



# Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas de salud de Euskadi 2013-2017

Osagin Txostenak 2020-1



---

## Departamento de Salud. Gobierno Vasco

*Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.*

Montse Calvo, Imanol Montoya

### Traducción:

*IVAP. Instituto Vasco de Administración Pública*

*Servicio Oficial de Traductores (IZO).*

### 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, Montoya I. Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas de salud de Euskadi, 2013-2017. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, 2020*

**Edición: 1<sup>a</sup> Julio 2020**

**Internet:** [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad\\_en\\_salud/es\\_def/adjuntos/EV\\_2013-2017\\_cas.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/EV_2013-2017_cas.pdf)

### Agradecimientos

*Marta Sáez, Estibaliz Elorriaga*

# Índice



<b>Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>6</b>
<b>Resultados:</b> .....	<b>7</b>
a.    La Esperanza de vida al nacimiento en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2013-2017	
b.    Esperanza de vida en las capitales de la CAPV	
c.    Esperanza de vida en las OSIs de la CAPV	
d.    Desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida	
e.    Diferencias en la esperanza de vida entre mujeres y hombres. Déficit masculino	
<b>Conclusiones</b> .....	<b>15</b>
<b>Limitaciones</b> .....	<b>16</b>
<b>Anexos:</b> .....	<b>17</b>
a.    Figura esperanza de vida en las zonas de salud	
b.    Métodos	
i.    Unidades geográficas	
ii.    Fuente de datos	
iii.    Estimación de la esperanza de vida	
<b>Bibliografía</b> .....	<b>20</b>





## Resumen

En el periodo 2013-2017 la esperanza de vida al nacimiento (EV) en la CAPV fue de 86,2 y 80,1 años en mujeres y hombres respectivamente, lo que supuso un aumento en 1,1 y 2,1 años respecto al anterior periodo de estudio, 2006-2010.

Respecto a su distribución en las zonas de salud (ZS) mostró un patrón geográfico con mayores valores en zonas de la OSI Araba y en zonas de Debabarrena y Debagoiena entre las mujeres; entre los hombres los mayores valores se localizaron también en zonas de la OSI Araba y en zonas esparcidas a lo largo de la geografía.

La esperanza de vida de las mujeres fue mayor que la de los hombres en todas las zonas de salud de la CAPV. El mayor déficit masculino, de 9,9 años, se dio en Abetxuko, y el menor, de 3,1 años, en Montaña Alavesa. En promedio, el déficit masculino ha mejorado en el periodo 2013-2017 respecto al periodo 2006-2010.

En general, la esperanza de vida en la mayoría de zonas de salud de Euskadi es homogénea. En un rango de 4 años se encuentran las esperanzas de vida del 95 % de las zonas para las mujeres y el 90 % para los hombres. Aun así, la brecha en la esperanza de vida entre las zonas de salud con mejores y peores resultados sigue siendo relevante, 6,3 años entre las mujeres y 9,0 años entre los hombres. Bilbao fue la capital vasca con mayores desigualdades en esperanzas de vida tanto entre las mujeres, brecha de 6 años, como entre los hombres, brecha de 8,3 años.

En los hombres, las zonas de menor privación tienen mayor esperanza de vida que la del total de la CAPV. Este gradiente de la desigualdad socioeconómica no es evidente entre las mujeres.

Estos resultados permiten identificar las áreas de la CAPV, como La Merced, Miribilla, Abetxuko y Otxarkoaga, que requieren mayores esfuerzos por parte de las políticas de salud y otras políticas sectoriales con impacto en la salud.



# Introducción



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<sup>1</sup>. 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.

La esperanza de vida ha disminuido en los EE. UU. durante tres años seguidos, y en el Reino Unido se ha estancado desde alrededor de 2011<sup>2</sup>, un hecho que no ocurría desde 1900. Si la salud deja de mejorar, es señal de que la sociedad deja de mejorar. La monitorización de las desigualdades en salud es fundamental para detectar áreas con peores indicadores de salud y así poder actuar en ellas, mejorando la salud de la población más desfavorecida y a la vez la de la población en general.

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<sup>3</sup>. 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<sup>4</sup>.

En este trabajo, que es continuación del informe “Desigualdades en la esperanza de vida en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2006-2010”<sup>5</sup>, se describe la esperanza de vida al nacimiento en el periodo 2013-2017 para hombres y mujeres por separado, en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Las unidades geográficas de análisis fueron las zonas de salud, cuyas delimitaciones se basan en la ORDEN de 20 de abril de 2018, que modifica la configuración de las zonas de salud que se realizó en 2001.

Los resultados de este estudio se pueden descargar en [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad\\_en\\_salud/es\\_def/adjuntos/EV\\_2013-2017\\_dat\\_cas.xlsx](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/EV_2013-2017_dat_cas.xlsx)





## Objetivos

Los objetivos de este informe fueron:

- ◆ Describir la distribución geográfica de la esperanza de vida y sus desigualdades en las zonas de salud, tanto del total de la CAPV como en las zonas de salud de las capitales y de las OSI.
- ◆ Describir las desigualdades socioeconómicas de la esperanza de vida a través de un índice de privación.
- ◆ Describir el déficit masculino de la esperanza de vida, es decir, la diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y de los hombres.
- ◆ Evaluar su evolución entre los períodos 2006-2010 y 2013-2017





## Resultados

### *La Esperanza de vida al nacimiento en las zonas básicas de salud de la CAPV, 2013-2017*

- ◆ En 2013-2017 la esperanza de vida al nacimiento (EV) en la CAPV ha aumentado respecto al anterior periodo, ya que pasa de valores 85,1 y 78,1 en 2006-2010 para mujeres y hombres respectivamente a valores de 86,2 y 80,1 años
- ◆ La esperanza de vida al nacimiento en la CAPV muestra un patrón geográfico, con mayores valores en el sur y zonas del centro entre las mujeres. Entre los hombres, también en el sur y zonas de esperanza de vida alta salpicadas a lo largo de la geografía.
- ◆ La brecha en la esperanza de vida entre las zonas de salud (ZS) con mejores y peores resultados fue de 6,3 años entre las mujeres y 9,0 años entre los hombres.
- ◆ La brecha reducida, que resulta tras eliminar las 4 zonas de salud con valores mayores y menores de esperanza de vida, es de 3,6 años para las mujeres y 4,7 para los hombres
- ◆ Las zonas de salud con una mayor privación socioeconómica mostraban menor esperanza de vida. El patrón de las desigualdades socioeconómicas se muestra muy claramente entre los hombres.

La esperanza de vida al nacimiento en el periodo 2013-2017 fue de 86,2 y 80,1 años para mujeres y hombres respectivamente. Esto ha supuesto un aumento respecto al periodo anterior de 1,1 años entre las mujeres y 2 años entre los hombres (Figura 1).

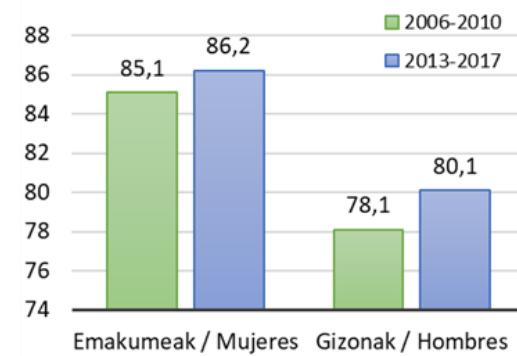


Figura 1. Evolución de la esperanza de vida en los dos periodos de estudio, 2006-2010 y 2013-2017





El mapa de la distribución de la esperanza de vida en las zonas de salud mostró un patrón geográfico claro (Figura 2), aunque sensiblemente diferente para hombres y mujeres. En general, en ambos sexos las zonas de salud con mayor esperanza de vida se localizaron en la OSI Araba, mientras que las de menor esperanza de vida en Ezkerraldea - Enkarterri – Cruces, Barakaldo-Sestao. Entre las mujeres, todas las zonas de salud de la OSI Debagoiena tienen una esperanza de vida mayor que la de la CAPV.

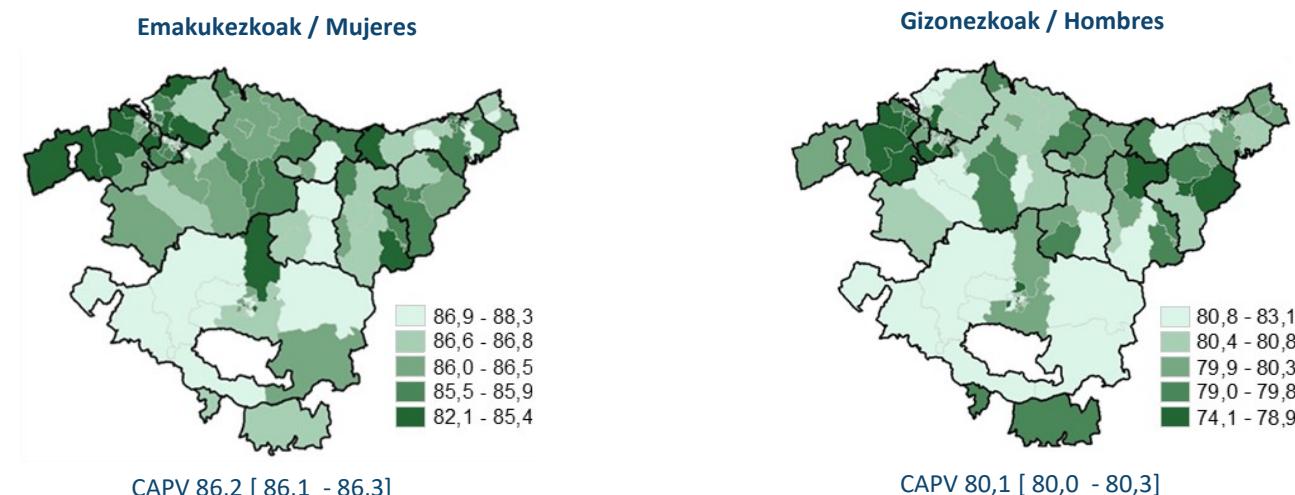


Figura 2. Esperanza de vida al nacimiento en las zonas de salud de la CAPV. 2013-2017

La brecha de la EV en las zonas de salud fue muy diferente para hombres y para mujeres. En el periodo 2013-2017, la diferencia entre la mayor y la menor esperanza de vida de las ZS fue de 6,3 años para las mujeres y de 9,0 años para los hombres. Esta diferencia mejora los resultados del estudio del periodo anterior, ya que en 2006-2010, la brecha observada fue de 7,0 y de 10,5 años para mujeres y hombres respectivamente (Figura 3).

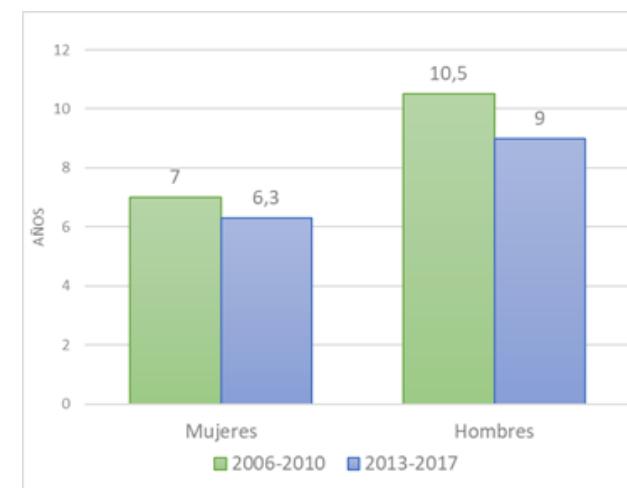


Figura 3. Brecha de la esperanza de vida en las zonas de salud según sexo, 2006-2010 y 2013-2017





Al valorar la distribución de la esperanza de vida por zonas de salud se observa que en el quinquenio 2013-2017 se dieron diferencias muy relevantes en ambos sexos entre aquellas zonas con valores extremos. En la Tabla 1 se presenta, para cada sexo, el ranking de las 10 zonas de salud con mayor y menor esperanza de vida durante el periodo 2013-2017. En el anexo, la gráfica de su distribución para las 135 zonas de salud.

Entre las mujeres, la zona de salud con mayor esperanza de vida (88,4 años) fue Valles Alaveses II, y aquella con el valor menor (82,1 años) fue en La Merced, lo que supuso una brecha entre ambas de 6,3 años.

Entre los hombres, la mayor esperanza de vida al nacimiento (83,1 años) se observó en la zona Norte-Zuia, mientras que la menor (74,1 años), al igual que entre las mujeres, en La Merced, lo que supuso una brecha entre ambas de 9,0 años. Además, se dio una agrupación geo-

Tabla 1. Ranking de las 10 zonas de salud del País Vasco con mayor y menor esperanza de vida, 2013-2017

MUJERES				HOMBRES			
Ranking	Zona básica de salud	Esperanza de vida	I. C. del 95%*	Ranking	Zona básica de salud	Esperanza de vida	I. C. del 95%*
1	Valles Alaveses II (Araba)	88,4	[ 85,4 - 91,3]	1	Norte-Zuia (Araba)	83,1	[ 81,7 - 84,6]
2	Valles Alaveses I (Araba)	88,2	[ 85,6 - 90,8]	2	Montaña Alavesa (Araba)	83,1	[ 81,0 - 85,2]
3	Begoña (Bilbo - Basurtu)	88,1	[ 87,0 - 89,2]	3	Indautxu (Bilbo - Basurtu)	82,5	[ 81,4 - 83,5]
4	Olarizu (Araba)	87,8	[ 86,6 - 89,0]	4	La Habana (Araba)	82,4	[ 81,0 - 83,8]
5	Aranbizkarra II (Araba)	87,7	[ 86,2 - 89,2]	5	Karmelo (Bilbo - Basurtu)	82,2	[ 81,0 - 83,5]
6	Oñati (Debagoina)	87,7	[ 86,5 - 88,8]	6	Algorta (Uribe)	82,2	[ 81,4 - 83,0]
7	Basauri-Ariz (Barrualde - Galdakao)	87,6	[ 86,8 - 88,4]	7	Aranbizkarra II (Araba)	82,1	[ 80,7 - 83,5]
8	Bolueta-Sagarminaga (Bilbo - Basurtu)	87,5	[ 86,0 - 89,0]	8	Gazalbide-Txagorritxu (Araba)	81,7	[ 80,5 - 82,8]
9	Karmelo (Bilbo - Basurtu)	87,4	[ 86,2 - 88,6]	9	Alango (Uribe)	81,6	[ 80,4 - 82,7]
10	Bergara (Debagoina)	87,4	[ 86,3 - 88,4]	10	Valles Alaveses I (Araba)	81,6	[ 79,4 - 83,8]
...	...	...	...	...	...	...	...
126	Kueto (Barakaldo - Sestao)	84,6	[ 83,0 - 86,2]	126	Pasaia Antxo (Donostialdea)	78,3	[ 76,7 - 80,0]
127	Gorliz-Plentzia (Uribe)	84,5	[ 82,9 - 86,0]	127	Casco Viejo (Bilbao) (Bilbo- Basurtu)	78,2	[ 76,9 - 79,6]
128	Santurtzi-Centro-Mamariga (Ezkerra - Enkarterri - Cruces)	84,4	[ 83,0 - 85,8]	128	Mina del Morro (Bilbo - Basurtu)	78,2	[ 76,6 - 79,8]
129	La Peña (Bilbo - Basurtu)	84,3	[ 82,4 - 86,3]	129	Rekalde (Bilbo - Basurtu)	77,8	[ 76,6 - 79,0]
130	Torrekuia (Debabarrena)	84,2	[ 82,6 - 85,9]	130	La Peña (Bilbo - Basurtu)	77,6	[ 76,0 - 79,2]
131	Lazkao (Goierrri - Urola Garaia)	84,1	[ 82,4 - 85,7]	131	Zabalgana (Araba)	77,5	[ 75,5 - 79,5]
132	Otxarkoaga (Bilbo - Basurtu)	83,9	[ 82,1 - 85,8]	132	Otxarkoaga (Bilbo - Basurtu)	77,3	[ 75,8 - 78,8]
133	Intxaurrondo (Donostialdea)	83,7	[ 82,5 - 84,9]	133	Abetxuko (Araba)	76	[ 72,9 - 79,1]
134	Miribilla (Bilbo - Basurtu)	82,3	[ 80,5 - 84,0]	134	Miribilla (Bilbo - Basurtu)	75,5	[ 73,9 - 77,2]
135	La Merced (Bilbo - Basurtu)	82,1	[ 80,0 - 84,2]	135	La Merced (Bilbo - Basurtu)	74,1	[ 71,8 - 76,5]
	Brecha	6,3			Brecha	9	

gráfica ya que 6 de las 10 zonas de salud con mejores resultados pertenecen a la OSI Araba; en el lado opuesto, 7 de las 10 zonas con peores resultados entre los hombres eran de la OSI Bilbao-Basurto y coinciden con zonas con condiciones socioeconómicas más desfavorecidas.

Tras eliminar las cinco zonas de mayor y de menor esperanza de vida, la brecha se reduce de manera importante, pasando a ser de 3,5 años para las mujeres y 4,6 para los hombres.



## Esperanza de vida en las capitales de la CAPV



- ♦ Bilbao fue la capital vasca con mayores desigualdades en esperanzas de vida tanto entre las mujeres como entre los hombres.
- ♦ Donostia muestra un claro patrón geográfico oeste-este de menor a mayor esperanza de vida tanto en hombres como en mujeres.
- ♦ En Bilbao los peores valores de las esperanzas de vida se dieron en la franja sur-este, más marcado entre los hombres. En Vitoria-Gasteiz no se apreció un patrón geográfico; se observaron zonas de mayor y menor esperanza de vida salpicadas en la ciudad.

Si hacemos un zoom en las capitales tenemos que, entre las mujeres, la mayor desigualdad en las esperanzas de vida se dio en Bilbao: se observó una brecha de 6 años entre la mejor y la peor esperanza de vida, brecha que fue de 3,5 años en Donostia y de 2,7 en Vitoria-Gasteiz (Tabla2 y Figura 4 A).

Destacan con menor esperanza de vida las zonas de La Merced (82,1) y Miribilla (82,3) en Bilbao e Intxaurrondo (83,7) en Donostia. Por el contrario, la mayor esperanza de vida se observó en la zona de Begoña (88,1 años) en Bilbao y Olarizu (87,8 ) en Vitoria-Gasteiz.

Tabla 2. Brecha de la esperanza de vida de las zonas de salud dentro de las ciudades

	Mujeres	Hombres
Bilbao	6,0	8,3
Donostia / San Sebastián	3,5	2,9
Vitoria-Gasteiz	2,7	6,4

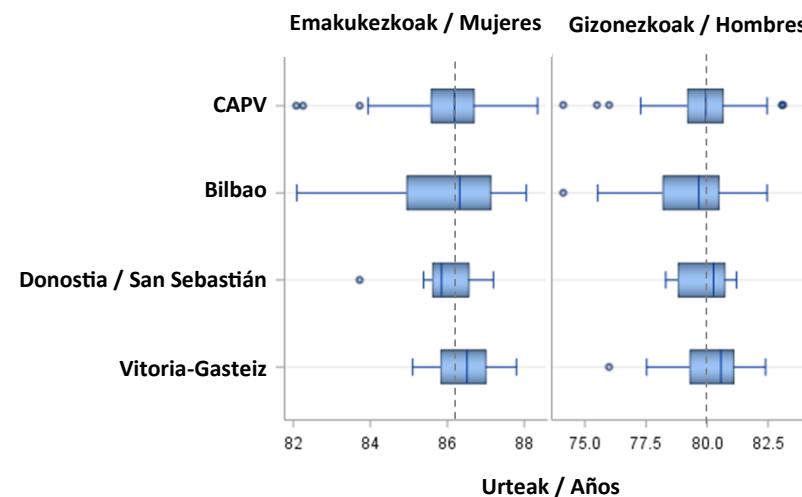


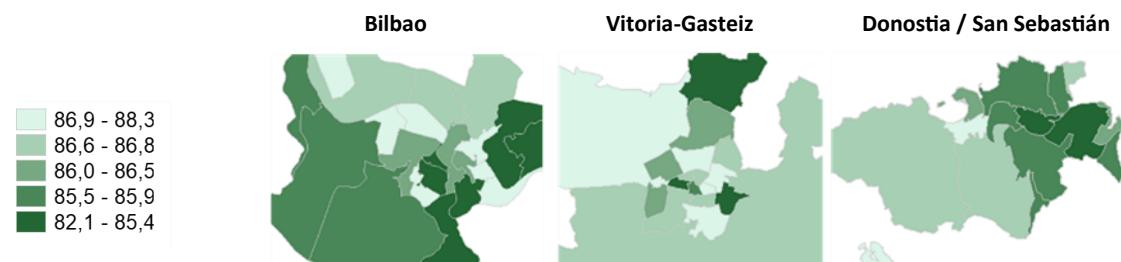
Figura 4. Distribución de la esperanza de vida de las zonas de salud en las capitales para cada sexo 2013-2017





Entre los hombres, también Bilbao fue la ciudad que mostró mayores desigualdades entre las zonas básicas con una brecha de 8,3 años entre la mejor y la peor esperanza de vida, mientras que fue de 2,9 años en Donostia y de 3,4 en Vitoria-Gasteiz (Tabla 2 y Figura 4 B). De nuevo las zonas de La Merced (74,1) y Miribilla (75,5) fueron las que mostraron menor esperanza de vida mientras que en Indautxu (82,5) y Karmelo (82,2) superaron los 82 años de esperanza de vida. También se apreciaron grandes diferencias entre la mejor y la peor zona de salud en Vitoria Gasteiz: los peores valores se manifestaron en Zabalgana (77,5) y Abetxuko (76,0) mientras que superan los 82 años en La Habana (82,4) y Aranbizarra II (82,1). En Donostia las zonas con mayores esperanzas de vida se observaron en Ondarreta (81,2), Lasarte-Usurbil (80,9) y Amara Berri (80,8) mientras que los menores valores se encontraron en Intxaurrendo (78,5), Bidebieta (78,4) y Pasaia Antxo (78,3).

Emakukezkoak / Mujeres



Gizonezkoak / Hombres

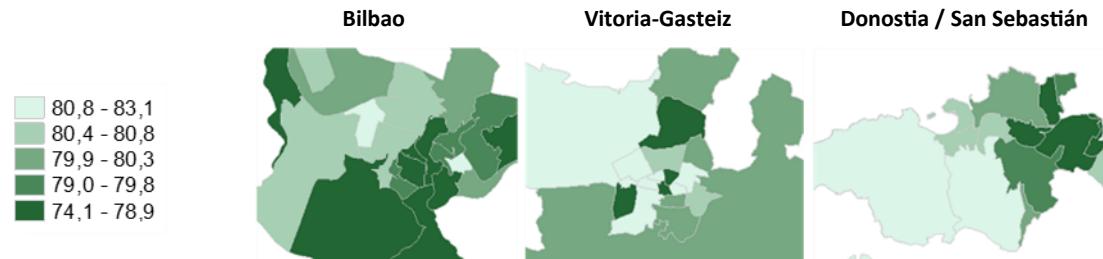


Figura 5. Distribución geográfica de la esperanza de vida en las zonas de salud de las capitales

En el mapa de la distribución geográfica de la esperanza de vida (Figura 5) se aprecia para Donostia un claro patrón oeste-este de menor a mayor esperanza de vida tanto en hombres como en mujeres. En Bilbao los peores valores de las esperanzas de vida se dieron en la franja sur-este más marcado entre los hombres. En Vitoria-Gasteiz no se apreció un patrón geográfico; se observaron mayor y menor esperanza de vida en zonas dispersas en la ciudad.





A nivel de OSI, entre las mujeres, todas las zonas de Bidasoa y Debagoiena y más de la mitad de las 21 zonas de la OSI Araba muestran mayor esperanza de vida que la CAPV, mientras que todas las zonas de la OSI Barakaldo-Sestao y más de la mitad de las 11 zonas de Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y de las 10 zonas de Uribe están por debajo de la EV del País Vasco. Entre los hombres, todas las zonas de Barakaldo-Sestao y más del 75 % de las de Tolosaldea y Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces tienen esperanza de vida menor que la de la CAPV mientras que el 75 % de las de Uribe tienen mayor EV que la CAPV.

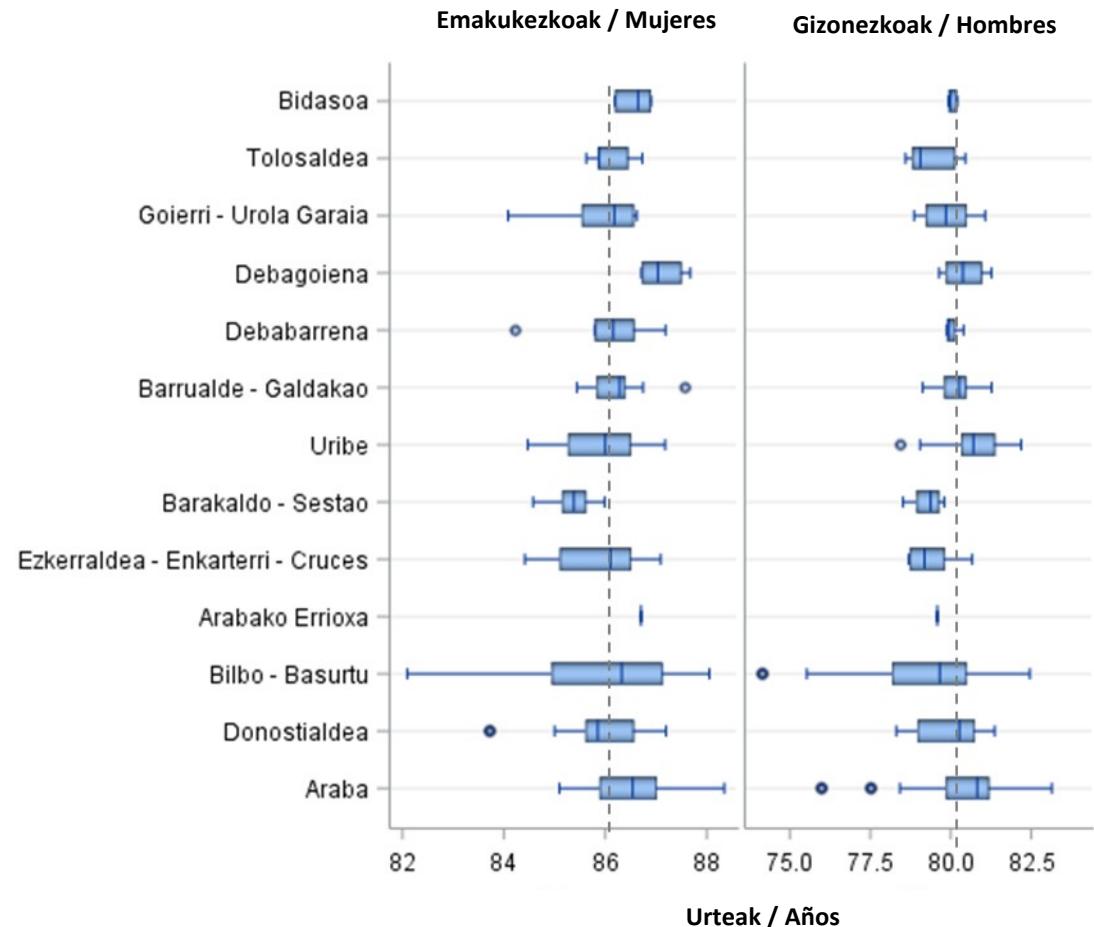


Figura 6. Distribución de la esperanza de vida en las zonas de salud según las OSIs, 2013-2017





## Desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida

La figura 7 representa en diagrama de cajas la distribución de la esperanza de vida en las zonas de salud según su quintil de privación compuesto MEDEA. El quintil 1 es el más favorecido mientras que el quintil 5 es el más desfavorecido.

Entre las mujeres, cerca del 75 % de las zonas en el quintil 3 de privación tienen esperanza de vida mayor que la del total de la CAPV, mientras que las mujeres que viven en las zonas de mayor privación, quintil 4 y 5, en general tienen peor esperanza de vida.

Entre los hombres, hay un claro gradiente; en general, zonas de menor privación tienen mayor esperanza de vida que la del total de la CAPV mientras que las zonas posicionadas en el extremo opuesto, de mayor privación, tienen menor esperanza de vida. Es de destacar que mientras que la mayoría de las zonas del quintil más favorecido tienen esperanza de vida mayor que la de los hombres de la CAPV, las zonas de los dos quintiles más desfavorecidos, tienen menor esperanza de vida que la de los hombres de la CAPV.

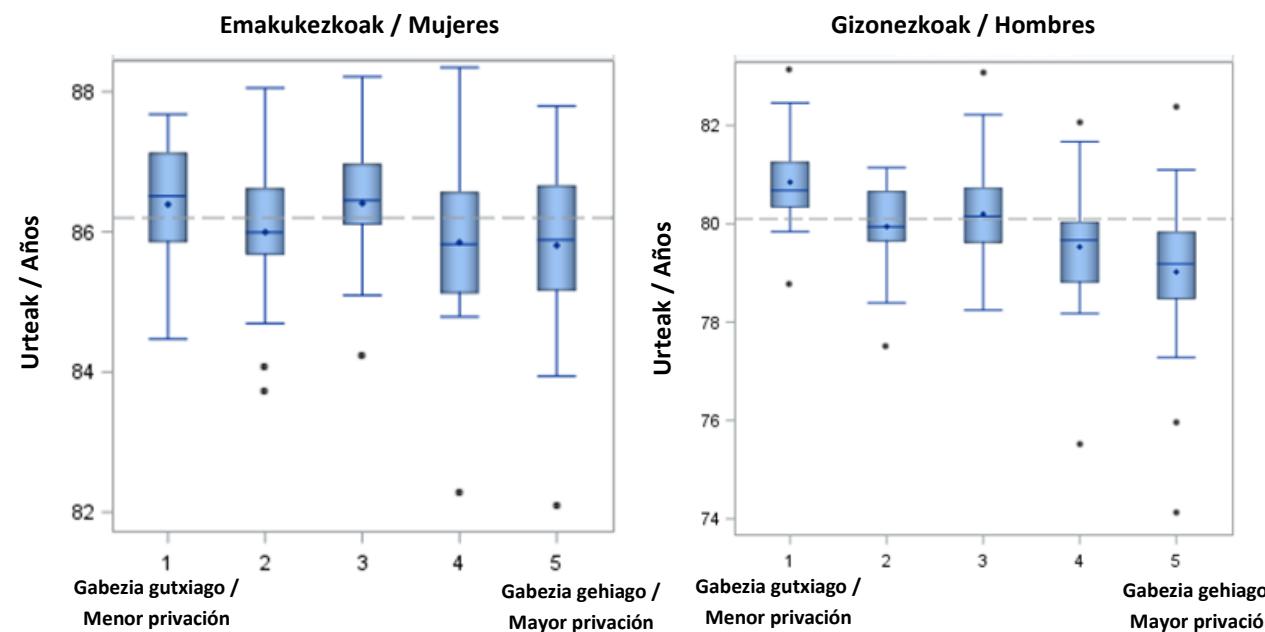


Figura 7. Distribución de la esperanza de vida según la privación de las zonas de salud.





## Diferencias en la esperanza de vida entre mujeres y hombres. Déficit masculino

- ◆ La diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y la de los hombres o déficit masculino en la CAPV fue de 6,1 años
- ◆ La esperanza de vida de las mujeres fue mayor que la de los hombres en todas las zonas de salud de la CAPV. El mayor déficit masculino, de 9,9 años, se dio en Abetxuko, y el menor, de 3,1 años, en Montaña Alavesa.
- ◆ En promedio, el déficit masculino ha mejorado en el periodo 2013-2017 respecto al del estudio anterior 2006-2010

En el conjunto de la CAPV, la diferencia entre la esperanza de vida de las mujeres y la de los hombres o déficit masculino en el periodo 2013-2017 fue de 6,1 años, lo que ha supuesto un descenso respecto al déficit observado en el anterior periodo de estudio, que fue de 7 años; esto se debió a que el aumento de la esperanza de vida fue mayor entre los hombres que entre las mujeres.

Al analizar por zonas, se observó que en todas ellas la esperanza de vida fue mayor entre las mujeres que entre los hombres. El valor de esa diferencia, o déficit masculino en la esperanza de vida, fue muy diverso, con un máximo de 9,9 años en Abetxuko, y un mínimo de 3,1 años, en Montaña Alavesa.

Estos resultados suponen una mejoría respecto del periodo anterior. En 2006-2010 el promedio en el déficit masculino en las zonas de salud fue de 7,0 años, mientras que en 2013-2017 desciende hasta los 6,2 años. (Figura 8 y Tabla 3)

Tabla 3. Estadísticos del déficit masculino en dos periodos

	2006-2010	2013-2017
Mínimo	2	3,1
Máximo	11,2	9,9
Rango	9,3	6,8

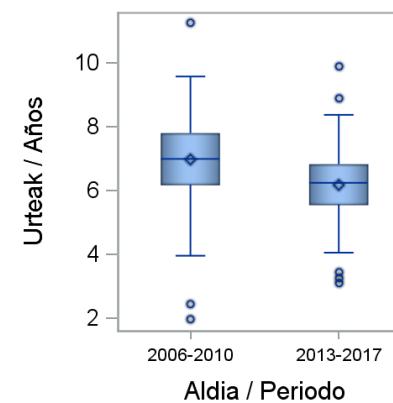


Figura 8. Distribución del déficit masculino en las zonas de salud. 2006-2010 y 2013-2017





## Conclusiones

En la mayoría de las zonas de salud la esperanza de vida se sitúa en torno a los valores promedios de Euskadi tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, y aunque las desigualdades han disminuido respecto al período anterior estudiado, se aprecian desigualdades muy relevantes entre algunas zonas que muestran valores extremos de esperanza de vida.

A la hora de interpretar los resultados, hay que tener en cuenta que el pequeño tamaño poblacional hace que las estimaciones presenten intervalos de confianza amplios. Aun así, los resultados muestran valores de esperanza de vida peores en zonas que tradicionalmente son socioeconómicamente más desfavorecidas.

El déficit masculino ha evolucionado favorablemente tanto para el valor total de la CAPV como para los valores, en promedio, en las zonas de salud. No se ha podido comparar la evolución de las esperanzas de vida en cada zona de salud, debido al cambio en las delimitaciones geográficas que han sufrido

Los resultados de este informe permiten identificar las áreas de la CAPV, como La Merced, Miribilla, Abetxuko y Otxarkoaga, 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.





## Limitaciones

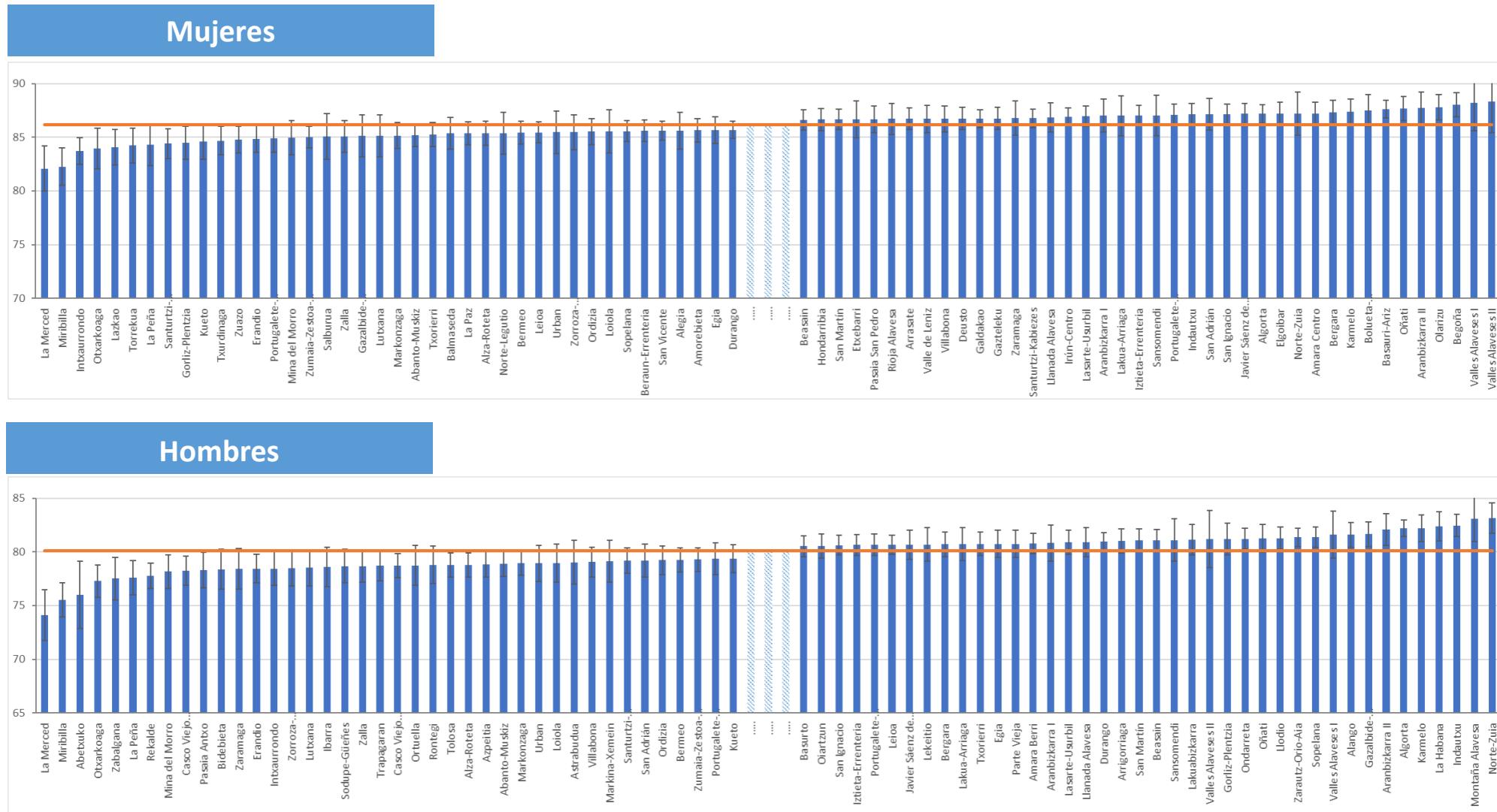
- ◆ El tamaño poblacional, relativamente pequeño, de las zonas de salud y el pequeño número de defunciones registradas en algunas de ellas pueden reducir la precisión de la esperanza de vida estimada, lo que se refleja en la amplitud de los intervalos de confianza calculados. Aun así, el estudio permite detectar zonas de mayor y de menor esperanza de vida.
- ◆ 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 nacimiento<sup>6</sup>.
- ◆ En los últimos años han surgido barrios nuevos que han sido ocupados en gran medida por población joven, como por ejemplo Salburua, Zabalgana, Lakuabizkarra en Vitoria-Gasteiz; Miribilla y Etxebarria en Bizkaia. En estas zonas la esperanza de vida se debe de interpretar con mayor cautela.
- ◆ La delimitación geográfica de las zonas de salud fue la creada en abril de 2018. La comparabilidad zona a zona con el estudio realizado en periodo anterior, no ha sido posible. No obstante, sí se ha comparado la distribución de la esperanza de vida en las zonas según cada periodo y en próximos estudios se podrá evaluar la evolución de las esperanzas de vida en cada zona de salud.





## Anexo

*Figura 9: Esperanza de vida en las zonas de salud*





## Métodos

### *Unidades geográficas*

Se han obtenido estimadores de la esperanza de vida al nacimiento para hombres y mujeres por separado en el total de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), en las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) y en cada una de las 135 zonas de salud que conforman la CAPV tras la actualización de sus delimitaciones que se llevó a cabo en 2018.

### *Fuente de datos*

Los datos de las defunciones de las mujeres y hombres residentes en la CAPV en el periodo 2013-2017 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 las respectivas Estadísticas municipales de habitantes a fecha 1 de enero de cada año del estudio, elaborados por Eustat.

Se ha referenciado el 99,9 % de las defunciones a la zona de salud que le corresponde según la dirección recogida en el registro de defunciones.

La privación socioeconómica se construyó en el Departamento de Salud, a partir de las variables del Censo de Población y Viviendas de 2011, elaborado por EUSTAT, siguiendo los criterios del proyecto MEDEA<sup>7</sup>





## *Estimación de la esperanza de vida*

Se ha calculado la esperanza de vida al nacimiento para cada sexo en cada zona de salud, en las OSI y en la CAPV, para el periodo agrupado de 2013 a 2017, según la metodología utilizada en la PHE (Public Health England)<sup>8</sup>. Se ha utilizado la tabla de vida abreviada de Chiang<sup>9</sup> con la edad categorizada en 20 grupos: menores de 1 año, 1-4, 5-9, ..., 85-89, y 90 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, Silcock et al.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>, 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, de forma que, 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 CAPV. Este es muy método conservador.

Se muestran las desigualdades socioeconómicas, medidas a través del quintil de privación según el índice compuesto MEDEA y asignado a cada zona de salud. El índice de privación MEDEA es un índice compuesto que recoge información de las siguientes variables censales, según el Censo de 2011: desempleo, eventualidad en el trabajo, población con trabajos clasificados como manuales, instrucción insuficiente en la población general e instrucción insuficiente en la población de 16 a 29 años.



# Bibliografía



1. Marmot Review 10 Years On. <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on>
2. Marmot Michael. A health crisis is a social crisis BMJ 2019; 365 :l2278
3. Fuente de datos: WHO <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=65>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015
5. 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 [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad\\_en\\_salud/es\\_def/adjuntos/ot2015\\_1.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/ot2015_1.pdf)
6. Life expectancy at birth for wards in England and Wales, 1999-2003 (experimental statistics). [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](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)
7. Domínguez-Berjón F, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales (proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008; 22 (3):179-87.
8. Plantilla: <https://fingertips.phe.org.uk/documents/phe life expectancy calculator.xlsm> (Consultada 17/10/19)
9. Chiang CL. The Life Table and its Construction. In: *Introduction to Stochastic Processes in Biostatistics*. New York, John Wiley & Sons, 1968:189-214.
10. Silcock 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
11. Eayres DP, Williams ES. Evaluation of methodologies for small area life expectancy estimation. J Epidemiol Community Health 2004;58:243-249

