

La salut a Barcelona 2011



La salut a Barcelona 2011

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i delegada de Salut de l'Ajuntament de Barcelona
Cristina Iniesta i Blasco

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

Adjunt a 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:
Estudi muto
Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Fredi Roig
Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Impressió:
Editorial MIC

Dipòsit Legal: B.11835-2013

Gener 2013

Paper offset ecològic certificat pel  PEFC

La salut a Barcelona 2011

Coordinació general de l'informe

Xavier Bartoll (ASPB).

Redacció

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes
Carme Borrell (ASPB).

Els determinants socioeconòmics

Lucía Artazcoz (ASPB), Carme Beni (CSB), Carme Borrell (ASPB), Núria Calzada (ASPB), Cristòfol Collado (DRC), Imma Cortès (ASPB), Ester Cros (CSB), Ferran Daban (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Anna García (CSB), Mireia Garcia (ASPB), Josep Gómez (DRC), Àlex Guarga (CSB), Manel Nebot (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Montse Puigdollers (CSB), Rosa Puigpinós (ASPB), Carles Salanova (DRC), Gemma Serral (ASPB), Elvira Torné (CSB), Imma Vallverdú (CSB), Corinne Zara (CSB).

Els determinants de l'entorn físic

Júlia Duran (ASPB), Alejo García (ASPB), Anna Gómez (ASPB), José Gracia (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), Marc Rico (ASPB), Pau Rodríguez (ASPB).

Els comportaments relacionats amb la salut

Carles Ariza (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Maria José López (ASPB), Marta Olabarria (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Maria Salvador (ASPB).

La salut

Carles Ariza (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Carme Beni (CSB), Carme Borrell (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Ester Cros (CSB), Albert Espelt (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Alfonso Pozuelo (CSB), Elena Puigdevall (CSB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB), Maria Salvador (ASPB), Elena Santamariña (ASPB), Elvira Torné (CSB), Imma Vallverdú (CSB).

Monogràfic

Sara Lafuente (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB).

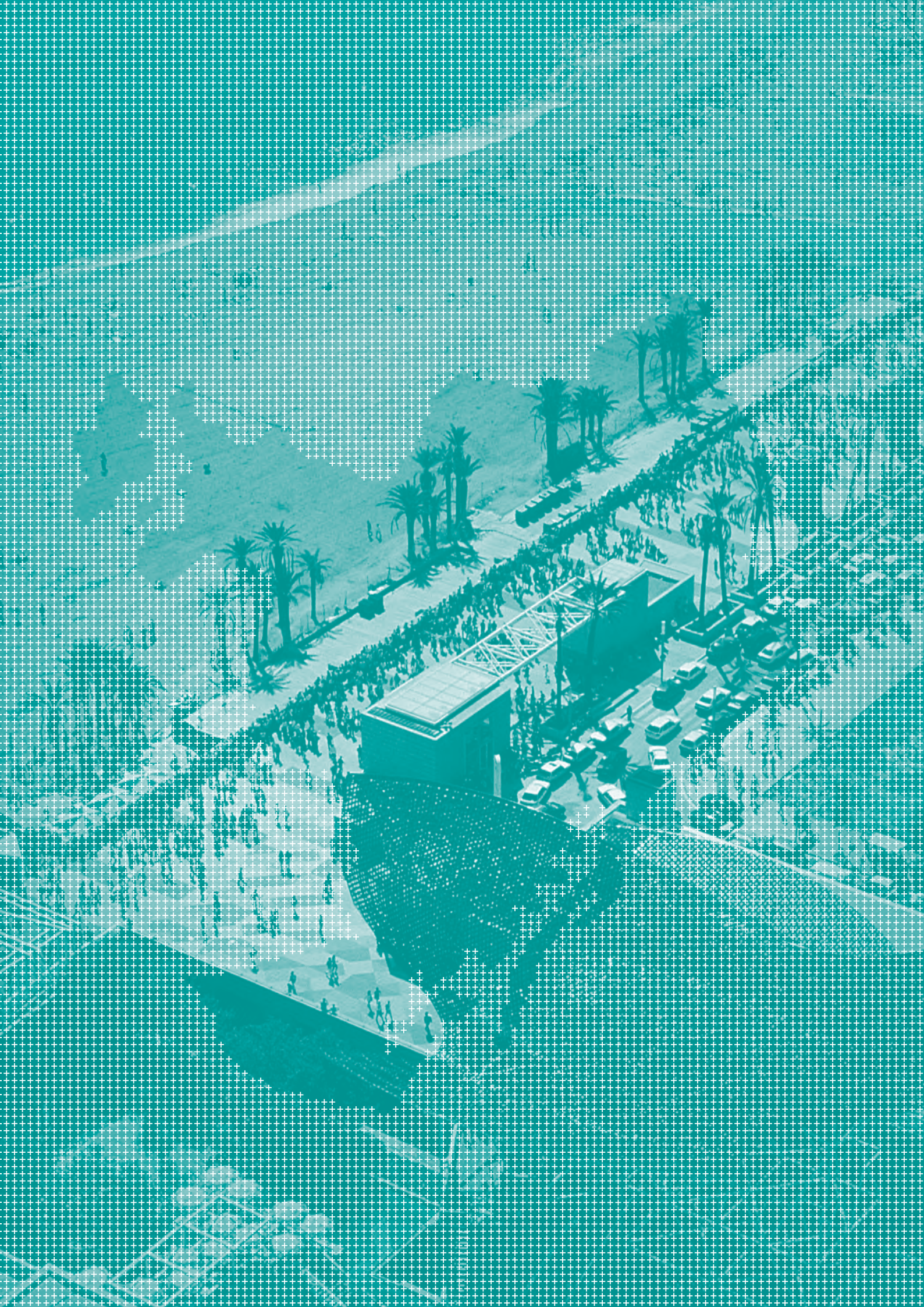
ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona.

CSB: Consorci Sanitari de Barcelona.

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

Índex: La salut a Barcelona 2011

Presentació	7
Resum executiu	8
Resumen ejecutivo	12
Executive Summary	16
Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes	20
Els determinants socioeconòmics	23
Les condicions sociodemogràfiques	24
L'entorn econòmic i les condicions de vida	25
La participació de la comunitat.....	28
Les accions en salut pública.....	29
Els serveis sanitaris	31
Les pràctiques preventives.....	36
Els determinants de l'entorn físic	39
Les condicions d'habitatge i barri	40
La seguretat i la higiene dels aliments.....	41
La qualitat de l'aire	42
La qualitat de l'aigua.....	44
Els comportaments relacionats amb la salut	47
L'activitat física i la mobilitat.....	48
L'alimentació saludable	51
El consum de tabac i drogues.....	54
La salut	57
L'esperança de vida i la mortalitat.....	58
Algunes malalties cròniques	60
Cardiopatia isquèmica i malaltia cerebrovascular (ictus).....	62
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	64
Diabetis mellitus	65
Càncer	67
Malalties de l'aparell locomotor	69
L'estat de salut, el benestar i la limitació funcional.....	70
L'obesitat i l'excés de pes	72
La salut mental	74
La salut laboral.....	76
Les lesions per col·lisions de trànsit i altres.....	78
Les malalties transmissibles	79
La salut reproductiva.....	84
Monogràfics	87
El botulisme	88



Presentació

Per a l'informe de salut d'enguany, d'una banda, s'han actualitzat els continguts perquè reflecteixin un marc conceptual més orientat a la governança municipal i, de l'altra, s'han incorporat les línies marcades pel nou Pla de salut de Catalunya i pel Programa d'actuació municipal. En concret, el nou marc conceptual diferencia entre els determinants de l'entorn físic i els del context socioeconòmic. Els primers determinants inclouen tant les condicions de l'habitatge i dels equipaments del barri com les de mobilitat, la qualitat de l'aire, l'aigua, la seguretat alimentària o la gestió de les emergències. Entre els determinants de context socioeconòmic figuren la situació de l'ocupació i les condicions de treball, els factors que afecten l'èxit educatiu, així com el nivell de protecció social; elements, tots, que emanen de la legislació estatal però que poden ser modulats pels governs més propers al territori i, en especial, impulsar la transversalitat de la salut en totes les polítiques i les aliances entre nivells administratius. Finalment, la combinació d'aquests determinants s'articula a través dels eixos de desigualtat, com ara l'edat, el gènere o la posició socioeconòmica, en els diferents emplaçaments en què transcorre l'activitat habitual de les persones (barri, escola i lloc de treball), i que dona lloc a diferents estats de salut de la població.

Pel que fa als determinants socioeconòmics, es constata l'envelliment de la població, l'augment de la desocupació, encara que poc menys que els anys anteriors, i un increment de l'atur de llarga durada i de la contractació temporal. Quant als problemes relacionats amb l'habitatge, la manca d'espai i el nivell de soroll es declaren com els dos problemes principals. Respecte a la contaminació de l'aire, per segon any no s'han superat els valors límit de la mitjana anual per a les partícules PM_{10} , mentre que s'han superat els nivells de NO_2 en algunes estacions de mesurament. En relació amb les concentracions de trihalometans a l'aigua de la xarxa de distribució i a les aixetes dels ciutadans de Barcelona, els valors continuen per sota del límit legislatiu. Respecte de les dades sobre els recursos sanitaris i la seva utilització, cal destacar l'augment dels recursos destinats a la salut mental, fet especialment rellevant en el context de crisi econòmica actual. En l'apartat de comportaments relacionats amb la salut, destaca la disminució en el consum de tabac, tant actiu com passiu.

Del conjunt de resultats de salut, en voldria assenyalar uns quants trets. Cal destacar un descens en la reducció de la incidència de la tuberculosi, tot i que cal mantenir els esforços en els grups de població més exposats. Quant als trastorns crònics, es fa palesa la importància del control dels factors de risc i el desenvolupament de programes específics per a la detecció, la coordinació de recursos i, en definitiva, la reducció de la mortalitat. Respecte de les infeccions per VIH, s'han incrementat en el grup que practica relacions sexuals de risc, i es constata la importància d'una difusió més àmplia en la detecció precoç del VIH. En el mateix sentit, convé insistir en la recomanació de les pràctiques de sexe segur a fi d'evitar l'augment de les infeccions de transmissió sexual. L'esperança de vida dels ciutadans i les ciutadanes de Barcelona és alta; experimenta un lleuger increment en les dones i es manté en els homes, tot i que encara hi ha desigualtats per districtes i barris de la ciutat. D'altra banda, s'observa una disminució de les interrupcions involuntàries de l'embaràs, especialment, en el grup de les dones més joves, així com de la fecunditat.

Cristina Iniesta i Blasco
*Delegada de salut de
l'Ajuntament de Barcelona i
Presidenta de l'Agència de
Salut Pública de Barcelona*

Voldria concloure aquesta presentació amb un agraïment a totes les persones que han fet possible l'elaboració d'aquest nou informe.



Resum executiu

8

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

Segons dades del padró municipal d'habitants, l'any 2011 ha continuat la tendència creixent del nombre de persones de 75 anys i més, així com del nombre de persones d'aquesta edat que viuen soles (10.630 homes i 47.685 dones). La reducció del nombre de persones nascudes a l'estranger observada l'any 2010, que havia trencat amb la tendència creixent d'aquest col·lectiu des que va començar l'onada migratòria al principi de segle, no s'ha mantingut l'any 2011. Així, s'ha detectat un lleuger increment del 2,1% en el nombre de nous nadius, que ha estat especialment notable en persones procedents de l'Àsia i d'Oceania (17,9%).

L'entorn econòmic i les condicions de vida

Les variacions en el nombre de persones desocupades suggereix un patró diferent segons el gènere: una lleugera disminució en termes absoluts en homes i un increment en les dones. Segons la distribució territorial, Sant Andreu i Nou Barris són els districtes on més ha crescut l'atur registrat, i Sarrià-Sant Gervasi i les Corts, on menys ha crescut. Tot i que la taxa d'ocupació ha augmentat lleugerament respecte del 2010, el 89,2% dels nous contractes ha estat temporal, i la majoria (46,2%), de menys d'un mes de durada. La crisi continua incidint en indicadors del mercat de treball que poden afectar negativament la salut. Així, durant el 2011 s'ha observat un increment de les persones en atur de llarga durada i una disminució de la proporció de persones aturades perceptores de prestacions o subsidis. Quant a les condicions de vida, els resultats de la primera Enquesta de victimització revelen que quasi una de cada tres dones residents a la ciutat (29,9%) entre 18 i 70 anys ha patit, com a mínim, una agressió masclista d'especial gravetat al llarg de la seva vida.

La participació de la comunitat

Des del 2009 estan constituïts i en funcionament els consells de salut als deu districtes de la ciutat com a espais informatius, consultius i de debat. Una línia futura de treball seria ampliar-ne l'objectiu cap a la potenciació dels entorns saludables de la vida quotidiana.

L'estratègia «Salut als barris» a Barcelona es basa en un treball participatiu entre serveis, entitats i veïnatge per tal que, a partir d'una anàlisi compartida d'oportunitats i de necessitats en salut del barri, es potenciïn i es posin en marxa projectes que afavoreixin la salut i redueixin les desigualtats.

Les accions en salut pública

El darrer quadrimestre d'enguany, l'ASPB ha assumit les funcions de centre distribuïdor regional de vacunes i n'ha iniciat la distribució a tots els centres vacunals de la ciutat. Una curosa planificació ha permès augmentar un 15% les vacunes distribuïdes respecte del 2010 i ha fet que la prova pilot obtingués uns resultats molt satisfactoris.

L'adaptació del material informatiu del Programa de detecció precoç del càncer de mama a les demandes de la societat i a les noves tecnologies, concretament, la posada en marxa d'un nou web, ha permès una millora en la comunicació i l'efectivitat del programa.

Una altra acció ha estat la generació i presentació dels indicadors de salut i els seus determinants a través d'una nova eina informàtica (el SISalut) que permet més control sobre les dades que es mostren. A més, les dades es visualitzen d'una manera en què és més fàcil interpretar-les, i els resultats es presenten per a cadascuna de les àrees bàsiques de salut (ABS) de la ciutat de Barcelona. Aquesta eina també permet comparar cada indicador amb els valors de districte i de l'àrea integral de salut (AIS) als quals pertany l'ABS, així com amb el del conjunt de Barcelona ciutat.

També cal destacar que, gràcies als programes de recollida de xeringues a la via pública, la mitjana anual de xeringues recollides ha minvat d'any en any i ha passat de 13.132 xeringues l'any 2004 a 3.547 xeringues l'any 2011, que correspon a una disminució del 73%.

Els serveis sanitaris

Atenció primària

Durant l'any 2011, els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona han donat cobertura al 67,1% del total de la població assignada, amb una mitjana de 3,5 visites al metge de família per persona l'any i 3,7 visites al pediatre. Han participat en el programa «Salut i escola» els professionals d'infermeria de 68 ABS, que han donat cobertura al 67% dels centres d'ESO.

Urgències i atenció especialitzada

El desenvolupament del Pla d'ordenació de les urgències 2008-2012 a la ciutat de Barcelona ha impulsat una sèrie d'intervencions orientades a racionalitzar i adequar la utilització dels serveis d'urgències, millorar el temps de resposta i afavorir la continuïtat assistencial. Destaquen com a patologies més freqüents d'hospitalització les malalties circulatòries, les del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, seguides de les neoplàsies i les de l'aparell digestiu.

Atenció socio sanitària

La xarxa d'atenció socio sanitària ha desenvolupat un model d'atenció integral i interdisciplinari orientat als pacients crònics complexos, amb què ha adquirit una gran expertesa.

Farmàcia

Els percentatges més elevats en indicadors d'utilització de recepta electrònica es presenten en les franges de majors de 65 anys. En la franja d'edat compresa de 0 a 14 anys, els percentatges baixen considerablement en les AIS Esquerra i Litoral Mar. L'AIS Nord és l'àrea integral de salut que obté unes dosis per habitant i dia (DHD) més altes en la franja de 15 a 64 anys en tots els subgrups farmacològics, excepte en el subgrup dels medicaments per a l'osteoporosi. D'altra banda, l'AIS Dreta és l'àrea que obté unes DHD més altes en la franja de més de 65 anys en tots els subgrups farmacològics, excepte en el subgrup dels medicaments per al colesterol.

Les pràctiques preventives

A Barcelona no s'aprecien diferències importants quant a les pràctiques preventives encaminades a evitar l'aparició de la malaltia (control de la pressió arterial, del colesterol i administració de la vacuna de la grip), si bé sembla que la tendència és que les persones de nivell socioeconòmic més baix exerceixen més aquest tipus de pràctiques preventives que les dones de nivell més alt. Per contra, són les dones de nivell social més alt les que es fan més mamografies de cribratge i citologies periòdiques.

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La ciutat de Barcelona es caracteritza per tenir un parc d'habitatges relativament antic (un 38,3% estan construïts abans de l'any 1960 i un 19,7% no té ascensor) i amb moltes diferències segons el districte. Ciutat Vella és el districte que presenta pitjors condicions d'habitatge. També cal destacar les importants diferències socioeconòmiques existents a la ciutat, tant pel que fa a la renda familiar disponible per càpita (de fins a 6 vegades més elevada en uns barris

que en d'altres) com el preu de venda i lloguer d'habitatges. El 24,2% dels residents a Barcelona ha declarat haver estat víctima d'un fet delictiu el darrer any.

La seguretat i la higiene dels aliments

Les inspeccions sanitàries en l'àmbit alimentari representen el volum més important d'actes de control oficial. Durant l'any 2011, s'han dut a terme 7.357 inspeccions a establiments, a partir de les quals s'han detectat 535 no-conformitats (el 2,8% del total d'ítems controlats) que han requerit diferents mesures: 126 seguiments urgents, 71 advertiments o requeriments, 49 multes coercitives, 57 expedients sancionadors, 13 suspensions d'activitat, 133 retirades de productes del mercat i 2 tancaments cautelars d'establiments, entre d'altres.

La qualitat de l'aire

L'any 2011 cal destacar una millora en els nivells anuals d'NO₂ en el fons urbà de la ciutat i es compleix el valor límit anual a les estacions del parc de la Ciutadella i de la Vall d'Hebron. Tot i el lleuger repunt dels nivells de PM₁₀ per segon any consecutiu, es compleix el valor límit de la mitjana anual (40 µg/m³) a totes les estacions de la ciutat. Pel que fa a la resta de contaminants (CO, SO₂, O₃, Pb, Cd, Ni, As, benzo[a]pirè, benzè i PM_{2,5}), es compleixen els valors límit o objectiu respectius establerts pel Reial decret 102/2011 relatiu a la millora de la qualitat de l'aire.

La qualitat de l'aigua

L'existència de canonades de plom a les xarxes internes dels edificis de Barcelona és un problema que cal prendre en consideració. El 3,1% de les mostres recollides en aixetes superen el límit màxim vigent establert pel que fa al plom. A més, en el 8,6% dels casos la concentració supera els 10 µg/l, límit que serà vigent a partir de l'1 de gener del 2014. Tot i que el mostreig ha estat especialment dirigit als edificis construïts abans del 1980 i, per tant, no és extrapolable al conjunt de la ciutat, els resultats suggereixen el possible abast d'aquest problema a la ciutat de Barcelona.

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

El 38,6% de la població major de 15 anys duu a terme una activitat habitual o principal sedentària. Pel que fa a l'activitat física en temps de lleure, el 25,3% dels homes i el 15,7% de les dones realitzen una activitat intensa. Però el 84,1% de la població adulta camina almenys 10 minuts el dia. El mitjà de transport més freqüentment utilitzat ha estat el desplaçament a peu, seguit del transport públic i el cotxe. Els vehicles de dues rodes (motocicletes, ciclomotors i bicicletes) són els mitjans utilitzats amb menys freqüència. Les dones s'han desplaçat a peu i amb transport públic en una proporció més elevada que els homes, i els homes ho han fet amb cotxe, motocicleta o ciclomotor i bicicleta en una mesura més gran que les dones.

Resum executiu

10

L'alimentació saludable

El 9,7% dels adults consumeix cinc o més racions de fruita i verdura al dia amb diferència per sexes (6,8% en homes i el 12,3% en dones). En els infants, només el 3,4% segueix aquesta recomanació, alhora que tendeixen a consumir de manera usual menjar no saludable que incrementa el sobrepès. Els factors identificats de risc de sobrepès són el fet que els infants mengin sols, que sopin davant el televisor i no dinin a l'escola.

El consum de tabac i drogues

Tant la prevalença de tabaquisme actiu com la de l'exposició al fum ambiental de tabac han disminuït entre el 2006 i el 2011 en ambdós sexes. Han iniciat tractament per abús o dependència a alguna substància psicoactiva 4.775 persones, fet que equival, aproximadament, a 5 de cada 1.000 persones residents a Barcelona de 15 a 54 anys.

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

A Barcelona la tendència positiva de la mortalitat prematura ha estat frenada els darrers anys. Tanmateix, l'evolució ha estat diferent als diversos districtes de la ciutat. A Ciutat Vella s'han reduït les desigualtats en la mortalitat prematura respecte de la resta de la ciutat; per contra, destaca l'evolució negativa observada a Nou Barris, que ha tingut un excés de mortalitat prematura els darrers anys i un repunt el 2010. Així, malgrat la disminució notable de Ciutat Vella, Nou Barris ha sofert un augment que coincideix amb l'evolució del nivell de privació de la població i, al capdavant, l'any 2010, presenta un excés de mortalitat prematura als dos districtes. En aquest sentit, calen esforços per millorar la prevenció i la promoció de la salut, així com les condicions de vida i de treball per tal de reduir les desigualtats en la mortalitat prematura a Barcelona.

Algunes malalties cròniques

Les malalties de l'aparell circulatori són les principals causants de mortalitat i morbiditat a

Catalunya. Gràcies al seguiment i control dels factors de risc, juntament amb els nous tractaments per afrontar els episodis aguts, s'ha aconseguit una letalitat més baixa en els darrers vint anys.

La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) deteriora molt la qualitat de vida de les persones i s'estima que afecta el 9% de la població entre 40 i 70 anys. És una patologia crònica que genera molts ingressos per descompensació, en especial, en població gran i pluripatològica. El consum de tabac és la principal causa de la MPOC. En aquest sentit, i en el marc de la prevenció, els equips d'atenció primària (EAP) de la ciutat de Barcelona tenen en marxa programes de deshabitació del tabac, amb un percentatge d'exfumadors del 18,3% l'any 2011.

La diabetis mellitus és una malaltia crònica del metabolisme que constitueix un problema sanitari important. A curt termini pot ocasionar descompensacions hiperglucèmiques i a llarg termini afavoreix la presència de complicacions. Hi ha evidència sobre l'eficàcia de la prevenció, del bon control de la diabetis i dels factors de risc per millorar el pronòstic de la malaltia. El 64,5% dels pacients amb diabetis dels EAP de Barcelona mostren un bon control metabòlic de la seva malaltia, per sobre dels estàndards marcats pel Pla de salut (60%).

La patologia neoplàsica és la tercera causa global d'hospitalització als centres de la XHUP de Barcelona. Cal destacar, entre les actuacions en relació amb aquesta patologia, el Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte, que es porta a terme a diferents ABS de Barcelona Esquerra i Litoral Mar. Aquest programa s'inicia el 2009 i s'amplia progressivament durant els últims dos anys, alhora que s'uneix amb programes de detecció precoç de càncer de mama i de coll d'úter, implantats a la ciutat des de fa pràcticament dues dècades.

Les malalties de l'aparell locomotor no només són les malalties cròniques més freqüentment referides per la població adulta, sinó també les que produeixen un impacte més fort sobre la qualitat de vida física i psíquica i sobre la capacitat funcional. Els factors de risc associats a les patologies de l'aparell locomotor (mal d'esquena, osteoporosi) estan relacionats amb l'estil de vida sedentari i la poca activitat física. Des dels serveis sanitaris d'atenció primària es duen a terme activitats preventives, com ara el cribratge de sobrepès i obesitat dels infants (90,5% de cribratge en nens/nenes de 6 a 14 anys, l'any 2011), intervencions comunitàries per potenciar una alimentació saludable, així la promoció de l'exercici físic.

L'estat de salut, el benestar i la limitació funcional

D'acord amb les dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, el 84,6% dels homes i el 78,2% de les dones declaren tenir un estat de salut excel·lent, molt bo o bo. Tanmateix, la distribució de mala salut autopercebuda segueix una forma de gradient segons les classes

socials, tant en homes com en dones, i en totes les classes la mala salut de les dones és superior a la dels homes. Quant a la restricció crònica d'activitat, l'11,1% dels homes i el 15,4% de les dones tenen la seva activitat habitual o de lleure restringida.

L'obesitat i l'excés de pes

L'excés de pes i l'obesitat van començar a augmentar l'any 2000 i s'estabilitzen els darrers anys al voltant del 29,9% en els homes i del 37,1% en les dones. En els infants de 3 a 14 anys, el sobrepès i l'obesitat representen el 37,4% dels nois i el 33,9% de les noies.

La salut mental

L'any 2011, en la població adulta de 15 anys o més, l'11,1% dels homes i el 16,8% de les dones han presentat risc de patir trastorns mentals. Globalment, la prevalença de risc de patiment psicològic en els homes no ha variat respecte dels anys anteriors, mentre que en les dones s'observa una disminució respecte de l'any 2006. En els homes destaca l'increment en el grup d'edat de 46 a 64 anys, que passa del 10,7% el 2006 al 15,3% el 2011.

Respecte del 2010, s'ha produït una reducció del nombre de trastorns de salut mental relacionats amb la feina a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. La incidència ha passat de 38,6 a 32,3 per cada 100.000 ocupats i de 81,7 a 73,5 per cada 100.000 ocupades. S'han atès 37.092 persones als centres de salut mental d'adults i 7.657 als centres de salut mental infantil i juvenil.

La salut laboral

Seguint la mateixa tendència dels darrers anys i tenint en compte la menor ocupació, enguany s'ha observat una disminució del total de lesions per accidents de treball (LAT) i també de la seva incidència. No obstant això, aquesta incidència pràcticament no ha variat en el cas de les lesions greus i mortals. Les lesions *in itinere* continuen constituint una part significativa de les LAT greus i mortals, sobretot entre les dones. Enguany també ha disminuït el nombre i la incidència de

les malalties relacionades amb la feina notificades als centres d'atenció primària i es mantenen els trastorns de tipus ansiós i depressiu com els més freqüents en ambdós sexes.

Les lesions per col·lisions de trànsit i altres

L'any 2011 s'han produït a la ciutat de Barcelona 7.911 col·lisions de trànsit, que han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 10.239 lesionats (homes en gairebé dues terceres parts dels casos) i 31 morts (homes en el 77,4% dels casos) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. Respecte de l'any anterior, s'ha observat una reducció del 5,2% en el nombre de persones lesionades i del 20,5% en el nombre de morts, especialment en les dones.

Les malalties transmissibles

La tuberculosi

Durant l'any 2011, s'han detectat a la ciutat 404 casos de tuberculosi: 244 homes i 160 dones. La incidència ha disminuït un 6% respecte de l'any anterior, i la forma més contagiosa de la malaltia, en un 10%. La malaltia és més freqüent en barris amb pitjors indicadors socioeconòmics.

La infecció per VIH-sida

Malgrat el descens observat en el nombre de casos de sida, continuem essent un dels països amb les taxes més elevades. Tot i que enguany s'ha detectat un descens en la proporció de casos que inicien el tractament amb retard, cal continuar promocionant i millorant l'accés a la prova del VIH en la població general i en poblacions més vulnerables, com els joves, els immigrants, les dones i els homes que mantenen relacions sexuals amb homes.

Les infeccions de transmissió sexual (ITS)

A Barcelona, les ITS es configuren com a infeccions que afecten desproporcionadament homes amb pràctiques homosexuals. La tendència a l'augment de les ITS fa necessari implementar i perfeccionar les intervencions a fi de millorar la prevenció i el control, com ara el diagnòstic precoç i l'estudi de les parelles sexuals. Els/les metges/ses que diagnostiquen una ITS han d'oferir la prova del VIH amb l'objectiu de disminuir la transmissió i el retard en el diagnòstic d'aquesta malaltia.

La salut reproductiva

Fins l'any 2011, s'observa una disminució de la taxa d'avortaments i d'embarassos en tots els grups d'edat entre 15 i 49 anys. Aquesta evolució està produïda per la davallada de la fecunditat, els avortaments i els embarassos en les dones provinents de països de renda baixa, ja que en les dones nascudes a l'Estat espanyol les taxes mostren una tendència més estable.

Resumen ejecutivo

12

Determinantes socioeconómicos

Las condiciones sociodemográficas

Según datos del padrón municipal de habitantes, en 2011 ha continuado la tendencia creciente del número de personas de 75 y mayores, así como del número de personas de esta edad que viven solas (10.630 hombres y 47.685 mujeres). La reducción del número de personas nacidas en el extranjero observada en el 2010, que había interrumpido la tendencia creciente de este colectivo desde que empezó la oleada migratoria a comienzos del siglo, no se ha mantenido en el 2011. Así, se ha detectado un ligero incremento del 2,1% en el número de recién llegados, aumento especialmente notable en personas procedentes de Asia y Oceanía (17,9%).

El entorno económico y las condiciones de vida

Las variaciones en el número de personas desocupadas sugiere un patrón distinto según el género: una ligera disminución en términos absolutos en los hombres y un incremento en las mujeres. Según la distribución territorial, Sant Andreu y Nou Barris son los distritos donde más ha crecido el paro registrado, y Sarriá-Sant Gervasi y les Corts, donde menos. A pesar de que la tasa de ocupación ha aumentado ligeramente con respecto al 2010, el 89,2% de los nuevos contratos ha sido temporal, y la mayoría de ellos (46,2%), de menos de un mes de duración. La crisis continúa incidiendo en indicadores del mercado de trabajo que pueden afectar negativamente a la salud. Así, durante el 2011 se ha observado un incremento de las personas en paro de larga duración y una disminución de la proporción de personas paradas receptoras de prestaciones o subsidios. En cuanto a las condiciones de vida los resultados de la primera Encuesta de victimización revelan que casi una de cada tres mujeres residentes en la ciudad (29,9%) de entre 18 y 70 años ha sufrido, como mínimo, una agresión machista de especial gravedad a lo largo de su vida.

La participación de la comunidad

Desde el 2009 están constituidos y en funcionamiento los consejos de salud en los diez distritos de la ciudad como espacios informativos,

consultivos y de debate. Una línea futura de trabajo sería ampliar su objetivo hacia la potenciación de los entornos saludables de la vida cotidiana. La estrategia «Salud en los barrios» de Barcelona se basa en un trabajo participativo entre servicios, entidades y vecindario para que, a partir de un análisis compartido de oportunidades y necesidades en materia de salud en el barrio, se potencien y pongan en marcha proyectos que favorezcan la salud y reduzcan las desigualdades.

Las acciones en salud pública

En el último cuatrimestre de este año la ASPB ha asumido las funciones de centro distribuidor regional de vacunas e inicia la distribución a todos los centros vacunales de la ciudad. Una cuidadosa planificación ha permitido aumentar un 15% las vacunas distribuidas con respecto al 2010 y ha facilitado que la prueba piloto obtuviera unos resultados muy satisfactorios.

La adaptación del material informativo del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama a las demandas de la sociedad y a las nuevas tecnologías y, más concretamente, la puesta en marcha de una nueva web, ha permitido una mejora en la comunicación y la efectividad del programa.

Otra acción ha consistido en la generación y presentación de los indicadores de salud y sus determinantes a través de una nueva herramienta informática (el SISalut), que permite ejercer más control sobre los datos mostrados. Además, los datos se visualizan de forma que es más fácil interpretarlos y los resultados se presentan para cada una de las áreas básicas de salud (ABS) de la ciudad de Barcelona. Esta herramienta también permite comparar cada indicador con los valores de distrito y del área integral de salud (AIS) a los cuales pertenece el ABS, así como con el del conjunto de Barcelona ciudad.

También cabe destacar que, gracias a los programas de recogida de jeringuillas en la vía pública, la media anual de jeringuillas recogidas ha descendido año tras año pasando de 13.132 jeringuillas en el 2004 a 3.547 en el 2011, hecho que representa una disminución del 73%.

Los servicios sanitarios

Atención primaria

Durante el año 2011 los servicios de atención primaria de la ciudad de Barcelona han dado cobertura al 67,07% del total de la población asignada, con una media de 3,5 visitas al médico de familia por persona al año y 3,7 visitas al pediatra. Han participado en el programa «Salud y escuela» los profesionales de enfermería de 68 ABS, dando cobertura al 67,0% de los centros de ESO.

Urgencias y atención especializada

El desarrollo del Plan de Ordenación de las Urgencias 2008-2012 en la ciudad de Barcelona ha impulsado una serie de intervenciones orientadas

a racionalizar y adecuar la utilización de los servicios de urgencias, mejorar el tiempo de respuesta y favorecer la continuidad asistencial. Destacan como patologías más frecuentes de hospitalización las enfermedades circulatorias, las del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, seguidas de las neoplasias y las del aparato digestivo.

Atención sociosanitaria

La red de atención sociosanitaria ha desarrollado un modelo de atención integral e interdisciplinario orientado a los pacientes crónicos complejos, con el que ha adquirido una gran experiencia.

Farmacia

Los porcentajes más elevados en indicadores de utilización de receta electrónica se presentan en las franjas de mayores de 65 años. En la franja de edad comprendida entre los 0 y 14 años, los porcentajes descienden considerablemente en las AIS Esquerra y Litoral Mar. La AIS Nord es el área integral de salud que obtiene unas dosis por habitante y día (DHD) más altas en la franja de 15 a 64 años en todos los subgrupos farmacológicos, excepto en el subgrupo de los medicamentos para la osteoporosis. Por otro lado, la AIS Dreta es el área que obtiene unas DHD más altas en la franja de más de 65 años en todos los subgrupos farmacológicos, excepto en el subgrupo de los medicamentos para el colesterol.

Las prácticas preventivas

En Barcelona no se aprecian diferencias importantes en cuanto a las prácticas preventivas para evitar la aparición de la enfermedad (control de la presión arterial, del colesterol, y administración de la vacunación contra la gripe), si bien parece que la tendencia es que las personas de nivel socioeconómico más bajo ejercen más este tipo de prácticas preventivas que las mujeres de nivel más elevado. Por el contrario, son las mujeres de nivel social más alto las que más se someten a mamografías de criba y citologías periódicas.

Determinantes del entorno físico

Las condiciones de la vivienda y el barrio

La ciudad de Barcelona se caracteriza por tener un parque de viviendas relativamente antiguo (un 38,3% están construidos antes del año 1960 y un

19,7% no tiene ascensor) y con muchas diferencias según el distrito. Ciutat Vella es el distrito que presenta las peores condiciones de vivienda. También cabe destacar las importantes diferencias socioeconómicas existentes en la ciudad, tanto en lo que atañe a la renta familiar disponible por cápita (hasta 6 veces más elevada en unos barrios que en otros) como al precio de venta y alquiler de viviendas. El 24,2% de los residentes en Barcelona ha declarado haber sido víctima de un acto delictivo durante el último año.

La seguridad y la higiene de los alimentos

Las inspecciones sanitarias en el ámbito alimentario representan el volumen más importante de actas de control oficial. Durante el año 2011 se han llevado a cabo 7.357 inspecciones en establecimientos a partir de las cuales se han detectado 535 no conformidades (el 2,8% del total de ítems controlados) que han requerido distintas medidas: 126 seguimientos urgentes, 71 advertencias o requerimientos, 49 multas coercitivas, 57 expedientes sancionadores, 13 suspensiones de actividad, 133 retiradas de productos del mercado y 2 cierres cautelares de establecimientos, entre otros.

La calidad del aire

En el año 2011 cabe destacar una mejora en los niveles anuales de NO₂ en el fondo urbano de la ciudad y se cumple el valor límite anual en las estaciones del parque de La Ciutadella y de Vall d'Hebron. A pesar del ligero repunte de los niveles de PM₁₀ por segundo año consecutivo, se cumple el valor límite para la media anual (40 µg/m³) en todas las estaciones de la ciudad. En lo que atañe al resto de contaminantes (CO, SO₂, O₃, Pb, Cd, Ni, As, benzo[a]pireno, benceno y PM_{2,5}), se cumplen los valores límite u objetivo respectivos establecidos por el Real Decreto 102/2011 relativo a la mejora de la calidad del aire.

La calidad del agua

La existencia de cañerías de plomo en las redes internas de los edificios de Barcelona es un problema que debe tomarse en consideración. El 3,1% de las muestras recogidas en grifos superan el límite máximo vigente establecido en cuanto al plomo. Además, en el 8,6% de los casos la concentración supera los 10 µg/l, límite vigente a partir del 1 de enero del 2014. A pesar de que el muestreo se ha dirigido especialmente a los edificios construidos antes del 1980 y, por consiguiente, no es extrapolable al conjunto de la ciudad, los resultados sugieren el posible alcance de esta problemática en la ciudad de Barcelona.

Comportamientos relacionados con la salud

La actividad física y la movilidad

El 38,6% de la población mayor de 15 años lleva a cabo una actividad habitual o principal sedentaria. En cuanto a la actividad física en tiempo de ocio, el 25,3% de los hombres y el 15,7% de las mujeres realizan una actividad intensa. Pero el 84,1% de la población adulta

Resumen ejecutivo

14

anda al menos 10 minutos al día. El medio de transporte utilizado más a menudo ha sido el desplazamiento a pie, seguido del transporte público y el coche. Los vehículos de dos ruedas, motocicletas, ciclomotores y bicicletas, son los medios utilizados con menor frecuencia. Las mujeres se han desplazado a pie y en transporte público en mayor proporción que los hombres, y los hombres lo han hecho en coche, motocicleta o ciclomotor y bicicleta en mayor medida que las mujeres.

La alimentación saludable

El 9,7% de los adultos consume cinco o más raciones de fruta y verdura al día con diferencia por sexos (6,8% en hombres y 12,3% en mujeres). En los niños, sólo el 3,4% sigue esta recomendación, a la vez que tienden a consumir de manera usual comida no saludable que aumenta el sobrepeso. Los factores identificados de riesgo de sobrepeso son el hecho de que los niños coman solos, que cenén delante del televisor y que no coman en la escuela.

El consumo de tabaco y drogas

Tanto la prevalencia de tabaquismo activo como la de la exposición al humo ambiental de tabaco han disminuido entre el 2006 y el 2011 en ambos sexos. Han iniciado tratamiento por abuso o dependencia a alguna sustancia psicoactiva 4.775 personas, cifra que equivale aproximadamente a 5 de cada 1.000 personas residentes en Barcelona entre 15 y 54 años.

La salud

La esperanza de vida y la mortalidad

En Barcelona la tendencia positiva de la mortalidad prematura se ha visto frenada en los últimos años. Aun así, la evolución no ha sido igual en los distintos distritos de la ciudad. En Ciutat Vella se han reducido las desigualdades en la mortalidad prematura con respecto al resto de la ciudad; por el contrario, destaca la evolución negativa observada en Nou Barris, que experimentó un exceso de mortalidad prematura en los últimos años y un repunte en el 2010. De este modo, a pesar de la disminución notable de

Ciutat Vella, Nou Barris ha sufrido un aumento que coincide con la evolución del nivel de privación de la población y, en definitiva, el 2010 presenta un exceso de mortalidad prematura en los dos distritos. En este sentido, se requieren esfuerzos para mejorar la prevención y la promoción de la salud, así como las condiciones de vida y de trabajo, y reducir así las desigualdades en la mortalidad prematura en Barcelona.

Algunas enfermedades crónicas

Las enfermedades del aparato circulatorio son las principales causantes de mortalidad y morbilidad en Cataluña. Gracias al seguimiento y control de los factores de riesgo, junto con los nuevos tratamientos para afrontar los episodios agudos, se ha conseguido una menor letalidad en los últimos veinte años.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (MPOC) deteriora en gran medida la calidad de vida de las personas y se estima que afecta al 9% de la población de entre 40 y 70 años. Es una patología crónica que genera muchos ingresos por descompensación, en especial, en población mayor y pluripatológica. El consumo de tabaco es la principal causa de la MPOC. En este sentido, y en el marco de la prevención, los equipos de atención primaria (EAP) de la ciudad de Barcelona ponen en marcha programas de deshabituación del tabaco, con un porcentaje de exfumadores en el 2011 del 18,3%.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica del metabolismo que constituye un problema sanitario importante. A corto plazo puede ocasionar descompensaciones hiperglucémicas y, a largo plazo, favorece la presencia de complicaciones. Hay evidencia sobre la eficacia de la prevención, del buen control de la diabetes y de los factores de riesgo para mejorar el pronóstico de la enfermedad. El 64,5% de los pacientes con diabetes de los EAP de Barcelona muestran un buen control metabólico de su enfermedad, superior a los estándares marcados por el Plan de Salud (60%).

La patología neoplásica es la tercera causa global de hospitalización en los centros de la XHUP de Barcelona. Cabe señalar, entre las actuaciones con relación a esta patología, el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon y Recto que se lleva a cabo en distintas ABS de Barcelona Esquerra y Litoral Mar. Este programa se inició en el 2009 y se ha ampliado progresivamente durante los últimos dos años, a la vez que se une a programas de detección precoz de cáncer de mama y de cuello de útero implantados en la ciudad desde hace prácticamente dos décadas.

Las enfermedades del aparato locomotor no sólo son las enfermedades crónicas más frecuentemente referidas por la población adulta, sino también las que producen un mayor impacto sobre la calidad de vida física y psíquica y sobre la capacidad funcional. Los factores de riesgo asociados a las patologías del aparato locomotor (dolor de espalda, osteoporosis) están relacionados con el estilo de vida sedentario y la escasa actividad física. Desde los servicios sanitarios de atención primaria se llevan a cabo actividades preventivas, como por ejemplo

la criba de sobrepeso y obesidad de los niños (90,5% de criba en niños/niñas de 6 a 14 años, en el 2011), intervenciones comunitarias para fomentar una alimentación saludable, así como para promocionar el ejercicio físico.

El estado de salud, el bienestar y la limitación funcional

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona del 2011, el 84,6% de los hombres y el 78,2% de las mujeres declaran tener un estado de salud excelente, muy bueno o bueno. Aun así, la distribución de la mala salud autopercebida sigue una forma de gradiente según las clases sociales, tanto en hombres como en mujeres, y en todas las clases la mala salud de las mujeres es superior a la de los hombres. En cuanto a la restricción crónica de actividad, el 11,1% de los hombres y el 15,4% de las mujeres tienen su actividad habitual o de ocio restringida.

La obesidad y el exceso de peso

El exceso de peso y la obesidad empezaron a aumentar en el 2000 y se han estabilizado en los últimos años alrededor del 29,9% en los hombres y del 37,1% en las mujeres. En los niños de 3 a 14 años, el sobrepeso y la obesidad representan el 37,4% de los chicos y el 33,9% de las chicas.

La salud mental

En el año 2011, en la población adulta de 15 años o mayores, un 11,1% de los hombres y un 16,8% de las mujeres han presentado riesgo de sufrir trastornos mentales. Globalmente, la prevalencia de riesgo de sufrimiento psicológico en los hombres no ha variado con respecto a años anteriores, mientras que en las mujeres se observa una disminución con respecto al 2006. En los hombres destaca un incremento en el grupo de edad de 46 a 64 años, que pasa del 10,7% en el 2006 al 15,3% en el 2011.

En comparación con el 2010 se ha producido una reducción del número de trastornos de salud mental relacionados con el trabajo en la Unidad de Salud Laboral de Barcelona. La incidencia ha pasado de 38,6 a 32,3 por cada 100.000

ocupados y de 81,7 a 73,5 por cada 100.000 ocupadas. En cambio, sigue la tendencia creciente y se han atendido 37.092 personas en los centros de salud mental de adultos y 7.657 en los centros de salud mental infantil y juvenil.

La salud laboral

Siguiendo la misma tendencia de los últimos años y teniendo en cuenta la menor ocupación, este año se ha observado una disminución del total de lesiones por accidentes de trabajo (LAT) y también de su incidencia. Sin embargo, dicha incidencia prácticamente no ha variado en el caso de las lesiones graves y mortales. Las lesiones *in itinere* siguen constituyendo una parte significativa de las LAT graves y mortales, sobre todo entre las mujeres. Este año también ha disminuido el número y la incidencia de las enfermedades relacionadas con el trabajo notificadas a los centros de atención primaria y se mantienen los trastornos de tipo ansioso y depresivo como los más frecuentes en ambos sexos.

Las lesiones por colisiones de tráfico y otros

En el 2011 se han producido en la ciudad de Barcelona 7.911 colisiones con víctimas y que han tenido como consecuencia 10.239 lesionados (hombres en casi dos terceras partes de los casos), y 31 fallecidos (hombres en el 77,4% del casos) durante las primeras 24 horas después de la colisión. Respecto del año anterior, se ha observado una reducción del 5,2% en el número de personas lesionadas y del 20,5% en el número de fallecidos, especialmente en las mujeres.

Las enfermedades transmisibles

La tuberculosis

Durante el año 2011 se han detectado en la ciudad 404 casos de tuberculosis: 244 hombres y 160 mujeres. La incidencia ha disminuido un 6% con respecto al año anterior y la forma más contagiosa de la enfermedad, un 10%. La enfermedad es más frecuente en barrios con peores indicadores socioeconómicos.

La infección por VIH-sida

A pesar del descenso observado en el número de casos de sida, continuamos siendo uno de los países con las tasas más elevadas. Pese a que este año se ha detectado un descenso en la proporción de casos que inician el tratamiento con retraso, se debe continuar promocionando y mejorando el acceso a la prueba del VIH en la población general y en poblaciones más vulnerables, como los jóvenes, los inmigrantes, las mujeres y los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS)

En Barcelona, las ITS se configuran como infecciones que afectan desproporcionadamente hombres con prácticas homosexuales. La tendencia al aumento de las ITS hace necesario implementar y perfeccionar las

Resumen ejecutivo

16

intervenciones con objeto de mejorar la prevención y el control, como por ejemplo el diagnóstico precoz y el estudio de las parejas sexuales. Los/las médicos/cas que diagnostican una ITS deben ofrecer la prueba del VIH con el objetivo de disminuir la transmisión y el retraso en el diagnóstico de esta enfermedad.

La salud reproductiva

Hasta el año 2011 se observa la disminución de la tasa de abortos y de embarazos en todos los grupos de edad comprendidos entre los 15 y 49 años. Esta evolución está producida por un descenso de la fecundidad, los abortos y los embarazos en las mujeres procedentes de países de renta baja, puesto que en las mujeres nacidas en España las tasas muestran una tendencia más estable.

Executive Summary

Socioeconomic determinants

Socio-demographic conditions

According to the municipal census of inhabitants, the increase in the number of people aged 75 and over continued to grow in 2011, as well as the number of people in this age group living alone (10,630 men and 47,685 women). The drop in the number of people born abroad, first seen in 2010, which halted the upward trend of this collective since migratory waves started at the beginning of the century, did not continue in 2011. There was a slight rise of 2.1% in the number of new migrants, particularly from Asia and Oceania (17.9%).

The economic situation and living conditions

Variations in unemployment numbers showed different patterns according to gender: a slight drop in absolute figures in men and an increase in women. In terms of territorial distribution, San Andreu and Nou Barris were the districts with the biggest increase in unemployment, and Sarrià-Sant Gervasi and Les Corts with the lowest rise. Even though the employment rate increased slightly compared to 2010, 89.2% of new contracts were temporary ones and most of them (46.2%) were for less than one month.

The crisis continues to affect labour market indicators that might have a negative impact on public health. In 2011 there was an increase in the number of long-term unemployed and a drop in the proportion of unemployed people entitled to benefits or subsidies. The results of the first Victimization Survey reveal that almost one in every three women resident in the city (29.9%) aged between 18 and 70 has suffered at least one very serious incident of male violence during their lifetime.

Community participation

Since 2009, Health Councils have been operating in the city's ten districts, providing a place for information, advice and discussion. A future line of work will entail expanding their goals towards promoting healthy environments in everyday life. The strategy known as "Healthy Neighbourhoods" in Barcelona is based on the collaborative work of the social services, organizations and local residents who jointly analyse the health needs and opportunities in the neighbourhood in order to improve them and set in motion projects that have a positive impact on health and reduce inequalities.

Public health actions

In the last quarter of 2011, the ASPB took on the functions of the regional vaccination distribution centre and started distributing vaccines to all the vaccination centres in the city. Careful planning led to an increase of 15% in the number of vaccines distributed compared to 2010 and meant that the pilot scheme had very satisfactory results. The adaptation of informative material on the breast cancer detection programme to public demand and new technologies, particularly the start-up of a

new website, has improved the levels of communication and efficiency of the programme.

Another new feature is the generation and presentation of health indicators and their determinants by means of a new computer tool (SISalut) which provides better data control. In addition, the data are displayed in a format that is much easier to interpret and the results are shown for each of the Basic Healthcare Areas (ABS) in the city of Barcelona. This tool also allows every indicator to be compared with the figures for the district and the Integrated Healthcare Area (AIS) to which the ABS belong, and with those of the city of Barcelona as a whole. It is also worth noting that thanks to the programmes for collecting syringes from the public highway, the annual average syringes collected has fallen year on year, going from 13,132 syringes in 2004 to 3,547 in 2011 (a drop of 73%).

Healthcare services

Primary healthcare

The primary healthcare services in the city of Barcelona in 2011 provided coverage for 67.07% of the total population assigned to them, with an average of 3.5 visits to the GP per person over the year and 3.7 visits to the paediatrician. Nursing professionals from 68 ABS took part in the "Schools and Health" programme, covering 66.98% of secondary schools.

Emergencies and specialist healthcare

The development of the Emergency Management Plan 2008-2012 in the city of Barcelona instigated a series of interventions geared towards rationalizing and upgrading the use of the emergency services, improving response times and facilitating continuity of healthcare. The most common illnesses requiring specialized hospital care were diseases of the circulatory system, nervous system and sensory organs, followed by tumours and digestive tract disorders.

Social healthcare

The social healthcare network has developed an integral and interdisciplinary care model geared towards patients with chronic and complex conditions, an area in which it has acquired considerable expertise.

Pharmacy

The highest percentages in the usage indicators of e-prescriptions are among the over-65 age group. In the age group of 0-14, the percentages drop considerably in the Integrated Health Areas of Esquerra and Litoral Mar. The AIS Nord is the Integrated Health Area with the highest doses per inhabitant per day (DID) in the 15-64 age group in all pharmacological subgroups, except for the subgroup of medicines for osteoporosis. Meanwhile, the AIS Dreta is the Integrated Health Area with the highest DID in the over-65 age group in every pharmacological subgroup, apart from cholesterol medication.

Preventive practices

In Barcelona there are no major appreciable differences in terms of preventive practices geared towards preventing illnesses (blood pressure and cholesterol monitoring and the administration of flu jabs), although it does seem that the trend is for people from a lower socioeconomic level to follow these practices more than women from a higher social stratum. However, the latter women have more regular breast screening and cervical smear tests.

Environmental determinants

Housing and neighbourhood conditions

A characteristic of the city of Barcelona is that it has a relatively large proportion of old properties (38.3% were built before 1960 and 19.7% have no elevator), with many differences depending on the district. Ciutat Vella is the district with the worst housing conditions. It is also worth highlighting the major socioeconomic differences in the city, in terms of both disposable income per capita (up to six times higher in some neighbourhoods than others) and the price of buying or renting properties. 24.2% of Barcelona residents stated they had been victims of crime last year.

Food health and safety

Health inspections on food safety represent the highest volume of official inspections. In 2011, 7,357 inspections of establishments were carried out, from which 535 were identified as nonconforming (2.8% of the total checked), which required various measures to be instigated: 126 urgent follow-up actions, 71 warnings or injunctions, 49 fines, 57 disciplinary proceedings, 13 business licence suspensions, 133 product withdrawals and two precautionary closures, amongst other actions.

Air quality

In 2011 there was a notable improvement in the annual levels of NO₂ in the city centre and the maximum annual limit was complied with at the stations in the Ciutadella Park and Vall d'Hebron. In spite of the slight rise in PM₁₀ levels for the second year running, the figure came under the average annual maximum (40 µg/m³) at every measuring station in the city. With regard to other pollutants (CO, SO₂, O₃, Pb, Cd, Ni, As, benzo[a]pyrene, benzene and PM^{2.5}), they all met the respective

Executive Summary

18

maximum limits or targets established in Royal Decree 102/2011 on improving air quality.

Water quality

The fact that there are lead pipes in the internal networks of buildings in Barcelona is a problem that needs to be addressed. In 3.1% of the samples taken from taps the concentrations of lead were higher than the maximum permitted limit. Furthermore, in 8.6% of cases this concentration exceeded 10 µg/l (the maximum limit as from 01/01/2014). Although this sampling was primarily directed at buildings built before 1980, and hence cannot be extrapolated to the city as a whole, the findings suggest that this problem may well affect the whole of Barcelona.

Health-related behaviour

Physical activity and mobility

Some 38.6% of the population aged over 15 does a mainly sedentary job. With regard to physical activity in their free time, 25.3% of men and 15.7% of women do some form of vigorous exercise. In addition, 84.1% of the adult population walks for at least 10 minutes per day. The most frequently used form of transport is walking, followed by public transport and then the car. Two-wheeled vehicles such as motorcycles, mopeds and bicycles are the least-frequently used modes of transport. Women walk or use public transport more than men, while men use cars, motorcycles, mopeds and bicycles more than women.

Healthy eating

An average of 9.7% of adults eats five or more portions of fruit and vegetables per day, with a notable difference between the sexes (6.8% of men and 12.3% of women). Only 3.4% of children follow this recommendation, while regularly eating unhealthy food choices that lead to weight gain. The risk factors for excess weight have been identified as letting children eat alone, eating in front of the television and not eating school meals.

Consumption of tobacco and drugs

The prevalence of both active smoking and exposure to environmental cigarette smoke has dropped between 2006 and 2011 in both sexes.

Some 4,775 people started treatment for abuse or addiction to some form of psychoactive substance, representing approximately 5 out of every 1,000 residents of Barcelona in the 15-54 age group.

Health

Life expectancy and mortality

In Barcelona, the positive trend in premature deaths has slowed down in recent years. Even so, this evolution has varied according to the different districts in the city. In Ciutat Vella there was a drop in the imbalance in premature deaths compared to the rest of the city; however, there was a notable negative trend in Nou Barris which has registered excess premature mortality in recent years and went up again in 2010. Thus despite the notable drop in Ciutat Vella figures, those of Nou Barris have increased which coincides with the evolution in poverty levels of the population; furthermore, in 2010 both districts recorded excess premature mortality. In this respect, there is a need for efforts to be made to improve health prevention and promotion as well as living and working conditions in order to reduce these inequalities in premature mortality in Barcelona.

Chronic diseases

Diseases of the circulatory system are the main causes of mortality and morbidity in Catalonia. Thanks to the monitoring and control of risk factors, along with new treatments to deal with acute episodes, a lower fatality rate has been achieved over the last twenty years. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has a serious impact on people's quality of life, and is estimated to affect 9% of the population aged between 40 and 70. This is a chronic disease which leads to many hospital admissions due to acute respiratory decompensation, particularly in the elderly and people with multiple illnesses. Cigarette smoking is the main cause of COPD. In this respect, as part of the city's preventive strategies, the primary healthcare teams (EAP) in Barcelona have established programmes for quitting smoking, reaching a percentage of ex-smokers in 2011 of 18.30%.

Diabetes mellitus (DM) is a chronic metabolic disease that represents a serious health problem. In the short term it can cause hyperglycaemic decompensation and in the long term it propitiates complications. There is evidence that effective prevention and good diabetes and risk factor control can improve the prognosis of this disease. Some 64.5% of patients with diabetes in the Barcelona EAP have demonstrated good metabolic control of their disease, above the targets set by the Health Plan (60%).

Cancer diseases are the third overall cause of hospitalization at XHUP centres in Barcelona. With regard to treatments for these diseases, it is worth noting the Early Colon and Rectal Cancer Detection Program being carried out in various basic healthcare areas (ABS) in Barcelona Esquerra and Litoral Mar. This programme was started in 2009 and has

been extended progressively over the last two years, joining forces with the programmes for the early detection of breast cancer and cervical cancer that have been established in the city for almost two decades.

Diseases of the musculoskeletal system are not only the most frequently-reported chronic diseases in the adult population but also the ones with the greatest impact on people's physical and mental quality of life and their functional capacity. The risk factors associated with musculoskeletal diseases (back problems, osteoporosis) are related to a sedentary lifestyle and little physical activity. The primary healthcare services are undertaking preventive actions such as screening children for excess weight and obesity (90.5% of children aged 6-14 were screened in 2011), community interventions to promote healthy eating, and the promotion of physical exercise.

State of health and wellbeing and functional limitations

According to data from the Health Survey of Barcelona in 2011, 84.6% of men and 78.2% of women claim to have excellent, very good or good health. However, the distribution of self-perceived poor health follows a gradient according to social classes in both men and women, and in every class poor health is higher in women than in men. With regard to chronic activity restriction, 11.1% of men and 15.4% of women claim that their regular work or leisure activities are restricted.

Excess weight and obesity

Excess weight and obesity figures started rising in 2000 and have stabilized in the last few years at around 29.9% in men and 37.1% in women. In children aged 3-14, 37.4% of boys and 33.9% of girls are overweight or obese.

Mental health

In 2011, in the adult population aged 15 or over, 11.1% of men and 16.8% of women presented a risk of mental illness. Overall, the prevalence of the risk of suffering from mental illness in men has remained unchanged from previous years, while in women a drop has been observed since 2006.

In men, the most notable increase was in the 46-64 age group, rising from 10.7% in 2006 to 15.3% in 2011. Compared to 2010 there has been a drop in the number of work-related mental health disorders recorded by the Occupational Health Unit of Barcelona. This figure has gone from 38.6 to 32.3 per 100,000 employed men, and from 81.7 to 73.5 for every 100,000 employed women. In contrast, continuing an upward trend, 37,092 people were treated at adult mental health centres and 7,657 at mental health centres for children and young people.

Occupational health

Following the same trend of previous years, and taking into consideration the lower employment figures, last year we witnessed a reduction in the total work-related injuries (WRI) and also their occurrence. However, this occurrence has barely changed in the case of serious injuries and deaths. Injuries *in itinere* continue to represent a significant proportion of serious and mortal WRIs, especially amongst women. Last year there was a drop in the number and occurrence of work-related diseases reported to primary healthcare centres, while anxiety and depression continued to be the most commonly suffered disorders by both sexes.

Injuries from traffic and other accidents

In 2011 there were 7,911 traffic accidents involving victims in the city of Barcelona, resulting in 10,239 casualties (two-thirds of whom were men) and 31 deaths (77.4% men) during the first 24 hours after the accident. Compared to the previous year there was a drop of 5.2% in the number of people injured and of 20.5% in the number of deaths, particularly in women.

Infectious diseases

Tuberculosis

During the course of 2011, 404 cases of tuberculosis were identified in the city: 244 men and 160 women. The incidence of this disease has dropped by 6% compared to the previous year, and the most contagious form of the disease has dropped by 10%. The disease is most common in the neighbourhoods with the worst socioeconomic indicators.

HIV and AIDS

Despite the drop in the number of AIDS cases, Spain is still one of the countries with the highest rates of the disease. Although last year a drop was observed in the proportion of cases that start treatment late, we need to continue promoting and improving access to HIV tests among the general public and the most vulnerable population groups such as young people, immigrants, and men and women who have sexual relations with men.

Sexually-transmitted infections (STI)

In Barcelona, sexually-transmitted infections disproportionately affect men who engage in homosexual practices. The upward trend in STIs

Executive Summary

20

makes it necessary to implement and improve interventions in order to improve their prevention and control, such as early diagnosis and an analysis of sexual partners. Doctors who diagnose an STI should offer an HIV test with the aim of reducing the transmission and late diagnosis of this disease.

Reproductive health

Up until 2011 there was a drop in the rate of pregnancies and abortions in the 15-49 age group. This evolution is caused by the decline in fecundity, abortions and pregnancies in women from underdeveloped countries, as the rates in women born in Spain are generally much more stable.

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

En l'àmbit local i urbà hi ha factors específics que causen o determinen les desigualtats en salut. A continuació, es presenten aquests factors tenint en compte els aspectes que són responsabilitat dels governs municipals (la figura 1 presenta el model conceptual de determinants de la salut i desigualtats que relacionen aquests factors). Les seccions principals són:

Governança

La governança es refereix no només al govern (local, regional, nacional), sinó també a altres actors que tenen un paper important a les ciutats, com ara el sector privat i la societat civil a través de les organitzacions i els agents socials.

Context físic

Es refereix al context natural (el clima o la geografia) i a altres factors físics, com ara el medi construït basat en la urbanització i la política d'habitatge, els quals depenen parcialment de les autoritats locals. La urbanització i l'urbanisme

están determinats per les infraestructures públiques (comunicacions, sistema de clavegueram), per les reglamentacions generals (en relació amb els edificis i l'ús de l'espai públic) i pels equipaments del barri (instal·lacions esportives, sanitàries i educatives, mercats, biblioteques, etc.). Les polítiques d'habitatge (impostos, habitatge social de lloguer o en venda) poden fer-lo assequible a tothom i, sobretot, a les persones de les llars amb ingressos baixos, i l'absència d'aquestes polítiques pot convertir l'habitatge en un bé d'especulació. Un altre aspecte del context físic és la mobilitat, que afecta tant la mobilitat de vianants com la possibilitat d'usar el transport públic o el privat. Els factors esmentats poden, a més, influir en les característiques ambientals, com ara la qualitat de l'aigua i de l'aire i la contaminació acústica, que són determinants importants de la salut a les zones urbanes. Finalment, també es té en compte la seguretat alimentària, l'accessibilitat a aliments saludables (disponibilitat i preu) i la gestió de les emergències.

Context socioeconòmic

Aquest element es refereix a diferents aspectes, com ara els factors econòmics, d'ocupació i les condicions de treball, l'entorn domèstic i familiar, els serveis públics (educació, salut, serveis per ajudar les famílies, etc.) i les transferències socials (pensions, prestacions per atur, etc.). Tot i que la majoria d'aquests factors són responsabilitat del

govern del país, els governs de les ciutats tenen la capacitat de modificar-los. Altres aspectes inclosos són la seguretat, les xarxes socials i la participació de la comunitat.

Els entorns

Els entorns són els espais on les persones interactuen i on es creen o resolen problemes relacionats amb la salut. Exemples d'entorns són els barris, les escoles o els llocs de treball. El context físic i el socioeconòmic estan relacionats amb aquests entorns i les accions per promoure la salut poden adoptar moltes formes, com ara: l'accessibilitat a espais públics per fer activitat física (per exemple, àrees verdes o instal·lacions esportives) o accions per promoure la seguretat i el foment de les xarxes socials i la participació.

Les característiques del medi construït i el context socioeconòmic influeixen la segregació residencial de la població, fet que implica que les persones de classes socials desfavorides o immigrants de països de baixa renda tendeixen a viure en barris amb habitatges de menor valor i amb concentració de persones del mateix origen. Moltes ciutats arreu del món estan altament segregades per barri amb múltiples barreres històriques, logístiques i pràctiques que impedeixen la relació entre els diferents grups socials. Aquesta segregació residencial determina la composició de les característiques socials de la població del barri i, per tant, es relaciona amb les desigualtats en salut entre diferents zones.

Eixos de desigualtat

Els factors comentats anteriorment poden variar d'acord amb els diferents eixos de desigualtat, com la classe social, el gènere, l'edat, l'origen ètnic o la migració, i aquests eixos determinen l'estructura social.

Figura 1. Model de determinants de la salut i desigualtats en salut a les àrees urbanes.



Font: Elaborat pel projecte Ineq-cities <<https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/>>.

¹Borrell C, Pons-Vigués M, Morrison J, Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. J Epidemiol Comm Health (en premsa).

²WHO/UN-HABITAT (2010). Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: World Health Organization.



Els determinants socioeconòmics

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La participació de la comunitat

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

Les pràctiques preventives

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat i la higiene dels aliments

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac i drogues

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

Cardiopatia isquèmica i malaltia cerebrovascular (ictus)

Malaltia pulmonar obstructiva crònica

Diabetis mellitus

Càncer

Malalties de l'aparell locomotor

L'estat de salut, el benestar i la limitació funcional

L'obesitat i l'excés de pes

La salut mental

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit i altres

Les malalties transmissibles

La salut reproductiva

Monogràfics

El botulisme

Les condicions sociodemogràfiques

24

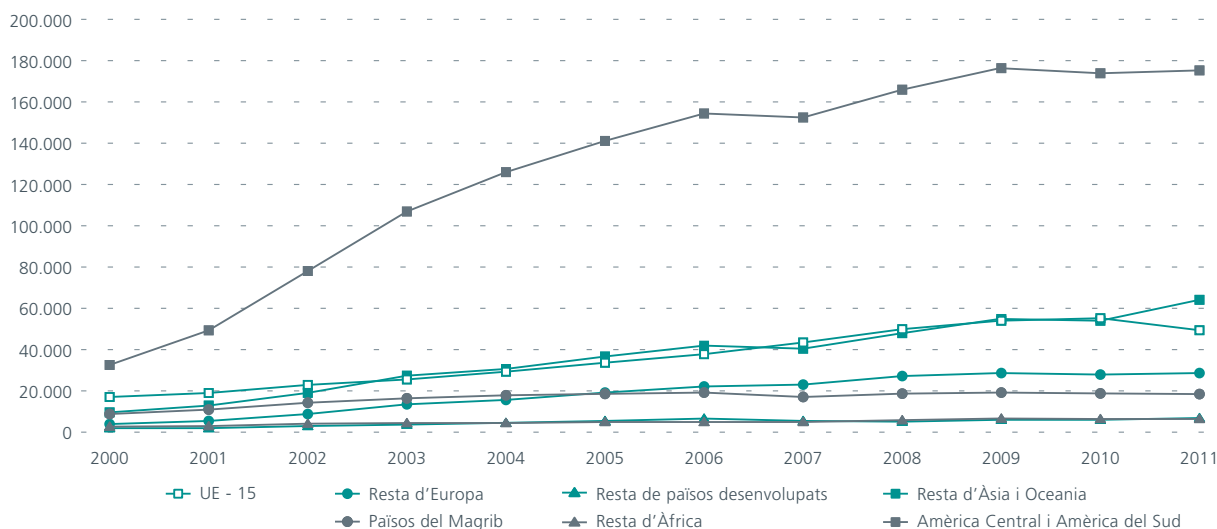
Segons dades del padró municipal d'habitants cedides per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2011 la població de Barcelona és d'1.620.292 persones: 770.422 homes (47,5%) i 849.870 dones (52,5%).

La distribució de la població de la ciutat per edat i sexe ha mantingut un patró relativament constant al llarg dels anys. Cal destacar l'increment continuat de persones de 75 anys i més. Així, l'índex de sobreenvelliment, que analitza la proporció que representa aquest col·lectiu sobre el total de persones de 65 anys i més, ha augmentat en pràcticament 10 punts percentuals els darrers 10 anys: d'un 40,2% en homes l'any 2001 a un 49,9% l'any 2011, i d'un 50,0% a un 58,8% en dones, respectivament. Això ha representat un increment de 15.045 homes i 18.548 dones de 75 anys i més durant els darrers 10 anys. El percentatge de persones grans que viuen soles s'ha mantingut relativament constant en el temps, amb l'excepció de les dones de 85 anys i més, que ha augmentat des d'un 38,3% l'any 2000 fins al 43,0% el 2011. No obstant això, el nombre absolut de persones grans que viuen soles ha experimentat un augment considerable. Així, entre els anys 2000 i 2011, el nombre de perso-

nes entre 75 i 84 anys que viuen soles ha augmentat en 1.971 homes i 1.624 dones, i en 1.290 homes i 6.446 dones de 85 anys i més. En total, 10.630 homes i 47.685 dones de 75 anys i més han viscut sols l'any 2011.

L'any 2011, les persones nascudes fora de l'Estat espanyol han representat el 21,5% de la població de Barcelona, principalment entre 15 i 44 anys d'edat (70,3%). La major part d'aquestes persones són procedents de països d'Amèrica Central o Amèrica del Sud (50,8%), seguides de les procedents de països d'Àsia i Oceania (exclosos Japó, Austràlia i Nova Zelanda) (18,4%) i de països de la Unió Europea (dels quinze estats membres, UE-15) (14,1%). Aquesta distribució ha estat similar per grups d'edat, tot i que cal destacar un percentatge més elevat de menors de 15 anys procedents de la resta d'Àsia i Oceania (24,6% en aquest grup d'edat), mentre que en persones de 65 anys i més destaca un percentatge més elevat de persones procedents de la Unió Europea (UE-15) (28,3%) i un percentatge més baix de persones procedents de la resta d'Àsia i Oceania (8,0%). Pel que fa a l'evolució temporal, l'any 2010 es va produir, per primer cop des de l'inici de l'onada migratòria al principi de segle, una davallada en el nombre de persones estrangeres residents a Barcelona. L'any 2011 aquest canvi de tendència no només no es manté, sinó que es torna a produir un lleuger increment en el nombre de nous nadius (2,1% respecte de l'any 2010). Aquest increment és especialment notable en persones procedents de la resta d'Àsia i Oceania (17,9%). Únicament s'observa un descens en el nombre de persones procedents de la Unió Europea (UE-15) (-10,0%) (vegeu la figura 1).

Figura 1. Evolució del nombre de persones nascudes a l'estranger segons el país d'origen. Barcelona, 2000-2011.



Font: Padró municipal d'habitants de l'any 2011, Ajuntament de Barcelona.
 Nota: UE-15: Unió Europea (15 estats membres).

L'entorn econòmic i les condicions de vida

Les dades de l'enquesta de població activa per a Barcelona mostren l'increment de l'atur, tant en nombres absoluts —que passa de 127.100 persones el quart trimestre del 2010 a 135.200 el mateix trimestre del 2011— com en termes relatius, de manera que la taxa d'atur passa del 16% al 16,9%. La distribució per sexes ha estat desigual i mostra una disminució en els homes (la taxa d'atur ha passat del 18,8% a la fi del 2010 al 17,7% el darrer trimestre del 2011), mentre que augmenta en les dones (del 12,8% al 16% en el mateix període). No obstant això,

en termes mitjans anuals s'aprecia una estabilització en la desocupació, però una disminució en els homes en termes absoluts i un increment en les dones.

Tal com s'observa en la figura 2, la distribució de l'atur no ha estat homogènia en tots els districtes de la ciutat, ni tampoc l'increment, de manera que entre el 2009 i el 2011 l'augment més elevat s'ha produït a Sant Andreu i Nou Barris (increments del 20,4% i del 19,6%, respectivament) i el menys elevat, a Sarrià-Sant Gervasi (14,3%) i les Corts (14,5%). Per fer una interpretació correcta de la figura, cal tenir en compte que s'han representat nombres absoluts, en bona part, determinats per la magnitud de la població general de cada districte.

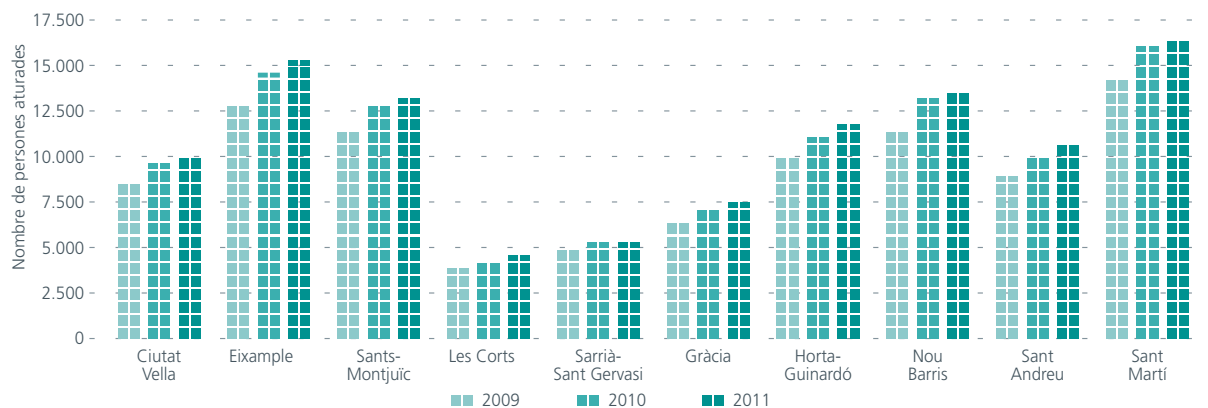
Quadre 1. Població desocupada per sexes. Barcelona, 2010-2011.

2011	Total		Homes		Dones	
	N ¹	%	N ¹	%	N ¹	%
4t trimestre	135,2	16,9%	74,4	17,7%	60,8	16,0%
3r trimestre	135,1	16,7%	71,4	17,2%	63,7	16,1%
2n trimestre	112,3	14,1%	63,0	15,3%	49,3	12,8%
1r trimestre	128,2	16,0%	72,8	17,3%	55,4	14,6%
Mitjana anual	127,7	15,9%	70,4	16,9%	57,3	14,9%
2010						
4t trimestre	127,1	16,0%	79,5	18,8%	47,6	12,8%
3r trimestre	134,0	16,9%	79,1	18,7%	54,9	14,9%
2n trimestre	134,4	16,9%	66,6	15,9%	67,8	18,1%
1r trimestre	118,9	15,0%	66,0	15,9%	52,9	14,1%
Mitjana anual	128,6	16,2%	72,8	17,3%	55,8	15,0%

Font: Enquesta de població activa (EPA).

Nota: ¹En milers.

Figura 2. Evolució de l'atur registrat segons el districte i l'any. Barcelona, 2009-2011.



Font: Departament d'Empresa i Ocupació, Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Nota: Estimació per districtes a partir de dades facilitades per codis postals.

L'entorn econòmic i les condicions de vida

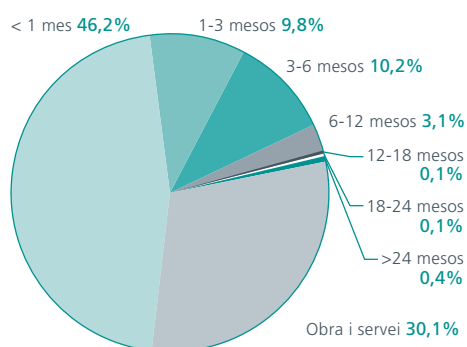
26

És ben conegut l'efecte negatiu de la pèrdua de la feina en la salut, així com la millora de la salut quan es recupera un lloc de treball. Algunes característiques de l'atur poden incrementar o alleugerir-ne l'impacte, com ara el temps en atur i el cobrament de prestacions econòmiques. Així, l'atur de llarga durada és el que es relaciona amb pitjors indicadors de salut, mentre que la percepció de prestacions té un efecte protector de la salut en les persones que perden la feina.

Un altre dels indicadors del mercat de treball relacionat amb la salut, sobretot la de tipus mental, és la contractació temporal. L'amenaça de la pèrdua de la feina comporta més patiment mental i més problemes de salut, sobretot de tipus ansiosos i depressius. La taxa d'ocupació ha augmentat lleugerament respecte de l'any 2010, però la major part dels contractes que s'han signat durant l'any han estat temporals: un 87,9% en els homes i un 90,4% en les dones. En analitzar amb més detall el tipus de contracte temporal, s'observa (vegeu la figura 3) que els més freqüents són els de més curta durada (el 46,2% dels contractes temporals van ser de menys d'un mes), seguits dels de durada indeterminada (30,1%), la majoria dels quals són d'obra i servei i d'interinitat.

El 2011, en el context de crisi actual, ha augmentat el percentatge de persones residents a Barcelona que es troben en aquestes dues situacions

Figura 3. Contractes temporals segons la durada. Barcelona, 2011.



Font: Departament d'Empresa i Ocupació, Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

susceptibles d'afectar negativament la seva salut. Com s'observa en la figura 4, la proporció de persones que fa més de 12 mesos que estan a l'atur ha incrementat i passa del 28,0% el 2010 al 35,3% el 2011, en el cas dels homes, i del 30,9% al 37,1% en el de les dones aturades. Pel que fa a la percepció de prestacions o subsidis, ha continuat minvant la proporció de persones aturades que en reben, de manera que el gener del 2011 n'eren el 65,7% i el desembre, el 60,4% (durant el 2010, entre els mateixos mesos, es va passar del 72,9% al 66,4%).

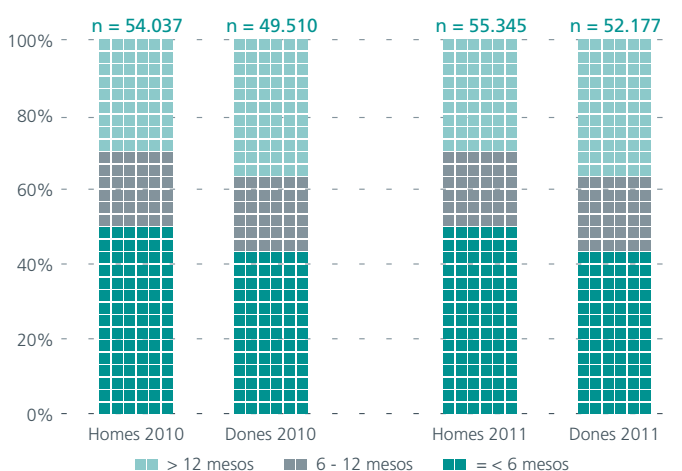
L'Enquesta de victimització

L'Enquesta de victimització masclista a Barcelona ha estat promoguda de manera conjunta pel Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació de la Generalitat de Catalunya, l'Institut Català de les Dones i la Regidoria de la Dona de l'Ajuntament de Barcelona per tal de mesurar l'extensió de la violència masclista entre les dones residents a Barcelona¹.

Hi han participat 14.122 dones de Catalunya, de les quals 4.029 constitueixen la mostra de Barcelona. També hi han participat 1.501 homes, 315 dels quals resideixen a Barcelona. Les persones participants, tant dones com homes, tenen edats compreses entre els 18 i els 70 anys. L'enquesta s'ha estructurat en cinc àmbits bàsics:

- + Les agressions masclistes a l'espai públic.
- + La discriminació per raó de sexe i l'assetjament sexual a la feina.
- + Les agressions masclistes en les relacions de parella.
- + Les agressions masclistes d'especial gravetat.
- + Els valors dels homes i les dones en l'àmbit de la violència masclista.

Figura 4. Atur registrat segons la durada, el sexe i l'any. Barcelona, 2010-2011.



Font: Departament d'Empresa i Ocupació, Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Els resultats d'aquest primer estudi revelen que quasi una de cada tres dones residents a la ciutat (29,9%), entre 18 i 70 anys, ha patit com a mínim una agressió masclista d'especial gravetat al llarg de tota la seva vida (vegeu la figura 5). S'entenen com a agressions masclistes greus les violacions i els intents de violació, els acostaments sexuals amb violència o amenaces, les agressions físiques i les amenaces (de mort o amb objectes perillosos) i l'assetjament psicològic sever. Només al llarg del darrer any, la victimització per aquests mateixos fets ha afectat l'1,9% de les dones de la ciutat, la qual cosa significa que prop d'11.200 dones han estat objecte d'agressions masclistes d'especial gravetat. En el darrer any, el 16,3% de les dones de la ciutat han patit maltractaments a la via pública i, com a conseqüència d'aquests fets, el 9,3% d'aquestes dones porten objectes de defensa, el 24,9% tenen més por de sortir al carrer i el 29% procura no sortir mai sola.

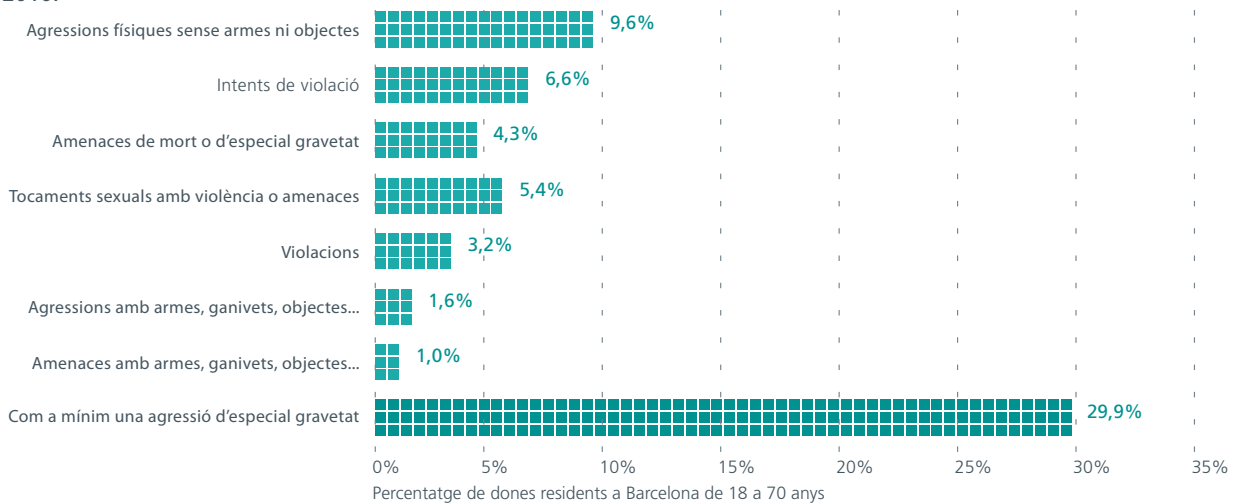
En l'àmbit laboral, un 16,5% de les dones entrevistades consideren haver estat víctimes d'episodis de discriminació a la feina; un 10,8% es consideren discriminades en salari, i un 9,3%, en ascensos. El 4,8% de les dones d'entre 18 i 70 anys residents a Barcelona que han tingut una feina com a assalariada s'han vist obligades

algun cop al llarg de la seva vida a plegar d'una feina remunerada per evitar una situació d'assetjament sexual. L'enquesta també desvela que un 5,3% de les dones ha hagut de deixar la feina per motius sexistes, com ara estar embarassada. D'altra banda, un 3,8% de les dones entrevistades s'han vist obligades, al llarg de la seva vida, a deixar la feina a causa de pressions de la pròpia parella, i un 10,6% per pressions familiars o dificultats per harmonitzar la vida laboral i familiar.

Un 6,7% de les dones que conviuen amb un home des de fa un any o més ha patit, com a mínim, una agressió masclista per part de la seva parella. Els comportaments masclistes s'orienten, en primer lloc, a controlar i sotmetre la dona alhora que exigeixen que faci tot el que la parella home vol, com ara controlar on és i què fa en tot moment, impedir que es relacioni normalment amb altres persones o que tingui diners per a les seves despeses diàries. Finalment, entre les dones separades o divorciades amb fills d'una exparella, el 57% declaren rebre el pagament de la pensió establerta de forma puntual; el 4,1% declaren que reben la pensió, però tard; el 20,8% diuen que reben menys quantitat que l'establerta, i el 18,1% afirmen que no reben res. Només el 33,6% dels casos d'incompliment de pagament acaben en denúncia.

¹El control de qualitat, la depuració, la codificació de les preguntes obertes i l'explotació estadística de les dades ha anat a càrrec de l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona. La realització de la prova pilot i del treball de camp ha anat a càrrec de l'Institut DYM. L'explotació de les dades per al municipi de Barcelona ha estat duta a terme pel Departament de Recerca i Coneixement de l'Àrea de Qualitat de Vida, Igualtat i Esports.

Figura 5. Dones que han patit algun tipus d'agressió masclista d'especial gravetat al llarg de tota la vida. Barcelona, 2010.



Font: Departament de Recerca i Coneixement de l'Ajuntament de Barcelona.

La participació de la comunitat

28

L'Ajuntament de Barcelona ha impulsat la participació de la ciutadania en diferents àmbits des del retorn de la democràcia, fet que ha contribuït a l'increment de la participació en l'àmbit de la salut en els darrers 10 anys. Ara bé, pot haver-hi diverses formes de participació: des de la que té com a objectiu exclusiu facilitar informació del que es fa (el menys participatiu) fins a la que es proposa per decidir actuacions concretes que afecten els qui participen en les decisions (la més compromesa).

En aquest apartat de l'Informe de salut anual de la ciutat, s'ha volgut abordar aquest tema des de dos espais ben diferenciats, que tenen l'objectiu de facilitar la participació en relació amb la salut: els consells de salut dels deu districtes de la ciutat i els grups de treball de barri, o grups motors, que s'han desenvolupat en el programa Salut als barris de Barcelona (SaBB)²⁻³ per promoure l'acció comunitària i reduir les desigualtats en la salut. Tot això s'explica des de la mirada d'alguns dels professionals de salut pública de l'ASPB que treballen en aquests espais.

Els consells de salut dels districtes

El primer consell de salut va ser el del districte d'Horta-Guinardó, formalment constituït l'any 2007, però que va començar com a taula de salut arran de la proposta dels agents del territori (entitats i serveis) de compartir un espai de reflexió sobre la salut. El darrer consell de salut es va posar en marxa l'any 2009 i, actualment, als deu districtes de la ciutat es reuneixen entitats, serveis de salut i l'Administració municipal i sanitària dos o tres cops l'any.

² Millorant la salut – Prevenció i promoció de la salut. Salut als barris: <www.aspb.es/quefem/salut-als-barris.htm>

³ Fuertes C, Pasarín M, Borrell C, Artazcoz L, Díez E, and the Group of Health in the Neighbourhoods (Calzada C, Cortés X, García L, Galofré E, Herrera F, Muniente G, Pérez G, Petit M, Núñez S, Ríos A, Rodríguez-Sanz M, Sotus N). Feasibility of a community action model oriented to reduce inequalities in health. *Health Policy* (2012), <<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.001>>

⁴ Artazcoz L, Pasarín M, Díez E. Pla de Salut Comunitària i Promoció de la Salut. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2012.

Les realitats dels deu districtes són diverses, i també ho són els consells, és a dir, comparteixen aspectes comuns, però també reflecteixen tant la diversitat de la població com de les entitats. Els consells de salut estableixen un tipus de participació que es basa a compartir informació (essencialment, dels serveis sanitaris) de forma directa, en què els participants poden expressar les seves idees, neguits o propostes, amb el desig d'influir sobre les decisions que afecten el districte. Per augmentar-ne la potencialitat, seria desitjable incrementar el debat per a la creació d'entorns saludables als districtes, amb propostes dialogades, realistes, i tenint en compte que el món associatiu i comunitari és també un actiu de salut. Els consells de salut poden ser una plataforma ideal per implementar accions lligades al principi de salut en totes les polítiques, ja que la salut depèn, fonamentalment, de les condicions de vida i de treball de les persones.

Els grups de treball de Salut als barris de Barcelona

L'estratègia d'acció comunitària del programa «Salut als barris de Barcelona» (SaBB) es basa en la intersectorialitat i la participació comunitària i té com a objectiu posar en marxa accions comunitàries que generin oportunitats per a la salut. Amb accions comunitàries es vol dir actuacions que parteixen d'una anàlisi d'oportunitats i de necessitats en salut compartides amb les entitats i/o el veïnatge. A les set zones de la ciutat on s'ha implantat el SaBB (Poble-sec, Roquetes, nucli antic, Bon Pastor-Baró de Viver, Barceloneta, Ciutat Meridiana-Torre Baró-Vallbona i Raval), s'ha treballat de forma intersectorial amb diferents serveis del barri sobre objectius de salut. Tanmateix, el que ha estat més diferencial és la implicació de la comunitat a través de les entitats participants en els grups de treball o, de vegades, la implicació directa de persones. Un factor determinant de la participació en el programa SaBB és l'existència al barri d'un pla de desenvolupament comunitari, amb dinàmiques i estructures participatives en marxa. Un altre factor són les dinàmiques que les entitats havien establert prèviament amb les administracions municipal i sanitària.

En els grups de treball del SaBB, la participació es concreta en l'anàlisi de la situació, la prioritització dels problemes i de les intervencions que cal dur a terme, la coordinació en el desenvolupament de molts dels programes i, en d'altres, en la planificació i l'execució de projectes. Finalment, l'avaluació del procés i dels resultats de les actuacions també té en compte la participació intersectorial i comunitària. Exemples de projectes que s'han posat en marxa amb aquest treball intersectorial i de participació són: «Baixem al carrer», «Fem salut a través del cerc», «La Karpa», «Divendres alternatius», «Divendres al Pou», «El racó de les famílies» o «Escola de salut per a la gent gran»⁴. La participació requereix compromís, confiança i transparència entre totes les parts. Fins ara, el SaBB ha estat una experiència reeixida de participació als barris que ha incorporat molts més recursos que els estrictament sanitaris (poliesportius, escoles, casals, parcs, parròquies, etc.).

Les accions en salut pública

A continuació, es presenten breument els canvis que han experimentat l'últim any tres importants àrees de treball de l'ASPB: el programa de vacunacions, el programa de detecció precoç de càncer de mama i els sistemes d'informació sobre la salut de la població. Es fa esment, en darrer lloc, de l'evolució del programa de recollida de xeringues a la via pública.

El Centre Regional de Vacunes de Barcelona

Des dels anys 1970, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) ha exercit tres funcions principals en matèria de vacunacions a la ciutat de Barcelona:

- + El Pla de vacunació continuada de Barcelona, que comprèn un registre informatitzat de vacunacions, la tramesa de carnets vacunals a nounats i a menors donats d'alta en el padró, i la comunicació amb les famílies;
- + Un centre vacunal que atén infermeria especialitzada en vacunes;
- + La gestió de la distribució de 600.000 vacunes als centres d'atenció primària i altres centres vacunals de la ciutat.

Tanmateix, per diversos motius, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (DS) va assumir en les últimes dècades dues funcions inherents al Centre Regional de Vacunes de Barcelona: la distribució de vacunes en el sector privat i altres centres públics i la vigilància i el seguiment de les incidències vacunals.

La Llei de protecció de la salut assenyala que les funcions de l'Agència de Protecció de la Salut a Barcelona les ha d'exercir l'ASPB. Per aquest motiu, es va establir un conveni que completa el rol de l'ASPB com a centre de distribució regional de vacunes (CDR) a la ciutat de Barcelona i l'integra a la xarxa catalana de CDR. El setembre

del 2011, l'ASPB ha assumit les funcions de centre distribuïdor regional de vacunes i ha iniciat la distribució de vacunes a tots els centres vacunals de la ciutat. Un canvi associat ha estat la utilització de la cambra frigorífica del Departament de Salut, cedida a l'ASPB mitjançant un conveni. La curiosa planificació ha permès un augment del 15% de les vacunes distribuïdes l'any 2011 respecte del 2010, i uns resultats molt satisfactoris en la prova pilot del nou sistema de distribució com a CDR, duta a terme entre el setembre i el desembre del 2011.

Estratègia comunicativa del Programa de detecció precoç de càncer de mama

El Programa de detecció precoç de càncer de mama de Barcelona inverteix esforços importants en la comunicació i sensibilització sobre el càncer de mama i la seva detecció precoç. La societat actual requereix que aquesta comunicació canviï i s'adapti a les demandes de la societat i a les noves tecnologies. Les persones tenen el dret i el deure d'estar informades tant dels riscos com dels beneficis abans de prendre una decisió en salut. La informació ha de ser: accessible, rellevant, comprensible, adaptada a les necessitats específiques de cada moment, específica de cada fase de la presa de decisió i de diferents nivells d'exhaustivitat.

Prenent en consideració tots aquests aspectes, un grup de persones que treballen en càncer de mama des de diferents àmbits han elaborat material informatiu, des del més resumit fins al més exhaustiu, i l'han posat a la disposició del públic a través de diferents vies: entre d'altres, s'ha inserit una part específica de càncer de mama al web de l'ASPB⁵. S'hi pot trobar un document en format interactiu adreçat principalment a la població, amb tota la informació referent al càncer de mama, al tractament, al programa de detecció precoç, a la mamografia i als riscos i beneficis. També s'hi poden trobar els butlletins de resultats del programa, que s'elaboren anualment per a la xarxa de professionals d'atenció primària, i el programa de salut sexual i reproductiva (PASSIR), així com els qüestionaris utilitzats en diferents treballs duts a terme. Finalment, s'ha replantejat tant el contingut com la forma de les sessions informatives que es fan a les dones de tots els districtes de la ciutat.

Sistemes d'informació sobre la salut de la població

L'any 2011 s'ha posat en marxa el nou InfoABS, el sistema d'informació en salut per a les àrees bàsiques de salut (ABS) de la ciutat de Barcelona. Entre les principals novetats d'aquest sistema d'informació, que ja existia des de l'any 1991, un grup d'experts ha revisat els indicadors en salut inclosos en l'antic InfoABS⁶ i n'ha eliminat alguns, a més d'incorporar-ne de nous. Així, la llista d'indicadors del nou InfoABS inclou tant indicadors de salut com indicadors relacionats amb els

⁵ Detecció precoç del càncer de mama <www.aspb.cat/quefem/documents_cancer_mama.htm>

⁶ InfoABS <www.aspb.cat/quefem/2011_tmp.htm>

Les accions en salut pública

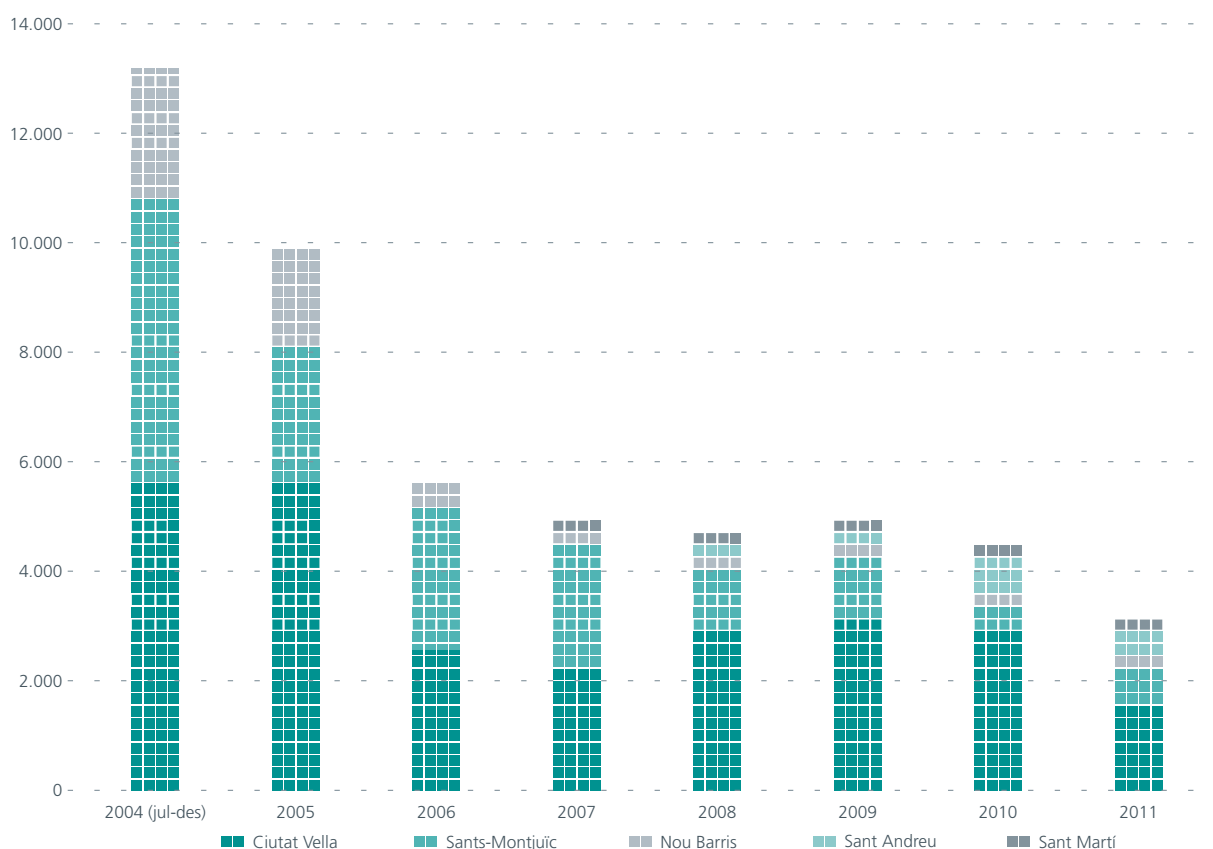
30

determinants de la salut de la població de Barcelona, per la qual cosa s’hi incorporen també noves fonts d’informació. Una altra novetat és que la generació i presentació dels indicadors es duu a terme amb una nova eina informàtica (el SISalut), creada a l’ASPB, que permet més control sobre les dades que es mostren, així com una visualització molt més amigable, que inclou gràfics i mapes interactius, a més de taules molt més entenedores que les de l’antic sistema d’informació. Els resultats es mostren per a cadascuna de les ABS de la ciutat de Barcelona, fet que permet comparar cada indicador amb el del districte i el de l’àrea integral de salut als quals pertany l’ABS, així com amb el del conjunt de Barcelona ciutat.

El programa de recollida de xeringues abandonades a la via pública

Per tal de minimitzar els diferents problemes derivats del consum de drogues (socials i de salut), es duen a terme diferents programes que permeten disminuir-ne l’impacte. Entre aquests programes hi ha les sales de consum (que són serveis que faciliten el consum de drogues, comprades prèviament, en una atmosfera tranquil·la sota condicions higièniques i de baix risc) o els programes d’intercanvi de xeringues. Gràcies a aquests programes, a Barcelona la mitjana anual de xeringues recollides a la via pública ha minvat d’any en any i ha passat de 13.132 xeringues l’any 2004 a 3.547 xeringues l’any 2011 (disminució del 73%). Aquesta davallada coincideix amb l’obertura de les sales de consum. Actualment, el districte de Barcelona que té un nombre més alt de xeringues abandonades a l’espai públic és Ciutat Vella, que inclou el nucli antic, seguit de Sants-Montjuïc.

Figura 6. Mitjana mensual de xeringues recollides a la via pública per districte i any. Barcelona, 2004-2011.



Font: Sistema d’Informació de Drogues de Barcelona. Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària

Al llarg de l'any 2011, els centres d'atenció primària (CAP) de les 68 ABS han donat cobertura al 67,1% del total de la població assignada, amb una mitjana de 3,5 visites de metge de família per persona l'any, 3,7 visites de pediatre i 1,5 visites dels professionals d'infermeria (vegeu el quadre 2).

Per tal d'analitzar els objectius de salut i de qualitat dels serveis d'atenció primària en el marc de diferents dimensions —accessibilitat, capacitat resolutiva, efectivitat i eficiència—, es disposa de diferents metodologies d'avaluació, com ara els objectius anuals de la part variable de compra de serveis del contracte, el *benchmarking* i les dades que aporta l'observatori BOTSS (Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris). Dels resultats de l'avaluació del contracte es desprèn informació, entre altres aspectes, sobre la qualitat i l'activitat resolutiva dels EAP. Així, aquest any 2011, del total dels pacients hipertensos atesos, el 52,7% han estat amb un control òptim de la tensió arterial (valor superior

al 35% recomanat pel Pla de salut de Catalunya). D'altra banda, dels pacients amb diabetis atesos, el 64,5% estan ben controlats, xifra que va millorant i que està per sobre de l'estàndard establert. Pel que fa a la cobertura de la vacuna antigripal en la població major de 59 anys, els valors han disminuït lleugerament (del 47,8 el 2010 al 47,4 el 2011) respecte de l'any 2010 i estan per sota dels de Catalunya. Queda palès que cal fer un esforç de millora per assolir els estàndards establerts per a la regió (60%).

Entre les activitats comunitàries dels professionals dels equips d'atenció primària (EAP), cal destacar-ne les que fan referència al programa «Salut i escola», en què els professionals d'infermeria dels EAP es desplacen als centres docents de referència per atendre la consulta oberta adreçada als joves de 3r i 4t d'ESO. Participen en aquest programa professionals d'infermeria de 68 ABS, que donen cobertura al 66,9% dels centres d'ESO. El programa d'activitat física, consensuat amb l'ASPB, disposa d'un professional referent per EAP, i se n'ha executat la primera fase en el 74% dels EAP del territori.

Pel que fa al programa «Salut i barris», s'ha implementat totalment als barris de Roquetes i Poble-sec i, durant aquest any 2011, s'ha continuat desenvolupant el projecte als barris de la Barceloneta, nucli antic (que inclou Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera), Bon Pastor i Baró de Viver i, finalment, Ciutat Meridiana amb Torre Baró i Vallbona. S'hi ha afegit aquest darrer any el barri del Raval.

Quadre 2. Evolució d'indicadors dels centres d'atenció primària. Barcelona, 2007-2011.

	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre d'àrees bàsiques de salut	66	67	67	68	68
Cobertura de la població assignada als centres d'atenció primària	67,9%	67,1%	67,6%	66,8%	67,1%
Visites de metge de família/persona l'any (mitjana)	4,1	3,9	3,9	3,9	3,4
Visites de professionals d'infermeria (mitjana)	1,9	1,7	1,7	1,7	1,5
Visites de pediatre (mitjana)	4,5	3,8	4,2	3,7	3,7
ATDOM >64 anys	5,4%	5,6%	7,1%	6,5%	6,3%
ATDOM >74 anys	10,1%	9,2%	11,9%	10,9%	10,6%
Cobertura de vacunació antigripal en persones de 60 anys o més (>64 anys abans del 2003)	51,2%	51,5%	53,2%	47,8%	47,4%
Control òptim de la tensió arterial	37,9%	45,7%	47,4%	49,4%	52,7%
Control metabòlic de la diabetis mellitus de tipus II	61,6%	61,3%	65,7%	64,1%	64,5%
Risc cardiovascular	57,4	58,6	63,2	69,0	71,6

Font: Avaluació d'atenció primària Integrap i memòries CSB.
Nota: ATDOM: atenció domiciliària.

Els serveis sanitaris

32

L'atenció a les urgències i especialitzada hospitalària

Una de les prioritats del sistema públic català de salut durant la dècada del 2000 ha estat millorar l'atenció a les urgències impulsant intervencions orientades a racionalitzar i adequar la utilització dels serveis d'urgències, reduint el temps de resposta i afavorint la continuïtat assistencial. Aquestes intervencions han contribuït a desenvolupar el Pla d'ordenació de les urgències 2008-2012 a la ciutat de Barcelona amb l'objectiu de disminuir la freqüentació d'urgències als centres hospitalaris. Les principals accions han estat el desplegament dels centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), l'ordenació de fluxos i la complementarietat de l'atenció urgent cap als dispositius que puguin oferir els resultats més eficaços, i l'impuls i la consolidació dels sistemes d'activació d'emergències. Aquesta ordenació ha estat possible gràcies a la participació d'institucions i professionals en l'àmbit de les urgències i emergències, formada per: l'òrgan tècnic d'urgències i emergències, i quatre comitès operatius d'urgències i emergències, un per a cada àrea integral de salut (AIS) de la ciutat.

L'activitat de les urgències hospitalàries globalment ha disminuït, tot i que la distribució varia

en funció del territori. La figura 7 mostra la freqüentació d'urgències segons el lloc de residència de la població. La taxa estandarditzada ha disminuït en l'àrea integral de salut del Litoral-Mar i de Barcelona Nord, mentre que augmenta en la resta de la ciutat. Properament, amb la redistribució dels dispositius d'urgències i la reordenació de fluxos, es podran mostrar les dades d'activitat globals i, probablement, les diferències es veuran compensades.

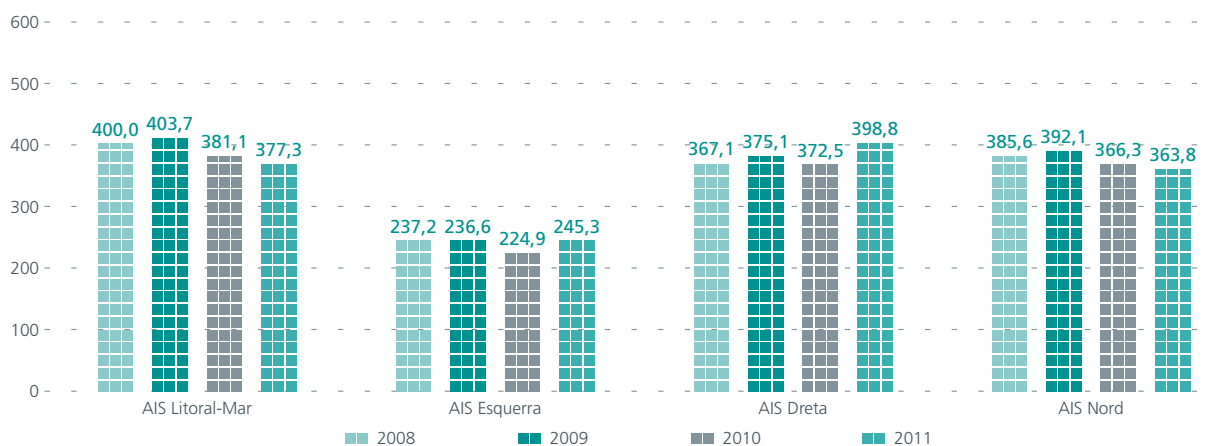
L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció especialitzada hospitalària, igual que la resta de línies assistencials, està equitativament distribuïda en quatre àrees integrals de salut que actuen com a territoris facilitadors de la continuïtat assistencial per tal d'oferir una atenció integral a tots els ciutadans i les ciutadanes de Barcelona.

L'activitat global duta a terme pels hospitals l'any 2011 ha estat de 196.836 altes (vegeu el quadre 3, pàgina 33), similar als darrers anys, i inclou l'hospitalització convencional i la cirurgia major ambulatoria (CMA). La meitat de les altes són mèdiques i la resta, quirúrgiques, amb una pressió d'urgències propera al 50%, excepte en alguns hospitals que actuen com a CUAP, com ara Sagrat Cor, Dos de Maig i Plató.

Els diagnòstics mèdics més freqüents són les malalties de l'aparell circulatori, les del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, seguides de les neoplàsies i les malalties de l'aparell digestiu. Quan l'ordre s'analitza per sexe, es veu lleugerament modificat i la primera causa són les malalties de l'aparell circulatori en els homes, mentre que en les dones

Figura 7. Distribució per àrees integrals de salut de les urgències hospitalàries (taxa estandarditzada x 1.000 hab./any). Barcelona, 2008-2011.



Font: Pla integral d'urgències de Catalunya (CSB).

Quadre 3. Activitat de la xarxa d'hospitalització pública. Barcelona, 2011.

Àrees integrals de salut	Hospitals	Total altes	Primeres visites	Visites totals	Urgències	Hospital de dia	CMA
Barcelona Litoral-Mar	Parc de Salut Mar (H. del Mar i H. Esperança)	26.432	109.448	404.945	126.469	33.971	3.289
Barcelona Nord	Hospitals de la Vall d'Hebron (H. General, Traumatologia i Maternoinfantil)	56.778	343.768	862.879	194.906	77.775	21.183
	Hospital de Sant Rafael	7.126	30.551	81.190	-	261	3.894
Barcelona Dreta	Hospital Dos de Maig	7.001	42.848	99.103	44.925	7.340	2.031
	H. de la Santa Creu i de Sant Pau	31.745	155.692	383.560	131.196	68.542	15.196
	Fundació Puigvert IUNA	5.925	25.369	80.845	16.445	5.775	1.265
Barcelona Esquerra	Hospital Plató	10.465	37.375	112.331	11.976	14.479	5.690
	H. Clínic i Provincial de Barcelona (inclou informació de l'H. Casa de la Maternitat)	38.474	118.874	418.982	102.236	94.245	5.525
	Hospital Universitari Sagrat Cor	12.890	46.216	144.087	16.287	5.929	11.643
Total Barcelona ciutat		196.836	910.141	2.587.922	644.440	308.317	69.716

Font: Memòria CSB, 2011.

Nota: CMA: cirurgia major ambulatoria.

ho són les malalties dels sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, seguides de les complicacions de l'embaràs, part i puerperi.

Cal tenir en compte que es tracta d'una xarxa hospitalària pública (XHUP) força àmplia, en què hi ha centres d'alta tecnologia, fet que implica una prestació de serveis altament especialitzada i molt exclusiva en el conjunt de tot Catalunya. Això fa que una tercera part de la població que s'atén sigui de fora de la ciutat. En canvi, el percentatge de població resident a Barcelona que acudeix als hospitals de fora vila és baixa i oscil·la entre un 7% i un 8%.

L'atenció socio sanitària

La xarxa d'atenció socio sanitària ha desenvolupat un model d'atenció integral i interdisciplinari orientat als pacients crònics complexos, amb què ha adquirit una gran expertesa, i disposa d'una àmplia distribució territorial. La cartera de serveis socio sanitaris disposa de serveis d'hospitalització (llarga estada i mitja estada, amb convalsència

i cures pal·liatives), serveis d'atenció diürna ambulatoria (hospitals de dia i equips d'atenció integral ambulatoria) i equips de valoració i suport (UFISS i PADES).

La tendència és impulsar dispositius assistencials alternatius a l'hospitalització convencional, de menys intensitat sanitària però adaptats per donar resposta a les múltiples i complexes necessitats que tenen els pacients amb malalties cròniques. Així mateix, l'orientació de la llarga estada segueix la tendència d'altres països, en què hi ha una reducció, alhora que es potencien entorns més residencials, habitatges amb recursos sanitaris o altres de similars.

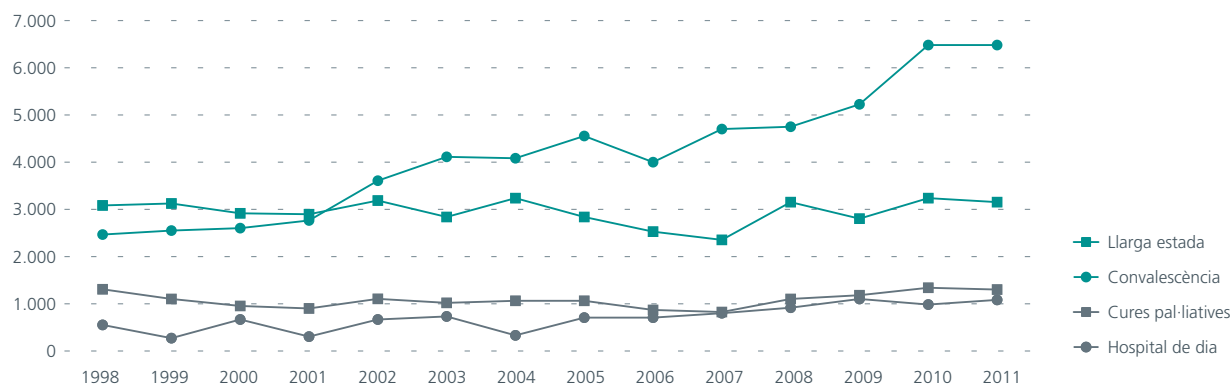
Durant l'any 2011, s'han atès 10.929 persones en els recursos socio sanitaris d'internament. Seguint la tendència descendent dels darrers anys, s'han atès 3.128 persones en la llarga estada. Per contra, la mitja estada en convalsència, polivalent i psicogeriatría, continua la progressió ascendent, i el nombre de persones ateses ha estat de 6.473, i 1.328 en cures pal·liatives. S'han donat 2.139 altes en llarga estada, 5.851 en convalsència i mitja estada polivalent i psicogeriatría, i 1.297 en cures pal·liatives (vegeu la figura 8, pàgina 34). En l'hospital de dia s'han atès 1.075 persones i s'han donat 639 altes.

Pel que fa als equips de suport especialitzat, els programes d'atenció domiciliària (PADES) han atès 3.875 persones i han donat 3.306 altes. A les unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries

Els serveis sanitaris

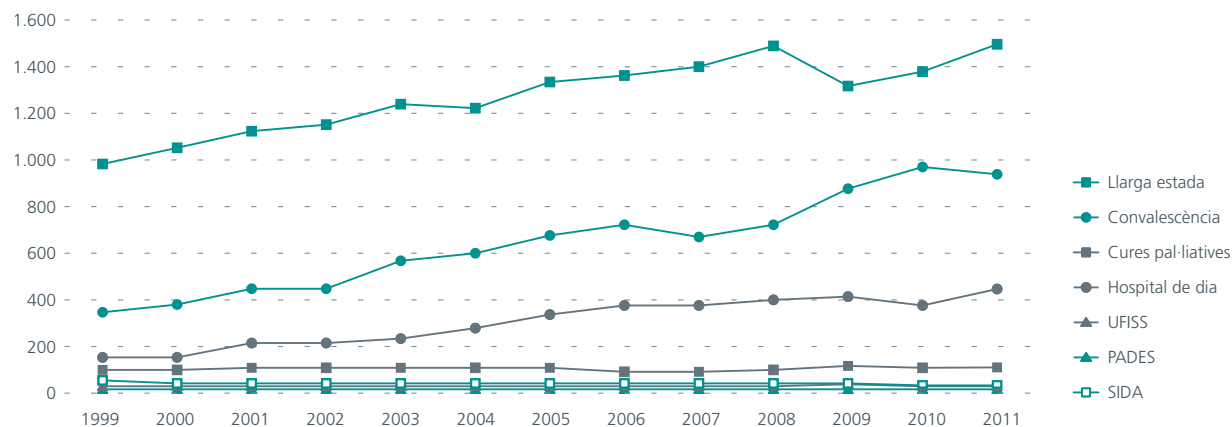
34

Figura 8. Evolució de les persones ateses als centres socio-sanitaris. Barcelona, 1998-2011.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos socio-sanitaris (CMBD-SS), CatSalut.

Figura 9. Evolució dels recursos socio-sanitaris. Barcelona, 1999-2011.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos socio-sanitaris (CMBD-SS), CatSalut.

Notes: PADES: Programes d'atenció domiciliària. UFISS: Unitat funcional interdisciplinària socio-sanitària.

(UFISS) de geriatria i cures pal·liatives s'ha atès 3.567 i 1.193 persones, respectivament, i s'ha donat l'alta a 1.193 i 1.382 persones (vegeu la figura 9).

La prestació farmacèutica

L'increment en la prescripció de receptes mèdiques del CatSalut respecte de l'any 2010 ha estat d'un 1,9% en receptes, alhora, l'import total ha experimentat un decrement del 7,4%.

En el quadre 4 (vegeu la pàgina 35) es presenten les DHD (dosis per 1.000 habitants/dia) dels 5 subgrups farmacològics seleccionats atès el seu alt consum. Es presenten les dades per als usuaris majors de 14 anys separades en dos trams d'edat i Àrees Integrals de Salut (AIS).

Així doncs, en l'AIS Nord trobem els valors més alts de DHD en el tram d'edat de 15 a 64 anys, excepte en el grup de l'osteoporosi que és l'AIS Dreta el territori que obté la DHD més alta (7,9). En el tram d'edat de 65 i més anys és l'AIS Dreta el que obté DHD més elevades, excepte en el grup dels hipocolesteremians que és l'AIS Nord el territori amb la DHD més alta (337,1). Pel que fa a les DHD més baixes en el tram d'edat de 65 i més anys, l'AIS Litoral és el territori que presenta valors

inferiors respecte a la resta, exceptuant el grup dels hipocolesteremians que és l'AIS Esquerra el que obté el valor més baix de DHD (296,4). En quant als valors mes baixos en el tram d'edat de 15 a 64 anys, hi ha mes variabilitat.

Quadre 4. Consum de dosis per 1.000 habitants i dia segons l'edat i les àrees integrals de salut. Barcelona, 2011.

Subgrup terapèutic	De 15 a 64 anys	De 65 i més anys
Ansiolítics		
AIS Dreta	35,6	143,7
AIS Esquerra	35,5	143,3
AIS Litoral	36,0	122,3
AIS Nord	42,1	125,2
Aines		
AIS Dreta	28,4	117,7
AIS Esquerra	29,6	113,8
AIS Litoral	34,1	109,3
AIS Nord	36,8	114,8
Osteoporosi		
AIS Dreta	7,9	92,5
AIS Esquerra	7,6	91,9
AIS Litoral	6,0	88,6
AIS Nord	7,5	90,4
Inhibidors bomba de protons		
AIS Dreta	41,3	412,8
AIS Esquerra	44,1	406,9
AIS Litoral	44,0	400,4
AIS Nord	51,2	405,2
Hipocolesteremians		
AIS Dreta	42,3	308,3
AIS Esquerra	39,7	296,4
AIS Litoral	39,9	328,8
AIS Nord	46,3	337,1

Font: Aparador de dades de prestació farmacèutica del CatSalut.

Indicadors de consum de recepta electrònica per trams d'edat

El tram d'edat de 0 a 14 anys presenta uns valors inferiors en la prescripció en recepta electrònica (RE). L'àrea integral de salut (AIS) que presenta un percentatge més elevat d'utilització de RE en la franja de majors de 65 anys és l'AIS Litoral, amb un 75,9%. Pel que fa al percentatge de pacients inclosos en la RE, és l'AIS Nord, en la franja de majors de 65 anys, el territori que presenta un percentatge més alt (73,3%). L'AIS Nord mostra, en totes les franges d'edat, valors de percentatge més elevats en l'indicador de pacients amb més del 90% en RE (la resta seria en recepta paper), en els pacients que reben RE.

Quadre 5. Utilització de la recepta electrònica per àrea integral de salut i grup d'edat. Barcelona, 2011.

	RE	Pacients RE	Pacients amb més del 90% de RE / pacients amb RE
AIS Esquerra			
De 0 a 14 anys	27,1%	28,0%	95,5%
De 15 a 64 anys	54,8%	40,4%	95,8%
De 65 i més anys	65,4%	67,0%	97,0%
AIS Litoral Mar			
De 0 a 14 anys	28,9%	37,6%	92,7%
De 15 a 64 anys	61,1%	48,1%	95,0%
De 65 i més anys	75,9%	68,1%	97,9%
AIS Nord			
De 0 a 14 anys	53,2%	59,3%	97,1%
De 15 a 64 anys	62,9%	49,9%	96,1%
De 65 i més anys	75,1%	73,3%	98,1%
AIS Dreta			
De 0 a 14 anys	53,4%	60,4%	96,9%
De 15 a 64 anys	60,8%	51,2%	96,2%
De 65 i més anys	61,6%	62,8%	97,0%

Font: Aparador de dades de prestació farmacèutica del Catsalut.
Nota: RE: recepta electrònica.

Les pràctiques preventives

36

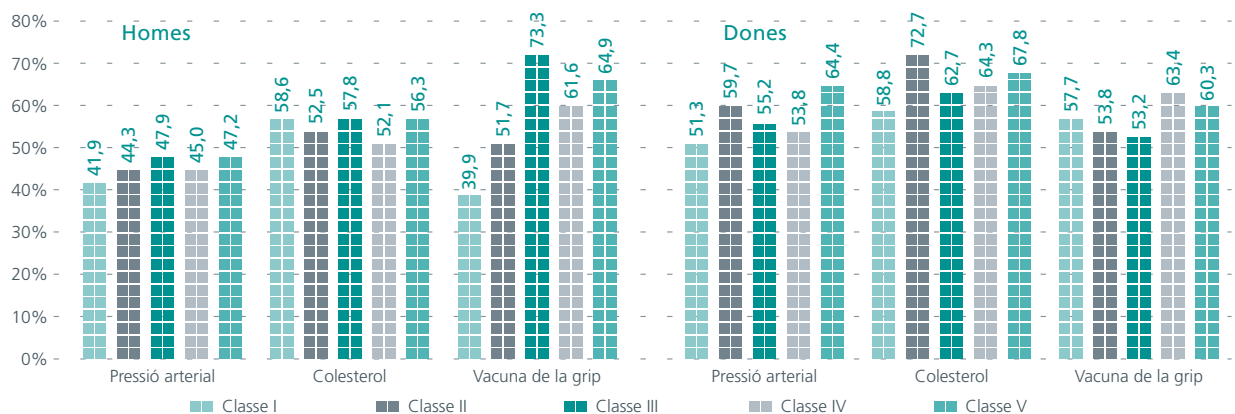
Quan es parla de prevenció, cal distingir el que és la prevenció primària de la secundària. La prevenció primària comporta accions encaminades a evitar l'aparició de la malaltia i, a vegades, a controlar els factors de risc de la malaltia. Així, el control de la pressió arterial i del colesterol són importants a fi d'evitar l'aparició de malalties cardiovasculars.

Pel que fa a la pressió arterial, es recomana un control cada 4 o 5 anys en homes i dones d'entre

14 i 40 anys, i a partir dels 40 anys, cada dos anys. A Barcelona, el 46% dels homes i el 56,5% de les dones de 15 anys o més declaren fer-se controls periòdics de la pressió arterial (segons dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011).

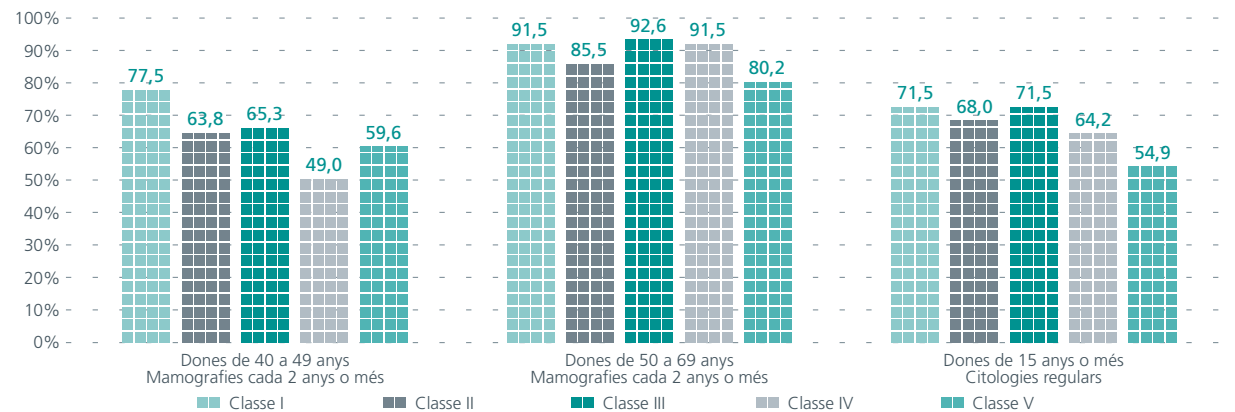
En el cas del colesterol, es recomana un control abans dels 35 anys en els homes i abans dels 45 en les dones. A partir d'aquesta edat, el control recomanat és cada 5 o 6 anys. A Barcelona, un 55,2% dels homes i un 64,5% de les dones de 60 anys o més declaren fer-se revisions periòdiques del colesterol.⁷

Figura 10. Persones de 15 anys o més que es fan controls periòdics de la pressió arterial i el colesterol i persones de 65 anys o més que es vacunen cada any de la grip segons la classe social. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.
 Nota: La classe I és la més afavorida i la classe V la més desafavorida.

Figura 11. Dones de 40 a 49 anys i de 50 a 69 anys que es fan mamografies regulars i dones de 15 anys o més que es fan citologies regulars segons la classe social. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.
 Nota: La classe I és la més afavorida i la classe V la més desafavorida.

Quant a la vacuna de la grip en persones de 65 anys o més, el 61,9% dels homes i el 59,3% de les dones declaren vacunar-se cada any, i també s'observa una tendència més alta en les persones de nivells socials més desavantatjats.

En la figura 10 (vegeu la pàgina 36) es pot veure com es distribueixen aquests valors segons el nivell socioeconòmic de les persones. En general, no hi ha diferències notables, si bé sembla haver-hi una lleugera tendència en el sentit que són les persones de nivell socioeconòmic més baix les que realitzen més aquest tipus de pràctiques preventives.

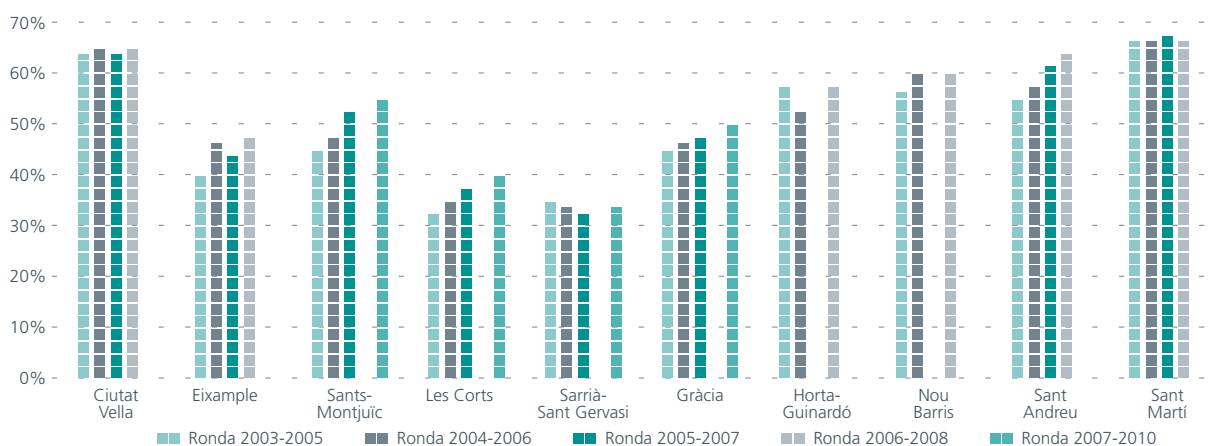
Un altre tipus de prevenció és la detecció precoç o prevenció secundària, que detecta la presència de la malaltia abans que n'apareguin els símptomes. Pel que fa a la detecció precoç de càncer de mama, es recomana fer-se una mamografia cada dos anys a partir dels 50 anys, la qual cosa s'ha estimat que suposa una reducció de la mortalitat entre un 20% i un 35%. Abans d'aquesta edat, només es recomana fer-se mamografies quan

el professional ho consideri necessari, tenint en compte que l'eficàcia (probabilitat d'èxit) de la mamografia és més baixa. A Barcelona, un 64,9% de les dones de 40 a 49 anys i un 88,7% de les de 50 a 69 anys declaren fer-se mamografies cada dos anys o menys.

En el cas de les citologies per a la detecció precoç de càncer de coll d'úter, es recomana efectuar la detecció precoç mitjançant una citologia en les dones que han iniciat les seves relacions sexuals, a partir dels 25 anys i fins als 65 amb periodicitat triennal⁷. Un 64,6% de dones de 15 anys o més declara fer-se citologies vaginals periòdicament. Per classe social, en general, les dones de nivell socioeconòmic més baix es fan menys mamografies i citologies periòdiques, tal com es pot veure en la figura 11 (vegeu la pàgina 36). Quant a la via per la qual es fan les mamografies periòdiques, el 57,9% de les dones de població diana declaren fer-se-les a través del Programa de detecció precoç de càncer de mama. En la figura 12, es pot observar com els nivells de participació més alts es troben als districtes de la ciutat amb un nivell socioeconòmic més baix. Els percentatges oscil·len entre el 30% a Sarrià-Sant Gervasi i el 70% a Ciutat Vella o Sant Martí.

⁷ <www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/speshc.htm>
⁸ Estratègies i prioritats en el càncer a Catalunya. Pla Director d'Oncologia: objectius 2010. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Barcelona, 2009.

Figura 12. Participació en el Programa de detecció precoç de càncer de mama per districtes i programació. Barcelona, 2003-2010.



Font: Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama de Barcelona.

Nota: Índex de capacitat econòmica familiar (ICEF): baix (Ciutat Vella, Nou Barris), mitjà (Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó, Sant Andreu, Sant Martí), alt (Eixample, les Corts, Sarrià-St. Gervasi, Gràcia).



Els determinants de l'entorn físic

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La participació de la comunitat

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

Les pràctiques preventives

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat i la higiene dels aliments

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac i drogues

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

Cardiopatia isquèmica i malaltia cerebrovascular (ictus)

Malaltia pulmonar obstructiva crònica

Diabetis mellitus

Càncer

Malalties de l'aparell locomotor

L'estat de salut, el benestar i la limitació funcional

L'obesitat i l'excés de pes

La salut mental

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit i altres

Les malalties transmissibles

La salut reproductiva

Monogràfics

El botulisme

Les condicions d'habitatge i barri

40

Segons l'Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya duta a terme l'any 2006 (ECVHP-2006), el 71,2% de les persones residents a Barcelona van declarar viure en un habitatge de propietat (el 31,8% de les quals amb pagaments ajornats) i el 25,3%, de lloguer. El 25,2% van declarar disposar d'una segona residència, el 70% de les quals de propietat. En el quadre 1 es mostren alguns indicadors relacionats amb l'habitatge i el barri per al conjunt de Barcelona i per districtes. Pel que fa a les condicions de l'habitatge a la ciutat de Barcelona, la manca d'espai (16,2%) i el soroll (13,4%) van ser els principals inconvenients manifestats per les persones entrevistades (dades de l'ECVHP-2006). A més, segons l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, el 19,7% dels habitatges amb dos o més pisos no disposen d'ascensor. Cal afegir que el parc d'habitatges és relativament antic: segons dades de la Direcció General del Cadastre de l'any 2011, el 38,3% dels habitatges de la ciutat van ser construïts abans de l'any 1960. Les condicions de l'habitatge varien molt segons el districte: els habitatges de Ciutat Vella són els que presenten pitjors condicions, ja que el 84,3% van ser construïts abans del 1960, i el 67% de residents han declarat viure en un habitatge sense ascensor.

Pel que fa a la distribució de la renda familiar disponible per càpita a la ciutat de Barcelona, l'any 2011 presenta diferències importants: oscil·la entre el 63,2% de la renda mitjana de Barcelona (100%) al districte de Nou Barris i el 186,2% a Sarrià. Aquestes diferències encara són més importants als barris, de fins a sis vegades superiors per a famílies residents a les Tres Torres (225%), al districte de Sarrià, en comparació de famílies residents a Can Peguera (33%), al districte de Nou Barris. Aquestes diferències socioeconòmiques també s'han observat en relació amb el preu de venda i lloguer d'habitatges de segona mà: els preus de lloguer són de gairebé el doble i els de venda, quatre vegades superiors, segons el districte on es troba l'habitatge (i de fins a dues, cinc i vuit vegades superiors segons el barri).

D'ençà que es va començar a dur a terme l'Enquesta de victimització de Barcelona, l'any 1984, l'índex de victimització –el percentatge de persones residents a Barcelona que van declarar haver estat víctimes d'un fet delictiu el darrer any– va presentar una reducció des del 24,9%, l'any 1984, fins al 13,4%, l'any 1998, per tornar a augmentar progressivament fins a assolir els mateixos nivells que fa gairebé 30 anys (24,2% l'any 2011). L'any 2011, han predominat els delictes relacionats amb la seguretat personal (15,4%) i amb el vehicle (7,1%), ambdós majoritàriament referits a robatoris (consumats o no). L'índex va presentar diferències segons els districtes: els de Ciutat Vella i l'Eixample han presentat els índexs més elevats, en canvi, els de les Corts, Gràcia i Horta, els més baixos.

Quadre 1. Indicadors relacionats amb l'habitatge i el barri, segons els districtes. Barcelona, 2011.

Districtes	Habitatge			Barri				
	Manca d'ascensor ¹	Habitatges construïts <1960 ²	RFDpc ³	Preu lloguer habitatge segona mà (euros) ⁴	Preu venda habitatge segona mà (euros) ⁴	Índex de victimització ⁵	Superfície de verd urbà en m ² per habitant ⁶	Distribució de verd urbà ⁶
Ciutat Vella	67,0%	84,3%	75,2	859	273.080	31,2%	6,1	5,8%
Eixample	8,3%	54,9%	114,4	1.013	389.577	28,5%	1,8	4,4%
Sants-Montjuïc	22,3%	39,2%	76,1	789	246.444	26,8%	17,2	28,6%
Les Corts	6,9%	18,6%	140,7	1.170	535.733	19,7%	9,1	6,9%
Sarrià-Sant Gervasi	8,2%	37,5%	186,2	1.297	756.952	25,0%	6,7	8,9%
Gràcia	28,5%	46,0%	102,5	890	354.879	18,1%	3,3	3,6%
Horta-Guinardó	35,4%	25,4%	80,7	746	262.791	19,8%	7,3	11,3%
Nou Barris	19,6%	20,7%	63,2	692	186.096	22,7%	6,5	9,9%
Sant Andreu	12,1%	22,3%	74,5	770	244.505	21,7%	3,9	5,3%
Sant Martí	10,1%	27,6%	81,5	912	283.407	24,5%	7,3	15,5%
Total Barcelona	19,7%	38,3%	100,0	950	360.450	24,2%	6,8	100%

Fonts: ¹Enquesta de Salut de Barcelona, 2011. ²Direcció General del Cadastre, 2011. ³Barcelona Economia. Gabinet Tècnic de Programació, Ajuntament de Barcelona, 2010. ⁴Departament d'Estudis Fiscals, Ajuntament de Barcelona, 2011. ⁵Enquesta de victimització de Barcelona, 2012. ⁶Direcció de Serveis d'Espais Verds. Habitat Urbà. Ajuntament de Barcelona.

Nota: RFDpc: renda familiar disponible per càpita.

La seguretat i la higiene dels aliments

La vigilància i el control dels aliments i dels establiments alimentaris es materialitzen en inspeccions sanitàries, en auditories dels autocontrols de les empreses basades en el sistema d'anàlisi de perills i punts crítics de control (APPCC) i en la presa de mostres. El tipus d'actuació de control oficial majoritari en termes absoluts és la visita d'inspecció sanitària.

Els objectius de les inspeccions són diversos: tràmits de registre sanitari, intervencions en brots de toxiinfeccions alimentàries, supervisió de les condicions estructurals, dels equips i de la higiene, de les pràctiques de producció, de la manipulació dels aliments, dels productes i de l'etiquetatge.

Les freqüències d'inspecció responen al risc estimat i al tipus d'activitat dels establiments. Les inspeccions sanitàries es planifiquen i s'executen sobre la base dels diferents programes de vigilància i control: programes marc (d'indústries, restauració i minoristes d'alimentació), Programa de classificació d'establiments alimentaris i Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), entre d'altres.

Durant l'any 2011, s'han realitzat un total de 8.559 actuacions de control oficial, de les quals 7.357 inspeccions en establiments alimentaris, 91 auditories a APPCC, 438 mostres prospectives d'aliments dins el programa de vigilància IQSA i

423 mostres d'aliments d'altres actuacions de vigilància i control. A més, es duu a terme la inspecció permanent dels mercats centrals i de l'escorxador de Mercabarna.

Pel que fa al resultat de les inspeccions, es consideren conformes aquelles on no s'han detectat deficiències o bé s'han detectat deficiències lleus que no impliquen riscos per a la salut dels consumidors. D'altra banda, es consideren no conformes els resultats de les inspeccions en establiments on s'han detectat deficiències greus o greus per reincidència. Cal aclarir que les deficiències, malgrat que siguin lleus, impliquen sempre mesures de correcció amb seguiment que, en cas de no ser ateses, poden derivar en deficiències greus per reincidència. Respecte als resultats obtinguts i en relació amb les condicions estructurals i de manteniment, el 97,2% de les inspeccions són conformes mentre que el 2,8% són no conformes. L'1,8% de les inspeccions presenten alguna no-conformitat pel que fa a la neteja (higiene) dels seus equips i instal·lacions, davant el 98,2% que són conformes. El processament i la manipulació dels aliments s'han considerat conformes en el 97,4% de les inspeccions, i el 2,6% restant són no conformes. Les condicions tecnicosanitàries dels productes són conformes en un 95,6% dels casos, i no conformes en el 4,4% restant. En l'adequació de l'etiquetatge a la norma, el 95,9% dels casos és conforme, davant el 4,1%, que és no conforme. Finalment, si ens fixem en l'origen i la traçabilitat dels aliments, el 96,1% dels casos són conformes i el 3,9%, no conformes (vegeu el quadre 2).

Com a resultat de les deficiències detectades en els controls esmentats, s'estableixen, entre d'altres, les mesures següents: 126 seguiments urgents dels establiments, 71 advertiments o requeriments, 49 multes coercitives, 57 expedients sancionadors, 13 suspensions d'activitat, 133 retirades de producte del mercat i 2 tancaments cautelars d'establiments.

Quadre 2. Resultats del control sanitari en les inspeccions fetes als establiments alimentaris. Barcelona, 2011.

Aspecte controlat	Resultat del control sanitari			
	Conforme		No conforme	
	N	(%)	N	(%)
Estructura i manteniment dels establiments	5.972	(97,2%)	170	(2,8%)
Condicions higièniques d'equips i instal·lacions	5.218	(98,2%)	94	(1,8%)
Processament i manipulació dels aliments	3.725	(97,4%)	100	(2,6%)
Condicions tecnicosanitàries dels productes	1.939	(95,6%)	90	(4,4%)
Etiquetatge dels productes	1.157	(95,9%)	50	(4,1%)
Origen i traçabilitat dels productes	766	(96,1%)	31	(3,9%)

Font: Registre de vigilància i control de l'Institut de Seguretat Alimentària de l'ASPB.

La qualitat de l'aire

42

Durant l'any 2011, el comportament dels dos contaminants més problemàtics envers la qualitat de l'aire a la ciutat ha estat dispar. Així, mentre que s'ha produït una disminució dels nivells anuals d'NO₂ en el fons urbà de la ciutat, els nivells de les partícules PM₁₀ han sofert un lleuger repunt, tot i que, per segon any consecutiu, es torna a complir el valor límit anual a totes les estacions de la ciutat.

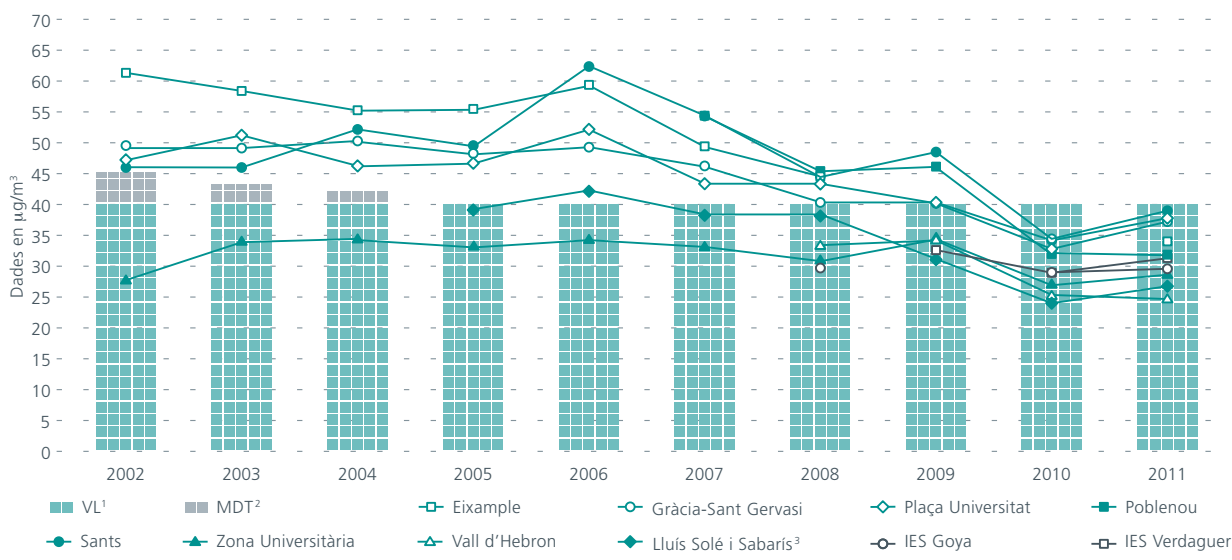
Quant a les partícules de diàmetre inferior a 10 micres (PM₁₀), es compleix el valor límit anual (40 µg/m³) a totes les estacions de la ciutat. Els nivells de fons urbà se situen entre els 25,2 µg/m³ i els 31,6 µg/m³, i els nivells entorn de les estacions de trànsit, entre els 31,6 µg/m³ i els 38,9 µg/m³ (figura 1). Tanmateix, se supera el percentil 90,4, establert com a valor límit diari, a les estacions de trànsit molt intens de plaça Universitat i Gràcia-Sant Gervasi i a l'estació de trànsit moderat de Sants, punt de mesurament on s'assoleixen els

nivells més elevats de la ciutat pel que fa a aquest contaminant. Aquest fet, recurrent des de fa anys, posa de manifest la incidència d'altres fonts diferents de la del trànsit, com ara la resuspensió del sòl al voltant del punt de mesurament.

Pel que es refereix al diòxid de nitrogen (NO₂), els nivells compleixen per primera vegada el valor límit anual (40 µg/m³) a totes les estacions de fons urbà (Vall d'Hebron i Ciutadella) de la ciutat i, fins i tot, es compleix a les estacions de trànsit moderat de Sants i a la nova estació de Palau Reial. Tanmateix, els nivells anuals d'aquest contaminant es mantenen estables des de l'any 2007 a les estacions de trànsit molt intens de Gràcia-Sant Gervasi i l'Eixample, que tornen a superar el valor límit de la mitjana anual (vegeu la figura 2, pàgina 43). Quant a les superacions del valor límit horari (200 µg/m³), tot i l'augment respecte de l'any anterior, no se superen les 18 hores permeses a cap de les estacions de la ciutat.

Pel que fa a la resta de contaminants, segueix la tendència dels darrers anys i es compleixen els valors límit o valors objectiu corresponents establerts pel Reial decret 102/2011 per als gasos (CO, SO₂ i O₃), metalls (Cd, Ni, As i Pb), hidrocarburs aromàtics policíclics (benzo[a]pirè), compostos orgànics volàtils (benzè) i partícules fines (PM_{2,5}).

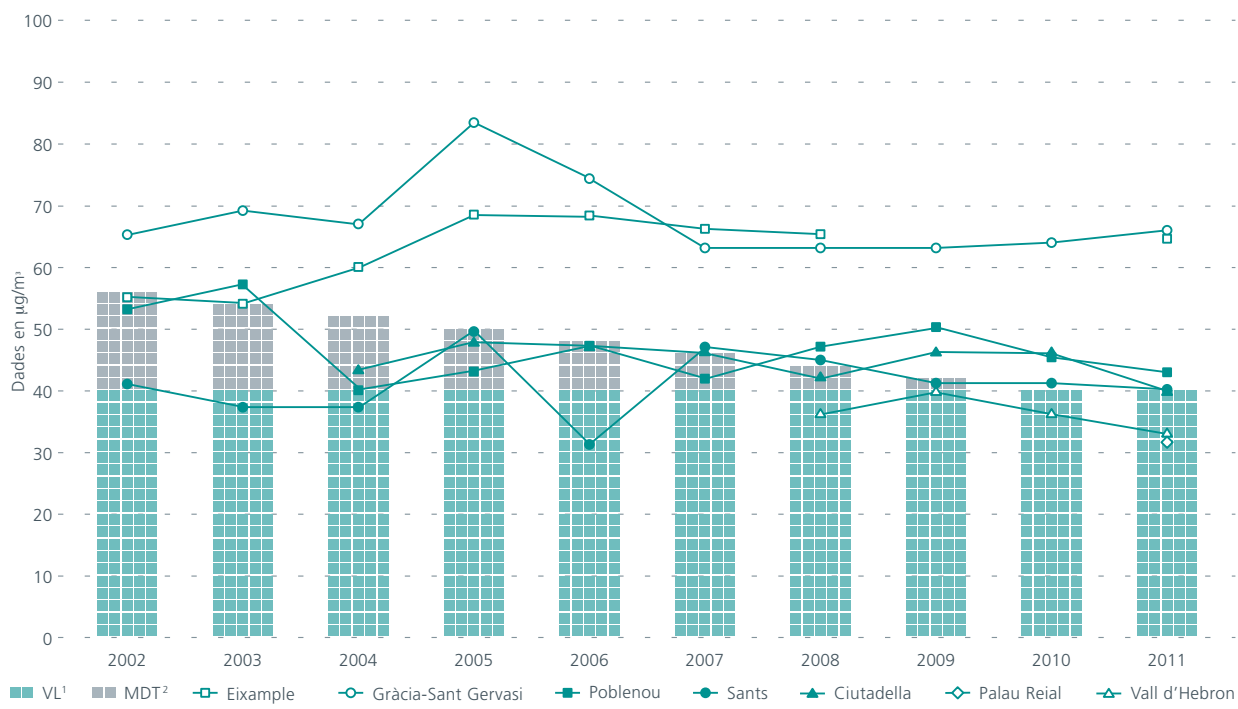
Figura 1. Evolució de la mitjana anual de partícules PM₁₀ per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2011.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental.

Notes: ¹Valor límit (VL) = 40 µg/m³. ²MDT (marge de tolerància). ³L'estació Lluís Solé i Sabarís va canviar l'any 2009 de mètode d'anàlisi i d'ubicació; actualment s'ubica a l'estació de Palau Reial.

Figura 2. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen (NO₂) per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2011.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental.

Notes: ¹Valor límit (VL) = 40 µg/m³. ²MDT (marge de tolerància).

La qualitat de l'aigua

44

El control de la qualitat de l'aigua de consum humà

Les normatives de la qualitat de l'aigua de consum humà tenen com a objectiu últim garantir la qualitat sanitària de l'aigua a l'aixeta del consumidor, és a dir, al punt final de consum. De manera sintètica, el procés de control de la qualitat de l'aigua de consum humà engloba tres nivells:

- + L'autocontrol, responsabilitat de l'entitat gestora o responsable de l'abastament de l'aigua;
- + La vigilància sanitària, responsabilitat de l'autoritat sanitària;
- + El control a l'aixeta del consumidor, responsabilitat del municipi.

Al municipi de Barcelona, l'ASPB executa les activitats pròpies de la vigilància sanitària com a autoritat sanitària, i el control de la qualitat de l'aigua a l'aixeta dels ciutadans com a competència municipal. El quadre 3 (pàgina 45) mostra un resum de les activitats de control i vigilància que ha dut a terme l'ASPB durant els últims 5 anys (2007-2011).

La qualitat de l'aigua subministrada a Barcelona

La distribució geogràfica de l'aigua de consum humà al municipi no segueix l'organització administrativa de la ciutat en deu districtes, sinó que s'agrupa en tres zones d'abastament en funció de l'origen de l'aigua: zona B, amb aigua majoritàriament d'origen Llobregat i aportacions menors d'aigua dessalada del mar Mediterrani; zona E, amb aigua majoritàriament d'origen Ter, i la zona D, amb una barreja variable d'aigua d'origen Llobregat i Ter (vegeu la figura 3).

La diferent qualitat de l'aigua captada en origen al Llobregat o al Ter condiona en gran mesura la qualitat final de l'aigua distribuïda. La posada en funcionament durant l'any 2009 de millores tecnològiques en el procés de potabilització a les estacions de tractament d'aigües potabilitzadores (ETAP) que tracten l'aigua d'origen Llobregat ha suposat una millora important en la qualitat de l'aigua subministrada. Aquesta millora s'ha fet

especialment palesa en les concentracions totals de trihalometans (THM), que han disminuït marcadament i s'han ajustat a la restricció del valor paramètric dels 150 µg/l fins als 100 µg/l que va entrar en vigor l'1 de gener del 2009.

La qualitat de l'aigua a l'aixeta del consumidor

Des de l'inici d'aquest programa de control el 2004 i fins el 2011, l'ASPB ha mostrejat un total de 2.632 aixetes dels consumidors: comerços (64%), escoles/centres educatius (20%), edificis públics (8%), domicilis particulars (7%), hotels/albergs (1%) i centres sanitaris/residències (0,2%). La incidència que s'ha trobat amb més freqüència és la superació del límit màxim vigent de plom (25 µg/l) (3,1% del total d'aixetes mostrejades), seguida de les concentracions de clor insuficients (2,2%), presència de bacteris coliformes (1,9%), concentracions de ferro superiors al límit vigent (200 µg/l) (0,9%) i presència d'*Escherichia coli* (0,3%).

Figura 3. Divisió geogràfica de la distribució de l'aigua a Barcelona en tres zones d'abastament (zona B, D i E). Barcelona, 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir d'Aigües de Barcelona.

Les incidències per desinfectant insuficient o per recomptes microbiològics solen ser puntuals i sovint no es confirmen en un segon mostreig (percentatge de confirmació del 16-41%). Normalment són degudes a la manca de manteniment i neteja de les instal·lacions i/o a l'estancament de l'aigua, sobretot en cas que hi hagi dipòsits interns de distribució a la finca. En canvi, les anomalies o els incompliments

atribuïbles als materials existents (Pb, Fe) a la xarxa de canonades interna de l'edifici (vegeu la figura 4) són permanents i no es resolen fins que no se substitueixen les canonades. El 3,1% de les mostres recollides en aixetes superen el límit màxim vigent establert per al plom. D'altra banda, en el 8,6% dels casos la concentració és superior als 10 µg/l, límit que serà vigent a partir de l'1 de gener del 2014. Tot i que el mostreig ha estat especialment dirigit als edificis construïts abans del 1980 i, per tant, no és extrapolable al conjunt de la ciutat, els resultats suggereixen el possible abast d'aquest problema a la ciutat de Barcelona.

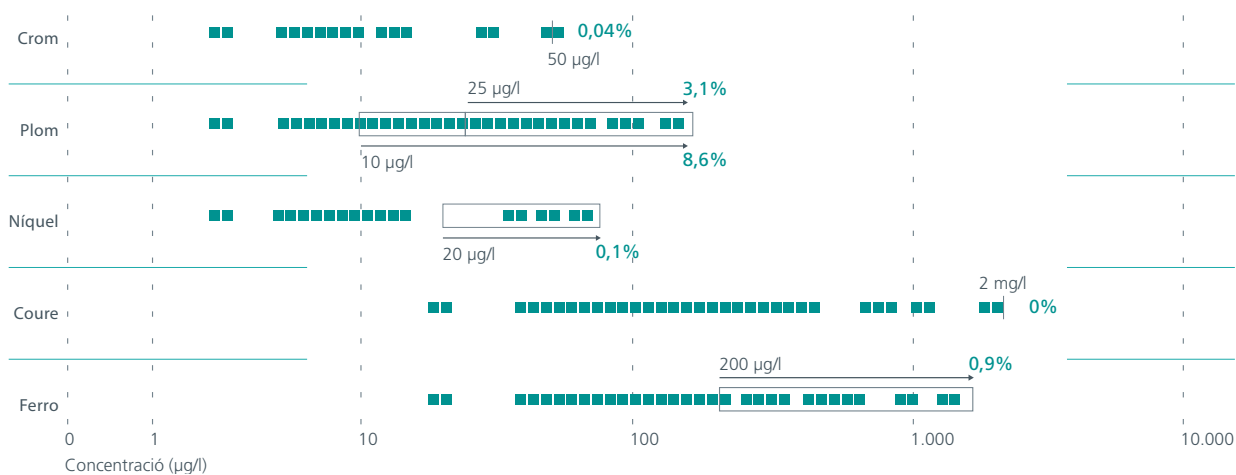
Quadre 3. Nombre d'inspeccions, mesures i mostres recollides en l'execució de les tasques de competència de l'ASPB. Barcelona, 2007-2011.

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Control sanitari d'instal·lacions:						
Nombre d'instal·lacions inspeccionades (captacions, ETAP i dipòsits)	-	19	-	-	19	38
Supervisió de l'autocontrol d'entitats gestores:						
Nombre d'inspeccions de supervisió	2	2	2	2	2	10
Control de la desinfecció:						
Nombre de controls (dipòsits + fonts públiques) ¹	-	437	488	457	242	1.624
Vigilància de la qualitat de les aigües:						
Nombre de mostres recollides a la xarxa de distribució ¹	8	16	16	16	16	72
Control a l'aixeta del consumidor:						
Nombre de mostres	298	551	442	540	441	2.272

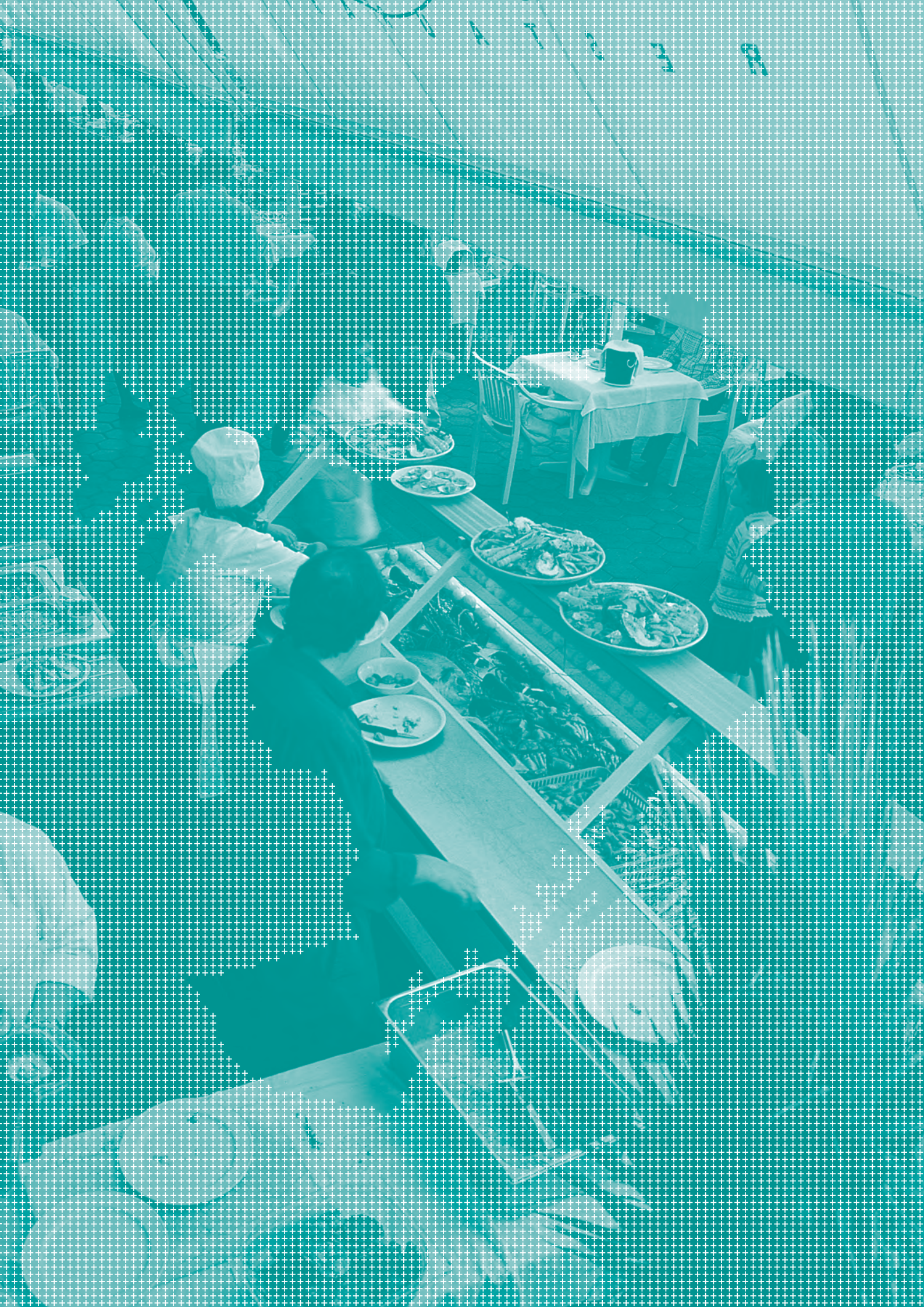
Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental de l'ASPB.

Nota: ¹S'hi inclouen només els controls planificats sense comptar les possibles reinspeccions en cas d'anomalia/incompliment.

Figura 4. Concentració dels metalls crom, plom, níquel, coure i ferro a les aixetes dels ciutadans i percentatge de mostres que superen el límit paramètric establert pel RD 140/2003. Barcelona, 2004-2011.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental de l'ASPB.



Els comportaments relacionats amb la salut

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La participació de la comunitat

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

Les pràctiques preventives

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat i la higiene dels aliments

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac i drogues

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

Cardiopatia isquèmica i malaltia cerebrovascular (ictus)

Malaltia pulmonar obstructiva crònica

Diabetis mellitus

Càncer

Malalties de l'aparell locomotor

L'estat de salut, el benestar i la limitació funcional

L'obesitat i l'excés de pes

La salut mental

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit i altres

Les malalties transmissibles

La salut reproductiva

Monogràfics

El botulisme

L'activitat física i la mobilitat

48

L'activitat física

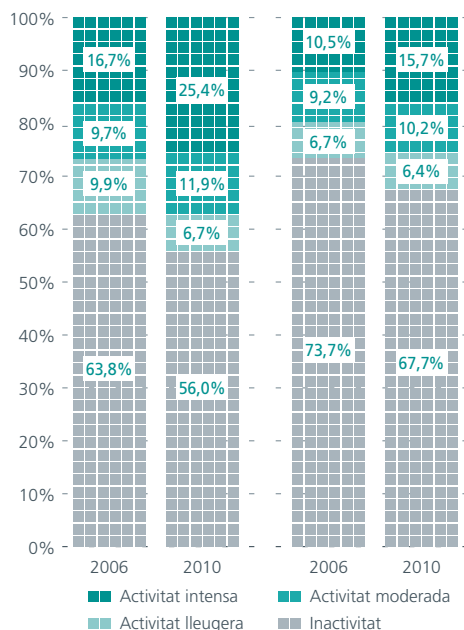
Hi ha una gran evidència sobre la contribució de l'activitat física en la prevenció, tant primària com secundària, de multitud de malalties cròniques, així com una disminució del risc de mort prematura. La prevalença del sedentarisme en la nostra societat és més elevada que altres factors de risc modificables d'aquestes malalties. La informació recollida per l'Enquesta de salut de Barcelona (ESB) del 2011 permet conèixer el tipus d'activitat física que les persones realitzen, tant en la seva activitat principal com en el seu temps de lleure, com ara caminar o fer esport. A Barcelona, el 38,6% de la població major de 15 anys duu a terme una activitat habitual sedentària, percentatge lleugerament més elevat en el cas de les dones i que augmenta amb l'edat fins a arribar al 47,9% de dones de més de 65 anys que no fan exercici físic en la seva activitat

principal, davant el 43,4% de les dones de la mateixa edat que realitzen habitualment una activitat física moderada. L'activitat física principal està molt lligada a la situació laboral o al tipus d'ocupació. Així, el 6,7% realitza una labor que requereix un esforç físic important. Aquest percentatge augmenta en les classes socials desfavorides, especialment en el cas dels homes, que en aquest grup arriba al 16%, xifra que contrasta amb el 2,9% dels homes de les classes més afavorides.

Quant a l'activitat física en temps de lleure, una gran majoria, el 84,1% de la població major de 15 anys, camina almenys 10 minuts el dia, i el 37,9% camina 30 minuts o més. Si exclouem l'exercici de caminar, l'activitat física en el temps lliure és clarament superior en els homes. Així, fan exercici intens el 25,3% dels barcelonins davant el 15,7% de les barcelonines, percentatges que s'han incrementat respecte de les dades obtingudes en anys anteriors (vegeu la figura 1). Aquestes diferències per sexe s'observen en tots els grups d'edat, alhora que s'adverteix que les persones de la classe social més afavorida practiquen més activitat física en el temps de lleure.

El desenvolupament d'hàbits de vida saludables i la realització d'activitat física es consideren especialment fonamentals en la població infantil. A Barcelona, un de cada tres infants participa diàriament o gairebé diàriament en jocs físics o esportius, percentatge que és lleugerament superior entre els nens. Així mateix, en el cas dels infants, és important valorar les activitats de caràcter sedentari com són veure la televisió o jugar amb l'ordinador o les consoles de joc (vegeu la figura 2, pàgina 50). El 37,5% mira la televisió més de set hores la setmana, percentatge que és lleugerament més gran en el cas de les noies (36,7% de nois i 38% de noies), i només el 9,6% dels nois i el 15,7% de les noies juguen al parc o al carrer més de set hores la setmana. El 75,4% del nens i nenes juga almenys una hora la setmana amb la consola de joc, i el 63,2% ho fa el mateix temps amb els jocs d'ordinador.

Figura 1. Evolució del tipus d'activitat física en el temps de lleure (excepte caminar) segons el sexe. Població de 15 anys o més. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006 i 2011.

La mobilitat

L'any 2011, el 95% de la població resident a Barcelona major de 15 anys ha fet desplaçaments en un dia feiner. El mode de transport més freqüentment utilitzat ha estat el desplaçament a peu, seguit del transport públic i el cotxe. Els vehicles de dues rodes —motocicletes, ciclomotors i bicicletes— són els mitjans utilitzats amb menys freqüència. Les dones s'han desplaçat a peu i amb transport públic en una proporció més elevada que els homes, i els homes ho han fet amb cotxe, motocicleta o ciclomotor i bicicleta en una mesura més gran que les dones. En la figura 3 (vegeu la pàgina 50) es mostra la distribució per sexes i mode de desplaçament que es comenta a continuació:

- + Desplaçament a peu: el 63,5% de la població ha fet desplaçaments a peu (el 59,4% d'homes i el 67,2% de dones), percentatge que arriba al 75,0% en el cas de les dones nascudes en països en desen-

volupament. Els qui menys han caminat són els homes de 35 a 54 anys, amb un 51,7%.

- + Desplaçament amb transport públic: el 40,5% de la població s'ha desplaçat amb transport públic; el 19,8%, amb autobús; el 28,1%, amb metro o tramvia, i el 2,2%, amb tren. En general, les dones (43,4%) s'han desplaçat en una proporció més elevada amb transport públic que els homes (37,3%). L'ús del transport públic disminueix a mesura que augmenta l'edat. Pel que fa al país d'origen, les dones nascudes a la resta de països desenvolupats són les que s'han desplaçat en una proporció més elevada amb transport públic (59,6%).
- + Desplaçament amb motocicleta o ciclomotor: s'han desplaçat amb motocicleta o ciclomotor l'11,1% dels homes i el 3,6% de les dones. El grup d'homes de 25 a 54 anys i el de dones de 15 a 24 anys són els que s'han desplaçat en una proporció més elevada amb motocicleta o ciclomotor. El percentatge de persones que s'ha desplaçat amb aquests vehicles augmenta en les classes socials més afavorides i disminueix en la població nascuda en països en desenvolupament (5,2% d'homes i 0,4% de dones).
- + Desplaçament amb cotxe: el 16,7% dels residents a Barcelona s'ha desplaçat amb cotxe, el 22,2% d'homes i l'11,8% de dones. Les persones de 35 a 65 anys són les que més l'usen, el 29% dels homes i el 15,2% de les dones. Quant a la classe social, s'aprecia un clar gradient, de manera que són les persones de classes més afavorides les que en una proporció més elevada es desplacen amb cotxe. La població d'origen català és la que més s'ha desplaçat amb cotxe, el 24,6% d'homes i el 14,4% de dones.
- + Desplaçament amb bicicleta: la bicicleta, com a mitjà de transport, l'ha utilitzat el 3% de la població. L'ús ha estat més freqüent en homes (4,2%) que en dones (1,9%). El nombre de persones que es desplaça amb bicicleta disminueix amb l'edat, i en els majors de 65 anys és del 0,4%. Els homes nascuts en països desenvolupats són els que es desplacen amb bicicleta en un percentatge més elevat (8%).

Amb uns patrons molt similars entre homes i dones, els districtes amb la proporció més elevada de persones que es desplacen a peu són Nou Barris (75,8%) i Gràcia (74,1%), i el que té una proporció més baixa és Sant Andreu (52,9%). Horta-Guinardó (57,1%) és el districte amb una proporció més elevada de persones que es desplacen amb transport públic, i el que menys, Sant Martí-Poble Nou (26,8%). El percentatge més elevat de persones que es desplacen amb cotxe es troba a Sarrià-Sant Gervasi (28,6%) i, el més baix, a Ciutat Vella (2,5%). Els districtes amb un percentatge més alt de persones que es desplacen amb motocicleta és les Corts (10,3%), i amb ciclomotor, Sarrià-Sant Gervasi (2,9%), mentre que el més baix es troba a Ciutat Vella (1,1%) i a Horta-Guinardó (0,6%), respectivament. A Sants-Montjuïc (5,2%) s'observa la proporció més elevada de persones que usen la bicicleta per desplaçar-se, i a Nou Barris (1,2%), la proporció més baixa de ciclistes en dia feiner (vegeu el quadre 1).

Quadre 1. Distribució de les persones que s'han desplaçat en un dia feiner segons el mode de transport i el districte. Barcelona, 2011.

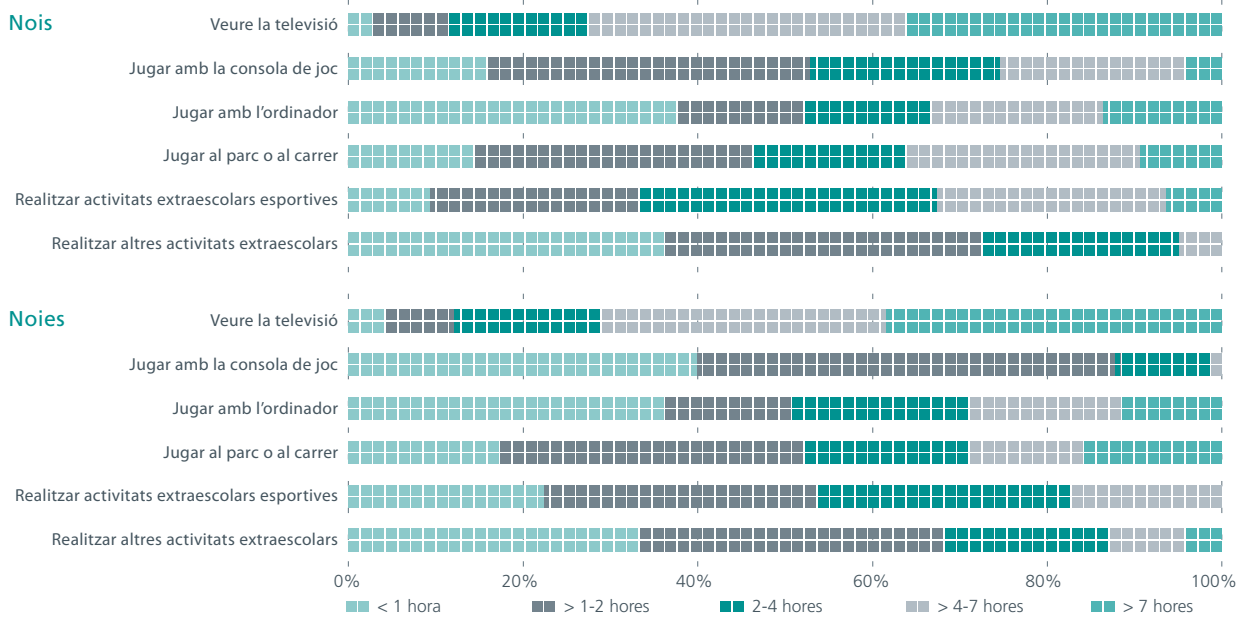
	A peu	Amb transport públic	Amb cotxe	Amb motocicleta	Amb ciclomotor	Amb bicicleta
Homes						
Ciutat Vella	59,9%	31,6%	2,1%	1,9%	3,1%	4,3%
Eixample	58,7%	40,7%	16,9%	13,8%	2,6%	2,9%
Sants-Montjuïc	55,6%	40,9%	16,7%	7,7%	1,4%	7,6%
Les Corts	56,4%	38,1%	28,0%	15,7%	0,0%	6,3%
Sarrià-Sant Gervasi	62,7%	38,0%	32,3%	12,2%	4,7%	2,2%
Gràcia	68,7%	39,2%	20,2%	11,0%	2,5%	4,9%
Horta-Guinardó	52,3%	44,4%	32,9%	16,6%	0,0%	2,4%
Nou Barris	74,3%	32,4%	19,6%	1,3%	1,1%	1,8%
Sant Andreu	48,1%	36,4%	26,0%	9,9%	0,7%	3,2%
Sant Martí	63,3%	25,9%	23,3%	4,1%	0,6%	5,1%
Dones						
Ciutat Vella	70,9%	27,9%	2,9%	0,4%	1,3%	2,4%
Eixample	62,0%	47,2%	12,8%	4,7%	1,0%	2,1%
Sants-Montjuïc	63,0%	42,1%	8,7%	3,3%	0,0%	2,9%
Les Corts	71,0%	47,4%	17,7%	4,9%	0,5%	1,6%
Sarrià-Sant Gervasi	64,0%	39,0%	24,9%	6,9%	1,1%	1,4%
Gràcia	79,4%	54,6%	9,9%	4,6%	2,5%	4,3%
Horta-Guinardó	65,8%	69,8%	13,8%	2,1%	1,3%	1,1%
Nou Barris	77,2%	44,5%	6,0%	1,7%	0,6%	0,6%
Sant Andreu	57,9%	47,7%	15,6%	1,8%	1,3%	2,9%
Sant Martí	69,6%	27,6%	9,7%	0,0%	0,0%	1,7%

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

L'activitat física i la mobilitat

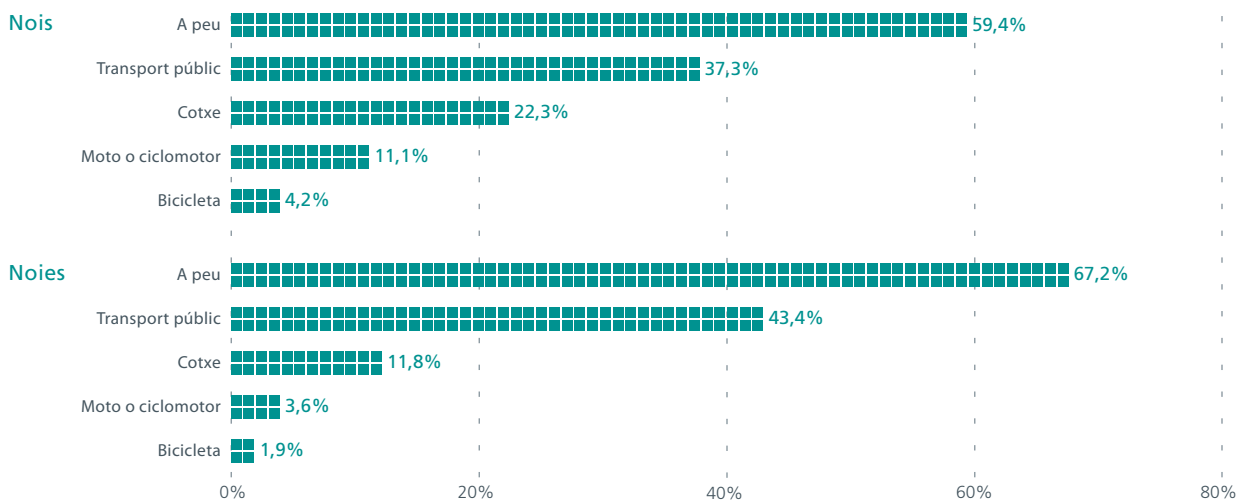
50

Figura 2. Hores la setmana de realització d'activitats de lleure segons el tipus d'activitat i sexe. Població de 6 a 14 anys. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

Figura 3. Distribució de les persones que s'han desplaçat en un dia feiner segons el mode de transport. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

Nota: població de 15 anys o més. Els percentatges no sumen 100 perquè una persona es pot desplaçar en més d'un mode de transport.

L'alimentació saludable

Adults

Una bona nutrició (una dieta suficient i equilibrada combinada amb l'exercici físic regular) és un element que facilita una bona salut. Una mala nutrició pot reduir la immunitat, augmentar la vulnerabilitat a les malalties i alterar el desenvolupament físic i mental. Hi ha una sèrie de comportaments que es poden classificar com a saludables, com ara incrementar el consum de fruites i verdures, disminuir el consum d'aliments rics en greixos o menjar menys dolços, i alguns no saludables, com ara el dejuni, saltar-se àpats o menjar molt poc, entre d'altres.

Segons les dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, una de cada deu persones residents a Barcelona consumeix diàriament cinc o més racions de fruita i verdura, quantitat que es considera necessària per a una dieta saludable. Hi ha diferències per sexe: la xifra de dones que consumeixen fruita i verdura en quantitats desitjables gairebé duplica la dels homes (un 12,3% de les dones davant un 6,8% dels homes).

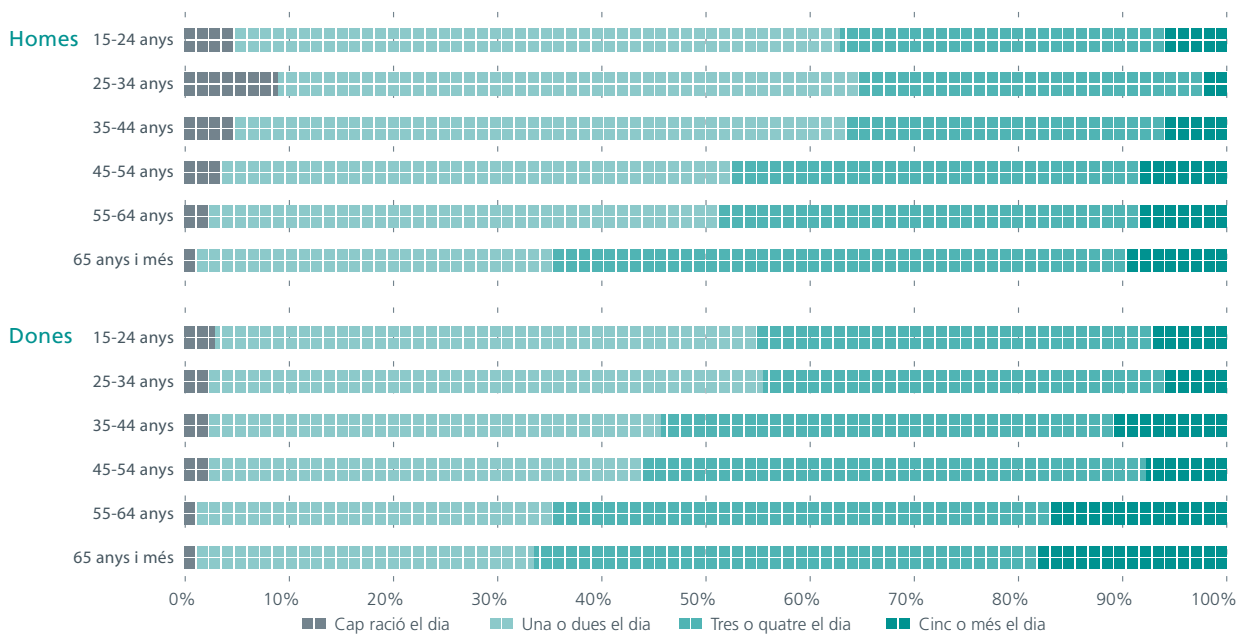
Per grups d'edat, el consum adequat és més elevat en les persones de major edat, i també es mantenen les diferències ja comentades per sexe. Així, el 18,3% de les dones majors de 65 anys i el 10,1% dels homes del mateix grup d'edat tenen una dieta adequada quant al consum de fruites i verdures (vegeu la figura 4). Per classes socials, veiem que entre les dones hi ha un gradient que va d'un consum adequat més elevat en les classes socials afavorides a un consum més baix en les classes socials desfavorides (d'un 15,4% en dones de classe social I a un 8,1% en les de classe social V). Una gran majoria de la població de Barcelona desdejuna cada dia abans de sortir de casa (el 83,3%).

Infants

Quant al consum de fruites i verdures diari de la població infantil, només el 5,0% de les noies i l'1,5% dels nois de 3 a 14 anys en prenen cinc o més el dia, mentre que la majoria se situen per sota d'aquesta recomanació. El 57,5% dels nois i el 45,0% de les noies prenen una o dues racions diàries de fruita i verdura, i el 39,8% dels nois i el 46,4% de les noies, tres o quatre el dia (vegeu la figura 5, pàgina 52).

El percentatge de població infantil (de 3 a 14 anys) que desdejuna abans de sortir de casa és del 93,1% (94,3% de nois i 91,8% de noies), davant el 83,3% dels adults. Gairebé nou de cada deu nens o

Figura 4. Consum de fruita i verdura el dia segons el grup d'edat i el sexe. Població de 15 anys o més. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

L'alimentació saludable

52

nenes de 3 a 14 anys esmorza a mig matí, xifra que contrasta amb pràcticament la meitat de la població adulta, que ho fa, en aquest cas, amb escasses diferències per sexe.

Els menors de 3 a 14 anys consumeixen de manera usual menjar no saludable. Així, en la figura 6 (vegeu la pàgina 53) s'observa que un 4,1% dels nois i un 5,5% de les noies pren productes de menjar ràpid (pollastre fregit, pizzes, hamburgueses...) més de 3 cops per setmana, i el 57,9% dels nois i el 53,4% de les noies, entre 1 i 3 cops per setmana. Un segon indicador és el consum de begudes amb sucre, fonamentalment, refrescs. Es pot apreciar que un 8,3% dels nois i un 5,1% de les noies prenen begudes amb sucre un o més cops el dia. Un tercer indicador són els productes amb sucre (pastes i altra brioixeria): el 6,8% dels nois i el 10,3% de les noies en mengen més de tres cops per setmana. Finalment, el quart indicador fa referència als snacks o menjars salats (patates fregides, ganxets, etc.): el 6,3% dels nois i el 8,9% de les noies en prenen més de 3 cops per setmana. Globalment, entre un 4 i un 8% dels nois i entre un 5 i un 10% de les noies de 3 a 14 anys estan exposats a alguna de les quatre conductes obesògenes abans esmentades.

Dins la conducta alimentària, el projecte de prevenció de l'obesitat infantil (projecte POIBA) dut a terme a Barcelona en escolars de 8 a 10 anys

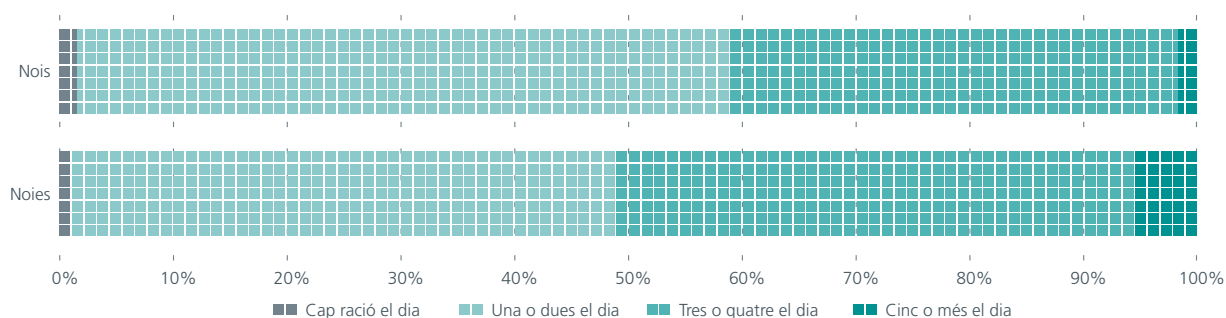
l'any 2011 també ha pogut identificar alguns aspectes de la conducta alimentària que poden considerar-se rellevants en relació amb el pes. El quadre 2 mostra que un 5,8% de nens i un 3,3% de nenes amb excés de pes, davant un 3,3% i un 2,6% amb pes normal, respectivament, mengen sols durant algun àpat, sense la presència de l'adult. S'observa també que un 53,9% de nens i un 47,2% de nenes amb excés de pes, davant un 46,7% i un 40,9% amb pes normal, respectivament, sopen habitualment davant del televisor. També s'ha identificat el factor protector que suposa per als nostres infants el fet de dinar a l'escola. Així, un 21,0% de nens i un 22,6% de nenes amb excés de pes, davant un 15,1% i un 17,7% amb pes normal, respectivament, no dinen habitualment a l'escola. Totes aquestes dades corresponents a menjar sol, sopar davant del televisor i no dinar a l'escola són estadísticament significatives en ambdós sexes i es reconeixen com a conductes de risc per arribar a tenir excés de pes en l'edat infantil.

Quadre 2. Conducta alimentària que comporta risc d'excés de pes segons el sexe, en infants de 3r de primària. Barcelona, 2011.

	Menjar sol N (%)	Sopar davant del televisor N (%)	No dinar a l'escola N (%)
Nens			
Pes normal	28 (3,3%)	398 (46,7%)	129 (15,1%)
Excés de pes	29 (5,8%)	270 (53,9%)	105 (21,0%)
Nenes			
Pes normal	24 (2,6%)	376 (40,9%)	163 (17,7%)
Excés de pes	16 (3,3%)	232 (47,2%)	111 (22,6%)

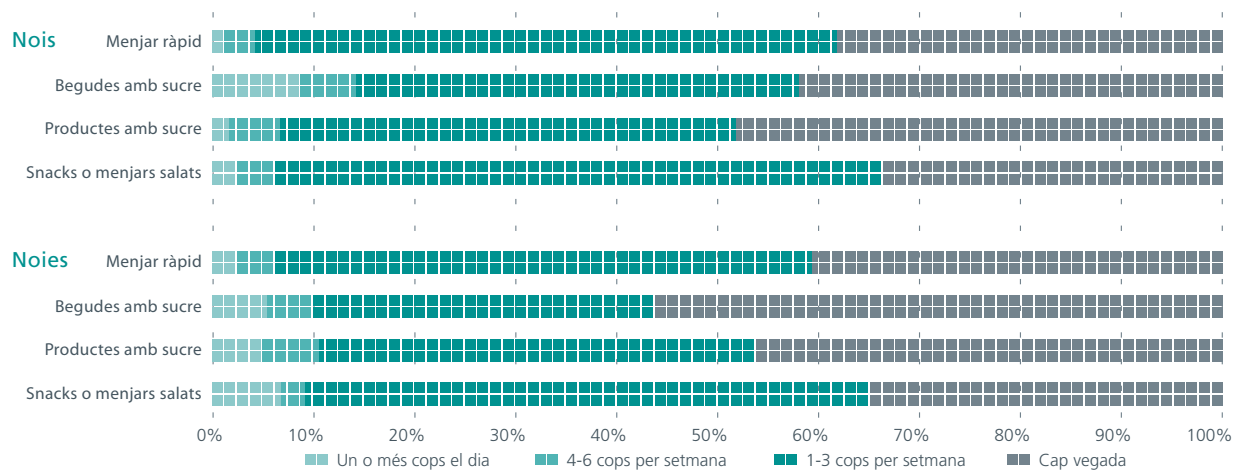
Font: Projecte POIBA, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 5. Consum de fruita i verdura en infants de 3 a 14 anys. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

Figura 6. Dies la setmana que prenen menjar no saludable segons el tipus de menjar i el sexe. Població de 3 a 14 anys. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

El consum de tabac i drogues

54

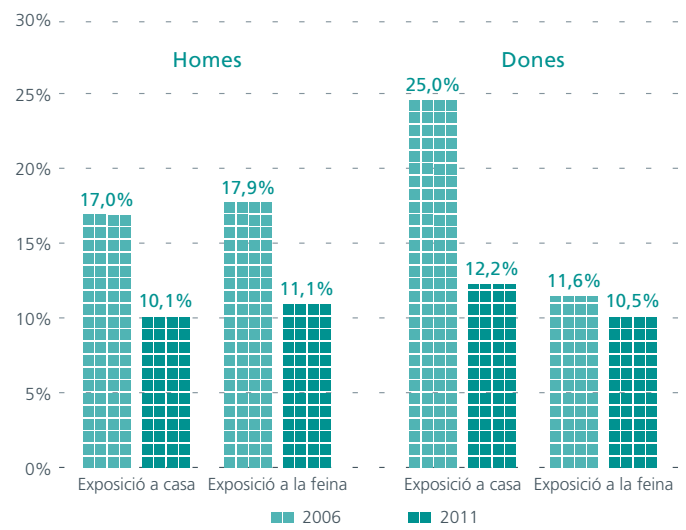
El consum de tabac

El tabaquisme és la causa principal de mortalitat evitable al nostre país. Les dades de la figura 7 mostren com la prevalença de fumadors i fumadores habituals —les persones que fumen diàriament— ha disminuït considerablement entre el 2006 i el 2011, i s’ha arribat a un 21,2% de fumadors habituals en el cas dels homes i a un 15,0% en el cas de les dones. Tanmateix, el percentatge de persones que declaren no fumar ha augmentat fins a un 69,5% en el cas dels homes, i a un 76,8% en el cas de les dones.

L’exposició al fum ambiental del tabac suposa un excés de risc de càncer de pulmó, malalties cardiovasculars i altres problemes de salut per als no fumadors. Tal com mostren les dades de la figura 8, la prevalença d’exposats a la llar i al lloc de treball ha baixat entre el 2006 i el 2011. En el cas de les dones, les prevalències d’exposició han arribat al 12,2% a la llar i es mantenen en l’11,5% a la feina, mentre que en els homes les prevalències d’exposició són del 10,1% i l’11,1%, respectivament. La disminució observada està,

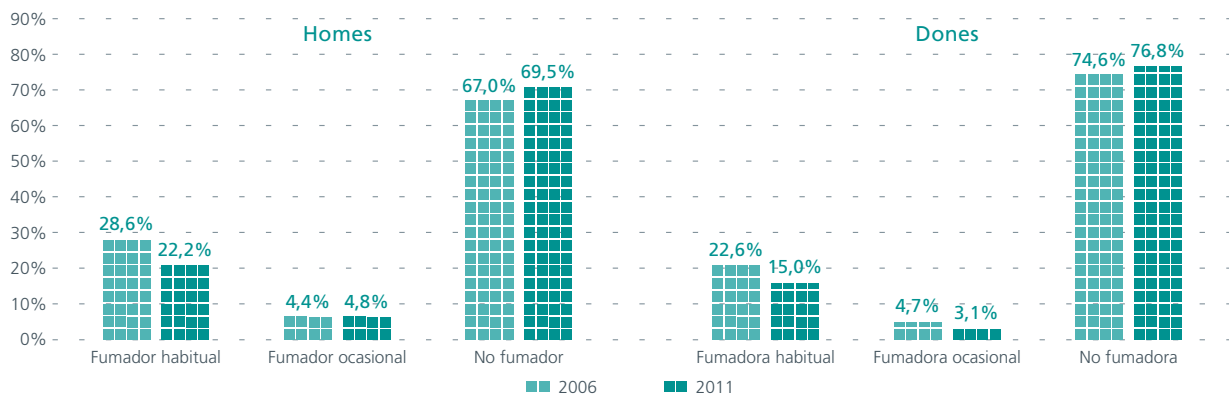
probablement, influenciada per la implementació de la llei de control del tabaquisme, que promou els espais lliures de fum.

Figura 8. Prevalença de no fumadors exposats al fum ambiental del tabac. Barcelona, 2006-2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006-2011.

Figura 7. Prevalença d’hàbit tabàquic. Barcelona, 2006-2011.

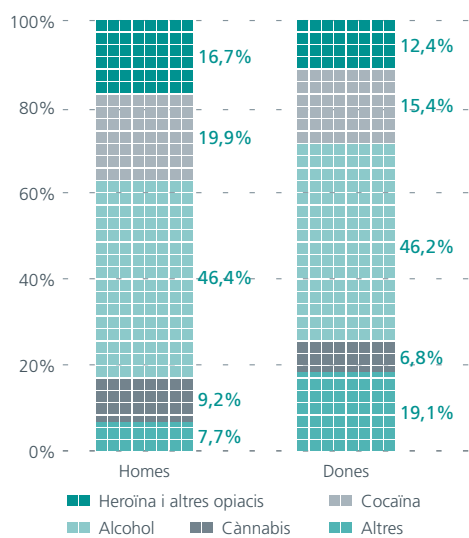


Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006-2011.

El consum de drogues**Inicis de tractament als centres d'atenció i seguiment a les drogodependències de Barcelona**

L'any 2011, 4.775 persones han iniciat tractament per abús o dependència a alguna substància psicoactiva, el que representa, aproximadament, 5 de cada 1.000 persones residents a Barcelona de 15 a 54 anys. En general, la majoria d'inicis de tractament corresponen a homes,

Figura 9. Distribució dels inicis de tractament a tots els centres d'atenció i seguiment a les drogodependències de Barcelona (CAS). Barcelona, 2011.



Font: Sistema d'informació de drogodependències (ASPB)

encara que 1 de cada 4 inicis és una dona. A Barcelona, prop del 50% dels homes i de les dones que han iniciat tractament l'any 2011 han estat diagnosticats d'un trastorn per dependència o abús d'alcohol, mentre que aquest percentatge se situa prop del 20% dels homes i del 16% de les dones per cocaïna i en un 17% dels homes i un 12% de les dones per heroïna o altres opiàcids. Finalment, el nombre d'inicis de tractament per cànnabis no arriba al 10% (vegeu la figura 9).

Pacients en tractament als centres d'atenció i seguiment a les drogodependències de titularitat municipal

Pel que fa als centres de titularitat municipal, a Barcelona el nombre més alt d'inicis de tractament segueix essent per alcohol (927 homes i 315 dones). Des de l'any 2009, els inicis per cocaïna han mostrat un descens i passen de 624 inicis l'any 2009 a 482 l'any 2011 en homes i de 145 a 121 en dones. El nombre d'homes que inicien tractament per consum de cànnabis també ha augmentat i passa de 132 l'any 2007 a 216 l'any 2011.

Els pacients en tractament segueixen essent majoritàriament consumidors d'alcohol i d'opioides, els quals representen més del 50% dels pacients en tractament i són els que generen més activitat al centre. Tanmateix, els pacients en tractament per heroïna o altres opiàcids mantenen la línia descendent dels últims anys i passen de 1.839 pacients en tractament per dependència a l'heroïna o altres opiàcids l'any 2007 a 1.544 l'any 2011. En general, el nombre de visites als centres de tractament s'ha incrementant, i s'ha passat d'unes 198.000 visites l'any 2007 a 223.000 visites l'any 2011. En general, les visites per pacient mostren una tendència a l'alça i totes sobrepassen les 30 visites per pacient. L'any 2011, la substància que ha generat més visites per pacient ha estat la cocaïna (45,4%), seguida de l'heroïna i altres opiàcids (38,0%) i de l'alcohol (30,8%).



Antabus®
A
40 comprimidos disgregables

Antabus®
VIA ORAL

Antabus®
40 comprimidos disgregables

Antabus®
40 comprimidos disgregables

Colme CARLOS
40 comprimidos disgregables

Nootropil
600

Antabus®
VIA ORAL

Antabus®
VIA ORAL

ANGEL
222
Antabus®
(disulfiram)
40 comprimidos disgregables

Antabus®

Sergio
Antabus®
de
Oliva
Antabus®

Colme CARLOS
40 comprimidos disgregables

Nootropil
600

Antabus®
VIA ORAL

Antabus®
VIA ORAL

ANGEL
222
Antabus®
(disulfiram)
40 comprimidos disgregables

Antabus®

Sergio
Antabus®
de
Oliva
Antabus®

Colme CARLOS
40 comprimidos disgregables

Nootropil
600

La salut

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La participació de la comunitat

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

Les pràctiques preventives

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat i la higiene dels aliments

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac i drogues

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

Cardiopatia isquèmica i malaltia cerebrovascular (ictus)

Malaltia pulmonar obstructiva crònica

Diabetis mellitus

Càncer

Malalties de l'aparell locomotor

L'estat de salut, el benestar i la limitació funcional

L'obesitat i l'excés de pes

La salut mental

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit i altres

Les malalties transmissibles

La salut reproductiva

Monogràfics

El botulisme

L'esperança de vida i la mortalitat

58

Els principals indicadors de la mortalitat a Barcelona de l'any 2010 (vegeu el quadre 1) mostren un canvi en la tendència dels darrers anys. Malgrat que la taxa de mortalitat continua la tendència positiva, la mortalitat prematura expressada en anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys (APVP), si bé presentava una tendència decreixent fins l'any 2008, a partir d'aquest mateix any es manté estable. A Barcelona, les taxes de mortalitat infantil i perinatal segueixen essent baixes, i l'esperança de vida en néixer l'any 2010 va ser de 79,2 anys en els homes (igual que l'any anterior) i va augmentar a 85,9 anys en les dones. Aquestes xifres són similars a les de Catalunya i superiors a les de l'Estat espanyol, en què l'any 2010 van ser de 78,9 anys en els homes i 84,9 anys en les dones.

A continuació, es presenten les causes principals de mort prematura l'any 2010 a Barcelona i la

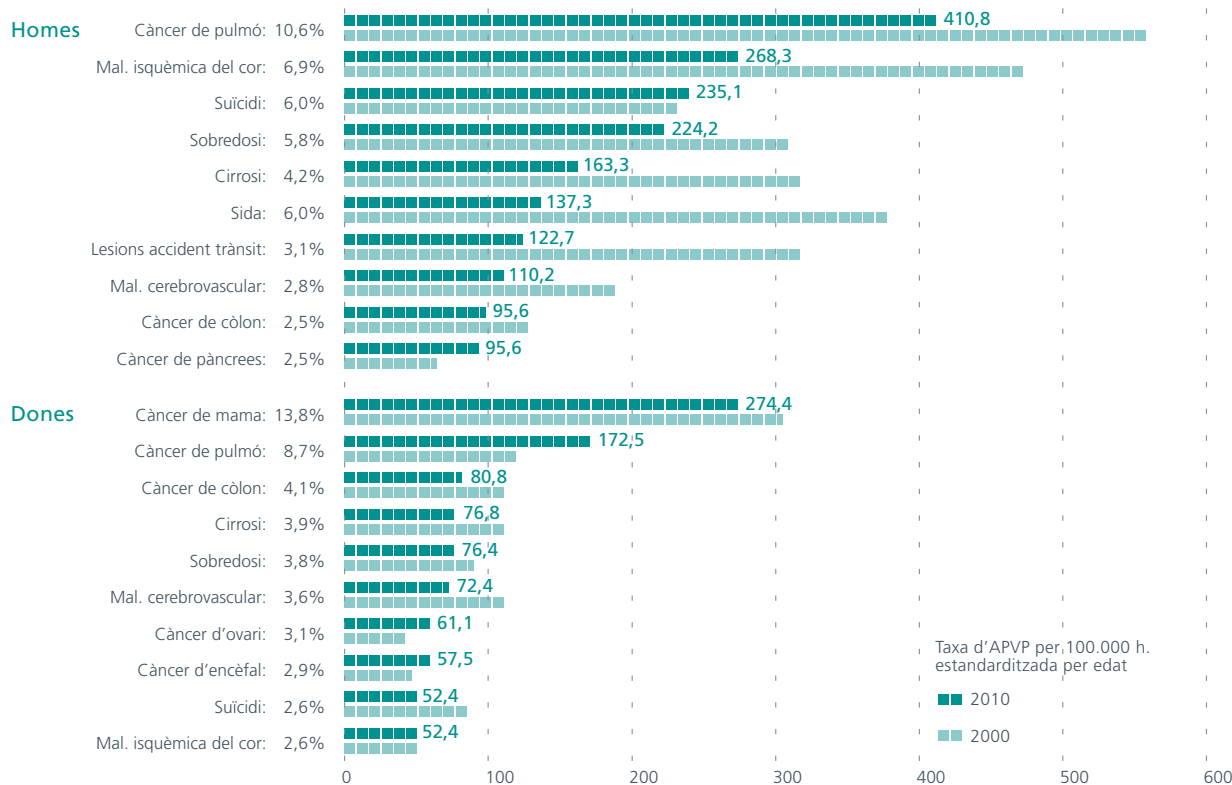
seva evolució respecte de l'any 2000 (vegeu la figura 1). En general, la mortalitat prematura ha disminuït en la darrera dècada en homes i dones. En els homes, les principals causes d'APVP disminueixen, ex-

Quadre 1. Indicadors de mortalitat en homes i dones. Barcelona, 2010.

	Homes	Dones
Taxa bruta de mortalitat ¹	970,1	921,1
Taxa de mortalitat estandarditzada per edat ^{1,2}	1.286,1	733,1
Taxa d'APVP ³ estandarditzada per edat ^{1,2}	3.990,5	1.953,1
Taxa de mortalitat infantil ⁴	3,6	2,6
Taxa de mortalitat perinatal (>500 g) ⁴	4,1	4,1
Esperança de vida en néixer	79,2	85,9

Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Notes: ¹Taxes per 100.000 habitants. ²Estandardització segons el mètode directe, població de referència el total de Barcelona el 2010. ³APVP: anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys. ⁴Taxes per 1.000 naixements.

Figura 1. Evolució de les principals causes de mortalitat prematura en homes i dones. Barcelona, 2000-2010.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: Taxa d'anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys (APVP) per 100.000 habitants, estandarditzada per edat amb la població de referència del total de Barcelona de l'any 1996.

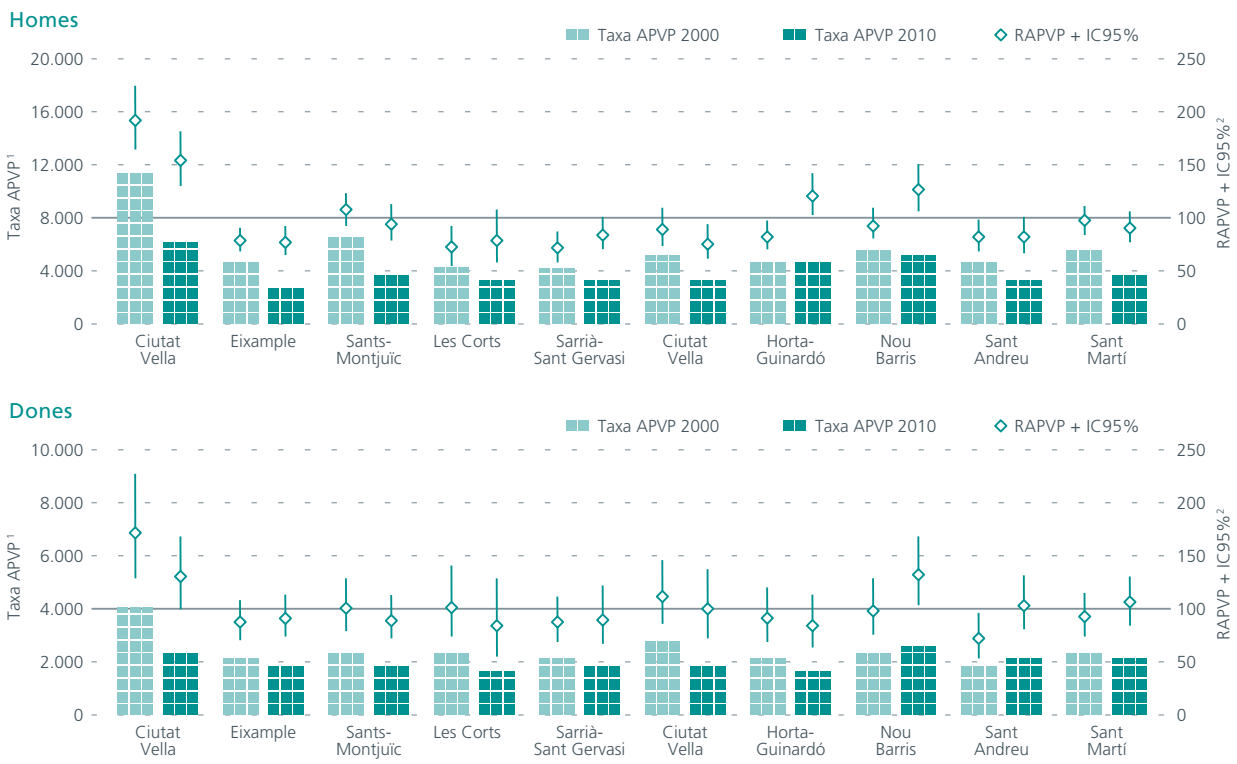
cepte en el suïcidi, que es manté estable, i són el càncer de pulmó i la malaltia isquèmica del cor les primeres causes. En les dones, el càncer de mama continua essent la causa principal de mort prematura, tot i que destaca l'augment del càncer de pulmó durant la darrera dècada. D'altra banda, cal ressaltar una disminució important de la mortalitat prematura per sida i per lesions per accident de trànsit en ambdós sexes.

Finalment, s'observen desigualtats en la mortalitat prematura als districtes de Barcelona i la seva evolució respecte de l'any 2000 (vegeu la figura 2). La disminució d'APVP observada durant la darrera dècada no ha estat igual en tots els districtes de la ciutat. Si bé disminueix en la majoria de districtes amb valors similars als del conjunt de Barcelona, el descens ha estat molt notable a Ciutat Vella, així com també la disminució de les desigualtats

respecte de Barcelona. No obstant això, la mortalitat prematura continua essent alta, i les principals causes de mort són la sida en els homes i el càncer de pulmó en les dones, així com la sobredosi en ambdós sexes. Per contra, cal destacar l'evolució negativa de la mortalitat prematura a Nou Barris, que mostra un excés d'APVP respecte de Barcelona durant els darrers anys i un repunt el 2010, en què la principal causa d'aquest excés de mortalitat és per malaltia isquèmica en els homes i per càncer de mama en les dones. Aquests resultats coincideixen amb la millora del nivell socioeconòmic de la població de Ciutat Vella durant la darrera dècada, i amb l'empitjorament en la població de Nou Barris, que passa a ser el districte amb més privació social i econòmica segons dades del 2010¹. En aquest sentit, calen esforços per millorar la prevenció i la promoció de la salut, així com les condicions de vida i treball per tal de reduir les desigualtats en la mortalitat prematura a Barcelona.

¹Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona 2012. Ajuntament de Barcelona; [consulta 17/09/2012]. Disponible a: <www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/anuari/index.htm>

Figura 2. Evolució de la mortalitat prematura als districtes en homes i dones. Barcelona, 2000-2010.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: ¹Taxa d'anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys (APVP) per 100.000 habitants, estandarditzada per edat amb la població de referència del total de Barcelona de l'any 1996. ²Raons comparatives d'anys potencials de vida perduts (RAPVP) respecte de Barcelona, i els seus intervals de confiança al 95% (IC95%).

Algunes malalties cròniques

60

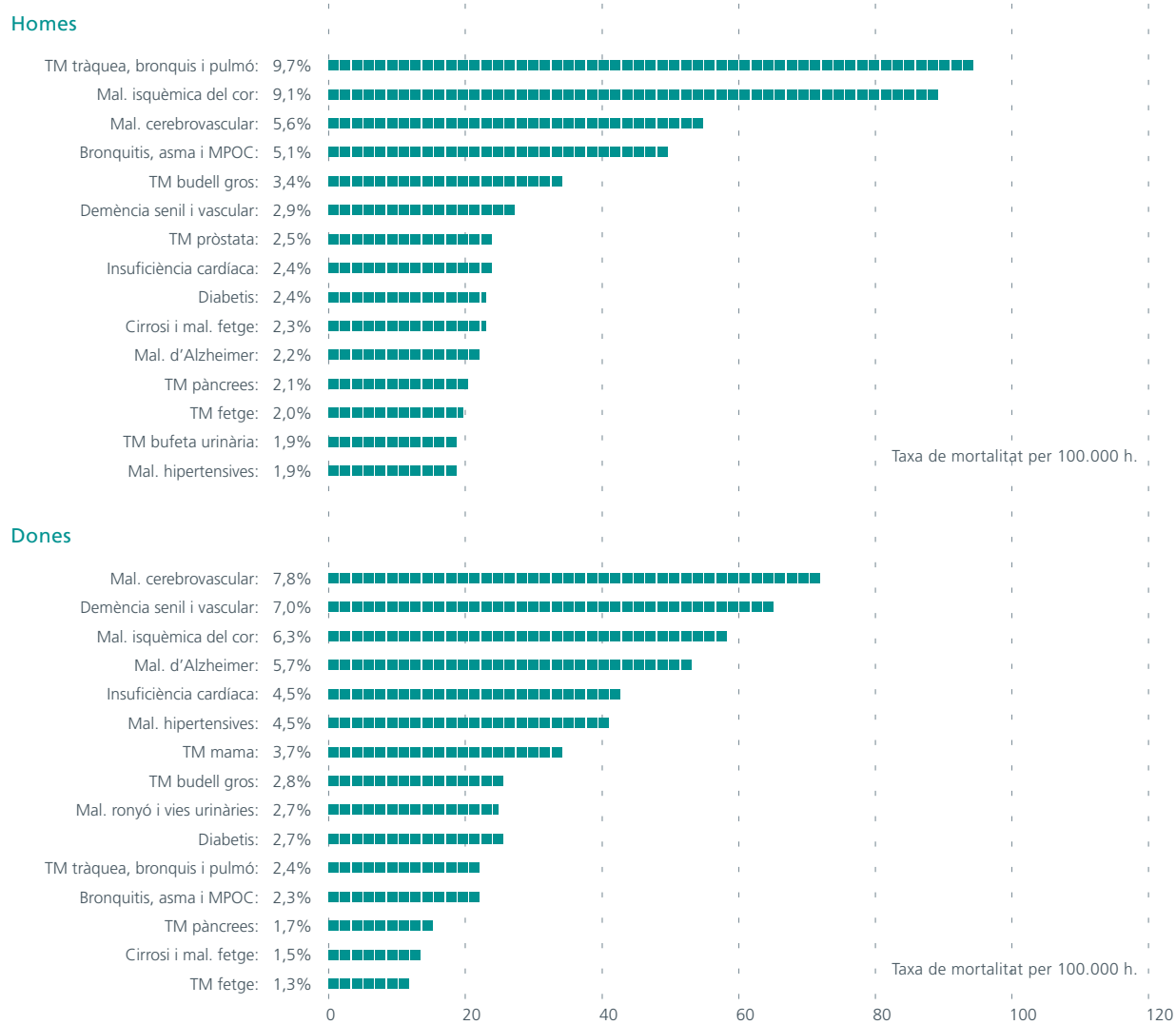
Un sistema més orientat als malalts crònics

El Pla de salut 2011-2015 persegueix, entre altres coses, l'objectiu d'aconseguir un sistema més orientat als malalts crònics, més resolutiu i de més qualitat quant a l'alta especialització. Aquest model més orientat als malalts crònics respon a la situació actual, en què les patologies cròniques

suposen el 80% de la mortalitat i consumeixen més del 50% dels recursos del sistema. Tres de cada deu catalans reconeixen patir d'una malaltia crònica, i aquesta xifra s'incrementarà en els propers anys a mesura que la població envelleixi i mentre els estils de vida no millorin.

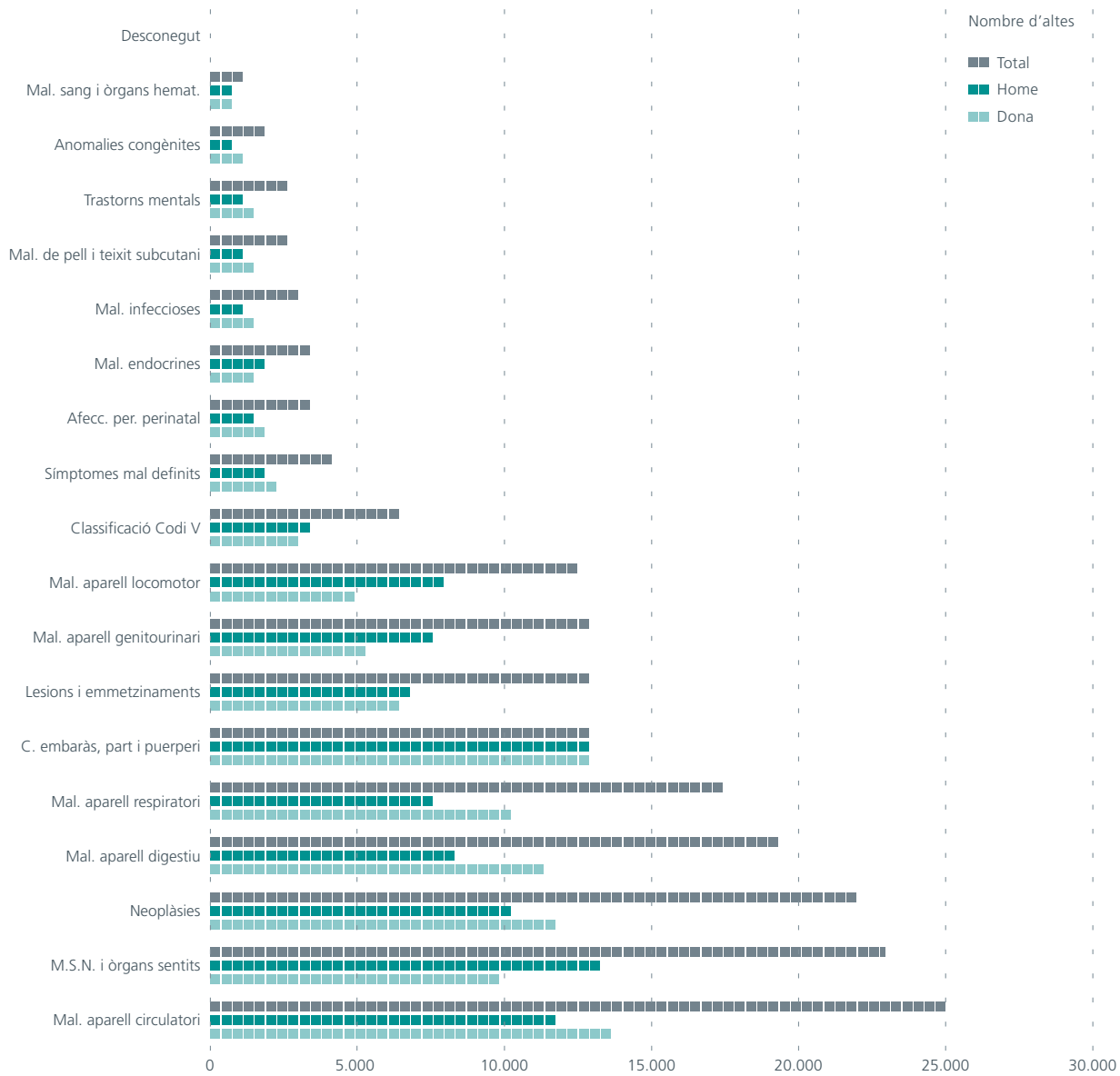
Com es pot apreciar en les figures 3 i 4 (vegeu la pàgina 61), els trastorns crònics que es tracten en aquest apartat es corresponen amb les principals causes de mortalitat i hospitalització.

Figura 3. Principals causes de mortalitat. Barcelona, 2010.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona (ASPB).

Figura 4. Altes hospitalàries per grans grups diagnòstics als hospitals públics segons el sexe. Barcelona, 2011.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades - hospitalització d'aguts (CatSalut).

Cardiopatia isquèmica i malaltia cerebrovascular (ictus)

62

Les malalties de l'aparell circulatori són considerades, globalment, la primera causa de mortalitat i una de les causes principals de morbiditat a Barcelona, amb una taxa de mortalitat per malaltia isquèmica de 88,2 per 1.000 habitants en homes i de 58,3 per 1.000 habitants en dones, i una taxa de mortalitat de malalties cerebrovasculars de 54,2 per 1.000 habitants en homes i de 71,5 per 1.000 habitants en dones. L'any 2010 van causar aproximadament el 26% de les defuncions d'homes de Barcelona i el 32% de les morts de dones.

Hospitalitzacions

En l'anàlisi de les hospitalitzacions, les malalties de l'aparell circulatori continuen essent la primera causa en els homes, mentre que en les dones ocupen el tercer lloc després de les malalties dels sistema nerviós i els òrgans dels sentits (primera causa) i de les complicacions de l'embaràs, part i puerperi (segona causa) (vegeu la figura 4, pàgina 61). Aquest comportament s'ha mantingut constant en la darrera dècada.

L'evolució d'algunes malalties cardiovasculars agudes, com l'infart agut de miocardi (IAM), tot i les mesures preventives, poden evolucionar cap a una insuficiència cardíaca. Després d'analitzar les hospitalitzacions per ictus i per insuficiència cardíaca, s'observa que més del 95% dels casos ingressen per urgències i la majoria de la població afectada és major de 64 anys. Per aquesta raó, es calculen les taxes en aquest grup poblacional (vegeu el quadre 2).

Control de factors de risc vascular

Són malalties amb factors de risc ben identificats que, amb l'aplicació d'intervencions d'eficàcia i d'efectivitat provades, poden experimentar reduccions notables en la incidència. El quadre 3 mostra l'evolució de dos indicadors avaluats en l'atenció primària (AP): el control de la hipertensió arterial i la diabetis. Totes dues actuen com a factors de risc per a les malalties de l'aparell circulatori.

Complementàriament, també s'avalua un altre indicador: el risc cardiovascular en la població de 35 a 74 anys atesa pels equips d'atenció primària (AP) amb diagnòstic d'hipercolesterolèmia (colesterol total > a 200 mg/dl). El quadre 4 (vegeu la pàgina 63) presenta l'evolució de la valoració de risc cardiovascular en aquesta població.

Quadre 2. Evolució de les taxes d'hospitalització per insuficiència cardíaca i ictus (1.000 habitants en pacients majors de 64 anys). Barcelona, 2008-2011.

	Insuficiència cardíaca				Ictus			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
ALS Litoral-Mar	9,1	9,6	10,7	10,9	6,0	6,1	6,0	5,8
ALS Esquerra	7,3	7,1	7,3	7,4	4,4	4,5	4,5	4,4
ALS Dreta	7,0	7,4	8,2	9,4	4,7	4,8	4,6	5,4
ALS Nord	9,7	9,8	10,4	11,4	4,9	5,3	6,1	6,0
Total Barcelona	8,1	8,3	8,9	9,5	4,8	5,0	5,2	5,3

Font: Conjunt mínim bàsic de dades - hospitalització d'aguts (CatSalut).

Quadre 3. Control de factors de risc cardiovascular: control òptim de la tensió arterial i control metabòlic de la diabetis en l'atenció primària. Barcelona, 2007-2011.

	Control òptim HTA ¹					Control metabòlic DM ²				
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
Barcelona	37,9%	45,7%	47,4%	49,4%	52,7%	61,6%	61,3%	65,7%	64,1%	64,4%
Regió Sanitària de Barcelona	37,5%	50,8%	48,1%	50,4%	51,2%	61,0%	61,2%	64,5%	64,2%	63,7%

Font: Memòria Consorci Sanitari de Barcelona, 2011.

Notes: ¹Es considera control òptim de la tensió arterial (TA): TA sistòlica <140 mm Hg i TA diastòlica <90 mm Hg (la darrera determinació de TA és vàlida quan s'ha fet durant l'any avaluat); en pacients amb diabetis, es considera control òptim una TA sistòlica <130 mm Hg i una TA diastòlica <80 mm Hg). ²Es considera control de la diabetis: HbA1c <8% o dues desviacions estàndard per sota de la xifra òptima facilitada per cada laboratori de referència.

Atenció urgent en l'episodi agut. Estratègies de codis urgents

Les opcions terapèutiques dels episodis aguts d'aquestes malalties, tant en el vessant de tractament intravenós com endovascular, han evolucionat de manera molt favorable en les últimes dècades. No obstant això, el temps d'atenció (diagnòstic i terapèutic) està molt relacionat amb l'efectivitat dels procediments. Les finestres terapèutiques en l'atenció a aquest tipus de persones malaltes han de ser relativament curtes i necessiten una molt bona coordinació entre els dispositius assistencials per tractar d'escurçar el temps d'atenció. En aquesta coordinació participen professionals sanitaris de l'AP, el transport sanitari i els hospitals.

Codi infart agut de miocardi (IAM)

La possibilitat de realitzar una angioplàstia transluminal percutània primària en el context d'IAM amb elevació del segment ST, diagnosticat mitjançant l'electrocardiograma, ha millorat els resultats en l'atenció d'aquesta patologia. A la ciutat, l'Hospital Clínic, el de la Vall Hebron i l'Hospital de Sant Pau, conjuntament amb l'Hospital del Mar, ofereixen aquest tractament les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any. En el quadre 5 es presenten els resultats aportats pel registre del codi IAM en pacients residents a la ciutat. L'indicador mesura el temps transcorregut entre el primer contacte i l'aplicació del procediment.

Codi ictus

La generalització dels tractaments de reperfusió en la persona malalta amb ictus isquèmic i, particularment, de les teràpies que s'administren per via vascular, és una realitat en la pràctica clínica diària a Catalunya i al món occidental. A Catalunya, el Pla director de malalties vasculars cerebrals va implementar la xarxa d'atenció dels malalts amb ictus agut el 2006, i al gener del 2011 ha posat en marxa el registre Sistema Online d'Informació de l'Ictus Agut per tal de fer un monitoratge continu de la qualitat de les teràpies de reperfusió aplicades a la persona

malalta amb ictus isquèmic. Aquest registre descriu una activitat arreu del país. L'any 2011 s'han registrat 1.073 casos, dels quals 947 han rebut trombòlisi intravenosa (TIV) i 282, tractament endovascular (en 156, després de TIV), el que situa la taxa de TIV a Catalunya sobre l'11,4% i la taxa de reperfusió global en el 12,9%. D'aquesta activitat, els quatre grans centres de la ciutat concentren 245 tractaments de trombòlisi intravenosa (TIV) i 138 tractaments endovasculars.

Quadre 4. Valoració del risc cardiovascular en l'atenció primària. Població de 35 a 74 anys. Barcelona, 2007-2011.

	2007	2008	2009	2010	2011
Barcelona	57,3%	58,7%	63,2%	68,0%	71,6%
Regió Sanitària de Barcelona	56,5%	60,3%	64,6%	69,4%	72,1%

Font: Memòria Consorci Sanitari de Barcelona, 2011.

Quadre 5. Valoració temporal de l'interval primer contacte mèdic-tractament (dilatació arterial-baló). Barcelona, 2011.

	Pacients	Casos amb interval < a 120 minuts
Barcelona	497	61,0%
Regió Sanitària de Barcelona	1.444	56,9%

Font: Sistema d'informació del codi infart agut de miocardi (SICI) de Catalunya, 2011.

Malaltia pulmonar obstructiva crònica

64

Les malalties cròniques de l'aparell respiratori (asma, malalties pulmonars obstructives cròniques, al·lèrgies respiratòries, malalties pulmonars d'origen laboral o hipertensió pulmonar) són un dels grups de patologies que produeixen una morbimortalitat més elevada i la tercera causa de mort a Barcelona, amb el 9,6% del total de defuncions de l'any 2010.

A Barcelona, l'any 2010 es van produir 1.470 defuncions per malalties respiratòries, el 55,8% de les quals van ser d'homes. No obstant això, s'observa una tendència favorable de la mortalitat per malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) en els homes i es mostra estable en les dones, si bé hi ha estudis recents que afirmen que la prevalença de MPOC està augmentant en les dones. La taxa de mortalitat de l'any 2010 és de 49,3 per 1.000 habitants en homes i de 21,5 per 1.000 habitants en dones. És una patologia que genera força ingressos per descompensació, en especial, en la població gran i pluripatològica. En el quadre 8 (pàgina 65) es poden observar els ingressos generats aquest darrer any 2011 als hospitals de referència.

La MPOC comporta una limitació no reversible del flux aeri i deteriora molt la qualitat de vida de les persones. S'estima que afecta el 9% de la població entre 40 i 70 anys. El consum de tabac és la principal causa de la MPOC. Es considera que un 50% de les persones de més de 50 anys que fumen o han fumats i tenen símptomes respiratoris crònics com tos, expectoració i/o sibilàncies poden tenir una MPOC sense diagnosticar.

La detecció precoç i la millora en el diagnòstic de la malaltia crònica respiratòria mitjançant l'espirometria forçada és important en termes de cost i efectivitat. Així, en el cas de la MPOC, el maneig ambulatori adequat de la malaltia inclou establir pautes de deshabitució del tabac, realitzar espirometries en l'atenció primària, abordar les aguditzacions des de l'atenció primària i impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per a malalts amb MPOC aguditzada.

Els equips d'AP de la ciutat de Barcelona tenen en marxa programes de deshabitució del tabac.

El percentatge d'exfumadors registrats en aquests programes d'entre les persones ateses és del 18,3% (vegeu el quadre 6), encara que la prevalença poblacional d'exfumadors és lleugerament superior.

L'infradiagnòstic és un problema greu en relació amb les malalties respiratòries, perquè a Espanya es calcula que la identificació dels

Quadre 6. Persones ateses en l'atenció primària que són exfumadors. Barcelona, 2009-2011.

Districte	Exfumadors ¹		
	2009	2010	2011
Ciutat Vella	31,4%	23,7%	15,4%
Eixample	41,6%	16,2%	13,5%
Sants-Montjuïc	43,8%	32,0%	24,8%
Les Corts	47,8%	35,5%	24,3%
Sarrià-Sant Gervasi	51,4%	23,9%	20,5%
Gràcia	39,4%	24,7%	13,3%
Horta-Guinardó	33,6%	22,1%	17,2%
Nou Barris	32,5%	22,4%	18,0%
Sant Andreu	34,1%	22,4%	18,3%
Sant Martí	35,9%	25,1%	19,1%
Total Barcelona	39,2%	24,0%	18,3%

Font: Avaluació AP - Integrap 2009, 2010 i 2011.

Nota: ¹Les dades d'exfumadors de l'any 2011 fan referència a exfumadors de l'any, mentre que el 2009 i 2010 fan referència a dades acumulades en el temps.

Quadre 7. Espirometries realitzades a persones amb MPOC en l'atenció primària per districtes. Barcelona, 2011.

Districte	Persones amb diagnòstic MPOC	Espirometries (n)	Espirometries (%)
Ciutat Vella	2.390	876	36,6%
Eixample	3.964	1.623	40,9%
Sants-Montjuïc	3.646	853	23,4%
Les Corts	1.157	345	29,8%
Sarrià-Sant Gervasi	2.856	896	31,4%
Gràcia	2.327	1.173	50,4%
Horta-Guinardó	3.584	1.873	52,3%
Nou Barris	3.941	1.918	48,7%
Sant Andreu	3.060	1.394	45,5%
Sant Martí	5.244	1.270	24,1%
Total Barcelona	32.169	12.221	38,0%

Font: Avaluació AP - Integrap, 2011.

pacients amb MPOC en l'AP queda molt lluny del 9% de la població de 40 a 80 anys que té la malaltia. A més, únicament en el 24% dels diagnòstics consta el resultat de l'espirometria

en la història clínica de l'AP. Cal avançar en aquesta línia, ja que, tal com es pot observar en el quadre 7 (vegeu la pàgina 64), alguns dels resultats d'espirometria estan per sobre de la mitjana de Catalunya. Així doncs, encara hi ha EAP que han de millorar els seus resultats.

Quadre 8. Distribució de les altes hospitalàries de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) per hospitals i àrees integrals de salut. Barcelona, 2011.

	AIS Litoral-Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord	AIS s/ABS ¹	Total
Hospitals de Barcelona	888	1.075	967	1.622	12	4.564
Hospitals de la Regió Sanitària de Barcelona	70	288	71	60	1	490
Hospitals d'altres regions sanitàries	10	16	13	21	0	60
Total hospitals	968	1.379	1.051	1.703	13	5.114
Freqüentació x 1.000 habitants (taxa bruta)	3,1	2,6	2,5	4,1	--	3,1
Taxa ajustada per edat x 1.000 habitants	3,1	2,3	2,0	3,4	--	2,6

Font: Conjunt mínim bàsic de dades - hospitalització d'aguts (CatSalut).
Nota: ¹Població sense AIS assignada.

Diabetis mellitus

La diabetis mellitus (DM) és una malaltia crònica del metabolisme que constitueix un problema

sanitari important derivat de la prevalença creixent de la morbiditat i mortalitat elevades i del seu paper com a factor de risc cardiovascular,

Quadre 9. Distribució de les altes hospitalàries de diabetis mellitus als hospitals i àrees integrals de salut. Barcelona, 2011.

	AIS Litoral-Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord	AIS s/ABS ¹	Total
Hospitals de Barcelona	163	205	167	335	7	877
Hospitals de la Regió Sanitària Barcelona	3	19	11	17	0	50
Hospitals d'altres regions sanitàries	1	5	4	2	0	12
Total hospitals	167	229	182	354	7	939
Freqüentació x 1.000 habitants (taxa bruta)	0,5	0,4	0,4	0,9	--	0,6
Taxa ajustada per edat x 1.000 habitants	0,5	0,4	0,4	0,8	--	0,5

Font: Conjunt mínim bàsic de dades - hospitalització d'aguts (CatSalut).
Nota: ¹Població sense AIS assignada.

Diabetis mellitus

66

a més, té un elevat cost sanitari i social. La diabetis mal controlada pot ocasionar a curt termini descompensacions hiperglucèmiques i a llarg termini descompensacions hiperglucèmiques i a llarg termini descompensacions hiperglucèmiques, com la retinopatia, la nefropatia, la neuropatia i la malaltia cardiovascular. Com a conseqüència d'això, les persones amb diabetis tenen un elevat risc de patir ceguesa, insuficiència renal crònica, infart de miocardi, accident vascular cerebral i amputacions.

L'any 2010 la taxa de mortalitat per diabetis a Barcelona en homes és de 22,8 per 1.000 habitants, i de 24,8 per 1.000 habitants en dones. Segons dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, la prevalença de diabetis és del 6,7% en ambdós sexes, tot i que la prevalença respecte de les persones ateses als centres d'AP és del 9,3% (vegeu el quadre 10). Durant el 2011 s'han produït 939 altes, que representen una taxa de 0,56 per 1.000 habitants (vegeu el quadre 9, pàgina 65).

Hi ha evidència sobre l'eficàcia de la prevenció de la diabetis mellitus de tipus 2 mitjançant la modificació d'estils de vida, com ara el consum de tabac, l'alimentació saludable o l'activitat física. La detecció precoç de la diabetis en població de risc seguint una estratègia oportunista millora el pronòstic de la malaltia. El bon control de la diabetis redueix la incidència de complicacions tardanes, sobretot, microvasculars. El control d'altres factors de risc, com l'obesitat o la hipertensió, redueix l'aparició de les complicacions macrovasculars, com la cardiopatia isquèmica, l'accident vascular cerebral i la malaltia vascular. L'educació sanitària i l'exploració periòdica de persones amb diabetis comporten una reducció de l'aparició de lesions als peus, així com de la necessitat de realitzar amputacions proximals. La detecció i el tractament precoç de la retinopatia i la nefropatia eviten la progressió a fases més avançades d'aquestes malalties (vegeu el quadre 11).

Quadre 10. Prevalença de diabetis mellitus de les persones ateses en l'atenció primària de la ciutat. Barcelona, 2011.

Districte	2009	2010	2011
Ciutat Vella	8,3%	8,8%	9,0%
Eixample	7,5%	7,7%	8,1%
Sants-Montjuïc	8,4%	9,2%	9,3%
Les Corts	7,7%	8,0%	7,9%
Sarrià-Sant Gervasi	6,9%	7,5%	7,7%
Gràcia	7,5%	8,2%	8,7%
Horta-Guinardó	9,3%	9,9%	10,2%
Nou Barris	10,0%	11,0%	11,2%
Sant Andreu	9,1%	9,8%	10,2%
Sant Martí	8,9%	9,4%	9,9%
Total Barcelona	8,5%	9,1%	9,3%

Font: Avaluació AP - Integrap 2009, 2010 i 2011.

Quadre 11. Cribratges de fons d'ull realitzats en la població diagnosticada de diabetis mellitus (DM) en l'atenció primària. Barcelona, 2011.

Districte	2009	2010	2011
Ciutat Vella	66,7%	71,8%	71,4%
Eixample	50,1%	59,6%	66,7%
Sants-Montjuïc	63,8%	69,9%	72,2%
Les Corts	49,4%	76,0%	81,4%
Sarrià-Sant Gervasi	69,2%	66,7%	72,2%
Gràcia	52,8%	63,4%	82,1%
Horta-Guinardó	66,0%	72,2%	75,0%
Nou Barris	63,9%	70,3%	70,4%
Sant Andreu	65,8%	71,2%	72,2%
Sant Martí	63,4%	72,3%	75,0%
Total Barcelona	61,5%	69,0%	72,7%

Font: Avaluació AP - Integrap 2009, 2010 i 2011.

Càncer

Programes de cribatge poblacional a Barcelona

Programa de detecció precoç de càncer de mama i de coll d'úter

El càncer de mama és la neoplàsia més freqüent entre les dones. El novembre de 1995 es posa en marxa a Barcelona el programa de cribatge de mama, el qual, amb els anys, s'ha anat estenent a tota la ciutat. Com ja s'ha esmentat en l'apartat de pràctiques preventives, es recomana fer una mamografia cada 2 anys a partir dels 50 anys, la qual cosa s'ha estimat que suposa una reducció de la mortalitat en un 20%-35%.

En el cas de la detecció precoç de càncer de coll d'úter, la recomanació és efectuar una citologia en les dones que han iniciat les seves relacions sexuals a partir dels 25 anys i fins als 65 amb periodicitat trienal, segons el Pla director d'oncologia 2010.

A Barcelona, segons les dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, el 94,3% de les dones entre 50 i 69 anys s'han fet una mamografia. Pel que fa a les dones de 20 anys o més se n'han fet periòdicament el 53,1%. Quant a les citologies de coll d'úter, se n'han fet el 65,5% de les dones de 15 anys o més. La taxa de mortalitat del càncer de mama és de 34,2 dones per 1.000 habitants

Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte

Aquesta malaltia és actualment la segona causa de mort per càncer a Barcelona. El diagnòstic precoç ha demostrat que disminueix la mortalitat i la incidència d'aquest tipus de càncer.

El Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte² s'inicia a la ciutat de Barcelona durant l'últim trimestre de l'any 2009. Comença a les àrees bàsiques de salut (ABS) de les àrees

integrades de salut de Barcelona Esquerra i Litoral-Mar i a 6 districtes de la ciutat, amb una extensió progressiva. La població diana inicial són els homes i les dones de 50 a 69 anys, en total, 203.139 persones.

El mètode de cribatge és la prova de detecció immunològica de sang oculta en femta (PDSOF) amb una periodicitat biennal. Les oficines de farmàcia, col·laboradores amb el programa, lliuren i recullen la prova a les persones convidades que decideixen participar-hi. Els primers resultats del programa publicats el 2011, referits a 6 ABS amb una població diana de 38.025 persones, situen la participació en un 45,4%, amb una cobertura del 48,2%, amb una participació més alta en dones i en el grup d'edat de 60 a 64 anys. Els resultats de la prova de detecció de sang oculta en femta i la colonoscòpia estan en consonància amb els estudis publicats.

Programa de circuit ràpid de càncer

Aquest programa es va introduir el 2005 per establir, en els dispositius assistencials, un circuit específic preferent per al diagnòstic i l'inici del tractament del càncer, quan es confirma la sospita diagnòstica, per al tipus de tumors més freqüents. L'objectiu és reduir el temps transcorregut entre la sospita fonamentada de càncer, la confirmació diagnòstica i l'inici del tractament, atribuïble als serveis sanitaris. Va ser establert pel Pla director d'oncologia de Catalunya amb la col·laboració del Catsalut, i hi participen tots els centres de la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP) i els equips d'atenció primària (AP).

Les seves principals característiques són: establir criteris clínics d'inclusió en el programa ben definits i consensuats entre l'AP i l'especialitzada; facilitar un accés ràpid a les proves diagnòstiques per als pacients amb sospita de càncer; disposar d'una persona gestora de cas com a responsable del pacient durant tot el procés; adaptar i reorganitzar els circuits assistencials (disseny de circuits preferents i agrupació d'exploracions), i disposar d'un sistema d'informació per al seguiment i l'avaluació. Cal tenir present, però, que la disminució del retard no té un impacte en la supervivència, d'acord amb l'evidència científica disponible, però pot contribuir a la disminució del nivell d'angoixa que experimenta una persona en aquestes circumstàncies, així com millorar la qualitat del procés assistencial. En el quadre 12 (pàgina 68) es presenten els indicadors més rellevants del programa pel que fa als tumors de mama i colorectal.

Hospitalitzacions

La patologia neoplàsica és la tercera causa global d'hospitalització als centres de la XHUP de Barcelona, i és la segona causa més freqüent en els homes, mentre que en les dones es desplaça al quart lloc. L'any 2011 hi ha hagut 15.861 contactes hospitalaris de la població resident

²Vegeu estudis publicats sobre la prova de detecció de sang oculta en femta: <www.preveniocolonbcn.org>

Càncer

68

a Barcelona als hospitals de la XHUP de la ciutat. Aquesta xifra representa un 11,7% de totes les altes hospitalàries. En l'anàlisi de la tipologia, si se n'exclouen les neoplàsies malignes de pell (no melanoma) i les secundàries, les neoplàsies més

freqüents en els homes són les de bufeta urinària, les de bronquis i pulmó i les de còlon, mentre que en les dones el càncer de mama ocupa el primer lloc, i en el segon i tercer lloc també hi ha les de bronquis i pulmó i les de còlon. El quadre 13 mostra les deu neoplàsies més freqüents registrades als hospitals de la XHUP l'any 2011.

Quadre 12. Circuits de diagnòstic ràpid de càncer de mama i colorectal. Barcelona, 2011.

Circuit de diagnòstic ràpid de càncer (CDR)r	Càncer de mama			Càncer colorectal		
	Casos inclosos	Casos amb confirmació diagnòstica	Casos de càncer amb inici del tractament <30 dies	Casos inclosos	Casos amb confirmació diagnòstica	Casos de càncer amb inici del tractament <30 dies
Barcelona	1.796	41,4%	55,5%	1.914	37,5%	52,3%
Regió Sanitària de Barcelona	3.968	49,7%	66,3%	6.561	26,1%	66,0%

Font: Memòria Consorci Sanitari de Barcelona, 2011.

Quadre 13. Neoplàsies més freqüents segons el gènere a la XHUP. Barcelona, 2011.

	Home ¹	Dona ¹	Total ¹
Neoplàsia maligna de bufeta	21,3%	5,4%	14,3%
Neoplàsia maligna de mama	0,2%	27,2%	12,0%
Neoplàsia maligna de còlon	10,4%	10,0%	10,2%
Neoplàsia maligna de bronquis i pulmó	13,4%	5,7%	10,0%
Neoplàsia maligna de pròstata	8,8%	–	4,9%
Neoplàsia maligna de cap i coll	5,7%	2,5%	4,3%
Neoplàsia maligna de fetge i conductes biliars intrahepàtics	5,1%	3,1%	4,2%
Neoplàsia maligna de recte i anus	4,4%	3,7%	4,1%
Limfomes no hodgkinians	3,8%	3,5%	3,7%
Neoplàsia maligna d'estómac	3,8%	3,0%	3,4%

Font: Conjunt mínim bàsic de dades - hospitalització d'aguts (CatSalut).

Notes: ¹Els percentatges d'homes i dones són sobre el total de neoplàsies de cadascun dels gèneres, també el % total (no equival a la suma dels parcials).

Malalties de l'aparell locomotor

Les malalties de l'aparell locomotor no només són les malalties cròniques més freqüentment referides per la població adulta, sinó també les que més impacte tenen sobre la qualitat de vida física i psíquica i sobre la capacitat funcional relacionada amb la mobilitat o l'habilitat en les activitats quotidianes, fet que afavoreix una actitud encara més sedentària per part de qui les pateix.

Els trastorns osteoarticulars o reumàtics inclouen un grup extens i heterogeni de malalties en què el dolor n'és el símptoma principal, i molt sovint esdevenen problemes de salut crònics.

Prop del 60% de la població adulta espanyola refereix alguna malaltia crònica coneguda o diagnosticada per un professional sanitari, i les malalties de l'aparell locomotor són, globalment, les considerades més freqüents, seguides de la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia 1-4.

Les malalties de l'aparell locomotor se situen entre els principals problemes de salut de la població i tenen un gran impacte sanitari, econòmic i social. Segons l'Enquesta de salut de Catalunya per a Barcelona (ESCA-B, 2011), entre la població de 15 anys i més el mal d'esquena lumbar, el mal d'esquena cervical, l'artrosi, l'artritis i el reumatisme, figuren entre els principals trastorns crònics declarats, i són més freqüents en les dones que en els homes. Gairebé una de cada tres persones va declarar haver consumit medicaments per al dolor o antiinflamatoris.

El mal d'esquena és la simptomatologia de l'aparell locomotor referida amb més freqüència per la població. S'inicia a qualsevol edat, però és més freqüent en l'edat adulta, al voltant dels 50 anys. En un 80% dels casos no s'associa a cap lesió específica; la majoria de vegades és causa de restricció d'activitat habitual i es cronifica en més de la meitat dels casos. L'artrosi afecta al voltant del 60% de la gent més gran de 60 anys, i el mal d'esquena, el 50% de la població en algun moment de la vida. Aquests problemes de salut constitueixen el primer motiu de baixa laboral.

Els factors de risc associats a les patologies de l'aparell locomotor (mal d'esquena, osteoporosi) estan relacionats amb l'estil de vida sedentari i la poca activitat física als llocs de treball on, a més, predominen els moviments repetitius. Si bé no s'ha demostrat que l'activitat física pot prevenir el dolor lumbar, la pràctica regular de l'activitat física té beneficis preventius sobre la salut, que inclouen la prevenció de la malaltia cardiovascular, la hipertensió, la diabetis mellitus, l'obesitat i l'osteoporosi.

Les malalties de l'aparell locomotor són tractades per professionals de diferents disciplines i nivells d'atenció: metges d'AP, reumatologia, cirurgia ortopèdica i traumatologia (COT), rehabilitació i medicina física, i unitats de dolor, infermeria i fisioteràpia, a banda de la participació d'altres professionals procedents de medicina interna, ginecologia, neurocirurgia o psicologia en processos concrets. En tractar-se de patologies majoritàriament cròniques que, en diferents situacions i estats evolutius, poden requerir la intervenció de diferents especialistes, la coordinació entre professionals i entre nivells assistencials és bàsica per garantir una atenció òptima per a aquests problemes de salut. Aquesta patologia també genera ingressos hospitalaris, tal com es pot observar en el quadre 14.

Quadre 14. Distribució de les altes hospitalàries de malalties de l'aparell locomotor per hospitals i àrees integrals de salut. Barcelona, 2011.

	AIS Litoral-Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord	AIS s/ABS ¹	Total
Hospitals de Barcelona	1.714	2.887	2.186	2.360	6	9.153
Hospitals de la Regió Sanitària de Barcelona	70	189	123	127	7	516
Hospitals d'Altres regions sanitàries	11	22	11	17	0	61
Total hospitals	1.795	3.098	2.320	2.504	13	9.730
Freqüentació x 1.000 habitants (taxa bruta)	5,8	5,8	5,6	6,1	--	5,8
Taxa ajustada per edat x 1.000 habitants	5,9	5,3	5,1	5,6	--	5,4

Font: Conjunt mínim bàsic de dades - hospitalització d'aguts (CatSalut).
Nota: ¹Població sense AIS assignada.

L'estat de salut, el benestar i la limitació funcional

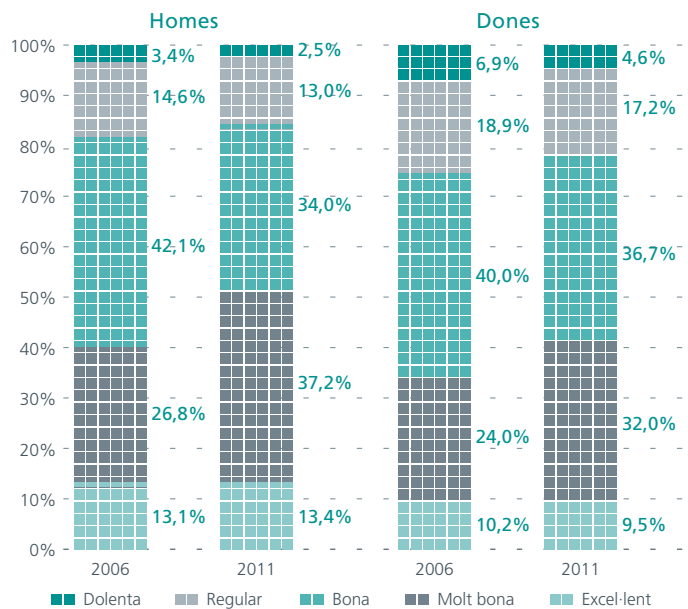
70

D'acord amb les dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, el 84,6% dels homes i el 78,2% de les dones declaren tenir un estat de salut excel·lent, molt bo o bo, xifres similars a les del 2006 (vegeu la figura 5). En destaca l'increment de la salut autopercebuda molt bona en ambdós sexes. Tanmateix, la distribució de mala salut autopercebuda per al 2011 segueix una forma de gradient segons les classes socials (agrupades a partir de la categoria ocupacional) tant en homes com en dones, i en tots els grups la mala salut de les dones és superior a la dels homes. Així, el 25,0% de les dones de classes manuals declara una salut percebuda regular o dolenta davant el 16,4% de les de classe social no manual. En els homes, tant en els de classe manual com els de classe intermèdia, al voltant del 16,0% declaren una mala salut autopercebuda, mentre que en el cas de la classe social no manual és del 12,4% (vegeu la figura 6).

L'Enquesta de salut de Barcelona proporciona també un indicador de qualitat de vida. Es tracta de la versió de l'EuroQol 5 dimensions amb tres nivells (EQ-5D-3L), que inclou les dimensions de mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, i presència d'ansietat i depressió. El quadre 15 (vegeu la pàgina 71) mostra el percentatge de població que declara tenir problemes en cada dimensió i el valor mitjà i la mediana de

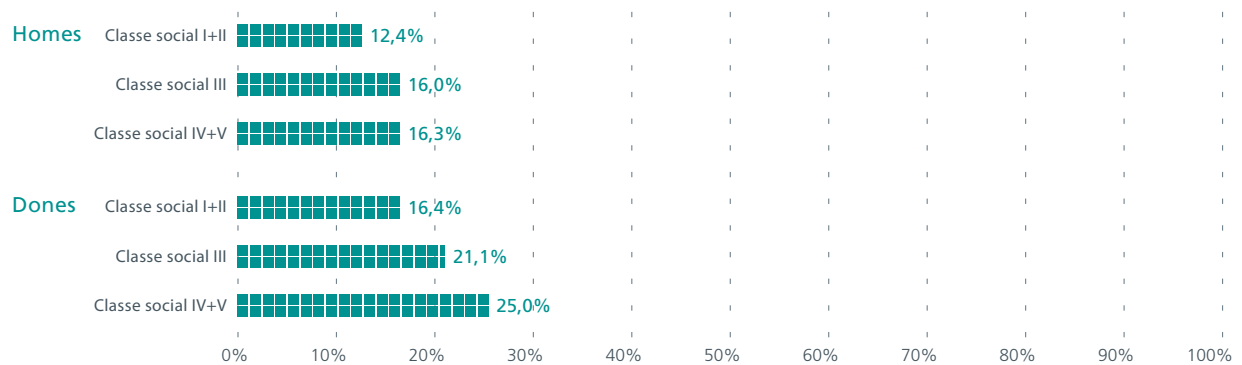
l'escala analògica de salut. En totes les dimensions s'observa que les dones tenen unes prevalències més elevades que els homes. El dolor o malestar representa la dimensió amb més prevalença, seguida dels problemes d'ansietat o depressió.

Figura 5. Salut autopercebuda de la població en percentatges per sexe. Població estandaritzada per edat. Barcelona, 2006-2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2006 i 2011.

Figura 6. Estat de salut regular o dolent segons la classe social. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

Nota: La classe I és la més afavorida i la classe V la més desafavorida.

Un tercer indicador de benestar és la capacitat que tenen les persones de transformar els recursos de què disposen en resultats efectius. A aquest efecte, l'Enquesta de salut de Barcelona recull les limitacions aguda i crònica: la primera fa referència a una limitació transitòria en un període anterior als 15 dies en què es fa la pregunta, i la segona a les de llarga durada. L'any 2011, el 8,4% dels homes i el 12,6% de les dones han declarat haver patit restricció aguda. Quant a la restricció de l'activitat crònica, l'11,1% dels homes i el 15,4% de les dones tenen l'activitat restringida (vegeu el quadre 16).

Una altra qüestió és l'augment de la morbiditat crònica i la presència de malalties invalidants, que contribueixen a fer de la dependència un problema social de primera magnitud. Per mesurar la presència de les limitacions, l'Enquesta de salut pregunta per limitacions en la vista, l'oïda, la parla i la cura personal, i ha trobat que afecten al voltant del 15% dels homes i el 21% de les dones. Aquestes limitacions són superiors en les persones de més edat, fet que posa de manifest la rellevància del suport a la dependència.

Quadre 15. Estat de benestar segons l'EuroQol 5 dimensions i tres nivells i escala analògica EVA per sexe. Barcelona, 2011.

EQ-5D-3L	Homes	Dones
Mobilitat		
No té problemes	91,9%	83,9%
Té problemes	8,1%	16,1%
Cura personal		
No té problemes	97,4%	94,5%
Té problemes	2,6%	5,5%
Activitats quotidianes		
No té problemes	95,0%	88,6%
Té problemes	5,0%	11,4%
Dolor o malestar		
No té problemes	86,3%	73,3%
Té problemes	13,7%	26,7%
Ansietat o depressió		
No té problemes	89,3%	80,9%
Té problemes	10,7%	19,1%
EVA-Escala analògica de salut		
Mitjana (desviació estàndard)	77,2 (15,0)	74,1 (17,0)
Mediana (percentil 25-75)	80 (70-90)	80 (70-85)

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

Quadre 16. Indicadors seleccionats de restricció funcional per sexe. Barcelona, 2011.

	Homes	Dones
Restricció de l'activitat aguda	8,4%	12,6%
Restricció crònica de l'activitat	11,1%	15,4%
Patiment d'alguna limitació greu (població >14 anys)	14,8%	20,8%
Patiment d'alguna limitació greu (població >74 anys)	51,1%	62,9%

Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

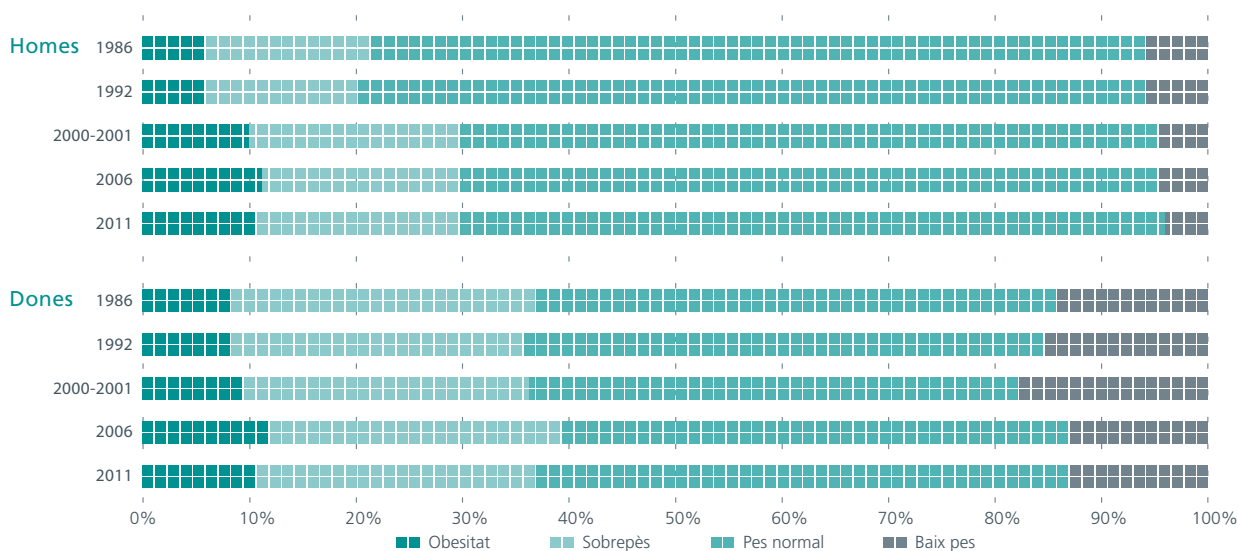
L'obesitat i l'excés de pes

72

Com és conegut, l'excés de pes i l'obesitat s'associen a un risc més gran de patir malalties cardiovasculars, diabetis mellitus de tipus II i altres problemes endocrins i metabòlics. En la figura 7 es pot apreciar que les prevalències de

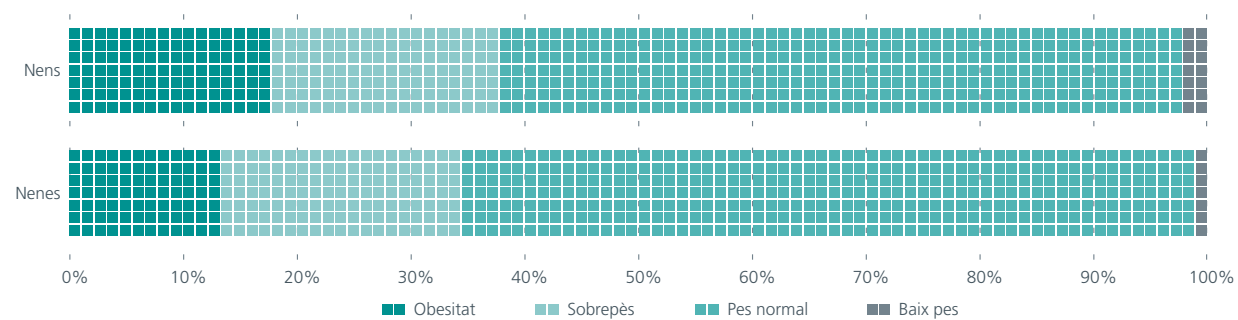
sobrepès i obesitat van començar a incrementar-se a partir de l'any 2000, arribant a un 11% d'obesitat en homes i un 11,6% en dones l'any 2006. Inclouent-hi el sobrepès, l'excés de pes és del 29,9% en homes i del 37,1% en dones l'any 2011, ja que les dades de sobrepès són més grans en dones que en homes. En conjunt, les dades d'excés de

Figura 7. Evolució de la distribució de la població segons l'índex de massa corporal per sexe i edat en la població major de 16 anys. Barcelona, 1986-2011.



Font: Enquestes de salut de Barcelona.
 Nota: Dades estandaritzades per edat (població de referència: any 2000).

Figura 8. Distribució de l'índex de massa corporal¹ per sexe dels infants de 3r de primària. Barcelona, 2011.



Font: Projecte POIBA, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: ¹Segons percentils de l'OMS, 2007.

pes del 2011 mostren un estancament respecte de les del 2006 en la població major de 16 anys. Per edats, l'obesitat es concentra amb un 20% en les dones en el grup major de 65 anys, i el sobrepès, sobretot, en els grups per sobre dels 55 anys (35%-40%). En els homes, l'obesitat és més alta, amb un 20% en el grup de 55 a 64 anys, mentre que oscil·la entre el 24% i el 29% en els tres grups d'edat majors de 45 anys. També hi ha diferències en l'obesitat segons la classe social, tant en homes com en dones, de manera que les classes socials més desafavorides presenten un índex més elevat de sobrepès i obesitat.

Pel que fa a l'obesitat infantil, l'any 2011 s'ha iniciat a Barcelona el projecte de prevenció de l'obesitat infantil (projecte POIBA), que inclou una intervenció preventiva en escolars de 8 a 10 anys. L'any 2011 s'ha mesurat l'índex de massa corporal d'una mostra representativa de 2.894 escolars (48,8% de nens i 51,2% de nenes) de

3r de primària de la ciutat de Barcelona. Els resultats referents a l'excés de pes es mostren en la figura 8 (vegeu la pàgina 72). El percentatge d'obesitat, amb un 18%, és més alt en els nens que en les nenes (13%). El sobrepès, del 20%, és semblant en ambdós sexes. Aquestes dades, tot i que reflecteixen uns valors molt alts, són menors que els identificats a Catalunya i Espanya per a l'Estudi Aladino³ de l'Agència Espanyola de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) en infants de la mateixa edat el mateix any 2011.

A més, les intervencions per prevenir l'obesitat també són importants a fi d'evitar dolors lumbaris i altres patologies de l'aparell locomotor. En aquest sentit, els serveis sanitaris d'atenció primària realitzen activitats preventives, com ara el cribratge de sobrepès i obesitat dels infants (vegeu el quadre 17) i intervencions comunitàries per potenciar una alimentació saludable així com per promocionar l'exercici físic.

³Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), Estudio Aladino (<www.aesan.msc.es/AESAN/web/notas_prensa/estudio_aladino.shtml>) Consultat: 6 d'agost de 2012.

Quadre 17. Cribratge de sobrepès i obesitat en nens i nenes atesos de 6 a 14 anys en atenció primària. Barcelona, 2009-2011.

Districtes	2009			2010			2011		
	Nenes ateses de 6 a 14 anys	Nens atesos de 6 a 14 anys	Total atesos de 6 a 14 anys	Nenes ateses de 6 a 14 anys	Nens atesos de 6 a 14 anys	Total atesos de 6 a 14 anys	Nenes ateses de 6 a 14 anys	Nens atesos de 6 a 14 anys	Total atesos de 6 a 14 anys
Ciutat Vella	87,9%	88,5%	88,2%	93,8%	92,3%	93,0%	96,0%	96,5%	96,3%
Eixample	75,1%	85,3%	80,4%	82,9%	82,3%	82,6%	88,7%	88,4%	88,5%
Sants-Montjuïc	77,1%	75,5%	76,3%	86,4%	85,4%	85,9%	91,5%	90,7%	91,1%
Les Corts	82,2%	78,1%	80,2%	87,2%	81,6%	84,3%	86,5%	84,0%	85,2%
Sarrià-Sant Gervasi	84,3%	82,8%	83,5%	81,8%	81,8%	81,8%	87,1%	90,4%	88,8%
Gràcia	72,4%	72,0%	72,2%	81,7%	80,7%	81,2%	85,7%	85,0%	85,3%
Horta-Guinardó	82,9%	81,2%	82,0%	91,5%	88,5%	90,0%	92,1%	91,3%	91,7%
Nou Barris	80,4%	78,7%	79,5%	89,6%	89,8%	89,7%	92,9%	93,2%	93,0%
Sant Andreu	76,4%	76,0%	76,2%	83,7%	86,1%	84,9%	89,9%	90,3%	90,1%
Sant Martí	73,5%	73,0%	73,2%	86,9%	85,9%	86,4%	90,3%	90,3%	90,3%
Total Barcelona	94,6%	94,8%	94,7%	86,8%	85,9%	86,4%	90,5%	90,5%	90,5%

Font: Avaluació AP - Integrap 2009, 2010 i 2011.

La salut mental

74

La salut mental a Barcelona

L'Enquesta de salut de Barcelona inclou el qüestionari *General Health Questionnaire-12: GHQ*, que valora la salut mental de la població adulta i es pot interpretar com una mesura global de l'estat psicològic de la població.

L'any 2011, en la població adulta de 15 anys o més, l'11,1% dels homes i el 16,8% de les dones han presentat risc de patir trastorns mentals. Per grups d'edat, les dones de més de 64 anys són les que han presentat el risc més alt de patir trastorns mentals, el 21%, seguides del grup de dones de 45 a 64 anys, amb el 18,4%. En els homes, el risc més elevat de trastorn mental s'ha observat en el grup de 45 a 64 anys, amb un 15,3% (vegeu la figura 9). Els homes de classe social més desfavorida (CS V) han presentat el percentatge més alt de risc de patiment psicològic en un 16,8%, i en les dones, les classes manuals (CS III-IV-V) han presentat la prevalença més alta, especialment les de CS III, amb el 22,8%. També s'observen diferències segons el país de naixement en les dones, de manera que les estrangeres nascudes en països de renda alta han presentat menor risc de patiment psicològic, amb el 7,2% i, al contrari, les nascudes en països de renda baixa han presentat un risc més alt, amb un 14,5%, juntament amb les de la resta de l'Estat espanyol, amb un 19,0%. En els homes, en canvi, no s'observen aquestes diferències.

Globalment, la prevalença de risc de patir trastorns mentals en els homes no ha variat

respecte dels anys anteriors, mentre que en les dones s'observa una disminució davant el 20,3% de l'any 2006. Per grups d'edats, les dones de 45 a 64 anys han tingut una prevalença de risc de patiment psicològic del 18,4%, lleugerament inferior al 21,5% de l'any 2006, i en les dones de més de 64 anys no s'han observat canvis. En els homes destaca l'augment en el grup d'edat de 45 a 64 anys, que ha passat del 10,7% el 2006 al 15,3% el 2011.

Trastorns de salut mental relacionats amb el treball

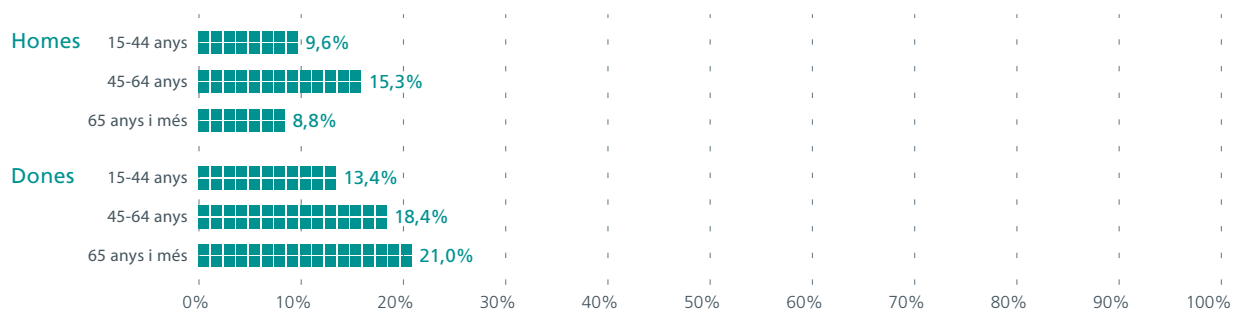
L'any 2011, els CAP de la ciutat han notificat 366 trastorns de salut mental (TSM) relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Principalment, es tracta de trastorns de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (68,3%) amb una edat mitjana de 42,6 anys (desviació estàndard=10,8), sense diferències entre sexes. Les ocupacions més freqüents en els homes han estat les elementals (20,7%), seguides del personal de serveis i comerç (19,2%); entre les dones, aquest mateix grup ha estat el més freqüent (28,2%) i en segon lloc, les professionals de suport (24,5%).

El 23,3% de les persones que patien aquests problemes de salut havien nascut fora de l'Estat espanyol i la situació laboral més freqüent ha estat la contractació indefinida (86,4%). Tres quartes parts estaven de baixa en el moment de la notificació, mentre que una quarta part treballava en empreses de fora de la ciutat. Respecte del 2010, s'ha observat una reducció del nombre d'aquests trastorns (el 2010 en van ser 393) i també de la incidència⁴ (s'ha passat de 38,6 a 34,6 x 100.000 ocupats i de 81,7 a 75,7 x 100.000 ocupades), seguint la mateixa tendència que la resta d'indicadors de salut laboral (vegeu La salut laboral, pàgina 76).

La població atesa als centres de salut mental

A Barcelona, l'any 2011, s'han atès 37.092 persones als centres de salut mental d'adults, i 7.657 als centres de salut mental infantil i juvenil. Dins el marc del nou model de suport de salut mental en

Figura 9. Risc de patiment psicològic segons els grups d'edat i el sexe. Barcelona, 2011.



Font: Enquesta de salut de Barcelona, 2011.

l'atenció primària, el 2011 s'han atès un total de 8.603 pacients majors de 17 anys i 2.744 pacients infantils i juvenils.

En la figura 10, s'observa un increment progressiu de la població atesa als centres de salut mental amb patologies severes, gràcies també al desplegament del Programa d'atenció a persones amb trastorns mentals severes (TMS) i del Programa d'atenció a la població infantil i juvenil amb trastorn mental greu (TMG). Del 22,2% de persones adultes amb trastorns severes ateses el 2005, s'ha arribat al 30,0% el 2011, i del 4,2% de pacients infantils i juvenils amb trastorns greus atesos el 2005, s'ha arribat al 9,1% el 2011. S'ha fet una mitjana de visites anuals de 7,8 en la població adulta amb TMS i de 9,7 visites l'any en la població infantil i juvenil amb TMG. La Figura 11 mostra l'evolució per grup d'edat i sexe sense diferenciar per gravetat.

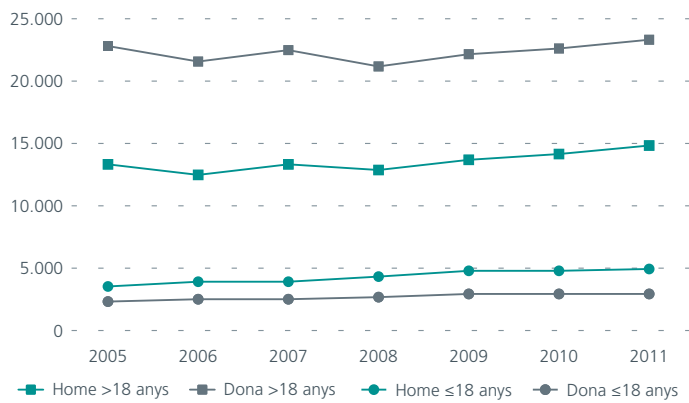
L'any 2011, de les persones ateses als centres de salut mental infantil i juvenil, el 62,5% han estat de sexe masculí i el 37,5% han estat de sexe femení. En comparació, dels atesos als centres de salut mental d'adults, el 61,1% han estat dones i el 38,9%, homes. Els motius de consulta als centres per part de la població infantil i juvenil amb TMG han estat majoritàriament problemes de psicosis en la primera infància (37,3%) i trastorn mixt del desenvolupament (25,3%). Així mateix, els motius de consulta de la població adulta amb TMS als centres de salut mental

d'adults han estat majoritàriament trastorns esquizofrènics (43%) i trastorns depressius majors (22,3%).

A Barcelona, l'any 2011, s'han generat 4.478 ingressos a les unitats d'aguts i subaguts de salut mental. Cal destacar, com a indicador de qualitat assistencial, que a les unitats d'aguts només un 6% han estat reingressos urgents durant els 30 dies posteriors a l'alta hospitalària, i que a les unitats de subaguts només un 1,8% han estat reingressos no

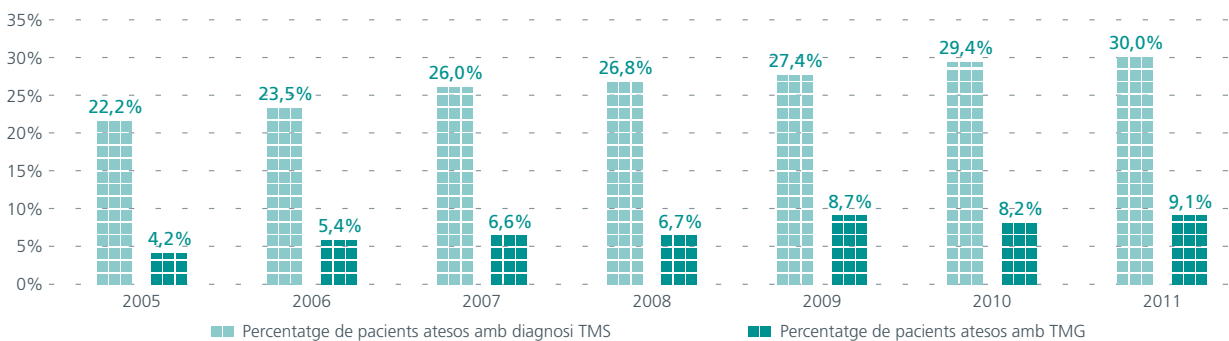
4El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de TSM notificats en persones ocupades respecte de la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de població activa.

Figura 11. Població atesa als centres de salut mental per grups d'edat i sexe. Barcelona, 2005-2011.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos de salut mental (CatSalut).

Figura 10. Població atesa als centres de salut mental amb trastorn mental greu i trastorn mental sever. Barcelona, 2005-2011.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos de salut mental, 2005-2011.

La salut mental

76

programats durant els 90 dies posteriors a l'alta hospitalària. Les patologies més freqüents ateses han estat trastorns esquizofrènics i trastorns límit de la personalitat.

La tasca dels hospitals de dia i dels centres de dia, com a elements de facilitació de la rehabilitació

social i sanitària del pacient amb trastorn mental, són elements clau en el tractament i la trajectòria clínica dels pacients amb més complexitat. A Barcelona, el 2011, s'han donat 934 altes als hospitals de dia, amb un 79,3% de famílies i cuidadors de pacients atesos en sessions psicoeducatives. Així mateix, als centres de dia han estat atesos un total de 1.539 pacients, amb un 75,7% de famílies i cuidadors de pacients atesos en sessions psicoeducatives.

La salut laboral

Lesions per accident de treball

L'any 2011 s'han produït a Barcelona 31.161 lesions per accident de treball (LAT) amb baixa, de les quals 285 són greus i 20 mortals. Seguint la mateixa tendència dels darrers anys, s'observa una disminució del total de lesions, enguany, superior al 2010 (el 2010 van disminuir un 2,4% i el 2011, un 11,7%). El descens més important s'ha produït en les LAT lleus i mortals (11,7% i 13,0%, respectivament). El 60,0% dels accidentats han estat homes, que també han patit les lesions més greus (el 76,1% de les greus i totes, menys una —el 95,0%—, de les mortals). L'ocupació més freqüent en ambdós sexes ha estat el personal de serveis i comerç (26,0% de les LAT masculines i 37,1% de les femenines), seguida, en el cas dels homes, pels treballadors de la indústria i construcció (23,4%), i de les treballadores en ocupacions elementals, en el cas de les dones (25,5%). En les dones, la meitat (51,5%) de les LAT greus i l'única mortal s'han

produït *in itinere*, mentre que en els homes les lesions greus i mortals més freqüents han estat les traumàtiques en jornada laboral (48,8% i 31,6%, respectivament), seguides per les *in itinere* (una mica més d'una tercera part de les greus (36,4%) i la mateixa proporció que les traumàtiques mortals).

D'altra banda, així com la incidència del total de LAT i de les lleus ha disminuït de manera significativa respecte del 2010 (la incidència total ha passat de 4.047,9 a 3.659,2 per 100.000 persones afiliades i la de les lesions lleus, de 4.011,4 a 3.623,4 per 100.000), la de les LAT greus i mortals gairebé no s'ha modificat (les lesions greus han passat d'una incidència de 33,9 a 33,5 per 100.000 i les mortals, de 2,6 a 2,3 per 100.000 persones afiliades) (vegeu la figura 12, pàgina 77).

La incidència de LAT amb baixa ocorregudes durant la jornada laboral a Barcelona ha estat inferior a la de Catalunya, tant en relació amb el total (2.923,5 i 3.674,4 x 100.000, respectivament) com amb les lesions mortals (1,5 i 3,1 x 100.000 a Barcelona i Catalunya, respectivament). En canvi, quant al total de lesions *in itinere*, la incidència ha estat superior a Barcelona (735,7 x 100.000) que a Catalunya (581,6 x 100.000), però en relació amb aquestes LAT mortals, també ha estat superior la incidència a Catalunya (0,8 i 1,4 x 100.000, respectivament)⁵.

Malalties relacionades amb el treball

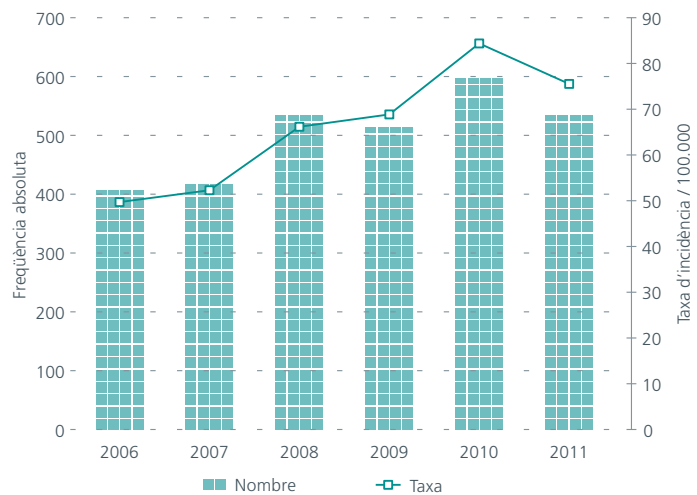
L'any 2011, els centres d'atenció primària (CAP) han notificat 530 casos de malalties relacionades amb el treball (MRT) a la Unitat de Salut Laboral (USL) de Barcelona. Les característiques sociodemogràfiques, laborals, així com el diagnòstic, han mantingut el mateix perfil d'anys anteriors. S'han notificat més casos en dones (63%), els trastorns ansiosos i depressius han estat els més freqüents (74,3% dels casos femenins i 61,2% dels masculins) i les ocupacions majoritàries entre els homes han estat les del grup d'elementals (20,7%) i els treballadors de serveis i comerç (19,2%), mentre que en les dones han estat aquesta mateixa ocupació (28,2%) i les professionals de suport (24,5%).

⁵El càlcul de la incidència de Catalunya està fet sobre la base de l'afiliació a tots els règims que tenen coberta la contingència d'accidents de treball (Règim General, Règim Especial de la Minería del Carbó, Règim Especial Agrari i Règim Especial de Treballadors del Mar i, des de gener del 2004 i de forma voluntària, alguns treballadors afiliats al Règim Especial de Treballadors Autònoms que han optat per la cobertura de les contingències professionals). Pel que fa a Barcelona, el càlcul es basa en l'afiliació al Règim General i al Règim Especial de la Minería del Carbó, atès que és l'única informació de què es disposa amb aquesta desagregació territorial.

⁶El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de MRT notificades en persones ocupades, respecte de la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de població activa.

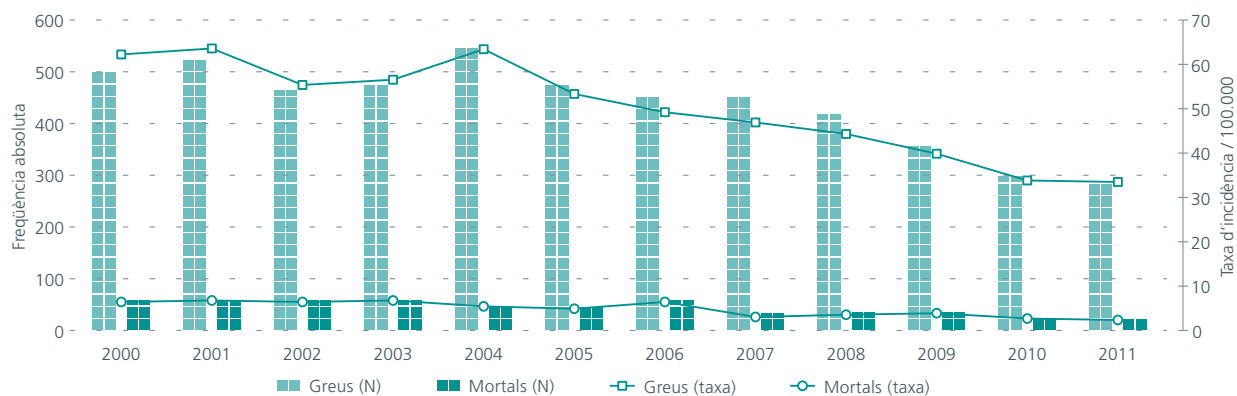
En relació amb l'any anterior, hi ha hagut un descens del 10% en el nombre de casos, descens que ha estat similar en homes i dones, i també en relació amb el diagnòstic. Pel que fa a la incidència, que havia augmentat l'any anterior (va passar de 68,7 x 100.000 persones ocupades el 2009 a 84,5 el 2010), el 2011 ha disminuït fins a 75,4 MRT per 100.000⁶ (vegeu la figura 13).

Figura 13. Evolució de les malalties relacionades amb el treball. Barcelona, 2006-2011.



Font: Registre de malalties relacionades amb el treball de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 12. Evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals segons la gravetat. Barcelona, 2000-2011.



Font: Registre d'accidents de treball del Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya.

Les lesions per col·lisions de trànsit i altres

78

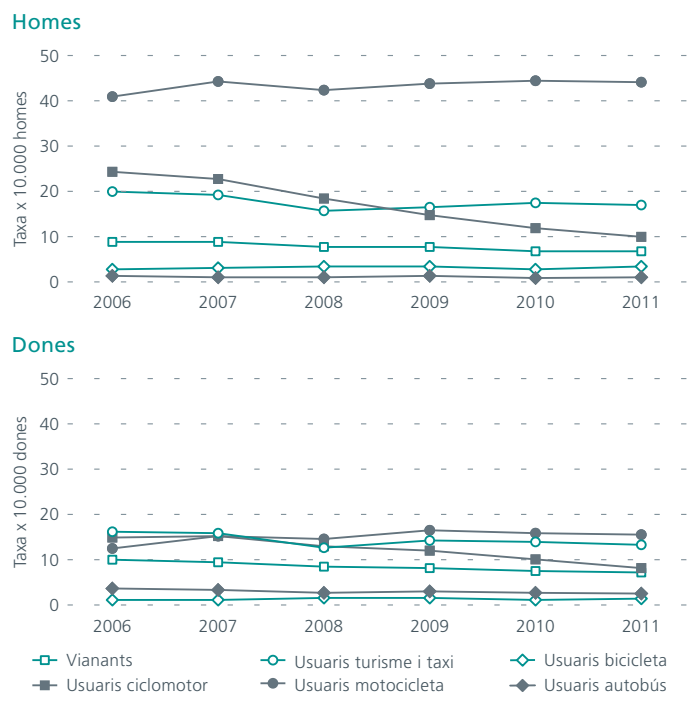
Segons la Guàrdia Urbana de Barcelona, l'any 2011 s'han produït a la ciutat de Barcelona 7.911 col·lisions de trànsit amb víctimes, que han tingut com a conseqüència 10.239 lesionats (6.359 homes i 3.880 dones) i 31 morts (24 homes i 7 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. La mediana d'edat de les persones lesionades ha estat de 33 anys, tant en homes com en dones, mentre que en les defuncions ha estat de 37,5 anys en els homes i 82 anys en les dones. Cinc de les 7 dones mortes tenien 79 anys o més (vegeu la figura 14).

El 50,1% dels homes lesionats eren usuaris de motocicleta; l'11,5%, de ciclomotor; el 23,7%, de turisme; el 4%, de bicicleta; l'1,4%, d'autobús; el 0,1%, d'altres tipus de vehicles, i el 8,7%, vianants. El 29,1% de les dones lesionades eren usuàries de turisme; el 29,2%, de motocicleta; el 15,2%, de ciclomotor; el 6,7%, d'autobús; el 2,9%, de bicicleta; el 0,1%, d'altres vehicles, i el 16,5%, vianants. Pel que fa a les defuncions en homes, eren usuaris de motocicleta el 50,0%; usuaris de ciclomotor, el 4,2%, i vianants, el 29,2%. En les defuncions de dones, el 85,7% eren vianants i una era ciclista.

Globalment, l'any 2011, respecte del 2010, s'observa una reducció en el nombre de persones lesionades del 5,2% (4,5% en homes i 6,3% en dones) i del 20,5% en el nombre de morts (14,3% en homes i 36,4% en dones). Segons el mode de transport, s'observa una re-

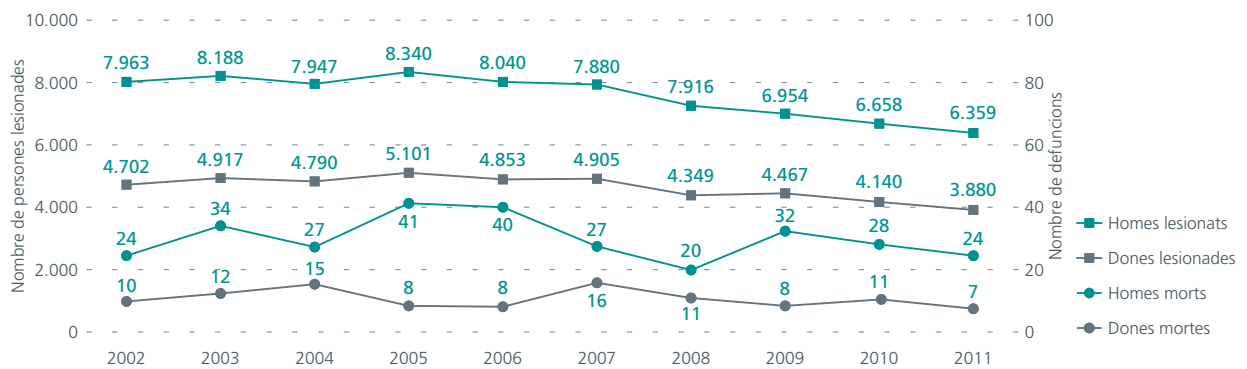
ducció en el nombre de víctimes usuàries de ciclomotor del 20,6% (del 20,4% en homes i del 20,8% en dones), d'usuàries de cotxe del

Figura 15. Taxa de persones lesionades per col·lisió de trànsit per 10.000 habitants, segons el mode de transport. Barcelona 2006-2011.



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona.
Nota: Taxes estandarditzades per edat.

Figura 14. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit a Barcelona, 2002-2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona.

5,3% (5,2% i 5,4% respectivament) i d'usuàries de motocicletes del 2,9% (2,8% i 3,3%, respectivament). Augmenta, en canvi, el nombre de ciclistes lesionats un 11,4% (9,8% en homes i 15% en dones).

La figura 14 (vegeu la pàgina 78) mostra l'evolució del nombre de víctimes de l'any 2003 al 2011. El nombre de persones lesionades tendeix a disminuir des de l'any 2005, tant en homes com en dones. El nombre de persones mortes també tendeix a reduir-se, tot i que amb molta variabilitat, a causa del petit nombre de casos.

La figura 15 (vegeu la pàgina 78) mostra l'evolució de la taxa de persones lesionades per

col·lisió de trànsit segons el mode de transport, per homes i dones. Cal tenir en compte que aquestes taxes són aproximades, ja que en el càlcul el numerador inclou totes les persones lesionades a la ciutat, independentment que resideixin a Barcelona o no, mentre que el denominador inclou la població resident a la ciutat. No es té en compte la mobilitat de totes les persones que es desplacen per la ciutat, que és el que les exposa al risc de lesió per trànsit. Tot i així, permet observar-ne l'evolució i diferents patrons. L'any 2011, tant en homes com en dones, les taxes més elevades s'han presentat en els usuaris de motocicletes, seguides dels usuaris de cotxes, ciclomotors i vianants. Destaca que la taxa de lesionats per 10.000 habitants en motoristes és tres vegades superior en homes que en dones. Les taxes de vianants i d'usuaris d'autobús lesionats són més altes en dones que en homes. L'evolució mostra, en general, un patró estable, excepte en la taxa de lesionats usuaris de ciclomotor, que evidencia una marcada reducció durant tot el període, tant en homes com en dones i en vianants.

Les malalties transmissibles

La tuberculosi

L'any 2011, s'han detectat a Barcelona 580 casos de tuberculosi (TB), dels quals 404 eren residents a la ciutat, el que representa una incidència de 24,9 casos per 100.000 habitants (un 6% més baixa que la de l'any passat). La malaltia és més freqüent en els homes (244 casos) que en les dones (160 casos). La incidència és més elevada en immigrants, tant en homes com en dones, en edats entre 15 i 39 anys. En la població autòctona, la incidència més elevada es troba en

les persones majors de 65 anys, i reflecteix un patró de reactivació endògena d'infeccions antigues i un bon control de la malaltia (vegeu la figura 16, pàgina 80).

De les 160 dones amb TB, 79 havien nascut fora de l'Estat espanyol (49,4%), sobretot a Pakistan, Bolívia i Perú. Pel que fa als 244 homes, 140 eren immigrants (57,4%). Destaca Pakistan, amb 40 pacients, seguit de Bolívia i el Marroc. Els pacients immigrants amb TB procedien de 37 països diferents.

La malaltia és més freqüent en aquells barris de la ciutat amb pitjors indicadors econòmics. Si classifiquem els barris per la renda familiar

Les malalties transmissibles

80

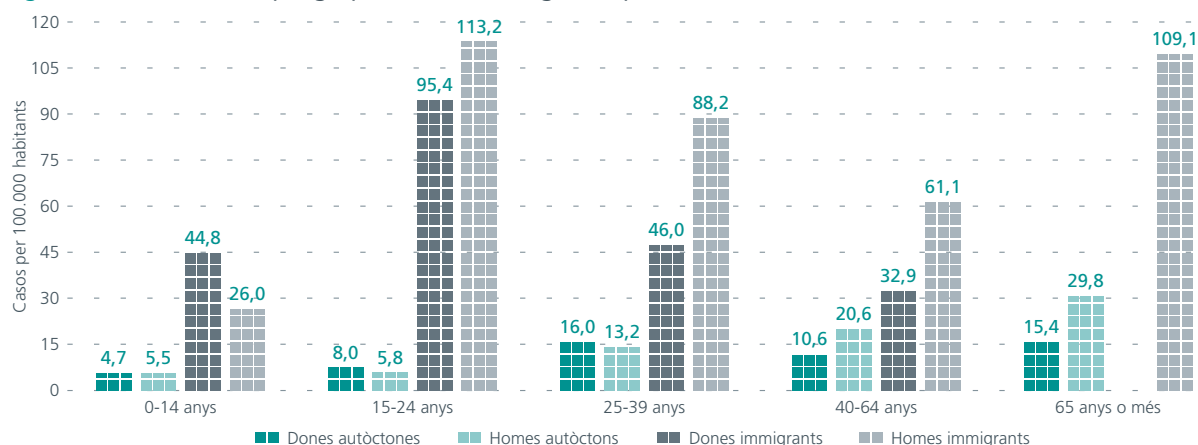
disponible⁷, veiem que tant en homes com en dones la incidència és tres vegades més alta en barris amb una renda baixa en comparació dels de renda alta (vegeu la figura 17, pàgina 81).

La forma clínica més freqüent ha estat la TB pulmonar, tant en dones (70%) com en homes (67,6%). Dels 404 pacients, 101 han presentat la forma més contagiosa de la malaltia. La taxa de

TB bacil·lífera és de 6,2 c/100.000 habitants, més d'un 10% inferior a la de l'any anterior. Els factors de risc més freqüents en les dones són el tabaquisme, el tractament amb fàrmacs immunosupressors i el consum excessiu d'alcohol. En homes són el tabaquisme, l'alcoholisme i estar en situació de sense sostre (vegeu el quadre 18).

⁷<<http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/economia/renda/index.htm>>

Figura 16. La tuberculosi per grups d'edat i sexe segons el país de naixement. Barcelona, 2011.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia.

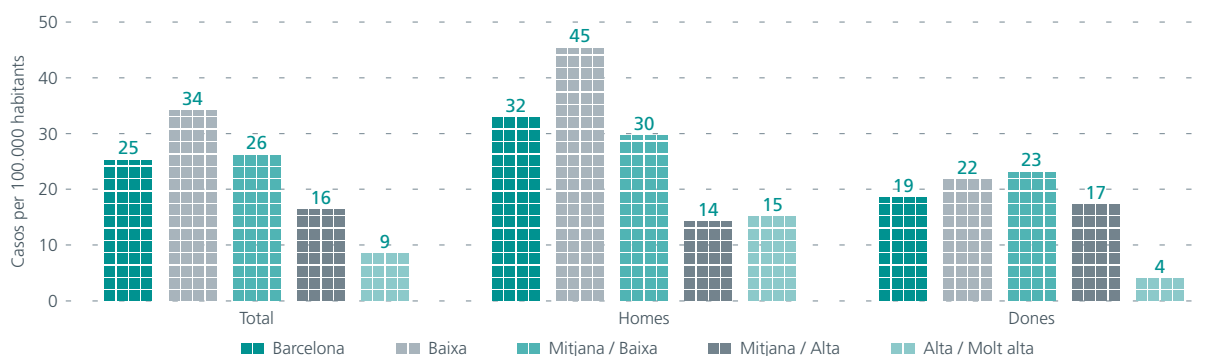
Quadre 18. Factors de risc per sexe de la tuberculosi. Barcelona, 2011.

	Homes (n = 244)		Dones (n = 160)		Total (n = 404)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tabaquisme	106	43,4%	35	21,9%	141	35,0%
Alcoholisme	64	26,2%	10	6,3%	74	18,3%
Indigència	28	11,5%	4	2,5%	32	7,9%
Tuberculosi anterior	21	8,6%	5	3,1%	26	6,4%
Tractament immunosupressor	12	4,9%	11	6,9%	23	5,7%
Diabetis	14	5,7%	5	3,1%	24	5,6%
VIH(+)	15	6,1%	3	1,9%	18	4,4%
UDI	10	4,1%	3	1,9%	13	3,2%
Antecedents presó	11	3,6%	0	-	11	2,7%
Insuf. renal crònica	8	2,5%	4	2,5%	12	3,0%
Embaràs	0	0,0%	5	3,1%	5	1,2%
Gastrectomia	2	0,7%	1	2,0%	3	0,7%

Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia.

Nota: UDI: usuaris de drogues intravenoses.

Figura 17. Incidència de tuberculosi agrupant barris segons la renda familiar disponible. Dades globals i per sexe. Barcelona, 2011.



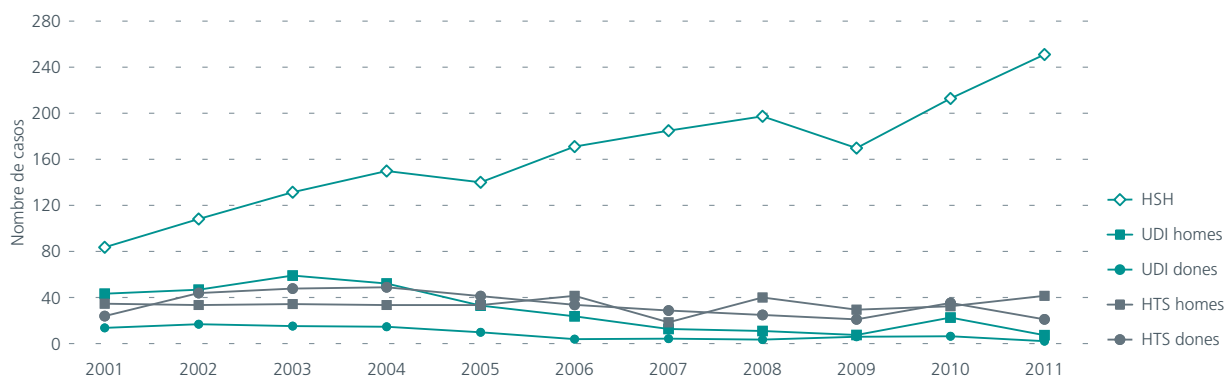
Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia.

La infecció per VIH-sida

L'any 2011, un total de 400 persones s'han diagnosticat per primera vegada d'infecció pel VIH a Barcelona –el 83% (332) d'elles resideixen a Barcelona–, el que suposa una taxa d'infecció de 22,3 casos/100.000 i representa un descens del 8,1% respecte de l'any 2010 (vegeu la figura 18). El 93,1% (309) dels casos són homes entre els 17 i els 79 anys (mediana de 34 anys), i les edats de les 29 dones se situen entre els 19 i els 60 anys (mediana de 34 anys). La via de transmissió més freqüent en els homes han

estat les relacions homosexuals (HSH), seguides de les heterosexuals (HTS), amb el 81,3% (251) i 13,6% (42) dels casos, respectivament. En les dones, les relacions HTS han estat la via més freqüent (95,6%). Malgrat el descens global, en el cas dels HSH i en els homes HTS s'ha observat un increment en els diagnòstics del VIH del 17,8% i 27,3%, respectivament (vegeu la figura 18). Cal tenir en compte que des de l'any 2001 fins al juliol del 2010 la infecció pel VIH era de notificació voluntària. A partir del mes de juliol de l'any 2010 la infecció pel VIH s'incorpora com a malaltia de declaració obligatòria individualitzada, subjecta a les mateixes especificitats en el circuit de notificació establertes per la declaració de la síndrome d'immunodeficiència adquirida (sida) (Decret 67/2010, de 25 de maig, pel qual es regula el sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots

Figura 18. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons el sexe i la via de transmissió. Residents a Barcelona, 2001-2011.



Font: Sistema d'Informació del VIH. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les malalties transmissibles

82

epidèmics al Departament de Salut. DOGC. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 8 de juliol de 2010; núm. 5666).

En relació amb la sida, el nombre de casos en aquesta fase final de la infecció continua disminuint. El 2011, s'han diagnosticat 75 persones, de les quals el 90,7% (68) resideixen a Barcelona (vegeu la figura 19), el que representa una taxa de 4,19 casos/100.000 hab. i un descens del 21,0% respecte del 2010. El 85,3% (58) dels casos són homes entre els 26 i els 68 anys (mediana de 42 anys). Les edats de les 10 dones oscil·len entre els 28 i els 53 anys (mediana de 41 anys).

Les relacions sexuals no protegides han estat la via de transmissió més freqüent. En els homes han representat el 76% dels casos (60% deguts a les relacions HSH i 16% a les HTS). En el cas de les dones, les HTS han representat el 90%. L'ús de drogues injectades s'ha identificat en el 14% dels homes i en una dona. En els homes, la tuberculosi ha estat la malaltia indicativa de sida més freqüent (20% dels casos), seguida del sarcoma de Kaposi (19%), i en les dones, la pneumònia per *P. jiroveci* (40%) i la candidiasi esofàgica (20%).

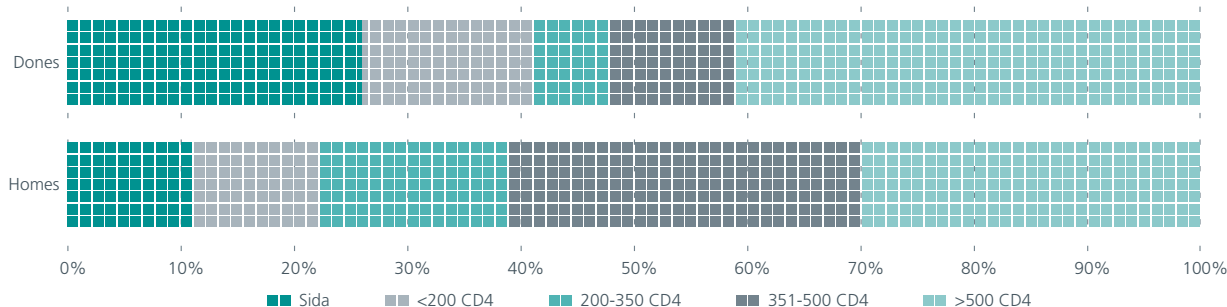
En relació amb el pronòstic, el 38,5% dels casos ha iniciat tractament amb retard, és a dir, amb un nivell de limfòcits T CD4 <350 per mm³ o quan ja tenien sida. Aquest any s'ha observat una diferència significativa entre homes (37,0%) i dones (38,5%) (vegeu la figura 20)⁸. Això implica més risc de transmissió de la infecció⁹ i un augment de la morbiditat i mortalitat¹⁰.

Figura 19. Evolució¹ de les taxes d'infecció pel VIH i de sida per a dones i homes entre 20 i 59 anys. Barcelona, 2001-2011.



Font: Registre de sida i de VIH de Barcelona. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.
 Nota: ¹El canvi de línia en VIH Homes indica un canvi en el sistema de registre.

Figura 20. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH per a dones i homes. Barcelona, 2011.



Font: Registre de sida i de VIH. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. N:338 (308 homes i 30 dones). En 35 casos, el diagnòstic de VIH i sida s'ha fet a la vegada.

Les infeccions de transmissió sexual

La sífilis infecciosa, la infecció gonocòccica i el limfogranuloma veneri són malalties de declaració individualitzada a Catalunya des de l'any 2006: el professional sanitari ha d'emplenar una enquesta epidemiològica en què es recullen variables d'interès clinicoepidemiològic.

Sífilis

L'any 2011, s'han detectat 396 casos de sífilis infecciosa, dels quals el 81,3% (322) resideixen a Barcelona, amb una taxa de 19,8 casos/100.000 hab. Aquesta xifra suposa un increment del 7,2% respecte de l'any 2010 (vegeu la figura 21). El

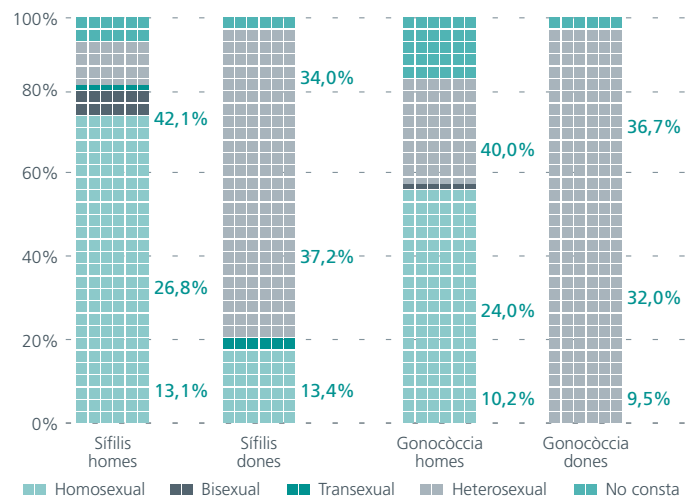
89,9% (289) dels casos són homes entre els 16 i 85 anys (mediana de 36 anys). Les dones tenen entre 19 i 57 anys (mediana de 37 anys). Tant en homes com en dones el grup d'edat més afectat ha estat el de 30-39 anys, amb el 39,8% i 33,3% dels casos, respectivament. El 51,4% dels homes i el 19% de les dones van néixer a l'Estat espanyol. Entre els homes, el 83,4% (241) havien tingut relacions homosexuals (HSH) i l'11,8% (34), heterosexuals (HTS). Entre les dones, el 75,8% (25) es van considerar HTS i el 18,2% (6), homosexuals (vegeu la figura 22).

⁸de Olalla PG, Mazardo C, Sambeat MA, Ocaña I, Knobel H, Humet V, Domingo P, Ribera E, Guelar A, Marco A, Belza MJ, Miró JM, Caylà JA; the HIV Surveillance Group. Epidemiological characteristics and predictors of late presentation of HIV infection in Barcelona (Spain) during the period 2001-2009. *AIDS Res Ther.* 2011 Jul 6;8(1):22. En: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3143919/pdf/1742-6405-8-22.pdf.

⁹Gary Marks, Nicole Crepez and Robert S. Janssen. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS* 2006, 20:1447-1450.

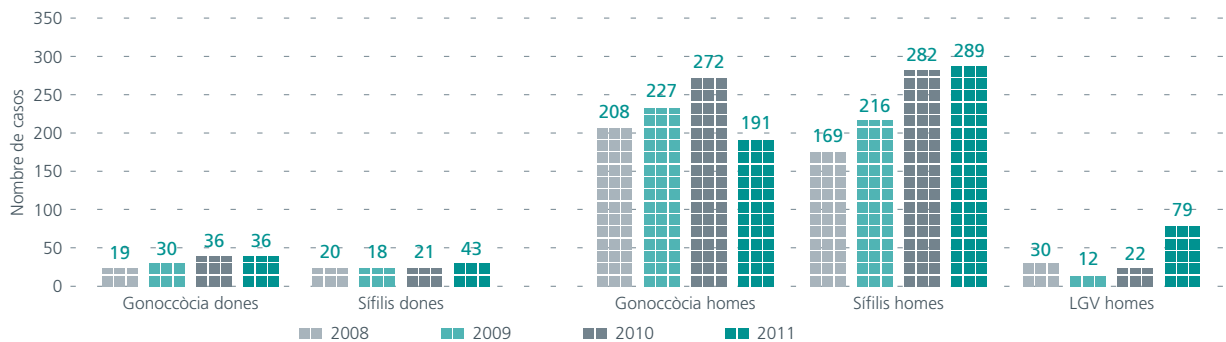
¹⁰Palella FJ Jr, Deloria-Knoll M, Chmiel JS, Moorman AC, Wood KC, Greenberg AE, Holmberg SD; HIV Outpatient Study Investigators. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. *Ann Intern Med.* 2003 Apr 15;138(8):620-6.

Figura 22. Distribució dels casos de sífilis i gonocòccia segons el sexe i la conducta sexual. Residents a Barcelona, 2011.



Font: Malalties de declaració obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 21. Distribució dels casos de sífilis i gonocòccia segons l'any de diagnòstic i el sexe. Residents a Barcelona, 2008-2011.



Font: Malalties de declaració obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona (LGV: limfogranuloma veneri).

Les malalties transmissibles

84

S'ha d'assenyalar que el 34,3% dels homes i el 15,2% de les dones estaven coinfectats pel VIH, factor que augmenta la transmissió del VIH. Cal destacar l'increment observat en la realització de l'estudi de les parelles sexuals, que ha passat del 60,0% el 2010 al 65,8% el 2011.

Gonocòccia

S'han detectat 280 casos d'infecció gonocòccica, dels quals el 81,2% (227) resideixen a Barcelona, el que representa una taxa de 14,00 casos/100.000 hab. Aquesta xifra suposa un descens del 26,5% respecte de l'any anterior (vegeu la figura 21, pàgina 83). El 84,1% (191) són homes, amb edats entre els 13 i 59 anys (mediana de 33 anys), mentre que l'edat de les 36 dones afectades oscil·la entre els 14 i 74 anys (mediana de 29,5 anys). El 52,9% (101) dels homes i el 36,1% (13) de les dones van néixer a l'Estat espanyol. Entre els homes, el 59,1% (113) s'han infectat en HSH

i el 26,1% (50) en HTS, mentre que del 14,6% (28) dels casos no es disposava d'aquesta informació. El 97% (35) de les dones es van considerar HTS. La coinfecció pel VIH s'ha observat en el 30,3% dels homes i el 2,8% de les dones (vegeu la figura 22, pàgina 83). També s'ha observat un increment de l'estudi de les parelles sexuals, que ha passat del 55,8% el 2010 al 64,8% el 2011.

Limfogranuloma veneri

L'any 2011 s'han detectat 82 casos de limfogranuloma veneri (LGV), dels quals el 96,3% (79) són homes residents a Barcelona, xifra que representa una taxa en homes de 10,2 per 100.000 habitants i que suposa un increment del 257,4% respecte de l'any anterior (vegeu la figura 21, pàgina 83). Tots els casos són infeccions en HSH, entre 19 i 58 anys (mediana 35 anys), el 39,2% (31) dels quals s'inclouen en el grup de 30 a 39 anys. El 53,2% (42) dels casos van néixer a Espanya; el 24,1% (19), a Amèrica Llatina, i el 20,3% (16), a Europa Occidental i altres occidentals. El 93,7% (74) dels casos estaven coinfectats amb el VIH, tres casos eren negatius i en dos casos no es disposava d'aquesta informació. Solament en el 58,2% dels casos constava informació sobre la realització de l'estudi de les parelles sexuals.

La salut reproductiva

En aquest informe, s'actualitzen les dades de salut reproductiva dels anys 2010 i 2011 i, per tant, s'inclouen les dades de naixements, avortaments voluntaris i embarassos fins el 2011. Amb aquesta actualització, les estadístiques de salut sexual i reproductiva es corresponen amb l'any de l'informe de salut de la ciutat de Barcelona. Els darrers anys, la xifra de naixements a la ciutat de Barcelona se situa al voltant de

15.000 en dones de 15 a 49 anys, i concretament, l'any 2011, s'han produït 14.754 naixements. Cal destacar que la taxa de fecunditat ha estat de 37,7 per 1.000 dones en edat fèrtil. La taxa de fecunditat de la ciutat de Barcelona fluctua entre 36 i 38 naixements per 1.000 dones a partir de l'any 2003.

Fins l'any 2011, també s'ha reduït el nombre d'avortaments, que ha passat a ser de 6.367, amb una taxa de 16,3 per cada mil dones de 15 a 49 anys, una xifra similar a la de l'any 2007. D'altra banda, la taxa

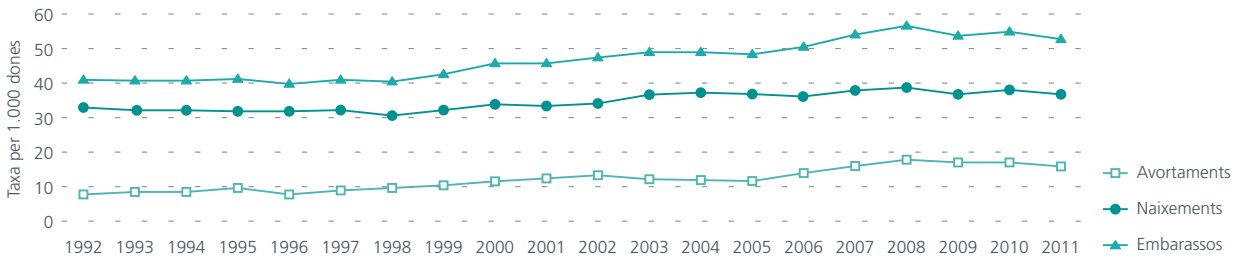
d'embarassos ha estat de 54,0 per 1.000 dones en edat fèrtil, una xifra inferior a la dels darrers anys i similar a la que es va produir entre els anys 2006 i 2007 (vegeu la figura 23).

També s'ha reduït lleugerament el percentatge d'embarassos no planificats (mesurat com aquells embarassos que acaben en avortament), que ha passat a ser del 31,2% l'any 2010 al 30,1% l'any 2011. Les taxes de fecunditat, d'avortaments i d'embarassos és més alta en les dones en edat fèrtil provinents de països de renda baixa. La reducció de les taxes observades en els darrers anys és deguda a la davallada dels embarassos, naixements i avortaments en les dones provinents d'aquests països, ja que aquests indicadors es mantenen estables en les dones autòctones. Fins l'any 2011, s'observa una davallada dels embarassos adolescents, produïda per la disminució

tant de naixements com d'avortaments. La taxa de fecunditat de l'any 2011 és de 6,9 per 1.000 dones de 15 a 19 anys. Aquesta és la taxa de fecunditat més baixa en aquest grup d'edat des de l'any 2001.

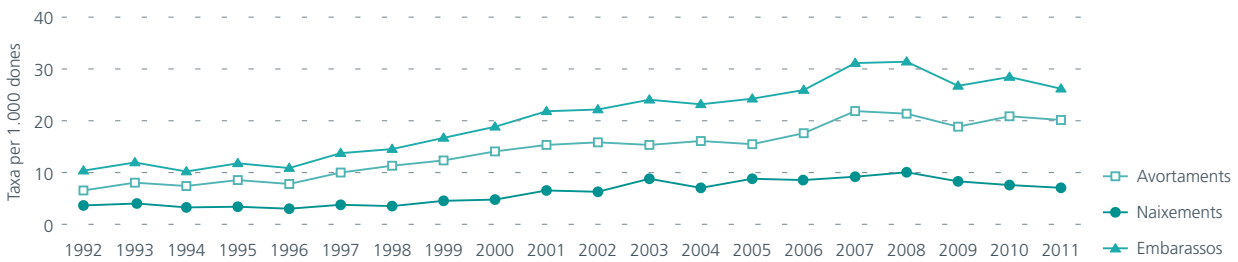
La taxa d'avortament és de 19,9 per 1.000 dones de 15 a 19 anys; tot i que disminueix respecte de la de l'any 2010, no hi ha una tendència clara des de l'any 2008. En aquest període (2008-2011), la taxa d'avortaments de les dones més joves fluctua entre 18 i 21 avortaments per 1.000 dones. En les dones més joves, el 74,3% dels embarassos acaben en un avortament legal (vegeu la figura 24). També en aquest grup d'edat s'observa una reducció de la fecunditat, els avortaments i els embarassos de les dones que provenen de països de renda baixa i que és el que produeix la disminució de les taxes observada en aquest període. Les taxes mostren una evolució similar en els altres grups d'edat (20-34 i 35-49). Els resultats adversos de l'embaràs (baix pes en néixer, prematuritat i pes inferior al percentil 10 per l'edat gestacional) en les dones en edat fèrtil se situen entre el 6% i 7%. Aquests indicadors mostren una prevalença més baixa en les dones de 20 a 34 anys i una prevalença més elevada en les dones de 35 a 49 anys.

Figura 23. Evolució de la natalitat, els avortaments i els embarassos en les dones en edat fèrtil (15-49 anys). Barcelona, 1992-2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts.

Figura 24. Evolució de la natalitat, els avortaments i els embarassos en les dones de 15 a 19 anys. Barcelona, 1992-2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts.



Monogràfics

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

La participació de la comunitat

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

Les pràctiques preventives

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat i la higiene dels aliments

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac i drogues

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

Cardiopatia isquèmica i malaltia cerebrovascular (ictus)

Malaltia pulmonar obstructiva crònica

Diabetis mellitus

Càncer

Malalties de l'aparell locomotor

L'estat de salut, el benestar i la limitació funcional

L'obesitat i l'excés de pes

La salut mental

La salut laboral

Les lesions per col·lisions de trànsit i altres

Les malalties transmissibles

La salut reproductiva

Monogràfics

El botulisme

El botulisme

88

Antecedents

El botulisme és una malaltia causada per l'efecte de la neurotoxina produïda per una sèrie de membres del bacteri *Clostridium* i es caracteritza per ser grampositiu, anaerobi i capaç de formar espores¹. Segons les seves propietats antigèniques, coneixem 7 tipus de neurotoxines diferents identificades de la A a la G. La majoria dels casos d'aquesta malaltia en humans està causada pel bacteri *Clostridium botulinum*; tot i això, altres tipus, com el *butyricum*, el *baratii* i l'*argentinese*, són també capaços de provocar aquesta malaltia mitjançant les neurotoxines E, F i G, respectivament².

El botulisme apareix després de consumir la toxina ja formada o bé després que aquesta sigui excretada pel bacteri present a l'intestí o a les ferides. Les toxiinfeccions alimentàries, sobretot les originades en productes comercials, són emergències de salut pública a causa de la gravetat de la malaltia i l'alt nombre potencial d'afectats que se'n poden derivar³. La producció de la toxina es dona quan l'ambient en què es troba el bacteri reuneix les condicions següents: anaerobiosi, baixes concentracions tant de sucre com de sal i àcid, i una temperatura ambient. A Espanya, els últims 10 anys, s'ha notificat una mitjana de 10 casos de botulisme anuals.

La neurotoxina de tipus F és responsable de pocs casos de botulisme. El primer brot es va descriure l'any 1966 als EUA. El tipus específic de *Clostridium* anomenat *baratii* es va esmentar l'any 1979 per primera vegada i, des d'aleshores, només se n'han notificat 14 casos aïllats als EUA⁴. No hi ha evidència de brots de toxiinfeccions alimentàries previs provocats per *C. baratii*.

Casos

En els residents a Barcelona no s'ha detectat cap brot en els últims 25 anys. Tot i això, durant el 2011 s'han notificat 3 brots.

Brot 1. El dia 13 de setembre del 2011, es notifiquen dos casos de botulisme en una família de quatre membres. Es tracta de pare i fill: el pare, de 50 anys, comença amb simptomatologia el 07/09, i el fill, de 12, comença a trobar-se malament l'11/09. Ambdós presenten un quadre similar caracteritzat per diplopia, disàrtria

i sensació de llengua inflada. Els dos pacients són ingressats en un hospital on reben toxina botulínica. La seva evolució clínica és prou bona: el fill rep l'alta el 22/09, i el pare, el dissabte 24/09. En cap moment no requereixen ventilació mecànica. El principal aliment sospitós és el paté casolà compartit en el sopar del dia 05/09. Aquest aliment havia estat elaborat per la mare a base d'olives i tonyina i guardat en pots de conserva des d'uns mesos abans. Tant en el pare com en el fill s'ha pogut confirmar la malaltia de botulisme per neurotoxina A per PCR.

Brot 2. Al cap d'una setmana, l'Hospital del Mar notifica 5 casos amb diagnòstic clínic de botulisme. Es tracta d'una família (un matrimoni i dues filles) d'origen xilè i el xicot de la filla. Pel que fa a àpats recents en comú, només van compartir el dinar del diumenge 18/09. Durant el dilluns 19 presenten tots ells una simptomatologia similar: dolor abdominal, nàusees, mal de cap i boca seca. A partir del dia 20/09 es presenten esglaonadament a urgències amb símptomes com debilitat generalitzada, ptosi palpebral i dispnea. Tot ells requereixen ventilació mecànica a causa de la important depressió respiratòria que presenten. Se'ls administra a l'hospital tres dosis d'antitoxina, A, B i E. Tot i això, la paràlisi segueix evolucionant. Se'ls pren mostra de sang i femtes abans de l'administració del tractament. Dels cinc casos, tres obtenen resultat positiu en el bioassaig en ratolins i en dos es detecta *Clostridium baratii*, productor de la toxina F a les femtes. Tots ells van ser donats d'alta aproximadament al cap de tres setmanes de la data d'ingrés.

Pel que fa a exposicions probables detectades arran de la investigació biològica, cal destacar: el *pebre* (com una mena de salsa d'acompanyament), que està fet de ceba, all, coriandre, pebrot vermell i verd i salsa de xili (salsa comercialitzada) i tomàquet; el *choclo*, pastís fet de pasta de blat de moro, sofregit de carn (picada de pollastre) i ceba amb panses i olives negres sense pinyol; crestes (*empanadillas*) individuals (fetes amb els mateixos ingredients que el pastís de *choclo*) i amanida xilena (feta de tomàquet i ceba fresca). En cap dels aliments que es van poder analitzar es va detectar ni la toxina ni el bacteri. Tant el *pebre* com el pastís són aliments que podrien haver estat els responsables de la transmissió de la infecció, tot i això, no es pot concloure amb certesa quin ha estat el responsable. Una característica que descartaria la salsa de *pebre* de ser l'aliment responsable és el valor del pH, que va resultar estar per sota de 4, condició que fa molt improbable la supervivència del bacteri en l'aliment. Malgrat això, no es pot descartar que la toxina ja es trobés preformada en algun dels ingredients, com ara la salsa de xili comercialitzada. El pastís també podria haver estat relacionat amb la intoxicació pel fet que les condicions d'anaerobiosi que es creen sota la coberta de pasta de blat de moro podrien haver permès que la hipotètica presència d'alguna espora de *Clostridium* esporulés i produís toxina, que una temperatura insuficient (en algunes zones del pastís) no hauria pogut destruir.

Brot 3. Abans de finalitzar l'any, el 27 de desembre del 2011, es notifiquen un parell de casos de botulisme. Es tracta d'un home i una dona que van compartir tan sols un àpat el dia 20 de desembre. Ambdós casos presenten un quadre molt similar, caracteritzat per símptomes gastroin-

testinals, malestar general, que després es complica amb diplopia, disàrtria i dificultat en la deglució. L'home comença a presentar símptomes el 22 de desembre i la dona un dia abans. Els dos casos són ingressats i reben antitoxina trivalent. Ambdós pacients estan ingressats més d'un mes, els primers dies, a l'UCI, on l'home requereix ventilació mecànica. Ambdós evolucionen favorablement i se'ls dona l'alta el 25 de gener i el 2 de febrer.

El diagnòstic es pot confirmar, en un cas, per la tècnica del bioassaig en ratolins, tot i això, no es pot concretar quin tipus de botulisme ni de toxina provoca la malaltia. L'exposició a aquesta infecció va ser un paté elaborat a França de manera casolana per un amic del malalt. El paté es va elaborar amb fetge d'ànec, sal i pebre, i es va repartir i conservar en pots de vidre. Atès que el paté es va consumir completament, no es pot analitzar cap mostra d'aliment.

Conclusions

El botulisme és una malaltia que té una incidència molt baixa als països desenvolupats. Actualment, la inhibició del creixement dels bacteris i la producció de toxina formen part de les mesures de control en els processos de producció i conserva de productes alimentaris fabricats de manera industrial. És per aquesta raó que aquesta malaltia s'associa, sobretot, a conserves fetes a casa o en petits establiments casolans que no disposen ni

de màquines precises que controlin els factors de temps i temperatura ni de protocols de control. Atès que cada vegada és menor el nombre de famílies que elabora conserves casolanes, la incidència d'aquesta malaltia en el nostre entorn és molt reduïda. A Espanya, durant els últims 10 anys, s'ha notificat una mitjana de 10 casos l'any; pel que fa a brots, se n'han notificat un màxim de 3 l'any⁵. A Catalunya, els nombres són molt baixos, i per any es notifica un o cap cas d'aquesta malaltia. Per tant, la incidència trobada a Barcelona en el tercer trimestre de l'any 2011, que correspon a 9 casos, és altíssima comparada amb els nombres habituals.

En vista d'aquesta situació, sobretot en el moment de la notificació del segon brot, es considera la probabilitat que ambdós brots tinguessin un origen comú. Atesa la coincidència tant en espai (Barcelona) com en temps (1 setmana de diferència), la investigació es va centrar en la cerca d'un aliment potencial responsable comú que podria representar un risc per a la salut pública. Després de realitzar les enquestes epidemiològiques corresponents, centrades en la cerca d'un element comú, no es va poder detectar cap punt en comú entre les dues famílies. Tot i això, no va ser fins que no es van obtenir els resultats definitius de les anàlisis microbiològiques que no es va poder desvincular amb certesa ambdós brots. Com ja s'ha comentat, un era produït per toxina A i l'altre, per toxina F, produïda per dos bacteris diferents: *C. botulinum* versus *C. baratii*. Pel que fa al tercer brot, tant pel fet que va aparèixer uns dos mesos més tard com perquè ràpidament es va trobar l'aliment responsable, no es va sospitar en cap moment d'una vinculació amb els brots previs.

El *C. baratii* va ser identificat, per tècniques de PCR, com l'agent responsable del segon brot. Aquesta troballa va ser totalment inesperada, ja que els brots de botulisme s'associen bàsicament a toxina botulínica A o B produïda per l'espècie *C. botulinum*, en canvi, el *C. baratii*, tot i que bastant descrit en casos esporàdics, encara no s'havia identificat com a responsable de cap brot anterior. Es creu que aquest és un antecedent important per tenir en compte, també, aquest grup de *Clostridium* a l'hora de considerar l'agent etiològic d'aquesta malaltia.

Pel que fa a la prevenció d'aquesta malaltia, cal tenir en compte que la toxina és termolàbil i que, per tant, l'ebullició completa o un escalfament similar inactiva la toxina. Cal anar especialment amb compte amb els envasos amb condicions d'anaerobiosi i evitar consumir el contingut dels envasos amb aspecte inflat, per acumulació de gas. Sobretot, cal tenir especial cura a l'hora de preparar conserves casolanes i assegurar uns mínims de temperatura i pressió molt acurats i, si pot ser, proveïts d'eines validades de preparació de conserves. El rol de la vigilància epidemiològica, juntament amb el de la intervenció de salut pública en casos sospitosos, és imprescindible. Cal fer un seguiment estricte de la incidència de la malaltia, com assegurar l'estudi d'aliments sospitosos i la confirmació dels casos en humans, que són proves que normalment es duen a terme en laboratoris de salut pública. També és important fer un seguiment dels exposats a un aliment potencialment contaminat, i assegurar el diagnòstic i el tractament en cas que es presenti la mínima manifestació simptomatològica compatible.

¹Botulism in the United States, 1899-1996. Handbook for epidemiologists, clinicians and laboratory workers. Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services, editor. Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

²Hill KK, Smith TJ, Helma CH, Ticknor LO, Foley BT, Svensson RT, et al. Genetic diversity among botulinum neurotoxin-producing clostridial strains. *J Bacteriol.* 2007 Feb;189(3):818-32.

³Bell C. KA. *Clostridium botulinum: A practical approach to the organism and its control in foods.* Oxford: Blackwell Science, 2000.

⁴Gupta A, Sumner CJ, Castor M, Maslanka S, Sobel J. Adult botulism type F in the United States, 1981-2002. *Neurology.* 2005 Dec 13;65(11):1694-700.

⁵Situación epidemiológica del botulismo en España. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 1997-2012.

La salut a Barcelona 2011



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
A/e: paltimir@aspb.cat

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

Podeu trobar dades addicionals de l'Informe de Salut en el document annex *La salut en xifres a Barcelona. Districtes i Àrees Integrals de Salut 2011*, disponible al web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.



Si voleu citar dades d'aquest informe, us demanem que ho feu de la manera següent:

Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2011.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2012.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

+B Agència
de Salut Pública

