

La mortalitat a la ciutat de Barcelona

Any 2013

Edició

Agència de Salut Pública de Barcelona, 2015

Dipòsit Legal

B.28752-2015

Responsables de l'edició

Cap de Servei de Sistemes d'Informació Sanitària: Carme Borrell

Coordinació i redacció: Maica Rodríguez-Sanz

Codificació de les BED: Dolores Martos

Recol·lecció de dades de mortalitat perinatal: Montse Cunillé

Sistema d'informació SISalut: Pere Claver Llimona

Agraïments

En primer lloc, volem agrair la col·laboració del Registre Civil de Barcelona, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, de l'Institut d'Estadística de Catalunya, del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, de l'Institut Municipal d'Informàtica de Barcelona i també la de totes les persones que han fet possible la recollida i codificació de la informació.

Cita suggerida

Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Martos D, Cunillé M, Llimona P. La mortalitat a la ciutat de Barcelona. Any 2013. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2015.

Índex

Introducció i objectius.....	4
Metodologia.....	5
Fonts d'informació.....	5
Característiques analitzades	6
Indicadors de mortalitat	7
Resultats principals	8
Mortalitat	8
Mortalitat prematura	24
Mortalitat evitable	34
Mortalitat infantil	43
Mortalitat perinatal.....	46
Esperança de vida.....	51
Conclusions.....	61
Bibliografia.....	64

Introducció i objectius

Les estadístiques de mortalitat són unes de les fonts d'informació de major interès per la salut pública, tant per la vigilància en salut pública i la investigació etiològica, com per la planificació i l'avaluació dels serveis de salut. L'exhaustivitat de la informació que ofereixen els registres de mortalitat així com l'objectivitat del fenomen que recullen, fan dels indicadors de mortalitat un instrument molt útil pel monitoratge de la salut i el disseny de polítiques adreçades a les necessitats de la població.^{1,2}

A la ciutat de Barcelona, des de l'any 1980 l'Institut Municipal de la Salut va publicar les dades anuals de mortalitat de la població barcelonina a partir de la informació de les defuncions de residents a la ciutat. Fins al 1999 aquesta publicació es va fer en suport imprès, i a partir de l'any 2000 s'inicia la nova sèrie d'informes tècnics en suport electrònic que es poden consultar al web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), incloent –hi els resultats detallats de la mortalitat per cada any, els informes dels principals resultats, així com el manual d'elaboració i anàlisi de la mortalitat (http://www.aspb.cat/quefem/documents_estadistiques.htm).

El present informe té com a objectiu mostrar els principals resultats dels indicadors de mortalitat de la població resident a la ciutat de Barcelona l'any 2013 i la seva evolució durant el període 2002-2013, així com la distribució en els districtes i barris de la ciutat.

Metodologia

A continuació, es descriuen els principals aspectes metodològics de l'anàlisi de la mortalitat del present informe. La metodologia detallada es pot consultar al Manual de la mortalitat al web de l'ASPB (http://www.aspb.cat/quefem/docs/Manual_mort_BCN.pdf).

Fonts d'informació

Les estadístiques de mortalitat estan incloses dins les estadístiques del Moviment natural de la població, que inclouen els naixements i els matrimonis elaborats per l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), i les defuncions, a càrrec del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en ambdós casos en col·laboració amb l'INE. Per a les defuncions, la font original de les dades són el Certificat mèdic (CM) i el corresponent Butlletí Estadístic de Defunció (BED) per les morts de més de 24 hores de vida, o el Butlletí Estadístic de Part (BEP) tant els nascuts vius com les morts fetals tardanes amb més de 180 dies de gestació; complimentats per un metge i que els familiars han de presentar per inscriure la defunció al Registre civil. Tanmateix, des de l'any 2011 els nascuts vius i morts al llarg de les primeres 24 hores segueixen el mateix procediment que la resta de defuncions.

Per a Barcelona, fins a l'any 2002, les dades les proporcionava l'Institut Municipal d'Estadística, i a partir de 2003, les dades són proporcionades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya³ i l'Idescat, a partir del conveni signat entre les institucions. A més, l'ASPB disposa d'informació d'altres registres que permeten millorar la validesa i l'exhaustivitat de la informació del registre de mortalitat de Barcelona. Així, des de l'any 1985, es va iniciar un Registre de Mortalitat Perinatal mitjançant la vigilància activa de tots els centres de la ciutat on hi ha servei d'obstetrícia i neonatologia, el que permet recollir els casos de defunció que no consten en les butlletes oficials.^{4,5} Per altra banda, mitjançant la col·laboració amb l'Institut de Medicina Legal de Catalunya es disposa d'informació de les defuncions que es produeixen en circumstàncies violentes, accidentals i/o inexplicades, i requereixen la intervenció medico-legal per establir la causa de la mort.^{6,7}

Finalment, pel que fa a les dades de la població de Barcelona utilitzades en el càlcul d'indicadors de mortalitat s'obtenen del Padró Municipal d'Habitants a 30 juny, proporcionades pel Departament d'Estadística de l'Ajuntament; i, en el cas dels indicadors de

mortalitat infantil i mortalitat perinatal s'utilitzen com a denominadors els naixements ocorreguts a Barcelona proporcionats per l'Institut d'Estadística de Catalunya.

Característiques analitzades

Les dades de mortalitat disposen d'informació com el sexe, l'edat i el districte i barri de residència, així com, la causa bàsica de la mort codificada segons la Classificació Internacional de Malalties (CIM), de l'Organització Mundial de la Salut 10a revisió (CIM-10).

A partir de la CIM, existeixen diferents agrupacions de les causes de mort: els grans grups de causes de mort corresponents als capítols de la CIM, i l'agrupació segons causes específiques de mort essent aquestes més exhaustives; en el present informe es mostren resultats de les principals causes de mort. D'altra banda, per l'anàlisi de la mortalitat evitable es considera una agrupació de determinades causes que tenen prevenció, un diagnòstic i/o tractament d'eficàcia provada, o bé que existeixen polítiques amb un impacte potencial en aquestes causes;⁸ en el present informe es mostren resultats de les principals causes de mort evitables. Quant a la mortalitat perinatal es disposa d'informació de la mare, com l'edat i el districte de residència; i del nadó com les setmanes de gestació o el pes en néixer.

Les dades de població utilitzades en el càlcul d'indicadors han estat les corresponents a l'any d'estudi, segons edat i sexe, i districtes, i en el cas dels barris s'han utilitzat dades quinquennals. Tanmateix cal assenyalar que, en algun cas, els indicadors obtinguts en alguns barris es basen en molt poques defuncions, i per tant les estimacions poden ser imprecises i no fiables.

Indicadors de mortalitat

El Sistema d'Informació SISalut de l'ASPB calcula una sèrie d'indicadors que permeten analitzar l'estat de salut de la població barcelonina, alhora que ajuda a disseminar els resultats. Els indicadors es mostren separats per sexe, i s'ha utilitzat el mètode directe per estandarditzar per edat, essent la població de referència la del total de Barcelona:

Mortalitat

Defuncions, taxes de mortalitat específiques per edat x100.000 habitants, taxes de mortalitat estandarditzades per edat, i les raons de mortalitat comparativa dels districtes i barris respecte al total de la ciutat (RMC essent la referència 100) i els seus intervals de confiança al 95%.⁹

Mortalitat prematura

Anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys (APVP), taxes d'APVP específiques per edat x100.000 habitants, taxes d'APVP estandarditzades per edat, i raons d'APVP dels districtes i barris respecte al total (RAPVP) i els seus intervals de confiança al 95%.¹⁰

Mortalitat evitable

Defuncions per causes evitables, taxes de mortalitat específiques per edat x100.000 habitants, taxes de mortalitat estandarditzades per edat, i les RMC i els seus intervals de confiança al 95%. Per cada causa s'obté la taxa segons el grup d'edat considerat, i en el cas de les agrupacions de causes evitables i la taxa evitable global es considera tota la població de totes les edats.^{8,11}

Mortalitat infantil

Defuncions i taxes de mortalitat infantil (defuncions de 0 a 1 any) per 1.000 nascuts vius, diferenciant la mortalitat neonatal (defuncions de 0 a 27 dies) i la mortalitat post-neonatal (defuncions de 28 dies a 1 any) per 1.000 nascuts vius.

Mortalitat perinatal

Defuncions i taxes de mortalitat perinatal (nascuts morts de més de 180 dies de gestació i defuncions de 0 a 7 dies) segons estadístiques nacionals (pes ≥ 500 gr., o en el seu defecte, ≥ 22 setmanes de gestació) i estadístiques internacionals (pes ≥ 1000 gr. o ≥ 28 setmanes de gestació).

Esperança de vida

Anys de vida que s'espera viure, en néixer, o bé a partir d'una edat determinada, en el total de la ciutat, districtes i barris, estimada a partir de les taules de vida segons el mètode abreujat.¹²

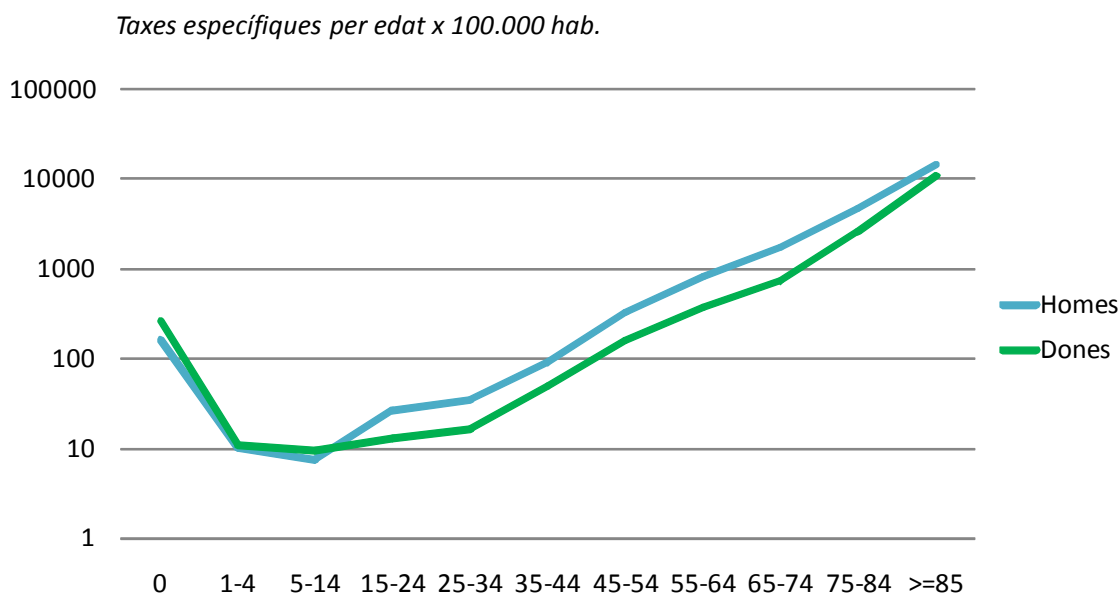
Resultats principals

Mortalitat

A Barcelona, l'any 2013 van ocórrer 15.099 defuncions, 7.194 homes i 7.905 dones, suposant una taxa bruta de 935,6 per 100.000 habitants (939,9 en els homes i 931,6 en les dones). Respecte a l'any 2012 es van registrar 798 defuncions menys, tornant així als nivells de l'any 2011 i coincidint amb l'evolució descrita a Catalunya¹³ i a Espanya¹⁴.

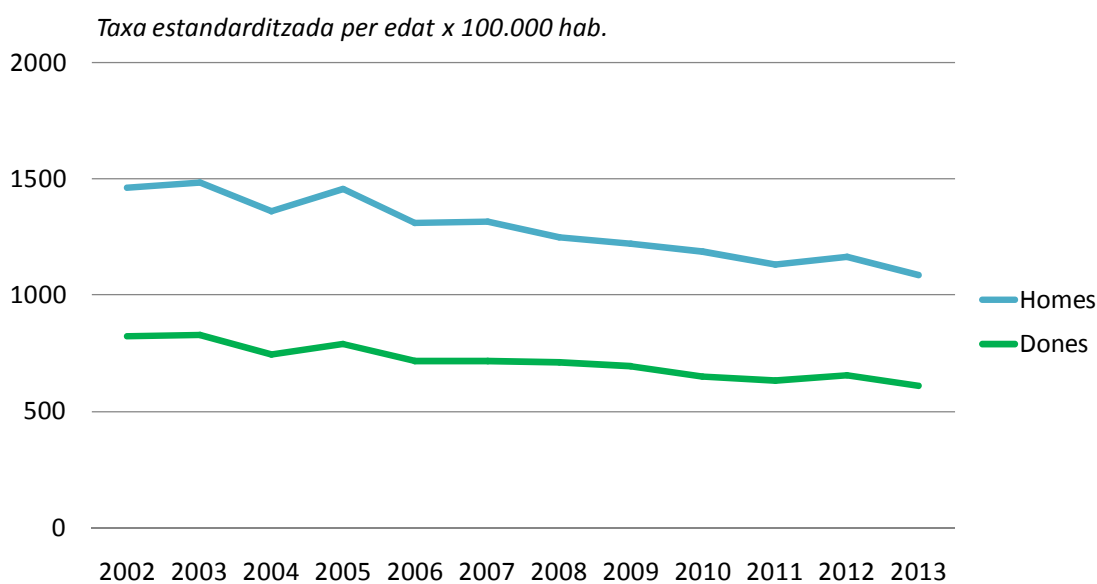
En general, la mortalitat es dona principalment en edats avançades; es mostra similar en homes i dones en els menors de 15 anys, i a partir d'aquí la mortalitat dels homes supera la de les dones, si bé tendeixen a ser similars en els més grans (figura 1). L'any 2013 la mortalitat de menors de 15 anys va ser de 9 per 100.000 menors; 43,2 per 100.000 habitants de 15 a 44 anys (56,9 en els homes i 29,2 en les dones); 601 en població de 45 a 74 anys (848,2 en els homes i 387,8 en les dones), i augmentà a 6.053,7 en població major de 75 anys (7.074,4 en els homes i 5.483,6 en les dones).

Figura 1. Distribució de la mortalitat segons edat en homes i dones, Barcelona 2013.



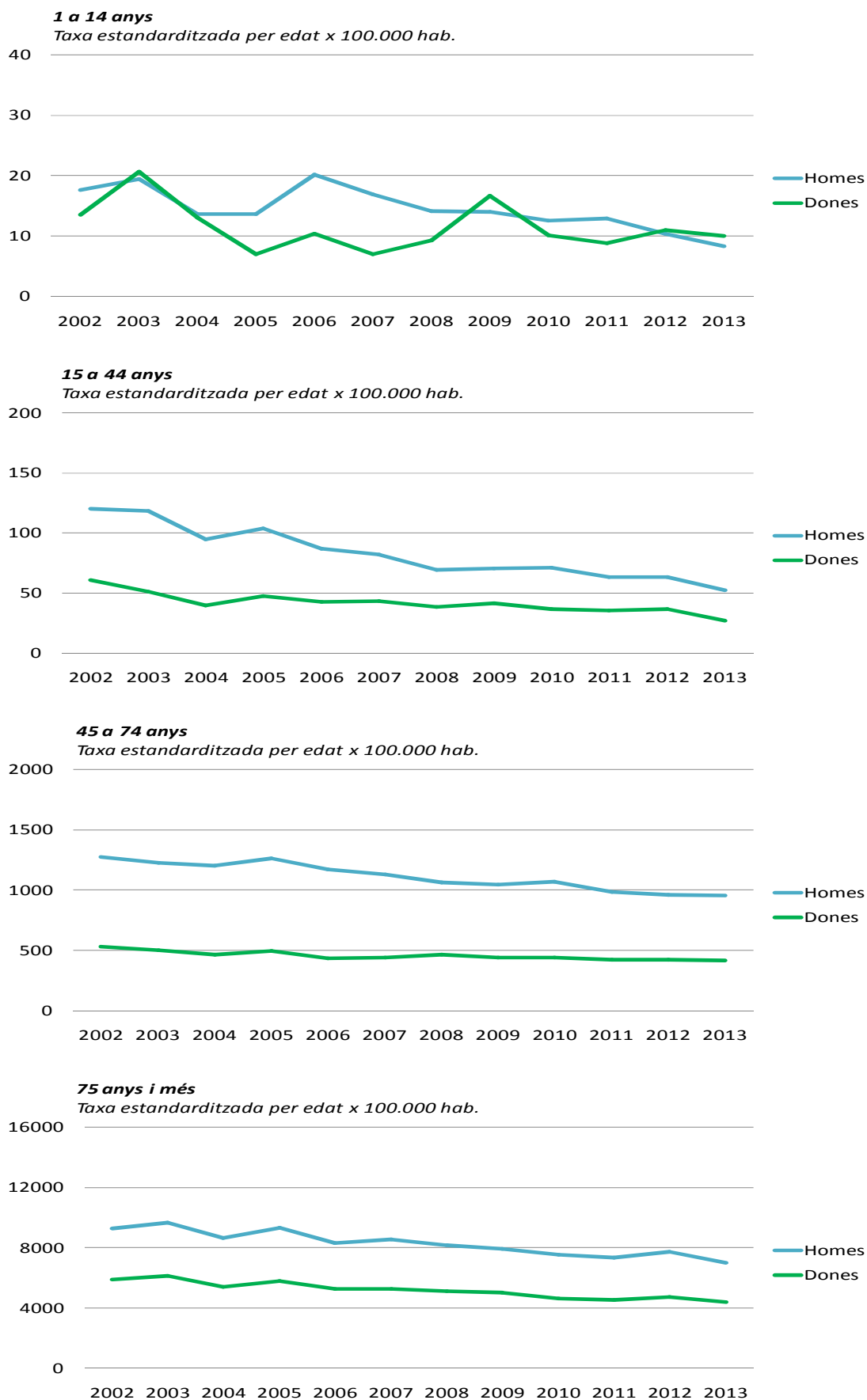
La mortalitat segueix, en general, una tendència decreixent continuada (figura 2), entre els anys 2002 i 2013 la taxa de mortalitat estandarditzada per edat va passar de 1.462,4 a 1.084,2 per 100.000 homes i de 820,3 a 611 per 100.000 dones. No obstant, s'observa com a partir del 2008 la tendència positiva de la mortalitat va quedar interrompuda en ambdós sexes, tot i que, malgrat l'augment registrat l'any 2012, l'any 2013 s'observa una disminució respecte a l'any anterior.

Figura 2. Evolució anual de la mortalitat en homes i dones, Barcelona 2002-13.



En general, l'evolució descrita de la mortalitat durant la darrera dècada es dona en tots els grups d'edat, excepte en els menors de 14 anys pels quals la mortalitat és baixa i es manté força estable (figura 3). La mortalitat de la població jove, de 15 a 44 anys, tendia a disminuir fins a l'any 2008, i s'ha mantingut estable fins al darrer any 2013 quan es va registrar una lleugera disminució; a més a més, destaca en aquest grup la disminució de les diferències entre homes i dones. Igualment, a partir de l'any 2008 la tendència decreixent de la mortalitat va quedar interrompuda en el grup de 45 a 74 anys, i es manté estable des d'aleshores, si bé l'any 2013 va disminuir lleugerament. Finalment, la mortalitat dels més grans de 75 anys disminuïa de forma continuada fins al 2010, i a partir d'aquí s'ha mantingut força estable, malgrat que va augmentar l'any 2012 ha tornat a disminuir el 2013.

Figura 3. Evolució anual de la mortalitat segons grups d'edat en homes i dones, Barcelona 2002-13.



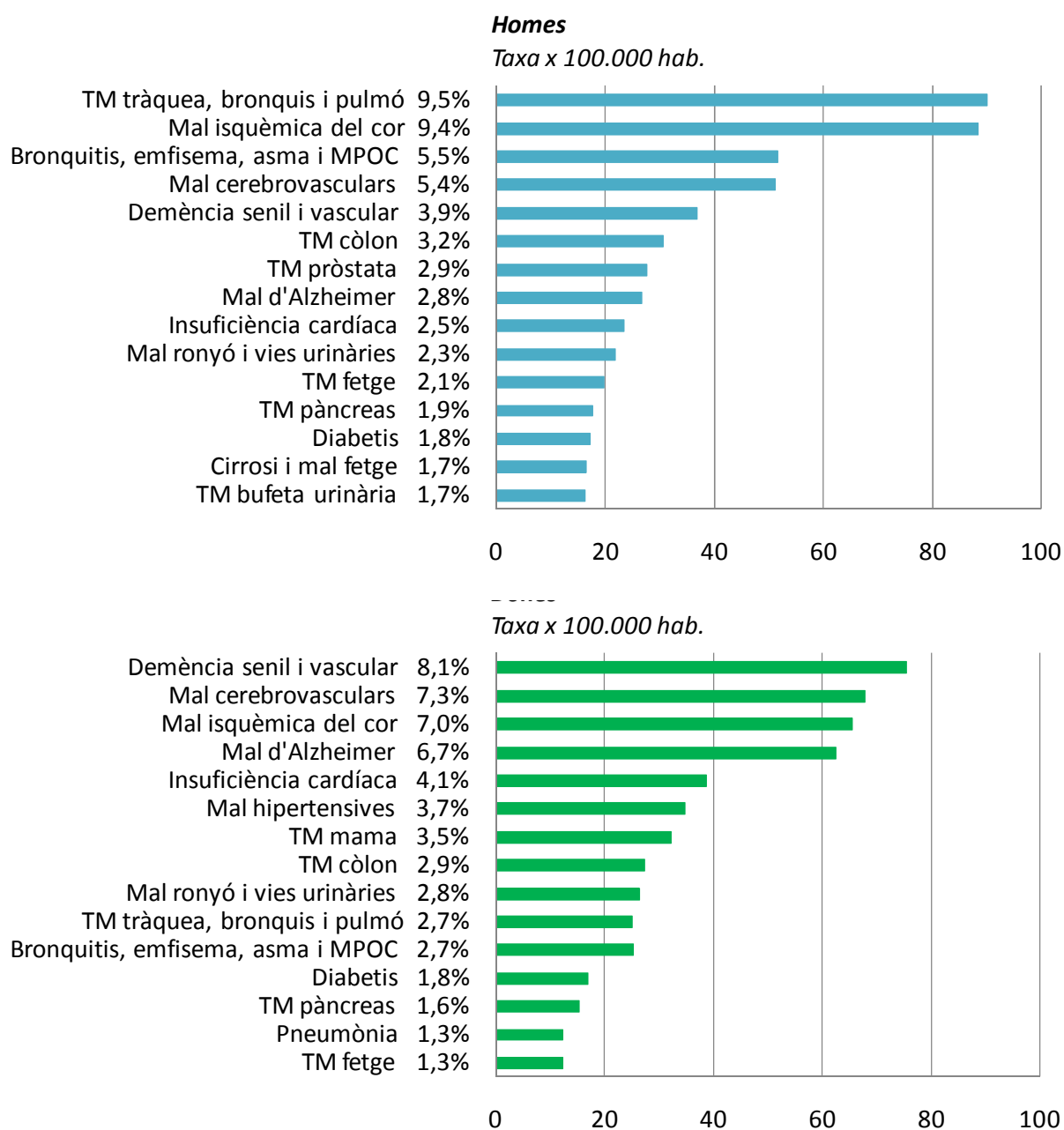
Segons els 20 grans grups de la 10a revisió de la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10), les principals causes de mortalitat (taula 1) eren els tumors (l'any 2013 van causar 327,4 defuncions per 100.000 homes i 224,4 per 100.000 dones) i les malalties de l'aparell circulatori (245,6 defuncions per 100.000 homes i 286 per 100.000 dones), seguides de les malalties de l'aparell respiratori en els homes, i de les malalties del sistema nerviós en les dones.

Taula 1. Distribució de la mortalitat segons els grans grups de causes de defunció en homes i dones, Barcelona 2013.

<i>Grans grups CIM</i>	Homes		Dones	
	N	Taxa x100.000 hab.	N	Taxa x100.000 hab.
Malalties infeccioses i parasitàries	134	17,5	141	16,6
Tumors	2.506	327,4	1.904	224,4
Malalties de sang i òrgans hematopoètics	42	5,5	49	5,8
Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	181	23,6	219	25,8
Trastorns mentals i del comportament	294	38,4	650	76,6
Malalties sistema nerviós i òrgans dels sentits	399	52,1	742	87,4
Malalties sistema circulatori	1.880	245,6	2.427	286,0
Malalties sistema respiratori	787	102,8	691	81,4
Malalties sistema digestiu	347	45,3	378	44,5
Malalties de la pell i teixit subcutani	8	1,0	21	2,5
Malalties sistema osteomuscular i connectiu	30	3,9	53	6,2
Malalties sistema genitourinari	170	23,4	230	27,1
Complicacions embaràs part i puerperi	0	0,0	3	0,4
Afeccions perinatales	3	0,4	8	0,9
Malformacions congènites	12	1,6	10	1,2
Malalties mal definides	36	4,7	44	5,2
Causes externes	356	46,5	334	39,4

Utilitzant la classificació detallada, l'any 2013 les primeres causes de mort en els homes van ser el càncer de pulmó (9,5% de les defuncions en homes) junt amb la malaltia isquèmica del cor (9,4%), seguides de la bronquitis, emfisema, asma i malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i de la malaltia cerebrovascular. En les dones, les primeres causes de defunció van ser la demència senil (8,1% de les defuncions) que es situava davant de la malaltia cerebrovascular i, seguides de la malaltia isquèmica del cor i de la malaltia d'Alzheimer (figura 4).

Figura 4. Principals causes de mortalitatⁱ en homes i dones, Barcelona 2013.



ⁱ Mal: Malaltia; TM: Tumor maligne

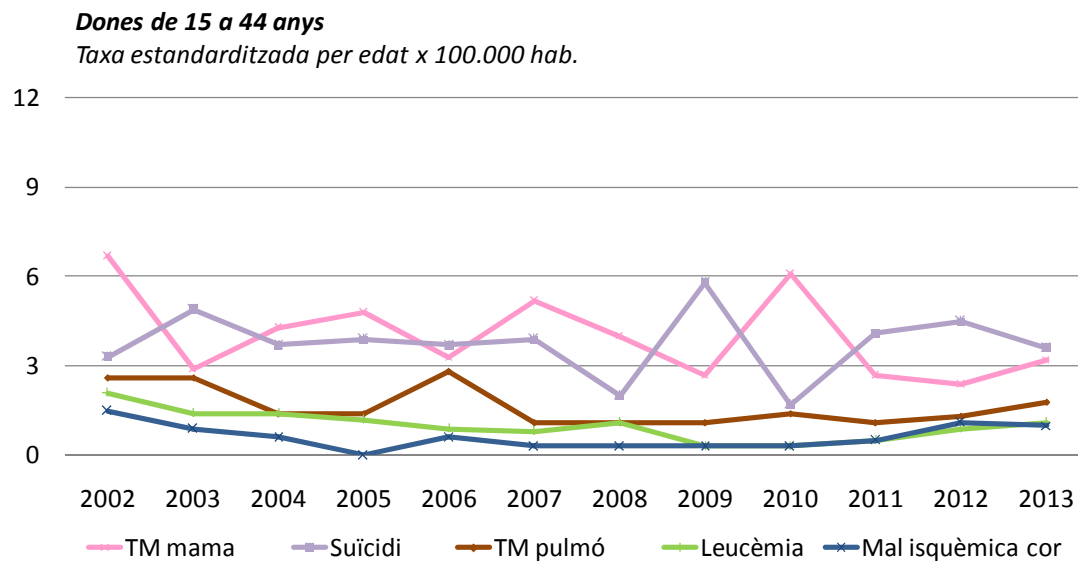
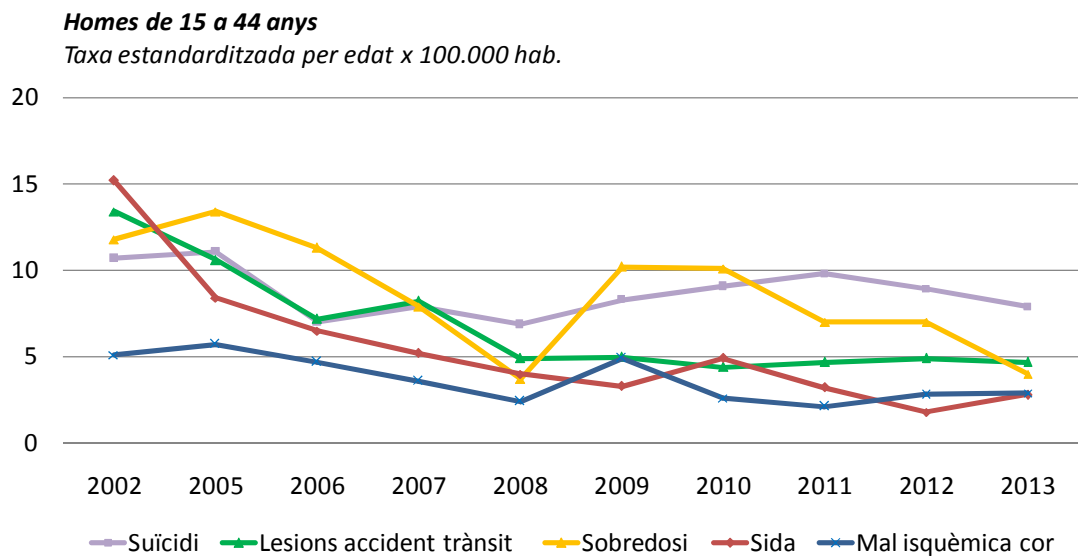
Cal destacar però, que les principals causes de mortalitat varien segons el grup d'edat, i, a més a més, s'ha de ressaltar que donada l'evolució d'algunes causes les primeres causes de defunció han anat canviant els darrers anys.

En els homes de 15 a 44 anys les principals causes de mortalitat l'any 2013 van ser les causes externes com ara el suïcidi, les lesions per accident de trànsit, i la sobredosi de drogues, a més de la malaltia isquèmica del cor, i la sida (figura 5). Tanmateix, s'observa una evolució diferent, així, destaca el descens notable de la mortalitat per sida la primera part del període, deixant de ser la primera causa de mort en els homes joves. D'altra banda, si bé la mortalitat per suïcidi i per sobredosis de drogues també tendien a disminuir fins a l'any 2008, s'observa un canvi de tendència a partir de 2009, quan aquestes causes tendeixen a augmentar; a l'igual que la mortalitat per accident de trànsit que es manté estable des del 2008, essent així les principals causes de mort en els homes més joves. En les dones de 15 a 44 anys destaca la baixa mortalitat en aquest grup, el que fa que les sèries observades siguin més inestables, essent el suïcidi la primera causa de mort l'any 2013, junt amb el càncer de mama, seguides del càncer de pulmó, de la leucèmia i de la malaltia isquèmica del cor, entre altres (figura 5).

En els adults grans, de 45 a 74 anys (figura 6), les primeres causes de mortalitat van ser el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones, ja que malgrat que es mostraven estables fins al 2008, els darrers anys han mostrat un descens. En els homes destaca també la malaltia isquèmica del cor, que si bé tendia a disminuir, a partir de l'any 2008 s'ha mantingut força estable. En les dones, en canvi, cal destacar la tendència creixent continuada de la mortalitat per càncer de pulmó que es situa l'any 2013 com a primera causa de mort, junt amb el càncer de mama. Altres causes de mortalitat foren el càncer de coló, estable en ambdós sexes, i la cirrosi i la bronquitis i MPOC en els homes, i la malaltia cerebrovascular en les dones.

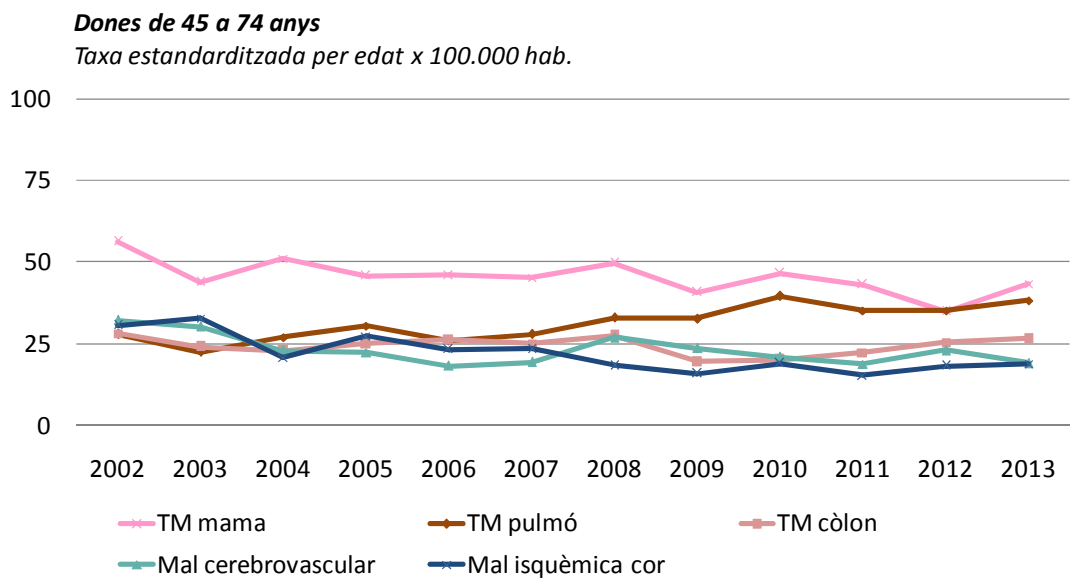
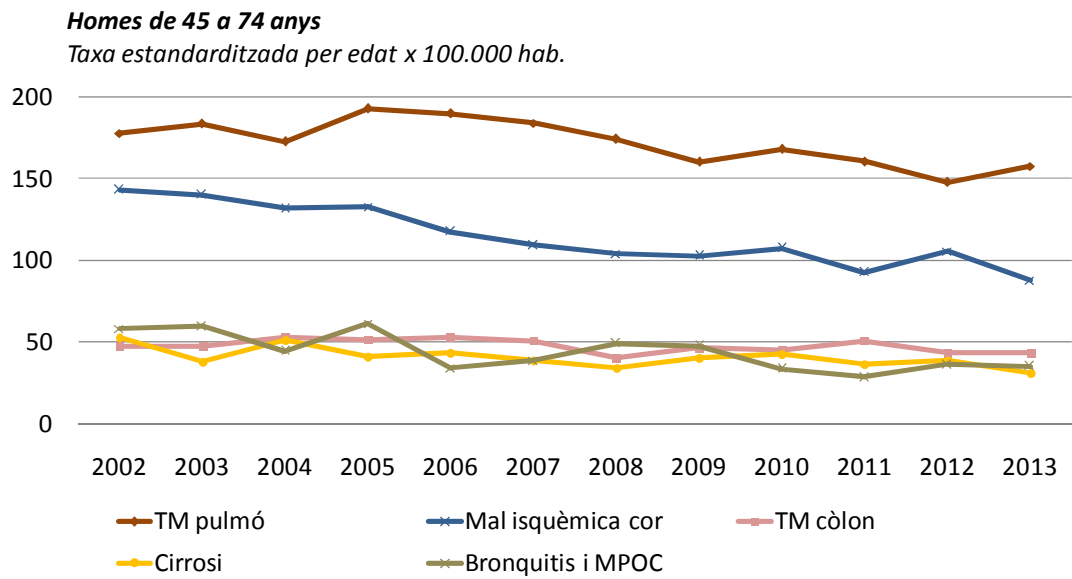
La mortalitat en el grup de població de més de 75 anys (figura 7) es dona principalment per malalties cardíaques (principalment per malaltia isquèmica del cor i per insuficiència cardíaca) i malalties cerebrovasculars, essent causes que si bé presentaven una tendència decreixent, a partir de 2010 resten estables o augmenten lleugerament. En els homes grans altres causes de mortalitat van ser la bronquitis i MPOC, que va disminuir fins a l'any 2010 i resta estable els darrers anys, i el càncer de pulmó que es manté força estable, igual que la demència senil. En les dones altres causes de mortalitat van ser la demència senil que s'ha mantingut estable, i la malaltia d'Alzheimer que mostra un ascens continu durant la darrera dècada, situant-se entre les principals causes de mort en dones grans.

Figura 5. Evolució anual de les principals causes de mortalitatⁱ en homes i dones de 15 a 44 anys, Barcelona 2002-2013.



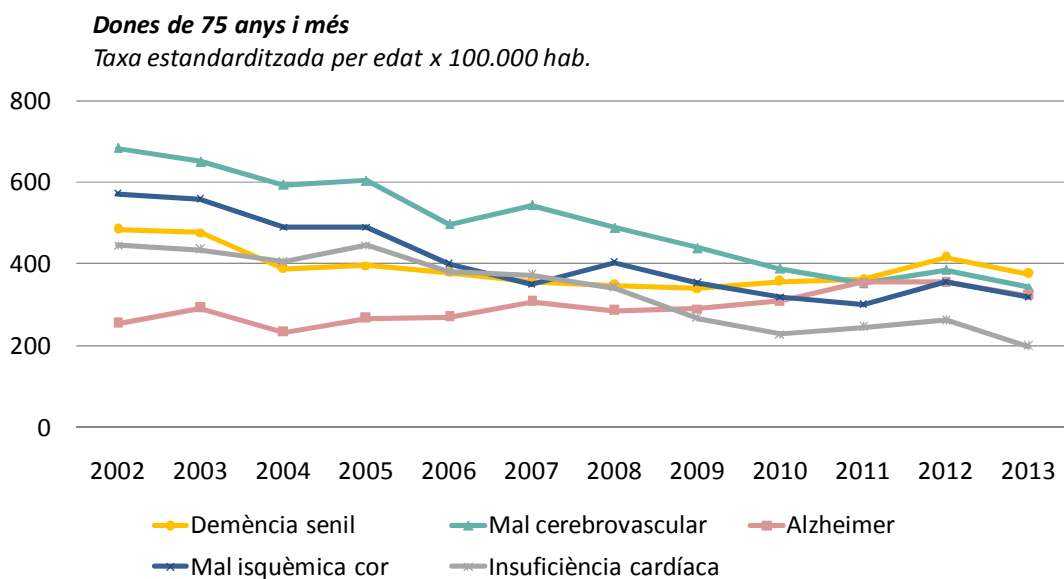
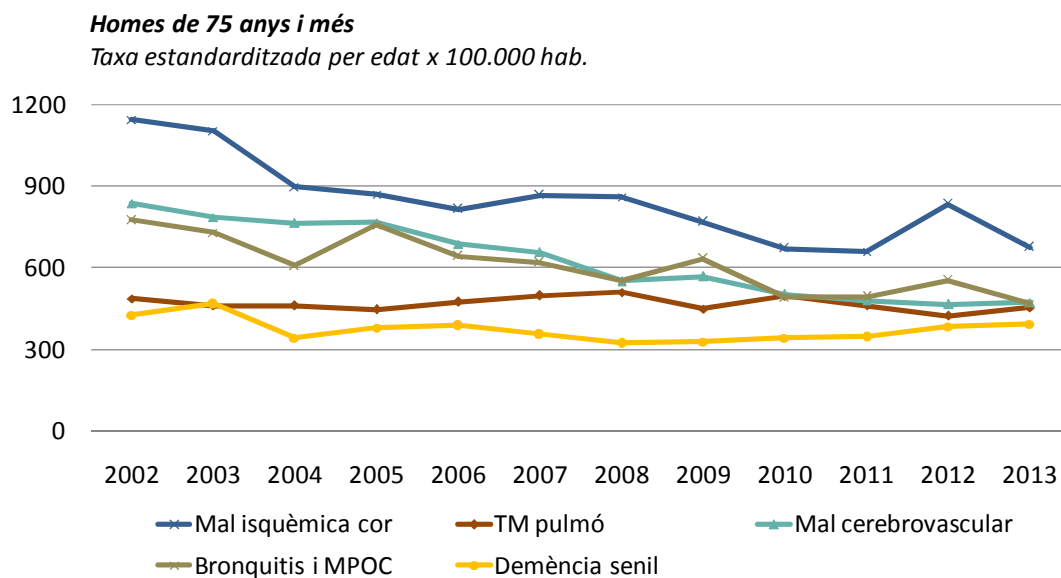
ⁱ Mal: Malaltia; TM: Tumor maligne

Figura 6. Evolució anual de les principals causes de mortalitat¹ en homes i dones de 45 a 74 anys, Barcelona 2002-2013.



¹ Mal: Malaltia; TM: Tumor maligne

Figura 7. Evolució anual de les principals causes de mortalitatⁱ en homes i dones de 75 anys i més, Barcelona 2002-2013.



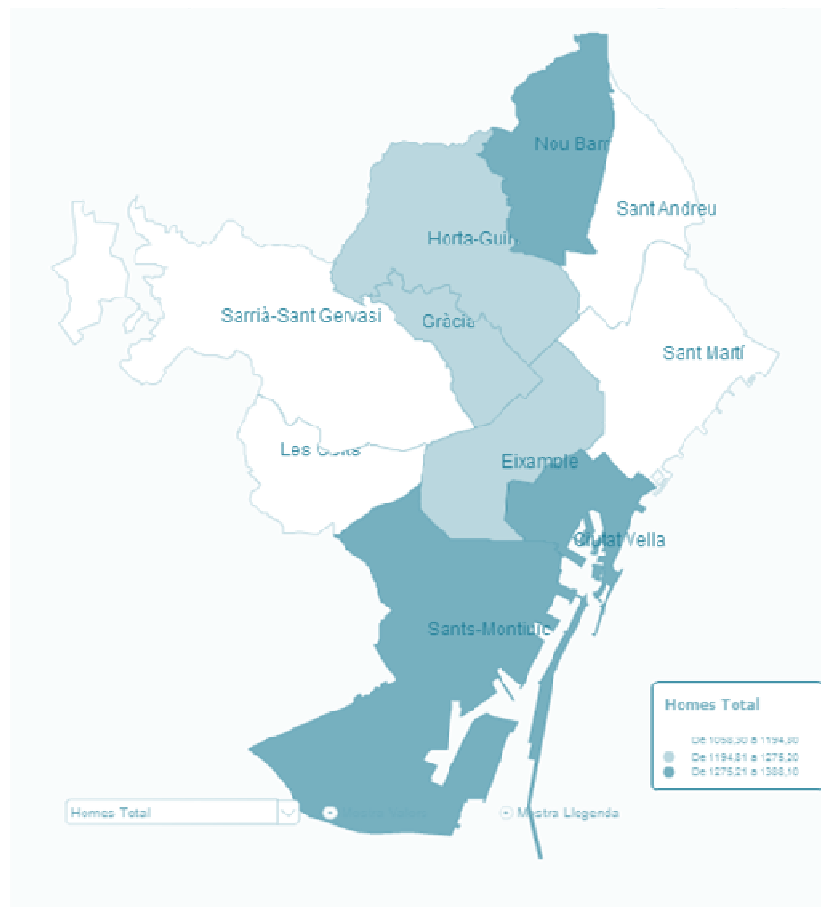
ⁱ Mal: Malaltia; TM: Tumor maligne

La mortalitat a Barcelona mostra una distribució desigual en els districtes de la ciutat (mapa 1 i figures 8 i 9). L'any 2013, el districte que presentava menys mortalitat era Les Corts (les taxes de mortalitat estandarditzades per edat van ser 1.058,3 i 619,2 per 100.000 habitants en homes i dones, respectivament), amb una mortalitat favorable respecte el total de la ciutat (la raó de mortalitat comparativa va ser 84,8 en homes i 83,5 dones, essent 100 el valor de referència). Altres districtes amb una mortalitat inferior a la ciutat van ser Sarrià - Sant Gervasi (raó de mortalitat comparativa 85,4 en homes i 94,7 en dones), Sant Andreu (raó de mortalitat comparativa 93,9 en homes i 90,1 en dones) i Sant Martí (raó de mortalitat comparativa 95,7 en homes i 92,4 en dones). Al contrari, el districte amb més mortalitat va ser Ciutat Vella (1.388,1 per 100.000 homes i 891,2 per 100.000 dones), amb un excés de mortalitat respecte a la ciutat (la raó de mortalitat comparativa va ser 111,2 en homes i 120,2 en dones), a l'igual que a Nou Barris (raó de mortalitat comparativa 105,4).

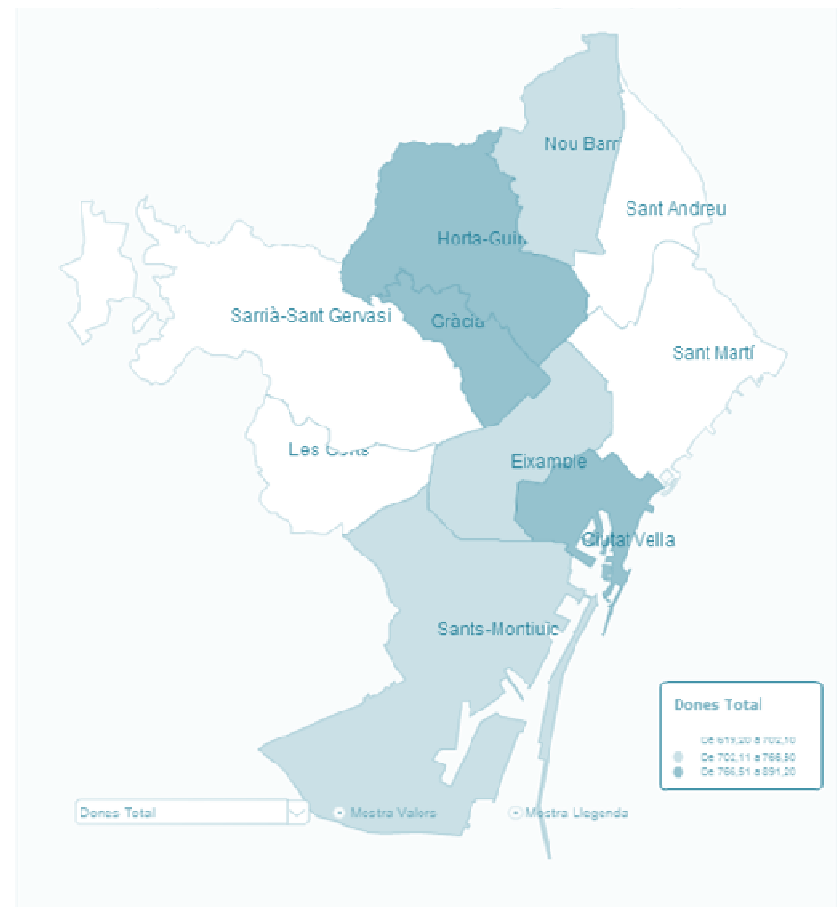
Tanmateix, utilitzant dades del període 2009-2013, les desigualtats en la mortalitat descrites mostren patrons específics en els barris (mapa 2 i figura 10). És destacable que tots els barris de Ciutat Vella mostraven un excés de mortalitat respecte a la ciutat, destacant el barri de Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera. Al contrari, a Les Corts tots els barris mostraven menys mortalitat que la ciutat; i de manera similar passa a Sarrià – Sant Gervasi, si bé gairebé tots els barris registraven menys mortalitat que la ciutat, sí s'observà un excés de mortalitat en els homes de Les Tres Torres i en les dones del Putxet i el Farró, malgrat que les estimacions d'aquests dos barris es basen en poc casos, es mostren imprecises i poden ser no vàlides. A altres districtes hi ha poca variabilitat en la mortalitat als barris i amb valors similars a la ciutat, com és el cas de Gràcia, de Sant Martí, i l'Eixample. A altres districtes s'observa certa variabilitat en la mortalitat en els barris, de manera que si bé la majoria eren similars al global de Barcelona, alguns barris mostraven diferències, és el cas de Sants – Montjuïc, on hi havia un excés de mortalitat al barri de Sants – Badal, i al contrari la mortalitat era molt inferior en els homes del Poble Sec – El Parc Montjuïc. Igualment, al districte d'Horta - Guinardó la mortalitat era molt inferior al barri de Montbau i, en canvi, es mostrava molt superior en els homes del Baix Guinardó, i en les dones del Guinardó i del Carmel. També el districte de Sant Andreu mostrava variabilitat, havent un excés de mortalitat en els homes de la Sagrera, i en homes i dones del barri de Navas (malgrat que les estimacions es basen en poc casos, es mostren imprecises i poden ser no vàlides) i, al contrari, essent molt inferior al Baró de Viver. Finalment, el districte de Nou Barris destaca per una gran variabilitat de la mortalitat dels homes en els barris, amb un excés de mortalitat respecte a la ciutat al Turó de la Peira i la Prosperitat (malgrat que les estimacions es basen en poc casos, es mostren imprecises i poden ser no vàlides), i un excés de mortalitat en els homes de Canyelles, i la Guineueta.

Mapa 1. Distribució de la mortalitat als districtes de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

Homes

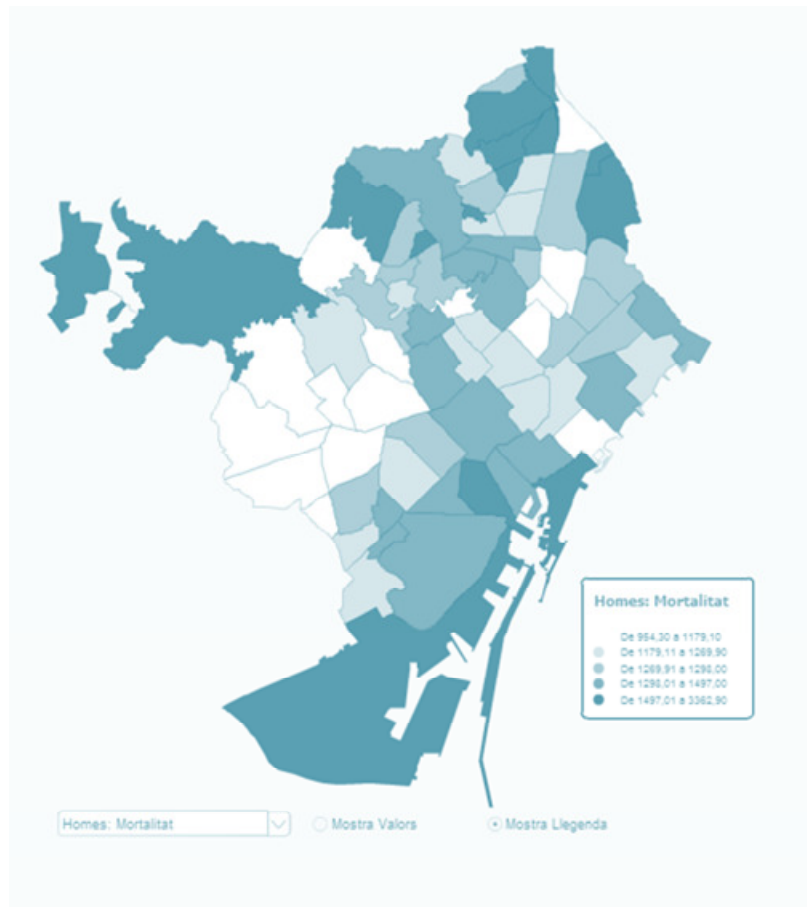


Dones



Mapa 2. Distribució de la mortalitat als barris de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2009-2013.

Homes



Dones

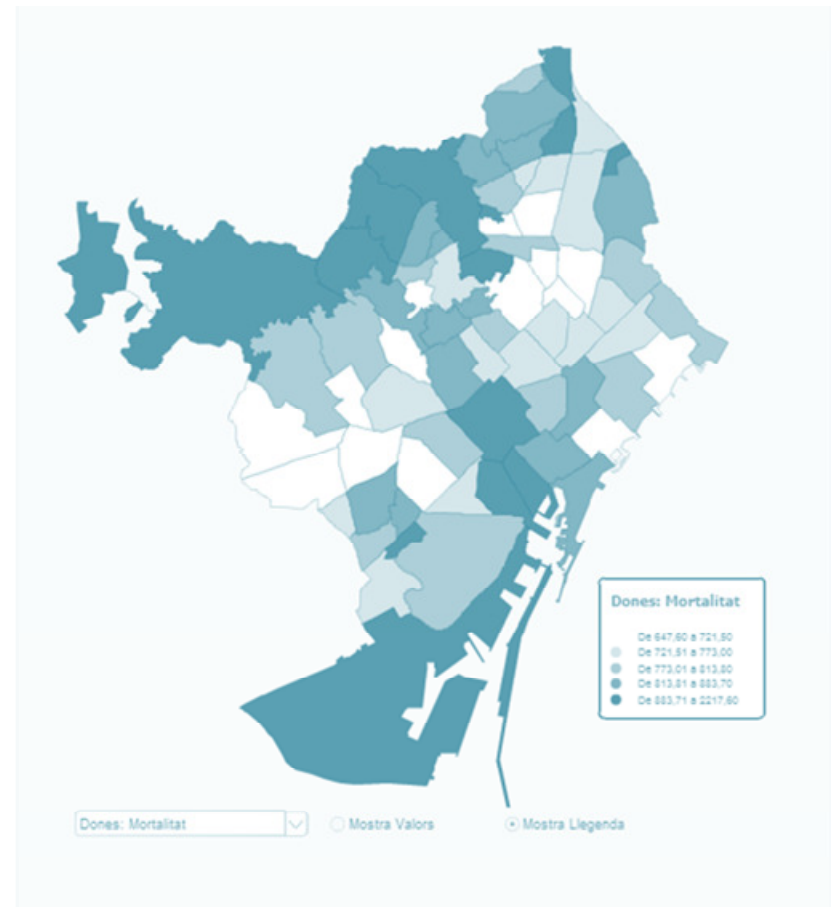


Figura 8. Distribució de la mortalitat als districtes de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

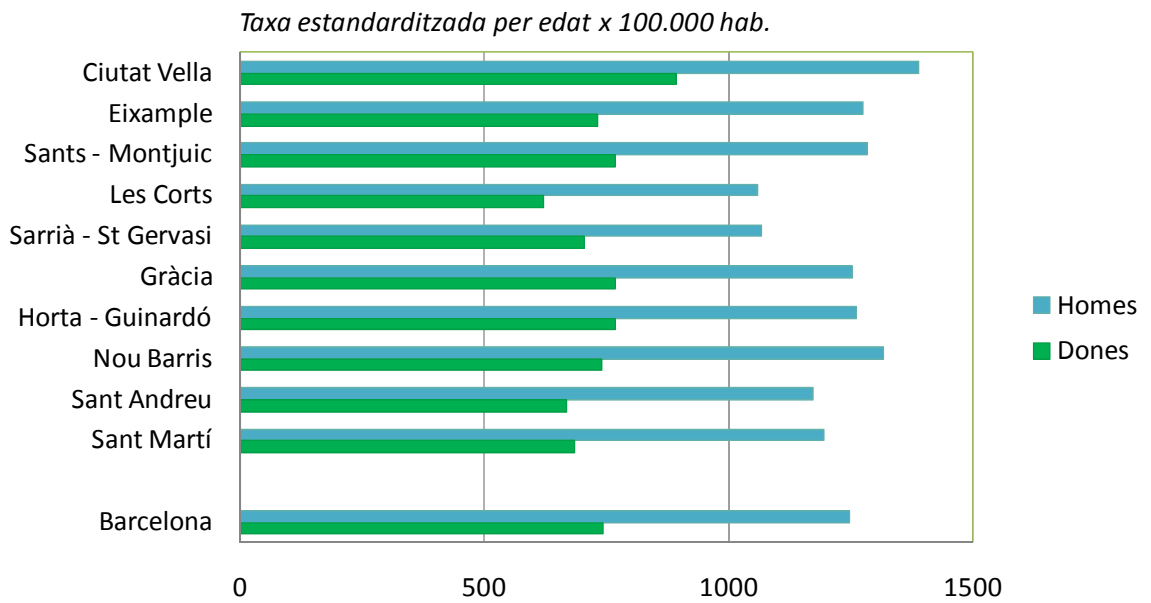


Figura 9. Mortalitat comparativa dels districtes respecte el total de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

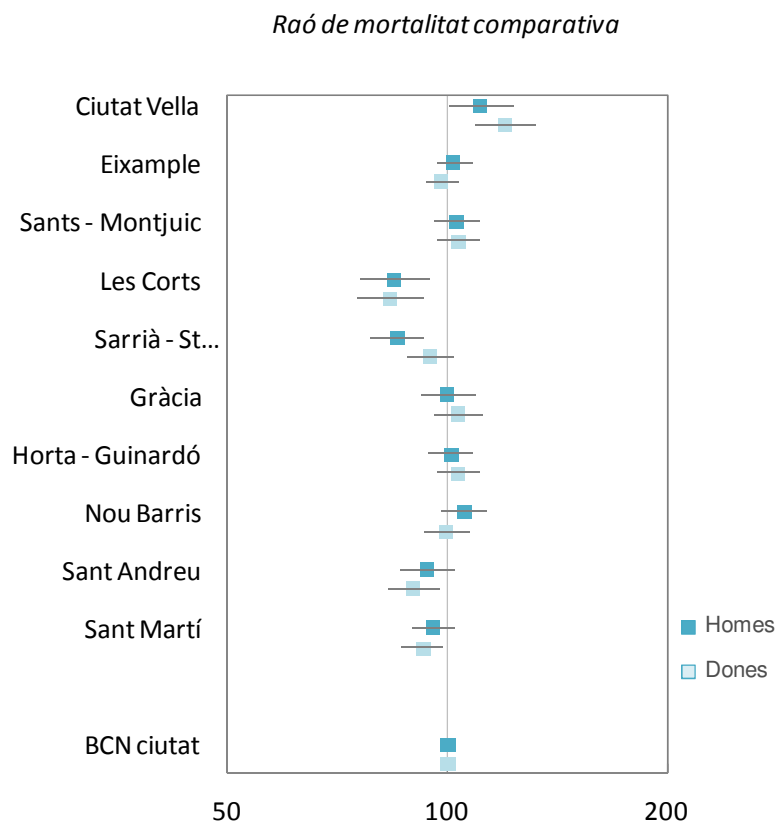


Figura 10.1. Mortalitat comparativa dels barris respecte el total de la ciutat en homes, Barcelona 2009-2013.

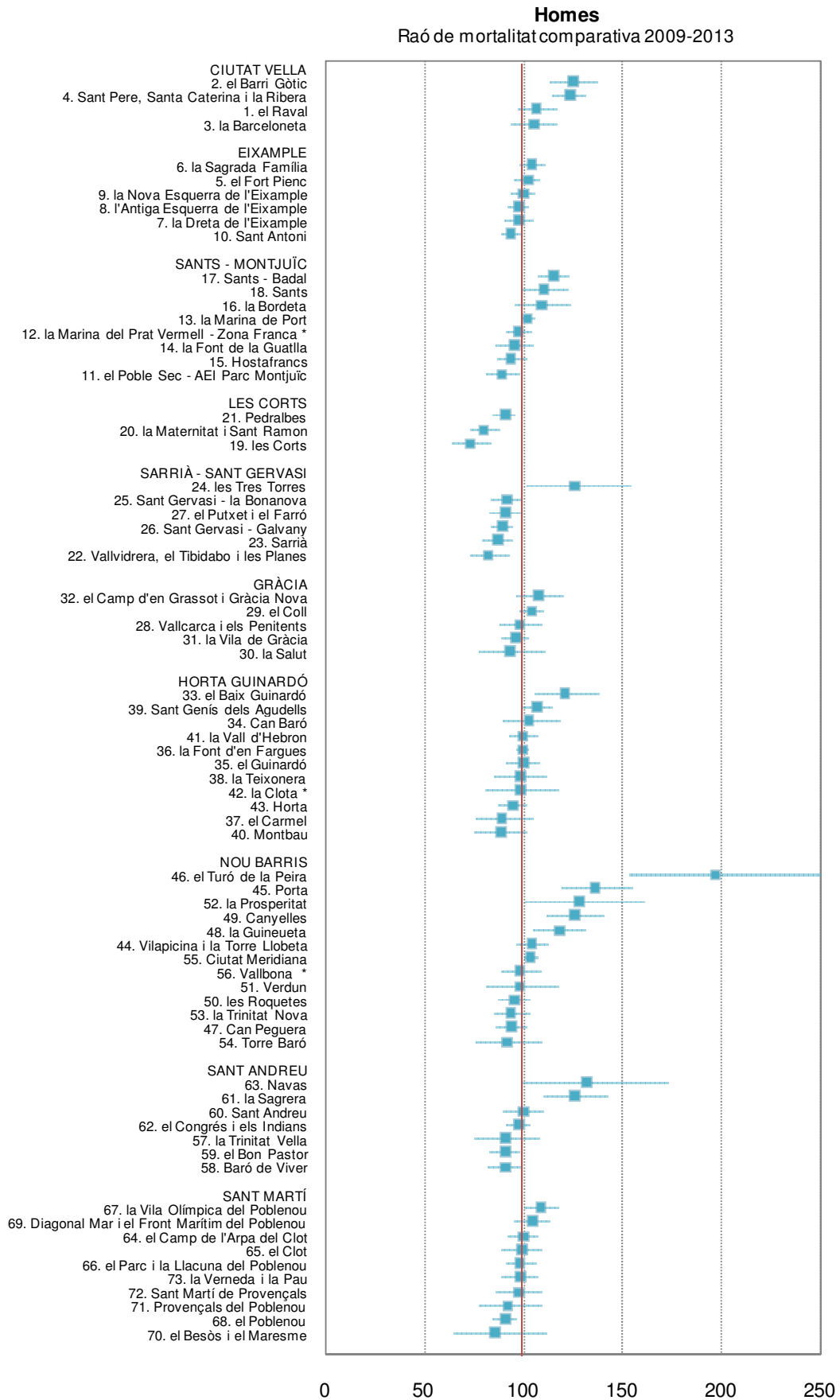
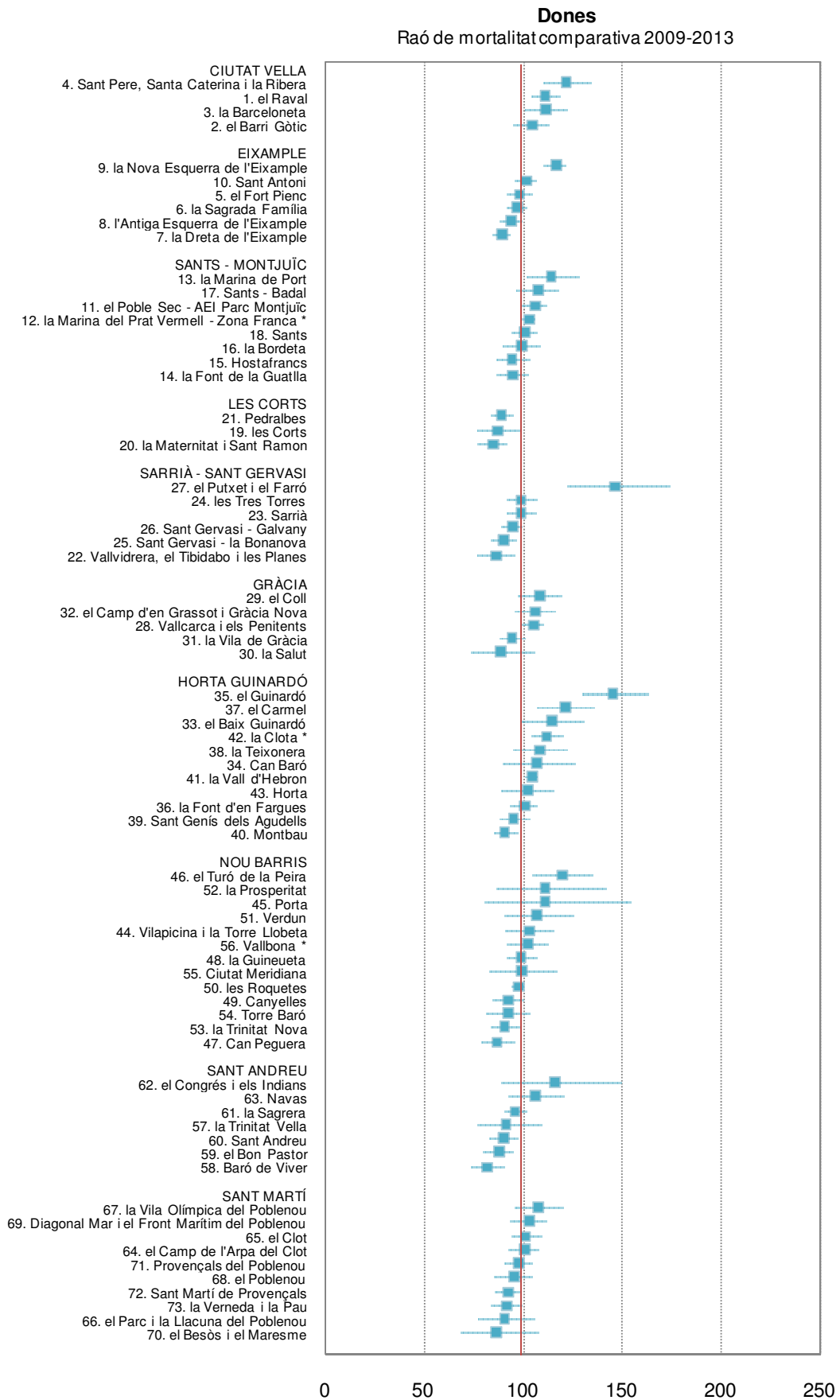
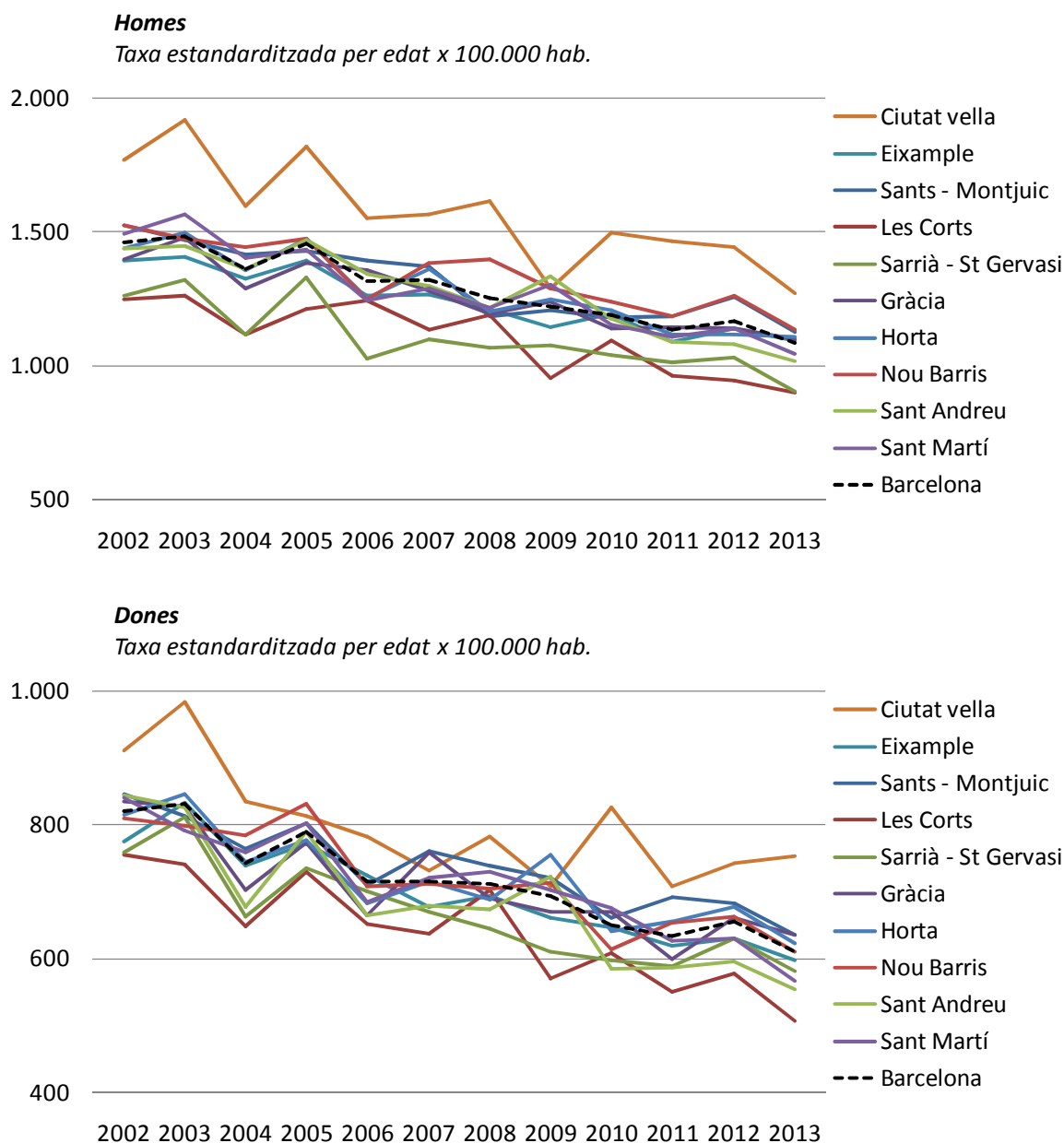


Figura 10.2. Mortalitat comparativa dels barris respecte el total de la ciutat en dones, Barcelona 2009-2013.



Durant el període de 2002 a 2009 l'evolució de la mortalitat mostrava un descens en tots els districtes de la ciutat, principalment a Ciutat Vella, relacionat en part amb el canvi de població del districte, ja que els darrers anys la població immigrant jova ha passat a ser molt més important (figura 11). Tanmateix, els darrers anys l'evolució positiva de la mortalitat ha quedat interrompuda, de manera que s'ha mantingut estable en la majoria de districtes, a excepció de Ciutat Vella que va augmentar notablement el 2010; si bé el darrer any 2013 gairebé tots els districtes han experimentat un descens de la mortalitat. En aquest sentit, si bé les desigualtats entre districtes havien disminuït el 2009, els darrers anys han augmentat fins a arribar als nivells observats a principis dels anys 2000.

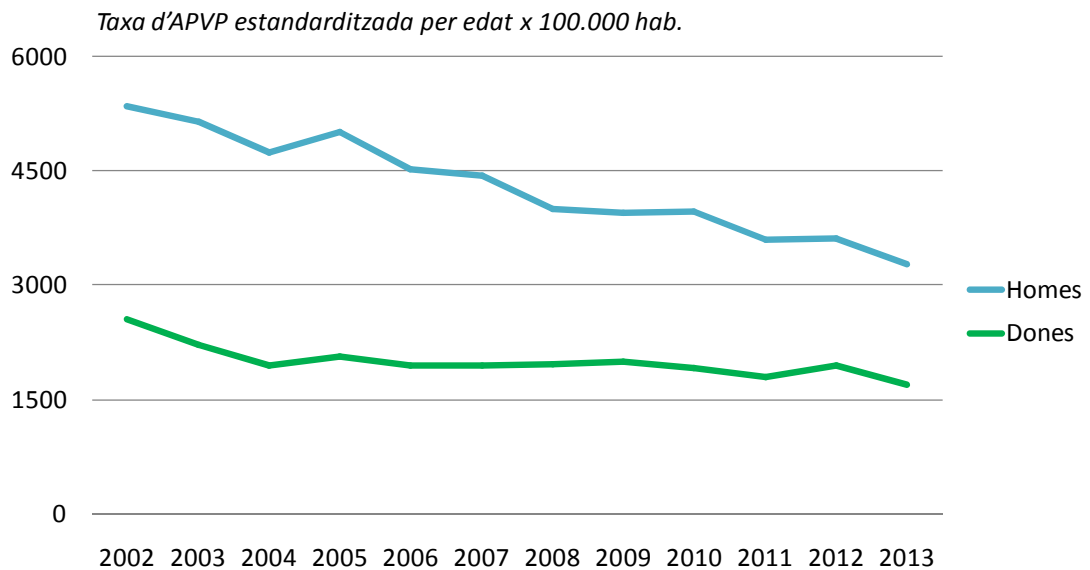
Figura 11. Evolució anual de la mortalitat als districtes de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2002-2013.



Mortalitat prematura

A Barcelona, un 18,2% de les defuncions ocorregudes l'any 2013 van ser de persones menors de 70 anys. La mortalitat prematura, mesurada com els anys potencials de vida perduts (APVP) entre 1 i 70 anys, seguia una tendència decreixent fins a l'any 2008 en els homes i fins a l'any 2004 en les dones, quan va quedar interrompuda (figura 12). Així, es va mantenir estable en els homes fins al 2010 i en les dones fins al 2012, i a partir d'aquí continuà la tendència decreixent, si bé destaca la disminució observada l'any 2013 en homes (3.284 per 100.000 homes d'1 a 70 anys el 2013) i dones (1.701,8 per 100.000 dones d'1 a 70 anys). En general, la disminució de la mortalitat prematura ha estat major en els homes, de manera que les diferències entre homes i dones han disminuït durant la darrera dècada.

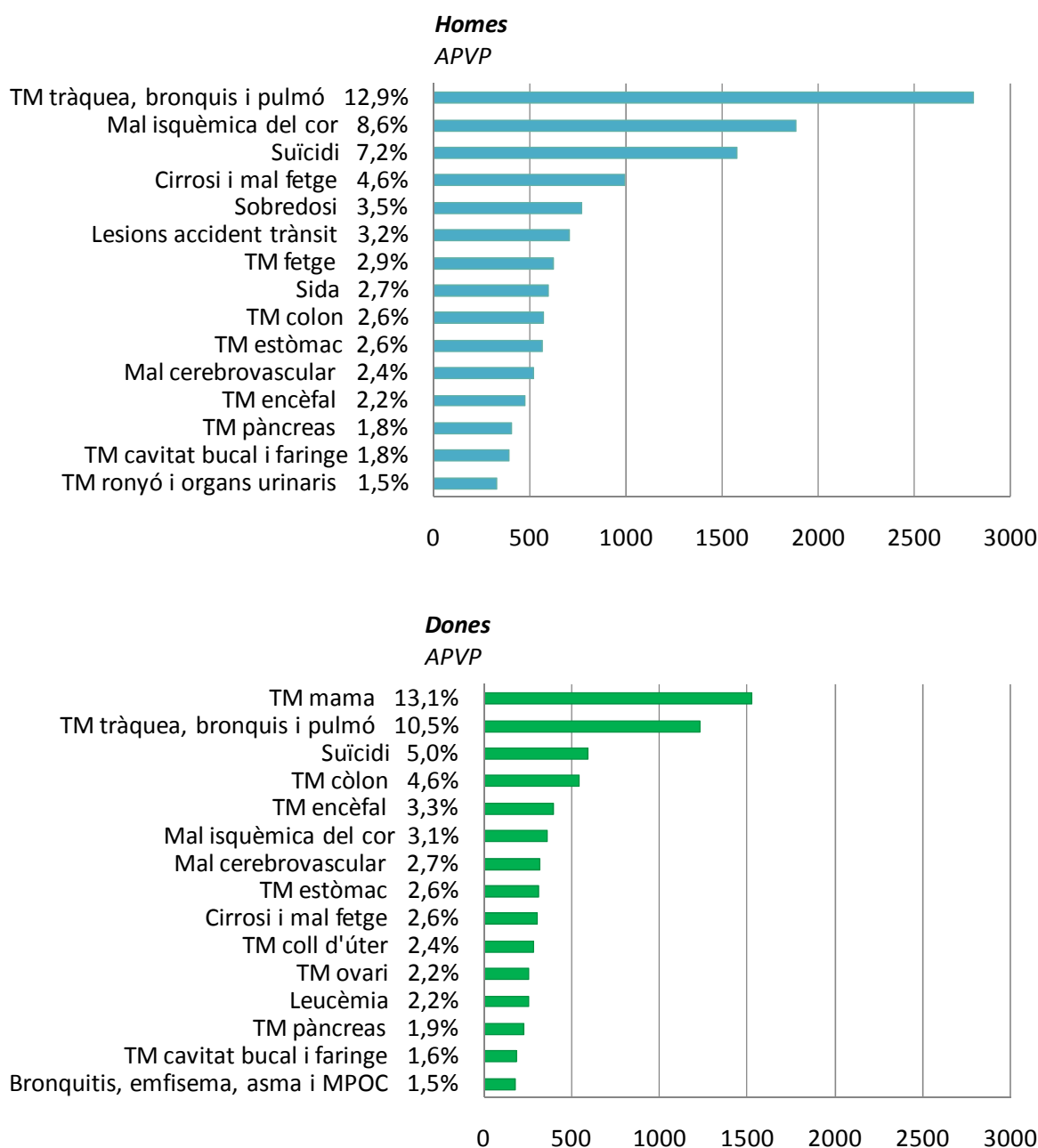
Figura 12. Evolució anual de la mortalitat prematura en homes i dones, Barcelona 2002-2013.



Les principals causes de mortalitat prematura l'any 2013 (figura 13), així com l'evolució d'aquestes (figura 14), són diferents en homes i dones. En els homes la principal causa d'APVP va ser el càncer de pulmó, responsable del 12,9% de la mortalitat prematura que, si bé tendia a disminuir, els darrers anys resta estable (l'any 2002 era 525,9 per 100.000 homes i va passar a 437,1 l'any 2013); seguida de la malaltia isquèmica del cor, ja que malgrat que es mantenia estable s'observà un repunt els darrers anys; i del suïcidi que ha passat a ser la tercera causa de mort prematura en els homes, donada la disminució en la darrera dècada de la mortalitat per lesions per accident de trànsit i per sobredosi de drogues, entre altres.

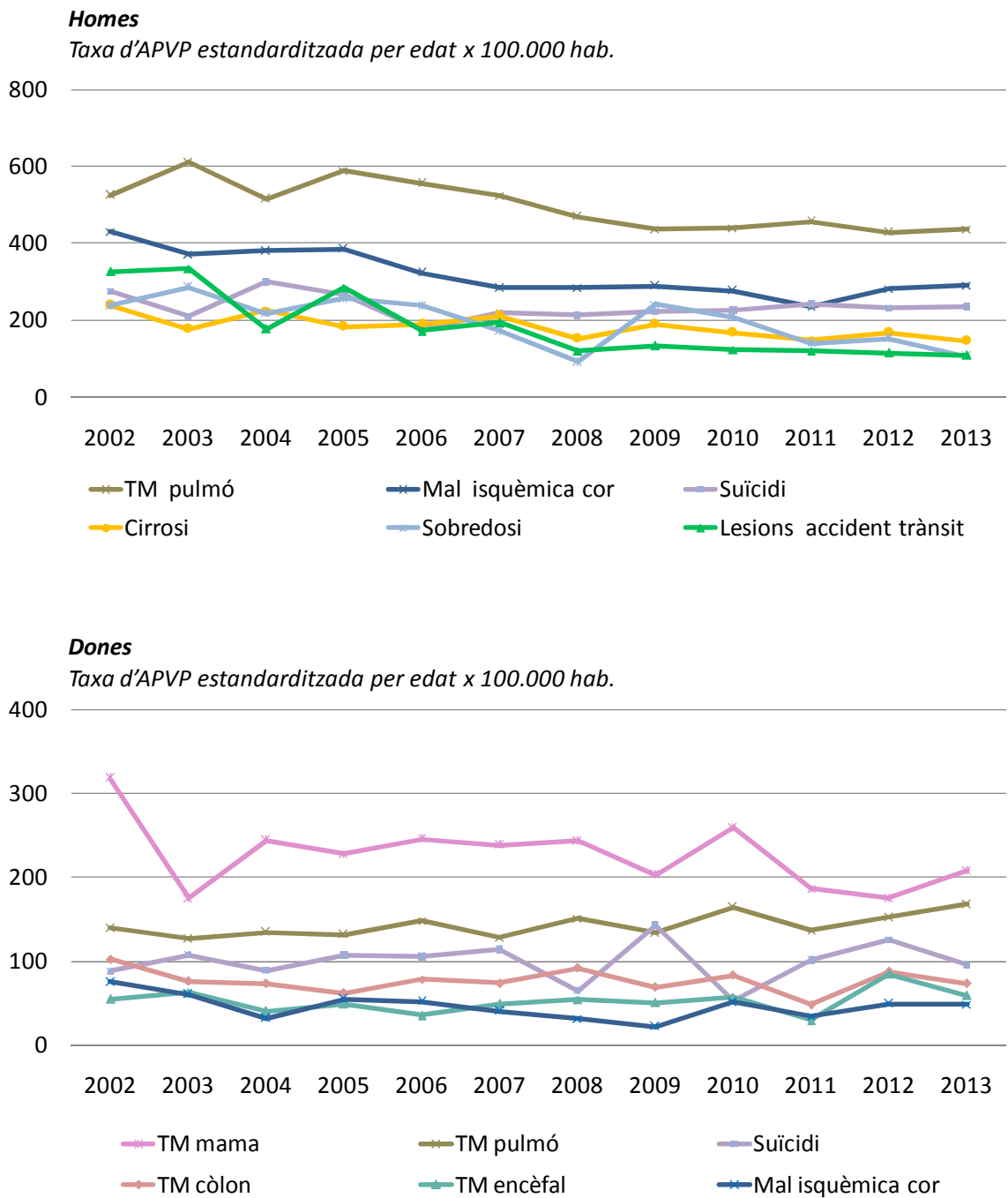
En les dones les principals causes d'APVP van ser el càncer de mama (13,1% de la mortalitat prematura en dones), amb tendència força estable els darrers anys (207,8 per 100.000 dones l'any 2013); seguit del càncer de pulmó (10,5% de la mortalitat prematura en dones) que registra un augment continuat (139,3 per 100.000 dones l'any 2002 a 167,8 l'any 2013); i del suïcidi que ha augmentat els darrers anys i es situa com la tercera causa de mort prematura, també en les dones.

Figura 13. Principals causes de mortalitat prematuraⁱ en homes i dones, Barcelona 2013.



ⁱ Mal: Malaltia; TM: Tumor maligne

Figura 14. Evolució anual de les primeres causes de mortalitat prematuraⁱ en homes i dones, Barcelona 2002-2013.



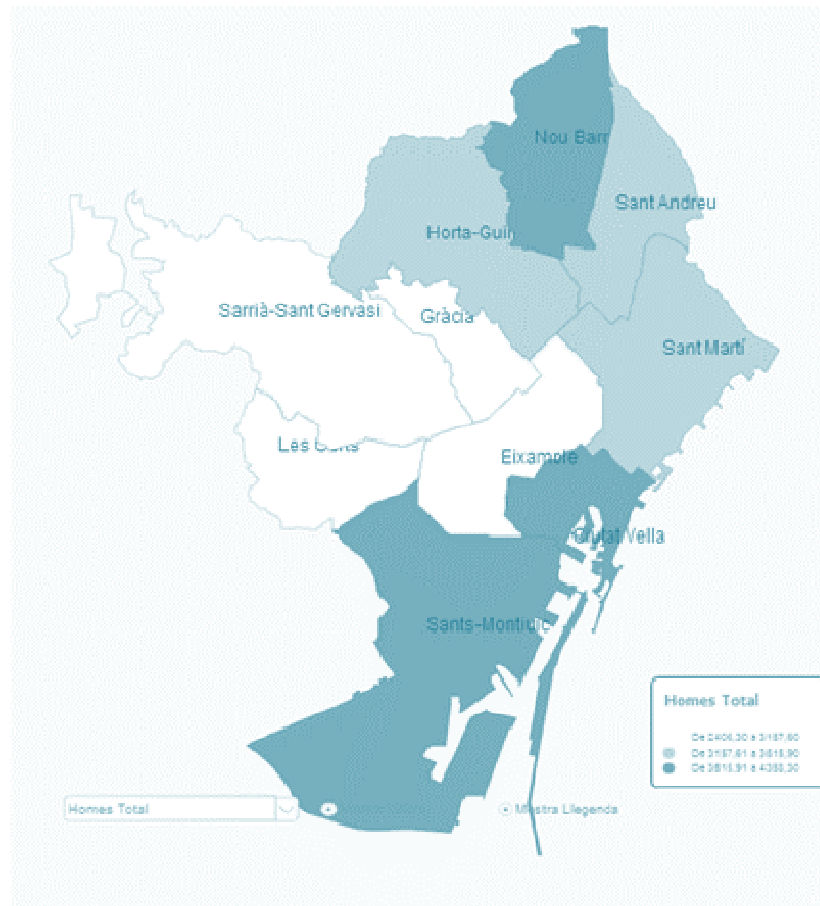
ⁱ Mal: Malaltia; TM: Tumor maligne

La mortalitat prematura presenta gran variació en els districtes de la ciutat (mapa 3, figures 15 i 16). L'any 2013, Ciutat Vella i Nou Barris mostraven unes taxes de mortalitat prematura molt superiors a les de la ciutat, amb un excés de mortalitat prematura (la raó de mortalitat prematura comparativa va ser 129,2 en els homes i 133,9 en les dones de Ciutat Vella, essent 100 el valor de referència, i 126,7 i 124,5 en homes i dones de Nou Barris, respectivament). Igualment, s'observa un excés de mortalitat en els homes de Sants - Montjuïc i en les dones d'Horta – Guinardó. Al contrari, un dels districtes amb menys mortalitat prematura va ser Les Corts (la raó de mortalitat prematura comparativa va ser 71,5 en els homes i 53,8 en les dones), seguit de Sarrià – Sant Gervasi (la raó de mortalitat prematura comparativa va ser 71,4 en els homes i 79,3 en les dones).

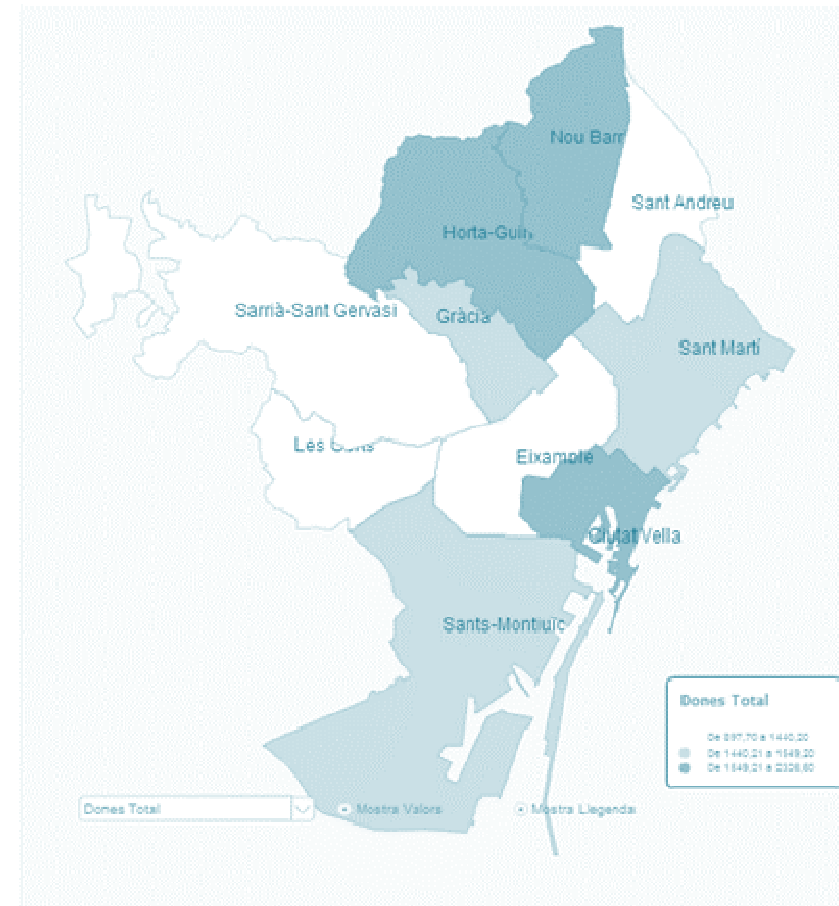
Tanmateix, en els barris de la ciutat, utilitzant dades del període 2009-2013, les desigualtats en la mortalitat prematura augmenten, però també augmenta la inestabilitat en les estimacions degut al baix nombre de defuncions prematures en alguns barris i poden ser no fiables en algun cas (mapa 4 i figura 17). Destaquen notablement els districtes de Ciutat Vella i de Nou Barris, de manera que a la majoria dels barris es registrava un excés de mortalitat prematura respecte a la ciutat, destacant l'elevada mortalitat prematura al barri de la Barceloneta (malgrat que les estimacions són molt imprecises); igualment, s'observa un excés en els homes del Raval, de Canyelles i Roquetes, i en les dones de la Trinitat Nova i de Ciutat Meridiana (malgrat la inestabilitat d'algunes de les estimacions). Al contrari, els districtes de Les Corts, Sarrià – Sant Gervasi i l'Eixample, mostraven menys mortalitat que el global de la ciutat en gairebé tots els barris. En la resta de districtes s'observa gran variabilitat, amb barris amb un excés de mortalitat prematura, i altres barris amb menys mortalitat que el total de la ciutat, és el cas per exemple del districte de Gràcia (més mortalitat al barri de la Salut Meridiana, malgrat la inestabilitat d'algunes de les estimacions) i menys al Camp d'en Grassot i Gràcia Nova), de Sant Andreu (més mortalitat a Trinitat Vella i menys al barri del Congrés i els Indians, malgrat la inestabilitat d'algunes de les estimacions), i de Sant Martí (més mortalitat a Sant Martí de Provençals i menys a la Vila Olímpica del Poblenou, malgrat la inestabilitat d'algunes de les estimacions). Igualment, al districte d'Horta – Guinardó hi havia variabilitat en els barris, essent la mortalitat prematura superior a Montbau (però amb estimacions inestables), i també en els homes del Carmel i les dones de la Teixonera, i en canvi, va ser menor al Baix Guinardó en homes i a la Font d'en Fargues en dones (malgrat la inestabilitat d'algunes de les estimacions).

Mapa 3. Distribució de la mortalitat prematura als districtes de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

Homes

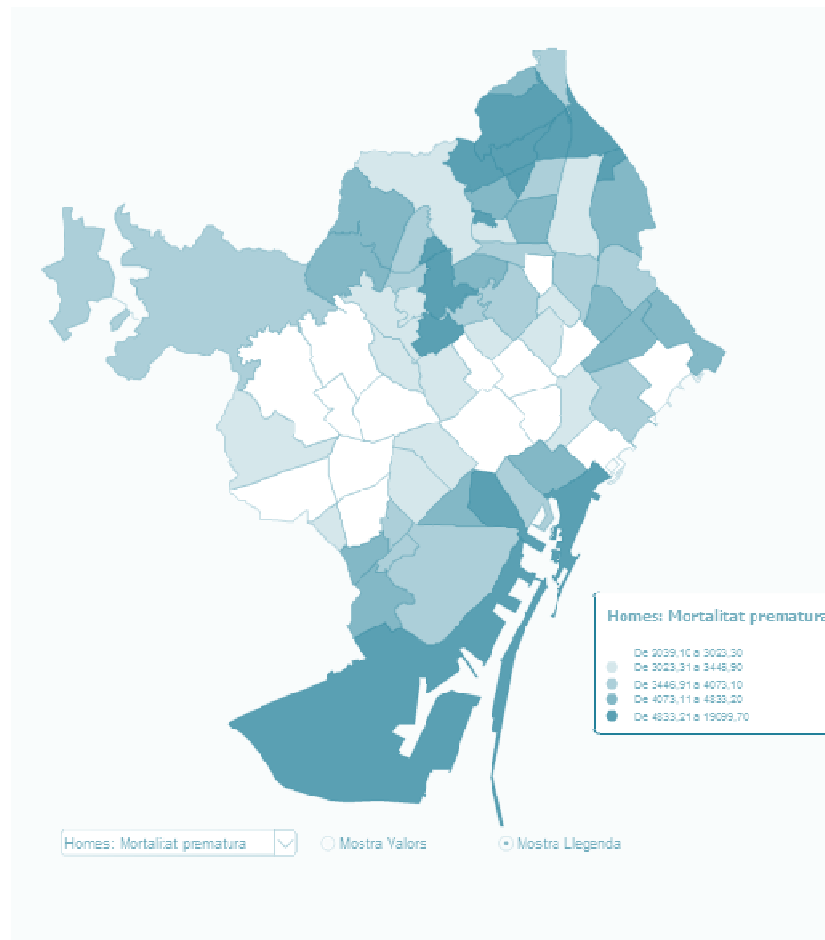


Dones



Mapa 4. Distribució de la mortalitat prematura als barris de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2009-2013.

Homes



Dones

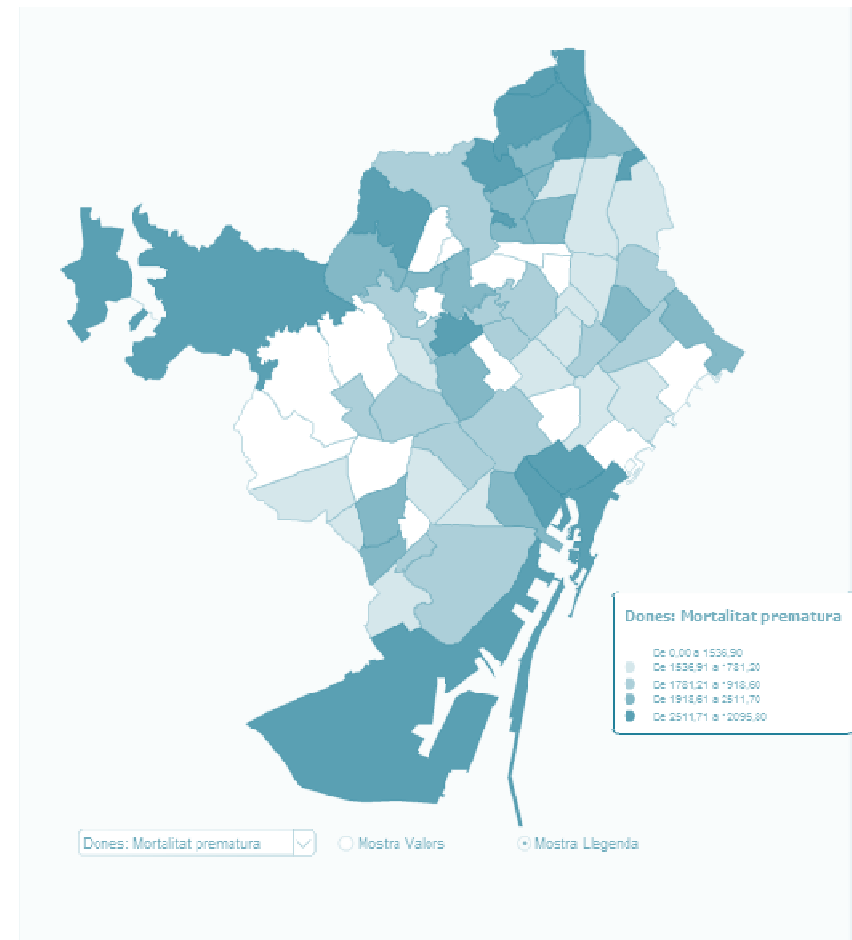


Figura 15. Distribució de la mortalitat prematura als districtes de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

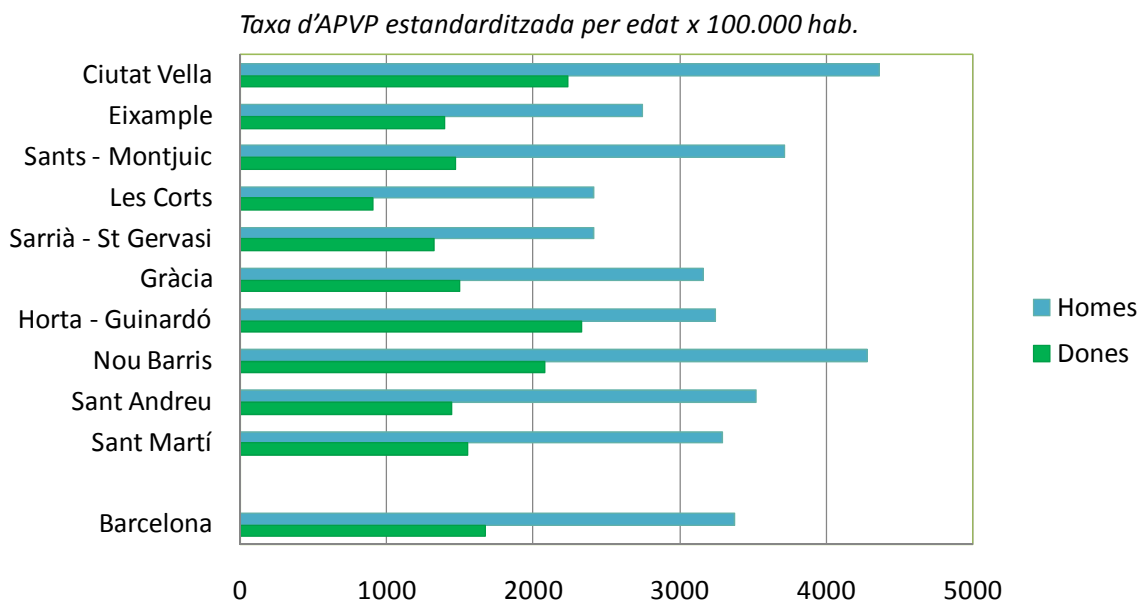


Figura 16. Mortalitat prematura comparativa dels districtes respecte el total de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

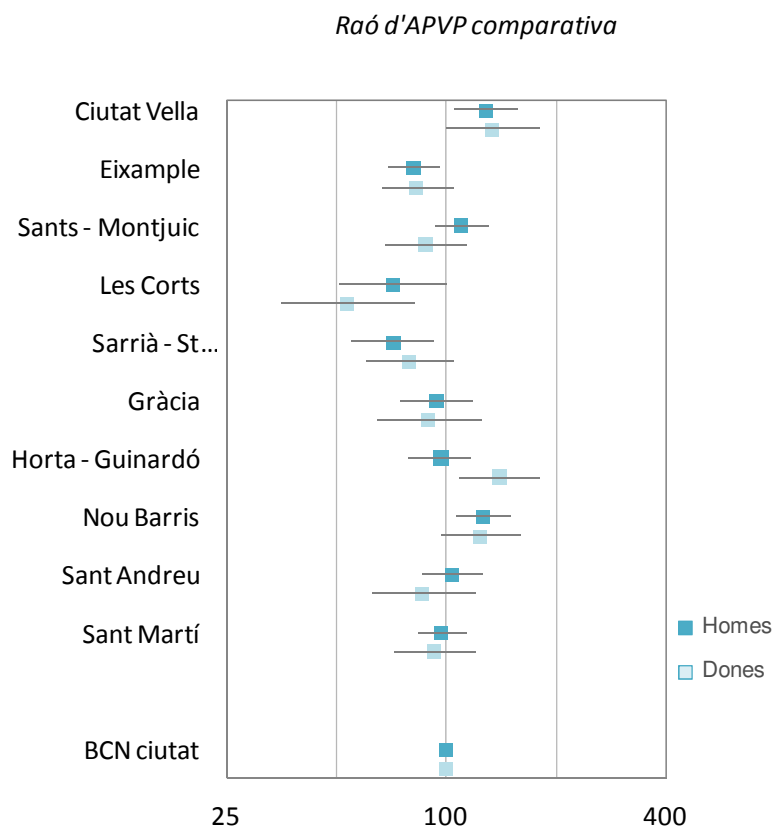


Figura 17.1. Mortalitat prematura comparativa dels barris respecte el total de la ciutat en homes, Barcelona 2009-2013.

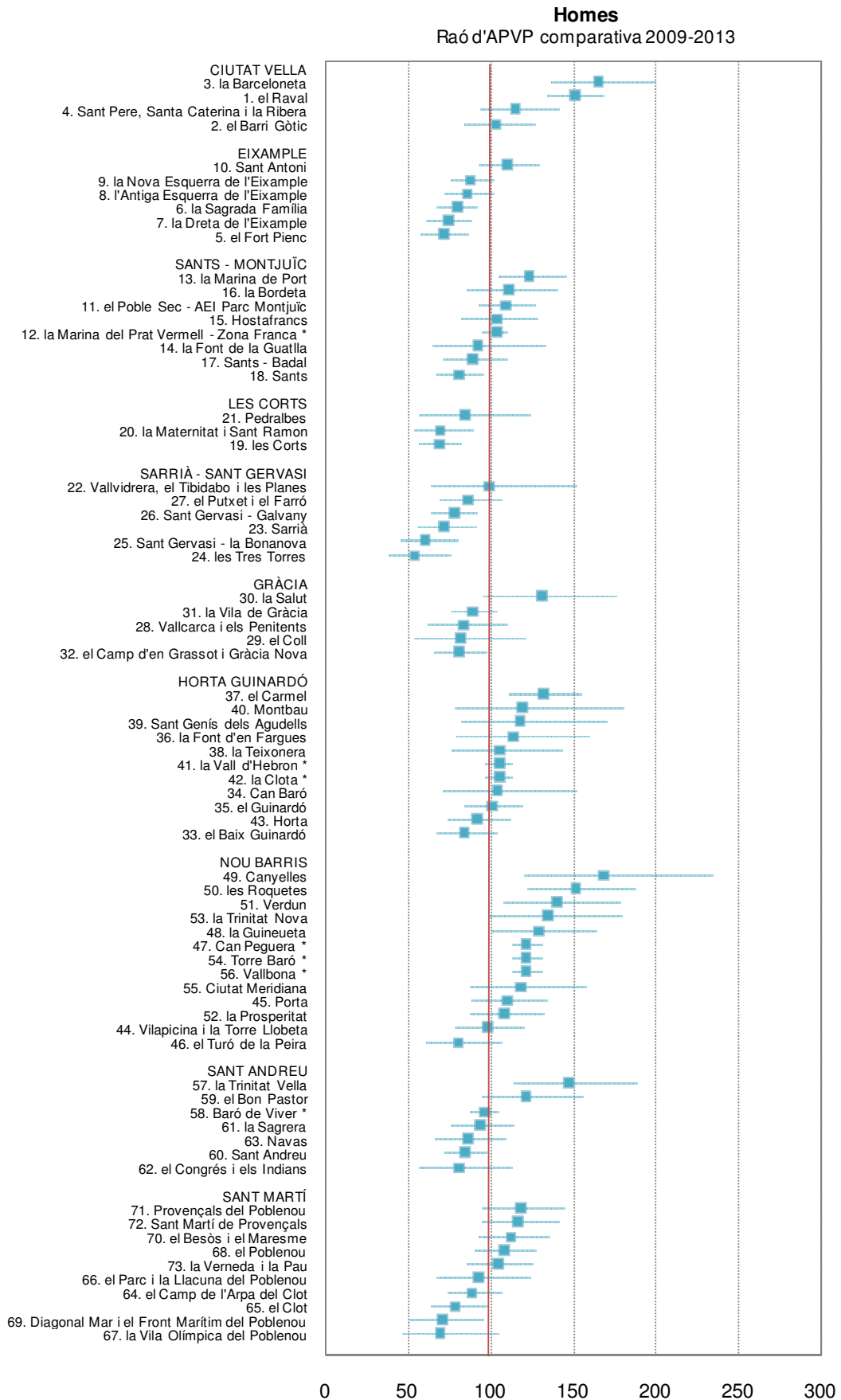
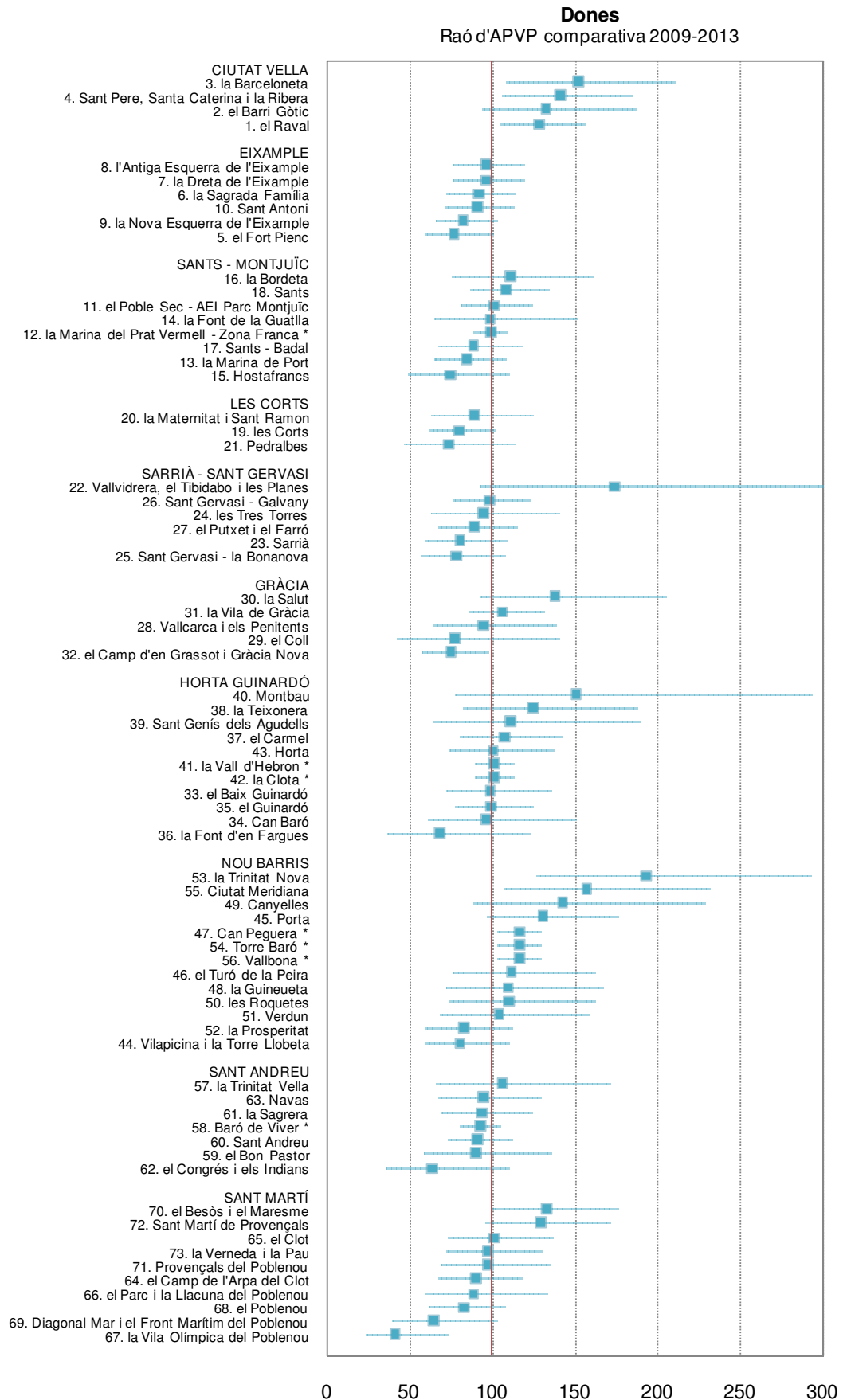
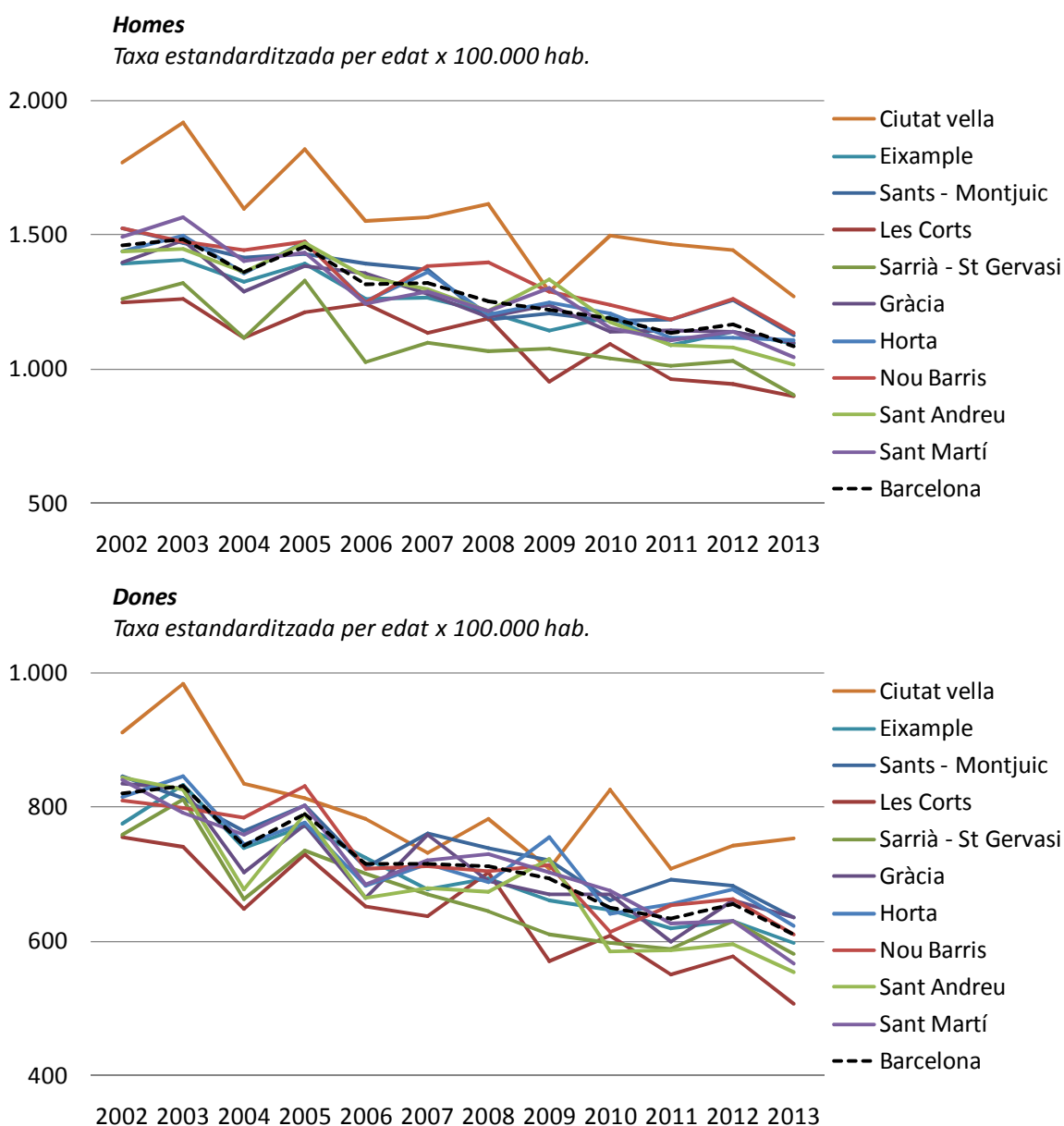


Figura 17.2. Mortalitat prematura comparativa dels barris respecte el total de la ciutat en dones, Barcelona 2009-2013.



Quant a l'evolució, la majoria de districtes mostren una tendència decreixent de la mortalitat prematura en els homes fins a l'any 2009, aproximadament, que ha quedat interrompuda els darrers anys. Destaca, però, Nou Barris que manté estable la mortalitat prematura en tot el període; i al contrari, els districtes de Sant Andreu i Sant Martí, que continuen amb la tendència decreixent. En les dones, en canvi, la mortalitat prematura es va mantenir força estable o amb una lleugera tendència decreixent a la majoria de districtes, a excepció de Ciutat Vella on la mortalitat prematura va augmentar lleugerament durant els darrers anys. En aquest sentit, si bé les desigualtats en mortalitat prematura en els districtes tendien a disminuir fins a l'any 2009, en ambdós sexes, a partir d'aquell any la tendència és a l'augment (figura 18).

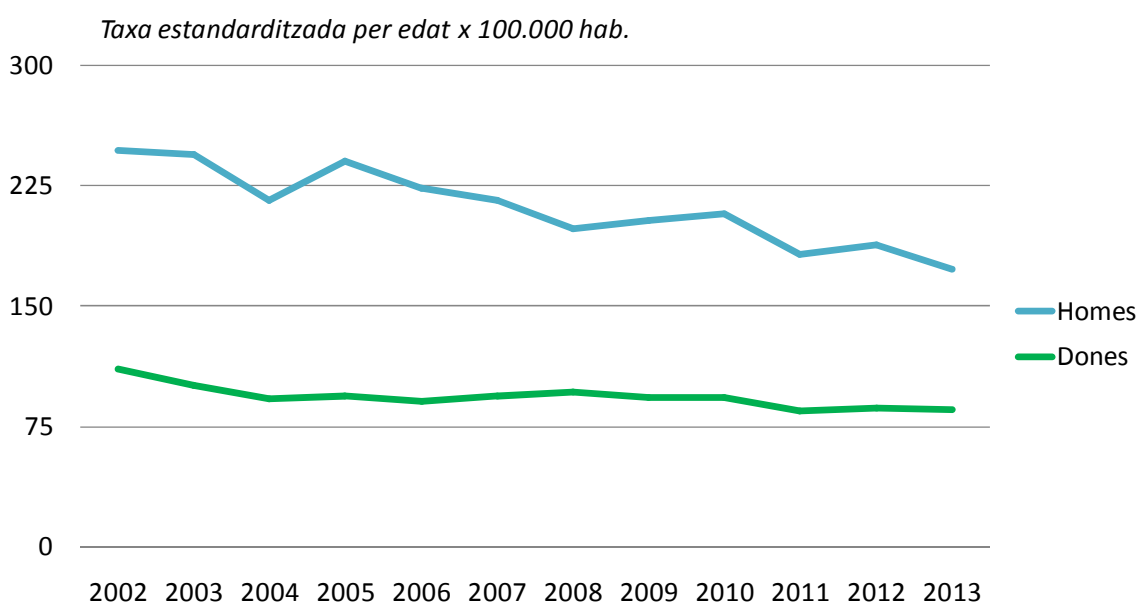
Figura 18. Evolució anual de la mortalitat prematura als districtes de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2002-2013.



Mortalitat evitable

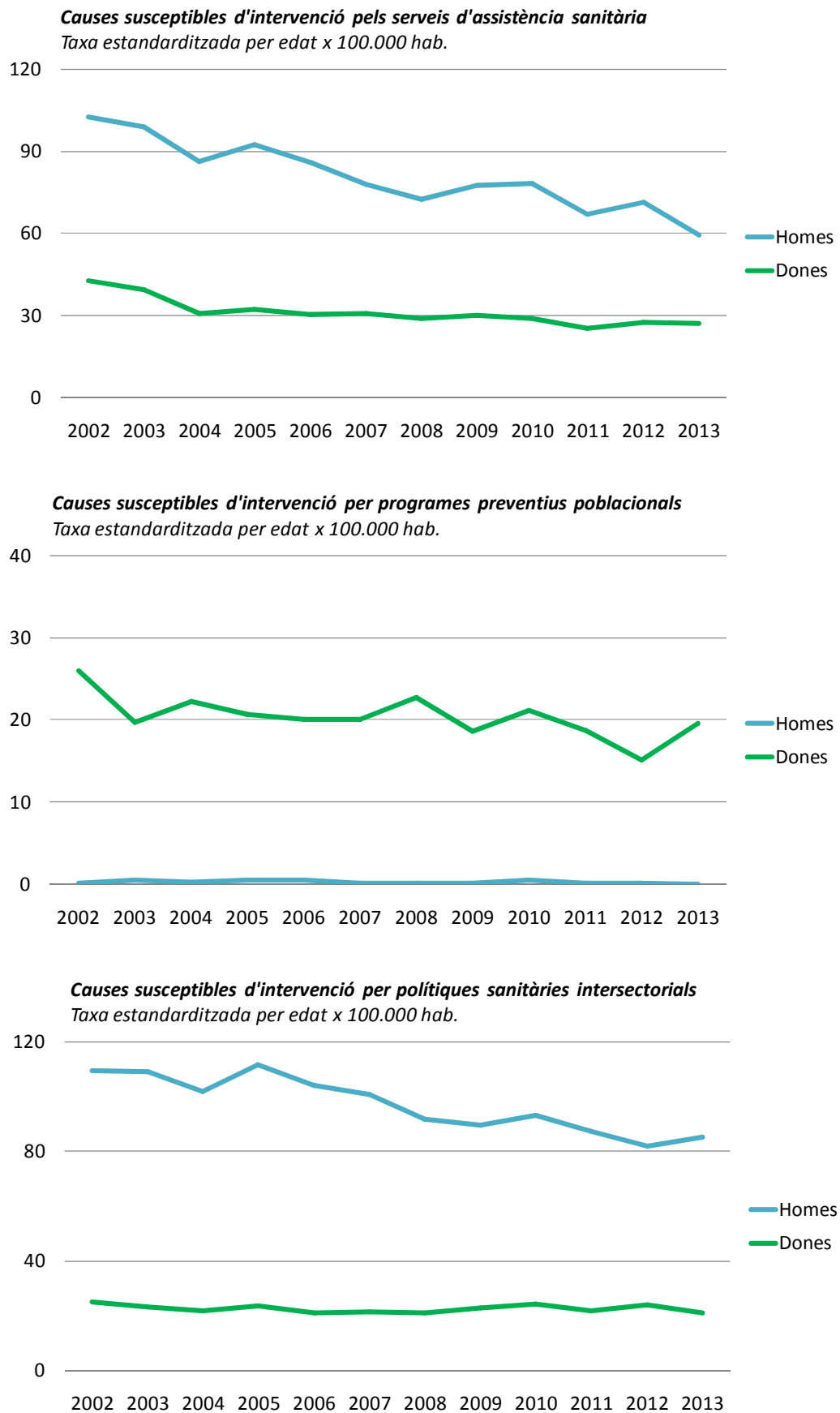
La mortalitat evitable engloba aquelles defuncions per causes que tenen prevenció, diagnòstic i/o tractament d'eficàcia provada, o bé que existeixen polítiques amb un impacte potencial en la disminució d'aquestes causes.⁸ A Barcelona, la mortalitat evitable seguia una tendència decreixent fins a l'any 2008, aproximadament, essent notable en el cas dels homes. No obstant els darrers anys s'ha mantingut força estable en les dones i ha disminuït lleugerament en els homes (figura 19), concretament l'any 2013 era 173,3 per 100.000 homes i 85,7 per 100.000 dones.

Figura 19. Evolució anual de la mortalitat evitable en homes i dones, Barcelona 2002-2013.



Es distingeixen tres tipus de causes evitables amb diferent patró (figura 20). La mortalitat evitable per la intervenció dels serveis sanitaris mostrava una tendència similar al total, si bé tendia a disminuir, els darrers anys s'ha mantingut estable en les dones i disminueix lleugerament en els homes. Aquesta tendència té a veure amb les principals causes que hi contribueixen, que són la malaltia isquèmica del cor i la malaltia cerebrovascular. La mortalitat evitable per programes preventius (inclou les malalties vacunables i el càncer de mama) es mantenia molt baixa en els homes; i en les dones es mostrava força estable, en relació, principalment, la a disminució de la mortalitat per càncer de mama. Finalment, la mortalitat evitable per polítiques de salut presenta un canvi de tendència a partir de l'any 2008, deixant de disminuir en els homes i amb una tendència a l'augment en les dones, molt relacionat amb l'evolució de la mortalitat per càncer de pulmó.

Figura 20. Evolució anual de la mortalitat evitable segons grups de causes en homes i dones, Barcelona 2002-2013.

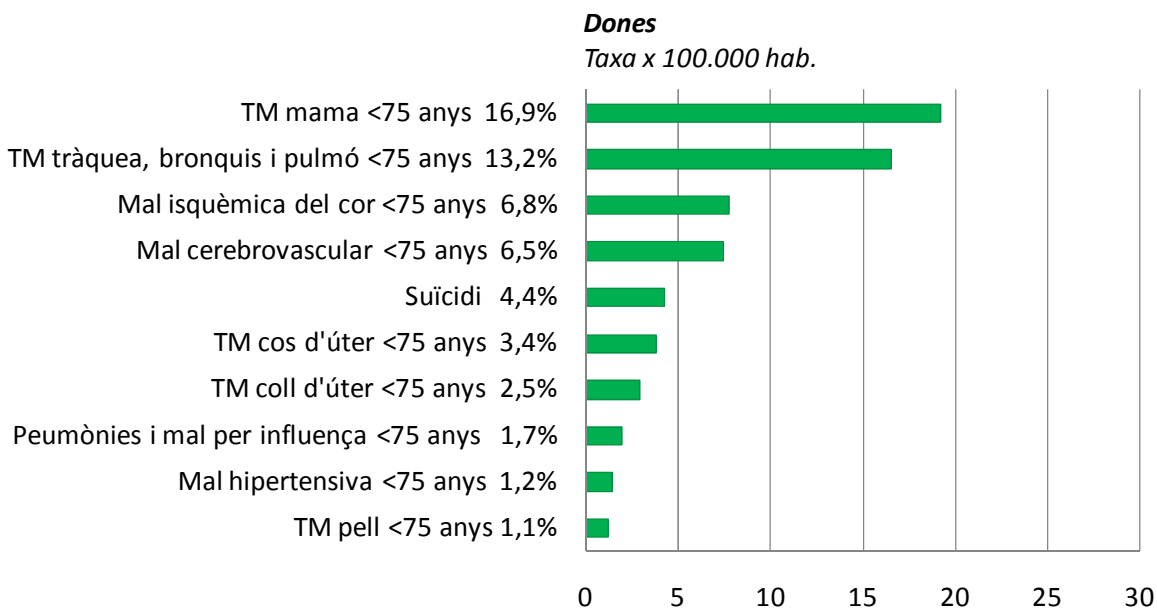
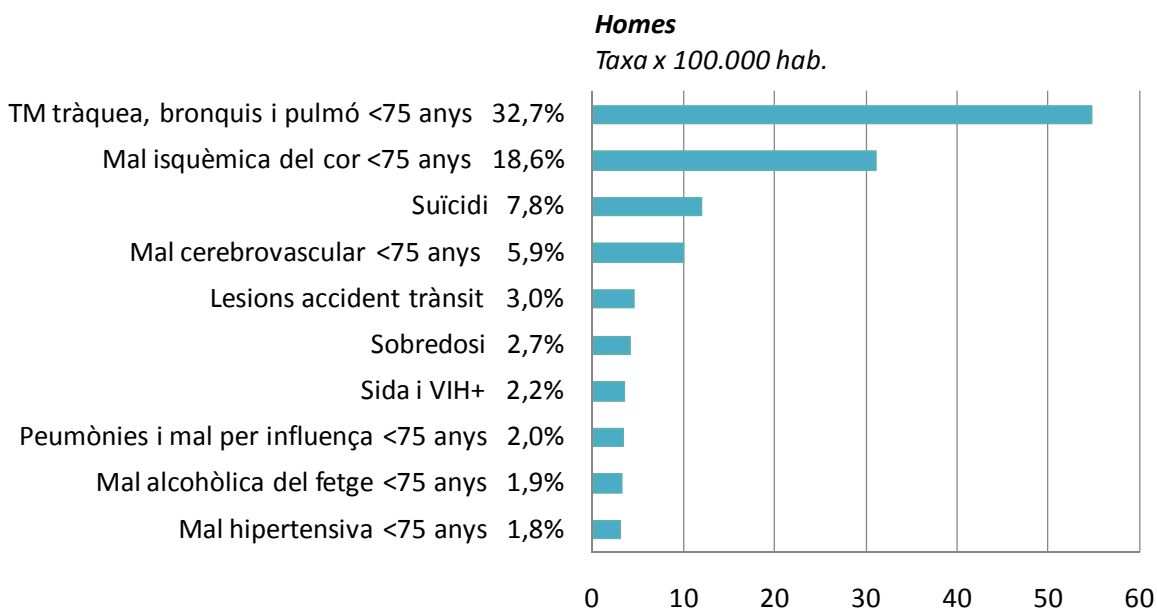


Cal esmentar que les causes considerades evitables i agrupades en un mateix tipus tenen comportaments diferents tant en funció del sexe com en l'evolució experimentada els darrers anys, per tant, l'estimació global i per grans grups de la mortalitat evitable està totalment influenciada per les causes considerades, de manera que per entendre el comportament de la mortalitat evitable cal estudiar en detall cada una de les causes específiques.¹⁵

Entre les principals causes de mortalitat evitable es troba el càncer de pulmó en menors de 75 anys que va suposar l'any 2013 el 32,7% de les morts evitables en els homes i un 13,2% en les dones; i el càncer de mama en les dones que va suposar un 16,9% de la mortalitat evitable d'aquest grup d'edat. Altres causes que hi contribueixen són la malaltia isquèmica del cor i la malaltia cerebrovascular en menors de 75 anys, junt amb el suïcidi que va ser responsable del 7,8% i del 4,4% de la mortalitat evitable en homes i dones, respectivament (figura 21).

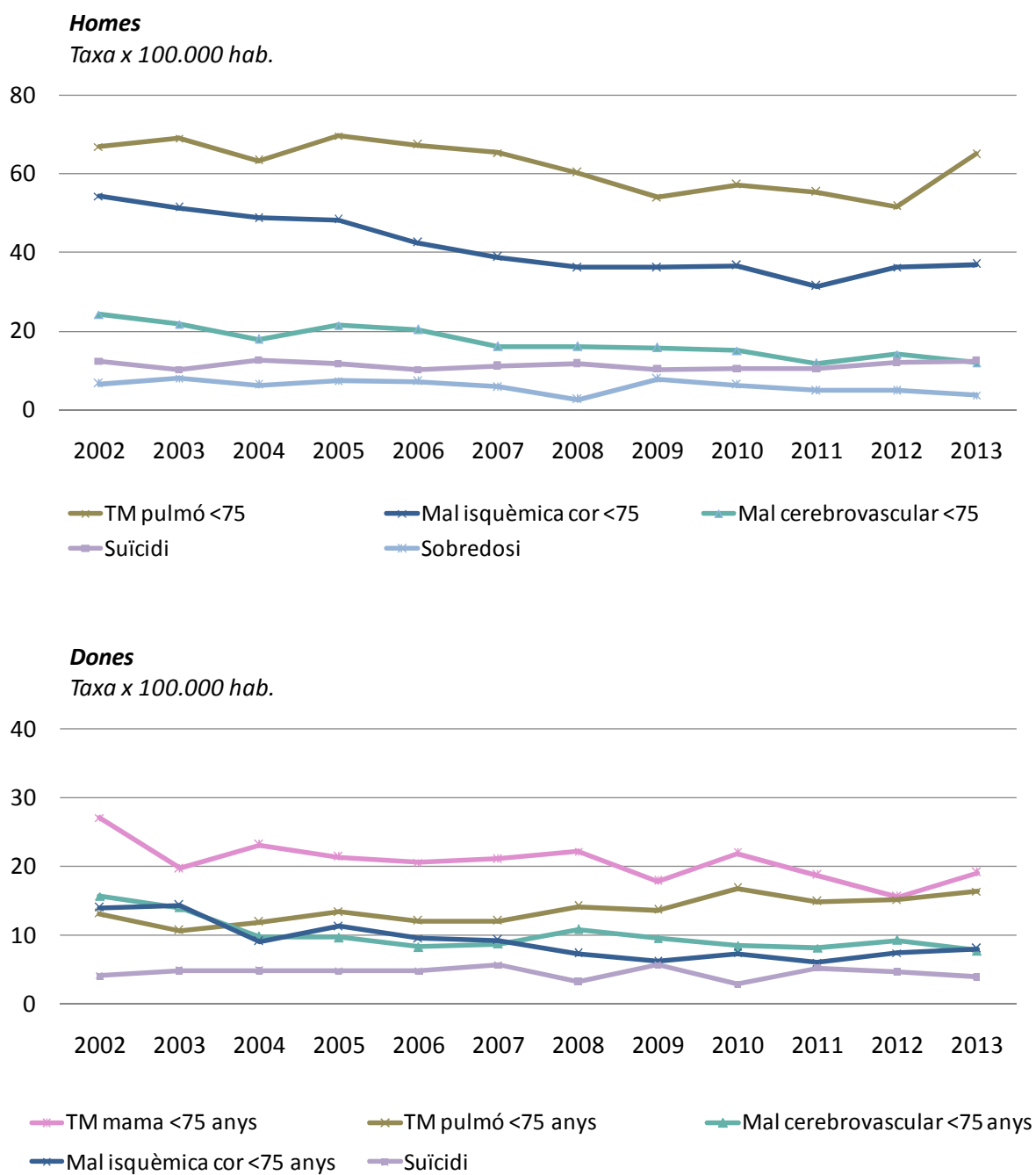
Quant a la tendència de les principals causes de mortalitat evitable s'observa un comportament diferent segons la causa i segons el sexe (figura 22). En els homes, les principals causes de mortalitat evitable presentaven una tendència decreixent fins al 2009, aproximadament, no obstant, durant els darrers anys la tendència canvia, de manera que tant la mortalitat per càncer de pulmó com la mortalitat per malaltia isquèmica en menors de 75 anys han deixat de disminuir i es mantenen força estables, destaca però un augment de la mortalitat per càncer de pulmó el 2013. En les dones, la principal causa de mortalitat evitable va ser el càncer de mama en les menors de 75 anys, que es mantenia força estable en tot el període. De manera similar, la mortalitat per malaltia cerebrovascular i la mortalitat per malaltia isquèmica en dones menors de 75 anys tendien a disminuir, no obstant resten estables els darrers anys. Tanmateix, en les dones cal destacar l'augment continuat de la mortalitat per càncer de pulmó en menors de 75 anys, passant a ser junt amb el càncer de mama les primeres causes de mort evitable en dones.

Figura 21. Principals causes de mortalitat evitableⁱ en homes i dones, Barcelona 2013.



ⁱ Mal: Malaltia; TM: Tumor maligne

Figura 22. Evolució anual de les primeres causes de mortalitat evitableⁱ en homes i dones, Barcelona 2002-2013.



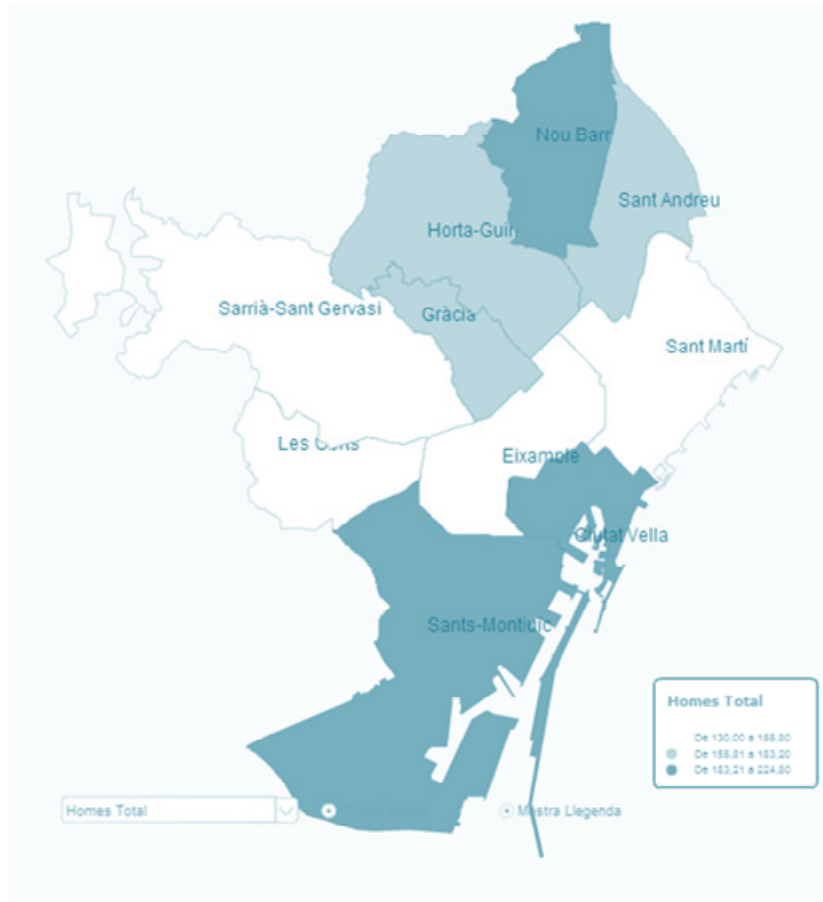
ⁱ Mal: Malaltia; TM: Tumor maligne

La mortalitat evitable varia en els districtes de la ciutat (mapa 5 i figures 23 i 24), essent molt superior a Ciutat Vella (la taxa de mortalitat estandarditzada per edat era 224,8 per 100.000 homes i 131 per 100.000 dones l'any 2013), el que suposa un excés de mortalitat evitable en el districte respecte a la ciutat (la raó de mortalitat comparativa va ser 132,9 en homes i 149,9 en dones, essent 100 el valor de referència). Altres districtes amb excés de mortalitat van ser Sants – Montjuïc en ambdós sexes, i Nou Barris en el cas dels homes. Al contrari, la mortalitat evitable va ser molt inferior en homes de Sarrià - Sant Gervasi i de l'Eixample, i en les dones de Sant Andreu i de Gràcia.

En general, l'evolució positiva de la mortalitat evitable en els homes s'observa a tots els districtes, de manera que en el període estudiat es mantenen les desigualtats. En les dones si bé, en general, també s'observa una disminució de la mortalitat evitable a tots els districtes, destaca el descens ocorregut a Ciutat Vella durant la primera part del període, de manera que les desigualtats tendien a disminuir fins al 2009, però a partir d'aleshores han experimentat un augment, augmentant també així les desigualtats entre districtes (figura 25).

Mapa 5. Distribució de la mortalitat evitable als districtes de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

Homes



Dones



Figura 23. Distribució de la mortalitat evitable als districtes de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

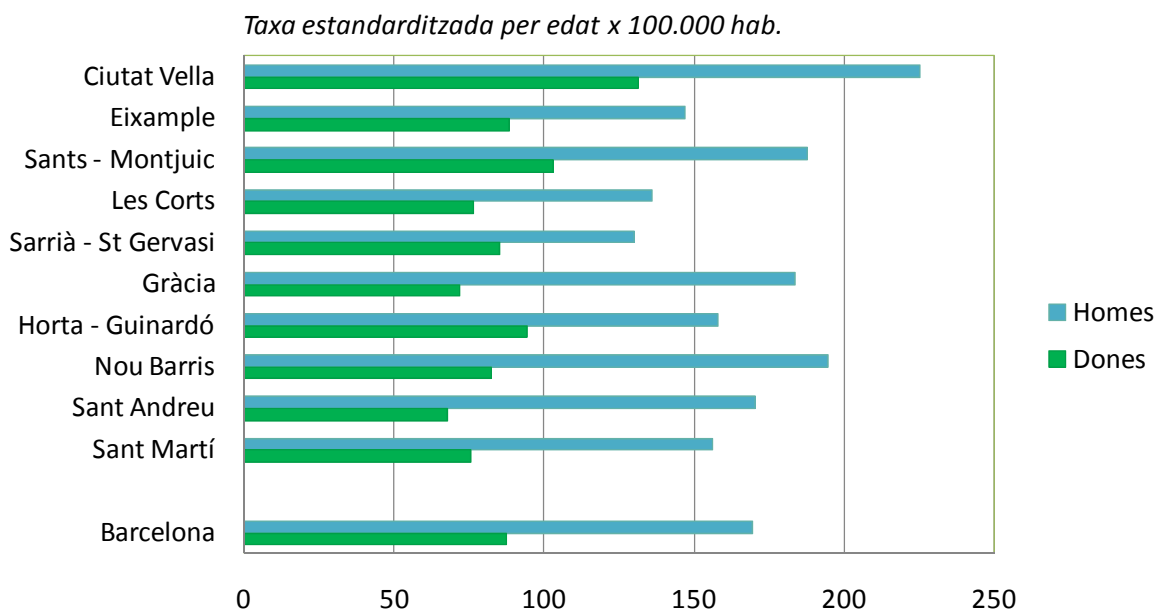


Figura 24. Mortalitat evitable comparativa dels districtes respecte el total de la ciutat en homes i dones, Barcelona 2013.

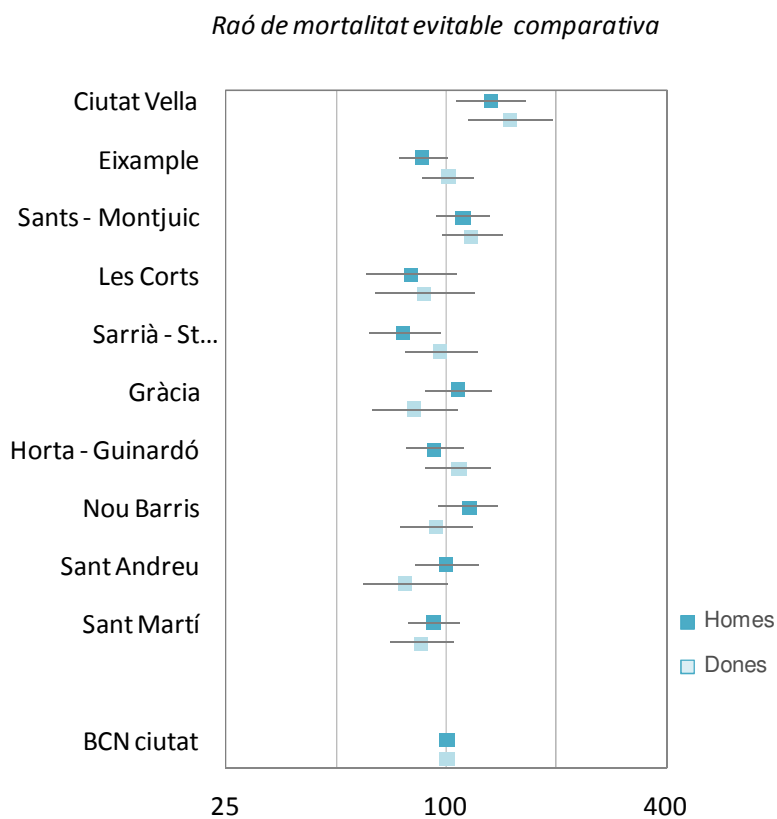
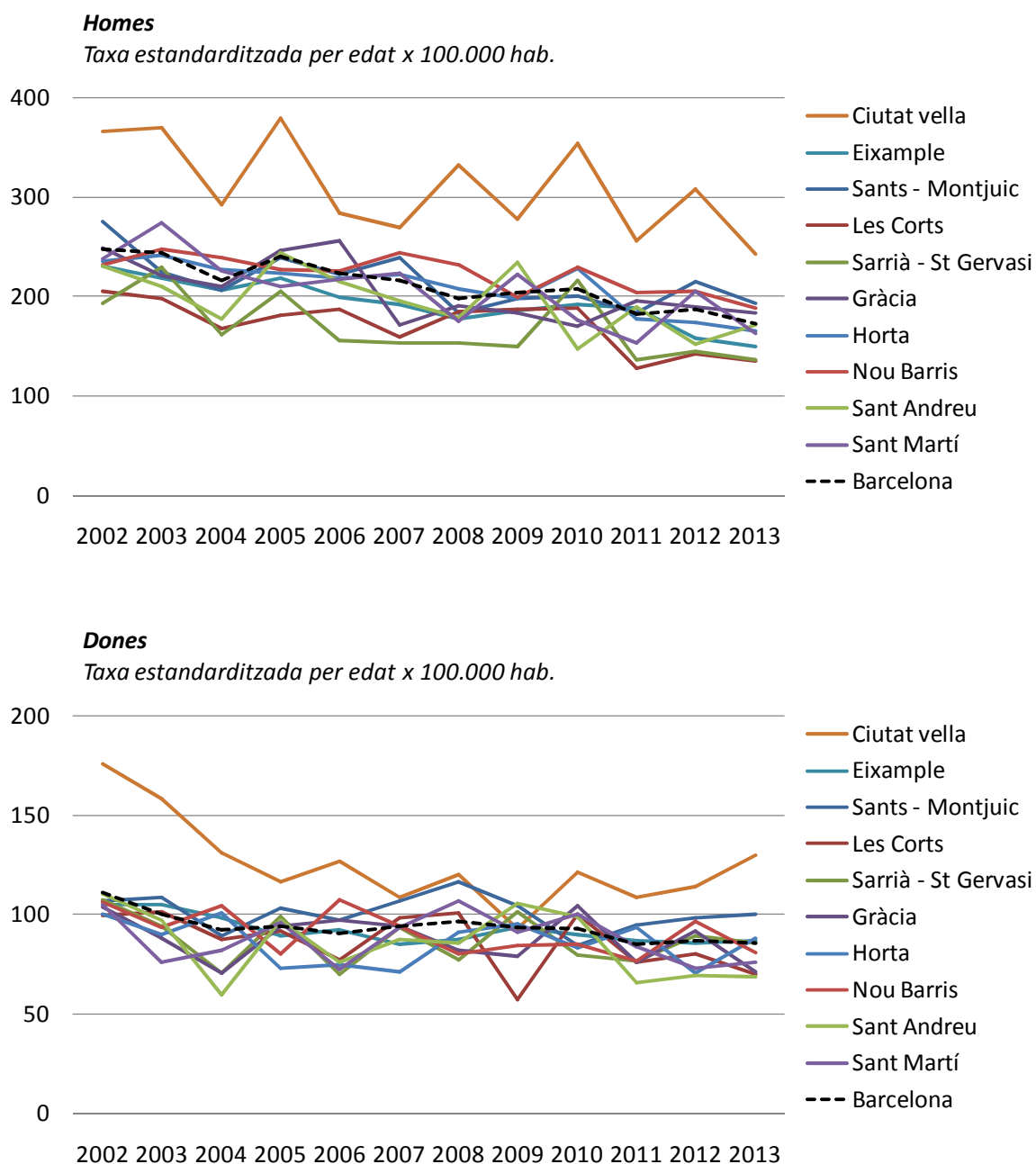


Figura 25. Evolució anual de la mortalitat evitable en els districtes de la ciutat en els homes i dones, Barcelona 2002-2013.

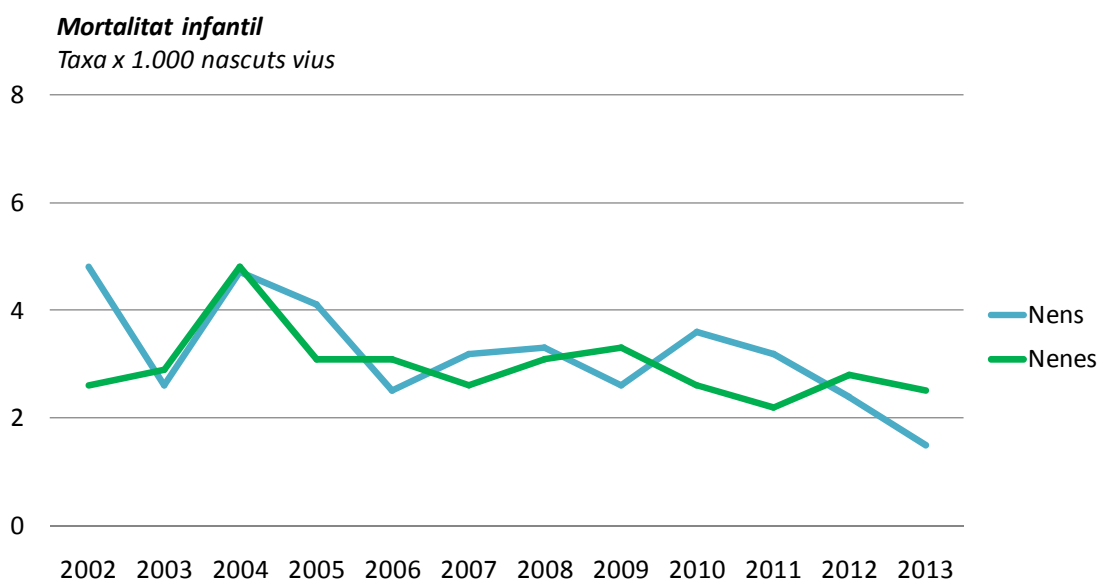


Mortalitat infantil

La mortalitat infantil, que representa les defuncions ocorregudes durant el primer any de vida, a Barcelona és molt baixa i el darrer període de 2002 a 2013 es manté força estable (figura 26), essent similar en ambdós sexes, així el 2013 va ser d'1,5 per 1.000 nens nascuts vius (11 defuncions) i 2,5 per 1.000 nenes nascudes vives (17 defuncions).

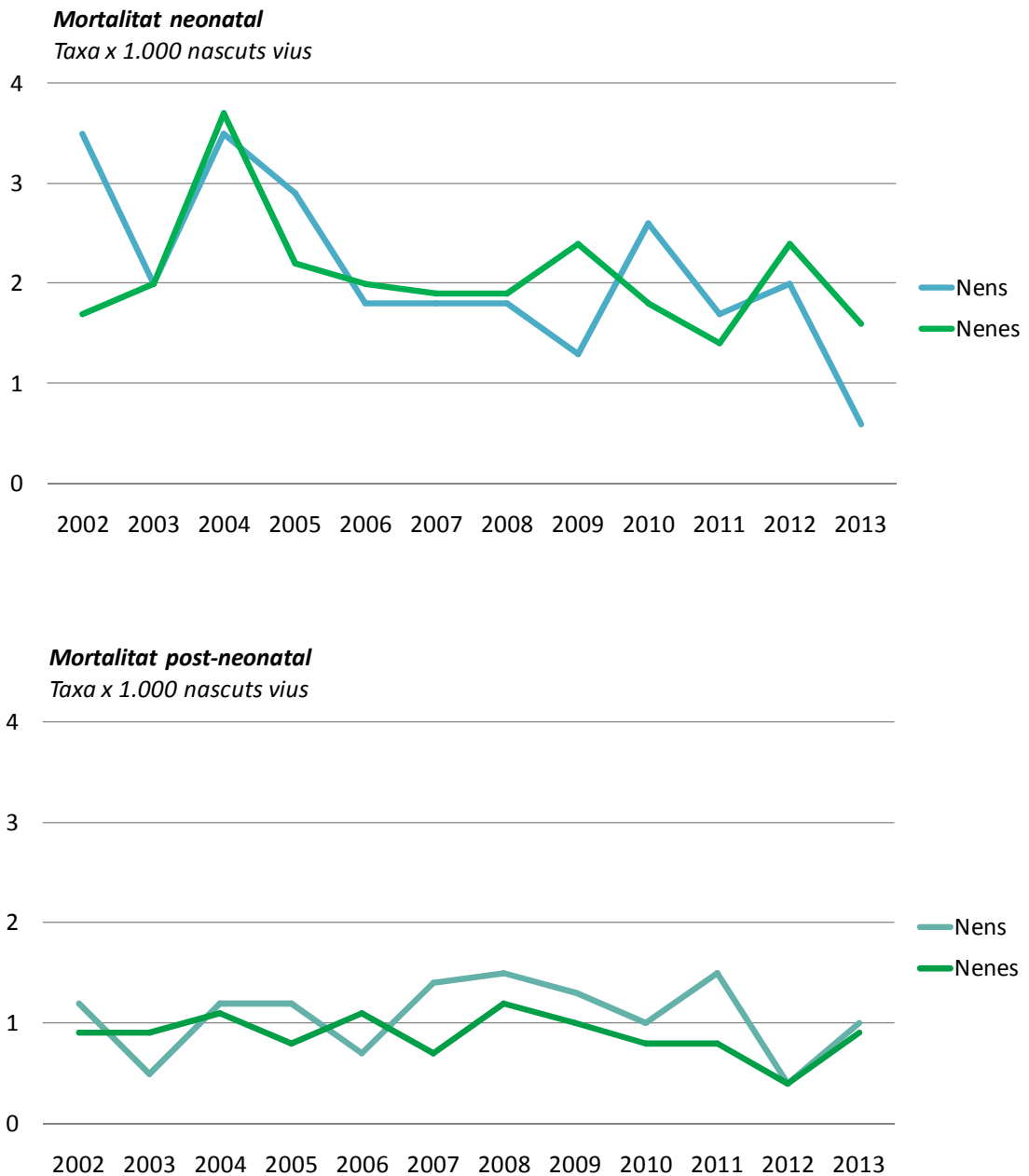
Les principals causes de mortalitat infantil van ser les afeccions originades en el període perinatal, que representaren un 39,3% de les defuncions infantils amb una taxa de 0,8 per 1.000 nascuts vius l'any 2013, seguides de les malformacions congènites. Principalment foren morts per trastorns respiratoris i cardiovasculars, així com infeccions, del període perinatal, junt amb altres trastorns relacionats amb la gestació, i malformacions congènites del sistema nerviós i el sistema circulatori.

Figura 26. Evolució anual de la mortalitat infantil en nens i nenes, Barcelona 2002-2013.



Poc més de la meitat de les morts infantils de l'any 2013 van ocórrer en el període neonatal, durant les primeres 4 setmanes de vida (15 defuncions que representen el 53,6% de les morts infantils), i l'altra meitat (13 defuncions) van ser en el període post-neonatal, a partir de la 4a setmana de vida. La mortalitat neonatal i la post-neonatal presenten una evolució similar a la mortalitat infantil (figura 27), de manera que es mantenen estables en la darrera dècada, no obstant destaca un descens de la mortalitat neonatal l'any 2013.

Figura 27. Evolució anual de la mortalitat infantil neonatal i post-neonatal en nens i nenes, Barcelona 2002-2013.



La mortalitat infantil, tot i ser molt baixa, presenta desigualtats en els districtes de la ciutat (mapa 7 i figura 28). Durant el període 2009-2013 el districte de Gràcia va registrar la taxa més alta de mortalitat infantil de Barcelona (3,3 per 1.000 nascuts vius), seguit de Sants - Montjuïc (3,1 per 1.000 nascuts vius), i de Nou Barris (3 per 1.000 nascuts vius); i, al contrari, a Les Corts va ser inferior (1,6 per 1.000 nascuts vius) seguit de Sant Martí (1,8 per 1.000 nascuts vius).

Mapa 7. Distribució de la mortalitat infantil als districtes de la ciutat, Barcelona 2009-2013.

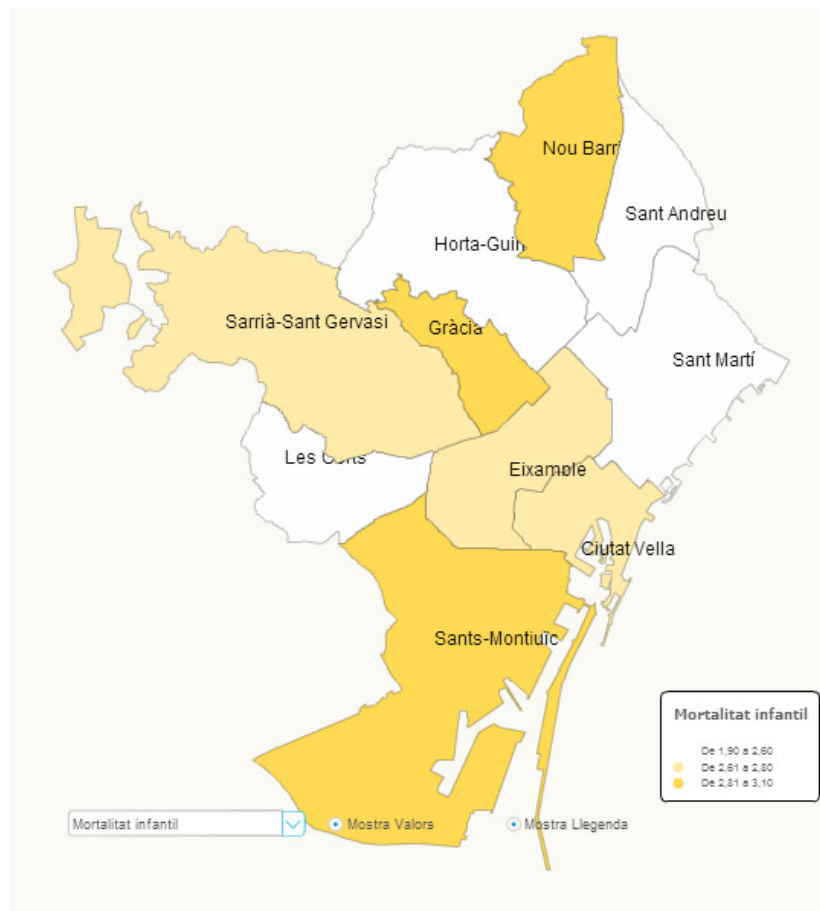
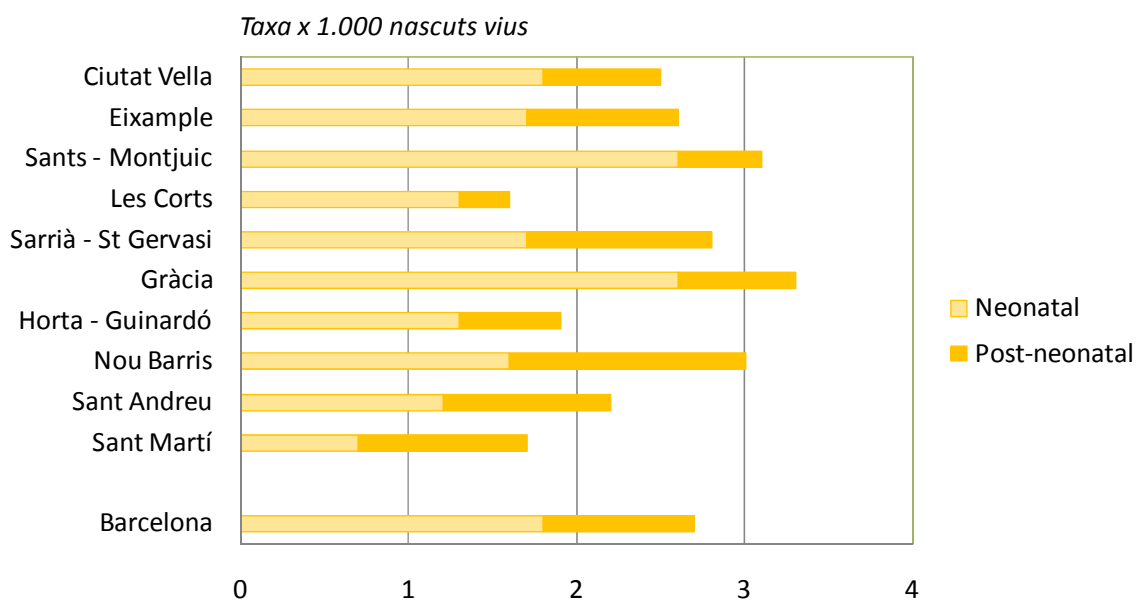


Figura 28. Distribució de la mortalitat infantil neonatal i post-neonatal als districtes de la ciutat, Barcelona 2009-2013.



Mortalitat perinatal

La mortalitat perinatal fa referència a les defuncions de nascuts morts i les defuncions durant la primera setmana de vida. A Barcelona, la mortalitat perinatal segons estadístiques nacionals (pes en néixer ≥ 500 gr. o ≥ 22 setmanes de gestació) mostrava una tendència decreixent fins a l'any 2007, aproximadament, i a partir d'aquí s'ha mantingut força estable (figura 29). Entre els anys 2002 i 2013 la taxa de mortalitat perinatal va disminuir de 7,2 a 4,8 per 1.000 nens nascuts (36 defuncions l'any 2013), i de 5,3 a 2,2 per 1.000 nenes nascudes (21 defuncions l'any 2013).

L'any 2013 totes les morts perinatals van ser per afeccions originades en el període perinatal, de manera específica, les principals causes van ser les complicacions de la placenta, cordó umbilical i altres membranes, així com els trastorns relacionats amb la gestació.

Segons les estadístiques internacionals (pes en néixer ≥ 1.000 gr. o ≥ 28 setmanes de gestació), a Barcelona l'any 2013 van ocórrer 34 defuncions perinatals (2,4 per 1.000 nadons nascuts), i en general la tendència va ser decreixent durant la primera part del període, i s'ha mantingut estable els darrers anys (figura 30).

Figura 29. Evolució anual de la mortalitat perinatal (estadístiques nacionals ≥ 500 gr o ≥ 22 setmanes gestació) en nens i nenes, Barcelona 2002-2013.

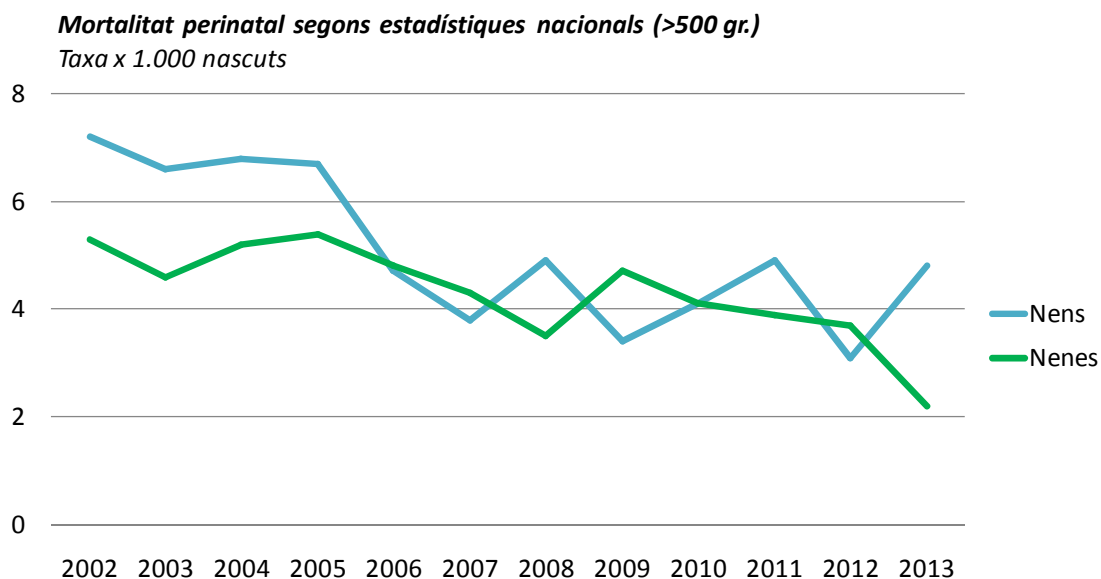
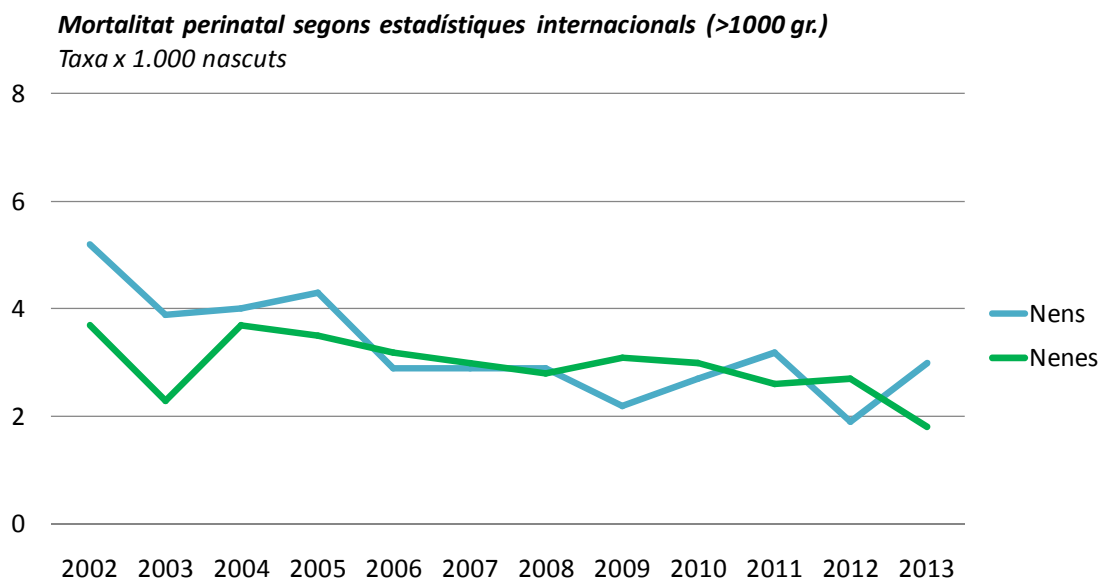


Figura 30. Evolució anual de la mortalitat perinatal (estadístiques internacionals ≥ 1.000 gr o ≥ 28 setmanes gestació) en nens i nenes, Barcelona 2002-2013.



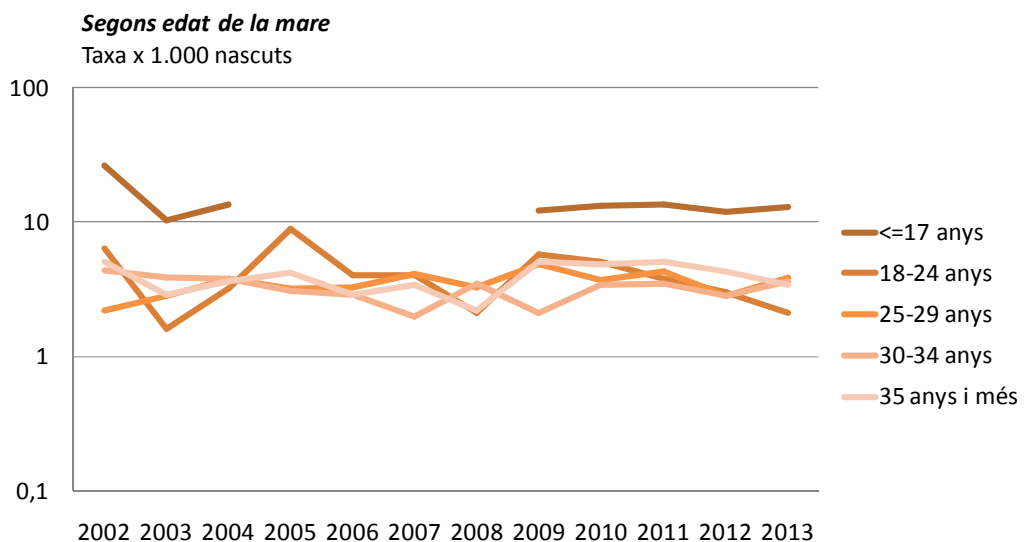
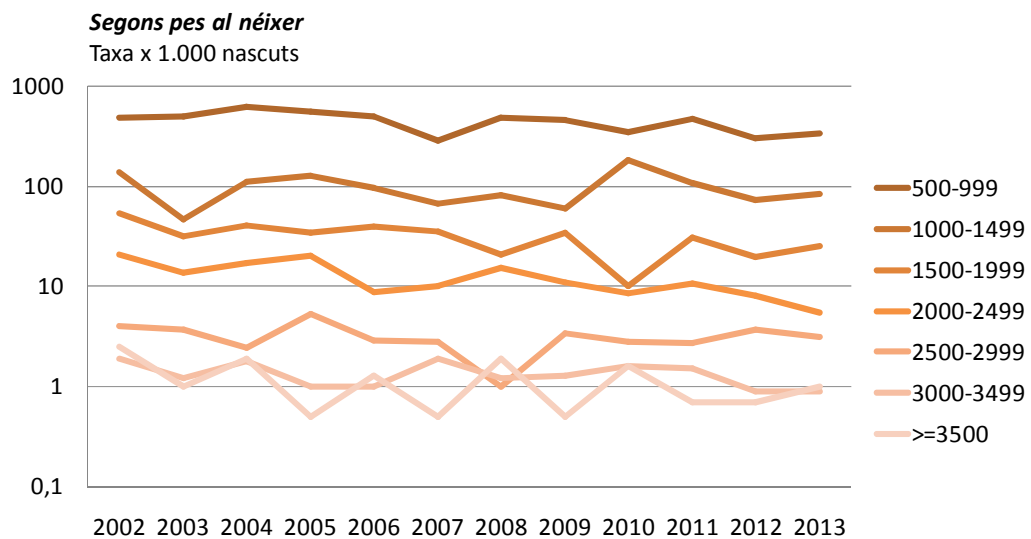
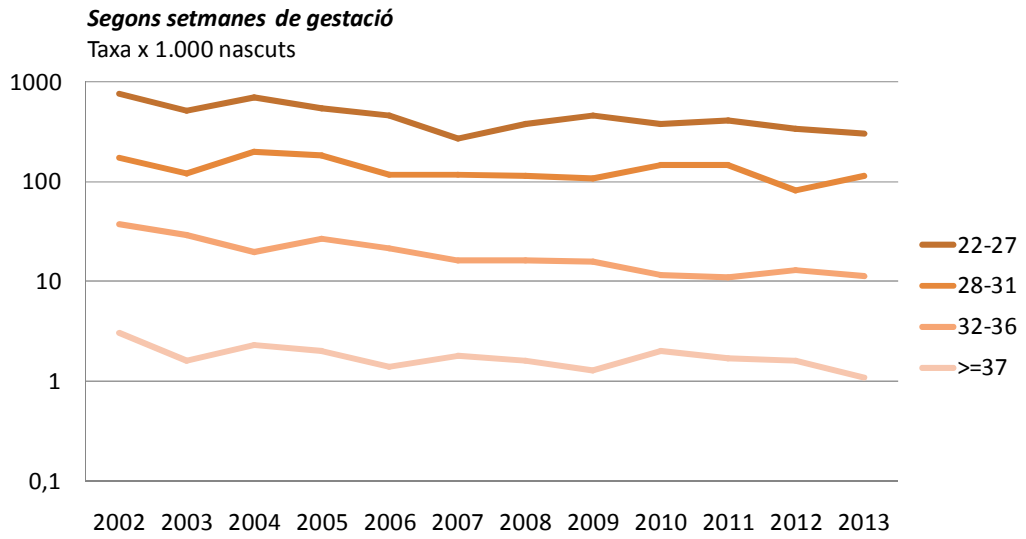
La mortalitat perinatal està molt relacionada amb les característiques de la gestació, com les setmanes de gestació i el pes al néixer, així com l'edat de la mare (figura 31). La mortalitat perinatal va ser molt superior en nadons de menys de 27 setmanes (300 per 1.000 nascuts l'any 2013), i disminueix segons augmenten les setmanes de gestació, de manera que la mortalitat perinatal va ser menor en nadons de més de 37 setmanes de gestació (1,1 per 1.000 nascuts).

Segons el pes en néixer, s'observa un gradient en la mortalitat perinatal, essent molt superior en nadons amb un pes inferior a 1.000 gr. (333,3 per 1.000 nascuts l'any 2013) i disminueix segons augmenta el pes en néixer, així la mortalitat perinatal va ser inferior en nadons de més de 3.000 gr. (aproximadament 1 per 1.000 nascuts).

Quant a l'edat de la mare, la mortalitat perinatal en nadons de mares menors de 18 anys va ser superior a la resta de grups (13 per 1.000 nascuts el 2013), disminueix notablement en mares de 18 a 24 anys (2,1 per 1.000 nascuts), i torna a augmentar lleugerament en mares de 25 anys i més (més de 3 per 1.000 nascuts).

En general, la tendència dels indicadors anteriors durant la darrera dècada és força estable. Tanmateix, la mortalitat perinatal presenta desigualtats en els districtes de la ciutat (mapa 8 i figura 32), durant el període 2009-2013 les taxes més altes es van registrar a Nou Barris (5,3 per 1.000 nascuts) i Ciutat Vella (5,2 per 1.000 nascuts), en canvi, a Sant Andreu la mortalitat perinatal va ser molt menor (2,9 per 1.000 nascuts).

Figura 31. Evolució anual de la mortalitat perinatal (estadístiques nacionals $\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació) segons les característiques de la gestació, Barcelona 2002-2013.



Mapa 8. Distribució de la mortalitat perinatal (estadístiques internacionals $\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació) als districtes de la ciutat, Barcelona 2009-2013.

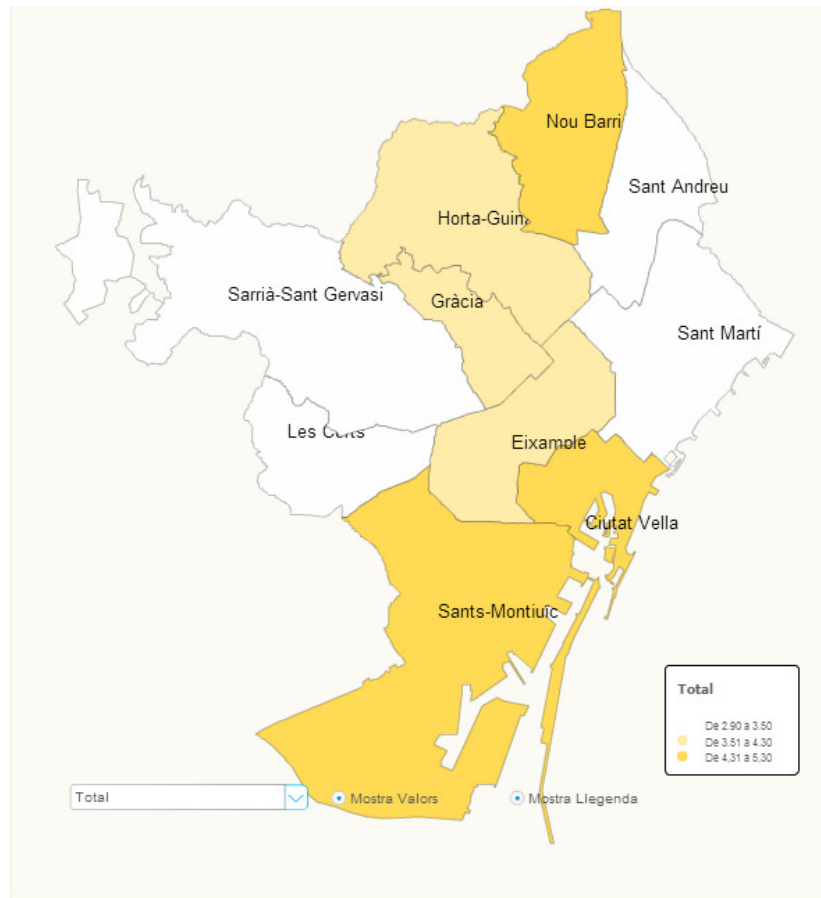
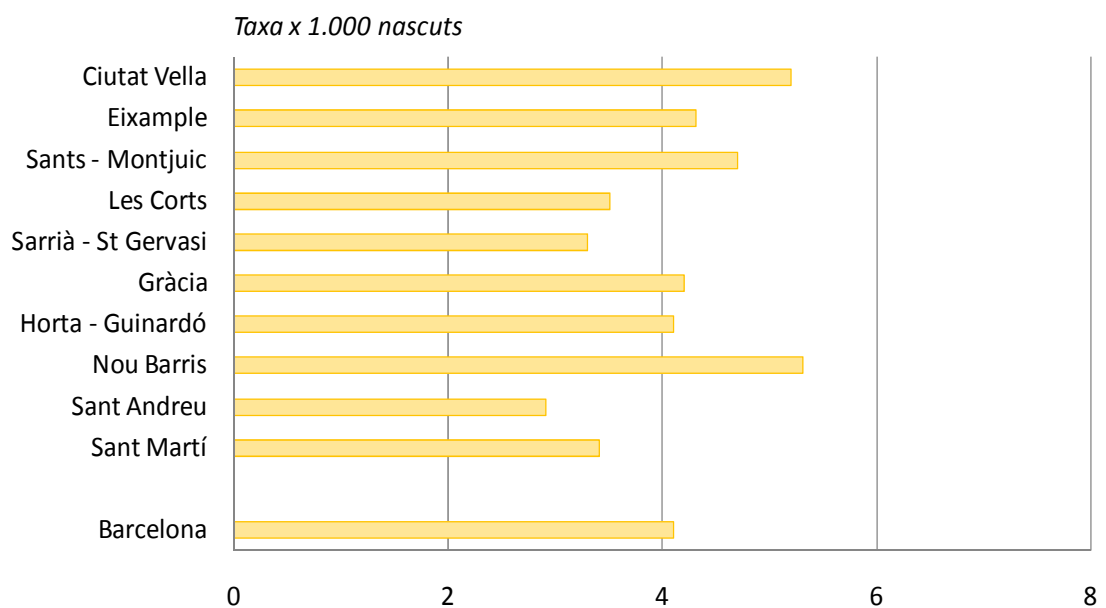


Figura 32. Distribució de la mortalitat perinatal (estadístiques internacionals $\geq 500\text{gr}$ o ≥ 22 setmanes gestació) als districtes de la ciutat, Barcelona 2009-2013.

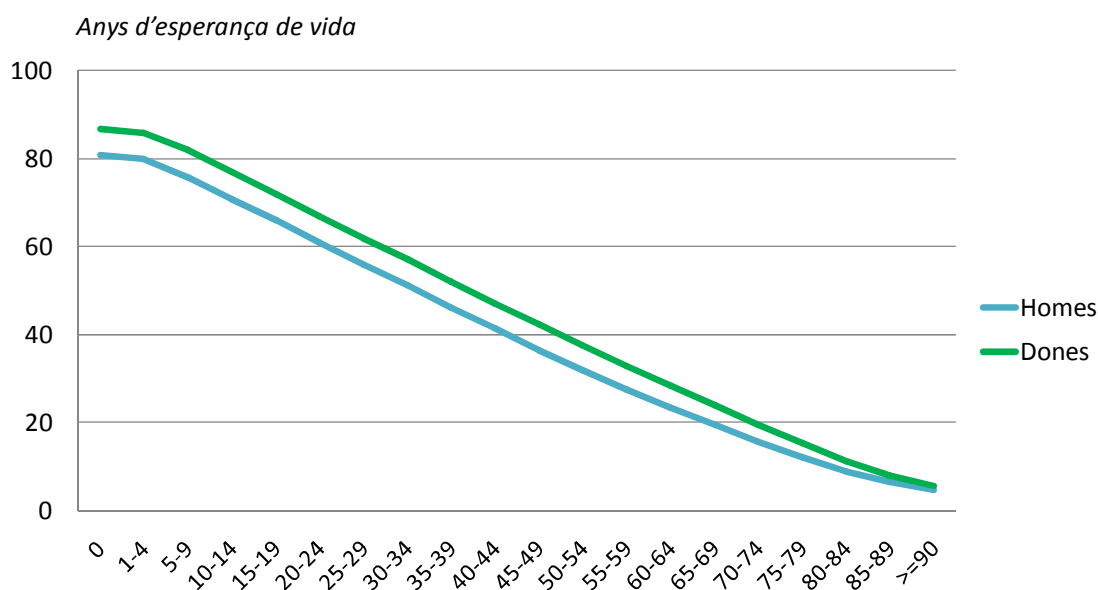


Esperança de vida

L'esperança de vida mesura els anys que una persona espera viure, en néixer, o bé a partir d'una edat determinada. L'any 2013 l'esperança de vida al néixer es va situar en 80,7 anys en els homes i 86,6 anys en les dones, i disminueix amb l'edat, observant-se també una disminució de les diferències entre homes i dones en avançar l'edat (figura 33).

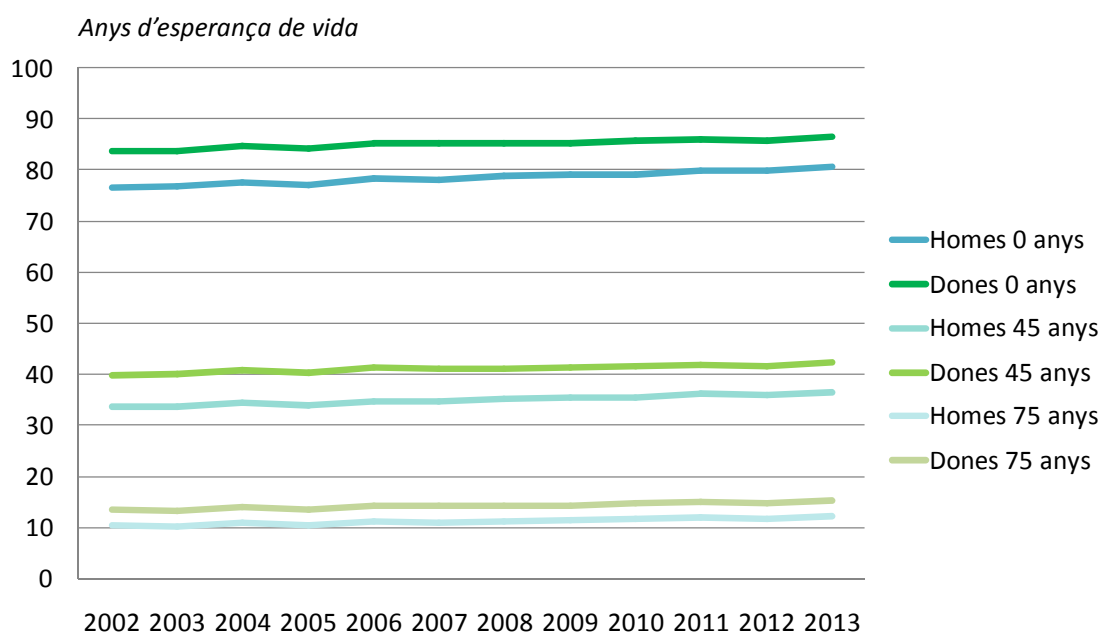
Igual que altres anys, l'esperança de vida a la ciutat de Barcelona va ser lleugerament superior a la de Catalunya (80,3 anys en els homes i 86 anys en les dones el 2013),¹³ i a la de l'Estat espanyol (80 anys en els homes i 85,6 anys en les dones el 2013),¹⁶ així com la del conjunt de la Unió Europea -28 països- (77,8 anys en els homes i 83,3 anys en les dones l'any 2013).¹⁷

Figura 33. Esperança de vida segons grup d'edat en els homes i dones, Barcelona 2013.



L'esperança de vida ha mostrat una tendència positiva i continuada al llarg dels anys en ambdós sexes i en totes les edats (figura 34), i malgrat que l'any 2012 va disminuir en dones i es va mantenir estable en homes, l'any 2013 va tornar a augmentar en ambdós sexes. En néixer, l'esperança de vida va passar de 76,7 anys l'any 2002 a 80,7 anys el 2013 en els homes, i de 83,7 anys a 86,6 anys en les dones. A partir dels 45 anys, l'esperança de vida disminueix a 36,6 anys en els homes i 42,3 anys en les dones. A partir dels 75 anys, l'esperança de vida va quedar reduïda a 12,3 anys en els homes i 15,4 anys en les dones.

Figura 34. Evolució anual de l'esperança de vida segons grup d'edat en els homes i dones, Barcelona 2002-2013.



Les desigualtats en la mortalitat en els districtes de la ciutat, mostrades anteriorment, es tradueixen en desigualtats en l'esperança de vida (mapa 9 i figures 35 i 36). L'any 2013, en ambdós sexes el districte amb una major esperança de vida en néixer va ser Les Corts (83,2 anys en els homes i 88,8 anys en les dones), seguit de Sarrià – Sant Gervasi en els homes i de Sant Andreu en les dones. Al contrari, Ciutat Vella va registrar una esperança de vida molt menor a la resta de la ciutat (77,9 anys en els homes i 84,5 anys en les dones), junt amb Nou Barris en el cas dels homes i d'Horta - Guinardó en dones. Així, el 2013 hi havia una diferència en l'esperança de vida entre districtes de 5,3 anys en els homes i 4,3 anys en les dones.

Igualment, als barris de la ciutat, durant el període 2009-2013, les desigualtats en l'esperança de vida són rellevants (mapa 10 i figura 37). Cal assenyalar, però, l'error associat a les estimacions que es mostren imprecises i podrien ser no vàlides, així, als barris amb un error d'estimació gran (menys de 100 defuncions i/o un error estàndard superior a 2 anys) es considera més fiable utilitzar el valor del districte, malgrat les limitacions; concretament, els barris de la Marina del Prat Vermell – Zona Franca, la Clota i Vallbona. Aleshores, l'estimació de la diferència en anys d'esperança de vida era aproximadament 11 anys entre, Pedralbes i Torre Baró, tal com indica la figura de la portada (sobre el mapa del Metro) que mostra per cada un dels districtes el barri amb més i el barri amb menys esperança de vida.

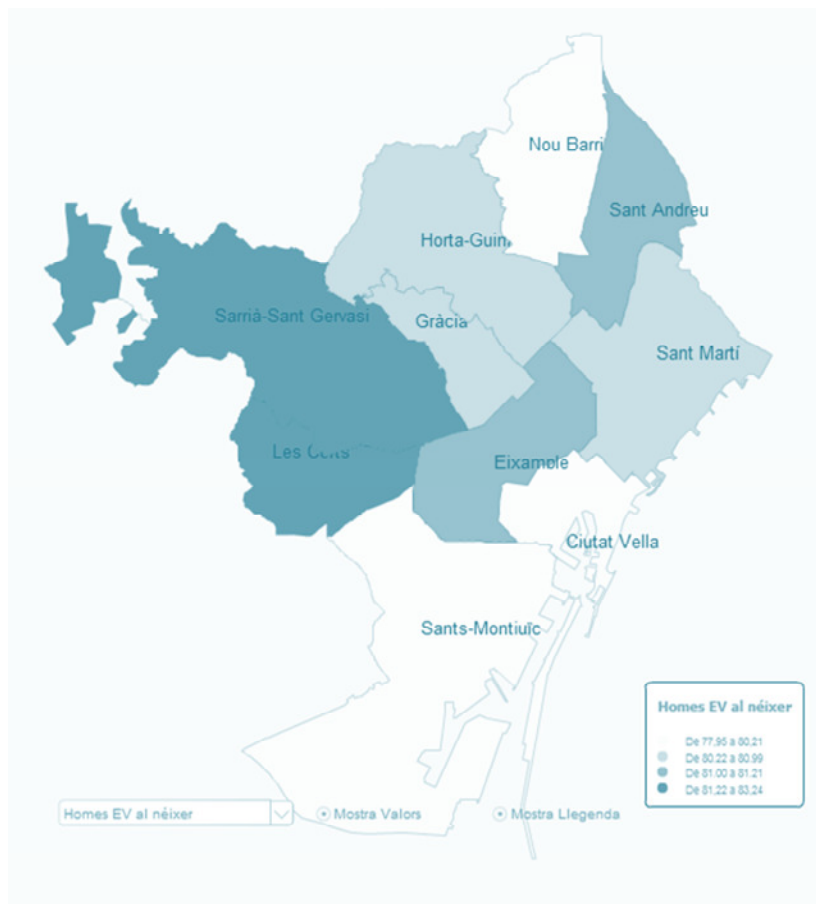
Cal destacar com, en ambdós sexes, tots els barris del districte de Ciutat Vella mostraven una esperança de vida inferior al global de la ciutat, destacant el barri de la Barceloneta, junt amb el Raval en el cas dels homes i el Barri Gòtic en el cas de les dones. De manera similar, alguns dels barris del districte de Nou Barris van mostrar una esperança de vida força baixa respecte la ciutat en ambdós sexes, destacant els barris de Can Peguera i Torre Baró (malgrat que les estimacions es basen en poc casos, es mostren imprecises i poden ser no vàlides), seguits de la Trinitat Nova, junt amb les Roquetes i Verdum en el cas dels homes.

D'altra banda, a la majoria de districtes s'observa variabilitat en l'esperança de vida, de manera que si bé la majoria de barris tenen valors similars als de la ciutat, alguns barris destaquen amb valors superiors i altres amb valors inferiors, és el cas de Sants – Montjuïc (on destaca el barri de Sants – Badal amb una esperança de vida superior), Gràcia (on destaquen el Coll i el Camp d'en Grassot i Gràcia Nova amb més esperança de vida i, al contrari, el barri de la Salut amb valors inferiors), Horta – Guinardó (on destaca Montbau amb una esperança de vida molt inferior, malgrat que les estimacions es mostren imprecises i poden ser no vàlides) i Sant Andreu (on destaca Baró de Viver amb menys esperança de vida, malgrat que les estimacions són imprecises i poden ser no vàlides, seguit de el Bon Pastor; i, al contrari, als barris de Navas i de la Sagrera l'esperança de vida era superior).

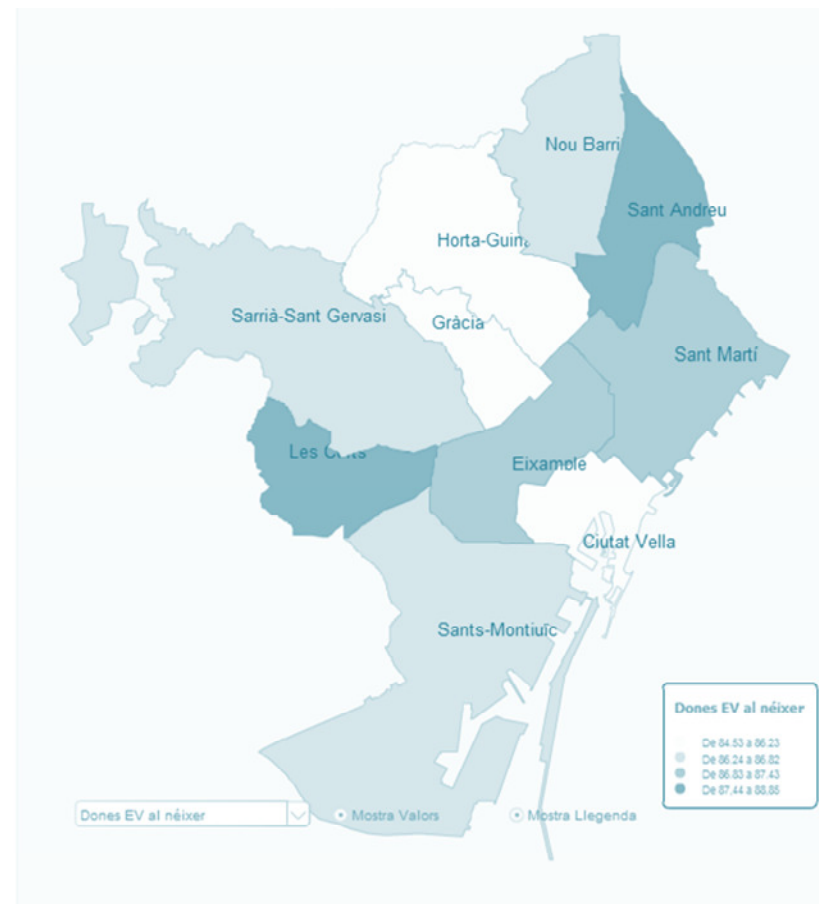
Altres districtes mostraven valors d'esperança de vida als barris similars o superiors a la de la ciutat, com ara Sant Martí (on destaca el Besós i el Maresme amb menys esperança de vida i, al contrari, la Vila Olímpica de Poblenou i de Diagonal Mar i el Front Marítim del Poblenou era superior), i el cas de Sarrià – Sant Gervasi on la majoria de barris mostraven valors favorables respecte a la ciutat (excepte el barri de Vallvidriera, el Tibidabo, i les Planes on va ser molt inferior però amb estimacions imprecises). Finalment, destaca el districte de Les Corts, ja que tots els seus barris van registrar una esperança de vida superior a la de la ciutat (va destacar Pedralbes amb el valor més alt de la ciutat).

Mapa 9. Distribució de l'esperança de vida al néixer en els homes i dones als districtes de la ciutat, Barcelona 2013.

Homes



Dones



Mapa 10. Distribució de l'esperança de vida al néixer en els homes i dones als barris de la ciutat, Barcelona 2009-2013.

Homes

Dones

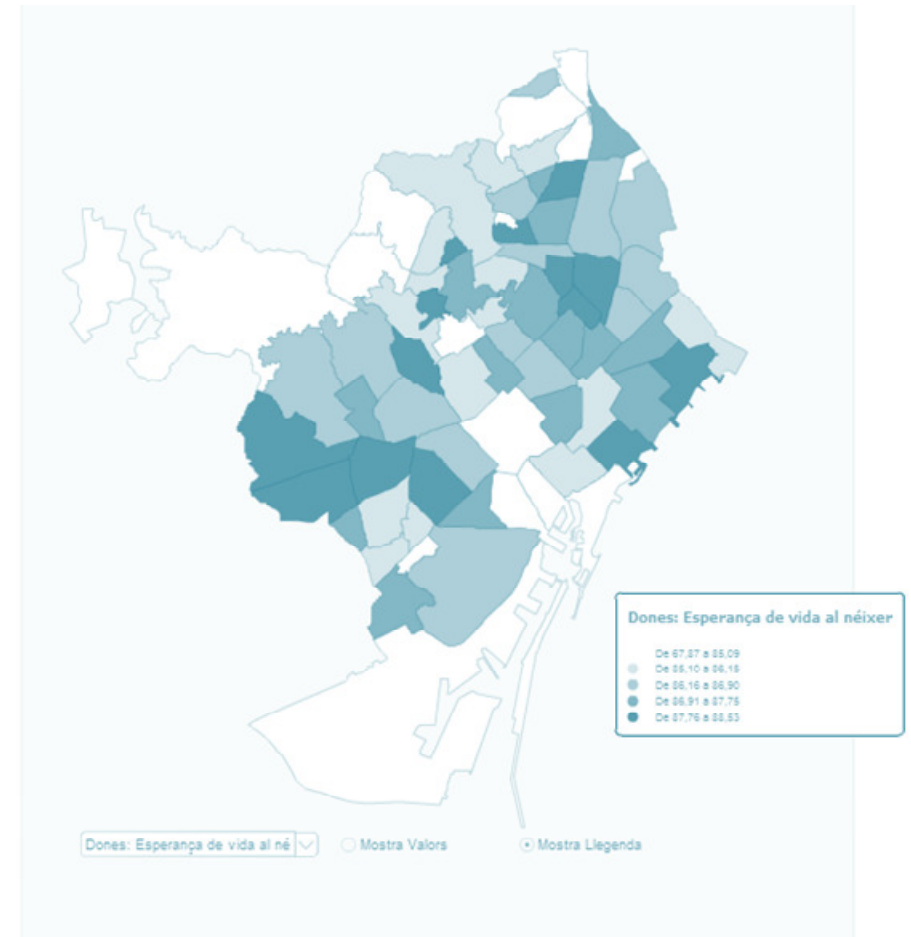
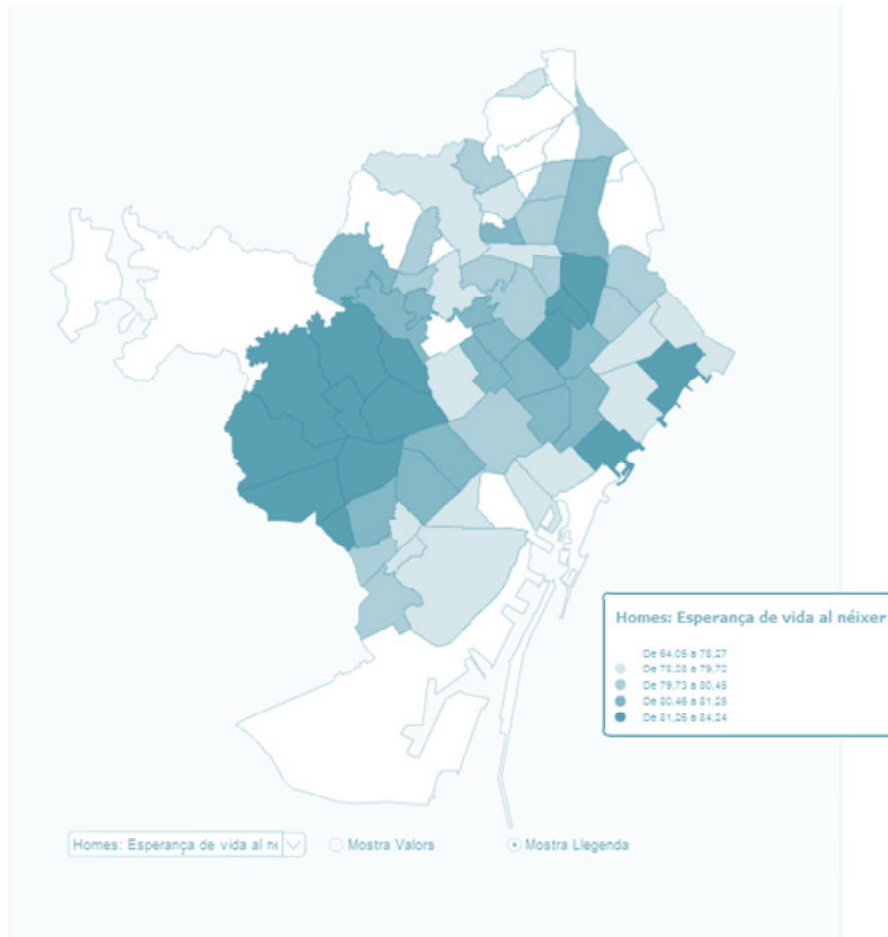


Figura 35. Distribució de l'esperança de vida al néixer en els homes i dones als districtes de la ciutat, Barcelona 2013.

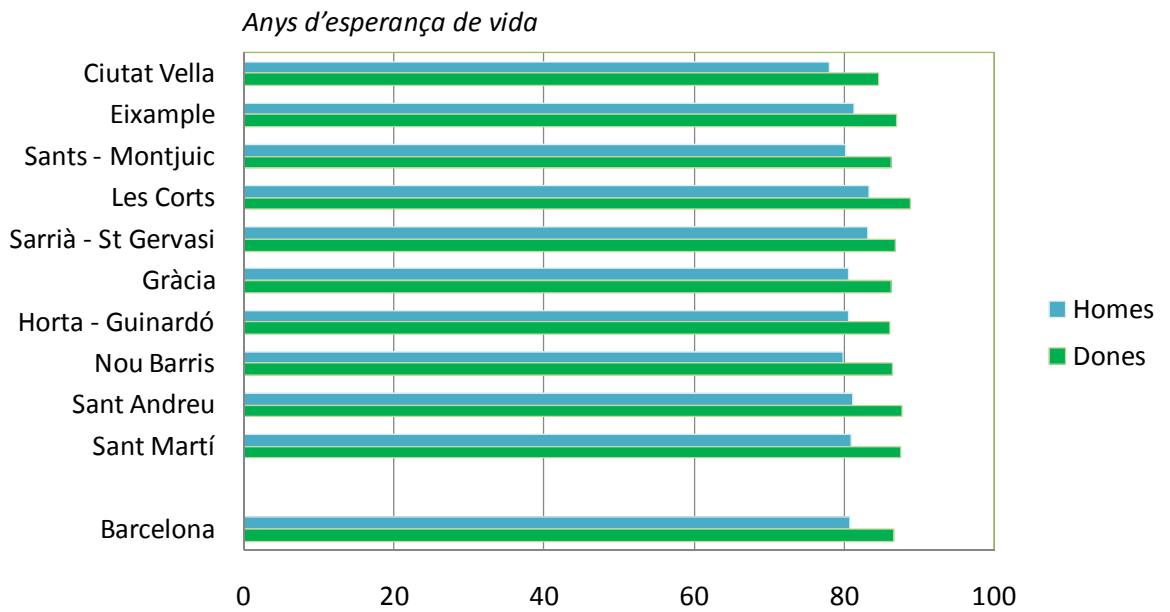


Figura 36. Distribució de l'esperança de vida al néixer en els homes i dones als districtes de la ciutat, Barcelona 2013.

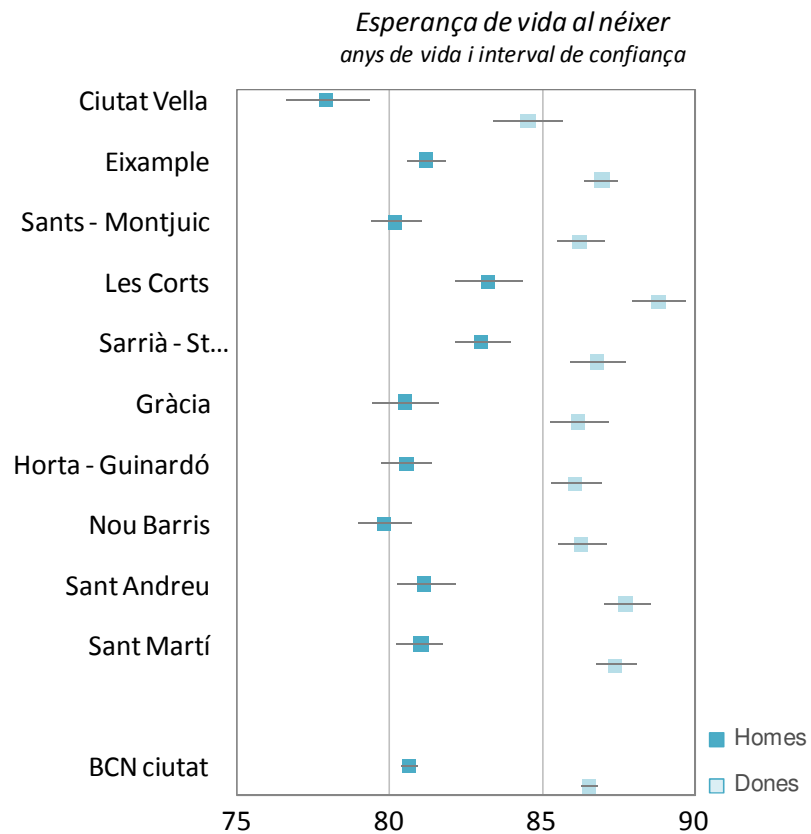


Figura 37.1. Distribució de l'esperança de vida al néixer en els homes als barris de la ciutat, Barcelona 2009-2013.

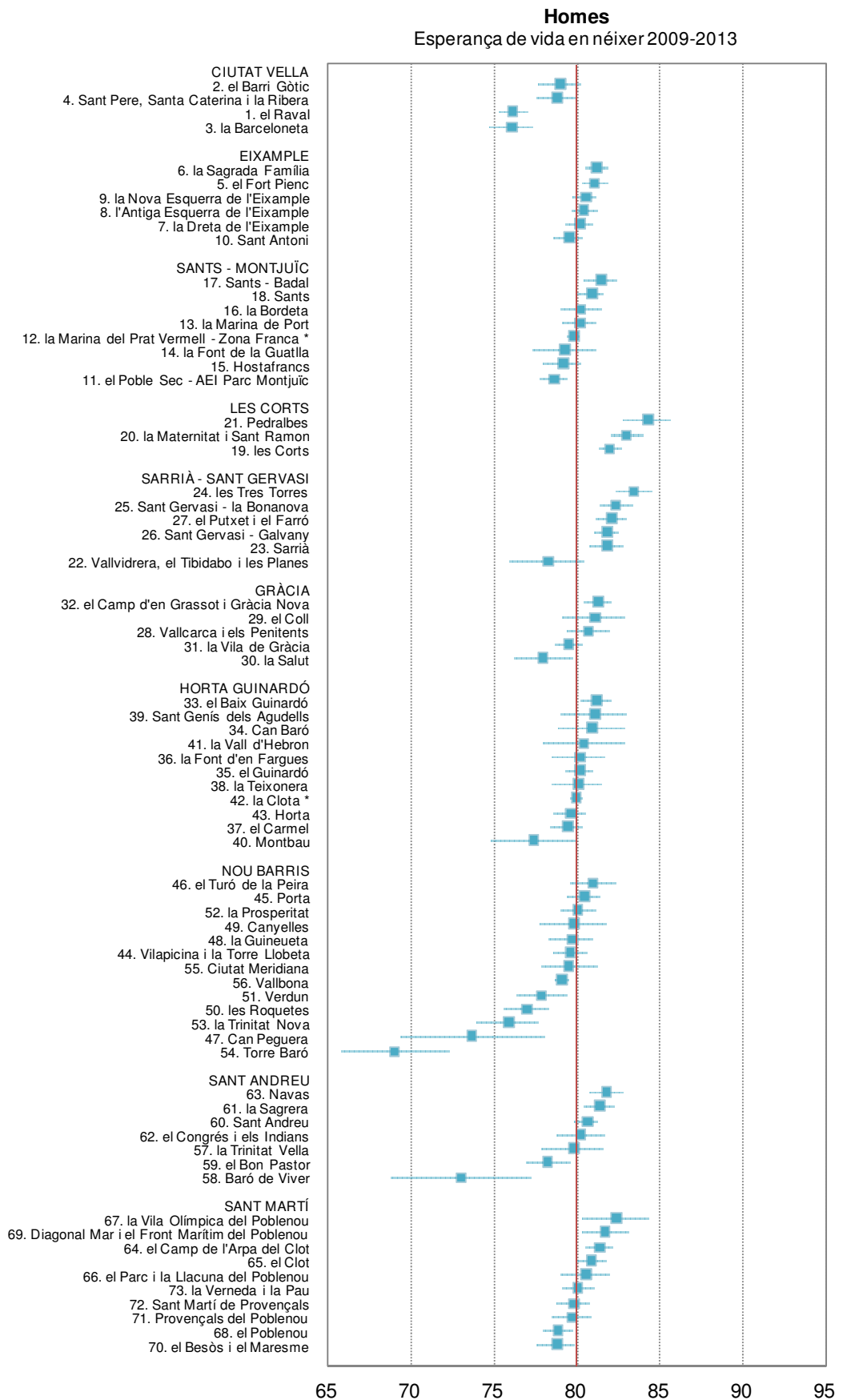
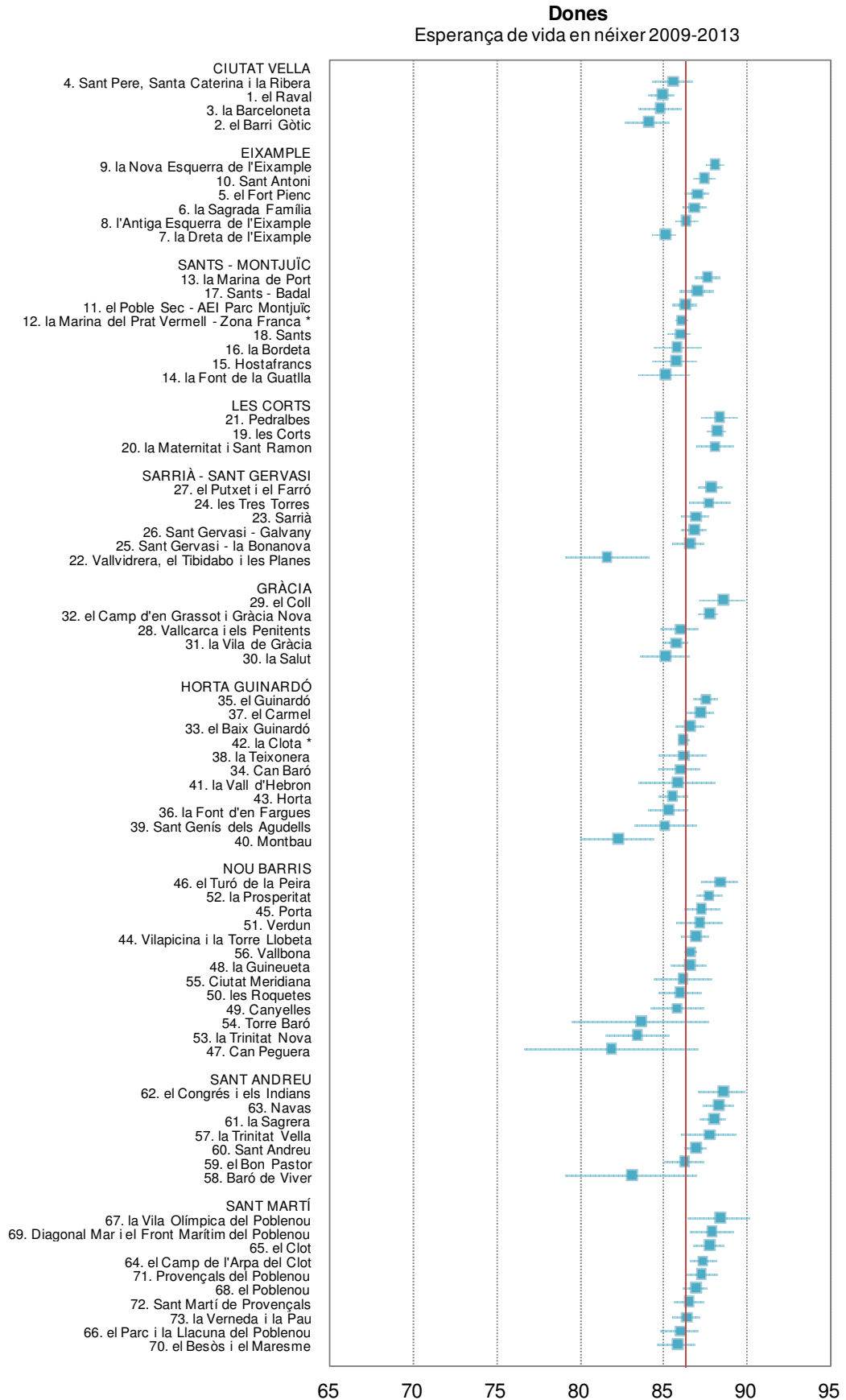


Figura 37.2. Distribució de l'esperança de vida al néixer en les dones als barris de la ciutat, Barcelona 2009-2013.

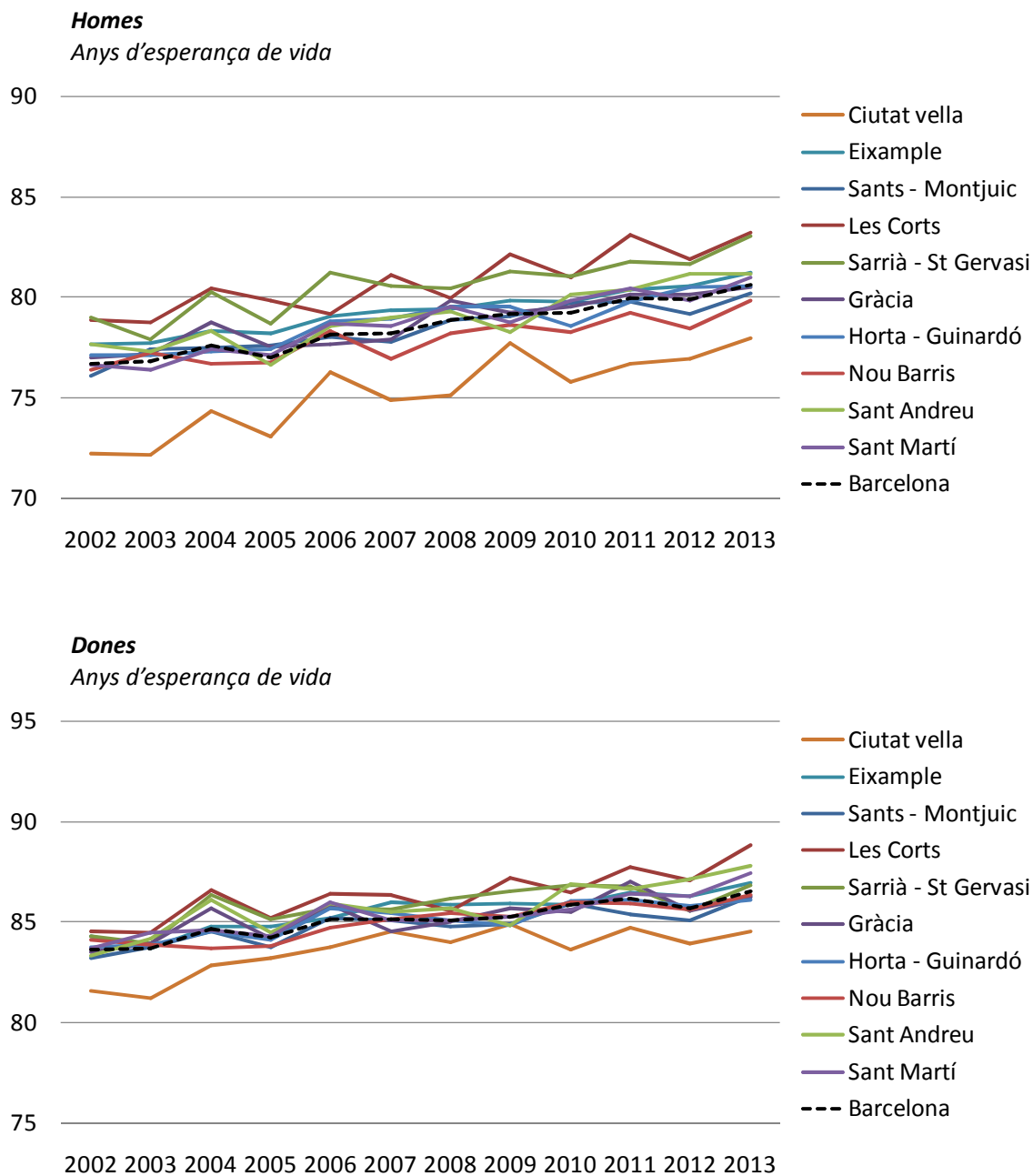


Primerament, és important destacar la disminució de les diferències entre districtes en l'esperança de vida ocorreguda durant la dècada dels anys 90s, no obstant, si bé les desigualtats territorials continuaven en descens fins al 2009, a partir d'aquell any l'evolució diferencial en els districtes ha fet augmentar de nou les desigualtats.

D'una banda, hi ha districtes amb una esperança de vida superior a la de la ciutat i que, en general, han mantingut la mateixa tendència que el global, i per tant es mantenen les desigualtats, com l'Eixample i Sarrià en ambdós sexes; en canvi, a altres districtes com Les Corts, Sant Andreu i Sant Martí l'esperança de vida ha augmentat notablement en les dones, de manera que han augmentat les diferències. D'altra banda, els districtes amb una esperança de vida menor a la de la ciutat mostren una evolució diferent: A Ciutat Vella, si bé les desigualtats tendien a disminuir fins al 2008, en ambdós sexes, a partir d'aquell any han tornat a augmentar; i a Nou Barris, en canvi, si bé mostrava valors similars als de la ciutat, a partir del 2006 l'esperança de vida en homes era menor a la de la ciutat, augmentant així les desigualtats els darrers anys. Finalment la resta de districtes mostraven uns valors i una tendència en l'esperança de vida similars al global de la ciutat, com ara Sants – Montjuïc, Gràcia i Horata – Guinardó.

Així, l'any 2002 la diferència entre districtes en l'esperança de vida en els homes era de 6,7 anys, va disminuir a 4,4 anys el 2009, i augmentà a 5,3 anys el 2013; en les dones de manera similar la diferència era de 3 anys el 2002, va disminuir a 2,3 anys el 2009, i augmentà a 4,3 anys el 2013 (figura 38).

Figura 38. Evolució anual de l'esperança de vida al néixer als districtes de la ciutat en els homes i dones, Barcelona 2002-2013.



Conclusions

Durant les darreres dècades, les polítiques sanitàries i de salut pública, així com altres polítiques intersectorials, juntament amb la millora de les condicions de vida i treball han determinat la disminució de la mortalitat i l'augment de l'esperança de vida, així com una tendència positiva a la disminució de les desigualtats socioeconòmiques a la ciutat de Barcelona.^{18,19,2021}

En aquest sentit, essent Espanya un dels països amb més esperança de vida en néixer de la Unió Europea, amb valors similars a Itàlia i França²², i malgrat que la província de Barcelona no és una de les que registra els valors més alts (superada en més d'un any de vida per les províncies de Madrid, Guadalajara, Sòria i Salamanca)²³, no és estrany trobar a Barcelona entre les ciutats amb més esperança de vida. Així per exemple el informe *City transformations*, del centre de recerca LSE Cities, situava a Barcelona amb una esperança superior a la de Londres i la de Nova York, però inferior a Hong-Kong²⁴.

No obstant, no es poden obviar els canvis ocorreguts els darrers anys amb l'arribada de la crisi econòmica, de manera els indicadors de mortalitat empitjoren o, en el millor dels casos, no milloren, afectant principalment als homes adults, i algunes causes concretes. Primerament, si bé la mortalitat infantil a Barcelona era baixa i decreixia, principalment la neonatal, la mortalitat perinatal ha deixat de disminuir des de l'any 2007, aproximadament, essent molt superior en nadons prematurs i de baix pes, i en mares menors de 18 anys. Concretament, en la població masculina cal destacar la disminució notable de la mortalitat en els homes joves durant la darrera dècada, donada principalment per la reducció de la mortalitat per sida i per lesions per accidents de trànsit. Tanmateix, els darrers anys s'ha registrat una tendència a l'augment de la mortalitat per suïcidi i sobredosis de drogues que cal vigilar. Igualment, si bé s'observava una disminució de les principals causes de mortalitat en els homes adults i grans, com el càncer de pulmó i la malaltia isquèmica del cor, cal destacar que els darrers anys la tendència positiva d'aquestes causes ha quedat interrompuda i resten estables. En la població femenina, igual que en els homes, també s'observa una tendència decreixent de la mortalitat prematura que ha quedat interrompuda els darrers anys. Tanmateix, en les dones destaca l'augment continuat del càncer de pulmó, que se situa junt amb el càncer de mama com la principal causa de mort prematura en dones. Igual que en els homes s'observa un canvi en la tendència positiva de la mortalitat per malaltia isquèmica del cor, amb valors estables els darrers anys, de manera que la demència senil i la malaltia d'Alzheimer passen a ser les principals causes de mort en les dones grans.

En relació als canvis descrits, els darrers anys ha augmentat l'evidència sobre com la crisi financera, que va començar a finals de l'any 2008, junt amb les polítiques d'austeritat que han debilitat el sistema de protecció social, tenen un impacte a curt termini en l'empitjorament de les condicions de vida i treball de la ciutadania, l'augment dels comportaments de risc, la davallada de l'oferta i l'accés als serveis i programes de salut, i en definitiva en la pèrdua del benestar de la població, que finalment queden reflectits en un empitjorament de la salut de la població.^{25,26,27} Igualment, malgrat que a curt termini la mortalitat pot no veure's afectada per les crisis financeres, i fins i tot podria millorar en algun cas, la falta de recursos que pateix la població i l'augment de les desigualtats socioeconòmiques, que afavoreixen l'empitjorament de la salut, dels determinants de salut, i de les desigualtats en salut, afectaran la mortalitat i les desigualtats en mortalitat a mig i llarg termini.^{28,29}

D'altra banda, l'anàlisi de la distribució de la mortalitat en els barris i districtes, i la seva evolució, mostra l'existència i la persistència de les desigualtats territorials a Barcelona, que si bé tendien a disminuir fins al 2009, principalment per la disminució de l'excés de mortalitat a Ciutat Vella, els darrers anys sembla que augmenten. Aquesta situació es relaciona amb l'existència i a l'evolució de les desigualtats socioeconòmiques a la ciutat, una relació que s'ha observat en diferents ciutats de l'estat espanyol^{30,31} i altres ciutats europees^{32,33}. Cal destacar a Ciutat Vella amb indicadors de mortalitat i esperança de vida desfavorables respecte a la ciutat, en ambdós sexes i a tots els barris. Si bé durant la darrera dècada la mortalitat a Ciutat Vella havia millorat notablement, a partir de 2009 s'observa un canvi de tendència. Així doncs, des del 2009 l'esperança de vida va frenar la pujada en els homes i es manté estable en les dones. Igualment, els indicadors eren desfavorables en els homes de Nou Barris, amb més mortalitat general i prematura i, per tant, menys esperança de vida (a gairebé tots els barris), sobretot a partir de 2006; i també van ser desfavorables en les dones d'Horta-Guinardó amb un excés important de mortalitat prematura i menys esperança de vida. S'estima, doncs, una diferència en l'esperança de vida en els districtes d'uns 5 anys (entre Ciutat Vella i Les Corts), i aquesta diferència augmenta a 11 anys, aproximadament, en els barris (entre Torre Baró i Pedralbes).

En efecte, el patró territorial de la mortalitat a la ciutat de Barcelona s'assimila molt a la distribució del nivell socioeconòmic del territori i a la seva evolució la darrera dècada. Segons dades de la capacitat econòmica dels residents dels districtes (basada en la renda familiar disponible)³⁴ les desigualtats socioeconòmiques entre districtes han augmentat entre 2005 i 2013³⁵, d'una banda, els districtes amb una situació favorable respecte la ciutat resten força estables, a excepció de Sarrià – Sant Gervasi, que essent el districte més afavorit ha continuat millorant; i, d'altra banda, els districtes amb una situació

socioeconòmica desfavorable respecte la ciutat han empitjorat la seva situació, essent molt notable el deteriorament socioeconòmic a Nou Barris, i a excepció del districte de Ciutat Vella que, contràriament, ha millorat de manera continuada i ha disminuït les desigualtats respecte a la ciutat. A més a més, l'evolució positiva d'alguns indicadors durant la primera part de la dècada dels 2000, especialment a algunes àrees com Ciutat Vella, pot ser explicada, en part, pels grans canvis de població ocorreguts a la ciutat, ja que la immigració econòmica i l'arribada de població estrangera ha canviat el tipus de població, essent més jova³⁶ i per tant no en edat de morir³⁷. Però, a la primera etapa de concentració de la població nouvinguda al centre històric de la ciutat, la segueix un procés de dispersió als barris més perifèrics, de manera que la distribució de la població estrangera ha anat canviat³⁸ i per tant pot afectar igualment als indicadors de mortalitat d'altres àrees de la ciutat en els pròxims anys.

En conjunt, si bé la visió global i l'evolució general de la mortalitat de Barcelona es mostra favorable, no es pot obviar la situació de vulnerabilitat d'alguns grups i territoris, i la tendència a l'augment de les desigualtats a partir de la crisi econòmica dels darrers anys. Calen esforços sobre el control d'algunes causes de mortalitat i sobre el coneixement i el control dels grups de major risc, així com continuar amb l'esforç de reduir les desigualtats per tal de mitigar els efectes adversos de la crisi econòmica sobre la salut de la població.³⁹

Bibliografia

- ¹ Boerma JT, Mathers C, Abou-Zahr C. WHO and Global Health Monitoring: The Way Forward. *PLoS Med.* 2010;7 (11): e1000373.
- ² Achterberg PW, Kramers PGN, van Oers HAM. European community health monitoring: the EUPHIX-model. *Scand J Public Health.* 2008;36:676–84.
- ³ Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, Departament de Salut.
- ⁴ Ferrando J, Borrell C, Ricart M, Plasència A. Infradeclaración de la mortalidad perinatal: experiencia de 10 años de vigilancia activa en Barcelona. *Med Clin.* 1997;108:330-5.
- ⁵ Borrell C, Krauel X, Ricart M, Bellart J, Plasència A. Validación de las causas de muerte perinatal de los boletines estadísticos de defunción. *An Esp Pediatr.* 1997;47(4):410-6.
- ⁶ Xifró-Collsamata A, Pujol-Robinat A, Medalla-Muñoz J, Arimany-Manso J. Impacto de los datos utilizados en medicina forense sobre la salud pública. *Med Clin.* 2006;126(10):389-96.
- ⁷ Gotsens M, Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Martos D, Espelt A, Pérez G, Pérez K, Brugal MT, Barbería E, Borrell C. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85: 163-174.
- ⁸ Nolte E, Mckee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust; 2004.
- ⁹ Rue M, Borrell C. Los metodos de estandarización de tasas. *Revisiones en Salud Publica.* 1993; 3: 263-95.
- ¹⁰ Gardner JW, Sanborn JS. Years of potential life lost (YPLL)--what does it measure? *Epidemiology.* 1990;1(4):322-9.
- ¹¹ Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A y el grupo para el consenso en la mortalidad evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit.* 2006;20(3):184-193.
- ¹² Chiang CI. The life table and its applications. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publ. Co. 1984.
- ¹³ Servei d'Informació i Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2013, Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, maig 2015. Accessible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/mortalitat/documents_mortalitat/mortalitat_2013.pdf. Consultat el 22/05/2015.
- ¹⁴ Instituto Nacional de Estadística (2015). Tablas de mortalidad de la población de España 1991-2013. Accessible a: <http://www.ine.es>. Consultat el 22/05/2015.
- ¹⁵ Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Cirera E, Pérez K, Puigpinós R, Borrell C. Commentary: approaches, strengths, and limitations of avoidable mortality. *J Public Health Policy.* 2014;35(2):171-84.
- ¹⁶ Instituto Nacional de Estadística (2015). Esperanza de vida al nacimiento según sexo 2013. Indicadores demográficos básicos. Accessible a: <http://www.ine.es>. Consultat el 06/07/2015.
- ¹⁷ Eurostat (2015). Life expectancy at birth by age and sex, 2013. Accessible a: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>. Consultat el 06/07/2015.
- ¹⁸ Borrell C, Azlor E, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Cano-Serral G, Pasarín MI, Martínez JM, Benach J, Muntaner C. Trends in socioeconomic mortality inequalities in a southern European urban setting at the turn of the 21st century. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(3):258-66.

-
- ¹⁹ Puigpinós R, Borrell C, Antunes JL, Azlor E, Pasarín MI, Serral G, Pons-Vigués M, Rodríguez-Sanz M, Fernández E. Trends in socioeconomic inequalities in cancer mortality in Barcelona: 1992-2003. *BMC Public Health*. 2010;9:35.
- ²⁰ Albacar E, Borrell C. Evolución de la mortalidad infantil en la ciudad de Barcelona (1983-1998). *Gac Sanit*. 2004;18(1):24-31.
- ²¹ Rodríguez-Fonseca M, Palència L, Marí-Dell'Olmo M, Gandarillas A, Domínguez-Berjón MF, Gotsens M, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Evolution of socio-economic inequalities in mortality in small geographical areas of the two largest cities in Spain (Barcelona and Madrid), 1996-2007. *Public Health*. 2013;127(10):916-21.
- ²² Eurostat (2014). Life expectancy at birth, 1980–2012, 2013. Accessible a: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932012_\(years\)_YB14.png/](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932012_(years)_YB14.png/). Consultat el 14/07/2015.
- ²³ Instituto Nacional de Estadística (2015). Esperanza de Vida al Nacimiento por provincia, según sexo. Accessible a: <http://www.ine.es>. Consultat el 14/07/2015.
- ²⁴ Burdett R, Cavusoglu O and Verdis S, eds. (2013) City transformations: urban age conference newspaper. LSE Cities, London School of Economics and Political Science, Alfred Herrhausen Society, London, UK. Accessible a: https://files.lsecities.net/files/2013/10/city-transformations-newspaper_en.pdf Consultat el 09/07/2015.
- ²⁵ Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323-31.
- ²⁶ Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 2013;24(3):415-8.
- ²⁷ Crisis económica y salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28, Supplement 1.
- ²⁸ Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, Malmusi D, Novoa AM. El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español. *Salud colectiva*. 2014;10(1):95-98.
- ²⁹ Ruiz-Ramos M, Córdoba-Doña JA, Bacigalupe A, Juárez S, Escolar-Pujolar A. Crisis económica al inicio del siglo xxi y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 Suppl 1:89-96.
- ³⁰ Borrell C, Serral G, Martínez MA, Marc Marí-Dell'Olmo, Maica Rodríguez-Sanz y grupo MEDEA. Atlas de mortalidad en ciudades de España (1996-2003). Barcelona: Dit i Fet; 2009. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/libro_atlas_alta_2009_inter.pdf.
- ³¹ Borrell C, Marí-Dell'Olmo M, Serral G, Marc, Martínez-Beneito M, Gotsens M y grupo MEDEA. Inequalities in mortality in small areas of eleven Spanish cities (the multicenter MEDEA project). *Health & Place*. 2010;16(4):703–711.
- ³² The INEQ-CITIES Atlas (The INEQ-CITIES Project) Londres: University College London (UK); 2012. Disponible en: <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/atlas>.
- ³³ Borrell C, Marí-Dell'olmo M, Palència L, Gotsens M, Burström BO, Domínguez-Berjón F and IneqCities Group. Socioeconomic inequalities in mortality in 16 European cities. *Scand J Public Health*. 2014;42(3):245-54.
- ³⁴ Calvo MJ, Güell X, Salabert J i redacció de Barcelona Economia. Distribució territorial de la Renda Familiar per càpita a Barcelona. Ajuntament de Barcelona, 2007. Disponible a: <http://www.bcn.cat/publicacions/pdf/rfd.pdf>. Consultat el 14/07/2015.
- ³⁵ Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona (2015). Distribució territorial de la renda familiar. Accessible a: <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/economia/renda/rdfamiliar/evo/rfdte.htm>. Consultat el 15/07/2015.
- ³⁶ Bayona-Carrasco J, Fernando Gil-Alonso. Sub-urbanisation and International Immigration: the case of the Brcelona Metropolitan Region (1998–2009). *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 2012;103(3):312–329.

³⁷ Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A, Tamayo-Fonseca N, Melchor I, Macia L. Trends and Disparities in Mortality Among Spanish-Born and Foreign-Born Populations Residing in Spain, 1999–2008. 2014; *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2014.

³⁸ Bayona-Carrasco J, López-Gay A. Concentración, segregación y movilidad residencial de los extranjeros en Barcelona. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 2011: 57(3):381-412.

³⁹ Stuckler D, Sanjay B, Suhrcke M, Coutts A, & McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe. *Lancet*. 2009;374(9686), 315e323.