

Mortalitat a Reus. Hi influeix la zona on vius?



Les condicions de la sanitat en els països desenvolupats han millorat molt en les darreres dècades, tal com demostra la disminució de la mortalitat per malalties infeccioses o per defectes nutricionals, les quals afectaven gran part dels

nostres infants i joves. Fa cent anys a penes una de cada tres persones arribava a complir els quaranta-cinc anys, mentre que avui dia hi arriba el 95% de la població. Però aquesta millora no ha estat uniforme, perquè encara queden zones dins els

mateixos països desenvolupats on les condicions sanitàries són deficientes. Una de les formes més senzilles de buscar aquestes desigualtats és examinar les taxes de mortalitat en cada una de les zones per veure si hi ha diferències.

Aquesta mena d'estudis es basen en el següent principi: quan en una zona hi ha més mortalitat que en una altra, cal veure si la diferència és prou petita per pensar que es deu simplement a l'atzar o, pel contrari, és tan gran que ens fa pensar que hi ha alguna raó que la justifica (en aquest cas, serà una raó de caràcter sanitari).

Mirem d'aclarir la idea amb un exemple: si vostè i jo llencem una moneda a l'aire deu vegades cada un, teòricament hauriem de treure el mateix nombre de cares, cinc un i cinc l'altre; si vostè en treu nou i jo només quatre, no passa res, és una qüestió de sort (d'atzar). Però si en cent tirades vostè treu noranta cares i jo cinquanta-dues, puc pensar que hi ha algun secret en la seva moneda, perquè és molt difícil que només per atzar tregui noranta cares de cent tirades. En realitat, com més tirades fem, més fàcil és trobar diferències massa grans perquè siguin resultat només de l'atzar. El mètode estadístic concret que fem servir per establir quina diferència és acceptable o és massa gran depèn de cada situació i no cal entrar-hi ara.

Seguint la darrera idea, la majoria d'investigacions sobre diferències de mortalitat s'han fet sobre unitats grans, generalment sobre països, perquè els mètodes estadístics usats eren aproximats. Però el problema de les desigualtats sanitàries existeix també en unitats més petites, com ara les comarques o les ciutats, i és important conèixer quines són les zones menys afavorides per treballar-hi més intensament. Nosaltres hem modificat un mètode que es feia servir per altres finalitats i hem investigat les desigualtats sanitàries dins la ciutat de Reus. En un article científic (A. Ortega, M. Puig, "El anàlisi de la mortalidad en áreas urbanas", *Medicina Clínica* 1991; 96: 328-332) hi ha els detalls de tot el procés. Aquí tan sols volem explicar en paraules senzilles els resultats més interessants.

L'estudi

Vàrem investigar les morts esdevingudes a Reus en els anys 1986, 87 i 88, a partir dels llibres de defuncions del Registre Civil Municipal. De les 2.360 morts enregistrades vàrem excloure aquelles dels individus no adscrits a una zona determinada de la ciutat: aquells amb últim domicili fora de Reus o els ingressats en una residència psiquiàtrica o geriàtrica; després d'aquesta selecció van quedar 1.521 casos.

Com a unitats d'estudi hem usat els deu districtes electorals de la ciutat. No podiem agrupar els domicilis per barris, perquè aquests no estan encara completament definits. Els límits de cada districte els podeu veure en la figura. Per altra banda, per conèixer la població que tractàvem, vàrem obtenir del Padró Municipal d'Habitants la distribució per edats i sexes dels habitants de cada districte.

En la investigació vam fem servir, a més de l'índex de mortalitat (nombre de morts per cada cent mil persones i cada any), altres indicadors útils per estudiar aspectes determinats:

- Mortalitat infantil (nens menors d'un any)
- Mortalitat per malalties prevenibles (morts que podrien evitar-se si l'atenció sanitària fos

perfecta). S'hi inclouen alguns càncers de pulmó, bàsicament, pneumònia i bronquitis, malalties cardíaco-vasculars -hipertensió i infart, fonamentalment, bronquitis crònica, accidents de trànsit, etc).

- Anys potencials de vida perduts (APVP). Són els anys que faltaven en el moment de morir per complir els setanta; és un indicador de mortalitat prematura.

Els resultats

Quant a la ciutat de Reus en general, els resultats obtinguts de la investigació foren els següents:

- 2/3 dels morts tenien més de 70 anys.
- Les malalties cardíaco-vasculars foren la causa del 40% del total de defuncions, i els càncers, del 25%. En canvi, els càncers foren responsables del 35% dels APVP i les malalties cardíaco-vasculars i els accidents, del 20% cadascun. És a dir, les malalties cardíaco-vasculars són causa de mort de més gent, però els càncers ataquen gent més jove. De fet, més de la meitat de la gent que morí per càncer o per accidents tenien menys de setanta anys.

- Les malalties prevenibles van ser responsables del 45% del total de morts i del 35% dels APVP.

Quant a les diferències entre els diversos districtes de la ciutat, podem indicar que:

- La mortalitat infantil va ser lleugerament inferior a la mitjana general de Catalunya per aquest període, i els valors van ser semblants en tots els districtes.
- Respecte als índexs de mortalitat, els districtes VII, VIII i X donaven els valors més alts, i els districtes VI, IX i II, els més baixos.
- La contribució al total d'APVP de Reus fou més gran del que s'esperava (en proporció a la seva població) pel districte VIII i més petita pels districtes VI i VII.

- La mortalitat per diferents causes fou més alta del que s'esperava en els districtes IV, VII, VIII i X. En el II i en el VI, fou més baixa.

- La mortalitat per malalties prevenibles va ser inferior a l'esperada en el districte VI, i superior en el districte VIII.

Pel seu interès social, vàrem aprofundir en les dades de mortalitat per càncer. El càncer de pulmó causà gairebé el 30% de les morts per càncers en els homes, i el de mama del 25% de les morts per càncer en les dones. Les dones tingueren menys mortalitat de l'esperada, en relació amb el total de Catalunya, per càncer d'estómac o còlon.

Quant a la relació de mortalitat per càncer amb lloc de naixement, les dones nascudes a Reus van tenir una mortalitat baixa per càncer d'estómac però massa alta per càncer de mama (56 dones mortes per any de cada cent mil residents a Reus, el doble del que dona el total de Catalunya).

Conclusions

Abans de treure conclusions d'aquestes dades cal reflexionar sobre algunes limitacions del nostre estudi:

En primer lloc, tot i que l'anàlisi de la mortalitat és el mètode més senzill i ràpid per estudiar les condicions sanitàries d'una zona, deixa de banda aspectes importants: malalties com la diabetis o l'artritis no són en elles mateixes mortals, però són una causa important d'empitjorament de la qualitat de vida.

En segon lloc, amb el nostre mètode de treball no podem incloure els reusencs que moriren fora de la ciutat i hem d'acceptar que això pot alterar lleument els resultats. Per evitar el problema, hauriem d'haver anat a l'*Instituto Nacional de Estadística*, a Madrid, on es recullen totes les partides de defunció de l'Estat.

En tercer lloc, és possible (encara que poc probable) que els metges d'una zona determinada tinguessin tendència a enregistrar una certa malaltia com a causa de la mort; això faria augmentar artificialment la mortalitat per aquella causa, i no podríem esbrinar-ho. L'esbiaixament pot ser més gran com més petita sigui la zona considerada.

Per acabar, de què ens serveix aquesta investigació? Nosaltres treiem dos tipus de conclusions, una per a investigadors i l'altra per al públic en general. Pels especialistes interessats en aquests temes és important que els diferents indicadors donin resultats semblants a pesar que el nombre de morts en cada parell de zones estudiades és sovint molt petit. Recordem allò que com més tirades es fan, més fàcil és trobar diferències massa grans en els resultats; com menor sigui el nombre de morts en una zona i l'altra, més difícil és trobar aquestes diferències. El fet que les hàgim trobat demostra que es poden fer anàlisis detallades fins i tot dins d'una ciutat mitjana. I podem anar més enllà: si treballem amb unitats diferents dels districtes, podem arribar a delimitar amb precisió quines són les àrees menys afavorides i que necessiten més atencions.

La segona conclusió és important pels habitants de la ciutat. En la majoria dels indicadors, els districtes II i VI tenen els millors resultats, i els districtes IV i VIII els pitjors: aquests han presentat majors APVP i mortalitat per totes les causes i per causes prevenibles que la resta de districtes, i més mortalitat de l'esperada per alguns grups de causes.

Així, amb aquest estudi podem dir que hi ha desigualtats en la mortalitat en els diferents districtes i senyalem quins tenen millors resultats i quins els tenen pitjors, però no podem saber quines són les causes d'aquest fet. Les autoritats sanitàries són les que han de decidir si els resultats obtinguts justifiquen aprofundir en les investigacions.

Aquest estudi es va dur a terme mercès a un ajut del Negociat de Salut Pública de l'Ajuntament de Reus. Agraïm l'amable col·laboració de diferents persones d'aquesta entitat: M. Josepa Domènech (Negociat d'Estadística), Antoni Sevilla (Procés de Dades) i Biel Ferré (Centre de Normalització Lingüística). Agraïm també la col·laboració del personal del Registre Civil mentre recollíem les dades.