

LA SALUT A BARCELONA

MANEL NEBOT, ENRIQUE MUÑOZ, MIGUEL A PALUMBO, ANNA PUIG-GALÍ

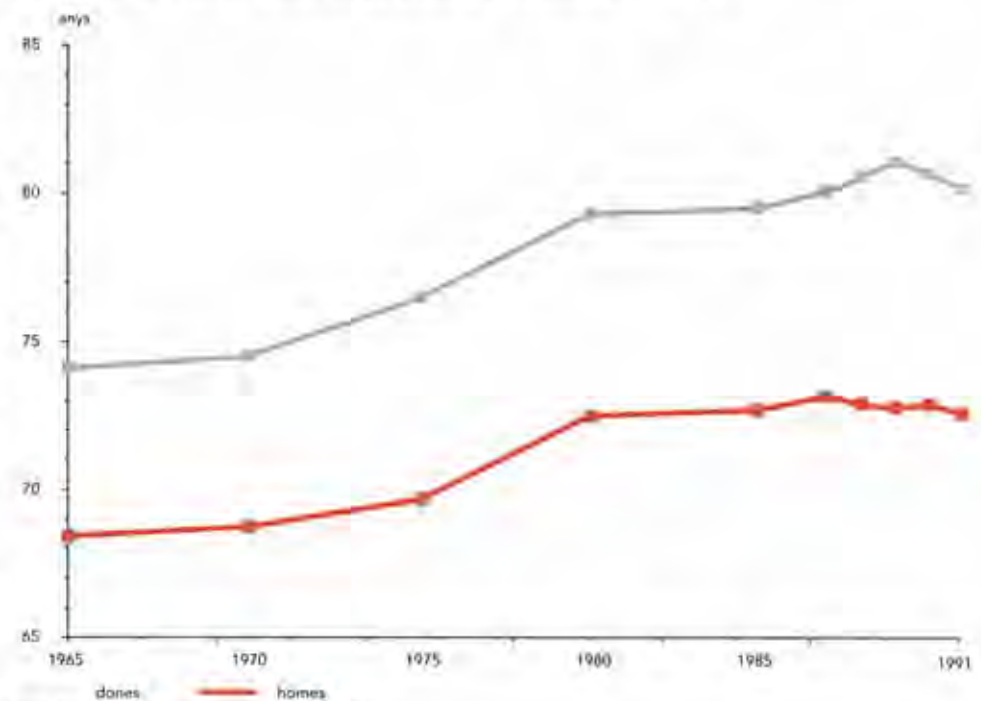
Àrea de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona

La monitorització de l'estat de salut i la vigilància activa de les malalties que poden comprometre la salut de la comunitat, constitueixen actualment una de les activitats centrals de les institucions i les agències encarregades de vetllar per la salut pública. En aquest sentit, l'Àrea de Salut Pública ha desenvolupat al llarg dels darrers anys una tasca important per adequar els seus esforços de vigilància epidemiològica al nou escenari de la salut pública, determinat per l'augment dels problemes lligats a l'estil de vida i per les noves possibilitats en la recollida i l'anàlisi de la informació, derivades de la informatització.

En aquest article s'han sintetitzat els aspectes més destacats de l'apartat corresponent als indicadors de salut de l'informe de salut de l'any 1992, presentat pel regidor de salut pública al Consell Plenari el 25 de novembre de 1993. Es revisa l'evolució dels principals indicadors utilitzats per descriure i resumir l'estat de salut de les comunitats (mortalitat general, esperança de vida, anys potencials de vida perduts, mortalitat infantil, entre d'altres), com també l'evolució recent d'alguns problemes de salut que han aparegut (com la SIDA) o s'han aguditzat en els darrers anys (com els accidents o les drogoaddiccions). Finalment, s'esmenten els indicadors de mortalitat als barris de la ciutat en relació amb la situació socioeconòmica i els recursos sanitaris de la xarxa pública.

Nota: Aquest document es basa en diversos treballs i anàlisis elaborats per les següents persones: A. Arias, L. Articoz, C. Borrrell, T. Brugal, J. Gavà, J.M. Jansa, H. Puñella, i A. Plasencia.

Gràfic 1
Esperança de vida en néixer segons sexe. Barcelona 1965-1991



Font: Anuari estadístic. Ajuntament de Barcelona

Evolució dels indicadors de mortalitat.

L'esperança de vida en néixer és un dels indicadors més utilitzats per descriure el nivell general de salut d'una comunitat. Aquest indicador resumeix les taxes de mortalitat experimentades en els diferents grups d'edat de la població estudiada. L'esperança de vida a Barcelona i, en general, al conjunt del país, se situa entre les més elevades dels països desenvolupats. En el gràfic 1 es mostra l'evolució d'aquest indicador entre 1965 i 1991. En aquest interval s'ha produït un augment important (quatre anys per als homes, gairebé sis anys per a les dones),

si bé cal destacar que després d'assolir uns nivells màxims de 73,6 anys per als homes (l'any 1987) i de 81,1 per a les dones (l'any 1989), l'esperança de vida s'ha estabilitzat en ambdós sexes.

Les estadístiques de mortalitat per al període comprès entre 1983 i 1991 (taula 1) mostren un augment molt discret de les taxes de mortalitat estandaritzades, que passen de 909,9 morts per 100.000 habitants l'any 1983, a 935,9 l'any 1991. Aquest augment, que es produeix a tots dos sexes, si bé amb major intensitat entre els homes, s'ha de valorar acuradament atesa la variabilitat aleatòria interanual d'aquestes taxes.

Taula 1
Evolució de la taxa de mortalitat global per sexes (taxa/100.000)*. Barcelona 1983-1991.

Any	Global	Homes	Dones
1983	909,9	951,7	868,4
1984	877,5	925,9	824,1
1985	912,0	962,6	880,2
1986	944,9	999,5	892,5
1987	915,8	975,1	861,6
1988	887,0	946,3	821,9
1989	920,8	998,1	844,0
1990	912,1	975,3	848,2
1991	935,9	990,5	883,7

(*) Taxes estandaritzades pel mètode directe. Població de referència: Barcelona, 1986 (Padró 1986). Font: IMS, Sèrie d'informes de mortalitat.

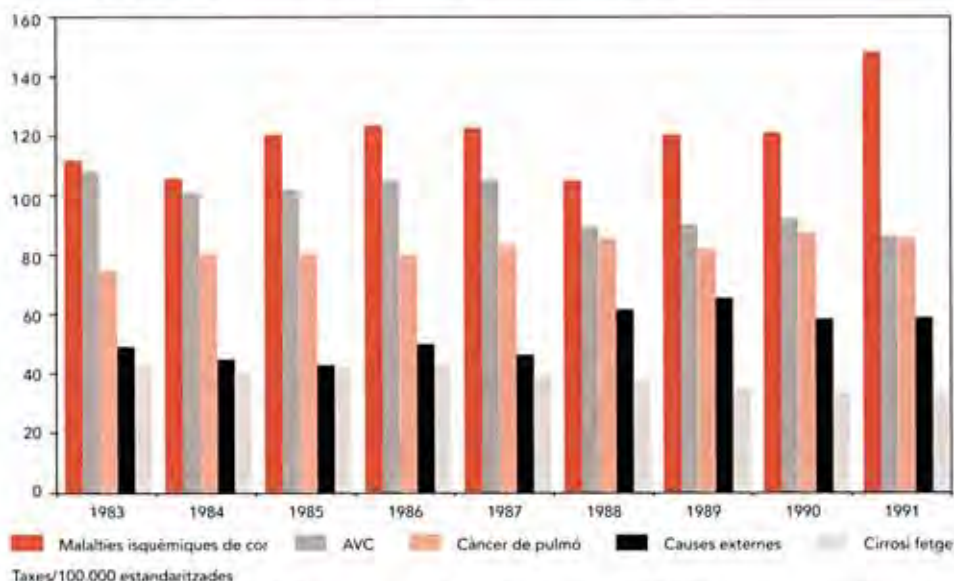
L'anàlisi de les taxes específiques de causes de mort més freqüents ens dona una perspectiva més detallada de les diferències en la mortalitat entre els homes i les dones i, especialment, de l'evolució de les causes de mort que podrien ser evitades mitjançant el tractament i la prevenció. Les tendències dels cinc principals grups de causes de mortalitat al llarg del període 1983-1991 mostren una situació ben diversa; mentre les causes d'origen cardiovascular i les relacionades amb l'aparell digestiu mostren una clara tendència decreixent, amb davallades del 13,3% i del 11,4% respectivament, es produeix en aquests anys un augment de les taxes estandaritzades de mortalitat per malalties de l'aparell respiratori (15,1%) i causes externes (9,5%) (taula 2). En analitzar l'evolució de les principals causes de mortalitat per sexes, utilitzant causes

Taula 2.
Evolució de les cinc primeres causes agrupades de mortalitat des de l'any 1983 fins el 1991 per a la població de Barcelona(*).

Any	Patologia				
	Cardio-vascular	Càncer	Aparell respiratori	Aparell digestiu	Causes externes
1983	413,2	233,4	66,3	59,4	39,8
1984	373,8	236,0	58,7	62,2	34,2
1985	400,0	238,3	68,4	60,1	33,6
1986	405,0	243,9	75,7	64,5	38,0
1987	386,4	245,2	73,3	56,5	36,3
1988	342,7	229,2	67,4	53,9	43,8
1989	357,4	233,2	72,3	52,5	45,3
1990	363,5	241,2	77,2	53,4	42,3
1991	358,2	240,5	76,3	52,6	43,6
Evolució 1983-91	- 13,3%	+ 3,0%	+ 15,1%	- 11,4%	+ 9,5%

(*) Taxes per 100.000 habitants estandaritzades pel mètode directe. Població de referència: Barcelona, 1986.

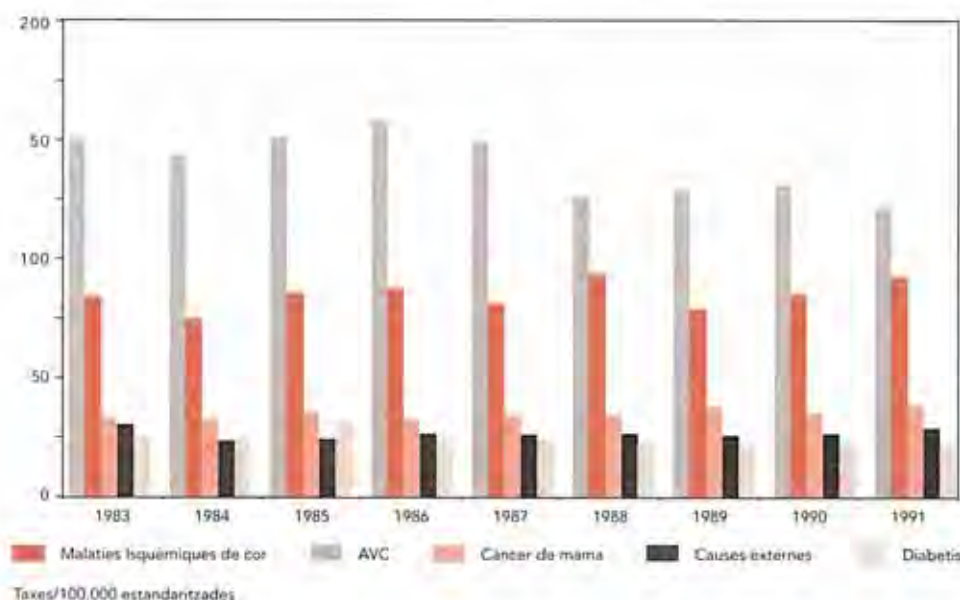
Gràfic 2
Evolució de les 5 primeres causes de mort en homes, 1983-1991



específiques de mort, s'observa una situació força diferent: en els homes s'ha produït en aquest període una davallada

important (19,8%) en la mortalitat per accident vascular cerebral (AVC) i per cirrosi i altres malalties cròniques del fetge

Gràfic 3
Evolució de les 5 primeres causes de mort en dones, 1983-1991



Gràfic 4
Mortalitat infantil a Barcelona, 1985-1991



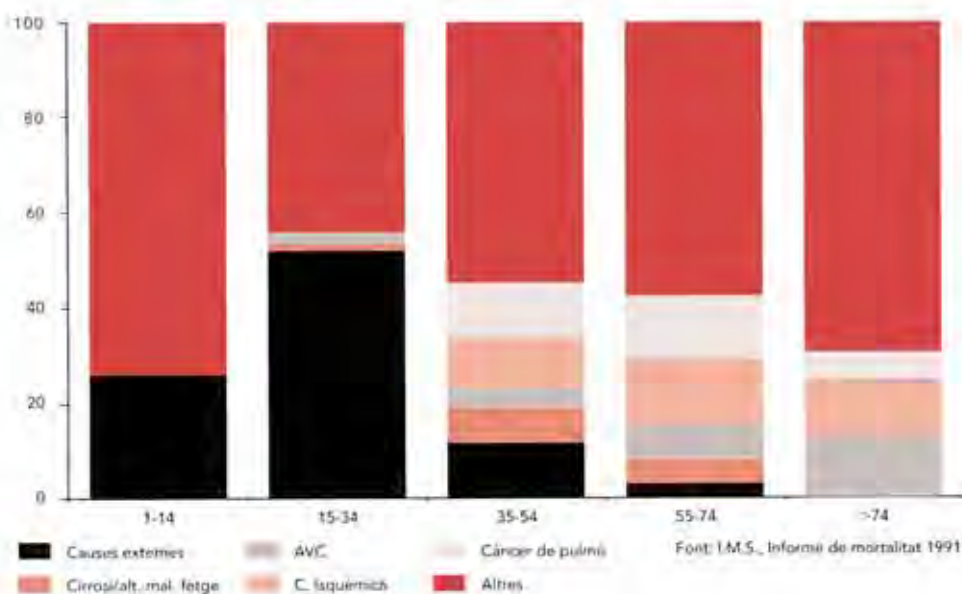
Font: IMS, informe mortalitat 1991

(20,5%), mentre que puja l'índex de la malaltia isquèmica del cor (32,7%), el càncer de pulmó (14,8%) i les causes externes (20,2%) (gràfic 2). A les dones es produeix en el mateix interval una davallada de les taxes de mortalitat per accident vascular cerebral (19,0%), diabetis (13,1%), i causes externes (5,1%), mentre que pugen les relacionades amb càncer de mama (17,9%) i malaltia isquèmica del cor (10,0%). (gràfic 3)

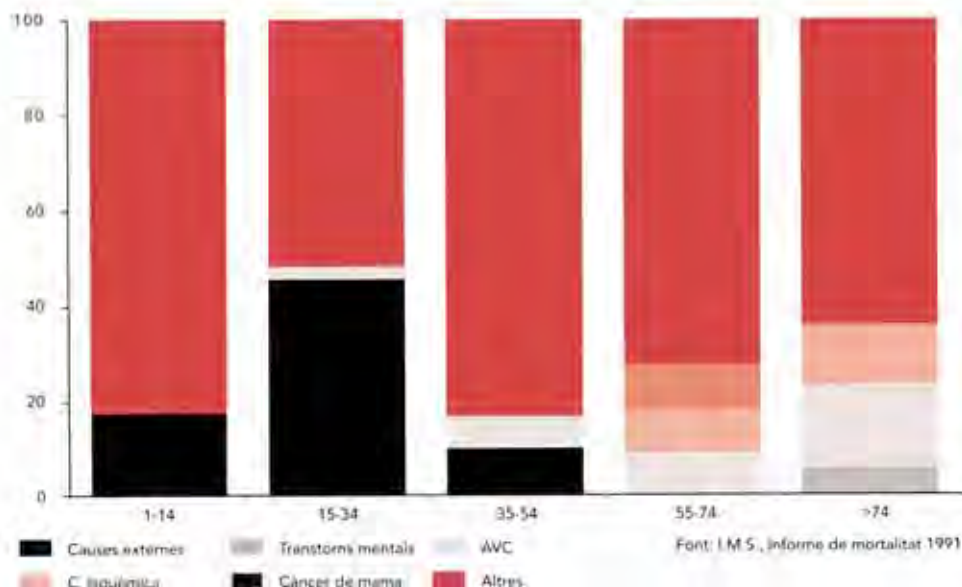
La mortalitat infantil es considera clàssicament com un dels indicadors de salut que millor reflecteix tant el nivell de benestar i desenvolupament socioeconòmic com el grau d'accés a uns serveis sanitaris de qualitat. A la nostra ciutat, la mortalitat infantil es manté a nivells raonablement baixos -per sota dels deu morts per cada 1000 nascuts vius-, xifres comparables a les dels països més desenvolupats (gràfic 4). Les afeccions del període perinatal, amb un 47,2%, i el grup d'anomalies congènites, amb un 29,6%, són les causes de mort més importants dins d'aquest grup.

En els gràfics 5 i 6 es presenta la distribució relativa de les diferents causes de mort dins de cada grup d'edat, corresponents a l'any 1991. Així, en els homes les principals causes de mort són, en el grup d'edat comprès entre 1 i 14 anys, les causes externes, seguides de les anomalies congènites; en els homes entre 15 i 34, les causes externes i la SIDA; en el grup d'edat entre 35 i 54, el càncer de pulmó i les causes externes; en el grup entre 55 i 74, la cardiopatia isquèmica i el càncer de pulmó; i entre els homes de 75

Gràfic 5
Principals causes de mort per edats en homes. Barcelona, 1991.



Gràfic 6
Principals causes de mort per edats en dones. Barcelona, 1991.



anys o més, els accidents vasculars cerebrals i la malaltia isquèmica del cor (gràfic 5). Per a les dones, les principals causes de mort són les anomalies congènites i els tumors, en el grup entre 1 i 14 anys; les causes externes i la SIDA, en el grup de 15 a 34 anys; el càncer de mama i les causes externes, en les dones entre 35 i 54 anys; el càncer de mama i la malaltia isquèmica del cor, en el grup entre 55 i 74; i, finalment, les malalties vasculars cerebrals i la malaltia isquèmica del cor, en el grup de 75 i més (gràfic 6).

Les taules 3 i 4 presenten l'evolució en el període 1987-1991 de la contribució relativa de les principals causes d'anys potencials de vida perduts. Com es pot apreciar, en els homes té lloc una disminució de la proporció a causa de la malaltia isquèmica del cor i a la cirrosi del fetge, mentre que el percentatge degut al càncer de pulmó no varia i es produeix un augment notable de la proporció deguda a la SIDA, que passa del 0,3% a l'11,9%, i té lloc també un augment de la proporció a causa dels accidents de vehicles amb motor i a la resta de causes externes (taula 3). En les dones (taula 4), al contrari, gairebé no hi ha variacions, tret de la SIDA, la incidència de la qual passa de l'1,4% al 5,6%.

Pel que fa als accidents de vehicles amb motor, cal destacar que les taxes de mortalitat per aquesta causa van experimentar un fort augment al llarg dels anys 80, assolint una proporció màxima l'any 1988, any en què aquesta causa representà l'11% dels APVP per als homes i el 8,1% per a les dones. Després d'aquest

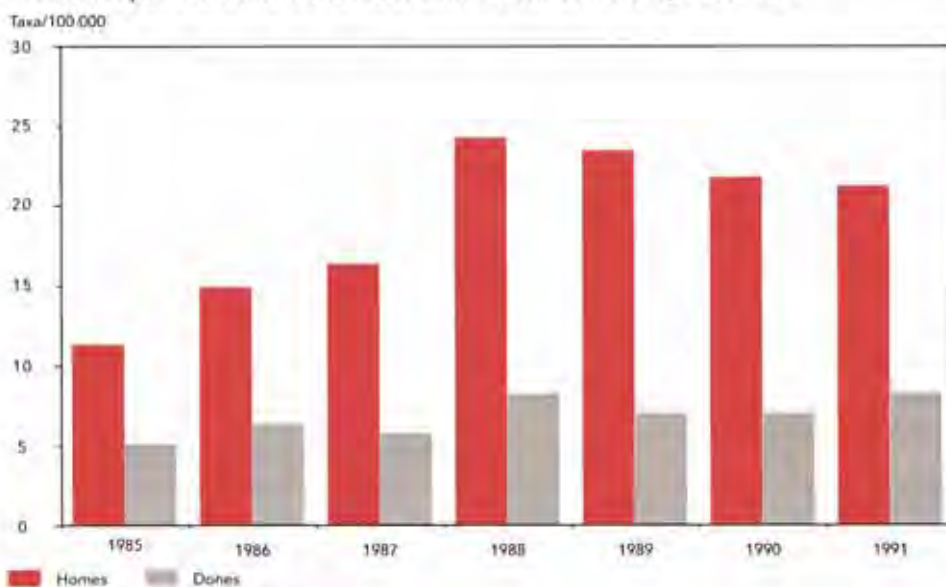
Taula 3.
Anys potencials de vida perduts (APVP). Evolució de la importància relativa en percentatges de les principals causes de mortalitat prematura. Barcelona 1987-91. Homes.

Any	Accidents vehicles amb motor	Malaltia isquèmica del cor	Tumòr maligne de pulmó	Cirrosi del fetge	Resta de causes externes	SIDA
1987	8,4	9,0	9,2	7,0	8,1	0,3
1988	11,0	6,6	8,1	5,5	10,3	4,1
1989	9,4	7,6	7,7	4,7	11,6	6,5
1990	9,2	7,2	8,7	5,2	10,9	11,7
1991	9,2	7,5	9,2	4,8	11,2	11,9

Taula 4.
Anys potencials de vida perduts (APVP). Evolució de la importància relativa en percentatges de les principals causes de mortalitat prematura. Barcelona 1987-91. Dones.

Any	Accidents vehicles amb motor	Malaltia cerebro-vascular	Tumòr maligne de mama	Cirrosi del fetge	Resta de causes externes	SIDA
1987	6,9	4,5	11,0	5,4	7,4	1,4
1988	8,1	5,0	10,6	4,4	5,7	2,1
1989	5,0	5,0	13,1	4,2	6,2	3,2
1990	6,4	4,5	12,1	4,7	7,0	4,0
1991	6,4	5,0	11,5	4,8	7,5	5,6

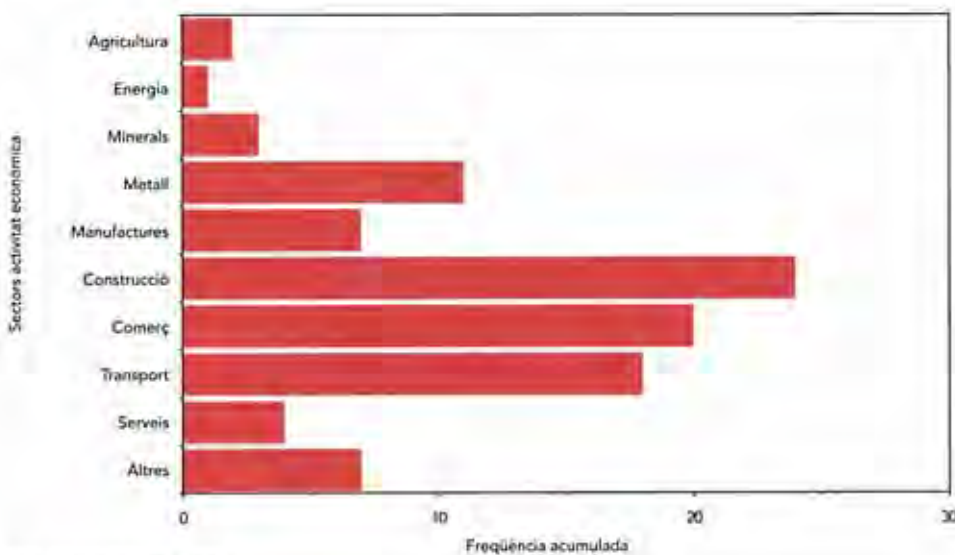
Gràfic 7
Mortalitat per accidents de vehicles amb motor. Barcelona, 1985-1991



any, la contribució relativa d'aquesta causa ha disminuït en ambdós sexes (gràfic 7).

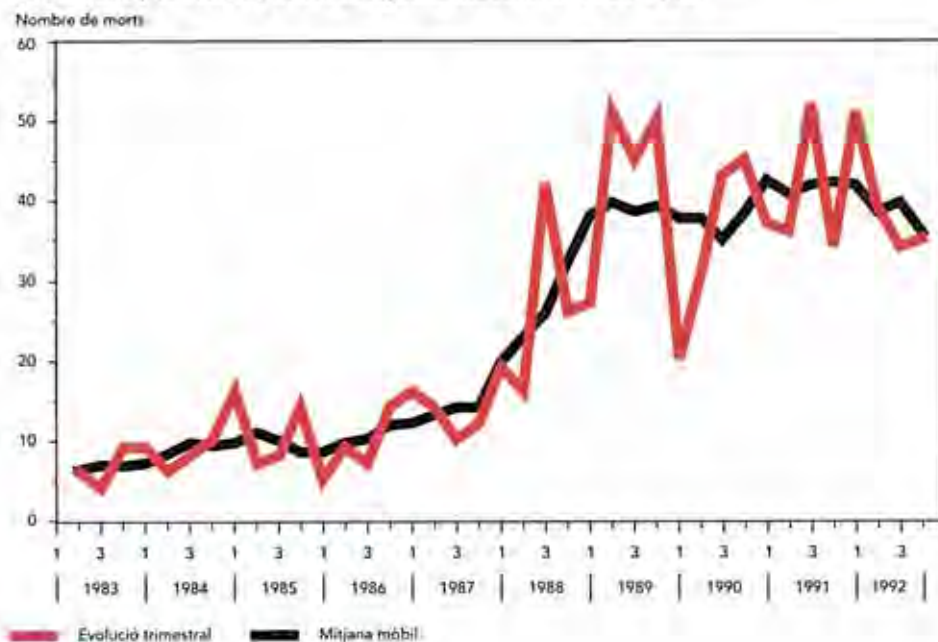
En relació a la mortalitat per accidents de treball, cal esmentar que l'any 1991 van tenir lloc 47 morts considerades com accidents laborals mortals a la ciutat, xifra notablement inferior a la de l'any anterior, en què es produïren 79 morts per aquesta causa. Pel que fa a la distribució d'aquests (figura 8), els sectors més afectats són els de la construcció, el de transports i comunicacions i el de la indústria transformadora de metalls. La mortalitat per accidents de treball en la construcció ha augmentat des del 1987, i en el sector de transports i comunicacions es manté en xifres similars des del 1988.

Gràfic 8
Accidents laborals mortals a Barcelona, 1988-1991



Font: Centre de Salut Laboral

Gràfic 9
Defuncions per reacció adversa aguda. Barcelona, 1983-1992



Un dels indicadors de mortalitat que està sotmès a una estreta monitorització és la mortalitat per reacció aguda adversa a drogues. L'any 1992 van ocórrer 160 defuncions relacionades amb aquesta causa. Aquesta xifra és molt similar a l'observada l'any anterior (159 defuncions). Això indica una estabilització, com es pot apreciar en el gràfic 9. D'aquests casos, un 80% correspon a homes i un 20% a dones. Pel que fa a l'edat, la majoria (57%) d'aquestes morts ha tingut lloc en el grup comprès entre 20 i 29 anys. Per districtes, un 23% dels casos estaven censats a Ciutat Vella i un 14% a l'Eixample, seguits per Sants-Montjuïc, Nou Barris i Sant Martí, amb un 11% cadascun.

Les malalties sota vigilància

La tuberculosi continua essent un problema de salut greu a escala mundial, especialment en zones subdesenvolupades. En les societats desenvolupades la incidència de tuberculosi havia anat disminuint en les darreres dècades, però en els darrers anys aquesta malaltia ha augmentat altre cop en determinats col·lectius de persones sotmeses a un risc especial d'infecció, entre les quals cal fer esment de les persones afectades pel virus de la SIDA. A Barcelona existeix un programa de recerca activa de casos de tuberculosi, amb l'orientació de controlar l'acompliment del tractament dels afectats i prevenir el desenvolupament de la malaltia en els contactes. L'any 1992 es varen detectar 1.081 nous casos

Gràfic 10
Incidència de tuberculosi a Barcelona, 1986-1992.

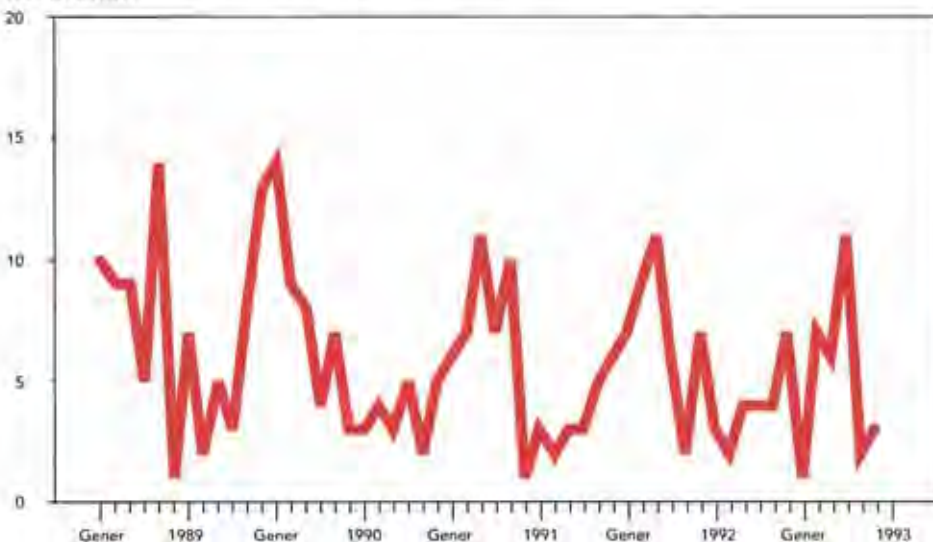
Taxa per 100.000 hab.



Font: Servei d'Epidemiologia

Gràfic 11
Malaltia meningocòccica Barcelona, 1989-93

Nombre de casos



de tuberculosi en residents a la ciutat, la qual cosa representa una taxa d'incidència de 65,7 casos/100.000 habitants, inferior a la de l'any 1991 però superior a la incidència anual detectada els anys 1988-89-90 (gràfic 10).

La malaltia meningocòccica presenta un comportament epidemiològic, en els últims anys, d'aparició de casos esporàdics durant tot l'any amb una freqüència més gran en els mesos d'hivern, juntament amb l'aparició de brots d'aquesta malaltia en grups escolars que corresponen sobretot a llars d'infants (gràfic 11). El sistema de vigilància a la ciutat disposa d'un protocol d'intervenció amb l'objectiu de disminuir l'aparició de casos secundaris per aquesta malaltia, i que es dirigeix tant a l'àmbit familiar com a l'escolar.

Pel que fa a les toxi-infeccions alimentàries, la mitjana de brots anuals és de 20, amb afectació mitjana de cinc persones per brot (gràfic 12). El sistema de vigilància per aquesta malaltia es nodreix de les declaracions fetes pels propis afectats, en un 73% dels brots, i són els restaurants la font d'exposició a la malaltia més freqüent. La declaració d'un brot comporta la investigació epidemiològica d'aquest, junt amb la determinació dels factors que contribueixen a l'establiment de les mesures per al seu control i prevenció de posteriors brots.

A partir del sistema de vigilància de malalties de declaració obligatòria (MDO) hem pogut observar com a la ciutat de Barcelona s'ha produït en els darrers cinc anys un canvi en la tendència i

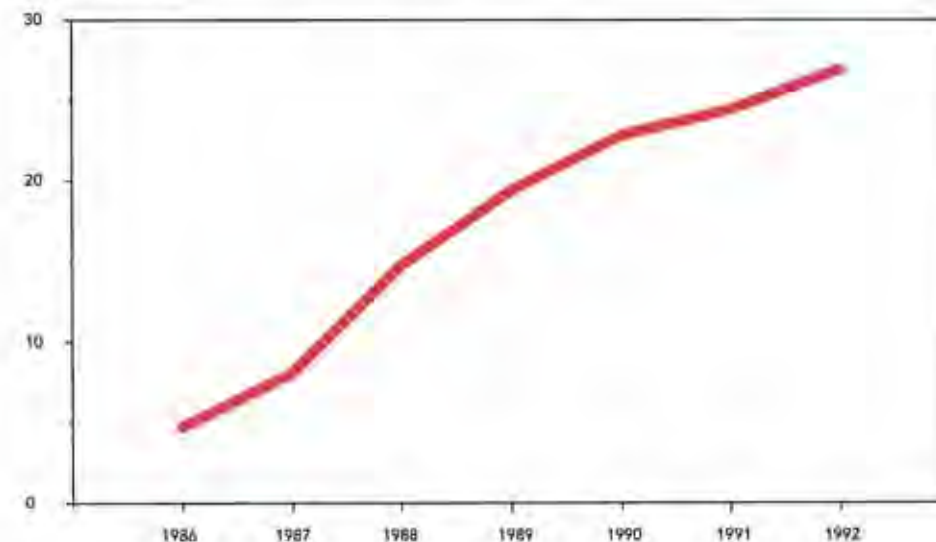
Gràfic 12
Brots de Toxi-infecció alimentària declarats a Barcelona, 1984-1992

Nombre de casos



Gràfic 13
Evolució de la SIDA a Barcelona, 1986-1992

Taxes per 100.000 hab.



Font: IMS, Servei d'Epidemiologia

distribució general de les malalties transmissibles. Aquest fet ha d'atribuir-se d'una banda, als resultats de l'epidèmia del consum de drogues per via parenteral, que influeix directament tant en l'increment de la incidència de la SIDA (gràfic 13), o la tuberculosi (gràfic 10), com en els de l'hepatitis B i les malalties de transmissió sexual (MTS). En aquest aspecte, cal fer esment que aquestes dues darreres malalties no es troben sotmeses a vigilància activa (a diferència de la SIDA i la tuberculosi), cosa que implica una menor exhaustivitat de la declaració.

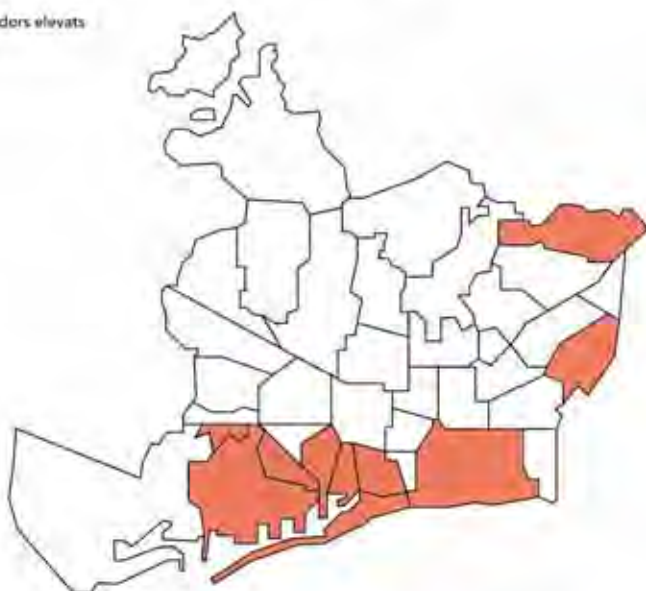
Desigualtats de salut entre els barris de Barcelona.

La disminució de les desigualtats de salut és un dels objectius de "Salut per a tothom l'any 2000" de l'Organització Mundial de la Salut. Tant en l'àmbit dels 10 districtes municipals com en els 38 barris s'han descrit diferències quant a la distribució dels diferents indicadors socioeconòmics, fenomen que es tradueix també en diferències en els indicadors de salut.

Recentment es va realitzar un estudi de la mortalitat en els districtes municipals, tenint en compte les dades agregades de cinc anys, que permetien donar més estabilitat als indicadors. Aquest estudi va palesar l'excés de mortalitat en determinades àrees de la ciutat, i principalment en aquelles que gaudeixen dels nivells més baixos de benestar, com és el cas de Ciutat Vella. A partir d'aquest estudi es va constatar la necessitat d'anali-

Mapa 1
Distribució de barris amb els indicadors de mortalitat més elevats per causes relacionades amb deficientes condicions de vida

■ Tres o més indicadors elevats



Mapa 2
Distribució de barris amb els indicadors de mortalitat més elevats per causes relacionades amb aspectes de l'estil de vida

■ Tres o més indicadors elevats



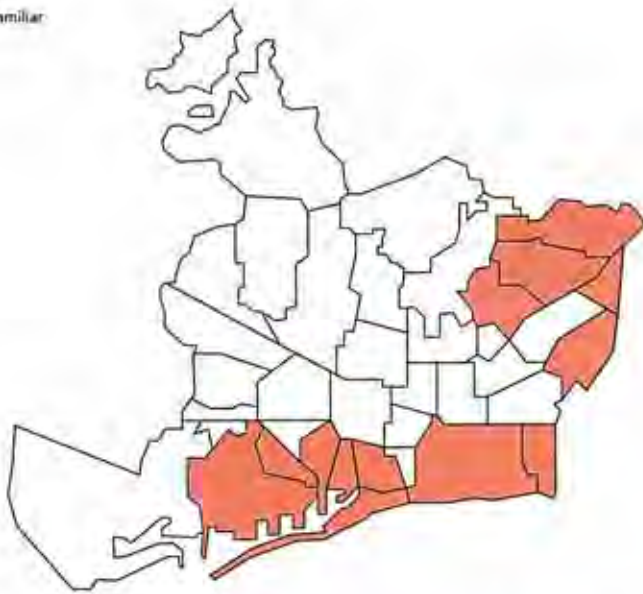
zar les dades en àrees més petites, per tal de poder detectar les diferències en diverses zones d'un mateix districte.

En aquest apartat es descriu la distribució dels indicadors de mortalitat en les 38 zones estadístiques de la ciutat, agrupats en tres grans categories: aquells que reflecteixen l'entorn socioeconòmic i les condicions de vida, els que es deriven dels hàbits personals i l'estil de vida, i aquells que responen a una inadequada atenció sanitària, tant en els aspectes de prevenció com en els de tractament. En relació a les condicions de vida, s'han seleccionat els indicadors de mortalitat més generals -la raó de mortalitat comparativa (RMC) i la raó d'anys potencials de vida perduts (APVP)-, l'esperança de vida en néixer, la raó comparativa de mortalitat per tuberculosi i la mortalitat infantil. Pel que fa als estils de vida, s'han seleccionat com a indicadors de mortalitat la raó d'APVP per càncer de pulmó, la malaltia isquèmica del cor, els accidents de vehicles amb motor i SIDA en homes; la raó d'APVP per malaltia cerebrovascular en dones; i la raó d'APVP per cirrosi del fetge en ambdós sexes. Com a indicadors de mortalitat relacionats amb l'atenció sanitària, s'han seleccionat la taxa de mortalitat perinatal, la RMC per tuberculosi entre 15 i 64 anys en ambdós sexes, la RMC de 35 a 64 anys per hipertensió i malaltia cerebrovascular en ambdós sexes, la RMC de 15 a 64 anys per càncer de coll de la matriu en les dones, i raó d'APVP de càncer de mama en les dones.

Ahora, es descriu la distribució en els barris de l'índex de capacitat econò-

Mapa 3
Barris amb menor índex de capacitat econòmica familiar

Capacitat econòmica familiar
Barcelona = 100
■ < 84%
□ >= 84%



Mapa 4
Distribució de barris amb els indicadors de mortalitat més elevats per causes relacionades amb dèficits en l'atenció sanitària.

■ Tres o més indicadors elevats



mica familiar, que reflecteix fidelment la realitat socioeconòmica dels barris i la del desenvolupament del procés de reforma de l'atenció primària a la ciutat, que il·lustra l'adequació d'aquest procés a les necessitats detectades.

En el mapa 1 es mostren els 10 barris més desfavorits, en al menys, tres dels cinc indicadors de mortalitat que reflecteixen deficientes condicions de vida, i que corresponen al Raval, Bon Pastor, Gòtic, Barceloneta, Ciutat Meridiana, Montjuïc, Zona Franca, Poblenou i Poble Sec.

En el mapa 2 trobem els 10 barris que constanment apareixen entre els més desfavorits en la classificació dels indicadors de mortalitat lligada a aspectes de l'estil de vida: Gòtic, Parc, Barceloneta, Raval, Poble Sec, Ciutat Meridiana, Bon Pastor, Poblenou, Montjuïc i Font de la Guatlla són els 10 barris en aquesta situació, en almenys tres dels sis indicadors relatius a l'estil de vida.

L'anàlisi d'aquests indicadors ens ajuda a identificar les desigualtats en salut, que reflecteixen fidelment les desigualtats socioeconòmiques entre els barris. El mapa 3 mostra la distribució dels 13 barris en el terç inferior de la distribució de la capacitat econòmica familiar (Montjuïc, Poble Sec, Raval, Gòtic, Parc, Barceloneta, Poble Nou, Barri Besòs, Bon Pastor, Trinitat Vella, Vilapiscina, Roquetes i Ciutat Meridiana). Encara que les desigualtats en salut responen a una problemàtica social i econòmica complexa i difícil que no es pot abordar exclusivament des del sector sanitari, la seva iden-

Mapa 5
Àrees Bàsiques de Salut en funcionament. Barcelona 1993



tificació i quantificació han d'ajudar-nos a incorporar l'objectiu de la seva reducció, impulsat per l'Organització Mundial de la "Salut dins dels seus objectius estratègics de Salut per a Tots l'any 2000", en l'agenda de les polítiques públiques.

En el mapa 4 podem veure els 10 barris que se situen entre els més desfavorits en almenys tres dels cinc indicadors de mortalitat relacionada amb dèficits històrics en atenció sanitària: Bon Pastor, Gòtic, Raval, Poblenou, Barceloneta, Bordeta-Hostafrancs, Roquetes, Font de la Guatlla, Besòs i Poble Sec.

Finalment, en el mapa 5 es presenta la distribució dels barris en funció de si hi ha de centres d'atenció primària de la xarxa reformada, o àrees bàsiques de salut (ABS). La reforma de l'atenció primària, que actualment no arriba encara a cobrir més d'un terç de la població de la ciutat -però que ja abasta la meitat de la població de Catalunya- s'ha associat a una notable millora en la dotació de serveis sanitaris i la seva qualitat. A la ciutat de Barcelona, el desplegament de la reforma ha beneficiat alguns dels barris amb pitjors indicadors sanitaris (i potser aviat això es reflectirà en correccions de

les actuals desigualtats), però queden alguns barris -com part del Poblenou, el Besòs, el Poble Sec, la Font de la Guatlla i Bordeta-Hostafrancs- que, malgrat presentar indicadors sanitaris molt deficients, continuen atesos pels serveis obsolets d'atenció primària heretats del passat. **I**