

## **4.- SALUD, ESPERANZA DE VIDA Y MORTALIDAD**

Somos conscientes de que “salud” es uno de esos conceptos con múltiples interpretaciones, y que en muchas ocasiones los Centros de Salud responden (o se les hace responder, tanto por falta de medios como por imposición de criterios) a funcionamiento muy alejados de la definición de salud de la propia Organización Mundial de la Salud: "*La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad*".

Desgraciadamente, en los Centros de Salud, habitualmente, solo se tratan las enfermedades, y están muy lejos de utilizar enfoques, cuidados, métodos o terapias *alternativas* que se basen en la consideración de la persona como un todo (enfoque holístico), en interacción continua y cambio con el entorno, integrando aspectos físicos, genéticos, mentales, emocionales, espirituales, medioambientales y sociales. Es una cuestión tan apasionante como fundamental, pero no es este el documento para profundizar sobre ella.

En este tema, como en tantos otros, los datos para nuestro diagnóstico de barrio van a tener importantes limitaciones, no ya solo por estar centrados en los conceptos oficiales de salud, esperanza de vida y mortalidad sino, además, porque es una de las cuestiones sobre la que menos información accesible hemos encontrado. Igual algunas de las conclusiones a las que vamos a llegar *explican* esa falta de transparencia, a menudo disfrazada de confidencialidad de los datos personales.

### **4.1.- El Centro de Salud del Casco**

Una de las cuestiones que los datos y estadísticas menos abordan, al menos en la dimensión de barrio (ni qué decir de secciones censales) es la relativa a la salud. En el Casco lo primero que se nos viene a la cabeza cuando se plantea la cuestión de la salud en el barrio es el grave problema que tenemos con las actuales condiciones del propio Centro de Salud (según las personas técnicas que lo han analizado, con problemas estructurales no reparables). Aunque es una cuestión que no analizan los datos en que basamos este diagnóstico (pero que trataremos en profundidad en KTT en otros documentos) no queremos dejar de señalarla, por su máxima importancia.

Y, precisamente, para entender algunos de los datos que vamos a ver, hay que comenzar diciendo que el Centro de Salud del Casco no es el Centro de Salud para el Casco, o, mejor dicho, no sólo para el Casco. Aunque en el propio barrio mucha gente no lo sepa, el Centro de Salud en realidad abarca lo que en la terminología del Departamento de Salud se denomina *Zona de Salud del Casco Viejo* y que, como se señala en la [ORDEN de 20 de abril de 2018, del Consejero de Salud, por la que se determinan las zonas de salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi](#), comprende:

- Del distrito 1, las secciones 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 19, 20, 23, 24, 25, 26 y 27.
- Del distrito 2, la sección 5

Lo que traducido quiere decir, todo el Casco Viejo (secciones 1 a 10 del distrito 1), buena parte – pero no todo- de Coronación (secciones 19 a 27 del distrito 1), e incluso una parte de Lovaina (sección 5 del distrito 2).

Ello repercute en el hecho de la cantidad de población a la que ha de atender el Centro de Salud del Casco. Porque si la población del Casco a 1 de enero de 2020 era de 8.910 personas, la población a la que ha de atender el Centro de Salud del Casco a la misma fecha es más del doble, en concreto

18.249 personas, como se observa en la siguiente tabla que recoge la población que abarca cada Área de Atención Sanitaria:

<b>Población en áreas de atención sanitaria por sexo (2020)</b>			
<b>AREAS SALUD</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
ABETXUKO	3.603	1.816	1.787
ARANBIZKARRA I	14.105	6.719	7.386
ARANBIZKARRA II	14.097	6.948	7.149
SAN MARTIN	30.591	14.537	16.054
CASCO VIEJO	18.249	8.808	9.441
LA HABANA	10.338	4.970	5.368
OLAGUIBEL	27.821	13.040	14.781
GAZALBIDE-TXAGORRITXU	13.139	6.086	7.053
LAKUA-ARRIAGA	14.940	7436	7504
OLARIZU	14.758	7.162	7.596
SALBURUA	17.738	8.927	8.811
SANSOMENDI	7.393	3.717	3.676
LAKUABIZKARRA	28.509	14.134	14.375
ZABALGANA	27.472	13.966	13.506
ZARAMAGA	12.289	5.957	6.332
<b>TOTAL</b>	<b>255.042</b>	<b>124.223</b>	<b>130.819</b>

Elaboración propia a partir de los datos municipales de POBLACION, ZONAS DE ATENCION SOCIAL, SEXO, GRUPOS DE EDAD, FAMILIAS Y NACIONALIDAD.

Pero, sin entrar ahora en la cuestión sobre si el reparto de barrios o partes de barrios por áreas de salud es la adecuada, interesa conocer cuáles son los grupos de edad que, en el área sanitaria que nos corresponde, están por encima de la media de la ciudad, porque ello nos permitirá deducir qué tipo de asistencia médico-sanitaria es más necesaria en nuestro área de salud

<b>Población en áreas de atención sanitaria por grupos de edad (2020)</b>									
<b>AREAS SALUD</b>	<b>de 0 a 4</b>	<b>5 a 15</b>	<b>16 a 17</b>	<b>18 a 24</b>	<b>25 a 34</b>	<b>35 a 44</b>	<b>45 a 54</b>	<b>55 a 64</b>	<b>65 y más</b>
CASCO VIEJO	744	1.619	271	1.167	2.348	2.877	2.868	2.406	3.949
% de la población atendida Casco	4,08	8,87	1,49	6,39	12,87	15,77	15,72	13,18	21,6
<b>GASTEIZ</b>	<b>11.503</b>	<b>28.091</b>	<b>4.696</b>	<b>15.936</b>	<b>26.501</b>	<b>40.203</b>	<b>39.958</b>	<b>33.864</b>	<b>54.290</b>
% de la población atendida Gasteiz	<b>4,51</b>	<b>11,01</b>	<b>1,84</b>	<b>6,25</b>	<b>10,39</b>	<b>15,76</b>	<b>15,67</b>	<b>13,38</b>	<b>21,3</b>

Vemos que es en los tramos de edad de entre 18 a 44 años donde el % de la población susceptible de ser atendida es mayor en el Casco, especialmente la franja de 25 a 34 y también, pero solo un poco, la de mayores de 65 años. Puede sorprender, por eso del *imaginario colectivo*, que en un área de salud que agrupa al vecindario del Casco y de buena parte de Coronación no haya un especial presencia de personas mayores de 65 años, pero así es. Hemos hecho el cálculo, y el 21,6% que representan las personas mayores del área sanitaria del Casco, está por debajo de áreas sanitarias como La Habana (39,9), Gazalbide-Txagorritxu (36,7), Zaramaga (34,4), Aranzbizarra I (33,4), Olaguibel (28,8), Olarizu (27,8), San Martín (26,0), Aranzbizarra II (23,5) y Abetxuko (21,7), estando por encima sólo de las áreas sanitarias que acogen a la población de los nuevos barrios: Lakua-Arriaga, Sansomendi, Lakua-Bizkarra y, sobre todo, Salburua y Zabalgana, que son las que, con sus bajísimas presencias de personas mayores de 65 años (3,0 en Zabalgana y 6,2 en Salburua), hacen que la media de la ciudad descienda hasta el 21,3%.

No encontramos datos sobre las plantillas del personal del Centro de Salud del Casco, aunque en [septiembre de 2019 se publicaba en un medio informativo](#) que, en lo relativo al personal médico, eran 12 médic@s de cabecera y 2 pediatras. De l@s de cabecera, según la noticia, la mitad se encontraban de baja sin tener sustitución. Por lo que se refiere a pediatría, desde 2017, [por una respuesta a una interpelación parlamentaria](#), sabemos que el Centro de Salud del Casco es uno de los varios en los que *la atención pediátrica puede ser atendida por médicos de familia en "función de la época del año"*. Y es que la dotación de pediatras en el Casco parece insuficiente, como podemos comprobar en la siguiente tabla.

	Pacientes pediatría	Pediatras	Pacientes por Pediatría	Pacientes medicina gral.	Médic@s medicina gral.	Pacientes por médic@
Área Casco Viejo	1.619	2	1.182	15.886	12	1.324
Araba			723			1.468

Si damos por buenas las cifras de la noticia anteriormente reseñada, l@s dos pediatras tendrían que abarcar una población de 2.363 menores de 0 a 15 años, lo que les significa una ratio de 1.182 pacientes por pediatra, cuando [se ha publicado a primeros de 2020](#) que *la ratio media en Araba es de 723 pacientes por pediatra*, lo que supondría que *la de la zona sanitaria del Casco es un 63,48% superior*. De ahí que les deriven a medicina familiar. Pero, evidentemente, esa no es la solución.

Como venimos repitiendo, son escasísimos los datos sobre indicadores de salud que lleguen a un desglose mínimo, no ya por secciones censales o barrios, sino tan siquiera por Centros de Salud ([si alguien encontráis datos al respecto, os rogamos que los socialicéis](#)). En el ámbito municipal, donde sería esperable encontrarlos, el Ayuntamiento apenas tiene informes al respecto, y en los pocos que ha publicado, como el [II Plan de Desarrollo de la Salud de la Ciudad de Vitoria-Gasteiz 2013-2018](#), (prorrogado hasta 2020) apenas encontramos datos con ese desglose, relativas a la ansiedad y depresión, consumo de tabaco y alcohol ¡pero que tienen como fuente la Encuesta de Salud del Gobierno Vasco de 2007!. De ellos, a pesar de su antigüedad, queremos recoger uno que nos parece especialmente indicativo y llamativo:

<b>Población (%) con síntomas de ansiedad y/o depresión por sexo y zonificación de la Encuesta de Salud de la CAV para Gasteiz (2007)</b>			
	Mujeres	Hombres	Total
Casco Viejo - Ensanche	26,7	7,0	16,7
Txagorritxu – San Martín	14,9	5,2	11,0
Aranbizkarra	23,1	17,7	20,6
Judimendi	17,5	10,6	14,0
Sansomendi – Lakua	17,4	8,2	12,5
Rural	9,0	35,0	24,5
Total	19,5	9,9	14,8

Nos parece extremadamente grave que el 26,7% de las mujeres (algo más de una de cada cuatro, y teniendo en cuenta todas las edades) de Casco Viejo – Ensanche muestren síntomas de ansiedad y/o depresión (la zona en que más mujeres padecen esos síntomas). Y contrasta más con el hecho de que entre *los hombres de la misma zona solo los muestran un 7,0%* (la segunda zona de la ciudad en que menos hombres padecen los síntomas). *Es un dato tremendo, muy a tener en cuenta en el diagnóstico del barrio*, porque, además, como señala el informe municipal, en general, no solo para Casco Viejo – Ensanche, *la mayor concentración se da en edades superiores a 45 años, si bien se observa un aumento de las problemáticas de salud mental entre las personas jóvenes.(...) En el caso de las mujeres, la prevalencia de síntomas depresivos, aumenta a medida que se desciende en la escala social. En los hombres no se ha encontrado relación entre ambos parámetros.*

## 4.2.- Esperanza de vida

Dado que no podemos indagar mucho más sobre ese concepto oficial de la salud, tendremos que recurrir a otros que sí se publican, los relacionados con la llamada *esperanza de vida*. Pero antes de entrar a los datos, creemos conveniente tener en cuenta lo que señala en su introducción el propio documento que nos sirve de fuente, [Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas de salud de Euskadi 2013-2017](#):

*Las desigualdades en salud son diferencias en la salud entre distintos grupos de población, que son evitables y por lo tanto injustas. La salud de las personas está estrechamente condicionada no tanto a los sistemas sanitarios, que también, como a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, envejecen y las desigualdades en el reparto del poder y los recursos; los llamados determinantes de la salud. El lugar donde vivimos es generador de desigualdades en salud e identificar los lugares más desfavorecidos o con peores indicadores de salud, permitirá una óptima distribución de los recursos.*

*La esperanza de vida al nacer es una estimación de los años que viviría una persona recién nacida si estuviera sujeta a lo largo de su vida a la mortalidad que tuvo la población de esa área durante el periodo de interés. La esperanza de vida es un indicador que resume la mortalidad total, ampliamente utilizado y de más fácil comprensión que otras medidas de mortalidad.*

*(...) Las desigualdades se dan a través de diferentes ejes de estratificación social: clase social, género, etnia, territorio... Se dan entre países, los países más ricos en general tienen mejor salud que países menos desarrollados, hay más de 27 años de diferencia entre la esperanza de vida de países como Lesoto, Sierra Leona, Nigeria... y países desarrollados como Japón, Suiza, España o Francia. Pero dentro de los países las diferencias también se dan y son muy importantes. La evidencia científica señala que las desigualdades pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.*

Sin perder de vista estas reflexiones básicas para centrar la cuestión, observemos ahora los datos:

<b>Esperanza de vida por sexos en la Zona básica de salud del Casco 2001-2017</b>				
	<b>2001- 2005</b>	<b>2006- 2010</b>	<b>2013- 2017</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Zona básica de salud del Casco</b>				
<b>Mujeres</b>	82,1	84,9	85,8	En 2001-2005 la segunda más baja de Gasteiz; en 2006-2010 la cuarta más baja; en 2013-2017 la tercera más baja (de un total de 14 zonas básicas de Salud)
<b>Hombres</b>	74,6	76,1	78,7	En 2001-2005 la más baja de Gasteiz; en 2006-2010 la segunda más baja; en 2013-2017 la cuarta más baja

Elaboración propia en base a los datos de Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV 2006-2010, [Atlas Euskadi](#) y [Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas de salud de Euskadi 2013-2017](#)

Parece que al menos en este aspecto se observa una evolución a mejor, tanto en el aumento de la esperanza de vida con el paso de los años, como porque la zona básica de salud del Casco abandona poco a poco los últimos lugares del escalafón.

#### 4.3.- La mortalidad, sus causas y su relación con las desigualdades sociales

Es este aspecto de la salud (o, en este caso, mejor dicho, de la falta de salud) sobre el que más datos hemos encontrado. Así, tomando como fuente el ya comentado *II Plan de Desarrollo de la Salud de la Ciudad de Vitoria-Gasteiz 2013-2018*, y en concreto su documento *Diagnóstico*, hemos elaborado la siguiente tabla que recoge las causas de mortalidad específica con mayor incidencia en el Casco:

Causas de mortalidad específica con mayor incidencia en el Casco que en la media de la ciudad (de un total de 15 causas) 2004-2012			
Mujeres 2004	Mujeres 2012	Hombres 2004	Hombres 2012
Cardiopatías isquémicas	Cardiopatías isquémicas	Cardiopatías isquémicas	Cardiopatías isquémicas
Demencias y Alzheimer (algunas secciones del barrio)	Demencias y Alzheimer (algunas secciones del barrio)	Demencias y Alzheimer (algunas secciones del barrio)	Demencias y Alzheimer (algunas secciones del barrio)
Cáncer de mama	Cáncer de mama	Enfermedades cerebro vasculares	Enfermedades cerebro vasculares
Diabetes	Diabetes	Cáncer del tracto aéreo-digestivo superior	Cáncer del tracto aéreo-digestivo superior
EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
Infecciones respiratorias agudas	Infecciones respiratorias agudas	Cáncer de pulmón (dos secciones)	Cáncer de pulmón
Cáncer de estómago	Cáncer de estómago	Cirrosis	Cirrosis
SIDA	SIDA	SIDA	SIDA
		Tumores malignos	
		Entre los barrios con niveles de mortalidad más elevada en general (junto a Lovaina y Coronación)	Entre los barrios con niveles de mortalidad más elevada en general (junto a Lovaina y Coronación)

Aunque veáis que en el cuadro se recoge el dato de que eso sucede en *algunas secciones censales*, no disponemos de ese desglose, que podría ser bastante aclaratorio. Aún así, está claro que hay algunas causas de mortalidad que en el barrio tienen una mayor incidencia tanto en mujeres como en hombres (Cardiopatías isquémicas, Demencias y Alzheimer, EPOC y SIDA), así como otras que se dan concretamente en las mujeres (Cáncer de mama, Diabetes, Infecciones respiratorias agudas y Cáncer de estómago) o en los hombres (Enfermedades cerebro vasculares, Cáncer del tracto aéreo-digestivo superior, Cáncer de pulmón y Cirrosis). Todas ellas con esa especial incidencia en el barrio tanto en 2004 como en 2012.

Hay, sin embargo, quien se preguntó si esta mayor mortalidad por ciertas causas en según qué lugar, tendrá que ver con las desigualdades económicas, y el intento de contestación a esa pregunta lo convirtió en Tesis doctoral. Se trata de Imanol Montoya Arroniz y su tesis *Evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, presentada en 2015, que estudia los periodos 1996-2001 y 2002-2007 en las

secciones censales de la CAPV. Es verdad que los datos son muy antiguos, pero aún así, conviene tener en cuenta la gravedad de algunas de sus conclusiones:

*Según los resultados obtenidos, la asociación entre las desigualdades socioeconómicas y la mortalidad se ha mantenido en los periodos de tiempo estudiados 1996-2001 y 2002-2007. Además la magnitud de la asociación es mayor para los hombres que para las mujeres y esto se traduce en un mayor impacto en el número de muertes atribuibles a las desigualdades socioeconómicas en el caso de los hombres. (...) El impacto que estas desigualdades tienen en el riesgo de mortalidad se ha expresado en términos de número de muertes atribuibles, que puede interpretarse como el número de muertes evitables en caso que toda la población tuviese las mismas tasas de mortalidad que las personas de las áreas más favorecidas. En el caso de los hombres esta cifra asciende a un sorprendentemente número de 5.278 fallecimientos atribuible a las desigualdades en el periodo 1996-2001 y 4.475 fallecimientos atribuibles a las desigualdades en el periodo 2002-2007 en la CAPV. Esto implica que, si entre 1996-2001 y 2002-2007, las tasas de mortalidad en las secciones censales más desfavorecidas hubiesen sido como las de las secciones más favorecidas, es de esperar que se hubieran evitado un 9,1% y un 7,5% de los fallecimientos en hombres respectivamente.*

*(...)Para el caso de las mujeres (...) El impacto que estas desigualdades tienen en la mortalidad, medido a través del número de muertes atribuibles a las desigualdades socioeconómicas, es claramente inferior al observado para los hombres. Concretamente, para la mortalidad general el número de fallecimientos atribuibles es solamente de 398 fallecimientos en ambos periodos. Además, este resultado no es estadísticamente significativo. En algunas de las causas específicas sí que existe un número de fallecimientos atribuibles significativo.*

*Estas son la diabetes con 241 y 374 y el cáncer de estómago con 161 y 123 en cada uno de los dos periodos respectivamente. Cabe destacar el caso del cáncer de pulmón, que tiene un mayor riesgo de mortalidad en las zonas más favorecidas y para el que el número de muertes atribuibles a las desigualdades es negativo -193 y -282 en ambos periodos. Para otra causa con un efecto opuesto, concretamente las demencias y enfermedad de Alzheimer, el número de muertes atribuibles en el segundo periodo es de -431.*

Impresionante ¿verdad?. Parece evidente que todo ello debería llevar no solo a la implantación de programas de prevención y tratamiento, así como a la dotación suficiente de especialistas en esas materias para el Centro de Salud del barrio, sino, a la implantación urgente de medidas que acaben con esas desigualdades sociales que las evidencias demuestran cómo están matando a una parte considerable de la población simplemente por su condición socioeconómica. Algo que refleja con claridad el propio Imanol Montoya Arroniz:

*El presente estudio ha puesto en evidencia la necesidad de avanzar en el desarrollo de políticas para reducir las desigualdades sociales en salud en la CAPV. Es además una nueva constatación de la baja eficacia de las políticas en salud que se habían venido aplicando, basadas más en la atención sanitaria y en los recursos clínico-sanitarios que en actuaciones sobre los determinantes de la salud y la reducción de las desigualdades sociales en salud. Para reducir las desigualdades en salud es necesario actuar sobre los determinantes sociales y de entorno, y establecer medidas de colaboración entre los diversos sectores de la sociedad.*

La gravedad de lo señalado por Imanol Montoya, más algunas pistas aportadas en su trabajo, nos han llevado a intentar recoger algunos de esos datos, en este caso por secciones censales, aunque hagan referencia a los periodos 2002-2007 y 2008-2012. También incluimos los datos por secciones censales del llamado [Índice de privación socioeconómica MEDEA](#), un proyecto de 10 grupos

coordinados inicialmente por la Agència de Salut Pública de Barcelona, que tenía como primer objetivo *Construir para cada ciudad estudiada un índice de privación que resuma las diversas características socioeconómicas de las secciones censales y permita conocer los patrones de la distribución de las áreas según el nivel de privación*. Los resultados son los que podéis ver en la tabla que aparece en la siguiente página.

Lo primero que se aprecia claramente es que hay una sección que, a diferencia del resto, en ambos periodos estudiados tiene un menor índice de privación socioeconómica que el resto, se trata de la sección 1, con índice 4 tanto en 2002-2007 como en 2008-2012. El resto de las secciones en 2008-2012 tenía un índice de privación socioeconómica MEDEA de 5 (el que indica la peor situación), con el agravante de que algunas habían llegado a esa situación cuando en 2002-2007 estaban en la 4 (secciones 5, 9 y 11).

De hecho, la privación media otorgada a la sección 1 es del 0,51, mientras que la de peor situación de privación, la sección 4, alcanza hasta el 2,34, esto es, más de cuatro veces. No hay más que comparar los datos sobre personas sin empleo, contratadas eventuales, trabajadoras manuales o el nivel de instrucción de ambas secciones para percibir claramente esas diferencias.

La segunda sección con menor índice de privación es la sección 2 (0,94)<sup>1</sup>, y la tercera y cuartas con un índice muy similar, las secciones 8 y 11<sup>2</sup>, todas ellas también por debajo del 1 (0,95 y 0,99 respectivamente).

Por lo que respecta a las secciones con peor situación socioeconómica, tras la ya comentada 4 aparece la 9<sup>3</sup> (1,89) y tras ella la sección 7<sup>4</sup> (1,74). Finalmente, en una situación media quedan las secciones 3 (1,51), 5 (1,55) y 10 (1,56).

Observemos ahora los datos sobre el riesgo de mortalidad. Por un lado, nos encontramos que en los dos periodos estudiados, y en ambos sexos, la sección censal con un mayor riesgo de mortalidad es la 9, pero hay que tener en cuenta que en esa división por secciones la Residencia San Prudencio se ubicaba precisamente en la sección 9.

Tras ella, y en cuanto a mayor riesgo se refiere, se sitúa la antigua sección 7 (hoy en día incluida en la 4), con el agravante de que sus datos del periodo 2008-2012 son peores que los del periodo anterior. A ella le sigue precisamente la sección 4 (con lo que hoy la situación de la actual 4 será peor aún con respecto al resto), que también empeora sus datos con respecto a las mujeres, aunque los mejora muy levemente en los hombres. Y concluyendo la lista de las secciones en la que en ambos sexos el riesgo de mortalidad es superior a la media de Euskadi, nos encontramos la sección 2, que además en el segundo periodo estudiado ha empeorado ostensiblemente su situación.

En cuanto a las secciones que tienen mejor ratio (menos elevada) que la media de Euskadi, nos encontramos con la sección 1 (en ambos sexos, aunque entre ambos periodos empeora la de las mujeres y mejora la de los hombres), la sección 11 (que mejora en ambos sexos) y la 8 (que también mejora en ambos sexos).

---

<sup>1</sup>Que con el tiempo desaparecería, incluyéndose al completo en la sección 1, con lo que, al unirse las dos secciones con mejor situación socioeconómica, las diferencias con la otras secciones serán aún mayores hoy en día.

<sup>2</sup>Que al desaparecer se incluiría en la 10.

<sup>3</sup>Al desaparecer se repartiría entre, sobre todo, la sección 5, y otra parte a la sección 8.

<sup>4</sup>Al desaparecer se integra en la sección 4.

**RIESGO DE MORTALIDAD E INDICE DE PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA**  
**Por secciones censales del Casco**

	SECCIONES CENSALES											Observaciones	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
<b>Riesgo de Mortalidad total 2002-2007</b>													El valor 1 se corresponde con la media de Euskadi, más valor mayor riesgo
Mujeres	0,8393	0,7984	0,9334	0,9078	1,112	0,8955	0,8414	1,092	1,862	0,9814	0,9113		
Hombres	1,049	0,8884	1,316	1,0934	1,155	0,999	1,014	1,0169	1,431	1,141	1,155		
<b>Riesgo de Mortalidad total 2008-2012</b>													Los índices van del 1 al 5, siendo el 5 el que peor situación económica señala
Mujeres	0,8961	1,022	1,048	1,0684	0,9328		1,068	0,9056	1,348	1,018	0,8776		
Hombres	0,9274	1,103	1,029	1,062	1,041		1,1399	0,9125	1,408	0,9435	0,9343		
Índice de privación socioeconómica MEDEA 2001	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4		
Índice de privación socioeconómica MEDEA 2011	4	5	5	5	5		5	5	5	5	5		
Índice de privación socioeconómica MEDEA: Se ha obtenido un índice de privación, siguiendo la metodología del proyecto MEDEA I. Se utilizó el análisis de componentes principales para sintetizar la información recogida en cinco indicadores socioeconómicos seleccionados de cada área pequeña: desempleo, instrucción insuficiente, instrucción insuficiente en jóvenes, trabajadores manuales y asalariados eventuales													
<b>Datos en los que se basa el Índice de privación socioeconómica MEDEA de 2011</b>													
Personas de 16 años sin empleo (%)	19,78	18,71	22,54	26,89	22,75		23,58	21,69	24,22	21,04	18,51	Atención a la diferencia entre secciones censales	
Población asalariada eventual (%)	22,26	23,38	25,78	27,46	25,46		22,26	22,66	23,36	28,17	26,55		
Población trabajadora manual (%)	44,52	49,28	60,94	69,43	56,76		70,03	59,53	63,52	57,87	59,59		
Población con instrucción insufic. (%)	37,32	39,55	40,11	45,58	40,60		46,01	41,01	56,57	35,82	35,31		
Población joven con instr. insuf. (%)	17,07	22,99	21,95	26,15	24,76		23,91	15,43	22,62	25,00	17,56		
Privación media	0,51	0,94	1,51	2,34	1,55		1,74	0,95	1,89	1,56	0,99		
La sección censal 6 desaparece durante el periodo, siendo absorbida en su totalidad por la sección 7, por eso no aparece en los datos 2008-2012													
Personas sin empleo: personas desempleadas y activas que buscan trabajo por primera vez. El % es respecto al total de la población activa.													
Población asalariada eventual: Porcentaje de personas de 16 o más años ocupadas que son asalariadas eventualmente, respecto al total de la población ocupada de 16 o más años.													
Población trabajadora manual: Porcentaje de personas de 16 o más años trabajadores manuales respecto al total de la población ocupada de 16 o más años.													
Población con instrucción insuficiente en 2011 se define como: población de 16 o más años con nivel de estudios primarios y menos: Personas que no saben leer ni escribir, personas que saben leer y escribir pero no han terminado ningún tipo de estudios, Educación Infantil, Maternal, Guarderías, Jardín de Infancia, Párvulos y similares, Educación Primaria, EPA, Educación Especial, Estudios oficiales de música (ciclo elemental), estudios primarios anteriores como la EGB, la Enseñanza Primaria y estudios similares + personas que habiendo acabado la EGB no han obtenido el graduado escolaridad., respecto al total de la población de 16 o más años.													
Población joven con instrucción insuficiente: Porcentaje de personas entre 16 y 29 años con instrucción insuficiente, respecto al total de la población entre 16 y 29 años													



En conclusión, por lo visto, el vecindario de las secciones 4, 7 y 9 no sólo padece mayores índices de privación socioeconómica, sino que, además, tienen un mayor riesgo de mortalidad. Mientras que a las secciones 1, 8 y 11 les sucede justamente lo contrario. Parece evidente pues, que también en el interior del barrio es real que las desigualdades sociales repercuten directamente en la salud de la población, algo que debería tenerse muy en cuenta a la hora de aplicar políticas y medidas concretas. Por ejemplo, en las ayudas a la rehabilitación sería lógico aplicar distintos criterios dependiendo de la zona en cuestión, pues, como veremos más adelante cuando abordemos las rentas personales y familiares, la situación por secciones censales también en ese ámbito es semejante a la aquí observada.

#### **4.4.- La mortalidad en las personas mayores de 65 años**

La falta de datos oficiales -y nuestro interés especial en la situación de las personas mayores del barrio- nos ha empujado a intentar otro *camino alternativo* para la búsqueda de información que nos pueda aportar algo más de luz sobre esta cuestión de la mortalidad, cuyo mayor riesgo en el barrio parece evidente.

Así, nos ha parecido que una forma de abordarlo era la de recopilar la información sobre las personas fallecidas de 65 y + años durante el periodo 2006-2019 en cada barrio (ya nos hubiera gustado poder hacerlo luego por las secciones censales del barrio, pero esos datos no están disponibles), relacionándolas con las personas vivas de esa misma franja de edad y periodo. Así como desglosar los datos por sexos. El resultado obtenido es el que aparece en la tabla de la siguiente página.

Vemos que en el Casco hay mayor % ciento de muertes, siendo el segundo barrio de la ciudad con mayor %, solo superado por la Zona Rural Este (de la que desconocemos si tiene características específicas que expliquen la cuestión, pero es indicativo que las otras dos Zonas Rurales estén también entre los puestos más altos). Es más, el % del Casco (6,09) es un 76,52% más elevado que el del conjunto de Gasteiz (3,45). Trasladándolo a número de personas eso quiere decir que de las 1.380 personas mayores de 65 años fallecidas en ese periodo en el Casco, de haber tenido la proporción de Gasteiz, los fallecimientos habrían sido 781 (599 menos). Es una barbaridad.

Los datos también apuntan a que en esta franja de edad, para el conjunto de causas de fallecimiento, parece intervenir menos el factor socioeconómico, ya que, aunque Abetxuko (un barrio también con niveles socioeconómicos bajos) ocupa el cuarto puesto, en el quinto lugar de la lista aparece Mendizorrotza (4,36) y en el sexto Ensanche, barrios con situaciones socioeconómicas mucho más desahogadas.

Si contemplamos los datos por sexos, con respecto a las mujeres de 65 años y más, vemos que el Casco ocupa también el segundo lugar, de nuevo solo por detrás de la Zona Rural Este, y que su diferencia con el conjunto de Gasteiz aumenta en este caso hasta un 81,79%. Por lo que respecta a los hombres, es el Casco el de mayor % de fallecimientos, aunque en este caso su diferencia con Gasteiz es del 72,80%.

<b>% de personas muertas de 65 y + años sobre personas vivas de 65 y + años en el conjunto del periodo 2006-2019</b>			
	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
Zona Rural Este	9,04	5,47	7,39
Casco Viejo	5,69	6,67	6,09
Zona Rural Noroeste	5,57	4,81	5,19
Abetxuko	3,87	5,96	4,74
Mendizorrotza	4,22	4,55	4,36
Ensanche	3,90	4,61	4,17
Gazalbide	4,05	4,19	4,11
San Martín	4,26	3,38	3,86
Zona Rural Suroeste	3,41	4,16	3,78
Judimendi	3,14	4,71	3,76
Lovaina	3,38	4,34	3,74
Txagorritxu	3,43	3,97	3,66
Zabalzana	3,01	4,42	3,65
Ariznavarra	3,03	4,26	3,57
Desamparados	3,00	4,35	3,54
<b>Gasteiz</b>	<b>3,13</b>	<b>3,86</b>	<b>3,45</b>
Coronación	2,72	4,42	3,42
El Anglo	2,96	3,95	3,38
San Cristóbal	2,83	3,81	3,26
Adurtza	2,75	3,79	3,22
Arantzabela	3,32	2,79	3,06
Zaramaga	2,44	3,74	3,01
Ali-Gobeo	2,49	3,65	3,00
Sansomendi	2,52	3,25	2,86
Arriaga-Lakua	2,51	3,20	2,84
Arana	2,51	3,25	2,83
Santa Lucía	2,63	3,06	2,83
Salburua	2,81	2,54	2,69
Santiago	2,14	3,00	2,54
Aranbizkarra	2,22	2,87	2,53
El Pilar	2,09	2,97	2,50
Aretxabaleta	1,94	2,27	2,09

Aunque a las personas expertas en cuestiones estadísticas probablemente les parezca bastante *temerario* el planteamiento de la anterior tabla, parece que es otro buen indicador de que, efectivamente, en el barrio, proporcionalmente, es *más fácil* morirte, principalmente si eres mujer mayor de 65 años.

Una última cuestión técnica. Esta tabla ahora presentada es un breve resumen de una larguísima *Tabla Madre* que hemos tenido que elaborar para (con el apoyo del de siempre) poder realizar los cálculos que ahora os hemos ofrecido. Pero ya que ese trabajo está hecho, lo queremos poner también a vuestra disposición. Cuando las *Tablas Madre* no sean muy largas las incluiremos en su capítulo correspondiente, pero cuando, como en este caso, sí lo sean, las reservaremos para un capítulo de *Anexos* que incluiremos al final de todo el diagnóstico.

## **RESUMEN DE LOS DATOS MÁS SIGNIFICATIVOS**

### **4.1.- El Centro de Salud del Casco**

Es en los tramos de edad de entre 18 a 44 años donde el % de la población susceptible de ser atendida es mayor en el Casco, especialmente la franja de 25 a 34 y, sólo un poco también, la de mayores de 65 años

Personal médico del Centro de Salud del Casco: 12 médic@s de cabecera y 2 pediatras  
La ratio media en Araba es de 723 pacientes por pediatra, lo que supondría que la de la zona sanitaria del Casco es un 63,48% superior, de ahí que les deriven a medicina familiar

Es extremadamente grave que el 26,7% de las mujeres (algo más de una de cada cuatro, y teniendo en cuenta todas las edades) de Casco Viejo – Ensanche muestren síntomas de ansiedad y/o depresión. Los hombres de la misma zona solo los muestran en un 7,0%

### **4.2.- Esperanza de vida**

Se observa una evolución a mejor, tanto en el aumento de la esperanza de vida con el paso de los años, como porque la zona básica de salud del Casco abandona poco a poco los últimos lugares

### **4.3.- La mortalidad, sus causas y su relación con las desigualdades sociales**

#### **a) En el conjunto del área de salud del Casco:**

Hay algunas causas de mortalidad que en el barrio tienen una mayor incidencia tanto en mujeres como en hombres (Cardiopatías isquémicas, Demencias y Alzheimer, EPOC y SIDA), así como otras que se dan concretamente en las mujeres (Cáncer de mama, Diabetes, Infecciones respiratorias agudas y Cáncer de estómago) o en los hombres (Enfermedades cerebro vasculares, Cáncer del tracto aéreo-digestivo superior, Cáncer de pulmón y Cirrosis)

#### **b) En las secciones censales del Casco:**

Hay una sección que, a diferencia del resto, en ambos periodos estudiados tiene un menor índice de privación socioeconómica que el resto, se trata de la sección 1

La segunda sección con menor índice de privación es la sección 2 (0,94)<sup>5</sup>, y la tercera y cuartas con un índice muy similar, las secciones 8 y 11

---

<sup>5</sup> Que con el tiempo desaparecería, incluyéndose al completo en la sección 1, con lo que, al unirse las dos secciones con mejor situación socioeconómica, las diferencias con la otras secciones serán aún hoy mayores

Por lo que respecta a las secciones con peor situación socioeconómica, tras la ya comentada 4 aparece la 9<sup>6</sup> (1,89) y tras ella la sección 7<sup>7</sup> (1,74). Finalmente, en una situación media quedan las secciones 3 (1,51), 5 (1,55) y 10 (1,56)

La sección censal con un mayor riesgo de mortalidad es la 9. Tras ella, y en cuanto a mayor riesgo se refiere, se sitúa la antigua sección 7, le sigue la sección 4 y concluyendo la lista de las secciones en la que en ambos sexos el riesgo de mortalidad es superior a la media de Euskadi, nos encontramos la sección 2

En cuanto a las secciones que tienen mejor ratio (menos elevada) que la media de Euskadi, nos encontramos con la sección 1, la sección 11 (que mejora en ambos sexos) y la 8 (que también mejora en ambos sexos).

En conclusión, por lo visto, el vecindario de las secciones 4, 7 y 9 no sólo padece mayores índices de privación socioeconómica, sino que, además, tienen un mayor riesgo de mortalidad. Mientras que a las secciones 1, 8 y 11 les sucede justamente lo contrario

#### **4.4.- La mortalidad en las personas mayores de 65 años**

En el Casco hay mayor % ciento de muertes, siendo el segundo barrio de la ciudad con mayor %. Es más, el % del Casco (6,09) es un 76,52% más elevado que el del conjunto de Gasteiz (3,45). Trasladándolo a número de personas eso quiere decir que de las 1.380 personas mayores de 65 años fallecidas en ese periodo en el Casco, de haber tenido la proporción de Gasteiz, los fallecimientos habrían sido 781 (599 menos). Es una barbaridad

Si contemplamos los datos por sexos, con respecto a las mujeres de 65 años y más vemos que el Casco ocupa también el segundo lugar, y que su diferencia con el conjunto de Gasteiz aumenta en este caso hasta un 81,79%. Por lo que respecta a los hombres, es el Casco el de mayor % de fallecimientos, aunque en este caso su diferencia con Gasteiz es del 72,80%.

---

<sup>6</sup> Al desaparecer se repartiría entre, sobre todo, la sección 5, y otra parte a la sección 8.

<sup>7</sup> Al desaparecer se integra en la sección 4.