

DESIGUALDADES DE SALUD 2

Viernes 7 de octubre de 2011. 15:30 a 17:00 h

Aula 1 - Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Modera: Xurxo Hervada

418. DESIGUALDADES EN SALUD ENTRE LA POBLACIÓN DE MADRID NACIDA EN LA CIUDAD Y EN EL RESTO DE ESPAÑA

J.M Díaz Olalla^a, N. Aerny^b, A. Antona^a, M. Esteban^b, D. Malmusi^c,
U. Martín^d, A. Bacigalupe^{d,e}

^aInstituto de Salud Pública, Ayuntamiento de Madrid; ^bConsejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; ^cAgència de Salut Pública de Barcelona; ^dDepartamento de Sociología 2, UPV-EHU; ^eDepartamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: Los centros de desarrollo económico de España recibieron importantes contingentes de ciudadanos procedentes de zonas más deprimidas del país durante la segunda mitad del

siglo XX. La ciudad de Madrid fue uno de los polos de atracción de este éxodo junto con Catalunya y el País Vasco. Estudios realizados en estas dos últimas comunidades autónomas muestran que la población que migró del resto del Estado tiene actualmente peores niveles de salud que la población autóctona, parcial pero no totalmente explicados por su peor posición socioeconómica. Este trabajo pretende identificar desigualdades en la salud autopercebida de dichas poblaciones en los residentes en Madrid y, de encontrarse, su posible asociación con otros factores sociodemográficos.

Métodos: Estudio transversal de población no institucionalizada de 50 a 79 años nacida en el Estado español con datos de la Encuesta de Salud de la ciudad de Madrid de 2005 (n = 2.619). Se utilizaron modelos log-binomiales para calcular razones de prevalencia (RP) de mala salud autopercebida, según lugar de nacimiento (ciudad de Madrid o resto del Estado), ajustadas por edad y estratificadas por sexo y clases sociales (no manuales y manuales).

Resultados: Las personas migradas de otras zonas del Estado presentan peor salud autopercebida que las nacidas en la ciudad de Madrid, en especial las mujeres (RP ajustadas por edad en mujeres 1,55 con un IC 95% 1,24-1,93; en hombres 1,25 con IC 95% 0,96-1,62). Tras estratificar por clase social, observamos que tales diferencias persisten en las mujeres pertenecientes a clases manuales permaneciendo significativas en este grupo (RP ajustada por edad 1,46 con un IC 95% 1,08-1,97). No sucede así entre los hombres y mujeres de clases sociales no manuales.

Conclusiones: La población migrada internamente en España durante la segunda mitad del siglo XX constituye más de la mitad de los residentes en la ciudad de Madrid entre los 50 y los 79 años de edad. Presentan peor salud autopercebida que los nacidos en Madrid. Estas diferencias son mayores en las mujeres que en los hombres y, en ellas, el efecto puede ser atribuido, en parte, a la importante proporción de mujeres de clases sociales más desfavorecidas que componen el grupo de migrantes. Otros estudios tendrían que analizar el fenómeno en otros indicadores de salud, el peso que puedan tener otras características socioeconómicas condicionantes y las posibilidades de incidir desde las políticas en la modificación de estas desigualdades.

432. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD. COMUNIDAD DE MADRID, 1994-2007

A. Gandarillas, F. Domínguez, M.J. Soto, M.I. Marta, M. Ordozabal

Dirección General de Atención Primaria; Dirección General de Ordenación e Inspección.

Antecedentes/Objetivos: Describir la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad general en dos cortes transversales de 7 años, según sexo y grupos de edad.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias en el que la población de estudio son los fallecidos entre 1994 y 2007 residentes en la Comunidad de Madrid (CM), datos que proceden del Registro de Mortalidad del Instituto de Estadística Regional. Se comparan dos períodos: 1994-2000 (P1) y 2001-2007 (P2). Los fallecidos por sección censal de P1 (N.º secciones = 3.697) y de P2 (N.º secciones = 3.906) se agregaron por quintiles de privación socioeconómica. Para el primer período la población e indicadores socioeconómicos son del padrón de 1996 y para el segundo del censo de 2001. Mediante análisis de componentes principales, se ha construido el índice de privación socioeconómica elaborado en el proyecto MEDEA a partir de 5 indicadores censales/padrónales: desempleo, instrucción insuficiente (total y en jóvenes), trabajadores manuales y asalariados eventuales. Se aplicaron modelos GMRF (Gaussian Markov Random Fields), concretamente modelo BYM

y procedimiento INLA (Integrated Nested Laplace Approximation), suponiendo una distribución de Poisson para los casos observados. Se presentan los RR de mortalidad y su intervalos de credibilidad (IC 2,5-97,5) para población de 20 y más años, por quintiles de privación socioeconómica, tomando como referencia el de menor privación (Q1), en cada período, sexo y grupos de edad (20-39, 40-59, 60-79, 80 y más años).

Resultados: En ambos períodos y en hombres, todos los grupos de edad, salvo los > 80 años, muestran asociación positiva significativa de la mortalidad con la privación económica; en mujeres esto se observa entre los 20 y 59 años. En cuanto a evolución destaca el grupo de 40 a 59 con incremento de las desigualdades en mortalidad en hombres con RR (IC) de: P1: Q2 = 1,23 (1,15-1,30); Q3 = 1,40 (1,32-1,50); Q4 = 1,52 (1,43-1,64); Q5 = 1,88 (1,76-2,02); P2: Q2 = 1,32 (1,25-1,40); Q3 = 1,64 (1,55-1,74); Q4 = 1,85 (1,75-1,96); Q5 = 2,24 (2,12-2,39); en mujeres: P1: Q2 = 1,02 (0,94-1,09); Q3 = 1,09 (1,01-1,18); Q4 = 1,12 (1,04-1,22); Q5 = 1,25 (1,16-1,37); P2: Q2 = 1,06 (0,99-1,14); Q3 = 1,20 (1,12-1,30); Q4 = 1,20 (1,12-1,30); Q5 = 1,43 (1,33-1,55). Para el resto de edades, la evolución es estable.

Conclusiones: A diferencia de otros estudios, no observamos cambios significativos en la evolución de las desigualdades socioeconómicas en mortalidad general, salvo un discreto incremento en los hombres entre 40 a 59 años. Posteriores análisis confirmarán estos resultados según causa de muerte.

Financiación: FIS: PI081017.

498. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD POR LESIONES EN BARCELONA

M. Gotsens, M. Marí-Dell'Olmo, K. Pérez, L. Palència, M. Rodríguez-Sanz, C. Borrell

CIBER Epidemiología y Salud Pública, Agència de Salut Pública de Barcelona, Institut d'Investigació Biomèdica de Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: En España, existe evidencia de que áreas con peores indicadores socioeconómicos presentan mayor riesgo de mortalidad por lesiones pero se desconocen las tendencias de dichas desigualdades. El objetivo es describir la evolución de las desigualdades en la mortalidad por lesiones en las secciones censales de Barcelona entre 1996-2001 y 2002-2007.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias a partir de 2 períodos (1996-2001, 2002-2007). La unidad de análisis fue la sección censal del 2001. La población de estudio fueron los residentes en Barcelona entre 1996-2007. Las fuentes de información fueron el registro de mortalidad y el padrón de habitantes. Se calculó la razón de mortalidad estandarizada (RME) para el total de muertes por lesiones, donde las muertes esperadas para cada sección censal se obtuvieron a partir de las tasas de mortalidad de Barcelona del período 1996-2001. Se incluyó como variable explicativa un índice de privación socioeconómica categorizado en cuartiles usando como categoría de referencia las secciones con menor privación. Se representó la distribución geográfica del índice y de las RME. Se ajustó un modelo jerárquico bayesiano (modelo de Besag, York y Mollié) donde las muertes observadas siguen una distribución de Poisson para obtener riesgos relativos (RR) e intervalos de credibilidad al 95% (IC) entre la mortalidad y la privación, según sexo y período.

Resultados: El número total de defunciones por lesiones entre 1996-2001 es de 2.202 en hombres y 1.473 en mujeres, mientras que para 2002-2007 es de 2.349 y 1.770, respectivamente. Los mapas de mortalidad muestran una distribución similar al índice de privación en los dos períodos en los hombres. Para las mujeres los patrones son similares en el primer período, mientras que en el segundo las áreas del norte de la ciudad presentan menores RME pero mayor privación. Para los

hombres, el RR de morir aumenta a medida que aumenta la privación, siendo este patrón similar en ambos periodos pero de menor magnitud en el segundo (RRQ4 = 1,67; IC, 1,41-1,94 en 1996-2001 y RRQ4 = 1,34; IC, 1,19-1,51 en 2002-2007). Para las mujeres, en el primer periodo los RR aumentan al aumentar la privación (RRQ2 = 1,02; IC, 0,87-1,18; RRQ3 = 1,10; IC, 0,94-1,28; RRQ4 = 1,22; IC, 1,04-1,43), en el segundo no existe asociación.

Conclusiones: Los resultados muestran cómo las desigualdades socioeconómicas en mortalidad por lesiones se mantienen entre los hombres y desaparecen en las mujeres. En el futuro será necesario analizar diferentes tipos de lesiones para poder entender mejor estas evoluciones.

Financiación: FIS-PI081488.

583. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD EN 4 CIUDADES EUROPEAS. PROYECTO INEQ-CITIES

L. Palència, M. Gotsens, M. Marí-Dell'Olmo, C. Borrell, Grupo INEQ-CITIES

CIBER Epidemiología y Salud Pública, Agència de Salut Pública de Barcelona, Institut d'Investigació Biomèdica de Sant Pau.

Antecedentes/Objetivos: Existen desigualdades en la salud de la población según el nivel socioeconómico del área de residencia y éstas son más marcadas en zonas urbanas. El objetivo de este estudio es describir las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en áreas pequeñas de las ciudades de Barcelona, Londres, Praga y Zúrich durante los años 2000-2008.

Métodos: Estudio ecológico transversal. Las unidades de análisis fueron áreas pequeñas (definición exacta según ciudad) de las 4 ciudades incluidas en el estudio (número de áreas = 1.491, 633, 57 y 212). La población de estudio fueron las personas residentes en las 4 ciudades durante el periodo 2000-2008. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad y los institutos de estadística de los países estudiados. Como variables de privación socioeconómica del área se consideraron el porcentaje de personas desempleadas, el porcentaje de personas de clases manuales y el porcentaje de personas con instrucción insuficiente. Los análisis se estratificaron por sexo. Se calculó la razón de mortalidad estandarizada (RME) por edad según el método indirecto donde las muertes esperadas se obtuvieron a partir de las tasas por grupos de edad quinquenales de la propia ciudad. Para controlar la inestabilidad de las RME, éstas se suavizaron ajustando un modelo jerárquico bayesiano (modelo de Besag, York y Mollié) donde las muertes observadas seguían una distribución de Poisson. Se comparó la distribución espacial de las RME suavizadas (RME) con la de los indicadores de privación.

Resultados: El número total de defunciones fue de 143.952 en Barcelona, 488.551 en Londres, 63.492 en Praga y 33.012 en Zúrich. En Barcelona, los percentiles 25 y 75 de las RME fueron de 92,3 y 106,3 en hombres y 93,7 y 105,6 en mujeres mientras que en Praga fueron de 96,7 y 102,8 en hombres y 98,6 y 101,6 en mujeres. En todas las ciudades el patrón de las RME fue más parecido al de la privación en hombres que en mujeres. El desempleo y la instrucción insuficiente fueron los indicadores con un patrón más parecido a la mortalidad, aunque en diferente grado según la ciudad. En Praga la similitud entre patrones no fue tan evidente.

Conclusiones: Las desigualdades geográficas encontradas parecen asociarse a la privación en el sentido de que áreas con mayor privación tienen mayor mortalidad, aunque lo hacen en diferente grado según la ciudad y el indicador estudiado. Los resultados hallados permitirán detectar zonas desfavorecidas y, por tanto, susceptibles de intervención.

Financiación: INEQ-CITIES, DG SANCO: 2008 12 13.

801. DESIGUALDADES SOCIALES, ECONÓMICAS Y POLÍTICAS EN SALUD PERCIBIDA EN ESPAÑA 1987-2006: ANÁLISIS MULTINIVEL

J.A. Córdoba Doña^a, M. Prieto Uceda^b, A. Escolar Pujolar^{a,c}

^aDelegación Provincial de Salud de Cádiz; ^bMedicina Preventiva, Hospital de Puerto Real, Cádiz; ^cMedicina Preventiva, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Antecedentes/Objetivos: Analizar la tendencia y los factores individuales y contextuales asociados a las desigualdades en salud percibida en las 7 Encuestas Nacionales de Salud realizadas en España.

Métodos: Estudio transversal de las ENS realizadas entre 1987 y 2006. La variable dependiente es salud percibida (muy mala, mala y regular frente a buena y muy buena). Se analizan por separado los dos sexos en dos periodos: 1987-97 (4 encuestas) y 2001-2006 (3 encuestas). Se elaboran modelos de regresión logística multinivel con "intercepts" aleatorios, empleando la comunidad autónoma (CA) como segundo nivel (n = 17). Como variable independiente individual se incluye el nivel de estudios. Como variables contextuales se analizan: coeficiente de Gini (1980), PIB per cápita (1980) y tendencia política predominante. El Gini se midió en incrementos de 0,05 unidades, el PIB en miles y la tendencia política en 3 categorías según el gobierno que predomina en la CA: 1) socialdemócrata entre 1983-2006; 2) socialdemócrata entre 1983-1995 y conservador/nacionalista hasta 2006, y 3) conservador/nacionalista entre 1983-2006. Como variables de ajuste se incluyen edad, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, estado civil y situación laboral.

Resultados: Se estudian 66.866 mujeres y 56.354 hombres. El menor nivel de estudios individual se asocia con una peor salud percibida en ambos sexos. Las desigualdades han aumentado en el tiempo, de forma similar en mujeres (periodo 1: sin estudios/universitarias OR = 2,69 IC [2,33-3,10]; periodo 2 OR = 3,79 IC [3,40-4,22]) y en hombres. La desigualdad económica en la CA se asocia con peor salud percibida, en ambos sexos, y es estable en el tiempo, con OR superiores a 1,20 en hombres y a 1,35 en mujeres. Un menor PIB per cápita se asocia con peor salud percibida en ambos sexos, con mayor fuerza y de manera significativa en el segundo período. El predominio de un gobierno autonómico socialdemócrata desde 1983 hasta 2006 se asocia a una mejor percepción de salud (mujeres: OR = 0,71 [0,57-0,90] y hombres: OR = 0,71 [0,60-0,84]) en el periodo 2001-2006. El predominio de esta tendencia sólo entre 1983 y 1995 influye en el mismo sentido aunque no es significativo.

Conclusiones: 1. La desigualdad en la percepción en salud según el nivel de estudios ha aumentado en España en los últimos 20 años. 2. La desigualdad relativa y absoluta de renta entre las CC.AA. se asocia de manera significativa con la percepción de mala salud. 3. El predominio de un gobierno autonómico socialdemócrata desde 1983 se asocia con un incremento importante de percepción de buena salud.

1021. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD POR NEUMONÍA. COMUNIDAD DE MADRID, 1996-2007

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 mortalidad por neumonía presenta una tendencia estable en las 2 últimas décadas y en la Comunidad de Madrid (CM) es superior al promedio de España. Se considera una causa de mortalidad evitable en menores de 75 años. Los objetivos son describir y analizar la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por neumonías, infecciones respiratorias agudas e in-

fluencia en las secciones censales de la CM, según sexo, en dos periodos de tiempo de 1996 a 2007.

Métodos: Estudio ecológico ($n = 3.906$) de tendencias. La población de estudio son los residentes en la CM fallecidos por neumonías, infecciones respiratorias agudas e influenza (CIE9: 480-486, 460-466 y 487; CIE10: A48.1, J12-J18 [excepto J18.2], J00-J06 [excepto J02.0, J03.0], J10-J11, J20-J22) y los datos proceden del Registro de Mortalidad del Instituto de Estadística regional. Se ha seguido la introducción del proyecto MEDEA 2 (mortalidad en áreas pequeñas españolas y desigualdades socioeconómicas y ambientales). Se comparan dos períodos: 1996-2001 (P1) y 2002-2007 (P2). Para cada sección censal se han calculado las muertes esperadas según estandarización indirecta interna (población de referencia, 1999 para P1 y 2005 para P2), se ha obtenido un índice de privación a partir del censo de 2001 y se han estimado las razones de mortalidad estandarizadas usando modelos bayesianos (procedimiento INLA). Se realiza regresión ecológica entre la mortalidad y la privación. Se presentan los RR de mortalidad y sus intervalos de credibilidad (IC 2,5-97,5) por sexo y quintiles de privación socioeconómica, tomando como referencia el de menor privación (Q1) en cada periodo.

Resultados: En ambos periodos se observa un patrón geográfico con exceso de mortalidad por neumonías, infecciones respiratorias agudas e influenza en la zona sureste del municipio de Madrid y este de la CM. Tanto en hombres como en mujeres se observa una tendencia a mayor mortalidad al incrementarse la privación, con valores similares en ambos sexos. Las desigualdades socioeconómicas son similares en ambos periodos: P1, hombres, RR Q5 = 1,34 (1,17-1,55) y mujeres RR Q5 = 1,36 (1,17-1,57) y en P2, hombres, RR Q5 = 1,27 (1,12-1,43) y mujeres RR Q5 = 1,26 (1,07-1,38).

Conclusiones: En la CM se observa una zona geográfica con mayor mortalidad por neumonías, infecciones respiratorias agudas e influenza. En la mortalidad por estas causas hay desigualdades socioeconómicas, que se mantienen estables en el periodo estudiado.

Financiación: FIS: PI081017.
