

Estatus socioeconòmic i esperança de vida

## Pobresa i salut

Tres estudis recents afermen la idea que la mortalitat i l'esperança de vida tenen més a veure amb els ingressos o amb el nivell educatiu que no pas amb la raça o el sexe. Els desequilibris socials als Estats Units també provoquen desequilibris sanitaris.

La major mortalitat entre les persones amb un estatus socioeconòmic més baix ha estat confirmada novament per diversos estudis publicats al setmanari *The New England Journal of Medicine*. En el número del 8 de juliol, el *New England*, una de les revistes mèdiques més prestigioses del món, publica tres articles que mostren el desequilibri existent entre la mortalitat dels ciutadans nord-americans en funció dels ingressos o l'educació.

Així, un primer article escrit per metges de Carolina del Sud mostra que, si bé el risc de malaltia coronària és lleugerament més alt en els homes negres que no en els blancs i en les dones negres que no pas en les blanques, aquestes diferències no són estadísticament significatives.

Dos estudis més, en el mateix número, confirmen que les diferències no provenen de la raça dels ciutadans, sinó dels ingressos i del nivell educatiu a què han arribat. Aquests dos treballs han estat realitzats per un equip del Centre Nacional d'Estadística de la Salut i per investigadors de diversos camps –sociologia, psiquiatria, envelliment, etc.–. Aquest segon article mostra que les diferències d'esperança de vida tenen a veure amb l'estatus socioeconòmic assolit i no amb la raça.

Els autors varen estudiar les dades de 2.219 ciutadans negres i de 1.838 de blancs de 65 anys o més. A partir de la seva capacitat per a dur a terme diverses funcions –caminar, banyar-se, dibuixar, menjar, etc.– dividien els qui podien fer una vida activa o no. A més, els agruparen per sexe, raça i educació.

El nivell educatiu assolit és una de les possibles mesures de l'estatus socioeconòmic. Segons els resultats obtinguts pels autors, aquest és el determinant en les expectatives de vida o de vida



Les diferències més acusades en els índexs de mortalitat no provenen de la raça dels ciutadans, sinó dels in-

activa, per damunt de sexe o raça.

Així, entre els homes blancs i negres, l'esperança de vida activa es d'11,2 i 10,0, respectivament, a partir del 65 anys. La diferència, doncs, és de poc més d'un any. En canvi, entre els blancs amb educació superior i els blancs amb educació bàsica o sense estudis la diferència és de 2,4 anys (12,9 contra 10,5). I per als negres la diferència encara és més gran. Els homes negres amb estudis superiors tenen 12,5 anys d'esperança de vida activa, però entre els qui

no tenen educació superior aquesta xifra és de 9,6.

Entre les dones, que tenen sempre una esperança de vida més alta, les diferències encara són més grans. Només 0,1 anys separen l'esperança de vida activa entre blanques i negres (16,0 i 15,9). Però una dona negra amb educació superior supera de quasi quatre anys una dona negra sense estudis superiors (19,5 contra 15,6).

El tercer estudi és també molt significatiu. Conté les dades sobre diferència

de mortalitat entre 1960 i 1986. Les persones estudiades, entre 25 i 64 anys, foren dividides segons raça, sexe, ingressos i estatus familiar. La relació entre la situació socioeconòmica i la mortalitat és evident i mostra que en certes àrees pobres la mortalitat no ha disminuït significativament des del 1960.

Els resultats evidencien que per a homes o dones, blancs o negres, la mortalitat és més gran com menys anys hagin anat a escola. Així, els homes negres que havien anat a escola onze anys o menys tenien una taxa de mortalitat de 13,4 per mil, però entre els qui tenien estudis

(10,8) que no pas entre els homes de raça blanca que guanyen menys de 9.000 dòlars (16,0).

D'aquesta forma, s'observa que ingressos o nivell educatiu són els elements que marquen, amb més força, la mortalitat o l'esperança de vida. Tot i així, les causes del fet encara no són clares per als experts. Podrien ser degudes a una millor assistència mèdica, a una millor nutrició, a uns hàbits saludables més acusats o a altres causes. En tot cas, aquest concepte tan poc concret d'estatus socioeconòmic, que té a veure amb els ingressos, la professió, els estudis o al-

eficient intel·lectual, cal pensar si els pares amb més educació no tenen més cura d'evitar que els seus fills estiguin exposats al plom. Però també podria ser que un estatus socioeconòmic baix porti una major exposició al plom. Les causes últimes —el nivell socioeconòmic o el plom— es poden confondre i cal fer estudis més aprofundits.

Ara, en alguns casos els actuals indicadors econòmics poden dur a conclusions equivocades. Així, l'economista indi Amartya Sen explicava en un article publicat recentment a *Scientific American* que la vida i la mort haurien de ser considerats també indicadors econòmics. Sen mostra que el PIB i l'esperança de vida no sempre són proporcionals. Així, l'Aràbia Saudita té un PIB molt elevat —més de 7.000 dòlars per persona—, però l'esperança de vida és menor que a l'estat indi de Kerala. Els plans públics d'educació, sanitat i nutrició han millorat la salut dels habitants de Kerala.

D'altra banda, el PIB no sempre permet d'observar les diferències entre ciutadans d'un mateix territori. Dues cinquentes parts dels habitants del barri nova-iorkès de Harlem estan per sota el llindar de pobresa. Però aquest llindar resulta sovint igual a la renda mitjana de les famílies de Bangla Desh, un cop fetes les correccions per diferències de preus i de valor adquisitiu. Ara bé, quant a xifres de mortalitat, els negres de Harlem queden per sota la mitjana dels habitants de Bangla Desh.

Certes xifres mostren que creixement del PIB i salut no sempre van paral·lels. Així, en les dècades de les dues guerres mundials, Anglaterra i Gal·les varen tenir el menor creixement del PIB —fins i tot en algun cas hi va haver decreixement—, però l'augment de l'esperança de vida fou més alt que en qualsevol altra època. Això fou degut, probablement, a un repartiment més just dels aliments i a una major atenció sanitària.

Dos factors, doncs, juguen contra un millor estatus sanitari. D'una banda, tenir menys ingressos o nivell educatiu. D'una altra, tenir una estructura sanitària mal planificada o sense prou recursos. El segon punt té a veure amb una millor política sanitària. Quant al primer punt, Marcia Angell només recorda que "els americans vivim en una societat que tolera grans disparitats en riquesa i privilegis. El cost social i polític és enorme. Ara aprenem que el cost mèdic també és molt elevat".

**Xavier Duran**



gressos i del nivell educatiu a què han arribat.

RAFA GIL

superiors era de 6 per mil.

Els ingressos anuals també expliquen les diferències de mortalitat. Aquesta disminueix espectacularment segons els diners que es guanyen. Així, la mortalitat és del 16 per mil per als homes blancs que guanyen 9.000 dòlars o menys —poc més d'un milió de pessetes—, però només és del 2,4 per mil per als qui ingressen 25.000 dòlars o més. A la taula de resultats també s'observa que entre els homes de raça negra que ingressen entre 9.000 i 15.000 dòlars, la mortalitat és menor

tres elements, té una influència determinant en la salut. I aquest és un factor a tenir molt en compte en els estudis epidemiològics. Així, quan es revela que l'aspirina té influència en la prevenció de l'infart, caldria ajustar els estudis per a observar si les persones que prenen aspirines més habitualment o menys tenen un estatus més alt o no. Els resultats s'han d'interpretar correctament.

Com comenta en el mateix número la doctora Marcia Angell, quan s'observa que l'exposició al plom disminueix el co-