

DESIGUALDADES EN LA ESPERANZA DE VIDA EN LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE LA CAPV, 2006-2010.

Osagin Txostenak 2015-1
Investigación e innovación en salud poblacional



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Director de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria

Iñaki Berraondo Zabalegui

Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria

Montse Calvo, Santiago Esnaola

EUSTAT. Instituto Vasco de Estadística

Agradecimientos:

Departamento de Sociología 2. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

Unai Martín, Amaia Bacigalupe

Departamento de Salud

Estíbaliz Elorriaga, Maite de Diego, Elena Aldasoro, Covadonga Audicana, Puy Esparza, Jon Zuazagoitia

Traducción: IVAP. Herri Arduralaritzaren Euskal Erakundea. Itzultzaile Zerbitzu Ofiziala (IZO). Servicio Oficial de Traductores.

Autorización de uso:

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida:

Calvo M, Esnaola S. Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2006-2010.

Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2015

Edición: 1.ª Junio 2015

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud

Internet:

documento: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/adjuntos/ot2015_1.pdf

datos: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/adjuntos/datos.xlsx

1 RESUMEN

2 INTRODUCCIÓN

3 LA ESPERANZA DE VIDA EN LAS ZONAS BÁSICAS DE SALUD DE LA CAPV, 2006-2010

4 ESPERANZA DE VIDA EN LAS CAPITALES DE LA CAPV

5 DIFERENCIAS EN LA ESPERANZA DE VIDA ENTRE MUJERES Y HOMBRES

6 EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN LA CAPV Y EN SUS ZONAS BÁSICAS DE SALUD

7 CONCLUSIONES

1. PRINCIPALES RESULTADOS Y COMPARACIÓN CON LO OBSERVADO EN OTROS PAÍSES
2. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

8 ANEXO

1. MÉTODOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO DE LA ESPERANZA DE VIDA POR ZONAS BÁSICAS DE SALUD.
2. LIMITACIONES

9 REFERENCIAS

1

RESUMEN

La monitorización es la base para orientar y evaluar las intervenciones del Plan de Salud de Euskadi que están dirigidas a reducir las desigualdades sociales en salud. En este documento se actualiza, con datos hasta 2010, la información disponible sobre la distribución de la esperanza de vida al nacimiento por zonas básicas de salud en la CAPV, se describe la situación durante el periodo 2006-2010 y se valora el cambio respecto al quinquenio anterior (2001-2005).

En el periodo 2006-2010 la esperanza de vida al nacimiento (EV) en la CAPV fue de 78,1 años para los hombres y de 85,1 años para las mujeres. Mostró un patrón geográfico según las zonas básicas de salud (ZBS), con mayores valores en el sur y en el este, entre los hombres, y en el sudeste para las mujeres. Tanto en los hombres como en las mujeres, la esperanza de vida disminuyó al aumentar la privación socioeconómica del lugar de residencia. La brecha en la esperanza de vida entre las zonas básicas de salud con mejor y peor resultado fue de 10,5 años en los hombres y 7,0 años en las mujeres. La diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y la de los hombres (o déficit masculino) fue de 7 años. El mayor déficit masculino, de 11,2 años, se dio en Pasaia-San Pedro, y el menor, de 2,0 años, en Gasteiz-Sur.

En general, las zonas básicas de salud de Vitoria-Gasteiz tuvieron mejor esperanza de vida que las del resto de las capitales, tanto en hombres como en mujeres. Dentro de las capitales, Bilbao es la que mostró mayor desigualdad en la esperanza de vida de los hombres, con una brecha de 8,5 años, mientras que entre las mujeres la brecha (5,9 años) fue mayor en Vitoria-Gasteiz.

Respecto a 2001-2005, la esperanza de vida al nacimiento en el período 2006-2010 aumentó 1,6 años en los hombres y 1,3 años en las mujeres de la CAPV. Sin embargo, entre esos dos periodos, la brecha en la esperanza de vida por zonas básicas de salud aumentó casi un año en los hombres, y cerca de año y medio en las mujeres.

Las desigualdades en la esperanza de vida en áreas pequeñas, como son las zonas básicas de salud, con distinto perfil socioeconómico siguen siendo muy relevantes y han aumentado. Estos resultados permiten identificar las áreas de la CAPV que requieren mayores esfuerzos por parte de las políticas de salud y otras políticas sectoriales con impacto en la salud, y orientar las intervenciones recogidas en el Plan de Salud para reducir las desigualdades sociales en salud.

2 INTRODUCCION

Las desigualdades sociales en salud son uno de los principales problemas de salud pública al que tienen que hacer frente los países de nuestro entorno¹. En el contexto europeo, algunos países han puesto en marcha políticas para reducir las desigualdades en salud². Así mismo, en la CAPV, los planes de salud de 2002-2010 y 2013-2020 también incluyeron entre sus metas la reducción de las desigualdades sociales en salud, y propusieron el impulso y desarrollo de la monitorización de esas desigualdades³. La vigilancia o monitorización de las desigualdades en salud es un requisito para el buen gobierno de las políticas de salud: sus resultados son necesarios para informar las políticas de salud, orientar las intervenciones, evaluar sus resultados y mejorar la rendición de cuentas⁴. En este contexto, se publica este documento que actualiza la información disponible sobre la distribución de la EV por zonas básicas de salud en la CAPV⁵.

La esperanza de vida al nacimiento^a es una medida resumen de la mortalidad de una población, de más fácil comprensión que otros indicadores de mortalidad^{6,7} y permite detectar desigualdades en salud entre grupos de población. En estudios previos se había descrito la distribución por zonas básicas de salud^b de la EV para el periodo 2001-2005. En este trabajo se describe la distribución de la esperanza de vida al nacimiento en las zonas básicas de salud de la CAPV y en sus capitales, durante el periodo 2006-2010. Además, se describe el cambio en las desigualdades en la esperanza de vida entre los quinquenios 2001-2005 y 2006-2010. En el Anexo se recoge la metodología utilizada. En otro documento⁸ se presentan los resultados detallados para cada zona básica de salud.

^aLa esperanza de vida al nacimiento para un periodo es el número promedio de años que se espera viviría una persona recién nacida, si en el transcurso de su vida estuviera expuesta a las tasas específicas de mortalidad por edad de ese periodo.

^bLa zona básica de salud es aquella delimitación geográfica que sirve de referencia para la actuación del equipo de atención primaria de salud.

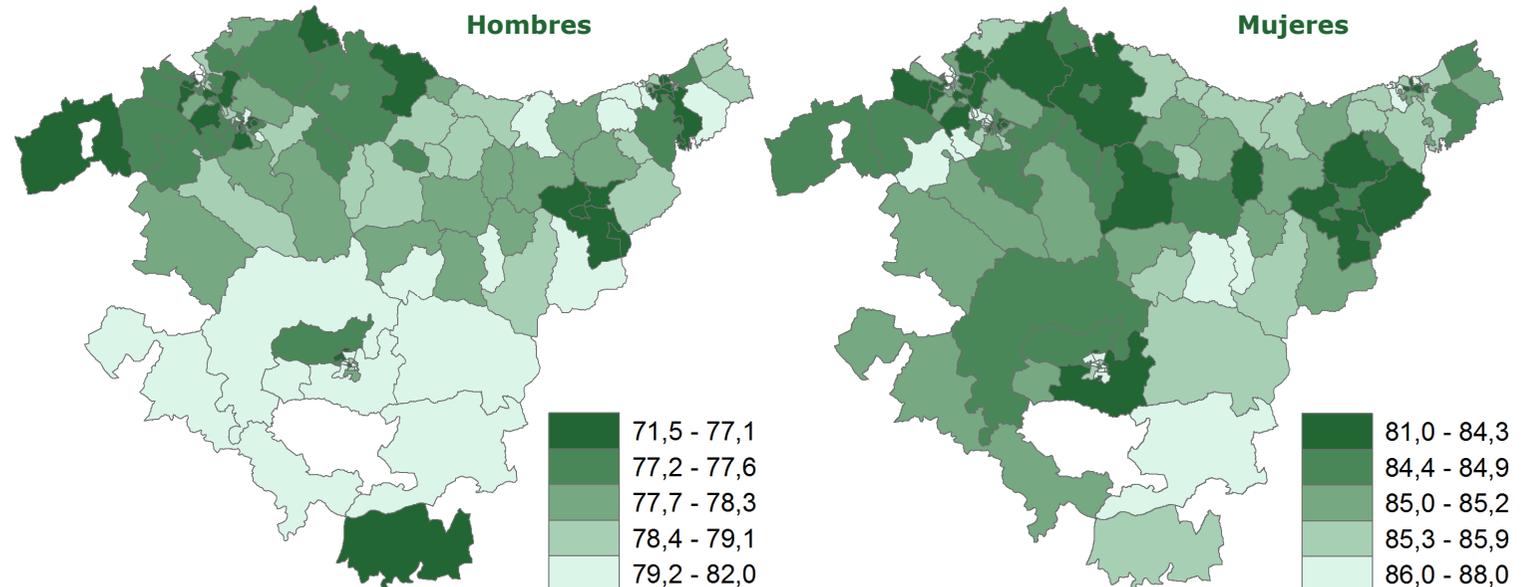
3 La Esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2006-2010

6

- La esperanza de vida al nacimiento (EV) en la CAPV muestra un patrón geográfico, con mayores valores en el sur y en el este, entre los hombres, y en el sudeste para las mujeres.
- Tanto en los hombres como en las mujeres, la esperanza de vida disminuye al aumentar la privación socioeconómica del lugar de residencia.
- La brecha en la esperanza de vida entre las zonas básicas de salud (ZBS) con mejores y peores resultados fue de 10,5 años en los hombres y 7,0 años en las mujeres.
- Las zonas básicas de salud con menor esperanza de vida son aquellas que mostraban una mayor privación socioeconómica

La esperanza de vida al nacimiento en las zonas básicas de salud de la CAPV siguió un patrón geográfico muy marcado en los hombres, con mayores valores en el sur y en el este, mientras que entre las mujeres destacó la mayor esperanza de vida en las zonas básicas del sudeste (Figura 1). Son de resaltar las diferencias entre hombres y mujeres en los rangos en la esperanza de vida: Las tres zonas básicas de salud con mayor esperanza de vida entre los hombres tuvieron una esperanza de vida similar a las cinco zonas con menores valores entre las mujeres.

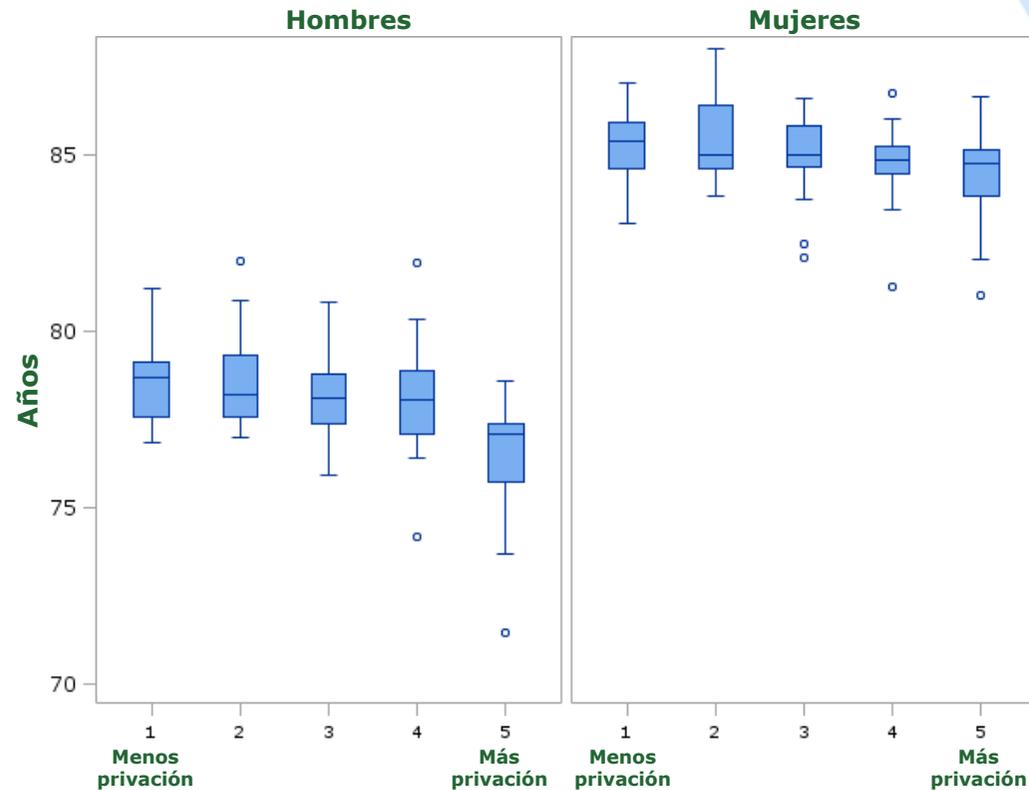
Figura 1. Esperanza de vida al nacimiento en las zonas básicas de salud de la CAPV. 2006-2010



3 La Esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2006-2010

El patrón geográfico de la esperanza de vida estaba asociado a las características socioeconómicas del área. En ambos sexos, se observa una relación gradual entre la esperanza de vida y la privación socioeconómica del área de residencia, que es mayor entre los hombres que entre las mujeres, de manera que la esperanza de vida disminuye al aumentar el grado de privación del área (Figura 2).

Figura 2. Esperanza de vida al nacimiento por zona básica de salud según el índice de privación y sexo, CAPV 2006-2010



Al valorar la distribución de la esperanza de vida por zonas básicas de salud se observa que en el quinquenio 2006-2010 se dieron diferencias muy relevantes en ambos sexos. En la Tabla 1 se presenta, para cada sexo, el ranking de las 10 zonas básicas de salud con mayor y menor esperanza de vida durante el periodo 2006-2010. Entre los hombres, la mayor esperanza de vida al nacimiento (82,0 años) se observó en la zona Gasteiz Sur, mientras que la menor (71,5 años) en Bilbao-La Vieja, lo que supuso una brecha entre ambas de 10,5 años. Además, se dio una agrupación geográfica de las zonas básicas de salud con mejores y peores resultados. De las 20 zonas básicas de salud que conforman Araba, 8 se encontraron entre las 10 mejores; en el lado opuesto, de las 20 zonas de la OSI Bilbao-Basurto, 4 se encontraron entre las 10 con peores resultados, siendo esas 4 zonas las que mostraban indicadores socioeconómicos más desfavorecidos. Entre las mujeres, la zona básica de salud con mayor esperanza de vida (88,0 años) fue Santa Lucía, y aquella con el valor menor (81,0 años) fue, al igual que entre los hombres, Bilbao-La Vieja, lo que supuso una brecha entre ambas de 7,0 años. De manera similar a lo que ocurre entre los hombres, Araba incluye la mayor parte de las áreas con mejores resultados, con 7 de las 10 zonas mejor clasificadas.

3 La Esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2006-2010

8

Tabla 1. Ranking de las 10 zonas básicas de salud con mayor y menor esperanza de vida (EV) al nacimiento, CAPV 2006-2010.

| Hombres | | | Mujeres | | |
|--|-------------|----------------------|--|-------------|----------------------|
| | EV | I. C. del 95% | | EV | I. C. del 95% |
| CAPV | 78,1 | (78,0 - 78,2) | CAPV | 85,1 | (85,0 - 85,2) |
| Zona básica de salud (OSI) | | | Zona básica de salud (OSI) | | |
| Gasteiz Sur (Araba) | 82,0* | (79,4 - 84,6) | Santa Lucia (Araba) | 88,0* | (85,9 - 90,2) |
| Montaña Alavesa (Araba) | 81,9* | (79,0 - 84,9) | Lakua-Arriaga (Araba) | 87,1 | (83,9 - 90,2) |
| Algorta (Uribe) | 81,2* | (80,1 - 82,3) | Gasteiz-Centro (Araba) | 87,0* | (86,1 - 88,0) |
| Lakua-Arriaga (Araba) | 80,9* | (78,4 - 83,3) | Montaña Alavesa (Araba) | 86,7 | (82,7 - 90,8) |
| Legazpi (Goierrri-Urola) | 80,8* | (79,2 - 82,5) | Zorroza (Bilbao-Basurto) | 86,7 | (85,2 - 88,1) |
| Aranbizkarra I (Araba) | 80,6* | (79,4 - 81,8) | Legazpi (Goierrri-Urola) | 86,6 | (84,5 - 88,7) |
| El Pilar (Araba) | 80,3* | (78,9 - 81,7) | Portugalete-Castaños (Ezkerra-Enkarterri-Cruces) | 86,6* | (85,5 - 87,7) |
| LLanada Alavesa (Araba) | 80,2* | (78,6 - 81,9) | Lakuabizkarra (Araba) | 86,5 | (83,6 - 89,5) |
| Alava Norte (Araba) | 80,1* | (78,5 - 81,6) | Gazalbide-Txagorritxu (Araba) | 86,5* | (85,3 - 87,7) |
| Valles Alaveses (Araba) | 79,9 | (78,0 - 81,9) | Aranbizkarra I (Araba) | 86,5* | (85,3 - 87,7) |
| | | | | | |
| Casco Viejo (Araba) | 76,1* | (74,7 - 77,4) | Abetxuko (Araba) | 83,7 | (79,5 - 87,9) |
| Intxaurreondo (Donostialdea) | 75,9* | (74,3 - 77,5) | Abanto-Muskiz (Ezkerra-Enkarterri-Cruces) | 83,7* | (82,6 - 84,7) |
| Abetxuko (Araba) | 75,7 | (72,6 - 78,8) | Casco Viejo (Bilbao-Basurto) | 83,4 | (81,8 - 85,1) |
| La Peña-Zamakola (Bilbao-Basurto) | 75,7* | (74,0 - 77,4) | Leioa-Centro (Uribe) | 83,0* | (81,9 - 84,2) |
| Sestao-Markonzaga-Kueto (Barakaldo-Sestao) | 75,6* | (74,6 - 76,6) | Intxaurreondo (Donostialdea) | 82,5* | (80,8 - 84,2) |
| Ortuella (Ezkerra-Enkarterri-Cruces) | 75,1* | (73,1 - 77,1) | Erandio-Desierto (Uribe) | 82,3* | (80,8 - 83,7) |
| Pasaia-San Pedro (Donostialdea) | 75,0* | (73,3 - 76,7) | Aranbizkarra II (Araba) | 82,1* | (80,1 - 84,0) |
| Casco Viejo (Bilbao-Basurto) | 74,2* | (72,6 - 75,8) | Otxarkoaga (Bilbao-Basurto) | 82,1* | (80,3 - 83,8) |
| Otxarkoaga (Bilbao-Basurto) | 73,7* | (72,1 - 75,3) | Ibarra (Tolosaldea) | 81,3* | (78,9 - 83,7) |
| Bilbao-La Vieja (Bilbao-Basurto) | 71,5* | (69,4 - 73,5) | Bilbao-La Vieja (Bilbao-Basurto) | 81,0* | (78,8 - 83,3) |
| Brecha (mayor EV-menor EV) | 10,5 | | | 7,0 | |

* Diferencias significativas respecto de la CAPV

^aI.C. : Intervalo de confianza

4

Esperanza de vida en las capitales de la CAPV

9

- En general, las zonas básicas de salud de Vitoria-Gasteiz tuvieron mejor esperanza de vida que las del resto de las capitales tanto en hombres como en mujeres.
- Dentro de las capitales, Bilbao es la que mostró mayor desigualdad en la esperanza de vida de los hombres, con una brecha de 8,5 años. Entre las mujeres la brecha (5,9 años) fue mayor en Vitoria-Gasteiz.

En lo que respecta a las capitales, la población de Vitoria-Gasteiz fue la que tuvo una mayor esperanza de vida al nacimiento en ambos sexos, mientras que Bilbao tuvo la menor (Tabla 2). Las diferencias entre las capitales en la esperanza de vida fueron distintas según el sexo. Mientras que entre los hombres la esperanza de vida en Vitoria-Gasteiz fue 1,5 años mayor que en Bilbao, esa diferencia fue de 0,6 años en las mujeres.

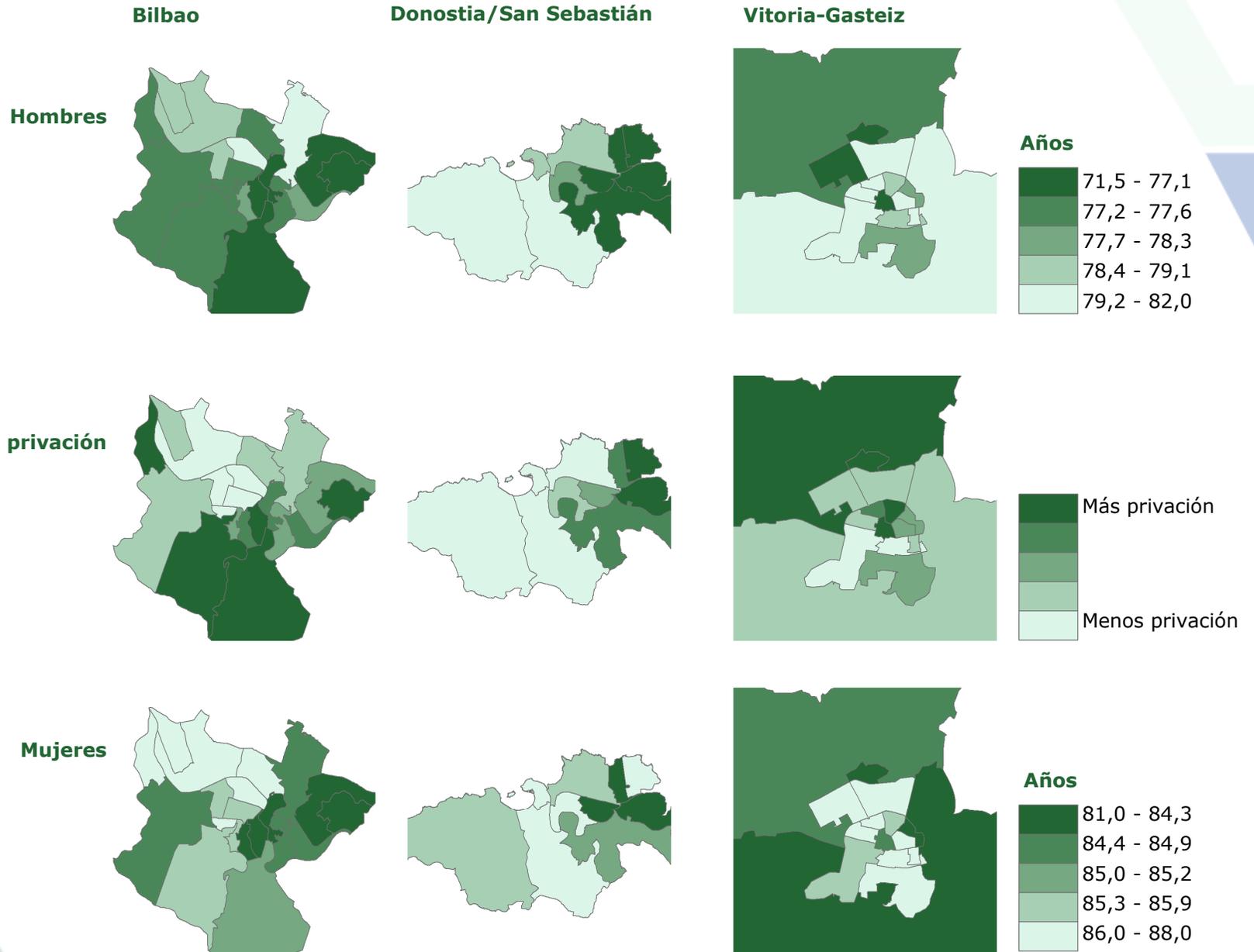
Tabla 2. Esperanza de vida al nacimiento (intervalo de confianza del 95%) en las capitales de la CAPV, 2006-2010

| | Hombres | | Mujeres | |
|--------------------------|---------|---------------|---------|---------------|
| Bilbao | 77,6 | (77,3 - 77,8) | 85,2 | (84,9 - 85,4) |
| Donostia / San Sebastián | 78,4 | (78,1 - 78,8) | 85,6 | (85,2 - 85,9) |
| Vitoria-Gasteiz | 79,1 | (78,7 - 79,4) | 85,8 | (85,4 - 86,1) |

También se observa un patrón geográfico en la esperanza de vida de las zonas básicas de salud de las capitales, que es especialmente marcado en Donostia-San Sebastián. En esta última ciudad, entre los hombres la esperanza de vida en las zonas del este, que son las de mayor privación socioeconómica, fue claramente menor a las del oeste, más favorecidas. En las mujeres, el patrón socioeconómico y geográfico también es evidente, si bien es algo menos claro que en el caso de los hombres

4 Esperanza de vida en las capitales de la CAPV

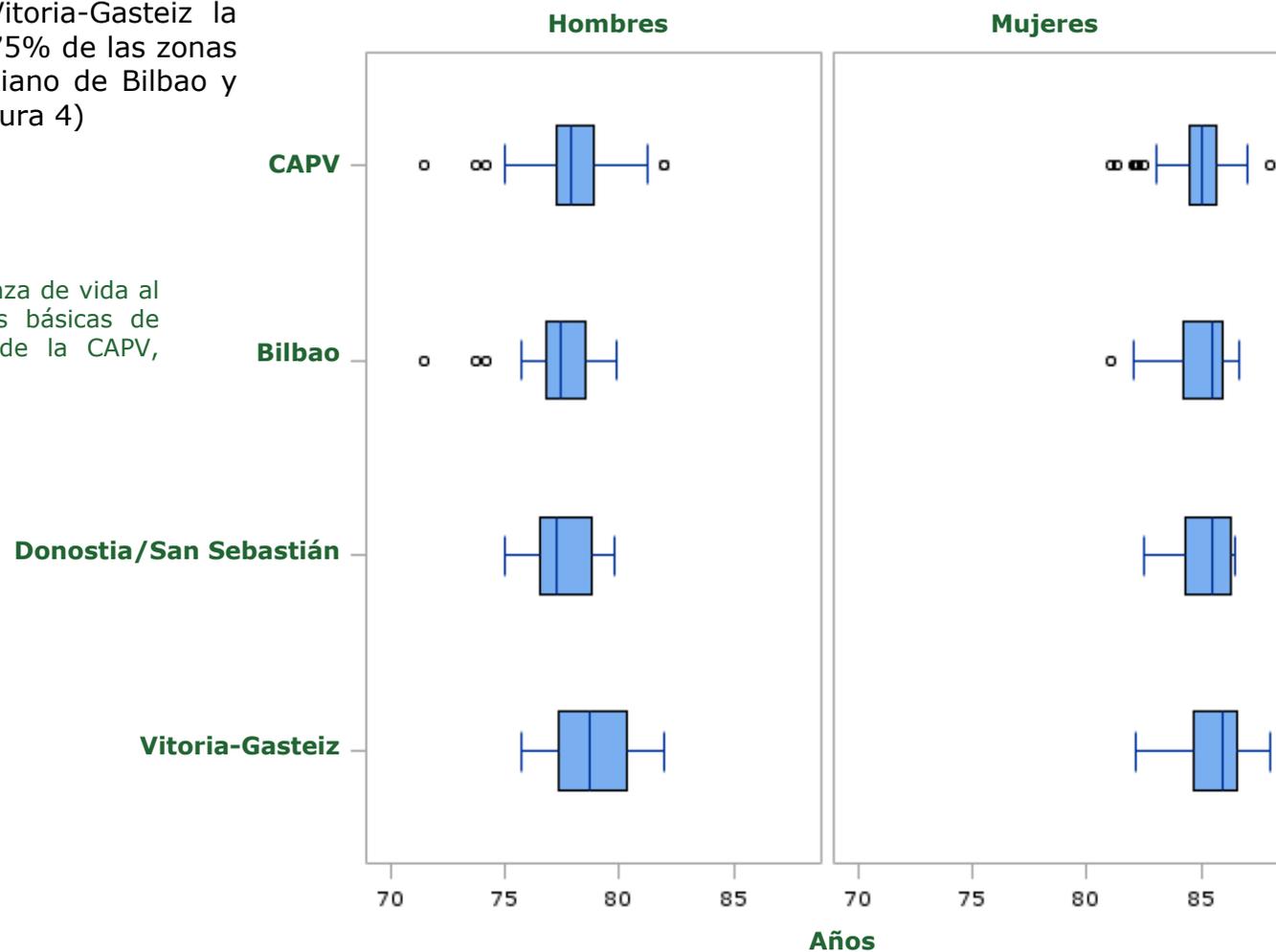
Figura 3. Esperanza de vida en las zonas básicas de salud de las capitales de la CAPV



4 Esperanza de vida en las capitales de la CAPV

En general, las zonas básicas de salud de Vitoria-Gasteiz tuvieron mayor esperanza de vida que las del resto de las capitales, tanto en los hombres como en las mujeres. Las diferencias entre las capitales fueron mayores en los hombres que en las mujeres. Es de notar que entre los hombres, en Vitoria-Gasteiz la esperanza de vida de más del 75% de las zonas está por encima del valor mediano de Bilbao y de Donostia-San Sebastián (Figura 4)

Figura 4. Distribución de la esperanza de vida al nacimiento en las zonas básicas de salud de las capitales de la CAPV, 2006-2010



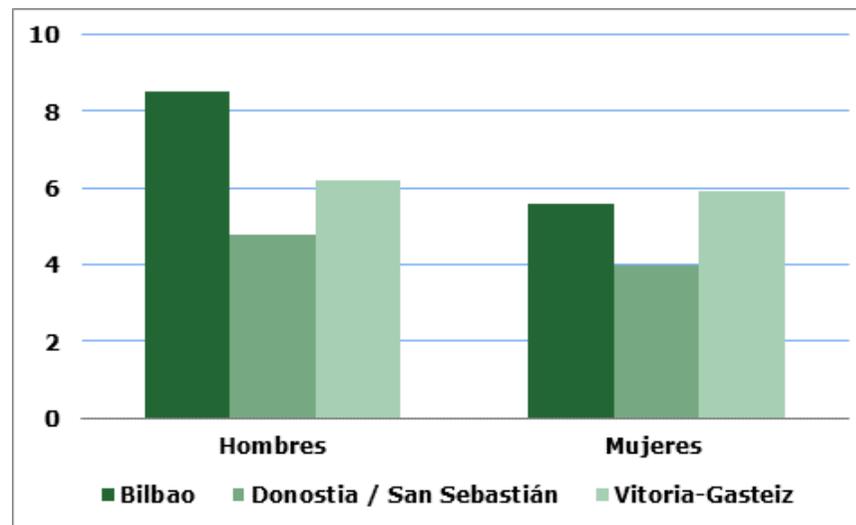
4 Esperanza de vida en las capitales de la CAPV

Dentro de las capitales, Bilbao es la que mostró mayor desigualdad en la esperanza de vida de los hombres, con una brecha de 8,5 años (Tabla 3). Entre las mujeres, la brecha (5,9 años) fue mayor en Vitoria-Gasteiz.

Entre los hombres, 4 de las zonas básicas de salud de Bilbao se encontraron entre las 10 de la CAPV con menor esperanza de vida. Los valores más bajos se mostraron en: Bilbao-La Vieja (71,5 años), Otxarkoaga (73,7) y Casco Viejo (74,2), que coinciden con zonas con peores indicadores socioeconómicos. En Donostia, las zonas con esperanza de vida más baja se localizaron en el este de la ciudad: Pasaia-San Pedro (75,0 años), Intxaurreondo (75,9), Bidebieta (76,5), Alza (76,6) y Amara-Loiola (76,9) mientras que en el oeste, las zonas básicas de salud de Ondarreta (79,2) y Amara (79,8) tienen la mayor esperanza de vida. En Vitoria-Gasteiz, las zonas básicas de salud El Pilar (80,3 años de ev), Aranzizkarra I (80,6), Lakua-Arriaga (80,9) y Gasteiz Sur (82,0) se encontraron entre las 10 de la CAPV que tienen mejor esperanza de vida. Las zonas con peores valores fueron: Abetxuko (75,7), Casco Viejo (76,1) y Lakuabizkarra (77,0).

Tabla 3. Brecha en la esperanza de vida en las zonas básicas de salud de las capitales. 2006-2010

| | Hombres | Mujeres |
|--------------------------|---------|---------|
| Bilbao | 8,5 | 5,6 |
| Donostia / San Sebastián | 4,8 | 4,0 |
| Vitoria-Gasteiz | 6,2 | 5,9 |



Para las mujeres, las zonas básicas de salud de Bilbao con menor esperanza de vida fueron: Bilbao-La Vieja (81,0 años), Otxarkoaga (82,1) y Casco Viejo (83,4) y coincidieron con las zonas de peores valores para los hombres. La zona de Zorroza muestra el valor más elevado (86,7). En Donostia-San Sebastián, las zonas que mayor y menor esperanza de vida mostraron fueron Egia (86,5) e Intxaurreondo (82,5), una diferencia de 4 años entre los valores extremos. Seis de las zonas básicas de salud de Vitoria-Gasteiz estaban entre las 10 de la CAPV con mayor esperanza de vida: Santa Lucia (88,0), Lakua-Arriaga (87,1), Gasteiz-Centro (87,0) y Lakuabizkarra, Gazalbide-Txagorritxu y Aranzizkarra (86,5). La zona con menor esperanza de vida es Aranzizkarra II (82,1 años). La brecha en la esperanza de vida de las zonas de Vitoria-Gasteiz fue de casi 6 años.

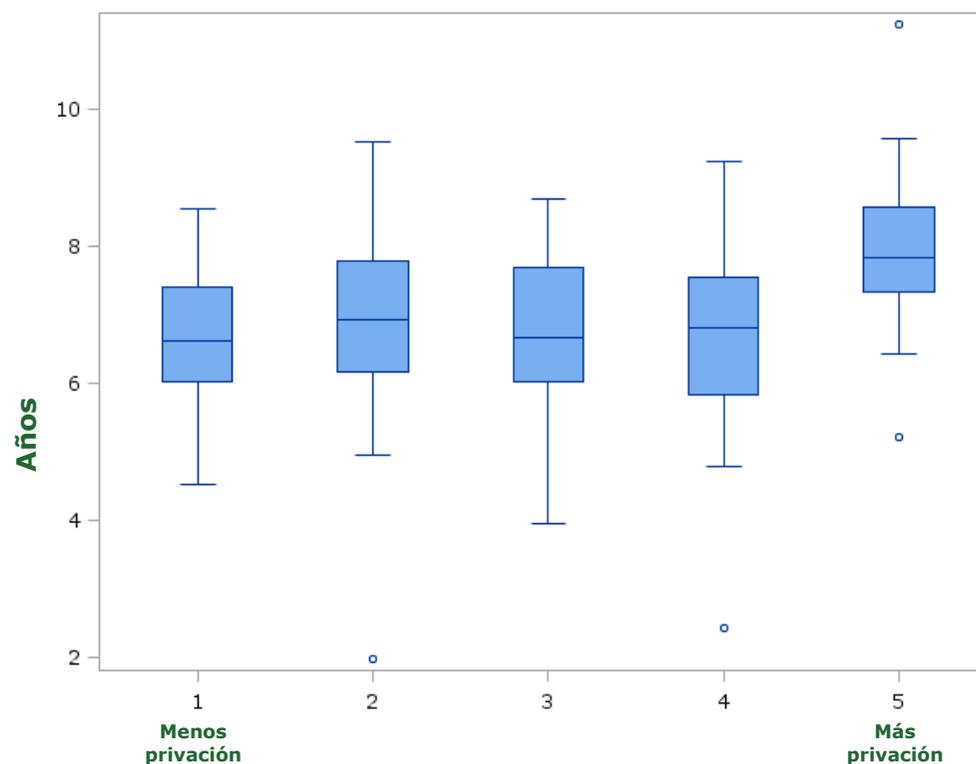
5 Diferencias en la esperanza de vida entre mujeres y hombres

13

- La diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y la de los hombres o déficit masculino en la CAPV fue de 7 años.
- La esperanza de vida de las mujeres fue mayor que la de los hombres en todas las zonas de la CAPV. El mayor déficit masculino, de 11,2 años, se dio en Pasaia-San Pedro, y el menor, de 2,0 años, en Gasteiz-Sur.
- El déficit masculino en la esperanza de vida fue claramente mayor en las zonas básicas correspondientes al quintil de privación más pobre.

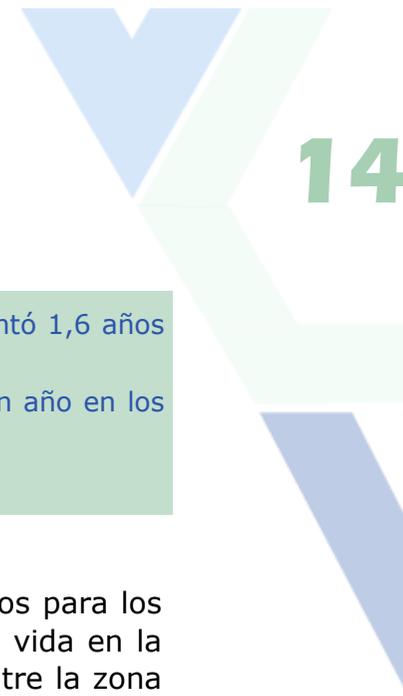
En todas las zonas de la CAPV, la esperanza de vida de las mujeres fue mayor que la de los hombres. El valor de esa diferencia, o déficit masculino en la esperanza de vida, fue muy diverso, con un máximo de 11,2 años en Pasaia-San Pedro y un mínimo de 2,0 años en Gasteiz-Sur. El déficit masculino en la esperanza de vida fue claramente mayor en las zonas básicas correspondientes al quintil de privación más pobre.

Figura 5. Déficit masculino en las zonas básicas de salud de la CAPV según quintiles del índice de privación, 2006-2011





Evolución de la Esperanza de vida en la CAPV y en sus zonas básicas de salud



- La esperanza de vida al nacimiento en la CAPV en el período 2006-2010, respecto a 2001-2005, aumentó 1,6 años en los hombres y 1,3 años en las mujeres.
- Entre esos dos periodos, la brecha en la esperanza de vida por zonas básicas de salud aumentó casi un año en los hombres, y cerca de año y medio en las mujeres.
- El cambio en la esperanza de vida no fue uniforme entre las zonas

En el periodo 2006-2010, la esperanza de vida al nacimiento en la CAPV fue de 78,1 años para los hombres y de 85,1 para las mujeres. Al comparar con el quinquenio anterior, la esperanza de vida en la CAPV aumentó 1,6 años en los hombres y 1,3 años en las mujeres. Sin embargo, la brecha entre la zona básica con mayor y menor esperanza de vida al nacimiento aumentó 0,9 y 1,4 años en los hombres y en las mujeres respectivamente (Tabla 4).

Tabla 4. Cambios en la magnitud de la esperanza de vida de la CAPV y en la brecha entre zonas básicas de salud, 2001-2005 y 2006-2010

| | Esperanza de vida ^a | | | Brecha ^b | | |
|---------|--------------------------------|-----------|--------|---------------------|-----------|--------|
| | 2001-2005 | 2006-2010 | Cambio | 2001-2005 | 2006-2010 | Cambio |
| Hombres | 76,5 | 78,1 | 1,6 | 9,6 | 10,5 | 0,9 |
| Mujeres | 83,8 | 85,1 | 1,3 | 5,6 | 7,0 | 1,4 |

^aEsperanza de vida al nacimiento en el conjunto de la CAPV

^bDiferencia entre las zonas con mayor y menor esperanza de vida



6 Evolución de la Esperanza de vida en la CAPV y en sus zonas básicas de salud

La esperanza de vida ha aumentado en la mayoría de las zonas básicas de salud (Figuras 6 y 7). De las 122 zonas básicas de salud de la CAPV, en los hombres en 6 zonas se observó un descenso en la esperanza de vida y en 9 zonas en las mujeres, si bien estos descensos no fueron estadísticamente significativos. Entre los hombres, el cambio en la esperanza de vida de las zonas básicas no siguió un patrón socioeconómico gradual, siendo los hombres que vivían en zonas del cuarto quintil de privación los que más mejoraron. Entre las mujeres, el mayor aumento en la esperanza de vida se produjo en las zonas más desfavorecidas (quinto quintil), mientras que el menor aumento se dio en las zonas intermedias, correspondientes al tercer quintil del índice de privación.

Figura 6. Años de incremento en la esperanza de vida al pasar del período 2001-2005 al 2006-2010 según la privación de la zona, para cada sexo.

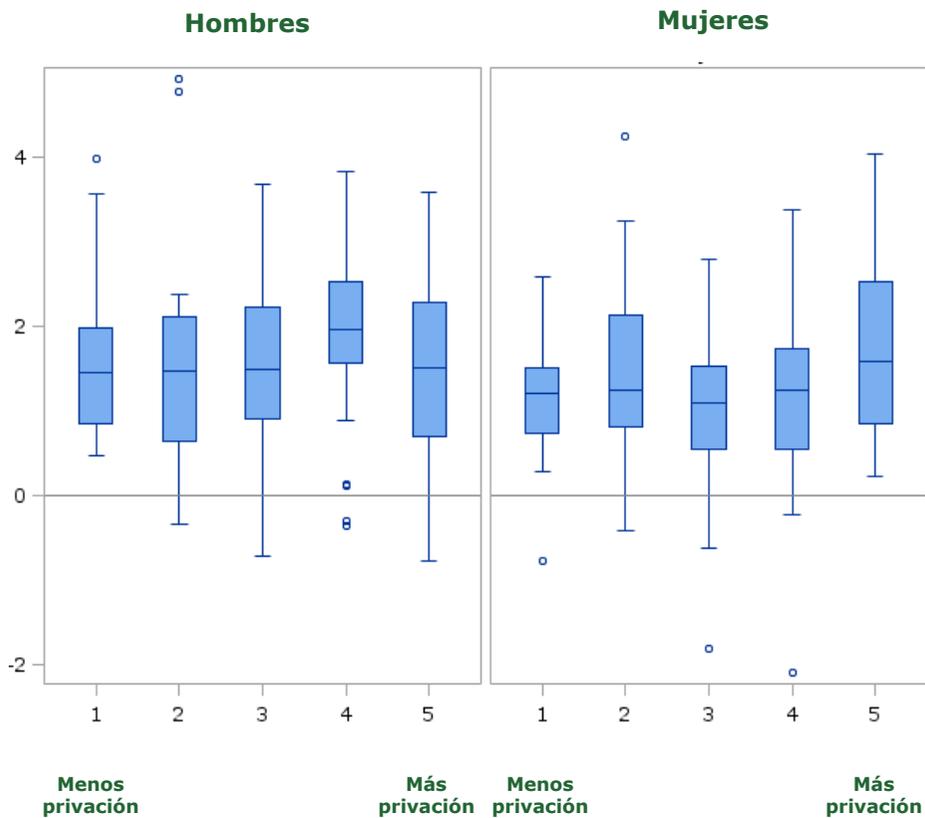
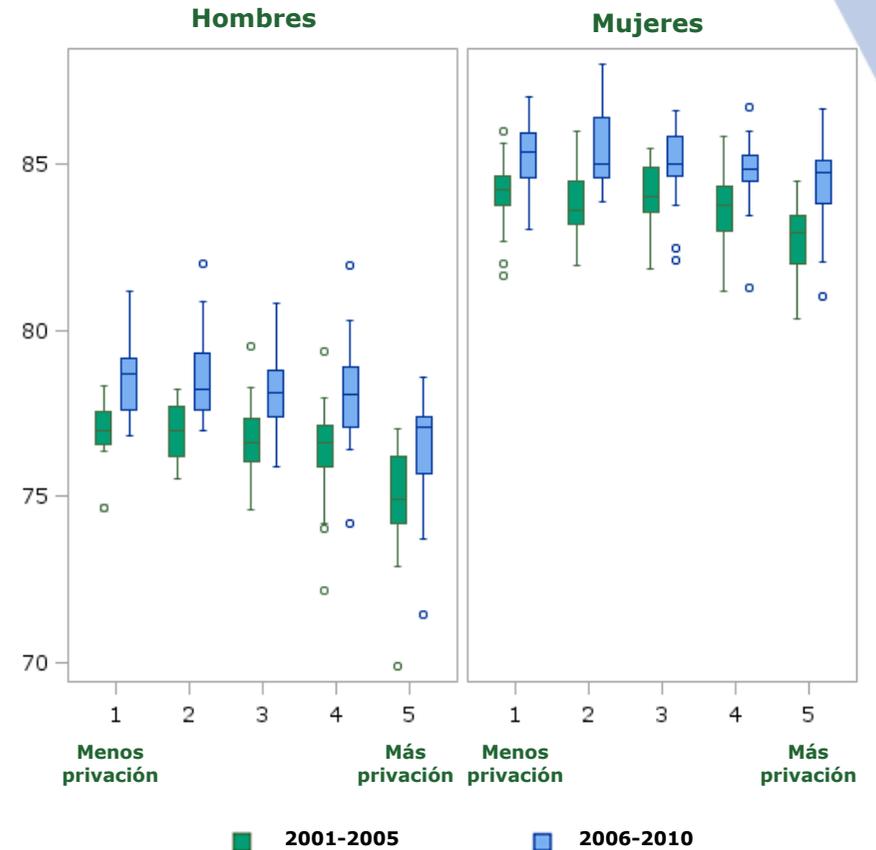


Figura 7. Esperanza de vida en las zonas básicas de salud según período y privación de la zona, para cada sexo.



7

Conclusiones

- Las desigualdades en la esperanza de vida en áreas pequeñas, como son las zonas básicas de salud, con distinto perfil socioeconómico siguen siendo muy relevantes y han aumentado.
- Estos resultados permiten identificar las áreas de la CAPV que requieren mayores esfuerzos por parte de las políticas de salud y otras políticas sectoriales con impacto en la salud, y orientar las intervenciones recogidas en el Plan de Salud para reducir las desigualdades sociales en salud.

7.1.

Principales resultados y comparación con lo observado en otros países

Durante la primera década de este siglo se ha producido una mejora sustancial en la esperanza de vida de la población de la CAPV. Sin embargo, las desigualdades en la esperanza de vida entre poblaciones que residen en áreas geográficas pequeñas, como son las zonas básicas de salud, con distinto perfil socioeconómico siguen siendo muy relevantes y han aumentado. Además, esas desigualdades continúan siendo mayores en los hombres que en las mujeres, y entre las zonas básicas de las capitales.

La comparación de estos resultados con los de otros lugares debe tener en cuenta las diferencias en la metodología, el tamaño de las unidades geográficas o el periodo de tiempo. De manera extrema, en la ciudad de Baltimore (Maryland, EEUU) en 2011, la brecha en la esperanza de vida entre dos barrios que se encuentran a menos de 9 km de distancia fue 20 años⁹. Otros resultados más comparables provienen de estudios de zonas básicas de salud de otros lugares del Estado Español. En la ciudad de Barcelona, la brecha en la esperanza de vida al nacimiento entre zonas básicas de salud para el periodo 2007-2011 fue de 8,9 años en los hombres y de 5,1 años en las mujeres, menor a la observada en el conjunto de la CAPV y similar a la brecha máxima de las capitales de la CAPV¹⁰. En el caso de la ciudad de Sevilla, para el periodo 1994-1998, la brecha fue algo menor, de 7,9 y 4,6 años en los hombres y en las mujeres respectivamente¹¹.

7.2. Interpretación de los resultados e implicaciones prácticas

El lugar de residencia es uno de los principales determinantes de la salud y de las desigualdades sociales en salud¹². Las diferencias en salud (y en la esperanza de vida) entre áreas geográficas pequeñas se deben a causas complejas que actúan a dos niveles¹³. Por un lado están las características socioeconómicas y demográficas individuales de sus residentes, que como la clase social, el género o el país de origen determinan sus condiciones de vida y de trabajo. La salud de la población que reside en un área está así condicionada por este efecto “composicional”, resultado de la suma de las características individuales. Por el otro, los efectos contextuales o de área hacen referencia a aquellas características del área geográfica que, más allá de las características individuales de sus habitantes, determinan la salud de su población. Estos efectos contextuales o de área incluyen entre otros, el medio ambiente físico, las características socioeconómicas y culturales, el urbanismo, el mercado de trabajo, los servicios públicos o privados disponibles y los equipamientos de ocio¹⁴. Ambos niveles, individual y contextual, deben ser considerados tanto para explicar las desigualdades en la esperanza de vida, como para desarrollar políticas para hacer frente a esas desigualdades¹⁵.

La interpretación de estos resultados puede enriquecerse por otros ya publicados sobre la distribución de la mortalidad en áreas pequeñas de la CAPV. Entre estas fuentes de información es de resaltar el Atlas de Mortalidad Interactivo de Euskadi (AMIE), que incluye mapas de mortalidad por todas las causas y por las principales causas de muerte en las zonas básicas de salud en la CAPV durante el periodo 1996-2004, y mapas del cambio en la mortalidad en las secciones censales entre los periodos 1996-2001 y 2002-2007¹⁶. Además, en el AMIE se representa la distribución por áreas pequeñas de los indicadores socioeconómicos censales. Sería de gran utilidad contar, además, con una descripción de la distribución por áreas pequeñas de otros determinantes sociales de la salud.

Las políticas para reducir las DSS suelen combinar intervenciones limitadas a los sectores de población más desfavorecidos, con otras universales cuya intensidad puede variar en función del nivel de necesidad^{17, 18}. En este sentido, y siguiendo al profesor Sir Michael Marmot¹⁹, en el Plan de Salud se proponen intervenciones para toda la población, pero con una intensidad directamente proporcional a la necesidad (universalismo proporcional). En cualquier caso, estos resultados permiten identificar las áreas de la CAPV que requieren mayores esfuerzos por parte de las políticas de salud y otras políticas sectoriales con impacto en la salud y pueden ser de gran ayuda para orientar las intervenciones recogidas en el Plan de Salud para reducir las desigualdades sociales en salud³. Una implicación práctica es orientar la evaluación 2015 del Contrato-Programa en cada Organización Sanitaria Integrada (OSI) hacia intervenciones más intensivas en aquellas zonas básicas de salud con peores resultados en la esperanza de vida.

8 Anexo

8.1. Métodos

Unidades geográficas

Se han obtenido estimadores de la esperanza de vida al nacimiento en cada una de las 122 zonas básicas de salud, en las capitales y en el total de la CAPV, para hombres y mujeres por separado.

Fuente de datos

Los datos de las defunciones de los residentes en la CAPV en el periodo 2006-2010 se obtuvieron de la Estadística de Defunciones realizada por el Instituto Vasco de Estadística (Eustat) en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos de la población provienen de la Estadística de Población y Vivienda 2006 y los socioeconómicos del Censo 2001, ambos elaborados por Eustat.

Se ha referenciado cada defunción a la zona básica de salud que le corresponde según la dirección del fallecido recogida en el registro de defunciones. De los 96.177 fallecidos en el periodo sólo no se pudieron referenciar 60.

Estimación de la esperanza de vida

Se ha calculado la esperanza de vida al nacimiento en cada zona básica de salud, en las OSI y en la CAPV, para cada sexo y para el periodo agrupado de 2006 a 2010 considerando la población a riesgo la de 2006. Se ha utilizado la tabla de vida abreviada de Chiang con la edad categorizada en 19 grupos: menores de 1 año, 1-4, 5-9, ..., 80-84, y 85 y más años. Chiang asume que como la probabilidad de sobrevivir en el último intervalo de edad es cero, la varianza asociada también es cero, sin embargo Silcocks et al.²⁰ argumentan que para el último intervalo de edad la esperanza de vida depende no de la probabilidad de sobrevivir sino de la longitud media de la supervivencia. Teniendo en consideración este argumento y las recomendaciones de Eayres D et al.²¹, se ha ajustado la tabla de vida de Chiang incluyendo un término de varianza para el último intervalo de edad. La EV sigue una distribución normal incluso en poblaciones de 5000 habitantes, lo cual ha permitido obtener intervalos de confianza al 95% que han sido utilizados para identificar aquellas zonas con esperanza de vida significativamente mayor o menor que la del conjunto de la CAPV. Zonas con esperanza de vida significativamente más altas (bajas), son aquellas cuyo límite inferior (superior) de su intervalo de confianza es mayor (menor) que el valor superior (inferior) del intervalo de confianza de la esperanza de vida del conjunto de la CAPV²².

8.2.

Limitaciones

El tamaño poblacional, relativamente pequeño, de las zonas básicas de salud y el pequeño número de defunciones registradas en algunas de ellas pueden reducir la precisión de la esperanza de vida estimada, lo que se refleja en la amplitud de los intervalos de confianza. Para hacer frente a esta limitación, se agruparon los datos correspondientes a un quinquenio. Además del intervalo de confianza de la esperanza de vida de cada zona básica de salud, se han realizado contrastes de hipótesis para valorar si el valor de la esperanza de vida estimada, para una zona concreta, es significativamente distinto al del conjunto de la CAPV.

Los flujos migratorios pueden comprometer la validez de la comparación de la mortalidad (y de la esperanza de vida) entre áreas pequeñas, en un mismo periodo, o entre periodos, dentro de una misma área²³. Este efecto parece especialmente relevante en dos zonas básicas de salud de Vitoria-Gasteiz (hombres de Lakua-Arriaga y mujeres de Lakuabizkarra), y una de Bilbao (La Peña-Zamakola), cuyas poblaciones han aumentado de forma muy considerable. Sin embargo, los resultados generales de este estudio no cambian al excluir del análisis a esas tres zonas.

Otra limitación de este estudio es el desfase entre el año de la población de referencia (2006) y los años de las defunciones (2006-2010) en el sentido de que han podido ocurrir cambios en la estructura de la población de ciertas zonas que no hayan quedado adecuadamente reflejados en el estudio. Como consecuencia, se puede haber subestimado la esperanza de vida en aquellas zonas que hayan recibido población, mientras que se habrá sobreestimado en aquellas otras que han perdido población.

Finalmente, la esperanza de vida es una medida de la mortalidad en la que las muertes a edades más jóvenes reciben mayor peso que en edades posteriores. Cuando la población es pequeña, el número de muertes infantiles puede tener, por lo tanto, un gran impacto en la esperanza de vida al nacimiento²⁴.

¹Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012; 380(9846):1011-29.

²Esnaola S, Bacigalupe A, Sanz E, Martín U, Aldasoro E. Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa. Osagin Txostenak 2012-3. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo; 2012.
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/osagintres.pdf

³Osasun Saila. Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de Salud para Euskadi, Plan de Salud 2013-2020. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2013.
<http://bit.ly/1GL2Grd>

⁴Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. J Health Popul Nutr 2003;21(3):181-192

⁵Distribución geográfica de la esperanza de vida por zonas básicas de salud en el País Vasco. 2001-2005.
<http://bit.ly/1EPus39>

⁶Silcocks PBS, Jenner DA, Reza R. Life expectancy as a summary of mortality in a population: statistical considerations and suitability for use by health authorities. J Epidemiol Community Health 2001;55:38-43.

⁷Paul J Veugelers, Amanda L Kim, Judith R Guernsey. Inequalities in health. Analytic approaches based on life expectancy and suitable for small area comparisons. J Epidemiol Community Health 2000;54:375-380.

⁸Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2006-2010. Datos del informe. 2015.
http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/adjuntos/datos.xlsx

⁹Ames, A., Evans, M., Fox, L., Milam, A., Petteway, R., Rutledge, R.. 2011 Neighborhood Health Profile: Southwest Baltimore. Baltimore City Health Department, December 2011; [Consultado el 27-01-2015]. Disponible en <http://health.baltimorecity.gov/sites/default/files/51%20Southwest.pdf>

¹⁰InfoABS7, mortalitat. Agència de Salut Pública. Consorci Sanitari de Barcelona; [Consultado el 27-10-2014].
http://www.aspb.cat/quefem/sisalutinfoabs/SISalutLlibresIndicadors/InfoABS_Mortalitat_2012.html

¹¹Ruiz-Ramos M, Sánchez J, Garrucho G, Viciano F. Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. Gac Sanit 2004;18(1):1623.

- ¹²Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.
- ¹³Diez-Roux AV. Investigating neighborhood and area effects on health. *Am J Public Health* 2001;91:1783-9.
- ¹⁴Macintyre S, Elleway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med* 2002; 55:125-139.
- ¹⁵Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology (II): from black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; 86:674-7.
- ¹⁶Atlas de Mortalidad. Osagin. Departamento de Salud. Gobierno Vasco; [Consultado el 1-10-2014]. Disponible en <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-phosag00/es>
- ¹⁷Graham Graham H. Tackling health inequalities in England: remedying health disadvantages, narrowing gaps or reducing health gradients. *J Soc Policy* 2004;33:115-31.
- ¹⁸Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:286–291.
- ¹⁹Marmot M (review chair). University College London, Institute of Health Equity. World Health Organization, Regional Office for Europe. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf
- ²⁰Silcocks PB, Jenner DA, Reza R. Life expectancy as a summary of mortality in a population: statistical considerations and suitability for use by health authorities. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:38–43
- ²¹Eayres D, Williams ES. Evaluation of methodologies for small area life expectancy estimation. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:243–9.
- ²²Office for National Statistics (ONS). Life expectancy at birth and at age 65 for local areas in England and Wales, 2010-12. 2013. http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_332904.pdf
- ²³Ocaña-Riola R, Fernández Ajuria A, Mayoral-Cortés JM, Sánchez-Cantalejo C. Uncontrolled Migrations as a Cause of Inequality in Health and Mortality in Small-area Studies. *Epidemiology* 2009;20: 411–418.
- ²⁴Life expectancy at birth for wards in England and Wales, 1999-2003 (experimental statistics). <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/subnational-health4/life-expec-birth-wards-eng-wal/results/life-expectancy-at-birth-for-wards-in-england---wales--experimental-.pdf>