

Central de Resultats

Evolució de la mortalitat per suïcidi a Catalunya en el període 2000-2013: quin impacte ha tingut la crisi econòmica?

Resum executiu

- El suïcidi és una de les causes de mort prematura que més ha crescut en els darrers anys. Tot i això, la taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya continua essent baixa en relació amb la d'altres països europeus.
- Tant en homes com en dones, el grup d'edat de 40 a 60 anys concentra tot l'efecte de l'increment de la mortalitat per suïcidi. En la resta de grups d'edat, no s'observa cap tendència.
- Les dades de mortalitat per comarca mostren diferències rellevants, però actualment no és possible discriminar quina part respon a divergències en la forma d'identificar i codificar la mortalitat per causes externes i quina és real.
- El registre del Codi risc de suïcidi permetrà tenir una informació més exhaustiva sobre les conductes suïcides a Catalunya, així com conèixer l'efectivitat de les intervencions que es desenvolupin.

Introducció

En el context de la crisi econòmica dels darrers anys, el Govern de la Generalitat va veure la necessitat i la importància de monitoritzar l'evolució dels indicadors de salut per mesurar-ne l'impacte i, en cas que fos oportú, reorientar les polítiques per respondre a les necessitats identificades. D'aquesta manera, es va acordar la creació de l'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població, en el marc de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya.

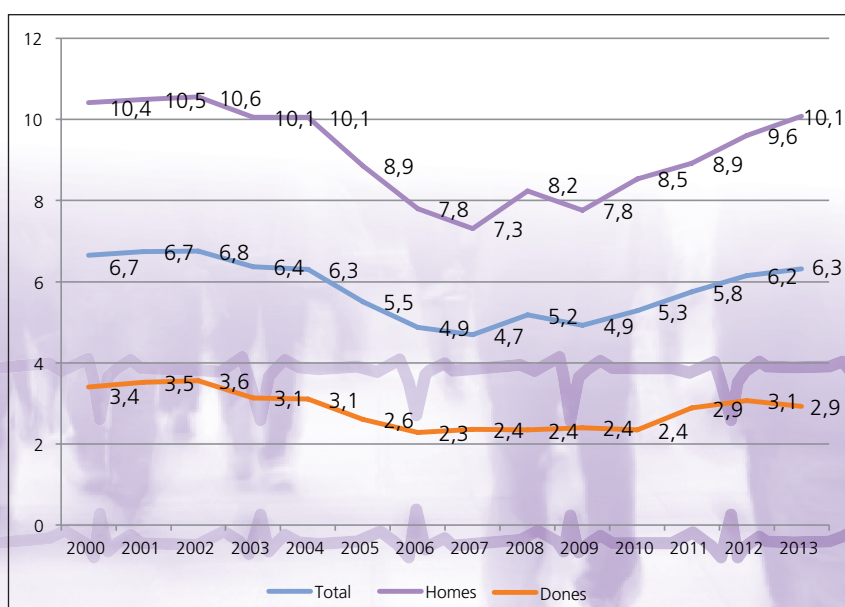
La major part dels estudis que estimen l'impacte de la crisi en la salut troben efectes significatius en els indicadors de salut a llarg termini. Alguns estudis han apuntat a un augment de la mortalitat per causes associades a l'atur, més elevat en homes que en dones, i que tendeix a suavitzar-se a partir dels deu anys de seguiment. Altres estudis mostren un augment de la prevalença de problemes de salut mental especialment entre els aturats i encara més entre els desnonats. Entre els efectes que es mostren de forma més consistent en diferents crisis i països hi ha l'augment de la mortalitat per suïcidi.

L'Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població ha publicat dos informes de caire general, el segon amb un enfocament territorial, i ha publicat també un monogràfic sobre els efectes de la crisi econòmica en la salut de la població infantil de Catalunya. Aquest segon monogràfic se centra en l'anàlisi de la mortalitat per suïcidi.

Anàlisi de la tendència

L'any 2013 es van registrar 537 defuncions per suïcidi entre les persones residents a Catalunya, que suposen una taxa de mortalitat de

Evolució de la taxa de mortalitat per suïcidi per sexe. Catalunya, 2000-2013



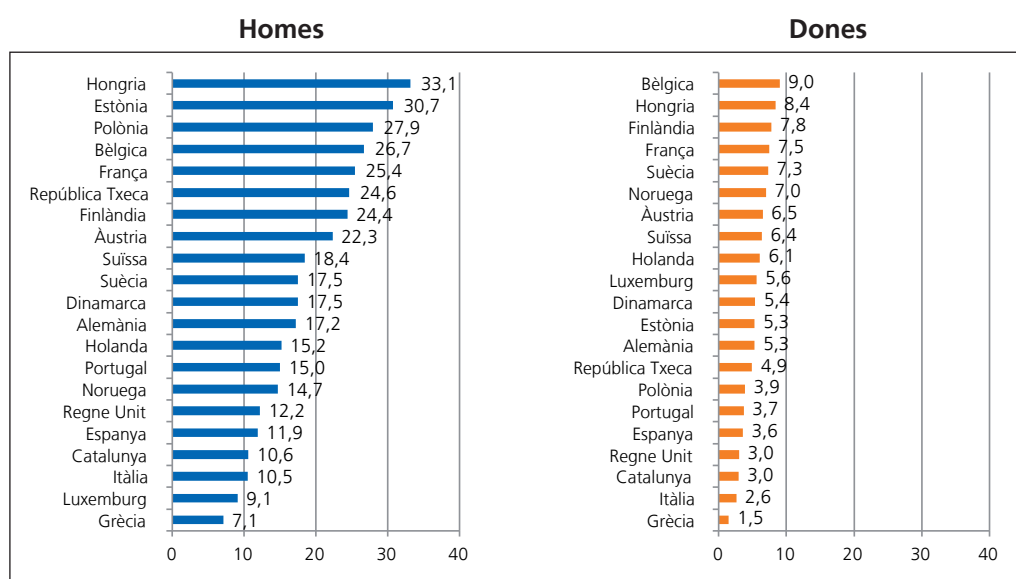
Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants, utilitzant com a població de referència la població censal de Catalunya de 1991.

Font: Registre de mortalitat de Catalunya.

7,2 defuncions per 100.000 habitants. El suïcidi és una de les causes de mort prematura que més ha crescut en els darrers anys: des de l'any 2007 la taxa de mortalitat per suïcidi s'ha incrementat any rere any, exceptuant l'any 2009, en què es produeix una disminució dels casos registrats, com a conseqüència dels canvis en els documents i circuits per a la comunicació de dades de mortalitat. Actualment la taxa se situa en valors similars als del principi de la dècada dels 2000.

Tot i la tendència observada, la taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya continua essent baixa en relació amb la d'altres països europeus. La comparació també posa de manifest la presència d'un patró territorial nord-sud, essent els països del sud d'Europa els menys afectats per aquest fenomen.

Taxa de mortalitat per suïcidi per sexe i per països europeus. Catalunya, 2013



Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants, utilitzant com a població de referència la població de l'OCDE 2010.

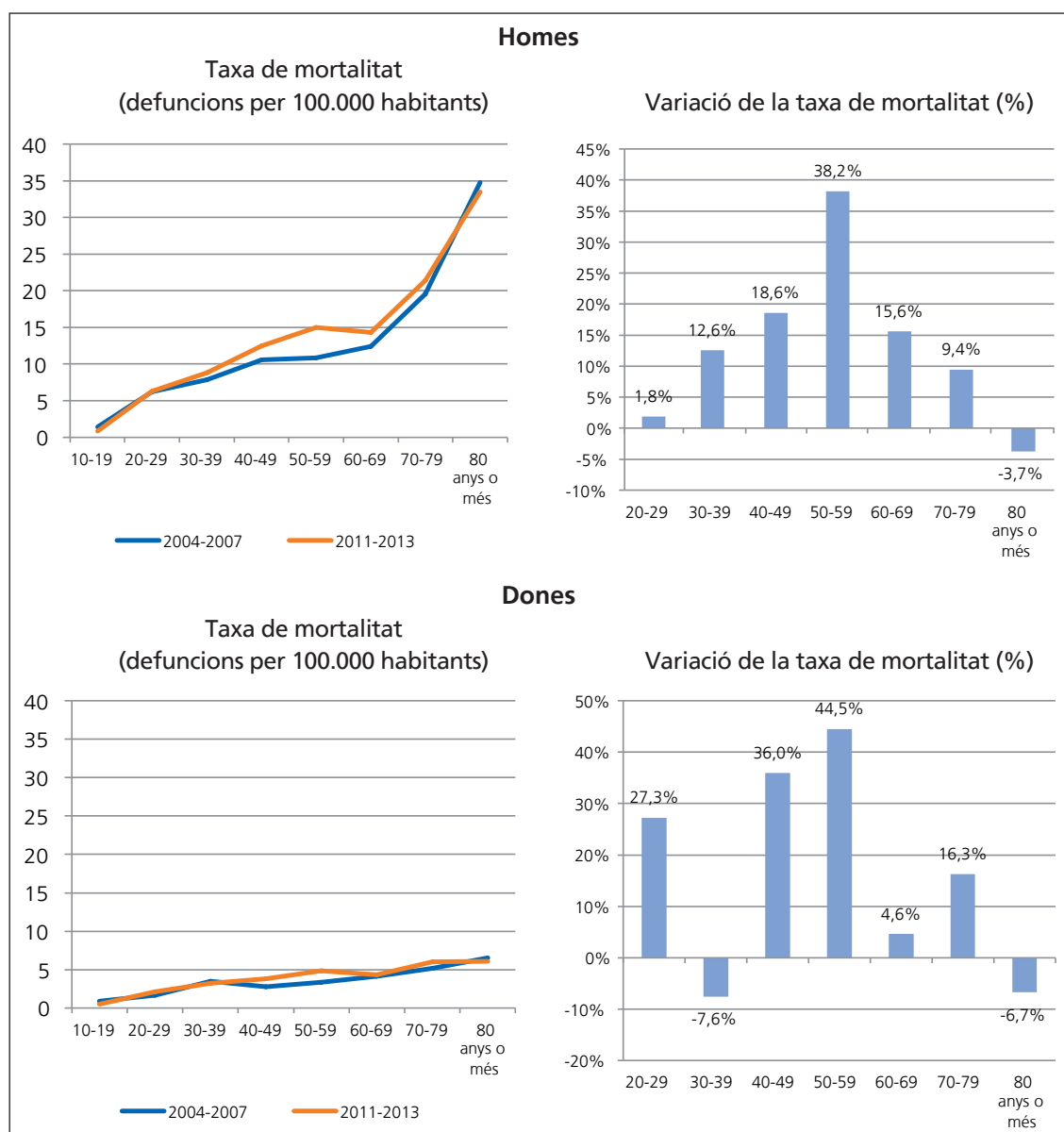
Font: OECD Health Statistics 2011-2013 i Registre de mortalitat de Catalunya, 2013.

Anàlisi per edat i sexe

Tres de cada quatre morts per suïcidi són homes (76,6%). La mortalitat masculina per suïcidi presenta gradient etari, essent els homes de més de 70 anys els que tenen més risc. No obstant això, si es comparen els anys anteriors a la crisi (2004-2007) amb els posteriors (2011-2013), el grup d'edat que ha sofert un increment més rellevant en la taxa de mortalitat han estat els homes de 40 a 60 anys, que correspon a població en edat laboral. En la resta de grups no s'observen diferències.

Entre les dones, tot i que el risc de suïcidi també creix amb l'edat, el gradient etari és molt menys acusat que entre els homes. La comparació de la taxa de mortalitat entre els anys anteriors a la crisi (2004-2007) i els posteriors (2011-2013) no mostra resultats tan clars com entre els homes, ja que el nombre de casos en cada grup d'edat és molt inferior i fluctua més. Tot i això, com en el cas dels homes, també s'observa un increment rellevant de la taxa en el grup d'edat de 40 a 60 anys.

Tendència de la taxa de mortalitat per suïcidi i variació per edat i sexe. Catalunya, 2004-2007 vs. 2011-2013



Font: Registre de mortalitat de Catalunya.

Aquest fet podria indicar una relació entre els canvis en el mercat laboral, com a conseqüència de la crisi, i l'increment de la vulnerabilitat de la població en edat laboral que caldria confirmar amb una anàlisi més profunda.

Anàlisi territorial

Atès que la crisi no ha afectat per igual a tots els territoris de Catalunya, les diferències en la taxa de mortalitat entre territoris podrien indicar l'existència de territoris especialment vulnerables. L'anàlisi territorial s'ha realitzat per comarca i, com en l'anàlisi per edat i sexe, s'ha calculat la taxa de mortalitat durant el període anterior a la crisi (2003-2007) i durant el posterior (2010-2013). La raó per la qual els períodes utilitzats per a l'anàlisi territorial i etària difereixen lleugerament respon a la necessitat d'incrementar al màxim possible

el nombre de casos a fi d'aconseguir dades consistents pel major nombre de comarques possible. Malgrat tot, no s'han obtingut dades fiables de les comarques amb menys població. Val a dir que el fet d'haver considerat més anys en cadascun dels períodes fa que la distància entre ells es redueixi i, per tant, també disminueix de forma important la sensibilitat de l'anàlisi a l'hora de detectar variacions entre els dos períodes.

Evolució de la taxa de mortalitat per suïcidi per comarca en població de 20 anys o més. Catalunya, 2003-2007 vs. 2010-2013

Comarca	Nombre de defuncions		Taxa de mortalitat estandarditzada per edat (per 100.000 hab.)		Variació 2003-2007 vs. 2010-2013
	2003-2007	2010-2013	2003-2007	2010-2013	
Alt Empordà	61	49	12,9	11,6	-9,8%
Alt Penedès	37	23	9,9	7,0	-29,6%
Anoia	33	34	7,9	9,3	17,2%
Bages	57	58	7,9	9,7	22,3%
Baix Camp	60	57	9,2	9,5	3,5%
Baix Ebre	17	19	4,9	6,9	39,9%
Baix Empordà	35	52	7,5	12,7	69,0%
Baix Llobregat	212	169	7,3	6,8	-6,5%
Baix Penedès	39	33	14,4	11,3	-21,4%
Barcelonès	521	640	5,4	8,3	54,1%
Garraf	43	41	9,2	9,4	2,5%
Gironès	43	51	6,7	8,9	34,7%
Maresme	87	66	5,7	4,9	-13,6%
Montsià	36	18	13,6	7,6	-44,3%
Osona	61	47	10,7	9,5	-11,0%
Segrià	74	68	9,5	9,9	4,9%
Selva	43	37	7,9	7,0	-11,6%
Tarragonès	85	81	10,5	10,7	1,8%
Vallès Occidental	254	184	8,3	6,7	-18,9%
Vallès Oriental	90	63	6,5	5,1	-20,7%
Catalunya	2.086	1.974	7,3	8,1	11,2%

Nota: No apareixen a la taula les comarques amb un nombre de defuncions inferior a 20 en algun dels períodes de quatre anys considerats. El color taronja indica que existeix una mortalitat superior a la mitjana de Catalunya (estadísticament significativa amb un nivell de confiança del 95%); el color verd indica que existeix una mortalitat inferior a la mitjana de Catalunya (estadísticament significativa amb un nivell de confiança del 95%).

Font: Registre de mortalitat de Catalunya.

Les dades mostren que existeix variabilitat entre comarques en la taxa de mortalitat per suïcidi. Tot i això, algunes de les diferències observades es deuen a divergències en la forma d'identificar i codificar la mortalitat per causes externes, que inclou la mortalitat per suïcidi. Aquestes diferències repercuteixen en la qualitat de les da-

des limitant la seva comparabilitat. Mentre que en alguns territoris s'han dut a terme actuacions específiques encaminades a millorar la detecció dels casos de suïcidi, en altres comarques la qualitat de la informació és inferior i no existeixen estimacions territorials d'infra-detecció. Per exemple, en el cas de Tarragona la major taxa es pot deure principalment a una major exhaustivitat en la detecció de casos. El creixement del nombre de casos observat al Barcelonès es podria deure en part a la reorganització recent i les millores en la qualitat de la notificació de la mortalitat per causes externes. Val a dir que aquest fet també limita l'anàlisi temporal, ja que no es pot saber quina part de l'increment dels casos de suïcidi observat és real i quin és causat per canvis en les formes de notificació.

Per millorar la qualitat i l'exhaustivitat de les estadístiques de mortalitat per causes externes cal avançar en la incorporació de dades procedents de fonts forenses.

El Codi risc de suïcidi

D'acord amb les recomanacions de l'OMS, el Departament de Salut ha prioritzat la prevenció del suïcidi i ha implantat el Codi risc de suïcidi. El nou codi comprendrà un conjunt protocol·litzat d'actuacions assistencials i preventives adreçades a les persones que, en el moment de contactar i/o acudir al sistema sanitari públic, presentin un risc important de suïcidi. Aquest codi implicarà la necessitat d'activar recursos de manera urgent i, posteriorment, requerirà fer un seguiment preventiu proactiu, de major o menor intensitat en funció de l'estat de salut del pacient, en els dotze mesos següents de l'activació del codi, així com d'un registre de casos que permetrà tenir una informació més exhaustiva sobre les conductes suïcides a Catalunya i conèixer l'efectivitat de les intervencions que es desenvolupin.

A Catalunya s'han desenvolupat dues experiències pilot, una a Barcelona (Dreta de l'Eixample) i la segona a Sabadell, que han estat reconegudes per la Comissió Europea com un exemple de bones pràctiques assistencials. L'experiència de Barcelona es va iniciar l'any 2005 en col·laboració entre l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i el Centre de Salut Mental de la Dreta de l'Eixample (Centre de Psicoteràpia de Barcelona). L'avaluació del programa ha mostrat un increment de la supervivència, constatat sobretot per la disminució d'un 20% dels episodis recurrents de suïcidi i l'allargament del període transcorregut entre episodis. És un programa totalment consolidat i de referència per a tots els serveis sanitaris del territori i per als altres agents i serveis socials.

L'any 2007 es va endegar la segona experiència, a Sabadell, dirigida per la Corporació Sanitària del Parc Taulí, amb la col·laboració de l'Ajuntament de Sabadell. Aquesta inclou accions específiques destinades als adolescents. Les dades disponibles mostren que la taxa de suïcidis mortals ha baixat del 8,3 per 100.000 habitants l'any 2008 al 4,8 el 2011; ja en el primer any de funcionament es va produir una disminució global significativa de la repetició de conductes

suïcides (va passar del 14%, l'any 2007 fins al 6% dels pacients atesos per aquesta causa, l'any 2008). Pel que fa, específicament, al grup de població adolescent atesa, s'ha constatat que en tres anys la proporció d'episodis recorrents de suïcidi ha disminuït fins arribar a ser d'un 5%.

La implantació del codi risc suïcidi és un bon exemple de les actuacions orientades a millorar la detecció i el tractament de persones amb patologies que suposen un increment del risc de suïcidi, però és necessari continuar treballant per abordar el suïcidi des d'una perspectiva poblacional (intersectorial i de salut pública) que inclogui mesures com el control de l'accés a potencials mitjans suïcides, el desenvolupament de polítiques de reducció del consum d'alcohol, i la millora de la informació sobre el suïcidi des dels mitjans de comunicació.

Bibliografia

Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectiva. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Supl 1:1-6.

Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing life and livelihood: A systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality. Soc Sci Med. 2011;840-54.

Xifró A, Suelves JM, Martín-Fumadó c, Gómez-Durán E. Suicidios y fuentes médico-forenses en España. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2015;8:46-7.

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la població infantil de Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 10. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014

Aquest document ha estat realitzat per:

Cristina Colls, Anna García-Altés (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya)
i Josep M. Suelves (Agència de Salut Pública de Catalunya)

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic de la Generalitat sotmesa a l'ordenament jurídic privat, adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, amb personalitat jurídica pròpia, autonomia administrativa i financera i plena capacitat d'obrar per al compliment dels seus objectius i les seves funcions. Són objectius de l'AQuAS la generació de coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya que facilitin la presa de decisions a la ciutadania, als professionals i als gestors de l'àmbit de la salut, i als òrgans responsables de la planificació en salut, així com facilitar la implicació dels professionals sanitaris en el sistema i la seva coresponsabilitat en la consecució de les finalitats comunes i la qualitat de l'atenció. L'AQuAS és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi) i membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA). També és membre del del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR), reconegut per la Generalitat de Catalunya, i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Colls C, García-Altés A, Suelves JM. Evolució de la mortalitat per suïcidi a Catalunya en el període 2000-2013: quin impacte ha tingut la crisi econòmica? Monogràfics de la Central de Resultats, número 19. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888
Fax: 93 551 7510
<http://aquas.gencat.cat>
<http://observatorisalut.gencat.cat/>

© 2016, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
1a edició, gener 2016, Barcelona
Composició: Àtona Víctor Igual, SL



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ca>

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC) Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)
08005 Barcelona
Tel. 93 551 39 00
Fax. 93 551 75 10
<http://observatorisalut.gencat.cat>

