



La salut a Barcelona 2008

PROVISIONAL



La salut a Barcelona 2008

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i delegada de
Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona
Isabel Ribas i Seix

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Conrad Casas i Segalà

Adjunt de gerència de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Joan Ramon Villalbí i Hereter

Directora de l'Observatori de Salut Pública de l'Agència de Salut
Pública de Barcelona
Carme Borrell i Thió

Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica

Disseny gràfic:
disseny@jotaerra.com


Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Fredí Roig

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Impressió:
PRIMER SEGONA serveis de comunicació

Dipòsit Legal: B-XXXXXX-09

Desembre 2009

 Imprès sobre paper reciclat

La salut a Barcelona 2008

Coordinació general de l'informe

Xavier Bartoll (ASPB), Anna García-Altés (ASPB).

Redacció

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Carme Borrell (ASPB).

Les polítiques públiques a Barcelona 1980-2008. Una proposta de balanç.

Joan Subirats (IGOP-UAB).

Qui som

Xavier Bartoll (ASPB), Carme Borrell (ASPB), Immaculada Cortés (ASPB), Pep Gómez (DRC), Marta Olabarria (ASPB), Carles Salanova (DRC) i Elena Santamariña (ASPB).

Com vivim

Josep Arqués (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Carme Beni (CSB), Vicent Beneyto (ASPB), Carme Borrell (ASPB), M. Teresa Brugal (ASPB), X. G. Contingente (ASPB), Ester Cros (CSB), Albert Espelt (ASPB), Anna M. García (CSB), Anna Gómez (ASPB), José Gracia (ASPB), Manel Nebot (ASPB), Maribel Pasarín (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Anna Pérez (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Montserrat Puigdollers (CSB), Rosa Puigpinós (ASPB), Marc Rico (ASPB), Elvira Torné (CSB), Natàlia Valero (ASPB), Joan Ramon Villalbí (ASPB) i Corine Zara (CSB).

La nostra salut

Lucía Artazcoz (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Carme Borrell (ASPB), Joan Artur Caylà (ASPB), Imma Cortés (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Enrique Muñoz (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Katherine Pérez (ASPB), Anna Pérez (ASPB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB), Joaquín Salvador (ASPB) i Joan Uribe (SJD).

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona.

CSB: Consorci Sanitari de Barcelona.

DRC: Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona.

SJD: Serveis Socials, Hospital Sant Joan de Déu.

IGOP-UAB: Institut de Govern i Polítiques Públiques-Universitat Autònoma de Barcelona.

Índex: La salut a Barcelona 2008

Presentació	7	
Resum executiu	8	
Resumen ejecutivo	12	
Executive Summary	16	
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut	20	
Les polítiques públiques a Barcelona 1980-2008. Una proposta de balanç	22	
Qui som	25	
La situació demogràfica	26	
La situació socioeconòmica	27	
Les condicions de vida	29	
La mobilitat en dia feiner	31	
Com vivim	33	
El medi ambient	34	
L'aire	34	
L'aigua	36	
La seguretat i la higiene dels aliments	38	
Els animals urbans	41	
Els comportaments	42	
Les conductes relacionades amb la salut	42	
El consum de drogues	45	
Els serveis sanitaris	48	
La utilització de serveis sanitaris	48	
L'atenció primària de salut	50	
L'atenció a les urgències	52	
L'atenció especialitzada hospitalària	53	
L'atenció socio sanitària	54	
L'atenció a la salut mental	55	
L'atenció a les drogodependències	57	
La prestació farmacèutica	58	
Les accions en salut pública	60	
La nostra salut	65	
La salut percebuda	66	
L'estat de salut de les persones en situació de sense llar i relació amb l'atenció proporcionada ..	68	
La salut sexual i reproductiva	70	
La tuberculosi	72	
La infecció per VIH-sida	74	
Les lesions per col·lisions de trànsit	76	
Les lesions per accidents de treball	78	
La mortalitat	80	
La salut a Barcelona 2008 en xifres	83	



Presentació

Aquest any em plau de manera molt especial, com a delegada de Salut i presidenta de l'Agència de Salut Pública (ASPB), presentar aquest informe de salut de Barcelona que representa el vint-i-cinquè informe de salut presentat al Consell Plenari de l'Ajuntament de Barcelona, i poder donar una visió general de la importància que ha suposat per a la ciutat de Barcelona tots aquests anys d'exercici de salut pública.

La perspectiva temporal d'aquests vint-i-cinc anys permet fer visible les millores en la salut i els seus determinants en els diferents àmbits. Per posar-ne alguns exemples, en el medi ambient es comprova la reducció d'emissions de contaminants atmosfèrics de partícules de fum i plom; en l'àmbit de seguretat alimentària, la capacitat de resposta dels programes davant la creixent conscienciació de l'opinió pública; pel que fa als animals urbans, cal destacar la significativa millora en el benestar dels animals de companyia i la supressió de l'eutanàsia. A més, en l'apartat de salut milloren els indicadors de comorbiditat associada al consum de drogues, així com els indicadors de casos d'infecció per VIH i sida, tot i l'impacte que ha suposat l'increment sostingut de població estrangera en aquests indicadors. Igualment cal remarcar els canvis positius dels comportaments en àmbits diversos que afecten la salut de les persones, com ara la important disminució en el nombre de lesions i morts per accident de trànsit, els canvis de comportament en la mobilitat vers un major ús de la bicicleta i l'habilitació d'espais segurs per a vianants en detriment del transport privat. També és significativa la disminució de la prevalença en el consum de tabac i l'increment de l'activitat física i, en l'àmbit laboral, la disminució de lesions greus.

A l'igual d'altres anys, l'anàlisi de la salut pública es complementa en relació amb l'evolució dels recursos sanitaris, amb col·laboració amb el Consorci Sanitari de Barcelona. Al llarg de les dues dècades anteriors s'ha consolidat el desplegament de la reforma de l'atenció primària i la potenciació de programes comunitaris, s'han estabilitzat les urgències hospitalàries, i s'ha creat i consolidat la xarxa d'atenció sociosanitària, a més de desenvolupar la xarxa d'atenció a la salut mental. Cal destacar també l'increment del consum de medicaments genèrics. Pel que fa a les accions de salut pública puntuals, aquest informe posa de relleu la reducció assolida al llarg d'aquests anys en l'excés de mortalitat infantil a Ciutat Vella i la reducció de la mortalitat per càncer de mama a la ciutat, probablement gràcies a la posada en marxa de programes específics i a la potenciació de diversos programes preventius en l'àmbit escolar. A més, també hi han contribuït el lideratge en la millora i coordinació amb les administracions implicades, com ara la mobilitat, o la participació en el vigent programa de reducció de les desigualtats contemplat en la llei de barris.

En conjunt, l'esperança de vida dels ciutadans i ciutadanes de Barcelona no ha deixat d'augmentar, tot i que persisteixen, entre d'altres, problemes de salut de grups de població immigrant i en situació d'exclusió social. Constitueix un repte de futur la persistència de desigualtats segons la posició socioeconòmica i el sexe; en concret, en l'accés l'habitatge i en les condicions de treball, relacionades amb la temporalitat o precarietat i amb l'atur. Accions com les del Programa de salut als barris són un exemple de bones pràctiques que cal anar consolidant.

Per tot això, aquest informe de salut posa de manifest la rellevància del que han estat les polítiques de salut pública per a la ciutat de Barcelona i la seva importància per afrontar els reptes de futur. Posar en coneixement dels diferents agents socials la situació de l'estat de salut és part integrant del procés de millora del benestar de la ciutadania.

Per acabar, només voldria agrair a tots els professionals que, des dels serveis de salut pública de la ciutat, han aportat la seva expertesa i la seva dedicació al llarg d'aquests 25 informes de salut. Són moltes les persones que hi han participat. A totes elles, el meu reconeixement i el de tota la ciutat.

Isabel Ribas

*Delegada de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
Presidenta Agència de
Salut Pública de Barcelona*

Resum executiu

8

Les polítiques públiques

En la primera etapa del govern municipal democràtic de la transició es va haver d'abordar el dèficit d'equipaments i de serveis i el context de crisi i atur dels anys 80. Un dels instruments d'ordenació urbanística d'aquest període va ser el Pla metropolità del 1974. A la dècada dels 90 i amb la celebració dels Jocs Olímpics de Barcelona s'endegà la projecció de la imatge de la ciutat a l'escenari internacional i l'aprofundiment d'una nova transformació a la ciutat; el Pla estratègic va ser una eina important d'aquesta etapa. El darrer període ve marcat per la voluntat d'incidir en les polítiques socials i en la correcció de les tensions que causa la transformació de la ciutat mitjançant la potenciació de polítiques socials i de consens.

Qui som

La situació demogràfica

La població de Barcelona el 2008 és d'1.615.908 persones amb una composició per sexes del 47,5% d'homes i el 52,5% de dones. Destaca l'increment de població de nacionalitat estrangera durant aquests 25 anys: el 2008 representa un 17,9%, mentre que el 1996 no superava el 2%. La població infantil de nacionalitat estrangera ha passat de ser del 1,4% el 1991 al 16,1% el 2008. Un altre canvi important és l'increment de la població que viu sola: el 2008 suposa l'11,9%, mentre que el 1991 era del 6,4%. El 2008 la proporció d'habitants de 85 anys o més que viu sola és d'un 40,9% de dones i d'un 20,7% d'homes.

La situació socioeconòmica

El 2008 s'observa un augment de les taxes d'activitat, ocupació i atur en ambdós sexes. El període 1991-2008 s'ha caracteritzat per l'augment de les taxes d'activitat i ocupació, sobretot en les dones. Fins al 2006 l'atur va disminuir en ambdós sexes, però ha augmentat, en els homes, els dos darrers anys i, en les dones, el darrer any.

Les condicions de vida

L'any 1990 es va crear el Programa interdepartamental de la renda mínima d'inserció, del qual l'any 2008 se n'han beneficiat 5.072

persones. Tres districtes –Ciutat Vella, Nou Barris i Sant Martí– concentren el 50% de les persones acollides al programa. El 71,4% de les persones perceptores són dones, el 40% viuen en llars monoparentals i el 20% són de nacionalitat estrangera.

La mobilitat en dia feiner

En els últims 10 anys s'ha incrementat la mobilitat a Barcelona un 16%, amb un total de 7.850.973 desplaçaments diaris en dia feiner durant el 2008. El període 2003-2008 destaca per la disminució dels desplaçaments en turisme i l'augment de l'ús de la bicicleta i la moto per fer trajectes i desplaçaments de connexió, així com per un major ús del transport públic en els desplaçaments de connexió. Aquests canvis amb potencial positiu per a la salut pública coincideixen amb un període en què s'han intensificat mesures de pacificació del trànsit a la ciutat, s'han augmentat els espais segurs per a usuaris vulnerables i s'ha implementat un servei de bicicletes públiques, entre d'altres mesures.

Com vivim

El medi ambient

L'aire

Des del 1987 es mostra una important millora en els contaminants atmosfèrics de partícules-fums i plom. Els nivells de fonts de partícules PM₁₀ compleixen el valor límit anual i es manté la tendència de descens generalitzat de la mitjana anual i del valor límit diari de PM₁₀. Els valors més alts de les mitjanes anuals no es corresponen amb les intensitats de trànsit, cosa que fa palesa la incidència d'altres fonts d'aquest contaminant que no són el trànsit.

L'aigua

Durant l'any 2008, l'ASPB ha dut a terme un total de 551 controls de la qualitat de l'aigua a l'aixeta del consumidor. Les principals incidències estan associades a l'existència de canonades de plom i dipòsits a la xarxa de distribució interna. Qualsevol ciutadà de Barcelona pot demanar aquesta anàlisi de control de franc. A més de la supervisió de l'aplicació del programa d'autocontrol de la qualitat de l'aigua subministrada per l'entitat gestora de l'abastament, l'ASPB realitza controls a l'aigua de les fonts públiques de Barcelona i verifica que es compleixin tots els paràmetres legiscats a la normativa aplicable.

La seguretat i higiene dels aliments

La progressiva implantació del sistema de vigilància sanitària és una important eina per mesurar el risc dels establiments alimentaris i per prioritzar les activitats de control. Aquesta implantació substitueix la tradicional inspecció puntual per l'anàlisi de riscos i de punts crítics prèviament definits, així com l'avaluació dels autocontrols i dels programes de formació del personal. Des del 1984, el seguiment analític dels contaminants ambientals, microbiològics i d'additius dels aliments amb

el programa IQSA possibilita el monitoratge de tendències, l'avaluació d'exposicions i riscos i l'adopció de mesures correctores, fet que contribueix a la protecció de la salut del consumidor.

Els animals urbans

Durant els darrers 25 anys els serveis i la política de salut pública en matèria d'animals de companyia a la ciutat de Barcelona han experimentat variacions que reflecteixen una nova sensibilitat i conscienciació de la ciutadania i mostren canvis en la política pel que fa al benestar, els drets i la protecció dels animals de companyia. El 1998 es va formular el Pla integral d'animals de companyia, que es va traduir en un increment de les adopcions d'aquests animals i la disminució d'entrades i estades al Centre d'Acol·lida d'Animals de Companyia (CAAC), i que va permetre, el 2003, la supressió de la eutanàsia.

Els comportaments

Les conductes relacionades amb la salut

Al llarg dels darrers 25 anys s'observa una clara disminució en la prevalença de l'hàbit del tabac en el conjunt de la població. Però així com el percentatge de persones fumadores ha passat, en els homes, del 54,4% el 1983 al 33,7% el 2006, en les dones va augmentar inicialment d'un 21,4% a un 24,5%. Pel que fa a l'activitat física es constata també un increment de la població que practica activitat intensa o moderada. Quant al comportament dels més joves, les dades mostren com el consum regular de tabac ha disminuït tant en nois com en noies, i el consum experimental d'alcohol es manté constant al llarg dels anys.

El consum de drogues

La mortalitat i la comorbiditat a causa del consum de drogues a Barcelona han anat disminuint al llarg dels anys. Per tant, es mostren efectius els programes enfocats a reduir-les.

Els serveis sanitaris

La utilització dels serveis sanitaris

Prenent com a indicadors d'ús de serveis sanitaris el nombre de visites al metge dels darrers quinze

dies i el nombre d'hospitalitzacions del darrer any, s'observa una estabilitat de les tendències a llarg termini, amb una moderada propensió a l'increment.

L'atenció primària

L'any 2003 va finalitzar la implantació bàsica de la reforma de l'atenció primària de salut a la ciutat de Barcelona.

Entre les activitats comunitàries i de prevenció i promoció de la salut que els professionals dels Equips d'atenció primària han anat incorporant en els darrers anys, cal destacar el Programa d'atenció domiciliària, el Protocol del nen sa, el Programa de prevenció de l'hàbit del tabac, el Programa beveu menys, el Programa salut i escola i el Programa de suport a la primària.

L'atenció a les urgències i l'atenció especialitzada hospitalària

Davant l'aparició de problemes aguts de salut, els ciutadans tendeixen a freqüentar els serveis d'urgències hospitalàries, principalment la població pediàtrica. La creació de nous centres específics d'urgències junt amb l'elaboració de programes i el seguiment dels pacients en l'atenció primària, han contribuït a estabilitzar les urgències ateses als hospitals.

Les taxes d'hospitalització són força estables al llarg dels anys, essent més elevades en els homes, especialment en les edats extremes de la vida.

Hi ha un increment creixent de les intervencions quirúrgiques ambulatories d'un 23% en els darrers cinc anys, sobretot en les intervencions de cataractes. Aquest fet ajuda a optimitzar recursos i a facilitar la recuperació del pacient.

L'atenció sociosanitària

En els darrers 20 anys s'ha creat i consolidat una xarxa d'atenció sociosanitària orientada a les persones grans malaltes, als malalts crònics i a persones en situació de final de vida. El repte pels propers anys és plantejar estratègies que ajudin a reduir la comorbiditat de les persones grans i que permetin preveure i retardar, en la mesura possible, situacions de dependència.

L'atenció a la salut mental

El desenvolupament de la reordenació de l'atenció a la salut mental a la ciutat de Barcelona, ha representat un esforç important a tots els nivells que ha facilitat el desplegament de diferents programes de millora assistencial.

El nombre de persones ateses en tots els recursos d'atenció a la salut mental ha experimentat un augment al llarg dels anys. Als centres de salut mental d'adults s'ha passat de 18.016 pacients atesos l'any 1995, a 34.898 l'any 2008 (increment 1995-2008 del 93,7%). Cal

Resum executiu

10

destacar, així mateix, l'augment experimentat als centres de salut mental infantil i juvenil, que passa dels 5.499 pacients atesos l'any 1995 als 6.953 de l'any 2008 (increment 1995-2008 del 26,4%).

El desenvolupament dels recursos comunitaris i d'hospitalització a la ciutat ha permès oferir major cobertura a la població i això es reflecteix en un major ús dels serveis. Destaca l'augment progressiu de les altes anuals dels hospitals de dia (de 210 altes el 1999 a 820 el 2008), de l'atenció als centres de dia (de 509 pacients atesos el 1994 a 1.516 el 2008), de l'hospitalització d'aguts (de 3.110 altes el 1994 a 4.803 el 2007) i de l'hospitalització de subaguts (de 379 altes el 1999 a 524 el 2008). Cal assenyalar també la inauguració el 2008 de la nova Unitat Polivalent de Barcelona Nord amb una unitat d'alta dependència psiquiàtrica, una unitat de subaguts especialitzada en pacients amb trastorn de conducta i un hospital de dia.

L'atenció a les drogodependències

L'alcohol és la droga que origina un major nombre de primeres visites als centres d'atenció i seguiment (CAS) de la xarxa d'atenció a les drogodependències, malgrat que l'heroïna segueix essent la droga il·legal que més activitat hi genera.

La prestació farmacèutica

Hi ha cinc subgrups terapèutics (hipolipemians, bifosfonats, antiulcerosos, ARA II monofàrmacs, i altres analgèsics i antipirètics) que han augmentat els seus valors de dosis (mesurades per mil habitants i dia, DHD) des de l'any 2004 a l'any 2008.

El percentatge d'envasos de medicaments genèrics dispensats l'any 2008 ha estat d'un 27%, que representa un augment del 76,1% des de l'any 2004.

Les accions en salut pública

Per a alguns problemes de salut de la ciutat, l'informe anual de salut ha estat molt rellevant per generar accions i intervencions orientades a canviar-los. Al llarg dels darrers 25 anys destaca la detecció, pels serveis de salut pública, d'indis

d'una mortalitat infantil elevada a Ciutat Vella, o de l'increment de la mortalitat per càncer de mama. En els dos casos, el coneixement i el debat van dur a buscar respostes possibles i generar programes que han aconseguit canviar la situació, amb notables millores assolides mitjançant estratègies que, a més, han afrontat les desigualtats socials en la salut.

La nostra salut

La salut percebuda

Un 82,7% dels homes i un 71,2% de les dones (el 76,6% del conjunt de la població) declara tenir un estat de salut percebut molt bo o bo. Des del 1986 es mantenen els nivells de bona salut manifestada en tots els grups d'edat, a excepció del grup d'homes de més de 75 anys i del de dones de més de 65 anys. S'observa una major presència sostinguda de persones amb trastorns crònics i restricció de l'activitat des del 1992.

Estat de salut de persones sense llar

Segons el recompte de 2008, les persones sense sostre tenen una edat mitjana de poc més de 44,5 anys. En general, porten menys de tres anys sense llar. Cal destacar que el 79,2% de les persones en aquesta situació pateix trastorns crònics, percentatge que en els homes és d'un 77,9% i, entre les dones, del 87%. Les malalties o trastorns crònics més freqüents són els musculoesquelètics (67,6%), els cardiovasculars (57,2%) i la morbiditat mental (49,1%), seguits de les toxicomanies: alcoholisme (26,8%) i altres drogues (18,2%). Es posa de manifest també, la baixa cobertura mèdica d'aquest col·lectiu.

La salut sexual i reproductiva

En els darrers 25 anys, en un context de millora progressiva del reconeixement dels drets sexuals i reproductius de la dona al nostre país, a la ciutat de Barcelona s'ha produït un increment progressiu tant de la fecunditat com dels avortaments en tots els grups d'edat, però principalment entre les dones més joves.

La tuberculosi

El Programa de control de la tuberculosi de la ciutat porta 21 anys implementant estratègies de vigilància i control de la tuberculosi i adequant a cada període les necessitats observades en l'epidemiologia de la malaltia. La incidència ha anat disminuint de manera progressiva en aquests anys i el 2008 se situa en 25,4 casos per 100.000 habitants (h.), essent més baixa en les dones (17,6 casos/100.000 h.) que en els homes (34 casos/100.000 h.).

La infecció per VIH-sida

A Barcelona, com a la resta d'Europa, la infecció per VIH representa un problema important per a la salut pública. La notificació dels

diagnòstics de VIH és essencial en la vigilància de l'epidèmia, així com una eina per avaluar la resposta dels programes de prevenció en el control de la transmissió de la infecció.

Les lesions per accident de trànsit

Respecte a l'any 2007, el nombre d'accidents de trànsit amb víctimes ha disminuït el 2008 en un 8,9%, el nombre de ferits un 9,7% i el nombre de morts un 27,9%. Per sexes, la reducció ha estat similar a excepció de les morts, que ha estat d'un 25,9% en els homes i d'un 31,3% en les dones. A finals dels anys 80 es produïen cada any a Barcelona més de 15.000 ferits i més de 90 morts per col·lisió. La creació del Consell de Circulació el 1983, el Pla de seguretat viària el 2000, conjuntament amb actuacions dirigides a la modificació de comportaments i infraestructures, han permès que en la actualitat el nombre de lesionats s'hagi reduït al voltant del 20% i, pel que fa a morts, més d'un 65%.

Les lesions per accident de treball

Durant l'any 2008 s'han produït 417 lesions greus per accident de treball i 31 de mortals, que suposen 31 lesions greus menys que l'any anterior i 2 més de mortals. Es manté l'increment de notificacions de malalties relacionades amb el treball, amb els trastorns ansiosos depressius com a diagnòstic més freqüent, seguit de la patologia musculoesquelètica. S'observa una disminució important de les lesions greus entre el 2000 i el 2008. Les lesions mortals s'estabilitzen fins al 2003, amb una posterior tendència a la disminució (excepte l'any 2006).

La mortalitat

A Barcelona, a l'igual d'altres regions i països desenvolupats, creix progressivament l'esperança de vida. Al llarg de les darreres dècades s'ha pogut observar una reducció de les desigualtats entre territoris, sobretot a causa de la disminució de la sida que afectava més poblacions de baix nivell socioeconòmic. Les malalties de l'aparell circulatori són les principals causes de mort, però presenten una tendència decreixent, a l'igual de la sida i les lesions per causes externes (principals causes de mort en els més joves). Així doncs, durant els darrers anys, el càncer de pulmó en homes i el càncer de mama en dones han passat a ser les primeres causes de mortalitat prematura.



Resumen ejecutivo

12

Las políticas públicas

En la primera etapa del gobierno municipal democrático de la transición se tuvo que abordar el déficit de equipamientos y servicios, así como el contexto de crisis y paro de los años 80. Uno de los instrumentos de ordenación urbanística de este periodo fue el Plan Metropolitano de 1974. En la década de los 90 y con motivo de la celebración de los Juegos Olímpicos de Barcelona se encauzó la proyección internacional de la imagen de la ciudad y la profundización de una nueva transformación en la ciudad; el Plan Estratégico constituyó una herramienta importante de esta etapa. El último periodo viene marcado por la voluntad de incidir en las políticas sociales y en la corrección de las tensiones, hecho que causa la transformación de la ciudad por la potenciación de políticas sociales y de consenso.

Quiénes somos

La situación demográfica

La población de Barcelona en 2008 es de 1.615.908 personas, con una composición por sexos del 47,5% de hombres y el 52,5% de mujeres. En estos 25 años destaca el incremento de población de nacionalidad extranjera: en 2008 representa un 17,9%, mientras que en 1996 no superaba el 2%. La población infantil de nacionalidad extranjera ha pasado de ser del 1,4% en 1991 al 16,1% en 2008. Otro cambio importante es el incremento de la población que vive sola: en 2008 es del 11,9%, mientras que en 1991 era del 6,4%. En 2008 la proporción de habitantes de 85 años o más que vive sola es de un 40,9% de mujeres y un 20,7% de hombres.

La situación socioeconómica

En 2008 se observa un aumento de las tasas de actividad, ocupación y paro en ambos sexos. El periodo 1991-2008 se ha caracterizado por el aumento de las tasas de actividad y ocupación, sobre todo en las mujeres. Hasta 2006 el paro disminuyó en ambos sexos, pero aumentó, en los hombres, en los dos últimos años y, en las mujeres, en el último año.

Las condiciones de vida

En 1990 se creó el Programa Interdepartamental de la Renta Mínima de Inserción, del cual en 2008 se beneficiaron 5.072 personas. Tres distritos -Ciutat Vella, Nou Barris y Sant Martí- concentran el 50% de las personas acogidas al programa. El 71,4% de las personas perceptoras son mujeres, el 40% viven en hogares monoparentales y el 20% son de nacionalidad extranjera.

La movilidad en día laborable

En los últimos 10 años se ha incrementado la movilidad en Barcelona un 16%, con un total de 7.850.973 desplazamientos diarios en día laborable durante el 2008. El periodo 2003-2008 destaca por la disminución de los desplazamientos en turismo y el aumento del uso de la bicicleta y la moto para realizar trayectos y desplazamientos de conexión, así como por un mayor uso del transporte público en los desplazamientos de conexión. Estos cambios con potencial positivo para la salud pública coinciden con un periodo en el que se han intensificado medidas de pacificación del tránsito en la ciudad, se han aumentado los espacios seguros para usuarios vulnerables y se ha implementado un servicio de bicicletas públicas, entre otras medidas.

Cómo vivimos

El medio ambiente

El aire

Desde 1987 se muestra una importante mejora en los contaminantes atmosféricos de partículas-humos y plomo. Los niveles de fuentes de partículas PM₁₀ cumplen el valor límite anual y se mantiene la tendencia de descenso generalizado tanto del promedio anual y como del valor límite diario de PM₁₀. Los valores más altos de las medias anuales no se corresponden con las intensidades de tránsito, lo que pone de manifiesto la incidencia de otras fuentes de este contaminante distintas al tránsito.

El agua

Durante el año 2008, la ASPB ha llevado a cabo un total de 551 controles de calidad en el agua del grifo del consumidor. Las principales incidencias están vinculadas a la existencia de cañerías de plomo y depósitos en la red de distribución interna. Cualquier ciudadano de Barcelona puede solicitar este análisis de control gratuito. Además supervisar la aplicación del programa de autocontrol de la calidad del agua suministrada por la entidad gestora del abastecimiento, la ASPB realiza controles en el agua de las fuentes públicas de Barcelona y verifica que se cumplan todos los parámetros legislados en la normativa aplicable.

La seguridad e higiene de los alimentos

La progresiva implantación del sistema de vigilancia sanitaria es una importante herramienta para medir el riesgo de los establecimientos alimenticios y para priorizar las actividades de control. Esta implantación sustituye la tradicional inspección puntual por el análisis de riesgos y de puntos críticos previamente definidos, así como la evaluación de los autocontroles y de los programas de formación del personal. Desde 1984, el seguimiento analítico de los contaminantes ambientales, microbiológicos y de aditivos de los alimentos con el programa IQSA posibilita la monitorización de tendencias, la evaluación de exposiciones y riesgos y la adopción de medidas correctoras, hecho que contribuye a la protección de la salud del consumidor.

Los animales urbanos

Durante los últimos 25 años los servicios y la política de salud pública en materia de animales de compañía en la ciudad de Barcelona han experimentado variaciones que reflejan una nueva sensibilidad y concienciación de la ciudadanía, a la vez que muestran cambios políticos en cuanto al bienestar, los derechos y la protección de los animales de compañía. El 1998 se formuló el Plan Integral de Animales de Compañía, el cual se tradujo en un incremento de las adopciones de estos animales y la disminución de entradas y estancias en el Centro de Acogida de Animales de Compañía (CAAC), permitiendo, en 2003, la supresión de la eutanasia.

Los comportamientos

Las conductas relacionadas con la salud

A lo largo de los últimos 25 años se observa una clara disminución en la prevalencia del hábito del tabaco en el conjunto de la población. Pero así como el porcentaje de personas fumadoras ha pasado, en los hombres, del 54,4% en 1983 al 33,7% en 2006, en las mujeres aumentó inicialmente de un 21,4% a un 24,5%. En lo que concierne a la actividad física se constata también un incremento de la población que practica actividad intensa o moderada. En cuanto al comportamiento de los

más jóvenes, los datos muestran cómo el consumo regular de tabaco ha disminuido tanto en chicos como en chicas, y el consumo experimental de alcohol se mantiene constante a lo largo de los años.

El consumo de drogas

La mortalidad y la comorbilidad debido al consumo de drogas en Barcelona han ido disminuyendo a lo largo de los años. Por lo tanto, se muestran efectivos los programas enfocados a reducirlas.

Los servicios sanitarios

La utilización de los servicios sanitarios

Tomando como indicadores de uso de servicios sanitarios el número de visitas al médico de los últimos quince días y el número de hospitalizaciones del último año, se observa una estabilidad de las tendencias a largo plazo, con una moderada propensión al incremento.

La atención primaria

En el año 2003 finalizó la implantación básica de la reforma de la atención primaria de salud en la ciudad de Barcelona.

Entre las actividades comunitarias y de prevención y promoción de la salud que los profesionales de los equipos de atención primaria han ido incorporando en los últimos años, cabe destacar el Programa de Atención Domiciliaria, el Protocolo del Niño Sano, el Programa de Prevención del Hábito del Tabaco, el Programa Beban Menos, el Programa Salud y Escuela y el Programa de Apoyo a la Primaria.

La atención en las urgencias y la atención especializada hospitalaria

Ante la aparición de problemas agudos de salud, los ciudadanos tienden a frecuentar los servicios de urgencias hospitalarias, principalmente la población pediátrica. La creación de nuevos centros específicos de urgencias, junto con la elaboración de programas y el seguimiento de los pacientes en la atención primaria, han contribuido a estabilizar las urgencias atendidas en los hospitales.

Las tasas de hospitalización son bastante estables a lo largo de los años, siendo más elevadas en los hombres y especialmente en las edades extremas de la vida.

Se observa un incremento creciente de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias, de un 23% en los últimos cinco años, sobre todo en las intervenciones de cataratas. Este hecho contribuye a optimizar recursos y a facilitar la recuperación del paciente.

La atención sociosanitaria

En los últimos 20 años se ha creado y consolidado una red de atención sociosanitaria orientada a las personas mayores enfermas, a los

Resumén ejecutivo

14

enfermos crónicos y a las personas en situación de final de vida. El reto de los próximos años consiste en plantear estrategias que contribuyan a reducir la comorbilidad de las personas mayores permitiendo prever y retardar, en la medida posible, situaciones de dependencia.

La atención a la salud mental

El desarrollo de la reordenación de la atención a la salud mental en la ciudad de Barcelona ha representado un esfuerzo importante en todos los niveles que ha facilitado el despliegue de diferentes programas de mejora asistencial.

El número de personas atendidas en todos los recursos de atención a la salud mental ha experimentado un aumento a lo largo de los años. En los centros de salud mental de adultos se ha pasado de 18.016 pacientes atendidos en el año 1995, a 34.898 en 2008 (incremento 1995-2008 del 93,7%). Cabe destacar, asimismo, el aumento experimentado en los centros de salud mental infantil y juvenil, que pasa de los 5.499 pacientes atendidos en el año 1995 a los 6.953 del año 2008 (incremento 1995-2008 del 26,4%).

El desarrollo de los recursos comunitarios y de hospitalización en la ciudad ha permitido ofrecer mayor cobertura a la población y ello se refleja en un mayor uso de los servicios. Destaca el aumento progresivo de las altas anuales en los hospitales de día (de 210 altas en 1999 a 820 en 2008), de la atención en los centros de día (de 509 pacientes atendidos en 1994 a 1.516 en 2008), de la hospitalización de agudos (de 3.110 altas en 1994 a 4.803 en 2007) y de la hospitalización de subagudos (de 379 altas en 1999 a 524 en 2008). Es preciso señalar también la inauguración en 2008 de la nueva Unidad Polivalente de Barcelona Norte, con una unidad de alta dependencia psiquiátrica, una unidad de subagudos especializada en pacientes con trastorno de conducta y un hospital de día.

La atención a las drogodependencias

El alcohol es la droga que origina un mayor número de primeras visitas en los centros de atención y seguimiento (CASO) de la red de

atención a las drogodependencias, pese a que la heroína sigue siendo la droga ilegal que más actividad genera en dichos centros.

La prestación farmacéutica

Existen cinco subgrupos terapéuticos (hipolipemiantes, bifosfonatos, antiulcerosos, ARA II monofármacos, y otros analgésicos y antipiréticos) que han aumentado sus valores de dosis (medidas por mil habitantes y día, DHD) desde el año 2004 al año 2008.

El porcentaje de envases de medicamentos genéricos dispensados en el 2008 ha sido de un 27%, lo que representa un aumento del 76,1% desde el año 2004.

Las acciones en salud pública

Para algunos problemas de salud de la ciudad, el informe anual de salud ha sido de especial relevancia para generar acciones e intervenciones orientadas a cambiarlos. A lo largo de los últimos 25 años destaca la detección, por parte de los servicios de salud pública, de indicios de una mortalidad infantil elevada en Ciutat Vella, o de un incremento de la mortalidad por cáncer de mama. En los dos casos, el conocimiento y el debate causaron la búsqueda de respuestas posibles y la creación de programas que han logrado cambiar la situación, con notables mejoras conseguidas mediante estrategias que incluso han hecho frente a las desigualdades sociales en materia de salud.

Nuestra salud

La salud percibida

Un 82,7% de los hombres y un 71,2% de las mujeres (el 76,6% del conjunto de la población) declara tener un estado de salud percibido muy bueno o bueno. Desde 1986 se mantienen los niveles de buena salud manifestada en todos los grupos de edad, a excepción del grupo de hombres de más de 75 años y el de mujeres de más de 65 años. Se observa una mayor presencia sostenida de personas con trastornos crónicos y restricción de la actividad desde 1992.

Estado de salud de las personas sin hogar

Según el recuento de 2008, las personas sin techo tienen una edad media de poco más de 44,5 años. En general, llevan menos de tres años sin hogar. Cabe destacar que el 79,2% de las personas en esta situación sufre trastornos crónicos, porcentaje que en los hombres es de un 77,9% y, entre las mujeres, del 87%. Las enfermedades o trastornos crónicos más frecuentes son los musculoesqueléticos (67,6%), los cardiovasculares (57,2%) y la morbilidad mental (49,1%), seguidos de las toxicomanías: alcoholismo (26,8%) y otras drogas (18,2%). Se pone de manifiesto también la baja cobertura médica de este colectivo.

La salud sexual y reproductiva

En los últimos 25 años, en un contexto de mejora progresiva del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en nuestro país, en la ciudad de Barcelona se ha producido un incremento progresivo tanto de la fecundidad como de los abortos en todos los grupos de edad, pero principalmente entre las mujeres más jóvenes.

La tuberculosis

El Programa de Control de la Tuberculosis de la ciudad lleva 21 años implementando estrategias de vigilancia y control de la tuberculosis, adecuando a cada periodo las necesidades observadas en la epidemiología de la enfermedad. La incidencia ha ido disminuyendo de manera progresiva en estos años y en 2008 se sitúa en 25,4 casos por 100.000 habitantes (hab.), siendo más baja en las mujeres (17,6 casos/100.000 hab.) que en los hombres (34 casos/100.000 hab.).

La infección por VIH-sida

En Barcelona, como en el resto de Europa, la infección por VIH constituye un problema importante para la salud pública. La notificación de los diagnósticos de VIH es esencial en la vigilancia de la epidemia, así como una herramienta para evaluar la respuesta de los programas de prevención en el control de la transmisión de la infección.

Las lesiones por accidente de tráfico

Con respecto al año 2007, el número de accidentes de tráfico con víctimas ha disminuido en 2008 en un 8,9%, el número de heridos un 9,7% y el número de muertes un 27,9%. Por sexos, la reducción ha sido similar a excepción de los fallecidos, que ha sido de un 25,9% en los hombres y de un 31,3% en las mujeres. A finales de los años 80 se producían cada año en Barcelona más de 15.000 heridos y más de 90 fallecidos por colisión. La creación del Consejo de Circulación en 1983, el Plan de Seguridad Vial en el 2000, conjuntamente con actuaciones dirigidas a la modificación de comportamientos e infraestructuras, han permitido que en la

actualidad el número de lesionados se haya reducido cerca del 20% y, en cuanto a fallecidos, más de un 65%.

Las lesiones por accidente de trabajo

Durante el año 2008 se han producido 417 lesiones graves por accidente de trabajo y 31 de mortales, lo que supone 31 lesiones graves menos que el año anterior y 2 más de mortales. Se mantiene el incremento de notificaciones de enfermedades relacionadas con el trabajo, con los trastornos ansiosos depresivos como diagnóstico más frecuente, seguido de la patología musculoesquelética. Se observa una disminución importante de las lesiones graves entre 2000 y 2008. Las lesiones mortales se estabilizan hasta 2003, con una posterior tendencia a la disminución (excepto en el año 2006).

La mortalidad

En Barcelona, al igual que en otras regiones y países desarrollados, crece progresivamente la esperanza de vida. A lo largo de las últimas décadas se ha podido observar una reducción de las desigualdades entre territorios, sobre todo debido a la disminución del sida, que afectaba más población de bajo nivel socioeconómico. Las enfermedades del aparato circulatorio son las principales causas de muerte, pero presentan una tendencia decreciente, al igual que el sida y las lesiones por causas externas (principales causas de muerte en los más jóvenes). Así pues, durante los últimos años, el cáncer de pulmón en hombres y el cáncer de mama en mujeres han pasado a ser las primeras causas de mortalidad prematura.

Executive Summary

16

Public policies

During the first stage of the transition to democracy, the municipal government was obliged to address the deficit in facilities and services in the context of economic crisis and unemployment prevalent in the 1980s. One of the key instruments of urban planning during this time was the Metropolitan Plan of 1974. At the beginning of the 1990s the Olympic Games were held in Barcelona with the projection of the city's image on the international stage, and a new and profound transformation of the city: the Strategic Plan was a hugely important instrument during this time. The most recent period has been marked by the determination to address social policies and correct the tensions caused by the city's transformation by promoting consensually-agreed social policies.

Who we are

The demographic situation

The population of Barcelona in 2008 was 1,615,908, of whom 47.5% were men and 52.5% were women. There has been a significant increase in foreign residents over the last 25 years: in 2008 they represented 17.9% of the population while back in 1996 they made up just 2%. The percentage of children of foreign parentage has gone from 1.4% in 1991 to 16.1% in 2008. Another major change is the increase in the number of people who live alone: 11.9% in 2008, rising from just 6.4% in 1991. In 2008, the proportion of people aged 85 or more living alone was 40.9% women and 20.7% men.

The socioeconomic situation

In 2008 there was an increase in business activities, employment and unemployment rates for both sexes. The 1991-2008 period was characterised by the increase in business activities and employment, particularly in the case of women. Up until 2006, unemployment rates dropped for both sexes, but in the last two years these rates have increased for men, and in the last year for women.

Living conditions

In 1990, the Interdepartmental Minimum Income Insertion Programme was set up, from which 5,072 people benefited in 2008. Fifty percent of the people on this programme were living in three districts: Ciutat Vella, Nou Barris and Sant Martí. Of these, 71.4% of the beneficiaries were women, 40% lived in single-parent families, and 20% were foreigners.

Mobility on working days

In the last 10 years, mobility in Barcelona has increased by 16%, with a total of 7,850,973 daily journeys on working days in 2008. There was a notable decrease in car journeys during the 2003-2008 period and an increase in the use of bicycles and mopeds for both inner-city trips and commuter trips to/from the metropolitan area, and greater use of single or combined public transport services in the whole metropolitan area. These changes, which have the potential for a positive impact on public health, coincided with a period during which measures to attenuate the city's traffic intensified, as well as an increase in protected areas for vulnerable users and a public bicycle service, amongst other measures.

How we live

The environment

Air quality

Since 1987 there has been a considerable improvement in the levels of atmospheric pollutants such as particles-smoke and lead. The level of sources of PM₁₀ particles complied with the annual maximum and the general downward trend of the annual average and daily maximum of PM₁₀ was maintained. The highest figures of the annual averages do not correspond to traffic intensity, which demonstrates the influence of sources other than traffic on this pollutant.

Water

In 2008, the ASPB (Barcelona Public Health Agency) carried out a total of 551 checks on the quality of water for public consumption. The main risk factors in this respect are associated with lead piping and internal distribution tanks. Anyone in Barcelona can ask for this analysis to be carried out free of charge. As well as supervising the implementation of the self-check programme on water quality supplied by the local water authority, the ASPB checks the water in public fountains in Barcelona and verifies that it complies with all the parameters laid down by the relevant legislation.

Food health and safety

The progressive implementation of a health surveillance system is an important tool for measuring the risk factors in food-related

establishments and prioritizing monitoring activities. This implementation has replaced the traditional one-off inspections to analyse previously-defined risk factors and critical points and the staff training programmes and self-assessments. Since 1984, the monitoring and analysis of environmental and microbiological pollutants and additives in food has been carried out with the IQSA programme (Food Health Quality Research), making it possible to monitor trends, assess exposure and risk and adopt corrective measures, all of which contributes to protecting consumer health.

Urban animals

Over the last 25 years, public health policies and services relating to pets in Barcelona have undergone various changes which reflect a new awareness and sensitivity from the general public and demonstrate the change in animal welfare policy and the rights and protection of pets. In 1998 an Integral Pet Plan was established which translated into an increase in pet adoptions and a drop in the number of animals being taken to the Pet Refuge Centre (CAAC) and the length of time they were kept there, which in 2003 led to the abolishment of animal euthanasia.

Behaviour

Health-related behaviour

Over the last 25 years there has been a clear decline in the number of smokers in the population as a whole. However, although the percentage of male smokers has dropped from 54.4% in 1983 to 33.7% in 2006, in women this figure increased initially from 21.4% to 24.5%. With regard to exercise, there has also been an increase in the number of people who do moderate or intensive exercise. In terms of young people, figures show that regular smoking has decreased in both young men and young women, while the experimental consumption of alcohol has remained at a constant level over the years.

Use of drugs

Mortality and co-morbidity from the use of drugs in Barcelona has decreased over the years. This

demonstrates the effectiveness of the programmes geared towards reducing drug use.

Healthcare services

The use of healthcare services

Taking the number of visits to the doctor in the last 15 days and the number of hospitalizations in the last year as indicators of the use of health care services, we can see that the long-term trend remains stable with a very slight propensity towards increasing.

Primary healthcare

The initial phase of primary healthcare reforms in Barcelona was completed in 2003. Among the community campaigns for preventing disease and promoting good health that the primary healthcare teams have incorporated during the last few years, it is worth mentioning the Home Care Programme, the Healthy Child Protocol, the Stop Smoking Campaign, the Drink Less Programme, the School & Health Programme and the Primary Support Programme.

Emergency healthcare and hospital specialization

When faced with an acute health problem, people tend to go to emergency outpatient services, especially paediatrics. The creation of new, dedicated emergency centres and the establishment of programmes to monitor patients by the primary healthcare services have contributed to stabilizing the number of people that have to be dealt with by hospital emergency services.

Hospital occupancy rates have been pretty stable over the years, being higher in men, especially the very young or very old.

There has been a progressive increase of 23% in the number of outpatient surgical operations in the last five years, especially cataract operations. This has helped to optimize resources and enhance patients' recovery rate.

Social health and healthcare

In the last 20 years a social health and welfare network has been created and consolidated geared towards caring for sick elderly people, people with chronic diseases, and people at the end of their lives. The challenge for the coming years is to plan strategies that help to reduce the co-morbidity of elderly people and enable us to anticipate and delay, as far as possible, situations of dependence.

Mental healthcare

The restructuring of mental healthcare in Barcelona has entailed a significant effort at every level and facilitated the deployment of various care improvement programmes.

Executive Summary

18

The number of people being cared for by all the mental healthcare resources has increased over the years. The number being treated at adult mental health care centres rose from 18,016 in 1995 to 34,898 in 2008 (an increase of 93.7% between 1995 and 2008). It is also worth noting the increase in children's and young people's mental healthcare centres, which have gone from attending 5,499 patients in 1995 to 6,953 in 2008 (an increase of 26.4% between 1995 and 2008).

The development of community and clinical resources in the city have provided enhanced coverage for the population as a whole and this is reflected in the better use of services. There has been a progressive increase in annual release figures from day hospitals (from 210 in 1999 to 820 in 2008), day care centres (509 patients in 1994 to 1,516 in 2008), acute hospitalization cases (from 3,110 releases in 1994 to 4,803 in 2007) and sub-acute hospitalizations (379 in 1999 to 524 in 2008). It is also worth noting the inauguration in 2008 of the new Barcelona Nord Multipurpose Unit with a high-dependency psychiatric unit, a unit for sub-acute patients specializing in people with behavioural disorders, and a day hospital.

Treatment of drug addicts

Alcohol is the drug that causes the highest number of initial visits to the network of drug dependency care and monitoring centres (CAS), though heroin is still the Class A drug that generates the biggest workload.

Pharmaceutical services

There are five therapeutic sub-groups (hypolipemians, biphosphonates, anti-ulcer drugs, ARA II single-ingredient drugs and other analgesics and antipyretics) whose dosage values have increased between 2004 and 2008 (expressed as doses per thousand inhabitants per day, DHD).

The percentage of generic drug dispensed in 2008 was 27%, representing an increase of 76.1% since 2004.

Action on public health

For certain health issues in the city, the annual health report has been very apposite for generating actions and interventions geared towards changing these situations. Thanks to this, over the last 25 years the public health services identified incidences of high infant mortality rates in Ciutat Vella and increases in breast cancer deaths. In both cases, this knowledge and its discussion led to the search for possible solutions and the generation of programmes that managed to change the situation, achieving considerable improvements through strategies that have also addressed the social inequalities in health care.

Our health

Perceived health

82.7% of men and 71.2% of women (76.6% of the whole population) say they feel their health is good or very good. Since 1986 the perceived good health level has remained the same in every age group with the exception of men over 75 and women over 65. There has been a higher sustained presence of people with chronic disorders and restricted activity levels since 1992.

State of health of homeless people

According to the figures from 2008, the average age of homeless people is just over 44.5. In general, they have been homeless for less than three years. It is worth highlighting that 79.2% of people in this situation suffer from chronic disorders, a percentage which falls to 77.9% in men and rises to 87% in women. The most frequent chronic diseases or disorders are musculoskeletal (67.6%), cardiovascular (57.2%) and mental morbidity (49.1%), followed by drug addiction: alcoholism (26.8%) and other drugs (18.2%). The low medical coverage of this collective is also evident.

Sexual and reproductive health

In the last 25 years, in a context of progressive improvements in the recognition of women's sexual and reproductive rights in this country, there has been a steady increase in Barcelona in both fecundity and abortions in every age group, but mainly among younger women.

Tuberculosis

The city's Tuberculosis Control Programme has been implementing strategies to monitor and control tuberculosis for 21 years, and upgrading the requirements identified in the disease's epidemiology at every stage. Its incidence has declined progressively over these years and in 2008 there were 25.4 cases per 100,000 inhabitants (h), being lower in women (17.6 cases/100,000 h) than in men (34 cases/100,000 h).

HIV- AIDS infection

In Barcelona, as in the rest of Europe, HIV is a serious public health issue. Notification of HIV diagnoses is essential to be able to monitor the epidemic and provide a tool for evaluating the effectiveness of prevention programmes in controlling transmission of the infection.

Traffic injuries

Compared to 2007, the number of traffic accidents with victims fell by 8.9% in 2008, the number of injured by 9.7% and the number of deaths by 27.9%. This drop was similar for both sexes except for deaths, which decreased by 25.9% in men and 31.3% in women. At the end of the 1980s there were more than 15,000 injuries and 90 deaths from traffic accidents in Barcelona. The creation of the Traffic Council in 1983, the Road Safety Plan in 2000 and campaigns geared towards changing driver behaviour and road infrastructures have managed to bring injuries down by around 20% today, and reduced traffic deaths by more than 65%.

Occupational injuries

In 2008 there were 417 serious injuries caused by accidents at work and 31 deaths, representing 31 fewer serious injuries but 2 more deaths than the previous year. The rising trend in reports of work-related illnesses continued, the most frequent complaints being anxiety and depression followed by musculoskeletal disorders. There was a significant decrease in serious injuries between 2000 and 2008. Deaths from occupational accidents stabilised around 2003, and then followed a downward trend (with the exception of 2006).

Mortality

In Barcelona, as in other developed regions and countries, there has been a steady increase in life expectancy. Over the last few decades we have seen a decrease in inequalities between regions, mainly due to the drop in the incidence of AIDS which mainly affected the lower socio-economic classes. Circulatory diseases are the

main cause of death but this figure is dropping, as are those of AIDS and injuries due to external causes (the main causes of deaths among young people). Over the last few years, lung cancer in men and breast cancer in women have taken over as the main causes of premature death.



La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

20

L'estat de la salut de la població varia en funció dels grups socials i, per aquest motiu, cal valorar la distribució tant de la salut com dels seus determinants segons els gèneres, les classes socials, els territoris o les ètnies. Descriure l'estat de salut segons els grups socials hauria de ser una pràctica tan habitual com la d'analitzar-lo segons els grups d'edat. La justificació d'aquesta necessitat ve donada per la seva utilitat a l'hora de posar en marxa polítiques de salut i socials¹ adreçades a disminuir les desigualtats en salut.

Un dels models utilitzats per explicar els determinants de la salut i les desigualtats en salut és el descrit per Dahlgren i Whitehead² (vegeu la figura 1). És el model que s'ha utilitzat per a l'elaboració dels últims informes de salut a Barcelona. Els determinants de la salut queden distribuïts en capes d'influència, cadascuna de les quals influeix sobre les altres. En el centre hi ha els factors individuals que afecten la salut com són l'edat, el sexe i els elements hereditaris. Aquests factors són fixes i no poden ser modificats. Al seu voltant n'hi ha d'altres que no són fixes i, per tant, sí que són susceptibles d'intervenció. En una primera capa trobem els estils de vida (consum de tabac, activitat física, comportament sexual, etc.), amb una influència clara i directa sobre la salut de les persones. En una segona capa apareixen les influències socials i comunitàries, ja que la interacció amb les persones de l'entorn immediat (familiars, amics,

veïns, etc.) també afecta la salut. A continuació intervenen les condicions de vida i treball: l'agricultura i la producció d'aliments, l'educació, el medi laboral, l'atur, l'aigua i la higiene sanitària, els serveis sanitaris i l'habitatge. Com a últim embolcall trobem les condicions socioeconòmiques (incloent l'estructura social), polítiques, culturals i ambientals. Aquestes tres darreres capes d'influència afecten la salut de les persones a través de la «incorporació» (*embodiment*), concepte que es refereix a com incorporem biològicament el món material i social en què vivim. Les persones incorporen biològicament les seves experiències de desigualtat des de la vida intrauterina fins a la mort³.

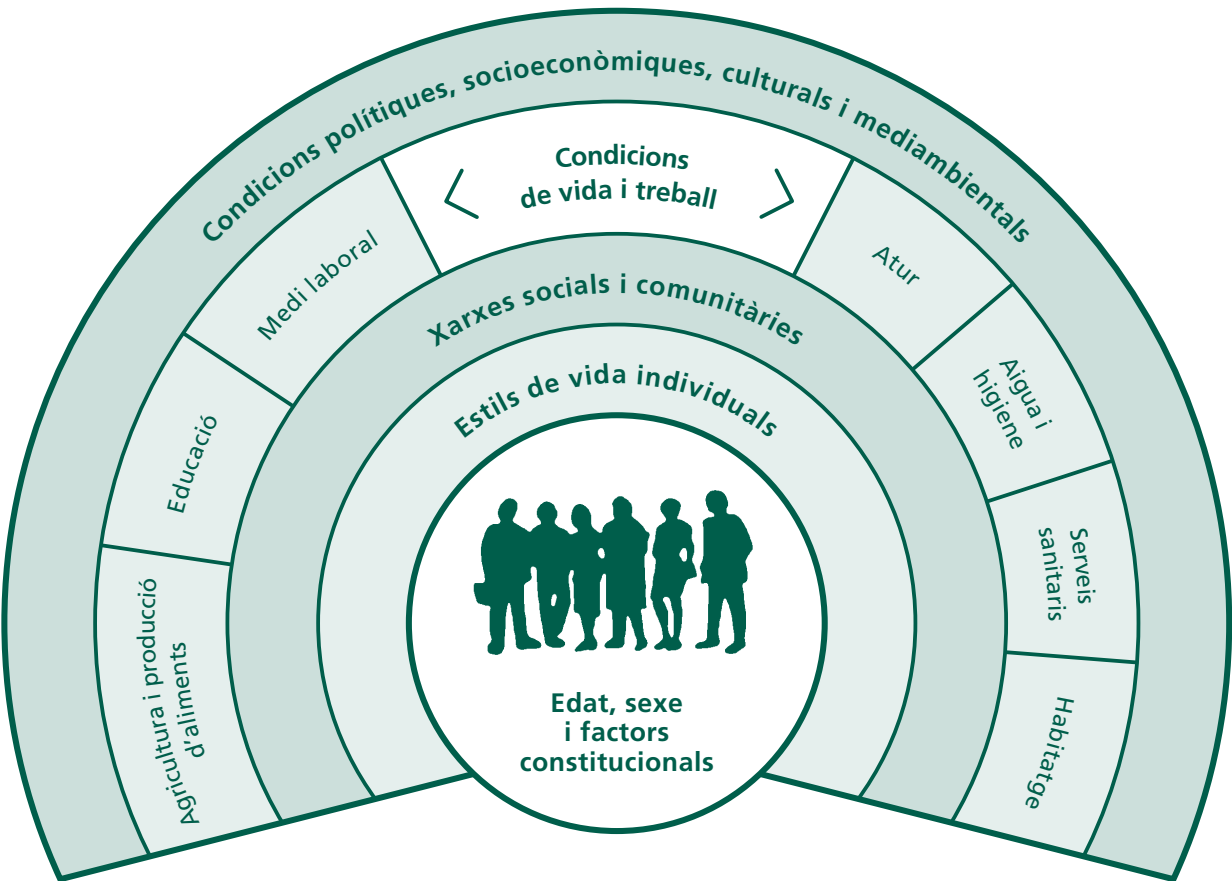
Aquest model permet detectar els «punts d'entrada» per a l'acció. Així doncs, es pot actuar a nivell més «macro», per exemple reduint la pobresa o les desigualtats de la renda en la població, o a nivell més «micro», focalitzant-se per exemple en un problema de salut en un districte d'una ciutat.

Tal com s'ha comentat, en aquest informe es tenen en compte la majoria dels factors anomenats més amunt a l'hora descriure l'estat de salut de la població de la ciutat de Barcelona i els seus determinants. A més, l'edició d'aquest any se centra en les tendències, ja que és el 25è informe de salut. Per començar es dona una visió general dels reptes i les polítiques públiques a la ciutat d'ençà de la transició democràtica. A continuació, en una primera part de l'informe es descriu «Qui som», on s'exposa la situació demogràfica i socioeconòmica de la ciutat de Barcelona. La segona part detalla «Com vivim» i engloba temes de medi ambient, els comportaments o estils de vida i els serveis sanitaris i, per acabar, s'analitza «La nostra salut». En aquest darrer apartat es descriuen diversos aspectes rellevants de la salut per temes, com ara la salut sexual i reproductiva, la salut percebuda, la mortalitat, els problemes de salut específics i les lesions per accidents.

Referències bibliogràfiques

- 1 Whitehead M, Dahlgren G, Wilson L. Developing the policy response to inequalities in health: a global perspective. A: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health. From ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 309-23.
- 2 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organisation; 1991.
- 3 Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. J Epidemiol Comm Health 2005; 59: 350-5

Figura 1. Model dels determinants de la salut.



Font: Modificat de Dahlgren i Whitehead².

Les polítiques públiques a Barcelona 1980-2008. Una proposta de balanç

22

En aquests trenta anys de govern democràtic a la ciutat de Barcelona, les polítiques públiques presenten alguns trets característics. En una primera etapa, que aniria del 1979 al 1986, les actuacions de les institucions públiques se centren en l'agenda de temes no resolts per la dictadura franquista. En el darrer període de la transició es va poder aprovar el Pla general metropolità (1974), que va servir per ordenar les reformes urbanístiques que serien centrals en aquesta primera etapa. De fet, les polítiques d'aquests anys van servir tant per donar resposta als desajustos del període de desordre i especulació immobiliària anterior, com als grans dèficits de serveis i equipaments que patia la ciutat. L'Ajuntament va haver també de posar en marxa polítiques de promoció econòmica que donessin resposta a la greu situació de crisi i d'atur que va dominar bona part dels anys 80.

A partir de la nominació de Barcelona com a seu dels Jocs Olímpics de 1992 la ciutat entra en un període de transformació general, que s'aprofita per mirar de resoldre temes posposats durant anys: l'obertura al mar, noves àrees de centralitat, connexions i mobilitat, grans infraestructures, etc. Aquest canvi d'escala en la intervenció i en les polítiques es fa sota el lideratge públic, coordinant iniciatives, projectes i recursos procedents tant d'altres administracions públiques, com de la iniciativa privada. En aquest sentit, la posada en marxa del Pla estratègic n'és un bon exemple, tot i la pèrdua de la capacitat de govern metropolità provocada per la desaparició forçada de les institucions que el representaven. Podríem dir que l'any 1992 marca el final d'una etapa de recuperació de la ciutat i el llançament de Barcelona com a ciutat internacional i global, però al mateix temps també marca el final d'un període de fort lideratge públic en la transformació de la ciutat; una transformació que comptava amb un fort consens i suport social.

L'etapa posterior, que s'allarga del 1992 fins a finals de segle, ve marcada per canvis significatius que aniran obligant a modificar l'agenda d'intervenció dels poders públics i les seves polítiques. La ciutat es diversifica enormement, tant pel que fa als orígens dels seus habitants, com per les estructures d'edat i les necessitats socials que de tot plegat se'n deriven. Les polítiques locals centren bona part dels seus esforços en mantenir la competitivitat econòmica de la ciutat, apostant per una combinació de destí turístic i noves activitats entorn de les tecnologies d'informació i comunicació. En aquest sentit, l'Ajuntament inverteix fortament en la imatge de la ciutat, tractant de mantenir el fort impuls d'internacionalització que va significar l'èxit dels JJOO. Es consoliden els moviments de trasllat d'activitat industrial i de població cap a la regió metropolitana, i apareixen nous temes a l'agenda de les polítiques públiques, com ara els ambientals o els vinculats a la participació social. Les polítiques locals venen marcades per certs conflictes amb les entitats veïnals i amb els nous moviments socials, en moments d'afebliment de la capacitat de lideratge públic en els processos de canvi a la ciutat i en ple impacte de la globalització.

En el darrer període, 1999-2008, les polítiques públiques locals amplien notablement la seva agenda d'intervenció. Temes com la immigració, l'envelliment o la creixent complexitat social en són un exemple. La ciutat consolida el projecte de ser un node logístic global en tecnologies d'informació

Joan Subirats
Institut de Govern i
Polítiques Públiques, IGOP-UAB

i comunicació, així com l'objectiu de convertir-se en una gran destinació turística. Les polítiques locals en aquest període tracten doncs de reforçar aquesta aposta (Fòrum 2004, nova Fira, arribada AVE, nova terminal aeroport, etc.). Però al mateix temps han de fer front els desajustos socials que aquest llarg i profund procés de canvi genera. Certes polítiques apunten més als barris, a projectes de base territorial més petita, amb el llançament de noves estratègies en temes educatius (Projecte educatiu de ciutat), ambientals (agenda 21 i agenda escolar), comercials (reformes dels mercats, petit comerç, establiment limitat, grans superfícies). Les tensions que generen aquests canvis —global-local, lluny-prop, guanyadors-perdedors— es traslladen a les polítiques que cal que siguin més integrals i transversals. Es detecta un clar esforç en polítiques socials i polítiques d'inclusió, per evitar que els desajustos socials i la persistència de les desigualtats internes, es facin més grans. En aquest període, les polítiques públiques van obrint els seus processos de decisió, i s'amplien els mecanismes participatius, amb forta presència dels moviments socials que posen de relleu les limitacions o carències de períodes anteriors (moviments per habitatge), o són més actius en les polítiques públiques

(forta presència del tercer sector en polítiques socials). Per altra banda, es constata una voluntat de tenir més presència institucional en polítiques socials bàsiques com les de salut, educació i serveis socials, el que de fet es va concretant en els consorcis ja creats en aquests àmbits (amb diferent grau d'operativitat fins ara) amb la Generalitat de Catalunya.

En general i com a resum, les polítiques públiques a Barcelona en aquests anys han estat marcades per un inicial fort protagonisme dels actors públics en la configuració i en la perspectiva de canvi a la ciutat, seguint el potent capital acumulat de projectes i necessitats no satisfetes en el franquisme. La plasmació d'aquesta transformació es produeix aprofitant la favorable conjuntura dels JJOO, que permet un canvi d'escala. A partir d'aleshores la ciutat ha anat patint la tensió entre el seu rol i imatge global i les conseqüències de tot plegat en l'esfera social i en la vida concreta dels veïns i veïnes. El Fòrum del 2004 marca un cert esgotament de la via més vinculada al màrqueting de la ciutat i a la seva dependència de dinàmiques de l'economia global. A més, situa les polítiques locals en una perspectiva de constant voluntat de compensar, ajudar i treballar pels equilibris socials i econòmics vetllant per evitar que els desajustos i desequilibris entre els guanyadors i els perdedors dels canvis a la ciutat no augmentin i siguin reconduïbles. Les polítiques públiques a Barcelona volen ser ara més anticipatòries que reactives, i més consensuades que imposades. Malgrat tot, les tensions i equilibris entre el lideratge públic o privat dels canvis a la ciutat, i entre creixement i inclusió social, continuen presents, i són alguns dels temes centrals en les perspectives de futur de Barcelona.





Qui som

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Les polítiques públiques a Barcelona 1980-2008 Una proposta de balanç

25

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

Les conductes relacionades amb la salut

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut percebuda

L'estat de salut de les persones en situació de sense llar i relació amb l'atenció proporcionada

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les lesions per col·lisions de trànsit

Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

La salut a Barcelona 2008 en xifres

La situació demogràfica

26

Segons les dades oficials de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) la població de Barcelona el 2008 és de 1.615.908 persones, el 47,5% de les quals són homes i un 52,5%, dones.

La població a Barcelona en el període 1986-2008 disminueix al voltant de 85 mil persones, decreix fins al 2001 i es recupera lleugerament des d'aleshores. D'acord amb el padró municipal d'habitants l'edat mitjana de la població passa de 37 anys el 1981 a 43 anys el 2008. En la composició per edat s'aprecia una tendència en favor dels grups de major edat, si bé la tendència a la baixa en infants s'ha estabilitzat entre el 2007 i el 2008. Com a conseqüència, l'índex d'envelliment passa del 59,4 a 122,7 en els homes entre 1986 i 2008, i del 107,2 a 201 en les dones (vegeu el quadre 1).

Si es distribueixen els habitants en grans grups d'edat, el pes de la població infantil de 0 a 14 anys ha disminuït en conjunt. Alhora es manifesta també un canvi en la composició segons nacionalitat; el percentatge de població de nacionalitat espanyola ha passat del 98,6% el 1991 al 83,9% el 2008, mentre que el de nacionalitat estrangera ha passat del 1,4% al 16,1%. La població infantil

de 0 a 4 anys és la que ha mantingut un lleuger increment, mentre que la de 4 a 14 anys s'ha mantingut relativament estable i a la baixa. En canvi, el grup d'edat de gent gran de 65 anys o més augmenta en 5 punts en els homes i 5,8 en les dones durant aquests anys. Concretament, són els de més de 75 anys els que més contribueixen a aquest increment. Entre 1986 i el 2008 el percentatge de persones dins d'aquest grup (majors de 65 anys) que sobrepassen els 75 anys d'edat, creix del 36,8% al 48,6% en els homes, i del 44,4% al 58,0% en les dones.

Fins al 1996 la població estrangera no supera el 2% de la població total i comença a augmentar a partir del 2001 amb un 6,3% fins a arribar el 2008 al 17,9%. Els districtes que més població estrangera absorbeixen són l'Eixample amb el 18,1% de la població del districte, Sants Montjuïc amb el 20,0% i Ciutat Vella amb el 44,3%. La procedència majoritària dels estrangers és l'Amèrica del Sud, seguida dels països de la Unió Europea.

Pel que fa al nombre de persones per llar, s'observa un increment de les persones que viuen soles: del 1,9% el 1991 al 4,4% el 2008 en els homes i del 4,5% al 7,5% en les dones. Aquest grup de gent és més femení que masculí; el 2008 la proporció d'habitants de 85 anys o més que viu sola és del 40,9% de les dones i del 20,7% dels homes (vegeu la taula 1, pàgina 84). S'observa també un increment de les llars en què viuen dues persones i també, tot i que amb escassa repercussió en termes absoluts, un increment significatiu de les llars on viuen 9 persones o més.

Quadre 1. Evolució d'alguns indicadors demogràfics. Barcelona, 1986-2008.

Homes	1986	1991	1996	2001	2006	2007	2008
Població	806.632	775.988	704.985	705.533	774.556	760.309	767.697
% població de 0-14 anys	19,5	15,7	13,1	12,6	12,5	12,7	12,7
% població de 15-64 anys	68,9	70,4	69,9	69,5	70,7	70,5	70,7
% població de més de 64 anys	11,6	13,9	17,0	17,9	16,8	16,8	16,6
% població de 75 anys i mes s/gent gran	36,8	36,8	36,1	40,7	46,4	47,6	48,6
Índex d'envelliment	59,4	88,5	129,8	142,7	133,9	132,2	122,7
% població estrangera	-	1,4	1,9	6,9	18,3	17,8	19,8
% població que viu sola	-	1,9	2,5	3,5	4,2	4,4	4,4
Dones	1986	1991	1996	2001	2006	2007	2008
Població	895.180	867.554	803.820	798.351	854.981	842.869	848.211
% població de 0-14 anys	16,6	13,3	10,9	10,6	10,9	11,0	11,0
% població de 15-64 anys	65,6	66,2	65,2	64,4	65,2	65,2	65,4
% població de més de 64 anys	17,8	20,5	23,9	25,0	23,9	23,8	23,6
% població de 75 anys i mes s/gent gran	44,4	45,4	45,9	50,1	56,1	57,2	58,0
Índex d'envelliment	107,2	154,5	219,7	236	219,5	217,4	201,0
% població estrangera	-	1,3	1,9	5,8	14,9	14,6	16,1
% població que viu sola	-	4,5	5,8	6,8	7,3	7,6	7,5

Font: Sèries històriques de població IDESCAT per la població de Barcelona, i Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona per la resta.

La situació socioeconòmica

L'any 2008 es va caracteritzar per un augment en les taxes d'activitat, ocupació i atur en ambdós sexes, amb relació al 2007. L'impacte de la crisi econòmica es fa palès en aquest darrer indicador, així com en el decreixement de la taxa d'ocupació en els dos darrers trimestres de l'any i en la d'activitat masculina el darrer trimestre.

En comparar els tres indicadors de Barcelona amb les dades registrades a Catalunya i l'Estat espanyol, s'observen poques diferències en les taxes d'ocupació d'ambdós sexes i la taxa d'activitat femenina amb relació a Catalunya, i una situació més favorable amb relació a l'Estat espanyol. Si es tenen en compte les taxes específiques (referides a la població de 16 a 64 anys i que permeten corregir possibles diferències d'edat entre territoris), les dones de Barcelona van tenir les taxes d'activitat i ocupació més altes dels tres àmbits geogràfics. Aquest resultat, juntament amb el de la taxa específica d'activitat masculina, posen de relleu la major proporció de persones majors de 64 anys residents a Barcelona que es troben fora del mercat laboral. Quant a la taxa d'atur, la de Barcelona va ser la menor dels tres territoris, seguida de la catalana i de l'espanyola, en ambdós sexes (vegeu el quadre 2).

L'evolució dels tres indicadors de Barcelona des de l'any 1995¹ es caracteritza per l'augment de les taxes d'activitat i d'ocupació i la disminució de la d'atur en ambdós sexes. En analitzar-los més detalladament, s'observa que de l'any 1995 al 2000 les taxes d'activitat femenina i masculina es mantenen força estables, al voltant del 40% i 60%, respectivament, amb una lleugera davallada al final d'aquest període. Posteriorment, entre el 2001 i el 2008, ambdues taxes augmenten, sobretot la de les dones, que passa del 43,3% al 53,6%. Quant a la taxa d'ocupació, al final del primer període analitzat es constata un lleuger creixement en la taxa femenina i uns valors més fluctuants en el cas dels homes, mentre que el segon període es caracteritza per un augment en ambdós sexes, superior entre les dones. Finalment, la taxa d'atur masculina s'eleva entre el 1995 i principis del 1997 i baixa després de manera molt accentuada fins a finals del 2000. Els dos primers anys del període 2001-2008 es manté estable al voltant del 9% i augmenta l'any següent, quan assoleix valors superiors al 10%. Posteriorment disminueix arribant als mínims a finals de l'any 2006, amb valors propers al 5% i des d'aleshores s'observa un augment fins a situar-se en el 7,7% el darrer trimestre del 2008. Pel que fa a les dones, la davallada de la taxa en el primer període analitzat és molt important, superior a la dels homes. L'any 2001 creix la taxa femenina per després baixar lleugerament fins a finals del 2004, amb una disminució més accentuada entre el 2005 i el 2007, mentre que el darrer any es constata un increment, inferior, però, a la dels homes.

Quadre 2. Taxes d'activitat, ocupació i atur segons sexe i àmbit geogràfic. Barcelona, 2008.

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Taxes						
Barcelona	69,5%	53,0%	64,2%	49,1%	7,6%	7,5%
Catalunya	72,3%	54,4%	65,7%	49,5%	9,0%	9,0%
Estat espanyol	69,5%	50,5%	62,5%	43,9%	10,1%	13,0%
Taxes específiques (16 a 64 anys)						
Barcelona	86,1%	72,2%	79,4%	66,7%	7,7%	7,6%
Catalunya	86,3%	69,3%	78,5%	63,1%	9,1%	9,0%
Estat espanyol	83,0%	64,1%	74,6%	55,7%	10,1%	13,0%

Font: Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística.

¹ Per analitzar aquest període cal tenir en compte que hi va haver un canvi en la metodologia de l'Enquesta de Població Activa i, per tant, s'han diferenciat dos períodes (1995-2000 i 2001-2008) que no són comparables l'un amb l'altre.

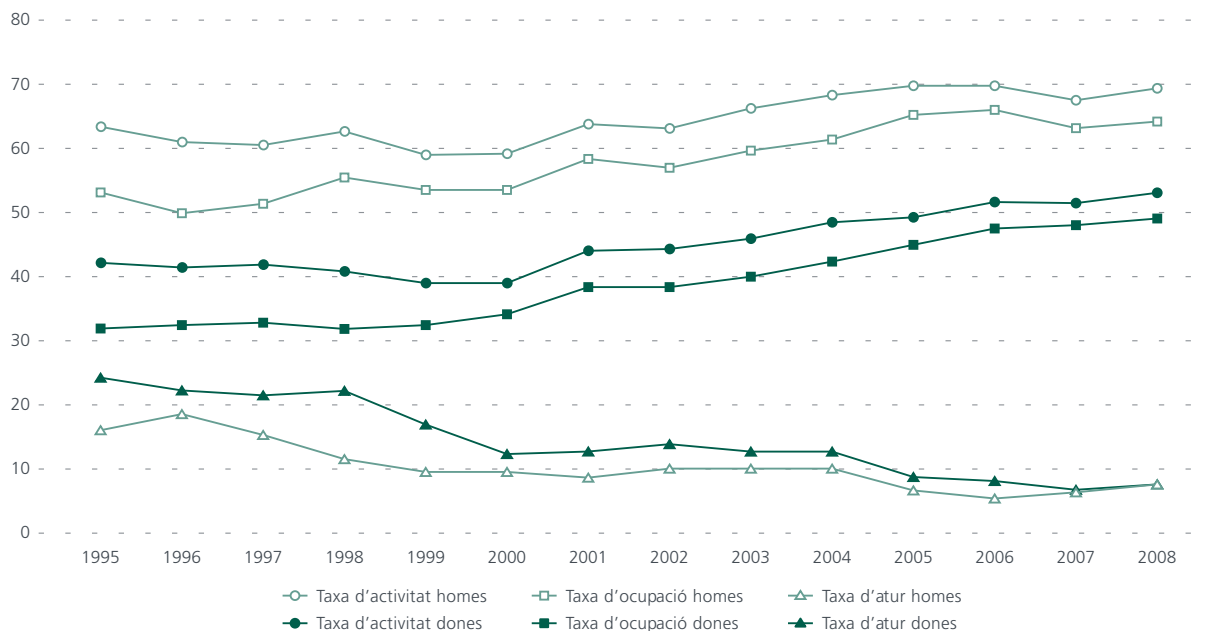
La situació socioeconòmica

28

L'evolució dels tres indicadors al llarg del període analitzat ha estat més favorable per a les dones que per als homes i en general han disminuït les diferències entre ambdós sexes. Tot i això, cal tenir en compte que les circumstàncies encara

són més adverses per a elles, que presenten taxes d'activitat i ocupació inferiors a les dels homes i taxes superiors d'atur (tret dels dos últims anys; el darrer relacionat probablement amb un major impacte de l'inici de l'actual crisi en sectors d'activitat majoritàriament masculins) (vegeu la figura 1).

Figura 1. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur segons el sexe. Barcelona, 1995-2008.



Font: Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística.

Nota: L'any 2005 va canviar la metodologia de l'EPA. Les dades del 2001 al 2004 s'han revisat amb la nova metodologia, no són comparables, però, amb les dels anys anteriors.

Les condicions de vida

La renda mínima d'inserció (RMI)

El 25 de juny de 1990 es va publicar el decret regulador del Programa interdepartamental de la renda mínima d'inserció, que va començar a aplicar-se el 2 de juliol del mateix any. La renda mínima d'inserció (RMI) és una prestació assistencial de tipus econòmic que té com a finalitat ajudar les persones que no disposen de mitjans econòmics suficients per atendre les necessitats essencials de la vida quotidiana a la nostra societat.

Per accedir a la prestació econòmica cal residir a Catalunya i tenir residència continuada de com a mínim dos anys, tenir entre els 25 i 65 anys d'edat o menys però amb càrregues familiars, no comptar amb ingressos econòmics suficients per cobrir les necessitats bàsiques de la vida i, finalment, assumir el compromís de participar en les activitats dissenyades en un Pla individual d'inserció.

El Pla individual d'inserció i reinserció social i laboral pot comprendre l'aplicació coordinada d'una o unes quantes de les accions següents: prestació econòmica per atendre necessitats

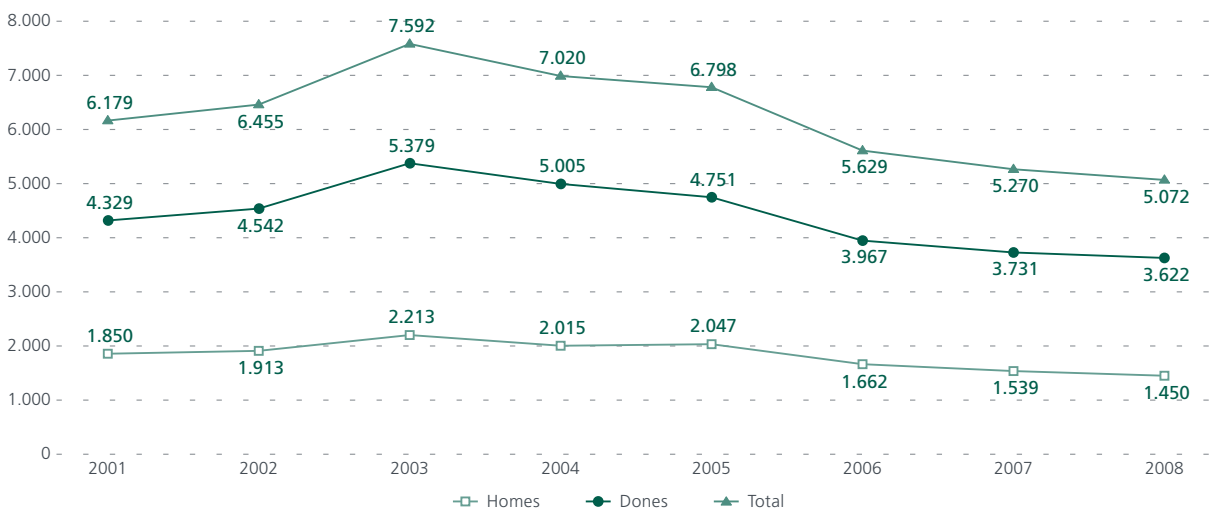
d'alimentació i subsistència, accions d'informació i orientació, suport personal a la integració social o a la formació d'adults, accions d'ajuda per a la col·laboració cívica, prestacions d'urgència i rescabament, i suport a la inserció laboral.

L'import bàsic de la RMI és de 400,38 l'any 2008 i varia en funció dels membres de la unitat familiar. L'increment mig anual de la prestació en el període 1998-2008 ha estat del 5% i l'any 2007 ha estat el que ha experimentat un augment més elevat: del 10,2%.

L'any 2003 hi havia 7.592 persones beneficiàries del programa. De llavors ençà i fins al primer trimestre del 2008, aquest nombre s'ha reduït de forma constant fins a situar-se en 4.939 persones. A partir del mes d'abril del 2008 i coincidint amb el canvi de cicle econòmic, la quantitat de persones beneficiàries ha augmentat fins a situar-se en 5.072 el mes de desembre d'aquest darrer any (vegeu la figura 2).

El 71,4% de les persones acollides al programa són dones. Pel que fa a edats, el 4% tenen menys de 25 anys, el 16% més de 60, i el 62,1% són majors de 36 anys i menors de 59. El 40% dels homes tenen edats compreses entre els 46 i els 59 anys i el 32% de les dones tenen edats entre els 36 i els 45 anys. La població de nacionalitat estrangera representa el 20% de la població atesa. Hi ha un total de 1.512 menors a càrrec de les 5.072 persones beneficiàries. Tres districtes -Ciutat Vella, Nou Barris i Sant Martí- concentren el 52% de les persones beneficiàries de la renda mínima d'inserció i el 58% dels menors a càrrec. A la ciutat hi ha 30 persones acollides al

Figura 2. Persones beneficiàries de la RMI. Barcelona, 2001-2008.



Font: Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

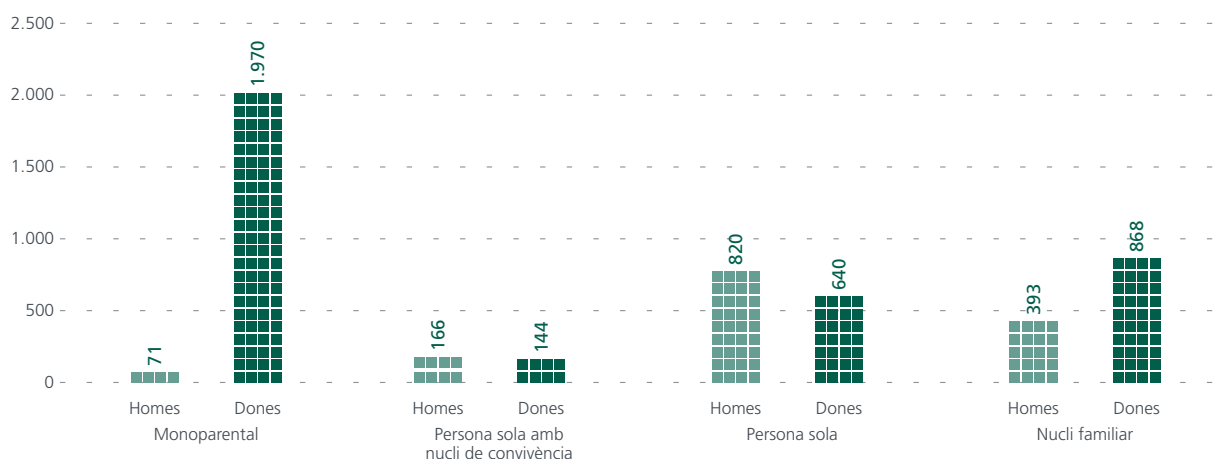
Les condicions de vida

30

programa per cada 10.000 habitants. Aquesta darrera taxa és de 10,2 al districte de Les Corts i arriba fins al 109,4 al districte de Ciutat Vella.

El 40% de les persones beneficiàries viuen en llars monoparentals (vegeu la figura 3), el 35% són persones soles, amb o sense nucli de convivència, i el 25% restant viuen en llars amb nucli familiar.

Figura 3. Persones beneficiàries segons situació familiar i sexe. Barcelona, 2008.



Font: Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

La mobilitat en dia feiner

En els últims 10 anys a Barcelona s'ha incrementat la mobilitat al voltant del 16% i la població al voltant del 8%. L'any 2008, amb 1.615.909 habitants, es va realitzar en dia feiner un total de 7.850.973 desplaçaments diaris, en diferents modes de transport. A més, i segons l'Enquesta de Mobilitat de Barcelona que es realitza anualment des del 1996, prop del 60% dels desplaçaments de la ciutat són interns (origen i destí a la ciutat), i al voltant del 40% són de connexió amb la regió metropolitana de Barcelona.

Pel que fa als desplaçaments interns (vegeu la figura 4), moure's a peu i en transport públic han estat sempre els principals modes utilitzats, seguits del vehicle privat i la bicicleta. Però entre el 2003 i el 2008, mentre el transport públic s'ha mantingut, els desplaçaments a peu s'han anat reduint, tot i que en l'últim any s'han estabilitzat. Destaca la disminució de la proporció de desplaçaments en turisme d'un 12,9%, així com el gran augment de desplaçaments en moto i en bicicleta, del 24,6% i el 71,4% respectivament, sobretot en els darrers anys.

Respecte als desplaçaments de connexió amb la ciutat (vegeu la figura 5), els principals modes de transport han estat sempre el transport públic i el turisme, seguits dels vehicles comercials (furgonetes i camions), els desplaçaments a peu, la moto i, en últim lloc, la bicicleta. Però entre el 2003 i el 2008 s'observa un augment del 8,1% de l'ús del transport públic, una disminució del 6,7% dels desplaçaments a peu i un menor ús del turisme, del 13,4%. Destaca el gran increment de desplaçaments realitzats en bicicleta i en moto: 66,7% i 14,3% respectivament.

En una gran ciutat metropolitana com Barcelona convergeixen un gran nombre d'activitats i necessitats diferents que requereixen mesures per garantir tots els usos de l'espai urbà. Amb aquest esperit, el 1998 es va constituir el Pacte per la Mobilitat, que implica entitats, associacions i administració pública, i aposta per un model de mobilitat sostenible. Als darrers anys (2003-2008) s'han intensificat mesures de pacificació del trànsit a la ciutat, augmentant els espais segurs per a usuaris vulnerables i les zones de 30 km/h. El canvi de normativa, que permet amb el carnet

de turisme i tres anys d'experiència conduir motocicletes amb una cilindrada de 125 o menor, ha afavorit la utilització de la motocicleta. D'altra banda, ha estat possible el foment de l'ús de la bicicleta gràcies a la implantació d'un servei de bicicletes públiques (Bicing). S'han dut a terme intervencions per disminuir l'ús privat del turisme mitjançant la restricció de zones d'aparcament al carrer i la prioritització d'aparcament pels residents (zones verdes). S'ha promogut l'ús del transport públic mitjançant la seva extensió geogràfica, de freqüència i horària. Cal destacar l'extensió a 24 hores de l'horari del metro els dissabtes i les vigílies d'un festiu. Totes aquestes mesures han contribuït al canvi en el mode de desplaçar-se.

El 2008, el vehicle privat continua essent el principal mitjà de transport en homes, que representa el 44,4% dels desplaçaments, mentre que en les dones ho són els modes no motoritzats, en un 48,2%. Però en l'últim any, els homes han augmentat més que les dones l'ús dels mitjans no motoritzats i del transport públic, tot reduint més la via del transport privat. Per tant, el model de mobilitat de la ciutat podria millorar integrant factors com el gènere i fins i tot l'edat.

Figura 4. Evolució desplaçaments interns. Barcelona, 2003-2008.

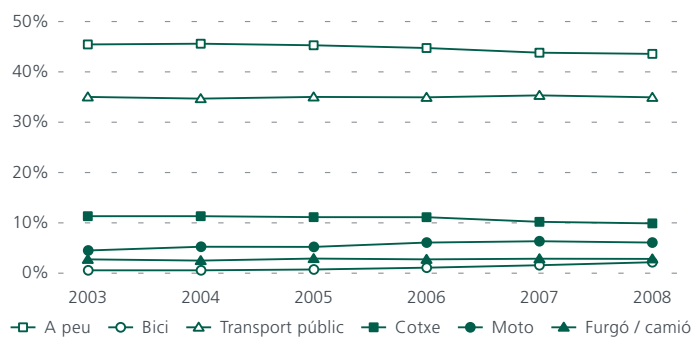
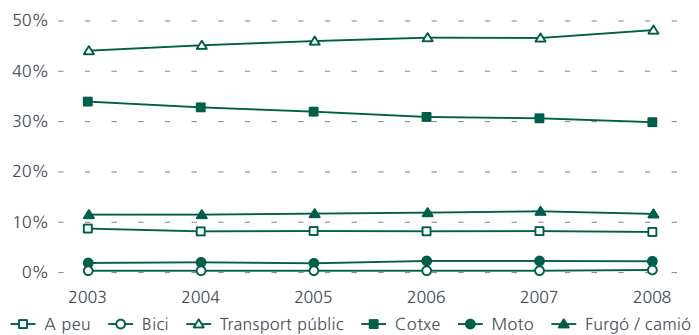


Figura 5. Evolució desplaçaments de connexió. Barcelona, 2003-2008.



Font: Enquesta de Mobilitat en dia feiner de l'Autoritat del Transport Metropolità - Ajuntament de Barcelona. Barcelona, 2003-2008.



Com vivim

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Les polítiques públiques a Barcelona 1980-2008 Una proposta de balanç

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

Les conductes relacionades amb la salut

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut percebuda

L'estat de salut de les persones en situació de sense llar i relació amb l'atenció proporcionada

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les lesions per col·lisions de trànsit

Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

La salut a Barcelona 2008 en xifres

L'aire

34

Des dels inicis de la publicació d'aquest informe de salut, ara fa 25 anys, fins a l'actualitat, s'han esdevingut canvis substancials en els criteris d'avaluació de la qualitat de l'aire ambient que han afectat tant els contaminants que cal valorar, com les tècniques d'avaluació i els valors límit i/o objectiu establerts per a cadascun dels contaminants. En aquest sentit, la publicació de la Directiva 99/30/CE, transposada pel RD 1073/2002, suposà un gir radical en l'avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat. D'una banda, es passà de complir tots els nivells de referència anteriors, a no complir els nous en el cas del diòxid del nitrogen i de les partícules en suspensió PM₁₀. D'altra banda, es van trencar les sèries històriques i, per tant, el seguiment de l'evolució de les partícules en suspensió-fums (FN) i les partícules en suspensió totals (PST).

Tanmateix, un cop d'ull a l'evolució de la contaminació atmosfèrica a la ciutat constata una millora global important durant aquests 25 anys en els nivells de contaminants (vegeu la figura 1), molt menys evident en el cas del diòxid de nitrogen (vegeu la figura 2, pàgina 35).

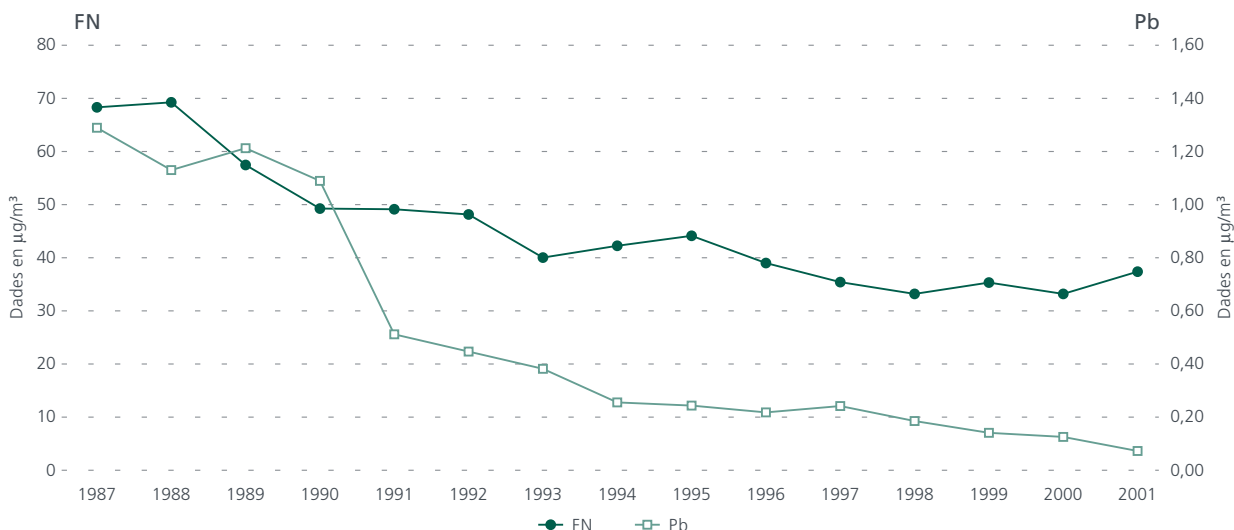
L'any 2008, els nivells de fons de diòxid de nitrogen (estacions de Ciutadella i Parc de la

Vall d'Hebron) han estat inferiors al valor tolerat (44 µg/m³). Tanmateix, aquest valor ha estat superat a totes les estacions de trànsit. D'altra banda, a cap de les estacions s'ultrapassa el nombre de superacions anuals permeses del valor límit horari vigent a partir del 2010.

Es manté la tendència de descens generalitzat de la mitjana anual (vegeu la figura 3, pàgina 35) i del nombre de superacions del valor límit diari de PM₁₀ detectada l'any 2007 a tota la ciutat. Els nivells de fons de partícules PM₁₀ compleixen, per a l'any 2008, el valor límit anual, fins i tot a l'estació de trànsit molt intens de Gràcia-Sant Gervasi. Quant al nombre de superacions permeses del valor límit diari, si extrapolem el percentatge de dades vàlides a tot l'any, es pot dir que s'ultrapassa a totes les estacions. És interessant destacar que tant els valors més alts de les mitjanes anuals com el nombre de superacions del valor límit diari no es corresponen amb les intensitats de trànsit al voltant de les estacions de mesurament. Això fa palesa la incidència d'altres fonts diferents al trànsit (resuspensió del sòl, obres, etc.) sobre els nivells d'aquest contaminant.

Respecte als altres contaminants, el monòxid de carboni i el benzè s'han mantingut durant el 2008 molt per sota del valor límit en totes les estacions de la ciutat. El plom ha esdevingut un contaminant gairebé residual i la resta de metalls (As, Cd i Ni) es mantenen molt per sota dels respectius valors objectiu per a l'any 2013. Els nivells màxims horari i diari de diòxid de sofre han assolit uns nivells molt inferiors als valors límit respectius. Els nivells de benzo[a]pirè, indicador dels hidrocarburs aromàtics policíclics (HPA), són molt inferiors al valor objectiu establert a la normativa europea i estatal per l'any

Figura 1. Evolució de la mitjana anual de partícules-fums (FN) i plom (Pb). Barcelona, 1987-2001.

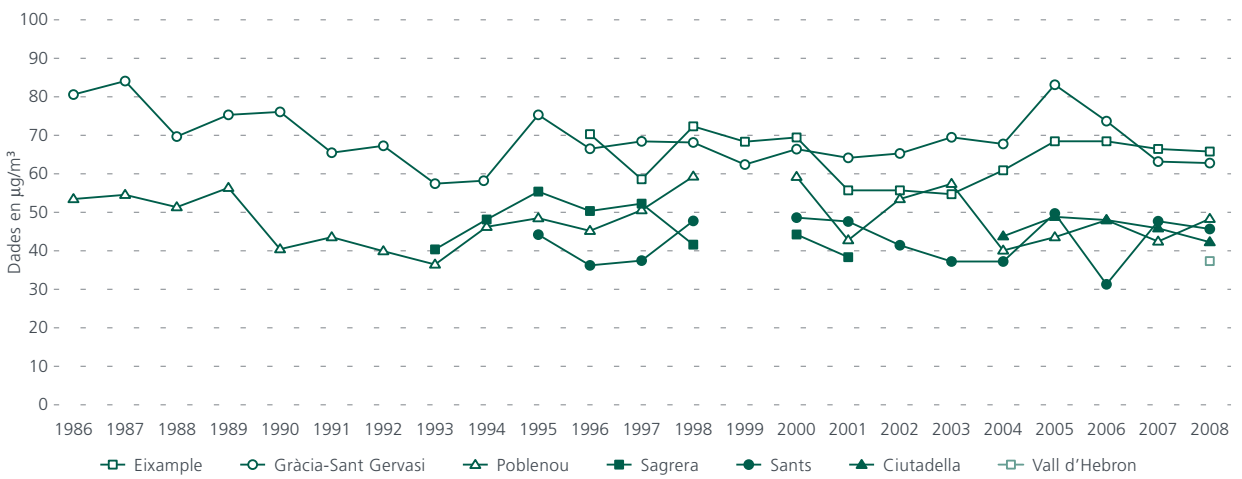


Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.

2013. Durant l'any 2008 no s'ha superat el llindar horari d'informació a la població per l'ozó en cap de les estacions urbanes. Finalment,

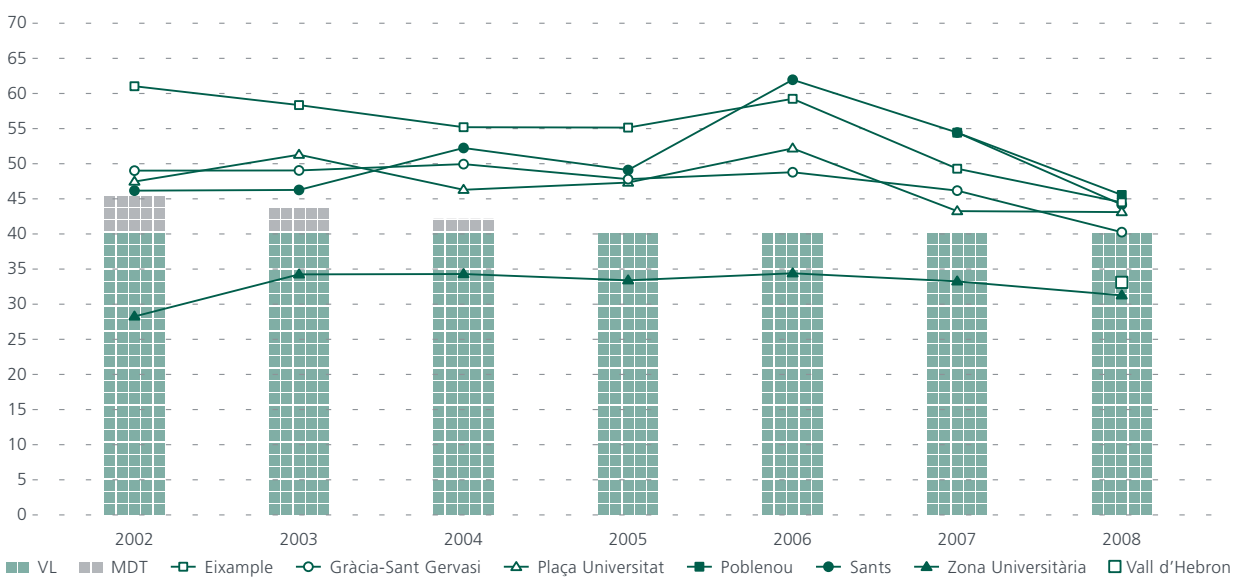
respecte a la fracció PM_{2,5} de les partícules en suspensió, els nivells de fons compleixen el valor objectiu anual establert a la nova Directiva 2008/50/CE per a l'any 2010.

Figura 2. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen a les estacions de mesura de control atmosfèric. Barcelona, 1986-2008.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Evolució del nivells de partícules PM₁₀ per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2008.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: Valor límit anual = 40 µg/m³. MDT (marge de tolerància)

L'aigua

36

Les aigües de consum de proveïment públic

La vigilància i el control de la qualitat de l'aigua de consum humà ha evolucionat des del primer informe de salut, l'any 1984. Això es fa palès en la publicació de dues directives comunitàries, la Directiva 80/778/CEE i la Directiva 98/83/CE, amb la corresponent transposició mitjançant els vigents Reial decret 1138/1990 i Reial decret 140/2003, que estableix els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà. Aquest últim decret comportà l'adopció d'algunes novetats importants:

- + l'establiment de nivells de qualitat revisats i actualitzats (límits paramètrics)
- + el control a l'aixeta del consumidor
- + l'accessibilitat de la informació pels consumidors (*Sistema d'informació nacional d'aigua de consum, SINAC*, <http://sinac.msc.es>)

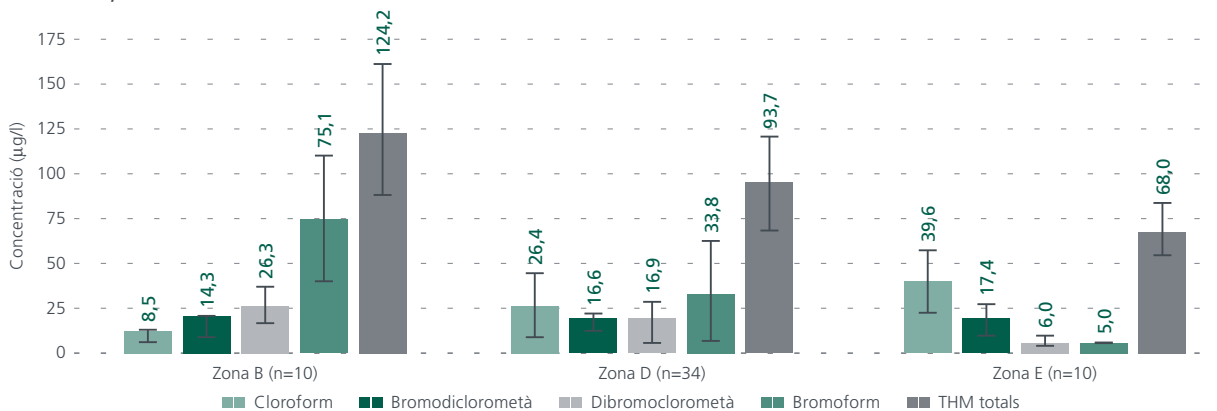
El RD 140/2003 i el Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà de Catalunya (PVISACH) estableixen tres nivells de control: l'autocontrol, realitzat per l'empresa gestora del subministrament; la vigilància sanitària, duta a terme per l'autoritat sanitària corresponent, i el control a l'aixeta del consumidor, competència de l'Ajuntament. En el municipi de Barcelona, l'ASPB desenvolupa les activitats pròpies de la vigilància sanitària i de control a l'aixeta del consumidor. El programa d'autocontrol del gestor

del subministrament a Barcelona (AGBAR), supervisat per l'ASPB, controla en tot moment la qualitat de l'aigua que es distribueix a Barcelona. L'eventual detecció de qualsevol anomalia o incompliment comporta l'adopció immediata de mesures de correcció i de prevenció.

Daltra banda, l'ASPB realitza controls analítics complets de l'aigua de diferents fonts públiques de la ciutat. A la figura 4 s'observa la concentració mitjana del total de trihalometans (THMs) del període 2004-2008. L'aigua de subministrament de Barcelona prové de dos conques hidrogràfiques diferents, la del Llobregat i la del Ter, i es distribueix al municipi dividida en tres zones d'abastament: la zona B amb aigua procedent del Llobregat (~15% del consum total de la ciutat al 2008), la zona E amb aigua del Ter (~15%) i la zona D amb barreja dels dos orígens (~70%). L'aigua que es distribueix a Barcelona satisfà els requisits per ser apta per al consum humà d'acord amb el RD 140/2003. Tanmateix, les concentracions totals de THMs de l'aigua procedent del Llobregat són elevades i fins i tot, puntualment, properes o superiors al límit paramètric vigent el 2008 (150 µg/l). La deficient qualitat de l'aigua captada superficialment al riu Llobregat, amb una elevada salinitat i una gran concentració de bromurs, provoca una major formació de THMs durant la seva cloració, sobretot en el cas de les espècies bromades (zona B i D, figura 4). En canvi, l'aigua procedent del Ter mostra concentracions més baixes.

La reducció dels nivells de THMs a les zones d'abastament B i D és una tasca complexa ja que la cloració és imprescindible per assegurar la desinfecció i absència de microorganismes a l'aigua. Tanmateix, la gestora d'abastament centra els seus esforços en la reducció dels THMs introduint millores tecnològiques a la potabilització. L'any 2009 entraran en funcionament les millores realitzades a l'estació de tractament d'aigües potables (ETAP) d'Abrera i de Sant Joan Despí, destinades a reduir les concentracions per sota dels 100 µg/l, límit vigent a partir del 2009.

Figura 4. Concentració mitjana de cadascun dels quatre trihalometans analitzats de la suma total a les fonts públiques. Barcelona, 2004-2008.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: n = nombre de mostres

El control de la qualitat de l'aigua a l'aixeta del consumidor

Aquest programa controla que la qualitat de l'aigua, garantida per l'entitat gestora en el punt de lliurament als edificis, no empitjora en el seu pas per la xarxa de distribució interna dels edificis. L'ASPB ha augmentat progressivament el nombre de controls realitzats cada any des de l'inici d'aquest programa el 2004, amb 52 controls, fins als 551 del 2008. Al quadre 1 s'observen els resultats de les mostres recollides el 2008 en diferents edificis públics, comerços i domicilis particulars.

Un 7,8% del total d'instal·lacions controlades mostren algun resultat que no s'ajusta als límits paramètrics establerts, però només el 2,3% presenten incompliments confirmats amb una segona analítica de comprovació. Tots els incompliments confirmats detectats durant el 2008 han estat notificats als propietaris, juntament amb les corresponents mesures correctores i preventives que cal adoptar. El paràmetre que provoca més incompliments és la concentració de plom a l'aigua (vegeu el quadre 1), atès que encara existeixen canonades d'aquest material als edificis antics.

Qualsevol ciutadà de Barcelona que estigui interessat en comprovar la qualitat de l'aigua del seu domicili pot demanar una anàlisi de control mitjançant la sol·licitud que trobarà a l'adreça d'Internet www.aspb.cat o adreçant-se directament al registre de l'ASPB (Pl. Lesseps, 1).

Les fonts naturals

La utilització de l'aigua de les fonts naturals és una costum tradicional per un bon grapat dels ciutadans de Barcelona. Això justifica que se'n controli la qualitat de l'aigua d'aquestes fonts des dels anys 70. Actualment s'analitza de manera periòdica l'aigua d'una selecció de les fonts naturals del municipi que reben un nombre considerable de visites dels ciutadans. Si bé s'observa una elevada regularitat en la qualitat fisicoquímica, la qualitat microbiològica de l'aigua és molt variable i sovint es detecten superacions dels límits legislatius. És per aquesta raó que no és recomanable beure l'aigua de les fonts naturals perquè, atès que no ha estat sotmesa a cap desinfecció, no està garantida la seva qualitat sanitària.

Les aigües litorals de bany

L'entrada en vigor del nou Reial decret 1341/2007, d'11 d'octubre, sobre la gestió de la qualitat de les aigües de bany, ha suposat un canvi significatiu en els criteris d'avaluació. Segons aquests nous criteris, els controls microbiològics realitzats durant el 2008 indiquen que la qualitat de l'aigua de les platges de la Zona Fòrum, Nova Mar Bella, Mar Bella, Hospital del Mar, Llevant, Bogatell, Orientals i Sant Sebastià és excel·lent i bona en el cas de la platja de la Nova Icària.

Quadre 1. Resultats dels paràmetres determinats a l'aixeta dels consumidors. Barcelona 2008.

Paràmetre	Nombre d'analítiques	Límit paramètric ¹	Interval (mínim - màxim)	Mostres que no s'ajusten als límits paramètrics
Amoni (mg/l)	551	0,5	(< 0,1 - 0,2)	0%
Bacteris coliformes (ufc/100 ml)	551	0	(< 1 - 800)	2,2%
Clor lliure residual (mg/l)	547	0,2 - 1 ²	(0,0 - 2,0)	2,2%
Color (mg/l Pt/Co)	551	15	< 5	0%
Conductivitat (µg/cm)	551	2500	(84 - 2242)	0%
Coure (mg/l)	551	2	(< 0,04 - 1,88)	0%
Crom (µg/l)	551	50	(< 5 - 13)	0%
<i>Escherichia coli</i> (ufc/100 ml)	551	0	(< 1 - 120)	0,9%
Ferro (µg/l)	551	200	(< 40 - 497)	0,5%
Níquel (µg/l)	551	20	(< 5 - 41)	0,2%
Olor (índex de dilució a 25°C)	419	3	(0 - 3)	0%
pH	551	6,5 - 9,5	(6,6 - 8,3)	0%
Plom (µg/l)	551	25	(< 5 - 103,0)	4,2%
Sabor (índex de dilució A 25°C)	419	3	(0 - 3)	0%
Terbolesa (UNF)	551	5	(< 0,2 - 8,3)	0,5%

Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Annex I del Reial decret 140/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà. ² Annex I del Reial decret 140/2003 i Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà de Catalunya (PVISACH).

La seguretat i la higiene dels aliments

38

El control sanitari dels establiments alimentaris

En els decurs dels darrers 25 anys pocs sectors han experimentat tants canvis com els esdevinguts en l'àmbit de la vigilància i control alimentari. El primer esdeveniment de transcendència pública de la dècada dels 80 va ser la greu intoxicació per l'oli de colza de l'any 1981, que va fer qüestionar la confiança en la seguretat dels aliments. Alhora, va ser un revulsiu per a la millora dels serveis de control i un punt d'inflexió en el desenvolupament normatiu i en la prioritització dels controls. L'any 1984, Barcelona va posar en marxa el Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA) que, amb modificacions, encara es manté vigent fins avui. Amb l'entrada en vigor l'any 1985 de la Llei de bases de règim local i el 1986 la Llei general de sanitat, les competències municipals van ser clarament reafirmades, així com la important infraestructura tècnica i humana de l'Ajuntament de Barcelona.

La dècada dels 90 ha estat període d'un clar aprofundiment en el control sanitari que corre paral·lel als grans esdeveniments internacionals. S'inicia el Pla d'investigació de residus en animals i carns fresques a Catalunya (PIRACC) de 1990, per evitar la comercialització d'aliments amb residus medicamentosos utilitzats amb finalitats terapèutiques o d'engreix fraudulent. La successiva aplicació i la tipificació com a delictes contra la salut pública de les infraccions, ha comportat una gradual disminució d'aquests problemes. En segon lloc, la celebració dels Jocs Olímpics i Paralímpics de l'any 1992 va representar un important repte en haver de supervisar els aliments servits a la Vila Olímpica i dissenyar un Pla de control alimentari de la ciutat que vetllés per l'oferiment d'aliments amb les màximes garanties sanitàries. Aquest esforç addicional va servir per millorar el sector de la restauració col·lectiva de la ciutat.

El tercer factor d'aprofundiment en seguretat i higiene dels aliments el va representar la incorporació de l'Estat espanyol a la Comunitat Europea el 1995, perquè va implicar canvis substancials per a la progressiva transposició de les directrius comunitàries a l'ordenament jurídic estatal. L'objectiu normatiu era l'homologació

dels establiments a fi que el comerç intracomunitari es realitzés en condicions higièniques equiparables per a l'aplicació del principi de controls equivalents. Cal remarcar la progressiva implantació del sistema de vigilància sanitària, que va substituir la tradicional inspecció puntual per l'anàlisi de riscos i de punts crítics prèviament definits, l'avaluació dels autocontrols i l'avaluació dels programes de formació del personal.

Finalment, l'alarma social generada l'any 1996 en relacionar-se la malaltia de Creutzfeldt-Jakob amb l'encefalopatia espongiforme bovina, va comportar que a l'escorxador s'apliquessin programes de control com l'extracció del material específic de risc. A més, l'alerta alimentària de dioxines en productes d'origen animal procedents de Bèlgica, l'any 1999, va activar i posar al límit els operatius de control dels països de la UE, tot evidenciant la necessitat d'intenses transformacions.

L'any 2000 la Unió Europea dóna un nou impuls i edita el Llibre blanc sobre seguretat alimentària amb un conjunt d'accions per completar la legislació, garantir una millor aplicació i aportar més transparència als consumidors. El mateix any es crea l'Autoritat Europea de Seguretat Alimentària (EFSA) per avaluar científicament els riscos alimentaris i donar assessorament independent. El 2004 i 2005 es publiquen els nous reglaments comunitaris sobre les condicions d'higiene dels aliments i dels establiments, de gran transcendència en la vigilància i el control exercits a la ciutat.

L'any 2008, la tasca inspectora de l'Agència de Salut Pública de Barcelona s'ha concentrat en vigilar i controlar el procés productiu i els sistemes d'autocontrol de les empreses, aprofundint en l'estandardització dels procediments de control en col·laboració amb l'Agència de Protecció de la Salut de Catalunya, exercint les seves funcions integrada en el Pla de seguretat alimentària de Catalunya i prioritant les actuacions en funció del risc sanitari dels establiments controlats.

La vigilància analítica dels aliments

L'any 1984 entra en funcionament el Programa IQSA. En la seva etapa inicial (1984-1990), mitjançant l'anàlisi d'un important nombre d'aliments, dóna resposta a la necessitat de tenir una visió de conjunt de l'estat sanitari dels aliments, quant a composició i qualitat comercial, additius, contaminants químics i microbiològics.

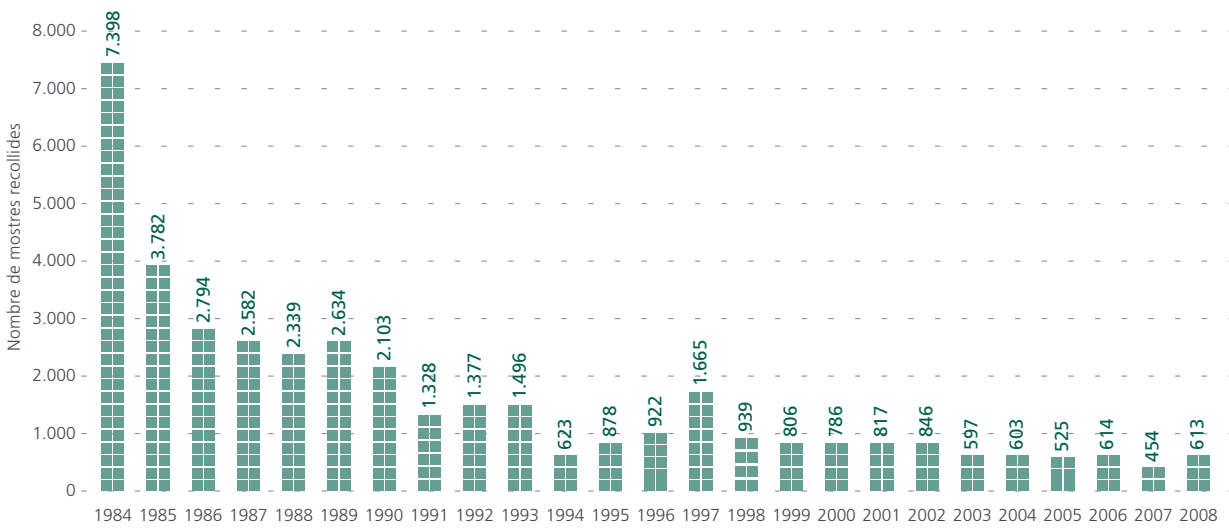
Com mostra la figura 5 (pàgina 39) s'inicia una segona etapa (1991-1997) que s'adapta a les noves necessitats d'informació, tot reduint el nombre de mostres i redefinint el sistema de mostreig en forma de subprogrames basats en el tipus d'aliment. D'aquesta forma es fa possible la seva monitorització en el temps i es disposa d'una àmplia base de dades utilitzable per a estudis d'avaluació del risc.

En la tercera etapa (1998-2008) es prioritza avaluar la presència o nivells de determinats contaminants ambientals, residus químics,

additius i agents microbiològics en aliments susceptibles de contenir-los i, per tant, la selecció dels aliments es basa en paràmetres específics vinculats a la seguretat alimentària.

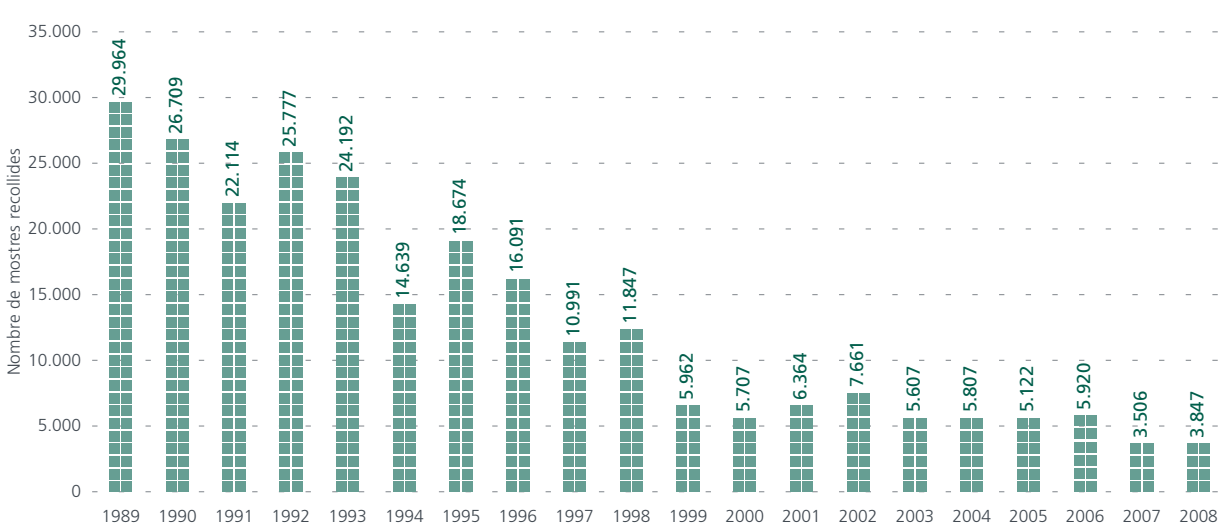
A les figures 5 i 6 es pot veure la progressiva disminució en el temps del nombre de mostres i paràmetres d'anàlisi, així com el diferent grau de contribució dels grups analítics, indicatius d'una major focalització dels paràmetres/aliments monitoritzats (vegeu la figura 7, pàgina 40).

Figura 5. Nombre de mostres recollides. Programa IQSA. Barcelona, 1984-2008.



Font: Institut de Seguretat Alimentària i de Salubritat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 6. Nombre de determinacions analítiques. Programa IQSA. Barcelona, 1989-2008.



Font: Institut de Seguretat Alimentària i de Salubritat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La seguretat i la higiene dels aliments

40

En aquests darrers anys s'han anat consolidant diverses línies de vigilància en aliments adreçats a la població general i a grups més vulnerables, com lactants i infants de curta edat:

- + agents zoonòtics (salmonel·la, *Campylobacter*, *Listeria*, *Yersinia*, *Escherichia coli* O157)
- + contaminants ambientals i tecnològics (hidrocarburs aromàtics policíclics, plaguicides)
- + organoclorats, PCB indicadors, metalls pesants)
- + residus (plaguicides, nitrats)
- + micotoxines
- + additius
- + al·lèrgens (gluten, proteïnes làcties)

El programa IQSA conté una vessant prospectiva de recollida d'informació per contribuir al coneixement dels nivells dels contaminants, per a l'establiment de límits legals o per a l'avaluació del risc, a més de l'anàlisi de tendències o el

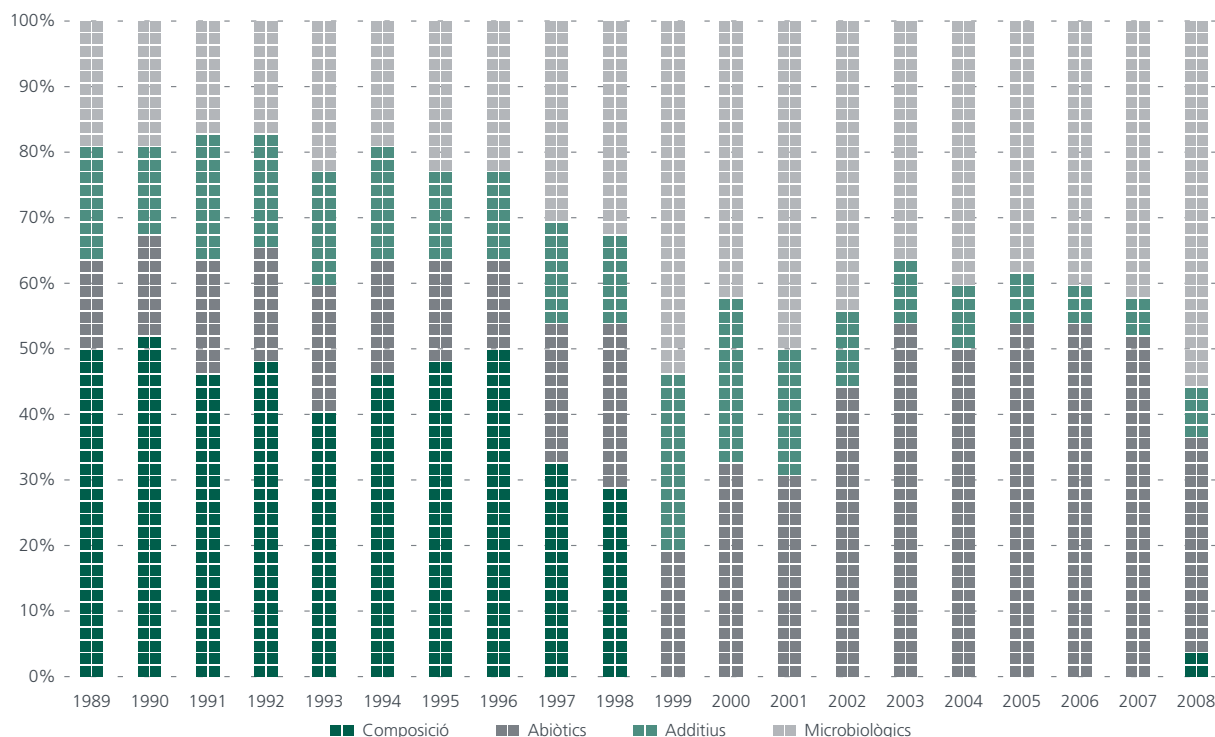
càlcul d'ingestes. Alhora, també presenta una vessant de gestió del risc quan es sobrepassa el valor de tolerància d'un perill alimentari, que activa les accions corresponents (comunicació al servei d'inspecció, aturada de la comercialització, etc.).

La gestió del programa té una dimensió local i autonòmica. Quan es detecten irregularitats imputables a establiments de la ciutat posa en marxa els mecanismes per a la correcció i, quan la irregularitat afecta altres establiments, ho posa en coneixement dels serveis autonòmics de control.

Així mateix, té una dimensió estatal i europea en traslladar anualment els resultats dels contaminants estudiats a l'Agència de Protecció de la Salut, a l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària, a l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i Nutrició, i finalment, a l'Agència Europea de Seguretat Alimentària.

En definitiva, l'aplicació del programa fa possible la monitorització de tendències, l'avaluació d'exposicions i de riscos, i l'adopció de mesures correctores, contribuint a la protecció de la salut del consumidor.

Figura 7. Tipus de determinacions analítiques. Programa IQSA. Barcelona, 1989-2008.



Font: Institut de Seguretat Alimentària i de Salubritat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els animals urbans

Durant els darrers 25 anys els serveis i la política de salut pública en matèria d'animals de companyia a la ciutat de Barcelona han experimentat diversos canvis que reflecteixen una nova sensibilitat i conscienciació de la ciutadania i una transformació de la política respecte al benestar, als drets i a la protecció dels animals de companyia.

El control de la ràbia va ser una de les funcions principals de la salut pública en aquest àmbit durant el segle XIX i principis del XX. A partir de l'eradicació d'aquesta malaltia, l'any 1979, els serveis es van reorientar i van centrar la seva activitat en la detenció i custòdia temporal d'animals extraviats a la via pública i el seu sacrifici majoritari. La dècada dels 90 es va caracteritzar per un fort increment del volum d'animals de companyia, per la custòdia i sacrifici d'animals procedents d'altres municipis i per l'opció del sacrifici com a principal recurs de gestió (vegeu la figura 8).

L'increment de la sensibilitat social en matèria de benestar i protecció animal va portar a replantejar la ètica del model i va provocar que a finals del 1998 es formulés un pla integral d'animals de companyia. Els seus eixos principals van ser: desenvolupar una política que fomentés el registre de gossos, estimular la tinença responsable d'animals de companyia i la bona convivència a la ciutat entre aquests i les persones,

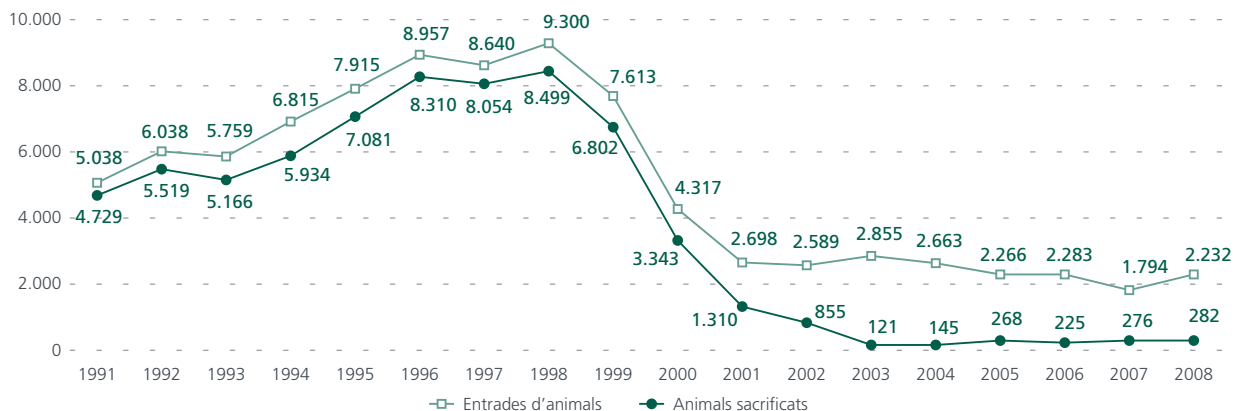
la col·laboració dels serveis de salut pública amb les entitats de protecció i defensa dels animals i els veterinaris clínics, la transformació de l'antiga gossara en Centre d'Acollida d'Animals de Companyia (CAAC) i la renovació del Conveni de col·laboració amb la Diputació.

Aquests canvis van permetre disposar d'un CAAC que, sense deixar de banda les funcions de salut pública, responia molt millor a les expectatives i preferències ciutadanes en matèria d'animals de companyia. L'aplicació d'aquesta política es va traduir en un augment de les adopcions d'animals de companyia i una davallada considerable de l'entrada i les estades d'animals al CAAC. Això va propiciar que el Consell Plenari de l'Ajuntament acordés la supressió del sacrifici d'animals de companyia en el CAAC a partir de l'1 de gener de 2003.

Quant a la gestió del CAAC, després d'un període de transició en què les entitats proteccionistes hi van participar, els serveis de salut pública van desenvolupar protocols de treball sistematitzats. Aquests protocols van millorar-ne el funcionament i van permetre fer més homogenis els criteris de gestió i control intern, fins a obtenir la certificació ISO 9001:2008 de les activitats de vigilància, control i acollida d'animals de companyia.

Enguany, els responsables polítics han acordat traspasar les competències en matèria d'animals de companyia a l'Àrea de Medi Ambient de l'Ajuntament. La decisió és el resultat de la nova situació d'equilibri dels fluxos d'entrada i sortida d'animals al CAAC (vegeu la figura 8), de la sistematització dels processos de treball, de la situació epidemiològica existent pel que fa a la zoonosi i el continu creixement de la sensibilitat vers els animals de companyia. En una primera fase, per decret d'alcaldia de 19 de desembre del 2008, es van traspasar les funcions relatives a animals de companyia excepte allò relatiu a la zoonosi i al CAAC, que es va preveure traspasar-ho en una segona fase.

Figura 8. Animals de companyia entrats i sacrificats al CAAC. Barcelona, 1991-2008.



Font: Servei d'Higiene Pública i Zoonosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les conductes relacionades amb la salut

42

El consum de tabac és un dels principals factors de risc de mortalitat cardiovascular, de càncer i de malalties respiratòries. Per aquest motiu algunes polítiques públiques tenen com a objectiu la modificació de l'hàbit tabàquic tant en la cessació, com en la demora o el no inici del consum de tabac.

Durant els últims 25 anys és notable la disminució, en termes generals, de les persones fumadores. S'ha passat del 36,5% de la població el 1983 al 28,9% el 2006, si bé és cert que el comportament ha estat diferent per sexes i grups d'edat (vegeu la figura 9). En els homes s'observa una reducció de la prevalença de fumadors, del 54,4% el 1983 al 33,7% el 2006. En canvi, en les dones s'adverteix un lleuger increment, passant del 21,4% el 1983 al 24,5% el 2006. Els canvis socioeconòmics viscuts per la dona en aquests 25 anys, com ara una major incorporació al món del treball, poden haver influït en l'adquisició de l'hàbit tabàquic, a mida que passen els anys, cada vegada hi ha un major nombre de dones fumadores en els grups d'edat més grans a causa d'un efecte cohort (les dones que van començar a fumar fa anys es fan grans). Per contra, és manté estable la proporció de fumadores en el grup d'edat de 15 a 44 anys (vegeu la figura 9).

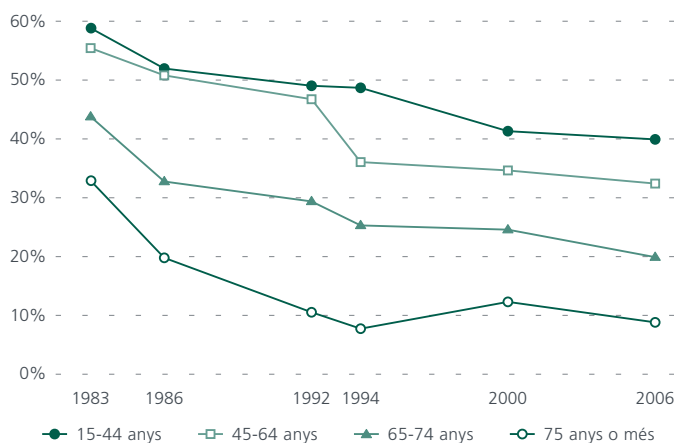
Entre els factors que poden haver motivat el descens global del consum de tabac hi figuren l'encariment del seu preu i les campanyes de sensibilització i d'etiquetatge. L'aplicació de la Llei de tabac va entrar en vigor l'any 2006 i, per tant, cal esperar que se'n mostrin els efectes en els propers períodes.

Un altre comportament que afecta l'estat de salut és l'activitat física. En aquest sentit, hi ha hagut un lleuger increment en la pràctica intensiva d'esport. El 2006 un 11,8% dels homes i un 5,2% de les dones declara realitzar activitat física important, mentre que el 1986 ho feien el 9,5% dels homes i el 4% de les dones. Essent sempre superior aquest hàbit en els homes que en les dones. En canvi, pel que fa a l'activitat moderada les dones declaren realitzar-la més que els homes (veure el quadre 2, pàgina 43).

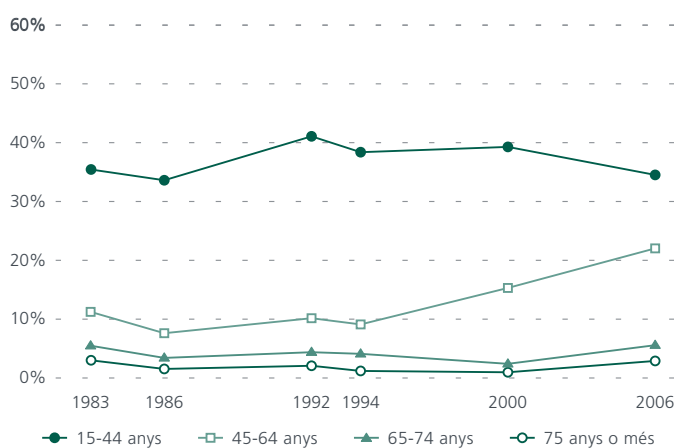
Finalment, un altre problema de salut és l'excés de pes. Es comprova una evolució ascendent en el sobrepès d'ambdós sexes: del 13,3% en homes i del 27,5% en les dones el 1986, s'ha arribat fins al 27,6% i 36,7% respectivament el 2006. En tots els anys les dones presenten uns nivells més elevats que els homes.

Figura 9. Prevalença de persones fumadores. Barcelona, 1983-2006.

Homes



Dones



Font: Enquesta de Salut de Barcelona i Catalunya.

Les conductes relacionades amb la salut en els joves

És important conèixer les actituds i els comportaments relacionats amb la salut dels joves, per tal d'orientar i avaluar les intervencions i polítiques preventives adequades. Amb l'objectiu de conèixer els comportaments i factors de risc dels escolars de la ciutat disposem periòdicament,

des del 1987, de l'Enquesta FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària), que recull una mostra representativa de les escoles de Barcelona. Les dades indiquen que el consum regular de tabac ha disminuït tant en nois com en noies i que el consum experimental d'alcohol es manté constant al llarg dels anys.

La prevalença de consumidors regulars de tabac (fumar almenys una vegada a la setmana) entre els joves, mostra una tendència decreixent tant en nois com en noies, en tots els grups d'edat. Com mostra la

Quadre 2. Evolució de les actituds relacionades amb la salut en població major de 14 anys. Barcelona, 1983-2006.

		1983	1986	1992	1994	2000	2006
Homes							
Consum de tabac	Fumador	54,4	47,5	44,3	39,7	36,0	33,7
	Exfumador	20,8	20,6	21,1	24,4	27,3	29,2
	No fumador	24,7	31,4	34,5	35,9	36,6	36,9
Activitat física habitual	Intensa	-	9,5	10,4	8,3	11,1	11,8
	Moderada	-	33,7	43,5	35,7	36,0	44,4
	Lleugera	-	16,8	13,6	12,8	15,9	11,9
	Inactiu/va	-	36,2	32,1	41,9	37,0	32,0
Existència d'excés de pes	-	13,3	18,6	-	27,3	27,6	
Dones							
Consum de tabac	Fumador	21,4	19,0	23,5	21,3	24,1	24,5
	Exfumador	6,1	4,7	6,0	8,8	13,3	19,7
	No fumador	71,7	75,8	70,4	69,9	62,6	55,7
Activitat física habitual	Intensa	-	4,0	4,6	3,6	4,6	5,2
	Moderada	-	41,4	53,4	41,5	39,4	45,3
	Lleugera	-	24,5	18,7	20,5	20,2	14,9
	Inactiu/va	-	27,5	22,9	33,8	35,8	35,5
Existència d'excés de pes	-	27,5	31,8	-	33,6	36,7	

Font: Enquesta de Salut de Barcelona i Catalunya.

Nota: Percentatges estandarditzats per edat, població de referència 1988.

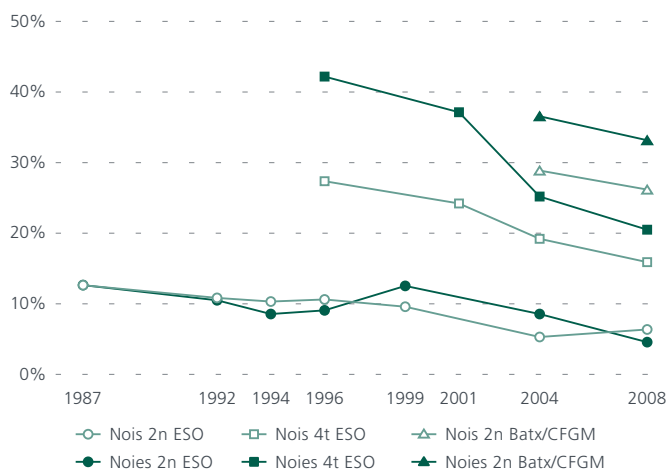
Les conductes relacionades amb la salut

44

figura 10, el 1987 un 12% de joves de 2n d'ESO declarava consumir tabac regularment, essent aquest percentatge del voltant d'un 5% el 2008. Pel que fa a 4t d'ESO, el 1996 la prevalença de consumidors regulars va ser del 27% entre els nois i del 42% en el cas de les noies i aquests percentatges disminueixen fins al 16% i 20%, respectivament, el 2008. Entre els alumnes de 2n de batxillerat també s'observa una reducció de consumidors regulars de tabac entre el 2004 i el 2008 en ambdós sexes. Cal destacar que al 2n de batxillerat, 4t d'ESO i a partir del 1999 també al 2n d'ESO, el consum regular de tabac era força superior en noies que en nois. El 2008 s'observa com les diferències de consum entre sexes disminueixen a 4t d'ESO, tot i que entre les noies es manté per sobre, i desapareixen al 2n d'ESO.

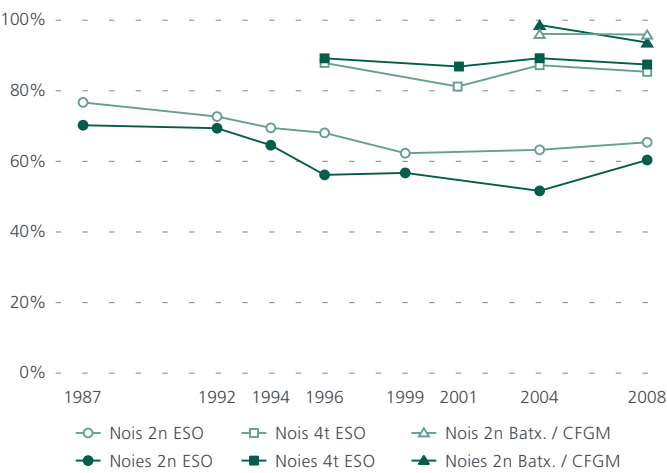
Pel que fa a la qüestió d'haver provat l'alcohol alguna vegada (mig got de qualsevol beguda alcohòlica), la presència de consumidors experimentals mostra una tendència decreixent en nois i en noies de 2n d'ESO. Aquestes prevalències, tot i que es mantenen elevades assolint valors del 67% i 60% el 2008, eren, l'any 1987, del 76% i 69% respectivament. En els grups de joves de 4t d'ESO i 2n de batxillerat el consum experimental d'alcohol es manté constant en els últims anys (vegeu la figura 11).

Figura 10. Consum regular de tabac (setmanal). Barcelona, 1987-2008



Font: Enquesta FRESC, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 11. Haver provat alguna vegada alcohol (almenys mig got de qualsevol beguda alcohòlica). Barcelona, 1987-2008.



Font: Enquesta FRESC, Agència de Salut Pública de Barcelona.

El consum de drogues

Consum de drogues en l'adolescència

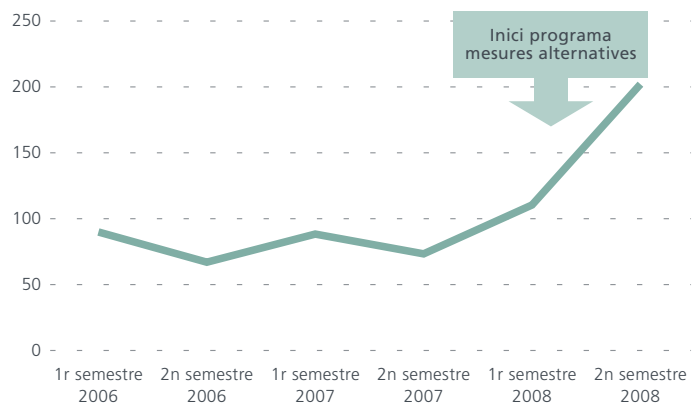
A Barcelona, el consum d'alcohol i de cànnabis entre adolescents ha augmentat en els darrers anys. Tot i així, una dada positiva és que l'edat en iniciar el consum de cànnabis, alcohol i tabac entre els joves escolaritzats ha augmentat lleugerament des de l'any 1999, especialment entre els nois (Pla de drogues 2009-2012). Entre els adolescents de Barcelona (14 a 17 anys), el cànnabis ha esdevingut la droga més detectada en els serveis d'urgències després d'un creixement de casos en els darrers anys; així, l'any 2008 van ser atesos 42 joves que van ocasionar 49 visites. Pel que fa a la cocaïna, el nombre de joves que han estat atesos als serveis d'urgències es manté estable des de principis de l'any 2000, amb 15 persones que han ocasionat 18 visites (vegeu la figura 12). Aquestes dades són rellevants, ja que les urgències hospitalàries són un bon indicador de la comorbiditat que pot ser deguda al consum de substàncies psicoactives.

El programa del Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD) és de prevenció selectiva. Combina la intervenció breu motivacional amb un cribatge de patologia mental i abús/dependència de drogues pels menors, i un programa educatiu pels seus pares. El SOD està basat en experiències dutes a terme amb èxit a altres ciutats europees.

El maig de 2008, el SOD es va ampliar amb la posada en funcionament d'un protocol d'actuació

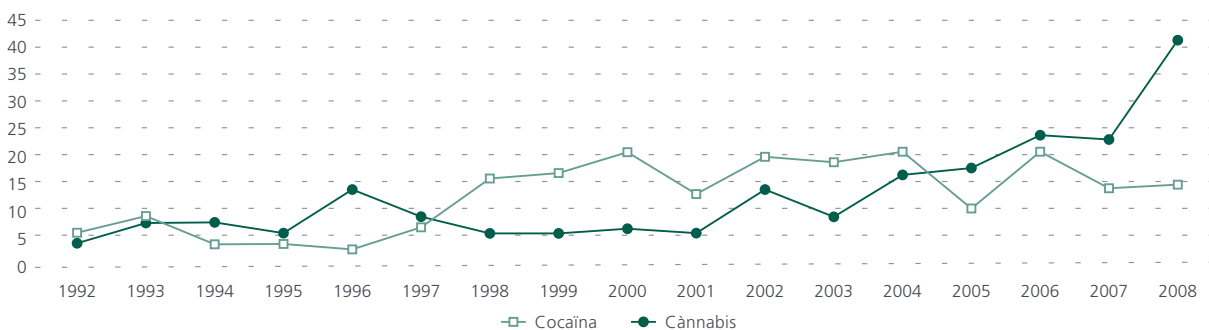
per a menors denunciats a la via pública per consum o tinença de drogues il·legals, que articula el circuit de col·laboració entre els cossos policials (Guàrdia Urbana i Mossos d'Esquadra) i el SOD. Aquest protocol ofereix als menors denunciats la possibilitat d'acollir-se a un programa psicoeducatiu com a mesura alternativa a la sanció administrativa. El SOD s'ha consolidat com a recurs d'assessorament i atenció a adolescents i joves consumidors fins a 21 anys i a les seves famílies. L'any 2008 s'han atès 342 persones, de les quals el 77,8% són nois d'entre 16 i 17 anys (71,6%), essent la principal substància consumida per aquests joves el cànnabis amb un 97,1% els nois i un 93,1% les noies. A la figura 13 es pot veure l'evolució de les persones ateses pel SOD des de la seva obertura, que ens dóna una idea de la consolidació d'aquest programa en els darrers anys.

Figura 13. Persones de 14 a 18 anys ateses al servei d'orientació sobre drogues (SOD) per semestre. Barcelona, 2006-2008.



Font: Sistema d'Informació sobre Drogues. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 12. Evolució del nombre de persones de 14 a 17 anys amb consum de drogues il·legals detectades en els serveis d'urgències dels hospitals de Barcelona segons substància. Barcelona, 1992-2008.



Font: Sistema d'Informació sobre Drogues. Agència de Salut Pública de Barcelona.

El consum de drogues

46

Mortalitat i comorbiditat en usuaris de drogues injectades

Barcelona ha estat pionera en tot l'Estat en el desenvolupament de programes de reducció de danys per a usuaris en actiu de drogues injectades (bàsicament heroïna i cocaïna). Aquests programes tenen com a objectiu minimitzar el efectes nocius (morbidity i mortalitat) que el consum de drogues té sobre la salut individual i col·lectiva.

Així l'any 1991 va començar el primer programa de manteniment de metadona amb 84 places i el primer programa d'intercanvi de xeringues, amb 6.200 lliuraments a la zona de Ciutat Vella. Al llarg dels anys aquests programes es van anar estenent i van arribar l'any 1995 a 2.951 places de metadona/any i més de 500.000 xeringues/any. A la vegada que aquestes iniciatives es consolidaven, el nombre de morts per sobredosis anava disminuint, passant de més de 170 morts l'any 1989 a poc més de 40 l'any 2008. El mateix va passar amb la sida en injectors de drogues, que va passar de 400 casos el 1994 a prop de

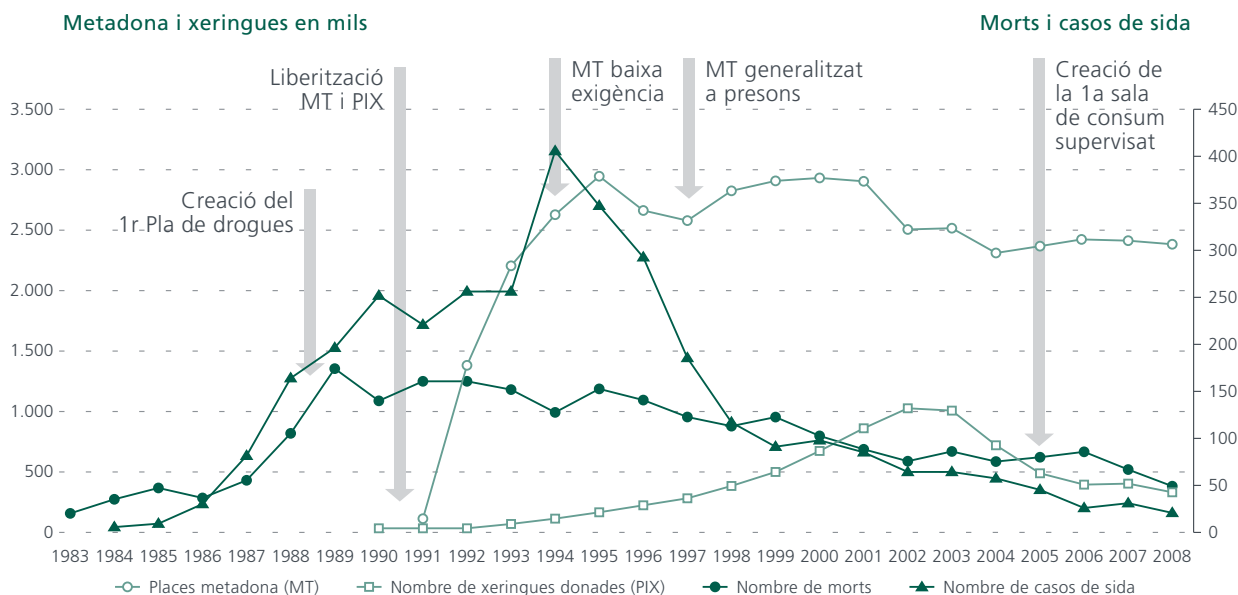
20 l'any 2008. Com es pot veure a la figura 14, a mesura que s'han anat implementant els programes de reducció de danys, ha anat disminuint la morbidity/mortalitat associada al consum de substàncies psicoactives. Això mostra l'efectivitat dels primers projectes per a la reducció de danys, ja que en part han aconseguit disminuir, des de l'any 1995 fins ara, un 68% de la mortalitat per sobredosi i un 95% el casos de sida.

Tot i els resultats positius obtinguts, cal tenir present que en els darrers anys s'han estabilitzat tant les morts per sobredosis, com els casos de sida en injectors. És per aquesta raó que, l'any 2004, la ciutat de Barcelona va fer un pas més en la política de reducció de danys i va obrir quatre sales de consum supervisat a diferents zones de Barcelona. Malgrat els pocs anys de funcionament, ja se'n pot veure l'efecte en la mortalitat per sobredosi, que s'ha reduït un 40% entre l'any 2005 i el 2008 (48 enlloc de 80).

Un altre indicador que podem analitzar són les xeringues trobades a la via pública en diferents zones de la ciutat. A la figura 15 (pàgina 47) s'observa l'evolució del nombre de xeringues recollides des de l'any 2004 fins a l'any 2008.

El tancament de Can Tunis (juliol 2004) va ocasionar l'aparició d'escenes obertes de consum a diferents zones de la ciutat. Aquest fenomen es

Figura 14. Alguns indicadors de reducció de danys i de les morts per sobredosi, nombre de casos de sida, places de metadona i xeringues distribuïdes. Barcelona, 1983-2008.

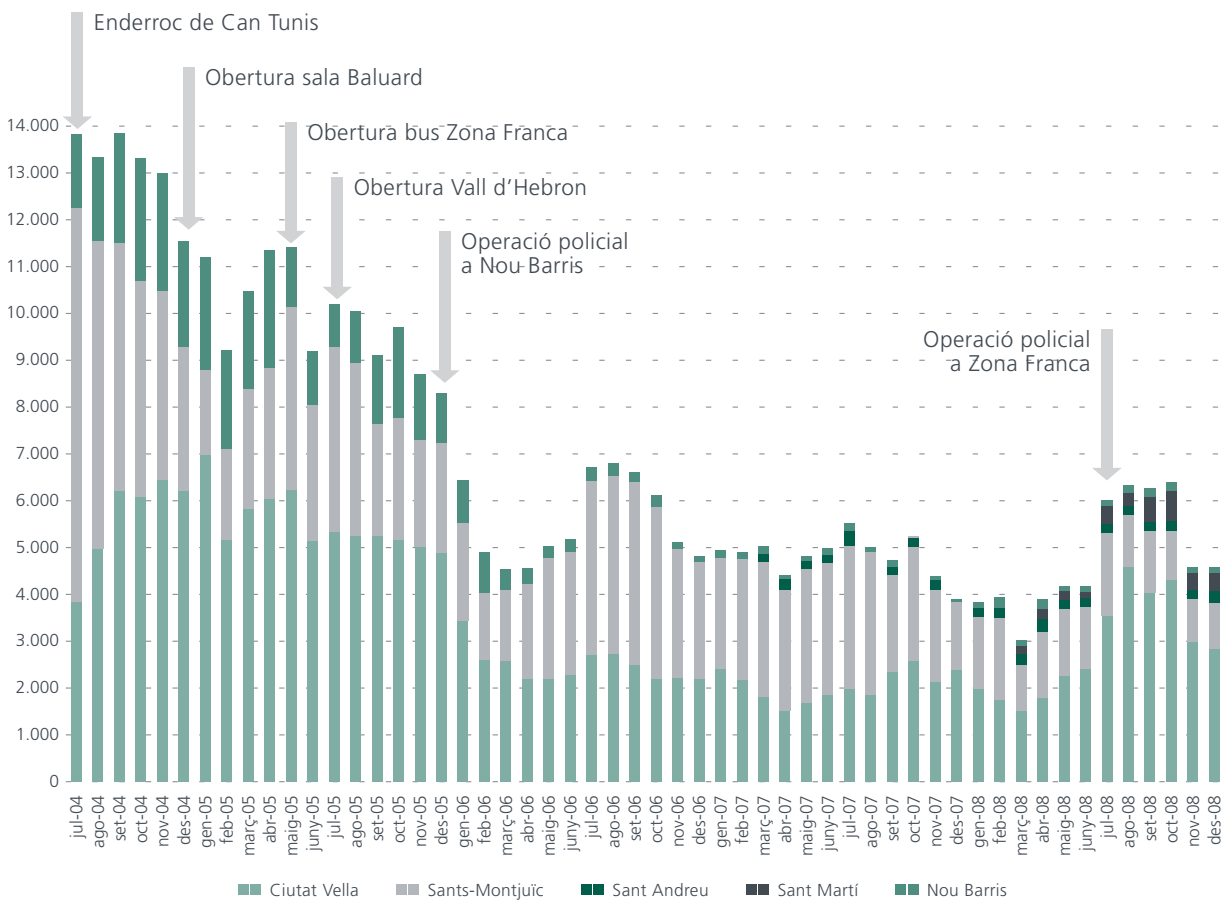


Font: Sistema d'Informació sobre Drogues. Agència de Salut Pública de Barcelona.

va traduir en un increment de les xeringues recollides a Ciutat Vella, Zona Franca i Nou Barris. Davant d'aquest fet, es van iniciar un seguit d'intervencions sanitàries i d'ordre públic, com l'obertura, mencionada anteriorment, de les sales de consum Baluard, la Marina i Vall d'Hebron, i les grans accions policials de Nou Barris i Zona

Franca. Aquestes iniciatives han estat positives, ja que han aconseguit reduir en tots els territoris les xeringues trobades al carrer en un 68%, passant de 13.800 xeringues al juliol del 2004 a 4.478 al desembre del 2008. Les zones amb una reducció més alta han estat Zona Franca, que ha passat de 8.500 xeringues/mes a 919, Nou Barris, de 1.500 xeringues/mes a 56 i finalment Ciutat Vella, de 3.800 xeringues/mes a 2.870.

Figura 15. Xeringues recollides mensualment al carrer per districte. Barcelona, 2004-2008.



Font: Sistema d'Informació sobre Drogues. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La utilització de serveis sanitaris

48

En les diferents enquestes de salut s'ha preguntat de manera homogènia la utilització de serveis sanitaris. Les persones que manifesten haver visitat el metge en els 15 dies anteriors a l'entrevista representen un 27,4% de les dones i un 19,3% dels homes (vegeu el quadre 3). En conjunt es mostra una tendència a l'alça per grups d'edat, però diferenciada entre homes i dones. Per grups d'edat, els homes de 15 a 44 anys declaren sempre menys visites que el mateix grup de dones. Per als homes de 45 a 75 anys existeix més variabilitat en visites que el mateix grup de les dones, és a dir, les dones de 45 a 75 anys i més, les quals tendeixen a presentar uns percentatges de visites similars i creixents a partir de l'any 1994. En els homes, per contra, aquesta convergència només es dona en el grup de 65 a 75 i més (vegeu la figura 16, pàgina 49).

Pel que fa a les persones que manifesten haver estat hospitalitzades el darrer any (vegeu quadre 3), tant en els homes com en les dones es mostra una lleugera tendència a l'alça en el percentatge d'hospitalització. L'increment és lleugerament superior en el grup d'homes i, concretament, en el de majors de 75 anys (vegeu la figura 17, pàgina 49).

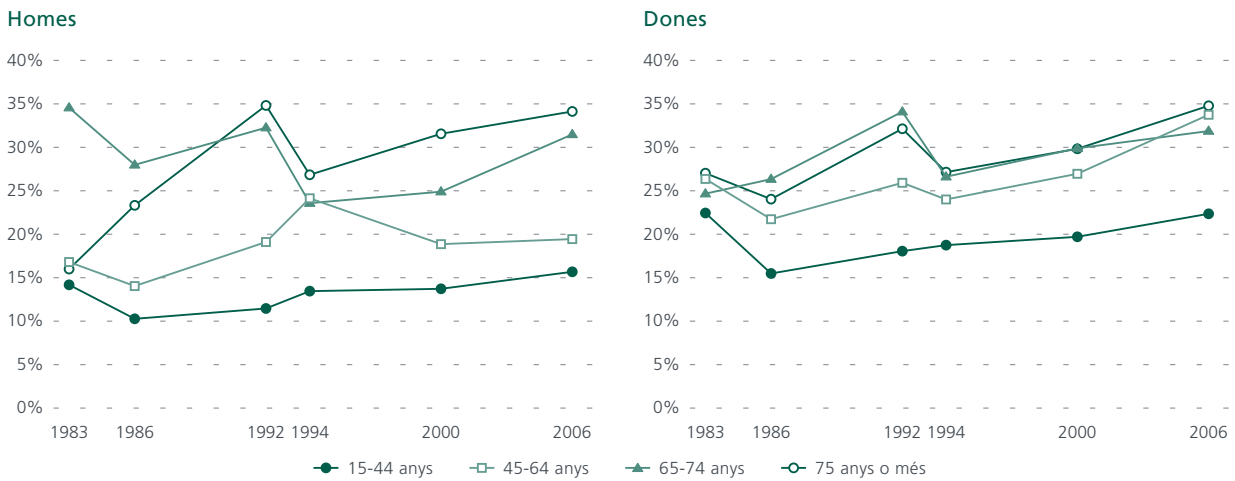
Quadre 3. Evolució de la utilització de serveis sanitaris en població major de 14 anys. Barcelona, 1983-2006.

	1983	1986	1992	1994	2000	2006
Homes						
Visites 2 setm.	16,8	13,7	17,7	18,8	17,3	19,3
Hospitalització últim any	-	5,8	7,7	8,0	8,2	8,2
Dones						
Visites 2 setm.	24,5	19,3	24,2	23,1	24,0	27,4
Hospitalització últim any	-	6,4	8,2	7,7	8,5	9,4

Font: Enquesta de Salut de Barcelona i Catalunya.

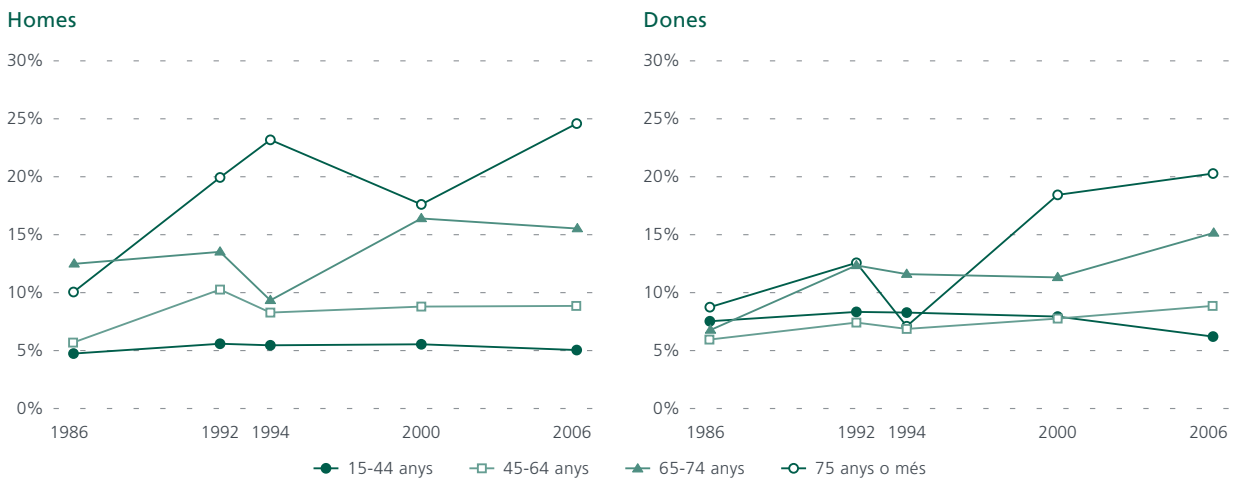
Nota: Percentatges estandarditzats per edat, població de referència 1988.

Figura 16. Persones que han visitat al metge els darrers 15 dies en població major de 14 anys. Barcelona, 1986-2006.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona i Catalunya.

Figura 17. Hospitalitzacions del darrer any en població major de 14 anys. Barcelona, 1986-2006.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona i Catalunya.

L'atenció primària de salut

50

L'estructura i característiques dels serveis d'atenció primària de salut (APS) existents actualment, tenen el seu origen a Alma-Ata (1978), on l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir els objectius de salut per al segle XXI. En aquest context, l'any 1986 es va iniciar la reforma de l'atenció primària a Catalunya. A la ciutat de Barcelona, l'any 2003 ja estava totalment implantada; se'n pot observar el procés per a cadascun dels districtes de la ciutat en el quadre 4. La població atesa per part dels equips reformats va passar del 22,1% l'any 1993 al 100% l'any 2003 (vegeu la figura 18, pàgina 51).

L'objectiu fonamental de la reforma ha estat el de millorar l'atenció sanitària, des del punt de vista assistencial, preventiu i de promoció de la salut, facilitant l'accessibilitat de la població i vetllant per una salut integral. D'aquesta etapa

també cal destacar un avenç important: la implicació dels professionals d'infermeria en les actuacions d'àmbit comunitari.

Actualment la ciutat de Barcelona compta amb 67 ABS, on treballen els equips de professionals que durant l'any 2008 han donat cobertura al 67,1% del total de la població assignada. Amb una mitjana de 3,9 visites al metge de família per persona a l'any, 3,8 visites al pediatre i 1,7 visites ateses pels professionals d'infermeria.

Per tal d'avaluar les intervencions que es realitzen en l'àmbit de l'APS es disposa de diferents metodologies d'avaluació (objectius anuals de la part variable de compra de serveis del contracte, benchmarking i Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris - BOTSS), que s'han incorporat al llarg dels darrers anys i que permeten conèixer la situació i fer propostes de millora. Al quadre 5 es poden observar els resultats d'alguns d'aquest indicadors.

Al llarg d'aquests darrers 25 anys i seguint el concepte integral de salut, s'han instaurat programes específics en l'àmbit de l'APS. L'any 1997 es

Quadre 4. Evolució de la implantació de la reforma de l'atenció primària de salut (% ABS). Barcelona, 1993-2003.

Districte de la Ciutat	% d'ABS reformades anys 1993-2003										
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ciutat Vella	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Eixample	30	30	30	30	30	30	40	40	60	80	100
Sants-Montjuïc	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29	14,29	28,57	50	100	100	100
Les Corts	0	33,33	33,33	33,33	33,33	33,33	33,33	100	100	100	100
Sarrià-Sant Gervasi	0	0	0	0	0	0	0	40	40	60	100
Gràcia	0	0	0	0	0	0	0	40	40	100	100
Horta-Guinardó	14,29	42,86	42,86	42,86	57,14	57,14	57,14	71,43	85,71	100	100
Nou Barris	42,86	33,33	33,33	33,33	33,33	66,67	66,67	66,67	100	100	100
Sant Andreu	28,57	33,33	33,33	66,67	83,33	83,33	83,33	83,33	83,33	100	100
Sant Martí	27,27	40	50	70	90	90	90	100	100	100	100
Total¹	27,27	33,33	34,85	40,91	46,97	51,52	54,55	68,18	81,82	93,94	100

Font: Memòries de la regió sanitària de Barcelona.

Nota: ¹ S'exclou la Mina.

Quadre 5. Indicadors d'activitat d'atenció primària. Barcelona, 1997-2008.

Percentatge	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Cobertura poblacional	66,9	66,9	72,0	76,5	76,7	77,5	75,4	70,4	71,5	69,3	68,0	67,1
ATDOM > 64 anys					6,1	6,4	6,1	6,5	5,9	5,7	5,4	5,6
Vacunació infantil	83,1	93,3	83,0	79,0	86,5	84,0	82,3	82,3	69,6	98,0	84,4	86,9
Vacuna antigripal	52,4	49,6	51,7	56,7	52,6	57,5	53,3	51,3	54,6	51,2	51,2	51,5

Font: Memòries de la regió sanitària de Barcelona.

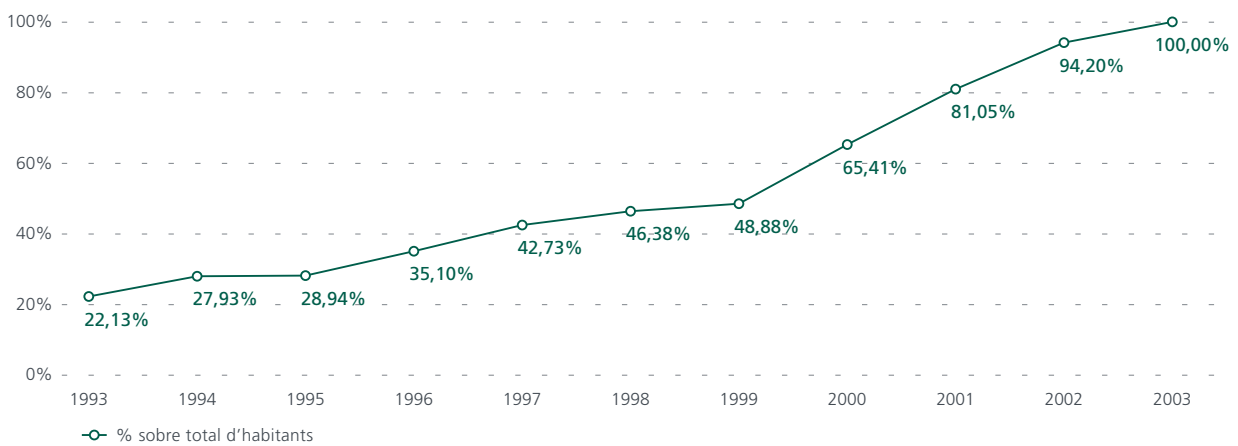
va iniciar el programa preventiu del Nen sa. L'any 2001, el Programa d'atenció domiciliària (ATDOM). El programa Beveu menys va néixer l'any 1995 i es va implantar a l'APS l'any 2002 amb l'objectiu de dotar a l'atenció primària de salut de les eines per a la identificació precoç i la intervenció breu en cas de problemes d'alcohol. L'any 2003 es va posar en funcionament el Programa de registre de tabac a l'APS i La Guia d'actuació per al Consell Antitabac. A més, durant tot el període s'han anat incorporant programes per promocionar l'activitat física i una alimentació equilibrada.

Pel que fa als últims anys, cal fer esment de la implantació dels programes de salut mental de

suport a l'APS, amb una cobertura del 44% dels EAP de la ciutat, junt amb el Programa salut i escola de l'any 2005, on algunes de les actuacions s'han realitzat i es realitzen coordinadament amb els equips municipals de salut. En aquest programa els professionals d'infermeria dels EAP es desplacen als centres docents de referència per atendre la consulta als joves. Aquest darrer any hi han participat 107 professionals d'infermeria de 61 ABS, que han donat cobertura als alumnes de 3r i 4t d'ESO de 184 centres docents.

Podem considerar que l'atenció primària de salut, amb la implantació de la reforma, ha evolucionat molt satisfactòriament i ha cobert els objectius proposats. Tot i així, l'APS continua estant immersa en un procés dinàmic de millora, on es proposa per a un futur immediat, la implantació del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària amb nous elements estratègics i operatius.

Figura 18. Evolució de la cobertura poblacional per part d'equip d'atenció primària (EAP) reformats a la ciutat. Barcelona, 1993-2003.



Font: Memòries de la regió sanitària de Barcelona.

Nota: S'exclou la Mina.

L'atenció a les urgències

52

En moltes ocasions l'atenció a les urgències és la porta d'entrada al sistema sanitari, a més de ser-ne una part fonamental. La població utilitza els serveis d'urgències per diferents motius. Molts cops ho fa per la sensació de gravetat que experimenta davant una malaltia. També per la comoditat i seguretat que els dona, sense valorar, sovint, el col·lapse que suposa i les repercussions per a la resta de pacients amb afectacions realment urgents.

Es disposa de diferents nivells assistencials d'urgències, els d'àmbit hospitalari i els extra-hospitalaris, que estan constituïts pels centres d'atenció primària i el servei d'emergències mèdiques (SEM-061).

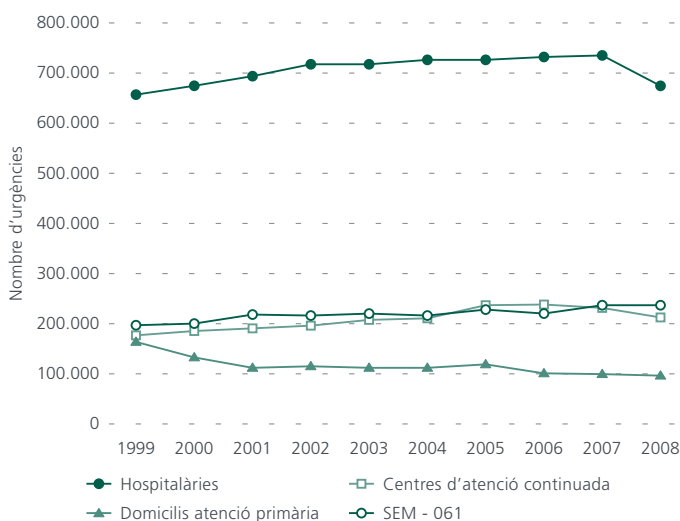
La tendència poblacional és freqüentar majoritàriament els serveis d'urgències hospitalàries davant problemes aguts. Els resultats de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2006 així ho confirmen: 3 de cada 10 persones adultes amb problemes urgents acudeixen als centres hospitalaris, essent més elevada la xifra en pediatria, on passa a ser 4 de cada 10. Amb relació al sexe, la raó dones/homes és lleugerament superior a la unitat (raó d'urgències dones/homes = 1,15) segons un estudi de l'any 2007.

Tot i l'increment global de la demanda, en els darrers anys es tendeix a estabilitzar el nombre d'urgències. Hi ha hagut un important esforç per redirigir els fluxos poblacionals en funció de la gravetat del procés, reforçant el paper de l'atenció primària per atendre la patologia urgent menys complexa. S'han establert programes específics d'atenció domiciliària de seguiment de patologies cròniques i de malalts fràgils, entre altres, que han fet que es produeixi un descens en les visites domiciliàries urgents. També cal destacar l'existència del programa integral d'urgències de Catalunya, de molta utilitat per gestionar l'oferta i la demanda urgent, especialment en períodes crítics com és l'època hivernal.

Per altra banda, l'any 2008 es posa en marxa un centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) d'alta resolució, ubicat al CAP Manso, que reforça l'assistència extrahospitalària i amplia i complementa la realitzada pels centres d'atenció primària continuada (CAC) que donen atenció fora de l'horari habitual de funcionament del centre. També cal ressaltar el paper del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM), que té una activitat prou important tant en l'àmbit de trucades rebudes com en l'atenció domiciliària urgent prestada.

La figura 19 mostra l'evolució de les urgències a Barcelona durant els darrers 10 anys. Amb relació a l'any 1999 destaca un increment d'un 4% en les urgències hospitalàries, un 21% en les urgències realitzades en l'atenció continuada (CAC), una disminució de les urgències domiciliàries del 32% i un augment del 11% en les mobilitzacions del SEM, incloent suport vital avançat, bàsic i domicili.

Figura 19. Evolució de les urgències. Barcelona 1999-2008.



Font: Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC) anys 1999-2008. Barcelona.

L'atenció especialitzada hospitalària

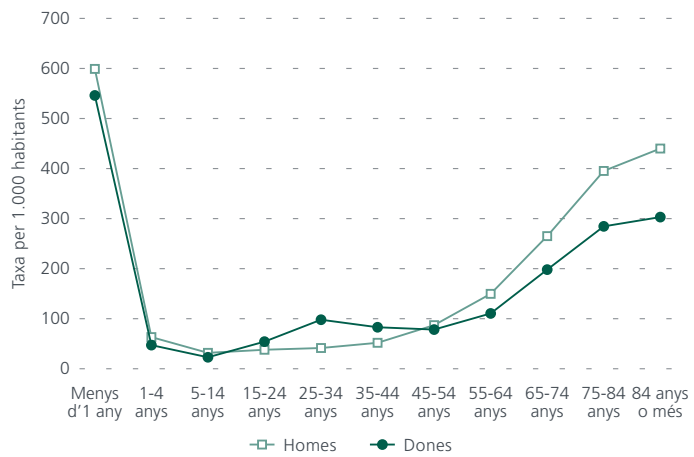
Barcelona, com a ciutat cosmopolita dins Catalunya, conté un conjunt de deu hospitals públics, tres dels quals són d'alta tecnologia i, en conseqüència, és pionera en processos de recerca importants i en la praxis mèdica. Aquesta és una de les raons que explica l'elevat percentatge de pacients que s'atenen procedents de fora de la ciutat. Gairebé són una tercera part del total, mentre que tan sols al voltant d'un 8% de la població de Barcelona va a hospitals de fora de la ciutat, proporció que s'ha mantingut estable en els darrers 10 anys.

Si analitzem les característiques dels pacients ingressats per edat i sexe, s'observa un patró que es va repetint en els temps, amb unes taxes d'hospitalització elevades en els primers i els darrers anys de la vida, predominant els homes en tots els grups d'edat, excepte en l'etapa fèrtil de les dones, on s'incrementen els ingressos per l'atenció obstètrica, tal com mostra la figura 20.

Quant a l'activitat realitzada i amb la finalitat d'optimitzar recursos i facilitar la recuperació dels pacients, es tendeix a prioritzar les actuacions ambulatories enfront de les hospitalitzacions convencionals. Evolutivament, en els últims cinc anys aquest fet ha agafat més força i, quan es comparen, s'observa un increment d'un 23% de la cirurgia major ambulatòria (CMA) enfront de l'hospitalització convencional. Cal ressaltar les intervencions de cataractes com a procediment quirúrgic més freqüent (vegeu la figura 21).

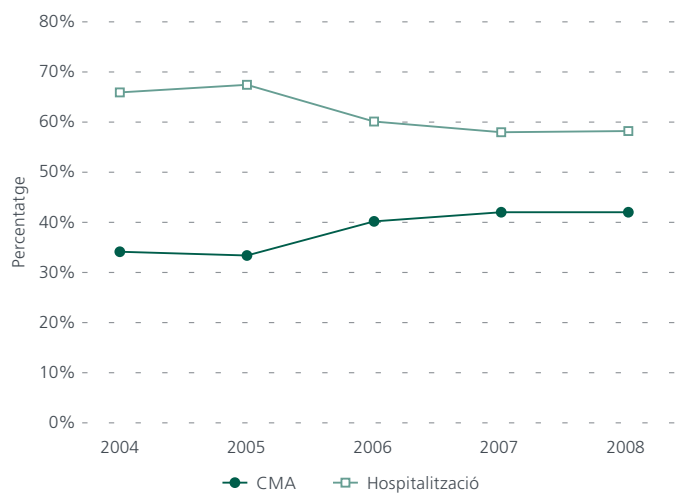
Les causes d'hospitalització més freqüents coincideixen al llarg del temps. En els homes destaquen les malalties de l'aparell circulatori, respiratori, digestiu i les neoplàsies, junt amb les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits. Mentre que en les dones predominen les causes obstètriques, les malalties del sistema nerviós i d'òrgans dels sentits, seguides de les malalties de l'aparell circulatori, respiratori i les neoplàsies.

Figura 20. Taxa d'altres d'hospitalització. Barcelona, 2008.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD 2008). Barcelona.

Figura 21. Evolució de l'hospitalització convencional enfront de la cirurgia major ambulatòria. Barcelona 2004-2008.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades. Barcelona 2004-2008.

L'atenció socio sanitària

54

L'any 1986, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va crear el Programa Vida als anys per tal de millorar l'atenció a les persones grans malaltes, als malalts crònics i a les persones en situació de final de vida. Integrava serveis socials i sanitaris en una sola prestació, amb un model d'atenció singular, integral i interdisciplinari. Posteriorment, l'any 1998, la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya preveu que el Servei Català de la Salut, d'acord amb les funcions que li són pròpies, dugui a terme activitats d'atenció socio sanitària i, l'any 1999, es va publicar el decret pel qual es crea la xarxa pública de centres, serveis i establiments socio sanitaris.

L'evolució demogràfica i epidemiològica que s'ha produït des d'aleshores, implica un sobreenvelliment de la població i, conseqüentment, l'increment de la comorbiditat, les patologies cròniques i la dependència física i/o psíquica d'aquest segment poblacional. Aquest fet ha comportat canvis substancials en la situació de salut i les necessitats de la ciutadania però també un fort impacte en el sistema de salut, especialment en l'atenció socio sanitària.

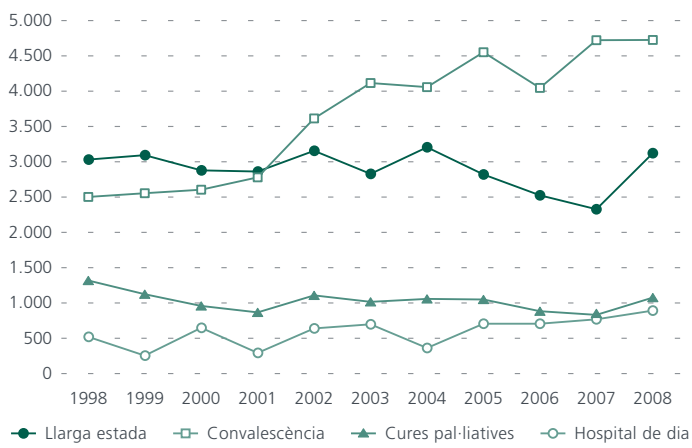
En aquests 20 anys de trajectòria socio sanitària s'ha produït una progressiva diversificació en la cartera de serveis, que han anat incorporant nous productes per tal de donar resposta a les necessitats dels ciutadans i ciutadanes i del sistema de salut. Paral·lelament a l'aparició de noves línies de serveis s'ha produït un important increment en el nombre de recursos. Això ha donat lloc a una xarxa assistencial específica amb una cultura d'atenció que actua en el conjunt del sistema, amb professionals altament formats en geriatría i cures pal·liatives, i que s'ha consolidat com a un sector estratègic i imprescindible.

La nostra ciutat es troba molt ben posicionada pel que fa a l'esperança de vida malgrat que un altre indicador sanitari, especialment important a tenir en compte en les persones grans, presenta unes dades menys optimistes: l'esperança de vida lliure d'incapacitat. Conseqüentment, en els propers anys s'hauran de plantejar estratègies que permetin preveure i retardar, en tant que

sigui possible, situacions de dependència i reduir la comorbiditat de les persones grans. En aquest sentit els serveis socio sanitaris hauran d'adoptar un paper clau davant els reptes que es plantegen.

Durant l'any 2008 s'han atès 8.941 persones en els recursos d'internament, 3.127 en llarga estada, 4.716 en convalsència i 1.098 en cures pal·liatives. En el cas de les cures pal·liatives, la xifra correspon als pacients donats d'alta, atès que el CMBD-SS (conjunt mínim bàsic de dades socio sanitàries) només recull informació retrospectiva en el moment de l'alta dels usuaris atesos a les esmentades unitats. L'estada mitjana ha estat de 134,7 dies en llarga estada, 99,8 dies en convalsència i 26,8 dies en cures pal·liatives. A l'hospital de dia s'han atès 902 persones amb una estada mitjana de 143,1 dies. Pel que fa als equips de suport especialitzat, PADES (programes d'atenció domiciliària / equips de suport), s'han atès 4.362 persones. L'edat mitjana de la gent atesa ha estat de 76 anys en la llarga estada, 79,4 en convalsència i 74,6 en cures pal·liatives (vegeu la figura 22).

Figura 22. Evolució de les persones ateses als centres socio sanitaris. Barcelona, 1998-2008.



Font: CatSalut. CMBD-SS 2008. Resultats de l'avaluació 2008.

L'atenció a la salut mental

A la ciutat de Barcelona la xarxa especialitzada en l'atenció a la salut mental en els últims anys s'ha desenvolupat en dos períodes. El primer, iniciat l'any 1996, es va centrar principalment en l'ordenació dels dispositius ambulatoris i l'elaboració del Pla director de salut mental i addicions per a la reforma de l'atenció especialitzada en salut mental. El segon comença l'any 2000, amb l'acord de reorganització dels serveis d'atenció psiquiàtrica i salut mental a Catalunya, noves estratègies de gestió, millores organitzatives, nous equipaments centrats en la reducció dels desequilibris territorials i la disminució dels desajustos entre l'oferta i la demanda.

El juliol de 2004, la Junta de Govern del Consorci Sanitari de Barcelona va aprovar el Pla de reordenació de la ciutat, i en el Pacte de Ciutat signat pel Departament de Salut i l'Ajuntament de Barcelona s'especifica la creació de nous recursos comunitaris.

L'any 2008, amb el nou acord del conveni 2008-2015, la intervenció se centra principalment en la reforma de l'atenció a les addiccions en la

comunitat. La gestió d'aquest canvi ha representat un esforç important en tots els nivells, que ha facilitat el desplegament de diferents programes de millora assistencial.

En general, hi ha hagut un creixement global dels recursos i de la utilització dels serveis de salut mental, que es detalla al quadre 6. Cal destacar-ne l'increment del 93,7% en l'atenció als centres de salut mental d'adults durant els anys 1995-2008, un 26,4% als centres de salut mental infantil i juvenil (període 1995-2008), l'augment d'altres anuals dels hospitals de dia (de 210 altes el 1999, a 820 el 2008), als centres de dia (de 509 pacients atesos el 1994, a 1.516 el 2008), a l'hospitalització d'aguts (de 3.110 altes el 1994, a 4.803 el 2007) i a l'hospitalització de subaguts (de 379 altes el 1999, a 524 el 2008).

La població atesa en els centres de salut mental d'adults s'ha mantingut superior en les dones que en els homes. Per contra, la població atesa als centres de salut mental infantil i juvenil, ha estat superior en els nois que en les noies al llarg dels anys (vegeu la figura 23, pàgina 56).

El desplegament del Programa d'atenció a persones amb trastorn mental sever i del Programa d'atenció a la població infantil i juvenil amb trastorn mental greu, ha facilitat un abordatge més intensiu, amb atenció domiciliària i suport a les famílies, i un augment progressiu dels pacients atesos amb trastorn mental sever. El percentatge de pacients atesos amb trastorn mental sever durant el període 2004-

Quadre 6. Evolució de la utilització de serveis de salut mental. Barcelona, 1994-2008.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ambulatori															
CSMA	-	18.016	22.750	25.157	22.878	26.828	27.703	ND	33.799	36.776	34.556	40.474	34.223	44.758	34.898
CSMIJ	-	5.499	5.215	6.562	4.299	5.222	5.950	ND	6.081	7.384	5.612	5.937	6.256	6.269	6.953
Recursos de rehabilitació															
Hospital de dia (altes)	-	-	-	-	-	210	235	272	217	347	354	-	656	835	820
Centres de dia	509	-	625	-	760	779	876	977	1.070	1.180	1.226	713	1.339	1.395	1.516
Hospitalització															
Hospitals (altes)	3.110	3.191	3.191	3.454	4.286	4.428	4.489	4.504	4.552	4.706	4.436	4.647	4.765	4.803	-
Subaguts (altes)	-	-	-	-	-	379	382	418	412	439	473	481	526	590	524
Urgències ateses	-	-	-	-	-	17.708	15.230	17.807	20.338	19.545	21.116	19.920	-	17.489	-

Font: Memòria dels centres i conjunt mínim base de dades (CMBD) de salut mental.

Notes: CSMA: Centres de salut mental d'adults. CSMIJ: Centres de salut mental infantil i juvenil.

L'atenció a la salut mental

56

2008 ha passat del 20,1% al 26,8%. Quant als pacients amb trastorn mental greu les xifres van del 3,9% al 6,7% (vegeu la figura 24).

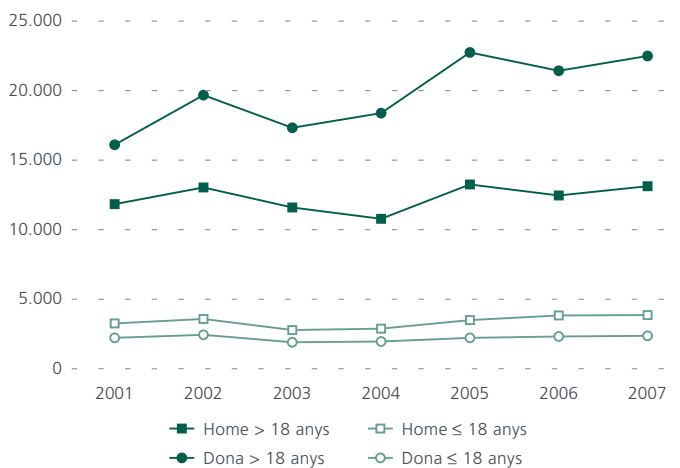
El nou model d'atenció de salut mental a l'atenció primària, s'ha implementat en el 43,7% dels centres de salut mental d'adults (CSMA) i en el 36,4% dels centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) de Barcelona. El Pla de serveis individualitzats s'ha desenvolupat en un 93,7%. Destaquen també el Programa d'atenció a persones amb psicosis incipient a l'àrea funcional esquerra de Barcelona, amb un nou model d'abordatge basat en l'actuació integrada preventiva i precoç d'atenció, i el Programa de prevenció de la conducta suïcida iniciat a la Dreta de l'Eixample el 2005, amb 1.307 pacients atesos fins a l'actualitat.

Un altre aspecte cabdal ha estat l'establiment de quatre unitats d'atenció psiquiàtrica urgent a l'Hospital de la Vall d'Hebron, el Centre Fòrum-l'Hospital del Mar, l'Hospital Clínic i l'Hospital de Sant Pau, així com la implantació a tota Barcelona del programa d'atenció a les urgències psiquiàtriques domiciliàries amb el 061 Empresa Municipal de Serveis d'Emergència (EMSE -IMAS).

La consolidació del model d'atenció integral que proposava el Pla director de salut mental del Departament de Salut, ha estat possible gràcies a una visió global i compartida i gràcies a una capacitat de treball en xarxa des d'un punt de vista comunitari, aportant un concepte més preventiu, rehabilitador i proactiu en totes les intervencions.

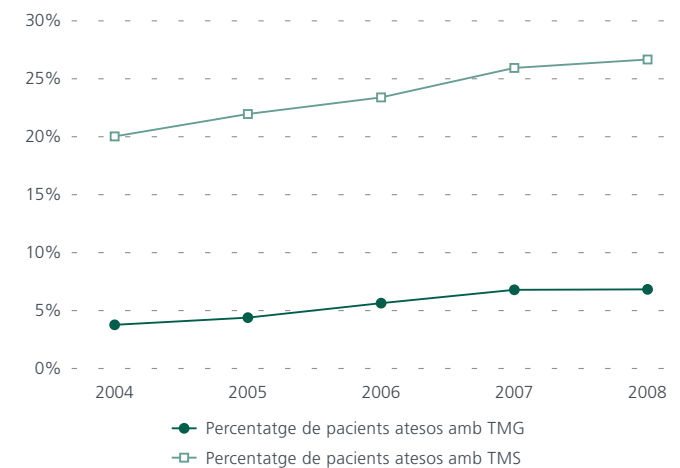
Cadascun dels elements esmentats han estat i són, l'eix vertebrador dels objectius treballats en el si dels comitès operatius de salut mental i addiccions de Barcelona Ciutat (Barcelona Dreta, Barcelona Esquerra, Barcelona Nord i Barcelona Litoral-Mar).

Figura 23. Població atesa als centres de salut mental per grups d'edat i sexe. Barcelona, 2001-2007.



Font: Avaluació Regió Sanitària de Barcelona i CMBD.

Figura 24. Pacients atesos als centres de salut mental amb trastorn mental greu i trastorn mental sever. Barcelona, 2004-2008.



Font: Avaluació Regió Sanitària de Barcelona i CMBD.

L'atenció a les drogodependències

Urgències amb consum de substàncies psicoactives il·legals

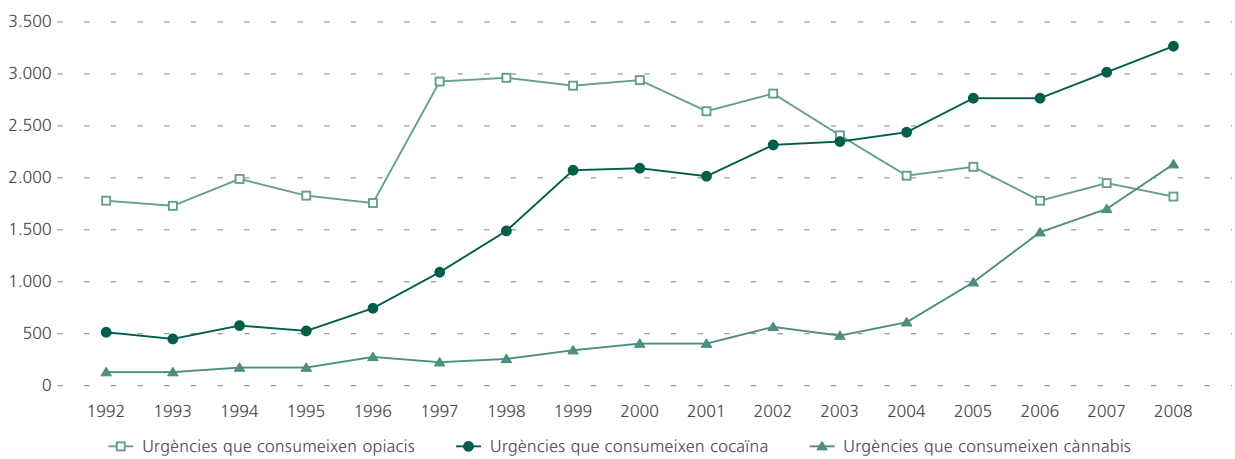
Les urgències hospitalàries són un bon indicador de la comorbiditat que pot ser deguda a l'addició a una o més d'una substància psicoactiva. La figura 25 mostra l'evolució del nombre d'urgències amb consum de drogues il·legals en els serveis d'urgències dels hospitals de Barcelona. Es pot observar que la cocaïna ha passat a ser la principal droga detectada en les visites d'urgències, mentre que el nombre d'urgències relacionades amb el consum d'opiàcis ha anat disminuint en els últims anys, després d'un increment important entre els anys 1996 i 2003. L'any 2008 hi va haver un total de 1.820 visites a urgències amb consum de opioides, 3.295 amb consum de cocaïna i 2.140 amb consum de cànnabis.

Tractaments per abús o dependència de substàncies psicoactives

En aquest àmbit s'han tractat pacients bàsicament per heroïna i alcohol i, en menor proporció, per cocaïna i altres drogues (tabac, benzodiazepines, amfetamines, cànnabis, etc.). A la taula 2 (pàgina 87) es pot veure l'activitat realitzada en els centres de tractament de drogues gestionats per l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Una dada important és que mentre l'any 2000 el percentatge de persones en tractament per heroïna era del 58%, actualment ha passat a ser del 31%. D'aquesta manera, l'any 2008 l'alcohol passa a ser la principal causa de tractaments, amb un 33%.

Aquestes dades s'expliquen per l'increment de primeres visites a causa de l'alcohol i la cocaïna, les quals han passat de ser 664 per alcohol l'any 2000 a 1.256 l'any 2008 i de 433 per cocaïna l'any 2000 a 723 el 2008. D'aquesta forma, el gran volum de visites segueix corresponent als pacients d'heroïna que segueixen un tractament amb metadona. Tot i així, any rera any ha anat augmentant el nombre de visites per part de persones consumidores de cocaïna i alcohol.

Figura 25. Nombre d'urgències amb mencions de consum de drogues il·legals detectades en els serveis d'urgències dels hospitals de Barcelona segons substància. Barcelona, 1992-2008.



Font: Sistema d'Informació sobre Drogues. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La prestació farmacèutica

58

Dades generals sobre la prestació farmacèutica

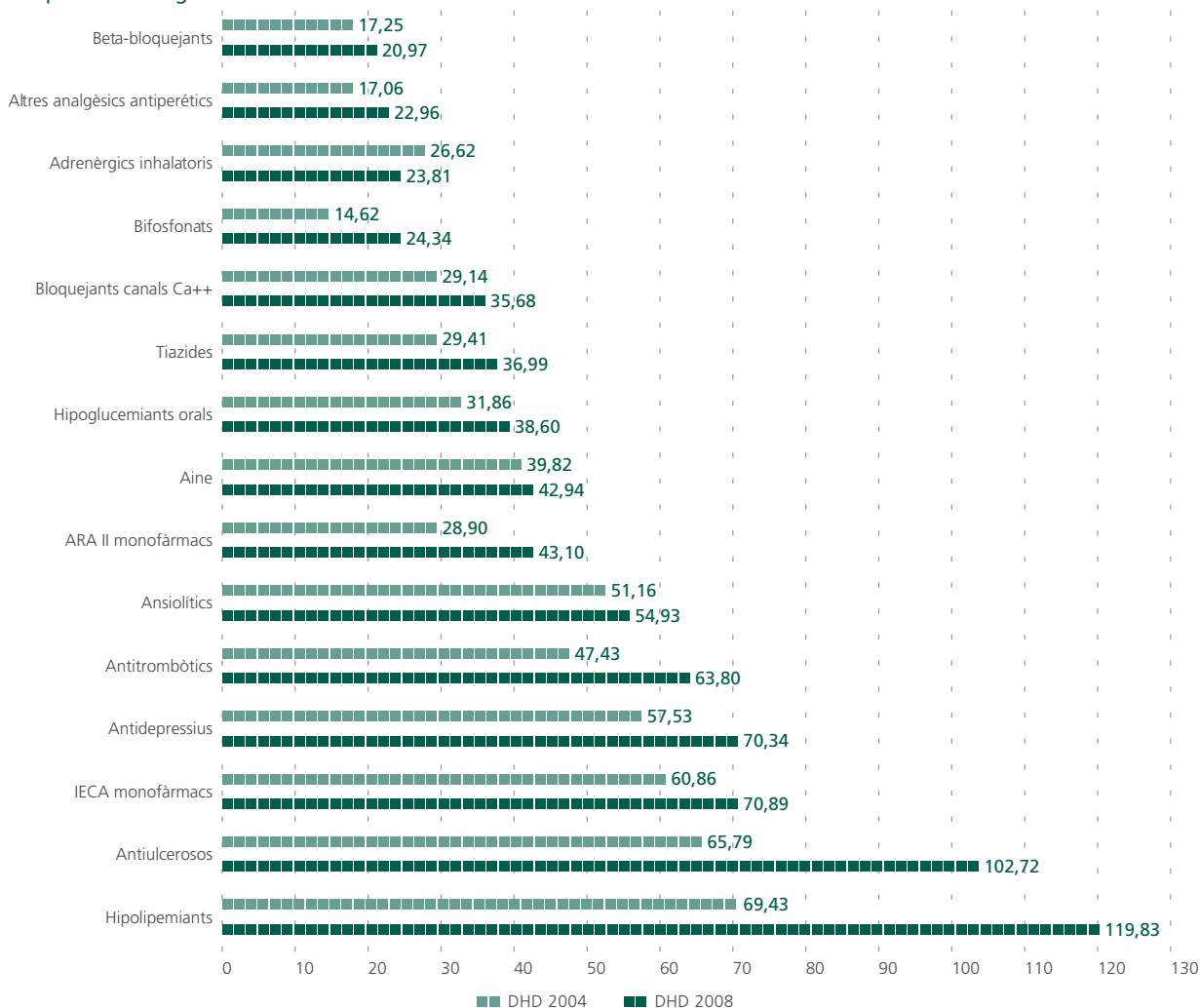
L'increment en la prescripció de receptes mèdiques del CatSalut respecte a l'any 2007 ha estat d'un 4,8% en envasos i un 5,7% en import. Aquest increment es justifica en part per la major detecció, prevenció i tractament de patologies, l'envelliment de la població i la utilització de teràpies combinades.

Utilització per subgrups terapèutics

A la figura 26 es presenten les DHD (dosis per 1.000 habitants dia) dels 15 primers subgrups farmacològics amb major consum en envasos. Així doncs, trobem que els subgrups més utilitzats són els hipolipemians (119,8 DHD) i els antiulcerosos (102,7 DHD), seguits dels IECA monofàrmacs (70,9 DHD) i els antidepressius (70,3 DHD). Pel que fa als percentatges d'augment respecte a l'any 2004, trobem que els grups que més incrementen són els hipolipemians (72,6%),

Figura 26. Evolució de les DHD (dosi/1.000 h./dia). Barcelona, 2004-2008.

Grups farmacològics



Font: Datamart de la prestació farmacèutica del Catsalut.

seguit dels bifosfonats (66,4%), i dels antiulcerosos (56,1%). Únicament hi ha un grup que presenta un decrement, el d'adrenèrgics inhalatoris (-10,6%).

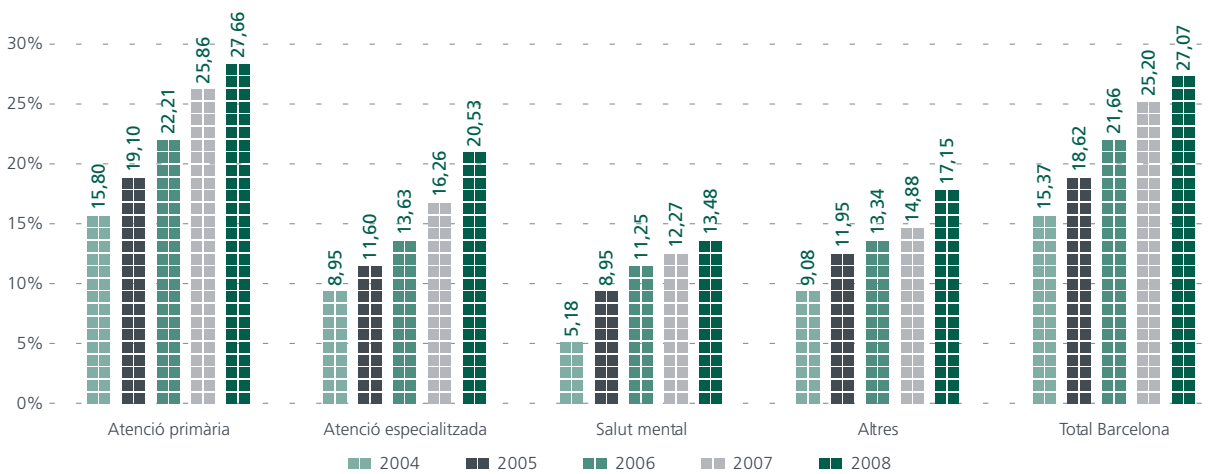
Evolució dels envasos de medicaments genèrics (MG)

L'any 2004 a Barcelona ciutat el percentatge d'envasos d'MG va ser del 15,4%, mentre que el valor assolit el 2008 ha estat del 27%. Aquest total inclou les línies assistencials de l'atenció primària (equips d'atenció primària i centres

d'atenció continuada), l'atenció especialitzada (hospitals i atenció especialitzada ambulatoria), la salut mental (hospitalització i salut mental ambulatoria) i altres (socio sanitari, Programa d'atenció a la dona i centres de drogodependències). El grup d'atenció primària és el que presenta els valors d'MG més elevats (27,7% l'any 2008).

Tot i que la resta no arriben a aquests nivells, l'atenció especialitzada també ha mostrat un increment significatiu passant del 8,9% l'any 2004 al 20,5% el 2008, amb un creixement considerable en la utilització de la recepta del CatSalut en l'entorn hospitalari. La resta de línies assistencials (salut mental i les altres) també han presentat una evolució ascendent, si bé ha estat inferior a la de les altres dues línies (vegeu la figura 27).

Figura 27. Evolució d'envasos de medicaments genèrics per línies assistencials. Barcelona, 2004-2008.



Font: Datamart de la prestació farmacèutica del Catsalut.

Les accions en salut pública

60

L'estratègia de fer un informe de salut d'una ciutat va ser una creació del Dr. William H Duncan (primer oficial sanitari local de l'era contemporània) en ser nomenat, el 1847, Medical Officer of Health a Liverpool. Duncan va treballar amb Edwin Chadwick, pioner de la salut pública britànica, i va desenvolupar el concepte de presentar al Consell Municipal un informe de salut de la població cada any. Aquest concepte va ser introduït a Barcelona per la Regidoria de Salut Pública després de la recuperació de la democràcia municipal: el Dr. Joan Clos va presentar el primer informe de salut de la ciutat al Consell Plenari en la sessió del mes de juliol del 1984. Aquesta tasca es va repetir anualment, amb una sola excepció, el 1991, però el 1992 es va presentar un informe biennal que cobria els anys 1990 i 1991.

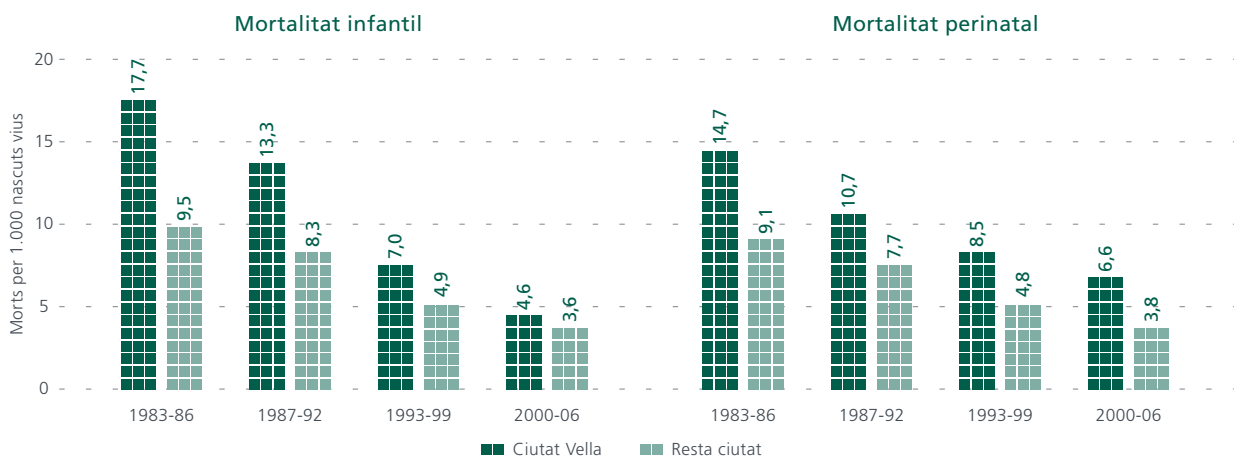
Fer un informe anual de salut té diversos valors. Permet introduir la salut en el debat ciutadà sense que això vingui forçat per una situació d'alerta o emergència sanitària, com és sovint el cas. També possibilita avaluar els problemes de salut i les seves tendències, així com les causes, que moltes vegades són fora del sector sanitari. L'informe permet l'abordatge dels problemes detectats de manera compartida amb altres sectors en el marc municipal. Al llarg d'aquests

25 anys, diferents temes de salut pública han entrat a l'informe de salut i, a través d'ell, al debat ciutadà i polític.

En alguns problemes de salut de la ciutat, aquest debat ha contribuït notablement a generar accions i intervencions orientades a canviar-los. Entre altres, destaca la detecció pels serveis de salut pública d'indicis d'una mortalitat infantil elevada a Ciutat Vella respecte a la resta de la ciutat, o de l'increment de la mortalitat per càncer de mama.

En els primers informes de salut es va posar de manifest l'existència d'un excés de mortalitat infantil a Ciutat Vella. Per mirar d'atenuar-ho, es va posar en marxa un programa (el Programa de salut maternoinfantil de Ciutat Vella) que va fomentar al districte l'accés precoç a serveis prenatals per a les dones embarassades i, després del part, una visita d'infermeria de salut pública amb els nadons i les mares per valorar-ne la situació sanitària i social. El programa va ajudar també a garantir a aquesta població l'accés als serveis de pediatria i als de planificació familiar, així com als serveis socials o d'altra natura, si calia. Paral·lelament es van millorar els serveis d'atenció primària de salut al districte, completant la reforma el 1993. Una avaluació realitzada a principis dels anys 90 va mostrar l'efectivitat del programa, que va tenir un impacte clar: es va reduir el diferencial de mortalitat infantil del districte envers la resta de la ciutat. Posteriorment, el programa va anar minvant l'activitat a mesura que els serveis d'atenció primària i del programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva en van assumir les funcions. No obstant, la millora assolida es manté, i l'indicador de mortalitat infantil al districte és comparable a la resta de la ciutat (vegeu la figura 28). En canvi, en la mortalitat perinatal es manté un cert diferencial tot i que ha millorat

Figura 28. Mortalitat infantil i perinatal a Ciutat Vella i a la resta de la ciutat, segons període d'implantació de programes de millora de la salut maternoinfantil a Ciutat Vella. Barcelona, 1983-2006.



Font: Registre de mortalitat. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: El programa es va iniciar el 1987, i a finals dels anys 90 es va integrar en l'activitat dels serveis d'atenció primària de salut, un cop desplegada i consolidada la reforma dels serveis d'atenció primària a tots el barris de Ciutat Vella.

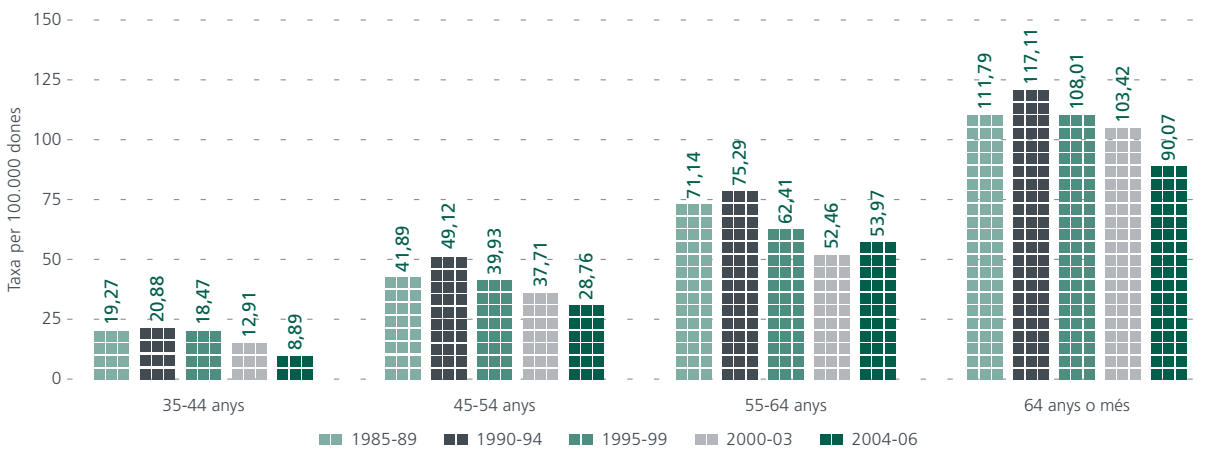
molt. Els esforços ara es concentren en apropar la població immigrant als serveis de salut sexual i reproductiva i de pediatria, a Ciutat Vella i altres barris.

També es va posar de manifest en els primers informes de salut que el càncer de mama es convertia en una causa de mort important en les dones, amb tendència creixent. Per tal de respondre-hi, els serveis de salut pública van preparar un programa pilot de cribatge, elaborat conjuntament amb l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) i l'Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM), en la població coberta per aquesta mútua vinculada a l'Ajuntament. Els resultats van mostrar que era factible de fer aquest cribatge al nostre medi, i van documentar les dificultats i la cobertura assolibles. Malgrat això, la realitat era que les activitats de detecció precoç al gruix del sistema sanitari eren descoordinades; l'Enquesta de salut de la ciutat presentada a principis dels anys 90 va revelar que la seva cobertura era màxima on no calia (dones joves) i baixa on era més necessària (la franja de 50-64 anys), amb desigualtats socioeconòmiques notables. L'Ajuntament va reclamar la creació d'un programa de cribatge i el Departament de Sanitat va ser sensible a

aquesta demanda: el programa es va iniciar de manera pilot a la ciutat el 1995 abastant dos districtes, i es va anar estenent fins a assolir una cobertura universal entre 2002-2004. La seva introducció va comportar com a efecte secundari positiu una revisió dels circuits assistencials en els hospitals públics, tant de diagnòstic com de tractament. A més, el Consorci Sanitari de Barcelona va encarregar a l'ASPB que fes el pla de comunicació, la coordinació i l'avaluació del programa a la ciutat. Així, s'ha constatat com en aquests anys s'ha produït una millora espectacular de la cobertura poblacional del cribatge en les franges d'edat en què està indicat, la reducció de les desigualtats socioeconòmiques, un canvi en el patró dels càncers detectats, que es detecten més sovint en les fases inicials i requereixen tractaments menys agressius i menys mutilants i, finalment, un canvi en la mortalitat per aquesta causa, que ara tendeix a disminuir (vegeu la figura 29).

Altres aspectes no es poden desenvolupar aquí per manca d'espai però es tracten en altres seccions d'aquest informe. Va ser molt important la constatació del ritme excessivament lent de la reforma de l'atenció primària de salut (RAP) als anys 80 i 90 a Barcelona, i l'adopció de polítiques per mitigar-ne els efectes negatius, prioritzant primer les zones de major necessitat, i incrementant després la capacitat inversora del sistema tot aprofitant el potencial del Consorci Sanitari de Barcelona en què participa l'Ajuntament. També ha estat molt present l'evolució de l'endèmia tuberculosa, molt elevada amb relació al nostre nivell de desenvolupament en completar-se la transició democràtica i que va ser objecte d'un programa específic que ha calgut renovar periòdicament. Aquest tema es comenta en un altre capítol de l'informe, igual que els estralls de l'heroïna, que va tenir

Figura 29. Mortalitat per càncer de mama de les dones per grup d'edat, segons període d'aplicació del programa de cribatge de càncer de mama. Barcelona, 1985-2006.



Font: Registre de mortalitat. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: El programa pilot s'inicia el 1995 en dos districtes, adreçat selectivament a les dones de 50-64 anys, i arriba a cobrir el conjunt de la ciutat a partir del 2004.

Les accions en salut pública

62

un impacte molt important a finals dels anys 80 fins a la posada en marxa dels plans d'acció sobre drogues. També han estat presents als informes alguns brots epidèmics, de natura infecciosa (legionel·la, hepatitis A) o no (asma epidèmica relacionada amb les descàrregues de fava de soja al port), que es van esdevenir a la ciutat.

D'altra banda, també s'han observat alguns problemes que tenen el seu origen fora del sistema sanitari, però que la informació sanitària ha contribuït a orientar-ne el control. Hi destaquen les lesions per accidents de trànsit, on els serveis de salut pública han tingut un rol principal definint un sistema d'informació al servei de qui té la responsabilitat principal de la mobilitat. Aquesta col·laboració ha estat molt fructífera i les polítiques desenvolupades han permès reduir notablement l'impacte de les lesions per accidents en morts, invalidesa i sofriment evitables. Al mateix temps, aquesta informació i l'avaluació de les mesures adoptades ha estat present de manera continuada en els informes de salut. En una altra secció d'aquest informe s'hi fa referència detallada.

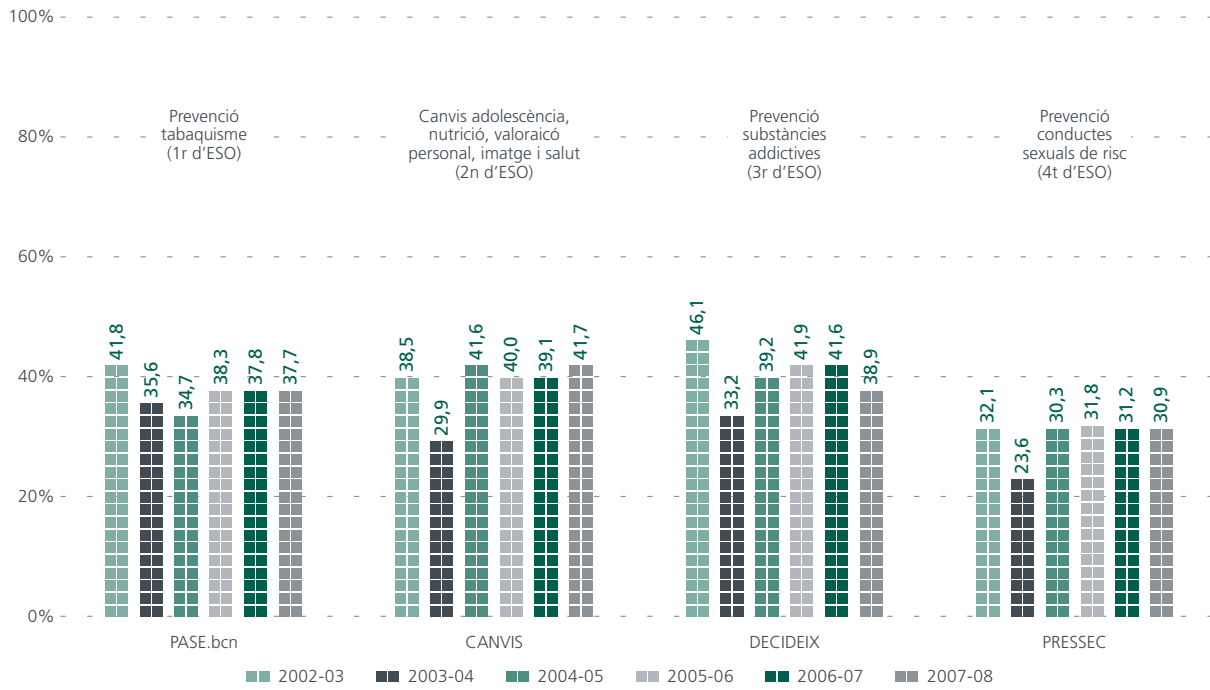
Hi ha temes que han entrat en el debat ciutadà en bona part a través de l'informe de salut, de vegades de manera brusca per una cobertura mediàtica poc matisada. Hi destaquen aspectes ambientals on la responsabilitat pertoca principalment a altres actors, però on el sistema d'informació que recull l'informe de salut monitora anualment la situació, i la reflecteix de manera pública. És el cas de la contaminació de l'aire i dels trihalometans (THM) en l'aigua de l'aixeta. Pel que fa a la contaminació de l'aire, on la circulació de vehicles de motor té un rol protagonista, els nivells de partícules en suspensió i d'òxids nitrosos preocupen des de fa anys a les persones que vetllen per la salut i són actualment objecte d'una ambiciosa pla de millora plurianual que supera el terme municipal. Pel que fa als THM, formats en el procés de

desinfecció de les aigües de la conca del Llobregat, un seguit d'inversions i obres recents han permès reduir-ne notablement la presència en l'aigua de subministrament domiciliari, precisament durant l'any 2009.

Al llarg d'aquests anys el treball dels serveis de salut pública ha canviat molt, i això també s'ha reflectit en l'informe. Hi ha activitats que abans eren importants i consumien molts recursos que han anat perdent pes a mesura que els problemes que abordaven s'han resolt o que altres serveis se n'han fet càrrec. Al mateix temps, altres activitats noves han anat creixent i guanyant pes. Hi destaquen els exàmens mèdics preventius, especialment a infants i escolars, que han anat perdent sentit a mesura que milloraven els serveis públics d'atenció primària de salut. Contràriament, per tal d'abordar situacions de risc per a la salut pròpies de l'adolescència, ha crescut l'oferta de programes de prevenció, de forma que des de la salut pública es facilita als docents eines per incorporar la salut a la seva tasca educativa. Així, des de principis dels anys 90, totes les escoles de la ciutat reben una oferta ordenada de programes per treballar a cada curs de l'educació secundària. Tenint en compte que la seva implantació depèn bàsicament del compromís voluntari dels docents, les cobertures assolides es poden valorar com a molt positives. A la figura 30 (pàgina 63) es presenten les cobertures des del curs 2002-2003, quan estaven implantats programes preventius a tots els cursos d'educació secundària obligatòria (ESO). S'espera que la implantació del Programa Salut i Escola faciliti l'increment d'aquestes cobertures (que ha anat creixent fins a abastar tota la ciutat el curs 2007-2008). Aquest programa comporta que el Departament d'Educació hagi incorporat com a objectiu propi promoure una adolescència més saludable i més preparada per afrontar els riscos.

Alguns dels grans determinants de salut han estat objecte de polítiques públiques que els han corregit o almenys pal·liat, i això s'ha reflectit en els informes. L'abordatge de la gran concentració de problemes socials i urbans a Ciutat Vella en recuperar la democràcia n'és un exemple. També ho és el nivell d'instrucció baix d'alguns segments de la població, que la dinàmica demogràfica i la plena escolarització assolida ja fa gairebé 40 anys han resolt (tot i que la immigració pot reintroduir-lo). També ha canviat la manca d'espais verds i d'equipaments esportius i culturals a molts barris: les polítiques seguides han sembrat la ciutat d'equipaments i han reequilibrat la situació. Des de salut pública no sols assistim a aquesta dinàmica: intentem també afavorir-la incorporant la salut a totes les polítiques, amb experiències molt participatives en alguns barris i també amb Educació, Esports o Via Pública.

Figura 30. Cobertures dels programes (PASE, CANVIS, DECIDEIX i PRESSEC) preventius a l'educació secundària obligatòria (ESO). Escoles secundàries. Barcelona, cursos 2002-2003 a 2007-2008.



Font: Servei de Salut Comunitària, Agència de Salut Pública de Barcelona.



La nostra salut

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Les polítiques públiques a Barcelona 1980-2008 Una proposta de balanç

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

Les conductes relacionades amb la salut

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut percebuda

L'estat de salut de les persones en situació de sense llar i relació amb l'atenció proporcionada

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les lesions per col·lisions de trànsit

Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

La salut a Barcelona 2008 en xifres

La salut percebuda

66

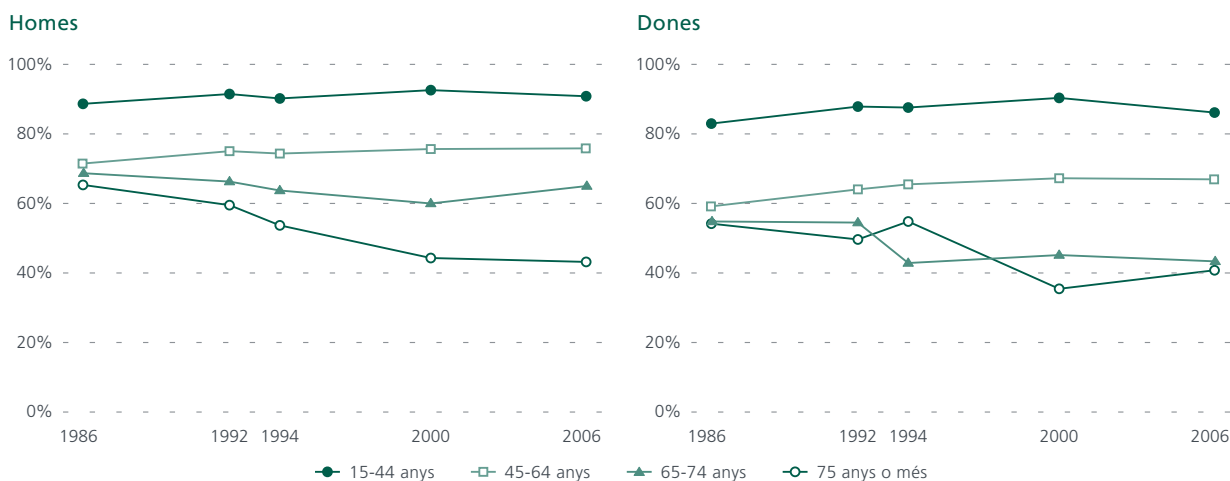
Diversos estudis consideren l'estat de salut percebut com un fort predictor de la morbiditat i la mortalitat. A les enquestes de salut es pregunta sobre l'estat de salut autopercebut, amb les següents opcions de resposta: molt bona, bona, regular, dolenta i molt dolenta. L'any 2006, un 82,7% dels homes i un 71,2% de les dones declaren tenir una estat de salut molt bo o bo (vegeu el quadre 1, pàgina 67). Per grups d'edat, de 15 a 64 anys la bona salut percebuda és prou estable en els dos sexes en les enquestes de 1986 a 2006, però els homes manifesten, en general, uns percentatges de bona salut superior al de les dones (vegeu la figura 1). Pel que fa al grup de 65 a 74 anys, els homes se situen en una bona salut percebuda mitja al voltant del 74%, mentre que les dones experimenten una disminució des del 55% el 1983 al 42% el 2006. Respecte al grup d'edat de 75 anys i més, s'observa una disminució en la bona salut percebuda tant en homes com en dones. Una possible explicació d'aquest fet és l'increment de la mitjana d'edat en les persones de més de 75 anys.

La presència de trastorns crònics entre la població s'estima mitjançant enquestes on es mostra una llista de trastorns. Tenint en compte que aquesta llista no ha estat idèntica en totes les enquestes realitzades, els resultats indiquen que, l'any 2006, un 74,4% de les persones manifesta tenir com a mínim un trastorn crònic (68,1% dels homes i 80,2% de les dones), mentre que el 1983 era el 66,3% de la població en conjunt (60,9% homes i 70,7% dones). Per grups d'edat s'observa com el percentatge de tenir com a mínim un trastorn està relacionat amb la major edat i, a partir de 1992, presenta una tendència a l'alça en totes les edats.

La restricció de l'activitat és un dels altres factors que ens ajuda a caracteritzar l'estat de salut. La restricció aguda de la activitat, entesa com a limitació de l'activitat habitual i/o de les activitats de temps de lleure dels darrers 15 dies, ocorre el 2006 en un 10,8% dels homes i un 17,4% de les dones. Per al conjunt de la població, el 14,2% declara tenir limitacions de l'activitat habitual. S'observa també un tendència a l'alça d'aquest indicador en el període comprès entre el 1983 i el 2006.

El 2006 el 9% de la població declara haver estat allitat el darrer any. L'evolució d'aquest valor tendeix a un cert increment al llarg dels anys (el 1983 era del 8,9%), essent sempre lleugerament superior l'allitament en les dones que en els homes.

Figura 1. Prevalença de persones amb estat de salut percebut bo i molt bo. Barcelona, 1986-2006.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona i Catalunya. Barcelona, 1986-2006.

Quadre 1. Evolució de l'estat de salut en població major de 14 anys. Barcelona, 1983-2006.

	1983	1986	1992	1994	2000	2006
Homes						
Estat de salut percebut						
Molt bo, bo	-	79,8	82,0	81,0	81,0	82,7
Regular	-	17,3	14,7	15,7	15,0	13,8
Dolent, molt dolent	-	2,1	2,9	3,1	3,1	3,4
Transtorns crònics	60,9	64,6	48,7	51,7	57,9	68,1
Allitament	7,3	3,1	5,5	5,1	7,1	6,9
Limitació aguda activitat	-	6,0	10,4	9,8	11,8	10,8
Dones						
Estat de salut percebut						
Molt bo, bo	-	69,3	73,0	72,0	73,2	71,2
Regular	-	26,0	22,5	22,6	20,4	21,4
Dolent, molt dolent	-	4,2	4,2	5,3	6,3	7,3
Transtorns crònics	70,7	74,6	68,1	64,0	71,9	80,2
Allitament	10,2	5,4	6,4	7,9	9,8	11,6
Limitació aguda activitat	-	8,3	12,7	13,5	15,2	17,4

Font: Enquesta de Salut de Barcelona i Catalunya.

Nota: Percentatges estandarditzats per edat, població de referència 1988.

L'estat de salut de les persones en situació de sense llar i relació amb l'atenció proporcionada¹

68

Segons el recompte de la nit del 12 de març de 2008 a Barcelona, la població total en situació de sense llar és del voltant de les 1.900 persones, nombre que permet estimar una població flotant per a tot l'any en quelcom més de 3.000 persones. A través de la identificació d'aquest univers, es va dur a terme una enquesta amb una mostra de 611 persones aplicant el qüestionari de l'ESCA (Enquesta de Salut de Catalunya) per tal de conèixer l'estat de salut d'aquesta població. L'enquesta va donar una composició per sexe de 87,7% d'homes i 12,3% de dones. Quant a la procedència, més de la meitat és estrangera, el 50,7%, i un 28,1% va néixer en municipis de Catalunya; el 22,7% són persones nascudes a Barcelona, i el 5,4% a altres llocs de Catalunya. Un 21,2% prové de diferents províncies de l'Estat espanyol. En termes generals es tracta d'un perfil amb una edat mitjana de poc més de 44,5 anys, que viu i passa la major part del temps al carrer. Pel que fa al lloc on viuen, es constata que el 32,9% ho fa al carrer, el 26,7% pernocta en albergs, el 26% en residències per a persones en situació de sense llar, el 8,3% en barraques o carpes i el 5,6% en pisos d'amics o allotjaments/pisos d'inclusió.

En general, la major part són gent que no porten més de 3 anys en aquesta circumstància. Concretament, un 27,6% porta menys de 6 mesos i el 46,9% porta entre 6 mesos i menys de 3 anys. Un 25,9% de persones correspon a la situació que s'anomena tècnicament com a «cronificada».

Dels resultats obtinguts és possible extreure'n alguns trets rellevants de l'estat de salut de la població en situació de sense llar (vegeu quadre 2). Cal destacar que el 79,2% d'aquestes persones pateix trastorns crònics, percentatge que en homes és d'un 77,9% i entre les dones del 87%. Alhora, es mostra una relació de dependència entre la presència de morbiditat per trastorns crònics i el temps en situació de sense llar. Les malalties o trastorns crònics més freqüents són els músculoesquelètics (67,6%), els cardiovasculars

Quadre 2. Relació de trastorns crònics de les persones en situació de sense llar. Barcelona, 2008.

Trastorn	%
Pressió alta	18,2
Infart de miocardi	3,3
Altres malalties del cor	7,5
Variats a les cames	12,9
Artrosi, artritis y reumatisme	13,0
Mal d'esquena crònic cervical	20,8
Dolor lumbar	32,3
Al·lèrgies cròniques	8,1
Asma	9,9
Bronquitis crònica	12,4
Diabetis	4,6
Úlcera d'estómac o duodè	10,2
Problemes de pròstata	4,3
Colesterol elevat	11,1
Cataractes	6,5
Problemes crònics de pell	6,3
Estrenyiment crònic	9,2
Depressió i/o ansietat	40,8
Altres trastorns mentals	8,3
Embòlia/apoplexia	3,0
Migranya o dolors de cap freqüents	20,6
Mala circulació	15,3
Morenes/hemorroides	8,1
Tumors malignes	3,3
Osteoporosi	1,5
Anèmia	9,4
Problemes de tiroide	3,0
VIH-sida	5,1
Ludopatia	6,9
Alcoholisme	26,8
Toxicomania diferent a alcoholisme	18,2
Hepatitis	15,0
Cirrosi	3,0
Epilèpsia	4,0

Font: Elaboració Pròpia (Joan Uribe i Sara Alonso).

¹Les dades presentades en aquest apartat s'han extret de l'informe final de la recerca realitzada per Joan Uribe i Sara Alonso, impulsada el 2008 per la Fundació Jaume Bofill i desenvolupada a través de la Fundació Sant Joan de Déu i Sant Joan de Déu Serveis Socials. Aquest informe es troba en fase d'edició i pendent de publicació a la col·lecció Informes Breus, de Fundació Jaume Bofill.

(57,2%) i la morbiditat mental (49,1%), seguides de les toxicomanies: alcoholisme (26,8%) i altres drogues (18,2%) (vegeu el quadre 2, pàgina 68).

Pel que fa a la medicació, tot i ser la cronicitat muscoesquelètica la major afecció de les persones sense llar, el 50,5% dels afectats no rep cap tractament farmacològic. Quant a les malalties cardiovasculars, el 77,8% no pren cap medicació. Per contra, la morbiditat mental és el trastorn que es medica amb major freqüència, especialment a partir de l'ús de fàrmacs per alleujar la tensió o l'insomni. Una altra dada significativa de la cobertura mèdica d'aquest col·lectiu és que el 45% i el 35,7% de les persones que van manifestar precisar medicació per VIH-sida i per diabetis, respectivament, van afirmar no prendre-la. Finalment es fa palès que les persones sense

llar solen accedir a l'atenció mèdica en situació crítica o de risc, és a dir, d'emergència, i no en fase de seguiment o prevenció, i que en general manca correspondència entre morbiditat i tractament.

Respecte a l'atenció mèdica, un 31% del total de persones que es troben sense llar ha estat visitada per un professional sanitari o sociosanitari els últims 15 dies i va haver d'esperar una mitjana de quatre dies. Caldria relativitzar aquesta última dada, ja que està afectada per les visites en situació d'urgència, molt nombroses, i que en cas de ponderar-se donarien mitjanes d'espera molt més elevades.

Finalment, cal insistir en el concepte de «desigualtat en salut», entès com els riscos o la vulnerabilitat que ha d'afrontar un determinat col·lectiu, especialment en l'ús o cobertura sanitària. Es posa així de manifest que les persones en situació de sense llar han de fer front de manera general a greus situacions de desigualtat amb relació a l'ús dels serveis sanitaris. Tot plegat, amb les gravíssimes implicacions respecte a les seves expectatives de salut i possibilitat de supervivència.



La salut sexual i reproductiva

70

En els darrers 25 anys en el nostre país s'han succeït diversos esdeveniments relacionats amb el reconeixement dels drets sexuals i reproductius de la dona, així com amb la millora de la informació sobre la salut sexual i reproductiva, entre d'altres. En primer lloc, l'any 1985 es va despenalitzar l'avortament¹. Abans d'aquesta llei les dones havien d'avortar bé de forma clandestina sense tenir assegurada l'atenció, o bé viatjant a un altre país. A partir de l'any 1991 es considera que el sistema d'informació sanitària de les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) és estable i recull de forma exhaustiva tot els casos que es produeixen. Les dades que formen part del sistema d'informació dels avortaments de la ciutat provenen del Departament de Salut. A partir de l'any 2005 s'incorpora informació del país d'origen i l'any d'arribada de la dona, amb la intenció d'aportar dades sobre el fenomen de la immigració.

Per altra banda, es disposa de la informació sobre els naixements des de l'any 1985. A partir de l'any 2003 la institució encarregada de subministrar els naixements va passar a ser l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Tot i que va generar un canvi important en l'estructura de les dades, alhora va incrementar la informació. L'any 2005 es van poder utilitzar les primeres taules de pes en néixer per Catalunya². Es van fer servir per calcular per primer cop el baix pes, per edat gestacional, a la ciutat. El darrer canvi s'ha produït amb les dades dels naixements de l'any 2007, on per primera vegada es recull el nivell d'estudis de la dona i de la seva parella, a més de millorar la informació sobre el país d'origen i la nacionalitat d'ambdues persones.

Aquests dos sistemes ens proporcionen informació molt bàsica sobre la salut reproductiva, que en el cas dels adolescents escolaritzats es pot completar amb l'Enquesta FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària)³. Queda pendent poder obtenir dades sobre l'ús de contracepció

i dels serveis sanitaris relacionats amb la planificació de l'embaràs en la població general. També manca tenir un coneixement més sistematitzat i exhaustiu sobre l'ús de l'anticoncepció d'emergència i sobre l'ús que s'està fent del misoprostol com a avortiu no legalitzat.

Finalment, un dels reptes més importants és poder recopilar informació sobre la sexualitat a partir de la menopausa i a la vellesa, que es podria aconseguir a partir d'enquestes poblacionals de sexualitat i fecunditat.

Amb relació a les dades de salut reproductiva dels darrers anys, des del 1985 el nombre d'embarassos en dones d'edat fèrtil (15 a 49 anys) residents a la ciutat de Barcelona ha passat de 15.356 a 21.310. L'augment dels embarassos observat (vegeu la figura 2, pàgina 71) es deu tant a l'increment del nombre de naixements com dels avortaments. Així, la fecunditat ha passat de 30,7 per 1.000 dones l'any 1985, a 38 l'any 2007. Respecte a la taxa d'avortaments, s'ha doblat passant de 6,6 per 1.000 dones l'any 1991, a 15,9 durant el 2007.

Entre les dones més joves (15 a 19 anys) els embarassos també han augmentat de 521 a 978, i la freqüència d'avortaments supera la dels embarassos. L'any 1991, el 56% de les dones de 15 a 19 anys avortava en quedar-se embarassada i l'any 2007 ho va fer el 70%. L'any 1991 van avortar 4,7 per 1.000 dones de 15 a 19 anys, mentre que el 2007 aquesta xifra va ser de 21,8. En aquest grup d'edat la fecunditat també ha pujat, de 3,5 per 1.000 fins a 9,3 l'any 2007 (vegeu la figura 3, pàgina 71).

L'increment dels avortaments durant els darrers anys ha estat progressiu, la qual cosa mostra un cert fracàs en les polítiques de prevenció de l'embaràs no planificat, alhora que indica la normalització en l'ús d'aquesta pràctica. Cal remarcar que entre les dones adolescents, que per altra banda és el grup més vulnerable, és on es produeix un major augment dels embarassos no desitjats i on caldria millorar l'accés a l'ús de contracepció.

Pel que fa a indicadors de la cura durant l'embaràs, la proporció de gestants que fan la primera visita a l'obstetre quan ho aconsellen tots els protocols (en els primers 3 mesos de l'embaràs) és molt elevada. Des del 1997 gairebé sempre ha estat per sobre del 96%. No sembla que la incorporació d'embarassades immigrants hagi fet variar aquest percentatge.

Pràcticament la totalitat de les embarassades es van fer almenys una ecografia obstètrica. La proporció de gestants que s'havien fet almenys una ecografia entre el 5è i el 6è mes de gestació (el moment adient

¹ Ley orgánica de despenalización del aborto en determinados supuestos. Boletín Oficial del Estado, 5 de juliol de 1985.

² Ramos F, Pérez G, Jané M, Prats R. Construction of the birth weight by gestational age population reference curves of Catalonia (Spain): Methods and development. Gac Sanit. 2009; 23(1): 76-81.

³ Agència de Salut Pública de Barcelona. Factors de risc en estudiants de secundària de Barcelona. Resultats principals de l'informe FRESC.2004. Disponible a: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Informe_FRESC_2004.pdf

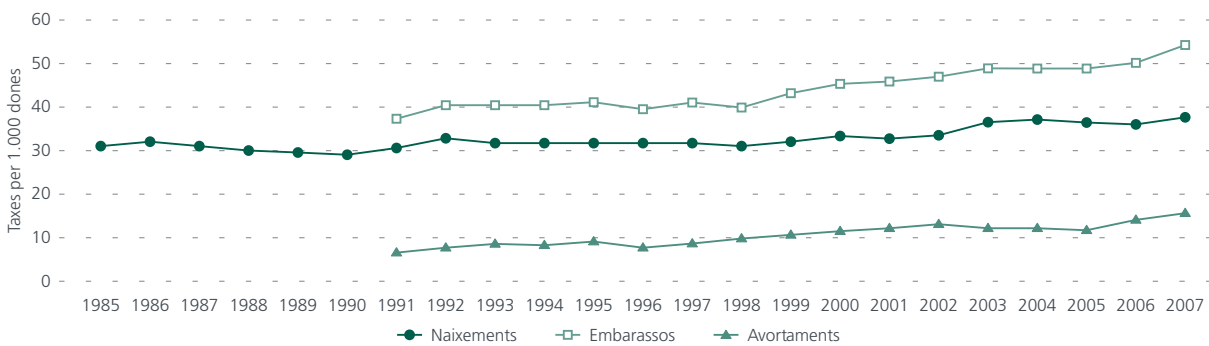
per fer el cribratge de defectes congènits) també és elevada, situant-se per sobre del 90% durant tot el període. La mitjana del nombre d'ecografies durant la gestació se situa entre 5 i 6 (vegeu la taula 1, pàgines 88 i 89).

La utilització de proves invasives s'ha anat augmentant al llarg dels anys fins al 2004, com a conseqüència de l'extensió de la utilització del cribratge de la síndrome de Down en sèrum matern. Entre els anys 2005 i 2007 es produeix una davallada en la proporció de gestants que es fan aquestes proves, probablement a causa d'un seguiment més restrictiu del protocol que en regula la utilització a la ciutat.

Per altra banda, l'evolució del percentatge de dones que fumen durant l'embaràs ha estat molt positiva: ha passat del voltant del 40% o més, a menys del 30% en els 2 darrers anys. Tot i que no apareix a la taula (vegeu taula 1, pàgina 88), cal remarcar que entre les fumadores també és positiva l'evolució de la proporció de les que continuen fumant al final de la gestació: a partir de 2000 se situa al voltant del 20% de les embarassades, l'any 2005 baixa al 15% i el 2006 al 9%. Caldrà observar si aquestes xifres tan positives es consoliden en anys posteriors.

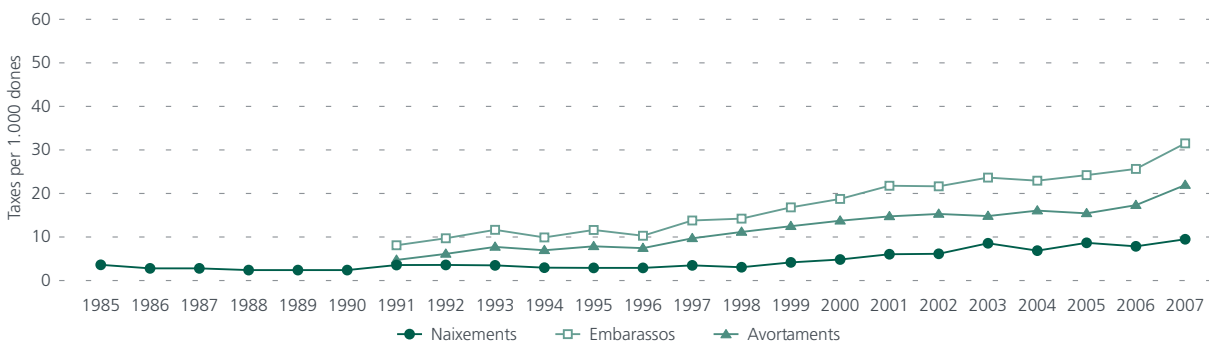
La taxa de defectes congènits anatòmics entre els nadons i les interrupcions voluntàries de l'embaràs no presenta variacions significatives i se situa al voltant del 2%, xifra esperada segons la definició de cas en el registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), base d'aquestes dades.

Figura 2. Evolució de la natalitat, els avortaments i els embarassos en les dones en edat fèrtil (15-49 anys). Barcelona, 1985-2007.



Font: Elaboració pròpia a partir de les diverses fonts.

Figura 3. Evolució de la natalitat, els avortaments i els embarassos en les dones en edat fèrtil (15-19 anys). Barcelona, 1985-2007.



Font: Elaboració pròpia a partir de les diverses fonts.

La tuberculosi

72

El Programa de control de la tuberculosi de Barcelona (PCTB) va començar l'any 1987, i combinava la vigilància passiva a través del registre de malalties de declaració obligatòria amb un sistema de vigilància activa. Aquest sistema disposa de professionals d'infermeria de salut pública que fan cerca activa d'informació en els centres sanitaris i seguiment individualitzat de cada pacient i dels seus contactes.

L'organització de la vigilància i el control de la tuberculosi s'ha mantingut estable durant aquests 21 anys, tot i que s'han anat incorporant recursos específics atenent les particularitats epidemiològiques de cada període.

Així, des de l'inici del programa es va veure que la tuberculosi a la ciutat es trobava molt relacionada amb la infecció per VIH, sobretot en persones usuàries de drogues injectades (UDI). Això va fer que s'impullessin mesures de control adreçades a aquests col·lectius. Per exemple, l'administració de tractament de la tuberculosi directament observat (TDO) junt amb metadona, en els centres d'atenció i seguiment de toxicòmans (1993), i una estreta col·laboració amb la Direcció General d'Institucions Penitenciàries per endegar un Programa de control de la tuberculosi específic a les presons.

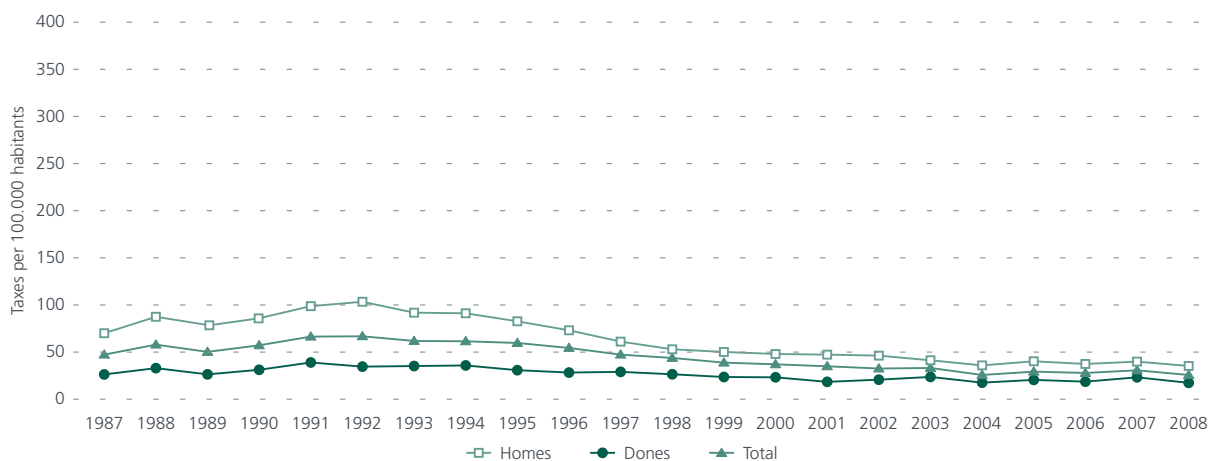
Per altra banda, veient la necessitat de millorar el compliment del tractament de les persones amb tuberculosi, es va col·laborar en la posada en marxa de centres socio-sanitaris on s'ofereix TDO, primer a nivell municipal i més tard en l'àmbit autonòmic.

Amb la generalització dels tractaments antivirals d'alta efectivitat i les mesures de control específiques per persones malaltes VIH/UDI, la incidència de la tuberculosi a la ciutat ha disminuït gradualment, tant en homes com en dones, essent de 25,4 casos per 100.000 h. (414 casos) el 2008 i minvant de manera clara el percentatge de persones coinfectades amb el VIH (vegeu les figures 4 i 5, pàgina 73).

Els primers anys del nou segle, la ciutat de Barcelona ha vist modificades les seves característiques demogràfiques amb un augment important de persones vingudes d'altres països, les quals representen ja el 17,9% del total de la població. Aquest canvi ha tingut repercussió en l'endèmia de la ciutat, amb un augment important del percentatge de casos d'immigrants en el total de casos de tuberculosi, que el 2008 arriba al 51% i en fa més complexa la gestió del control i el seguiment, i amb un alentiment del declivi anual (vegeu la figura 6, pàgina 73 i la taula 2, pàgina 90).

Aquest nou repte en l'epidemiologia de la malaltia ha fet que s'haguessin d'implementar noves estratègies de control atenent la nova realitat i, a més dels professionals d'infermeria de salut pública, s'han incorporat els agents comunitaris de salut (2003). Aquests professionals, destinats específicament a atendre les persones immigrades amb tuberculosi, ajuden a l'equip sanitari en tasques d'acompanyament, conscienciació de la importància de fer el tractament, en l'estudi de contactes i en la traducció.

Figura 4. Evolució de la incidència de la tuberculosi segons el sexe. Barcelona, 1987-2008.



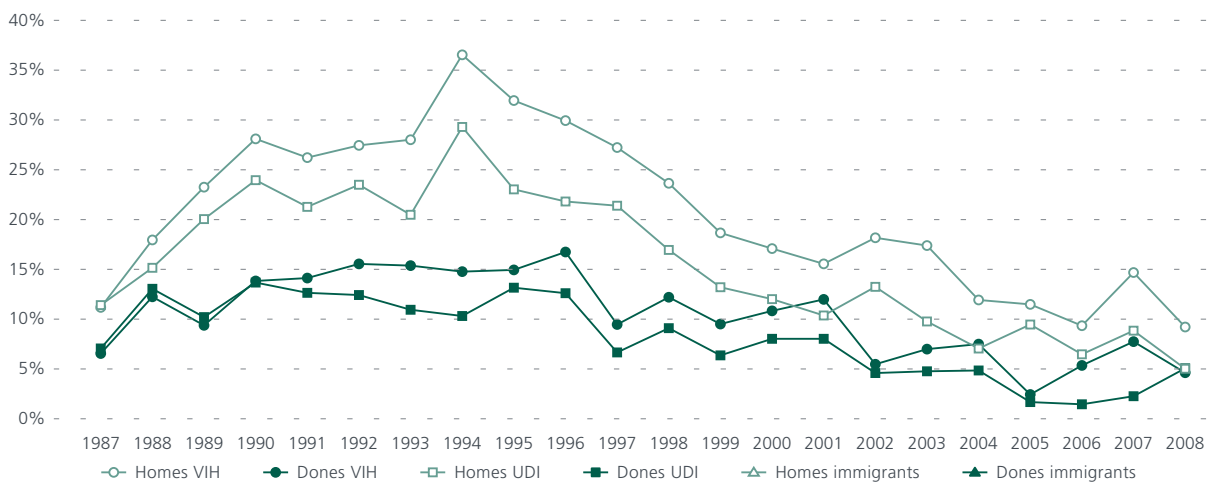
Font: Registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Finalment, des de l'any 2007 s'ha impulsat des del Consorci Sanitari de Barcelona, l'ordenació de l'assistència a les persones amb tuberculosi. Amb això s'ha iniciat un diàleg amb tots els actors territorials, tant clínics com de salut pública, que ha permès la identificació de la unitat clínica de tuberculosi (UCTB) com a l'eix que vertebrava l'assistència i el seguiment dels

pacients i els seus contactes. A la ciutat, es desenvolupen 5 UCTB, una a cada gran hospital i la unitat de control de tuberculosi del CAP Drassanes.

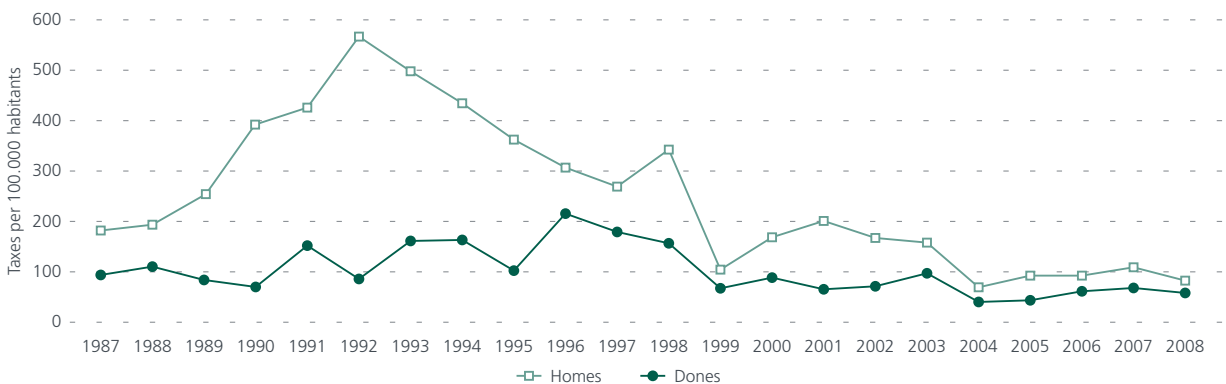
Les activitats del Programa de control de la tuberculosi a la ciutat, de manera coordinada amb els clínics i els serveis socials, han contribuït a la millora en la incidència de la malaltia i a uns bons indicadors de compliment de tractament i d'estudi dels contactes dels pacients.

Figura 5. Evolució del percentatge d'infecció per VIH i UDI en els homes i les dones amb tuberculosi. Barcelona, 1987-2008



Font: Registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 6. Evolució de la incidència de la tuberculosi en dones i homes immigrants. Barcelona, 1987-2008



Font: Registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La infecció per VIH-sida

74

D'ençà que l'any 1981 es va diagnosticar el primer cas de sida en un home homosexual de Barcelona¹ fins al desembre del 2008, s'han detectat 6.722 casos en residents a la nostra ciutat. La incidència anual de la sida va presentar una tendència creixent fins al 1994. A partir del 1996, amb la introducció de manera generalitzada de les teràpies antiretrovirals combinades (TARC), es va apreciar un brusc descens tant de la mortalitat com del nombre de casos² (vegeu la taula 2, pàgina 90).

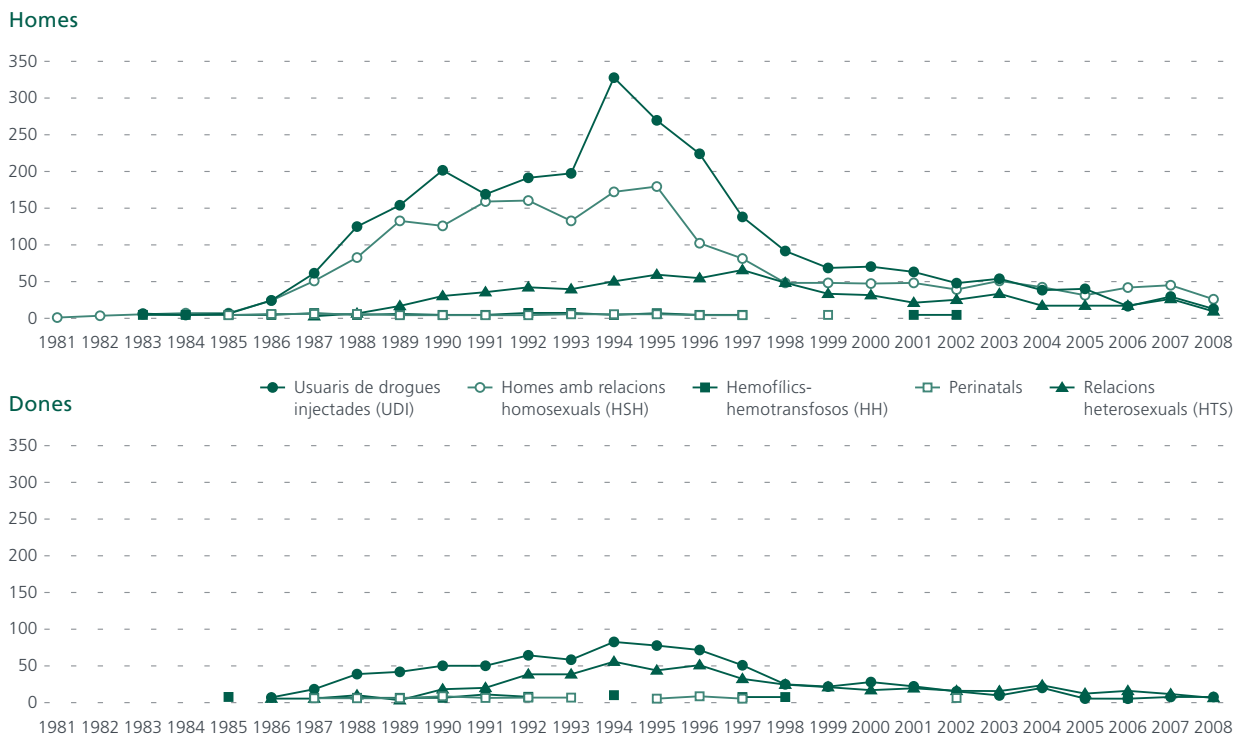
La malaltia continua predominant en homes (80% dels casos), però la proporció de dones ha passat del 10% en els primers anys de l'epidèmia al 20% actual (vegeu la figura 7). Amb relació a l'edat, en totes les categories de transmissió

s'observa un desplaçament dels diagnòstics de sida cap a edats majors. El 1990, l'edat mitjana era de 34 anys en els homes i de 24 anys en les dones, mentre que el 2008 va ser de 39,6 i 40,3 anys respectivament.

Tots els grups poblacionals s'han vist afectats pel VIH-sida, però no tots per igual. En els primers anys els homes amb relacions homosexuals (HSH) i els usuaris de drogues injectades (UDI) van ser els més afectats, però aquesta tendència no s'ha mantingut. Així, el grup d'UDI en homes ha passat del 55% el 1994 al 21% el 2008. En els homes HSH va disminuir entre 1990 i 1998, passant del 34% al 25%, per iniciar un ascens el 1999 fins a arribar al 41% dels casos el 2008. En el cas de les dones el grup UDI, el percentatge ha passat del 58% del 1994 al 35% el 2008 (vegeu la figura 7).

Un altre canvi que mereix de ser ressaltat és el que té relació amb el país de naixement dels afectats. Fins al 1997, la proporció de casos de persones nascudes fora de l'Estat espanyol es va mantenir per sota

Figura 7. Evolució dels casos de sida segons sexe, any i via de transmissió. Barcelona, 1981-2008.



Font: Registre de sida i sistema d'informació voluntària del VIH, Agència de Salut Pública de Barcelona.

¹ Vilaseca J, Arnau JM, Bacardi R, Mieras C, Serrano A, Navarro C. Kaposi's sarcoma and toxoplasma gondii brain abscess in Spanish homosexual. Lancet 1982; 1:572.

² SIDA a Barcelona. Situació a 31 de desembre de 2008, Agència de Salut Pública, Servei d'Epidemiologia en: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/sida81.pdf>.

³ La salut de la població immigrant de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/salut_immigrants_BCN.pdf

del 3% i, a partir del 1998, va pujar fins arribar al 27,9% el 2008. Aquest increment és el reflex de l'espectacular augment de població immigrant al nostre país³.

Malgrat la disponibilitat de la prova del VIH, el nombre de casos de sida amb un diagnòstic tardà de la infecció és important. A Barcelona, el 53% dels casos de sida va ser diagnosticat de la infecció pel VIH el mateix any que va ser diagnosticat de sida.

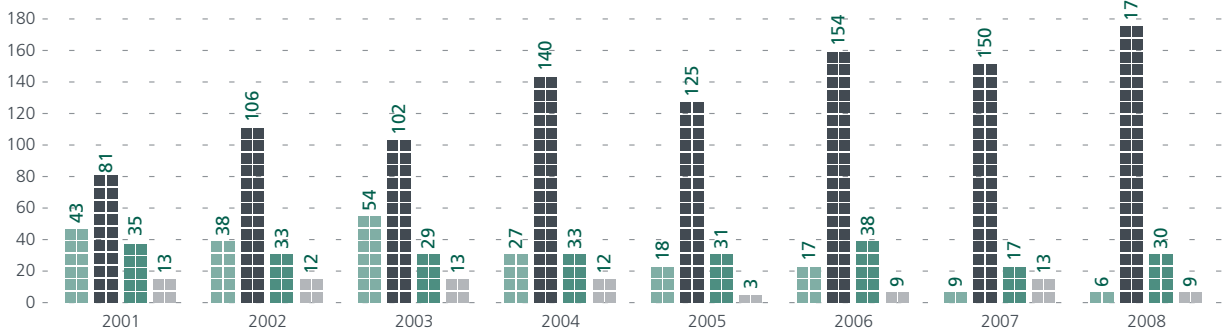
Actualment, és difícil precisar el nombre d'infeccions pel VIH, ja que al contrari de la sida, la declaració no és encara obligatòria. La informació sobre els nous diagnòstics d'infecció pel VIH es recull de manera voluntària des de l'any 2001.

Entre l'any 2001-2008 s'han notificat 3.203 nous diagnòstics de VIH, dels quals en el 25% dels casos no se'n coneixia el lloc de residència. Dels 1.926 residents a Barcelona, el 81,5% eren homes amb una edat mitjana de 35,6 anys, sense diferències d'edat entre homes i dones. La via de transmissió més freqüent en els homes van ser les relacions HSH (65,5%), observant-se una tendència creixent des del 2000. Entre les dones, les relacions heterosexuals (77,5%) va ser-ne la via més habitual (vegeu la figura 8).

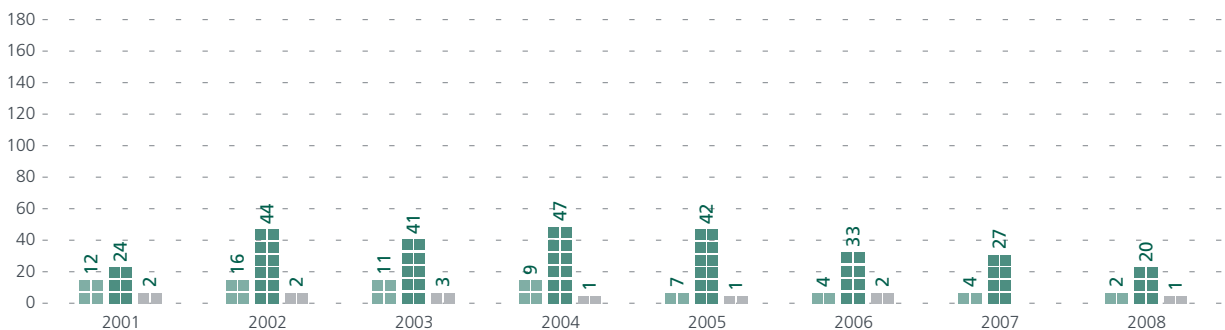
En resum, a l'epidèmia pel VIH-sida es poden diferenciar dos períodes: el primer, els anys 80, es caracteritza per una ràpida difusió del VIH que va afectar, principalment, als UDI. El segon arriba amb la introducció de la TARC el 1996, i s'observa un marcat descens dels casos i de la mortalitat per sida. No obstant, l'existència d'una proporció considerable de persones infectades pel VIH que desconeixen el seu estat i el canvi en la tendència de les conductes sexuals de risc de la infecció pel VIH poden tenir una influència en el curs de l'epidèmia com ho mostra el fet de l'increment d'infeccions de transmissió sexual.

Figura 8. Distribució dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH declarats, segons sexe, any i via de transmissió. Barcelona, 2001-2008.

Homes



Dones



Font: Registre de sida i sistema d'informació voluntària del VIH, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les lesions per col·lisions de trànsit

76

A finals dels anys 80 a Barcelona es produïen, anualment, més de 15.000 ferits i més de 90 morts per col·lisió de trànsit (vegeu la figura 9). En l'actualitat, el nombre de lesionats s'ha reduït al voltant d'un 20% i el de morts en més del 65%. A començaments dels anys 90 el parc de vehicles era superior a les 900.000 unitats, el 73% de les quals eren turismes, el 13% motocicletes, el 6% ciclomotors i la resta altres tipus de vehicles. L'any 2008 el parc de vehicles comprenia prop d'1 milió de vehicles; els turismes representen el 62%, les motocicletes el 19% i els ciclomotors el 9%.

De llavors ençà s'han desenvolupat múltiples operacions que contempen els diferents àmbits d'actuació: intervencions dirigides a canviar comportaments, a la gestió de la mobilitat i a la modificació de les infraestructures. Per portar-ho a terme s'ha comptat amb els recursos següents: lideratge per a la planificació i actuació des del departament de mobilitat amb participació multisectorial, la planificació a través de plans de seguretat viària per a la ciutat, i el desenvolupament d'un Sistema d'Informació de Lesionats de Trànsit.

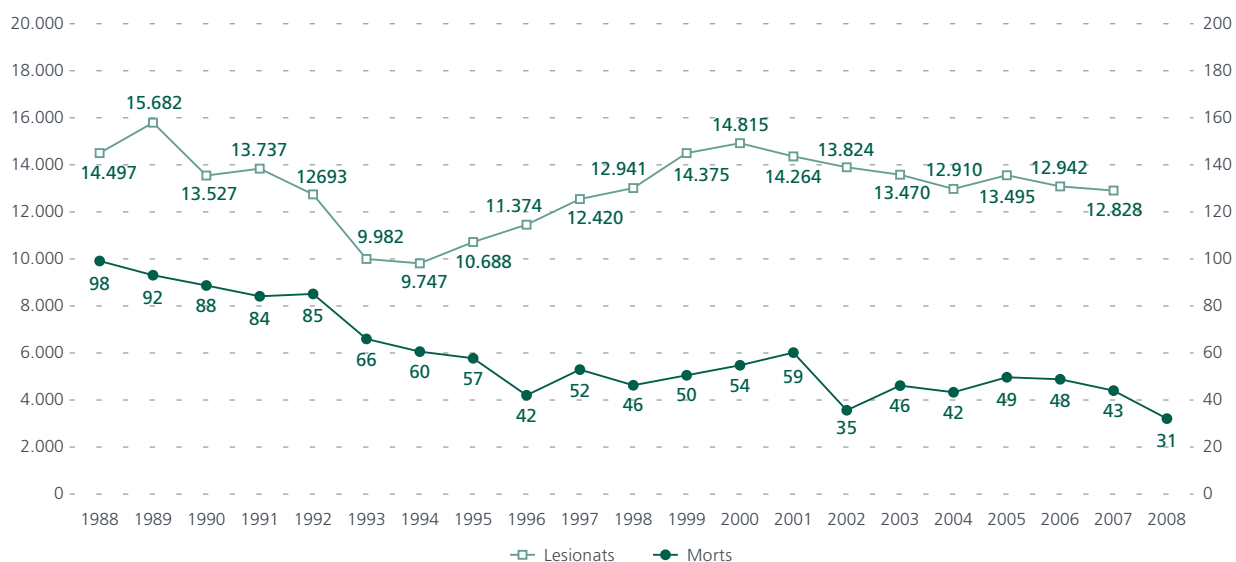
El 1983 es va crear el Consell de Circulació de Barcelona per debatre i posar en comú els diferents aspectes de la mobilitat a la ciutat. Com a resultat de l'experiència en quant a participació i actitud de diàleg, i en un intent d'avançar, es constitueix el Pacte per la Mobilitat en què s'impliquen entitats, associacions i administració local. Es van plantejar 10 objectius, entre els quals figurava millorar la seguretat viària i el respecte entre els usuaris i usuàries de diferents modes de transport.

L'any 2000 es va elaborar el primer Pla de seguretat viària de la ciutat. L'any 2007 s'aprova el tercer Pla de seguretat viària 2008-2012, que en aquest cas s'integra en el Pla de mobilitat de la ciutat.

A principis dels anys 90 es crea un Sistema d'Informació de Lesionats i Accidents de Trànsit que s'alimenta de diferents fonts d'informació: registre d'accidents i víctimes de la Guàrdia Urbana de Barcelona, registre d'urgències hospitalàries (DUHAT), registre de morts judicials de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, registre de mortalitat i enquestes de salut. Tots aquests registres tenen com a limitació que no poden incloure informació molt exhaustiva per tractar sistemes rutinaris. Però al mateix temps tenen com a principal avantatge que són sostenibles i proporcionen informació al llarg del temps permetent, per tant, monitorar indicadors i avaluar intervencions.

Segons la Guàrdia Urbana, l'any 2008 s'han produït a la ciutat de Barcelona 8.914 col·lisions de trànsit que han ocasionat víctimes i han

Figura 9. Evolució del nombre de lesionats i morts per col·lisió de trànsit. Barcelona, 1988-2007.



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona.

tingut com a conseqüència: 11.576 lesionats (7.196 homes i 4.349 dones) i 31 morts (20 homes i 11 dones), durant les primeres 24 hores després de la col·lisió (vegeu el quadre 3). L'edat mitjana dels lesionats és de 30 anys en els homes i 31 en les dones, mentre que en els morts és de 35 anys en els homes i 51 en les dones. Respecte a l'any 2007, el nombre d'accidents amb víctimes ha disminuït un 8,9%, el nombre de ferits un 9,7% (8,7% en homes i 9,7% en dones) i el de morts un 27,9% (25,9% en homes i 31,3% dones).

El 44,2% dels homes lesionats són usuaris de motocicletes, el 20,6% de ciclomotors, el 20,6% de turismes, el 8,8% són vianants, el 3,8% ciclistes, el 1,8% passatgers d'autobús, i el 0,2% són usuaris d'altres tipus de vehicles. El 25,7% de les dones lesionades són usuàries de turismes, el 25% de motocicletes, el 23,2% de ciclomotors, el 16,9% són vianants, el 6,1% són passatgeres d'autobús, el 3% utilitzen la bicicleta i el 0,2% es desplacen amb altres vehicles. Pel que fa als morts, circulaven amb motocicleta el 55% dels homes i el 36,4% de les dones, amb ciclomotor el 25% dels homes i el 9,1% de les dones i eren vianants el 20% i el 54,5% respectivament. Durant el 2008 no es va produir cap mort en ocupants de turisme.

Quadre 3. Nombre de lesionats per col·lisió de trànsit segons el tipus de vehicle en què circulaven, el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2008.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Camió/bus		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																
0 a 13	46	26,1	14	8,0	7	4,0	14	8,0	5	2,8	1	,6	89	50,6	176	100
14 a 17	13	3,6	51	14,0	248	68,3	29	8,0			1	,3	21	5,8	363	100
18 a 29	531	20,1	1073	40,7	805	30,5	111	4,2	15	,6	5	,2	97	3,7	2637	100
30 a 44	506	20,5	1391	56,3	341	13,8	75	3,0	27	1,1	5	,2	126	5,1	2471	100
45 a 64	297	25,1	607	51,3	77	6,5	38	3,2	27	2,3	1	,1	136	11,5	1183	100
65 a 74	49	29,2	30	17,9	3	1,8	3	1,8	21	12,5	1	,6	61	36,3	168	100
> 74	20	12,3	7	4,3	2	1,2	4	2,5	35	21,5			95	58,3	163	100
Desconeguda	21	38,2	17	30,9	1	1,8			2	3,6			14	25,5	55	100
Total	1483	20,6	3190	44,2	1484	20,6	274	3,8	132	1,8	14	,2	639	8,9	7216	100
Dones																
0 a 13	58	46,8	8	6,5	7	5,6	2	1,6	4	3,2			45	36,3	124	100
14 a 17	26	13,8	19	10,1	110	58,5	10	5,3	1	,5			22	11,7	188	100
18 a 29	400	24,8	396	24,6	620	38,5	65	4,0	10	,6	1	,1	119	7,4	1611	100
30 a 44	341	26,2	526	40,3	226	17,3	39	3,0	30	2,3	3	,2	139	10,7	1304	100
45 a 64	220	31,5	132	18,9	43	6,2	13	1,9	88	12,6	1	,1	201	28,8	698	100
65 a 74	38	20,3	5	2,7					58	31,0	2	1,1	84	44,9	187	100
> 74	21	10,0							63	30,0			126	60,0	210	100
Desconeguda	12	31,6	5	13,2	2	5,3	2	5,3	10	26,3	1	2,6	6	15,8	38	100
Total	1116	25,6	1091	25,0	1008	23,1	131	3,0	264	6,1	8	,2	742	17,0	4360	100

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

Les lesions per accident de treball

78

Enguany s'han produït a Barcelona 42.808 lesions per accident de treball (LAT) amb baixa, de les quals 417 van ser greus i 31 mortals (vegeu la taula 3, pàgina 91). Amb relació a l'any anterior hi ha hagut una disminució de les greus i un increment de les mortals (en ambdós casos d'un 6,9%). Gairebé dues terceres parts dels accidentats (63,5%) van ser homes, que també van patir les lesions més greus (el 78,7% de les lesions greus i el 93,5% de les mortals, de les quals només dues van afectar dones). Prop de tres quartes parts es van produir en persones de classes socials manuals (79,2% dels homes i 67% de les dones). Finalment, una tercera part es van produir en persones de 26 a 35 anys i una quarta part en les de 36 a 45 anys.

De la mateixa manera que a la resta de l'Estat espanyol, a Barcelona s'ha produït una disminució de la incidència de les LAT en els darrers anys. La taxa d'incidència de l'any 2000 va ser de 57,6 lesions per 1.000 persones afiliades a la Seguretat Social, mentre que enguany ha estat de 45,6.

En analitzar més detalladament les lesions greus i mortals, s'observa la important disminució de les lesions greus en els 9 anys analitzats (vegeu la figura 10), mentre que les lesions mortals es

van mantenir força estables fins al 2003 i després també s'han anat reduint, amb l'excepció de l'any 2006.

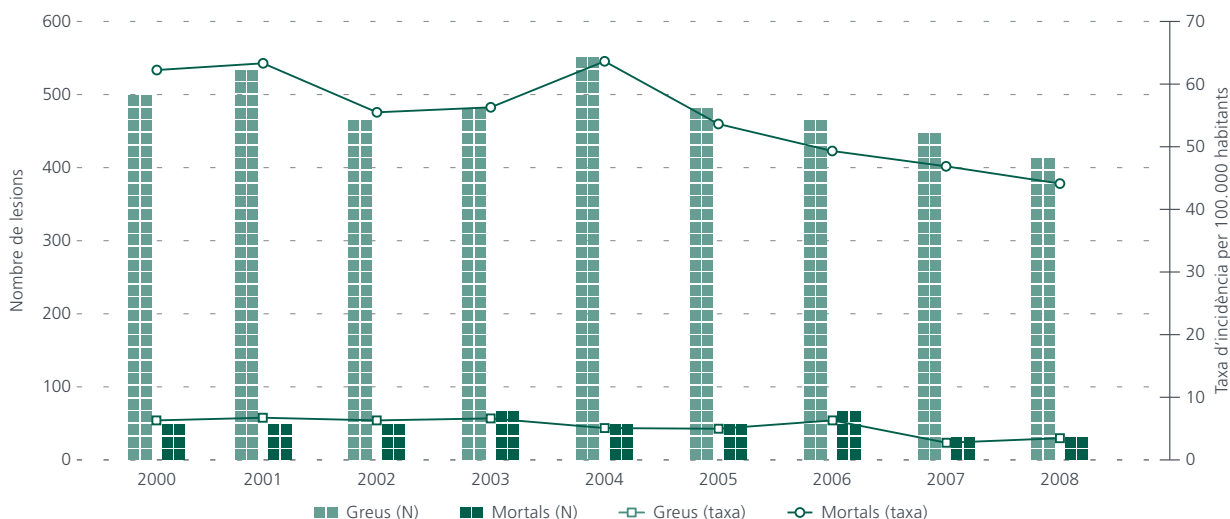
La distribució dels diferents tipus de LAT greus i mortals s'ha mantingut força estable des de l'any 1994 (vegeu la taula 3, pàgina 91). Cal destacar la important contribució de les LAT *in itinere*, amb una proporció al voltant del 30% de les LAT greus i d'entre el 30% i 40% de les mortals, i també de les LAT no traumàtiques, que han constituït entre el 20% i 30% de les LAT mortals, gairebé tots els anys. Les lesions més estretament relacionades amb les condicions del lloc de treball (les traumàtiques en jornada laboral) van suposar entre el 50% i el 60% de les LAT greus, mentre que la proporció entre les LAT mortals va oscil·lar entre el 17% i el 44%, un rang més alt a causa del baix nombre de LAT mortals.

Malalties professionals

El 2006, l'últim any de què es disposen dades sobre malalties professionals (MP) a Barcelona, es van notificar 617 MP amb baixa (taxa d'incidència de 66,6 per 100.000 persones afiliades a la Seguretat Social). El 52% van afectar homes i sobretot la població ocupada de classe manual (el 91,6% de les MP masculines i el 82,1% de les femenines).

El nombre i la incidència de MP ha experimentat una tendència decreixent des de l'any 2001, especialment marcada el 2006. Les malalties per fatiga de les beines tendinoses han estat les més freqüents, amb un percentatge que ha augmentat des de l'any 1995 (58%) al

Figura 10. Evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals. Barcelona, 2000-2008.



Font: Registre d'accidents de treball del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

2006 (76,1%). També s'ha incrementat el percentatge de malalties per paràlisi dels nervis a causa de la pressió en les dones, mentre que ha disminuït el de les malalties de la pell en els homes i les infeccioses i parasitàries en les dones (vegeu la taula 4, pàgina 92).

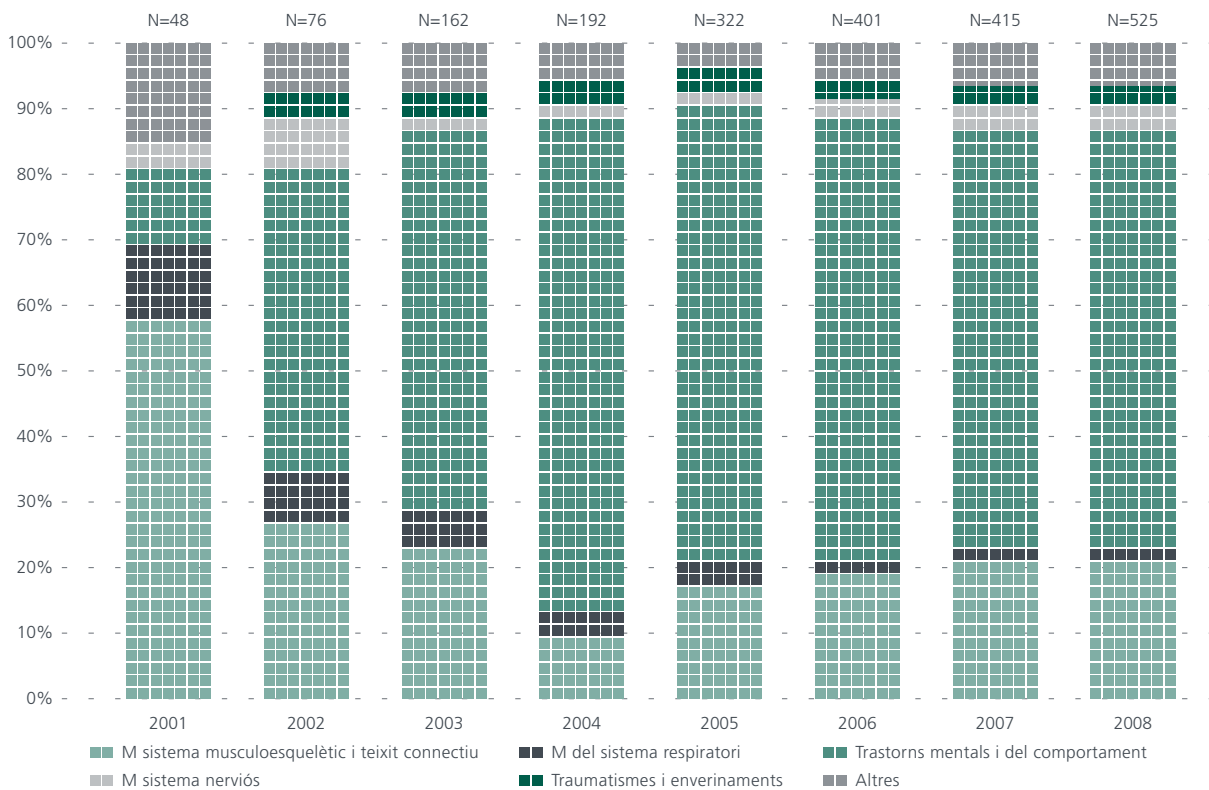
Malalties relacionades amb el treball

Durant l'any 2008 s'han notificat a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona 525 trastorns de salut relacionats amb el treball, un 25,9% més que

l'any anterior. El 60,8% han afectat dones, amb una edat mitjana una mica inferior a la dels homes (42,1 anys -DE=10,5- i 44,1 anys -DE=11,3-, respectivament). Un 63,6% dels casos ocorreguts en homes i un 50,5% dels ocorreguts en dones eren de classe manual.

Entre l'any 2001 i el 2008 els casos notificats s'han multiplicat gairebé per 11, essent els trastorns de salut de tipus ansiós-depressiu els que més ho han fet en ambdós sexes (el 2001 van ser el 10,6% dels casos declarats i el 2008, el 63,4%). Els trastorns musculoesquelètics han estat el segon grup més notificat des del 2002 en homes i dones, mentre que en els homes s'observa una disminució de la proporció de trastorns respiratoris (vegeu la figura 11 i la taula 5, pàgina 92).

Figura 11. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons diagnòstic. Barcelona, 2001-2008.



Font: Registre de malalties relacionades amb el treball de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: Pel càlcul de les taxes d'incidència de les LAT i MP s'ha utilitzat com a denominador la població ocupada donada d'alta al règim general de la Seguretat Social (el majoritari) i a l'especial de la mineria del carbó. El numerador es refereix a totes les LAT o MP ocorregudes en persones que tenen cobertes les contingències professionals. Això significa que, a més dels dos règims esmentats, hi pot haver LAT i MP ocorregudes en persones en altres situacions minoritàries, com el personal autònom que té cobertes aquestes contingències. Un altre aspecte que cal tenir en compte amb relació tant als numeradors com als denominadors és que es refereixen a persones donades d'alta a la Seguretat Social en un centre de cotització de Barcelona i, per tant, el centre de treball podria ser un altre.

La mortalitat

80

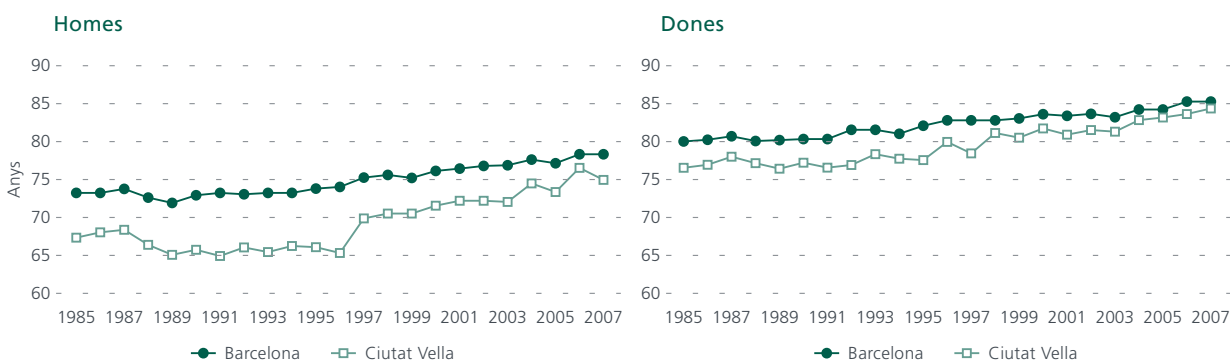
A la ciutat de Barcelona existeix llarga tradició en l'anàlisi de la mortalitat i la seva evolució ja que és un element bàsic per la vigilància de la salut de la població i serveix per la planificació i l'avaluació de les polítiques de salut¹. Des de les darreres dècades la mortalitat ha mostrat un patró descendent atès l'augment de la supervivència i l'esperança de vida, és a dir, el número mitjà d'anys que s'espera viure en néixer (vegeu la taula 6, pàgina 93). Així per exemple, l'any 1985 l'esperança de vida al néixer era de 73,3 anys en homes i de 79,9 anys en dones, i ha augmentat a 78,3 i 85,2 respectivament, l'any 2007, malgrat la disminució a l'inici dels anys 90 per l'impacte de la sida. Altrament, Barcelona ha estat pionera en l'estudi de les desigualtats en salut relacionades amb el nivell socioeconòmic, afavorint la posada en marxa d'intervencions que han prioritzat aquelles zones i grups més desfavorits. Malgrat que el districte de Ciutat Vella continua essent el més desfavorit i amb pitjors indicadors de salut, els darrers anys les desigualtats respecte a la resta de la ciutat disminueixen (vegeu la figura 12).

L'evolució de la mortalitat ha comportat un canvi en el patró de les principals causes de mort. A l'informe de salut d'enguany es presenta l'evolució de les principals causes de mort per grups d'edat en homes i dones (vegeu la figura 13, pàgina 81).

La sida i les lesions per causes externes han estat les principals responsables de la mortalitat en la població més jove. A Barcelona, cal destacar el descens els darrers anys de la mortalitat per sida, atribuïda als nous tractaments antiretrovirals, així com la disminució de la mortalitat per sobredosis i les lesions per accident de trànsit. Aquest descens de la sida fa que les principals causes de mort entre la població amb edat de 15 a 44 anys (sida, sobredosi i lesions de trànsit) tinguin taxes similars des de finals de la dècada dels 1990. Així, l'any 1985 la taxa de mortalitat per 100.000 habitants d'aquest grup d'edat era de 126,9 en homes i 61,9 en dones, percentatge que ha baixat a un 78,5 i 40,6 en homes i dones respectivament, el 2007 (vegeu la taula 7, pàgina 93).

La mortalitat de la població adulta de 45 a 74 anys es deu principalment a malalties de l'aparell circulatori (malaltia isquèmica del cor i malalties cerebrovascular), tot i que presenten una tendència decreixent, de manera que han passat a ser les primeres causes de mort el càncer de pulmó en homes (212,4 morts per 100.000 habitants l'any 2007) i el càncer de mama en dones (70,8 morts per 100.000 habitants l'any 2007), causes que es mantenen estables els darrers anys (vegeu la taula 8, pàgina 94). Quant a la població de 75 anys o més és la que registra la major mortalitat. Les malalties de l'aparell circulatori en són la causa principal, tot i que han disminuït els darrers anys. Sobretot s'ha reduït la mortalitat per malaltia cerebrovascular, a causa, en part, d'una millora en el control i el tractament de la hipertensió, que n'és un dels principals factors de risc. Tanmateix, ha augmentat en la població més gran la mortalitat per trastorns mentals o altres malalties del sistema nerviós, principalment per demències, passant a ser l'any 2007 la taxa de mortalitat per 100.000 habitants de 413,7 en homes i 385,6 en dones (vegeu la taula 9, pàgina 94).

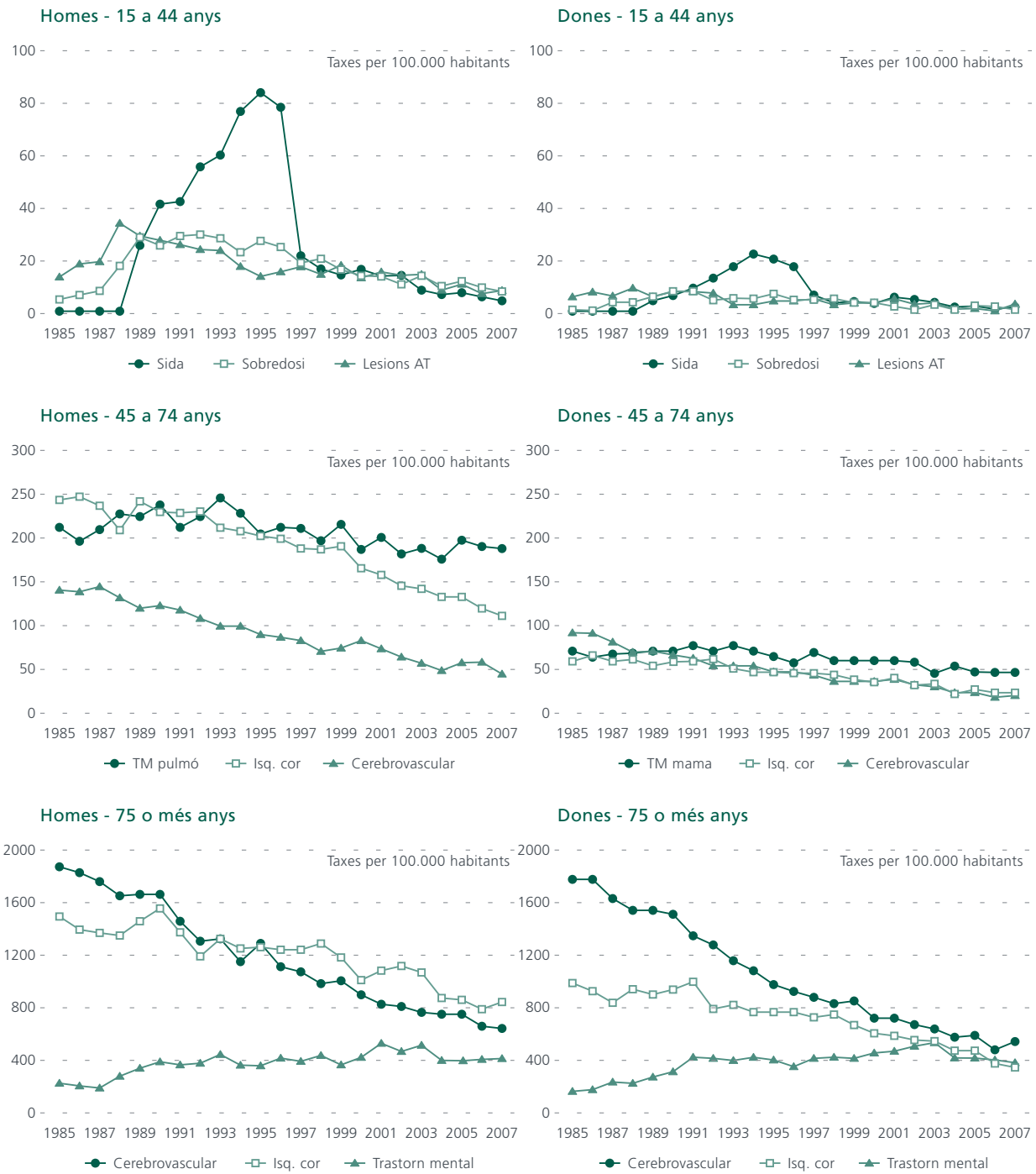
Figura 12. Evolució de l'esperança de vida en néixer en homes i dones. Barcelona ciutat i districte de Ciutat Vella, 1985-2007.



Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

¹Trends in socioeconomic mortality inequalities in a southern European urban setting at the turn of the 21st century. Borrell C, Azlor E, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Cano-Serral G, Pasarín MI, Martínez JM, Benach J, Muntaner C.

Figura 13. Evolució de les principals causes de mortalitat en homes i dones segons grups d'edat. Barcelona 1985-2007.



Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.



La salut a Barcelona 2008 en xifres

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Les polítiques públiques a Barcelona 1980-2008 Una proposta de balanç

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

Les conductes relacionades amb la salut

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental

L'atenció a les drogodependències

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut percebuda

L'estat de salut de les persones en situació de sense llar i relació amb l'atenció proporcionada

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les lesions per col·lisions de trànsit

Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

La salut a Barcelona 2008 en xifres

Qui som

84

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1986-2008.

Població		1986	1991	1996	2001	2008
0-14	Homes	157.073	121.726	92.093	88.592	98.403
	Dones	148.243	115.104	87.544	84.543	93.957
15-44	Homes	354.869	352.714	314.536	317.954	359.635
	Dones	359.482	356.504	320.916	318.161	343.995
45-64	Homes	201.324	193.872	178.844	172.202	188.175
	Dones	228.532	218.143	203.061	196.389	214.177
65-74	Homes	59.021	68.244	76.425	74.974	66.201
	Dones	88.327	97.166	104.124	99.508	84.409
75 anys o més	Homes	34.345	39.432	43.087	51.502	62.476
	Dones	70.596	80.639	88.175	100.059	116.662
Total	Homes	806.632	775.988	704.985	705.224	774.890
	Dones	895.180	867.554	803.820	798.660	853.200
Població de 65 anys o més	Homes	11,6%	13,9%	16,9%	17,9%	16,6%
	Dones	17,7%	20,5%	23,9%	25,0%	23,5%
Índex de sobreenvelliment ¹	Homes	36,8	36,6	36,0	29,6	48,5
	Dones	44,4	45,3	45,8	50,1	58,0
Gent gran que viu sola 65-74 anys	Homes	ND	4.518 (6,6%)	5.901 (7,7%)	6.922 (9,2%)	7.462 (11,2%)
	Dones	ND	23.015 (23,7%)	25.379 (24,4%)	24.024 (24,1%)	20.162 (23,8%)
75-84 anys	Homes	ND	3.277 (10,0%)	3.836 (11,1%)	5.162 (16,4%)	6.957 (14,0%)
	Dones	ND	18.580 (30,1%)	23.371 (36,0%)	28.302 (28,3%)	31.630 (38,6%)
85 anys o més	Homes	ND	827 (12,3%)	1.376 (16,1%)	1.791 (18,1%)	2.721 (20,7%)
	Dones	ND	3.837 (20,2%)	6307 (27,1%)	9.338 (34,8%)	14.265 (40,9%)
Nivell d'instrucció (16 anys o més)						
Sense estudis i primària incompleta	Homes	ND	14,5%	12,0%	9,0%	ND
	Dones	ND	22,8%	19,0%	13,9%	ND
Primària completa	Homes	ND	26,2%	26,0%	17,3%	ND
	Dones	ND	29,2%	29,0%	21,3%	ND
Estudis secundaris	Homes	ND	39,0%	44,1%	51,2%	ND
	Dones	ND	31,3%	36,5%	44,6%	ND
Títol de grau mitjà	Homes	ND	6,4%	5,3%	8,6%	ND
	Dones	ND	6,9%	6,2%	9,1%	ND
Títol superior	Homes	ND	9,5%	11,9%	13,9%	ND
	Dones	ND	5,5%	8,4%	11,1%	ND
No conegut	Homes	ND	4,5%	0,7%	ND	ND
	Dones	ND	4,3%	0,8%	ND	ND
Població de nacionalitat estrangera		ND	1,4%	1,9%	4,9%	17,9%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1986 i 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001 i lectura del padró continu de l'any 2008. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Notes: ND: No disponible. ¹L'índex de sobreenvelliment diferencia, del col·lectiu de 65 anys o més, aquells qui tenen 75 anys o més. Es presenta la proporció següent: (persones de 75 anys o més / persones de 65 anys o més) x 100 habitants.

Com vivim

Taula 1. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2001-2008.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenció Primària de Salut								
Visites per habitant i any	5,6	6,0	4,9	5,4	5,7	5,6	5,6	5,4
Cobertura vacunació antigripal en persones de 60 anys o més (>64 anys abans del 2003)	52,6%	57,5%	53,3%	51,3%	54,2%	55,7%	51,2%	51,5%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	6,1%	6,4%	6,1%	6,5%	5,8%	5,8%	5,4%	5,6%
Atenció a les urgències								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses	690.479	711.552	721.377	722.641	728.806	727.310	737.325	717.035
Activitat SCUB-061								
Nombre de trucades	631.142	677.982	686.169	626.905	670.939	684.860	ND	ND
Nombre d'urgències a domicili ¹	59.972	53.047	56.342	57.299	60.074	59.475	ND	40.448
Nombre d'emergències ¹	72.258	78.024	160.490	154.651	164.624	157.980	ND	191.460
Activitat als centres d'atenció continuada / dispensaris parahospitalaris								
Nombre de visites de metge	188.489	194.072	205.810	211.866	234.929	231.451	228.458	211.966
Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut								
Nombre de domicilis d'aguts	106.960	115.971	109.456	107.018	117.739	94.784	98.094	94.377
Atenció especialitzada hospitalària								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants ²	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3	2,6	2,6	2,6
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a BCN ³	89,6	103,96	102,5	100,8	101,9	90,6	89,7	89,2
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària	7,3%	6,5%	8,6%	8,7%	8,9%	8,6%	8,2%	7,8%
Altes als hospitals de la XHUP de BCN de no residents a la ciutat	33,6%	31,6%	32,7%	33,9%	33,1%	33,4%	31,4%	31,3%
Atenció socio sanitària								
Llits de llarga estada	1.116	1.151	1.239	1.222	1.329	1.359	1.392	1.482
Llits de convallescència	443	443	565	600	680	719	666	724
Llits de cures pal·liatives	105	107	107	107	107	87	87	94
Llits unitats de sida	35	35	35	35	35	35	35	35
Places en hospitals de dia	209	209	234	279	337	369	369	396
Nombre d'equips PADES	17	17	17	17	19	20	20	20
Nombre d'equips UFISS hospitalària	10	12	12	12	12	12	12	12
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA ⁴)	ND	ND	5	5	5	7	7	7

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB).

Notes: ND: No disponible. ¹A partir de l'any 2003, la informació sobre emergències realitzades pel SCUB-061 no es pot desglossar i inclou els serveis d'ambulància sanitariitzada + ambulància amb metge + metge d'emergències + transport urgent no sanitariitzat. La informació equivalent als anys 2001-2002 seria de 153.826 i 155.764 casos, respectivament. Els anys 2007 i 2008 el nombre d'emergències inclou tots els serveis realitzats, tant els bàsics com els avançats; l'atenció domiciliària es refereix a l'atenció continuada. ²A partir de l'any 2006, la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. ³A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable alta hospitalària de finançament públic que utilitza el CatSalut. Atès l'increment poblacional (any 2000 vers 2006: 11,2%), a partir de l'any 2006 s'utilitza la població RCA 2006 per fer els càlculs de les taxes. ⁴EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria (nou recurs 2003).

Taula 1. (continuació) >

Com vivim

86

Taula 1. (continuació) Indicators de serveis sanitaris. Barcelona, 2001-2008.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Atenció socio sanitària								
Núm. pacients llits llarga estada	2.858	3.163	2.838	3.217	2.832	2.523	2.346	3.127
Núm. pacients unitats convalsència	2.752	3.588	4.089	4.042	4.551	4.022	4.709	4.716
Núm. pacients unitats cures pal·liatives	872	1.087	1.028	1.044	1.059	869	806	1.098
Núm. pacients unitats de sida	140	136	57	14	ND	ND	ND	ND
Núm. pacients unitats hospital de dia	281	644	703	347	700	693	760	902
PADES (inclou ETODA) ⁵	4.222	4.099	4.006	3.633	6.832	6.553	3.235	4.362
UFSS	7.137	9.572	5.204	4.221	8.907	3.062	3.587	ND
EAIA ⁴ (processos)	ND	ND	1.213	1.270	ND	3.491	3.568	ND
Atenció a la salut mental								
Ambulatori								
Núm. centres d'adults (CSMA ⁶)	15	15	16	16	16	16	16	16
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	10	10	11	11	11	11	11	11
Núm. llits d'hospitalització psiquiàtrica	345	406	359	367	473	490	511	574
Núm. places d'hospitals de dia	136	147	157	157	205	247	296	341
Rehabilitació								
Núm. places en centres de dia	572	632	632	632	657	690	706	706
Nombre de persones ateses								
Centres d'adults (CSMA ⁶)	ND	33.799	36.776	34.556	40.474	34.223	44.758	34.898
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	ND	6.081	7.384	5.612	5.937	6.256	6.269	6.953
Hospitals i altes ⁸	4.504	4.552	4.706	4.436	4.647	4.765	4.803	ND
Centres de dia	977	1.070	1.180	1.226	713	1.339	1.395	1.516

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB).

Notes: ND: No disponible. ⁴EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria (nou recurs 2003). ⁵PADES: a partir de l'any 2007 la font de dades és el CMBD-SS, abans els propis centres facilitaven la informació. ⁶L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMA (població ABS 10E i 10F). L'any 2004, no es disposa de les dades de l'esquerra de l'Eixample i de Sant Martí. Els anys 2005 i 2006 falta Sant Martí Nord (ABS 10D, 10E, 10F, 10G, 10H, 10I i 10J). L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMA Hospitalet 2. ⁷L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMIJ (població ABS 10E i 10F). Els anys 2004 a 2006, no es disposa de les dades de Ciutat Vella i de Sant Martí. L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMIJ Ciutat Vella. ⁸L'any 2006, no es disposa de les dades de dos centres.

Taula 2. Pacients en tractament, primeres visites i visites successives als centres d'atenció i seguiment de les drogues de titularitat municipal¹ segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2001-2007.

Pacients en tractament	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alcohol	1.592	1.815	2.028	2.238	2.158	2.241	2.376	2.467
Heroïna	3.237	2.947	2.794	2.782	2.638	2.495	2.404	2.262
Cocaïna	764	783	937	1.109	1.234	1.311	1.325	1.343
Altres ²	396	619	1.129	1.319	1.216	1.258	1.190	1.320
Total pacients atesos	5.989	6.164	6.888	7.448	7.246	7.419	7.295	7.392
Primeres visites								
Alcohol	869	1.004	1.098	1.194	1.045	1.162	1.165	1.256
Heroïna	779	656	560	520	396	446	482	391
Cocaïna	453	489	590	716	732	671	738	723
Altres ²	198	453	821	730	634	608	510	709
Total primeres visites	2.299	2.602	3.069	3.160	2.807	2.887	2.895	3.079
Visites successives ³								
Alcohol	36.396	45.020	58.576	54.270	49.409	54.861	65.408	69.640
Heroïna	121.724	125.729	164.685	164.015	90.509	73.242	78.357	83.418
Cocaïna	17.888	17.957	24.959	30.553	30.732	34.425	44.897	48.345
Altres ²	4.450	9.632	17.195	17.681	15.254	14.615	15.911	16.318
Total visites	180.458	198.338	265.415	266.519	185.904	177.143	204.573	217.721

Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ CAS: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Vall d'Hebron i Barceloneta. ² Altres: cànnabis, amfetamines, drogues de disseny, tabac, benzodiazepines i altres substàncies psicoactives. ³ Les visites successives són sense tenir en compte la dispensació de metadona.

La nostra salut

88

Taula 1. Indicadors de salut sexual i reproductiva. Barcelona, 1998-2007.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006	2007
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	7,7	8,1	8,3	8,3	8,6	9,6	9,8	9,2	9,1	9,4
Dones de 15-49 anys										
Nombre d'embarassos	15.011	15.851	16.898	17.192	17.975	18.885	19.319	19.413	20.344	21.310
Nombre d'IVE	3.607	3.922	4.328	4.675	5.028	4.637	4.754	4.703	5.668	6.271
IVE sobre el total d'embarassos	23,6%	24,2%	25,6%	27,1%	28,0%	24,6%	24,6%	24,2%	27,8%	29,4%
Nombre de naixements	11.404	11.929	12.570	12.517	12.947	14.248	14.565	14.710	14.676	15.039
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	30,6	31,9	33,6	33,8	35,0	36,4	37,2	36,8	37,0	38,0
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	41,6	35,7	56,6
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	40,4	42,7	46,2	45,5	48,6	48,2	39	48,6	51,3	53,8
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	63,7	65,7	100,0
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	9,7	10,6	11,8	12,6	13,6	11,8	12,2	10,8	14,3	15,9
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament ²	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	22,8	29,9	43,4
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	4,8%	5,3%	8,4%	7,4%	12,0%	14,4%	16,5%	19,1%	18,7%	23,7%
Naixements amb només un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	8,8%	9,0%	9,5%	9,1%	9,8%	8,9%	9,6%	11,7%	11,9%	11,9%
Naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g) ³	ND	6,8%	7,4%	7,1%	7,4%	8,2%	7,8%	7,7%	7,9%	7,6%
Naixements prematurs (<37 setmanes de gestació) ³	ND	4,9%	6,6%	7,5%	8,4%	7,4%	7,6%	6,9%	7,8%	7,9%
Naixements amb baix pes per edat gestacional ⁴	ND	4,0%	2,9%	2,5%	3,4%	2,8%	2,4%	3,0%	3,0%	3,0%
Adolescents (dones de 12-17 anys)										
Nombre d'embarassos	185	200	190	219	212	264	261	290	293	339
Nombre d'IVE	152	152	143	163	164	169	188	200	198	244
IVE sobre total d'embarassos	75,6%	70,7%	75,3%	74,4%	77,4%	64,0%	72,0%	68,9%	67,6%	71,9%
Nombre de naixements	33	48	47	56	48	95	73	90	95	95
Naixements sobre el total de naixements	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,7%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	1,1	1,6	1,9	2,2	1,9	3,8	2,9	2,5	2,6	3,1
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	8,7	9,4	10,3
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	4,2	6,0	7,7	8,7	8,4	10,6	10,2	8,0	8,1	11,2
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25,9	19,3	25,1
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	3,1	4,5	5,8	6,5	6,5	6,8	7,4	5,5	5,5	8,1
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament ²	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	17,2	9,9	14,7
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	12,1%	10,4%	10,6%	12,5%	52,1%	41,1%	38,4%	44,4%	45,8%	35,8%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	6,1%	4,2%	6,4%	10,7%	4,2%	5,3%	19,2%	23,3%	15,2%	17,9%

Font: Registre de naixements i Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Notes: Pel que fa als denominadors, s'ha utilitzat el padró municipal d'habitants del 1996 per als anys 1998 i 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per als anys 2001 i 2002, una estimació del cens de l'any 2001 per a l'any 2003, i les lectures del padró continu dels anys 2004, 2005, 2006 i 2007 per a aquests anys. ¹ Les dades a partir del 2003 provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), i no de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com en els anys anteriors. ² La taxa d'avortaments segons el país d'origen de la dona es va començar a recollir l'any 2005. Aquesta dada pot estar sotmesa a certa variabilitat en la recollida de dades. S'utilitzen les dades del padró provinents de l'IDESCAT dels anys 2005 a 2007. ³ Tant el baix pes en néixer com la prematuritat s'han calculat amb dades pròpies del Registre de Naixements de l'ASPB, connectades amb les dades de naixements del Programa de salut maternoinfantil de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, per omplir els valors on no constava informació dels anys 2003-2006. S'han recalculat totes les dades anuals, ja que aquesta serà la font d'informació que s'utilitzarà a partir d'ara i la que serà comparable al llarg del temps. ⁴ El baix pes per l'edat gestacional s'ha calculat per tots els anys utilitzant el percentil 3.

Taula 1. (continuació) >

Taula 1. (continuació) Indicadors de salut sexual i reproductiva. Barcelona, 1998-2007.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006	2007
Adolescents (dones de 15-19 anys)										
Nombre d'embarassos	596	646	684	726	720	800	764	768	824	978
Nombre d'IVE	457	468	500	536	541	506	534	493	557	686
IVE sobre el total d'embarassos	77,0%	73,9%	74,7%	74,5%	76,5%	63,3%	69,9%	64,2%	68,7%	70,1%
Nombre de naixements	137	168	174	185	169	294	230	275	267	292
Naixements sobre el total de naixements	1,2%	1,4%	1,4%	1,5%	1,3%	2,1%	1,6%	1,8%	1,8%	1,9%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	2,9	3,6	3,7	4,9	4,6	8,7	6,8	8,6	8,4	6,4
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	29,6	24,8	26,2
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	13,8	15,0	20,3	20,9	21,2	23,5	23,1	24,2	26,1	30,9
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	40,5	62,3	83,3
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	10,6	10,9	14,9	15,6	15,7	14,9	16,2	15,5	17,6	21,7
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	31,9	37,5	57,0
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	12,4%	11,3%	15,5%	14,1%	37,9%	40,8%	42,2%	44,7%	42,8%	34,9%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	8,8%	4,2%	6,9%	6,5%	7,7%	8,5%	14,3%	20,3%	18,4%	8,2%
Dones de 35-49 anys										
Nombre d'embarassos	3.366	3.774	4.076	4.868	5.077	4.932	5.649	5.291	5.774	6.113
Nombre d'IVE	635	689	701	780	859	762	1.275	833	1.024	1.076
IVE sobre el total d'embarassos	18,9%	18,3%	17,2%	16,0%	16,9%	15,5%	22,5%	15,7%	17,7%	17,6%
Nombre de naixements	2.731	3.085	3.375	4.088	4.218	4.170	4.374	4.458	4.750	5.037
Naixements sobre el total de naixements	24,0%	25,9%	26,9%	32,6%	32,5%	29,3%	30,0%	30,3%	32,3%	33,5
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	17,2	19,5	20,3	24,7	25,5	23,8	25,0	24,6	26,2	27,8
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	20,3	17,6	38,5
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	21,2	23,8	24,6	29,4	30,7	28,2	32,2	29,2	31,9	33,8
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	33,8	31,5	55,6
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	4,0	4,3	4,2	4,7	4,2	4,4	7,3	4,6	5,6	5,9
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	9,2	13,9	17,0
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	4,5%	4,8%	5,7%	4,5%	6,9%	7,0%	8,9%	10,7%	10,0%	14,4%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	9,6%	10,0%	11,5%	10,2%	11,1%	8,1%	8,6%	11,6%	11,0%	13,3%
Dones de 15-49 anys										
Dones amb visita obstètrica el 1r trimestre d'embaràs ⁵	98,3%	98,2%	96,7%	96,6%	98,3%	96,6%	95,9%	97,9%	97,9%	96,5%
Dones amb ecografia el 5è-6è mes d'embaràs ⁵	92,5%	91,0%	89,4%	93,2%	96,9%	96,8%	98,7%	99,2%	98,7%	97,6%
Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques ⁵	5,4	5,4	5,3	5,3	5,7	5,5	5,7	5,5	5,6	5,6
Dones amb proves invasives per fer cariotip ⁵	27,7%	30,6%	33,2%	34,3%	30,5%	30,6%	40,9%	32,9%	32,6%	28,2%
Dones fumadores durant l'embaràs ⁵	39,3%	45,1%	39,4%	28,8%	34,0%	31,5%	31,7%	32,9%	23,1%	28,2%
Nascuts i IVE amb defectes congènits majors o múltiples ⁶	2,1%	2,5%	2,1%	2,1%	2,1%	1,8%	2,2%	2,2%	1,8%	1,9%

Font: Registre de naixements i Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Notes: Pel que fa als denominadors, s'ha utilitzat el padró municipal d'habitants del 1996 per als anys 1998 i 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per als anys 2001 i 2002, una estimació del cens de l'any 2001 per a l'any 2003, i les lectures del padró continu dels anys 2004, 2005, 2006 i 2007 per a aquests anys. ¹ Les dades a partir de 2003 provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), i no de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com en els anys anteriors. ⁵ Dades de la mostra de controls del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB). ⁶ Dades del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB).

La nostra salut

90

Taula 2. Evolució de la incidència de sida, tuberculosi i ús de drogues segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1999-2008.

Homes	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tuberculosi										
TBC no UDI ¹	43,59	46,30	46,66	39,24	35,22	31,88	35,42	33,91	35,85	32,50
TBC UDI (15-49 anys)	11,98	10,35	10,62	9,46	7,50	3,76	5,28	3,57	5,12	2,74
TBC total	50,03	51,74	52,25	44,48	39,07	34,02	38,57	36,12	38,78	33,98
Sida										
Sida heterossexuals (15 anys o més)	4,40	3,83	3,47	2,05	3,38	2,31	1,13	3,48	2,72	0,00
Sida homosexuals (15 anys o més)	7,00	5,82	6,54	5,36	5,53	5,83	3,81	6,27	5,60	2,30
Sida UDI (15-49 anys)	15,33	14,20	14,65	11,30	10,55	7,08	6,48	4,50	4,95	5,32
Sida total	19,87	17,65	16,63	12,78	14,93	11,98	9,67	10,88	12,10	8,38
Usuaris de drogues il·legals (15-49 anys)										
Heroïna	102,32	151,27	101,80	97,74	67,27	89,50	56,00	79,53	47,31	59,60
Cocaïna	112,14	196,98	168,04	136,84	135,74	226,74	223,73	197,64	189,44	178,89
UDI total	293,35	472,64	380,87	331,71	354,22	434,68	412,04	364,51	337,77	342,00
Dones										
Tuberculosi										
TBC no UDI	21,60	23,67	18,37	19,58	22,52	16,32	19,81	18,15	22,19	16,52
TBC UDI (15-49 anys)	3,09	4,28	3,75	1,99	2,26	1,61	0,50	0,44	0,91	1,32
TBC total	23,04	25,66	20,12	20,50	23,57	17,09	20,13	18,36	22,60	17,27
Sida										
Sida heterossexuals (15 anys o més)	2,54	1,62	2,00	1,66	1,44	2,72	0,94	1,37	1,26	1,67
Sida UDI (15-49 anys)	5,09	5,84	5,30	3,49	2,80	3,85	0,89	0,95	0,91	0,00
Sida total	5,12	4,54	4,25	3,23	2,98	4,80	1,71	2,80	1,67	3,00
Usuàries de drogues il·legals (15-49 anys)										
Heroïna	28,27	41,22	29,14	19,22	15,73	20,30	19,81	17,70	13,08	12,16
Cocaïna	32,36	66,22	53,94	42,72	42,40	64,13	64,16	74,01	52,48	56,13
UDI total	81,15	145,38	126,48	99,88	97,60	129,80	126,71	123,78	101,73	95,07

Font: Registres de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: La població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró municipal d'habitants de 1996. ¹UDI: Usuari de drogues per via intravenosa. ND: no disponible.

Taula 3. Evolució de les lesions greus i mortals per accident de treball segons el tipus de lesió i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2000-2008.

Lesions greus per accident de treball	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Homes									
<i>In itinere</i>	31,0	25,2	26,6	25,7	26,3	29,8	30,7	35,4	30,5
En jornada laboral									
No traumàtiques	4,8	7,2	6,4	2,2	4,3	1,6	3,8	3,9	5,8
De trànsit	15,2	12,7	12,3	0,5 ¹	0,0	5,9	7,9	8,4	7,9
Resta traumàtics	49,0	54,9	54,6	71,6 ²	69,4 ²	62,7	57,6	52,2	55,8
Total	394	417	357	405	415	373	368	356	328
Dones									
<i>In itinere</i>	50,9	49,5	42,5	50,7	50,4	50,5	47,2	37,0	52,8
En jornada laboral									
No traumàtiques	3,7	0,0	3,8	1,3	4,0	0,0	1,1	2,2	1,1
De trànsit	11,1	11,9	11,3	0,0	0,0	3,8	7,9	7,6	4,5
Resta traumàtics	34,3	38,5	42,5	48,0 ²	45,6 ²	45,7	43,8	53,3	41,6
Total	108	109	106	75	133	105	89	92	89
Total	502	526	463	480	548	478	457	448	448
Lesions mortals per accident de treball									
Homes									
<i>In itinere</i>	36,2	30,0	36,2	32,7	30,6	36,8	19,6	25,9	27,6
En jornada laboral									
No traumàtiques	31,9	30,0	21,3	10,2	27,8	7,9	29,4	18,5	24,1
De trànsit	10,6	14,0	25,5	0,0	0,0	23,7	9,8	11,1	13,8
Resta traumàtics	21,3	26,0	17,0	57,1 ²	41,7 ²	31,6	41,2	44,4	34,5
Total	47	50	47	49	40	38	51	27	29
Dones									
<i>In itinere</i>	75,0	80,0	33,3	87,5	50,0	66,7	75,0	0,0	50,0
En jornada laboral									
No traumàtiques	0,0	20,0	66,7	0,0	0,0	33,3	12,5	50,0	0,0
De trànsit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	50,0	0,0
Resta traumàtics	25,0	0,0	0,0	12,5 ²	50,0 ²	0,0	0,0	0,0	50,0
Total	4	5	6	8	7	6	8	2	2
Total	51	55	53	57	47	44	59	29	31

Font: Registre d'accidents de treball. Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.

Notes: ¹ El 2003 es va produir un canvi en el sistema d'informació de les lesions per accident de treball que no permet identificar els accidents de trànsit d'aquest any ni de l'any 2004. Atès que durant el 2003 van coexistir ambdós models, les lesions per accidents de trànsit que es mostren a la taula són les que es van notificar amb l'antic sistema. A partir de 2005 es torna a disposar d'aquesta informació, tot i que la variable analitzada no és la mateixa. ² La categoria «resta de traumàtics» inclou els accidents de trànsit notificats el 2003 amb el nou sistema d'informació i tots els del 2004.

La nostra salut

92

Taula 4. Evolució de les malalties professionals segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 1999-2006.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Homes								
Malalties de la pell	13,5	12,4	11,6	9,2	8,4	9,8	11,0	8,4
Malalties infeccioses i parasitàries	2,3	1,7	1,9	1,3	0,2	1,3	0,2	1,3
Malalties per fatiga de beines tendinoses	69,9	68,7	74,7	76,8	75,9	75,6	74,5	80,8
Malalties per paràlisi dels nervis ocasionada per pressió	7,9	11,9	6,6	6,6	9,1	8,2	8,2	5,8
Altres	6,5	5,2	5,2	6,1	6,4	5,1	6,1	3,6
Total	379	412	500	570	482	481	448	321
Dones								
Malalties de la pell	7,6	7,1	6,1	6,4	9,1	7,7	8,0	7,4
Malalties infeccioses i parasitàries	5,7	4,2	7,4	5,9	1,9	1,6	1,2	2,8
Malalties per fatiga de beines tendinoses	65,9	73,3	70,3	72,1	71,0	70,5	71,9	70,9
Malalties per paràlisi dels nervis ocasionada per pressió	15,0	13,6	11,9	11,8	13,5	17,3	13,2	17,9
Altres	5,7	1,8	4,2	3,7	4,4	2,9	5,7	1,1
Total	337	395	490	480	387	401	438	296
Total	716	807	990	1.050	869	882	886	617

Font: Registre de malalties professionals. Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.

Taula 5. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2002-2008.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Homes							
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	29,2	23,9	12,4	15,7	22,2	20,5	25,7
Malalties del sistema respiratori	12,5	7,5	2,2	3,7	4,9	2,0	3,4
Trastorns mentals i del comportament	37,5	50,7	71,9	66,7	63,9	66,9	58,7
Malalties del sistema nerviós	8,3	6,0	2,2	0,9	0,7	2,0	3,4
Traumatismes i enverinaments	4,2	4,5	4,5	10,2	3,5	2,6	2,4
Altres	8,3	7,5	6,7	2,8	4,9	6,0	6,3
Total	25	69	89	108	144	151	206
Dones							
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	26,0	21,5	7,9	18,2	16,3	20,9	18,8
Malalties del sistema respiratori	6,0	6,5	5,0	2,8	1,9	3,0	2,2
Trastorns mentals i del comportament	50,0	61,3	78,2	72,4	70,5	63,1	66,8
Malalties del sistema nerviós	8,0	1,1	2,0	1,9	3,5	3,4	2,2
Traumatismes i enverinaments	4,0	5,4	2,0	1,4	1,9	2,7	3,1
Altres	6,0	4,3	5,0	3,3	5,8	6,8	6,9
Total	51	93	103	214	258	266	319
Total	76	162	192	322	402	417	525

Font: Registre de trastorns de salut relacionats amb el treball. Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 6. Evolució de les taxes de mortalitat, de mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona, 1998-2007¹.

Homes	1998	1999	2000 ²	2001	2002	2003 ³	2004	2005	2006	2007
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.153,9	1.217,9	1.150,2	1.137,2	1.107,4	1.116,4	1.024,3	1.087,9	989,5	1.020,4
Taxa estandarditzada ⁴ x 100.000 hab.	1.430,3	1.475,2	1.369,2	1.347,2	1.316,9	1.330,8	1.219,7	1.300,8	1.165,7	1.185,9
Taxa APVP ⁵ estandarditzada ⁴	5.888,4	6.126,9	5.837,5	5.581,2	5.302,9	5.109,7	4.667,2	4.899,6	4.428,1	4.385,3
Esperança vida en néixer	75,6	75,3	76,1	76,4	76,7	76,9	77,7	77,1	78,3	78,3
Dones										
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.031,2	1.076,0	1.043,1	1.040,7	1.029,7	1.057,2	942,2	1.014,5	932,8	964,6
Taxa estandarditzada ⁴ x 100.000 hab.	782,7	787,3	743,4	740,0	724,4	728,2	651,2	692,1	617,1	626,8
Taxa APVP ⁵ estandarditzada ⁴	2.563,8	2.395,2	2.318,7	2.557,1	2.535,6	2.191,1	1.915,1	2.033,2	1.882,9	1.888,4
Esperança vida en néixer	82,8	83,1	83,6	83,4	83,7	83,8	84,8	84,4	85,4	85,2

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors han estat realitzades mitjançant l'aplicació SISALUT i poden presentar variacions respecte informes anteriors. ² Fins l'any 1999 les causes de mort eren codificades amb la classificació internacional de malalties, 9a revisió, a partir de l'any 2000 ha estat utilitzada la 10a revisió.

³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: Anys Potencials de Vida Perduts.

Taula 7. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Barcelona, 1998-2007².

Homes	1998	1999	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007
Accidents de trànsit	14,8	18,3	13,0	15,0	14,3	14,6	7,5	11,1	7,1	8,6
Sobredosis	20,8	16,5	14,0	14,2	11,3	14,0	10,2	12,4	10,3	7,4
Suïcidi	10,2	8,7	9,3	10,0	10,1	8,1	11,5	10,3	6,5	7,4
Sida	16,5	14,0	16,6	13,7	14,0	8,6	6,9	7,5	5,8	4,7
Totes les causes	139,8	146,8	131,6	121,9	115,5	114,4	89,8	96,6	80,7	78,5
Dones										
Càncer de mama	7,5	5,6	4,7	4,4	6,1	2,6	4,0	4,4	3,0	4,7
Suïcidi	4,3	2,8	3,0	5,0	3,1	4,5	3,3	4,0	3,6	3,6
Accidents de trànsit	2,8	4,1	3,5	5,5	3,4	4,2	1,6	1,8	0,7	2,8
Sobredosis	6,0	3,9	4,3	3,0	2,1	3,3	2,1	3,4	3,0	2,2
Sida	4,2	3,8	3,5	6,7	4,8	4,2	1,8	2,8	2,0	2,0
Totes les causes	62,4	54,7	51,1	64,1	59,2	49,4	37,5	44,7	39,3	40,6

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors han estat realitzades mitjançant l'aplicació SISALUT i poden presentar variacions respecte informes anteriors. ³ Fins l'any 1999 les causes de mort eren codificades amb la classificació internacional de malalties, 9a revisió, a partir de l'any 2000 ha estat utilitzada la 10a revisió. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

La nostra salut

94

Taula 8. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Barcelona, 1998-2007².

Homes	1998	1999	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007
Càncer de pulmó	196,3	216,1	187,1	199,2	180,4	187,2	174,6	193,9	190,4	186,5
Malaltia isquèmica del cor	185,5	190,1	164,3	156,9	144,4	141,4	131,9	132,4	119,1	109,8
Malaltia cerebrovascular	70,5	73,6	82,7	74,6	63,3	57,3	48,3	56,9	58,2	43,7
Cirrosi	55,8	56,5	58,8	45,9	53,7	38,8	51,3	40,6	44,1	39,1
Totes les causes	1.378,1	1.437,5	1.370,5	1.365,9	1.290,6	1.240,8	1.210,5	1.264,4	1.172,9	1.139,2
Dones										
Càncer de mama	58,6	60,4	58,2	58,9	57,0	44,7	52,1	46,9	45,9	45,6
Càncer de pulmó	22,0	17,1	19,4	22,5	28,4	22,7	27,3	30,9	26,2	28,2
Malaltia isquèmica del cor	44,0	38,2	34,4	38,5	31,0	33,3	20,6	27,4	23,3	23,9
Malaltia cerebrovascular	36,4	35,9	34,8	39,3	32,8	30,8	23,1	22,5	18,1	19,3
Cirrosi	28,0	28,0	24,9	22,4	19,1	16,5	14,7	20,8	16,6	13,5
Totes les causes	557,7	557,4	547,0	564,0	540,4	504,0	467,4	495,3	433,8	442,2

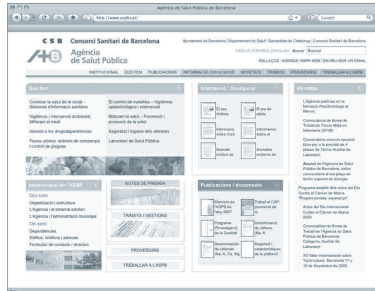
Taula 9. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Barcelona, 1998-2007².

Homes	1998	1999	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007
Malaltia isquèmica del cor	1.284,4	1.183,5	1.009,1	1.082,8	1.117,4	1.076,9	872,8	853,7	779,0	847,3
Malaltia cerebrovascular	978,8	1.002,8	898,2	823,8	805,2	759,1	739,2	743,3	653,8	635,3
Càncer de pulmó	477,4	495,9	504,2	472,2	482,6	456,5	456,6	445,1	462,4	498,4
Trastorns mentals	436,7	359,8	409,2	520,3	461,5	510,2	392,0	395,1	403,4	413,7
Totes les causes	9.776,1	10.016,6	9.170,7	8.995,7	8.988,4	9.378,9	8.339,0	9.014,2	7.935,5	8.319,2
Dones										
Malaltia cerebrovascular	821,9	840,8	711,1	718,4	661,6	630,3	569,8	582,0	471,5	524,3
Trastorns mentals	419,1	407,7	455,7	463,2	499,8	522,7	415,2	413,8	398,2	385,6
Malaltia isquèmica del cor	742,0	661,7	603,9	569,9	555,8	540,0	472,7	473,7	381,6	337,4
Càncer de mama	119,2	133,2	133,9	116,5	127,5	121,7	107,0	112,9	104,6	123,1
Totes les causes	6.232,1	6.344,5	5.915,7	5.737,0	5.686,6	5.919,8	5.241,1	5.580,8	5.005,1	5.082,0

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors han estat realitzades mitjançant l'aplicació SISALUT i poden presentar variacions respecte informes anteriors. ³ Fins l'any 1999 les causes de mort eren codificades amb la classificació internacional de malalties, 9a revisió, a partir de l'any 2000 ha estat utilitzada la 10a revisió. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

La salut a Barcelona 2008



Si voleu obtenir còpies d'aquest informe o fer-nos arribar comentaris i suggeriments us podeu adreçar a:

Patricia Altimira
Agència de Salut Pública de Barcelona
Pl. Lesseps 1
08023 Barcelona
Tel.: 93-2384545
Fax: 93-2173197
e-mail: paltimir@aspb.cat

També us podeu descarregar aquest informe de la pàgina web de l'ASPB: www.aspb.cat



Si voleu citar dades d'aquest informe, us demanem ho feu de la següent manera:
Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2008.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2009.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**

