

MÉS ANYS DE VIDA PER A TOTS: MILLORS, PERÒ?

Una aproximació social a la morbiditat i la mortalitat a Barcelona

Anna Mompart i Penina

Llicenciada en Geografia. Universitat de Barcelona

L'allargament de l'esperança de vida en néixer és un dels guanys mèdics i socials més rellevants de les últimes dècades. Aquests guanys, però, no han anat acompanyats d'una millora en les condicions de vida. Els anys viscuts, i especialment els anys afegits en les edats més avançades, disten encara molt de ser-ho en les condicions desitjables per a tothom. Els avenços en medicina han aconseguit que algunes patologies amb mortalitat elevada en el passat desapareguin o siguin guaribles, al temps que s'han estès d'altres malalties de tipus crònic i degeneratiu, ja que, paradoxalment, a mesura que es redueix la mortalitat, es transforma i s'incrementa la morbiditat. En aquesta nova situació els conceptes de salut i de malaltia han de tornar-se a definir.

Les malalties no es distribueixen homogèniament per tota la població, sinó que es manifesten amb diferents intensitats en relació a factors naturals i socials. A la més elevada morbiditat i mortalitat dels nens i de la gent gran, i a la sobremortalitat masculina a totes les edats, s'hi afegeixen les diferències de salut entre els nivells socioeconòmics, i es constata que els nivells més baixos tenen associades taxes més elevades de mortalitat, de morbiditat i d'incapacitats¹. Així, doncs, les diferències davant la salut i la mort són la manifestació més cruenta, i molts cops més emmascarada, de l'estructuració en classes de la societat actual.

La ciutat de Barcelona ha reduït la seva mortalitat en els darrers decennis, i presenta en l'actualitat unes esperances de vida envejables dins el context europeu. Tot al contrari, els alts nivells de morbiditat d'algunes malalties relacionades amb l'entorn físic i social, quasi extingides en els països occidentals, posen de manifest que les con-

dicions de vida no han millorat a un ritme similar i resten per dessota del que seria desitjable. L'anàlisi dels diferents districtes que componen la ciutat és força preocupant per la seva heterogeneïtat; l'agudització dels contrastos econòmics i socials afecta la qualitat de vida i deteriora relativament l'estat de salut d'una part, gens menyspreable, de la població.

Presentació

Els primers estudis

Un antecedent aïllat i parcial en l'observació de la incidència desigual de la morbiditat segons el nivell social va ser Bernardino Ramazzini (1713), que analitzà la relació entre la malaltia dominant a cada ofici i les condicions de treball. La tradició amb continuïtat sorgeix a Anglaterra paral·lelament al desenvolupament de la ciutat industrial. La primera taula de mortalitat desglossada per classes socials fou elaborada per William Farr, el 1851, per a Anglaterra i Gal·les. Sir John Snow és considerat el pare de l'epidemiologia social en adonar-se, el 1854, de la relació entre l'epidèmia de còlera que en aquells moments assolava Londres i la contaminació de les fonts públiques d'aigua de la ciutat. El 1879 Billings treballa conjuntament temes d'higiene i sociologia, i el 1894 McIntyre defineix el camp de la sociologia de la medicina i la salut com "la ciència que investiga les lleis que regulen la relació entre la professió mèdica i la societat humana com un tot, tractant de l'estructura d'ambdues, i de com s'ha arribat al present estat de coses"².

A Barcelona la tradició d'aquesta mena d'estudis es remunta al segle passat, amb treballs de persones preocupades per la millora de la qualitat de vida de les classes obreres. Figuerola, Comenge, Mira, Cerdà o García Faria relacionen la mala situació del proletariat de Barcelona amb les condicions de pobresa, i fora de Catalunya destaquen les figures de Joaquín de Villalba, Gregorio Marañón i José de Letamendi. Les línies d'investigació obertes per aquests intel·lectuals i liberals es varen perdre

Notes:

1. Syme, L. i Berkman, L.: "Social Class, Susceptibility and Sickness", a Conrad, P. i Kern, R. (comp.): *The Sociology of Health and Illness*. St. Martin's Press. Nova York, 1981.
2. Rodríguez, J. A. i Miguel, J. M. de: *Salud y poder*. CIS. Madrid, 1990.

amb el retrocés que suposà el règim franquista. Les circumstàncies socials, polítiques i econòmiques reforçaren els desequilibris socials i territorials, al temps que el context científic, ideològic i institucional impedié la seva anàlisi.

Tot i així, a partir dels anys seixanta, quan l'autarquia va deixar pas a una certa obertura cap a l'exterior, començaren a publicar-se estudis individuals i institucionals, sota la inspiració, en un primer moment, de pensadors catòlics. A partir dels anys seixanta s'engeguen tot un seguit d'estudis: el 1960 s'inicia, encara que no es finalitza, l'*Encuesta sobre la Profesión Médica* on s'inclouen temes de demografia i salut; el 1965 Càrites va promoure un estudi sobre la situació social, la pobresa i les desigualtats socials a Espanya; el 1966 es publica el primer informe de la Fundació FOESSA: *Informe Sociológico sobre la Situación Social en España*, i a principis dels setanta F. Solé Sabarís posa en marxa els *Congressos de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*, antecedents que culminen el 1981 amb la celebració de les *Primeres Jornades de Sociologia de la Medicina* a Barcelona. Els més recents articles que tracten les desigualtats de salut a Barcelona són els de A. Domingo, "Néixer a Barcelona", J. Alonso i J. M. Antó, "Desigualtats de salut a Barcelona", i la tesi doctoral de J. Costa, *Desigualtats en la mortalitat als barris de Barcelona: la seva relació amb l'atur, l'analfabetisme i la categoria professional*.

A les primeres publicacions, més descriptives i informatives que crítiques, segueixen d'altres on es recuperen temes i òptiques tradicionals d'investigació, i es precisen conceptes antics com els de desigualtat, classe social, salut i malaltia, i especialment els de pobresa i benestar.

La situació actual

Catalunya té una de les esperances de vida més elevades d'Europa, i no només en relació als països de l'àrea mediterrània, sinó també de l'Europa del Nord. El 1985 l'esperança de vida en néixer era a Catalunya de 74,18 anys per als homes i de 80,30 per a les dones, xifres una mica superiors a les de la ciutat de Barcelona, que el 1986 eren de 73,11 i de 79,79 anys, respectivament.

Els avenços mèdics i les millores socials han provocat un extraordinari retrocés de la mortalitat durant aquest segle. Des del 1950 les esperances de vida s'han incrementat per als homes catalans en més de dotze anys i per a les dones l'augment ha superat els tretze anys, uns guanys que mai no s'havien produït en el passat i que sembla poc probable que tornin a repetir-se en el futur. Però ni els avenços mèdics ni les millores socials han beneficiat d'igual manera tota la població, i el continuat allargament de l'esperança de vida no ha anat acompanyat d'una igualació a ritme similar de les taxes de morbiditat i de mortalitat. Les diferències socials, que no

únicament de renda, davant la mort no només persisteixen sinó que han aturat la seva tendència a la igualació en els darrers anys.

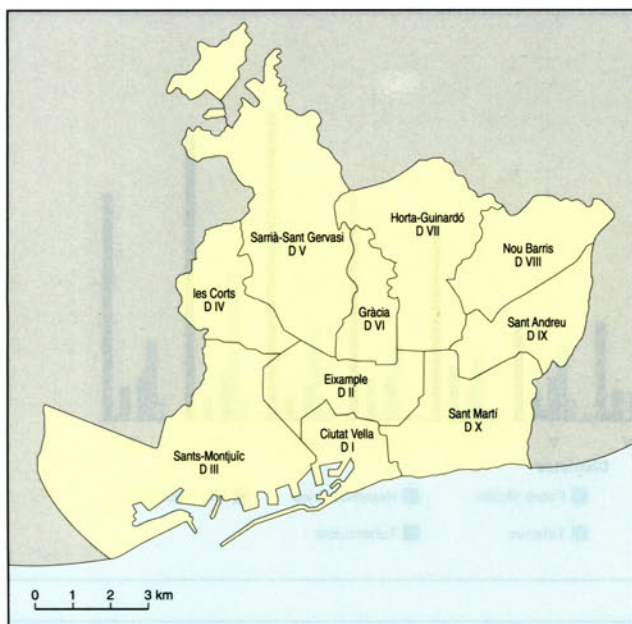
La ciutat de Barcelona no ha estat una excepció en aquesta evolució general. La crisi econòmica dels anys setanta es manifestà amb una baixada del poder adquisitiu de la població, però especialment dels grups que mancaven de mecanismes de resposta i de possibilitats d'adequar-se a les noves dificultats. Durant aquest període es consolidaren una sèrie d'àrees suburbanes caracteritzades per unes pèssimes condicions de vida, amb elevats percentatges d'atur i baixos nivells d'instrucció. En algunes d'aquestes àrees de Barcelona sembla que han rebrotat diverses malalties que estaven en clar retrocés, especialment les de tipus infeccios i parasitari, les relacionades amb hàbits nocius adquirits i les d'origen extern; això ha provocat un augment de la taxa de morbiditat d'algunes causes i una frenada en el ritme de davallada de la mortalitat.

Objecte i metodologia

La ciutat de Barcelona a mitjans dels anys vuitanta, desagregada en els deu districtes que la componen, és objecte d'una anàlisi que pretén observar les relacions entre els nivells socio-econòmics de la població i el seu estat de salut, considerant la possible existència de desigualtats socials en la morbiditat i la mortalitat.

El districte com a base territorial comparativa no és la unitat idònia en tant que estan formats per una sèrie de barris de característiques força heterogènies, i les situacions extremes s'oculten en benefici d'altres més centrals. L'escala ve donada per les publicacions demogràfiques i sanitàries que ofereixen les dades conjuntament per a tota Barcelona, i en el cas de donar informació més detallada, aquesta només es desglossa a nivell de districte. Els actuals deu districtes de Barcelona són: Ciutat Vella (districte I), Eixample (districte II), Sants-Montjuïc (districte III), les Corts (districte IV), Sarrià-Sant Gervasi (districte V), Gràcia (districte VI), Horta-Guinardó (districte VII), Nou Barris (districte VIII), Sant Andreu (districte IX) i Sant Martí (districte X). La divisió de la ciutat en deu unitats administratives és recent, fins a principis dels anys vuitanta la ciutat de Barcelona quedava repartida en dotze districtes. La reducció dels dotze districtes antics als deu districtes actuals no va realitzar-se en base a agregacions, sinó que varen delimitar-se de nou les fronteres, i aquests canvis impossibiliten una anàlisi retrospectiva.

Aquest, com tot estudi local, conté una sèrie de limitacions que s'han de tenir en compte en la valoració dels resultats. Cal destacar-ne dues: el mal empadronament i la falta de significació estadística d'alguns indicadors. D'una banda, la població resident a cada districte no coincideix amb la població censada, el que suposa una no



Mapa 1: Els districtes de Barcelona

(Mapa: autor)

adequació dels numeradors i denominadors en les taxes. Algunes defuncions queden enregistrades en districtes on no era comptabilitzat el difunt, i això infla la taxa de mortalitat, o de morbiditat en el cas de tractar-se de malalties; mentre que en d'altres deixen d'enregistrar-se defuncions o malalts empadronats, de manera que se subvalora la taxa del districte. D'una banda, l'anàlisi de la mortalitat i de la morbiditat per causes dels diferents districtes presenta l'inconvenient que algunes patologies afecten un percentatge minso de població, i no es poden extreure conclusions generalitzables dels resultats per l'escassa significació estadística, tot i que amb el mètode de la tipificació indirecta es resol el problema de la distribució aleatòria prenent com a base taxes de mortalitat o de morbiditat d'unitats poblacionals més grans que s'apliquen a les subpoblacions estudiades.

La determinació de paràmetres

La desigual distribució de la morbiditat i de la mortalitat entre la població s'interpreta per diferències d'origen natural i d'altres d'origen social. Les causes naturals que expliquen una desigual incidència de les malalties i de la mortalitat són principalment dues: el sexe i l'edat. A totes les edats hi ha una sobremortalitat masculina, i aquesta tendeix a incrementar-se encara més quan la mortalitat general disminueix. En les estadístiques de morbiditat també s'aprecien diferències, ja que els homes pateixen malalties lleus en proporcions més elevades que les

dones, si bé les malalties greus es distribueixen d'una forma més regular entre els dos sexes. La percepció individual de la salut, coneguda a través d'una enquesta d'àmbit estatal³, posa de manifest una major morbiditat sentida entre la població femenina, possiblement relacionada amb un context cultural on és menys permisiva la malaltia entre els homes. Tampoc l'estat de salut és el mateix a totes les edats: el nivell de salut disminueix paulatinament amb l'edat paral·lelament a l'envelliment físic del cos humà. Hi ha dos moments, la infantesa i la vellesa, en què el risc d'emmalaltir i de morir és més gran per la presència d'unes patologies específiques associades a l'edat.

La relació entre estat de salut i situació socio-econòmica no és tan fàcilment aprehensible. D'una banda, perquè entre ambdós estats hi ha una relació biunívoca, i d'una altra, perquè és difícil determinar el pes específic de cada paràmetre o indicador social, ja que actuen de forma interconnectada. La relació entre salut i condicions socials no és monocausal, sinó que s'estableixen relacions en les dues direccions. Generalment, un estat de salut més dolent s'associa amb una qualitat de vida inferior, és a dir, hi ha una propensió més gran a la malaltia en les situacions de pobresa i de marginació. En d'altres casos el lligam és a l'inrevés: les malalties cròniques impedeixen als individus una socialització completa, incrementen la seva dependència i inseguretat, fan impossible la seva ascendència social, i fins i tot dificulten la conservació de l'adquirida.

Els indicadors que caracteritzen les situacions socio-econòmiques de la població tenen un elevat grau de correlació i interacció, i actuen conjuntament sobre l'estat de salut. Per molt que la informació estadística defineixi trets culturals, educacionals, socials o econòmics, el que veritablement reflecteix són uns certs estils de vida associats a unes determinades condicions materials, que descriuen des d'entorns de pobresa o de marginació, en les situacions més extremes, fins a situacions de benestar socio-econòmic.

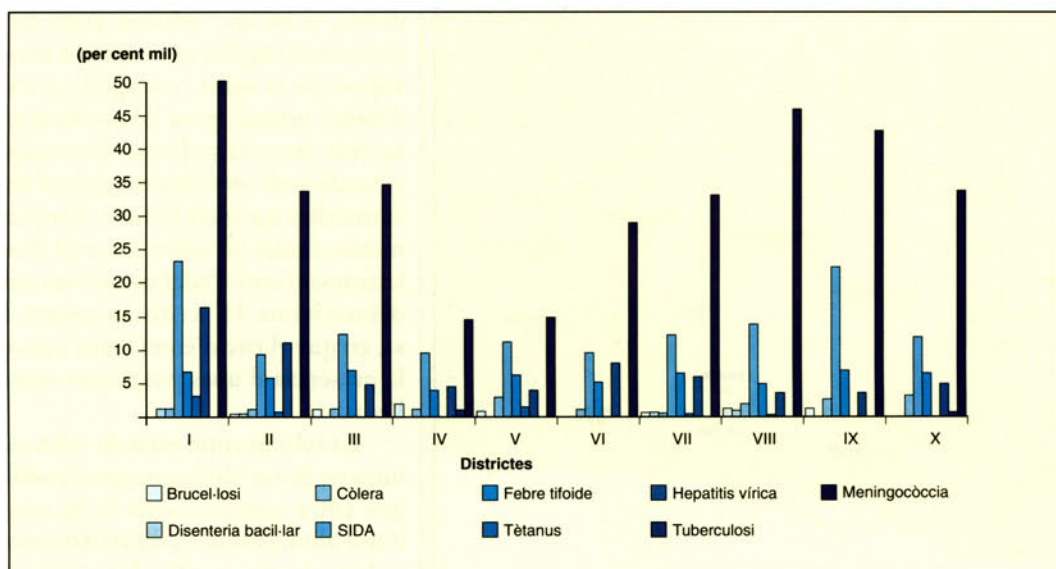
Els paràmetres utilitzats s'han agrupat en els que fan referència a l'estat de salut i els que caracteritzen la situació socio-econòmica. L'anàlisi de l'estat de salut s'ha mesurat per mitjà d'indicadors de mortalitat i de morbiditat, com l'esperança de vida en néixer, els anys de vida perduts i les taxes de morbiditat i de mortalitat tipificades, on s'esvaeixen les interferències de l'estructura per edat i sexe de la població. Els factors socials de la morbiditat i de la mortalitat s'observen mitjançant els tipus de patologies, buscant possibles relacions entre determinades causes de malaltia i els entorns físics i socials dels malalts. Aquests entorns s'estableixen a partir dels diferents nivells socio-econòmics, caracteritzats per les taxes d'atur, la quantia dels ingressos, el nivell d'instrucció i les categories socio-professionals. L'habitatge s'ha pres com

Nota:

3. Data SA/CIS: *Estudios del sistema de valores*. Desembre del 1983.

Figura 1: Taxes de morbiditat als districtes de Barcelona, 1985, 1986 i 1987

(Font: Elaboració de l'autor a partir de l'Ajuntament de Barcelona: Estadístiques de Salut. 1985, 1986 i 1987)



Taula 1: Taxes de morbiditat d'algunes patologies als districtes de Barcelona, 1985, 1986 i 1987 (per cent mil)

(Font: Ajuntament de Barcelona: Estadístiques de Salut. Morbiditat per malalties de declaració obligatòria a Barcelona ciutat. 1985, 1986 i 1987)

	Febre tifoide	Hepatitis vírica	Meningocòccica	SIDA	Tuberculosi
Districte I	0,99	23,38	6,59	16,30	154,59
Districte II	1,27	9,47	5,89	10,92	33,45
Districte III	1,09	12,37	6,91	4,64	34,66
Districte IV	1,11	9,29	3,72	4,46	14,49
Districte V	2,63	10,97	5,93	3,62	14,81
Districte VI	1,25	9,23	4,99	7,86	28,82
Districte VII	0,35	11,98	6,42	5,73	32,81
Districte VIII	1,86	13,52	4,90	3,30	45,63
Districte IX	2,26	22,14	6,78	3,39	42,36
Districte X	3,07	11,53	6,30	4,84	33,67

a unitat d'estudi, i s'han mesurat variables com la superfície, la densitat i els equipaments bàsics i de confort de la llar.

L'anàlisi: unes situacions desiguals

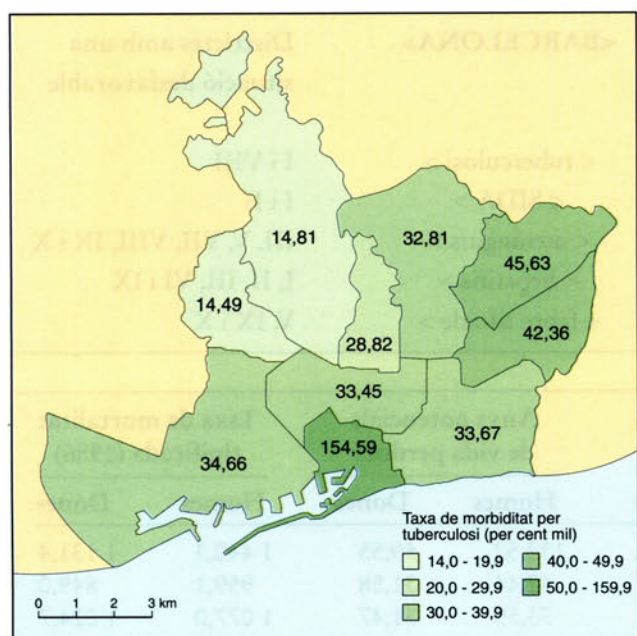
L'estat de salut: la morbiditat i la mortalitat

Les malalties considerades en l'anàlisi són les que reflecteixen l'entorn físic i social immediat fàcilment associable a una inadequada situació higiènic-sanitària (taula 1); són: la febre tifoide, l'hepatitis vírica, la meningocòccica, la SIDA i la tuberculosi, quasi totes produïdes per bacteris o virus patògens, infecciosos o parasitaris. La brucel·losi, el còlera, la disenteria bacil·lar i el tètanus, tingudes en compte en un primer moment, varen rebutjar-se per la possible aleatorietat en la seva distribució per districtes, causada pels pocs casos quantificables. A excepció de la SIDA, eren malalties molt esteses en el passat amb probabilitats de mort importants, que han estat reduïdes a mínims als països desenvolupats, si bé

encara es mantenen com a patologies rellevants als països del Tercer Món.

La manifestació de les malalties és molt irregular entre els districtes. Ciutat Vella presenta les taxes més elevades per a la majoria d'aquestes malalties; en l'extrem oposat, amb una morbiditat baixa, es troben els districtes de les Corts i Sarrià-Sant Gervasi. Els districtes de Nou Barris i Horta-Guinardó tenen una morbiditat baixa, mentre que l'Eixample, Sants-Montjuïc, Sant Martí, Sant Andreu i Gràcia la tenen relativament elevada. La tuberculosi és una bona mostra de les desigualtats que pot haver entre les taxes de morbiditat en els diferents districtes: el 23% dels casos de tuberculosi que es comptabilitzen a Barcelona es detecten a Ciutat Vella, amb una taxa elevadíssima del 154,59 per cent mil (mitjana dels anys 1985, 1986 i 1987).

A Barcelona, l'heterogènia distribució de la població per edats i sexes segons els districtes impedeix una comparació de les taxes perquè dona males interpretacions de



Mapa 2: Taxa de morbiditat per tuberculosi als districtes de Barcelona (mitjana dels anys 1985, 1986 i 1987) (Mapa: autor)

la morbiditat, ja que els districtes amb una morbiditat més baixa coincideixen amb els que tenen un més elevat percentatge de població adulta compresa entre 15 i 64 anys. Una manera de fer comparatives les taxes és utilitzar el mètode de la tipificació. En la tipificació indirecta s'apliquen les taxes de morbiditat a cada edat de Barcelona, presa com a taxa-tipus, a l'estructura de població real de cada districte; això dona com a resultat el nombre de malalts estimats a cada districte. Si la raó entre els malalts reals sobre els malalts estimats és inferior a 1, el districte es troba en una situació més favorable del que caldria esperar pel que fa a aquella malaltia en concret, i si és superior a 1, la morbiditat és més alta del que hauria de ser. L'inconvenient d'aquesta tipificació és que només mostra si el succés estimat, en aquest cas el nombre de malalts, en la subpoblació se situa per damunt o per sota del succés real, o sigui, si hi ha una sobremortalitat o una submortalitat pel que fa a una determinada malaltia en aquell districte en relació al conjunt de Barcelona. Aplicat aquest mètode a algunes de les malalties declarades el 1987, les que tenen un nombre de casos que resulti significatiu, dona els resultats que s'observen a la *taula 2*. Atenent-nos només a aquestes malalties, pot afirmar-se que les Corts és el districte més saludable de Barcelona: en tots els casos la morbiditat real es troba per sota de l'esperada; estan en bona situació Gràcia i Horta-Guinardó. Els districtes de Ciutat Vella i de Sant Andreu mostren amb més freqüència una morbiditat real per damunt de l'estimada, i són per tant les zones més insalubres de la ciutat. A la resta de districtes la morbiditat varia segons la malaltia.

La mortalitat s'ha tipificat segons el mètode de la tipificació directa, és a dir que s'han aplicat a l'estructura de població de Barcelona les taxes de mortalitat per edats de cada districte. Les taxes resultants revelen quin seria el nivell de la mortalitat sense la interferència de les estructures de població, i per tant ens donen una idea aproximada del nivell real de la mortalitat i permeten les comparacions. Quatre districtes destaquen per una elevada taxa de mortalitat estandarditzada per a ambdós sexes: Ciutat Vella, Sant Martí, Sants-Montjuïc i Gràcia, mentre que les taxes de mortalitat estandarditzades més baixes corresponen als districtes de les Corts, Horta-Guinardó i Nou Barris (*taula 3*).

L'estudi de la mortalitat general podria ampliar-se amb taxes de mortalitat específiques per malalties, especialment pel que fa a les causes que originen una major mortalitat: les malalties cardíaco-vasculars, el càncer i les malalties cerebro-vasculars, i les que van precedides de llargs processos de morbiditat, en les quals l'aparició, el desenvolupament i el desenllaç es poden veure afectats per l'estatus socio-econòmic: malalties mentals i estrès, malalties de l'aparell respiratori o cirrosi i altres malalties cròniques de fetge. Especial interès té l'evolució de la SIDA, pel fet que pot donar una nova perspectiva a l'estudi, ja que sembla manifestar molt netament les desigualtats socials. A Barcelona, com a gran part de l'Europa del Sud, el grup més afectat és el dels heroïnòmans, format principalment per una població que absorbeix grups marginals procedents de nivells socio-econòmics baixos.

De l'observació anterior s'extreu que les taxes de morbiditat per districtes no es corresponen perfectament amb els nivells de mortalitat. Només Ciutat Vella destaca per la coincidència d'unes elevades taxes de morbiditat i de mortalitat; en l'extrem oposat, les Corts es caracteritza per unes taxes baixes de mortalitat acompanyades d'un bon estat de salut de la població. Alguns districtes, com Nou Barris i Sant Andreu, compten amb unes taxes de mortalitat baixes mentre que les de morbiditat són elevades; n'hi ha d'altres que tot i tenir taxes de morbiditat baixes tenen uns nivells de mortalitat força elevats, com Gràcia i Sarrià-Sant Gervasi.

La situació social: estatus socio-econòmics

L'anàlisi de la morbiditat i de la mortalitat en els diferents districtes mostra uns nivells en l'estat de salut força diversos, que pel tipus d'indicadors utilitzats no poden atribuir-se a l'estructura de la població. L'aproximació als nivells socio-econòmics i a les seves variacions pot orientar-nos sobre la relació d'aquests amb la salut de la població. L'establiment dels diferents grups socio-econòmics s'ha fet amb indicadors referits als nivells econòmics, als grups socio-ocupacionals, a la instrucció, o a la relació amb l'activitat. Els quatre paràmetres utilitzats defineixen de forma bastant rigorosa i exhaustiva

Taula 2: Resultat de l'aplicació del mètode de la tipificació a algunes de les malalties declarades el 1987

(Font: *Elaboració de l'autor*)

Districtes amb una situació favorable	<BARCELONA>	Districtes amb una situació desfavorable
II, III, IV, V, VI, VII, IX i X	< tuberculosi >	I i VIII
III, IV, V, VI, VII, VIII, IX i X	< SIDA >	I i II
I, II, IV i VI	< meningitis >	III, V, VII, VIII, IX i X
IV, V, VII, VIII i X	< hepatitis >	I, II, III, VI i IX
I, II, III, IV, VI, VII i VIII	< febre tifoide >	V, IX i X

Taula 3: Esperança de vida en néixer, anys potencials de vida perduts (per mil persones) i taxa de mortalitat tipificada (per cent mil persones) als districtes de Barcelona, 1987

(Font: *Elaboració de l'autor a partir de l'Ajuntament de Barcelona: Estadístiques de salut. Mortalitat a la ciutat de Barcelona, 1986, 1988; i CIDC: Padró Municipal d'Habitants del 1986, 1988*)

	Esperança de vida en néixer		Anys potencials de vida perduts		Taxa de mortalitat tipificada (1986)	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Districte I	66,18	75,24	132,52	59,55	1 440,3	1 131,4
Districte II	73,91	80,24	62,44	31,58	959,1	849,0
Districte III	72,03	79,02	73,55	31,47	1 077,0	1 024,7
Districte IV	77,39	82,37	31,73	17,96	717,3	717,7
Districte V	72,93	79,97	58,70	32,54	979,6	891,0
Districte VI	71,80	79,41	82,54	37,83	1 062,6	879,3
Districte VII	76,63	82,27	40,59	16,90	758,8	692,7
Districte VIII	76,06	81,15	49,19	21,45	767,6	749,6
Districte IX	74,54	79,81	49,98	26,18	893,4	927,7
Districte X	71,19	78,96	72,25	34,45	1 229,9	978,0

els diferents estatus socio-econòmics, ja que donen els atributs bàsics de cada nivell en complementar-se entre ells i aportar informació des de perspectives molt variades, i delimiten de forma precisa, com ho demostra l'elevat coeficient de relació –superior al 0,9–, els entorns als quals s'associen estils de vida particulars.

A excepció del nivell d'instrucció, que no pot sinó mantenir-se estable o augmentar amb el temps i l'edat, la resta de paràmetres són conjunturals, podent patir modificacions de millora o empitjorament amb el temps, encara que amb probabilitats de mobilitat social molt diferents segons l'estatus del moment. Cap d'aquests indicadors és totalment explicatiu. Així, un nivell d'instrucció més elevat no va associat a uns comportaments adquirits més saludables, com ho demostren les estadístiques de tabaquisme i d'alcoholisme; en canvi, sí que facilita una capacitat de resposta més ràpida i efectiva davant d'una malaltia. Els nivells socio-professionals són una aproximació indirecta a l'entorn laboral, on cal suposar que en determinades ocupacions hi ha un risc més gran per a la salut perquè es treballa amb materials tòxics, en ambients carregats o amb maquinària perillosa. El volum dels ingressos i l'atur indiquen les possibilitats materials de vida, i poden alterar la salut a partir de l'ali-

mentació, el condicionament de la llar o l'atenció a la pròpia salut en cas de malaltia. És a dir, els indicadors escollits (*taula 4*) són adients en tant que inclouen característiques molt àmplies i fan possible delimitar i definir entorns socials als quals s'associen estils de vida particulars.

Una anàlisi cluster, segons el mètode de les distàncies euclídees, agrupa els districtes segons la seva similitud socio-econòmica establint una tipologia. Els districtes s'ordenen des dels més benestants, amb un poder adquisitiu més gran i un nivell cultural més elevat, fins als caracteritzats per la precarietat en les formes de viure, que en alguns casos llinden amb la marginació.

Les àrees urbanes integren disparitats socials, econòmiques i culturals en espais molt reduïts, Barcelona no és una excepció. La gran expansió urbana que provocà la massiva arribada d'immigrants durant els anys seixanta va comportar la creació de barris perifèrics, on s'establia la nova població ocupada majoritàriament com a mà d'obra industrial. La integració dels immigrants en la ciutat tradicional va ser menor, la saturació del teixit urbà va impedir un augment de la densitat d'aquesta zona. Més recentment, l'especulació de les àrees més centrals, amb un increment exponencial dels preus dels habitatges, ha

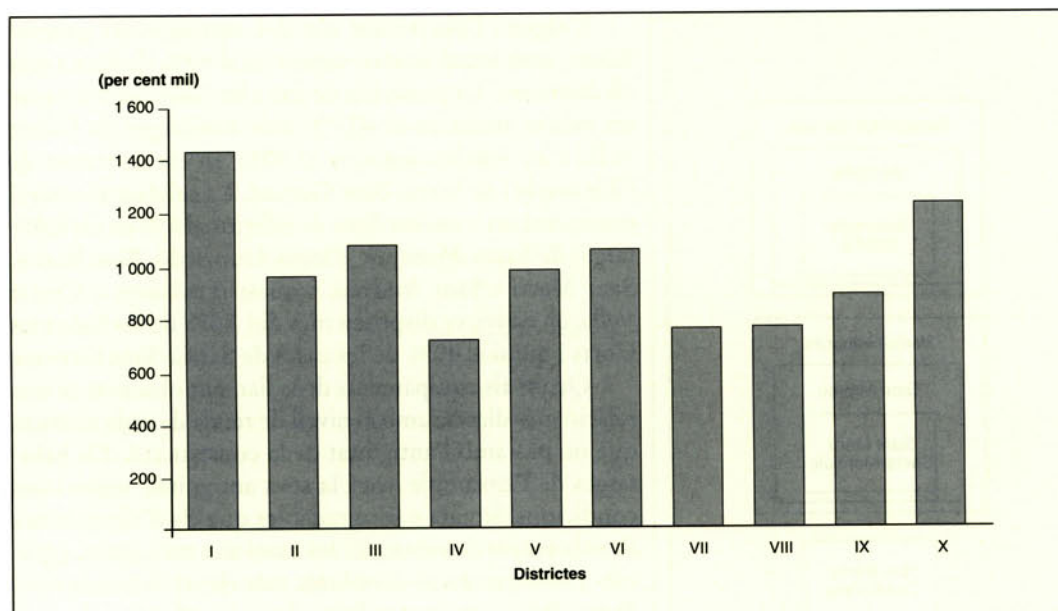


Figura 2: Mortalitat masculina estandarditzada als districtes de Barcelona, 1986

(Font: Elaboració de l'autor a partir del CIDC: Padró d'Habitants, 1986)

	Taxa d'atur	Ingressos <1 000 000	Estudis superiors	Sense estudis	Directius
Districte I	29,9	50,4	2,9	43,1	3,6
Districte II	17,5	35,4	9,8	21,7	8,6
Districte III	22,4	48,8	3,0	32,8	5,3
Districte IV	15,3	26,0	12,5	17,4	12,5
Districte V	14,1	15,6	19,3	12,2	14,2
Districte VI	18,4	31,9	7,9	24,4	7,7
Districte VII	22,2	38,1	3,5	31,1	5,0
Districte VIII	27,2	51,7	1,5	37,2	3,6
Districte IX	22,5	44,1	2,8	29,3	5,5
Districte X	23,3	48,0	2,3	33,2	5,7

Taula 4: Indicadors socials dels districtes de Barcelona (percentatges)

(Font: Elaboració de l'autor a partir de l'INE: Padró Municipal de Habitants, 1986, 1988 per a les taxes d'atur i els nivells d'instrucció; CMB: Enquesta metropolitana 1986. Condició de vida i hàbit de la població de l'àrea metropolitana de Barcelona, 1987, per als nivells d'ingressos; i CMB: Padró d'Habitants de 1986. Estadístiques metropolitanes, 1988, per a les categories socio-professionals)

comportat l'expulsió d'una part dels seus residents cap a d'altres districtes de Barcelona o fora de la ciutat. Així, la ciutat de Barcelona es consolida cada cop més en dues àrees diferenciades: el centre urbà, entenen com a tal la Barcelona de principis de segle, residència de les classes benestants, que competeixen amb d'altres usos per un espai cada cop més car, i les àrees perifèriques, habitades preferentment per persones amb nivells de renda i d'instrucció migs i baixos, a les quals s'ha afegit en els darrers anys gent jove que cerca la més fàcil accessibilitat als habitatges. Ciutat Vella es configura com un illot dins de la Barcelona central, i els seus barris antics allotgen persones amb particularitats molt diverses, amb predomini d'una qualitat de vida baixa.

Les característiques i el confort de l'habitatge són alguns criteris a l'hora d'avaluar la qualitat de vida d'una població. Reflecteixen tant el poder adquisitiu de l'ocupant com el seu nivell cultural, en tant que es pot donar

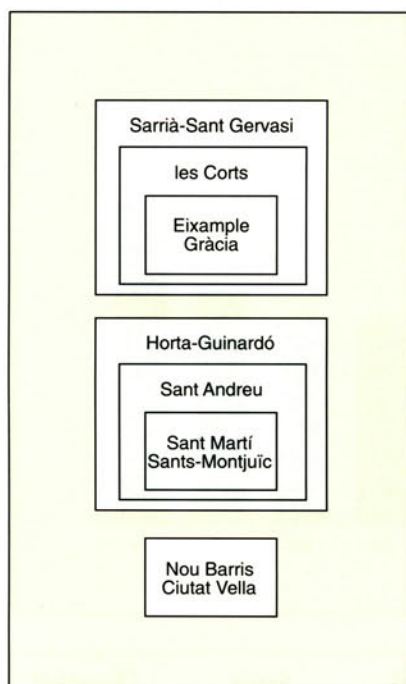
o no prioritat a l'estat de l'habitatge enfront d'altres tipus de consum. Les principals variables a analitzar són les que fan referència a la superfície, la densitat i l'equipament de la llar.

A la ciutat de Barcelona més del 60% de la població viu a habitatges que oscil·len entre els 51 i els 100 m², i menys del 8% ho fa a llars amb una superfície superior als 130 m² (taula 5). Les variacions són força acusades, i a partir de la superfície més generalitzada a cada districte es poden distingir tres grups:

- Districtes on la superfície més representativa se situa entre 51 i 70 m²: Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu.
- Districtes on la majoria dels habitatges se situen entre 71 i 100 m²: Eixample, les Corts, Gràcia i Sant Martí.
- Un sol districte, Sarrià-Sant Gervasi, té més del 40% de llars amb més de 130 m², superfície que supera amb escreix la mitjana dels altres districtes.

Figura 3: Agrupació dels districtes segons la seva similitud socio-econòmica

(Font: Elaboració de l'autor)



Si es relaciona la superfície amb la grandària mitjana de la llar, el quocient entre els residents i els habitatges, els districtes s'agrupen de la següent manera: els districtes IV, VII, VIII, IX, i X tenen la densitat més alta amb més de dues persones i mitja per llar com a terme mig; en els districtes II, III, V, i VI la mitjana se situa entre les dues i les dues persones i mitja; i amb menys de dues persones només es troba el districte I. La densitat de les llars depèn de l'estructura de població de cada districte; els districtes més joves són aquells on la grandària mitjana de la llar és més alta, i els més envellits on és més baixa, a causa d'un nombre elevat de persones grans que viuen soles. Relacionant les variables de superfície i densitat, destaquen els districtes d'Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu per un nombre elevat de persones a cada habitatge i una superfície mitjana petita.

L'aigua i l'electricitat són dos equipaments generalitzats, amb instal·lacions superiors al 99% de llars a tots els districtes. La presència de gas a les cases oscil·la entre un mínim situat en el 60,7% dels habitatges de Ciutat Vella i un màxim superior al 90% en els districtes de l'Eixample i de Sarrià-Sant Gervasi. La calefacció central manca encara a moltes llars: és inferior al 6% en els habitatges de Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó, Nou Barris, Sant Martí i Sant Andreu, i quasi inexistent a Ciutat Vella; en canvi, es disposen més del 30% de les llars a les Corts i quasi el 40% de les cases de Sarrià-Sant Gervasi.

Quant als equipaments de la llar, pot observar-se una relació més directa amb el nivell de renda de cada districte que no pas amb l'antiguitat de la construcció. Els habitatges de l'Eixample, tot i la seva antiguitat, tenen unes condicions de vida més agradables que els d'altres zones de més recent construcció: les cases són més grans, i gràcies a l'estatus socio-econòmic més elevat dels seus residents s'han anat acomodant a les noves formes de confort. Així, quant a equipaments bàsics de la llar, poden diferenciar-se els districtes de Ciutat Vella, Nou Barris i Horta-Guinardó com els que compten amb menys comoditats, i els de les Corts i Sarrià-Sant Gervasi com els de més confort.

Estatut i salut: origen i conseqüència de les desigualtats socials

Les anàlisis transversals i d'inferència ecològica no són del tot precises per tal d'extreure conclusions generals; malgrat això l'estudi de l'estat de salut de la població de Barcelona posa de manifest que hi ha desigualtats en els nivells de morbiditat i de mortalitat en els diferents districtes. Aquestes diferències en la salut no són originades únicament per factors biològics o factors de risc immutables com són el sexe i la generació, sinó que l'entorn social i econòmic es manifesta com un factor explicatiu essencial. Els districtes amb taxes més elevades de morbiditat i de mortalitat coincideixen amb els que tenen uns nivells socio-econòmics baixos; i a l'inrevés, els districtes amb nivells bons de salut es corresponen amb

Taula 5: Superfície dels habitatges dels districtes de Barcelona (m²)

(Font: Corporació Metropolitana de Barcelona: Enquesta Metropolitana 1986. Condicions de vida i hàbits de la població de l'àrea metropolitana de Barcelona. 1987)

m ²	Districtes									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
<50	21,0	6,5	12,0	2,6	2,4	8,4	8,4	10,2	8,6	9,6
51-70	21,1	20,7	37,9	16,0	8,3	27,1	37,7	50,2	43,2	31,8
71-100	20,9	40,0	33,5	38,4	18,9	35,3	32,3	27,7	36,1	34,6
101-130	8,3	15,7	4,8	19,2	24,7	12,7	9,1	2,2	2,6	7,3
> 130	6,2	11,2	1,4	14,6	40,8	7,3	2,3	9,7	2,1	0,7
NS/NC	22,4	5,9	10,3	9,3	4,9	9,3	10,0	9,0	7,5	16,0

(% de llars)

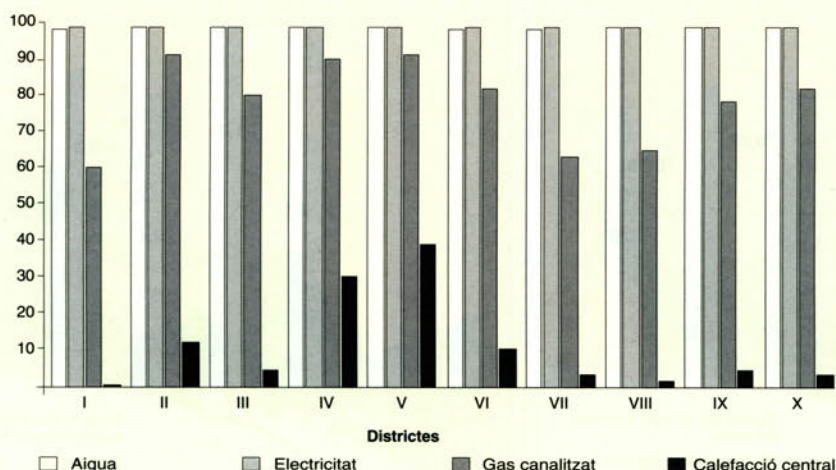


Figura 4: Equipaments bàsics de les llars als districtes de Barcelona, 1988 (percentatges)

(Font: Elaboració de l'autor a partir de l'Ajuntament de Barcelona: Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona, 1988)

els d'estatus socio-econòmics elevats. Però, tot i ser palès el lligam entre salut i estatus, és difícil determinar quin és el tipus de relació entre ambdues variables, o amb quina intensitat cada indicador social o econòmic incideix sobre l'estat de salut, o per què algunes patologies són més esteses o alguns grups socials emmalalteixen més fàcilment que d'altres.

Les condicions i estils de vida derivats dels nivells socio-econòmics i la seva incidència sobre la salut no s'expressen amb la mateixa força en la morbiditat i en la mortalitat. La morbiditat sembla estar molt més determinada que la mortalitat per l'entorn immediat, principalment l'espai de residència i de treball, sobretot quan es tracta de situacions socio-econòmiques baixes caracteritzats per la inestabilitat. Així, els coeficients de relació entre els indicadors socials i de salut són més elevats quan fan referència a alguna patologia que si es tracta de variables de la mortalitat.

De la repercussió del medi social en la salut en relació al sexe i a l'edat cal destacar dues observacions: l'escassa o nul·la correlació entre la mortalitat infantil i l'estatus socio-econòmic, i la similitud de les influències entre ambdós sexes. La mortalitat infantil, tot i les seves variacions entre districtes⁴, no té una correlació significativa amb els diferents nivells socio-econòmics. L'oscil·lació de la mortalitat infantil dels districtes va des d'una taxa màxima de 23,4 defuncions per mil nascuts vius a Ciutat Vella fins a una mínima de 6,5 per mil nascuts vius al dis-

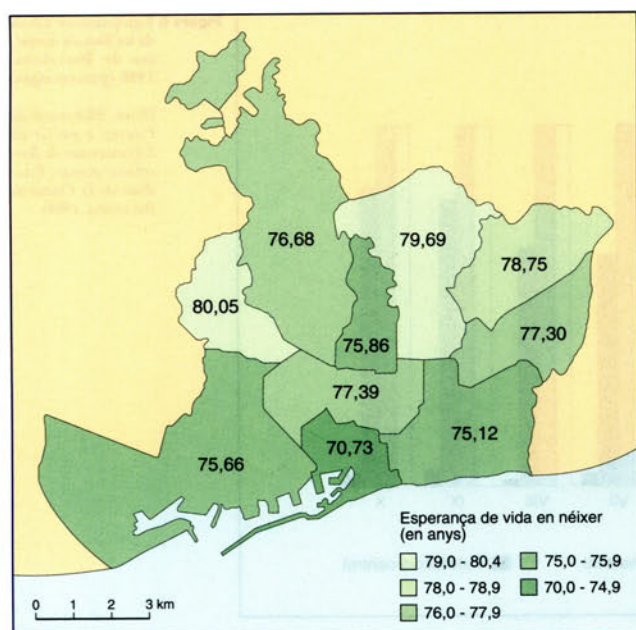
tricte de Sants-Montjuïc. Mentre que la taxa més elevada es localitza un cop més a Ciutat Vella, la més baixa pertany a un districte que no es caracteritza precisament per una elevada esperança de vida en néixer o unes baixes taxes de morbiditat, ni tampoc per una situació socio-econòmica benestant. El motiu d'aquesta manca de relació és que les causes de mortalitat més importants en el primer any de vida són les afeccions perinatales i les anomalies congènites, que venen a representar més de les tres quartes parts del total de defuncions infantils. Aquestes malalties d'origen endogen tenen poc a veure amb l'entorn social i econòmic. Cal pensar que les defuncions causades per malalties infeccioses i parasitàries entre els menors d'un any, altament identificades amb el medi, guarden una relació amb la situació socio-econòmica, però la poca quantia d'elles impedeix una anàlisi acurada.

Malgrat la dissemblança de les taxes entre sexes, el comportament de les dones i dels homes és similar a l'interior de cada districte i en la seva relació amb la resta. Si bé de bell antuvi es pot pensar que la desigualtat social en l'estat de salut es manifesta més clarament en el sexe masculí per una amplitud més gran de les variables analitzades, fet que podria tenir una explicació per una menor atenció al propi cos per part dels homes, per un risc laboral més elevat o per la major adquisició d'hàbits nocius. Això es deu únicament a la situació extrema dels homes de Ciutat Vella, que distorsiona les mesures de tendència central i les anàlisis comparatives.

Ciutat Vella se situa en la posició més desavantatjada dins de la ciutat de Barcelona; la condició dels habitatges indica un estat de pobresa material que es corrobora amb la resta d'indicadors socials, i es reflecteix en

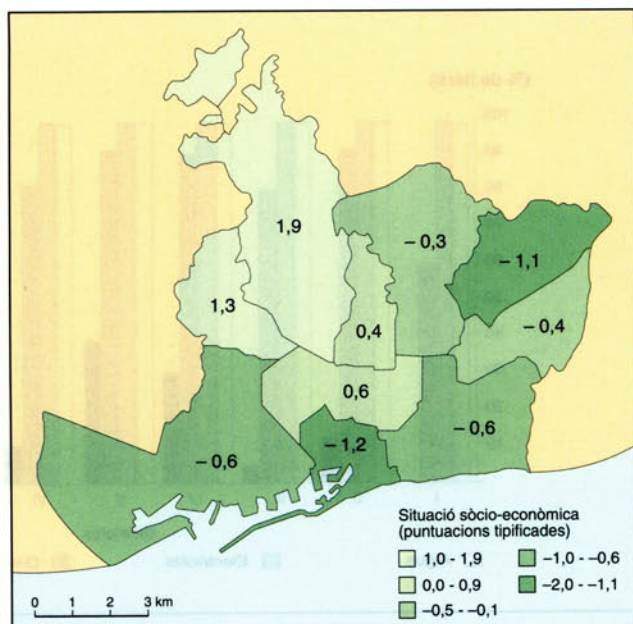
Nota:

4. L'oscil·lació de la mortalitat infantil dels districtes va des d'una taxa màxima del 23,4‰ nascuts vius a Ciutat Vella fins a un mínim del 6,5‰ a Sants-Montjuïc.



Mapa 3: Esperança de vida en néixer als districtes de Barcelona, 1987

(Mapa: autor)



Mapa 4: Situació socio-econòmica als districtes de Barcelona, 1986. Puntuacions tipificades (unitat de desviació típica)

(Mapa: autor)

una morbiditat i una mortalitat sempre molt superiors a les del conjunt de la ciutat. En l'extrem oposat es troben els districtes de Sarrià-Sant Gervasi i de les Corts, en els quals viu una població amb nivells alts d'instrucció, amb taxes d'atur molt baixes, i ben situada en els seus llocs de treball, i per tant amb un nivell de renda i un estat de confort de l'habitatge superior a la mitjana de Barcelona. En aquests dos districtes les taxes de morbiditat són, amb diferència de la resta, baixes i les esperances de vida elevades. Les Corts, amb una esperança de vida de 80,05 anys, 77,39 per als homes i 82,37 per a les dones, és el districte amb una mortalitat més baixa.

Pel que fa a la resta de districtes, que es troben en una posició intermèdia, s'estableixen dos grups diferenciats. D'una banda, la franja nord i litoral de la ciutat, que inclou els districtes de Nou Barris, Sant Andreu, Sant Martí i Sants-Montjuïc, presenta una situació socio-econòmica per dessota de la posició mitjana de Barcelona, que coincideix amb taxes més altes de morbiditat en les patologies fàcilment relacionades amb el medi ambient immediat, com és ara la tuberculosi, i encara que els nivells de mortalitat no siguin clarament correlacionables, pot apreciar-se també una correlació positiva amb la situació socio-econòmica. D'altra banda, la resta de districtes de Barcelona: Eixample, Gràcia i Horta-Guinardó, compten amb un medi social més favorable, que es manifesta en un millor estat general de salut, encara que aquest es caracteritza més per la baixa morbiditat que per una esperança de vida molt més alta.

Les desigualtats socials en la salut s'accentuen si es considera l'escala de barri, ja que l'heterogeneïtat dels

barris que componen cada districte s'esvaeix a favor d'una anivellació. L'interès de l'estudi per barris topa amb la inexistència de dades a l'abast; tot i així, a partir dels treballs de Jaume Costa i de l'Ajuntament de Barcelona, referits a la mortalitat tipificada per barris i a un índex sintètic de benestar socio-econòmic, respectivament, s'han pogut elaborar dos mapes que poden ser contrastats. Les dissemblances entre barris refermen la delimitació feta per als districtes de Barcelona. Els barris centrals de la ciutat disposen d'una qualitat de vida i d'un estat de salut més elevats. Aquests avantatges, però, no són exclusius dels districtes de les Corts, Sarrià-Sant Gervasi, l'Eixample, Gràcia o Horta-Guinardó: bona part de Nou Barris i de Sant Andreu també es troba en aquesta situació privilegiada. La franja litoral, amb tot un seguit de barris des de Montjuïc fins al barri del Besòs, i els barris més extrems al nord de Barcelona, com Ciutat Meridiana-Vallbona, Trinitat Vella o Bon Pastor, són les àrees més deprimides, amb nivells d'instrucció i socio-ocupacionals més baixos, taxes d'atur més elevades, i tenen en comú una estructura urbana desballestada, la precarietat en els habitatges, i, per consegüent, una taxa de mortalitat més alta. Una anàlisi més aprofundida de la salut dels barris, amb especial atenció a la morbiditat, resta encara per fer, i és del tot necessària per a una avaluació real de les desigualtats socials de la salut de Barcelona.

El sistema sanitari de la ciutat, el paper del qual no ha estat comentat en aquest treball, és accessible a tots els ciutadans sense cap tipus de distinció. La dispersió dels centres d'assistència primària no contribueix a una reduc-



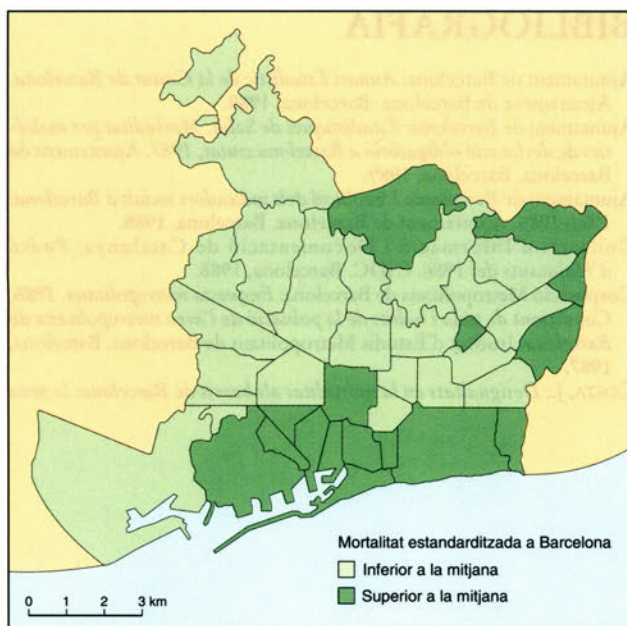
Mapa 5: Els barris de Barcelona

(Mapa: autor)

ció de les diferències en l'estat de salut, ja que no tota la població els utilitza de forma adequada. La població amb un nivell econòmic alt, pel seu poder adquisitiu elevat, pot permetre's fer ús de la sanitat privada; els nivells baixos tenen la sanitat pública com a única opció, amb el que suposa de temps d'espera, d'elecció de metges o de traves burocràtics, que molts cops desanima l'usuari o el priva d'un ús profitós. Cal, doncs, una revisió del sistema sanitari per aproximar-lo a la població. Però la millora de la salut de les classes més desfavorides no se soluciona només amb un progrés científic, mèdic o sanitari més profund, sinó que calen unes transformacions de les condicions i de la qualitat de vida i uns canvis dels hàbits i els comportaments. Aquestes transformacions únicament es portaran a terme si les polítiques sanitàries són encabudes en polítiques globals, interconnectades amb temes de benestar social, ocupació, instrucció, habitatges, serveis i equipaments.

L'envelliment de la població barcelonina i la mimetització d'estils de vida dels estatus més elevats són dos fenòmens socio-demogràfics que tendeixen a agreujar encara més les desigualtats. Les malalties cròniques i degeneratives van unides a l'edat, i com més elevat sigui el volum de població gran, més pacients potencials i reals hi haurà. Segurament les taxes de morbiditat d'aquestes edats disminuiran paulatinament, però l'increment absolut de població vella farà augmentar el nombre de malalts i per tant la demanda social de centres sanitaris.

Les desigualtats en salut només poden desaparèixer amb un tracte desigual en favor dels afectats més negativament, intentant igualar les seves taxes de morbiditat i de

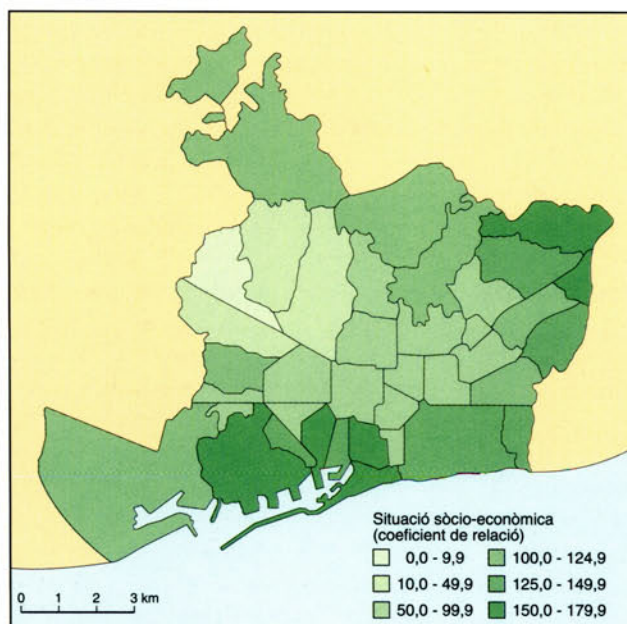
Mapa 6: Raó de la mortalitat estandarditzada per totes les causes als barris de Barcelona, 1980-84 (Mapa: autor) (Font: Costa, J.: *Desigualtats en la mortalitat als barris de Barcelona*)

mortalitat a les de la població més benestant. La lluita no pot centrar-se solament en la salut: només una actuació directa sobre tots els factors origen de les desigualtats socials, amb una redistribució més igualitària dels recursos econòmics, culturals, ocupacionals i d'instrucció, incidirà efectivament en l'eliminació de les desigualtats socials de la morbiditat i de la mortalitat a Barcelona.

Data de recepció de l'original: 11.90

Mapa 7: Situació socio-econòmica als barris de Barcelona, 1986

(Mapa: autor) (Font: Ajuntament de Barcelona: *L'evolució dels indicadors socials a Barcelona: 1981-1986*)



BIBLIOGRAFIA

- Ajuntament de Barcelona: *Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona*. Ajuntament de Barcelona. Barcelona, 1989.
- Ajuntament de Barcelona: *Estadístiques de Salut. Morbiditat per malalties de declaració obligatòria a Barcelona ciutat, 1987*. Ajuntament de Barcelona. Barcelona, 1989.
- Ajuntament de Barcelona: *L'evolució dels indicadors socials a Barcelona: 1981-1986*. Ajuntament de Barcelona. Barcelona, 1988.
- Consorci d'Informació i Documentació de Catalunya: *Padró d'Habitants del 1986*. CIDC. Barcelona, 1988.
- Corporació Metropolitana de Barcelona: *Enquesta metropolitana, 1986. Condicions de vida i hàbits de la població de l'àrea metropolitana de Barcelona*. Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona. Barcelona, 1987.
- COSTA, J.: *Desigualtats en la mortalitat als barris de Barcelona: la seva relació amb l'atur, l'analfabetisme i la categoria professional*. Tesis doctoral (inèdita). Universitat de Barcelona, Facultat de Medicina. Barcelona, 1989.
- DURÁN, M.A.: *Desigualdad social y enfermedad*. Tecnos. Madrid, 1983.
- Instituto Nacional de Estadística: *Padrón Municipal de Habitantes de 1986*. INE. Madrid, 1988.
- LYNGE, E.: "Les différences socio-économiques et la mortalité en Europe. Tendances nouvelles en matière de mortalité", a *Études Démographiques*, núm. 9. Conseil d'Europe. Strasbourg, 1984.
- RODRÍGUEZ, J.A.: *Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español*. Tecnos. Madrid, 1987.
- RODRÍGUEZ, J.A. i MIGUEL, J.M. DE: *Salud y poder*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Siglo XXI. Madrid, 1990.

ESPAIS

REVISTA DEL DEPARTAMENT DE POLÍTICA TERRITORIAL I OBRES PÚBLIQUES



Direcció, Administració, Subscripcions i Publicitat:
Gabinet Tècnic de la Secretaria General.
Carrer del Dr. Roux, 80.
08017 BARCELONA.
Telèfon: 205 13 13, ext. 314.



Generalitat de Catalunya
Departament de
Política Territorial i Obres
Públiques

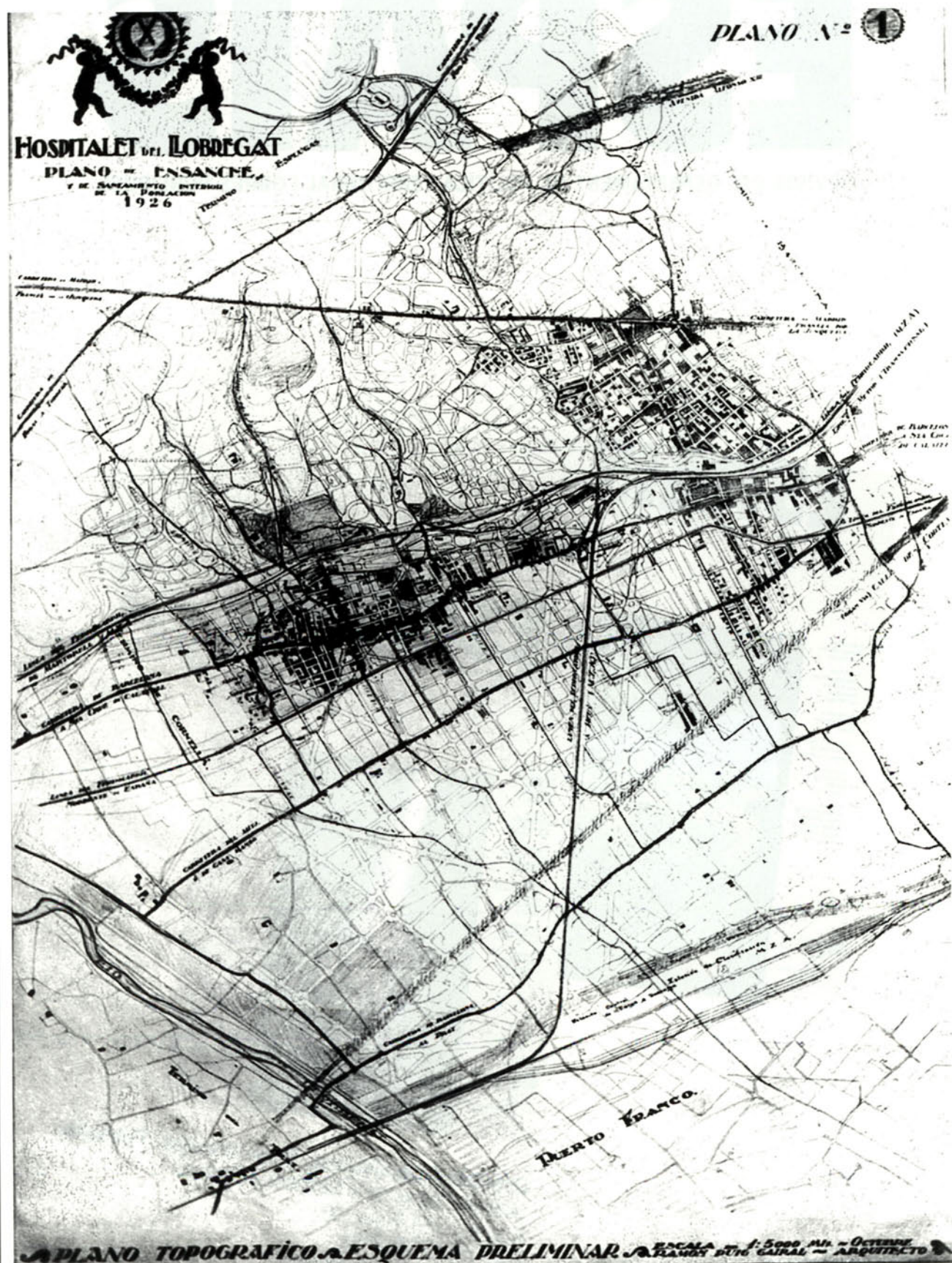


Foto 1: Plànol topogràfic a escala 1:5 000 elaborat el 1926 per Ramon Puig Gairal per al seu projecte d'Eixample de l'Hospitalet de Llobregat (Font: Arxiu Històric de l'Hospitalet de Llobregat)