relacionados de la ESA-2008. Se procede a lograr un índice de exclusión social, ponderado entre -10 y 70 puntos. Los resultados obtenidos son cuantitativos y se pueden categorizar en 4 niveles o zonas ordinales: Integración, Vulnerabilidad, Asistencia y Exclusión. Se analizan todos los indicadores por separado y en cada grupo dimensional mediante análisis factorial (cálculo de la matriz, extracción del número óptimo de factores, rotación de la solución y extracción de los valores

de los sujetos) y análisis de consistencia interna (mediante alfa de Cronbach) con el programa SPSS v15 para una adecuada reducción de la dimensionalidad de los datos.

**Resultados:** Se han recogido casi todos los indicadores que podrían ser objeto de utilización en la ESA-2008 y con ellos se han establecido los diferentes valores de cada dimensión tras el análisis factorial con resultados adecuados en el mismo de niveles de comunalidades y extracción de componentes principales con adecuadas matrices de autocorrelaciones y matrices anti-imagen. En cuanto a la consistencia interna las alfa de Cronbach alcanzan niveles de 0,90-0,92 intragrupos y de 0,82 entre grupos, todos ellos considerados óptimos o buenos, respectivamente, por lo que consideramos adecuado (tanto en su constructo, fiabilidad y consistencia) el modelo que puede ser aplicado a partir de datos de encuesta de salud.

**Conclusiones:** Con este estudio hemos logrado obtener un instrumento que mide el riesgo de exclusión social en una comunidad y que permita conocer a nivel local el riesgo de exclusión de una manera dinámica, procesual y estructural que afecta a grupos sociales y no meramente la medición de la pobreza que no es más que un estado de una persona en términos individuales. Consideramos conveniente que periódicamente se monitoricen estos procesos de inclusión-exclusión social.

#### 290. PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA Y SU REPERCUSIÓN EN LOS INDICADORES DE CALIDAD PREVENTIVA

M. de Prado Hidalgo, I. Olaya Caro, A. Blanco Aguilera, A. Rodríguez Torronteras, A. Varo Baena, R. Miñarro del Moral, M. Porras Povedano, M. Pérez Díaz, B. Guzmán Herrador

Hospital Universitario Reina Sofía; Distrito Sanitario Córdoba; USP-CEU; Delegación Provincial de Salud, Córdoba; Hospital de Río Tinto.

**Antecedentes/Objetivos:** Los Indicadores de Calidad de Prevención (PQI) se obtienen de los datos al alta hospitalaria e identifican la calidad de atención a condiciones sensibles a cuidados ambulatorios, de manera que podría haber sido evitado el ingreso o reducido su gravedad si la atención se hubiera producido antes o de forma más apropiada, con evidencia científica de ello. Nosotros queremos comprobar si el nivel de Privación Socioeconómica (Índice sintético de Nivel Socioeconómico: ISNSE) influye en la Calidad de prevención, provocando que las áreas más deprimidas tengan peores indicadores.

**Métodos:** Hemos utilizado el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los años 2008 y 2009 de nuestro hospital de referencia (Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba) y con ellos hemos construido los PQI, siguiendo la metodología de la Agency for Healthcare Research and Quality. De ellos hemos utilizado el PQI90 (Tasa de ingresos global por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios). A cada ingreso se le ha adjudicado el nivel de ISNSE correspondiente a la sección censal donde vive. Este índice de privación socioeconómica va de 1 para las secciones censales más favorecidas a 5 para las más desfavorecidas. Para el cálculo de la tasa de ingresos se ha tomado la población media durante el período. Se ha construido un modelo de regresión lineal con La Tasa de ingresos global por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios como variable dependiente y el ISNSE como variable independiente. Se ha comprobado que se satisfacen las condiciones de aplicabilidad del modelo, normalidad de los errores, homocedasticidad, independencia de los errores, coeficiente de determinación. Se ha usado el software estadístico SAS V9.3.

**Resultados:** Córdoba está dividida en 224 secciones censales. 41 de nivel 1, 30 de nivel 2, 53 de nivel 3, 51 de nivel 4 y 49 de nivel 5. Las tasas de ingresos global fueron, expresadas en por mil, 4,12, 5,76, 5,56, 9,31, 8,08 para las secciones censales con nivel de índice de Privación Socioeconómica 1, 2, 3, 4 y 5, respectivamente. El modelo de regresión lineal es  $PQI = 3,03 + 1,16 \cdot ISNSE$ , coeficiente de determinación 0,10,  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** La tasa de ingresos global por condiciones sensibles a los cuidados ambulatorios está relacionada con el nivel de privación socioeconómica, siendo más alta en las áreas de peor nivel socioeconómico.

#### 140. ACSC Y ZONAS BÁSICAS DE SALUD EN ASTURIAS

M. Margolles, I. Donate, P. Margolles

*Observatorio de Salud en Asturias; Facultad de Psicología, UNED.*

**Antecedentes/Objetivos:** La elevada capacidad resolutoria de la AP debe implicar una disminución de los ingresos hospitalarios. Los ingresos por ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) indican problemas de salud que se podrían prevenir con alguna intervención del primer nivel asistencial. Una tasa elevada de ACSC expresaría una atención subóptima que se definiría como atención inadecuada en tipo, localización, intensidad u oportunidad para el problema de salud que se está tratando atendiendo al grado de eficiencia del sistema abordando cada problema de salud en su nivel más adecuado. El Observatorio de la Salud estudia los resultados y determinantes de salud en Asturias a nivel municipal. Se considera interesante trasladar el modelo a la unidad geográfica de referencia la ZBS. En este estudio se pretende conocer la distribución de los ACSC a nivel geográfico con la ZBS como unidad geográfica.

**Métodos:** Estudio transversal descriptivo a partir de los datos de los datos de CMBD entre 2006-2010. Se analizan aquellos ACSC registrados en CMBD en Asturias en ese período de tiempo por ZBS con el cálculo de su tasa de incidencia según su población asignada con su patrón geográfico. Se analizan los ACSC de los períodos 2006-07 y 2009-10 para todas las ZBS y Zonas Especiales de Salud analizando las diferencias geográficas así como los cambios en ACSC producidos entre ambos períodos. Los cambios se analizan mediante análisis de comparación de medias con la prueba T para muestras independientes para un nivel de significación de 5% unilateral con el programa SPSS V15 en función del tipo de gestión. Los mapas se realizan con modelización con GVSig 1.1. Se muestran mapas de evolución y distribución.

**Resultados:** Los resultados muestran que existen grandes diferencias en tasas de ACSC entre las diferentes ZBS y ZES en Asturias. Las diferencias entre algunas de ellas son claramente significativas. Asimismo, se ha observado una caída más acusada de las tasas de ACSC en EAP en los últimos años, mayor en ZBS con gestión clínica. Se presentan los datos en formato tabla y múltiples mapas para todas las ZBS y ZES en distintos períodos de tiempo y su comparación.

**Conclusiones:** Los ACSC pueden asimismo estar influidos por pautas de uso de servicios sanitarios, cercanía a hospitales y prevalencias específicas de determinadas patologías. No obstante, no creemos que estos aspectos externos sean los que guíen estos resultados en la comparación entre EAP, sino más bien los usos habituales de práctica clínica en cada EAP. Algunos EAP se han integrado en procesos de gestión clínica a mediados del período de análisis y han encontrado mejores resultados que el resto de EAP. Los autores consideran que se debe integrar la este tipo de análisis en la evaluación de la actividad del sistema.

#### 119. PREVALENCIA DE EPOC DIAGNOSTICADA A PARTIR DE REGISTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA (COMUNIDAD DE MADRID)

L.V. Carreño Ibáñez, M.D. Esteban-Vasallo, M.F. Domínguez-Berjón, J. Astray Mochales, R. Génova Maleras, E. Barceló González, L.M. Blanco Ancos

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos; Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa importante de morbi-mortalidad, de inciden-

cia creciente y fuertemente asociada al consumo de tabaco. La prevalencia poblacional se estima en torno al 10% de la población, con un infradiagnóstico cercano al 70%. El objetivo de nuestro estudio fue estimar la prevalencia de EPOC diagnosticado en personas a partir de 40 años en la Comunidad de Madrid (CM) y su distribución en función de edad, sexo y nivel socioeconómico.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. A partir de los registros clínicos de Atención Primaria (AP) del sistema sanitario público de la CM se obtuvieron los pacientes a partir de 40 años con diagnóstico de EPOC a fecha 30 de septiembre de 2010 (códigos CIAP R95, R79 y R91). Se recogió además información sobre sexo, edad y comorbilidad, y en función de la zona básica de salud se asignó un nivel socioeconómico mediante un índice de privación elaborado a partir de 5 indicadores del censo 2001: desempleo, instrucción insuficiente (total y en jóvenes), trabajadores manuales y asalariados eventuales, que se categorizó en quintiles. Se estimaron prevalencias por sexo, edad y nivel socioeconómico, calculándose tasas brutas y ajustadas por edad (método directo).

**Resultados:** La prevalencia de EPOC diagnosticado fue de 3,1% (N = 93.797), 4,8% en hombres y 1,6% en mujeres. La media de edad fue de 71,4 (DE 11,9) años. La prevalencia más elevada se detectó en mayores de 74 años (15,9% en hombres y 3,6% en mujeres). El 50,7% de los pacientes presentaba también hipertensión arterial y un 20,5% diabetes mellitus. Por quintiles de nivel socioeconómico se observó un gradiente en las prevalencias para hombres (tasa estandarizada por mil: 34,6, IC95%: 34,0-35,2 en el quintil más favorecido y 63,2, IC95%: 63,2-64,2 en el más desfavorecido), que no se detectó en las mujeres, aunque también había diferencias estadísticamente significativas entre el quintil más favorecido y el más desfavorecido (13,1, IC95%: 12,8-13,5 vs 15,1, IC95%: 14,7-15,6).

**Conclusiones:** Las prevalencias obtenidas confirman el elevado infradiagnóstico existente en esta patología. Se observan grandes variaciones en la prevalencia en función de la edad, sexo y nivel socioeconómico. La historia clínica electrónica de AP es una herramienta útil para conocer la distribución y características de los pacientes con EPOC. Los patrones epidemiológicos y de desigualdades sociales en salud son similares a los ya conocidos para el consumo de tabaco y la mortalidad por EPOC.

#### 380. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN GIPUZKOA

I. Mozo, M. Basterrechea, R. Sancho, I. Tamayo

*Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa; CIBERESP; Instituto de Investigación Biodonostia.*

**Antecedentes/Objetivos:** Entre los años 1995-2011, la incidencia de tuberculosis (TBC) en Gipuzkoa disminuyó un 62%, a pesar de lo cual se mantiene por encima de la media de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La incidencia de esta enfermedad está asociada a factores de riesgo individuales, pero también se asocia con variables contextuales que pueden afectar de distinta manera a hombres y mujeres. Objetivo: conocer la relación entre incidencia de TBC en Gipuzkoa y el nivel socioeconómico por sexo, así como su relación con variables biológicas y de contexto.

**Métodos:** Estudio transversal a partir de los datos de incidencia de TBC entre 2003 y 2009 obtenidos del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria, que realiza búsqueda activa de casos desde el año 1995. Como variable de nivel socioeconómico se ha utilizado el Índice de Privación calculado a nivel de sección censal con los datos del Censo 2001 (Esnaola et al. Gac Sanit 2006;20(1):16-24) y se ha asignado de forma ecológica a partir del domicilio del caso en el momento de su notificación. Se han calculado las tasas de incidencia por sexo e índice de privación estandarizadas por edad. Se utilizaron modelos de Poisson multinivel considerando la sección censal como el segundo

nivel y la edad, la incidencia de TBC entre 1995 y 2001 por comarca y el porcentaje de extranjeros llegados entre 1995 y 2001 (extraído del Censo 2001) como variables de ajuste.

**Resultados:** De los 1.273 casos registrados se pudo asignar sección censal a 1.248. Se observa una asociación entre la incidencia y el nivel de privación en ambos sexos. La razón de tasas estandarizada por edad entre los niveles extremos del índice de privación son 1,78 (IC = 1,56-2,03) para los hombres y 1,75 (IC = 1,49-2,06) para las mujeres. En el análisis multinivel las siguientes variables muestran una asociación significativa: en los hombres, la edad (RR para 25-44 años: 2,41 IC = 1,93-3,01; para  $\geq 45$  años: 1,95 IC = 1,56-2,44), nivel de privación (RR para nivel 3: 1,32 IC = 1,01-1,73; para nivel 4: 1,57 IC = 1,19-2,08; para nivel 5: 1,68 IC = 1,25-2,24) y proporción de extranjeros (RR 1,19 IC = 1,03-1,38); en las mujeres, la edad (RR para 25-44 años: 1,88 IC = 1,40-2,52; para  $\geq 45$  años: 1,40 IC = 1,05-1,87), nivel de privación 5 (RR 1,66 IC = 1,16-2,40), tasa de incidencia por 1000 en el periodo 1995-2001 (RR 2,17 IC = 1,03-4,57). Los porcentajes de varianza de segundo nivel explicada son 54% y 31% respectivamente para hombres y mujeres.

**Conclusiones:** La incidencia de TBC se asocia con el índice de privación en ambos sexos, de forma lineal entre los hombres. El resto de variables contextuales afectan de distinta manera según el sexo.

## 128. INTERVENCIONES PARA DISMINUIR DESIGUALDADES EN LA ATENCIÓN SANITARIA AL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

G.J. Rodríguez

Hospital Universitario Puerta del Mar; Escuela Andaluza de Salud Pública.

**Antecedentes/Objetivos:** La depresión mayor es una de las enfermedades que produce mayor discapacidad y pérdida en calidad de vida a nivel mundial. Sujetos con determinadas características socioeconómicas, de género o étnicas pudieran verse afectados en mayor escala debido a que dichas características pudieran constituirse en factores de riesgo. Objetivo: revisar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones realizadas en y desde el sistema sanitario para disminuir las desigualdades sociales en el cuidado de la salud mental de pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, en los países de la OCDE.

**Métodos:** Revisión sistemática de la literatura con una búsqueda exhaustiva de información en las principales fuentes bibliográficas (Embase, Pubmed, Web of knowledge, Cinahl, Cochrane Database of Systematic Reviews) y otras fuentes menores. Se incluyeron estudios llevados a cabo en países de la OCDE, con diseños epidemiológicos de tipo: ensayos clínicos aleatorizados, cuasi-experimentales y cohortes con grupo control, que investigaban la efectividad de las intervenciones en relación a la disminución de desigualdades en salud, no hubo restricción por idioma ni fecha de publicación. Dos evaluadores independientes hicieron la evaluación de los estudios incluidos, usando el Effective Public Health Practice Project- calidad metodológica y el checklist del Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2004 - nivel de evidencia científico.

**Resultados:** 22 estudios cumplieron los criterios, en su mayoría realizados en los Estados Unidos y con un período de publicación 1994 hasta 2009. Los ejes de desigualdad más citados fueron el socioeconómico, el territorio, la etnia. Tanto la calidad metodológica como la efectividad son en su mayoría media-alta.

**Conclusiones:** El 77% de los estudios provienen de los Estados Unidos. Los principales ejes de desigualdad son el nivel socioeconómico, el territorio y la etnia. Las minorías más estudiadas son la latina y la afroamericana. Las intervenciones están dirigidas en un 64% al tratamiento. El 68% de los estudios corresponde a ensayos clínicos aleatorizados y el 82% de las intervenciones poseen una efectividad media-alta.

## 87. CLASIFICACIÓN DE 33 CIUDADES ESPAÑOLAS PARA EL ESTUDIO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD. PROYECTO MEDEA

J.A. Quesada, A. Nolasco, I. Melchor, J. Moncho, P. Pereyra-Zamora, N. Tamayo-Fonseca, O. Zurriaga, M.A. Martínez-Beneito

Universidad de Alicante; Registro de Mortalidad CV; Dirección General de Salud Pública; CSISP.

**Antecedentes/Objetivos:** El proyecto MEDEA persigue entre sus objetivos describir la evolución de las desigualdades socioeconómicas en mortalidad en ciudades españolas. El objetivo de este trabajo ha sido caracterizar y clasificar 33 ciudades participantes en el proyecto de acuerdo con sus indicadores socioeconómicos básicos y magnitud de la mortalidad evitable prevenible.

**Métodos:** Para las 33 ciudades participantes se utilizaron los indicadores básicos del proyecto MEDEA; porcentajes de trabajadores manuales, desempleados, trabajadores temporales, bajo nivel educativo general y bajo nivel educativo en jóvenes (de 16 a 19 años) basados en el censo de 2001, por secciones censales. La mortalidad correspondió al conjunto de defunciones por causas evitables prevenibles (T. tráquea, Cirrosis, SIDA y VIH, Accidente motor, Suicidio, Homicidio, Resto de externas) ocurridas en el periodo 1996-2007, calculando tasas estandarizadas por el método directo (hombres, mujeres y total), y separando en dos periodos, 1996-2001 y 2002-2007. Para cada ciudad se utilizó además una clasificación de nivel socioeconómico (NSE) para sus secciones, en 3 grupos: Más favorecido (todos los indicadores por debajo del percentil 25, menos favorecido (todos los indicadores por encima del percentil 75) e intermedio (el resto). Se aplicó un análisis de clúster para clasificar las ciudades y análisis discriminante para comprobar el papel discriminante de las variables estudiadas.

**Resultados:** Los indicadores estudiados presentaron variabilidad entre ciudades. En hombres todas las ciudades disminuyeron sus tasas de mortalidad del primer al segundo periodo. En mujeres esto no fue así en Pamplona, Pontevedra, Sta. Cruz de Tenerife, Zaragoza y Avilés. El análisis de clúster permitió evidenciar dos grupos de ciudades diferenciadas por criterios socioeconómicos y de mortalidad. Las variables 'porcentaje de trabajadores manuales', 'porcentaje de secciones censales en el nivel más desfavorecido' y 'tasa estandarizada en hombres' resultaron las más discriminantes de los grupos.

**Conclusiones:** Aunque sin grandes diferencias, y condicionado por las variables estudiadas, los grupos identificados sugerirían un cierto patrón Sur-Este (peor situación) vs Norte (mejor situación) con alguna excepción. Los resultados obtenidos pueden contribuir a interpretar la comparación de las desigualdades internas entre ciudades.

Financiación: FIS-FEDER Expdte. 080330 y resto expedientes Grupo Medea.

## 485. MORTALIDAD Y CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA EN ASTURIAS

J.C. Alonso Lorenzo

Universidad de Oviedo; GAP de Oviedo.

**Antecedentes/Objetivos:** Este trabajo es una primera exploración de la utilización de información de mortalidad para evaluar desigualdades, a partir de un Convenio entre la Universidad de Oviedo y el Instituto Nacional de Estadística (INE) que pretende describir la situación de la mortalidad en función de distintos parámetros socioeconómicos. El Objetivo de este trabajo es identificar las diferencias, en términos de mortalidad, en Asturias en la población entre 40 y 64 años según la el indicador Condición Socioeconómica (CSE) en los años 2002 a 2008.

**Métodos:** Se estudiaron todas las defunciones entre los años 2002 y 2008, en las que se pudieron identificar las características de la CSE

obtenida de la explotación de la operación censal de 2001. La CSE tiene resultados válidos para el 57,4% de la población incluida en el censo de Asturias. Se agregaron los 18 grupos de CSE que emplea el INE en 8 nuevos estratos. Se calculó el Índice de Mortalidad Estandarizada (IME), utilizando como referencia el estrato de estatus supuestamente superior: Empresarios con asalariados y Directivos. Se calcularon las tasas de mortalidad con estandarización directa, para poder aplicarlas en el índice de efecto y los índices de desigualdad, a partir de una reordenación de las categorías de riesgo socioeconómico. Todos los indicadores se obtuvieron por separado para cada sexo. La estandarización de tasas y los indicadores de desigualdad se obtuvieron con Epidat 4.0.

**Resultados:** Se contabilizó la información de 5.535 defunciones en las que se pudo obtener el valor de la CSE, de ellos el 73,8% eran hombres. La población de referencia eran 219.223 habitantes del Censo de entre 40 y 64 años y con información de CSE, el 51,2% hombres. En hombres los IME más alejados fueron el estrato "Operarios no especializados": 157,2 (IC95% 135,8-181,1); seguido por el estrato que engloba "Personal administrativo, comercial y de Servicios": 137,3 (IC95% 129,0-146,0) y los "empresarios sin asalariados" 119,3 (IC95% 108,4-130,9). En mujeres el IME para "Operarios no especializados" fue 136,3 (IC95% 102,7-177,4) en el resto de estratos el intervalo de confianza rebasa el 100. El Índice de desigualdad de la pendiente es -19,8 y el índice relativo de desigualdad acotado presenta un valor de 1,65.

**Conclusiones:** Los resultados parecen confirmar que existe una diferencia de mortalidad condicionada por el estatus socioeconómico, que en este caso se aprecia a través del indicador de condición socioeconómica. No obstante los resultados difieren entre sexos, por lo que sería necesario profundizar en las causas del diferente comportamiento, tal vez vinculado a defectos de los instrumentos de recopilación de explotación de datos socioeconómicos a nivel individual puede permitir identificar aspectos de desigualdad sanitaria de sumo interés.

### 332. DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA EN LA MORTALIDAD POR CÁNCER COLORRECTAL EN ÁREAS PEQUEÑAS DE LOS MUNICIPIOS DE CARTAGENA-LA UNIÓN Y MURCIA

L. Cirera Suárez, M. Ballesta Ruiz, D. Salmerón Martínez, C. Navarro Sánchez

*Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad, Murcia; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar la desigualdad socioeconómica en la mortalidad por cáncer colorrectal por sexo en las secciones censales de los municipios de Cartagena-La Unión y Murcia.

**Métodos:** Estudio ecológico de mortalidad por cáncer colorrectal (CIE-10: C18-C21) en 146 secciones censales (SC) de Cartagena-La Unión, y en 295 Murcia, que suman, respectivamente, 199.227 y 370.745 habitantes del censo 2001. Los periodos estudiados fueron los años 1996-2001 y 2002-2007. Se calculan las Razones de Mortalidad Estándar (RME) por SC en base a los casos esperados por SC, tomando como referencia las tasas de mortalidad por grupos de edad en cada agrupación municipal y sexo. Se utiliza el índice de privación socioeconómica MEDEA en quintiles, como variable explicativa a) referida a la menor privación; y b) al primer periodo. Para la estimación del riesgo relativo (RR) e intervalos de credibilidad al 95% (ICr5%) se ha empleado el modelo espacial de Besag, York y Mollié, ajustado por la interacción privación-periodo, y estratificando por sexo, en R-INLA. Se ha representado la cartografía de los distintos indicadores de las agrupaciones municipales.

**Resultados:** Se han observado 900 casos en Cartagena-La Unión (61% mujeres) y 1.037 en Murcia (44% mujeres), en los periodos estu-

diados. La probabilidad posterior de observar excesos en la RME suavizada según sexo y ciudad ha sido baja, aunque ha aumentado en el segundo periodo en mujeres de Murcia, y ha disminuido en ambos sexos en Cartagena-La Unión. Los RR según quintil de privación y sexo no han presentado asociación. En relación al primer periodo, se ha observado un RR = 1,71 (ICr95%, 1,05 a 2,62) en mujeres de Murcia en el segundo periodo.

**Conclusiones:** Las ciudades presentan evoluciones algo diferentes en mortalidad. Las diferencias socioeconómicas en áreas pequeñas en la mortalidad por cáncer colorrectal son mínimas. Se hace necesario profundizar en el estudio de las desigualdades sociales en la mortalidad.

Financiación: FIS PI081713.

### 515. URBANIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

M.F. Domínguez-Berjón, A. Gandarillas, M.J. Soto, M.I. Marta

*DG Atención Primaria; DG Ordenación e Inspección, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Comunidad de Madrid (CM) es fundamentalmente urbana: 53% de la población en el municipio de Madrid (MM) y 40% en la corona metropolitana. En la distribución de la mortalidad por cáncer de pulmón en la Comunidad de Madrid (CM) se observa un exceso en el MM. El objetivo es analizar la distribución de las muertes por esta causa en el MM, en la corona metropolitana y resto de la región, por sexo y edad (< 65 y 65 y más años) y analizar si las diferencias persisten al tener en cuenta edad, factores socioeconómicos y ambientales.

**Métodos:** Estudio ecológico transversal. La población de estudio son los fallecidos por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (CIE 10 C33, C34) entre 2001 y 2007 y residentes en la CM, datos cedidos por el Registro de Mortalidad del Instituto de Estadística regional. A partir del censo de 2001 se ha elaborado un índice de privación socioeconómica (metodología del proyecto Medea) y se ha calculado el porcentaje de personas que refieren percepción de malos olores en el entorno (aproximación a la contaminación atmosférica). Los fallecidos y población (padrón 2005) por sección censal (n = 3.906, seccionado 2001), por sexo y 20 grupos de edad, se agregaron por zonas (MM, corona metropolitana y resto), por quintiles de privación y quintiles del indicador de percepción de malos olores. Analizando por sexo, menores de 65 y mayores de 64 años, se aplicaron modelos de regresión de Poisson para obtener los RR de mortalidad en la zona metropolitana y resto respecto al MM, ajustados por edad, privación socioeconómica y percepción de malos olores.

**Resultados:** Los fallecidos fueron 12.556 hombres (66% mayores de 64 años) y 2.250 mujeres (56% mayores de 64 años). El 65% de ellos (72% de mujeres y 64% de hombres) vivía en el MM. Existe una asociación de la mortalidad con la privación tanto en hombres (gradiente positivo) como en mujeres (gradiente inverso) así como con la percepción de malos olores (gradiente positivo). Una vez ajustado por los indicadores anteriores y por edad, y tomando como referencia el MM, las menores diferencias se observan para la mortalidad de hombres mayores de 64 años (en la zona metropolitana RR 0,99; IC95% 0,94-1,04; y en el resto RR 0,84; IC95% 0,75-0,93) y las mayores para las mujeres menores de 65 años (en la zona metropolitana RR 0,73; IC95% 0,63-0,85; y en el resto RR 0,51; IC95% 0,34-0,76).

**Conclusiones:** Dada la asociación del cáncer de pulmón con el consumo de tabaco, este estudio pone de manifiesto la asociación entre el grado de urbanización y el inicio de la epidemia de tabaquismo y de forma diferencial para mujeres y hombres.

Financiación: FIS: PI081017.

## 160. DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD POR CAUSAS Y NIVEL DE ESTUDIOS EN ANDALUCÍA: UN ANÁLISIS CON DATOS INDIVIDUALES

M. Ruiz-Ramos, F. Viciano Fernández, D. Ramiro Fariñas, J. García León

*Consejería de Salud de Andalucía; Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía; Centro Superior de Investigaciones Científicas.*

**Antecedentes/Objetivos:** Las personas de los estratos sociales más altos tienen menor mortalidad que los que ocupan posiciones más bajas y estas desigualdades se establecen en forma de gradiente de menor a mayor mortalidad dependiendo de la posición que ocupan en la escala social.

**Métodos:** Con los datos procedentes del Registro Estadístico de Población de Andalucía se estimaron, por un lado, las defunciones por causa y sexo de las personas mayores de 34 años fallecidas en Andalucía entre 2002 y 2010 y su máximo nivel de estudios alcanzado, y por otro, las personas tiempo de la población andaluza por estas mismas características. Las causas clasificadas mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión se agregaron en una lista corta, y el nivel de estudios se clasificó en analfabetos, estudios primarios, medios y altos. Con estos datos se calcularon tasas de mortalidad brutas (Tb), y ajustadas por edad y sexo (Ts) mediante la población estándar europea por sexo, causas y nivel de estudios. Además se construyeron las razones de Ts entre los distintos niveles de estudios y el nivel más alto, así como las razones de sexos.

**Resultados:** En Andalucía se produjeron un total de 502.007 defunciones, un 47% correspondieron a mujeres y un 53% a hombres. Por nivel de estudios la distribución fue: analfabetos 16,6%, primarios 65,3%, medio 13,6% y alto 4,5%. Las Tb y Ts presentaron una mayor mortalidad general en las personas analfabetas frente a los de estudios superiores, con una razón de Ts de 2 en las mujeres y de 2,1 en los hombres. En ambos sexos existió un gradiente de mayor a menor mortalidad a medida que aumentaba el nivel de estudios. Las desigualdades de género se mantuvieron en torno 1,8, con un ligero descenso en los de nivel de estudios superior, siempre por debajo de las desigualdades entre los niveles de estudios extremos. Por causas, en todos los niveles de estudios dominaron las causas crónico-degenerativas agregadas en el grupo de no transmisibles, seguidas de las transmisibles y causas externas con diferencias entre niveles de estudios y género. Especialmente llamativas son las causas externas en los hombres analfabetos, que alcanzaron el mayor riesgo de mortalidad tres veces y media mayor que los de nivel alto.

**Conclusiones:** En Andalucía existe una clara desigualdad social en la mortalidad medida con indicadores individuales de nivel de estudios como indicador de nivel socioeconómico. Estas desigualdades se presentan en forma de gradiente entre los cuatro niveles de estudios establecidos, y las desigualdades en mortalidad general entre los niveles extremos son mayores que las existen entre hombres y mujeres.

## 208. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS Y MORTALIDAD EN LOGROÑO. PROYECTO MEDEA II

N. Izco Goñi, C. Moreno Iribas, J. Delfrade Osinaga

*Epidemiología y Prevención Sanitaria, La Rioja; Instituto de Salud Pública de Navarra; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).*

**Antecedentes/Objetivos:** El objetivo del estudio es describir la evolución de las desigualdades en la mortalidad total y específica y su relación con las desigualdades socioeconómicas de las secciones censales de Logroño en el periodo 1996-2007.

**Métodos:** Estudio ecológico con las secciones censales como unidad de análisis. Los datos de mortalidad proceden del Registro de Mortalidad de La Rioja, los datos de población proceden del INE y los indicadores

socioeconómicos del Censo de Habitantes, Población y Viviendas del año 2001. El índice de privación de cada sección censal se calculó utilizando la metodología propuesta por Domínguez-Berjón et al. Incluye 5 indicadores: (a) porcentaje de mayores de 16 años buscando empleo; (b) porcentaje de población con menos de 5 años de escolarización o que no completaron estudios básicos; (c) porcentaje de jóvenes de 16-29 años sin formación; (d) porcentaje de trabajadores manuales; y (e) porcentaje de trabajadores eventuales. Para cada sección se ha estimado la razón de mortalidad estandarizada suavizada. Con una regresión ecológica se ha estudiado la asociación entre la mortalidad y el índice de privación para cada sexo, mediante el riesgo relativo (RR).

**Resultados:** Las secciones censales del quintil más desfavorecido, situadas en el norte de la ciudad en su mayoría, presentan en comparación a las unidades censales con menor privación una mortalidad total más alta entre los hombres (RR = 1,20; IC95%: 1,12-1,28) y entre las mujeres (RR = 1,17; IC95%: 1,08-1,26). En los hombres encontramos asociación significativa entre la mortalidad y el índice de privación para el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer de estómago, cirrosis hepática, accidentes de tráfico, sida, y sobredosis. Los mayores RR se encontraron para la mortalidad por Sida, sobredosis y accidentes de tráfico. En las mujeres encontramos asociación en la mortalidad por cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cirrosis hepática, suicidio y por trastornos mentales. Los mayores RR se registraron para la mortalidad por cirrosis, sida y suicidio.

**Conclusiones:** Se han identificado las zonas de la ciudad con peor índice de privación y mayor mortalidad. Como en la mayoría de las 11 ciudades participantes en el MEDEA I, se encontró relación para la mortalidad total y el índice de privación. El exceso de mortalidad entre los hombres de las secciones más desfavorecidas, en torno al 20%, encontrado en Logroño es menor que el encontrado en ciudades como Sevilla, Madrid o Málaga. La mayoría de las causas de mortalidad específicas asociadas con la deprivación económica se relacionan con factores como el consumo de tabaco, alcohol o las drogas.

Financiación: ISCIII (PI081785).

## 279. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN POBLACIÓN NATIVA E INMIGRANTE EN ESPAÑA EN EL PERIODO 1999-2008

J. Moncho, P. Pereyra-Zamora, A. Nolasco, N. Tamayo, I. Melchor, L. Maciá

*Unidad de Investigación de Análisis de la Mortalidad y Estadísticas Sanitarias, Universidad de Alicante; Registro de Mortalidad de la CV, Conselleria de Sanitat; Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante.*

**Antecedentes/Objetivos:** La población inmigrante en España se ha incrementado en más de un 380% durante la última década. Si bien la mortalidad por todas las causas ha descendido en todo el territorio, se desconoce si ha afectado por igual a la población nativa e inmigrante. El objetivo de este trabajo es describir la evolución de las posibles diferencias en mortalidad general y por grandes grupos de causas entre la población nativa e inmigrante residente en España entre 1999 y 2008.

**Métodos:** La población inmigrante en España se ha incrementado en más de un 380% durante la última década. Si bien la mortalidad por todas las causas ha descendido en todo el territorio, se desconoce si ha afectado por igual a la población nativa e inmigrante. El objetivo de este trabajo es describir la evolución de las posibles diferencias en mortalidad general y por grandes grupos de causas entre la población nativa e inmigrante residente en España entre 1999 y 2008.

**Resultados:** Durante 1999-2008, la evolución de la TEM evidenció un descenso progresivo y significativo del riesgo de muerte en ambos grupos poblacionales. En la población inmigrante el descenso fue más acusado (-54,8% en hombres y -49,0% en mujeres) que entre los nativos (-17,8% y -16,6% respectivamente). Las TEM muestran que este descen-

so progresivo se ha dado en casi todos los grandes grupos de causas, en ambas poblaciones. Se observa un riesgo relativo de muerte (RR) debido a las neoplasias y las enfermedades respiratorias inferior entre los inmigrantes (0,63 en hombres y 0,93 en mujeres), mientras que en el caso de las causas externas es más elevado que el de los nativos (1,42 en hombres y 1,44 en mujeres). Por lugar de nacimiento, los mayores descensos de mortalidad se han dado entre los inmigrantes procedentes del Norte de Europa, Europa Oriental, Europa Occidental, Europa del Sur, y América Latina-Caribe.

**Conclusiones:** La reducción de la mortalidad ha sido significativamente superior en la población inmigrante que partía de una situación de desventaja al inicio del periodo y estrecha progresivamente las diferencias hasta revertir la situación al final del mismo. La magnitud de este efecto varía en función de la causa de muerte y país de nacimiento. Es importante continuar con el seguimiento de estas estadísticas para valorar la tendencia de mortalidad entre la población inmigrante como consecuencia de la crisis económica y el efecto de la reforma en el sistema sanitario español.

Financiación: FIS-FEDER PI080805.

---