CSB Consorci Sanitari de Barcelona

Agència de Salut Pública

La salut a Barcelona 2004

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, i tercera tinenta d'alcalde de l'Ajuntament de Barcelona
Imma Mayol i Bertran

Regidor ponent de Salut Pública
Ignasi Fina i Sanglàs

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Joan Guix i Oliver

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

Cap del Servei d'Informació Sanitària de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Carme Borrell i Thió

Realització:
Margarida Mas Sardà
Galènia comunicació mèdica

Disseny gràfic:
disseny@jotaerra.com

Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Ajuntament de Barcelona

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Desembre 2005

Coordinació general de l'informe
Anna García-Altés (ASPB).

Redacció

Resum executiu
Anna García-Altés (ASPB).

La salut i els seus determinants
Carme Borrell (ASPB).

Qui som
Immaculada Cortés (ASPB), Anna García-Altés (ASPB).

Com vivim
Josep Arqués (ASPB), Josep Benet (CSB), Carme Borrell (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Estela Díaz de Quijano (ASPB), Elia Díez (ASPB), Anna García-Altés (ASPB), Manuel González-Cabré (ASPB), José Gracia (AB), Àlex Guarga (CSB), Esther Jordà (CSB), Manel Nebot (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Aïna Plaza (CSB), Montserrat Puigdollers (CSB), Alicia Rodríguez-Martos (ASPB), Elvira Torné (CSB), Natalia Valero (ASPB), Corinne Zara (CSB).

La nostra salut
Carme Borrell (ASPB), Laia Bruni (ASPB), Gemma Cano (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Roser Clos (ASPB), Immaculada Cortés (ASPB), Anna García-Altés (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Mònica Guxens (ASPB), Darío Ochoa (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Joaquín Salvador (ASPB), i l'equip d'infermeria del Servei d'Epidemiologia (ASPB).

Monogràfic: Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades
Elia Díez (ASPB), Vanessa Vadillo (ASPB), Marta Cabanas (ASPB), Lluïsa Estruga (ASPB).

Monogràfic: Brot de pneumònies per Legionella pneumophila *a Vallcarca l'agost del 2004*
Patricia García de Olalla (ASPB), José Gracia (AB), Joan A. Caylà (ASPB).

Monogràfic: Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal.
Anna García-Altés (ASPB), Carme Borrell (ASPB), Louis Coté (ADRLSSQ), Aina Plaza (CSB), Josep Benet (CSB), Àlex Guarga (CSB), de part del grup d'anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona.
CSB: Consorci Sanitari de Barcelona.
AB: Ajuntament de Barcelona.
ADRLSSQ: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Québec.

Índex: La salut a Barcelona 2004

Presentació **7**
Resum executiu ... 8
Resumen ejecutivo ... 10
Executive Summary ... 12
La salut i els seus determinants ... 14

Qui som **17**
La situació demogràfica ... 18
La situació socioeconòmica ... 20

Com vivim **23**
El medi ambient ... 24
L'aire ... 24
Les aigües de consum de proveïment públic ... 25
Les platges ... 26
La seguretat i la higiene dels aliments ... 27
Els comportaments ... 29
Les conductes relacionades amb la salut ... 29
L'abús de substàncies psicoactives ... 30
L'ús de drogues no institucionalitzades ... 30
L'alcohol ... 31
Els serveis sanitaris ... 32
La utilització de serveis sanitaris ... 32
L'atenció primària de salut ... 33
L'atenció a les urgències ... 33
L'atenció especialitzada hospitalària ... 34
L'atenció sociosanitària ... 34
L'atenció a la salut mental ... 35
La prestació farmacèutica ... 35
L'atenció a la salut pública ... 36

La nostra salut **39**
La salut percebuda ... 40
La salut maternoinfantil ... 41
Els problemes de salut específics ... 44
La tuberculosi ... 44
La infecció per VIH-sida ... 45
Les lesions per accidents ... 46
Les lesions per accidents de trànsit ... 46
Les lesions per accidents de treball ... 48
La mortalitat ... 49

Monogràfics **53**
Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades ... 54
Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004 ... 61
Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal ... 64

La salut a Barcelona 2004 en xifres **69**

Presentació

Un any més, tinc la satisfacció de poder presentar una nova edició de *La salut a Barcelona*, informe que prèviament ha estat presentat al Consell Plenari municipal. En aquesta ocasió vull destacar diversos aspectes que considero especialment remarcables.

En primer lloc, aquest informe ens presenta l'estat de salut de la població de la ciutat i els seus determinants, tant pel que fa a l'any 2004 com pel que fa a la seva evolució en els darrers anys, a partir de l'anàlisi de les fonts d'informació de base poblacional de què disposem a Barcelona. Aquest és un reflex de la capacitat sostinguda de l'Agència de Salut Pública de Barcelona en l'anàlisi i el seguiment de la realitat sanitària, una experiència que, a més de ser pionera a l'Estat espanyol, encara és a l'abast de poques ciutats europees i és reconeguda internacionalment. Això mostra la consistència d'un model de treball que valora el coneixement de la salut i dels factors associats com a eina aplicada amb qualitat i regularitat des de fa ara ja més de 20 anys.

Aquest informe ens mostra com, al llarg dels anys, hem assistit a canvis epidemiològics importants. Actualment, la població de la ciutat gaudeix d'una esperança de vida mai coneguda pels barcelonins, i especialment per les barcelonines. Entre els canvis que s'han donat destaquen la millora en els indicadors de salut maternoinfantil i el descens constant de la mortalitat per reacció aguda adversa a drogues i per infecció per VIH-sida. Les dades del 2004 mostren ja l'impacte que està tenint l'arribada a la ciutat de grups grans de població estrangera. També sabem que hi ha desigualtats importants en l'estat de salut, tant entre gèneres com entre grups de població de nivell socioeconòmic desigual o de diferent país d'origen.

Una de les meves preocupacions prioritàries és la greu situació en què ens trobem en relació a la sinistralitat laboral tant pel que fa a la freqüència com pel que fa a la gravetat. Tinc l'absoluta convicció de què amb l'esforç dels treballadors, de les entitats asseguradores, sindicats, Patronal i el Consell Assessor de Salut Laboral, farem possible un futur més segur a la feina gràcies a unes noves condicions que permetran treballar sense incerteses.

Pel que fa a la planificació de serveis, els responsables de la ciutat han procurat que tots els canvis epidemiològics estiguessin lligats a canvis en l'oferta dels serveis sanitaris i socials de la ciutat. Per això, des de fa temps aquest informe incorpora, amb la col·laboració del Consorci Sanitari de Barcelona, el seguiment d'alguns aspectes clau, com són la reforma de l'atenció primària, l'atenció a les urgències, els recursos hospitalaris i l'atenció sociosanitària i a la salut mental.

En conjunt, aquest nou informe de salut, com els anteriors, remarca el nostre model de pràctica de la salut pública basada en l'evidència, a partir de la monitorització, l'avaluació i la recerca, però també vol significar la nostra voluntat de difondre la informació sobre l'estat de salut de la població en els diferents àmbits polítics, tècnics, acadèmics i socials, i a totes aquelles persones interessades.

Ignasi Fina i Sanglàs
Regidor ponent de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona

Resum executiu

Qui som

La situació demogràfica

La població de Barcelona l'1 de gener del 2004 és d'1.578.546 persones, amb un 47,3% d'homes i un 52,7% de dones. El percentatge d'homes majors de 65 anys és del 17,9% i el de dones del 25%. La població de nacionalitat estrangera representa el 14%.

La situació socioeconòmica

Les taxes d'activitat i ocupació van créixer al voltant d'un 2% respecte a l'any 2003, més en les dones. Les xifres d'atur van tenir valors del 10% en els homes i del 12,5% en les dones. Les estrangeres tenen taxes d'activitat superiors, mentre que els estrangers tenen més atur. L'estabilitat de la contractació entre la població assalariada va disminuir el 2004, especialment en les dones.

Com vivim

El medi ambient

Els nivells de contaminants regulats per a l'avaluació de la qualitat de l'aire han mantingut l'estabilitat o la lleugera tendència al descens dels darrers quatre anys. Malgrat això, els nivells de diòxid de nitrogen i de partícules respirables (PM_{10}) són superiors als regulats. Pel que fa a les aigües de consum de proveïment públic, es compleixen les normatives vigents per a tots els paràmetres, excepte per als trihalometans, sobretot en les aigües d'origen Llobregat.

Els comportaments

Un 16,4% dels homes i un 13,1% de les dones de Barcelona declaren seguir alguna dieta o règim especial per motius de salut. Al voltant d'un 20% de la població de la ciutat de Barcelona és sedentària. Pel que fa al consum de tabac, un 34,1% dels homes i un 23,2% de les dones són fumadors diaris. Un 21,5% dels homes declaren consumir alguna beguda alcohòlica diàriament en el darrer mes.

Durant l'any 2004 s'ha notificat un 15,3% més d'admissions a tractament per drogues il·legals que l'any anterior. El nombre total de defuncions per sobredosi ha estat un 9% inferior. El districte de Ciutat Vella ha millorat tots els seus indicadors de consum de drogues.

Els serveis sanitaris

Un 19,1% dels homes i un 23,3% de les dones declaren haver estat visitats per un professional sanitari en els darrers 15 dies. Un 8,7% de la població de la ciutat declara haver estat hospitalitzada en els darrers 12 mesos. Pel que fa a les pràctiques preventives, les dones tenen una millor cura de la salut.

L'any 2004, el conjunt dels equips d'atenció primària van atendre el 70,1% del total de la població. El nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris s'ha mantingut gairebé estable respecte a l'any passat, mentre que les urgències extrahospitalàries han augmentat. El nombre de llits públics disponibles en hospitals d'aguts s'ha mantingut estable en els darrers anys, prop d'un 3,3 per 1.000 habitants.

La taxa d'hospitalització als centres de la xarxa d'utilització pública ha disminuït respecte a l'any passat. Un 22% dels casos atesos als centres de salut mental d'adults corresponen a trastorns mentals severs. El percentatge d'envasos de medicaments genèrics ha representat el 15,2% del total de les receptes. El 57,6% del total d'envasos dispensats corresponen al sistema nerviós, als aparells cardiovascular i digestiu i al metabolisme.

L'any 2004, els serveis de salut pública han portat a terme campanyes de vacunació d'hepatitis A en homes homosexuals. També s'ha fet un estudi per monitoritzar el fum ambiental de tabac a llocs de treball de l'administració, d'empreses privades i del sector de l'hosteleria i s'ha fet l'enquesta de factors de risc i estils de vida en escolars. Aquesta darrera va mostrar un important augment del consum de cannabis en els adolescents escolaritzats de 14, 16 i 18 anys.

La nostra salut

La salut percebuda

Un 82,4% dels homes de Barcelona de 15 anys o més declaren tenir un estat de salut percebut bo, molt bo o excel·lent; les dones declaren tenir un pitjor estat de salut. Les dones de Sarrià-Sant Gervasi i les de Sants-Montjuïc són les que declaren amb més freqüència tenir més trastorns crònics, mentre que en els homes ho fan els de Nou Barris.

La salut maternoinfantil

El percentatge de naixements d'ambdós pares de fora de l'Estat espanyol és del 14,4% del total de naixements de residents a la

ciutat; aquest percentatge arriba al 40,8% del total de naixements que es produeixen en les dones joves de 15 a 19 anys. Hi ha una davallada en el darrer any en el nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs.

Els problemes de salut específics

La tuberculosi

L'any 2004, els casos de tuberculosi han disminuït un 19%, i han arribat al 34% en la tuberculosi pulmonar bacilífera. La malaltia ha disminuït en ambdós sexes; els grups d'edat amb més incidència són els de 25 a 45 anys i els majors de 75, tant en homes com en dones. Malgrat que Ciutat Vella continua registrant el nombre més alt de casos de la ciutat, la incidència ha disminuït un 36% respecte a l'any anterior.

La infecció per VIH-sida

S'han detectat 158 casos de sida, dels quals 123 resideixen a Barcelona. Aquest valor suposa un descens del 19,6% respecte a l'any anterior. En els homes, aquest descens s'observa en totes les categories de transmissió; en el cas de les dones, s'ha observat un increment tant entre les usuàries de drogues injectades (UDI) com entre les heterosexuals.

Les lesions per accidents

Les lesions per accidents de trànsit

L'any 2004, s'han produït 10.695 accidents, 9.745 dels quals han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 12.869 lesionats i 42 morts durant les primeres 24 hores després de l'accident. Aquests accidents han originat 1.455 ingressos urgents i 15.990 visites a urgències per accident de trànsit. Totes aquestes xifres representen un descens respecte a l'any anterior.

Les lesions per accidents de treball

Destaca la disminució de les lesions per accident de treball mortals en el sector de la construcció. En canvi, han augmentat un 73,5% les lesions greus en dones del sector serveis, així com també les lesions greus i mortals en la indústria.

La mortalitat

La taxa de mortalitat s'ha reduït en tots dos sexes, encara que sempre és més elevada en els homes. L'esperança de vida en néixer continua augmentant, i representa des del 1993 un total acumulat de 3,5 anys més d'esperança de vida en els homes i uns 2,5 anys més en les dones. Destaca l'impacte de les malalties relacionades amb el consum de tabac tant en els homes com en les dones.

Monogràfics

Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades

Les dones entrevistades es troben en les primeres fases del procés migratori, però mostren una autonomia creixent basada en la capacitat laboral i econòmica. Identifiquen clarament els principals determinants de la salut reproductiva de la cultura d'origen. Llevat del grup de dones filipines, apareix una acceptació progressiva dels mètodes contraceptius. En aquest estudi les dones s'allunyen de les restriccions religioses en el control reproductiu. S'explicita l'acceptabilitat de la interrupció voluntària de l'embaràs entre les dones llatinoamericanes i romaneses. Les nouvingudes mostren un esperançat i enorme desig de tenir fills, pocs, educats, en entorns amb estabilitat afectiva, econòmica i laboral.

Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004

Es tracta d'un brot de legionel·losi originat per les torres de refrigeració situades en un centre sanitari que no estaven declarades i que eren tractades regularment amb biocides. Aquest brot remarca la necessitat de declarar aquest tipus d'instal·lacions, de fer-ne un seguiment perquè compleixin la legislació i de disposar d'un sistema de vigilància epidemiològica de qualitat capaç de detectar ràpidament els casos de malaltia per aplicar les mesures de control i prevenció adequades.

Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal

La comparació de Barcelona i Montreal ha permès identificar els punts forts i febles del funcionament del sistema sanitari d'ambdues ciutats, des de qüestions relacionades amb els recursos disponibles fins a temes de gestió, passant per problemes de qualitat de l'atenció. En l'actualitat, s'està treballant en la continuïtat del projecte, seguint la recollida prospectiva anual de dades a les dues ciutats i estenent el projecte a la comparació d'altres regions. Aquesta iniciativa suposa una experiència pionera a escala internacional.

Resumen ejecutivo

Quienes somos

La situación demográfica

La población de Barcelona el 1 de enero de 2004 es de 1.578.546 personas, con un 47,3% de hombres y un 52,7% de mujeres. El porcentaje de hombres mayores de 65 años es del 17,9% y el de mujeres del 25%. La población de nacionalidad extranjera constituye el 14%.

La situación socioeconómica

Las tasas de actividad y ocupación crecieron alrededor de un 2% respecto al año 2003, más en las mujeres. Las cifras de paro obtuvieron valores del 10% en los hombres y del 12,5% en las mujeres. Las extranjeras muestran tasas de actividad superiores, mientras que los extranjeros tienen más paro. La estabilidad de la contratación entre la población asalariada disminuyó el 2004, especialmente en las mujeres.

Como vivimos

El medio ambiente

Los niveles de contaminantes regulados para la evaluación de la calidad del aire han mantenido la estabilidad o la ligera tendencia al descenso de los últimos cuatro años. Sin embargo, los niveles de dióxido de nitrógeno y de partículas respirables (PM_{10}) son superiores a los regulados. En lo referente a las aguas de consumo de provisión pública, se cumplen las normativas vigentes para todos los parámetros excepto para los trihalometanos, especialmente en las aguas de origen Llobregat.

Los comportamientos

Un 16,4% de los hombres y un 13,1% de las mujeres de Barcelona declaran seguir alguna dieta o régimen especial por motivos de salud. Alrededor de un 20% de la población de la ciudad de Barcelona es sedentaria. En el caso del consumo de tabaco, un 34,1% de los hombres y un 23,2% de las mujeres son fumadores diarios. Un 21,5% de los hombres declaran consumir alguna bebida alcohólica diariamente en el último mes.

Durante el año 2004 se han notificado un 15,3% más de admisiones a tratamiento por drogas ilegales que el año anterior. El número total de defunciones por sobredosis fue un 9% inferior. El distrito de Ciutat Vella ha mejorado todos sus indicadores de consumo de drogas.

Los servicios sanitarios

Un 19,1% de los hombres y un 23,3% de las mujeres declaran haber sido visitados por un profesional sanitario en los últimos 15 días. Un 8,7% de la población de la ciudad declara haber sido hospitalizada en los últimos 12 meses. En referencia a las prácticas preventivas, las mujeres muestran un mejor cuidado de su salud.

El año 2004 el conjunto de los equipos de atención primaria atendieron el 70,1% del total de población. El número de urgencias atendidas en los servicios hospitalarios se ha mantenido casi estable respecto al año pasado, mientras que las urgencias extrahospitalarias han aumentado. El número de camas públicas disponibles en hospitales de agudos se ha mantenido estable en los últimos años, cerca de 3,3 por 1.000 habitantes.

La tasa de hospitalización en los centros de la red de utilización pública ha disminuido respecto el año pasado. Un 22% de los casos atendidos en los centros de salud mental de adultos corresponden a trastornos mentales severos. El porcentaje de envases de medicamentos genéricos ha representado el 15,2% del total de las recetas. El 57,6% del total de envases dispensados corresponden al sistema nervioso, aparato cardiovascular y aparato digestivo y metabolismo.

El año 2004 los servicios de salud pública han llevado a cabo campañas de vacunación de hepatitis A en hombres homosexuales. También se ha llevado a cabo un estudio para monitorizar el humo ambiental de tabaco en lugares de trabajo de la administración, de empresas privadas y del sector de la hostelería y se ha realizado la encuesta de factores de riesgo y estilos de vida en escolares. Esta última mostró un aumento importante del consumo de cannabis en los adolescentes escolarizados de 14, 16 y 18 años.

Nuestra salud

La salud percibida

Un 82,4% de los hombres de Barcelona de 15 años o más declaran tener un estado de salud percibido bueno, muy bueno o excelente; las mujeres declaran tener peor salud. Las mujeres de Sarrià-Sant Gervasi y las de Sants-Montjuïc son las que declaran con más frecuencia tener más trastornos crónicos, mientras que en los hombres lo hacen los de Nou Barris.

La salud maternoinfantil

El porcentaje de nacimientos de ambos padres de fuera del Estado español es del 14,4% del total de nacimientos de residentes en la ciudad;

este porcentaje llega al 40,8% del total de nacimientos que se producen en las mujeres jóvenes de 15 a 19 años. Hay un descenso en el último año en el número de interrupciones voluntarias del embarazo.

Los problemas de salud específicos

La tuberculosis

El año 2004 los casos de tuberculosis han disminuido un 19%, llegando al 34% en la tuberculosis pulmonar bacilífera. La enfermedad ha disminuido en ambos sexos; los grupos de edad con mayor incidencia son los de 25 a 45 años y los mayores de 75, tanto en hombres como en mujeres. A pesar que Ciutat Vella continua registrando el mayor número de casos de la ciudad, la incidencia ha disminuido un 36% respecto al año anterior.

La infección por VIH-sida

Se han detectado 158 casos de sida de los cuales 123 residen en Barcelona, lo que supone un descenso del 19,6% respecto al año anterior. En los hombres, este descenso se observa en todas les categorías de transmisión; en el caso de las mujeres, se ha observado un incremento tanto entre las usuarias de drogas inyectadas (UDI) como entre las heterosexuales.

Las lesiones por accidentes

Les lesiones por accidentes de tráfico

El año 2004 se han producido 10.695 accidentes, 9.745 de los cuales ocasionaron víctimas, y tuvieron como consecuencia 12.869 lesionados y 42 muertos durante las primeras 24 horas después del accidente; estos accidentes produjeron 1.455 ingresos urgentes y 15.990 visitas a urgencias por accidente de tráfico. Todas estas cifras representan un descenso respecto al año anterior.

Las lesiones por accidentes de trabajo

Destaca la disminución de las lesiones por accidente de trabajo mortales en el sector de la construcción. En cambio, han aumentado un 73,5% las lesiones graves en mujeres del sector servicios, y las lesiones graves y mortales en la industria.

La mortalidad

La tasa de mortalidad se ha reducido en ambos sexos, aunque siempre es más elevada en los hombres. La esperanza de vida al nacer continua aumentando, y representa des de 1993 un total acumulado de 3,5 años más de esperanza de vida en los hombres y unos 2,5 años más en las mujeres. Destaca el impacto de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco tanto en los hombres como en las mujeres.

Monográficos

Estudio cualitativo de los determinantes de la salud reproductiva en mujeres inmigradas

Las mujeres entrevistadas se encuentran en las primeras fases del proceso migratorio, pero muestran una autonomía creciente basada en la capacidad laboral y económica. Identifican claramente los principales determinantes de la salud reproductiva de la cultura de origen. Excepto el grupo de mujeres filipinas, aparece una aceptación progresiva de los métodos contraceptivos. En este estudio las mujeres se alejan de las restricciones religiosas al control reproductivo. Se explicita la aceptabilidad de la interrupción voluntaria del embarazo entre las mujeres latinoamericanas y rumanas. Las recién llegadas muestran un esperanzado y enorme deseo de tener hijos, pocos, educados, en entornos con estabilidad afectiva, económica y laboral.

Brote de neumonías por *Legionella pneumophila* en Vallcarca en agosto de 2004

Se trata de un brote de legionelosis originado por las torres de refrigeración situadas en un centro sanitario que no estaban declaradas y que eran tratadas regularmente con biocidas. Este brote subraya la necesidad de declarar este tipo de instalaciones, de realizar un seguimiento de las mismas para que cumplan con la legislación, y de disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica de calidad capaz de detectar rápidamente los casos de enfermedad para poner en marcha las medidas de control y prevención adecuadas.

Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de las ciudades de Barcelona y Montreal

La comparación de Barcelona y Montreal ha permitido identificar los puntos fuertes y débiles del funcionamiento del sistema sanitario de ambas ciudades, desde cuestiones relacionadas con los recursos disponibles hasta temas de gestión, pasando por problemas de calidad de la atención. En la actualidad, se está trabajando en la continuidad del proyecto, siguiendo la recogida prospectiva anual de datos en las dos ciudades y extendiendo el proyecto a la comparación de otras regiones. Esta iniciativa constituye una experiencia pionera a nivel internacional.

Executive Summary

Who are we?

Demographic situation

The population of Barcelona, in January 2004, is 1,578,546 inhabitants, 47.3% men and 52.7% women. The percentage of people aged over 65 years is 17.9% of men and 25% of women. Foreign nationalities represented 14.0% of the total population.

Socio-economic situation

The rate of activity and employment has grown around 2% with respect 2003, more among women. Unemployment rates have had values of 10% for men and 12.5% for women. Foreign women have had higher activity rates, while foreign men have had higher unemployment. The stability of contracts have decreased in 2004, especially among women.

How do we live?

The environment

The levels of regulated pollutants for the assessment of air quality have been stable or have had a slight tendency to decrease as the last four years. However, nitrogen dioxide and PM_{10} particles levels are higher than regulated values. Regarding drinking water, all parameters comply with current regulations except trihalometanes, specially in waters coming from Llobregat.

Behaviours

16.4% of men and 13.1% of Barcelona women report to follow a diet or to have a special meal for health reasons. Around 20% of the city population is sedentary. Regarding tobacco consumption, 34.1% of men and 23.2% of women are daily smokers. 21.5% of men report to consume an alcoholic drink a day in the last month.

During 2004, the number of admissions to treatment for illegal drugs has increased 15.3% with respect the previous year. The total number of deaths due to drug overdose has been 9% lower. Ciutat Vella district has improved in all the indicators related with drug consumption.

Health services

19.1% of men and 23.3% of women declare to have been visited by a health care professional in the last 15 days. 8.7% of the population declares to have been admitted to a hospital in the last 12 months. Regarding preventive practices, women have better care of their health.

In 2004 all primary care teams attended 70.1% of Barcelona population. The number of hospital-based emergency visits has been stable with respect last year, while non-hospital-based emergency visits have increased. The number of available beds in acute hospitals has been stable in the last years, around 3.3 per 1.000 inhabitants. Hospitalization rate of public hospitals has decreased with respect last year. 22% of attended cases in adult mental health care centers correspond to severe mental disorder. Packages of generic drugs represent the 15.2% of the total number of receipts. 57.6% of the total number of prescribed packages correspond to nervous system, cardiovascular system, digestive system, and metabolism.

In 2004 a Hepatitis A vaccination campaign has been undertaken in homosexual men. Also, a study has been done to monitor environmental tobacco smoke in workplaces of the public, private, and hostelery sector. A risk factor survey has been done among children attending school that showed an important increase in cannabis consumption among those 14, 16 and 18 years old.

Our health

Perceived health

82.4% of men in Barcelona aged over 15 report having good, very good or excellent perceived health; women report to have worse health. Women in Sarrià-Sant Gervasi and Sants-Montjuïc are the ones who declare more often to have chronic health problems, as is the case of men in Nou Barris.

Maternal and child health

The percentage of births with both parents coming from outside Spain is 14.4% of the total number of births; this percentage has grown up to 40.8% in the case of births coming from mothers 15 to 19 years old. There is a decrease of the number of abortions in comparison to last year.

Specific health problems

Tuberculosis

During 2004 there has been a decrease of 19% of tuberculosis cases, reaching 34% for smear-positive pulmonary tuberculosis. Disease has

decreased in both sexes; age groups with higher incidences are between 25-45 years old, and those aged over 75, both men and women. Despite Ciutat Vella continues to have the larger number of cases of the city, incidence has decreased 36% with respect last year.

HIV infection-AIDS

158 AIDS cases have been detected, 123 of which corresponded to people living in Barcelona. That represents a 19.6% decrease with respect last year. Among men, this decrease is shown in all transmission categories; among women, there has been an increase between injected drug users (IDU) and heterosexuals.

Injuries

Traffic injuries

In 2004 there have been 10,695 traffic accidents, 9,745 of which had victims; their consequences were 12,869 injured people and 42 deaths in the 24 hours after the accident. Those accidents had 1,455 emergent hospitalizations and 15,990 emergencies. All those figures are lower than last year.

Work-accident injuries

One can point out the decrease in fatal work-accident injuries in the construction sector. However, severe injuries have increased 73.5% in the services sector among women; and severe and fatal injuries in the industry sector also increased.

Mortality

Mortality rate has decreased in both sexes, although it was higher among men. Life expectancy continues to grow, and represents a cumulative total of 3.5 years since 1993 for men, and 2.5 years for women. It is important to highlight the impact of tobacco related diseases among men and women.

Monographic topics

Qualitative study about the health determinants of reproductive health in immigrant women

Interviewed women are in the first stages of their migratory process, but show a growing independence based on their working and economic capacity. They clearly identify the main health determinants of reproductive health in their original culture. Except for Philippine women, there is a progressive acceptation of contraceptive methods. In this study, women do not have religious prejudices to reproductive control. The acceptation of abortion is made explicit among Latino and Rumanian women. The latecomers show high hope and huge desire to have kids, a few, well educated, and in environments with affective, economic and work stability.

Outbreak of pneumonias due to *Legionella pneumophila* in Vallcarca in August 2004

This was an outbreak of legionellosis caused in the cooling towers of a health care center that were not declared and were regularly treated with biocides. This outbreak pointed at the need to declare this kind of installations, undertake their follow-up to assure they comply with legislation, and have a surveillance system able to quickly detect the first cases of the disease and start control and prevention measures.

Analysis of the performance of the health services of the cities of Barcelona and Montreal

The comparison between Barcelona and Montreal allowed identifying strengths and weaknesses of the health care systems of both cities: from issues related to the available resources, to management patterns, and to quality of care problems. Nowadays, we are working in the extension of the project, collecting prospective data in both cities and broadening the project to allow the comparison with other regions. This initiative is unique at the international level.

La salut i els seus determinants

La salut de les poblacions està canviant. D'una banda, l'esperança de vida està augmentant, a la vegada que disminueix la fecunditat. D'altra banda, el perfil de les principals malalties i causes de mort s'està transformant, emergeixen nous problemes de salut i creix la càrrega que suposen les malalties no transmissibles. Finalment, les desigualtats en matèria de salut entre les classes més i menys privilegiades es fan més grans, tant dins de cada país com entre països. El futur de la salut de les poblacions dependrà també del procés de globalització i dels canvis mediambientals que es produeixin[1].

A més de les causes immediates de la salut i les malalties, hi ha altres factors que hi influeixen, i diferents models que intenten explicar aquestes relacions[2,3]. Per a aquest informe de *La salut a Barcelona 2004*, i tal com es va fer en l'informe anterior, hem escollit el model de Dahlgren i Whitehead[2] (vegeu la figura 1, pàgina 15). Aquest model, útil sobretot per dissenyar polítiques d'intervenció, es basa en l'existència de capes d'influència, on cadascuna d'elles influeix en les altres. Al centre es troben els factors individuals que afecten la salut, com ara l'edat, el sexe i els factors hereditaris. Aquests factors són fixos i no poden ser modificats. Al voltant d'aquests factors n'hi ha d'altres que no són fixos i, per tant, sí susceptibles d'intervenció. En una primera capa es troben els estils de vida, amb una influència clara i directa sobre la salut de les persones. En una segona capa es troben les influències socials i comunitàries, ja que la interacció amb les persones de l'entorn immediat (familiars, amics, veïns, etc.) també afecta la salut. A continuació, hi ha les condicions de vida i treball: l'agricultura i la producció d'aliments, l'educació, el medi laboral, l'atur, l'aigua i la higiene sanitària, els serveis sanitaris i l'habitatge. I l'últim embolcall, el formen les condicions socioeconòmiques (incloent-hi l'estructura social), polítiques, culturals i mediambientals.

En aquest informe, es tenen en compte la majoria dels factors esmentats anteriorment a l'hora de descriure l'estat de salut de la població de la ciutat de Barcelona. En la primera part de l'informe s'explica «Qui som», una descripció de la situació demogràfica i socioeconòmica de la ciutat de Barcelona. En la segona part es descriu "Com vivim", i s'hi engloben els aspectes de medi ambient, comportaments i serveis sanitaris. I per últim, s'analitza «La nostra salut», i es descriu la salut maternoinfantil, la salut percebuda, la mortalitat, els problemes de salut específics i les lesions per accidents.

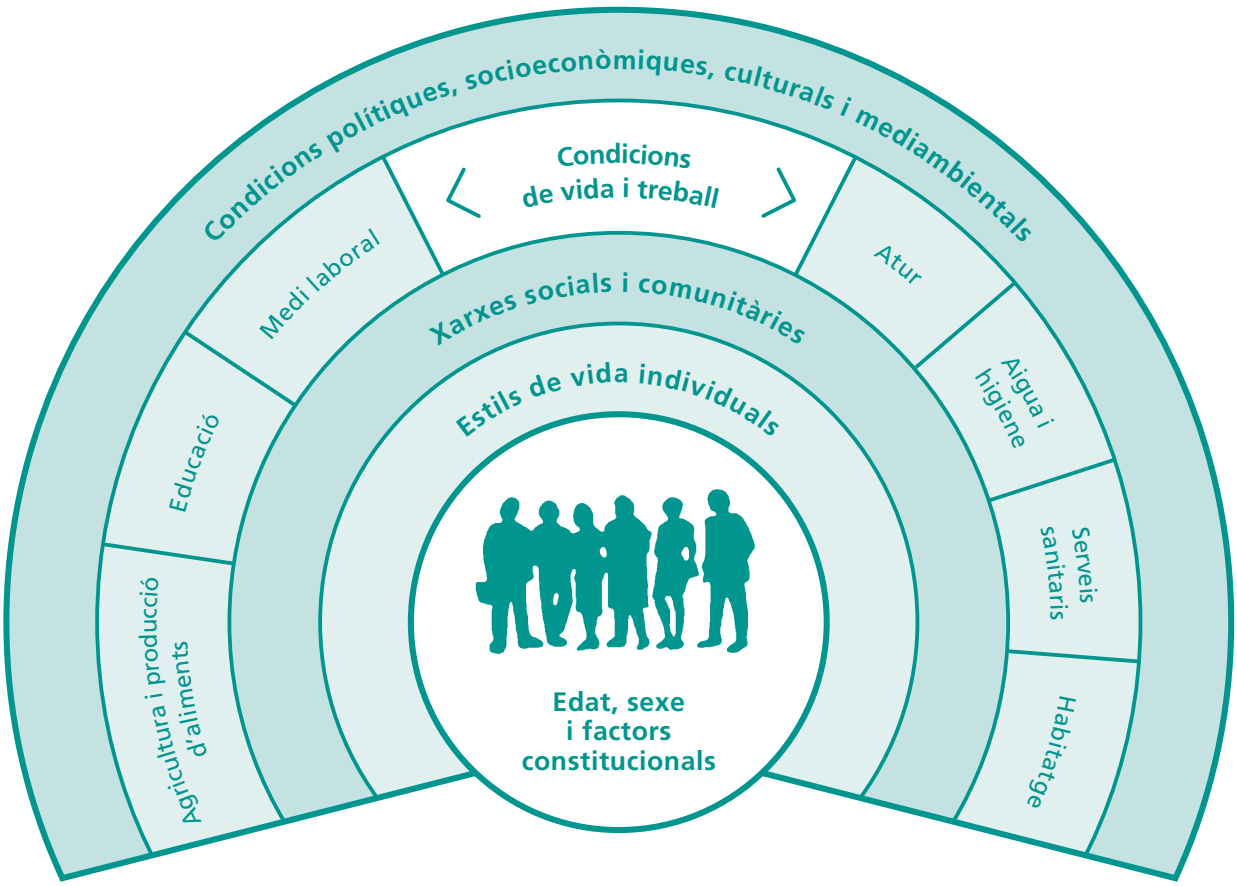
Referències bibliogràfiques

1 Beaglehole R. Determinants of health and disease, Overview and framework. A: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. Fourth edition. The scope of Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2002.

2 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organisation; 1991.

1 Navarro V. Special report on the political and social contexts of health: Part I. Introduction: objectives and purposes of the study. Int J Health Serv. 2003;33(3):407-17.

Figura 1. Model dels determinants de la salut.



Font: modificat de Dahlgren i Whitehead[2].

Qui som

Presentació 17
Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut i els seus determinants

Qui som
La situació demogràfica
La situació socioeconòmica

Com vivim
El medi ambient
- L'aire
- Les aigües de consum de proveïment públic
- Les platges
- La seguretat i la higiene dels aliments

Els comportaments
- Les conductes relacionades amb la salut
- L'abús de substàncies psicoactives
  - L'ús de drogues no institucionalitzades
  - L'alcohol

Els serveis sanitaris
- La utilització de serveis sanitaris
- L'atenció primària de salut
- L'atenció a les urgències
- L'atenció especialitzada hospitalària
- L'atenció sociosanitària
- L'atenció a la salut mental
- La prestació farmacèutica
- L'atenció a la salut pública

La nostra salut
La salut percebuda
La salut maternoinfantil
Els problemes de salut específics
- La tuberculosi
- La infecció per VIH-sida

Les lesions per accidents
- Les lesions per accidents de trànsit
- Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

Monogràfics
Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades
Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004
Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal

La salut a Barcelona 2004 en xifres

La situació demogràfica

Segons dades de l'Instituto Nacional de Estadística del 2004, la població de Barcelona, l'1 de gener del 2004, és d'1.578.546 persones, amb una composició per sexes del 47,3% d'homes i el 52,7% de dones. El percentatge de persones majors de 65 anys continua incrementant-se i representa en l'actualitat el 21,1%, i és sobretot el grup de majors de 75 anys el que presenta els increments més alts. A la figura 1 es pot veure la distribució de la població major de 65 i 75 anys per districtes (vegeu la figura 1). El districte de l'Eixample és el que té una proporció més gran de gent major de 65 anys, seguit per Nou Barris i Gràcia. A més d'aquests, el districte de Sarrià-Sant Gervasi té també una proporció important de gent major de 75 anys.

També és remarcable l'increment constant de població de nacionalitat estrangera, que el gener del 2004 representava un 14% de la població de Barcelona. La distribució de la població de nacionalitat estrangera per districtes és desigual: el 39,7% de la població del districte de Ciutat Vella és de nacionalitat estrangera; Sants-Montjuïc i l'Eixample en tenen un 15,1% i un 14,9%, respectivament; la resta de districtes tenen al voltant d'un 10% d'estrangers. El col·lectiu més nombrós és el provinent de l'Equador, seguit per Colòmbia, el Perú, el Marroc, Argentina i el Pakistan. A la figura 2 es poden veure les piràmides de població de tot Barcelona i de la població immigrant de la ciutat. La figura reflecteix l'envelliment de la població de la ciutat i, en contrast, l'estructura jove de la població immigrant.

El cens de població permet analitzar dades més detallades de la població (vegeu la taula 1, pàgina 70). De les dades de l'últim cens disponible, el del 2001, es pot conèixer el nivell d'estudis de la població de Barcelona. Ciutat Vella i Nou Barris són els districtes de la ciutat on hi ha un percentatge més elevat de població sense estudis; els barris de Sarrià-Sant Gervasi, Les Corts i l'Eixample són els que tenen més població amb estudis universitaris (vegeu el quadre 1).

Figura 1. Població major de 65 i 75 anys segons el districte. Barcelona, 2004.

Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

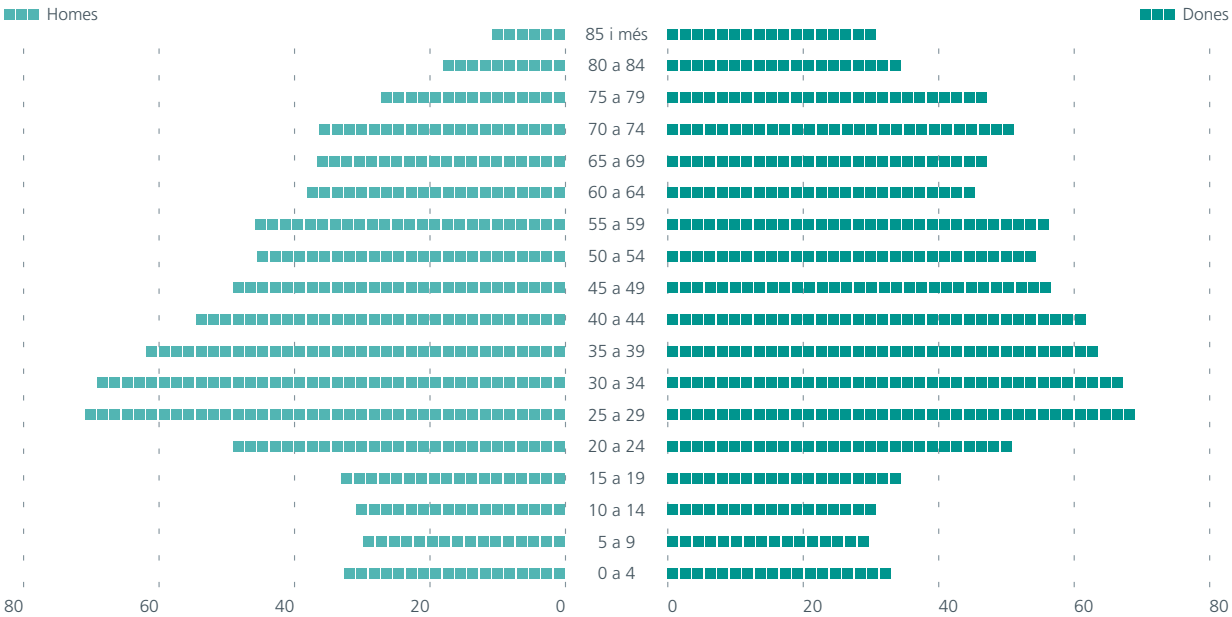
Quadre 1. Població segons el nivell d'estudis i el districte. Barcelona, 2001.

Districte	Sense estudis	Primaris	Secundaris	Universitaris
Ciutat Vella	18,9%	24,5%	43,0%	13,7%
Eixample	7,0%	16,5%	47,5%	29,0%
Sants-Montjuïc	12,8%	22,4%	49,8%	15,0%
Les Corts	6,6%	13,4%	47,2%	32,8%
Sarrià-Sant Gervasi	3,5%	9,1%	43,1%	44,3%
Gràcia	7,9%	17,5%	47,5%	27,2%
Horta-Guinardó	14,4%	20,7%	48,5%	16,5%
Nou Barris	18,8%	24,9%	46,7%	9,7%
Sant Andreu	12,3%	21,9%	50,9%	14,9%
Sant Martí	13,8%	21,7%	49,4%	15,2%

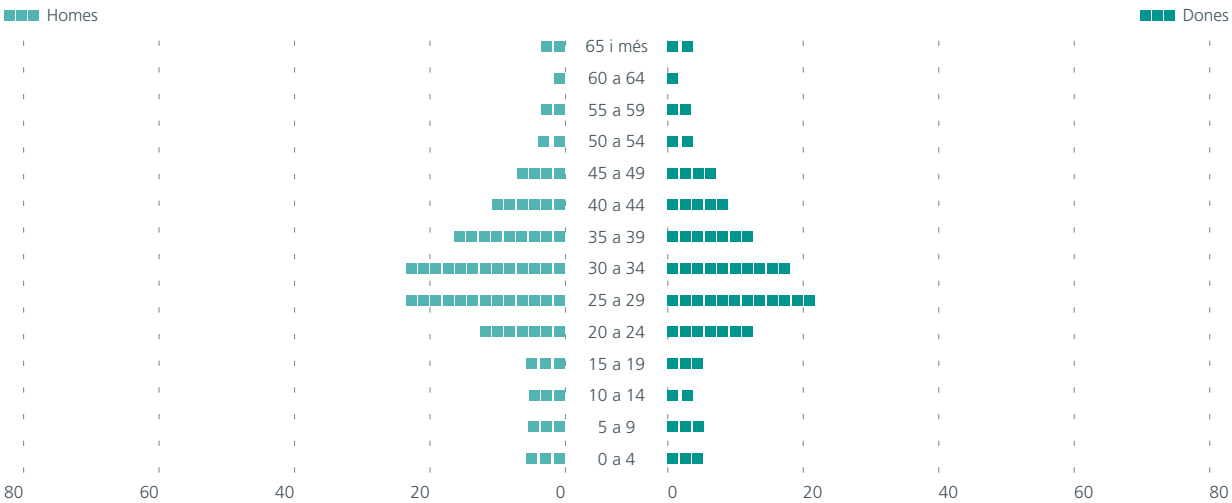
Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 2. Piràmides de població de Barcelona: total de la població de Barcelona i població immigrant segons el sexe. Barcelona, 2004.

Total de la població de Barcelona



Població immigrant de Barcelona



Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.
Nota: valors en milers d'habitants.

La situació socioeconòmica

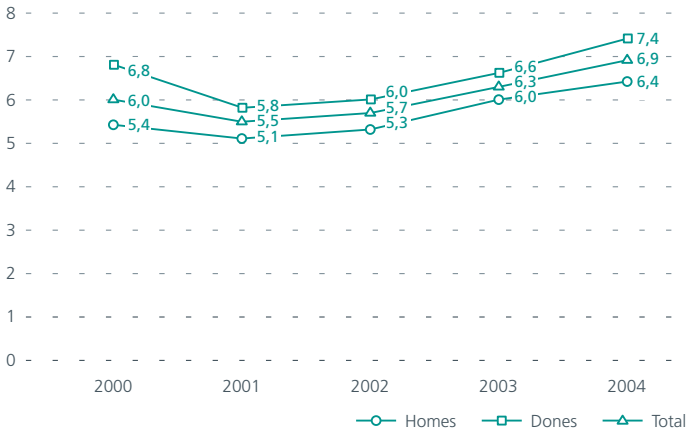
Segons l'Encuesta de Población Activa (EPA), el darrer trimestre de l'any 2004 hi havia 768.300 persones de 15 anys o més en disposició de treballar. Al llarg de l'any, les taxes d'activitat i ocupació han crescut al voltant de dos punts respecte al 2003, amb un increment lleugerament superior d'ambdues taxes en les dones. Per exemple, la taxa d'activitat femenina del darrer trimestre de l'any 2003 va ser del 46,3% i la de l'any 2004, del 48,3%. En relació amb l'atur, les xifres pràcticament no es van modificar, amb valors al voltant del 10% en els homes i del 12,5% en les dones (vegeu el quadre 2).

Aquests indicadors d'activitat són significativament superiors entre la població estrangera: segons el cens de població de l'any 2001, les diferències més grans es donaven en les dones en les taxes d'activitat i ocupació (la taxa d'activitat en les dones espanyoles era del 46,4%, i del 66,4% en les dones d'altres nacionalitats) i en els homes en les d'atur (9,2% i 14,4%, respectivament).

L'estabilitat de la contractació en la població assalariada ha disminuït aquest any 2004, especialment en les dones. Des de l'any 2002 s'observa un augment dels contractes temporals de magnitud similar en tots dos sexes, amb un increment superior l'any 2004 en les dones. Així, tal com es pot observar en la figura 3, per cada nou contracte indefinit se'n van fer 7,4 de temporals en les dones i 6,4 en els homes (vegeu la figura 3).

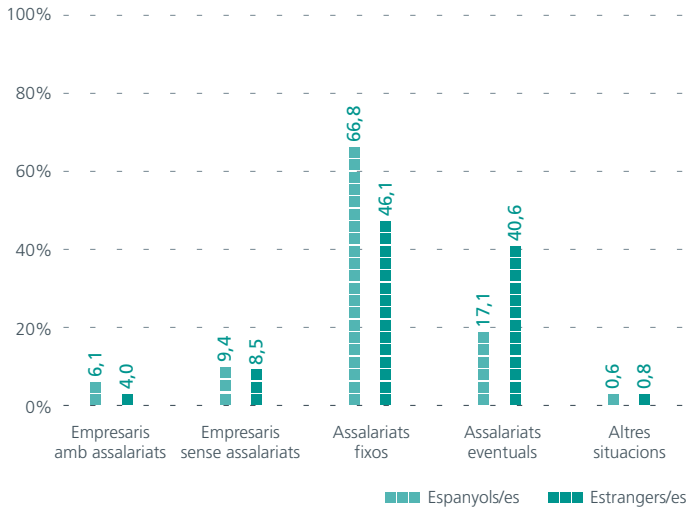
Un altre col·lectiu en què la inestabilitat laboral té un impacte significatiu és la població estrangera. Segons l'*Anuario Estadístico de Extranjería* del Ministeri de l'Interior, la raó entre nous contractes temporals i indefinits formalitzats a Barcelona durant l'any 2004 en la població estrangera ha estat de 7,5, i de 6,7 en l'espanyola. Les dades del cens de població de l'any 2001 mostren la baixa estabilitat contractual d'aquest col·lectiu. A la figura 4 es pot observar que la proporció d'assalariats eventuals estrangers és de més del doble que la dels assalariats de nacionalitat espanyola (vegeu la figura 4).

Figura 3. Raó entre contractes temporals nous i contractes indefinits nous segons el sexe. Barcelona, 2000-2004.



Font: Departament de Treball, Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

Figura 4. Població ocupada segons la situació professional i la nacionalitat. Barcelona, 2004.



Font: Cens de població i habitatge del 2001; Instituto Nacional de Estadística; Institut d'Estadística de Catalunya; Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Quadre 2. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur, segons el sexe. Barcelona, 1996-2004.

	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1r. Trimestre 1996	61,4%	40,9%	50,6%	31,4%	17,6%	23,1%
2n. Trimestre 1996	60,3%	41,2%	49,4%	32,3%	18,0%	21,6%
3r. Trimestre 1996	60,6%	41,9%	49,1%	32,4%	19,1%	22,8%
4t. Trimestre 1996	61,7%	41,8%	49,9%	32,9%	19,1%	21,4%
1r. Trimestre 1997	58,8%	40,9%	47,8%	32,1%	18,7%	21,6%
2n. Trimestre 1997	60,1%	42,0%	50,9%	32,6%	15,3%	22,3%
3r. Trimestre 1997	62,1%	43,2%	53,6%	34,1%	13,8%	21,0%
4t. Trimestre 1997	61,5%	41,4%	53,3%	32,6%	13,3%	21,1%
1r. Trimestre 1998	61,7%	41,5%	54,6%	32,2%	11,6%	22,4%
2n. Trimestre 1998	63,2%	40,6%	56,3%	31,9%	11,0%	21,5%
3r. Trimestre 1998	63,7%	41,2%	56,3%	31,5%	11,6%	23,4%
4t. Trimestre 1998	61,8%	40,0%	54,8%	31,6%	11,3%	21,2%
1r. Trimestre 1999	60,3%	38,9%	54,1%	31,8%	10,3%	18,2%
2n. Trimestre 1999	58,8%	39,0%	53,8%	32,3%	8,5%	17,2%
3r. Trimestre 1999	57,9%	37,9%	52,6%	32,4%	9,1%	14,7%
4t. Trimestre 1999	59,2%	40,0%	53,3%	33,1%	9,9%	17,2%
1r. Trimestre 2000	59,0%	39,1%	53,0%	33,6%	10,1%	14,1%
2n. Trimestre 2000	58,8%	38,6%	53,0%	34,0%	9,8%	11,9%
3r. Trimestre 2000	59,0%	38,8%	53,3%	34,4%	9,7%	11,4%
4t. Trimestre 2000	59,7%	39,6%	54,5%	34,9%	8,8%	11,9%
1r. Trimestre 2001	64,4%	43,3%	58,6%	38,7%	9,1%	10,6%
2n. Trimestre 2001	63,9%	44,0%	58,1%	38,6%	9,0%	12,3%
3r. Trimestre 2001	64,4%	44,7%	59,0%	38,4%	8,4%	14,0%
4t. Trimestre 2001	62,6%	43,8%	57,9%	37,7%	7,7%	13,9%
1r. Trimestre 2002	62,7%	44,9%	56,5%	38,5%	9,8%	14,4%
2n. Trimestre 2002	62,2%	44,2%	56,8%	38,1%	8,6%	13,9%
3r. Trimestre 2002	63,7%	44,2%	57,8%	37,7%	9,4%	14,6%
4t. Trimestre 2002	64,1%	44,3%	56,3%	38,8%	12,2%	12,3%
1r. Trimestre 2003	65,4%	44,8%	57,8%	38,6%	11,7%	13,8%
2n. Trimestre 2003	65,4%	46,3%	58,2%	40,2%	11,0%	13,1%
3r. Trimestre 2003	67,1%	46,2%	60,2%	40,0%	10,3%	13,4%
4t. Trimestre 2003	67,3%	46,3%	62,2%	41,2%	7,7%	11,0%
1r. Trimestre 2004	67,9%	47,9%	60,9%	41,9%	10,4%	12,5%
2n. Trimestre 2004	68,0%	48,2%	61,0%	42,2%	10,3%	12,5%
3r. Trimestre 2004	68,5%	49,1%	61,3%	43,0%	10,6%	12,5%
4t. Trimestre 2004	68,7%	48,3%	62,3%	42,1%	9,4%	12,8%

Font: Encuesta de Población Activa (EPA), Instituto Nacional de Estadística.
Nota: L'any 2005 ha canviat la metodologia de l'EPA. Les dades del 2001 al 2004 s'han revisat amb la nova metodologia; no són comparables, però, amb les dels anys anteriors.

Com vivim

Presentació
Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut i els seus determinants

Qui som
La situació demogràfica
La situació socioeconòmica

Com vivim
El medi ambient
- L'aire
- Les aigües de consum de proveïment públic
- Les platges
- La seguretat i la higiene dels aliments

Els comportaments
- Les conductes relacionades amb la salut
- L'abús de substàncies psicoactives
  - L'ús de drogues no institucionalitzades
  - L'alcohol

Els serveis sanitaris
- La utilització de serveis sanitaris
- L'atenció primària de salut
- L'atenció a les urgències
- L'atenció especialitzada hospitalària
- L'atenció sociosanitària
- L'atenció a la salut mental
- La prestació farmacèutica
- L'atenció a la salut pública

La nostra salut
La salut percebuda
La salut maternoinfantil
Els problemes de salut específics
- La tuberculosi
- La infecció per VIH-sida

Les lesions per accidents
- Les lesions per accidents de trànsit
- Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

Monogràfics
Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades
Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004
Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal

La salut a Barcelona 2004 en xifres

L'aire

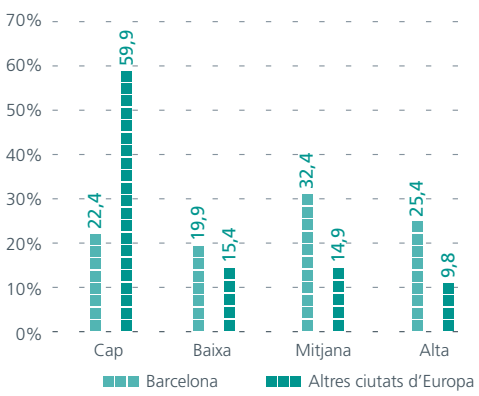
Parlem de contaminació atmosfèrica quan trobem alteracions de les característiques físiques o de la composició química o microbiològica de l'aire atmosfèric en comparació a les condicions naturals. En determinats casos, l'exposició de les persones a aquesta contaminació durant períodes de temps llargs o curts s'ha relacionat amb l'increment de la mortalitat o amb problemes de salut respiratoris o cardiovasculars. Estudis recents han posat de manifest que nivells de contaminació atmosfèrica que tradicionalment es consideraven segurs tenen, de fet, un impacte negatiu en la salut. La Unió Europea està formulant directives que plantegen nivells de referència cada cop més exigents, de manera que la situació de la ciutat planteja reptes importants, malgrat ser millor que anys enrere per a molts contaminants. La monitorització dels nivells de contaminació se centra en un conjunt d'indicadors com ara partícules atmosfèriques PM_{10} i $PM_{2,5}$, l'ozó o el diòxid de nitrogen, com a traçadors del conjunt de contaminants. A més, aquests són indicadors de les procedències de la contaminació, i el trànsit és la font de contaminació de l'aire més important a Barcelona. Tot i això, els fenòmens d'intrusió de pols procedent d'Àfrica, el clima i les grans obres públiques en curs (com les del port), poden influir de forma important en la concentració de les partícules en suspensió.

Durant l'any 2004, els nivells de contaminants regulats per a l'avaluació de la qualitat de l'aire han mantingut l'estabilitat o la lleugera tendència al descens dels darrers anys (vegeu la taula 1, pàgina 71). Des de la perspectiva de la salut de la ciutat, avui interessen especialment tres indicadors: el diòxid de nitrogen, les partícules respirables (PM_{10}) i l'ozó troposfèric. Els tres estan molt determinats pel trànsit, però les activitats domèstiques i algunes activitats industrials o de generació d'energia hi fan també aportacions rellevants. El diòxid de nitrogen ha superat els nivells que entren en vigor l'any 2010 a les estacions de zones amb més intensitat de trànsit, tant pel que fa a la mitjana anual com al nombre de pics de concentracions. Respecte a les partícules PM_{10}, també s'ha superat el nivell diari i el valor mitjà anual a gairebé totes les estacions de la ciutat. L'ozó ha tingut un comportament més favorable l'any 2004; cal recordar que l'any anterior va estar molt marcat per l'especial meteorologia registrada a l'estiu. Caldrà fer esforços importants si es vol assolir una reducció de la presència de les PM_{10} i el diòxid de nitrogen al conjunt de la regió metropolitana. Previsiblement no es podran assolir millores sense que es produeixin canvis importants en els patrons de transport, mobilitat i consum d'energia.

Des del punt de vista del compliment dels valors de referència del diòxid de nitrogen establerts en la normativa estatal i europea, s'han complert els valors que estan vigents fins el 2010, i també els valors límit que s'han d'assolir l'any 2005 per al diòxid de sofre i el monòxid de carboni, i l'any 2010 per al benzè i l'ozó. Cal remarcar la recent publicació de la Directiva 2004/107/CE, que estableix valors de referència per al 2013 de l'arsènic, el cadmi, el níquel i el benzo(a)pirè en l'aire ambient. A Barcelona, i per a tots ells, es compleixen avui els valors marcats com a objectiu que cal assolir l'any 2013. S'han trobat diferències en concentració i composició de $PM_{2,5}$ en diferents països europeus. Aquest contaminant no és actualment objecte de monitorització rutinària, però mereix un interès creixent. A la ciutat de Barcelona, la concentració anual mitjana va ser de 22,2 µg/m³ els anys 2000-2001 (30,2 a l'hivern i 20,0 a l'estiu). Quan s'analitza quina és la composició de $PM_{2,5}$, Barcelona presenta uns resultats que suggereixen un rol important del trànsit en el seu origen. Altrament, cal tenir en compte que a la ciutat es monitoritza un aspecte especial en el medi atmosfèric, que és l'al·lergen de fava de soja. Anys enrere aquest al·lergen va produir epidèmies d'asma, i les tres indústries implicades, situades al recinte del port, estan sotmeses a una llicència d'activitats específica. Durant l'any s'han registrat variacions en els nivells de soja que han portat a fixar temporalment limitacions a l'activitat.

Per valorar l'impacte de la contaminació de l'aire sobre la salut, a més dels aspectes fisicoquímics, cal avaluar també les circumstàncies socials i culturals. En un estudi realitzat en dotze països europeus durant els anys 1999-2001, més de la meitat dels entrevistats van reportar algun tipus de molèstia per contaminació de l'aire (14% elevada, 43% mitjana), encara que varia molt segons el país. Els residents a Barcelona van expressar més queixes que els de la resta de ciutats; de fet, aquesta va ser la tònica dels residents a ciutats del sud d'Europa en comparació de les ciutats del nord (vegeu la figura 1).

Figura 1. Intensitat de les molèsties per la contaminació de l'aire. Barcelona i altres ciutats d'Europa, 1999-2001.



Font: Bénédicte J, Sunyer J, Forsberg B, Götschi T, Bayer-Oglesby L, Ackermann-Liebrich U, et al. Annoyance due to Air Pollution in Europe. International Journal of Epidemiology (en premsa).

Les aigües de consum de proveïment públic

AGBAR, l'entitat gestora del subministrament d'aigües de consum, fa anàlisis microbiològiques i químiques a les tres zones d'abastament en què es pot dividir la ciutat segons l'origen de les aigües consumides. Als resultats microbiològics no s'ha detectat *Escherichia coli*, enterococs ni *Clostridium perfringens* a cap de les 2.071 determinacions efectuades. Els resultats químics indiquen que es compleixen les normatives vigents per a tots els paràmetres, excepte per als trihalometans (THM) (vegeu el quadre 1).

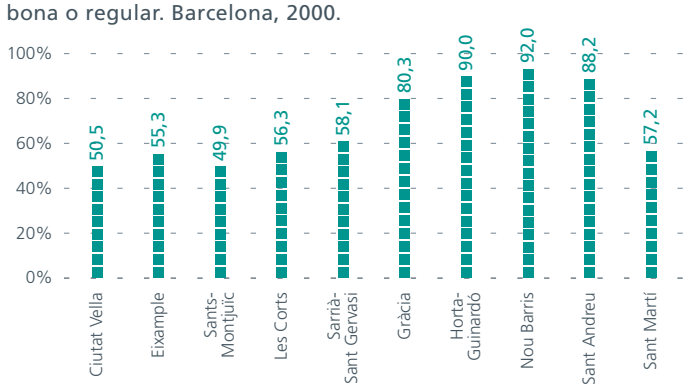
Amb el suport del Laboratori de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), els serveis municipals de vigilància ambiental duen a terme tasques de vigilància sanitària a la xarxa de distribució en fonts públiques representatives de la qualitat de l'aigua de proveïment de cadascun del districtes municipals. Aquest esforç ha permès confirmar que els indicadors de contaminació microbiològica analitzats han estat inferiors a 1 ufc/100 ml en totes les fonts investigades. Les anàlisis dels paràmetres fisicoquímics (metalls acumulables i cianurs, plaguicides, compostos orgànics, organolèptics i desinfectants) han donat sempre resultats conformes als establerts, excepte per als THM.

En el cas dels THM, el valor de les concentracions de derivats bromats és superior al de les dels derivats clorats. Coincidint amb els resultats notificats per l'entitat gestora del subministrament, s'observa que a les aigües d'origen Llobregat se supera el valor vigent de 150 µg/l per al total de THM. A les aigües d'origen Ter, aquest resultat acostuma a ser inferior a 80 µg/l, i a les zones de barreja d'ambdós orígens, els valors habituals se situen al voltant de 100 µg/l. El gruix de la ciutat rep aigua de barreja, amb una certa variabilitat en la proporció procedent de cada planta, segons la demanda. L'entitat gestora està duent a terme estudis i assaigs encarats a la reducció progressiva de la concentració d'aquests contaminants. S'han iniciat tasques de vigilància sanitària a l'aixeta del consumidor. Els resultats obtinguts de les 20 anàlisis fetes en centres públics com a prova pilot han estat satisfactoris en tots els casos, exceptuant-ne un amb concentració excessiva de clor i un altre d'amoníac. El remostreig en punts propers als de lliurament al consumidor ha resultat correcte.

D'altra banda, val a dir que la percepció de la qualitat de l'aigua de l'aixeta varia àmpliament als districtes de la ciutat (vegeu la figura 2). Aquesta percepció està relacionada amb la cobertura de les zones d'abastament. Aquesta situació s'ha de relacionar també amb el consum habitual d'aigua embotellada per al consum de boca per part de molts residents a la ciutat.

L'elevada presència de trihalometans a l'aigua de subministrament domiciliari afecta també altres municipis de Catalunya i es relaciona principalment amb l'alta contaminació que pateix la conca del Llobregat. Caldrà fer esforços importants, que superen l'abast estrictament municipal, per controlar aquest problema rellevant per a la salut pública en els propers anys.

Figura 2. Percepció de la qualitat de l'aigua de l'aixeta molt bona, bona o regular. Barcelona, 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Quadre 1. Alguns paràmetres químics a les tres zones en què l'AGBAR classifica l'abastament de la ciutat. Barcelona, 2004.

		Zones d'abastament		
Paràmetre	Valors de referència	B (ETAP SantJoan Despí i Abrera)	D (Barreja B i E)	E (ETAP Cardedeu)
Fluorur (mg/l)	1,5	0,15	0,15	< 0,1
Nitrat (mg/l)	50	13,4	12,7	9,2
Bor (mg/l)	1,0	0,217	0,176	0,097
Coure (mg/l)	2	0,011	0,013	< 0,010
Níquel (µg/l)	20	< 5	< 5	< 5
Plom (µg/l)	25	< 5	< 5	< 5
Suma de 4 HPA (µg/l)	0,10	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Total THM (µg/l)	150	155,6	131,7	66,7
Tricloretè + Tetracloretè (µg/l)	10	0,5	0,93	< 0,5
Consum (Hm^3/any)	-	11.588	124.827	12.880

Font: Entitat gestora del subministrament d'aigües de consum (AGBAR).
Notes: ETAP: Estació de tractament d'aigües potables. HPA: Hidrocarburs aromàtics policíclics.

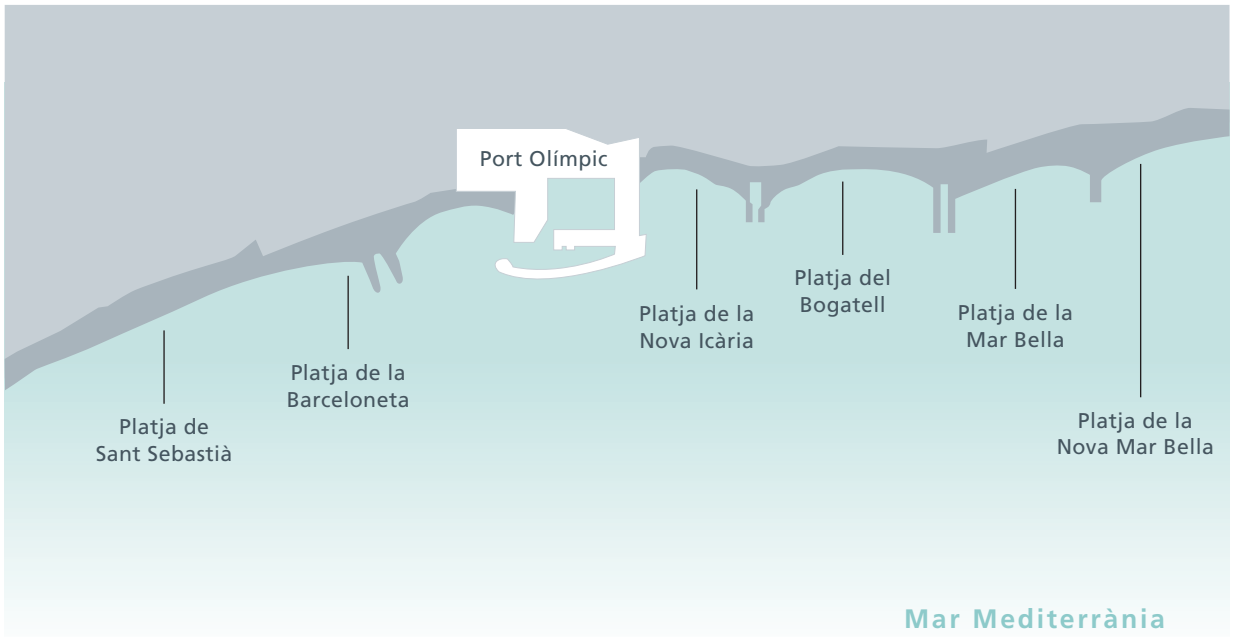
Les platges

El desenvolupament de la zona metropolitana com a plataforma logística dóna lloc al fet més remarcable dels últims anys al litoral català: d'una banda, les obres del Pla Delta amb l'ampliació del port de Barcelona, el desviament del riu Llobregat i la creació de la depuradora del Prat, i d'altra banda, les obres del Fòrum 2004, amb l'ampliació de la depuradora del Besòs i la creació del port esportiu. Les noves depuradores tracten les aigües residuals i han contribuït a millorar la qualitat de les aigües de mar de Barcelona i el seu entorn.

Els contaminants de les platges de Barcelona que poden suposar un risc per a la salut procedeixen fonamentalment de les aigües residuals urbanes i, en menor mesura, de la indústria, els ports i els vaixells. El programa de vigilància i control de la qualitat sanitària de les platges avalua setmanalment la qualitat microbiològica de l'aigua i les sorres, i l'aspecte de l'aigua i de la sorra de les zones de bany, durant tota la temporada de bany (d'abril a setembre), per tal de garantir la protecció de la salut dels usuaris i la salvaguarda del medi. L'any 2004 es compleixen els límits imperatius a totes les platges, fet que indica que l'aigua és apta per al bany. Quant als paràmetres fisicoquímics de l'aigua, com els metalls pesants (plom, mercuri, cadmi) i altres substàncies d'origen industrial que són tòxiques per ingestió (arsènic, cianur), no hi ha contaminació apreciable per a la majoria.

No hi ha cap reglamentació específica sobre la qualitat microbiològica de les sorres de platja, però s'utilitzen els criteris per a les sorres de parcs, a fi i efecte de definir un escalat de qualitat microbiològica. Aquest es fa amb caràcter classificatori i comparatiu, ja que no està determinat per estudis de risc sanitari. Encara que no hi ha evidència sobre la relació causal entre la presència de microorganismes a la sorra i els efectes específics sobre la salut, la presència de *Staphylococcus aureus* en algunes mostres fa que sigui aconsellable adoptar mesures de precaució per evitar afeccions dermatològiques en l'estada a la sorra. Les platges amb millor qualitat de sorres són les de la Barceloneta, i les de qualitat inferior són les de la Nova Icària i la Nova Mar Bella (vegeu figura 3). La qualitat és superior a primera línia de mar a totes les platges.

Figura 3. Esquema de les platges de la ciutat de Barcelona. Barcelona, 2004.



Font: Ajuntament de Barcelona.

La seguretat i la higiene dels aliments

Els establiments alimentaris i els aliments que s'hi elaboren o comercialitzen influeixen molt en la salut de la població. Els serveis d'inspecció sanitària protegeixen la salut dels consumidors exercint tasques de vigilància i control sobre els establiments i aliments de la ciutat. Aquesta acció té com a conseqüència millorar aspectes com el compliment normatiu, l'autocontrol i la formació en matèria d'higiene alimentària del personal manipulador d'aliments, proporcionant al consumidor majors garanties. Des d'aquest punt de vista s'han de valorar les activitats de control alimentari desenvolupades durant l'any 2004. Hi destaquen les 456 inspeccions efectuades als mercats centrals del peix i de fruites i hortalisses, les 4.277 inspeccions en indústries alimentàries, els 4.681 controls preventius vers l'encefalopatia espongiforme bovina (EEB) efectuats sobre les partides de carns importades, les 651 inspeccions en establiments minoristes, les 2.849 inspeccions als establiments de restauració col·lectiva, els 23 brots de toxiinfecció alimentària investigats, la gestió de 155 alertes i denúncies, la inspecció de 436.712 animals sacrificats per al consum, la retirada de material específic de risc d'EEB de 433.355 animals sacrificats, les 852 mostres analitzades que han descartat l'existència d'EEB, les 371 mostres analitzades per a la detecció de residus hormonals o medicamentosos en carns, els 106 requeriments de correcció de deficiències, les 67 multes coercitives imposades i els 38 expedients sancionadors incoats.

Mitjançant el programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), es monitoritzen determinats additius i contaminants en diversos aliments. Dels resultats obtinguts es volen destacar els corresponents al colorant vermell Sudan, micotoxines, hidrocarburs aromàtics policíclics, plaguicides, policlorobifenils, metalls pesants, *Salmonella, Listeria, Escherichia coli* O157:H7 i *Campylobacter*, i es presenten alguns resultats rellevants de manera destacada. Els resultats detallats són objecte de difusió pública al web de l'ASPB com a part del programa IQSA.

El colorant vermell Sudan I, II, III i IV, catalogat com a agent cancerigen, ha estat motiu d'alerta recentment en saber-se l'ús fraudulent que se'n fa en diverses partides de xili i derivats originaris de l'Índia. S'han analitzat 32 mostres de condiments i salses vermelles per descartar la presència d'aquest colorant prohibit, i després de detectar-se en una d'elles, s'han posat en marxa els mecanismes per a la retirada del mercat de l'aliment implicat.

Els hidrocarburs aromàtics policíclics (HAP) són compostos cancerígens genotòxics que poden aparèixer en els aliments durant la cocció, l'escalfament, l'assecatge i el fumatge, o bé per contaminació ambiental, especialment a través del medi marí. S'ha estudiat la possible presència i els nivells de 8 HAP (benz(a)antracè, dibenz(a,h)antracè, benzo(b)fluorantè, benzo(k)fluorantè, benzo(a)pirè, benzo(e)pirè, benzo(g,h,i)perilè, indeno(1,2,3)pirè) en 152 mostres de diversos aliments (productes de xarcuteria, peix fresc, peix fumat, crustacis, cefalòpodes, bivalves, olis i te). La freqüència d'HAP és baixa (11,8% de les mostres). Els valors observats en les mostres de te, sense regulació legal, tenen una importància relativa, atès que és un producte que es consumeix en dilució. Pel que fa a la resta d'aliments, cap de les mostres no incomplirien els recents límits legals de referència (vegeu la taula 2, pàgina 71).

Les micotoxines són metabòlits produïts per determinades espècies de fongs que es desenvolupen en alguns aliments quan són mantinguts o emmagatzemats sota determinades condicions de temperatura i humitat. Són especialment remarcables les aflatoxines, catalogades com a carcinògens genotòxics. Durant l'any 2004, s'han efectuat 72 determinacions d'aflatoxina B_1, B_2, G_1 i G_2 en aliments, i s'han quantificat en el 16,7% de les mostres analitzades, si bé amb valors per sota del límit legal de 10 µg/kg. Pel que fa a l'aflatoxina M_1, s'han analitzat 20 mostres de llet, i s'ha observat que el 50% de les mostres tenen nivells inferiors al límit de quantificació de 10 ng/l, i en el 50% restant se n'han detectat amb un rang de valors que va dels 12,0 als 56,2 ng/l, tot i que en una d'elles estan per sobre del valor límit reglamentat de 50 ng/l d'aflatoxina M_1. L'ocratoxina A, nefrotòxica en animals, ha estat objecte de control en 114 mostres d'aliments, i s'ha observat que el 64% tenen nivells inferiors al límit de quantificació i el 36% restant corresponen a aliments no reglamentats o amb valors per sota del límit legal, amb un rang de valors que va de 0 a 5,7 µg/kg, amb una única mostra amb un valor de 52,9 µg/kg. La patulina, neurotòxica i mutagènica en animals, s'ha estudiat en 18 mostres d'aliments a base de poma, i s'ha trobat que el 94,4% tenen nivells inferiors al límit de quantificació, i la mostra en què es detecta presenta un valor per sota del límit legal.

Els policlorobifenils (PCB), com a contaminants orgànics persistents en el medi ambient, poden estar presents a la cadena alimentària i ser un risc per a la salut del consumidor. Per tal d'avaluar la possible presència d'alguns PCB (PCB 28, 52, 101, 118, 138, 153 i 180), s'han analitzat 218 mostres d'aliments corresponents a carns fresques,

La seguretat i la higiene dels aliments

fetges, ous, llets, formatges, mantega, peix, crustacis, cefalòpodes, bivalves i olis, sense haver-se detectat en cap de les determinacions efectuades (límits de quantificació de 7 µg/kg per al PCB 28 i 52, i de 5 µg/kg per a la resta de PCB).

Pel que fa als plaguicides, s'han analitzat 285 mostres d'aliments, i se n'ha detectat la presència en 12 de les mostres (4,2%). Els nivells de plaguicides trobats són baixos, i 4 de les mostres (1,4%) presenten valors lleugerament superiors al límit màxim de residus admès. El detall de resultats per grups d'aliments es presenta a la taula (vegeu taula 2, pàgina 71). Dels resultats obtinguts, indicadors d'un alt grau de compliment de la normativa vigent, és important remarcar que sols en una mostra de formatge, i amb valors per sota del màxim permès, es detecta la presència de plaguicides halogenats persistents, compostos d'especial rellevància en termes de salut pública pel seu caràcter acumulatiu i els seus efectes sobre la salut.

Els metalls pesants són contaminants ambientals que poden constituir un risc per a la salut pública. Per tal de comprovar que aquests contaminants es mantenen en nivells segurs en els aliments, durant l'any 2004 s'han realitzat 80 determinacions de mercuri en productes de la pesca, on aquest metall s'ha detectat en el 25% de les mostres (si bé totes per sota del límit màxim reglamentat). Així mateix, s'han efectuat 197 analítiques de cadmi en carns fresques, fetges, productes de la pesca, cereals i derivats, fruites i hortalisses, i s'ha quantificat en el 19,8% de les mostres, 6 d'elles per sobre del valor màxim reglamentat. D'altra banda, el plom ha estat analitzat en 321 mostres de carns fresques, fetges, llets, productes de la pesca, olis, cereals i derivats, fruites i derivats, hortalisses, condiments i espècies, te i infusions, vi i cervesa, i s'han detectat valors quantificables en el 6,8%; només una ha estat per sobre del valor límit reglamentat.

Els microorganismes patògens en els aliments, com a responsables del desenvolupament de diferents tipus de patologies, constitueixen un important problema de salut pública. Durant l'any 2004 s'han efectuat 358 determinacions en diferents tipus d'aliments a la recerca de la presència de Salmonella, detectant-se en el 2,2% de les mostres. Per grups d'aliments, cal destacar la seva presència en el 24,1% de les mostres de carn picada i preparats de carn, si bé cal tenir present que es tracta d'aliments que, prèviament al seu consum, habitualment són sotmesos a un tractament tèrmic capaç d'eliminar el microorganisme. No obstant això, el risc radica en una insuficient cocció de l'aliment i en el fet que si no s'extremen les mesures de manipulació dels productes crus, pot donar-se una contaminació creuada d'altres aliments ja preparats per al consum. Una mostra de bivalves cuits presentava Salmonella, troballa que demostra una deficiència en el tractament o manipulació del producte (vegeu la taula 3, pàgina 72).

Pel que fa a l'Escherichia coli O157:H7, en cap de les 138 mostres analitzades no s'ha detectat la seva presència. Així mateix s'ha estudiat la possible presència de Campylobacter en 23 mostres, detectant-se en una de pollastre cru. En aquest cas, i evitant la contaminació creuada d'altres aliments, l'adequada cocció de l'aliment provocaria la destrucció del microorganisme. D'altra banda s'ha avaluat la possible presència i nivells de Listeria monocytogenes en 157 mostres, detectant-se en el 8,9% dels aliments analitzats. Una mostra de plats preparats supera el límit màxim admès, mentre que la resta d'aliments on s'ha detectat, presenten recomptes molt baixos.

Les conductes relacionades amb la salut

L'Enquesta de Salut de Catalunya 2002 recollia informació sobre les conductes relacionades amb la salut de la població de la ciutat. Entre elles, l'alimentació i el consum d'alcohol són especialment rellevants per la seva repercussió directa en la salut de la població, o indirecta, actuant com a factors de risc d'altres malalties (diabetis, malalties cardiovasculars, alcoholisme, etc.).

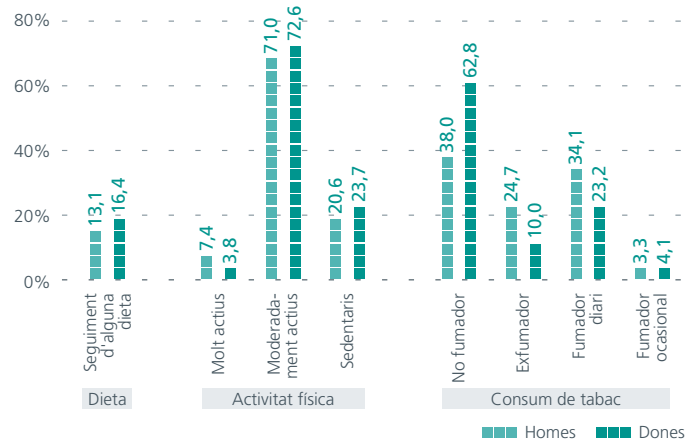
Un 16,4% dels homes i un 13,1% de les dones de Barcelona declaraven seguir alguna dieta o règim especial de forma continuada per motius de salut (vegeu la figura 4). La majoria dels qui declaren fer algun tipus de dieta, la fan per motius de colesterol alt, excés de pes, diabetis i hipertensió (vegeu la figura 5).

Al voltant d'un 20% de la població de la ciutat de Barcelona és sedentària; els molt actius representen un 7,4% dels homes i un 3,8% de les dones. Pel que fa al consum de tabac, un 38% dels homes i un 62,8% de les dones són no fumadors, mentre que un 34,1% i un 23,2% són fumadors diaris, respectivament (vegeu la figura 4). Val a dir que el consum de tabac varia segons el sexe i grup d'edat: en els grups d'edat més joves (fins a 34 anys), el percentatge de dones fumadores és superior al d'homes; en la resta de grups d'edat, el percentatge d'homes fumadors és superior.

Pel que fa al consum d'alcohol, un 21,5% dels homes declaren consumir alguna beguda alcohòlica diàriament en el darrer mes; un 14,2% ho fa tres o quatre cops per setmana i un 23,1% ho fa un o dos cops per setmana (vegeu la figura 6). Aquests percentatges són inferiors entre les dones. Un 21,1% dels homes i un 43,9% de les dones declara no haver pres cap beguda amb alcohol el darrer mes. Pel que fa al consum al llarg de la vida, la major part de la població beu ocasionalment (42,6%); un 13,8% dels homes i un 29,5% de les dones ho fa regularment.

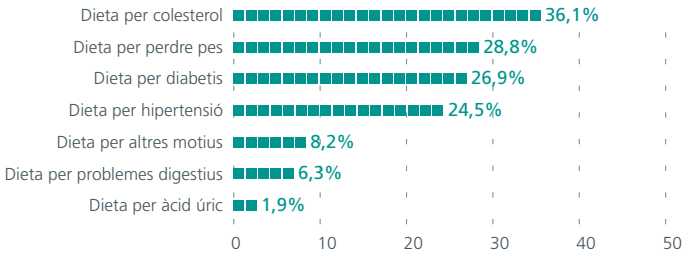
L'Enquesta de Salut de Catalunya 2002 va fer-se de l'octubre del 2001 al maig del 2002. En total, es van entrevistar personalment 8.400 persones, 1.400 de les quals eren habitants de la ciutat de Barcelona.

Figura 4. Hàbits alimentaris, activitat física en el temps lliure i consum de tabac en persones de 15 anys o més segons el sexe. Barcelona, 2002.



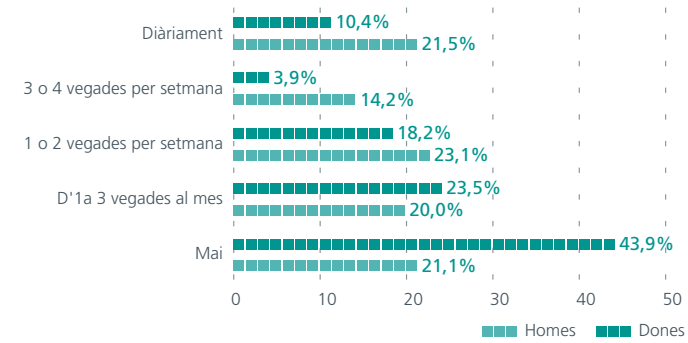
Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 5. Motius de salut per seguir una dieta en persones de 15 anys o més. Barcelona, 2002.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 6. Consum de begudes amb alcohol durant l'últim mes en persones de 15 anys o més segons el sexe. Barcelona, 2002.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002, Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'abús de substàncies psicoactives

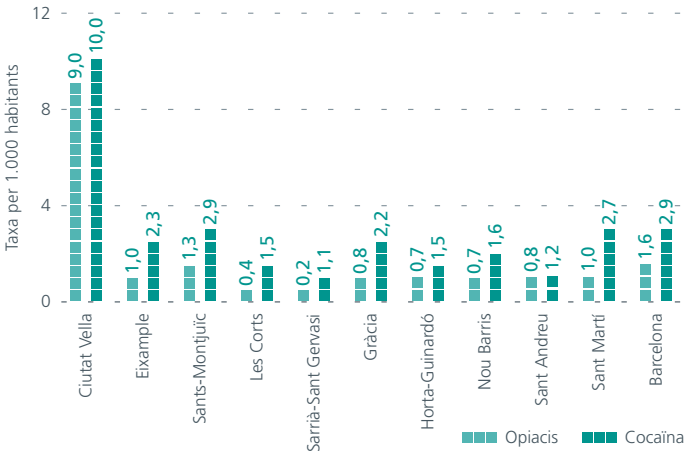
L'ús de drogues no institucionalitzades

Durant l'any 2004, s'han notificat al Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB) 4.567 admissions per iniciar un tractament per drogues, un 15,3% més que l'any anterior. Aquest increment és degut a l'augment de les admissions per cocaïna (que ha experimentat un creixement del 27% respecte a l'any passat) i per alcohol (que ha augmentat un 20%). La distribució per districte de residència de l'usuari es pot veure a la figura 7, on destaca el districte de Ciutat Vella per l'elevat nombre d'inicis de tractament, tant d'heroïna com de cocaïna i d'alcohol. Altres districtes amb taxes superiors a la del global de la ciutat són Sants-Montjuïc (pel que fa a cocaïna i heroïna), Nou Barris (per heroïna) i Horta-Guinardó, Sant Martí i Sant Andreu (per alcohol). La distribució dels inicis de tractament per cannabis és uniforme a tota la ciutat.

Pel que fa a les urgències ateses en consumidors de drogues il·legals als hospitals universitaris de la ciutat de Barcelona, durant l'any 2004 s'han atès un total de 4.432, de les quals el 85% corresponien a residents a Barcelona. Del total d'urgències ateses en residents, 1.134 eren per opiacis (heroïna i metadona) i 2.113, per cocaïna, un 11% menys i un 6% més respectivament que l'any anterior. La distribució per districte de residència del consumidor es pot veure a la figura 8. El districte amb més urgències va ser Ciutat Vella, tot i que durant l'any 2004 s'observa un decreixement d'urgències per opiacis i un increment d'urgències provocades per la cocaïna; en general, en tots els districtes s'ha produït el mateix fenomen.

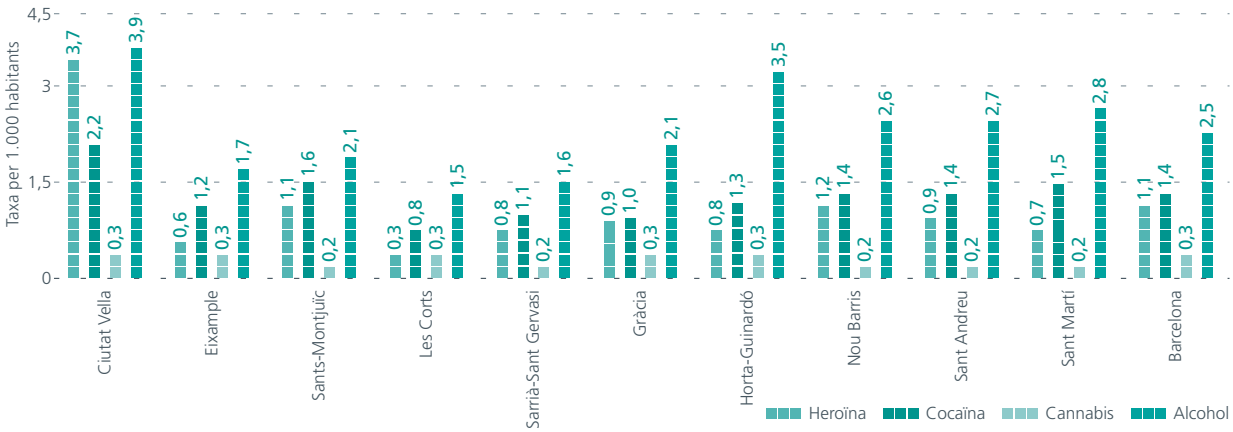
El nombre total de defuncions per sobredosi durant l'any 2004 ha estat de 77, un 9% menys que l'any anterior. D'aquestes morts, el 65% eren de residents a Barcelona; cal destacar que enguany s'han mort per sobredosi un 15% menys de residents que l'any anterior. A la figura 9

Figura 8. Urgències en consumidors d'opiacis i cocaïna segons el districte de residència. Barcelona, 2004.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 7. Inicis de tractament per drogues segons el districte de residència. Barcelona, 2004.

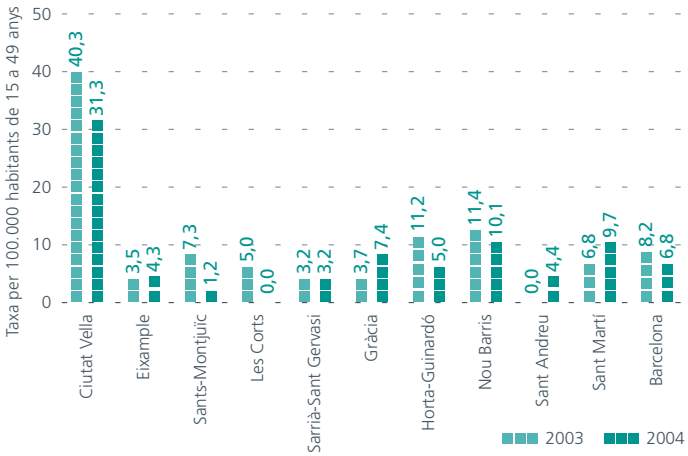


Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), Agència de Salut Pública de Barcelona.

es pot veure la distribució d'aquestes defuncions segons el districte, on destaquen les taxes elevades de Ciutat Vella, tot i que, igual que en el cas de les urgències, han disminuït un 25% respecte a l'any 2003. Altres districtes amb taxes superiors a les del global de la ciutat són Nou Barris i Horta-Guinardó, l'any 2003, i Sant Martí, l'any 2004.

Creiem que és una bona notícia que, enguany, el districte de Ciutat Vella hagi millorat tots els seus indicadors de consum de drogues. Cal destacar la disminució de la mortalitat per sobredosi, el nombre d'urgències per opiacis i el nombre d'inicis a un tractament per heroïna. Una de les possibles raons d'aquesta millora global podrien ser les polítiques de salut pública iniciades en aquesta zona de la ciutat (sala de consum, educadors de carrer, etc.).

Figura 9. Mortalitat per sobredosis de drogues segons el districte de residència. Barcelona, 2003-2004.



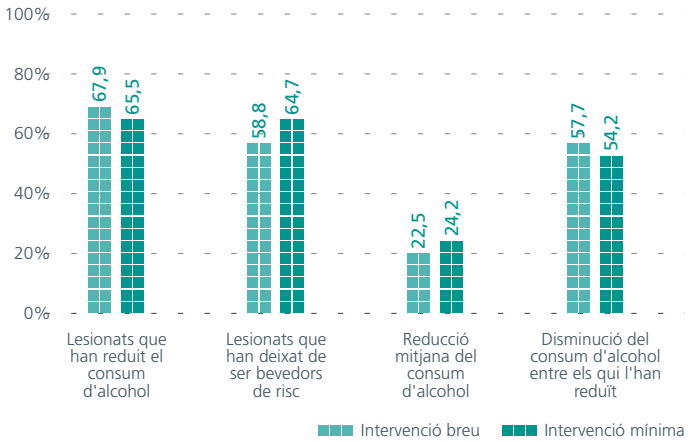
Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'alcohol

L'any 2004, es van conèixer els resultats finals de l'estudi IBAT sobre l'efectivitat de les intervencions breus per reduir el consum d'alcohol en els lesionats de trànsit adults amb alcoholèmia positiva. Vuitanta-cinc lesionats amb alcoholèmia positiva atesos al servei d'urgències de l'Àrea de Traumatologia de l'Hospital de la Vall d'Hebron van ser avaluats i distribuïts aleatòriament per rebre una intervenció mínima (5 minuts de consell) o una intervenció breu motivacional (15 minuts) per reduir el consum d'alcohol.

Passat un any, i amb un seguiment del 67,1%, un 66,7% dels lesionats han reduït el consum d'alcohol; el percentatge de bevedors de risc s'ha reduït en un 47%; entre els pacients catalogats de bevedors de risc a l'entrada en l'estudi, el 61,8% ha deixat de ser-ho; en terme mig, el consum d'alcohol ha disminuït un 23,3%, i entre els qui n'han reduït el consum, la reducció ha estat del 55,9% (vegeu la figura 10). Els episodis de consum abusiu s'han reduït d'una manera estadísticament significativa. Aquests resultats confirmen la tendència mostrada al llarg del seguiment als 3, 6 i 12 mesos. No s'han trobat diferències estadísticament significatives segons el tipus d'intervenció; la magnitud i permanència dels canvis parlen a favor d'un efecte real d'ambdues intervencions, el que seria atribuïble a l'especial receptivitat per rebre un consell després d'haver patit una experiència traumàtica.

Figura 10. Principals resultats de l'estudi IBAT. Barcelona, 2002-2004.



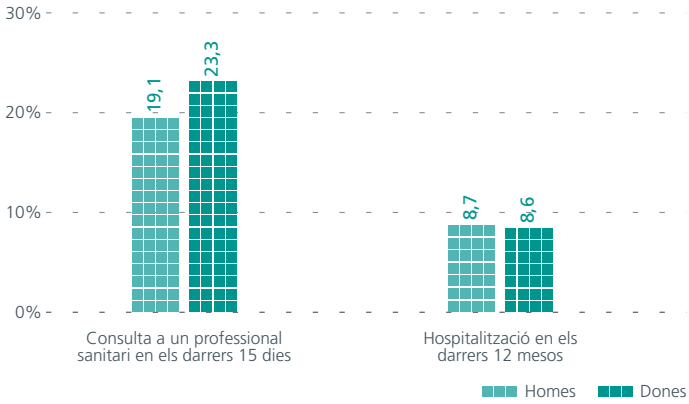
Font: Estudi IBAT *Accidentes de tráfico y alcohol: evaluación de la prevención secundaria desde un hospital de traumatología*, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La utilització de serveis sanitaris

L'Enquesta de Salut de Catalunya 2002 permet conèixer la utilització de serveis que fa la població de la ciutat de Barcelona, així com les seves pràctiques preventives. Pel que fa a la utilització dels serveis sanitaris, un 19,1% dels homes i un 23,3% de les dones declaren haver estat visitats per un professional sanitari en els 15 dies anteriors a l'entrevista (vegeu la figura 11). Els professionals més consultats han estat el metge general, el pediatre, el ginecòleg i el dentista. Els motius de consulta han estat, en la majoria de les visites: només diagnòstic o tractament d'una malaltia (46,1%), diagnòstic i receptes (20,7%), examen preventiu (16,6%) i només receptes (10,2%). Pel que fa a la utilització dels serveis d'hospitalització d'aguts, un 8,7% de la població de la ciutat declara haver estat hospitalitzada en els darrers 12 mesos (vegeu la figura 11).

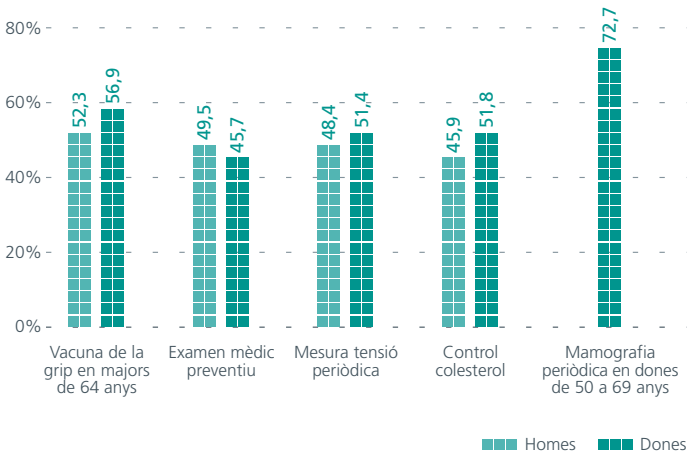
Pel que fa a les pràctiques preventives, els resultats de l'enquesta mostren que les dones tenen una millor cura de la salut. Un 45,7% es fa un examen mèdic preventiu, un 51,4% es mesura la tensió de manera periòdica, un 51,8% es controla el colesterol i un 56,9% de les dones majors de 64 anys es vacuna de la grip. Excepte per l'examen mèdic preventiu, tots aquests percentatges són inferiors entre els homes (vegeu la figura 12). Finalment, un 72,7% de les dones entre 50 i 69 anys declara fer-se una mamografia de manera periòdica.

Figura 11. Utilització de serveis sanitaris en persones de 15 anys o més segons el sexe. Barcelona, 2002.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 12. Realització de pràctiques preventives en persones de 15 anys o més segons el sexe. Barcelona, 2002.

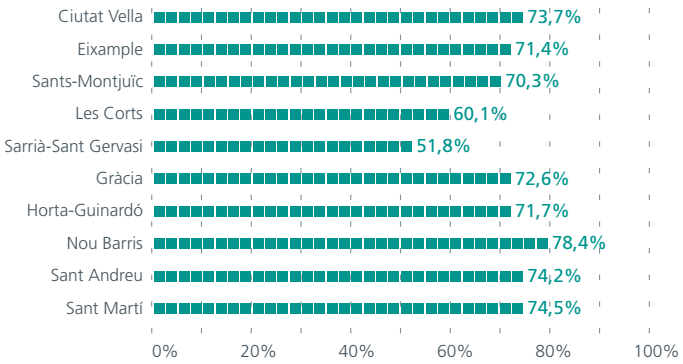


Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002, Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'atenció primària de salut

La reforma de l'atenció primària de salut va començar a la ciutat de Barcelona l'any 1984. El procés d'implantació s'ha produït a un ritme lent, motivat per les dificultats en el procés de desplegament –associades a la falta d'espais apropiats–, la reticència a la integració dels professionals de contingent i els condicionants econòmics. A partir de l'any 2000 es produeix un important impuls, i l'any 2003 finalitza el procés de reforma de les 66 àrees bàsiques de salut. L'any 2004, el conjunt dels equips d'atenció primària van atendre un total d'1.129.616 habitants, el que correspon al 70,1% del total de la població assegurada. Les dades per districtes varien, entre altres coses, per la influència del doble assegurament, públic i privat, majoritari en alguns districtes: el districte més freqüentador és el de Nou Barris (78,4%), mentre que el de Sarrià-Sant Gervasi n'és el menys (51,8%) (vegeu la figura 13).

Figura 13. Percentatge de població atesa pels equips d'atenció primària amb relació a la població adscrita segons el districte municipal. Barcelona, 2004.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

L'atenció a les urgències

A Barcelona, l'atenció a les urgències inclou tots els diferents nivells assistencials: l'hospitalari, tant pel que fa a la xarxa d'utilització pública (XHUP) com a l'àmbit privat; l'atenció primària, que inclou les urgències ateses als centres d'atenció primària i les ateses als 11 centres d'atenció continuada, així com als dispensaris d'urgències de l'Hospital Clínic al carrer València i de l'Hospital del Mar al centre Peracamps, i les urgències ateses pel Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUB-061).

La informació de què es disposa sobre l'activitat dels serveis d'urgències parteix de l'any 1996, i des de llavors s'observa un increment del nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris. Així, per exemple, l'any 1999 es van atendre 652.233 urgències, valor que ha augmentat un 10,8% (722.641 urgències hospitalàries) l'any 2004. Les urgències extrahospitalàries (visites urgents efectuades pel 061 i visites als centres d'atenció continuada) han augmentat un 16% en el mateix període de temps (vegeu la figura 14). En l'activitat del servei SCUB-061 s'ha anat produint un increment important pel que fa al nombre de trucades ateses, juntament amb una disminució de les ateses al domicili, encara que els darrers anys s'ha estabilitzat. L'activitat d'urgències dels centres d'atenció continuada s'ha incrementat un 24% des del 1999 (170.699 visites efectuades l'any 1999 davant de les 211.866 l'any 2004) i, en canvi, les visites domiciliàries efectuades en els centres d'atenció primària ha disminuït un 33,5% (160.873 l'any 1999 davant de les 107.018 l'any 2004) a causa de la creació de programes específics d'atenció domiciliària (programa ATDOM/Salut a casa), fet que ha reduït el nombre d'urgències domiciliàries i ha permès fer un seguiment més acurat dels casos (vegeu la taula 4, pàgina 73).

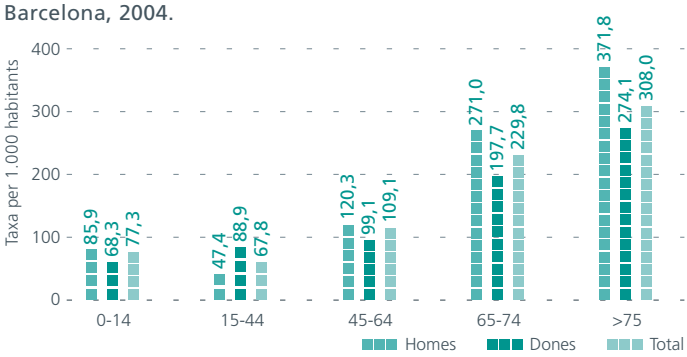
Figura 14. Evolució del nombre d'urgències hospitalàries i extrahospitalàries. Barcelona, 1999-2004.

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

L'atenció especialitzada hospitalària

L'oferta, mesurada mitjançant el nombre de llits públics disponibles en hospitals d'aguts, s'ha mantingut estable en els darrers anys, prop d'un 3,3 per 1.000 habitants (vegeu la taula 4, pàgina 73). La utilització dels serveis hospitalaris públics s'ha anat incrementant, i n'és un exemple la taxa d'hospitalització als centres de la xarxa d'utilització pública (XHUP), que ha passat d'un 86,8 per 1.000 habitants l'any 1995 a un 100,8 l'any 2004. Si es consideren també els centres privats, la taxa d'hospitalització l'any 2004 va ser d'un 131,4. Als hospitals de Barcelona s'atenen també residents de fora de Barcelona ciutat, els quals representen un 34% del total d'atesos, proporció que s'ha mantingut força estable en els darrers anys. Els residents de Barcelona que han estat atesos en hospitals públics de fora de la ciutat són un 8,7% (vegeu la taula 4, pàgina 73). Considerant les taxes globals d'hospitalitzacions efectuades pels residents a Barcelona (hospitals públics i privats de Barcelona i de fora de Barcelona), s'observa que els homes presenten taxes superiors a les dones en els diferents grups d'edat, a excepció del grup de 15 a 44 anys, edat fèrtil de les dones, que guarda relació amb les hospitalitzacions per embaràs, part i puerperi (vegeu la figura 15).

Figura 15. Taxes globals d'hospitalització per 1.000 habitants de la població resident a Barcelona ciutat segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2004.

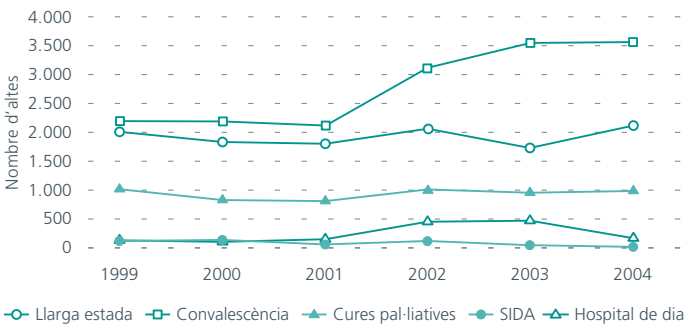


Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

L'atenció sociosanitària

El desplegament dels recursos sociosanitaris dels últims anys es basa en el Pla Estratègic Sociosanitari de Barcelona. Aquest Pla ha suposat, d'una banda, l'increment progressiu d'aquests recursos: serveis d'hospitalització (unitats de llarga i mitjana estada), serveis d'atenció diürna ambulatòria (hospitals de dia i unitats d'avaluació integral ambulatòria) i equips de valoració i suport (en hospitals d'aguts i a domicili). D'altra banda, aquests serveis s'han anat definint en funció de la tipologia de pacient: gent gran, malalties neurodegeneratives i dany cerebral, demències i malalts pal·liatius (vegeu la taula 4, pàgina 73). El Pla Estratègic suposa també la introducció de millores en la coordinació i la continuïtat assistencial d'aquests pacients, la qual cosa ha suposat una major participació de tots els nivells d'atenció (inclosa l'atenció primària i hospitalària) i una millora qualitativa de l'accés i l'alta especialment a domicili i en centres residencials. L'evolució de les altes dels centres sociosanitaris segons la seva tipologia es pot observar en la figura 16.

Figura 16. Evolució del nombre d'altes als centres sociosanitaris segons la tipologia del centre. Barcelona, 1999-2004.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

L'atenció a la salut mental

Els diferents recursos i serveis de salut mental s'organitzen sobre la base de 3 nivells assistencials: atenció especialitzada de suport a l'atenció primària o centres de salut mental (CSM), atenció psiquiàtrica hospitalària i rehabilitació comunitària. La porta d'entrada a la xarxa és majoritàriament a través dels centres de salut mental que reben les derivacions dels equips d'atenció primària. Una segona porta d'entrada és la demanda que arriba directament als serveis d'hospitalització (urgències i/o aguts). Tots els centres de salut mental desenvolupen programes específics d'atenció als trastorns mentals severs. La taula 4 de la pàgina 72 mostra la distribució de recursos de la xarxa pública de salut mental a la ciutat i l'activitat global de l'any 2004. La prevalença de problemes de salut mental atesa als centres de salut mental d'adults és del 3,2%. Un 22% dels casos atesos corresponen a trastorns mentals severs.

L'any 2004 es van atendre 21.116 urgències als serveis d'urgències psiquiàtriques que atenen la població de la ciutat (incloses 1.048 a Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat). El percentatge d'urgències ingressades és del 14%, però amb una alta variabilitat entre els diferents centres, amb una mitjana del 7% d'urgències psiquiàtriques ingressades als hospitals d'aguts de la ciutat i un 33% d'urgències ingressades als centres monogràfics. Pel que fa a l'activitat d'hospitalització, l'any 2004 van produir-se 3.695 altes a les unitats psiquiàtriques d'aguts (incloses 504 de Sant Joan de Déu). L'estada mitjana global és de 18 dies, amb una gran variabilitat també segons els centres que oscil·la entre un mínim de 9,2 i un màxim de 22,8 dies.

La prestació farmacèutica

La utilització de medicaments i productes sanitaris en la població de Barcelona prescrits amb recepta del CatSalut a través dels recursos sanitaris públics presenta una tendència a l'increment, justificada, en part, per les millores en la detecció, la prevenció i el tractament de patologies, l'envelliment de la població i la utilització de teràpies combinades (vegeu el quadre 2). Globalment, les dones reben una proporció superior de receptes (62,1%). El grup d'edat de majors de 74 anys rep un 37,2% de les receptes (vegeu el quadre 3). El percentatge d'envasos de medicaments genèrics prescrits amb recepta del CatSalut i dispensats a Barcelona durant els últims 5 anys ha incrementat de forma considerable (vegeu el quadre 3). El percentatge més elevat de les receptes es genera a les consultes de metges de capçalera i pediatres d'atenció primària (90,3%), mentre que els metges especialistes generen el 6,8% i els d'urgències, l'1,4%.

Dins dels 14 grups terapèutics, un total de 3 han representat el 57,6% dels envasos dispensats: sistema nerviós, aparell cardiovascular i aparell digestiu i metabolisme. Destaca el grup del sistema nerviós central, que des de fa 5 anys ha superat el grup de cardiovascular en volum d'envasos. El percentatge d'envasos de fàrmacs de l'aparell cardiovascular s'ha mantingut estable en els últims 5 anys. Destaca també la disminució en la proporció d'antiinfecciosos, que l'any 2004 va representar el 3,9% del total.

Quadre 3. Percentatge de receptes segons l'edat i el sexe. Barcelona, 2004.

	Homes	Dones	Total
0-14 anys	2,7%	1,4%	1,9%
15-44 anys	10,9%	9,4%	9,9%
45-64 anys	25,3%	22,8%	23,8%
65-74 anys	29,1%	25,9%	27,2%
>=75 anys	31,9%	40,4%	37,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Font: Aplicatiu de farmàcia del CatSalut, Consorci Sanitari de Barcelona.

Quadre 2. Evolució del nombre de receptes per habitant i del percentatge d'envasos d'especialitats farmacèutiques genèriques (EFG). Barcelona, 2000-2004.

	2000	2001	2002	2003	2004
Receptes per habitant	16,8	17,2	18,3	19,5	20,0
Envasos EFG	3,9%	6,5%	8,3%	11,5%	15,2%

Font: Aplicatiu de farmàcia del CatSalut, Consorci Sanitari de Barcelona i padró municipal d'habitants de Barcelona del 1996.

L'atenció a la salut pública

Des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) es fan les principals intervencions de salut pública que es duen a terme a la ciutat. Hi ha línies d'intervenció tant en la vessant de la protecció de la salut com de la promoció de la salut i la prevenció de malalties i situacions de risc. L'ASPB exerceix també d'observatori de la salut de la població, fet que permet vigilar l'evolució dels problemes i detectar-ne de nous.

Respecte a la intervenció, hi ha estratègies tant poblacionals com en grups seleccionats. Exemples d'aquestes són les que es fan en la població infantil (vacunacions), en la població escolar (programes preventius) o en la població de dones de 50 a 69 anys (programa de detecció precoç del càncer de mama). A continuació es presenten alguns exemples del que ha resultat la funció d'observatori dels darrers temps, així com intervencions específiques que han resultat de la detecció de noves necessitats.

En el seguiment de les malalties infeccioses de declaració obligatòria, es va detectar un increment significatiu de la incidència d'hepatitis A els anys 2002 i 2003, i l'enquesta epidemiològica que es fa als afectats va evidenciar que una part important eren homes homosexuals. Es va considerar dissenyar una intervenció preventiva específica en la comunitat homosexual de Barcelona amb la finalitat de controlar-ne el brot, en col·laboració amb dues entitats comunitàries i centres vacunals de la ciutat. La intervenció ha consistit en una campanya de vacunació antihepatitis A i B en saunes i locals homosexuals durant aquest any 2004. A més de l'oferta de vacunació als locals, s'ha dut a terme una campanya de comunicació amb targetes, pòsters i articles en premsa i televisió que recomanava la vacuna (vegeu la figura 17). Entre el desembre de l'any 2003 i l'octubre de l'any 2004, 1.670 homes homosexuals han rebut una dosi de la vacuna. L'edició, a la fi de l'any 2004, d'una enquesta periòdica a homosexuals catalans ha mostrat que un 56% dels enquestats coneixia la campanya, i un 18,5% va declarar haver rebut una vacuna antihepatitis A l'últim any. Quant a l'impacte, els casos d'hepatitis A detectats en homosexuals de Barcelona van ser de 38 el 2002, de 29 el 2003 i de 44 en el període de gener a maig de l'any 2004. Amb la intervenció, del maig de l'any 2004 al juny de l'any 2005, la incidència s'ha reduït a 5 casos. La campanya de vacunació s'ha difós extensament i ha contribuït a la important reducció dels casos d'hepatitis A a Barcelona.

Figura 17.

El segon exemple tracta sobre la monitorització del fum ambiental de tabac. L'any 2004 s'ha coordinat des de l'ASPB un estudi europeu en què s'han mesurat els nivells de fum ambiental de tabac a llocs de treball de l'administració, d'empreses privades i del sector de l'hosteleria de 8 ciutats europees, mitjançant la mesura de la nicotina en fase vapor. Dins d'aquest estudi s'han pres més de 1.200 mostres, de les quals s'han obtingut dades objectives dels nivells de fum ambiental de tabac dels tres sectors laborals estudiats. Com a intervenció, s'han coordinat els esforços de diferents professionals i serveis de l'ASPB per tal d'avançar en el disseny d'un programa de monitorització i control del tabaquisme en centres públics i de treball que pugui ser d'utilitat per institucions i empreses. Aquest grup de treball ha avançat en la formulació d'una proposta funcional articulada en 4 eixos: senyalització, mesura del fum ambiental de tabac, cessació del consum i assessorament.

En tercer i darrer lloc, dins del seguiment dels factors de risc i els estils de vida dels adolescents, l'any 2004 s'ha fet l'enquesta de salut en escolars FRESC 2004, la qual ha mostrat un important augment del

consum de cannabis en els adolescents escolaritzats de 14, 16 i 18 anys (vegeu figura 18). Els resultats han permès també identificar alguns dels factors associats al consum. Un cop valorada la necessitat de fer intervencions específiques, l'any 2004 s'ha signat un conveni de col·laboració amb Caixa Catalunya per desenvolupar uns materials per a la prevenció de l'inici del consum de cannabis, adreçats als escolars de 15 i 16 anys, als educadors i a les famílies. La unitat central d'aquests materials consisteix en una sessió didàctica audiovisual que facilitarà la discussió d'aquest tema a les aules. Es tracta que aquests materials complementin els ja disponibles en prevenció de consum de drogues, legals i il·legals.

Per conèixer la totalitat d'intervencions de l'ASPB, es pot consultar la seva pàgina web (**www.aspb.es**) i la seva memòria anual, també disponible a la pàgina web.

Figura 18.

La nostra salut

Presentació 39
Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut i els seus determinants

Qui som
La situació demogràfica
La situació socioeconòmica

Com vivim
El medi ambient
- L'aire
- Les aigües de consum de proveïment públic
- Les platges
- La seguretat i la higiene dels aliments

Els comportaments
- Les conductes relacionades amb la salut
- L'abús de substàncies psicoactives
  - L'ús de drogues no institucionalitzades
  - L'alcohol

Els serveis sanitaris
- La utilització de serveis sanitaris
- L'atenció primària de salut
- L'atenció a les urgències
- L'atenció especialitzada hospitalària
- L'atenció sociosanitària
- L'atenció a la salut mental
- La prestació farmacèutica
- L'atenció a la salut pública

La nostra salut
La salut percebuda
La salut maternoinfantil
Els problemes de salut específics
- La tuberculosi
- La infecció per VIH-sida

Les lesions per accidents
- Les lesions per accidents de trànsit
- Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

Monogràfics
Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades
Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004
Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal

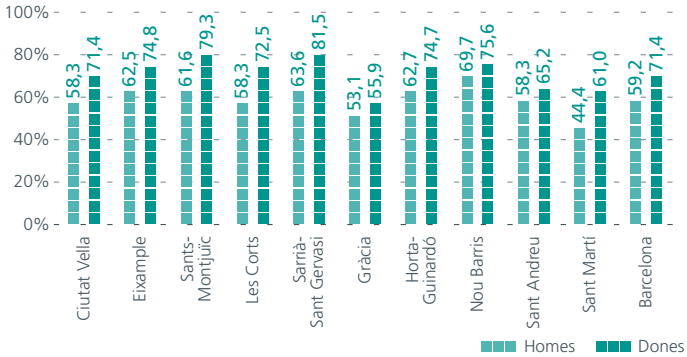
La salut a Barcelona 2004 en xifres

La salut percebuda

Un 33,9% dels homes de Barcelona de 15 anys o més declaren a l'Enquesta de Salut de Catalunya 2002 tenir un estat de salut percebut molt bo o excel·lent; un 48,5%, bo, i un 17,6%, regular o dolent. Les dones declaren tenir pitjor salut, amb els percentatges següents: 30,6%, 44,4% i 24,9%.

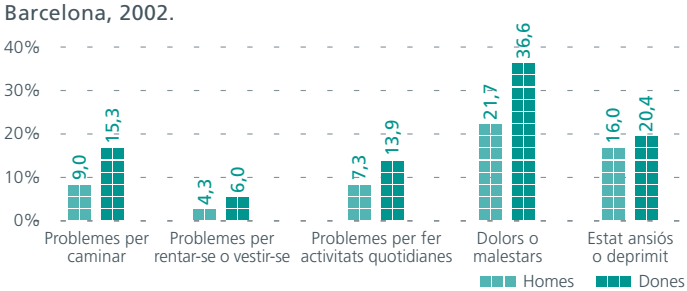
L'existència de trastorns crònics també denota problemes de salut i és un indicador de salut percebuda. Així, un 59,2% dels homes i un 71,4% de les dones de Barcelona declaren tenir algun trastorn crònic. Aquests percentatges varien també segons el districte, on trobem que les dones de Sarrià-Sant Gervasi i les de Sants-Montjuïc són les que declaren amb més freqüència tenir més trastorns crònics (81,5% i 79,3%, respectivament), mentre que entre els homes ho fan els de Nou Barris (69,7%) (vegeu la figura 1). A la figura 2 es pot veure com les dones declaren tenir més trastorns crònics que els homes. Entre els trastorns crònics declarats amb més freqüència destaquen, en les dones: el mal d'esquena lumbar i cervical, l'artrosi i el reumatisme, la mala circulació, les varices i la migranya, i en els homes: el mal d'esquena lumbar i cervical, la hipertensió, l'artrosi i el reumatisme (vegeu la figura 2). La mala salut i l'existència de trastorns crònics tenen conseqüències en el desenvolupament normal de les persones en la seva vida quotidiana. Així, un 15,3% de les dones i un 9% dels homes tenen problemes per caminar; un 6% i un 4,3% en tenen, respectivament, per rentar-se o vestir-se, i un 13,9% i un 7,3% en tenen, respectivament, per fer les seves activitats quotidianes (vegeu la figura 3). Un 36,6% de les dones declara tenir dolors i malestars, i un 20,4%, tenir un estat ansiós o deprimit, percentatges que són inferiors en els homes (vegeu la figura 3).

Figura 1. Prevalença de trastorns crònics en persones de 15 anys o més segons el districte i el sexe. Barcelona, 2002.



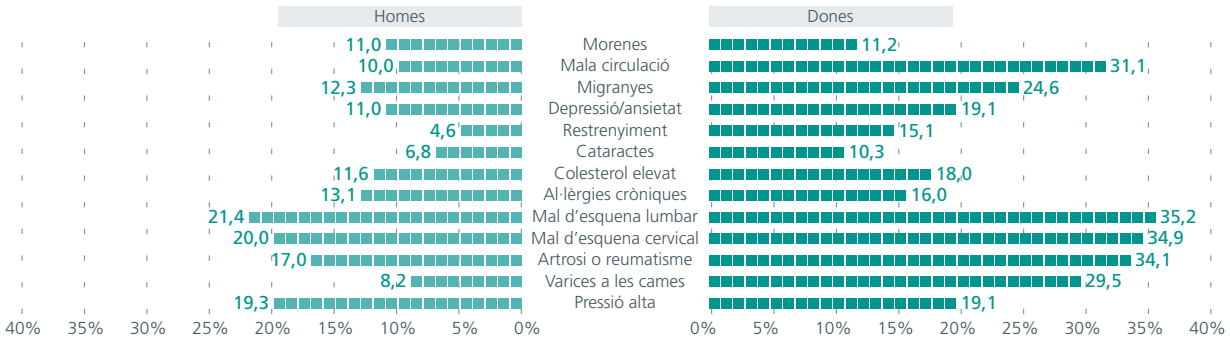
Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Prevalença de problemes en el desenvolupament quotidià i en l'estat de salut en persones de 15 anys o més segons el sexe. Barcelona, 2002.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 2. Trastorns crònics declarats en persones de 15 anys o més segons el sexe. Barcelona, 2002.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La salut maternoinfantil

A la ciutat de Barcelona, dels 18.885 embarassos en dones de 15 a 49 anys s'han produït 14.248 naixements, segons dades del 2003. Els naixements, expressats en forma de taxa de fecunditat, s'han mantingut estables al llarg de la dècada dels noranta i s'han anat incrementant lleugerament a partir del 1999 (vegeu la taula 1, pàgina 75).

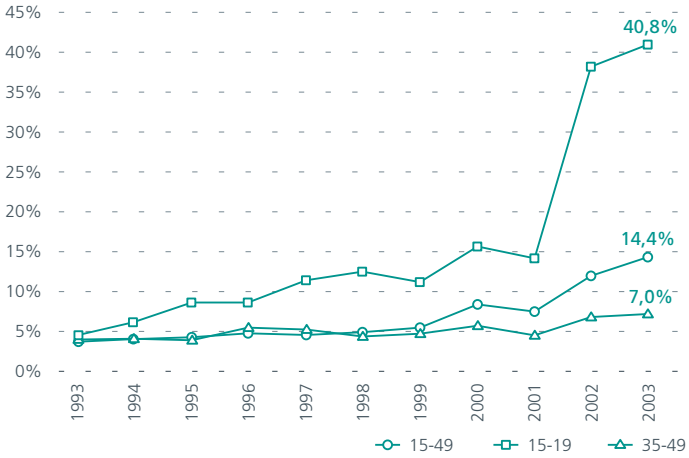
D'altra banda, continua creixent el percentatge de naixements de tots dos pares de fora de l'Estat espanyol, que l'any 2003 arriba al 14,4% del total de naixements de la ciutat, i es manté el creixement dels darrers anys. Cal destacar que els naixements de tots dos pares de fora de l'Estat espanyol representen el 40,8% del total de naixements que es produeixen en les dones joves de 15 a 19 anys (vegeu la figura 4). En canvi, els naixements d'un dels pares de fora de l'Estat espanyol no canvia respecte a l'any 2002.

El darrer any, es registra una davallada tant en el nombre com en la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE), tot i que les dones joves són les que menys planifiquen l'embaràs. Entre les adolescents de 14 a 17 anys es van produir 264 embarassos, el 64% dels quals van acabar en una interrupció voluntària de l'embaràs (vegeu la taula 1, pàgina 75). Les dones de 15 a 19 anys són les que tenen una taxa d'IVE més alta que la resta de grups, superant la taxa de fecunditat (vegeu la figura 5).

Pel que fa a les dones de 35 a 49 anys, s'observa una lleugera davallada en el darrer any tant de les IVE com dels naixements. Cal remarcar que el 29,3% dels naixements es produeixen en aquest grup d'edat (vegeu la taula 1, pàgina 75).

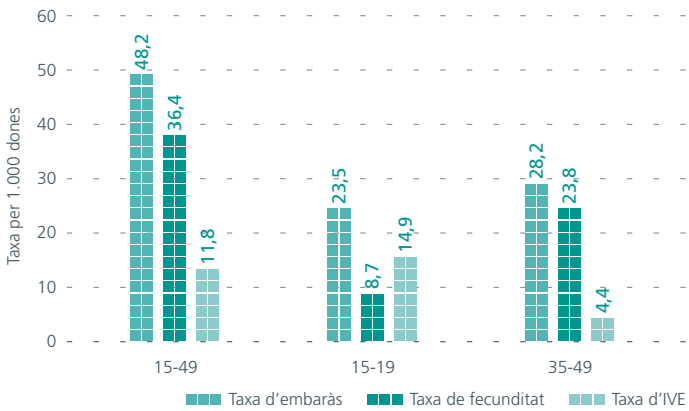
Pel que fa a la cura de l'embaràs, la proporció d'embarassades que no fan la primera visita a l'obstetre en el moment adient (durant el primer trimestre d'embaràs) és molt baixa en tots el districtes de Barcelona, on no arriba al 5%, excepte al districte de Ciutat Vella, que és del 9% (vegeu el quadre 1, pàgina 42). Pel que fa al nombre d'ecografies, la mitjana és massa elevada en tots els districtes, encara que Ciutat Vella i Nou Barris són els únics on no arriba a cinc. D'altra banda, el percentatge d'embarassades que no es fan una ecografia al voltant de les 20 setmanes només passa del 10% a Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i Les Corts.

Figura 4. Evolució del percentatge de naixements de tots dos pares de fora de l'Estat espanyol segons l'edat de les mares. Barcelona, 1993-2003.



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

Figura 5. Taxes d'embaràs, de fecunditat i d'IVE segons l'edat de les dones. Barcelona, 2003.



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

La salut maternoinfantil

El percentatge de dones que es fa una prova invasiva (generalment una amniocentesi o una biòpsia de còrion) és l'indicador que presenta més variabilitat entre districtes, si bé hem de tenir en compte que aquesta variable està molt influïda per la distribució de l'edat de les gestants, que és diferent entre els districtes. Als districtes de l'Eixample, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi i Gràcia, la proporció d'embarassades que fan una prova invasiva supera el 30%, mentre que als districtes de Ciutat Vella i Nou Barris no arriba al 20% (vegeu el quadre 1). Hi ha 5 districtes on la proporció d'embarassades que fumen se situa entre el 40% i el 50%; a la resta, aquest percentatge és d'entre el 30% i el 40%.

Al quadre 2 es pot veure l'evolució de les cobertures vacunals notificades en els infants de 2 i 4 anys. Val a dir que aquestes són dades de vacunes notificades, i que per altres estudis sabem que la cobertura vacunal és molt més elevada.

A partir de l'any 2003, la font d'informació utilitzada per calcular els indicadors de salut maternoinfantil a la ciutat de Barcelona és l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), que obté les dades de la butlleta estadística de parts, naixements i avortaments, que serveix per inscriure els nadons al Registre Civil. Fins ara, la font d'informació utilitzada havia estat l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), que obté les dades del document d'alta dels naixements del padró de la ciutat. En ser una font d'informació nova, s'ha fet una anàlisi de concordança entre les dues fonts d'informació.

L'anàlisi ha mostrat diferències, en el sentit que l'IDESCAT declara més naixements que l'IMI, la qual cosa fa que les dades de naixements de l'any 2003 es vegin incrementades en un 11,8% respecte al 2002. Aquesta xifra està allunyada del 5,2%, que és el percentatge mitjà anual de la diferència entre les dues fonts d'informació entre el 1994 i el 2002. Les discordances poden ser degudes a: 1) diferències en la definició de la població, ja que el criteri d'inclusió de l'IMI («el nadó està empadronat a Barcelona») és més estricte que el de l'IDESCAT («la mare és resident a Barcelona»); 2) al fet que hi ha una part important de naixements que s'empadronen després d'inscriure's al Registre Civil, i 3) al fet que l'IMI no detecta els naixements inscrits en un registre civil fora de Barcelona ciutat.

Quadre 1. Indicadors de cura de l'embaràs segons el districte. Barcelona, dades acumulades, 1993-2003.

	Percentatge de dones amb visita obstètrica al 1r trim. d'embaràs	Percentatge de dones amb ecografia al 5è-6è mes d'embaràs	Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques	Percentatge de dones amb proves invasives per fer cariotip	Percentatge de dones fumadores durant l'embaràs
Ciutat Vella	91,0%	87,0%	4,7	17,2%	43,8%
Eixample	97,6%	92,5%	5,6	32,1%	35,4%
Sants-Montjuïc	96,8%	87,9%	5,2	23,3%	45,9%
Les Corts	96,6%	89,3%	5,6	32,5%	34,2%
Sarrià-Sant Gervasi	99,0%	95,2%	5,8	33,2%	41,9%
Gràcia	95,3%	96,1%	5,8	35,9%	36,3%
Horta-Guinardó	98,8%	91,9%	5,6	30,0%	44,1%
Nou Barris	95,4%	92,3%	4,9	19,6%	46,2%
Sant Andreu	97,3%	92,9%	5,3	26,4%	43,8%
Sant Martí	96,0%	90,4%	5,3	25,7%	39,5%
Barcelona	**96,7%**	**91,6%**	**5,4**	**27,4%**	**41,6%**

Font: Controls del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Quadre 2. Evolució de les cobertures vacunals notificades. Barcelona, 1994-2004.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
T-1 als 2 anys	81,0%	83,1%	81,5%	82,0%	80,0%	79,3%	75,4%	75,1%	71,3%	72,1%	73,5%
T-1 als 4 anys	82,6%	83,5%	82,6%	82,9%	82,4%	82,7%	74,5%	74,1%	70,9%	74,1%	74,2%
T-2 als 2 anys	64,3%	66,1%	64,5%	64,8%	62,8%	60,7%	63,7%	54,9%	42,7%	63,3%	63,5%
T-2 als 4 anys	69,4%	71,6%	69,9%	69,9%	69,3%	70,8%	64,2%	62,1%	61,6%	66,0%	64,0%

Font: Registres de vacunacions, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: T1: primovacunació DTP (diftèria, tètan i pertussis) i poliomielitis; T2: dosi de record DTP i poliomielitis i primera dosi triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis.)

Amb l'objectiu de descriure l'existència de desigualtats socioeconòmiques en les cures mèdiques i el control personal de la gestació, es van analitzar 2.299 embarassos entre l'any 1994 i el 2003, i les dades obtingudes es van utilitzar sistemàticament en els controls inclosos en l'estudi poblacional de casos i controls del Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona (REDCB)[1]. Com a variables de cures mèdiques s'han analitzat el nombre de visites obstètriques i la data en què es va fer la primera visita obstètrica. Pel que fa a les variables de control personal, s'han analitzat la planificació de l'embaràs i l'abandonament del tabac durant el darrer trimestre de la gestació. Com a variables independents, es van incloure l'edat de les dones (entre 15 i 49 anys) i la classe social segons l'ocupació de les dones[2]: manuals (qualificades i no qualificades) i no manuals (directives i treballadores associades a segon i tercer cicle universitari i treballadores administratives).

El 81,2% de les dones embarassades fan entre 6 i 10 visites a l'obstetre durant la gestació. Les embarassades amb ocupacions manuals fan en major proporció menys de 6 visites a l'obstetre (4,6% davant de l'1,7%), i les dones amb ocupacions no manuals fan en major proporció més de 12 visites (17,6% davant del 12,9%) (vegeu el quadre 3). Pel que fa al moment de la primera visita a l'obstetre, el 3,1% de les dones gestants la fan després del primer trimestre de l'embaràs, amb un 5,6% entre les d'ocupació manual i només un 1,5% entre les no manuals.

El 21,3% de les dones de l'estudi no va planificar la seva gestació, i aquest indicador també presenta diferències per classe, amb un 15,9% en les embarassades d'ocupació no manual i el doble (32,9%) entre les manuals. En relació amb l'abandonament de l'hàbit tabàquic, cal destacar que el 60% de les dones fumadores no abandonen l'hàbit durant la gestació. Aquesta proporció és del 56% en les classes no manuals davant del 65% de les manuals.

Les dones que pertanyen a les classes més desfavorides presenten una major freqüència de situacions allunyades de la situació òptima quant a control mèdic i personal de l'embaràs. També s'ha observat que totes les gestants fan un nombre excessiu de visites obstètriques.

Quadre 3. Freqüència de les cures mèdiques i control personal de l'embaràs segons la classe social. Barcelona, 1994-2003.

	Classe social	
	Treballadores no manuals (n=1492)	Treballadores manuals (n=694)
Cures mèdiques		
Visites a l'obstetre		
Menys de 6 visites	1,7%	4,6%
De 6 a 12 visites	80,7%	82,5%
Més de 12 visites	17,6%	12,9%
Primera visita a l'obstetre		
En el 1r trimestre	98,5%	94,4%
En el 2n o 3r trimestre	1,5%	5,6%
Control personal		
Planificació de l'embaràs	84,1%	67,1%
Abandonament del consum del tabac	44,0%	35,0%

Fonts: Vegeu referències bibliogràfiques.

Referències bibliogràfiques

1 Cano G, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Pérez MM, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas en el cuidado y control del embarazo. Gac Sanit (en premsa).

2 Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Prim. 2000; 25:350-63.

La tuberculosi

L'any 2004 s'han detectat 632 casos de tuberculosi, dels quals 409 són residents a la ciutat de Barcelona i representen una incidència de 25,9 casos per 100.000 habitants, xifra inferior a l'any anterior i que modifica la tendència a l'estancament que s'observava des del principi de la dècada. La disminució anual ha estat del 19%, i ha arribat al 34% en la tuberculosi pulmonar bacilífera. Si aquesta tendència es consolida, podem ser moderadament optimistes amb vista a aconseguir els objectius fixats per a l'any 2010 (vegeu la figura 6).

La malaltia ha disminuït en ambdós sexes. La incidència és de 17,3 casos per 100.000 habitants en dones (144 casos) i de 35,5 per 100.000 habitants en homes (265 casos). Els grups d'edat amb més incidència són els de 25 a 45 anys i els majors de 75, tant en homes com en dones (vegeu la figura 7).Ciutat Vella continua registrant el nombre més alt de casos de la ciutat (84 casos), tot i que la incidència ha disminuït un 36% respecte a l'any anterior i ha arribat a una incidència de 79 casos per 100.000 habitants. En aquest districte, més de la meitat dels pacients són estrangers.

Els factors de risc per la tuberculosi relacionats amb la infecció per VIH –el consum de drogues injectades i l'estada a la presó– continuen disminuint, i representen globalment el 10% dels casos. La restauració de la immunitat de les persones infectades per VIH a través del tractament antiretroviral d'alta efectivitat ha disminuït clarament el risc de la malaltia. Del total de malalts, 144 (35,2%) havien nascut fora de l'Estat espanyol, percentatge semblant al de l'any anterior. La majoria provenien de l'Amèrica Llatina, el Pakistan, el Marroc i l'Europa de l'Est (vegeu la figura 8). La incidència en estrangers ha estat de 62,4 casos per 100.000 habitants, i en autòctons, de 19,7 casos per 100.000 habitants. Tot i que la malaltia ha disminuït en ambdues comunitats, la probabilitat de presentar tuberculosi és tres vegades més gran en estrangers que en autòctons.

> Tot i la tendència favorable de la malaltia aquest darrer any, cal consolidar els recursos que ajudin a millorar el control de la tuberculosi, sobretot en estrangers, assegurant tractaments directament observats per persones amb risc d'abandonament i agents de salut per facilitar la relació amb el sistema sanitari.

Figura 6. Evolució de la taxa d'incidència de tuberculosi (TBC) i objectius del Pla de salut de Barcelona 2010. Barcelona, 1995-2004.

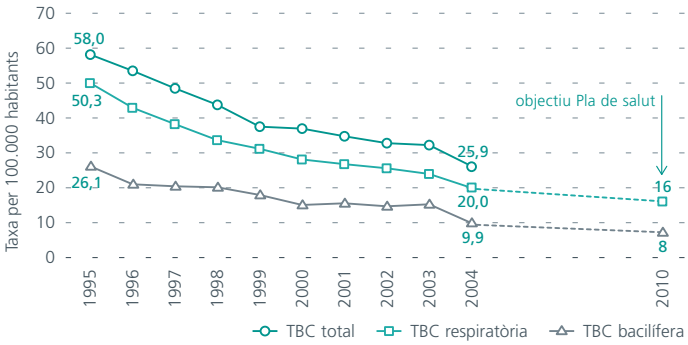


Figura 7. Incidència de tuberculosi segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2004.

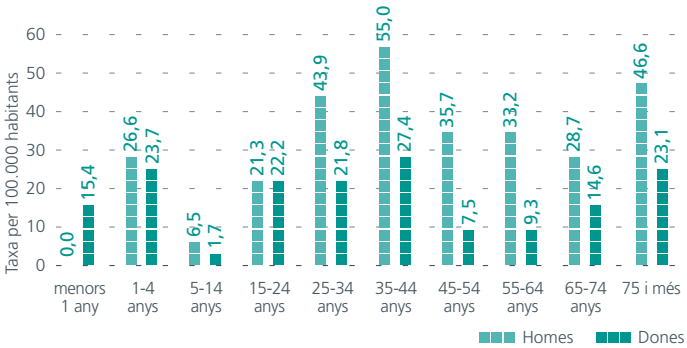
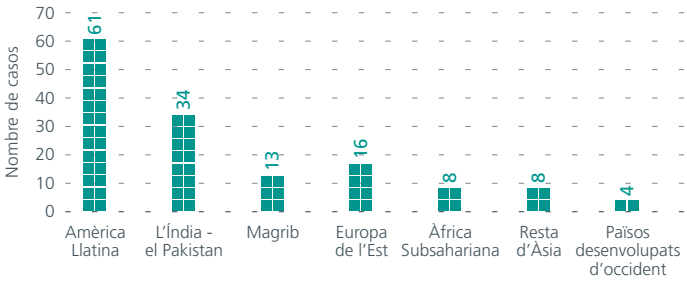


Figura 8. Distribució dels casos de tuberculosi en estrangers segons el país d'origen. Barcelona, 2004.



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

La infecció per VIH-sida

L'any 2004, s'han detectat 158 casos de sida, dels quals 123 residien a Barcelona, el que suposa un descens del 19,6% en comparació dels 153 casos de l'any 2003 (vegeu la figura 9). En els homes, aquest descens s'observa en totes les categories de transmissió: en usuaris de drogues injectades (UDI), els casos han passat de 43 el 2003 a 32 el 2004; en homes bi-homosexuals, de 44 a 34 casos, i en homes heterosexuals, de 29 a 13 casos. En el cas de les dones, s'ha observat un increment tant entre les UDI (11 casos el 2003 i 16 el 2004) com entre les heterosexuals (12 casos el 2003 i 19 el 2004).

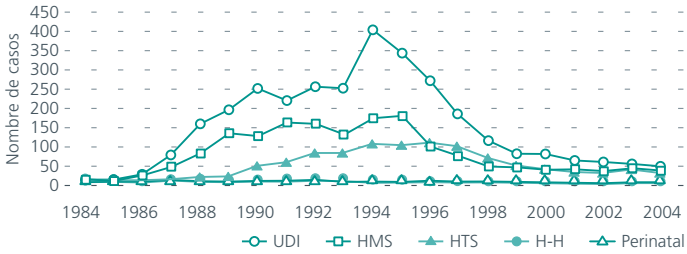
De manera global, el 69% dels casos són homes i l'edat mitjana en el moment del diagnòstic és de 41 anys (màxim de 83 anys i mínim de 23) (vegeu la figura 9). El 39% de les persones que han desenvolupat la sida el 2004 es van infectar en compartir material d'injecció per a l'administració de drogues. El 20% dels casos corresponien a persones no nascudes a l'Estat espanyol. La proporció de casos que no coneixien la seva infecció per VIH va ser del 46%. Aquesta proporció és encara més alta en persones que es van infectar per relacions sexuals no protegides (61% en heterosexuals i 68% en homes homosexuals). També cal destacar que la tuberculosi és la malaltia indicativa d'infecció per VIH més freqüent (26% dels casos). És important tenir en compte que les dades de vigilància de la sida solament són un reflex de les persones en l'estadi més avançat de la malaltia. Des de la introducció de la teràpia antiretroviral de gran activitat (TARGA), les dades de sida no reflecteixen la dinàmica de l'epidèmia per VIH, és a dir, no informen de la freqüència de les noves infeccions ni de la seva evolució, i es pot donar el fet que augmentin les noves infeccions mentre els casos de sida segueixen una altra tendència. Així, durant el 2004 s'han notificat 441 nous diagnòstics al registre voluntari d'infecció per VIH, el que representa un 10% més que l'any 2003 (vegeu la figura 10).

> Per mantenir el descens en els casos de sida cal potenciar les intervencions destinades a promoure la realització de la prova del VIH a fi de detectar els casos d'infecció aguda i recent.

Des de l'any 2001, els nous diagnòstics de VIH es declaren d'una manera voluntària a Catalunya. Aquest sistema s'ha acceptat bé en l'àmbit hospitalari, la confidencialitat s'ha preservat en tot moment, ha aportat informació rellevant sobre els nous diagnòstics, però no ha permès correlacionar la informació amb altres registres ni contrastar ni completar dades importants, com ara la via de transmissió o el lloc de residència. Així, l'any 2004, dels 441 casos de nous diagnòstics, en el 47% dels casos no es coneixia el lloc de residència i en el 46% no constava la via de transmissió.

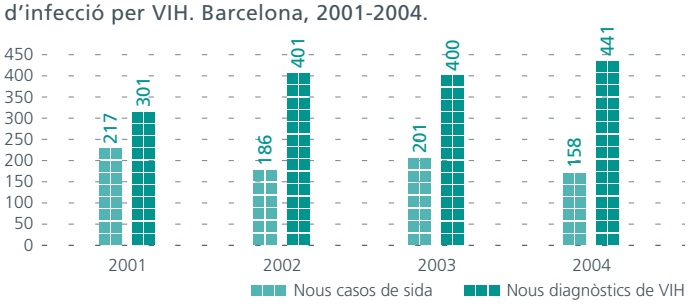
Per mantenir el descens en els casos de sida cal potenciar les intervencions destinades a promoure la prova del VIH a fi de detectar els casos d'infecció aguda i recent. Després de 25 anys d'epidèmia, la notificació obligatòria dels casos d'infecció –dels quals se n'assegura la confidencialitat– i la recerca de contactes són els reptes a què la major part de països occidentals s'han d'enfrontar amb l'objectiu d'establir una xarxa de vigilància dinàmica que permeti disposar d'un sistema d'informació que proporcioni dades de bona qualitat, indispensables per dissenyar i executar programes de prevenció eficaços.

Figura 9. Distribució del nombre de casos de sida segons la via de transmissió i l'any de diagnòstic. Barcelona, 1984-2004.



Font: Registre de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: UDI: usuaris de drogues injectades; HMS: homosexuals; HTS: heterosexuals; H-H: tractats amb hemoderivats; perinatal: transmissió vertical i/o intrapart.

Figura 10. Evolució dels nous casos de sida i nous diagnòstics d'infecció per VIH. Barcelona, 2001-2004.



Font: Registre de sida i sistema voluntari de declaració de la infecció per VIH, Agència de Salut Pública de Barcelona.

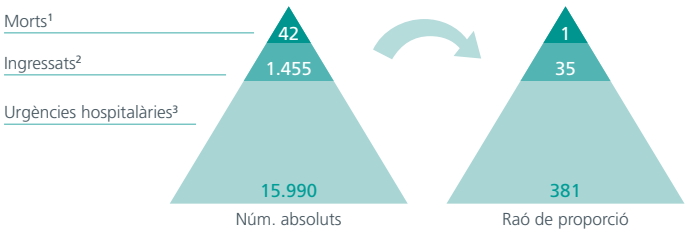
Les lesions per accidents de trànsit

Segons la Guàrdia Urbana, l'any 2004 s'han produït a la ciutat de Barcelona 10.695 accidents, 9.745 dels quals han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 12.869 lesionats i 42 morts durant les primeres 24 hores després de l'accident. El mateix any, s'han produït 1.455 ingressos urgents i s'han atès 15.990 urgències per accident de trànsit. Tot i que amb certes limitacions, podem estimar que a Barcelona, per cada mort per accident de trànsit, es produeixen 35 ingressos i 381 visites a urgències hospitalàries (vegeu la figura 11).

La meitat dels lesionats no superava els 30 anys, i el 62,9% eren homes (vegeu el quadre 4). De les 42 víctimes mortals, 27 eren homes (64,3%). Sols el 16,7% eren menors de 30 anys i una de cada tres superava els 59 anys. El 30,3% dels lesionats circulava amb un turisme; el 53%, amb un vehicle de dues rodes (22,9% amb motocicleta, 28,1% amb ciclomotor i 2% amb bicicleta); el 3,3%, amb camió o autobús, i el 13,1% eren vianants (vegeu el quadre 4, pàgina 47). Una de cada tres víctimes mortals eren vianants (14) i més de la meitat anava amb un vehicle de dues rodes (12 amb motocicleta i 11 amb ciclomotor), quatre circulaven amb turisme i una, amb camió (vegeu quadre 5, pàgina 47). Del total de víctimes ateses als serveis d'urgències per un accident de trànsit, el 6,6% eren de nacionalitat estrangera.

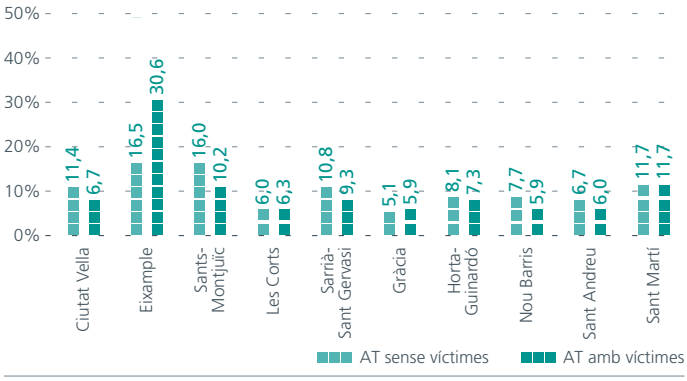
La figura 12 mostra els percentatges d'accidents, amb víctimes i sense, que es produeixen en cadascun dels districtes. Destaca el districte de l'Eixample, on es produeix el 16,5% dels accidents sense víctimes, i el 30,6% d'aquests, amb víctimes. Quant a l'evolució, i per al conjunt de Barcelona, es manté la tendència decreixent dels últims anys en la taxa d'accidents, víctimes i vehicles implicats en col·lisions a la ciutat (vegeu la figura 13 i el quadre 5, pàgina 47).

Figura 11. Piràmide de lesionats i morts per accidents de trànsit. Barcelona, 2004.



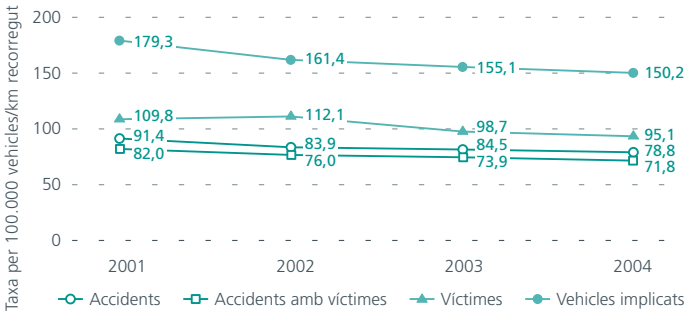
Fonts: ¹Morts: Guàrdia Urbana de Barcelona, 2004. ²Ingressos: Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH) de Barcelona; ingressos del 2004 que complien els criteris següents: règim de finançament «Mútua d'accident de trànsit» o alguna causa externa d'accident de vehicle (E800-E819, i E826) i tenir almenys un diagnòstic de lesió. ³Urgències hospitalàries: DUHAT (dades d'urgències hospitalàries per accident de trànsit); visites a urgències hospitalàries per haver patit un accident de trànsit.

Figura 12. Percentatge d'accidents de trànsit (AT), amb lesionats i morts i sense, segons el districte. Barcelona, 2004.



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona.

Figura 13. Evolució de la taxa d'accidents, accidents amb víctimes, víctimes i vehicles implicats. Barcelona, 2001-2004.



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona.

Quadre 4. Víctimes per accident de trànsit segons el grup d'edat, el sexe i el vehicle. Barcelona, 2004.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Camió/Bus		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																
<16 anys	69	22,5	16	5,2	50	16,3	27	8,8	11	3,6	0	0,0	134	43,6	307	100,0
de 16 a 29	959	26,0	789	21,4	1.678	45,5	76	2,1	29	0,8	12	0,3	145	3,9	3.688	100,0
de 30 a 44	650	26,7	1.072	44,0	470	19,3	51	2,1	37	1,5	14	0,6	140	5,8	2.434	100,0
de 45 a 59	382	40,5	321	34,0	84	8,9	20	2,1	18	1,9	5	0,5	114	12,1	944	100,0
de 60 a 74	141	39,4	56	15,6	11	3,1	9	2,5	24	6,7	2	0,6	115	32,1	358	100,0
>74	22	12,7	4	2,3	1	0,6	1	0,6	22	12,7	2	1,2	121	69,9	173	100,0
Total	**2.223**	**28,1**	**2.258**	**28,6**	**2.294**	**29,0**	**184**	**2,3**	**141**	**1,8**	**35**	**0,4**	**769**	**9,7**	**7.904**	**100,0**
Dones																
<16 anys	81	39,9	9	4,4	24	11,8	6	3,0	12	5,9	0	0,0	71	35,0	203	100,0
de 16 a 29	616	29,8	263	12,7	958	46,3	44	2,1	30	1,5	8	0,4	149	7,2	2.068	100,0
de 30 a 44	451	36,7	303	24,7	265	21,6	20	1,6	40	3,3	2	0,2	147	12,0	1.228	100,0
de 45 a 59	271	45,5	69	11,6	33	5,5	3	0,5	53	8,9	3	0,5	164	27,5	596	100,0
de 60 a 74	114	30,2	6	1,6	6	1,6	1	0,3	78	20,6	0	0,0	173	45,8	378	100,0
>74	41	14,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	61	22,2	0	0,0	173	62,9	275	100,0
Total	**1.574**	**33,2**	**650**	**13,7**	**1.286**	**27,1**	**74**	**1,6**	**274**	**5,8**	**13**	**0,3**	**877**	**18,5**	**4.748**	**100,0**
Tots																
<16 anys	150	29,4	25	4,9	74	14,5	33	6,5	23	4,5	0	0,0	205	40,2	510	100,0
de 16 a 29	1.575	27,4	1.052	18,3	2.636	45,8	120	2,1	59	1,0	20	0,3	294	5,1	5.756	100,0
de 30 a 44	1.101	30,1	1.375	37,5	735	20,1	71	1,9	77	2,1	16	0,4	287	7,8	3.662	100,0
de 45 a 59	653	42,4	390	25,3	117	7,6	23	1,5	71	4,6	8	0,5	278	18,1	1.540	100,0
de 60 a 74	255	34,6	62	8,4	17	2,3	10	1,4	102	13,9	2	0,3	288	39,1	736	100,0
>74	63	14,1	4	0,9	1	0,2	1	0,2	83	18,5	2	0,4	294	65,6	448	100,0
Total	**3.797**	**30,0**	**2.908**	**23,0**	**3.580**	**28,3**	**258**	**2,0**	**415**	**3,3**	**48**	**0,4**	**1.646**	**13,0**	**12.652**	**100,0**

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona.

Quadre 5. Evolució del nombre de casos d'accidents de trànsit. Barcelona, 1999-2004.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Accidents de trànsit	12.979	12.917	11.983	11.434	11.137	10.695
Accidents de trànsit amb víctimes	11.250	11.348	10.755	10.359	10.096	9.745
Lesionats i morts per accident de trànsit	14.425	14.836	14.386	13.906	13.480	12.911
Morts	50	54	59	35	46	42
Urgències per accident de trànsit	18.378	18.375	17.823	16.377	16.135	15.990

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona i DUHAT (dades d'urgències hospitalàries per accident de trànsit).

Les lesions per accidents de treball

Durant l'any 2004 van ser notificades 44.905 lesions per accident de treball (LAT) amb baixa a la ciutat de Barcelona, de les quals 548 van ser greus i 47, mortals.

La major part de lesions greus i mortals es va produir fora del centre de treball, fet que resulta especialment rellevant en les LAT mortals, de les quals el 31,7% van ser *in itinere* i el 23,4%, en desplaçament durant la jornada laboral. Tot i que d'una manera menys acusada, els resultats van ser similars per a les LAT greus (31,3% *in itinere* i 10,6% en desplaçament).

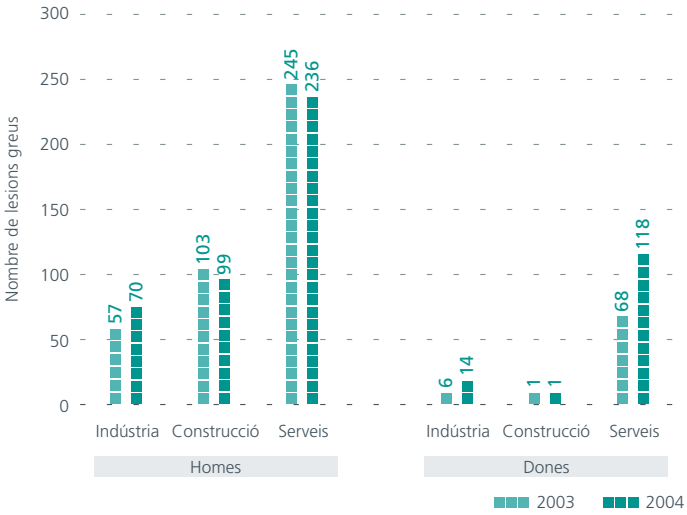
Les LAT van afectar el doble d'homes que de dones, amb una distribució diferent segons el sexe pel que fa a la gravetat i el tipus d'accident. Així, en les LAT lleus es va donar una major proporció de dones, mentre que en les mortals van haver-hi més homes afectats; en els homes destaca l'elevat percentatge de lesions mortals de causa natural (28,6%).

Al voltant de dues terceres parts de les LAT es van donar en el sector serveis, on es van produir 30 lesions mortals. Un 21,3% (10 casos) de les morts van ocórrer en la indústria i un 18% de les lesions greus, en la construcció (100 casos).

La disminució de les LAT mortals és una de les dades més destacades respecte a l'any anterior, ja que el 2004 es van produir set morts menys. També van disminuir les LAT lleus, mentre que es van produir 68 més de greus que l'any anterior. La disminució de les LAT mortals es va donar sobretot en el sector de la construcció, on durant el 2003 se'n van produir 17 i 7 durant el 2004.

Pel que fa al creixement de les LAT greus, aquest va ser sobretot en les dones, que van passar de 75 el 2003 a 133 el 2004. Els sectors que més van patir aquest augment van ser la indústria i els serveis (vegeu la figura 14). Si bé en les dones van augmentar tots els tipus de LAT greus, en els homes van augmentar les LAT greus i mortals de causa natural (majoritàriament infarts) i van disminuir les traumàtiques en jornada laboral i les *in itinere* (vegeu la taula 2, pàgina 77).

Figura 14. Nombre de lesions greus per accident de treball segons el sector econòmic i el sexe. Barcelona, 2003-2004.



Font: Departament de Treball, Generalitat de Catalunya.

La disminució de les lesions per accident de treball mortals va ser sobretot en el sector de la construcció, on durant el 2003 se'n van produir 17 i 7 durant el 2004. En canvi, van augmentar un 73,5% les lesions greus en dones del sector serveis i les lesions greus i mortals en la indústria.

La mortalitat

Els principals indicadors de mortalitat (vegeu el quadre 6) continuen apuntant cap a les tendències observades els anys anteriors: la taxa de mortalitat es va reduint en ambdós sexes, encara que sempre és més elevada en els homes. La mortalitat prematura, expressada en anys potencials de vida perduts, manté una gran diferència entre els homes i les dones, tot i que continua la seva progressió a la baixa respecte als anys anteriors i escurçant les distàncies entre sexes. Les taxes de mortalitat infantil i perinatal segueixen essen baixes, superiors en els nens. I en darrer lloc, l'esperança de vida en néixer persisteix en el seu augment constant, que representa des del 1994 un cúmul d'uns 3,1 anys més d'esperança de vida en els homes i uns 2,0 anys més en les dones (vegeu la taula 3, pàgina 77).

L'informe de salut d'enguany presenta per sexe les quinze causes principals de mort i de mortalitat prematura (s'exclouen en la presentació dels resultats aquells grups de causes que comencen per «Altres» o «Resta» pel fet de ser causes poc definides i, per tant, poc explicatives). És important destacar l'impacte de les malalties relacionades amb el consum de tabac tant en els homes com en les dones. En els homes, les quatre primeres causes de mort estan associades al consum de tabac: les malalties isquèmiques del cor, el càncer de pulmó, les malalties cerebrovasculars i les MPOC –malalties pulmonars obstructives cròniques–, que engloben el 32,7% de totes les defuncions anuals (vegeu la figura 15, pàgina 50). A més, el càncer de pulmó i la cardiopatia isquèmica són les dues primeres causes de mortalitat prematura i, per tant, afecten les franges de població més jove. En les dones, una població històricament amb menys proporció de fumadores, l'impacte d'aquestes malalties era menor, però ara ja es pot observar com el càncer de pulmó s'ha situat com a segona causa de mort prematura després del càncer de mama, fet que mostra la repercussió tant actual com futura del tabaquisme en la generació de dones adultes-joves (vegeu la figura 17, pàgina 51). Com en anys anteriors, continuen destacant com a problemes de salut en la població jove els accidents de trànsit i els suïcidis, els quals se situen entre les primeres causes de mortalitat prematura en ambdós sexes. També l'impacte de la sida i la sobredosi per drogues persisteix, en major mesura, en la població masculina, i suposa respectivament en els homes i les dones un 4,4% i un 3,6% dels APVP per la sida i un 5,5% i un 2,3% dels APVP per la sobredosi de drogues respectivament (vegeu les figures 16 i 18, pàgines 50 i 51).

Quadre 6. Indicadors de mortalitat segons el sexe. Barcelona, 2003.

	Homes	Dones
Taxa bruta de mortalitat[1]	1.098,9	1.046,7
Taxa estandarditzada de mortalitat per edat[1,2]	1.442,0	834,9
Taxa d'APVP[3] estandarditzada per edat[1,2]	5.130,3	2.220,4
Esperança de vida en néixer	76,8	83,5
Taxa de mortalitat infantil[4]	3,8	3,5
Taxa de mortalitat perinatal (>500 g)[4]	6,7	4,5

Font: Registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: [1] Taxes per 100.000 habitants. [2] Estandardització realitzada segons el mètode directe, agafant com a referència el total de la població de Barcelona el 2004. [3] APVP: Anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys. [4] Taxes per 1.000 habitants.

La mortalitat evitable engloba les malalties o els processos que, per tenir tractaments o intervencions preventives efectius, poden ser considerats evitables (p. ex., les malalties vacunables) i s'utilitza com a indicador de qualitat del sistema sanitari. Per fer-ne el càlcul, hem utilitzat la llista de causes de mortalitat evitable proporcionada pel Registre de mortalitat del Departament de Salut[1], que les subdivideix entre causes susceptibles d'intervenció d'assistència sanitària (ISAS) i causes susceptibles d'intervenció de polítiques sanitàries intersectorials (IPSI). Com es pot veure en la figura 19, el districte de Ciutat Vella és el que presenta taxes significativament més altes en ambdós sexes, fet relacionat amb la situació més desfavorable i el nivell socioeconòmic més baix dels habitants d'aquest districte respecte a la resta de la població de Barcelona (vegeu figura 19, pàgina 51). També és interessant la diferència en el comportament de la mortalitat evitable entre els homes i les dones. En primer lloc, advertim unes taxes molt més altes en els homes, però, alhora, podem observar com en les dones les taxes de les IPSI sempre són més baixes que les d'ISAS, mentre que

A partir de l'any 2003, s'ha utilitzat el Departament de Salut com a font d'informació per calcular els indicadors de mortalitat a la ciutat de Barcelona enlloc de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com s'havia fet fins ara. En l'estudi de la concordança dut a terme per veure l'impacte d'aquest canvi de font d'informació, s'ha registrat un lleuger augment en el nombre de defuncions declarades pel Departament de Salut (16.999 defuncions) respecte a les de l'IMI (16.781 defuncions). No obstant això, aquest increment representa només una diferència de l'1,3% sobre el total de defuncions i, per tant, no té cap repercussió per al càlcul dels indicadors.

La mortalitat

en els homes són més similars i no mantenen el mateix patró en tots els districtes, com passa en les dones. Això s'explica perquè les IPSI engloben causes com el càncer de pulmó, la malaltia alcohòlica del fetge, la sida, els accidents de trànsit, els suïcidis i els homicidis, més associades al sexe masculí. També es pot observar com la taxa de les IPSI en el districte de Ciutat Vella és molt més elevada que en la resta de la ciutat.

Les ISAS, en canvi, són un grup més heterogeni i ampli que comprèn des de malalties cròniques tractables molt prevalents (diabetis, hipertensió arterial) i malalties amb un gran component de prevenció (malaltia isquèmica del cor o malalties vacunables) fins a càncers susceptibles de detecció precoç (càncer de mama, coll d'úter) o susceptibles de tractaments amb alta eficàcia (leucèmia, càncer de testicles), que tot i ser més prevalents en els homes, les diferències respecte a les dones no són tan importants com en les IPSI. (Vegeu també les taules 3 a 6, pàgines 77 i 78.)

Referències bibliogràfiques

1 Departament de Sanitat i Seguretat Social. Noves agrupacions de malalties per a la nova classificació de causes de mort CIM-10. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. 2001; 22(12): 1-8.

En aquest apartat de mortalitat, s'utilitza com a població de referència per a l'estandardització de les taxes el total de la població de Barcelona el 2004, cosa que permet la comparació d'aquestes taxes entre districtes i entre sexes. En canvi, a les taules de mortalitat de *La salut de Barcelona en xifres* s'ha utilitzat com a població de referència per a l'estandardització la població total de Barcelona d'homes el 1996 per als homes, i la població total de Barcelona de dones el 1996 per a les dones.

Figura 15. Quinze primeres causes de defunció en homes. Barcelona, 2003.

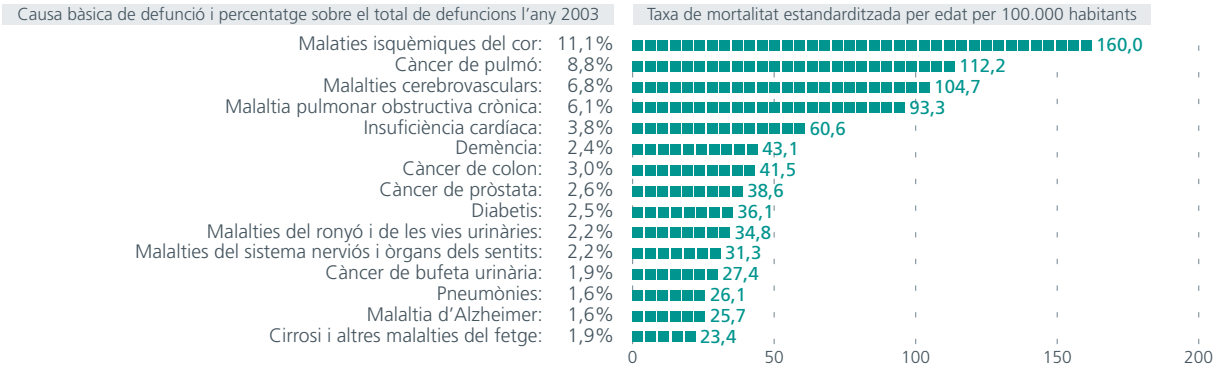
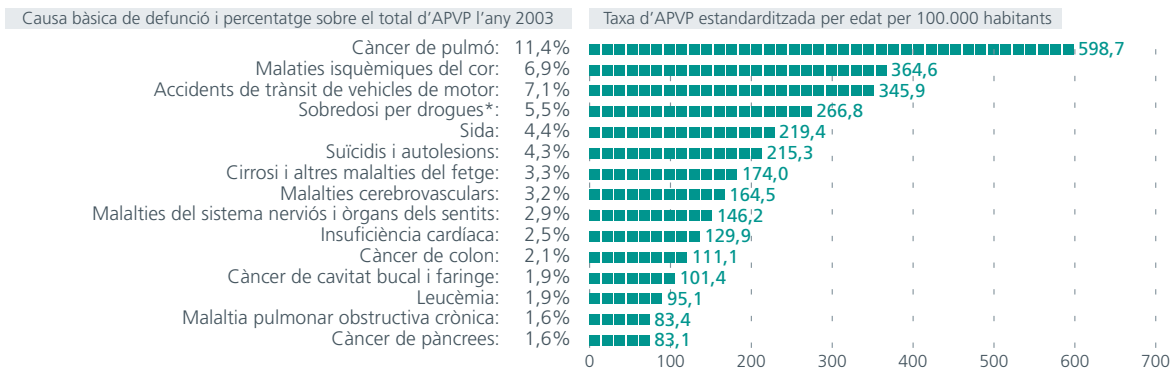


Figura 16. Quinze primeres causes d'anys potencials de vida perduts (APVP) en homes. Barcelona, 2003.



Font: Registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: Estandardització realitzada segons el mètode directe, agafant com a referència el total de la població de Barcelona el 2004. Agrupació de causes de defunció D-73 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
*Per a la causa de sobredosi per drogues s'han considerat els codis de la CIM10: X41-X45, X49.

Figura 17. Quinze primeres causes de defunció en dones. Barcelona, 2003.

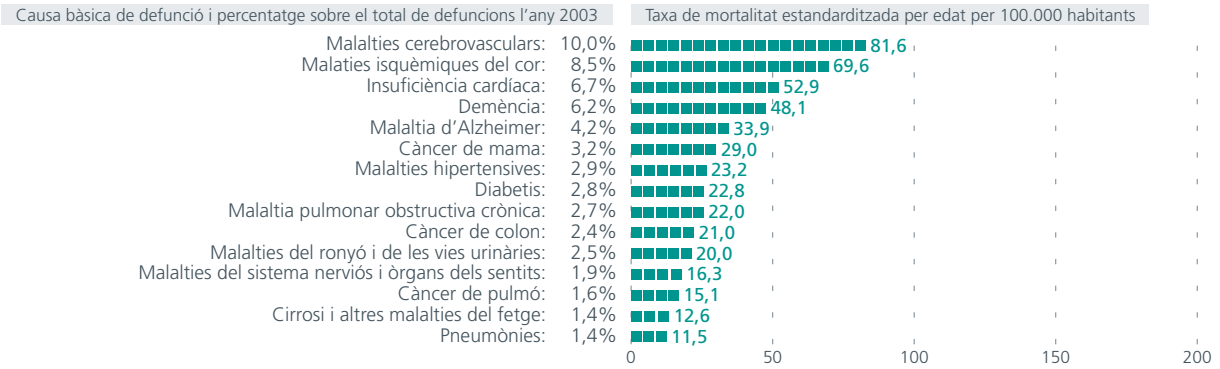
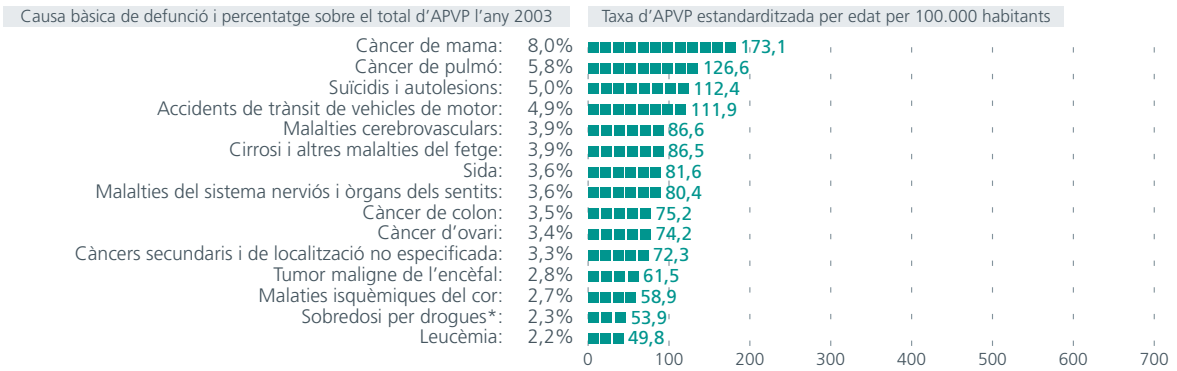
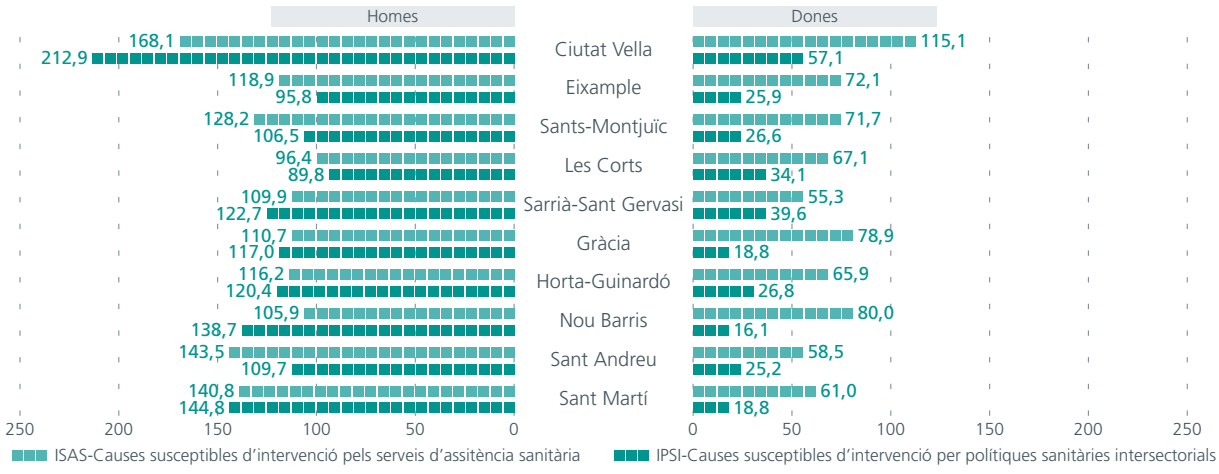


Figura 18. Quinze primeres causes d'anys potencials de vida perduts (APVP) en dones. Barcelona, 2003.



Font: Registre de mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: Estandardització realitzada segons el mètode directe, agafant com a referència el total de la població de Barcelona el 2004. Agrupació de causes de defunció D-73 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. *Per a la causa de sobredosi per drogues s'han considerat els codis de la CIM10: X41-X45, X49.

Figura 19. Mortalitat evitable en persones de 0 a 74 anys segons el districte i el sexe. Barcelona, 2003.



Font: Registre de mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: Taxes per 100.000 habitants. Estandardització realitzada segons el mètode directe, agafant com a referència el total de la població de Barcelona el 2004.

Monogràfics

Presentació
Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut i els seus determinants

Qui som
La situació demogràfica
La situació socioeconòmica

Com vivim
El medi ambient
- L'aire
- Les aigües de consum de proveïment públic
- Les platges
- La seguretat i la higiene dels aliments

Els comportaments
- Les conductes relacionades amb la salut
- L'abús de substàncies psicoactives
  - L'ús de drogues no institucionalitzades
  - L'alcohol

Els serveis sanitaris
- La utilització de serveis sanitaris
- L'atenció primària de salut
- L'atenció a les urgències
- L'atenció especialitzada hospitalària
- L'atenció sociosanitària
- L'atenció a la salut mental
- La prestació farmacèutica
- L'atenció a la salut pública

La nostra salut
La salut percebuda
La salut maternoinfantil
Els problemes de salut específics
- La tuberculosi
- La infecció per VIH-sida

Les lesions per accidents
- Les lesions per accidents de trànsit
- Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

Monogràfics
Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades
Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004
Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal

La salut a Barcelona 2004 en xifres

Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades

Com s'ha mencionat a l'apartat de la salut maternoinfantil, la salut reproductiva a la nostra ciutat està experimentant profunds canvis relacionats amb la immigració. La figura 1 mostra l'augment d'estrangers residents a la ciutat durant l'últim quinquenni, dels quals un 47% són dones en edat fèrtil. Entre els canvis destaca el creixement de la natalitat, l'augment progressiu dels naixements de pare i mare d'origen estranger (que l'any 2003 arriba al 14%), l'evolució dels naixements de mares adolescents, dels quals un 41% es donen en parelles de pare i mare d'origen estranger i, segons diferents indicis, l'important ús dels serveis d'interrupció voluntària de l'embaràs que fan les dones immigrades.

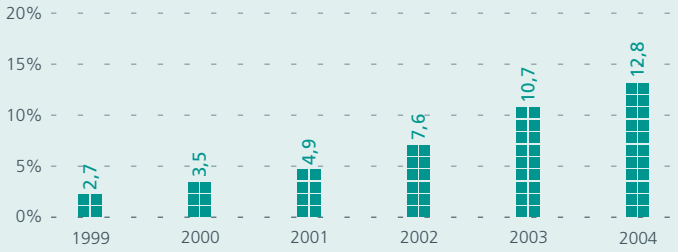
Els serveis de salut necessiten tenir més coneixements sobre els perfils de salut sexual i reproductiva de cada comunitat nouvinguda per tal de prevenir els embarassos no desitjats, els embarassos adolescents i les interrupcions voluntàries de l'embaràs. Amb la finalitat de descriure les creences, els valors, les actituds i les conductes reproductives de les dones immigrades en els últims anys a Barcelona, hem dut a terme un estudi qualitatiu del qual segueix un resum. Les poblacions estudiades s'han prioritzat en funció dels grups més nombrosos de persones extracomunitàries residents a Barcelona (vegeu la figura 2), de les taxes d'interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya segons el país d'origen, de les taxes de fecunditat adolescent i d'avortament dels països d'origen, i de l'opinió d'experts i treballadors de camp. Fins a la redacció d'aquest capítol s'han estudiat les comunitats llatinoamericana, marroquina, romanesa, senegalesa i filipina.

Hem emprat dues tècniques d'investigació qualitativa: l'entrevista a informants clau i, principalment, els grups de discussió. Els grups de discussió són converses planejades de 60 a 90 minuts de durada, dissenyades per obtenir informació sobre un tema concret, en un ambient distès. Hi participen de 7 a 10 persones seleccionades segons uns criteris definits. Els administra un/a moderador/a, que centra la conversa sobre un guió, i una persona de suport, que en pren nota. La sessió es grava, es transcriu completament i diferents investigadors analitzen els conceptes emergents dels texts i els classifiquen en categories i supracategories. Sovint s'utilitzen programes informàtics per facilitar-ne l'anàlisi.

En aquest estudi, la consulta a informants clau pretenia obtenir informació bàsica, suport a l'elaboració del guió dels grups de discussió i ajuda a la captació de participants per als grups. Es van entrevistar 9 informants clau de Colòmbia, la República Dominicana, el Perú, l'Equador, Gàmbia, el Marroc, les Filipines i Romania. Es van fer 10 grups focals amb un total de 76 participants. Amb els grups de discussió, de forma adaptada a cada comunitat, s'explorava l'opinió sobre la importància de tenir fills/es, les relacions i la sexualitat, els mètodes anticonceptius, l'embaràs adolescent, les normes socials i religioses, l'avortament, i es promovien les explicacions sobre les posicions personals.

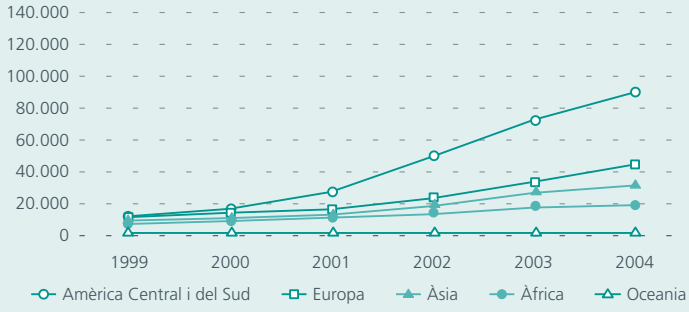
La mostra era intencional. La captació de participants va fer-se en bola de neu, a partir dels informants clau i les entitats, persona a persona, i penjant cartells a locutoris, botigues, centres cívics, ONG, Centres de Serveis Personals, parròquies, Internet, premsa i fulletons donats en mà. Es van seleccionar les participants en entrevistes telefòniques. Calia que les participants fossin dels països d'interès, parlessin castellà o català i tinguessin entre 16 i 49 anys. Es donava una targeta regal de 15 com a compensació. Les reunions es van fer a l'Agència de Salut Pública de Barcelona, a dos centres de serveis personals de Ciutat Vella i a la seu de tres entitats.

Figura 1. Percentatge de població estrangera. Barcelona, 1999-2004.



Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 2. Nombre de població estrangera segons el continent d'origen. Barcelona, 1999-2004.



Font: Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Comunitat d'Amèrica Llatina

La maternitat és molt valorada: *'Es lo más lindo. Para mí, eso es lo mejor que hay'*. Permet complir amb un rol natural de dona i mare: *'La naturaleza nos ha dado para que la mujer pueda tener hijos y podamos cumplir esta función como mujer, como madre'*. Els fills/es donen benestar emocional i responsabilitat: *'Es muy importante tener hijos, porque uno tiene ganas de vivir más, entonces los tienes que educar y todo eso, y claro que hay que hacer muchos planes'*.

A la vegada, té una funció social de suport a la vellesa dels progenitors: *'Es el bastón de la vejez'* i contribueix a la valoració social de la família: *'Continuidad del apellido'*.

Tenir fills/es vol responsabilitat i planificació: *'Es una decisión de una responsabilidad y un compromiso demasiado importante como para tomarlo…, siempre tiene que ser planificado'*. Cal estabilitat econòmica, emocional i de parella, i capacitat d'educar: *'Tienes que estar preparada, porque un niño no es una cosa cualquiera. Ahí hay una educación'*.

Destaca que la dona ha de ser capaç de tenir cura dels fills/es sense parella: *'Es la mujer la que lleva todo el peso de éste… tenga pareja o no la tenga'*, i que, aquí, falta el suport familiar i social que permet tenir fills/es: *'Nos falta apoyo, una se encuentra sola, sin familia y sin esas redes que hacen posible que tengamos hijos'*. La maternitat adolescent és un greu problema tant per la mare com per al fill/a. Es considera una manca de responsabilitat de l'embarassada: *'Una irresponsabilidad total, porque si tienes ya preferencia por tener sexo, tienes que tener también la suficiente conciencia de las consecuencias de tener el sexo'*. Es culpa també la mare de l'embarassada: *'Ésa es la perdición: que muchas madres, a veces, sin ofender a nadie, se despreocupan de las hijas'*.

Però s'atribueix sobretot a la pobresa i a l'analfabetisme: *'La pobreza es la que lleva en mi país a esta situación: en los pueblos son analfabetas, no saben una educación sexual'*. A més, la sexualitat és tabú. La vergonya dificulta la comunicació en la família, l'escola. La comunicació es fa difícil per temor a les agressions. De vegades, l'embaràs és fruit de la violació. Es matisa que l'embaràs adolescent no té sempre conseqüències negatives; depèn de la maduresa de la mare per assumir-lo i de la normalitat d'aquest fet a les zones rurals. A les zones rurals de Bolívia, el Brasil, Colòmbia, l'Equador, el Paraguai, el Perú i la República Dominicana és habitual tenir fills/es dels 10 als 15 anys. En canvi, les participants consideren que l'edat idònia es trobaria al voltant dels 25 anys.

L'avortament és un crim. Moltes no l'accepten i entenen les dificultats econòmiques com una excusa. Consideren que és perjudicial per a la salut de la dona i que es fa servir com a mètode contraceptiu. De vegades, les mares o parelles coaccionen les dones perquè interrompin l'embaràs. Per a una part del grup, tanmateix, les IVE són acceptables en determinades circumstàncies: per problemes econòmics, poc temps de gestació, raons de salut de la mare o el fetus i violació. Algunes fan una valoració positiva i saludable de l'opció de l'avortament. El posicionament en contra es vincula a la pràctica religiosa, catòlica o evangèlica. Les dones universitàries estan a favor de l'existència de la interrupció voluntària.

Les dones tenen més fills/es a les zones rurals, per manca d'educació i recursos sanitaris. Allà els consideren força de treball. Ara això no és tan freqüent. Les dones de classe alta tenen menys fills/es a causa de l'accés a l'educació i als mètodes contraceptius.

Recomanen que es doni més informació, així com educació sexual i mètodes, als joves a les escoles i als mitjans de comunicació.

Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades

Comunitat filipina

La maternitat millora la salut de la dona. Es considera que la salut de la dona millora amb el part: *'Cuando vas a dar el niño a luz, las enfermedades… no hay enfermedades, se van también con la sangre. Y van a limpiar el cuerpo, es importante tener hijos'*. D'altra banda, millora la salut espiritual, perquè dóna felicitat.

La maternitat només té sentit en el si del matrimoni: *'A mí es muy importante tener hijos, porque yo tengo marido. Y también si no, no tener hijos, entonces está inútil'*.

Els 25 anys és la millor edat per tenir fills/es: les dones són més madures i estan més preparades físicament i mentalment. L'experiència s'aconseguirà en casar-se: *'En nuestro país no importante la experiencia. Te casas primero y después experiencia'*.

A les Filipines les famílies tenen entre dos i cinc fills/es. En la seva opinió, el nombre idoni de fills/es és de dos o tres, per poder donar-los més educació: *'Que se puede tener una buena educación, para dar una vida buena'*.

L'opinió sobre embarassos adolescents és negativa, perquè les dones molt joves no són madures, no tenen feina, no tenen prou estabilitat per oferir una bona vida al fill/a: *'Normalmente, los niños que tienen 16 años no saben nada. Ni como cuidar su hijo, ni como trabajar'*.

Al camp, la maternitat es dóna en edats més joves i es tenen més fills/es per raó de diferències culturals i d'educació: *'Más jóvenes y más hijos'*. *'En la ciudad, porque tienen educación y entonces piensan dónde van a buscar la comida y todo'*. A les zones rurals hi ha més dones casades: *'Enseguida te encuentran marido'*. Tenen més fills/es, perquè no sempre volen prendre mètodes anticonceptius, ja que l'Església no els ho permet, com tampoc els permet avortar.

Al seu país es casen a partir dels 18 anys, que és –diuen– quan es pot segons la llei i l'Església. En principi, les primeres relacions sexuals es tenen en casar-se. Això està canviant entre els joves, però és ben diferent de Barcelona. A Barcelona les relacions sexuals es tenen abans, perquè aquí els pares són més permissius: *'Aquí en Barcelona los novios… cuando dicen «¿hacemos sexo?» y dice la chica que sí, vamos. Y en Filipinas no se puede'*.

Tot i que coneixen alguns mètodes anticonceptius com el preservatiu, la píndola, el calendari i la lligadura de trompes, diuen que no s'utilitzen, perquè la religió catòlica en prohibeix l'ús: *'Las píldoras me parece poco lo usa, porque como en Filipinas es un país católico...'* Només poden emprar 'mètodes naturals': *'Solamente dicen los naturales, lo que cuando ya tiene la ovulación de una mujer, entonces ya se pueden contar'*.

Totes estan en contra de l'avortament, ja que *'es matar. Está mal, porque tú matas al bebé'*. És un pecat mortal: *'En mi familia, también de voto católico, no puede hacer aborto porque es mortal'*. Una participant diu que ha fet servir herbes. Per prevenir embarassos en la seva comunitat creuen que s'hauria de corregir la manca de control dels joves d'avui dia. Les més catòliques creuen que només es poden mantenir relacions sexuals en el matrimoni i no s'ha d'informar sobre mètodes contraceptius.

Comunitat romanesa

Tenir fills/es és molt important: *'Es lo más importante para una mujer, es que te sientes realizada, tienes que procrear. Es… el sentimiento de utilidad'*. *'A la mujer rumana sobre todo le gusta tener una familia en primer lugar, y después, tener hijos'*.

Tanmateix, no és una prioritat immediata entre les qui estudien tenir fills/es molt aviat, ja que volen acabar la carrera, preparar un futur professional i assegurar la situació econòmica: *'Quiero tenerlos, pero más adelante. Quiero acabar la carrera primero, quiero aprovechar un poco'*. La planificació de l'embaràs depèn del nivell sociocultural.

A Romania es tenen els fills/es entre els 20 i els 30 anys. Abans els tenien més aviat. Ara es casen més tard, perquè tenen problemes econòmics: *'La mujer se casa más tarde, entonces, claro, los hijos vienen más tarde. También por el hecho de que no tienen piso, no tienen un trabajo, la situación'*.

El moment de tenir fills/es depèn de l'educació, de la situació professional, de l'origen rural o urbà, i, sobretot, de pertànyer o no

a la comunitat gitana. Assenyalen que els fills/es s'han de tenir quan hi ha solvència econòmica i es té salut per poder-ne tenir cura. Opinen que aquí es tenen massa tard, a finals dels 30 i als 40 anys, i que això no és saludable.

Consideren adequat tenir dos o tres fills/es, si tenen recursos suficients. Troben diferències entre Barcelona i Romania: *'Cambia la mentalidad. En Barcelona la gente es consciente de que primero se ha de tener un trabajo, una estabilidad económica, lo cual siendo extranjero es más difícil. La gente aquí está consciente que hay que primero tener un trabajo, una situación… y después que vengan niños'.*

Consideren que a Romania pràcticament no hi ha diferències socials a causa del comunisme. Tot i això, indiquen que el nombre de fills/es augmenta en ser més pobre. Els menys rics no es formen professionalment i comencen a tenir família molt joves.

Una part dels immigrants romanesos té fills/es a Romania i preveu tornar-hi. Vénen a buscar feina i millorar la seva situació econòmica, i tenen la intenció de tornar-hi: *'Gente que conozco viene aquí para trabajar, no para formar un hogar, para trabajar, para mejorar económicamente y después volver a Rumania'.*

Als pobles es tenen més fills/es i a edats més joves. Esmenten que al món rural la diferència principal es dóna entre la comunitat gitana i no gitana. Assenyalen que aquí es confonen els romanesos d'ètnia gitana amb els romanesos que no ho són. Expliquen que es tracta de cultures i costums completament diferents. Les noies gitanes es casen als 12 o 13 anys: *'Si una chica gitana no se ha casado a los 18 años puede tener problemas'.*

Quant a l'atenció sanitària, les participants diuen que les noies gitanes donen a llum a casa, no porten els nens/es al pediatre, tenen molts fills/es, no fan servir anticonceptius, no fan cas dels metges. Indiquen que això no és necessàriament un problema econòmic, sinó de costums, i que cal respectar les seves tradicions. També comenten que: *'Chicas gitanas que vienen muy jóvenes ya embarazadas y piensan en dar a luz aquí pensando que ya tendrán papeles y permiso de trabajo, porque por falta de información ellas piensan que su niño tendrá nacionalidad española'.*

Estan en desacord amb la maternitat adolescent. Creuen que les adolescents no són prou madures ni estan físicament preparades. Ho atribueixen a la manca d'educació sexual i de comunicació amb els pares. Esmenten també les violacions com una causa.

Les relacions prematrimonials són freqüents. Comencen cap als 16 o 17 anys. Això està canviant: *'Ahora se empieza más temprano. Antes, con el comunismo, había más autoridad, más tradición'.*

Hi ha informació sobre els mètodes anticonceptius als mitjans de comunicació i a les escoles, tot i que encara falta informació, i se'n fa un mal ús, sense control mèdic. L'opinió de les participants sobre l'anticoncepció és positiva, tot i que veuen inconvenients en alguns mètodes, com la píndola. Coneixen la píndola postcoital.

Consideren que la societat romanesa és masclista, tant els homes com les dones. La religió ortodoxa atorga a l'home un paper preponderant. S'evoluciona cap a la igualtat: *'No es como antes, centro de universo, pero…'* El rol de les dones romaneses que han immigrat abans que les seves parelles i mantenen la família capgira els rols: *'Las mujeres que viven en Barcelona yo creo que mandan más. Como ellas vienen primero y tienen un trabajo y el marido viene después, y es difícil encontrar trabajo'.* El masclisme es manté a la comunitat gitana.

En la seva opinió, la major part de les religions prohibeix el control de la natalitat, però no creuen que això influeixi gaire en la societat romanesa. A més, la majoria practica la religió ortodoxa, que –diuen– en comptes de prohibir, aconsella. A l'ètnia gitana tindria més influència la tradició que la religió.

L'opció de l'avortament, en general, és valorada positivament per les dones amb més estudis: *'En Rumania el aborto es legal, o sea, no hay problemas de este tipo. Y yo estoy a favor, para la que quiera hacérselo, pues me parece muy bien'. 'Aunque es un embrión, es una futura vida. Está bien hacerlo, porque hay casos en los que hace falta'.* Entre d'altres, l'avortament s'assimila a matar una vida. Tot i que aquestes dones s'hi oposen, matisen que depèn de la situació. No es consideren una població que recorri a l'avortament. En tot cas, es poden donar més en la comunitat gitana.

Recomanen donar informació preventiva traduïda als llocs de reunió: associacions, esglésies, etc., facilitar mètodes contraceptius, ja que tenen problemes econòmics, i educar els homes.

Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades

Comunitat senegalesa

Per a totes les participants tenir fills/es és primordial, ja que permeten formar i consolidar una família, sempre després de casar-se: *'Yo quiero tener, pero no tengo hijos, no soy casada'. 'Son muy importantes en la vida de la mujer'. 'Cuando me case, lo que he pensado es tener hijos y formar familia'. 'Las mujeres, cuando se casan, primero es para tener un hijo'. 'En Senegal no se oye «yo no quiero tener hijos»'.* Pensen en l'adopció: *'Hay muchas maneras de ser madre, los hijos adoptivos'. 'Si tienes problemas de salud, me parece que está bien poder adoptar'.* El concepte de família va canviant: *'Los hijos antiguamente tenían más importancia'. 'Eso de tener hijos es una idea antigua'.*

En les famílies polígames els fills/es milloren l'estatus de l'esposa. A més, els fills/es ajuden i donen suport a la vellesa: *'Una ayuda para el futuro, los hijos cuidan de los padres cuando éstos son mayores'. 'Llegas a un momento en que no puedes hacer nada, los niños están aquí para ayudar y para todo'.*

Els fills/es són una font de felicitat: *'Da mucha satisfacción poder enseñar todo lo que tiene la vida en sí'.* Tanmateix, les participants destaquen la responsabilitat i preparació que requereix la maternitat: *'Que pueda asumir todo lo que conlleva tener hijos'. 'Si está todo bien reunido, moralmente, físicamente y económicamente'.*

Allà, a les zones rurals, les mares són molt joves: tenen els fills/es entre els 11 i els 15 anys, i en tenen més que a les ciutats. No és inhabitual que tinguin vuit fills/es. Es considera que la maternitat adolescent pot ser problemàtica i s'ha d'evitar: *'Con 11 años no es tan consciente, no está muy preparada'.*

L'edat idònia per tenir fills/es és a partir dels 18 anys: *'La gente se casaba antes. Ahora yo creo que antes de los 20 es muy difícil que la persona, la chica, esté preparada'.*

A Barcelona la maternitat s'ha de planificar més que al Senegal, ja que s'han de tenir en major consideració les condicions econòmiques. Això les distancia de la norma al Senegal: *'No comprenden que aquí no se pueden tener muchos hijos, porque queremos trabajar'. 'Tenemos ideas de blancas'.*

Les relaciones sexuals prematrimonials són inacceptables per a la comunitat per motius religiosos, tot i que això canvia. Un embaràs prematrimonial es considera un gravíssim risc, ja que comporta el rebuig de la família, i al Senegal el recolzament familiar és molt important: *'Si viven en una familia muy antigua de ésas, la van a echar de casa. Entonces, esta niña está perdida'.*

La interrupció voluntària de l'embaràs es considera una forma de treure la vida, però es pot acceptar per problemes de salut i en els primers dies o setmanes de gestació.

La major part creu que no tenen relacions sexuals abans de casar-se. Coneixen alguns mètodes anticonceptius: el DIU, la píndola, les injeccions, el preservatiu. Poques coneixen l'anticoncepció postcoital. Abans hi havia grans diferències en l'ús de la contracepció entre el Senegal i l'Estat espanyol: *'Antes no se utilizaba mucho anticonceptivo, porque el matrimonio favorecía tener hijos'. 'Ahora las jóvenes lo toman'.*

Al Senegal hi ha una gran pressió social: *'Allí siempre tienes gente a tu alrededor'. 'Es como si tienes más vergüenza de hacer más cosas'.*

Hi ha acord absolut en el fet que els homes manen a les famílies: *'Manda como esclavas'. 'Se valora más al hombre que a la mujer'. 'Si el hombre es sensato y hace las cosas como se tienen que hacer, la mujer le hace caso'.* Les dones estan educades per cuidar l'home. Diuen que el romanticisme és: *'Darles besos, darles de comer, limpiar los pies...'.*

Les principals religions són la musulmana i la catòlica. L'Islam no accepta la contracepció, excepte en cas de problema de salut de la dona casada.

Els avortaments només s'accepten davant un risc vital o abans d'un mes i mig de vida: *'No es un niño, sólo es sangre'.* Atribueixen els avortaments als problemes econòmics, la manca de comunicació i de coneixements. Només els practiquen les prostitutes i les nigerianes, ja que les dones senegaleses vénen ja casades i amb fills/es.

Comunitat marroquina

La maternitat és enormement important a la vida i imprescindible per poder formar una família, sempre que s'estigui casada: *'El placer de ser madre, para formar una familia, y una familia sin niños no es familia'*.

L'edat en què es tenen fills/es ha canviat dràsticament el últims anys i es troba entre els 18 i els 25.

Els embarassos i la maternitat adolescent, cap als 14 o 15 anys, es valoren força negativament: *'Tener hijos muy jóvenes no pueden cuidar a los hijos bien'. 'Y si encima no tiene familia, cómo se va a cuidar del hijo'. 'La salud de la mujer a los 15 años no se puede, no tiene fuerza, no tiene experiencia, no sabe lo que tiene que hacer, qué le duele'*.

A les zones rurals es tenien vuit o deu fills/es; això s'ha reduït a quatre o cinc. Hi ha diferències notables entre les classes socials; les persones amb menys recursos tenen més fills/es, perquè els fills/es asseguren la vellesa: *'Los pobres tienen más, porque creen que, si tienen más hijos, cuando sean mayores trabajarán más, cada uno le dará dinero'*. Hi ha importants diferències entre els pobles i les ciutats. A les ciutats tenen només dos fills/es, perquè poden accedir als recursos anticonceptius i coneixements. Als pobles segueixen rigorosament les indicacions religioses. A més, als pobles els fills/es no costen tants diners: *'A los niños no los llevan al colegio, no estudian, no hay que vestirlos bien, no importa. Entonces, la ciudad hay que llevarlos al colegio, entonces hay mucho más gasto'. 'En las ciudades, el alquiler, la vida, es más cara que en los pueblos'*.

Aquí, a Barcelona, tenen menys fills/es per motius econòmics i de disponibilitat de temps, del qual no disposen les dones que treballen: *'Primero trabajar y después pensar en los hijos'. 'Aquí, si la mujer está trabajando, no va a tener más de dos o tres. Su trabajo no le va a permitir cada año uno, y además del trabajo y el tiempo que no hay'*. Les immigrants vénen a treballar, el que fa que tinguin els nens/es més tard: *'¿Los inmigrantes por qué inmigran?¿Por qué vienen aquí? Para trabajar, ¿no? No vienes aquí para dar niños'*.

Comencen a tenir xicot cap als 17 anys i es casen dels 18 als 30 anys. La religió islàmica prohibeix les relacions prematrimonials: *'Si el marido no encuentra que su mujer es virgen en el día de la boda, porque el marido se ha gastado un montón de dinero en su casamiento, pues es un problema para ella y para su familia'*. Algunes noies mantenen relacions: *'De escondidos, sí'*. Sembla que la llei islàmica cada vegada es compleix menys i diuen que el tema és delicat. Aquí veuen més llibertat. En general, creuen que és millor mantenir relacions prematrimonials, però la religió no ho permet i tenen por: *'Nuestra religión nos prohíbe, pero en general veo que es mejor'. 'La gente respeta la religión, las chicas tienen mucho miedo'. 'El Corán dice que la mujer no tiene que hacer el sexo antes de casarse, por salud'*.

Els mètodes contraceptius coneguts són el DIU, el mètode Ogino, les píndoles contraceptives i els preservatius. El més utilitzat, la contracepció oral. No coneixen l'anticoncepció postcoital. La contracepció es valora positivament, amb finalitats de salut, però no abans de casar-se. Algunes la fan servir. Els homes no volen preservatius: *'No le gusta el preservativo. 'No va bien para los hombres'*.

Són musulmanes. Hi ha una certa discussió sobre si el vestit indica si són practicants. La religió no prohibeix la contracepció en el matrimoni: *'Nuestra religión dice que cuando te cases vas a tener relaciones sexuales, pero antes de casar no puedes'. 'Es una religión de bienes a favor de los musulmanes y no te dice tienes que tener 18 niños. La religión está a favor del hombre, no en contra'*. Però hi ha diferents punts de vista: *'El Corán aquí en España, la iglesia, algunos están de acuerdo y otros, no. Porque no todos siguen el Corán exactamente cuando dice prohibido'. 'Dice que es prohibido que la mujer tome pastillas, sólo si ella no se encuentra bien o si tiene dos o tres niños y su salud no le permite tener más'*.

Al Marroc l'home és qui mana, el marit, el pare, el germà: *'El marido manda'*. Existeix legalment encara la poligàmia i la repudiació. Creuen que a Barcelona la dona té més poder, però en la seva comunitat això no canvia. Hi ha masclisme. En la seva opinió, els rics són menys masclistes. Algunes joves s'hi oposen: *'Yo busco novio español. Sí, marroquí es mucho problema'*.

L'avortament és prohibit a l'Islam: *'No puedes matarlo'. És un crim: 'Es como matar a tu corazón'*, tot i que depèn del temps de gestació: *'Si tiene o no alma'. 'Antes de un mes, se puede, porque antes de eso todavía no tiene manos'. 'En un mes ya tiene corazón'*. En ocasions és comprensible: *'Hay casos en que mujeres que vienen solas a España se quedan embarazadas de hombres casados que después no se hacen responsables y tienen que abortar'*.

Suggereixen que les intervencions s'orientin cap a la informació sobre els diferents mètodes anticonceptius, sobretot a les joves de 16 a 18 anys.

Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades

A destacar:

- Les dones entrevistades es troben en les primeres fases del procés migratori.
- Identifiquen clarament els principals determinants de la salut reproductiva de la cultura d'origen: rol de la religió en el control reproductiu, de la discriminació de gènere legislativa i econòmica, de l'asimetria en les relacions afectives i de la manca d'educació i formació professional, sobretot al camp.
- Mostren una autonomia creixent basada en la capacitat laboral i econòmica.
- A més, el discurs mostra una gran capacitat de reflexió i acció més enllà de la cultura originària quant al nombre de fills/es desitjats i l'edat de la primera maternitat.
- Llevat del grup de dones filipines, apareix una acceptació progressiva dels mètodes contraceptius.
- En aquest estudi les dones s'allunyen de les restriccions religioses al control reproductiu.
- S'explicita l'acceptabilitat, completa o com un mal menor, de la interrupció de l'embaràs entre les dones llatinoamericanes i romaneses. Pràcticament a totes les comunitats s'admet la interrupció voluntària molt precoç, abans del segon mes de gestació o fent servir mitjans 'naturals'.
- Les nouvingudes mostren un esperançat i enorme desig de tenir fills/es, pocs, educats, en entorns amb estabilitat afectiva, econòmica i laboral.

Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004

La legionel·losi és una infecció pulmonar causada per un bacteri anomenat *Legionella*. Aquest bacteri va ser descobert a partir d'una epidèmia de pneumònies que va afectar diversos participants en un congrés de veterans de la legió americana reunits en un hotel de Filadèlfia el 1976[1]. L'hàbitat natural de la Legionella és l'aquàtic: rius, corrents d'aigua, estanys i pous. Des d'aquests reservoris naturals poden passar a colonitzar els sistemes de subministrament d'aigua de les ciutats, a través de la xarxa de distribució, i incorporar-se a altres sistemes d'aigua sanitària o a diverses instal·lacions que requereixen aigua per al seu funcionament, com ara: torres de refrigeració, piscines, banyeres d'hidromassatge, fonts ornamentals, humidificadors... Els bacteris del gènere *Legionella* es multipliquen quan les condicions són favorables, particularment entre 20ºC i 45°C. La *L. pneumophila* és la causa aproximada del 90% dels casos de legionel·losi. La infecció es transmet a les persones, principalment, per via aèria a través de la inhalació d'aerosols contaminats. La transmissió de persona a persona no ha estat demostrada. El període d'incubació va de 2 a 10 dies. La legionel·losi afecta, essencialment, persones adultes. Entre els factors que afavoreixen la malaltia es troben: l'edat avançada, les malalties respiratòries cròniques, la diabetis, les malalties immunodepressives, els tractaments immunosupressors i el consum de tabac i d'alcohol. La malaltia es presenta com un estat gripal febril que s'agreuja ràpidament i que evoluciona a pneumònia greu que necessita hospitalització. El diagnòstic clínic s'ha de confirmar mitjançant un examen biològic: aïllament del bacteri en una mostra respiratòria, presència d'antigen soluble en l'orina, o augment dels títols d'anticossos. En la majoria dels casos, sota tractament, l'evolució és bona. El tractament, com abans s'instaura, més eficaç és. La letalitat se situa entre el 10% i el 30%[2] dels casos.

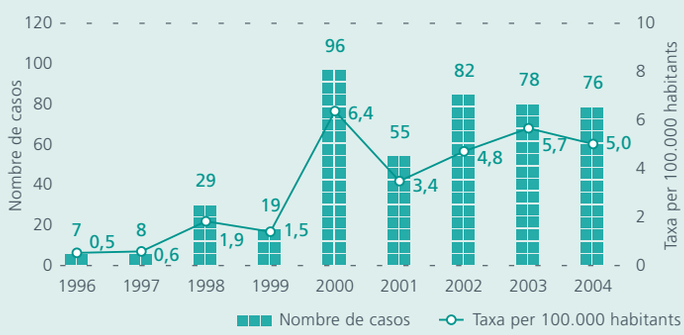
A l'Estat espanyol s'han descrit infeccions per *Legionella* pràcticament en tota la geografia, però la distribució entre comunitats autònomes i províncies es relaciona amb les tècniques emprades per al seu diagnòstic i la seva notificació. A Catalunya, la legionel·losi es va incloure entre les malalties de declaració obligatòria (MDO) el 1987[3]. A Barcelona es presenten al voltant de 90 casos anuals, el que representa una incidència d'uns 5 casos/100.000 habitants[4]. La figura 1 mostra l'evolució de la incidència de legionel·losi a Barcelona en els darrers anys. El gran increment observat l'any 2000 és degut a la disponibilitat de proves no invasives (detecció de l'antigen en orina). Si bé durant tot l'any es notifiquen casos esporàdics i, fins i tot, brots comunitaris, la major part dels processos epidèmics es produeixen a l'estiu i a la tardor.

El dia 3 d'agost del 2004, des del Servei de Medicina Preventiva de l'Hospital de la Vall d'Hebron, es van notificar al Servei d'Epidemiologia de l'Agència de Salut Pública quatre casos de pneumònia comunitària per *L. pneumophila* confirmats per antigenicitat. Dos pacients residien al barri de Vallcarca i els altres dos, al Carmel. Malgrat que en un primer moment no s'apreciava una relació geogràfica entre ells, l'associació temporal va fer decidir alertar tots els hospitals de la ciutat i els seus serveis d'urgències per tal que detectessin possibles casos de pneumònies per *L. pneumophila.*

El dia 5 d'agost a la tarda es van notificar tres casos més, dos des de l'Hospital de la Vall d'Hebron i un des del C.M. Delfos. D'aquests; un d'ells residia al barri de Vallcarca, un altre hi treballava i el tercer anava a rehabilitació al Parc Sanitari Pere Virgili, situat al barri. A partir d'aquestes dades, la principal hipòtesi de treball va ser la de brot comunitari de pneumònies per *L. pneumophila* per exposició a torres de refrigeració a la zona de Vallcarca. Dels 7 pacients declarats en aquell moment, 6 d'ells residien, treballaven o havien visitat la zona de Vallcarca.

Es van considerar casos els pacients que complien la definició següent: pacients amb simptomatologia de pneumònia i presència d'antigen de *L. pneumophila* serogrup 1 en l'orina, amb residència o activitat al barri de Vallcarca i que van iniciar els símptomes entre el 18 de juliol i el 17

Figura 1. Incidència de legionel·losi. Barcelona, 1996-2004.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004

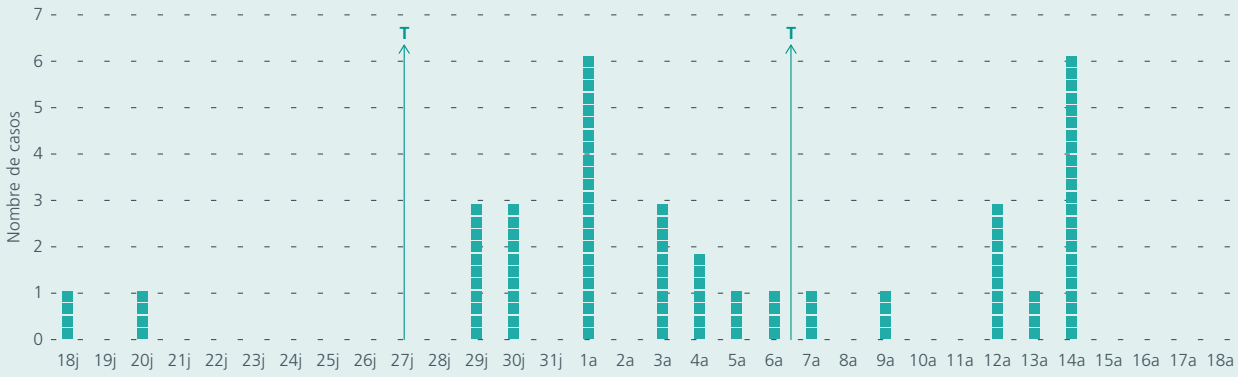
d'agost. De cada malalt, es va emplenar una enquesta epidemiològica que recollia dades de filiació, dades clíniques, factors de riscs personals per adquirir la malaltia i antecedents epidemiològics dels 10 dies previs a l'inici dels símptomes. Es van cercar més casos de forma prospectiva i retrospectiva, i es va crear un grup coordinador amb representació dels centres sanitaris (hospitals amb afectats, atenció primària), del districte, de la Direcció General de Salut Pública, del Consorci Sanitari de Barcelona, del Servei de Vigilància Ambiental i de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Per a la investigació ambiental es van establir dues zones d'estudi: el dia 4 d'agost es va inspeccionar la zona del Carmel per detectar-hi possibles focus d'emissió, i el dia 5 d'agost es van iniciar les primeres inspeccions de la zona de Vallcarca per identificar-hi focus potencialment generadors d'aerosols. El 6 d'agost es van prendre mostres de les quatre torres de refrigeració d'un dels centres sanitaris de la zona, que no estaven declarades. El titular va ser advertit de la necessitat d'aturar les torres i de practicar un tractament de xoc. Aquestes desinfeccions es van portar a terme el 7 d'agost. Des del 6 d'agost, la Gerència de l'ASPB va notificar als mitjans de comunicació l'existència del brot epidèmic, i es va mantenir una informació periòdica sobre la seva evolució, mitjançant notes i rodes de premsa convocades en funció dels avenços en la investigació.

En total es van produir 33 casos; el primer va iniciar els símptomes el 18 de juliol i l'últim, el 14 d'agost. La corba epidèmica mostra dos pics: el primer d'ells, el dia 1 d'agost, el que podria indicar l'existència d'un focus al voltant del dia 26 de juliol –dia en què es va efectuar una primera desinfecció, no del tot eficaç–, i un segon pic el dia 14 d'agost, amb una exposició al voltant del dia 5 d'agost (vegeu la figura 2). Tots els pacients vivien (52%), estaven ingressats en algun dels centres sanitaris de la zona (12%), treballaven (9%), o havien visitat la zona de Vallcarca en els 10 dies anteriors a l'inici dels símptomes (27%).

Els domicilis dels casos que residien en el barri es localitzaven a una distància menor de 500 metres de les úniques torres de refrigeració identificades a la zona (vegeu la figura 3). La taxa d'atac en el grup de majors de 39 anys va ser de 589 per 100.000 habitants, i en el grup de majors de 64 anys, de 1.104 casos per 100.000 habitants. Es tracta de 10 dones i 23 homes (30% i 70%, respectivament) amb una edat mitjana de 68 anys (entre 41 i 97 anys). El 58% dels pacients eren fumadors o exfumadors (14 i 5 casos, respectivament), el 33% presentaven alguna patologia subjacent (diabetis, neoplàsies, insuficiència renal, infecció per VIH, entre d'altres). Van morir dos pacients de 75 i 83 anys, el que representa una letalitat del 6,1%.

Es va aïllar la *L. pneumophila* subgrup 1 en les mostres respiratòries de tres pacients i en les mostres de les quatre torres de refrigeració del centre sanitari identificat com a possible focus d'emissió. La major part de les soques ambientals identificades corresponien a la *L. pneumophila* serogrup 1, subgrup Pontiac, amb anticossos monoclonals, i almenys una colònia de cada instal·lació compartia els perfils del mateix tipus amb les mostres dels pacients, el que suggereix que totes les torres van poder emetre aerosols contaminats. Des de l'adopció de les mesures requerides per l'ASPB al centre sanitari on s'ubicaven les torres de refrigeració sospitoses, a fi de controlar el focus emissor d'aerosols contaminats, no es va detectar cap cas de pneumònies per *L. pneumophila* fora del període d'incubació previst.

Figura 2. Corba epidèmica segons la data d'inici dels símptomes. Barcelona, 2004



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: T: Tractament a les torres de refrigeració. j: juliol. a: agost.

La investigació es va portar a terme en un moment de gran demanda informativa. El brot va ser portada en els principals mitjans de comunicació tant en l'àmbit estatal com en l'autonòmic (premsa, ràdio, televisió, etc.). Molt possiblement, la transparència informativa relacionada amb l'etiologia i les mesures aplicades va fer que no es generés una gran alarma social. A més, de la informació facilitada per part de les diverses institucions, l'associació d'afectats va crear una pàgina web en la qual oferien informació relacionada amb la malaltia.

En resum, es tracta d'un brot de legionel·losi originat per les torres de refrigeració situades en un centre sanitari que no estaven declarades i que eren tractades regularment amb biocides. Aquest brot remarca la necessitat de declarar aquest tipus d'instal·lacions (la qual cosa hauria estalviat temps en la identificació de les torres i accelerat la instauració de les mesures preventives), de fer-ne un seguiment perquè compleixin la legislació i de disposar d'un sistema de vigilància epidemiològica de qualitat capaç de detectar ràpidament els casos de malaltia per engegar les mesures de control i prevenció adequades.

Referències bibliogràfiques

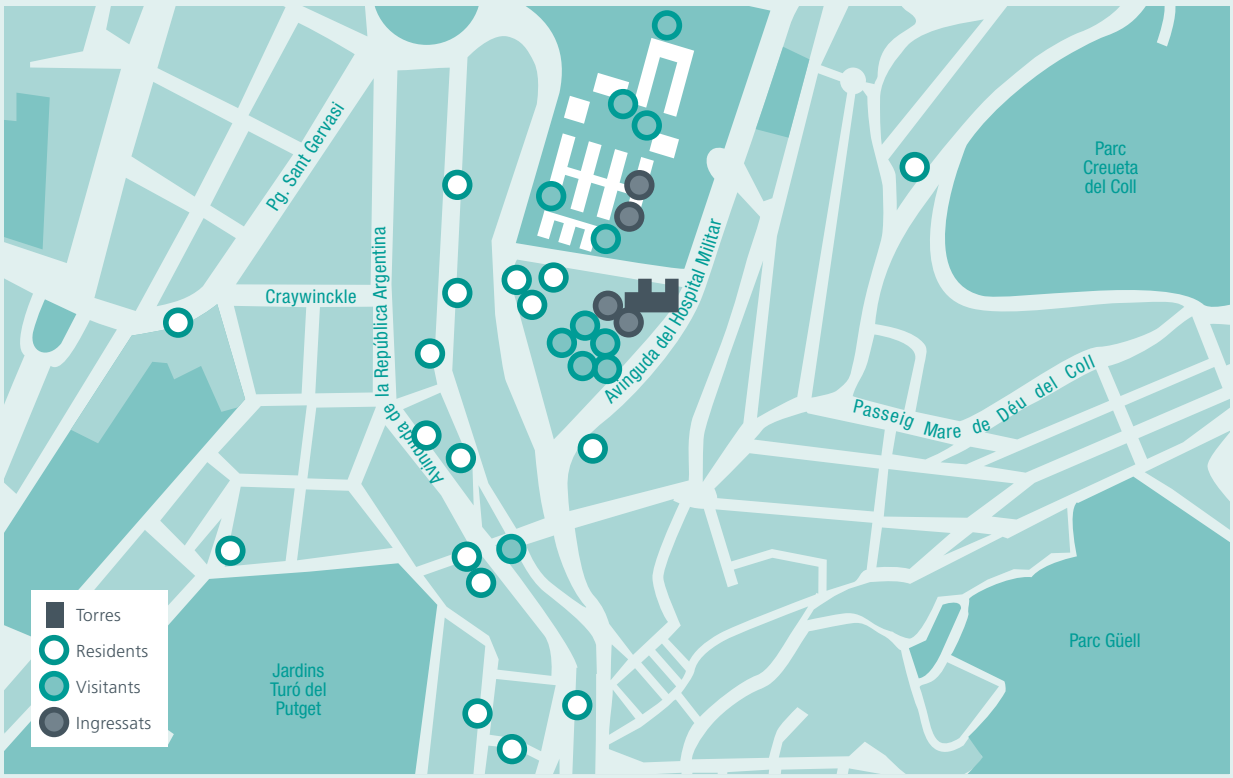
1 Fraser DW, Tsai TR, Orenstein W, Parkin WE, Beecham HJ, Sharrar RG, et al. Legionnaires disease: description of an epidemic of pneumonia. N Engl J Med. 1977; 297:1189-97.

2 Chin J. Control of communicable diseases Manual. APHA: Washington; 2000.

3 *Decret 395/1996, de 12 de desembre, pel qual s'estableixen els procediments de notificació de les malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al* Departament de Sanitat i Seguretat Social. DOGC 1996; 2294:12883-90.

4 *Morbiditat per malalties de declaració obligatòria a Barcelona ciutat.* http://www.aspb.es/quefem/docs.asp

Figura 3. Localització dels casos. Barcelona, 2004.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal

L'acompliment pot definir-se com el conjunt d'activitats i programes que es porten a terme per aconseguir els objectius i les finalitats dels serveis sanitaris. La mesura de l'acompliment dels serveis sanitaris està rebent cada cop més atenció per raó de les pressions fiscals davant d'una despesa sanitària creixent i de l'augment de les expectatives i l'exigència de la població. L'objectiu de la mesura de l'acompliment és donar als governs i les poblacions informació sobre el funcionament del seu sistema sanitari. Idealment, aquesta informació s'utilitzaria per redissenyar els serveis sanitaris, de manera que siguin més eficients, efectius i equitatius, i aconsegueixin la satisfacció de tots els actors del sistema. Conèixer fins a quin punt els serveis sanitaris assoleixen els objectius que es proposen és un fet legítim, a banda de ser una manera de retre comptes davant de la societat i una font d'informació a partir de la qual es poden dissenyar polítiques sanitàries.

Iniciatives d'aquest tipus han estat posades en marxa en altres països o per part d'altres organitzacions: el World Health Report 2000, els National Health Service Performance Indicators del Regne Unit, o les iniciatives del Canadà, Austràlia, Nova Zelanda i Suècia, per posar-ne alguns exemples. Totes elles es basen en l'avaluació dels objectius dels serveis sanitaris i la definició d'indicadors que permetin mesurar cadascun dels objectius.

En el marc de la declaració conjunta de cooperació entre Catalunya i el Quebec, el maig del 2002 es va signar un acord marc de cooperació en l'àmbit sanitari entre el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) i la *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*. La Corporació Sanitària de Barcelona i l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), com a òrgans del CSB, estan desenvolupant els projectes acordats en el conveni esmentat. Un d'ells és el desenvolupament d'un conjunt d'indicadors que permetin mesurar l'acompliment dels serveis sanitaris de la ciutat de Barcelona i de Montreal. Aquesta és una iniciativa del CSB/ASPB i l'*Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Québec*.

Com a marc de treball, es van escollir els indicadors del *National Health Service* (Regne Unit), en la versió del 2002. Aquests 51 indicadors estan organitzats en àrees d'avaluació, la qual cosa permet una visió global del sistema sanitari i permet la sistematització de la recollida de la informació (vegeu la figura 1, pàgina 65):

- Millores en l'estat de salut. Reflecteix els objectius amplis de millora general de la salut de la població i de reducció de les desigualtats en salut, que són influïts per altres factors que van molt més enllà dels serveis sanitaris.
- Accés. Reconeix que la contribució del sistema nacional de salut comença per oferir un accés equitatiu als serveis sanitaris, en relació amb les necessitats de la població, sigui quina sigui la seva localització geogràfica, grup socioeconòmic, ètnia, edat o sexe.
- Provisió efectiva de serveis sanitaris apropiats. Reconeix que l'accés equitatiu ha de ser-ho a serveis que siguin efectius, apropiats i en el moment en què es demanen, i que han de complir els estàndards establerts.
- Eficiència. Assegura que els serveis efectius es proveeixen amb la mínima despesa.
- Experiència de l'usuari. Avalua la manera com els pacients i cuidadors experimenten i viuen la qualitat dels serveis que reben, i assegura que el sistema és sensible a les necessitats individuals.
- Resultats en salut. Avalua la contribució del serveis sanitaris a la millora de la salut.

Posteriorment, un grup multidisciplinar d'experts va revisar els indicadors, seleccionant-los, adaptant-los i afegint-ne d'altres, configurant un total de 107 indicadors. Aquests indicadors es van prioritzar, i es va valorar cadascun d'ells en 4 dimensions (importància, fiabilitat, disponibilitat i comparabilitat) en una escala de l'1 al 5. Els indicadors amb menys puntuació i aquells que a curt termini no es podien obtenir van ser descartats. Es va obtenir un conjunt final format per 76 indicadors.

Els equips de treball de Barcelona i Montreal van revisar aquests indicadors mitjançant diverses videoconferències, i es van discutir les característiques de cadascun d'ells. Per a cadascun dels indicadors es van desenvolupar i acordar definicions tècniques específiques. Barcelona i Montreal han recollit informació del conjunt final d'indicadors per al període 2001-2003, a partir de fonts d'informació epidemiològica, econòmica i d'activitat. A l'hora de comparar taxes, es van estandarditzar utilitzant la població mundial estàndard per al període 2000-2025, de manera que les taxes d'ambdues ciutats són directament comparables. Addicionalment, es va recollir un conjunt d'indicadors descriptius relacionats amb informació demogràfica bàsica de Barcelona i Montreal, i les característiques principals dels seus sistemes sanitaris (vegeu el quadre 1, pàgina 66).

Els resultats d'aquest projecte són un exemple de l'aplicabilitat d'aquest tipus d'iniciatives a un context urbà, i han donat resultats molt interessants pel que fa a l'anàlisi i la comparació de l'estructura demogràfica, els serveis sanitaris disponibles, la pràctica clínica i els models de gestió. Les poblacions d'ambdues ciutats són comparables en termes de mida, estructura demogràfica i nivell d'estudis (vegeu el quadre 1, pàgina 66). A Montreal hi ha una

majoria de població de nacionalitat estrangera, ja que la immigració estrangera massiva és un fenomen molt recent a la ciutat. Pel que fa als recursos, Barcelona i Montreal són força semblants en termes de nombre d'habitants per metge de família, per diplomat d'infermeria i de nombre de llits públics d'hospitalització d'aguts. El nombre de llits socio-sanitaris de llarga estada no és comparable, atesa la diferent organització d'aquests serveis a les ciutats.

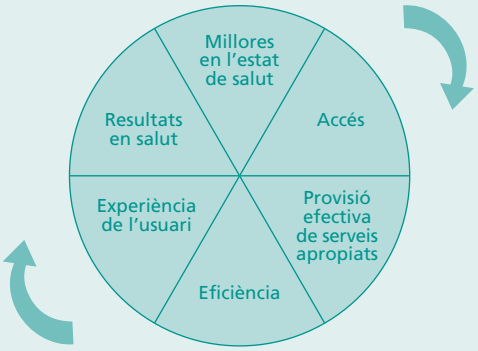
Montreal té una proporció més alta de població major de 74 anys, així com un nombre més elevat de gent gran que viu sola i amb limitacions per fer una o vàries activitats de la vida diària (vegeu el quadre 1, pàgina 66). En relació amb això, Montreal té una proporció més alta de pacients majors de 65 anys amb accident vascular cerebral o amb fractura de coll de fèmur, amb una estada hospitalària superior als 20 dies; l'estada hospitalària mitjana bruta per malalties cerebrovasculars és també més alta a Montreal (vegeu el quadre 2, pàgina 66). Aquestes dades posen de manifest una falta de serveis de llarga estada a Montreal, així com una necessitat més accentuada de serveis domiciliaris. Per solucionar aquest problema, al principi del 2005, Montreal ha posat en marxa un pla per millorar els serveis posthospitalaris.

Pel que fa a les principals causes de mortalitat, Montreal té taxes de mortalitat més altes per malalties coronàries (especialment en homes), suïcidi i lesions per accidents de trànsit (en homes), mentre que a Barcelona destaca la mortalitat per malalties cerebrovasculars i de l'aparell respiratori (vegeu el quadre 2, pàgina 66). Les taxes d'hospitalització evitable per diabetis són també més altes a Montreal (vegeu el quadre 2, pàgina 66). Aquest és un tema en què les autoritats sanitàries voldrien veure una millora en els anys vinents, ja que a mitjan 2004 va començar un procés important de reforma de l'atenció primària.

La prescripció de genèrics i la utilització de la cirurgia major ambulatòria són menors a Barcelona, el que denota la poca expansió de pràctiques de gestió més eficients. La proporció de parts realitzats per cesària és més alta a Barcelona, i aquest fet probablement està relacionat amb l'estructura demogràfica i la pràctica clínica. La llista d'espera per artroplàstia de genoll és molt més llarga a Barcelona, així com també ho és la taxa d'hospitalització per aquesta condició, cosa que indica la gran demanda d'aquests serveis (vegeu el quadre 2, pàgina 66). En ambdues ciutats, les taxes de mortalitat evitables indiquen àrees de millora, entre les quals destaquen les malalties cerebrovasculars a Barcelona, i el càncer de pulmó i el suïcidi a Montreal, on hi ha molt marge d'acció per als serveis preventius.

La comparació de Barcelona i Montreal ha permès identificar els punts forts i febles del funcionament del sistema sanitari d'ambdues ciutats, des de temes relacionats amb els recursos disponibles a la ciutat, a temes de gestió, passant per temes de qualitat de l'atenció. En l'actualitat, s'està treballant en la continuïtat del projecte, seguint la recollida prospectiva anual de dades a les dues ciutats per tal de fer un seguiment de l'evolució del nivell d'acompliment. A més, el projecte s'ha ampliat a la comparació de les comunitats autònomes de l'Estat espanyol i les regions sanitàries que componen l'àrea metropolitana de Barcelona. D'una manera semblant, s'està estudiant la possibilitat d'ampliar el projecte a altres ciutats europees. Aquesta iniciativa constitueix una experiència pionera a escala internacional.

Figura 1. Model d'anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris.



Font: Adaptat de: *The NHS Performance Assessment Framework*. Londres: National Health Service; 1999.

Referències bibliogràfiques

The World Health Report 2000: Health Systems Performance. Ginebra: World Health Organization; 2000.

NHS Performance Indicators. National Figures: February 2002. Londres: National Health Service; 2003.

Or Z. Improving the Performance of Health Care Systems: from Measures to Action (A Review of Experiences in Four OECD Countries). París: OECD; 2002. Labour market and social policy, Occasional papers, no. 57.

Hurst J, Jee-Hugues M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. París: OECD; 2000. Labour Market and Social Policy, Occasional Papers, no 47.

Hussey PS, Anderson GF, Osborn R, Feek C, Mclaughlin V, Millar J, Epstein A. How Does the Quality of Care Compare in Five Countries? Health Aff (Millwood). 2004; 23(3):89-99.

Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal

Quadre 1. Descripció de la població i dels serveis sanitaris. Barcelona i Montreal, 2001-2003.

Indicador	Sexe	Barcelona	Montreal
Població (2001)			
Nombre d'habitants	-	1.503.884	1.812.740
Percentatge de població 65 anys o més	Homes	17,9%	12,4
	Dones	25,0%	17,9
Població >74 anys sobre la població de >64 anys x 100	Homes	29,6	39,9
	Dones	50,1	50,1
Percentatge de gent gran que viu sola	-	25,8%	35,6%
Percentatge de població amb títol universitari	-	21,2%	23,1%
Percentatge de població de nacionalitat estrangera	-	12,8% (2003)	27,6% (2003)
Estructura			
Nombre d'habitants per metge de família	-	1.829 (2003)	1.657 (2002)
Nombre d'habitants per diplomat d'infermeria	-	1.885 (2003)	1.733 (2002)
Nombre de llits públics d'hospitalització d'aguts per 1.000 habitants	-	3,1 (2002)	2,8 (2002)
Nombre de llits sociosanitaris de llarga estada per 1.000 habitants	-	3,7 (2003)	51,9 (2002)
Costos (2001)			
Despesa sanitària per càpita	-	1.035,5 Euros	2.376,4 Can$

Font: Cens del 2001, Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona; Consorci Sanitari de Barcelona; recensement 2001, Statistique Canada; Éco-santé Québec 2002, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.

Quadre 2. Valors dels indicadors d'acompliment. Barcelona i Montreal, 2000-2003.

Indicador	Sexe	Barcelona	Montreal
Millores en l'estat de salut			
Percentatge de població >65 anys amb limitacions per fer una o vàries activitats de la vida diària	Homes	24,0% (2000)	35,3% (2001)
	Dones	42,3% (2000)	39,6% (2001)
Percentatge de població amb un estat de salut bo o molt bo	Homes	79,5% (2000)	91,6% (2001)
	Dones	70,9% (2000)	84,7% (2001)
Taxa de mortalitat per càncer per 100.000 habitants menors de 75 anys	Homes	198,8 (2002)	128,6 (1997-99)
	Dones	100,6 (2002)	90,7 (1997-99)
Taxa de mortalitat per malalties coronàries per 100.000 habitants menors de 75 anys	Homes	67,4 (2002)	77,4 (1997-99)
	Dones	23,5 (2002)	25,9 (1997-99)
Taxa de mortalitat per malalties cerebrovasculars per 100.000 habitants menors de 75 anys	Homes	40,6 (2002)	13,5 (1997-99)
	Dones	29,0 (2002)	8,3 (1997-99)
Taxa de mortalitat per malalties de l'aparell respiratori per 100.000 habitants menors de 75 anys	Homes	65,9 (2002)	20,6 (1997-99)
	Dones	23,7 (2002)	11,6 (1997-99)
Taxa de mortalitat per suïcidi per 100.000 habitants d'entre 15 i 49 anys	Homes	15,6 (2002)	40,7 (1997-99)
	Dones	3,9 (2002)	8,2 (1997-99)
Taxa de mortalitat per lesions per accidents de trànsit per 100.000 habitants d'entre 15 i 44 anys	Homes	9,9 (2002)	11,7 (1997-99)
	Dones	3,3 (2002)	1,5 (1997-99)

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona; Consorci Sanitari de Barcelona; Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona; recensement 2001, Statistique Canada; fichier des décès, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec; Med-Écho, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
Nota: Les taxes d'ambdues ciutats estan estandarditzades utilitzant la població mundial estàndard del 2000-2025 i són directament comparables.

Quadre 2. (continuació) Valors dels indicadors d'acompliment. Barcelona i Montreal, 2000-2003.

Indicador	Sexe	Barcelona	Montreal
Prevalença del consum de tabac per 100 habitants	Homes	35,3 (2000)	30,6 (2001)
	Dones	22,9 (2000)	24,6 (2001)
Accés			
Taxa d'hospitalització per cirurgia de fractura de coll de fèmur per 1.000 habitants	-	0,436 (2003)	0,449 (2001-3)
Taxa d'hospitalització per accident vascular cerebral per 1.000 habitants	-	0,822 (2003)	0,740 (2001-3)
Taxa d'hospitalització per infart agut de miocardi per 1.000 habitants	-	0,749 (2003)	1,107 (2001-3)
Taxa d'hospitalització per cirurgia d'angioplàstia coronària per 1.000 habitants	-	0,527 (2003)	0,941 (2001-3)
Taxa d'hospitalització per cirurgia de bypass coronari per 1.000 habitants	-	0,192 (2003)	0,425 (2001-3)
Taxa d'hospitalització per cirurgia d'artroplàstia de genoll per 1.000 habitants	-	0,491 (2003)	0,228 (2001-3)
Nombre d'urgències ateses per 1.000 habitants		485,8 (2003)	463,2 (2002-3)
Provisió efectiva de serveis apropiats			
Taxa d'hospitalització evitable per diabetis per 1.000 habitants	-	0,012 (2003)	0,026 (2001-3)
Taxa d'hospitalització evitable per úlcera gàstrica i duodenal per 1.000 habitants	-	0,185 (2003)	0,126 (2001-3)
Percentatge d'altes per accident vascular cerebral en pacients majors de 65 anys amb més de 20 dies d'estada hospitalària	-	14,2% (2003)	35,2% (2001-3)
Percentatge d'altes per fractura de coll de fèmur en pacients majors de 65 anys amb més de 20 dies d'estada hospitalària	-	14,9% (2003)	20,5% (2001-3)
Percentatge de parts per cesària	Dones	22,2% (2003)	20,4% (2001-3)
Percentatge d'admissions hospitalàries urgents	-	41,2% (2003)	58,1% (2002-3)
Eficiència			
Percentatge de substitució per cirurgia major ambulatòria	-	57,9% (2003)	91,9% (2001-3)
Estada hospitalària mitjana bruta per malalties isquèmiques del cor (dies)	-	8,04 (2003)	7,84 (2001-3)
Estada hospitalària mitjana bruta per malalties cerebrovasculars (dies)	-	11,06 (2003)	15,74 (2001-3)
Percentatge de prescripció de genèrics	-	14,5% (2003)	36,5% (2001-3)
Experiència de l'usuari			
Llista d'espera per artroplàstia de genoll (mesos)	-	22,3 (2003)	7,8 (2004)
Llista d'espera per cirurgia de cataractes (mesos)	-	2,2 (2003)	2,3 (2004)
Resultats en salut			
Taxa de mortalitat intrahospitalària per cirurgia de bypass coronari per 100 altes	-	5,17 (2003)	2,79 (2001-3)
Taxa de mortalitat intrahospitalària per fractura de coll de fèmur per 100 altes	-	4,08 (2003)	7,71 (2001-3)
Taxa de mortalitat intrahospitalària per infart agut de miocardi per 100 altes	-	12,87 (2003)	12,09 (2001-3)
Taxa de mortalitat intrahospitalària per accident vascular cerebral per 100 altes	-	18,54 (2003)	17,51 (2001-3)
Taxa de mortalitat evitable per malalties cerebrovasculars per 100.000 habitants d'entre 35 i 64 anys	Homes	21,2 (2002)	15,4 (1997-99)
	Dones	10,2 (2002)	9,9 (1997-99)
Taxa de mortalitat evitable per tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó per 100.000 habitants d'entre 5 i 64 anys	Homes	26,8 (2002)	31,5 (1997-99)
	Dones	6,6 (2002)	22,5 (1997-99)
Taxa de mortalitat evitable per cirrosi i altres malalties del fetge per 100.000 habitants d'entre 15 i 74 anys	Homes	12,1 (2002)	13,8 (1997-99)
	Dones	3,6 (2002)	4,8 (1997-99)

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, Agència de Salut Pública de Barcelona; Consorci Sanitari de Barcelona; Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona; recensement 2001, Statistique Canada; fichier des décès, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec; Med-Écho, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
Nota: Les taxes d'ambdues ciutats estan estandarditzades utilitzant la població mundial estàndard del 2000-2025 i són directament comparables.

La salut a Barcelona 2004 en xifres

Presentació
Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut i els seus determinants

Qui som
La situació demogràfica
La situació socioeconòmica

Com vivim
El medi ambient
- L'aire
- Les aigües de consum de proveïment públic
- Les platges
- La seguretat i la higiene dels aliments

Els comportaments
- Les conductes relacionades amb la salut
- L'abús de substàncies psicoactives
  - L'ús de drogues no institucionalitzades
  - L'alcohol

Els serveis sanitaris
- La utilització de serveis sanitaris
- L'atenció primària de salut
- L'atenció a les urgències
- L'atenció especialitzada hospitalària
- L'atenció sociosanitària
- L'atenció a la salut mental
- La prestació farmacèutica
- L'atenció a la salut pública

La nostra salut
La salut percebuda
La salut maternoinfantil
Els problemes de salut específics
- La tuberculosi
- La infecció per VIH-sida

Les lesions per accidents
- Les lesions per accidents de trànsit
- Les lesions per accidents de treball

La mortalitat

Monogràfics
Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades
Brot de pneumònies per *Legionella pneumophila* a Vallcarca l'agost del 2004
Anàlisi de l'acompliment dels serveis sanitaris de les ciutats de Barcelona i Montreal

La salut a Barcelona 2004 en xifres

Qui som

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1986-2001.

			1986	1991	1996	2000	2001
Població							
0-14		Homes	157.073	121.726	92.093	89.984	88.592
		Dones	148.243	115.104	87.544	85.557	84.543
15-44		Homes	354.869	352.714	314.536	315.932	317.954
		Dones	359.482	356.504	320.916	318.297	318.161
45-64		Homes	201.324	193.872	178.844	174.004	172.202
		Dones	228.532	218.143	203.061	197.532	196.389
65-74		Homes	59.021	68.244	76.425	76.541	74.974
		Dones	88.327	97.166	104.124	101.821	99.508
75 i més		Homes	34.345	39.432	43.087	51.322	31.502
		Dones	70.596	80.639	88.175	101.981	100.059
Total		Homes	806.632	775.988	704.985	707.783	705.224
		Dones	895.180	867.554	803.820	805.188	798.660
Població de 65 anys o més		Homes	11,6%	13,9%	16,9%	18,1%	17,9%
		Dones	17,7%	20,5%	23,9%	25,3%	25,0%
Índex de sobreenvelliment*		Homes	36,8	36,6	36,0	40,1	29,6
		Dones	44,4	45,3	45,8	50,0	50,1
Gent gran que viu sola	65-74 anys	Homes	ND	4.518	5.901	7.081	6.922
				6,6%	7,7%	9,3%	9,2%
		Dones	ND	23.015	25.379	24.854	24.024
				23,7%	24,4%	24,4%	24,1%
	75-84 anys	Homes	ND	3.277	3.836	5.274	5.162
				10,0%	11,1%	12,8%	16,4%
		Dones	ND	18.580	23.371	29.113	28.302
				30,1%	36,0%	39,6%	28,3%
	85 i més	Homes	ND	827	1.376	2.095	1.791
				12,3%	16,1%	21,4%	18,1%
		Dones	ND	3.837	6307	10.502	9.338
				20,2%	27,1%	39,9%	34,8%
Nivell d'instrucció (16 anys i més)							
Sense estudis i primària incompleta			ND	18,9%	15,8%	14,8%	11,6%
Primària completa			ND	27,8%	27,6%	28,3%	19,5%
Estudis secundaris			ND	34,9%	38,5%	39,9%	47,7%
Títol de grau mig			ND	6,7%	7,3%	5,8%	8,9%
Títol superior			ND	7,3%	9,9%	10,7%	12,4%
No conegut			ND	4,3%	0,8%	0,4%	-
Població de nacionalitat estrangera			ND	1,4%	1,9%	3,5%	4,9%

Font: padró municipal del 1986, 1991, 1996 i 2000, i cens del 2001. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.
ND: No disponible.
*L'índex de sobreenvelliment diferencia, del col·lectiu dels majors de 65 anys, aquells qui tenen 75 anys o més. Es presenta la proporció següent: (persones més grans de 75 anys / persones més grans de 65 anys) x 100 habitants.

Com vivim

Taula 1. Resultats de la monitorització dels nivells de diòxid de nitrogen (NO_2), partícules respirables (PM_{10}) i ozó (O_3). Barcelona, 2003-2004.

Estacions	NO_2				PM_{10}				O_3			
	2003		2004		2003		2004		2003		2004	
	Mitjana (µg/m³)	Superacions del límit horari[1]	Mitjana (µg/m³)	Superacions del límit horari[1]	Mitjana (µg/m³)	Superacions del límit diari[2]	Mitjana (µg/m³)	Superacions del límit diari[2]	Mitjana (µg/m³)	Superacions de la mitjana horària llindar[3]	Mitjana (µg/m³)	Superacions de la mitjana horària llindar[3]
Ciutadella	-	-	43	0	-	-	-	-	-	-	29	0
Pl. Universitat	-	-	-	-	50	35	46	34	-	-	-	-
Eixample	54	1	60	3	58	50	55	48	32	0	34	0
Gràcia	69	11	67	13	50	32	50	31	25	0	14	0
Poble Nou	57	4	40	2	-	-	-	-	33	1	33	0
Sants	37	0	36	0	47	43	52	43	-	-	-	-
Zona Universitària	-	-	-	-	34	23	34	22	-	-	-	-
Port[4]	71	99	55	149	51	150	47	117	44	15	43	1
Valors de referència anuals[5]	40	18	40	18	40	35	40	35	NE[6]	0	NE[6]	0

Notes: [1]Valor Límit horari NO_2 = 200 µg/m³. [2]Valor Límit diari PM_{10} + marge de tolerància = 55 µg/m³. [3]Llindar d'informació O_3 = 180 µg/m³. [4]Les dades de PM_{10} corresponen a l'estació situada a l'edifici Estibarna, prop de la Zona Franca. Les de NO_2 i O_3 són mes lluny de la zona urbana. [5]Objectius plantejats per la normativa. [6]NE: No establert.

Taula 2. Alguns resultats de la monitorització de contaminació química dels aliments realitzada pel programa IQSA. Barcelona, 2004.

Substàncies investigades		Aliments	Mostres analitzades	Presència constatada	Nivell per sobre del LMR[2]
Colorant vermell Sudan		Condiments i salses vermelles	32	1 (3,1%)	1 (3,1%)
Hidrocarburs aromàtics policíclics (HAP)[1]		Xarcuteria, peix, marisc, olis, te	152	18 (12,0%)	NL
Micotoxines					
	Aflatoxina B_1, B_2, G_1 i G_2	Cereals i derivats, fruita seca, condiments i espècies	72	12 (16,7%)	0
	Aflatoxina M_1	Llets	20	10 (50,0%)	1 (5,0%)
	Ocratoxina A	Cereals i derivats, fruita seca, condiments i espècies, te i infusions, vi, cervesa	114	41 (36,0%)	0[5]
	Patulina	Aliments infantils a base de poma, suc de poma	18	1 (5,6%)	0
Policlorobifenils (PCB) 28, 52, 101, 118, 138, 153 i 180		Carns fresques, fetges, ous, llets i derivats, peix, marisc i olis	218	0	0
Plaguicides		Carns fresques, fetges, ous, llets i derivats, cereals i derivats, aliments infantils amb poma, hortalisses, fruites, sucs de poma, fruita seca, condiments i espècies, te i infusions, vins a doll, altres	285	12 (4,2%)	4 (1,4%)
Metalls pesants	Mercuri	Peix fresc, crustacis, cefalòpodes, bivalves	80	20 (25,0%)	0
	Cadmi	Carns fresques, fetges, peix fresc, crustacis, cefalòpodes, bivalves, cereals, hortalisses, fruites	197	39 (19,8%)	6 (3,0%)
	Plom	Carns fresques, fetges, llets, peix fresc, crustacis, cefalòpodes, bivalves, olis	321	22 (6,8%)	1 (0,3%)

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: [1]Benz(a)antracè, dibenz(a,h)antracè, benzo(b)fluorantè, benzo(k)fluorantè, benzo(a)pirè, benzo(e)pirè, benzo(g,h,i)perilè, indeno(1,2,3)pirè.
[2]LMR: Límit màxim reglamentat; NL: no legislat el 2004.

Com vivim

Taula 3. Alguns resultats de la monitorització de contaminació microbiològica dels aliments realitzada pel programa IQSA. Barcelona, 2004.

	Salmonella		*E. coli* O157:H7		*Campylobacter*		*Listeria monocytogenes*	
	Analítiques	Es detecta	Analítiques	Es detecta	Analítiques	Es detecta	Analítiques	Es detecta
Pollastre cru	-	-	-	-	4	1 (25,0%)	-	-
Carns picades i preparats de carn	29	7 (24,1%)	29	0 (0,0%)	9	0 (0,0%)	-	-
Productes de xarcuteria curats	12	0 (0,0%)	12	0 (0,0%)	-	-	12	3 (25,0%)
Productes de xarcuteria cuits	12	0 (0,0%)	12	0 (0,0%)	-	-	12	0 (0,0%)
Patés	18	0 (0,0%)	-	-	-	-	18	1 (5,6%)
Ous	15	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Formatge a base de llet crua	20	0 (0,0%)	20	0 (0,0%)	-	-	20	1 (5,0%)
Peix,crustacis, cefalòpodes, bivalves frescos	76	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Peix fumat	20	0 (0,0%)	-	-	-	-	20	4 (20,0%)
Bivalves cuits	5	1 (20,0%)	-	-	-	-	-	-
Pastisseria farcida	20	0 (0,0%)	-	-	-	-	20	1 (5,0%)
Menjars preparats refrigerats	30	0 (0,0%)	30	0 (0,0%)	10	0 (0,0%)	30	4 (13,3%)
Menjars preparats a base de vegetals crus	15	0 (0,0%)	15	0 (0,0%)	-	-	15	0 (0,0%)
Llavors germinades	20	0 (0,0%)	20	0 (0,0%)	-	-	10	0 (0,0%)
Condiments, salses, infusions, cereals	66	0 (0,0%)	-	-	-	-	-	-
Total	**358**	**8 (2,2%)**	**138**	**0 (0,0%)**	**23**	**1 (4,3%)**	**157**	**14 (8,9%)**

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 4. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1997-2004.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Atenció Primària de Salut								
Utilització processos assistencials								
Visites habitant any	6,3	5,7	5,5	5,6	5,6	6,0	4,9	5,4
Vacunació antigripal Cobertura vacunació antigripal en majors de 60 anys (>64 anys abans del 2003)	52,4%	49,6%	51,7%	56,7%	52,6%	57,5%	53,3%	51,3%
Atenció domiciliària Cobertura del programa en la població major de 64 anys	4,9%	5,9%	6,0%	6,1%	6,1%	6,4%	6,1%	6,5%
Atenció a les urgències								
Utilització								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses[1]	572.922	585.941	652.233	668.453	690.479	711.552	721.377	722.641
Activitat SCUB-061								
Nombre de trucades	505.904	558.211	633.136	625.583	631.142	677.982	686.169	626.905
Nombre d'urgències a domicili	78.124	71.317	62.841	61.266	59.972	53.047	56.342	57.299
Nombre d'emergències[2]	71.286	73.715	72.344	71.115	72.258	78.024	160.490	154.651
Activitat als centres d'atenció continuada/dispensaris parahospitalaris								
Nombre de visites de metge	183.636	158.957	170.699	181.498	188.489	194.072	205.810	211.866
Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut								
Nombre de domicilis d'aguts			160.873	130.915	106.960	115.971	109.456	107.018
Atenció especialitzada hospitalària								
Oferta Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3
Utilització[3]								
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a BCN	85,6	86,8	88,7	91,0	89,6	103,96	102,5	100,8
% de residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària	7,2%	7,0%	7,0%	6,7%	7,3%	6,5%	8,6%	8,7%
% d'altes als hospitals de la XHUP de BCN que són de no residents a la ciutat	34,3%	33,3%	33,1%	33,6%	33,6%	31,6%	32,7%	33,9%
Atenció sociosanitària								
Recursos. Internament								
Llits de llarga estada (n)	947	969	980	1.046	1.116	1.151	1.239	1.222
Convalescència (n)	321	333	351	373	443	443	565	600
Cures pal·liatives (n)	95	95	95	95	105	107	107	107
Sida (n)	49	49	45	35	35	35	35	35
Recursos. Places en hospitals de dia	155	155	155	155	209	209	234	279
Nombre d'equips PADES	12	13	13	15	17	17	17	17
Nombre d'equips UFISS hospitalària	7	7	7	9	10	12	12	12
Equips d'avaluació integral ambulatòria (EAIA)							5	5

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

Notes: [1]A partir de l'any 2002, el càlcul s'ha fet tenint en compte la variable alta hospitalària que utilitza el CatSalut.[2]A partir de l'any 1999, en el nombre d'urgències hospitalàries ateses s'inclou l'Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron. [3]A partir de l'any 2003, la informació sobre emergències ateses pel SCUB-061 no es pot desglossar i inclou els serveis d'ambulància sanitaritzada + ambulància amb metge + metge d'emergències + transport urgent no sanitaritzat. La informació equivalent els anys 1999- 2002 seria: 131.571, 133.083, 153.826 i 155.764, respectivament.

Taula 4. (continuació) >

Com vivim

Taula 4. (continuació) Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 1997-2004.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Atenció sociosanitària								
Utilització. Internament								
Núm. pacients llits llarga estada	2.381	3.042	3.086	2.897	2.858	3.163	2.838	3.217
Núm. pacients unitats convalescència	1.993	2.472	2.522	2.590	2.752	3.588	4.089	4.042
Núm. pacients unitats cures pal·liatives	1.140	1.305	1.108	949	872	1.087	1.028	1.044
Núm. pacients unitats de Sida	210	258	206	156	140	136	57	14
Utilització. Hospitals de dia								
Núm. pacients unitats hospital de dia	469	531	256	658	281	644	703	347
PADES (inclou ETODA)	3.599	3.624	3.683	3.713	4.222	4.099	4.006	3.633
UFISS	3.107	4.323	2.712	5.741	7.137	9.572	5.204	4.221
EAIA (processos)[4]	ND	ND	ND	ND	ND	ND	1.213	1.270
Atenció a la salut mental								
Recursos. Ambulatori								
Núm. centres d'adults (CSMA)	15	15	15	15	15	15	16	16
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ)	10	10	10	10	10	10	11	11
Núm. llits d'hospitalització psiquiàtrica	345	367	380	380	345	406	359	367
Núm. places hospitals de dia	90	90	109	114	136	147	157	157
Recursos. Rehabilitació								
Núm. places en centres de dia	407	407	499	499	572	632	632	632
Utilització. Nombre de persones ateses a:								
CSMA[5]	25.157	22.878	26.828	27.703	ND	33.799	36.776	34.556
CSMIJ[6]	6.562	4.299	5.222	5.950	ND	6.081	7.384	5.612
Hospitals (altes)	3.454	4.286	4.428	4.489	4.504	4.552	4.706	4.436
Centres de dia	ND	760	779	876	977	1.070	1.180	1.226

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.
Notes: [4] EAIA: Equips d'avaluació integral ambulatòria (nou recurs 2003). [5] L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMA (població ABS 10E i 10F). L'any 2004, no es disposa de les dades de l'esquerra de l'Eixample i de Sant Martí. [6] L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMAIJ (població ABS 10E i 10F). L'any 2004, no es disposa de les dades de Ciutat Vella i de Sant Martí.

La nostra salut

Taula 1. Indicadors de salut maternoinfantil. Barcelona, 1994-2003.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003[1]
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	7,6	7,4	7,9	8,1	7,7	8,1	8,3	8,3	8,6	9,6
Dones de 15-49 anys										
Nombre d'embarassos	15.697	15.709	14.799	15.301	15.011	15.851	16.898	17.192	17.975	18.885
Nombre d'IVE	3.224	3.624	2.869	3.325	3.607	3.922	4.328	4.675	5.028	4.637
% IVE sobre el total d'embarassos	20,4%	22,9%	19,3%	21,4%	23,6%	24,2%	25,6%	27,1%	28,0%	24,6%
Nombre de naixements	12.473	12.085	11.930	11.976	11.404	11.929	12.570	12.517	12.947	14.248
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	30,6	29,6	31,9	32,1	30,6	31,9	33,6	33,8	35,0	36,4
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	42,3	42,3	39,8	41,2	40,4	42,7	46,2	45,5	48,6	48,2
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	8,7	9,8	7,7	9,0	9,7	10,6	11,8	12,6	13,6	11,8
% naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	4,1%	4,2%	5,0%	4,8%	4,8%	5,3%	8,4%	7,4%	12,0%	14,4%
% naixements amb només un dels pares de fora de l'Estat espanyol	7,2%	8,7%	8,7%	8,4%	8,8%	9,0%	9,5%	9,1%	9,8%	8,9%
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g)[2]	6,1%	6,3%	6,3%	7,0%	7,8%	8,1%	7,6%	7,4%	7,4%	8,2%
% naixements prematurs (<37 setmanes de gestació)[2]	6,6%	6,8%	6,6%	7,6%	7,7%	8,0%	7,7%	7,3%	7,4%	8,0%
Adolescents (dones de 14-17 anys)										
Nombre d'embarassos	149	170	146	174	185	200	190	219	212	264
Nombre d'IVE	101	122	101	132	152	152	143	163	164	169
% IVE sobre total d'embarassos	55,1%	62,8%	59,5%	69,1%	75,6%	70,7%	75,3%	74,4%	77,4%	64,0%
Nombre de naixements	48	48	45	42	33	48	47	56	48	95
% naixements sobre el total de naixements	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,7%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	1,6	1,6	1,5	1,4	1,1	1,6	1,9	2,2	1,9	3,8
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	3,3	3,9	3,4	4,1	4,2	6,0	7,7	8,7	8,4	10,6
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	1,8	2,5	2,0	2,9	3,1	4,5	5,8	6,5	6,5	6,8
% naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	4,2%	12,5%	15,6%	2,4%	12,1%	10,4%	10,6%	12,5%	52,1%	41,1%
% naixements amb un dels pares de fora de l'Estat espanyol	4,2%	6,3%	6,7%	4,8%	6,1%	4,2%	6,4%	10,7%	4,2%	5,3%
Adolescents (dones de 15-19 anys)										
Nombre d'embarassos	536	580	503	598	596	646	684	726	720	800
Nombre d'IVE	370	414	363	437	457	468	500	536	541	506
% IVE sobre el total d'embarassos	69,7%	71,9%	72,5%	73,7%	77,0%	73,9%	74,7%	74,5%	76,5%	63,3%
Nombre de naixements	162	163	138	157	137	168	174	185	169	294
% naixements sobre el total de naixements	1,3%	1,3%	1,2%	1,3%	1,2%	1,4%	1,4%	1,5%	1,3%	2,1%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	2,6	2,6	3,0	3,4	2,9	3,6	3,7	4,9	4,6	8,7
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	12,4	13,4	11,7	13,9	13,8	15,0	20,3	20,9	21,2	23,5
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	8,6	9,6	8,4	10,1	10,6	10,9	14,9	15,6	15,7	14,9
% naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	6,2%	8,6%	8,7%	11,5%	12,4%	11,3%	15,5%	14,1%	37,9%	40,8%
% naixements amb un dels pares de fora de l'Estat espanyol	4,3%	11,0%	7,2%	7,0%	8,8%	4,2%	6,9%	6,5%	7,7%	8,5%

Font: Registre de naixements, Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE i Registre de salut maternoinfantil, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
Notes: Per als denominadors s'ha utilitzat el cens de població del 1996 per als anys 1994 a 1999; el padró d'habitants del 2000 per a l'any 2000; el cens de població del 2001 per als anys 2001 i 2002, i el padró d'habitants del 2003 per a l'any 2003.
[1] Les dades del 2003 provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) en comptes de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com en els anys anteriors.
[2] Sobre el total de naixements de parts simples.

Taula 1. (continuació) >

La nostra salut

Taula 1. (continuació) Indicadors de salut maternoinfantil. Barcelona, 1994-2003.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003[1]
Dones de 35-49 anys										
Nombre d'embarassos	2.823	2.918	2.924	3.307	3.366	3.774	4.076	4.868	5.077	4.932
Nombre d'IVE	598	626	492	592	635	689	701	780	859	762
% IVE sobre el total d'embarassos	21,2%	21,5%	16,8%	17,9%	18,9%	18,3%	17,2%	16,0%	16,9%	15,5%
Nombre de naixements	2.225	2.292	2.432	2.715	2.731	3.085	3.375	4.088	4.218	4.170
% naixements sobre el total de naixements	17,8%	18,9%	20,4%	22,6%	24,0%	25,9%	26,9%	32,6%	32,5%	29,3%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	14,0	14,5	15,3	17,1	17,2	19,5	20,3	24,7	25,5	23,8
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	17,8	18,4	18,4	20,9	21,2	23,8	24,6	29,4	30,7	28,2
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	3,8	3,9	3,1	3,7	4,0	4,3	4,2	4,7	4,2	4,4
% naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	4,1%	4,3%	5,3%	5,3%	4,5%	4,8%	5,7%	4,5%	6,9%	7,0%
% naixements amb un dels pares de fora de l'Estat espanyol	8,2%	9,3%	10,4%	9,3%	9,6%	10,0%	11,5%	10,2%	11,1%	8,1%
% dones amb visita obstètrica el 1r trimestre d'embaràs[3]	95,4%	96,8%	96,2%	96,3%	98,3%	98,2%	96,7%	96,6%	98,3%	96,6%
% dones amb ecografia el 5è-6è mes d'embaràs[3]	89,1%	87,7%	89,9%	92,1%	92,5%	91,0%	89,4%	93,2%	96,9%	96,8%
Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques[3]	5,0	5,5	5,2	5,6	5,4	5,4	5,3	5,3	5,7	5,5
% dones amb proves invasives per fer cariotip[3]	19,4%	18,6%	25,0%	27,4%	27,7%	30,6%	33,2%	34,3%	30,5%	30,6%
% dones fumadores durant l'embaràs[3]	52,4%	47,7%	44,6%	46,2%	39,3%	45,1%	39,4%	28,8%	34,0%	31,5%
% nascuts i IVE amb defectes congènits majors o múltiples[4]	2,0%	1,9%	1,8%	2,1%	2,1%	2,5%	2,1%	2,1%	2,1%	1,8%

Font: Registre de naixements, Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE i Registre de salut maternoinfantil, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
Notes: Per als denominadors s'ha utilitzat el cens de població del 1996 per als anys 1994 a 1999; el padró d'habitants del 2000 per a l'any 2000; el cens de població del 2001 per als anys 2001 i 2002, i el padró d'habitants del 2003 per a l'any 2003.
[1] Les dades del 2003 provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) en comptes de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com en els anys anteriors.
[3] Dades de la mostra de controls del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB). [4] Dades del REDCB.

Taula 2. Evolució del tipus de lesions o accident laboral, greus i mortals, ocorregudes a la ciutat. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 1995-2004.

Lesions per accidents greus	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
In itinere	29,1%	27,9%	26,0%	31,0%	33,7%	35,3%	30,2%	30,2%	29,6%	31,3%
En jornada laboral										
Causa natural	5,2%	3,1%	3,4%	2,4%	4,0%	4,6%	5,7%	5,8%	2,1%	4,3%
De trànsit	12,4%	11,9%	12,4%	19,5%	13,9%	13,7%	12,5%	12,1%	0,4% [1]	-
Resta de traumàtics	53,3%	57,1%	58,2%	47,1%	47,6%	46,4%	51,5%	51,8%	67,9%	64,4%
Nombre total de casos	484	487	524	550	624	502	526	463	480	548
Lesions per accidents mortals	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**
In itinere	33,3%	27,3%	32,1%	30,0%	29,6%	39,2%	34,5%	35,8%	40,4%	31,7%
En jornada laboral										
Causa natural	20,4%	18,2%	30,4%	26,7%	25,9%	29,4%	29,1%	26,4%	8,8%	24,4%
De trànsit	24,1%	27,3%	17,9%	21,7%	20,4%	7,8%	12,7%	22,6%	-	-
Resta de traumàtics	22,2%	27,3%	19,6%	21,7%	24,1%	23,5%	23,6%	15,1%	50,9% [1]	43,9%
Nombre total de casos	54	44	56	60	54	51	55	53	57	47

Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball de Barcelona. Departament de Treball i Indústria.
Nota: [1] El 2003 es va produir un canvi en el sistema d'informació de les lesions per accident de treball que no permet identificar els accidents de trànsit. La categoria *resta de traumàtics* inclou les de trànsit des del 2003.

Taula 3. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Barcelona, 1994-2003.

Homes	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Taxa bruta x 100.000	1.126,2	1.176,8	1.195,5	1.156,6	1.152,9	1.219,3	1.151,0	1.152,3	1.137,4	1.098,9
Taxa estandarditzada x 100.000[1]	1.205,7	1.218,5	1.195,5	1.134,5	1.107,9	1.147,1	1.065,9	1.066,2	1.048,5	986,3
Taxa APVP estandarditzada[1]	7.912,2	7.931,5	7.661,0	6.318,9	5.789,6	6.017,7	5.730,1	5.547,9	5.333,5	4.938,6
Esperança de vida total	73,7	73,6	74,1	75,0	75,2	74,7	76,0	76,2	76,4	76,8
Dones										
Taxa bruta x 100.000	975,7	996,2	982,3	1.017,6	1.029,6	1.075,7	1.045,8	1.052,1	1.050,0	1.046,7
Taxa estandarditzada x 100.000[1]	1.051,1	1.034,2	982,3	989,0	970,2	982,5	925,5	931,7	928,0	874,5
Taxa APVP estandarditzada[1]	3.129,8	3.167,0	2.732,1	2.743,0	2.593,9	2.425,0	2.355,0	2.629,0	2.624,9	2.196,3
Esperança de vida total	81,5	1,8	82,5	82,3	82,1	82,2	83,3	83,0	83,1	83,5

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: APVP: anys potencials de vida perduts. [1]La població de referència per estandarditzar les taxes per edat ha estat la població de Barcelona del 1996 (d'homes i de dones).

La nostra salut

Taula 4. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1994-2003.

Homes	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000[1]	2001[1]	2002[1]	2003[1]
Sida	75,2	83,0	76,6	23,6	16,1	13,7	16,5	14,4	14,4	8,1
Accident de trànsit	18,5	13,1	15,6	18,0	14,8	19,4	13,6	15,3	16,0	15,4
Sobredosi	22,5	27,3	24,8	17,6	20,4	16,4	13,2	13,7	10,3	11,3
Suïcidi	11,6	13,7	9,9	10,1	10,2	8,6	9,3	10,1	10,7	7,9
Totes les causes	**219,0**	**227,7**	**219,0**	**156,8**	**137,8**	**144,5**	**129,8**	**122,9**	**119,6**	**109,5**
Dones										
Sida	22,8	20,9	17,8	7,4	4,2	3,9	3,5	7,0	5,1	4,2
Accident de trànsit	3,0	5,2	4,4	5,3	2,8	4,0	3,7	5,5	3,7	4,2
Sobredosi	5,1	6,8	5,6	4,9	5,7	3,9	4,3	2,8	2,2	2,9
Suïcidi	4,5	3,3	4,0	2,5	4,3	2,8	3,0	5,1	3,3	4,5
Totes les causes	**80,0**	**83,1**	**75,1**	**70,8**	**63,5**	**55,3**	**51,9**	**66,3**	**62,0**	**49,5**

Taula 5. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1994-2003.

Homes	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000[1]	2001[1]	2002[1]	2003[1]
Càncer de pulmó	147,4	117,4	126,4	129,6	123,6	139,3	117,6	125,3	110,7	109,6
Malaltia isquèmica del cor	106,1	96,1	101,8	89,3	89,3	106,1	88,2	81,8	82,0	68,5
Malaltia cerebrovascular	38,8	40,2	38,6	37,6	30,0	35,6	42,9	27,1	31,3	22,3
Cirrosi	57,1	47,2	47,5	43,6	30,7	41,6	29,5	22,5	26,9	11,2
Totes les causes	**896,7**	**870,6**	**846,5**	**809,3**	**746,8**	**798,1**	**790,7**	**783,7**	**728,1**	**641,2**
Dones										
Càncer de pulmó	14,7	17,0	8,4	11,5	13,8	15,3	17,2	17,8	23,1	18,6
Càncer de mama	56,7	63,6	45,8	48,0	45,2	52,6	48,7	52,1	49,4	30,5
Malaltia isquèmica del cor	18,3	15,5	17,7	16,2	13,2	9,4	8,4	10,7	12,5	9,8
Malaltia cerebrovascular	21,4	15,0	20,2	16,2	16,3	11,9	19,8	14,9	13,8	9,7
Cirrosi	16,8	17,4	17,7	14,2	15,9	16,0	13,8	7,5	3,6	7,7
Totes les causes	**347,6**	**340,7**	**294,5**	**311,4**	**308,1**	**299,1**	**297,8**	**306,4**	**321,3**	**254,5**

Taula 6. Evolució de la mortalitat en la població de més de 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1994-2003.

Homes	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000[1]	2001[1]	2002[1]	2003[1]
Càncer de pulmó	428,3	431,2	464,4	419,4	393,2	423,2	393,1	401,0	388,0	380,4
Malaltia isquèmica del cor	688,5	699,5	675,2	681,7	688,5	640,0	550,1	574,4	576,5	530,5
Malaltia cerebrovascular	524,7	554,0	490,3	466,3	427,3	438,1	429,1	409,3	382,9	332,9
Cirrosi	93,3	107,2	105,4	102,1	103,3	92,9	77,5	52,8	53,6	51,1
Totes les causes	**5.151,0**	**5.241,8**	**5.176,9**	**5.034,9**	**5.008,4**	**5.152,7**	**4.730,1**	**4.766,6**	**4.747,0**	**4.524,2**
Dones										
Càncer de pulmó	39,5	36,6	39,0	40,9	45,7	36,6	37,4	41,2	47,9	43,1
Càncer de mama	113,1	107,0	108,7	114,4	102,6	104,0	105,1	96,1	101,7	95,2
Malaltia isquèmica del cor	417,9	431,4	421,2	408,3	418,4	377,4	340,7	334,0	319,3	293,4
Malaltia cerebrovascular	581,2	531,9	499,2	479,0	442,4	462,1	402,9	423,2	389,3	343,3
Cirrosi	83,8	65,1	66,0	70,0	53,7	61,5	49,1	36,7	28,4	24,0
Totes les causes	**3.864,5**	**3.807,1**	**3.654,2**	**3.671,0**	**3.599,9**	**3.681,3**	**3.454,6**	**3.446,1**	**3.423,3**	**3.278,2**

Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona del 1996 (d'homes i de dones). Les taxes dels anys 1997-1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions del 1996 i el 2000 (per tant, són diferents de les presentades en els informes de salut anteriors). [1]A partir de l'any 2000, les causes de mort han estat codificades amb la classificació internacional de malalties, 10a revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables.

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

Maribel Urgellés
Agència de Salut Pública de Barcelona
Pl. Lesseps 1
08023 Barcelona
Tel.: 93-2384545
Fax: 93-2173197
e-mail: murgelle@aspb.es

També es pot descarregar aquest informe de la pàgina web de l'ASPB:
www.aspb.es

Agència
de Salut Pública

Si voleu citar dades d'aquest informe, us preguem ho feu de la següent manera:
Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2004. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2005.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

Agència de Salut Pública