

022 - Comunicación Oral/Oral communication

Desigualdades sociales II

Social inequalities II

Viernes 3 de Octubre / Friday 3, October

9:00:00 a/to 11:00:00

Moderador/Chairperson:
Teresa Brugal

SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN MORTALITY IN THE BASQUE COUNTRY

Santiago Esnaola Sukia*, Elena Aldasoro Unamuno*, Rosa M^a Ruiz Fernández*, Covadonga Audicana Uriarte**, Yolanda Pérez Díez*, Montserrat Calvo Sánchez*

*Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, España. **Servicio de Registros e Información Sanitaria, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, España.

Introduction: Previous studies on socioeconomic inequalities in health in the Basque country have been limited to self-perceived health. The aim of this study was to describe socioeconomic inequalities in mortality in the Basque country during the 1996-1999 period.

Methods: Data on deaths were obtained from the mortality registry of the Basque country. In view of the poor quality of socioeconomic data in death certificates, the socioeconomic characteristics of the census section (mean number of inhabitants: 1,257) were assigned to each death. We used principal components analysis to calculate a socioeconomic index combining the proportion of persons with less than 12 years of schooling, the proportion of unemployed persons, the proportion of unskilled manual workers, and the proportion of households with low living standards. Age-adjusted mortality rates were estimated for each sex and age group (0-64 years old, 65 and older) for the quintiles of the socioeconomic index. Poisson regression models were fitted to estimate the age-adjusted rate ratios (RR) comparing the socioeconomic index quintiles, taking the more affluent quintile as the reference category.

Results: Inequalities in mortality according to the socioeconomic index followed a gradient in both sexes and in the two age groups, with higher mortality in more deprived areas. When comparing the more extreme socioeconomic quintiles, the greatest inequalities were observed among men aged 0-64 (RR: 1.56; 95% CI: 1.5-1.7). The RR among women aged 0-64 was 1.15 (95% CI: 1.1-1.2), similar to those of men and women aged 65 and older, which were 1.10 (95% CI: 1.0-1.2) and 1.11 (95% CI: 1.1-1.2) respectively. With regard to the causes of death (ICD-9), among men aged 0-64 the RR were higher for drug overdose (3.64), chronic obstructive pulmonary disease (3.53) and cirrhosis (2.43); among women 0-64 years old for cirrhosis (2.20), ischaemic heart disease (1.68) and cerebrovascular disease (1.45), and an inverse association was observed for lung cancer (0.50) and breast cancer (0.89). After 65 years, among men the main differences were for suicide (1.64), cirrhosis (1.57) and chronic obstructive pulmonary disease (1.42); among women for stomach cancer (1.40), cirrhosis (1.35) and cerebrovascular disease (1.17), and only breast cancer showed an inverse association (0.74).

Conclusions: This ecologic analysis could underestimate the magnitude of inequalities observed with individual level data. However, this study illustrates the potential utility of small-areas socioeconomic indicators both to determine the relevance of mortality inequalities and identify priorities for interventions. A similar analysis with data from previous years has provided information to formulate the health policies on social inequalities in the Basque country.

¿IMPORTA EL TAMAÑO? UNA EXPLORACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE EL GASTO GUBERNAMENTAL TOTAL Y LA SALUD

Alvaro Franco-Giraldo*, Diana Gil**, Carlos Álvarez-Dardet***

*Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia. **Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, España. ***Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, España.

Antecedentes: El tamaño del Estado ha sido objeto de intenso debate político y económico en las últimas décadas. Diversos organismos económicos internacionales, incluso, han incorporado requisitos de reducción del gasto público entre sus políticas. Sin embargo, todavía no existen investigaciones que traten de vincular la reducción del gasto público total en un Estado y su impacto en la situación de salud de una población. Este estudio se plantea como objetivo explorar las conexiones entre el gasto público estatal y las de una selección de indicadores de salud en una muestra de noventa países de todo el mundo en la última década.

Métodos: Los datos correspondientes al gasto público como porcentaje del PIB y al PIB per cápita (variables explicativas) se han obtenido de las estadísticas oficiales del Fondo Monetario Internacional (FMI). Se incluyeron como indicadores de salud, Mortalidad Infantil, Mortalidad Materna y Esperanza de Vida, obtenidas de los Informes de Desarrollo Humano (IDH) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se encontró información para todos estos indicadores circa 1990 y 2000 en un total de 90 países. Se realizó un análisis descriptivo de la evolución del gasto público en estos países y su distribución por regiones (países desarrollados, países en transición, Latinoamérica y el Caribe, Asia y Oceanía y países en desarrollo), y comparaciones según cuartiles de PIB per cápita y de gasto público como porcentaje del PIB. Posteriormente, se construyó un modelo de regresión múltiple para aislar el efecto neto del gasto público sobre los indicadores de salud.

Resultados: En la última década, el tamaño del Estado (gasto público central como % del PIB) se ha mantenido en el mundo, convergiendo hacia el final de la década, alrededor de una media de 28% (s= 10.3; cv= 36.8%), pero aún dentro de un amplio rango (min. 7.80%, max. 53.50%) según regiones y países. Los indicadores de salud han mejorado significativamente, con excepción de la esperanza de vida al nacer. Sin embargo, hay retroceso de ellos en algunos países pobres de África y Asia, afectados por el bajo gasto público. Tanto el gasto público, como el PIB per cápita y la región (especialmente África) predicen significativamente los indicadores de salud. El efecto del tamaño del Estado tiene especial importancia sobre la mortalidad infantil ($r^2=0.16$; $\beta=-0.399$; $p<0.001$).

Conclusiones: El presente estudio tiene limitaciones como la reducida ventana temporal utilizada o no haber tenido en cuenta otras variables como el servicio de la deuda externa. No obstante, se ha encontrado un efecto neto del tamaño del Estado, aislado o asociado a otros factores, sobre los indicadores de salud que debe tenerse en cuenta en el debate político y epidemiológico.

SOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH THE RENOUNCEMENT OF HEALTHCARE FOR INSUFFICIENT FINANCIAL MEANS IN UNDERPRIVILEGED URBAN AREAS IN THE PARIS REGION, FRANCE, 2001

Pierre Chauvin, Fabienne Bazin, Isabelle Parizot

Social determinants of health and utilization of care, INSERM U444, Paris, France.

Introduction: In France, universal access to healthcare is theoretically guaranteed through the Social Security system. Nevertheless, 24% of the population claims that they are compelled to refrain from using healthcare services for insufficient financial means, according to regular national representative studies. The incidence of such renouncement has been reported to be higher for the younger, the poorer and/or those with a less extensive Social Security coverage. We aimed to estimate the role of living conditions, social integration, health beliefs and various other individual psychosocial characteristics.

Methods: 525 individuals living in 5 underprivileged areas in Paris region were enrolled in a cross-sectional multicenter representative study in 2001. Statistical associations between such a renouncement and psychosocial characteristics were examined using logistic regression models adjusted on age, gender, household size, chronic disease, health insurance status, income and occupation levels. Bootstrap methods allowed us to evaluate the qualities of our final model.

Results: Such a renouncement was more frequent among people who whose income was <550 € (OR=3.24 CI95%=1.58-6.67), without any family doctor (OR=2.16 CI95%=1.09-5.16), with a chronic disease (OR=2.16 CI95%=1.13-4.13), any life-course experience of physical, sexual or psychological abuse (OR=3.40 CI95%=1.68-6.86), a low sickness orientation (OR=2.44 CI95%=1.25-4.75), a low health priority (OR=3.05 CI95%=1.51-6.18). We observed also a dose-response relationship with the number of striking childhood events and with the level of perceived self-esteem.

Conclusion: This study highlights the importance of taking into account psychosocial determinants (social disruptions and integration, life events, health behaviors, and psychological factors) in addition to the socio-economic status of individuals, when studying inequalities in access and utilization of healthcare services.

269

SOCIAL CLASS AND SELF-REPORTED HEALTH STATUS AMONG MEN AND WOMEN: WHAT IS THE ROLE OF WORK ORGANISATION, HOUSEHOLD MATERIAL STANDARDS AND HOUSEHOLD LABOUR?

Carme Borrell¹, Carles Muntaner², Joan Benach³, Lucía Artazcoz⁴

¹Servicio de Información Sanitaria, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España. ²Department of Behavioral and Community Health, University of Maryland, Baltimore, USA. ³Unidad de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. ⁴Servicio de Salud Laboral y Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España.

Introduction: Social class understood as social relations of ownership and control over productive assets taps into parts of the social variation in health that are not captured by conventional measures of social stratification. The objectives of this study are to analyse the association between self-reported health status and social class and to examine the role of work organisation, material standards and household labour as potential mediating factors in explaining this association.

Methods: We used the Barcelona Health Interview Survey, a cross-sectional survey of 10,000 residents of the city's non-institutionalised population in 2000. This was a stratified sample, strata being the 10 districts of the city. The present study was conducted on the working population, aged 16-64 years (2,345 men and 1,874 women). Social class position was measured with Erik Olin Wright's indicators according to ownership and control over productive assets, as well as ownership of credentials. The dependent variable was self-reported health status (1=fair, poor or very poor; 0=very good, good). The independent variables were social class, age, psychosocial and physical working conditions, job insecurity, type of labour contract, number of hours worked per week, possession of appliances at home, as well as household labour (number of hours per week, to do the housework alone and having children, elderly or disabled at home). Several hierarchical logistic regression models were performed by adding different blocks of independent variables, obtaining adjusted OR (aOR). The role of the potential mediating factors was studied analysing the reduction of aOR of social class after the introduction of these factors in the models.

Results: Among men the prevalence of poor reported health was higher among small employers and petit bourgeois, supervisors, semi-skilled (aOR: 4.92; 95% CI: 1.88-12.88) and unskilled workers (aOR: 7.69; 95% CI: 3.01-19.64). Variables of work organisation were the main explanatory variables of social class inequalities in health, although material standards also contributed. Among women, only unskilled workers had poorer health status than the referent category of manager and skilled supervisors (aOR: 3.25; 95% CI: 1.37-7.74). Contrary to men, the number of hours per week of household labour was associated with poor health status (aOR: 1.02; 95% CI: 1.01-1.03). Although among women working conditions were the main mediating factors, household material deprivation and hours of household labour per week were also important, and remained associated with poor health status in the full model.

Conclusions: Our findings suggest that among men, part of the association between social class positions and poor health can be accounted for psychosocial and physical working conditions and job insecurity. Among women, the association between the worker (non-owner, non-managerial, and un-credentiated) class positions and health is substantially explained by working conditions, material well being at home and amount of household labour.

270

PREVALENCIAS DE INYECCIÓN Y PRÁCTICAS DE RIESGO EN JÓVENES CONSUMIDORES DE HEROÍNA DE MADRID Y BARCELONA EN 1995 Y 2002

Teresa Brugal*, Luis Royuela**, Estela Díaz de Quijano*, Nuria Valls*, María José Bravo***, Gregorio Barrio**. Proyecto Itinere

*Servicio de Epidemiología -IMS-, Agencia de Salud Pública, Barcelona, España. **Observatorio Español de Drogas, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, España. ***Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España.

Antecedentes: En la segunda mitad de los noventa las políticas de reducción de daño han experimentado un gran desarrollo, por lo que se hace imprescindible evaluar su impacto en las prácticas de riesgo.

Métodos: En 2001-2002 se ha llevado a cabo un estudio transversal de ingreso a una cohorte de jóvenes (30 años o menos) consumidores de heroína captados íntegramente en la comunidad: 396 en Madrid y 323 en Barcelona. En 1995 se realizó otro estudio transversal en el que el 50% de la muestra se reclutó entre los que iniciaban tratamiento y el otro 50% en la comunidad, seleccionándose los de 30 años o menos: 207 en Barcelona y 199 en Madrid. En ambos casos la captación comunitaria se realizó mediante personas claves que conocen los escenarios de consumo y por métodos de referencia en cadena. En el presente análisis se han empleado métodos uni y bivariados, evaluándose las comparaciones con el test de Ji cuadrado y considerándose significativas con una $p < 0,05$.

Resultados: En Barcelona descienden significativamente los indicadores sobre prevalencia de inyección, mientras en Madrid no lo hacen: el porcentaje de los que se han inyectado alguna vez pasa del 88% al 78% en Barcelona (70% y 65% en Madrid), el de los que lo han hecho en los últimos 12 meses del 84% al 75% (48% y 49% en Madrid), en los últimos 30 días del 82 al 67 (32% y 40% en Madrid), y el de los que tienen la inyección como vía principal del 81% al 64% (20% en Madrid en ambos periodos). Entre los que se han inyectado, en ambas ciudades desciende muy significativamente el porcentaje de los que se han inyectado alguna vez con jeringas usadas por otros (72% y 42% en Barcelona; 61% y 39% en Madrid), y el de los que lo han realizado en los últimos 12 meses (35% y 20% en Barcelona y 29% y 17% en Madrid), pero el de los que lo hicieron en los últimos 30 días no descendió significativamente en Madrid (18% en 1995 y 12% en 2002) o incluso aumentó casi significativamente en Barcelona (8% y 13%). Las prácticas indirectas de compartir material de inyección (inyectarse o dar droga disuelta en jeringuilla usada por otros) también descendieron situándose en el 2002 por debajo del 20% en los últimos 12 meses, aunque no pudo evaluarse la significación, por haberse preguntado para los últimos 30 días en 1995.

Conclusiones: En Barcelona ha disminuido la inyección entre los consumidores de heroína, mientras en Madrid prácticamente no. Entre los inyectores han disminuido las prácticas de riesgo entre los mas esporádicos, mientras parece mantenerse entre los habituales.

Financiado por FIPSE 3035/99.