

La salut a Barcelona 2012



La salut a Barcelona 2012

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

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

Director de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Xavier Llebaria i Samper

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

Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica
Disseny gràfic:
Estudi muto
Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Fredi Roig
Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Impressió:
Addenda

Dipòsit Legal: B.29527-2013

Gener 2014

Paper offset ecològic certificat pel  **PEFC**

La salut a Barcelona 2012

Coordinació general de l'Informe

Xavier Bartoll (ASPB).

Redacció

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

Carme Borrell (ASPB).

Els determinants socioeconòmics

Lucía Artazcoz (ASPB), Montse Bartoli (ASPB), Carme Beni (CSB), Carme Borrell (ASPB), Andrea Burón (PSM), Núria Calzada (ASPB), Antoni Castells (HC), Anna Coma (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Ester Cros (CSB), Ferran Daban (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Anna García (CSB), Mireia Garcia (ASPB), Josep Gómez (DRC), Jaume Grau (HC), Francesc Macià (PSM), Cristina Martínez (ASSIR), Ana M. Novoa (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Montse Puigdollers (CSB), Rosa Puigpinós-Riera (ASPB), Pilar Ramos (ASPB), Asun Sala (ASSIR Litoral), Gemma Serral (ASPB), Elvira Torné (CSB), Esther Trincado (CSB), Imma Vallverdú (CSB), Corinne Zara (CSB).

Els determinants de l'entorn físic

Imma Cortès (ASPB), Júlia Duran (ASPB), Alejo García (ASPB), Anna Gómez (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), Pilar Ramos (ASPB), Juliana Reyes (ASPB), Marc Rico (ASPB), Pau Rodríguez (ASPB).

Els comportaments relacionats amb la salut

Carles Ariza (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Xavier Garcia-Continent (ASPB), Maria José López (ASPB), Anna Pérez (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Marta Olabarria (ASPB).

La salut

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

Monogràfic: La tos ferina. Una malaltia reemergent

Joan Artur Caylà (ASPB), Cristina Rius (ASPB).

Monogràfic: Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

Xavier Garcia-Continent (ASPB), Maria José López (ASPB), Anna Pérez (ASPB).

Monogràfic: Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut

Carme Borrell (ASPB), Davide Maldmudi (CIBER), Roshanak Mehdipanih (CIBER), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB).

Monogràfic: Atenció a la cronicitat

Carme Beni (CSB), Antonia Castillo (CSB), Anna Coma (CSB), Mónica Miró (CatSalut), Montse Puigdollers (CSB), Imma Vallverdú (CSB).

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona
CSB: Consorci Sanitari de Barcelona
DRC: Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona
PSM: Parc de Salut Mar
HC: Hospital Clínic
ASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
CIBER: Centro de Investigación Biomédica en Red
CatSalut: Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya

Índex: La salut a Barcelona 2012

Presentació	7
Resum executiu	8
Resumen ejecutivo	12
Executive Summary	16
Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes	20
Els determinants socioeconòmics	23
Les condicions sociodemogràfiques	24
L'entorn econòmic i les condicions de vida	25
Les accions en salut pública	27
Els serveis sanitaris	28
El cribratge de càncer	35
Els determinants de l'entorn físic	39
Les condicions d'habitatge i barri	40
La seguretat alimentària	42
La qualitat de l'aire	44
La qualitat de l'aigua	46
Els comportaments relacionats amb la salut	49
L'activitat física i la mobilitat	50
L'alimentació saludable	52
El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals	53
La salut	57
L'esperança de vida i la mortalitat	58
Algunes malalties cròniques	60
L'estat de salut percebut	62
L'obesitat i l'excés de pes	63
La salut reproductiva	64
La salut laboral	65
Les lesions per col·lisió de trànsit	66
Les malalties transmissibles	68
La tuberculosi	68
La infecció per VIH-sida	69
Les infeccions de transmissió sexual	70
Monogràfics	73
La tos ferina. Una malaltia reemergent	74
Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona	77
Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut	82
Atenció a la cronicitat	85



Presentació

Barcelona fa més de 25 anys que segueix atentament a través de l'Informe de Salut tot allò que afecta la situació global i el benestar de la seva ciutadania. L'Agència de Salut Pública, mitjançant els sistemes d'informació sanitària, monitoritza l'estat dels serveis de salut, la promoció i prevenció de la salut, l'entorn físic i tots aquells elements que actuen com a determinants de salut per a la nostra població.

L'Informe del 2012 ens situa davant d'una ciutat mediterrània que és motor d'innovació, habitada per 1,6 milions d'habitants, amb percentatges elevats de persones d'edat avançada i amb un context econòmic que els darrers anys ha destacat per la desacceleració i la pèrdua de llocs de treball.

Quant als determinants socioeconòmics, es constata la millora contínua del capital humà segons el nivell educatiu, l'augment de la desocupació i un increment de l'atur de llarga durada. Hi ha una tendència creixent en el nombre de persones grans que viuen soles. Quant a la qualitat de l'aire, continuen les millores en els nivells de partícules PM_{10} i NO_2 tot i superar-se els límits en algunes estacions de mesura. Pel que fa a les concentracions de trihalometans en l'aigua, els valors continuen estant per sota del límit legislatiu, i s'amplia el percentatge d'anàlisis que es realitzen a domicilis particulars com a resposta a sol·licituds de la ciutadania. Continua el bon nivell de seguretat alimentària amb milers d'inspeccions, la majoria conformes a normativa.

En l'apartat de comportaments relacionats amb la salut, l'Informe del 2012 dedica atenció als joves i infants. El consum de tabac dels joves continua disminuint mentre que el consum d'alcohol es manté, tot i que s'incrementa en alguna franja d'edat. En els infants destaquen els factors de risc de l'excés de pes, abordats amb programes preventius ambiciosos i avaluats. Respecte de la població general es valora la importància de la mobilitat a peu i en mitjà de transport públic com a principals modes de transport a la ciutat.

D'entre les diverses accions en salut pública ja en marxa, l'Informe recull la promoció de l'esport com a activitat d'oci saludable en els barris menys afavorits i el Programa d'habilitats parentals, impulsats des dels serveis comunitaris. En l'àmbit de les pràctiques preventives continua el desenvolupament dels programes de cribratge de càncer de mama, còlon i recte, i de càncer de cèrvix, alguns dels quals acumulen una experiència de dècades en protecció de la salut de la població.

Entre els resultats en salut, es manté l'esperança de vida dels barcelonins i barcelonines i disminueix globalment la mortalitat. Continua la reducció en la incidència de la tuberculosi i s'observa una remuntada en les infeccions per sida, mentre que el VIH s'ha incrementat en el grup de persones que tenen relacions sexuals de risc.

L'Informe és una eina cabdal per a preservar la salut de la ciutat. L'edició present inclou, a més, monogràfics que analitzen a fons aspectes rellevants, donant prova de la gran capacitat d'anàlisi i tractament de la informació que desplega l'Agència de Salut Pública. Vull destacar la vàlua dels seus professionals excel·lents que, a més, porten a terme intervencions en la comunitat de gran transcendència per a la qualitat de vida de tota la ciutadania.

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

Resum executiu

8

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants, la població de Barcelona el 2012 va ser de 1.619.440 persones. Cal destacar que un nombre elevat de persones grans van viure soles (47.659 dones i 10.782 homes de 75 anys i més). S'observa al llarg del temps una disminució del nombre de persones d'entre 15 i 44 anys nascudes a l'Estat espanyol, mentre que hi ha una tendència a l'augment en les persones nascudes a l'estranger. Els darrers anys s'ha produït una reducció important de les persones sense estudis i un augment de les persones amb estudis secundaris superiors i universitaris.

L'entorn socioeconòmic i les condicions de vida

Els tres indicadors del mercat de treball que s'analitzen en aquest Informe –atur, ocupació i activitat– descriuen un context clarament més negatiu que el de l'any 2011, hi destaca l'augment de la taxa d'atur masculina i femenina, que ha esdevingut la més elevada dels darrers anys de crisi econòmica. En relació amb l'atur, s'identifiquen tres col·lectius amb una pitjor situació: els homes (empitjorament més sever dels tres indicadors), les persones joves (la taxa d'atur més elevada) i les persones més grans, sobretot les dones (major proporció d'atur de llarga durada).

Quant a les condicions de vida, el percentatge de població que ha estat víctima d'actes contra la seva seguretat ha disminuït els darrers tres anys amb una lleugera remuntada el 2012. El 23,2% de la població viu amb privació material, i aquesta es caracteritza per ser una població de joves i gent gran, així com de famílies monoparentals amb infants i població estrangera.

Les accions en salut pública

El Programa d'habilitats parentals i el «De Marxa... fent esport» són dos programes de promoció de factors positius per a la salut

(parentalitat positiva i oci saludable) que es desenvolupen a Barcelona amb criteris de prioritat en barris amb majors necessitats de salut, entre ells els que participen en el programa més global «Salut als Barris». L'any 2012 van arribar a prop de noranta mares i pares –en el seu primer any d'implantació– i a 1.420 joves d'entre 15 i 17 anys. Ambdós són programes comunitaris que requereixen la participació d'altres agents de la ciutat.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària

Els serveis d'atenció primària han donat cobertura al 68,1% del total de la població assignada, amb una mitjana de 3,5 visites al metge de família per persona i any i 3,7 visites al pediatra. Els professionals d'infermeria de 68 àrees bàsiques de salut han participat en el programa «Salut i Escola», que ha donat cobertura al 64,3% dels centres d'ESO. El Pla Barcelona Activitat Física i Salut està implantat al 70% de les àrees bàsiques de salut de la ciutat.

L'atenció a les urgències i especialitzada hospitalària

La taxa de freqüentació global d'urgències ha estat de 336,3 visites per mil habitants, i ha estat més alta en els majors de 64 anys (497 visites per mil habitants), seguida de la taxa de la població pediàtrica (390,4 visites per mil habitants) i l'adults (275,3 visites per mil habitants). Les causes d'hospitalització més freqüents entre la població de Barcelona són el grup de malalties de l'aparell circulatori, seguides de les del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, les de l'aparell respiratori i les neoplàsies. Destaquen en les dones els ingressos per causa obstètrica, que ocupen el tercer lloc de les causes d'ingrés. La meitat dels contactes són per realitzar procediments quirúrgics, els més freqüents són les operacions de l'aparell digestiu, les oculars i les del sistema musculoesquelètic. Destaca que un 52% de les intervencions es realitza per cirurgia major ambulatoria.

La salut mental

S'ha atès 34.518 persones als centres de salut mental d'adults, i 7.875 als centres de salut mental infantil i juvenil. Enguany, en el desenvolupament del Pla de Salut de Catalunya, s'ha treballat en les quatre àrees integrals de salut, en els pactes territorials per la millora de l'accessibilitat i la resolució, en el desplegament de la recepta electrònica, i també s'han creat les rutes assistencials de la depressió dins el marc de la cronicitat, amb el consens sobre activitats compartides que esdevenen la base de la col·laboració entre l'atenció de totes les línies de servei del territori.

L'atenció sociosanitària

Els dispositius sociosanitaris alternatius o complementaris a l'atenció hospitalària i de suport a l'atenció primària s'orienten a malalts crònics diagnosticats que pateixen una reagudització i que requereixen un

ingrés sense necessitat de l'alta tecnologia de l'hospital, però es poden beneficiar d'una atenció integral i d'una rehabilitació funcional. Enguany, s'ha incrementat el nombre de persones ateses en tots els processos de l'atenció sociosanitària.

La prestació farmacèutica

Els percentatges més elevats en indicadors d'utilització de recepta electrònica es presenten en la franja de persones majors de 64 anys, essent l'Àrea Integral de Salut Nord la que presenta valors més alts.

En les persones majors de 64 anys, continua la tendència a la disminució del consum de fàrmacs iniciada el 2011 en tots els grups, també hi ha una desacceleració en el ritme de creixement en el grup de 15 a 64 anys i una disminució en dos grups de fàrmacs (analgèsics/antipirètics i ansiolítics).

El cribratge de càncer

Al llarg dels anys, la participació en el Programa de detecció precoç de càncer de mama s'ha mantingut força estable pels volts del 50%, amb un recorregut del 30% en els districtes amb una major doble cobertura sanitària al 70% en els districtes amb menor doble cobertura. S'han detectat 4,8 tumors per cada mil dones.

En el cribratge de càncer de còlon i recte, la participació assolida ha estat del 43,6%. El resultat del test ha estat positiu en un 6,2% dels participants i s'han detectat 4,9 càncers per cada mil participants.

El nombre de citologies del Programa de cribratge oportunístic de càncer de cèrvix realitzat als centres d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva s'ha anat incrementant des de la seva implantació.

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

Un dels canvis significatius en el sector de la construcció d'aquests darrers anys ha estat

el traspàs, en el règim de tinença de l'habitatge, de la propietat al lloguer. El principal problema de l'habitatge, segons la percepció de la ciutadania, van ser les goteres, les humitats i els fongs i, en segon lloc, la manca d'ascensor. D'altra banda les ajudes per rehabilitació van disminuir un 60% respecte a l'any anterior. Tot i que s'observa certa tendència a la millora en el temps, la valoració respecte a la qualitat de l'aire, els sorolls i les olors del barri encara té un ampli marge de millora.

Pel que fa a les persones sense llar, un estudi recent en va detectar 2.933, un 43,4% més que fa cinc anys, de les quals 870 dormien al carrer. Les desigualtats socioeconòmiques entre barris continuen augmentant: els darrers quatre anys la diferència entre el barri més ric i el més pobre s'ha incrementat un 65%.

La seguretat alimentària

S'han dut a terme 6.495 inspeccions a establiments alimentaris. El tant per cent d'inspeccions conformes amb la normativa vigent supera el 95% a tots els sectors i per a tots els aspectes controlats. En aquelles inspeccions no conformes s'han adoptat diferents tipus de mesures, d'entre les més comunes, com mantenir una estricta vigilància fins a la correcció de la no-conformitat, i la retirada de producte del mercat.

La qualitat de l'aire

Per tercer any consecutiu els nivells de PM_{10} compleixen el valor límit de la mitjana anual ($40 \mu g/m^3$) a totes les estacions de la ciutat. Tot i el descens general en els nivells de NO_2 , se supera el valor límit anual ($40 \mu g/m^3$) en quatre de les set estacions de mesurament de la ciutat. Per a la resta de contaminants (CO , SO_2 , O_3 , Pb , Cd , Ni , As , benzo[a]pirè, benzè i $PM_{2,5}$) es compleixen els valors límit o valors objectiu establerts al Reial Decret 102/2011, relatiu a la millora de la qualitat de l'aire.

La qualitat de l'aigua

L'aigua de consum humà que es distribueix a Barcelona procedeix majoritàriament de les conques hidrogràfiques dels rius Llobregat i Ter. Tot i la millorable qualitat de l'aigua captada al Llobregat, l'optimització dels processos de potabilització possibilita el compliment dels requisits sanitaris (Rd 140/2003). El nivell de trihalometans actualment se situa per sota del límit màxim legal de $100 \mu g/l$.

La major part de les incidències que troba l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) en els controls de qualitat de l'aigua a les aixetes de la ciutadania són degudes a l'existència de canonades de plom i/o la manca de manteniment i neteja de les instal·lacions antigues, on sovint existeixen dipòsits interns d'aigua.

Resum executiu

10

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

El nivell d'activitat física saludable dels joves és similar al del 2006 tant en nois com en noies. Tanmateix el 2006 no s'apreciava gradient segons la posició socioeconòmica, mentre que el 2011 els infants de posició més afavorida fan més activitat física saludable que els de posició menys afavorida.

Els dos mitjans de transport més freqüents a la ciutat, en homes i dones, són els desplaçaments caminant i els fets amb transport públic, amb més d'una tercera part cadascun. La resta de modes de transport usats són el turisme, amb menys d'una cinquena part; la motocicleta o el ciclomotor, amb menys d'una desena part, i la bicicleta, amb el 3% en homes i l'1% en dones. Les dones tenen més mobilitat a peu i en transport públic que els homes i, en canvi, els homes presenten una major mobilitat en modes de transport privats, com el turisme, la motocicleta o el ciclomotor i la bicicleta.

L'alimentació saludable

Dins del projecte de Prevenció de l'Obesitat Infantil (projecte POIBA) es comprova que els infants que sopen habitualment davant la televisió, així com els que no dinen a l'escola presenten més excés de pes respecte dels que no ho fan, posant de manifest el caràcter protector que té per a l'infant fer un àpat a l'escola. Pel que fa a esmorzar cada dia abans de sortir de casa, amb dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, no ho feia el 6,9% de la població d'entre 3 i 14 anys (el 5,7% dels nois i el 8,2% de les noies).

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La prevalença del consum de tabac entre els adolescents ha disminuït al llarg dels anys. Així mateix, s'observa una clara tendència a la disminució de les diferències en el consum de tabac entre nois i noies.

Els percentatges de joves que s'han emborratxat alguna vegada els darrers sis mesos observats el 2012, respecte del 2004, són lleugerament inferiors en joves de segon d'ESO i en nois de quart d'ESO, però s'incrementen lleugerament a segon de batxillerat/CFGM i en noies de quart d'ESO.

Pel que fa a la població amb dependència del consum de drogues, figuren 8.500 pacients amb problemes d'abús de drogues o drogodependències en els Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) municipals, i s'han fet 4.000 primeres visites a tot Barcelona, de les quals el 48% són a causa del consum d'alcohol, el 22% de cocaïna, el 17% d'opiacis i el 13% de cànnabis. La tendència que s'observa és la disminució en la proporció dels nous inicis de tractament per consum d'opiacis al llarg dels anys, i a una estabilització des del 2006. La proporció del consum de cocaïna ha disminuït des del 2009, mentre que destaca un increment sostingut del consum d'alcohol i, des de l'any 2009, dels inicis de tractament per cànnabis.

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Malgrat la tendència positiva de la mortalitat, destaquen alguns aspectes que cal vigilar. El càncer de pulmó, que és una de les principals causes de mort prematura, si bé disminueix en els homes, augmenta progressivament en les dones. La disminució d'algunes de les causes de mort fa que el suïcidi passi a ser una de les primeres causes de mort prematura, i en els homes destaca la tendència creixent dels darrers anys. D'altra banda, es mantenen les desigualtats en l'esperança de vida en el territori, i, malgrat que disminueixen, Ciutat Vella continua tenint els pitjors valors de la ciutat.

Algunes malalties cròniques

Les malalties cròniques són la causa del 80% de la mortalitat i consumeixen més del 50% dels recursos del sistema sanitari. Incidint en el control dels factors de risc, com es fa des de l'atenció primària, amb un control òptim de la tensió arterial, una valoració del risc cardiovascular i de diabetis mellitus, s'aconsegueix una millora en l'evolució de la malaltia, a la vegada que se n'eviten possibles reaguditzacions. En els darrers anys les xifres de bon control s'han incrementat en tots els casos. En els episodis aguts de les malalties de l'aparell circulatori, l'estratègia de Codis ha servit per millorar la coordinació assistencial entre dispositius sanitaris i escurçar el temps d'atenció.

L'estat de salut percebut

La distribució de la salut percebuda per districtes mostra que no existeixen diferències territorials i que la immigració tampoc no afecta

aquesta distribució. Els homes presenten pitjor salut percebuda que les dones.

L'obesitat i l'excés de pes

El 13,2% dels joves presenta sobrepès (15,4% en nois i 10,9% en noies), mentre que el 8,9% presenta obesitat (10,2% en nois i 7,5% en noies). En conjunt, l'excés de pes és del 22,1% (25,6% en nois i 18,4% en noies), segons dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011.

La salut reproductiva

L'any 2011 es van produir 833 embarassos en dones adolescents i joves (de 15 a 19 anys). En aquest grup d'edat, un alt nombre d'embarassos (74%) no són planificats, i acaben en una interrupció voluntària de l'embaràs. Els embarassos van ser més freqüents entre les dones nascudes a països de renda baixa, que gairebé van tripliar la taxa de les adolescents i joves nascudes a l'Estat espanyol, i la interrupció de l'embaràs és menor en aquest col·lectiu que en el de les dones nascudes a l'Estat espanyol, i que se situa pels volts del 60%.

La salut laboral

Les lesions per accident de treball greus i les malalties relacionades amb el treball, sobretot les de tipus ansiós-depressiu, han disminuït en coherència amb els canvis en el mercat de treball (menor nombre de persones ocupades exposades a riscos laborals potencials). D'altra banda, alguns resultats assenyalen punts d'alerta: l'augment de les lesions per accidents de treball mortals, sobretot de les lesions traumàtiques en jornada laboral i d'algunes relacionades amb el treball de tipus físic, alerta sobre un possible empitjorament d'alguns riscos laborals, mentre que l'augment de les lesions per accident de treball

greus *in itinere* i de les no traumàtiques suggereix un possible augment de l'estrès en treballadors i treballadores.

Les lesions per col·lisió de trànsit

S'han produït a la ciutat de Barcelona 8.352 col·lisions de trànsit que han ocasionat víctimes: han tingut com a conseqüència 10.986 persones lesionades i trenta persones mortes (homes en gairebé dues tercers parts dels casos) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. Respecte a l'any anterior, s'observa un augment del 7,3% en el nombre de persones lesionades i una reducció del 3,2% en el nombre de persones mortes, especialment en homes.

Les malalties transmissibles

La tuberculosi

S'ha detectat a la ciutat un total de 343 casos de tuberculosi, 217 en homes i 126 en dones. La incidència ha disminuït gairebé un 15% respecte a l'any anterior, i és la més baixa enregistrada des de l'inici del programa de control. La malaltia és més freqüent al districte de Ciutat Vella i en població immigrant.

La infecció per VIH-sida

La incidència del VIH i la sida continua sent elevada, particularment en el cas dels homes amb relacions homosexuals. Aquest any s'ha observat una lleugera remuntada en les taxes de sida. Malauradament, la proporció de casos que inicien el tractament amb retard continua sent elevada. Caldria reforçar els programes de promoció de la prova del VIH i implementar estratègies per a la realització sistemàtica de l'estudi de contactes sexuals en les unitats clíniques de VIH.

Les infeccions de transmissió sexual

Les infeccions de transmissió sexual es configuren com a infeccions que afecten majoritàriament homes amb pràctiques homosexuals. La tendència a l'augment d'aquestes infeccions fa necessari incrementar el diagnòstic precoç mitjançant l'estudi de contactes i assegurar-ne el correcte tractament. Els metges i metgesses que diagnostiquen una infecció haurien d'oferir de manera sistemàtica la prova del VIH, amb l'objectiu de disminuir la transmissió de la infecció i el retard en el diagnòstic.

Resumen ejecutivo

12

Los determinantes socioeconómicos

Las condiciones sociodemográficas

Según datos del Padrón Municipal de Habitantes la población de Barcelona en 2012 fue de 1.619.440 personas. Cabe destacar que un número elevado de personas mayores vivieron solas (47.659 mujeres y 10.782 hombres de 75 años y más). Se observa a lo largo del tiempo una disminución del número de personas de entre 15 y 44 años nacidas en el Estado español, mientras que hay una tendencia al aumento en las personas nacidas en el extranjero. Los últimos años se ha producido una reducción importante de las personas sin estudios y un aumento de las personas con estudios secundarios superiores y universitarios.

El entorno socioeconómico y las condiciones de vida

Los tres indicadores del mercado de trabajo que se analizan en este Informe –paro, empleo y actividad– describen un contexto claramente más negativo que el del año 2011, en el que destaca el aumento de la tasa de paro masculina y femenina, que se ha convertido en la más elevada de los últimos años de crisis económica. En relación con el paro, se identifican tres colectivos con una situación peor: los hombres (empeoramiento más severo de los tres indicadores), las personas jóvenes (la tasa de paro más elevada) y las personas mayores, sobre todo las mujeres (mayor proporción de desempleo de larga duración).

En cuanto a las condiciones de vida, el porcentaje de población que ha sido víctima de actos contra su seguridad ha disminuido en los últimos tres años con una ligera remontada en 2012. El 23,2% de la población vive con privación material, y ésta se caracteriza por ser una población de jóvenes y mayores, así como de familias monoparentales con niños y población extranjera.

Las acciones en salud pública

El Programa de habilidades parentales y el «De Marxa... fent esport» son dos programas de promoción de factores positivos para la salud (parentalidad positiva y ocio saludable) que se desa-

rollan en Barcelona con criterios de prioridad en barrios con mayores necesidades de salud, entre ellos los que participan en el programa más global «Salut als Barris». En el año 2012 llegaron a cerca de noventa madres y padres –en su primer año de implantación– y a 1.420 jóvenes de entre 15 y 17 años. Ambos son programas comunitarios que requieren la participación de otros agentes de la ciudad.

Los servicios sanitarios

La atención primaria

Los servicios de atención primaria han dado cobertura al 68,1% del total de la población asignada, con una media de 3,5 visitas al médico de familia por persona y año y 3,7 visitas al pediatra. Los profesionales de enfermería de 68 áreas básicas de salud han participado en el programa «Salut i Escola», que ha dado cobertura al 64,3% de los centros de ESO. El Plan Barcelona Activitat Física i Salut está implantado en el 70% de las áreas básicas de salud de la ciudad.

La atención a las urgencias y especializada hospitalaria

La tasa de frecuentación global de urgencias ha sido de 336,3 visitas por mil habitantes, y ha sido más alta en las personas mayores de 64 años (497 visitas por mil habitantes), seguida de la tasa de la población pediátrica (390,4 visitas por mil habitantes) y la adulta (275,3 visitas por mil habitantes). Las causas de hospitalización más frecuentes entre la población de Barcelona son el grupo de enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de las del sistema nervioso y los órganos de los sentidos, las del aparato respiratorio y las neoplasias. Destacan en las mujeres los ingresos por causa obstétrica, que ocupan el tercer lugar de las causas de ingreso. La mitad de los contactos son para realizar procedimientos quirúrgicos, los más frecuentes son las operaciones del aparato digestivo, las oculares y las del sistema musculoesquelético. Destaca que un 52% de las intervenciones se realiza por cirugía mayor ambulatoria.

La salud mental

Se ha atendido a 34.518 personas en los centros de salud mental de adultos, y a 7.875 en los centros de salud mental infantil y juvenil. Este año, en el desarrollo del Pla de Salut de Catalunya, se ha trabajado en las cuatro áreas integrales de salud, en los pactos territoriales para la mejora de la accesibilidad y la resolución, en el despliegue de la receta electrónica, y también se han creado las rutas asistenciales de la depresión en el marco de la cronicidad, con el consenso sobre actividades compartidas que son la base de la colaboración entre la atención de todas las líneas de servicio del territorio.

La atención sociosanitaria

Los dispositivos sociosanitarios alternativos o complementarios a la atención hospitalaria y de apoyo a la atención primaria se orientan a enfermos crónicos diagnosticados que sufren una reagudización y que requieren un ingreso sin necesidad de la alta tecnología del hospital,

pero pueden beneficiarse de una atención integral y de una rehabilitación funcional. Este año se ha incrementado el número de personas atendidas en todos los procesos de la atención sociosanitaria.

La prestación farmacéutica

Los porcentajes más elevados en indicadores de utilización de receta electrónica se presentan en la franja de personas mayores de 64 años, siendo el Área Integral de Salud Norte la que presenta valores más altos.

En las personas mayores de 64 años prosigue la tendencia a la disminución del consumo de fármacos iniciada en 2011 en todos los grupos, también se produce una desaceleración en el ritmo de crecimiento en el grupo de 15 a 64 años y una disminución en dos grupos de fármacos (analgésicos/antipiréticos y ansiolíticos).

El cribado de cáncer

A lo largo de los años, la participación en el Programa de detección precoz de cáncer de mama se ha mantenido bastante estable en torno al 50%, con un recorrido del 30% en los distritos con una mayor doble cobertura sanitaria al 70% en los distritos con menor doble cobertura. Se han detectado 4,8 tumores por cada mil mujeres.

En el cribado de cáncer de colon y recto, la participación alcanzada ha sido del 43,6%. El resultado del test ha sido positivo en un 6,2% de los participantes y se han detectado 4,9 cánceres por cada mil participantes. El número de citologías del programa de cribado oportunístico de cáncer de cérvix realizado en los centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva se ha ido incrementando desde su implantación.

Los determinantes del entorno físico

Las condiciones de vivienda y barrio

Uno de los cambios significativos en el sector de la construcción de estos últimos años ha sido el traspaso, en el régimen de tenencia de la vivienda, de la propiedad al alquiler. El principal

problema de la vivienda, según la percepción de la ciudadanía, fueron las goteras, las humedades y los hongos y, en segundo lugar, la falta de ascensor. Por otra parte las ayudas para rehabilitación disminuyeron un 60% respecto al año anterior. Aunque se observa cierta tendencia a la mejora en el tiempo, la valoración respecto a la calidad del aire, los ruidos y los olores del barrio todavía tiene un amplio margen de mejora.

En cuanto a las personas sin hogar, un estudio reciente detectó 2.933, un 43,4% más que hace cinco años, 870 de las cuales dormían en la calle. Las desigualdades socioeconómicas entre barrios siguen aumentando: en los últimos cuatro años la diferencia entre el barrio más rico y el más pobre se ha incrementado un 65%.

La seguridad alimentaria

Se han llevado a cabo 6.495 inspecciones en establecimientos alimentarios. El tanto por ciento de inspecciones conformes con la normativa vigente supera el 95% en todos los sectores y para todos los aspectos controlados. En aquellas inspecciones no conformes se han adoptado diferentes tipos de medidas de entre las más comunes, como mantener una estricta vigilancia hasta la corrección de la no conformidad, y la retirada de producto del mercado.

La calidad del aire

Por tercer año consecutivo los niveles de PM₁₀ cumplen el valor límite de la media anual (40 µg/m³) en todas las estaciones de la ciudad. A pesar del descenso general en los niveles de NO₂, se supera el valor límite anual (40 µg/m³) en cuatro de las siete estaciones de medición de la ciudad. Para el resto de contaminantes (CO, SO₂, O₃, Pb, Cd, Ni, As, benzo[a]pireno, benceno y PM_{2,5}) se cumplen los valores límite o valores objetivo establecidos en el Real Decreto 102/2011, relativo a la mejora de la calidad del aire.

La calidad del agua

El agua de consumo humano que se distribuye en Barcelona procede mayoritariamente de las cuencas hidrográficas de los ríos Llobregat y Ter. A pesar de la mejorable calidad del agua captada en el Llobregat, la optimización de los procesos de potabilización posibilita el cumplimiento de los requisitos sanitarios (Rd 140/2003). El nivel de trihalometanos actualmente se sitúa por debajo del límite máximo legal de 100 µg/l.

La mayor parte de las incidencias que encuentra la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) en los controles de calidad del agua en los grifos de la ciudadanía son debidas a la existencia de tuberías de plomo y/o a la falta de mantenimiento y limpieza de las instalaciones antiguas, donde a menudo existen depósitos internos de agua.

Resumen ejecutivo

14

Los comportamientos relacionados con la salud

La actividad física y la movilidad

El nivel de actividad física saludable de los jóvenes es similar al de 2006 tanto en chicos como en chicas. Sin embargo en 2006 no se apreciaba gradiente según la posición socioeconómica, mientras que en 2011 los niños de posición más favorecida realizan mayor actividad física saludable que los de posición menos favorecida.

Los dos medios de transporte más frecuentes en la ciudad, en hombres y mujeres, son los desplazamientos andando y los hechos en transporte público, con más de una tercera parte cada uno. El resto de modos de transporte utilizados son el turismo, con menos de una quinta parte, la motocicleta o el ciclomotor, con menos de una décima parte, y la bicicleta, con el 3% en hombres y el 1% en mujeres. Las mujeres presentan una mayor movilidad a pie y en transporte público que los hombres y, en cambio, los hombres presentan una mayor movilidad en modos de transporte privados, como el turismo, la motocicleta o el ciclomotor y la bicicleta.

La alimentación saludable

Dentro del proyecto Prevenció de l'Obesitat Infantil (proyecto POIBA) se comprueba que los niños y niñas que cenar habitualmente ante el televisor, así como los que no comen en la escuela presentan más exceso de peso respecto a los que no lo hacen, poniendo de manifiesto el carácter protector que tiene para el niño o niña tomar una comida en la escuela. En cuanto a desayunar cada día antes de salir de casa, con datos de la Encuesta de salud de Barcelona de 2011, no lo hacía el 6,9% de la población de entre 3 y 14 años (el 5,7% los chicos y el 8,2% de las chicas).

El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales

La prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes ha disminuido a lo largo de los años. Asimismo, se observa una clara tendencia a la

disminución de las diferencias en el consumo de tabaco entre chicos y chicas.

Los porcentajes de jóvenes que se han emborrachado alguna vez en los últimos seis meses observados en 2012, respecto a los de 2004, son ligeramente inferiores en jóvenes de segundo de ESO y en chicos de cuarto de ESO, pero se incrementan ligeramente en segundo de bachillerato/CFGM y en chicas de cuarto de ESO.

En cuanto a la población con dependencia del consumo de drogas, figuran 8.500 pacientes con problemas de abuso de drogas o drogodependencias en los Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) municipales, y se han realizado 4.000 primeras visitas en toda Barcelona, de las cuales el 48% son a causa del consumo de alcohol, el 22% de cocaína, el 17% de opiáceos y el 13% de cannabis. La tendencia que se observa es la disminución en la proporción de los nuevos inicios de tratamiento por consumo de opiáceos a lo largo de los años, y a una estabilización desde 2006. La proporción del consumo de cocaína ha disminuido desde 2009, mientras que destaca un incremento sostenido del consumo de alcohol y, desde el año 2009, de los inicios de tratamiento por cannabis.

La salud

La esperanza de vida y la mortalidad

A pesar de la tendencia positiva de la mortalidad, destacan algunos aspectos que hay que vigilar. El cáncer de pulmón, que es una de las principales causas de muerte prematura, si bien disminuye en los hombres, aumenta progresivamente en las mujeres. La disminución de algunas de las causas de muerte hace que el suicidio pase a ser una de las primeras causas de muerte prematura, y en los hombres destaca la tendencia creciente de los últimos años. Por otra parte, se mantienen las desigualdades en la esperanza de vida en el territorio, y, a pesar de que disminuyen, Ciutat Vella sigue teniendo los peores valores de la ciudad.

Algunas enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas son la causa del 80% de la mortalidad y consumen más del 50% de los recursos del sistema sanitario. Incidiendo en el control de los factores de riesgo, como se hace desde la atención primaria, con un control óptimo de la tensión arterial, una valoración del riesgo cardiovascular y de diabetes mellitus, se consigue una mejora en la evolución de la enfermedad, a la vez que se evitan posibles reagudizaciones. En los últimos años las cifras de buen control se han incrementado en todos los casos. En los episodios agudos de las enfermedades del aparato circulatorio, la estrategia de Códigos ha servido para mejorar la coordinación asistencial entre dispositivos sanitarios y acortar el tiempo de atención.

El estado de salud

La distribución de la salud percibida por distritos muestra que no existen diferencias territoriales y que la inmigración tampoco afecta a esta distribución. Los hombres presentan peor salud percibida que las mujeres.

La obesidad y el exceso de peso

El 13,2% de los jóvenes presenta sobrepeso (15,4% en chicos y 10,9% en chicas), mientras que el 8,9% presenta obesidad (10,2% en chicos y 7,5% en chicas). En conjunto, el exceso de peso es del 22,1% (25,6% en chicos y 18,4% en chicas), según datos de la Encuesta de salud de Barcelona de 2011.

La salud reproductiva

En el año 2011 se produjeron 833 embarazos en mujeres adolescentes y jóvenes (de 15 a 19 años). En este grupo de edad, un alto número de embarazos (74%) no son planificados, y terminan en una interrupción voluntaria del embarazo. Los embarazos fueron más frecuentes entre las mujeres nacidas en países de renta baja, que casi triplicaron la tasa de las adolescentes y jóvenes nacidas en el Estado español, y la interrupción del embarazo es menor en este colectivo que en el de las mujeres nacidas en el Estado español, y que se sitúa alrededor del 60%.

La salud laboral

Las lesiones por accidente de trabajo graves y las enfermedades relacionadas con el trabajo, sobre todo las de tipo ansioso-depresivo, han disminuido en coherencia con los cambios en el mercado de trabajo (menor número de personas ocupadas expuestas a riesgos laborales potenciales). Por otra parte, algunos resultados señalan puntos de alerta: el aumento de las lesiones por accidentes de trabajo mortales, sobre todo de las lesiones traumáticas en jornada laboral y de al-

gunas relacionadas con el trabajo de tipo físico, alerta sobre un posible empeoramiento de algunos riesgos laborales, mientras que el aumento de las lesiones por accidente de trabajo graves *in itinere* y de las no traumáticas sugiere un posible aumento del estrés en los trabajadores y trabajadoras.

Las lesiones por colisión de tráfico y otras

Se han producido en la ciudad de Barcelona 8.352 colisiones de tráfico que han ocasionado víctimas: han tenido como consecuencia 10.986 personas lesionadas y treinta personas muertas (hombres en casi dos terceras partes de los casos) durante las primeras 24 horas después de la colisión. Respecto al año anterior, se observa un aumento del 7,3% en el número de personas lesionadas y una reducción del 3,2% en el número de personas muertas, especialmente en hombres.

Las enfermedades transmisibles

La tuberculosis

Se ha detectado en la ciudad un total de 343 casos de tuberculosis, 217 en hombres y 126 en mujeres. La incidencia ha disminuido casi un 15% respecto al año anterior, y es la más baja registrada desde el inicio del programa de control. La enfermedad es más frecuente en el distrito de Ciutat Vella y en población inmigrante.

La infección por VIH-sida

La incidencia del VIH y el sida sigue siendo elevada, particularmente en el caso de los hombres con relaciones homosexuales. Este año se ha observado una ligera remontada en las tasas de sida. Desgraciadamente, la proporción de casos que inician el tratamiento con retraso sigue siendo elevada. Habría que reforzar los programas de promoción de la prueba del VIH e implementar estrategias para la realización sistemática del estudio de contactos sexuales en las unidades clínicas de VIH.

Las infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual se configuran como infecciones que afectan mayoritariamente a hombres con prácticas homosexuales. La tendencia al aumento de estas infecciones hace necesario incrementar el diagnóstico precoz mediante el estudio de contactos y asegurar su correcto tratamiento. Los médicos y médicas que diagnostican una infección deberían ofrecer de manera sistemática la prueba del VIH, con el objetivo de disminuir la transmisión de la infección y el retraso en el diagnóstico.

Executive Summary

16

Socioeconomic determinants

Socio-demographic conditions

According to the Municipal Population Register, the population of Barcelona in 2012 was 1,619,440 people. It is worth noting that a large number of elderly people live alone (47,659 women and 10,782 men aged 75 or over). Over the years, the number of people aged between 15 and 44 born in Spain has dropped, while there has been an increase in the number of people born abroad. In the last few years there has been a significant drop in the number of people with no educational qualifications and an increase in the number of people with higher and university education.

Socioeconomic environment and living conditions

The three indicators of the labour market analysed in this report – unemployment, employment and activity – paint a much more negative picture than in 2011, with an increase in unemployment figures for both men and women, the highest since the economic crisis began. With regard to unemployment, there are three collectives in the worst situation: men (the biggest drop in all three indicators), young people (the highest overall unemployment rate) and older people, especially women (the largest proportion of long-term unemployed).

With regard to living conditions, the percentage of the population who have fallen victim to actions threatening their safety has dropped in the last three years, though showing a slight rise in 2012. 23.2% of the population live in a state of material deprivation, typically young people, the elderly, single-parent families and foreigners.

Public health campaigns

The Parenting Skills Programme and the «De Marxa... fent esport» (“Get going through sport”) initiatives being rolled out in Barcelona promote positive attitudes towards health (in terms of parenting skills and healthy leisure

activities) with a priority on the neighbourhoods with the highest public health needs, amongst which are those already taking part in the more general Neighbourhood Health programme. In 2012, the programme reached some 90 mothers and fathers in its inaugural year and 1,420 young people aged between 15 and 17. Both of these are community programmes that rely on the participation of other city agencies.

Healthcare services

Primary healthcare

Primary healthcare services covered 68.1% of the total assigned population, with an average of 3.5 visits to a GP per person per year and 3.7 visits to the paediatrician. Nursing professionals in 68 basic health areas took part in the Health at School Programme which covered 64.3% of secondary schools. The Barcelona Plan for Physical Activity and Health has been implemented in 70% of the city's basic health areas.

Emergency and specialized hospital care

The overall attendance rate at accident and emergency units was 336.3 visits per thousand inhabitants, being higher in the over-64s (497 visits per thousand inhabitants), followed by the paediatric-related category (390.4 visits per thousand inhabitants) and then adults (275.3 visits per thousand inhabitants). The most common reasons for hospitalization in people living in Barcelona are circulatory system diseases, followed by diseases of the nervous system and the sensory organs, respiratory system and tumours. In women the most common reason is obstetric, which is overall the third most common reason for hospital admittance. Half of hospital admissions are for surgical procedures, the most common being operations on the digestive system, eyes and the musculoskeletal system. It is worth noting that 52% of these procedures are performed as out-patient surgery.

Mental health

Some 34,518 people were treated in adult mental health centres, and 7,875 in mental health centres for children and young people. This year, in developing the Health Plan for Catalonia, work has been carried out in four integrated health areas, with territorial agreements to improve accessibility and results through the deployment of e-prescriptions as well as the creation of a support system for chronic depression sufferers, along with consensus over shared activities that form the basis of collaboration between all of the region's care providers.

Social welfare and healthcare

Healthcare bodies that offer alternative or complementary services to hospital care and primary care support are geared towards chronically ill patients suffering a relapse who require admittance without the need for high-tech hospital facilities, yet who can benefit from comprehensive care and functional rehabilitation. This year there was an increase in the number of people treated across all healthcare processes.

Pharmaceutical services

The highest percentages in indicators showing the use of e-prescriptions are in the over-64 age range, the Northern Health Area having the highest figures in this respect.

In the over-64s, the drop in the consumption of medicines that started in 2011 has continued in all groups, and there was also a slowdown in the rate of growth in the 15-64 age range and a drop in two groups of drug varieties (analgesics/antipyretics and anxiolytics).

Cancer screening

Over the years, participation in the Early Breast Cancer Detection Programme has remained stable at around 50%, ranging from 30% in the districts with higher dual healthcare coverage up to 70% in districts with lower dual coverage. An average of 4.8 tumours per thousand women was detected.

In screening for colorectal cancer, the participation rate was 43.6%. Test results were positive in 6.2% of participants and 4.9 cancers were detected per thousand participants. The number of PAP smears carried out in the screening programme for cervical cancer at the Sexual and Reproductive Health Centres has grown ever since its introduction.

Determinants of physical surroundings

Housing and neighbourhood conditions

One of the most significant changes in the housing sector over the last few years has been the shift from property ownership to rentals. The main housing problems, according to public perception, were leaks, damp and mould and secondly the lack of elevators. Meanwhile, grants for building renovations dropped by 60% compared to the previous year. Although there is a noticeable trend towards improvement over time, an assessment of air quality, noise and unpleasant smells in neighbourhoods still leaves a lot of room for further improvement.

As for the homeless, a recent study put this figure at 2,933 people, 43.4% more than five years ago, of which 870 are actually sleeping on the streets. The socioeconomic inequalities between neighbourhoods continue to increase: in the last four years, the gap between the richest and poorest districts has risen by 65%.

Food safety

Some 6,495 inspections of food establishments were carried out. The percentage of inspections compliant with current regulations exceeds 95% across all sectors and aspects tested. In the case of nonconforming inspections, a variety of measures were implemented, the most common being to keep a strict watch until the nonconformity has been corrected, and the withdrawal of the product in question from the market.

Air quality

For the third year running, levels of PM₁₀ complied with the limit value for the annual average (40 µg/m³) at every measuring station in the city. Despite the general drop in NO₂ levels, the annual limit value (40 µg/m³) was exceeded at four of the seven measuring stations in the city. Other pollutants (CO, SO₂, O₃, Pb, Cd, Ni, As, benzo[a]pyrene, benzene and PM_{2.5}) complied with their limits value and target value by Royal Decree 102/2011 in relation to improving air quality.

Water quality

The water for human consumption distributed around Barcelona comes mainly from the watersheds of the rivers Llobregat and Ter. Despite the improved water quality obtained from the Llobregat, the optimization of water purification processes has ensured it complies with health requirements (RD 140/2003). The level of trihalomethanes in the water is currently below the legally established upper limit of 100 g/l.

Most of the incidents identified by the Barcelona Public Health Agency (ASPB) on water quality tests of the city's tap water are due to either lead pipes and the lack of maintenance and/or cleaning of old installations where there are often internal water tanks.

Health-related behaviour

Physical exercise and mobility

The level of healthy activity in young people is similar to that of 2006 for both boys and girls. However, in 2006 the appraisal did not take into account their position on the socioeconomic scale, while in 2011 children from more affluent homes did more healthy physical activity than those from less advantaged backgrounds.

Executive Summary

18

The most commonly used means of transport in the city by both men and women are walking and public transport, accounting for over one-third each. The other modes of transport used are private cars, accounting for less than one-fifth; motorcycles or mopeds, less than one-tenth, and bicycles, used by 3% of men and 1% of women. Women tend to walk and use public transport more than men, while men tend to make more use of cars, motorcycles and bicycles.

Healthy eating habits

As part of the Prevention of Child Obesity project (POIBA) it was found that children who regularly eat in front of the television and those who do not eat school meals are more overweight than their counterparts, demonstrating the protective factor that a meal at school provides for children. With regard to children who have breakfast before leaving home every day, taken from data in the Barcelona health survey of 2011, 6.9% of the population aged between 3 and 14 do not have any breakfast (5.7% of boys and 8.2% of girls).

Consumption of tobacco, alcohol and illegal drugs

The prevalence of tobacco consumption among adolescents has dropped over the years. At the same time, a clear trend is apparent in the difference in tobacco consumption between boys and girls.

The percentages of young people who have been drunk at some point during the last six months of 2012, compared to 2004, are slightly lower for young people in the second year and boys in the fourth year of compulsory secondary education, but slightly higher in second year Baccalaureate/Vocational training pupils and girls in the fourth year of compulsory secondary education.

With regard to the drug-dependent population, there are 8,500 patients with problems of drug abuse or drug addiction across the Care and Monitoring Centres (CAS), and 4,000 first visits were made in Barcelona, of which 48% were

due to the consumption of alcohol, 22% cocaine, 17% opiates and 13% cannabis. A trend has been observed towards a drop in the proportion of new treatment programmes for opiate consumption and a levelling-out since 2006. The proportion of cocaine consumption has dropped since 2009, while there is a significantly sustained increase in alcohol consumption and, since 2009, in people embarking on new cannabis treatment programmes.

Health

Life expectancy and mortality

Despite positive trends in mortality, there are still certain elements for concern. Lung cancer, which is one of the main causes of premature death, has dropped in men but continues to increase progressively in women. The drop in some causes of death has led to suicide becoming one of the main causes of premature death, and in men this trend has increased in the last few years. Meanwhile, there are still inequalities in life expectancy across the region, and in spite of a general decline, the Ciutat Vella still has the worst figures in the city.

Chronic diseases

Chronic diseases are the cause of 80% of deaths and account for more than 50% of the health system's resources.

At the primary care level there is an emphasis on addressing risk factors and through the optimal control of blood pressure and cardiovascular and diabetes risk assessments, improvements are being achieved in controlling the progress of these diseases as well as avoiding possible relapses. In the last few years, positive monitoring figures have improved in all cases. In acute diseases of the circulatory system, the CODIS strategy has been instrumental in improving the coordination of care between healthcare bodies and reducing treatment duration.

State of health

The breakdown of perceived health by district shows that there are no regional differences and that the immigration factor does not affect this breakdown either. Men show lower perceived health figures than women.

Overweight and obesity

Some 13.2% of young people are overweight (15.4% of boys and 10.9% of girls), while 8.9% are obese (10.2% boys and 7.5% girls). Overall, 22.1% of young people are overweight (25.6% of boys and 18.4% of girls) according to the Barcelona Health Survey in 2011.

Reproductive health

In 2011 there were 833 teenage pregnancies (15-19 year-olds). In this age group, a high number of pregnancies are unplanned (74%) and end in abortion. Pregnancies were more common in women born in low-income countries, almost tripling the rate for girls and young women born in Spain, and abortions are less frequent in this collective than in Spanish women, at around 60%.

Occupational health

Injuries from serious occupational accidents and work-related diseases, especially in the category of anxiety and depression, have fallen in line with changes in the labour market (a lower number of employees exposed to potential occupational risks). On the other hand, some results point to warning signs: an increase in accidental injuries leading to fatalities and, above all, trauma injuries sustained during the working day and in some way related to physical labour, point to a possible increase of risks in the workplace, while the increase in serious accidents en route to work and non-traumatic accidents suggests a possible increase in workers' stress.

Road traffic Injuries

There were 8,352 traffic injured crashes in the city of Barcelona, resulting in 10,986 people

injured and 30 deaths (almost two-thirds of which were men) within the first 24 hours of the crash. Compared to the previous year, there was an increase of 7.3% in the number of people injured and a drop of 3.2% in the number of deaths, especially men.

Infectious diseases

Tuberculosis

A total of 343 cases of tuberculosis were detected in the city, 217 in men and 126 in women. This figure has decreased by almost 15% compared to the previous year and is the lowest figure recorded since the Tuberculosis Control Programme began. The disease is most common in the Ciutat Vella district and among the immigrant population.

HIV/AIDS infections

The incidence of HIV and AIDS remains high, especially in the case of men in homosexual relationships. This year there has been a slight increase in the number of AIDS cases. Regrettably, the percentage of cases where there is a delay before beginning treatment remains high. Programmes to encourage HIV testing need to be reinforced and strategies introduced for the systematic study of sexual contact by HIV clinical units.

Sexually transmitted diseases

Sexually transmitted diseases mainly affect men engaged in homosexual activities. The upward trend of these infections makes it necessary to improve early diagnosis through the study of sexual contacts to ensure the right treatment is administered. The doctors who diagnose an infection should systematically test for HIV, with the aim of reducing the transmission of the disease and avoiding delays in the diagnosis.

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

20

En l'àmbit local i urbà hi ha factors específics que causen o determinen les desigualtats en salut. A continuació es presenten aquests factors dins el marc conceptual tenint en compte els aspectes que són responsabilitat dels governs municipals. Les seccions principals del marc són:

Governança

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

Context físic

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

Context socioeconòmic

Aquest element es refereix a diferents aspectes, com ara els factors econòmics, d'ocupació i les condicions de treball, l'entorn domèstic i familiar,

els serveis públics (educació, salut, serveis per ajudar les famílies, etc.) i les transferències socials (pensions, prestacions per atur, etc.). Tot i que la majoria d'aquests factors són responsabilitat del govern del país, els governs de les ciutats tenen la capacitat de modificar-los. Altres aspectes inclosos són la seguretat, les xarxes socials i la participació de la comunitat.

Els entorns

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

Les característiques del medi construït i el context socioeconòmic influeixen en la segregació residencial de la població, fet que implica

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



Font: Elaborat pel projecte Ineq-cities: <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/> (Borrell C et al. JECH)⁴.

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

Eixos de desigualtat

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

1 Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci.* 2010; 1186: 125-45.

2 Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. *J Urban Health.* 2007; 84(3 Suppl):16-26.

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

4 Borrell C et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health.* 2013; 67:5 389-91.





Els determinants socioeconòmics

23

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El cribratge de càncer

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut reproductiva

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Monogràfics

La tos ferina. Una malaltia reemergent

Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut

Atenció a la cronicitat

Les condicions sociodemogràfiques

24

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants cedides per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2012 la població de Barcelona era de 1.619.440 persones, 769.299 homes (47,5%) i 850.151 dones (52,5%).

Pel que fa la distribució de la població de la ciutat per edat i sexe, la proporció d'homes i dones era diferent segons el grup d'edat. Així, mentre que en persones menors de 45 anys la proporció d'homes era molt similar i fins i tot superior a la de dones (51,3% en menors de 15 anys i 50,7% en persones d'entre 15 i 44 anys), a partir dels 45 anys aquest percentatge s'inverteix i la proporció d'homes disminueix a mesura que augmenta l'edat de la població (des del 47% en persones d'entre 45 i 64 anys fins al 28,6% en persones de 85 anys i més). Aquesta distribució era similar en persones nascudes a Espanya i persones nascudes a l'estranger.

Si analitzem l'evolució en el temps de la població segons l'edat, els darrers anys s'observa una tendència a la reducció del nombre de persones d'entre 15 i 44 anys. Aquesta evolució ha estat diferent en persones nascudes a l'Estat espanyol i persones nascudes a l'estranger. Així, a la figura 1 s'observa com s'ha anat produint una disminució continuada del nombre de persones d'entre 15 i 44 anys nascudes a l'Estat espanyol,

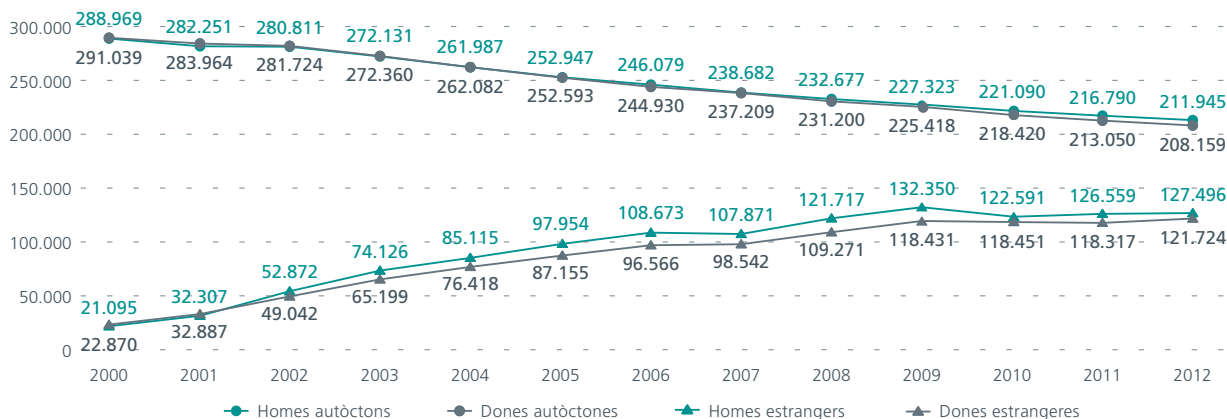
mentre que la tendència ha estat creixent entre les persones nascudes a l'estranger, i s'ha estabilitzat els darrers anys.

Pel que fa a les persones grans, l'any 2012 el nombre de persones de 75 anys i més no va presentar canvis importants respecte a l'any anterior. No obstant això, cal destacar que a la ciutat de Barcelona el nombre de persones grans que viuen soles continua essent molt elevat. Així, l'any 2012, 30.043 dones de 75 a 84 anys (37,6%) i 17.616 dones de 85 anys i més (43,6%) vivien soles. En homes, les xifres van ser de 7.249 (14,5%) i 3.533 (21,8%), respectivament. Aquests percentatges han estat variats segons el districte de la ciutat, essent el districte de Ciutat Vella el que ha presentat una major proporció de persones grans que viuen soles (41% i 50,7% en dones i 23,9% i 27,8% en homes, respectivament).

Pel que fa al nivell d'estudis de les persones empadronades a la ciutat de Barcelona, cal destacar que, tant en homes com en dones, els darrers anys s'ha produït una reducció important de les persones sense estudis i un augment de les persones amb estudis secundaris superiors i estudis universitaris.

L'any 2012, les persones nascudes fora de l'Estat espanyol representaven el 22,1% (357.249 persones) de la població de Barcelona. Respecte a l'any 2011, el nombre de persones nascudes a l'estranger inscrites al Padró Municipal d'Habitants de la ciutat va augmentar en 8.944 persones, 5.912 (66,1%) de les quals són dones. La major part d'aquest augment va ser de persones nascudes en algun dels països membres de la Unió Europea (15 estats membres) (34,2%), seguit de les nascudes en països d'Àsia i Oceania (25,8%).

Figura 1. Nombre de persones de 15 a 44 anys nascudes a l'Estat espanyol o a l'estranger, per sexe. Barcelona, 2000-2012.



Font: Padró Municipal d'Habitants de l'any 2012. Ajuntament de Barcelona.

L'entorn econòmic i les condicions de vida

L'entorn socioeconòmic

El 2011 els tres indicadors del mercat de treball que s'analitzen en aquest Informe –atur, ocupació i activitat– descriuen un context relativament estabilitzat o fins i tot lleugerament millor que l'any anterior (la taxa d'atur es va mantenir en xifres similars a les del 2010 i fins i tot en algun cas va disminuir una mica, mentre que van augmentar les taxes d'ocupació i activitat en ambdós sexes), però enguany mostren una situació clarament més negativa, caracteritzada per la disminució de la taxa d'ocupació en ambdós sexes, la d'activitat entre els homes i –l'indicador més negatiu– l'augment de la taxa d'atur masculina i femenina, que ha esdevingut la més elevada dels darrers anys de crisi econòmica (19,5% en el cas dels homes i 16,7% en el de les dones). L'empitjorament d'aquests indicadors ha estat més sever en els homes, que tot i que han mantingut taxes d'activitat i ocupació superiors a les de les dones, han tingut descensos més importants en ambdós indicadors i un augment de la taxa d'atur també superior al de les dones (invertint el patró estructural, des del 2009 la taxa d'atur masculina és superior a la femenina). La taxa d'ocupació masculina ha disminuït 2,6 punts i la femenina 0,6 punts, mentre que la taxa d'atur ha augmentat 2,6 punts en el primer cas i 1,8 en el segon.

D'altra banda, és ben coneguda l'associació negativa de l'atur amb l'edat, de manera que el primer augmenta en disminuir la segona. Els grups amb més atur són el de les persones de 20 a 24 anys (amb una taxa del 41,3% el 2012 segons l'Enquesta de Població Activa [EPA]) i sobretot el de 16 a 19 anys (66,3%). En canvi, en analitzar la durada de l'atur s'observa que aquesta s'incrementa en augmentar l'edat, de manera que, segons les dades d'atur registrades^a

^aLes dades de l'EPA es refereixen a l'atur declarat, mentre que l'atur registrat correspon a les demandes d'ocupació a les oficines de treball de la Generalitat (OTG) pendents de cobrir l'últim dia de cada mes, excloent-ne els treballadors ocupats que volen canviar de feina, els treballadors que no tinguin disponibilitat immediata per treballar o amb una situació que és incompatible amb el treball, els treballadors que demanin una ocupació d'unes característiques determinades i els treballadors eventuais agraris beneficiaris del subsidi especial d'atur.

el 2012, la proporció de menors de 25 anys aturats de fins a 6 mesos ha estat del 78,7% en els homes i del 80,5% en les dones, mentre que l'atur de més de 12 mesos ha estat superior entre les persones més grans, sobretot en el cas de les dones (el 49,5% dels homes en atur més grans de 44 anys feia més de 12 mesos que estaven en aquesta situació, mentre que en les dones hi estava el 55,9%). L'atur de més d'un any de durada, que va augmentar de manera molt important el 2011 (va passar del 28,0% al 35,3% en el cas dels homes i del 30,9% al 37,1% en el de les dones), enguany ha disminuït lleugerament entre els homes (33,4% del total d'aturats) i ha augmentat, lleugerament també, entre les dones (38,5% del total d'aturades).

L'impacte de la crisi econòmica en els tres indicadors es fa més palès quan s'analitzen els valors absoluts. El quadre 1 resumeix la variació en el nombre de persones en relació amb l'any 2011. Destaca que en un any les persones ocupades han disminuït més de 30.000 persones (de les quals 22.100 són homes) i les actives prop de 16.000, destacant en aquest cas la disminució de més de 21.000 persones actives de 25 a 54 anys. En relació amb l'augment de 15.050 persones aturades, cal destacar les 11.025 aturades de llarga durada, amb més de dos anys en aquesta situació. Finalment, cal esmentar una dada positiva: l'augment de 1.200 persones ocupades més grans de 54 anys.

Les condicions de vida: la seguretat

La seguretat personal és un component que influeix en la percepció de la qualitat de vida. L'Enquesta de Victimització de Barcelona (EVB) es realitza des de l'any 1984 i ofereix una de les sèries analítiques més àmplies sobre la seguretat urbana realitzades per un govern local. L'Enquesta investiga, d'una banda, els fets objectius que han succeït a les persones entrevistades en el decurs de l'any anterior, i de l'altra, la seva percepció de seguretat a la ciutat i al barri.

Quadre 1. Població activa segons la situació laboral. Diferència interanual en nombres absoluts. Barcelona, 2011-2012.

	Persones actives	Persones ocupades	Persones aturades
Total	-15.725	-30.775	15.050
Sexe			
Homes	-13.825	-22.100	8.325
Dones	-1.900	-8.675	6.725
Edat			
De 16 a 19 anys	1.250	-2.500	3.700
De 20 a 24 anys	-650	-2.900	2.225
De 25 a 54 anys	-21.300	-26.575	5.350
55 anys i més	4.975	1.200	3.775

Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística. Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Dades de la mitjana anual calculades a partir de dades trimestrals.

L'entorn econòmic i les condicions de vida

26

L'índex de victimització indica el percentatge de persones que han estat víctimes d'un delictu. Com s'observa a la figura 2, aquest indicador augmenta durant la dècada del dos mil fins al pic del 25,6% el 2009 i segueix una evolució favorable els darrers tres anys, amb una lleugera remuntada el 2012.

Es mesuren diversos components de l'índex de victimització: els fets delictius s'estructuren en sis àmbits que fan referència als principals béns d'una persona contra els quals pot haver-hi una agressió (vegeu el quadre 2). El 15,4% de les persones entrevistades ha estat víctima de delictes contra la seva seguretat, i aquest valor es manté estable en el darrer trienni. El 7,1% manifesta que el darrer any ha estat víctima d'un acte delictiu en el seu vehicle. El 2,1% ha tingut una incidència delictiva al seu domicili. Els delictes en segones residències i en comerços o negocis presenten unes incidències menors, de l'1,3% i el 0,7% respectivament.

Les condicions de vida: la privació material

L'augment de la desigualtat en renda monetària per barris es pot completar amb la informació que subministra la privació material d'acord amb els 9 ítems^b que la Unió Europea va oficialitzar i que queden recollits en un estudi recent¹. Presentar almenys 3 d'aquests ítems es defineix com a privació material, i presentar-ne almenys 4 com a privació material severa.

El 23,2% de la població té almenys 3 d'aquests ítems, i el 10,6% almenys 4 ítems. La privació és

superior en els grups d'edat més joves, el 45% de les persones amb privació material i privació material severa de Barcelona són menors de 34 anys. En segon lloc, hi trobem el col·lectiu de persones de més de 64 anys. Segons el lloc de naixement, les taxes de privació material i privació material severa més altes es donen en les persones nascudes a l'estranger (46,8% i 21% respectivament). Si considerem l'estructura familiar, el 42% de les persones que resideixen en llars monoparentals amb infants dependents presenten privació material i el 24% privació material severa.

^b Els ítems són: capacitat per fer front a despeses imprevistes; capacitat per anar de vacances almenys una setmana a l'any; capacitat per pagar sense endarreriments rebuts relacionats amb l'adquisició i/o el manteniment de l'habitatge i altres préstecs; capacitat per consumir un àpat de carn, pollastre o peix almenys cada dos dies; capacitat per mantenir l'habitatge a una temperatura adient; capacitat per tenir rentadora; capacitat per tenir televisió en color; capacitat per tenir telèfon; i, finalment, capacitat per tenir automòbil.

¹ Desigualtat social i pobresa a Barcelona en temps de crisi. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. 2013 (en premsa).

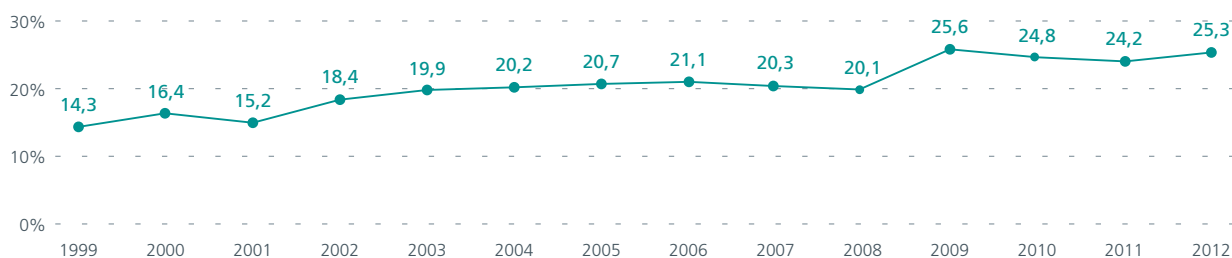
Quadre 2. Evolució de l'índex de victimització en percentatge per àmbits. Barcelona, 2007-2011¹.

	2007	2008	2009	2010	2011
Seguretat personal	12,3%	12,3%	15,5%	15,3%	15,4%
Vehicle	6,6%	7,1%	9,7%	8,3%	7,1%
Domicili	2,0%	1,5%	1,6%	2,4%	2,1%
Segona residència	0,9%	0,8%	0,9%	1,1%	1,3%
Comerç o negoci	1,1%	0,7%	0,6%	0,7%	0,7%
Economia agrària	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%

Font: Anuari estadístic de la ciutat de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

Nota: ¹Una persona pot haver patit més d'un acte delictiu.

Figura 2. Índex de victimització en percentatge. Barcelona, 1999-2012.



Font: Anuari estadístic de la ciutat de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

Les accions en salut pública

En aquest apartat s'assenyalen algunes de les intervencions que es desenvolupen des dels serveis de salut pública de la ciutat. Enguany s'expliquen breument dues intervencions de promoció de la salut que en el decurs de l'any 2012 s'han assentat: el Programa d'habilitats parentals i el programa «De marxa... fent esport». El primer promou la parentalitat positiva i el segon l'oci saludable entre els joves, dos dels múltiples determinants proximals de salut. Tots dos programes no són d'implantació universal i s'orienten a la reducció de les desigualtats socials en salut i amb criteris de prioritat en barris amb majors necessitats de salut.

Programa d'habilitats parentals

Intervenien en el desenvolupament del programa diferents agents de la ciutat (serveis socials, atenció primària, escoles, entitats, etc.) Amb l'objectiu d'augmentar les habilitats dels pares i mares, des dels inicis (2011) i fins a finals del 2012 es van portar a terme 4 cursos de formació de 20 hores en els quals van participar 113 professionals i es va realitzar un total de 7 grups d'intervenció, en què van participar-hi 84 pares i mares (89% de mares i 11% de pares). L'edat mitjana dels participants va ser de 34 anys (rang de 30 a 48). El 42% eren nascuts fora de l'Estat espanyol. Un 30% formava part de famílies no biparentals. El 28% tenia un nivell d'estudis primaris o inferior, i el 30% estudis secundaris o de formació professional. El 70% no tenia un treball remunerat.

Tot i que encara s'està portant a terme una avaluació del programa, els primers resultats obtinguts mostren que en finalitzar la intervenció hi ha hagut una millora en totes les dimensions de parentalitat mesurades abans i després de l'aplicació de la intervenció. La puntuació ha augmentat una mitjana d'un 24%. El 100% dels ítems avaluats van millorar (vegeu la figura 3).

Programa «De marxa... fent esport»

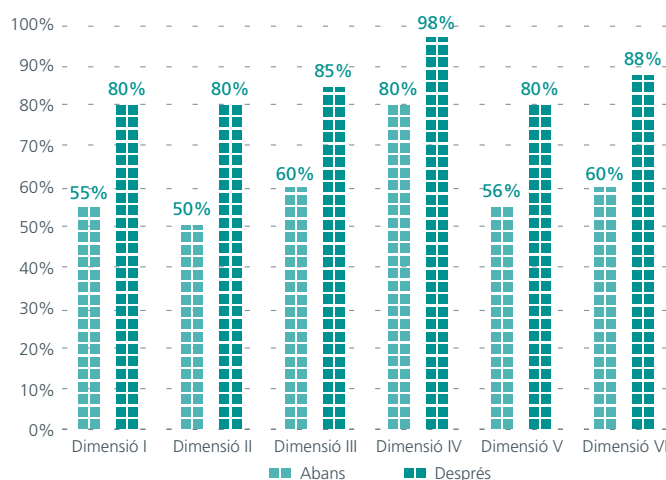
El programa «De Marxa...fent esport», que es realitza en col·laboració amb l'Institut Barcelona Esports, s'emmarca dins un projecte global més ampli de prevenció de conductes de risc i promoció d'alternatives d'oci saludable («De

marxa sense entrebancs»), finançat pel Plan Nacional sobre Drogas. El seu objectiu és promoure hàbits saludables estimulants la pràctica d'activitat física. La població diana del programa la conformen els joves de quart d'educació secundària obligatòria (ESO), cicles formatius de grau mitjà (CFGM) i Programes de Qualificació Professional Inicial (PQPI) de Barcelona d'entre 15 i 17 anys, donant prioritat als barris de la ciutat on hi ha un Pla de Salut als Barris.

Durant el curs escolar 2012-2013 es va convidar 113 centres educatius de la ciutat a participar-hi, dels quals van participar-hi finalment 38 centres (34%) i 1.420 alumnes, fent una sortida programada des de l'àrea d'educació física a una jornada de 4 hores en una instal·lació esportiva propera. Prop del 60% dels participants tenia 15 anys quan van iniciar la participació i el 32% en tenia 16. El 37% eren alumnes nascuts fora de l'Estat espanyol. El 39% no practicava ni esport ni activitat física de forma regular en el seu temps de lleure (58% en les noies i 21% en els nois).

A continuació es va oferir la possibilitat de matricular-se gratuïtament a la instal·lació i d'abonar-s'hi pagant una quota de 9 euros al mes fins a complir els 18 anys (la tarifa sencera tindria un import de 19 euros al mes), per poder així realitzar una hora d'activitat física dirigida dos cops per setmana (dimecres i divendres a la tarda) i utilitzar durant tots els caps de setmana del curs tots els serveis de lliure ús de la instal·lació; tot això també fins que s'assolien els 18 anys d'edat. S'oferia participar en la segona fase del programa no només als estudiants de quart d'ESO sinó també als alumnes de CFGM i de PQPI sempre que no superessin l'edat màxima d'inscripció (17 anys). En el curs escolar 2011-2012 van participar en aquesta segona fase del programa 423 joves.

Figura 3. Puntuació de les dimensions de parentalitat positiva abans i després de la realització del taller d'habilitats parentals. Barcelona, 2011-2012.



Font: Elaboració pròpia. Serveis de Salut Comunitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: Dimensió I: Etapa de desenvolupament dels fills/es (1 ítem). Dimensió II: Habilitats cognitives, de relaxació i d'autoregulació emocional (7 ítems). Dimensió III: Autoestima i assertivitat (12 ítems). Dimensió IV: Comunicació assertiva (7 ítems). Dimensió V: Estratègies de resolució de conflictes i de negociació (11 ítems). Dimensió VI: Habilitats d'establiment de límits, normes i conseqüències (5 ítems).

Els serveis sanitaris

28

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés de la ciutadania a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona es realitzen en els centres d'atenció primària (CAP) de les 68 àrees bàsiques de salut

(ABS), on treballen els equips de professionals que durant l'any 2012 han donat cobertura al 68,1% del total de la població assignada. Amb una mitjana de 3,5 visites de metge de família per persona i any; 3,7 visites per pediatra i 1,5 visites per professionals d'infermeria. Com a indicadors de l'activitat, al quadre 3 es mostra la taxa de cobertura de la població d'entre 0 i 14 anys, que és de prop del 70%, i la de la població de 15 anys i més, que és del 62% en homes i del 73,2% en dones.

Quadre 3. Cobertura poblacional i d'atenció domiciliària per sexe, districte i grup d'edat. Barcelona, 2012.

Districtes	Cobertura poblacional				Atenció domiciliària (75 anys i més)	
	De 0 a 14 anys		15 anys i més		Homes	Dones
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Ciutat Vella	73,9%	73,3%	56,9%	71,6%	8,3%	14,0%
Eixample	68,2%	67,0%	59,0%	69,7%	9,2%	12,0%
Sants-Montjuïc	65,4%	67,6%	63,7%	75,1%	6,4%	10,4%
Les Corts	56,0%	56,0%	56,1%	66,8%	5,7%	9,3%
Sarrià – Sant Gervasi	48,6%	48,1%	52,5%	63,9%	11,1%	18,4%
Gràcia	64,1%	63,6%	58,3%	68,8%	8,7%	15,8%
Horta-Guinardó	71,5%	71,2%	65,0%	75,2%	5,8%	9,7%
Nou Barris	82,9%	81,6%	68,5%	80,0%	5,9%	9,6%
Sant Andreu	73,2%	71,7%	67,1%	77,5%	5,2%	9,3%
Sant Martí	80,4%	80,2%	66,7%	78,5%	5,9%	10,4%
Total Barcelona	69,7%	69,3%	62,0%	73,2%	7,2%	11,8%

Font: Avaluació d'atenció primària INTEGRAP.

Quadre 4. Percentatge de control òptim de la tensió arterial, la diabetis i la cobertura de la vacunació antigripal per sexe i districte. Barcelona, 2012.

Districtes	Control òptim de la tensió arterial		Control òptim de la diabetis		Cobertura de la vacunació antigripal (majors de 59 anys)	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Ciutat Vella	57,7%	61,7%	60,9%	65,9%	47,1%	49,2%
Eixample	54,7%	58,0%	67,3%	70,0%	51,0%	51,1%
Sants-Montjuïc	51,5%	53,3%	65,1%	66,9%	46,8%	45,1%
Les Corts	60,4%	60,9%	71,8%	71,5%	46,8%	46,4%
Sarrià – Sant Gervasi	58,1%	59,6%	75,2%	73,2%	50,2%	51,9%
Gràcia	63,3%	64,1%	72,2%	71,6%	51,3%	51,9%
Horta-Guinardó	58,0%	59,5%	68,5%	67,5%	47,2%	45,3%
Nou Barris	54,7%	57,4%	65,1%	67,5%	45,8%	49,5%
Sant Andreu	56,2%	57,5%	66,1%	66,2%	47,6%	46,3%
Sant Martí	58,1%	60,6%	64,6%	66,0%	50,9%	50,8%
Total Barcelona	56,6%	58,7%	66,9%	68,0%	48,6%	49,0%

Font: Avaluació d'atenció primària INTEGRAP i observatori BOTSS (Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris).

Nota: Es considera control òptim de la tensió arterial (TA): TA sistòlica <140 mm Hg i TA diastòlica <90 mm Hg (la darrera determinació de TA és vàlida quan s'ha fet durant l'any avaluat); en pacients diabètics, es considerarà control òptim una TA sistòlica <130 mm Hg i una TA diastòlica <80 mm Hg. Referència: Pla de Salut de Catalunya 2002-2005: diabètics atesos (60%) (control de la diabetis: HbA1c <8%).

Dels resultats de l'avaluació de la compra de serveis, el *benchmarking* i les dades que aporta l'observatori Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris (BOTSS) es desprèn informació, entre altres aspectes, sobre la qualitat i l'activitat resolutiva dels equips d'atenció primària (EAP). Així tenim que, en aquest any 2012, del total de les persones hipertenses ateses, el 57,8% han tingut un control òptim de la tensió arterial (valor superior al 35%, recomanat pel Pla de Salut de Catalunya). D'altra banda, de les persones diabètiques ateses, el 67,4% estan ben controlades, xifra que va millorant i que està per sobre de l'estàndard establert (vegeu el quadre 4, pàgina 28). Pel que fa a la cobertura de la vacuna antigripal en població major de 59 anys els valors han augmentat lleugerament respecte a l'any 2011 en ambdós sexes però estan per sota dels de Catalunya. Queda palès que cal un esforç de millora per assolir els estàndards establerts per la regió sanitària (60%).

Entre les activitats comunitàries dels professionals dels EAP destaquem el treball realitzat en el marc del Comitè Operatiu de Prevenció i Salut Comunitària (COPISC), en què s'han posat en comú totes les activitats comunitàries que es realitzen a cada EAP, i que en el marc del Pla de Salut 2011-2015 s'ha acordat prioritzar l'abordatge de la prevenció i reducció de l'obesitat i el sobrepès infantjuvenil i avançar en la integració entre salut pública i atenció primària en diferents programes: vacunes i salut i escola.

Pel que fa al programa «Salut i Escola», els professionals d'infermeria dels EAP es desplacen setmanalment o quinzenalment als centres docents del seu territori per atendre la consulta oberta adreçada als joves de tercer i quart d'ESO. Participen en aquest programa professionals d'infermeria de 68 àrees bàsiques de salut, que han donat cobertura al 64,3% dels centres d'ESO.

Altres activitats comunitàries que s'han portat a terme aquest any 2012 són les relacionades amb l'àmbit de l'activitat física i la salut. El Pla Barcelona Activitat Física i Salut (BAFIS), que té

com a objectiu final millorar la salut i la qualitat de vida de les persones sedentàries i augmentar els nivells d'activitat física dels adults, està implantat al 76% de les àrees bàsiques de salut de la ciutat.

Els professionals dels EAP també participen en el desenvolupament del programa «Salut i Barris». Aquest any 2012 s'ha començat el desenvolupament i l'operativitat del programa al barri del Raval, s'han iniciat els primers contactes al barri de Besòs-Maresme i La Verneda i La Pau, i s'ha continuat en els que ja estaven implementats: Barceloneta, Casc Antic, Bon Pastor, Baró de Viver, Poble-sec, Roquetes, Zona Nord, Bon Pastor – Baró de Viver.

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

El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 referma la voluntat de consolidar el procés de transformació de l'atenció urgent per tal de millorar la resolució al conjunt del sistema. El model actual d'atenció d'urgències té com a finalitat donar respostes adequades a les demandes d'atenció immediata, que abracen situacions de complexitat diferents (des d'emergències amb risc vital fins a consultes per problemes banals o que no necessiten una atenció urgent) i es produeixen amb intensitat variable en diferents moments. Aquesta diversificació de situacions requereix també respostes diferents, de manera que ha calgut dissenyar mecanismes per classificar la demanda i establir circuits per dirigir les urgències al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada.

Barcelona disposa actualment de deu centres d'urgència d'atenció primària (CUAP) d'alta tecnologia i de dos centres d'atenció continuada, a banda que cada centre assistencial atén les urgències que li arriben, alhora que realitza la tasca del dia a dia. Per a la resolució dels casos més complexos es disposa dels recursos hospitalaris que, com els d'atenció primària, estan distribuïts equitativament per tota la ciutat. També es disposa del servei 061 Catsby Salut Respon, el telèfon de salut de Catalunya, que dóna resposta assistencial a les urgències sanitàries i a qualsevol problema de salut, les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Ofereix consells sanitaris, activació de recursos assistencials quan cal amb metge a domicili, ambulància amb suport vital avançat (SVA) –terrestre i aèria– i també suport vital bàsic (SVB), consultes sobre medicaments i altres de relacionades amb problemes de salut pública, a més d'informació sobre els serveis i procediments administratius del CatSalut.

L'activitat realitzada pels diferents hospitals de la ciutat ha disminuït lleugerament respecte a l'any anterior. S'ha atès un total de 629.919 urgències l'any 2012 (vegeu el quadre 5, pàgina 30).

La població que més freqüenta les urgències hospitalàries és la major de 64 anys, amb una taxa de 497 visites per 1.000 habitants/any; després la població pediàtrica, amb 390,4 visites, i finalment la

Els serveis sanitaris

30

població adulta (de 15 a 64 anys), amb una taxa de 275,3 visites per 1.000 habitants/any. La taxa global de la ciutat de Barcelona és de 336,3 visites, tot i que presenta oscil·lacions en funció de la zona de residència. Així, l'àmbit de l'Àrea Integral de Salut Barcelona Esquerra és el territori que menys utilitza els serveis públics d'urgències, mentre que la resta del territori presenta xifres més similars.

La demanda urgent ve motivada per diversos motius. Un dels indicadors que aporta més informació sobre la gravetat del procés és la necessitat d'ingrés a l'hospital. S'observa que el percentatge més elevat correspon a la gent gran, de més de 65 anys, una quarta part dels quals requereix ser ingressada (24,6%), mentre que les xifres van disminuint en la població més jove, i són del 7,8% en la població adulta i del 4,7% en la pediàtrica. El global de Barcelona se situa en un 12% d'urgències ingressades.

L'atenció especialitzada hospitalària

La ciutat de Barcelona disposa d'un nombre important d'hospitals públics per atendre la població resident a la ciutat i també per donar assistència a gent de fora que requereix atenció d'alta tecnologia, ja que disposa de tres centres dotats de totes les especialitats i els mitjans

diagnòstics més avançats. Tots tres centres tenen en comú una part d'hospitalització, a banda de les consultes externes, un servei permanent d'urgències, un hospital de dia i altres peculiaritats pròpies de cada centre. L'activitat realitzada l'any 2012 es mostra al quadre 6, val a dir que ha estat molt similar a la de l'any 2011.

La causa d'hospitalització més freqüent són el grup de malalties de l'aparell circulatori, seguides de les del sistema nerviós i òrgans dels sentits, les de l'aparell respiratori i les neoplàsies. En el grup de les malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits, un 68% són intervencions de cataractes, que en la majoria dels casos és realitzen amb cirurgia major ambulatoria. Quan s'analitzen les dades pel sexe, destaquen en les dones les hospitalitzacions per malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits, les complicacions de l'embaràs, part i puerperi i, en tercer lloc, les malalties de l'aparell circulatori, mentre que en els homes les malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits són la primera causa, seguida de les de l'aparell respiratori i, en tercer lloc, les de l'aparell digestiu i les neoplàsies.

De tots els contactes hospitalaris, el 52% ingressen per realitzar algun dels procediments quirúrgics. Els més freqüents, exclouent els que són miscel·lània i els inespecífics, són les operacions de l'aparell digestiu, les oculars i les del sistema musculoesquelètic en els homes. En les dones destaquen en primer lloc les operacions del sistema musculoesquelètic, les oculars i les intervencions obstètriques, tal com mostra la figura 4, pàgina 31.

L'activitat global feta pels hospitals de la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP) de Barcelona l'any 2012 ha estat de 196.341 contactes, xifra similar als darrers anys i que inclou l'hospitalització convencional més la cirurgia major ambulatoria (CMA). Es tracta de centres de referència i centres d'alta tecnologia, cosa que implica una prestació de serveis altament especialitzada. Això comporta que una tercera part de la població que s'atén sigui de fora de la ciutat, mentre que el percentatge de població resident a Barcelona que acudeix a hospitals de fora de la ciutat és baix, entre un 6,5% i un 7,5%.

Analitzant la població resident a Barcelona, s'observa que el 51,7% de totes les intervencions quirúrgiques s'ha realitzat mitjançant CMA, és una tendència que va en augment i aporta molts avantatges, dels quals destacariem que afavoreix la recuperació dels pacients, i també aporta un increment cost-efectiu dels resultats de les intervencions realitzades.

Quadre 5. Activitat d'urgències hospitalàries. Barcelona, 2011-2012.

Urgències hospitalàries	2011	2012
Urgències amb ingrés	64.431	81.888
Urgències sense ingrés	580.009	548.031
Urgències totals	644.440	629.919

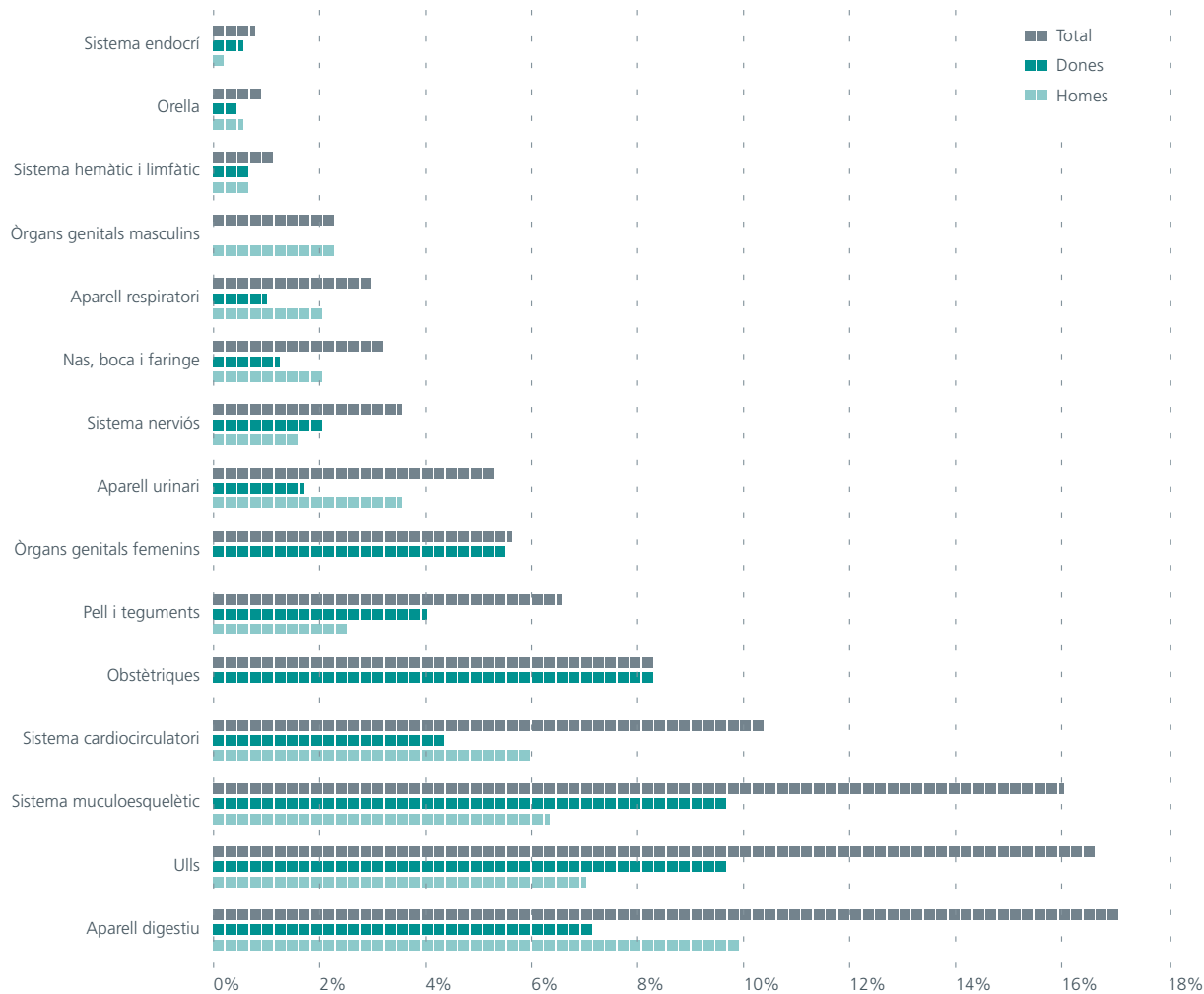
Font: Memòria CSB 2012 (CatSalut).

Quadre 6. Activitat de la xarxa d'hospitalització pública. Barcelona, 2011-2012.

	Total d'altres	Primeres visites	Visites totals	Urgències	Hospital de dia	Cirurgia menor ambulatoria
2011	196.836	910.141	2.587.922	644.440	308.317	69.716
2012	196.341	916.931	2.569.834	629.919	320.535	65.832

Font: Memòria CSB 2012 (CatSalut).

Figura 4. Percentatge d'intervencions quirúrgiques. Contactes hospitalaris per grans grups de procediments. Barcelona, 2012.



Font: Elaboració pròpia CSB. Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts 2012. CatSalut.

La salut mental

S'ha atès 34.518 persones als centres de salut mental d'adults, i 7.875 als centres de salut mental infantil i juvenil. La consolidació del desplegament de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut ha permès la millora de la capacitat per donar resposta als problemes de salut mental no severos en els centres d'atenció primària, afavorint l'augment

de l'abast de l'atenció a la població amb patologies severes als centres de salut mental.

Dins el marc de la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària de salut el 2012 s'han desplegat per a l'abordatge de la població adulta: 250 hores setmanals de psiquiatria, 92,5 hores setmanals de psicologia i 73 hores setmanals de professionals d'infermeria de salut mental. El 2012 s'han realitzat 7.448 primeres visites. Amb un total de 10.372 pacients atesos pel psiquiatra, 3.803 pacients atesos pel psicòleg i 2.243 pacients atesos per la infermera de salut mental.

Els serveis sanitaris

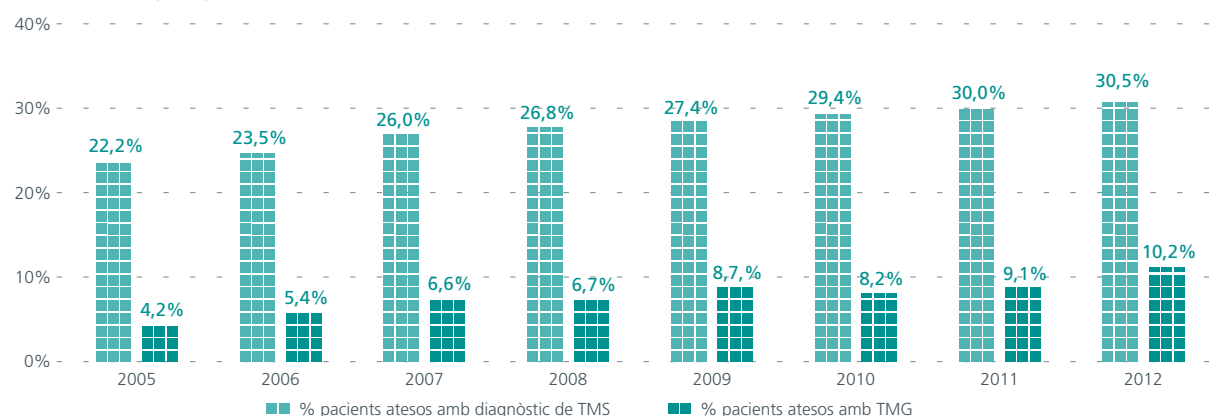
32

Per a l'abordatge de la població infantil i juvenil dins la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària de salut s'han desplegat a Barcelona 50 hores setmanals de psiquiatria i 102 hores setmanals de psicologia. S'han realitzat 2.043 primeres visites. Amb un total de 1.524 pacients atesos per psiquiatres, 2.232 pacients atesos per psicòlegs i psicòlogues. El 79,4% dels centres d'atenció primària de Barcelona realitzen sessions clíniques amb els professionals de la salut mental, el 86,8% realitzen sessions d'interconsulta setmanalment o quinzenalment. Es pot afirmar, doncs, que a Barcelona la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària s'ha anat consolidant progressivament. A la

figura 5 s'observa un increment de la població atesa als centres de salut mental amb trastorns mentals severos (TMS) i trastorns mentals greus (TMG), gràcies al desplegament del Programa d'atenció a persones amb trastorns mentals greus. Del 22,2% de persones adultes amb TMS atesos el 2005 s'ha passat al 30,4% el 2012, i del 4,2% de pacients infantils i juvenils amb TMG atesos el 2005 s'ha passat al 10,2% el 2012.

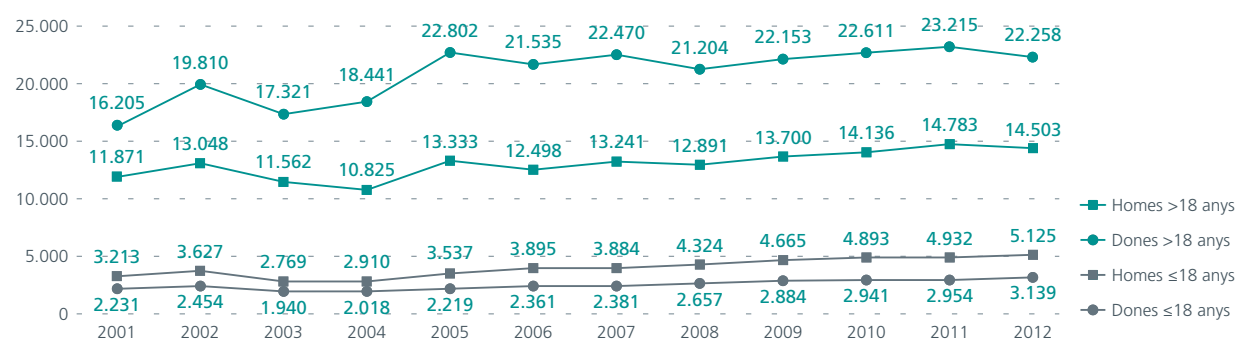
A la figura 6 es visualitza l'increment acumulat de la població atesa als centres de salut mental durant el període del 2001 al 2012, amb un 30,9% en la població adulta i un 51,8% en la població infantil i juvenil. L'any 2012, el 60,5% de les persones ateses als centres de salut mental d'adults han estat dones i el 39,4% homes, mentre que als centres de salut mental infantil i juvenil el 62% de les persones ateses han estat de sexe masculí i el 38% han estat de sexe femení.

Figura 5. Percentatge de persones ateses als centres de salut mental amb trastorn mental greu (TMG) i trastorn mental sever (TMS). Barcelona, 2005-2012.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental, 2005-2012.

Figura 6. Població atesa als centres de salut mental per grup d'edat i sexe. Barcelona, 2001-2012.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental, 2001-2012.

El desplegament progressiu de la cartera de serveis en l'atenció primària està permetent millorar la detecció, el diagnòstic i el tractament de les persones amb trastorns mentals lleus, fomentant un maneig compartit dels problemes de salut mental i les addiccions en l'entorn de l'atenció primària. Així mateix també ha permès millorar la detecció i derivació precoç als centres de salut mental per a l'abordatge de patologies severes. A Barcelona l'any 2012, s'han generat 4.531 altes a les unitats d'hospitalització de salut mental, on les patologies més freqüents ateses han estat els trastorns esquizofrènics i els trastorns límits de la personalitat.

Enguany, en el desenvolupament del Pla de Salut de Catalunya, s'ha treballat en les quatre àrees integrals de salut (AIS): AIS Barcelona Nord, AIS Barcelona Esquerra, AIS Barcelona Dreta, i AIS Barcelona Litoral Mar, els pactes territorials per a la millora de l'accessibilitat i la resolució, el desplegament de la recepta electrònica, així com la creació de les rutes assistencials de la depressió dins el marc de la cronicitat, amb el consens sobre activitats compartides que esdevenen la base de la col·laboració entre l'atenció de totes les línies de servei del territori.

L'atenció sociosanitària

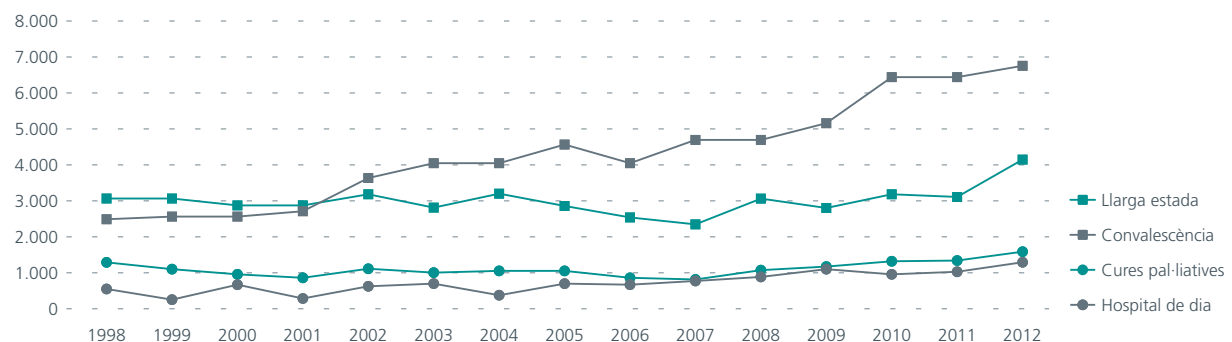
El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 estableix una sèrie d'actuacions prioritzades, organitzades en línies d'actuació i projectes, i en

fixa els objectius i els resultats finals. Una de les línies estratègiques és l'orientació del sistema cap als malalts crònics i, en aquest marc, es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. El seu desenvolupament ofereix l'oportunitat d'estendre a altres línies assistencials el model d'atenció sociosanitària, amb la seva expertesa en l'atenció integral i interdisciplinària, així com adequar la xarxa i els recursos sociosanitaris a les necessitats sanitàries detectades en aquest nou marc i a l'evidència disponible de formes organitzatives innovadores.

En aquest sentit, els dispositius d'internament han iniciat una reordenació profunda que es concreta en el desenvolupament de nous productes assistencials, alternatius o complementaris a l'atenció hospitalària i de suport a l'atenció primària, com ara l'atenció subaguda, orientada a malalts crònics diagnosticats que pateixen una reagudització i que requereixen un ingrés. Aquesta tipologia de malalts no necessita l'alta tecnologia de l'hospital, però aquests es poden beneficiar d'una atenció integral i d'una rehabilitació funcional.

Els recursos sociosanitaris sense internament disposen de professionals sanitaris qualificats, amb capacitat per assumir l'activitat avaluadora interdisciplinària, l'atenció mèdica i d'infermeria de síndromes geriàtriques i malalties cròniques, així com capacitat per fer rehabilitació en períodes curts de temps per a la millora funcional o rehabilitació de llarga durada per a evitar el deteriorament funcional. S'ha atès 4.180 persones de llarga estada (33,6%), 6.373 en convalescència (disminució del 1,5%), 1.719 en cures pal·liatives (increment del 29,4%), 1.231 en hospital de dia (increment del 14,5%) (vegeu la figura 7). Pel que fa als equips de suport especialitzat, els programes d'atenció domiciliària (PADES) han atès 3.765 persones i han donat 3.231 altes. A les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) de geriatria i pal·liatius s'ha atès 3.451 i 1.334 persones, respectivament, i s'ha donat l'alta a 3.428 i 1.297 persones.

Figura 7. Evolució de les persones ateses als centres sociosanitaris. Barcelona, 1998-2012.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMBD-SS). CatSalut.

Els serveis sanitaris

34

La prestació farmacèutica

Dades generals sobre la prestació farmacèutica

El decrement en la prescripció en receptes mèdiques del CatSalut respecte a l'any 2011 ha estat d'un -9,40% en les receptes i d'un -15,27% en l'import (preu de venda al públic menys el pagament de la prestació a càrrec de l'usuari).

Indicadors d'utilització de recepta electrònica per trams d'edat

Al quadre 7 es pot observar per trams d'edat les diferències pel que fa al percentatge d'utilització de recepta electrònica (RE) entre àrees integrals de salut (AIS) respecte a la recepta en paper. El tram d'edat de 0 a 14 anys és el tram que presenta uns valors inferiors en la prescripció de recepta electrònica, essent l'AIS Barcelona Esquerra la que obté valors més baixos (36,8%). L'AIS que presenta un major percentatge en la franja de majors de 64 anys és l'AIS Barcelona Nord, amb

un 80,4%. Pel que fa al percentatge de persones usuàries que han rebut alguna prescripció en recepta electrònica respecte al total que han rebut alguna prescripció, el territori que presenta un percentatge més alt és

Quadre 7. Utilització de la recepta electrònica per àrea integral de salut i grup d'edat. Barcelona, 2012.

Àrea Integral de Salut	Grup d'edat	% de recepta electrònica	% de persones usuàries amb recepta electrònica
Barcelona Esquerra	De 0 a 14 anys	36,8%	39,4%
	De 15 a 64 anys	66,0%	51,3%
	De 65 anys i més	77,5%	77,1%
Barcelona Nord	De 0 a 14 anys	63,1%	69,3%
	De 15 a 64 anys	72,2%	62,2%
	De 65 anys i més	80,4%	75,3%
Barcelona Dreta Litoral	De 0 a 14 anys	56,1%	63,8%
	De 15 a 64 anys	70,3%	61,2%
	De 65 anys i més	77,0%	77,0%

Font: Aparador de dades de prestació farmacèutica del CatSalut.

Quadre 8. Consum de subgrups farmacològics per grup d'edat i sexe (dosis per 1.000 habitants/dia). Barcelona, 2008-2012.

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Antiulcerosos										
De 15 a 64 anys	25,5	32,5	29,1	37,3	32,9	42,3	37,5	47,8	38,6	48,6
65 anys i més	358,5	419,2	366,4	430,1	379,6	445,4	390,0	459,8	318,3	391,8
Agents antitrombòtics										
De 15 a 64 anys	14,8	6,9	16,7	7,8	19,8	9,0	23,3	10,7	25,5	11,7
65 anys i més	355,6	225,5	348,6	222,1	363,6	231,5	369,3	237,5	299,4	203,5
Hipocolesteremiants										
De 15 a 64 anys	25,2	14,6	30,8	18,8	38,1	23,9	46,5	29,5	51,3	32,1
65 anys i més	307,1	228,2	330,3	244,2	363,9	268,7	390,7	288,1	327,6	248,0
Altres analgèsics i antipirètics										
De 15 a 64 anys	5,0	8,0	6,1	9,6	6,0	9,9	6,6	11,0	6,4	10,9
65 anys i més	59,5	106,4	61,4	111,4	65,9	122,1	70,2	132,3	55,5	110,0
Ansiolítics										
De 15 a 64 anys	25,7	38,9	25,5	39,2	26,2	41,0	27,5	43,4	27,1	42,0
65 anys i més	107,1	185,4	100,9	177,5	98,1	177,4	94,3	172,6	72,7	139,6

Font: Aparador de dades de prestació farmacèutica del CatSalut.

l'AIS Barcelona Esquerra, a la franja de majors de 64 anys, amb un 77,1%.

Utilització per subgrups terapèutics

Al quadre 8 (pàgina 34) es presenta l'evolució de les dosis per 1.000 habitants/dia (DHD) dels darrers cinc anys, dels cinc subgrups farmacològics seleccionats a causa del seu alt consum en envasos l'any 2012. Es presenten les dades per a les

persones usuàries majors de 14 anys, separades per dos trams d'edat i per sexe. Així doncs, en la majoria dels subgrups farmacològics i de les franges d'edat, les DHD de les dones són superiors a les dels homes, excepte en l'ús d'antitrombòtics i en els hipocolesteremiants. En ambdós sexes els grups farmacològics més consumits en el tram d'edat de majors de 64 anys són els agents contra l'úlcerà pèptica, els fàrmacs per al colesterol i els antitrombòtics. En les persones majors de 64 anys continua la tendència a la disminució del consum de fàrmacs iniciada el 2011 en tots els grups, i una desacceleració del creixement en el grup de 15 a 64 anys i una disminució en dos grups (analgèsics/antipirètics i ansiolítics).

El cribratge de càncer

Els tres tipus de càncer que reuneixen les condicions essencials per a ser susceptibles de cribratge o detecció precoç, segons els criteris definits l'any 1968 per Wilson i Jungner, són mama, còlon i cèrvix. Són criteris relacionats amb la malaltia (prevalença, gravetat, punt crític d'irreversibilitat) i en funció de la prova i la seva acceptabilitat.

A Barcelona, el cribratge de càncer de mama i còlon té un abordatge de tipus poblacional. Això vol dir que, un cop identificada la població diana, totes les persones són convocades de manera personalitzada perquè acudeixin a fer-se les proves pertinents. En canvi, en el cas del càncer de cèrvix, que té una prevalença força més baixa, el tipus de cribratge que es duu a terme és oportunista, és a dir que les dones han d'acudir per iniciativa pròpia a fer-se les proves.

Cribratge de càncer de mama

La població diana per a fer el cribratge de càncer de mama són les dones de 50 a 69 anys residents a la

ciutat. Cada dos anys són convocades per carta a fer-se les mamografies de control. A més, es duu a terme un protocol de sensibilització i comunicació important, tant dirigit a les dones com als professionals d'atenció primària. En el cas que la mamografia sigui positiva, les proves o els estudis que es poden fer abans d'arribar a un diagnòstic són una ecografia i una punció amb agulla fina o amb agulla gruixuda.

El programa va començar a finals del 1995 als districtes de Ciutat Vella i Sant Martí i no va ser fins al 2004 que es va estendre a tota la ciutat. Els hospitals responsables de dur a terme el cribratge, així com la distribució del territori, són els següents: Hospital del Mar (Ciutat Vella i Sant Martí), Hospital de l'Esperança (Gràcia i Sarrià – Sant Gervasi), Hospital de la Vall d'Hebron (Horta i Nou Barris), Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Dreta de l'Eixample, Sant Andreu i Guinardó) i Hospital Clínic (Esquerra de l'Eixample, Sants-Montjuïc i Les Corts).

Al llarg dels anys la participació s'ha mantingut força estable, pels volts del 50%. L'any 2012 va ser del 55,3%, si bé aquesta dada varia molt en funció del territori. Així, en els districtes de la ciutat de nivell socioeconòmic més baix, als districtes de Ciutat Vella, Sant Martí, Sant Andreu i Horta-Guinardó, i que són on hi ha menys persones amb doble cobertura sanitària, el programa té uns nivells de participació de fins gairebé el 70%, tal com es pot veure a la figura 8 (pàgina 36).

El cribratge de càncer

36

En canvi, en districtes com Sarrià – Sant Gervasi o Les Corts, la participació se situa entre el 30% i el 40%. Quant a la detecció de tumors, el 2012 el resultat del cribratge va ser de 4,8 tumors per cada 1.000 dones. Aquest indicador, com es pot observar a la figura 9, també s'ha mantingut força estable al llarg dels anys i s'ajusta als límits de normalitat marcats per les Guies Europees de Qualitat de Cribratge de Càncer de Mama, en les quals també hi ha recomanacions sobre indicadors com la reconvoatòria, les proves invasives i les dones que passen a control avançat a l'any.

Cribratge de càncer de còlon i recte

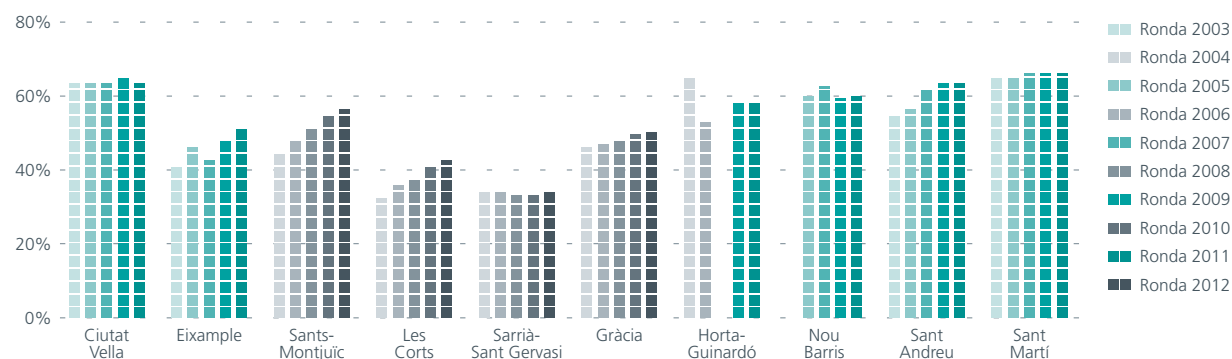
El cribratge de càncer de còlon i recte s'inicia el desembre del 2009 en sis districtes de les àrees

de referència de l'Hospital Clínic i el Parc de Salut Mar: Ciutat Vella, Eixample, Sants-Montjuïc, Les Corts, Sarrià – Sant Gervasi i Sant Martí, si bé alguns encara de forma incompleta.

S'adreça als homes i les dones de 50 a 69 anys d'edat. La prova de cribratge utilitzada és el test immunològic de sang oculta en femta, amb una periodicitat biennal. Aquest test es distribueix i recull a les oficines de farmàcia de la zona, que s'hi impliquen de forma voluntària, coordinades pel Col·legi de Farmacèutics. En cas de resultat positiu es proposa la confirmació diagnòstica mitjançant una colonoscòpia que es realitza a l'hospital de referència. El programa compta a més amb la implicació i el rol actiu dels equips d'atenció primària.

En primera ronda, i amb una població diana de 197.839 persones, la participació assolida (vegeu la figura 10, pàgina 37) ha estat del 43,6%, amb força variabilitat en funció de les zones, igual com passa amb el cribratge de càncer de mama. Al districte de Sant Martí

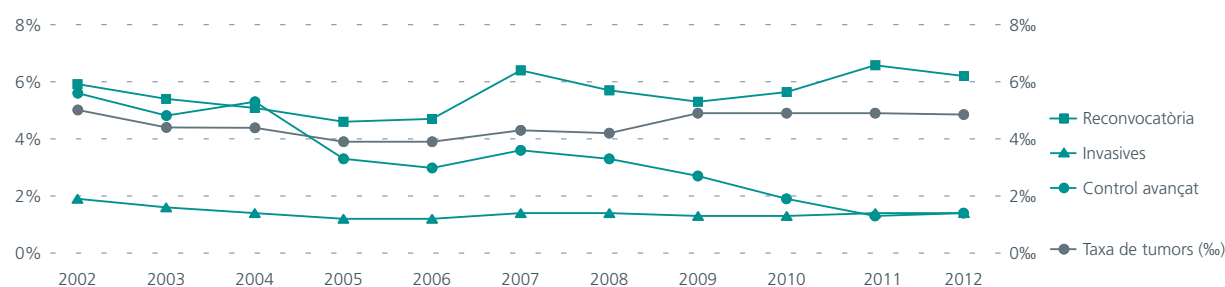
Figura 8. Evolució de la participació en el Programa de cribratge de càncer de mama per districte i ronda. Barcelona, 2003-2012.



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

Nota: El Programa de càncer de mama s'executa en rondes programades en àrees bàsiques per donar cobertura a tot el districte bianualment.

Figura 9. Evolució dels indicadors de qualitat del cribratge de càncer de mama. Barcelona, 2002-2012.



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

Nota: La taxa de tumors diagnosticats sobre el total de dones participants en el Programa de cribratge de càncer de mama s'expressa sobre 1.000 dones.

s'han assolit participacions que ratllaven el 54%, mentre que al Raval han estat del 26%. El resultat del test ha estat positiu en un 6,2% dels participants. Per cada mil participants s'han detectat 4,9 càncers, 18,7 adenomes d'alt risc i 8,8 adenomes de baix risc.

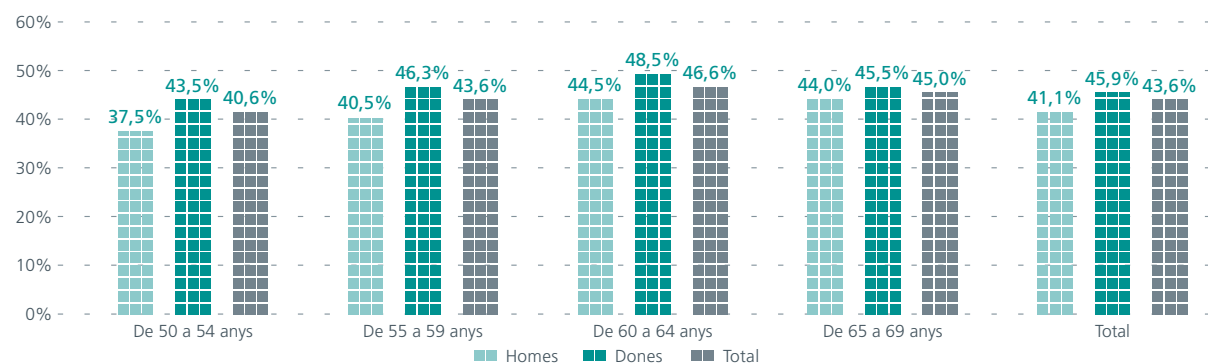
Cribratge de càncer de cèrvix

El cribratge de càncer de cèrvix és oportunista i per tant, la dona no és convocada sinó que acudeix per iniciativa pròpia a fer-se els controls pertinents. A Catalunya el protocol del cribratge de càncer uterí esmenta que: «tota dona que ha iniciat les relacions sexuals s'hauria d'incorporar al protocol de cribratge en el període de tres anys

des que les va iniciar; caldria que als 25 anys totes les dones sexualment actives haguessin tingut l'oportunitat d'entrar en el protocol de cribratge de càncer de coll uterí. En entrar en el protocol, es recomana fer dues citologies de Papanicolaou amb un interval d'un any. Si les citologies són negatives, es recomana efectuar-ne una cada tres anys fins als 65 anys, edat a la qual finalitza el cribratge en les dones que hagin tingut un cribratge adequat i amb resultats negatius al llarg dels anys».

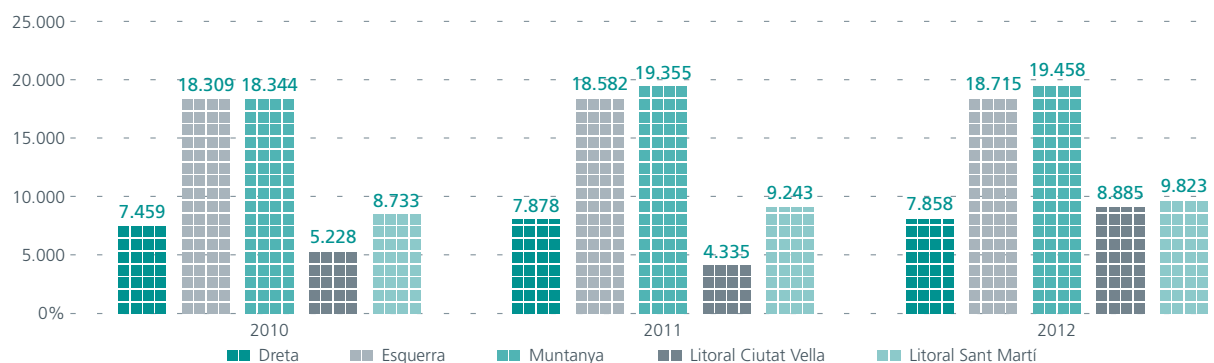
L'aplicació d'aquest protocol pels programes de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) de Barcelona ha fet que s'hagi estabilitzat i fins i tot incrementat el nombre de citologies realitzades i, per tant, la cobertura de dones cribrades, és a dir, dones d'entre 25 i 65 anys que realitzen correctament el cribratge al llarg dels anys. A Nou Barris i Sant Andreu la cobertura és del 91,2% sobre la població atesa. En la zona litoral, tant en els districtes de Ciutat Vella com de Sant Martí, és del 88% (vegeu la figura 11).

Figura 10. Participació en el Programa de cribratge de càncer de còlon per edat i sexe. Barcelona, 2012.



Font: Hospital Clínic i Parc de Salut Mar.

Figura 11. Nombre de citologies realitzades a les unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva Dreta, Esquerra, Muntanya, Litoral Ciutat Vella i Litoral Sant Martí. Barcelona, 2010-2012.



Font: Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva. PASSIR ICS i PASSIR Litoral.



Els determinants de l'entorn físic

39

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El cribratge de càncer

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut reproductiva

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Monogràfics

La tos ferina. Una malaltia reemergent

Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut

Atenció a la cronicitat

Les condicions d'habitatge i barri

40

Actualment, el mercat de l'habitatge a la ciutat de Barcelona està condicionat per la situació general de crisi econòmica. Així, els darrers anys s'ha produït un traspàs en el règim de tinença des de la propietat (58,4% l'any 2011 segons l'Enquesta de Condicions de Vida i Hàbits de la Població de Catalunya i 71,2% l'any 2006) cap al lloguer (36,1% l'any 2011 i 25,6% el 2006). Pel que fa als preus de lloguer i compra d'habitatges, segons el Patronat Municipal de l'Habitatge de Barcelona, aquests tenen una tendència decreixent d'ençà que va començar la crisi (vegeu el quadre 1).

En relació amb la qualitat de l'habitabilitat per al 2011, els principals problemes de l'habitatge referits per les persones entrevistades eren les goteres, les humitats i els fongs (16,9%), la manca d'ascensor (15,8%), la manca de sol o llum (12,7%) i la manca d'espai (12,6%). L'any 2012, els habitatges beneficiats d'ajudes per a rehabilitació es van reduir un 60% respecte a l'any anterior, tot i que les ajudes del Pla d'Ascensors van augmentar un 6,1%. Les ajudes concedides en rehabilitació i instal·lació d'ascensors van afectar 850 edificis (11.731 habitatges).

A la valoració de les persones residents a Barcelona sobre diferents aspectes de la seva ciutat, segons l'Enquesta de Qualitat i Condicions de Vida de Barcelona de l'any 2012, cal destacar que van considerar que aspectes com la qualitat de l'aire, el soroll i les males olors eren bastant millorables. Així, en una escala de 10, la puntuació mitjana que van donar a la qualitat de l'aire va ser de 5 punts, també 5 punts al soroll i 5,5 punts a les males olors. La recollida d'escombraries va ser més ben valorada, amb una puntuació mitjana de 6,9 punts. No obstant això, cal dir que aquestes puntuacions han millorat lleugerament els darrers vuit anys: l'any 2004 les puntuacions van ser de 4,7 per a la qualitat de l'aire, 4,1 per als sorolls, 4,9 per a les olors i 6,5 per a la recollida d'escombraries.

Pel que fa a les persones sense llar, segons les dades de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar de Barcelona i el Servei d'Inserció Social de l'Ajuntament de Barcelona, a la ciutat de Barcelona l'any 2013 es van detectar 2.933 persones sense llar, un 43,4% més que fa cinc anys, de les quals 870 dormien al carrer (el quadre 1 en mostra la distribució per districtes), 595 en assentaments i 1.468 en recursos residencials.

Encara que en el nostre entorn pràcticament no hi ha dades, alguns estudis realitzats en altres països consideren les execucions hipotecàries com un esdeveniment vital estressant que s'associa a diferents trastorns físics i psicològics com la depressió, la hipertensió i les malalties del cor. A Barcelona, un estudi qualitatiu dut a terme

Quadre 1. Indicadors relacionats amb l'habitatge i el barri, per districte. Barcelona, 2008 i 2013.

	Preu mitjà del lloguer (€/m²/mes) ¹		Preu mitjà de venda d'habitatge de segona mà (€/m²) ¹		Habitatges amb ajudes per rehabilitació o instal·lació d'ascensors (%) ¹	Persones que dormen al carrer ²		Renda familiar disponible per càpita ³
Districtes	2008	2012	2008	2012	2012	2011	2013	2011
Ciutat Vella	17,3	11,7	4.722	2.756	9,8%	125 (17,6%)	154 (17,7%)	77,0
Eixample	14,9	10,8	5.050	3.464	15,4%	121 (17,0%)	170 (19,5%)	112,0
Sants-Montjuïc	15,8	10,8	4.402	2.546	22,8%	119 (16,7%)	142 (16,3%)	75,1
Les Corts	15,1	11,6	5.515	4.137	2,7%	38 (5,3%)	38 (4,4%)	141,4
Sarrià – Sant Gervasi	16,4	12,3	5.962	4.011	4,3%	59 (8,3%)	75 (8,6%)	178,9
Gràcia	16,4	11,4	4.921	3.009	10,4%	21 (3,0%)	35 (4,0%)	105,8
Horta-Guinardó	16,0	10,1	4.238	2.422	11,9%	45 (6,3%)	46 (5,3%)	80,3
Nou Barris	15,7	9,5	3.879	2.097	5,7%	14 (2,0%)	49 (5,6%)	61,6
Sant Andreu	14,0	9,8	4.252	2.460	6,7%	44 (6,2%)	50 (5,7%)	74,1
Sant Martí	15,6	10,5	4.491	2.956	10,3%	125 (17,6%)	121 (13,4%)	81,7
Total Barcelona	15,7	10,7	4.668	3.262	100%	711 (100%)	870 (100%)	100

Fons: ¹Patronat Municipal de l'Habitatge de Barcelona. Xifres d'Habitatge 2012, segon semestre, i Xifres d'Habitatge 2008, primer semestre. ²Sales i Campos A (2013). Diagnosi 2013. Les persones sense llar a la ciutat de Barcelona i l'evolució dels recursos de la Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar. ³Barcelona Economia. Gabinet Tècnic de Programació, Ajuntament de Barcelona, 2011.

entre professionals que treballen amb persones desnonades o en risc de desnonament, càrrecs polítics amb competències en l'àmbit i representants d'associacions ciutadanes va explorar alguns aspectes relacionats amb la salut i la situació d'aquestes persones. Al quadre 2 se'n resumeixen els resultats principals.

En relació amb la distribució de la renda familiar disponible per càpita, i prenent com a referència la mitjana de Barcelona (100%), l'any 2011 va

ser set vegades superior per a les famílies residents al barri de Pedralbes (districte de Sarrià – Sant Gervasi) (241,5%), en comparació amb les famílies residents a Can Peguera (districte de Nou barris) (34%) (vegeu les dades per districtes al quadre 1, pàgina 40). Aquestes desigualtats s'han incrementat considerablement els darrers quatre anys. Així, tot i que el nombre de barris amb una renda un 20% per sobre de la mitjana de Barcelona (renda >120%) s'ha mantingut estable (12 barris), el nombre de barris un 20% per sota (renda <80%) s'ha incrementat en 14 barris els darrers quatre anys (23 barris el 2008 i 37 barris el 2011), i la diferència entre el barri més pobre i el més ric ha augmentat un 65%.

Quadre 2. Resultats principals de l'estudi sobre la salut psicosocial de les persones afectades per un desnonament.

Resultats principals

Es tracta d'un tema rellevant que té impacte en la salut psicosocial de les persones afectades i el seu entorn (família, comunitat de residència, professionals que les atenen), especialment la salut psicològica.

La salut de les persones queda afectada en tot el procés, des que es té el primer deute. Per tant és molt important la detecció precoç de situacions de risc que poden progressar cap a la pèrdua de l'habitatge. Hi ha alguns factors de vulnerabilitat, com ara la manca d'una xarxa social.

No hi ha un perfil homogeni de les persones afectades, però sí alguns factors associats com per exemple: persones soles; parelles joves amb criatures petites; famílies monoparentals/monomarentals; parelles en què almenys un dels membres s'ha quedat a l'atur o, tot i treballar, tenen ingressos molt baixos; famílies que guanyaven molts diners i després de perdre la feina no han pogut fer front a la hipoteca, i persones jubilades que van avalar les hipoteques dels seus fills.

Les persones autòctones tenen majors dificultats d'enforntar-s'hi, per l'estigmatització que suposa per a persones de classe mitjana demanar ajut als serveis socials, la qual cosa suposa un endarreriment de les intervencions.

La via contenciosa per afrontar-ho s'utilitza molt poc, atesa l'existència d'un contracte signat amb el banc, mentre que la mediació es considera útil atès que ajuda les persones a entendre les seves opcions i, si s'exhaureix, poden emprendre altres accions com la pressió social.

Les principals dificultats per a l'abordatge professional són la manca de coordinació de recursos, la necessitat d'una dotació de recursos bàsica per prevenir o atendre les persones afectades i la manca d'informació sistemàtica.

Es recomanen accions a diversos nivells: coordinació de les entitats, campanyes de sensibilització, cobertura de necessitats bàsiques i acompanyament professional de les persones afectades per afavorir-ne l'empoderament.

Font: Cortès I, Ramos P, Armadans I, Romeo M, Munné M, Puntès S. Desahucio y salud psicosocial en el actual contexto de crisis económica. Gac Sanit. 2013; 27 (Espec Congr 2):269.

La seguretat alimentària

42

Per tal de realitzar la vigilància i el control dels aliments i dels establiments alimentaris es fan inspeccions sanitàries, auditories dels autocontrols de les empreses basades en el sistema d'anàlisi de perills i punts crítics de control (APPCC) i també s'analitzen aliments. El tipus d'actuació de control oficial majoritari en nombre és la visita d'inspecció sanitària.

Els objectius de les inspeccions són molt variats, des de la simple vigilància de l'establiment fins a la gestió d'una alerta, la tramitació d'un registre sanitari o la comprovació de les condicions de manipulació dels aliments per una denúncia, entre altres qüestions. Les inspeccions sanitàries es planifiquen i s'executen sobre la base dels diferents programes de vigilància i control, i les freqüències d'inspecció dels establiments responen al risc relatiu de l'establiment i al tipus d'activitat que desenvolupa.

L'any 2012 s'ha realitzat un total de 6.495 inspeccions a establiments alimentaris. Pel que fa al resultat, considerem «conformes» aquelles inspeccions en què no s'han detectat deficiències, o bé s'han detectat deficiències lleus que no impliquen riscos per a la salut dels consumidors. D'altra banda, considerem «no conformes» els

resultats de les inspeccions en què s'han detectat deficiències greus o greus per reincidència. Cal aclarir que les deficiències, malgrat que siguin lleus, impliquen sempre mesures de correcció amb seguiment, que, en el cas de no ser ateses, poden derivar en deficiències greus per reincidència.

Els resultats de les inspeccions sanitàries es mostren per districtes al quadre 3, on es pot veure la conformitat en les estructures dels establiments alimentaris (equipament, manteniment i neteja), en el processat dels aliments i en els productes alimentaris (condicions físiques, etiquetatge, origen i traçabilitat). La conformitat mitjana amb la normativa supera el 95% i, per districtes municipals, en la majoria dels aspectes que es controlen, es pot observar que aquest percentatge està per sobre del 90%. Només en un districte aquesta conformitat baixa per sota d'aquest percentatge en el processat i la manipulació d'aliments, així com en l'etiquetatge, origen i traçabilitat dels productes. Es deu al fet que, en aquest districte, s'hi concentren proporcionalment moltes actuacions en establiments prèviament identificats pels agents de la Guàrdia Urbana com a infractors d'algun aspecte de la normativa vigent.

Pel que fa als diferents sectors de l'alimentació, s'observa una conformitat molt elevada, també per sobre del 90%, en gairebé tots els aspectes controlats, tant a les indústries alimentàries com als establiments de restauració comercial i social i al comerç de minoristes d'alimentació. Per sota d'aquest valor veiem aspectes de millora pel que fa a l'etiquetatge, l'origen i la traçabilitat dels productes alimentaris en el sector minorista d'alimentació.

Quadre 3. Resultats del control sanitari a establiments alimentaris en les 6.495 inspeccions fetes per districte. Barcelona, 2012.

Districtes	Estructures i equipaments		Processat i manipulació	Producte		
	Condicions físiques / Manteniment	Neteja		Condicions físiques	Etiquetatge	Origen / Traçabilitat
Ciutat Vella	99,2%	98,2%	98,8%	94,3%	91,1%	96,0%
Eixample	95,2%	97,2%	93,8%	96,6%	93,0%	95,9%
Sants-Montjuïc	95,6%	97,7%	93,0%	97,0%	95,2%	98,1%
Les Corts	96,4%	100,0%	98,4%	98,7%	96,9%	95,2%
Sarrià – Sant Gervasi	95,6%	98,3%	97,6%	97,4%	97,7%	100,0%
Gràcia	99,5%	96,8%	99,4%	95,8%	100,0%	100,0%
Horta-Guinardó	99,0%	97,9%	97,9%	98,8%	98,0%	97,8%
Nou Barris	90,1%	94,7%	95,0%	92,2%	97,5%	91,9%
Sant Andreu	94,4%	92,6%	88,1%	85,3%	91,5%	77,4%
Sant Martí	98,7%	98,2%	98,4%	92,2%	100,0%	100,0%
Total	96,5%	97,3%	95,3%	95,5%	95,6%	96,0%

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

Com a resultat de les deficiències detectades en els controls esmentats, es van establir les mesures següents: 185 casos en què s'ha sotmès l'establiment a una vigilància estricta fins a la

correcció de la no conformitat, 147 retirades de producte del mercat, 74 advertiments o requeriments, 21 multes coercitives, 20 expedients sancionadors, 32 suspensions d'activitat i 2 tancaments cautelars d'establiments (vegeu el quadre 4).

Quadre 4. Mesures adoptades en les inspeccions per districte. Barcelona, 2012.

Districtes	Extremar Vigilància	Retirada de producte	Advertiment	Requeriment	Multes coercitives	Expedients sancionadors	Suspensió / Cessament d'activitat	Tancaments cautelars
Ciutat Vella	48	13	0	6	1	7	6	1
Eixample	29	14	6	15	3	3	0	0
Sants-Montjuïc	20	43	5	8	7	7	1	0
Les Corts	2	5	0	0	1	1	0	0
Sarrià – Sant Gervasi	35	12	0	2	2	1	4	1
Gràcia	13	5	0	11	2	0	0	0
Horta-Guinardó	8	4	2	3	0	0	2	0
Nou Barris	9	6	0	2	0	0	1	0
Sant Andreu	20	39	1	7	1	0	16	0
Sant Martí	1	6	0	6	4	1	2	0
Total	185	147	14	60	21	20	32	2

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

La qualitat de l'aire

44

L'avaluació de la qualitat de l'aire l'any 2012 constata una millora global, respecte a l'any anterior, dels nivells de partícules PM_{10} i NO_2 , ja que la mitjana de la ciutat s'ha reduït de 31,8 $\mu g/m^3$ a 31,0 $\mu g/m^3$ i de 47,3 $\mu g/m^3$ a 44,1 $\mu g/m^3$, respectivament. Tanmateix, es continua superant el valor límit diari per a les partícules PM_{10} (en dos dels deu punts de mesurament) i el valor límit anual per al NO_2 (en quatre dels set punts de mesurament).

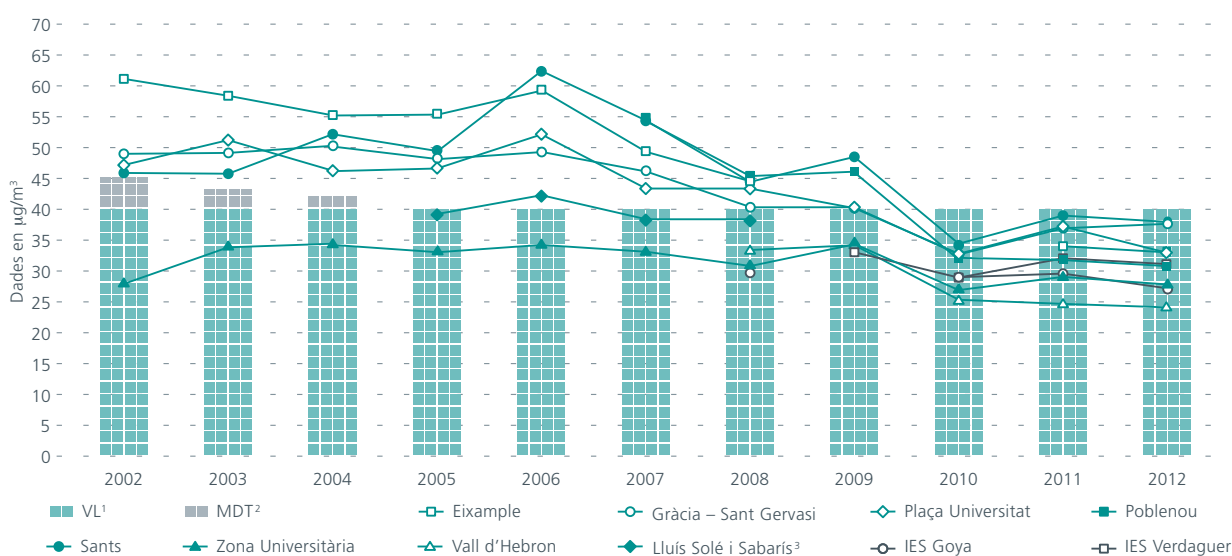
Els nivells anuals de PM_{10} s'han mantingut estables o amb una lleugera disminució respecte a l'any anterior, excepte a l'estació de Gràcia – Sant Gervasi, afectada per les obres de l'entorn. Així, per tercer any consecutiu, es compleix el valor límit anual (40 $\mu g/m^3$) en totes les estacions de la ciutat, i els nivells en les estacions de trànsit se situen entre els 30 $\mu g/m^3$ i els 38 $\mu g/m^3$ i entre els 24 $\mu g/m^3$ i els 31 $\mu g/m^3$ en les estacions de fons urbà. Respecte al valor límit diari, se supera el nombre de dies permesos a l'estació de trànsit moderat de Sants i el percentil 90,4 a l'estació de trànsit molt intens de Gràcia – Sant Gervasi. Es detecta una tendència de descens dels nivells d'aquest contaminant a

la ciutat, especialment clara a les estacions de trànsit a partir de l'any 2006 (vegeu la figura 1).

Respecte al NO_2 s'ha produït un descens general dels seus nivells anuals a la ciutat, excepte a l'estació de trànsit moderat de Palau Reial i a l'estació de fons urbà de Ciutadella (42 $\mu g/m^3$), on se supera el valor límit anual (40 $\mu g/m^3$). Així mateix, tot i aquest descens, també se supera el valor límit anual a les estacions de trànsit molt intens de l'Eixample (61 $\mu g/m^3$) i Gràcia – Sant Gervasi (61 $\mu g/m^3$) i a l'estació de trànsit moderat de Poblenou (42 $\mu g/m^3$) (vegeu la figura 2, pàgina 45). Seguint la tendència dels nivells anuals, també es detecta un descens del nombre de superacions del valor límit horari (200 $\mu g/m^3$). Cal assenyalar que per tal de restablir els nivells d'aquests dos contaminants crítics de la contaminació atmosfèrica a la ciutat, el Govern de la Generalitat de Catalunya ha redactat el Pla d'Actuació per a la Millora de la Qualitat de l'Aire, horitzó 2015.

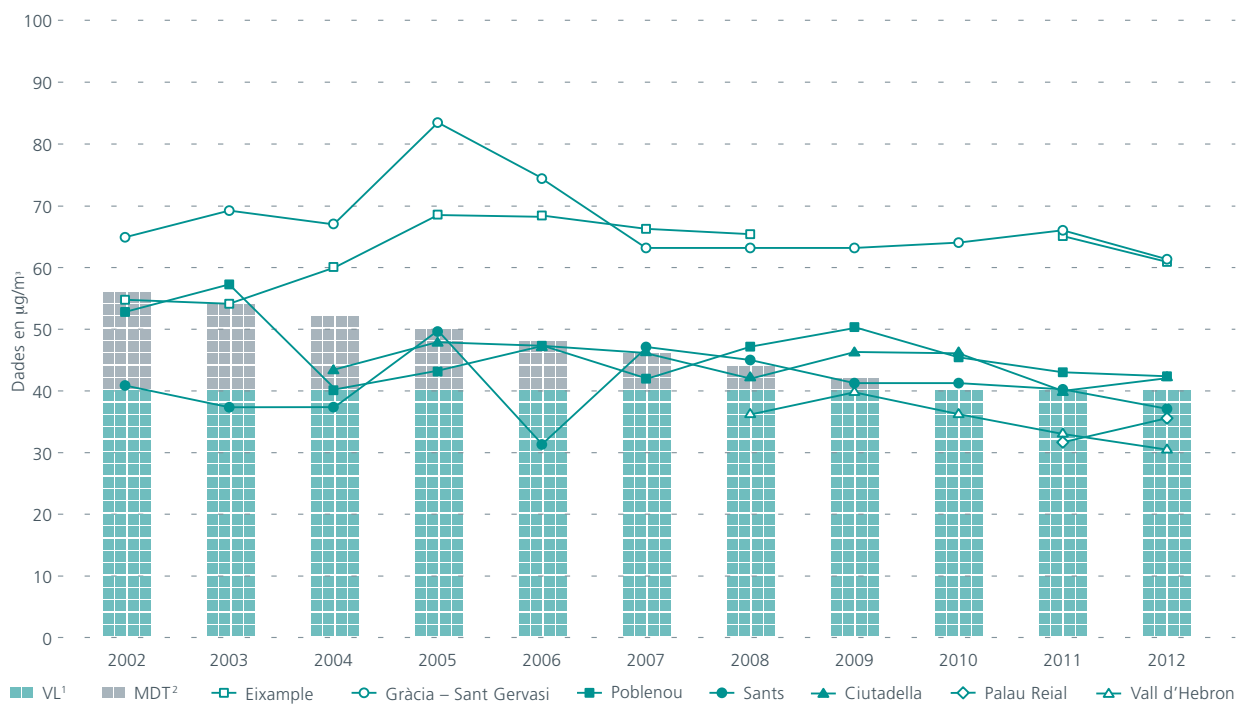
Pel que fa a la resta de contaminants, es compleixen els valors límit o valors objectiu establerts al Reial Decret 102/2011 per als gasos (CO , SO_2 i O_3), metalls (Cd , Ni , As i Pb), els hidrocarburs aromàtics policíclics (benzo[a]pirè), els compostos orgànics volàtils (benzè) i les partícules fines ($PM_{2,5}$). Cal destacar que des de l'any 2003 no se supera el límit horari d'informació a la població per a l'ozó (180 $\mu g/m^3$) en cap de les estacions urbanes de la ciutat. Respecte a les partícules $PM_{2,5}$, els nivells a totes les estacions de la ciutat han complert el valor límit anual (25 $\mu g/m^3$) que entrarà en vigor l'any 2015.

Figura 1. Evolució de la mitjana anual de partícules PM_{10} per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2012.



Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental.

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

Figura 2. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen (NO_2) per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2012.

Font: Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental.

Notes: ¹Valor límit (VL) = 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. ²MDT (marge de tolerància).

La qualitat de l'aigua

46

L'aigua subministrada a Barcelona

L'aigua de consum humà que es distribueix a Barcelona procedeix majoritàriament de les conques hidrogràfiques del riu Llobregat i del Ter, tot i que també existeix una aportació d'aigua dessalada del mar Mediterrani. L'aigua es potabilitza a les estacions de tractament i es distribueix a la ciutat en tres zones d'abastament: Zona B (origen Llobregat i dessaladora), Zona E (origen Ter) i Zona D (barreja variable de Llobregat i Ter). Geogràficament, la zona B correspon a part del districte de Sants-Montjuïc (14% del consum total el 2012), la zona E a part dels districtes de Nou Barris i Sant Andreu (8%) i la zona D a la resta de la ciutat (78%).

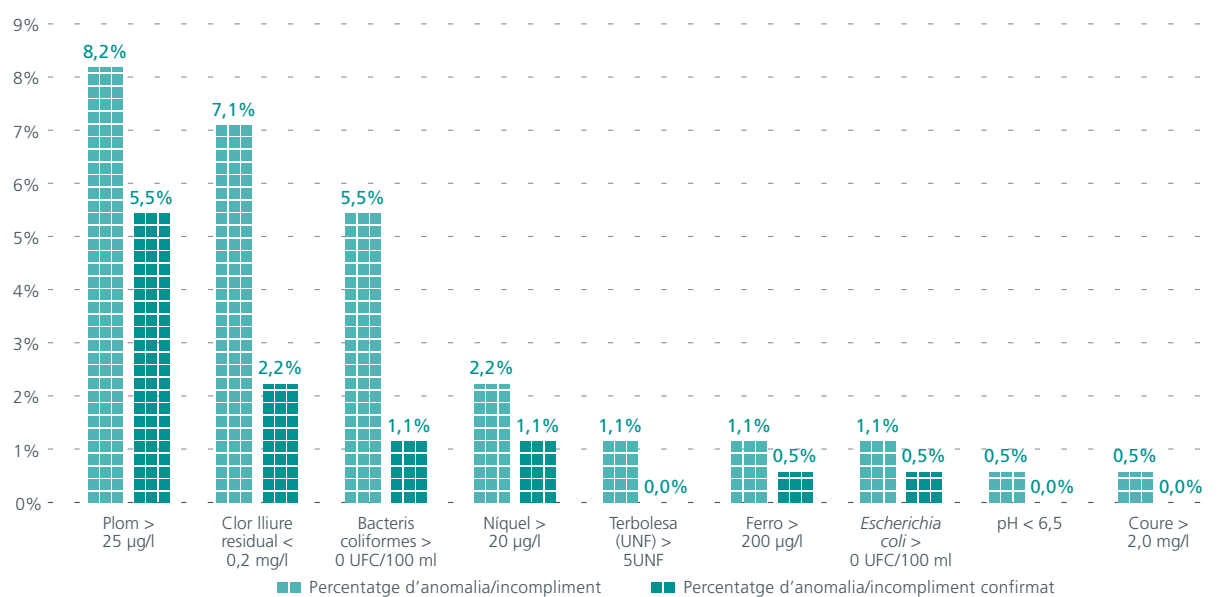
L'ASPB, en el desplegament de les seves funcions de vigilància sanitària, pren mostres anuals a la xarxa de distribució i analitza tots els paràmetres legislat (Annex I del Reial Decret 140/2003). La detecció eventual d'algun incompliment genera una notificació cap a l'entitat gestora i un seguiment fins a la seva correcció. Durant el 2012 es va recollir un total de 16 mostres, en les quals no

s'ha detectat cap incompliment. Tanmateix, existeixen diferències en les característiques fisicoquímiques de l'aigua d'origen Llobregat (Zona B) i de la del Ter (Zona E). Les diferències són degudes a la qualitat variable de l'aigua que es capta abans de la potabilització. L'aigua del Llobregat, amb una salinitat elevada i àmpliament influïda per descàrregues industrials i domèstiques, fa que calgui optimitzar-ne el procés de potabilització (tècniques de dessalinització i òsmosi) per donar compliment a tots els requeriments sanitaris. La posada en funcionament durant l'any 2009 de millores tecnològiques en el procés de potabilització a les estacions de tractament d'aigües potabilitzadores (ETAP) que tracten l'aigua d'origen Llobregat ha suposat una millora important en la qualitat de l'aigua subministrada. Aquesta millora s'ha fet especialment palesa en les concentracions totals de trihalometans (THM), que actualment se situen per sota del límit màxim legal de 100 µg/l.

El control a l'aixeta del consumidor

L'ASPB, dins de la seva competència municipal, realitza també controls a les aixetes de la ciutadania per verificar que les xarxes internes dels edificis no afecten la qualitat de l'aigua (article 20 del Reial Decret 140/2003). El 2012 es van analitzar 261 aixetes dins de 183 edificis, el 70% dels quals són escoles inspeccionades d'ofici i el 30% restant domicilis particulars que s'inspeccionen com a resposta a sol·licituds ciutadanes. El percentatge de sol·licituds ciutadanes de control s'han incrementat el 2012 (30%) respecte a anys anteriors (inferior al 15%).

Figura 3. Percentatge d'anomalies o incompliments dels valors paramètrics establerts al Reial Decret 140/2003 i percentatge de confirmació respecte al total. Barcelona, 2012.



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

Notes: Pt: plati. Co: cobalt. Els paràmetres sense representació a la figura corresponen a un 0% d'incidències trobades. Sense anomalies amb: Crom > 50 µg/l, Clor lliure residual > 1 mg/l, Amoni > 0,5 mg/l, Color > 15 mg/l Pt/Co, Conductivitat > 2.500 µS/cm, Olor > 3 index de dilució, pH > 9,5 i Sabor > 3 index de dilució.

L'aigua compleix tots els criteris sanitaris en la majoria dels edificis inspeccionats (81%). Tanmateix, l'ASPB ha realitzat un total de 34 visites de reinspecció per investigar anomalies/incompliments que només van ser confirmats en el 47% dels casos. La incidència més freqüent és l'excés de concentració de plom ($>25 \mu\text{g/l}$) a l'aigua a causa de la cessió d'aquest material per les canonades internes (8% edificis). L'augment del percentatge de mostres amb excés de plom el 2012 respecte a anys anteriors (on era inferior al 5%) s'atribueix a l'augment de mostres recollides per sol·licitud ciutadana i que concentren una major quantitat d'incidències (el 40% del total) en comparació amb les mostres recollides d'ofici (el 19%). El percentatge d'incompliments per plom puja fins al 9% si es té en compte el nou límit de $10 \mu\text{g/l}$ que serà vigent a partir de l'1 de gener de 2014. S'han trobat també incompliments per un excés de níquel a l'aigua (2% d'edificis) també a causa de la cessió dels materials de la xarxa interna.

D'altra banda, en el 7% dels edificis la concentració del desinfectant residual (clor lliure) és insuficient i en el 5% s'ha detectat contaminació per bacteris coliformes (vegeu la figura 3, pàgina 46). Tanmateix, el percentatge de confirmació d'aquestes anomalies és força baix (1-2% del total). Generalment aquestes incidències són degudes a la manca de manteniment i neteja de les instal·lacions internes, sobretot quan existeixen dipòsits interns a la finca. La resta d'incidències són molt poc freqüents ($<1\%$).

En els casos d'incompliments confirmats a l'aixeta dels ciutadans, l'ASPB emet un requeriment sanitari de correcció dirigit a la propietat. Es va emetre un total de 20 requeriments sanitaris causats per incompliments per plom (70%), deficiències sanitàries als dipòsits interns (30%), incompliments microbiològics (10%) i incompliments per níquel (10%). Actualment s'ha donat compliment al 65% del total de requeriments emesos.

Figura 4. Document informatiu del servei de control de la qualitat de l'aigua a l'aixeta del consumidor, disponible gratuïtament per a la ciutadania de Barcelona.



Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'ASPB realitza controls de qualitat de l'aigua a les aixetes de la ciutadania de Barcelona de manera gratuïta (vegeu la figura 4). Així, si se sospita d'algunes de les incidències esmentades anteriorment i/o qualsevol altra que pugui alterar la qualitat de l'aigua, es pot sol·licitar una anàlisi de comprovació a l'ASPB mitjançant la seva adreça d'internet (http://www.aspb.cat/quefem/medi_ambient) o presencialment (plaça Lesseps, 1).



Els comportaments relacionats amb la salut

49

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El cribratge de càncer

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut reproductiva

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Monogràfics

La tos ferina. Una malaltia reemergent

Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut

Atenció a la cronicitat

L'activitat física i la mobilitat

50

L'Enquesta de salut de Barcelona de 2011 mesura l'activitat física saludable dels infants d'entre 6 i 14 anys d'acord amb la versió espanyola del Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF)¹. El nivell d'activitat física saludable dels joves és similar al del 2006 tant en nois com en noies (puntuació mitjana de 52,4 en nois i 47,6 en noies el 2011 i de 52,0 i 47,3 respectivament el 2006). Tanmateix el 2006 no s'apreciava gradient segons la classe social mentre que el 2011 els infants de posició socioeconòmica més afavorida realitzen més activitat física saludable (mitjana de 55,6 en nois i de 49,0 en noies) que els de posició menys afavorida (46,3 en nois i 46,6 en noies).

Quant a la mobilitat, el 2012, segons les dades de l'Enquesta de mobilitat en dia feiner de Barcelona (EMEF) per a majors de 15 anys, realitzada anualment per l'Ajuntament de Barcelona, es

van fer 7.871.738 desplaçaments per la ciutat. Les dones van fer més desplaçaments que els homes, el 56% del total.

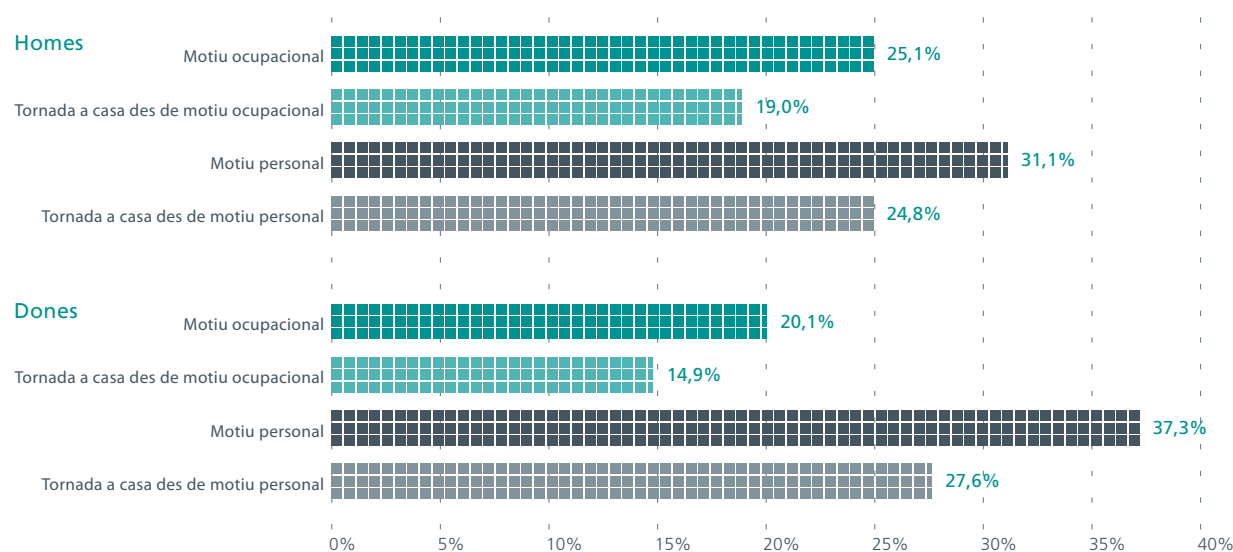
Els dos modes de transport més freqüents a la ciutat, en homes i dones, són anar a peu (38,2% i 45,0%) i usar el transport públic (32,1% i 39,7%). La resta de modes, usats en menor proporció, són, tant en homes com en dones, el turisme (18,1% i 11,4%), la motocicleta o el ciclomotor (7,6% i 2,7%), la bicicleta (3% i 1%) i altres modes (1,1% i 0,2%). Les dones presenten una major mobilitat a peu i en transport públic que els homes i, en canvi, els homes presenten una major mobilitat en modes de transport privats, com el turisme, la motocicleta o el ciclomotor i la bicicleta.

Les dones tenen una major mobilitat personal que els homes (major proporció de desplaçaments per «motiu personal» i per «tornada a casa» des de «motiu personal») i en canvi, els homes tenen major mobilitat ocupacional que les dones (major proporció de desplaçaments per «motiu ocupacional» i per «tornada a casa» des de «motiu ocupacional»). En homes, el 25,1% dels desplaçaments van ser per «motiu ocupacional», el 19% van ser per «tornar a casa des de motiu ocupacional», el 31,1% per «motiu personal» i el 24,8% van ser de «tornada a casa des de motiu personal». En dones, la proporció de desplaçaments segons els mateixos motius va ser del 20,2%, el 14,9%, el 37,4% i el 27,6%, respectivament (vegeu la figura 1).

Tant en homes com en dones, la distribució del mode de transport varia segons el motiu del desplaçament. En ambdós sexes, el mode més

1 Rajmil L, Berra S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Rodríguez M, Borrell C et al. Versión española del perfil de salud infantil, cuestionario para padres y madres: Child Health and Illness Profile-Child Edition Parent Report Form (CHIP-CE/PRF). Gaceta Sanitaria. 2004; 18(4):305-11.

Figura 1. Percentatge de desplaçaments per sexe i motiu del desplaçament. Barcelona, 2012.



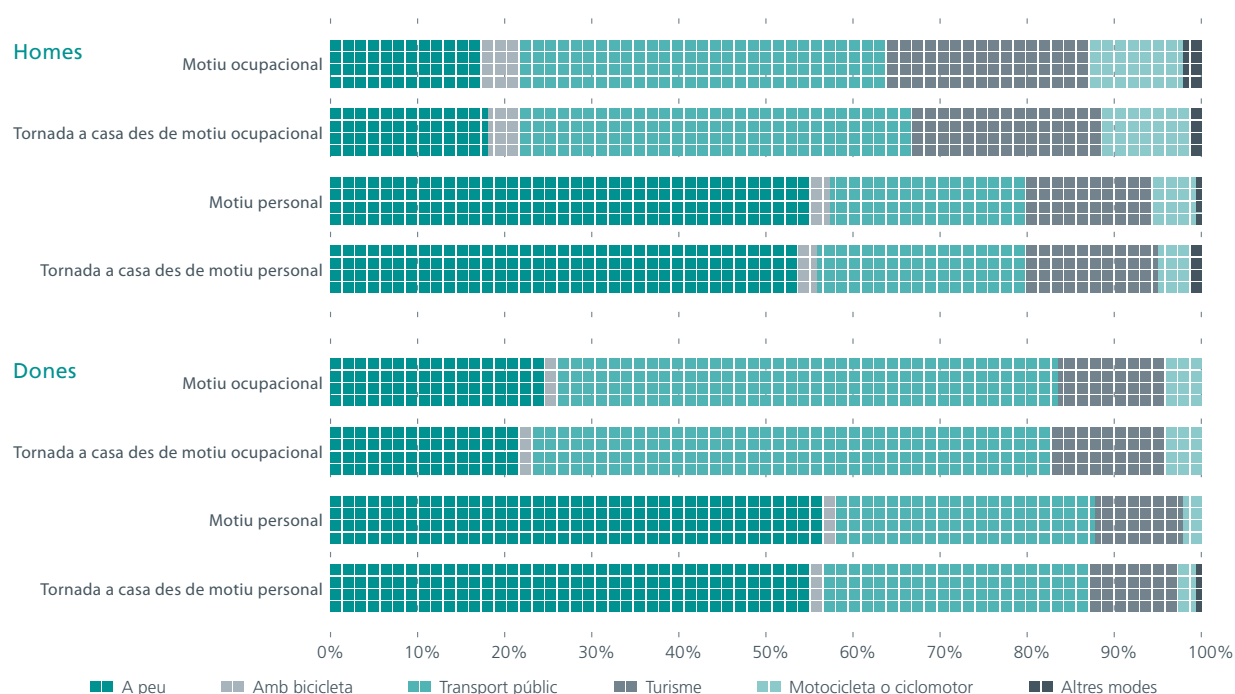
Font: EMEF-2012.

Nota: Els desplaçaments són etapes de desplaçament. Un desplaçament ve definit per un origen i un destí i pot estar format per diferents etapes definides per cada mode de transport usat. Cada etapa l'hem considerada un desplaçament. El motiu ocupacional inclou desplaçaments a la feina, l'escola, la universitat o per gestions de feina. El motiu personal inclou desplaçaments per compres, visita mèdica, prova diagnòstica, recuperació, visita a familiars o amiguets, acompanyar altres persones, gestions personals, oci i passejar.

usat en la mobilitat ocupacional és el transport públic, i en canvi en la mobilitat personal és a peu. En la mobilitat ocupacional, el segon mode de transport més usat en homes és el turisme i en dones és a peu, en canvi, en la mobilitat

personal, en ambdós sexes, és el transport públic. La motocicleta i el ciclomotor també és un mode usat amb freqüència, especialment en la mobilitat ocupacional en homes, i ambdós sexes l'usen més en la mobilitat ocupacional que personal. El mateix passa amb la bicicleta, tot i que amb menor freqüència d'ús (vegeu la figura 2).

Figura 2. Percentatge de desplaçaments per sexe, motiu del desplaçament i mode de transport. Barcelona, 2012.



Font: EMEF-2012.

Nota: Els desplaçaments són etapes de desplaçament. Un desplaçament ve definit per un origen i un destí i pot estar format per diferents etapes definides per cada mode de transport usat. Cada etapa l'hem considerada un desplaçament. El motiu ocupacional inclou desplaçaments a la feina, l'escola, la universitat o per gestions de feina. El motiu personal inclou desplaçaments per compres, visita mèdica, prova diagnòstica, recuperació, visita a familiars o amigats, acompanyar altres persones, gestions personals, oci i passejar.

L'alimentació saludable

52

Un hàbit saludable d'alimentació en la població infantil i juvenil és esmorzar cada dia abans de sortir de casa i/o a mig matí. El fet habitual de no esmorzar o no poder realitzar aquest hàbit es relaciona amb un major risc de sobrepès i obesitat². Pel que fa a esmorzar cada dia abans de sortir de casa, amb dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, no ho feia el 6,9% de la població d'entre 3 i 14 anys (el 5,7% dels nens i el 8,2% de les nenes).

D'altra banda, dins del projecte de Prevenció de l'Obesitat Infantil a Barcelona (POIBA), realitzat a la ciutat de Barcelona en escolars de 8 a 10 anys, l'any 2012 també es van mesurar alguns aspectes de la conducta alimentària que estan relacionats amb el pes. El quadre 1 mostra que el 53,9% dels nens i el 45,5% de les nenes amb excés de pes, enfront del 46,1% i el 38,0%, respectivament, amb pes normal, sopen habitualment davant el televisor. Quant al fet de dinar a l'escola, el 24,3% dels nens i el 27,8% de les nenes amb excés de pes, enfront del 18,1% i el 21,4%, respectivament, amb pes normal, no dinen habitualment a l'escola, posant de manifest novament el caràcter protector que té per al pes fer un menjar a l'escola. La relació d'aquestes dues variables –sopar davant del televisor i no dinar a l'escola– amb l'excés de pes és estadísticament significativa i les confirma com a variables de risc d'engreixament. Per contra, i tot que el percentatge de nens i nenes amb excés de pes que fan algun àpat al dia sols és superior (15,1% i 11,7%, respectivament), respecte al dels que tenen un pes normal (12,3% i 9%), aquests valors no són estadísticament significatius.

Quadre 1. Conducta alimentària que comporta risc d'excés de pes segons el sexe, en infants de quart de primària. Barcelona, 2012.

	Menjar sol/a n (%)	No dinar a l'escola n (%)	Sopar davant el televisor n (%)
Nois			
Pes normal	101 (12,3%)	378 (46,1%)	148 (18,1%)
Excés de pes	69 (15,1%)	246 (53,9%) ¹	111 (24,3%) ²
Noies			
Pes normal	79 (9,0%)	334 (38,0%)	188 (21,4%)
Excés de pes	51 (11,7%)	198 (45,5%) ³	121 (27,8%) ⁴

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

Notes: ¹p=0,004. ²p=0,002. ³p=0,025. ⁴p=0,024.

2 Deshmukh-Taskar PR, Nicklas TA, O'Neil CE, Keast DR, Radcliffe JD, Cho S. The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: The National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2006. J Am Diet Assoc. 2010; 110:869-78.

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

El consum de tabac en els joves

El consum de tabac és la primera causa de mortalitat evitable, per això és molt important disposar de dades de consum de tabac en població adulta, però també en l'adolescència, etapa en què majoritàriament s'inicia aquest consum. Les enquestes sobre factors de risc en joves escolaritzats s'administren periòdicament des del 1987 a mostres representatives dels centres educatius de la ciutat amb l'objectiu de conèixer els comportaments i factors de risc per a la salut del jovent de la ciutat. En aquestes enquestes s'aborden, entre d'altres, temes diversos com el consum de tabac, alcohol i altres substàncies addictives. L'última enquesta portada a terme a Barcelona es va realitzar el curs escolar 2011-2012 i va anar dirigida a alumnes de segon i quart d'ESO, segon de batxillerat i estudiants de cicles formatius de grau mitjà (CFGM).

La figura 3 mostra l'evolució del consum regular de tabac (mínim una cigarreta a la setmana) en nois i noies del 1987 al 2012. En general, en ambdós sexes ha disminuït el consum regular de tabac, ja que s'observa una tendència decreixent al llarg dels anys. En les noies, s'observa un descens del consum de tabac més marcat que en els nois per a tots els cursos. D'aquesta manera, les prevalències de consum de tabac de nois i noies tendeixen a igualar-se al llarg dels anys.

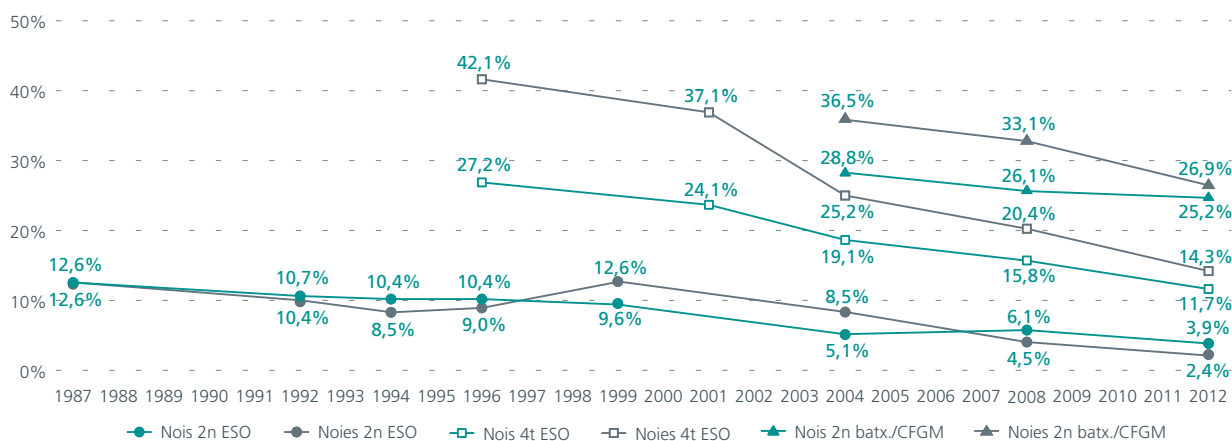
L'any 1996, la prevalença de consum a quart d'ESO era molt superior en noies que en nois, mentre que el 2012 aquestes diferències són molt menors. La prevalença de consum regular de tabac entre les noies de segon de batxillerat i de CFGM també era força superior que entre els nois en les edicions del 2004 i el 2008. En canvi, l'any 2012, el consum de tabac regular és lleugerament superior entre les noies de quart d'ESO (14,3%) i de segon de batxillerat i CFGM (26,9%) que entre els nois (11,7% i 25,2%, respectivament). L'evolució del consum de tabac entre els alumnes de segon d'ESO no segueix el mateix patró, i, tot i que també disminueix, els nois en presenten un major consum (3,9%) que les noies (2,4%).

En resum, podem dir que la prevalença de consum de tabac entre els adolescents ha disminuït al llarg dels anys. Així mateix, s'observa una clara tendència a la disminució de les diferències en el consum de tabac entre nois i noies.

El consum d'alcohol i drogues il·legals

La prevalença d'alumnes que s'han emborratxat alguna vegada els sis mesos anteriors ha anat variant al llarg dels anys. L'any 2004 es va observar un lleuger augment en relació amb els anys anteriors a totes les edats i en ambdós sexes. En comparació amb l'any 2004, els percentatges observats el 2012 són lleugerament inferiors a segon d'ESO i en nois de quart d'ESO, i lleugerament superiors a segon de batxillerat i CFGM i en noies de quart d'ESO. L'any 2012, la prevalença d'alumnes que s'ha emborratxat alguna vegada en els sis mesos anteriors augmenta amb l'edat i és similar en nois i noies excepte a quart d'ESO, en què la prevalença és superior en noies (vegeu les figures 4 i 5, pàgina 54).

Figura 3. Consum regular (mínim una cigarreta a la setmana) de tabac en nois i noies de segon d'ESO, quart d'ESO i segon de batxillerat i cicles formatius de grau mitjà (CFGM). Barcelona, 1987-2012.



Font: Enquestes FRISC i FRESC. Agència de Salut Pública de Barcelona.

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

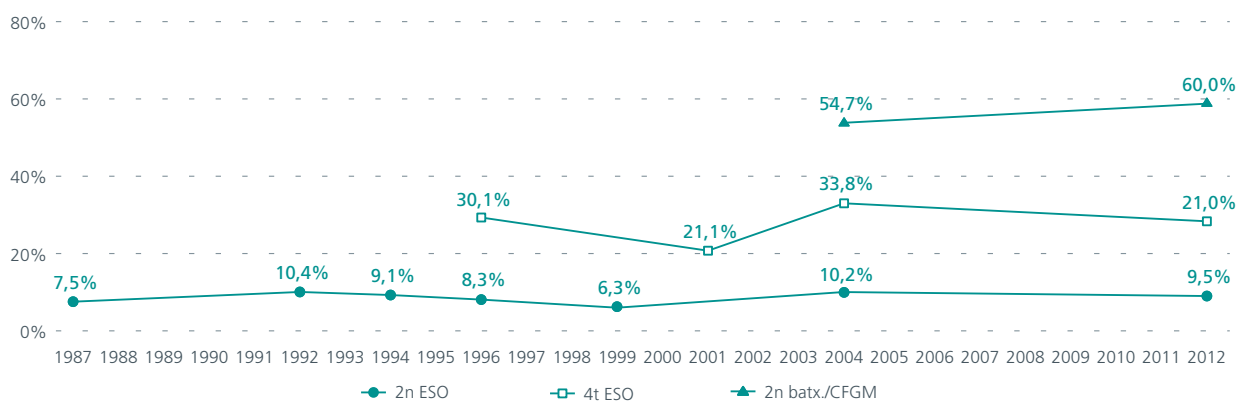
54

El consum de drogues a Barcelona afecta totes les edats. En la població en edat escolar d'ensenyament secundari obligatori, segons les dades procedents de l'enquesta FRESC del 2012, el percentatge d'adolescents de 14 a 18 anys que diuen que el darrer mes han consumit alcohol i/o cànnabis és del 34,6% i el 10,6%, respectivament. Un dels serveis de què disposa l'Agència de Salut Pública de Barcelona per atendre adolescents i joves consumidors de drogues i les seves famílies és el Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD). Des del segon trimestre del 2008

fins al 31 de desembre de 2012, el servei ha atès 2.020 adolescents i joves, el 63% dels quals hi han estat derivats pels cossos de seguretat (Guàrdia Urbana i Mossos d'Esquadra), per realitzar el Programa psicoeducatiu de mesures alternatives a la sanció per consum de drogues a la via pública.

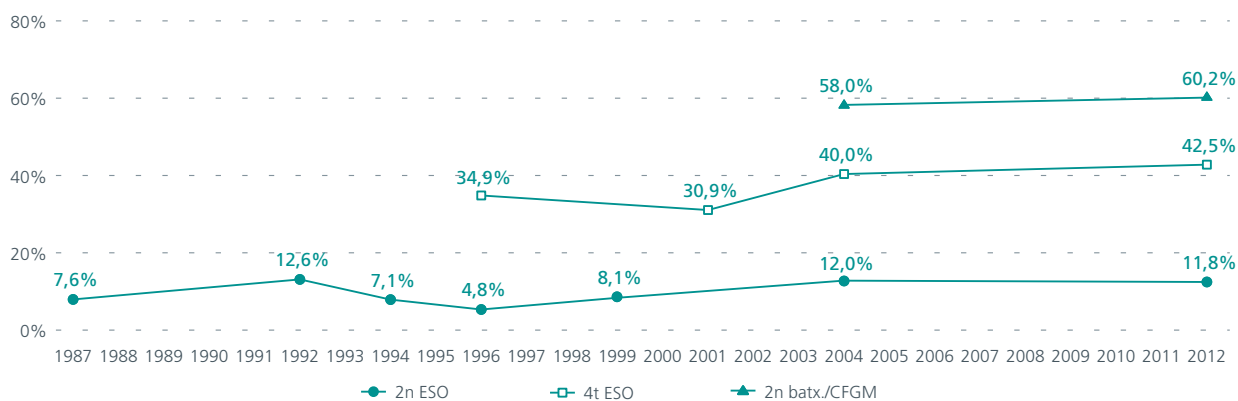
La substància principal que motiva l'entrada al SOD és el cànnabis; amb un 98,6% dels casos (un 14,7% té un consum de risc de cànnabis). Pel que fa a la població adulta jove (de 15 a 34 anys), segons dades de l'Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), a la ciutat de Barcelona l'any 2011 la substància més consumida era l'alcohol, i la prevalença del consum intens d'alcohol (*Binge drinking*) en

Figura 4. Percentatge de nois que s'han emborratxat alguna vegada els darrers sis mesos per curs. Barcelona, 1987-2012.



Font: Enquestes FRISC i FRESC. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 5. Percentatge de noies que s'han emborratxat alguna vegada els darrers sis mesos per curs. Barcelona, 1987-2012.



Font: Enquestes FRISC i FRESC. Agència de Salut Pública de Barcelona.

els homes era del 34,2%. En el cas de les dones aquestes prevalències són del 25,5%. El cànnabis és la substància il·legal que té un consum més estès en tots els grups d'edat, la prevalença en els homes de 15 a 34 anys és del 29,9% i en les dones del 16%. La prevalença de consum de cocaïna durant l'any 2012 en les persones de 15 a 34 anys és del 6,8% en els homes i de l'1,8% en les dones, mentre que en la població de 35 a 64 anys aquest percentatge disminueix al 2,7% i el 1,7% respectivament.

Pel que fa a la població amb dependència del consum de drogues, l'any 2012, en els sis centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències que gestiona l'Agència de Salut Pública de Barcelona hi havia 8.500 pacients amb problemes d'abús o dependència de les drogues. Des de l'any 2003 fins a l'actualitat, aquest nombre de pacients s'ha mantingut més o menys estable. L'any 2008 va ser el que va presentar un major nombre de pacients atesos (8.911). En general, els pacients atesos reben una mitjana d'unes 27 visites especialitzades a l'any (sense incloure-hi les visites que tenen a veure amb la dispensació farmacològica ni amb la presa de mostres d'analítica). Pel que fa referència a tots els centres

de gestió pública de Barcelona, es va fer com a mitjana un total de 4.000 inicis de tractament anuals, dels quals el 75% van ser per a homes. Les principals substàncies implicades van ser l'alcohol i la cocaïna. Els nous inicis de tractament per consum d'opiacis han anat disminuint al llarg dels anys i s'han estabilitzat des del 2006. El consum de cocaïna ha disminuït des del 2009, mentre que destaca un increment sostingut de l'alcohol i, des de l'any 2009, dels inicis de tractament per cànnabis (vegeu la figura 6).

La sobredosi és una de les causes principals de mortalitat en les persones consumidores d'heroïna³, tot i que seria evitable. L'any 2012 el 16% de les persones consumidores d'heroïna que eren usuàries de programes de reducció de danys de Catalunya sabien menys de dues raons o accions per prevenir o revertir una sobredosi. Aquest fet es tradueix en les taxes de mortalitat per reacció aguda adversa al consum de drogues, que es mantenen força constants al llarg dels anys. L'any 2012 a Barcelona van morir 60 persones per reacció aguda adversa al consum de drogues. La majoria de morts per reacció aguda adversa al consum de drogues es produeixen al domicili (73% de les morts) mentre que les morts al carrer han mostrat una tendència decreixent al llarg dels anys, en què s'ha passat d'un 20% dels casos l'any 1995 a aproximadament un 10% dels casos en el període 2006-2011.

3 EMCDDA. European Drug Report 2013: Trends and Developments. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); 2012.

Figura 6. Inicis de tractament per alcohol i algunes drogues il·legals, segons la substància que provoca la demanda de tractament. Barcelona, 1997- 2012.



Font: Sistema d'informació de drogodependències. Agència de Salut Pública de Barcelona.



La salut

57

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El cribratge de càncer

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut reproductiva

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Monogràfics

La tos ferina. Una malaltia reemergent

Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut

Atenció a la cronicitat

L'esperança de vida i la mortalitat

58

Els principals indicadors de la mortalitat a Barcelona de l'any 2011 (vegeu el quadre 1) mostren un canvi en la tendència dels darrers anys. Si bé la majoria dels indicadors presentaven una tendència positiva en la darrera dècada, els anys 2009 i 2010 es van mantenir estables i l'any 2011 es va observar que tenien una lleugera millora. A Barcelona, l'esperança de vida en néixer l'any 2011 va augmentar a 80 anys en els homes i a 86,2 anys en les dones, essent lleugerament superiors a les de Catalunya (79,5 anys en els homes i 85,3 anys en les dones el 2011), i a les de l'Estat espanyol (79,4 anys en els homes i 85,4 anys en les dones el 2011).

A continuació es presenta l'evolució entre els anys 1991 i 2011 de les principals causes de mort prematura (vegeu la figura 1), mesurada amb els anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys (APVP).

En els homes, el càncer de pulmó ha estat la principal causa de mort prematura amb una tendència decreixent, malgrat que resta estable des de l'any 2009; seguit de la malaltia isquèmica del cor, que disminueix de manera continuada durant tot el període, de la mateixa manera que la

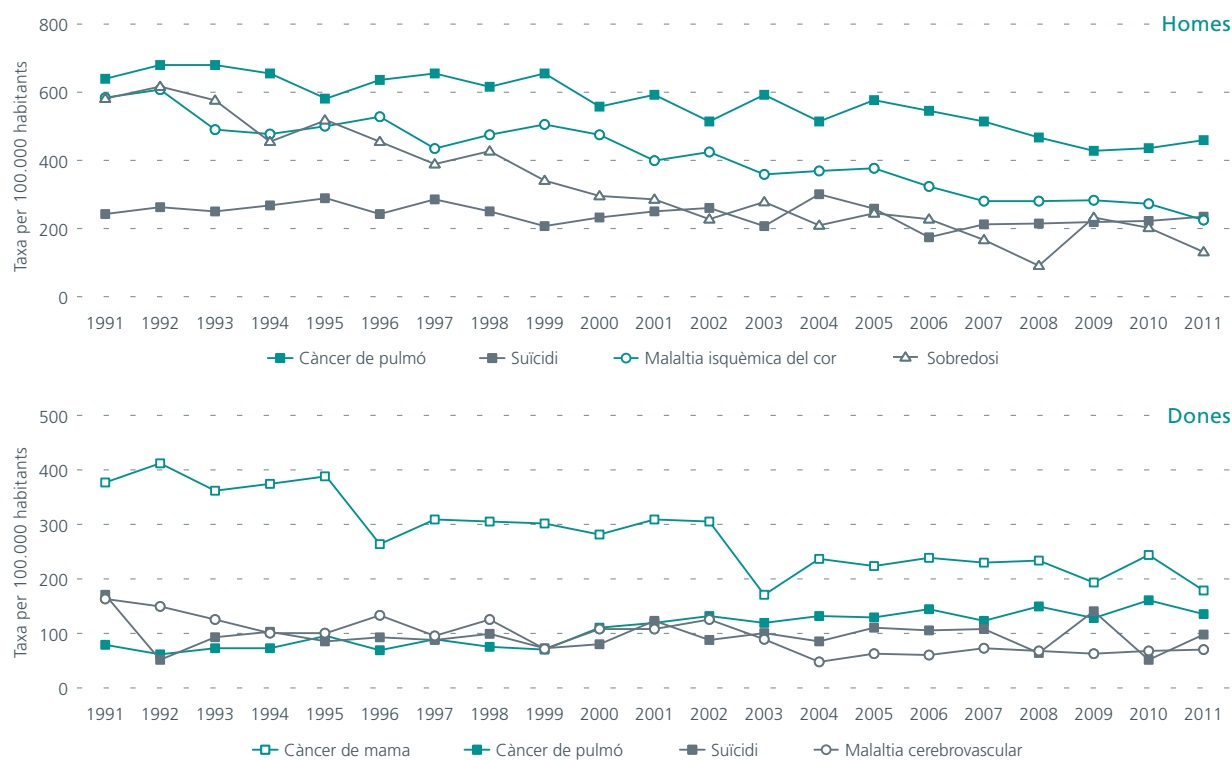
Quadre 1. Indicadors de mortalitat en homes i dones. Barcelona, 2011.

	Homes	Dones
Taxa bruta de mortalitat ¹	942,1	934,0
Taxa de mortalitat estandarditzada per edat ^{1,2}	1.261,9	738,8
Taxa d'APVP ³ estandarditzada per edat ^{1,2}	3.614,5	1.826,3
Taxa de mortalitat infantil ⁴	3,2	2,2
Taxa de mortalitat perinatal (>500 g) ⁴	4,9	3,9
Esperança de vida en néixer	80,0	86,2

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

Notes: ¹Taxes per 100.000 habitants. ²Estandardització segons el mètode directe, població de referència el total de Barcelona el 2011. ³APVP: anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys. ⁴Taxes per 1.000 naixements.

Figura 1. Evolució de les principals causes de mortalitat prematura per sexe. Barcelona, 1991-2011.



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

Nota: Taxa d'anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys per 100.000 habitants estandarditzada per edat amb la població del 1996.

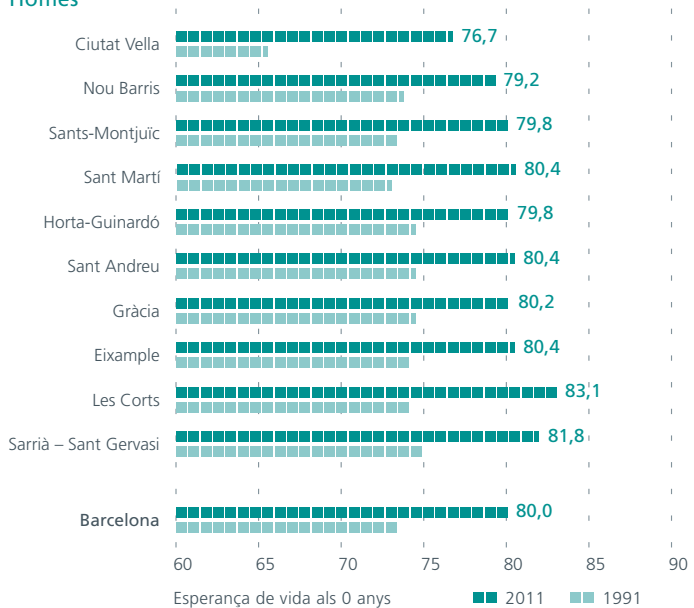
mortalitat per sobredosi, que ha disminuït notablement durant les darreres dues dècades. El suïcidi és una altra de les principals causes de mort prematura; si bé es manté estable durant tot el període, s'observa una tendència creixent des de l'any 2007.

En les dones, la principal causa de mortalitat prematura ha estat el càncer de mama, i l'evolució mostra tres etapes: va disminuir el 1996 i es va mantenir estable fins al 2002, quan va tornar a disminuir notablement, i s'ha mantingut estable des d'aleshores. Al contrari, destaca l'augment progressiu del càncer de pulmó, de manera que se situa com la segona causa de mort prematura en les dones els darrers anys. La mortalitat prematura per suïcidi es mostra força estable en les dones, i la mortalitat prematura per malaltia cerebrovascular, si bé seguia una tendència decreixent fins al 2004, es manté estable els darrers anys.

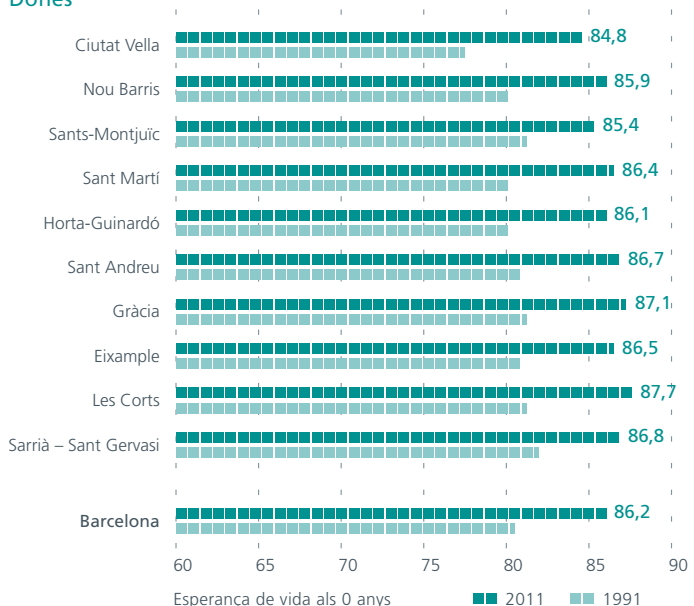
Finalment, es presenta l'esperança de vida en néixer els anys 1991 i 2011, en els districtes de Barcelona (vegeu la figura 2). S'observa una evolució positiva, de manera que l'esperança de vida ha augmentat en les dues darreres dècades més de set anys en els homes i gairebé sis anys en les dones. Malgrat que l'esperança de vida va augmentar en tots els districtes, persisteixen les desigualtats en el territori: Ciutat Vella va presentar la menor esperança de vida, tot i que el districte ha experimentat grans canvis poblacionals i que les desigualtats respecte a la ciutat han disminuït els darrers anys. El districte de Les Corts va presentar l'esperança de vida més alta l'any 2011, amb una diferència respecte a la ciutat que ha augmentat els darrers anys.

Figura 2. Evolució de l'esperança de vida en els districtes ordenats segons l'índex de renda familiar disponible¹ per sexe. Barcelona, 1991-2011.

Homes



Dones



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: ¹ Índex sintètic de desigualtat social de 2001.

Algunes malalties cròniques

60

En l'evolució de la civilització humana s'ha produït una transició sanitària, que Omran¹ ha diferenciat en eres o fases successives; així, s'ha passat d'una era amb predomini de les malalties transmissibles a un declivi d'aquestes, en què han anat emergint les malalties no transmissibles com la diabetis, les cardiovasculars i el càncer, que globalment constitueixen les malalties cròniques. Posteriorment Olshansky² ha introduït l'era en què predominaran les malalties degeneratives d'aparició tardana, associades a la vellesa.

Tot i el desenvolupament de la ciència i de les noves tecnologies, la realitat és que el cos humà gaudeix d'un temps de vida limitat i, a mesura que l'organisme envella, es veu afectat per una sèrie de problemes que es van acumulant amb l'edat i que bàsicament conflueixen en les malalties cròniques.

A Catalunya, segons l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (ESCA), el 71,3% de la població de 15 anys i més ha patit o pateix algun dels trastorns crònics més prevalents³. Les patologies cròniques suposen el 80% de la mortalitat i consumeixen més del 50% dels recursos del sistema

sanitari. El Pla de Salut⁴ 2011-2015 s'orienta, entre altres coses, vers l'objectiu d'aconseguir un sistema més adreçat als malalts crònics, més resolutiu i de més qualitat quant a l'alta especialització.

Les malalties cròniques comparteixen factors de risc ben identificats la incidència dels quals, amb l'aplicació d'intervencions d'eficàcia i d'efectivitat provades, pot experimentar reduccions notables. El quadre 2 mostra l'evolució de diversos indicadors avaluats a l'atenció primària (AP), com ara el control òptim de la tensió arterial (TA) i el control metabòlic de la diabetis mellitus (DM).

Complementàriament, també s'avalua un altre indicador, el risc cardiovascular en població de 35 a 74 anys atesa pels equips d'atenció primària amb diagnòstic d'hipercolesterolèmia (colesterol total >200 mg/dl). El quadre 3 (pàgina 61) presenta l'evolució de la valoració del risc cardiovascular en aquesta població.

La diabetis mellitus (DM) és una malaltia crònica del metabolisme que constitueix un problema sanitari important derivat de la prevalença creixent de la morbiditat i mortalitat elevades i del seu paper com a factor de risc cardiovascular. De les persones que són ateses a l'atenció primària, el 9,3% pateixen la malaltia. La diabetis mal controlada pot ocasionar a curt termini descompensacions hiperglucèmiques i, a llarg termini, afavoreix la presència de complicacions, com la retinopatia, la nefropatia, la neuropatia i la malaltia cardiovascular. Com a conseqüència d'això, les persones amb diabetis tenen un risc elevat de patir complicacions vasculars. El bon control i seguiment dels pacients diabètics millora el pronòstic de la malaltia. Entre les mesures de seguiment que es porten a terme des de l'atenció primària per a la prevenció de problemes vasculars en pacients diabètics cal destacar el cribratge de fons d'ull de forma periòdica. La cobertura de cribratge aquest darrer any ha representat un 72% de la població diagnosticada.

Com a conseqüència de la presència de factors de risc o de la història natural/evolució de les malalties comentades, es donen situacions de característiques clíniques més agudes, com la cardiopatia isquèmica i la malaltia cerebrovascular. Aquestes malalties de l'aparell circulatori es consideren la primera causa de mortalitat i una de les causes principals de morbiditat a Catalunya. Són el primer motiu d'ingrés en centres hospitalaris d'aguts en els homes i el segon en les dones. En més del 95% dels casos ingressen per urgències i la majoria de la població afectada és

1 Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund.* 1971; 49:509-38.

2 Olshansky SJ. Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Mem Fund.* 1986; 64:355-91.

3 Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2011. Informe dels principals resultats: Estat de Salut. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 4a edició, agost 2012.

4 Generalitat de Catalunya. Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, octubre 2012.

Quadre 2. Control òptim de la tensió arterial (TA) i control metabòlic de la diabetis (DM) en l'atenció primària. Barcelona, 2007-2012.

	Control òptim TA (%)						Control metabòlic DM (%)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Barcelona	37,9%	45,7%	47,5%	49,4%	52,7%	57,8%	61,6%	61,3%	65,7%	64,1%	64,5%	67,4%

Font: Memòria Consorci Sanitari de Barcelona.

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

major de 64 anys; en aquest grup d'edat la taxa d'hospitalització és de 10,6 per mil habitants en insuficiència cardíaca i 5,2 en ictus.

Les opcions terapèutiques d'aquests episodis aguts, tant en la vessant de tractament intravenós com endovascular, han evolucionat de manera molt favorable en les últimes dècades. No obstant això, el temps d'atenció (diagnòstic i terapèutic) està molt relacionat amb l'efectivitat dels procediments, perquè les finestres terapèutiques en l'atenció a aquest tipus de pacients són relativament curtes i exigeixen als dispositius assistencials una molt bona coordinació per tractar d'escurçar el temps d'atenció. Els serveis sanitaris han desenvolupat l'estratègia dels «Codi» per millorar la coordinació dels professionals sanitaris dels diferents nivells: l'atenció primària, el sistema d'emergències mèdiques (SEM) i els centres hospitalaris.

Així, mitjançant el Codi d'infart agut de miocardi, a la ciutat s'ha atès un total de 501 persones el 2012 (497 el 2011), amb un interval de temps des del primer contacte fins a la intervenció terapèutica de com a màxim 120 minuts en un 69,1% dels casos (61% el 2011). Quant al Codi d'ictus, enguany, a tot Catalunya, s'han registrat 1.221 procediments (1.073 el 2011), que han situat la proporció de repercussió global sobre els ingressos per ictus isquèmic en el 14,9%. D'aquest volum d'activitat, als quatre grans centres de la ciutat s'hi concentren 360 tractaments de trombosis intravenoses i 157 tractaments endovasculars. L'aplicació del protocol relacionat amb el Codi d'ictus ha significat un avenç important per a la gent que el pateix, ja que aporta una millora en la supervivència, així com també en la rehabilitació i el tractament de les seqüeles posteriors.

En la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) el consum de tabac és un dels principals factors de risc. Les actuacions preventives sobre el consum de tabac, la detecció precoç i el perfeccionament del diagnòstic mitjançant l'espirometria en milloren el pronòstic. El percentatge d'espirometries realitzades des de l'atenció primària als pacients amb MPOC aquest any 2012 és del 68,5%; aquesta xifra ha augmentat considerablement respecte a l'any

anterior (38%). La MPOC va donar lloc a 4.888 ingressos hospitalaris, principalment per descompensació, en especial entre la població gran i pluripatològica, la qual cosa ha comportat una taxa d'hospitalització de 2,5 ingressos per mil habitants.

Les malalties de l'aparell locomotor han originat 9.967 altes i, en un 80% dels casos, no s'associen a cap lesió específica. L'artrosi afecta pels volts del 60% de la gent més gran de 60 anys, i el mal d'esquena, el 50% de la població en algun moment de la vida. Aquests problemes de salut constitueixen el primer motiu de baixa laboral. Els factors de risc associats a les patologies de l'aparell locomotor (mal d'esquena, osteoporosi) estan relacionats amb l'estil de vida sedentari i la poca activitat física als llocs de treball on, a més, predominen els moviments repetitius.

Quadre 3. Valoració del risc cardiovascular en l'atenció primària en població de 35 a 74 anys. Barcelona, 2007-2012.

	Valoració del risc cardiovascular (%)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Barcelona	57,4%	58,7%	63,2%	68,1%	71,6%	73,4%

Font: Memòria Consorci Sanitari de Barcelona.

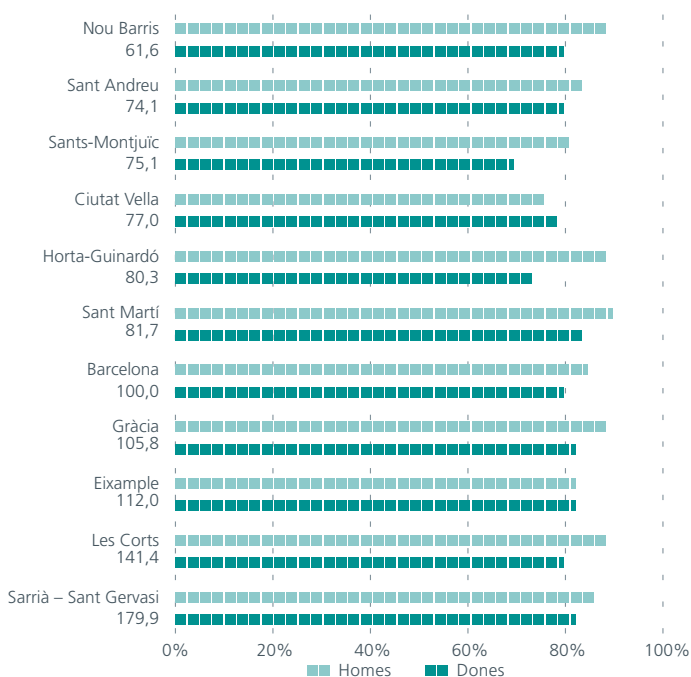
L'estat de salut percebut

62

Com es va fer palès a l'Enquesta de salut de Barcelona de 2011, el 84,6% dels homes i el 78,2% de les dones de Barcelona declara que té un estat de salut excel·lent, molt bo i bo. La distribució d'aquest indicador per districtes i sexe es mostra a la figura 3. Els districtes es presenten ordenats segons la renda familiar disponible per càpita, expressada en un índex. Així, la renda de les famílies del districte més ric és prop de tres vegades superior a la del districte de renda més baixa. Els districtes de Ciutat Vella i de Sants-Montjuïc presenten el menor percentatge de població amb bona salut percebuda, mentre que no s'aprecien diferències entre la resta de districtes. Els homes tendeixen a presentar un millor estat de salut en tots els districtes, amb l'excepció de l'Eixample i Ciutat Vella. L'estat de salut percebut més desfavorable es dona en les dones dels districtes de Sants-Montjuïc i Horta-Guinardó.

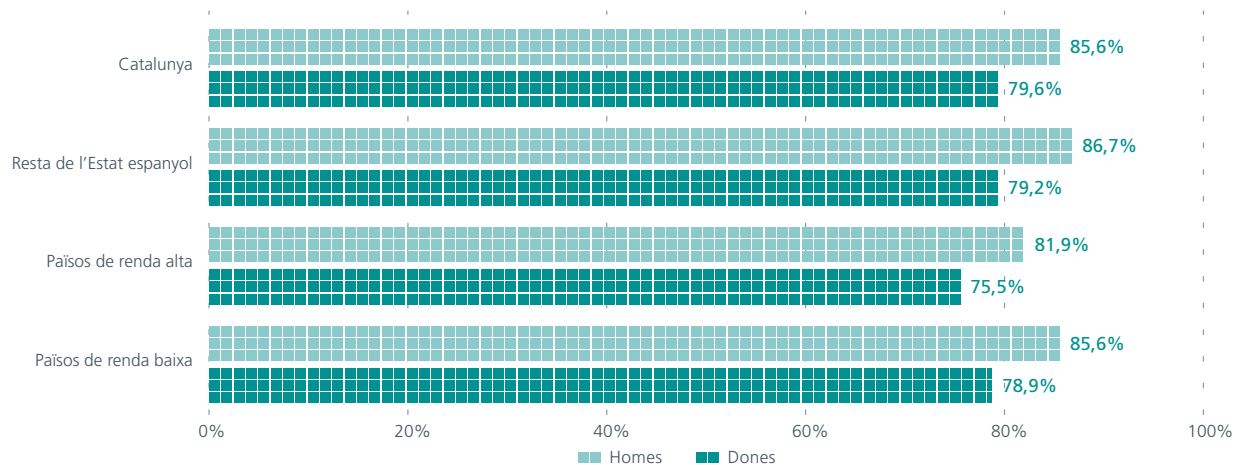
La distribució territorial de la bona salut per districtes (vegeu la figura 4) no mostra diferències segons el país de naixement. Tanmateix, es reproduïx el patró de millor salut percebuda en els homes que en les dones en tots els grups. No es dona, per tant, una relació sistemàtica entre major nivell mitjà de renda disponible i millor estat de salut.

Figura 3. Percentatge de salut excel·lent, molt bona o bona, segons els districtes, ordenats per renda familiar disponible i sexe. Estandarditzat per edat. Barcelona, 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Barcelona i renda familiar disponible dels districtes. Barcelona Economia, núm. 80, 2012. Ajuntament de Barcelona.

Figura 4. Percentatge de salut excel·lent, molt bona o bona, per país de naixement i sexe. Estandarditzat per edat. Barcelona, 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut 2011.

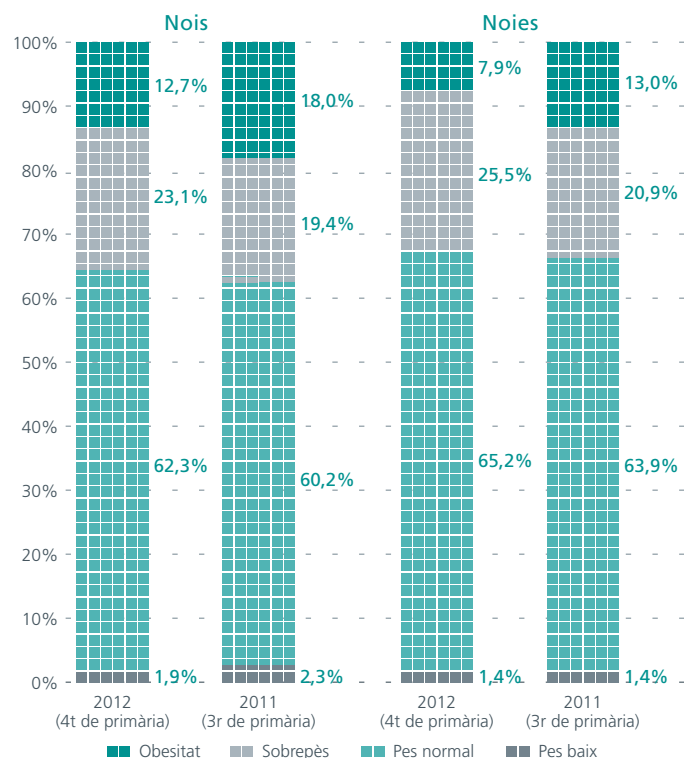
L'obesitat i l'excés de pes

L'obesitat i l'excés de pes segueixen presentant una prevalença alta en el món occidental. A l'apartat d'alimentació saludable ens hem referit als factors de risc de l'excés de pes per als infants de 8 a 10 anys; ara, en aquest apartat, ens referim a la prevalença de l'obesitat infantil. Per a l'any 2012 s'ha disposat d'una nova mesura dels escolars de 9 a 10 anys, escolaritzats a quart de primària a la ciutat de Barcelona, a partir de la mostra representativa d'escolars que es mantenen dintre del projecte de prevenció de l'obesitat infantil (projecte POIBA). Amb una mostra de 2.754 escolars (48,9% de nois i 51,1% de noies), els resultats referents a l'excés de pes es mostren a la figura 5. El percentatge d'obesitat, amb un 10,2%, era més alt en els nois (12,7%) que en les noies. En canvi, el percentatge de sobrepès, del 24,3%, era més alt en les noies (25,5%) que en els nois. Respecte a l'any anterior, i en la mateixa població de nois –els nascuts el 2002–, es veu una disminució de dos punts i mig de la prevalença de l'obesitat (12,7% a 10,2%), mentre que la prevalença del sobrepès augmenta i passa del 20% al 24,3%, amb un valor de l'excés de pes total del 34,5%.

D'altra banda, amb les dades de l'Enquesta de salut de Barcelona del 2011, s'ha calculat l'índex de massa corporal en els joves de menys de 18 anys d'acord amb l'escala internacional de Cole⁵. Segons aquestes dades, el 13,2% dels joves presenta sobrepès, (el 15,4% en els nois i el 10,9% en les noies), mentre que l'obesitat suposa el 8,9% (el 10,2% en els nois i el 7,5% en les noies). En conjunt, l'excés de pes és del 22,1% (25,6% en els nois i 18,4% en les noies).

⁵ Cole Tim J, Bellizzi Mary C, Flegal Katherine M, Dietz William H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ. 2000; 320:1240.

Figura 5. Distribució de l'índex de massa corporal dels infants nascuts el 2002 a tercer i quart de primària per sexe. Barcelona, 2012.



Font: Projecte de Prevenció de l'Obesitat Infantil a Barcelona (POIBA). Agència de Salut Pública de Barcelona.

La salut reproductiva

64

Els embarassos en les adolescents i joves als districtes de Barcelona

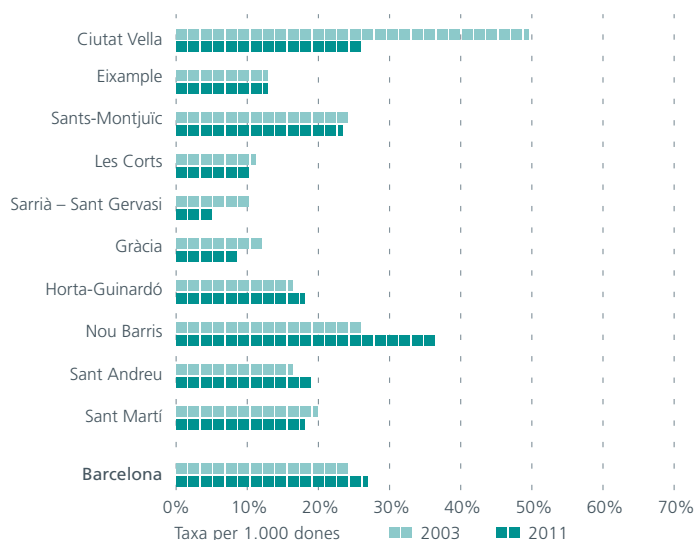
L'any 2011 es van produir 833 embarassos en noies adolescents i joves (de 15 a 19 anys). En aquest grup d'edat, un alt nombre d'embarassos no són planificats, i el 74% acaben en una interrupció voluntària de l'embaràs. Els embarassos en dones adolescents i joves mostren un lleuger augment entre els anys 2003 i 2011 en el conjunt de la ciutat de Barcelona (vegeu la figura 6). Per districtes, i en el mateix període, la taxa d'embarassos en les adolescents i joves mostra un augment important al districte de Nou Barris. També augmenta als districtes d'Horta-Guinardó i de Sant Andreu, mentre que a la resta de districtes la taxa d'embarassos en adolescents i joves es manté estable (Eixample i Les Corts) o bé baixa (Ciutat Vella, Sarrià – Sant Gervasi i Gràcia). És molt destacable la disminució dels embarassos en adolescents i joves al districte de Ciutat Vella. En aquest districte, entre els anys 2003 i 2011 la taxa d'embarassos s'ha reduït a menys de la meitat. Aquest districte històricament sempre havia presentat la taxa d'embarassos en adolescents i joves més alta de la ciutat.

A Barcelona, el 2011 els embarassos d'adolescents i joves van ser més freqüents entre les noies nascudes en països de renda baixa: quasi triplicaven la taxa de les adolescents i joves nascudes a l'Estat espanyol (vegeu la figura 7). En tots els districtes de la ciutat, les adolescents i joves nascudes en països de renda baixa mostren major freqüència d'embarassos que les dones nascudes a l'Estat espanyol. Per districtes, Ciutat Vella, Nou Barris i Sants-Montjuïc mostren les taxes més altes d'embarassos d'adolescents i joves nascudes a l'Estat espanyol. D'altra banda, els districtes de Nou Barris, Sant Martí i Sants-Montjuïc són els que tenen les taxes més altes d'embarassos en adolescents i joves nascudes en països de renda baixa.

Les adolescents i joves nascudes a l'Estat espanyol dels districtes de Sarrià – Sant Gervasi i l'Eixample interrompen el 100% dels embarassos en aquest grup d'edat, mentre que a la resta de districtes, la interrupció de l'embaràs de les adolescents i joves es situa al voltant del 70%. Entre les adolescents i joves nascudes en països de renda baixa, la

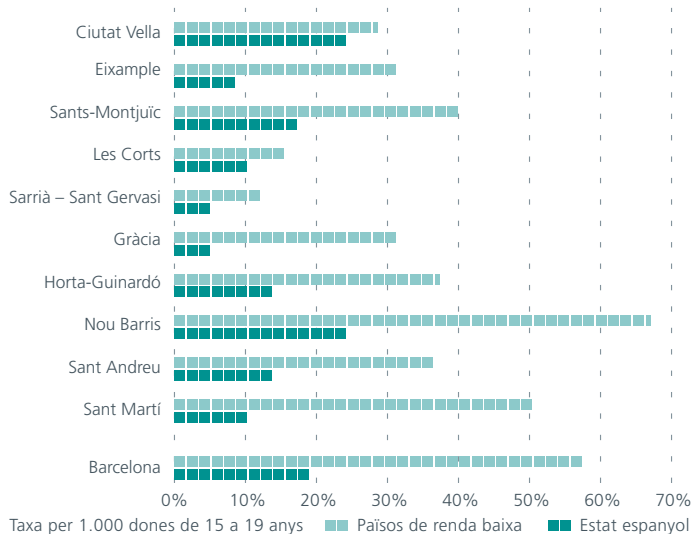
interrupció de l'embaràs és menor que entre les dones nascudes a l'Estat espanyol i se situa al voltant del 60%.

Figura 6. Embaràs en dones adolescents i joves (de 15 a 19 anys) per districte. Barcelona, 2003 i 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 7. Embarassos en dones adolescents i joves i país de naixement de la dona per districte. Barcelona, 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La salut laboral

Lesions per accident de treball

El 2012 es van produir 26.874 lesions per accident de treball (LAT) amb baixa, un 15,9% menys que l'any anterior. D'aquestes, 247 lesions van ser greus i 31 mortals. Comparant-ho amb anys anteriors s'observa la continuïtat en la tendència decreixent del nombre i la taxa d'incidència¹¹ de totes les lesions excepte les mortals, que enguany han augmentat significativament en ambdós indicadors, passant de 20 a 31 lesions i de 2,3 a 3,7 per 100.000 persones afiliades (vegeu la figura 8).

El 59,2% de les persones accidentades van ser homes, que també van patir les lesions més greus (el 74,1% de les greus i el 83,9% de les mortals). L'ocupació més freqüent en ambdós sexes va ser el personal de serveis i comerç, independentment de la gravetat (per exemple el 26,2% de les lesions greus entre els homes i el 30,8% entre les dones van ocórrer en aquestes ocupacions).

Les lesions *in itinere* van ser les lesions greus més freqüents en ambdós sexes i van augmentar respecte a l'any anterior (el 2011 eren el 40% i el 2012 el 47%). També van augmentar les lesions greus no traumàtiques (bàsicament infarts aguts de miocardi i patologies similars, que van passar del 3,5% al 6,5%). Una altra dada destacable és l'increment de les lesions mortals traumàtiques en jornada laboral (que van passar de 6 a 12), ocorregudes totes en homes.

Malalties professionals

Al llarg del 2012 es van produir 409 malalties professionals amb baixa, el mateix nombre que l'any anterior (cinc casos més entre els homes i cinc menys entre les dones), amb un lleuger augment de la incidència^a (l'any 2011 va ser de 48,03 casos per 100.000 persones afiliades i el 2012 de 48,95 casos). Com en els darrers anys (des del 2007), s'han produït més malalties professionals (MP) amb baixa en dones.

Les malalties musculoesquelètiques són les malalties professionals més freqüents i estan relacionades amb riscos ergonòmics com els moviments repetitius i les postures forçades. Enguany han disminuït en ambdós sexes les malalties per fatiga de les beines tendinoses, així com les paràlisis dels nervis causades per la pressió en els homes, mentre que han augmentat lleugerament en les dones (4,7%). Les malalties per altres agents físics s'han incrementat, sobretot entre els homes. Les malalties de la pell han tingut un increment molt important (75%), especialment en les dones. Enguany s'ha notificat una neoplàsia professional que va afectar un home. A la figura 9 (pàgina 66) s'observa la distribució de les malalties professionals ocorregudes el 2012 en homes i dones.

^a El denominador de la incidència és la població ocupada donada d'alta al règim general de la Seguretat Social (el majoritari) i al règim especial de la mineria del carbó. El numerador es refereix a totes les lesions per accident de treball (LAT) o malalties professionals (MP) ocorregudes a persones que tenen cobertes les contingències professionals, això significa que a més dels dos règims esmentats hi pot haver LAT i MP ocorregudes a persones en altres situacions minoritàries, com el personal autònom, que té cobertes aquestes contingències. Un altre aspecte que cal tenir en compte en relació tant amb els numeradors com amb els denominadors és que es refereixen a persones donades d'alta a la Seguretat Social en un centre de cotització de Barcelona i, per tant, el centre de treball podria ser en una altra població.

Figura 8. Evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals per gravetat. Barcelona, 2001-2012.



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

La salut laboral

66

Malalties relacionades amb el treball

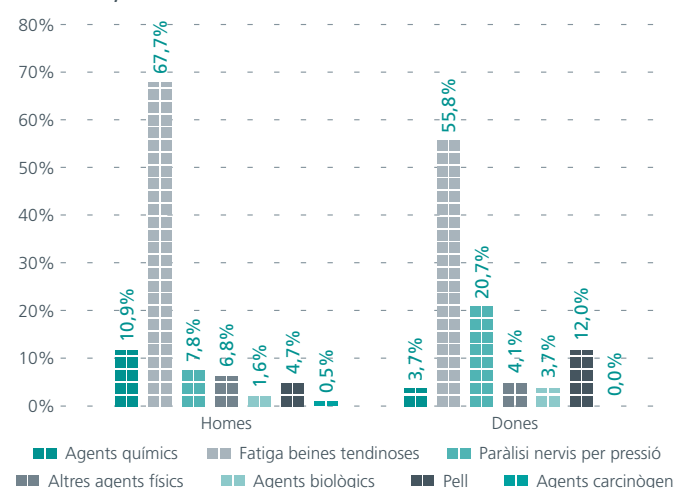
L'any 2012 els centres d'atenció primària van notificar 403 casos de malalties relacionades amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Com en anys anteriors es van notificar més casos en dones (63%) i els trastorns ansiosos i depressius van ser els més freqüents (65,4% dels casos femenins i 56,4% dels masculins). L'ocupació majoritària en ambdós sexes va ser el personal de serveis i comerç (12,5% i 28,7% dels homes i dones, respectivament).

Igual que l'any anterior, el nombre de trastorns i la seva taxa d'incidència^b van disminuir, però de manera molt més acusada (l'any 2012 el nombre va disminuir un 23,8%, i el 2011 un 10,3%, mentre que la taxa va passar de 84,5 per 100.000 el 2010 a 75,3 el 2011 i a 62,6 el 2012). Aquesta disminució s'ha produït en ambdós sexes, i mentre que el 2011 la disminució va ser similar en els diferents tipus de trastorns, el 2012 s'ha produït una disminució dels trastorns ansiosodepressius

^b El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de malalties relacionades amb el treball (MRT) notificades en persones ocupades, respecte a la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de Població Activa.

en ambdós sexes i, pel que fa als trastorns musculoesquelètics, hi va haver una disminució en els homes i un augment en les dones. En relació amb la incidència, ha seguit la mateixa tendència decreixent de l'any 2011, de manera que el 2010 aquesta incidència va ser de 84,5 malalties relacionades amb el treball per 100.000 persones, el 2011 de 75,4 i el 2012 de 62,6.

Figura 9. Malalties professionals amb baixa per sexe. Barcelona, 2012.



Font: Elaboració pròpia i del Departament d'Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya – Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral a partir de les dades del sistema Comunicació de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social (CEPROSS).

Les lesions per col·lisió de trànsit

Segons la Guàrdia Urbana de Barcelona s'han produït 8.352 col·lisions de trànsit amb víctimes, que han tingut com a conseqüència 10.986 persones lesionades (6.792 homes i 4.194 dones) i 30 mortes (20 homes i 10 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. La mediana

d'edat de les persones lesionades ha estat de 35 anys (homes 35 i dones 34), mentre que en les defuncions ha estat de 44,5 anys en els homes i de 54,5 anys en les dones (vegeu la figura 10, pàgina 67). Alhora s'han produït 1.292 altes hospitalàries i s'ha atès un total de 8.856 urgències hospitalàries per col·lisió de trànsit. Tot i que amb certes limitacions, podem estimar que a Barcelona, per cada mort per col·lisió de trànsit,

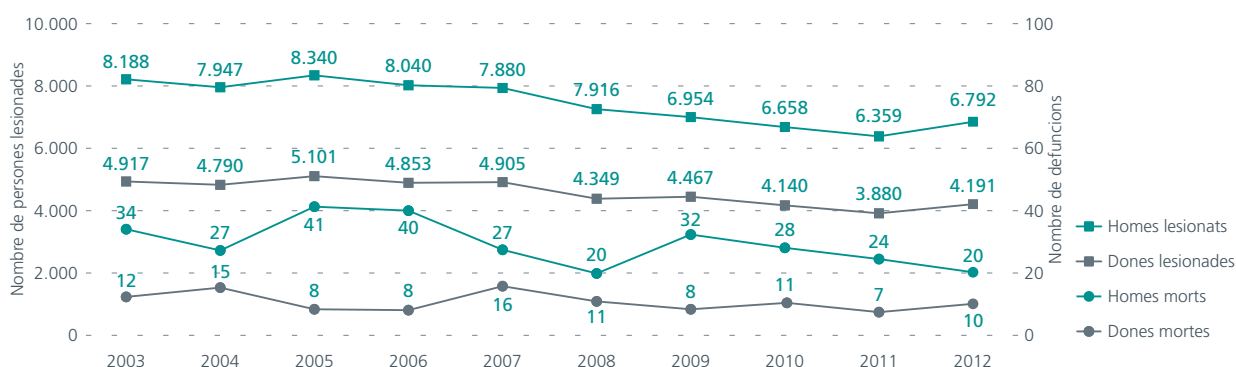
Les lesions per col·lisió de trànsit

es produeixen 35 hospitalitzacions i 239 visites a urgències hospitalàries (vegeu la figura 11).

El 49,4% dels homes lesionats eren usuaris de motocicleta; el 10%, de ciclomotor; el 24,9%, de turisme; el 5,7%, de bicicleta; l'1,5%, d'autobús; el 0,6%, d'altres tipus de vehicles, i el 8%, vianants. El 31,7% de les dones lesionades eren usuàries de turisme; el 29,8%, de motocicleta; el 14%, de ciclomotor; el 5,6%, d'autobús; el 6,7%, de bicicleta; el 0,4%, d'altres vehicles, i el 14,8%, vianants. Pel que fa a les defuncions d'homes, el 70% eren usuaris de motocicleta; el 5% usuaris de ciclomotor, i el 25,2% vianants. En les defuncions de dones, set eren vianants i tres eren conductores de turisme, de motocicleta i de bicicleta respectivament.

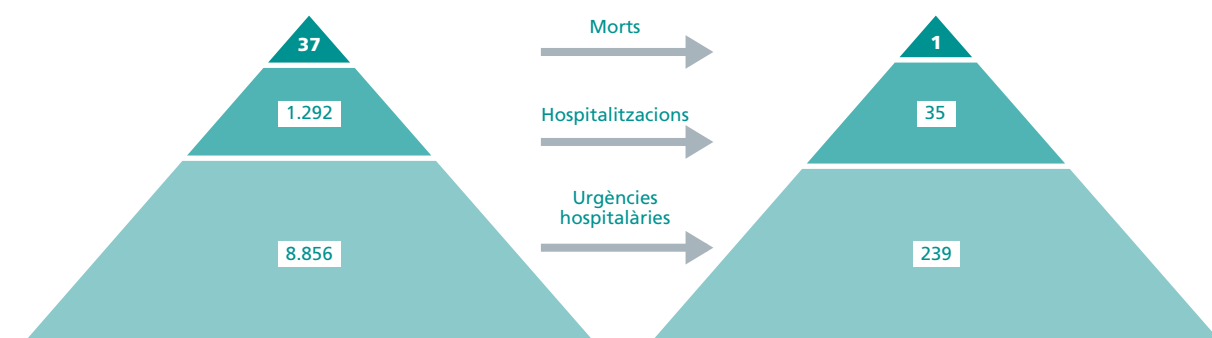
Globalment, l'any 2012, respecte del 2011, s'observa un augment del 7,3% en el nombre de persones lesionades (6,8% en homes i 8,1% en dones), una reducció del 16,7% del nombre d'homes morts, però un augment del 42,9% del nombre de dones mortes (7 dones el 2011 i 10 el 2012). Segons el mode de transport, s'observa un augment del 45,7% en el nombre de víctimes ciclistes (49,8% en homes i 36,5% en dones), del 14,4% en el d'ocupants de turisme (del 11,8% en homes i del 17,9% en dones), i del 6,6% en el d'usuàries de motocicleta (5,3% i 10,4% respectivament). Disminueix el nombre de passatgers d'autobús un 2,9%, tot i que en homes augmenta un 19,8%, disminueix un 10,4% en dones. Es redueix un 48,6% el nombre de víctimes usuàries de camió. El nombre de vianants es redueix un 3% (2,5% en homes i 3,2% en dones). La figura 10 mostra l'evolució del nombre de víctimes de l'any 2003 al 2012. Després d'uns anys de reducció del nombre d'homes i de dones lesionats, aquesta xifra augmenta l'any 2012, així com el nombre de dones mortes. El nombre d'homes morts, en canvi, disminueix.

Figura 10. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit. Barcelona, 2003-2012.



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

Figura 11. Piràmide de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit. Barcelona, 2012.



Fonts: Mortes: Guàrdia Urbana de Barcelona, 2012, i Institut de Medicina Legal de Catalunya. Hospitalitzacions: conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBDAH) de Barcelona; altes hospitalàries durant l'any 2012 que complien els criteris següents: règim de finançament «asseguradora d'accident de trànsit» o alguna causa externa d'accident de vehicle (E800-E819 i E826) i tenir almenys un diagnòstic de lesió traumàtica. Urgències hospitalàries: dades d'urgències hospitalàries per accident de trànsit (DUHAT). Visites a urgències hospitalàries per haver patit una col·lisió de trànsit.

Les malalties transmissibles

68

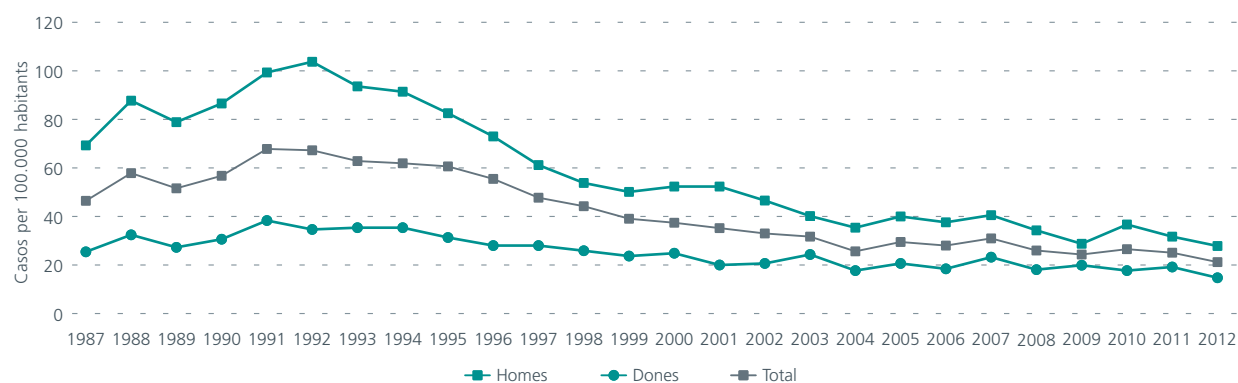
La tuberculosi

El 2012 s'han detectat 501 casos de tuberculosi, dels quals 343 eren residents a la ciutat, cosa que representa una incidència de 21,2 casos per 100.000 habitants, gairebé un 15% inferior a l'any anterior. La malaltia és més freqüent en els homes (217 casos) que en les dones (126 casos). La incidència enregistrada l'any 2012 és la més baixa des de l'inici del programa de control (vegeu la figura 12). De les 126 dones amb tuberculosi, 61 havien nascut fora de l'Estat espanyol (48,4%), sobretot al Pakistan i a Bolívia. Pel que fa als 217 homes, 119 eren immigrants (el 54,8%), i destacaven com a països d'origen el

Pakistan, amb 43 persones, i el Marroc. Les persones immigrants amb tuberculosi procedien de 34 països diferents. La incidència de la malaltia és més freqüent en persones immigrants que en autòctones, tant en homes com en dones. El grup d'edat més afectat en immigrants és el de 15 a 64 anys. En homes autòctons la malaltia és més freqüent en majors de 65 i en dones entre 15 i 24 anys (vegeu la figura 13). El districte de la ciutat amb la incidència més elevada de tuberculosi ha estat Ciutat Vella, seguit de Sants-Montjuïc, tant en homes com en dones (vegeu la figura 14, pàgina 69).

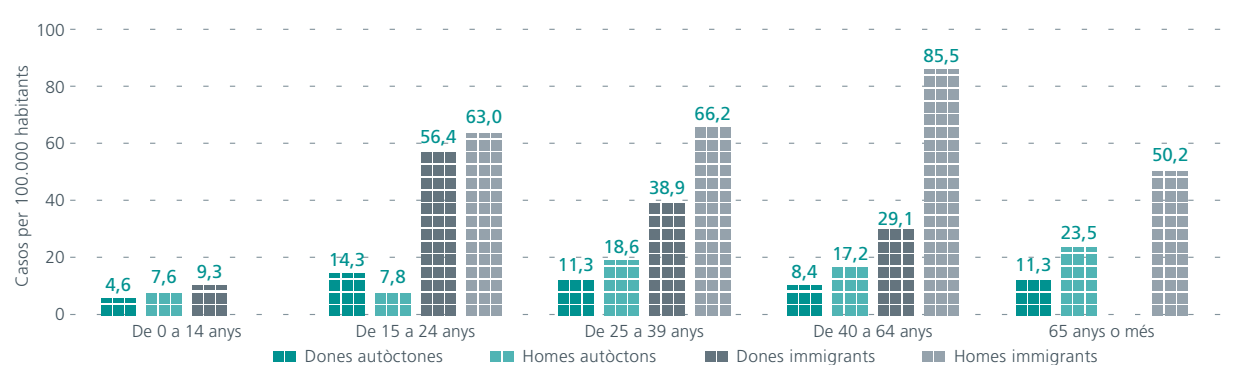
La forma clínica més freqüent ha estat la tuberculosi pulmonar, tant en homes (56,2%) com en dones (49,2%). De les 343 persones, 90 presentaven la forma més contagiosa de la malaltia; la taxa de tuberculosi bacil·lífera va ser de 5,6 casos per 100.000 habitants, gairebé un 10% inferior a la de l'any anterior.

Figura 12. Evolució de la taxa de tuberculosi per sexe. Barcelona, 1987-2012.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Sistemes d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 13. Distribució de la taxa de tuberculosi per grup d'edat, sexe i país de naixement. Barcelona, 2012.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Sistemes d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

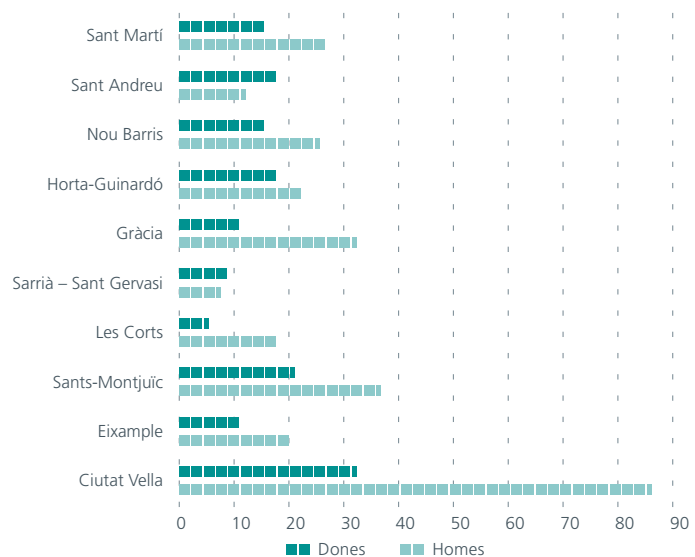
La infecció per VIH-sida

Pel que fa al VIH, l'any 2012 a un total de 406 persones se'ls va diagnosticar per primera vegada aquesta infecció a Barcelona, el 88% (356 persones) residien a Barcelona, la qual cosa suposa una taxa d'infecció de 22 casos per 100.000 habitants i representa un descens del 2,2% respecte a l'any 2011 (vegeu la figura 15). El 92% (329 persones) dels casos eren homes d'entre 18 i 81 anys (mediana de 34 anys), i les edats de les 27 dones diagnosticades oscil·laven entre els 20 i els 63 anys (mediana de 31 anys). La via de transmissió més freqüent en els homes van ser les relacions homosexuals, seguides de les heterosexuals, amb el 79% (260) i el 15% (48) dels casos, respectivament. En les dones les relacions heterosexuals van ser la via més freqüent (el 78%) (vegeu la figura 16, pàgina 70).

En relació amb la sida, després de més d'una dècada de descens en el nombre de casos, aquest any s'ha observat una lleugera remuntada. Així, el 2012 es va diagnosticar la sida a 88 persones, de les quals el 93% (82) residia a Barcelona, cosa que representa una taxa de 5,1 casos per 100.000 habitants i un augment del 7,9% respecte al 2011 (vegeu la figura 16, pàgina 70). El 85,4% dels casos (70) eren homes d'entre 24 i 74 anys (mediana de 41 anys). Les edats de les 12 dones diagnosticades oscil·laven entre els 27 i els 50 anys (mediana de 38 anys). Les relacions sexuals no protegides van ser la via de transmissió

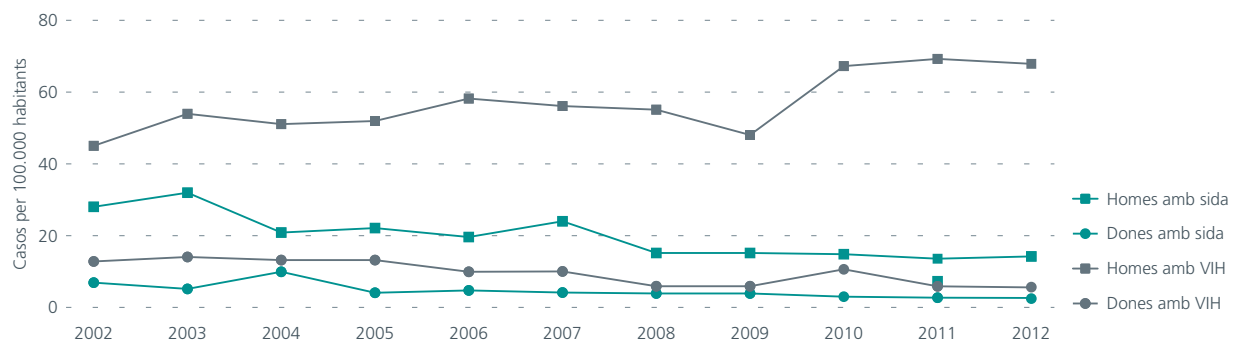
més freqüent. En els homes va representar el 73% dels casos, el 56% deguts a les relacions homosexuals i el 17% a les heterosexuals. En el cas de les dones, les relacions heterosexuals en representaven el 75%. L'ús de drogues injectades es va identificar en el 20% dels homes i en el 17% de les dones. Tant en homes com en dones, la tuberculosi va ser la malaltia indicativa de sida més freqüent, amb el 32% i el 50% dels casos, respectivament.

Figura 14. Distribució de la tuberculosi per districtes per sexe. Casos per 100.000 habitants. Barcelona, 2012.



Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Sistemes d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 15. Evolució de les taxes d'infecció pel VIH i de sida, per sexe. Població de 20 a 59 anys. Barcelona, 2002-2012.



Font: Registre de sida i de VIH de Barcelona. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Les malalties transmissibles

70

Pel que fa al pronòstic, el 44,3% dels casos va iniciar tractament amb retard, és a dir amb un nivell de limfòcits T CD4 <350 per mm³ o quan ja tenien la sida. Aquest any 2012 s'observa doncs una diferència significativa entre homes (43,8%) i dones (50%) (vegeu la figura 17, pàgina 71)⁶. Això implica més risc de transmissió de la infecció⁷ i un augment de la morbiditat i mortalitat⁸.

Les infeccions de transmissió sexual

La sífilis infecciosa, la infecció gonocòccica i el limfogranuloma veneri són malalties de declaració individualitzada a Catalunya des de l'any 2006, amb la complementació d'una enquesta que recull variables d'interès clínicoepidemiològiques.

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

7 Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS.* 2006; 20:1447-50.

8 Palella FJ Jr, Deloria-Knoll M, Chmiel JS, Moorman AC, Wood KC, Greenberg AE, Holmberg SD; HIV Outpatient Study Investigators. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. *Ann Intern Med.* 2003; 138(8):620-26.

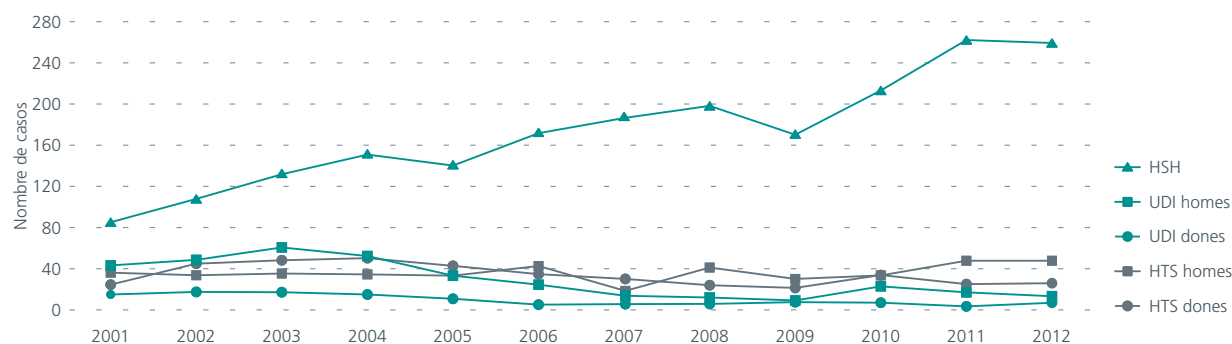
Sífilis

L'any 2012 es van detectar 421 casos de sífilis infecciosa, el 80,8% dels quals (340) eren de persones que residien a Barcelona, amb una taxa de 21 casos per 100.000 habitants, la qual cosa suposa un increment del 2,2% respecte al 2011 (vegeu la figura 18, pàgina 71). El 90,9% dels casos (309) eren homes d'entre 19 i 80 anys (mediana de 36 anys). Les dones tenien entre 22 i 68 anys (mediana de 34 anys). Tant en homes com en dones el grup d'edat més afectat va ser el de 30 a 39 anys amb el 35,9% i el 45,2% dels casos, respectivament. El 44,7% dels homes i el 25,8% de les dones amb sífilis havien nascut a l'Estat espanyol. En els homes el 84,8% (262) havien tingut relacions homosexuals i el 9,4% (29), heterosexuals. En les dones el 67,7% (21) havia tingut relacions heterosexuals i el 16,7% (5) havia tingut relacions homosexuals (vegeu la figura 19, pàgina 71). S'ha de ressaltar que el 36,6% dels homes i el 3,2% de les dones estaven coinfectats pel VIH, factor que augmenta la transmissió del VIH. La realització de l'estudi dels contactes sexuals consta en el 62,1% dels casos.

Gonocòccica

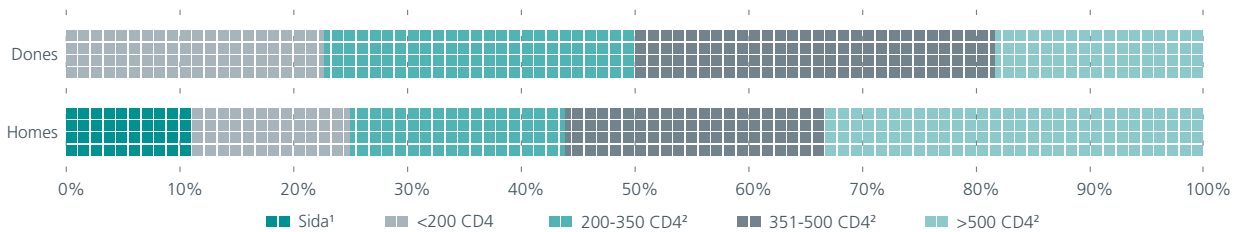
Es van detectar 447 casos d'infecció gonocòccica, el 80,3% dels quals (359) eren persones que residien a Barcelona, cosa que representa una taxa de 22,2 casos per 100.000 habitants i suposa un increment del 50,9% respecte a l'any anterior (vegeu la figura 18, pàgina 71). El 85,5% (307) eren homes, amb edats d'entre 16 i 79 anys (mediana de 32 anys), mentre que l'edat de les 36 dones afectades oscil·lava entre els 17 i els 65 anys (mediana de 30,5 anys). El 44,6% dels homes (137) i el 53,8% de les dones (28) havien nascut a l'Estat espanyol. Entre els homes el 58,3% (179) eren homosexuals i el 25,1% (77) heterosexuals, mentre que el 80,8% (42) de les dones es van considerar heterosexuals (vegeu la figura 19, pàgina 71). La coinfecció pel VIH es va observar en el 19,2% dels homes i en l'1,9% de les dones. L'estudi dels contactes sexuals es va realitzar en el 59,9% dels casos.

Figura 16. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH, per sexe i via de transmissió. Barcelona, 2002-2012.



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

Nota: HSH: relacions homosexuals; UDI: usuaris de drogues injectades; HTS: relacions heterosexuals.

Figura 17. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH, per sexe. Barcelona, 2012.

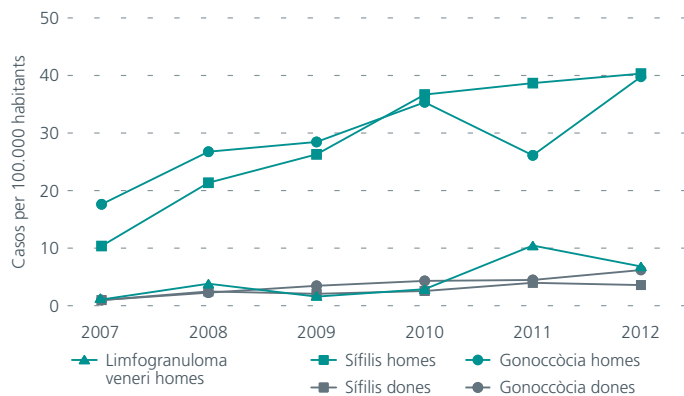
Font: Registre de VIH/SIDA. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Dels 31 casos de sida amb poblacions limfocitàries, solament en un cas aquestes eren superiors a les 350 cèl./µl. ²Nivell de limfòcits per mm³.

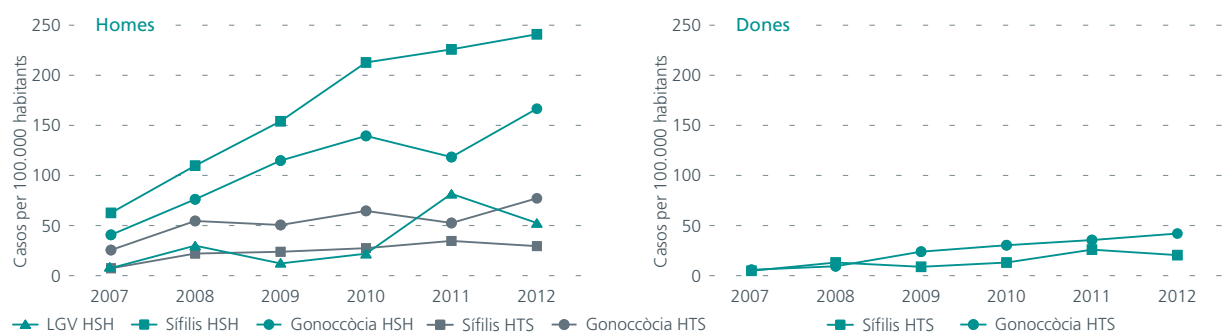
N: 335 homes i 22 dones. En 35 casos el diagnòstic de VIH i sida es va fer alhora.

Limfogranuloma veneri

L'any 2012 es van detectar 65 casos de limfogranuloma veneri, el 80% dels quals (52) eren homes residents a Barcelona, cosa que representa una taxa en homes de 6,8 casos per 100.000 habitants, i suposa un decrement del 35,7% respecte a l'any anterior (vegeu la figura 18). Tots els casos eren de persones homosexuals, d'entre 22 i 52 anys (mediana 36 anys), el 42,3% (22) dels quals s'inclouen en el grup de 30 a 39 anys. El 55,8% (29) dels casos eren persones nascudes a l'Estat espanyol, el 21,2% (11) a l'Amèrica Llatina i el 17,3% (9) a Europa occidental. El 76,9% (40) dels casos estaven coinfectats amb el VIH, onze casos eren negatius i en un cas no es disposa d'aquesta informació. En el 81% dels casos constava informació sobre la realització de l'estudi de les parelles sexuals.

Figura 18. Incidència de la sífilis, la gonocòccia i el limfogranuloma, per sexe. Barcelona, 2007-2012.

Font: Registre d'infeccions de transmissió sexual (ITS). Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 19. Distribució dels casos de sífilis, gonocòccia i LGV, per sexe i conducta sexual. Barcelona 2007-2012.

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

Notes: LGV: limfogranuloma veneri. HSH: relacions homosexuals masculines. HTS: relacions heterosexuals.



Monogràfics

73

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

Els determinants socioeconòmics

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn econòmic i les condicions de vida

Les accions en salut pública

Els serveis sanitaris

El cribratge de càncer

Els determinants de l'entorn físic

Les condicions d'habitatge i barri

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Algunes malalties cròniques

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut reproductiva

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Monogràfics

La tos ferina. Una malaltia reemergent

Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut

Atenció a la cronicitat

La tos ferina. Una malaltia reemergent

74

Introducció

La tos ferina és una malaltia bacteriana aguda que produeix un quadre típic de tos persistent i paroxística acompanyada d'estridor inspiratori i en ocasions d'apnea. El contagi es produeix per contacte directe amb una persona infectada i presenta una transmissibilitat molt elevada. La vacunació de la comunitat és l'estratègia de salut pública més eficaç per al control de la transmissió, però la immunitat no ha demostrat ser duradora. En els darrers anys s'està observant un increment d'aquesta malaltia i de brots en països que presenten elevades cobertures vacunals. Aquesta reemergència es produeix seguint un nou patró epidemiològic de distribució bipolar: en lactants menors de 6 mesos i en adolescents i adults. En el primer grup a causa d'una primovacunació encara incompleta i, en el segon, a causa d'una disminució de la immunitat, tant natural com vacunal, i per la manca d'efecte booster per la menor circulació del bacteri¹.

1 Moraga-Llop FA, Campins-Martí M. Nuevas perspectivas de la tos ferina en el siglo XXI. ¿Estamos fracasando en su control? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29(8):561-63.

2 European Centre for Disease Prevention and Control. EUVAC.NET. Pertussis surveillance report 2010. [Consultat el 27 d'agost de 2013.] Disponible a: http://www.euvac.net/graphics/euvac/pdf/pertussis_2010.pdf

3 Wiese-Posselt M, Hellenbrand W. Changes to the varicella and pertussis immunisation schedule in Germany 2009: Background, rationale and implementation. *Euro Surveill*. 2010; 15(16):pii=19548. Disponible a: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19548>

4 De Greeff SC, Mooi FR, Schellekens JF, de Melker HE. Impact of acellular pertussis preschool booster vaccination on disease burden of pertussis in The Netherlands. *Pediatr Infect Dis J*. 2008; 27(3):218-23.

5 Situación de la tos ferina en España. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España. Año 2009. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. [Consultat el 27 d'agost de 2013.] Disponible a: www.isciii.es

6 Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Protocol d'actuació per a la prevenció i el control de la tos ferina. Documents de vigilància epidemiològica. [Consultat el 27 d'agost de 2013.] Disponible a: www.gencat.cat/salut

7 Kowalzik F, Barbosa AP, Fernandes VR, Carvalho PR, Avila-Aguero ML, Goh DY et al. Prospective multinational study of pertussis infection in hospitalized infants and their household contacts. *Pediatr Infect Dis J*. 2007; 26(3):238-42.

A Europa, les darreres dades publicades per l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) mostren una taxa d'incidència global per l'any 2010 de 3,9 casos per 100.000 habitants, essent Estònia (96,5 casos per 100.000 habitants) i Noruega (71,6 casos per 100.000 habitants) els països amb valors més elevats. Tot i que hi ha variabilitat entre països perquè aquests tenen diferents sistemes de vigilància, diferents mètodes diagnòstics o diferents pautes i cobertures vacunals, la major incidència s'ha observat en el grup de menys d'un any (15 casos per 100.000 habitants), seguit del grup de 10 a 14 anys (13 casos per 100.000 habitants) i del de 15 a 19 anys (8 casos per 100.000 habitants)². En aquest sentit, Alemanya ha registrat un increment de la incidència de 7 a 10 casos per 100.000 habitants durant el període 2002-2004 a 30 casos per 100.000 habitants l'any 2008³, i Holanda ha experimentat un increment en el període del 2002 al 2005 a partir del 40% en la incidència de tos ferina en adolescents i adults⁴.

En el conjunt d'Espanya s'ha observat un augment de la incidència des d'un cas per 100.000 habitants als primers anys de la dècada del 2000 fins a gairebé sis casos per 100.000 habitants l'any 2011⁵. A Catalunya la situació és similar, ja que s'ha enregistrat un increment de casos, des dels 0,4 casos per 100.000 habitants l'any 2002 als 9,7 casos per 100.000 habitants l'any 2011⁶. D'altra banda, l'augment de casos observat en població adulta implica la transmissió de la tos ferina als infants amb qui conviuen. Diversos estudis internacionals realitzats en infants hospitalitzats per malaltia greu han identificat la font d'infecció més freqüent entre els convivents domiciliaris en aproximadament el 36% dels casos, tot i que amb certes variacions territorials⁷. La ciutat de Barcelona està participant actualment (període 2012-2013) en un estudi prospectiu d'incidència per tal d'estimar la taxa de transmissió secundària entre els contactes domiciliaris dels casos confirmats de tos ferina.

Situació a Barcelona

La taxa d'incidència de tos ferina a la ciutat ha mostrat valors per sota dels 4 casos per 100.000 habitants durant el període 2000 a 2010 i, en els anys 2011 i 2012, s'ha observat un gran increment de casos, que han situat la taxa en 15,9 i 12,2 casos per 100.000 habitants respectivament, sense que hi hagi una distribució diferenciada per sexes (vegeu la figura 1, pàgina 75). Durant el període 2011-2012 es van notificar 880 casos, dels quals 210 eren de fora de Barcelona i 213 es van classificar finalment com a no casos. En total s'hi van incloure 457 casos confirmats i sospitosos de tos ferina, dels quals 257 van començar a tenir símptomes l'any 2011 i 200 l'any 2012.

Del total de casos del període un 54,5% es va diagnosticar en dones i un 88,4% en autòctons. La distribució per edat ha mostrat les incidències més grans en el grup de menors d'un any (476,8 casos per 100.000 habitants el 2011 i 315,4 l'any 2012), seguit pels grups d'edat de fins a 14 anys (vegeu la figura 2, pàgina 75), tot i que també s'ha enregistrat un augment de casos en els adults d'entre 30 i 49 anys. Pel que fa al

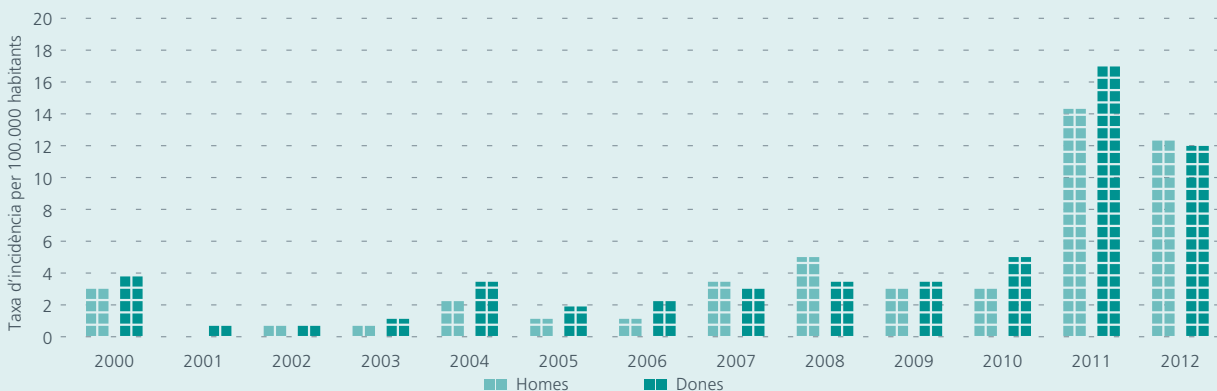
diagnòstic, un 84% dels casos (384) es van confirmar mitjançant proves de laboratori: per reacció en cadena de la polimerassa (PCR) (270 casos, el 70,3%), per cultiu (4 casos, l'1%) o per PCR i cultiu (45 casos, l'11,7%). En la resta es va identificar un vincle epidemiològic amb un cas confirmat (65 casos, el 16,9%).

En relació amb la presentació clínica, un 68,5% dels casos (313) va presentar la simptomatologia característica, tot i que d'aquests només se'n va confirmar un 81,8% (256 casos). Dels casos sense simptomatologia característica se'n va confirmar un 88,9% (128 casos), ja sigui per positivitat de la prova de laboratori o per identificació d'un vincle epidemiològic amb un cas confirmat. Del total de

casos que van requerir ingrés hospitalari, un 14% (64 casos) tenia una mediana de 5 dies d'ingrés (mínim 1 dia, màxim 34 dies). El 93,8% (60) dels casos ingressats tenien menys d'un any i els altres 4 casos tenien entre 1 i 9 anys. En total es van produir dues defuncions: una nena de 8 anys i un nen de 18 dies. Respecte a l'estat vacunal (vegeu la figura 3, pàgina 76), pels volts del 47% dels casos de menors d'un any es presenten en infants que no porten cap dosi de vacuna, mentre que pels volts del 86% dels infants d'entre 4 i 15 anys ja porten 4 o 5 dosis de vacuna, d'acord amb el calendari de vacunació vigent. Cal destacar l'important desconeixement de l'estat vacunal entre la població adulta. Del total de casos, només en l'1,9% consta el rebuig de la vacunació per creences personals.

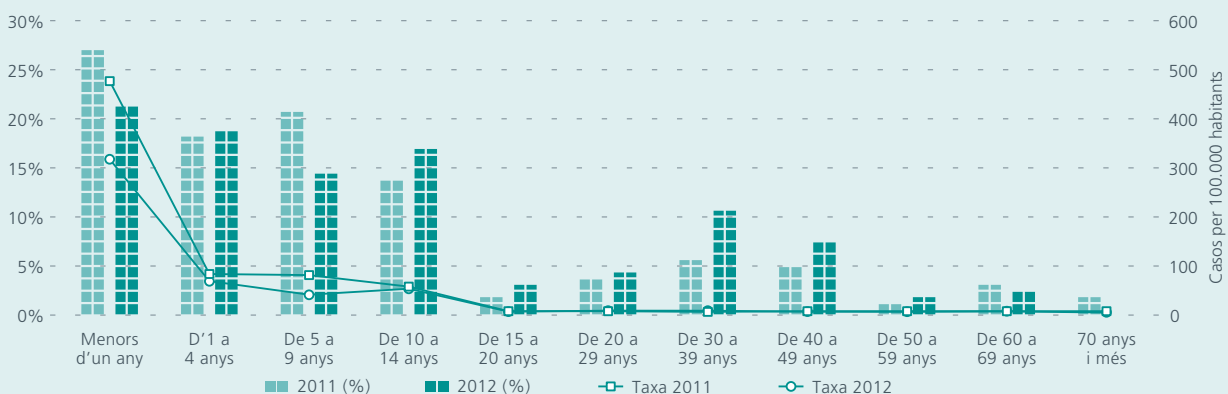
Els resultats preliminars de l'estudi de la transmissió domiciliària de tos ferina en el qual participa la ciutat de Barcelona mostren que durant el 2012 es van recollir 102 casos confirmats, un 54,9% dels que eren

Figura 1. Evolució temporal de la taxa d'incidència de tos ferina per sexe. Barcelona, 2000-2012.



Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 2. Distribució percentual i taxa d'incidència de tos ferina específica per grup d'edat. Barcelona, 2011 i 2012.



Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La tos ferina. Una malaltia reemergent

76

homes, un 33,3% menors d'un any i un 86,3% es van classificar com a primaris o coprimaris. Aquests 102 casos van comportar l'estudi de 375 contactes domiciliaris, dels quals es va confirmar la infecció en 65 persones, cosa que comporta una taxa de transmissió familiar del 17,3% (IC del 95%= 13,5-21,9).

Noves estratègies per a la salut pública

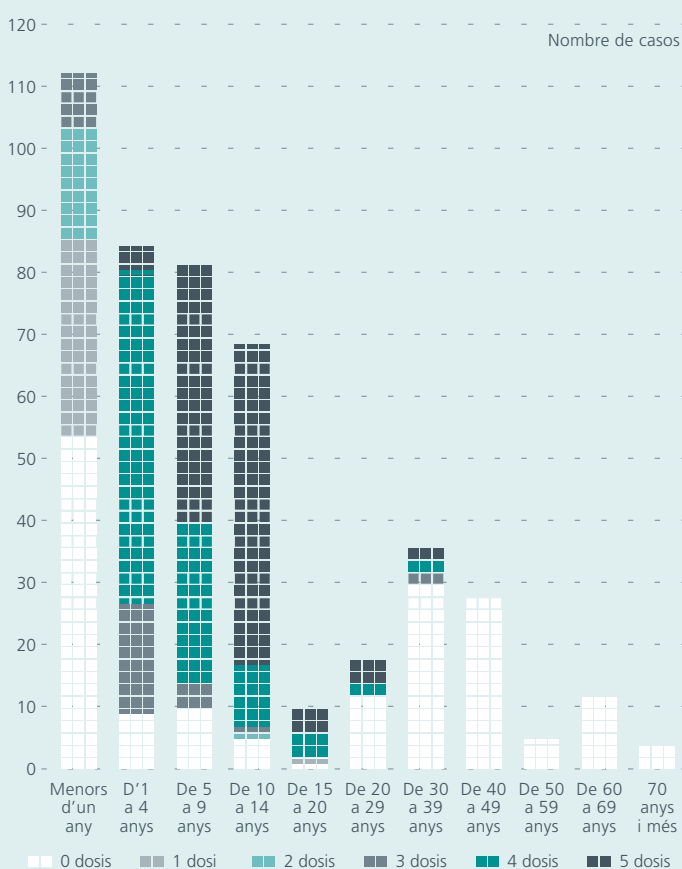
Durant l'última dècada s'ha produït a la ciutat de Barcelona un augment lent i progressiu dels casos de tos ferina, de manera que s'ha acabat els anys 2011 i 2012 amb una incidència elevada d'aquesta malaltia. Aquesta emergència de la tos ferina s'ha observat no només a la ciutat sinó també a Catalunya i a altres territoris europeus amb elevades cobertures de vacunació^{2,5,6,8}.

L'aparició d'aquest nou patró epidemiològic queda confirmat també a la ciutat, ja que la malaltia es presenta no només en el grup de lactants amb primovacunació incompleta sinó també en la població d'infants ben vacunats i persones adultes. Malgrat que l'afectació a l'edat juvenil i adulta no comporta tanta morbiditat ni mortalitat, sí que suposa el manteniment d'un reservori que transmetrà la tos ferina a grups més vulnerables com és el dels menors d'un any⁷.

Davant d'aquests canvis epidemiològics es plantejen noves estratègies de salut pública que tenen per objectiu tant la disminució de la incidència de la tos ferina i les seves complicacions com la disminució de grups vulnerables⁹. En primer lloc, la consideració d'aquesta malaltia en el diagnòstic diferencial de la tos persistent de l'adult és necessària per identificar els nous casos i realitzar el diagnòstic i tractament precoç i la prevenció en els

contactes. En segon lloc, el coneixement acurat dels contactes domiciliaris d'un cas permet la prevenció dels nous casos i, com a conseqüència, la interrupció precoç de la cadena de transmissió. Finalment, es planteja des de diferents àmbits, mèdics i científics, la vacunació de l'adolescent i l'adult amb l'objectiu no només de protegir aquests grups de població sinó també de reduir la circulació d'aquest bacteri en la comunitat i evitar la infecció en grups vulnerables, com ara els lactants no vacunats. En aquest sentit, l'estratègia de *cocoon* es basa en la vacunació dels adults per tal de protegir els infants no vacunats o amb vacunació incompleta amb qui conviuen. A més, la vacunació del personal sanitari d'unitats pediàtriques i de maternitat i del personal de les escoles bressol i les llars d'infants ampliaria la immunització de les persones de l'entorn de la població pediàtrica més susceptible. Altres estratègies en discussió que cal tenir en consideració són la vacunació de la dona gestant a partir de la setmana 20 o la vacunació dels neonats.

Figura 3. Distribució dels casos de tos ferina segons la dosi de vacuna i l'edat. Barcelona, 2011-2012.



Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

8 Manzanares S, Lafuente S, Martí M, Simon P, Gorrindo P, Caylà JA. Evolución de la incidencia de tos ferina en la ciudad de Barcelona entre 1999 y 2011. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013; 31(3):156-58.

9 Campins M, Moreno-Pérez D, Gil-de-Miguel A, González-Romo F, Moraga-Llop FA, Aristegui-Fernández J et al. Tos ferina en España. Situación epidemiológica y estrategias de prevención y control. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Tos ferina. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013; 31(4):240-53.

Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

Introducció

L'adolescència, període entre els 10 i els 19 anys d'edat segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), és una etapa de la vida de gran importància per al desenvolupament de les persones^{1,2}. Tot i que les i els adolescents es consideren un grup sa, hi ha diversos factors tant individuals (edat o sexe) com socioculturals (família, relació amb els iguals, escola, veïnat o mitjans de comunicació) que poden tenir repercussió en l'estat de salut³. A més, en tractar-se d'una etapa d'experimentació, l'adopció de determinats comportaments, com el consum de tabac, els mals hàbits alimentaris o el sedentarisme, entre d'altres, pot afectar negativament la salut tant a curt com a llarg termini².

La prevalença de problemes de salut mental en els adolescents ha anat augmentant al llarg dels anys i s'ha convertit en un dels principals problemes de salut adolescent arreu del món en l'actualitat. S'estima que pels volts del 20% dels adolescents ha presentat algun problema de salut mental alguna vegada a la vida, majoritàriament ansietat o depressió, que afecten el funcionament quotidià⁴. Els darrers anys, en l'àmbit de la salut pública, la salut mental d'infants i adolescents s'ha mesurat

principalment mitjançant el qüestionari anomenat Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)⁵. L'escala SDQ no permet elaborar un diagnòstic psiquiàtric però sí que és un instrument vàlid per estimar l'estat de salut mental en infants i adolescents. A més, diversos estudis han mostrat que té coeficients acceptables de fiabilitat i validesa en el nostre context⁶.

L'enquesta FRESC

Les enquestes sobre factors de risc en escolars s'administren periòdicament des del 1987 a mostres representatives dels centres educatius de secundària de Barcelona amb l'objectiu de conèixer els comportaments i factors de risc per a la salut dels escolars de la ciutat. A l'enquesta s'aborden temes diversos, com el consum de tabac, d'alcohol i altres substàncies addictives, els hàbits alimentaris, la sexualitat i la contracepció, la salut i les relacions amb els altres, el temps de lleure i la mobilitat i la seguretat vial.

L'any 2012 es va realitzar una nova edició de l'enquesta FRESC dirigida a la mateixa població que en les edicions anteriors (segon i quart d'ESO i segon de batxillerat i CFGM). Tenint en compte la importància de la salut mental en l'adolescència, l'enquesta FRESC-2012 va incorporar per primera vegada l'escala SDQ, amb l'objectiu de conèixer l'estat de salut mental dels adolescents de la ciutat de Barcelona. A més, també s'hi va incorporar per primera vegada una pregunta sobre l'estat de salut autopercebut⁷.

Quadre 1. Salut autopercebuda, per curs i sexe. Barcelona, 2012.

	Nois		Noies		p¹
	n	(%)	n	(%)	
2n d'ESO (13-14 anys)					
Excel·lent / Molt bona	467	(75,0%)	402	(67,8%)	0,030
Bona	133	(21,3%)	154	(26,0%)	
Regular / Dolenta	21	(3,4%)	34	(5,7%)	
No sap / No contesta	2	(0,3%)	3	(0,5%)	
4t d'ESO (15-16 anys)					
Excel·lent / Molt bona	449	(77,2%)	380	(63,1%)	<0,001
Bona	115	(19,8%)	180	(29,9%)	
Regular / Dolenta	13	(2,2%)	41	(6,8%)	
No sap / No contesta	5	(0,8%)	1	(0,2%)	
2n de batxillerat i CFGM (17-18 anys)					
Excel·lent / Molt bona	359	(72,2%)	291	(48,9%)	<0,001
Bona	113	(22,8%)	248	(41,7%)	
Regular / Dolenta	21	(4,2%)	54	(9,1%)	
No sap / No contesta	4	(0,8%)	2	(0,3%)	

Font: Enquesta FRESC. Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹Valor de p obtingut en la prova chi-quadrat.

1 Salud de los adolescentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Consulta: 18/06/2013.] Disponible a: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

2 Ritcher LM. Studying adolescence. Science. 2006; 312:1902-05.

3 Barnekow V, Muijen M. Child and adolescent health and development in a European perspective. Int J Public Health. 2009; 54, Suppl 2:128-30.

4 Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Genova: World Health Organization; 2003.

5 Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. Brit J Psychiat. 2000; 177:534-39.

6 Pardo Cladellas Y. El desenvolupament de la personalitat psicopàtica: pràctiques educatives parentals i altres variables familiars [tesi doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.

7 Pérez A, García-Continent X i Grup col·laborador enquesta FRESC 2012. Informe FRESC 2012: 25 anys d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2013.

Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

78

L'escala SDQ consta de 25 ítems sobre símptomes, conductes i relacions amb els altres, tant positius com negatius. El qüestionari està constituït per 5 dimensions, de les quals 4 mesuren comportaments negatius (síntomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat, problemes de relacions amb iguals) i 1 mesura aspectes positius (conducta prosocial). Les categories de resposta dels ítems de l'escala són: «no és cert», «és una mica cert» i «és absolutament cert». Cadascuna de les 5 dimensions proporciona una escala que pot anar del 0 al 10. La puntuació total de dificultats s'obté a partir de la suma de la puntuació de les dimensions de comportaments negatius i pot anar del 0 al 40. A major puntuació obtinguda, major probabilitat de presentar problemes de salut mental, excepte en el cas de la conducta prosocial. La salut autopercebuda s'ha determinat sobre la base de 5 possibles respostes: «excel·lent», «molt bona», «bona», «regular» i «dolenta».

L'enquesta FRESC-2012 es va administrar a un total de 3.492 estudiants (1.216 de segon d'ESO, 1.184 de quart d'ESO i 1.092 de segon de batxillerat i CFGM). La proporció de nois i noies d'ESO era similar, amb una edat mitjana de 13,9 anys a segon d'ESO i de 15,9 anys a quart d'ESO. A segon de batxillerat i CFGM el percentatge de noies era lleugerament superior (54,5%), amb una edat mitjana de 18,1 anys. La majoria dels alumnes cursava els estudis en un centre privat o concertat, un 69,6% a segon d'ESO, un 68,4% a quart d'ESO i un 67,9% a segon de batxillerat i CFGM. Pels volts del 80% dels estudiants pertanyia a centres escolars situats en barris de nivell socioeconòmic mitjà o alt⁷.

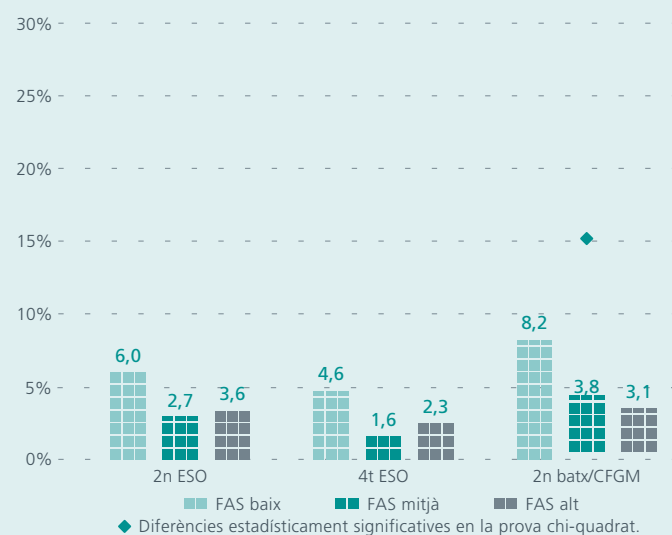
Estat de salut autopercebut

El 75% dels nois de segon d'ESO i el 77,2% dels de quart d'ESO declaren que la seva salut és molt bona o excel·lent. A segon de batxillerat i CFGM, aquest percentatge és lleugerament inferior (72,2%). La prevalença de noies que declara tenir una salut molt bona o excel·lent disminueix amb l'edat i és inferior que en nois per a totes les edats, especialment a segon de batxillerat i CFGM (48,9%). D'altra banda, la proporció de noies que declara que té una salut regular o dolenta és d'entre el 2,2% (quart d'ESO) i el 4,2% (segon

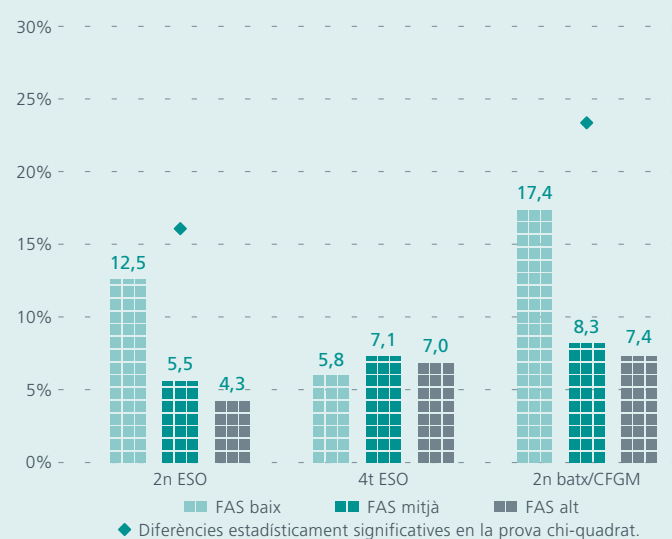
de batxillerat i CFGM), depenent del curs acadèmic. En noies, aquest percentatge és d'entre el 5,7% (segon d'ESO) i el 9,1% (segon de batxillerat i CFGM) (vegeu el quadre 1, pàgina 77).

Figura 1. Nois i noies que declaren una salut autopercebuda regular o dolenta, per curs i Family Affluence Scale (FAS). Barcelona, 2012.

Nois



Noies



Font: Enquesta FRESC. Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Quadre 2. Dimensions de l'escala de salut mental Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) en alumnes de 13 a 18 anys, per sexe. Barcelona, 2012.

	Nois n (%) / DE		Noies n (%) / DE		p ¹	Total n (%) / DE	
Síntomes emocionals							
Normal (0-5 punts)	1.574	(92,5%)	1.395	(77,9%)	<0,001	2.969	(84,9%)
Límit (6 punts)	63	(3,7%)	190	(10,6%)		253	(7,3%)
Anormal (7-10 punts)	57	(3,3%)	196	(11,0%)		253	(7,3%)
No sap / No contesta	8	(0,5%)	9	(0,5%)		17	(0,5%)
Mitjana (DE) (rang: 0-10 punts)	2,56	1,85	3,79	2,08	<0,001	3,19	2,06
Problemes de conducta							
Normal (0-3 punts)	1.329	(78,1%)	1.511	(84,4%)	<0,001	2.840	(81,3%)
Límit (4 punts)	165	(9,7%)	149	(8,3%)		314	(9,0%)
Anormal (5-10 punts)	200	(11,7%)	122	(6,8%)		322	(9,2%)
No sap / No contesta	8	(0,5%)	8	(0,5%)		16	(0,5%)
Mitjana (DE) (rang: 0-10 punts)	2,26	1,70	2,01	1,56	<0,001	2,13	1,64
Hiperactivitat							
Normal (0-5 punts)	1.115	(65,5%)	1.177	(65,8%)	0,962	2.292	(65,6%)
Límit (6 punts)	221	(13,0%)	239	(13,3%)		460	(13,2%)
Anormal (7-10 punts)	358	(21,0%)	365	(20,4%)		723	(20,7%)
No sap / No contesta	8	(0,5%)	9	(0,5%)		17	(0,5%)
Mitjana (DE) (rang: 0-10 punts)	4,57	2,36	4,53	2,30	0,6674	4,55	2,33
Problemes amb els companys i companyes							
Normal (0-3 punts)	1.472	(86,5%)	1.622	(90,6%)	0,001	3.094	(88,6%)
Límit (4-5 punts)	167	(9,8%)	131	(7,3%)		298	(8,5%)
Anormal (6-10 punts)	55	(3,2%)	29	(1,6%)		84	(2,4%)
No sap / No contesta	8	(0,5%)	8	(0,5%)		16	(0,5%)
Mitjana (DE) (rang: 0-10 punts)	1,65	1,65	1,42	1,41	0,002	1,53	1,53
Conducta prosocial							
Normal (6-10 punts)	1.412	(83,0%)	1.669	(93,2%)	<0,001	3.081	(88,3%)
Límit (5 punts)	154	(9,0%)	64	(3,6%)		218	(6,2%)
Anormal (0-4 punts)	128	(7,5%)	50	(2,8%)		178	(5,1%)
No sap / No contesta	8	(0,5%)	7	(0,4%)		15	(0,4%)
Mitjana (DE) (rang: 0-10 punts)	7,39	1,95	8,19	1,61	<0,001	7,80	1,83
Puntuació total de dificultats							
Normal (0-15 punts)	1.383	(81,3%)	1.389	(77,6%)	0,022	2.772	(79,4%)
Límit (16-19 punts)	203	(11,9%)	277	(15,5%)		480	(13,7%)
Anormal (20-40 punts)	108	(6,3%)	114	(6,4%)		222	(6,4%)
No sap / No contesta	8	(0,5%)	10	(0,5%)		18	(0,5%)
Mitjana (DE) (rang: 0-40 punts)	11,03	5,08	11,76	4,82	<0,001	11,40	4,96

Font: Enquesta FRESC. Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹p valor obtingut a la prova chi-quadrat (variables categòriques) o la prova U de Mann-Whitney (variables quantitatives).

Salut mental en joves escolaritzats de Barcelona

80

La figura 1 (pàgina 78) mostra la salut autopercebuda segons el Family Affluence Scale (FAS), un indicador de nivell socioeconòmic. En general, el percentatge d'alumnes que declaren tenir una salut regular o dolenta és superior entre les i els de nivell socioeconòmic més desafavorit, especialment en nois i noies de segon de batxillerat i CFGM i en noies de segon d'ESO. A segon de batxillerat i CFGM, el 8,2% dels nois de FAS baix declara que té una salut regular o dolenta. Aquest percentatge és el doble a l'observat en nois de FAS mitjà (3,8%) i FAS alt (3,1%). Aquesta diferència és molt similar a l'observada entre les noies del mateix curs acadèmic, però en el cas de les noies els percentatges són més elevats (17,4% en noies de FAS baix, 8,3% en les de FAS mitjà i 7,4% en les de FAS alt). A segon d'ESO, les diferències observades entre les noies de FAS baix (12,5%) i les de FAS mitjà (5,5%) i FAS alt (4,3%) són encara més elevades.

Salut mental

Un terç dels alumnes presenta problemes d'hiperactivitat (puntuació límit o anormal). El 21,6% de les noies presenta una puntuació límit o anormal en la dimensió de símptomes emocionals. Aquest percentatge és molt inferior en el cas dels nois (7%). En canvi, els nois presenten problemes de conducta (21,4% amb puntuació límit o anormal) i problemes amb els companys i companyes (13%) en major mesura que les noies (15,1% i 8,9%, respectivament). D'altra banda, el 93,2% de les noies presenta una conducta pro-social normal, mentre que aquest percentatge és del 83% entre els nois. Pel que fa a la puntuació total de dificultats (inclou les 4 dimensions de dificultats), el 6,3% dels nois i el 6,4% de les noies presenten una puntuació anormal (probable cas amb problemes de salut mental). El 11,9% dels nois i el 15,5% de les noies presenten una puntuació límit (possible cas amb problemes de salut mental). Cal assenyalar que no s'observen diferències significatives per cap de les dimensions entre els alumnes dels diferents cursos acadèmics (vegeu el quadre 2, pàgina 79).

En general, els percentatges de nois amb puntuacions límit o anormal per a les diferents dimensions estudiades són similars entre els diferents nivells socioeconòmics, excepte en el cas de pro-

blemes amb els companys i companyes, en què s'observa una proporció de nois amb puntuació límit o anormal molt superior entre els de nivell socioeconòmic més desafavorit (FAS baix, 24,8%) en comparació amb els de nivells més afavorits (FAS mitjà, 12,9%, i FAS alt, 10,9%). En canvi, les noies de nivell socioeconòmic més desafavorits presenten pitjors puntuacions en gairebé totes les dimensions, especialment pel que fa als símptomes emocionals i els problemes amb els companys i companyes. El 28,4% de les noies de FAS baix té problemes emocionals i el 17,7% té problemes amb els companys i companyes. Aquests percentatges són d'aproximadament el 20% i del 8% en noies de FAS mitjà i baix, respectivament. A més, el 31,7% de les noies de FAS baix presenta una puntuació límit o anormal a l'escala de dificultats totals. Aquest percentatge disminueix gradualment en les noies de FAS mitjà (22,3%) i FAS alt (19,4%) (vegeu la figura 2, pàgina 81).

Conclusions

Els resultats de l'enquesta FRESC-2012 mostren que la majoria d'alumnes declara una salut autopercebuda excel·lent o molt bona. Tot i això, una quarta part dels nois declara que la seva salut no és excel·lent o molt bona. En noies, aquesta proporció és superior, sobretot entre les de segon de batxillerat i CFGM (pels volts del 50%).

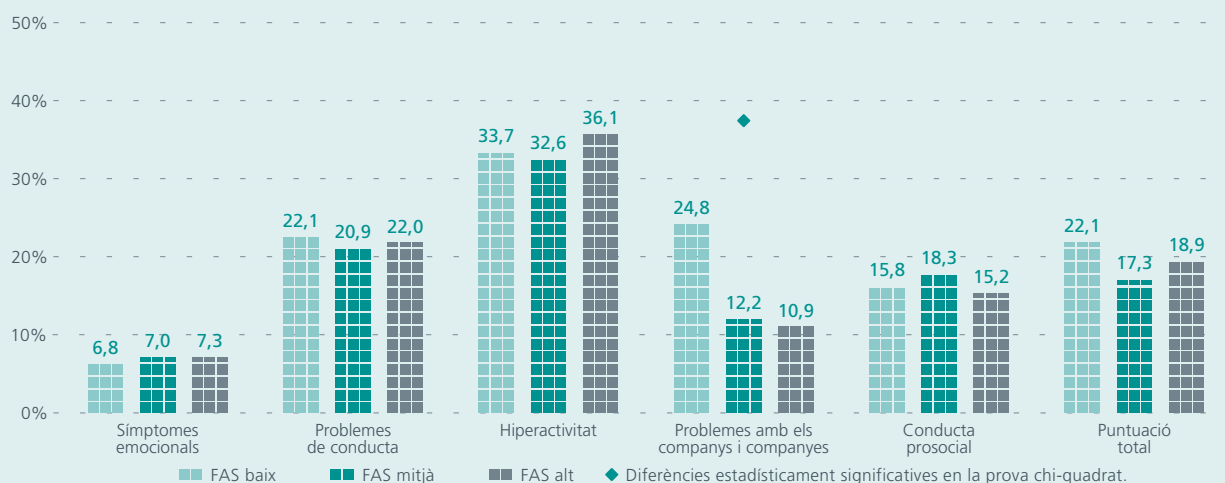
El 6% dels nois i noies presenta una puntuació total de dificultats anormal, de manera que es poden considerar com a casos amb probabilitat de patir problemes de salut mental. Respecte a les diferents dimensions de l'escala, les noies presenten més problemes emocionals que els nois, mentre que els nois presenten més problemes de conducta i de relacions amb els companys. Els problemes d'hiperactivitat són els més freqüents entre l'alumnat, però no s'hi han detectat diferències de gènere.

En general, els alumnes de nivell socioeconòmic més desafavorit presenten una pitjor salut autopercebuda i més problemes de salut mental en ambdós sexes, especialment en noies.

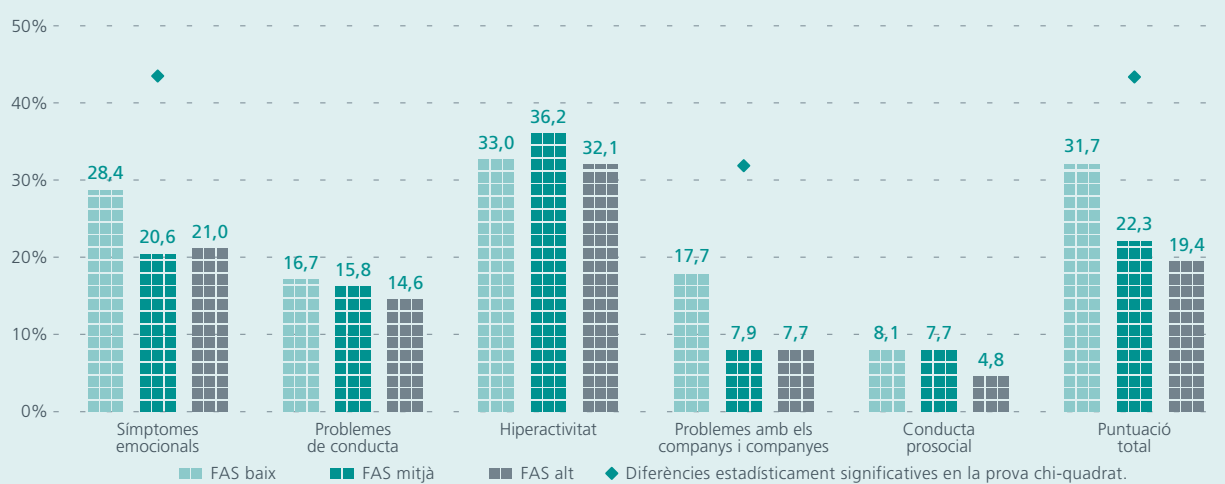
El benestar social i emocional és fonamental per a una bona qualitat de vida, però també perquè pot afectar la salut física tant a curt com a llarg termini. A més, pot determinar l'adopció d'estils de vida saludables. D'aquesta manera, els problemes de salut mental poden arribar a afectar negativament la vida quotidiana dels adolescents. Les dades observades mostren la importància de dissenyar i d'implementar programes escolars sobre salut emocional i habilitats socials, considerant una perspectiva de gènere i les diferències de nivell socioeconòmic, per tal de vetllar per l'estat de salut dels joves de la ciutat.

Figura 2. Nois i noies de 13 a 18 anys amb puntuació límit o anormal en salut mental¹ segons el Family Affluence Scale (FAS). Barcelona, 2012.

Nois



Noies



Font: Enquesta FRESC. Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹Que són possible cas amb problemes de salut mental sobre la base de l'escala de salut mental Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut

82

Introducció

Les regeneracions urbanes consisteixen en projectes de gran escala amb l'objectiu d'implantar millores generals en les infraestructures físiques i en les expectatives econòmiques i socials al districte o al barri¹. Cal destacar, per exemple, la importància de les inversions per millorar l'accessibilitat gràcies a la promoció del transport públic, l'ampliació dels espais verds que han proporcionat més lloc per realitzar activitat física o millores en els sistemes de clavegueram per alleujar riscos de salut². Encara que els últims anys s'han fet estudis que han analitzat els efectes de la renovació urbana en diversos resultats de salut, els resultats són limitats ja que les anàlisis quantitatives realitzades no són adequades a les intervencions complexes, els indicadors de salut utilitzats són inadequats o els períodes de seguiment són massa curts^{3,4}. A més, les avaluacions de projectes de regeneració urbana s'han centrat en els impactes sobre malalties i condicions específiques, però cal conèixer els efectes que tenen en les desigualtats en salut i en el benestar general⁵. Les avaluacions d'intervencions complexes haurien d'incorporar mètodes qualitius i quantitius que enforteixin els resultats trobats.

Com altres ciutats, Barcelona ha fet esforços per millorar constantment, amb projectes com per exemple el de «Barcelona posa't guapa», endegat l'any 1986, amb què es van renovar i millorar les infraestructures físiques de la ciutat⁶. Altres iniciatives s'han dirigit als barris i districtes de Barcelona més desafavorits, com algunes

zones de Ciutat Vella. El 2004, el govern de Catalunya va presentar la Llei de barris, un dels projectes més importants de regeneració urbana a Europa⁷. La iniciativa oferia un 50% del finançament als governs municipals que van presentar un pla de revitalització amb atenció especial en els àmbits de l'espai públic, la rehabilitació, l'equipament, les noves tecnologies, la sostenibilitat, la igualtat de gènere i els programes socials i d'accessibilitat. Amb una mitjana de 15 milions d'euros per barri, els projectes van incloure aspectes de planificació urbana com ara la creació de parcs públics, la millora de l'accessibilitat o el reforç dels recursos per a la comunitat i dels espais públics⁷. A Barcelona, 12 barris hi han participat des de l'any 2004, i més del 10% de la seva població se n'ha beneficiat⁷. La Llei de barris va anar acompanyada de dos programes complementaris centrats en la salut i l'ocupació. «Salut als Barris» treballa en col·laboració amb diversos grups de la comunitat per tal de prioritzar diversos programes de salut per als residents, com ara l'activitat física per a la gent gran, la prevenció d'abús de drogues i la promoció de l'activitat física del jovent⁸. «Treball als Barris» ofereix activitats relacionades amb l'ocupació a través dels espais creats al barri i que ofereixen cursos, serveis personalitzats i activitats de recerca de feina⁹.

Avaluació de la Llei de barris

La Llei de barris ofereix l'oportunitat d'avaluar els efectes de la regeneració urbana en la salut de la població afectada. Per assolir aquest objectiu, es van utilitzar tant mètodes qualitius com quantitius.

Vam emprar una tècnica qualitativa innovadora, el Concept Mapping (CM), que permet realitzar mapes conceptuals basats en les respostes del veïnat sobre les percepcions dels canvis que havien ocorregut al barri en els últims anys i els seus efectes en el benestar de les persones que hi viuen¹⁰. En el nostre estudi es van formar 3 grups de veïns en dos dels barris intervinguts (Santa Caterina i Sant Pere, i Roquetes) i es va generar una sèrie de frases relacionades amb els canvis produïts en els últims anys al barri i els seus efectes en el benestar de la població. Aquesta

1 Smith R, Petticrew M. Public health evaluation in the 21st century: time to see the wood as well as the trees. *J Public Health*. 2010; 32(1):2-7.

2 Rydin Y, Bleahu A, Davies M, Dávila JD, Friel S, DeGrandis G, et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet*. 2012; 379(9831):2079-108.

3 Rhodes J, Tyler P, Brennan A et al. Lessons and evaluation evidence from ten Single Regeneration Budget case studies: mid-term report. London: Department of Cambridge and MORI; 2002.

4 Thomson H, Atkinson R, Petticrew M, Kearns A. Do urban regeneration programs improve public health and reduce health inequalities? A synthesis of the evidence from UK policy and practice (1980-2004). *Epidemiol Comm Health*. 2006; 60:108-15.

5 Thomson H. A dose of realism for healthy urban policy: lessons from area-based initiatives in the UK. *J Epidemiol Comm Health*. 2008; 62(10):932-36.

6 Ajuntament de Barcelona. Barcelona, posa't guapa; 2011. [Consulta: febrer 2011.] Disponible a: http://www.bcn.es/habitatge/esp/reh_bcn_que.shtml

7 Departament de Política Territorial i Obres Públiques. La Llei de barris: Una aposta col·lectiva per la cohesió social. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.

8 Fuertes C, Pasarin MI, Borrell C, Artazcoz L, Díez E. Group of Health in the Neighborhoods Feasibility of a community action model oriented to reduce inequalities in health. *Health Policy*. 2012; 107(2):289-95.

9 Ajuntament de Barcelona. Projecte: Treball als Barris; 2011. [Consulta: setembre 2012.] Disponible a: <http://wv27.bcn.cat/porta22/cat/ocupacio/010/index.jsp>

10 Mehdipanah R, Malmusi D, Muntaner C, Borrell C. An evaluation of an urban renewal program and its effects on neighborhood resident's overall wellbeing using concept mapping. *Health and Place*. 2013; 23:9-17.

informació es va introduir en un programari per crear els mapes i gràfics amb mètodes estadístics d'anàlisi multivariada.

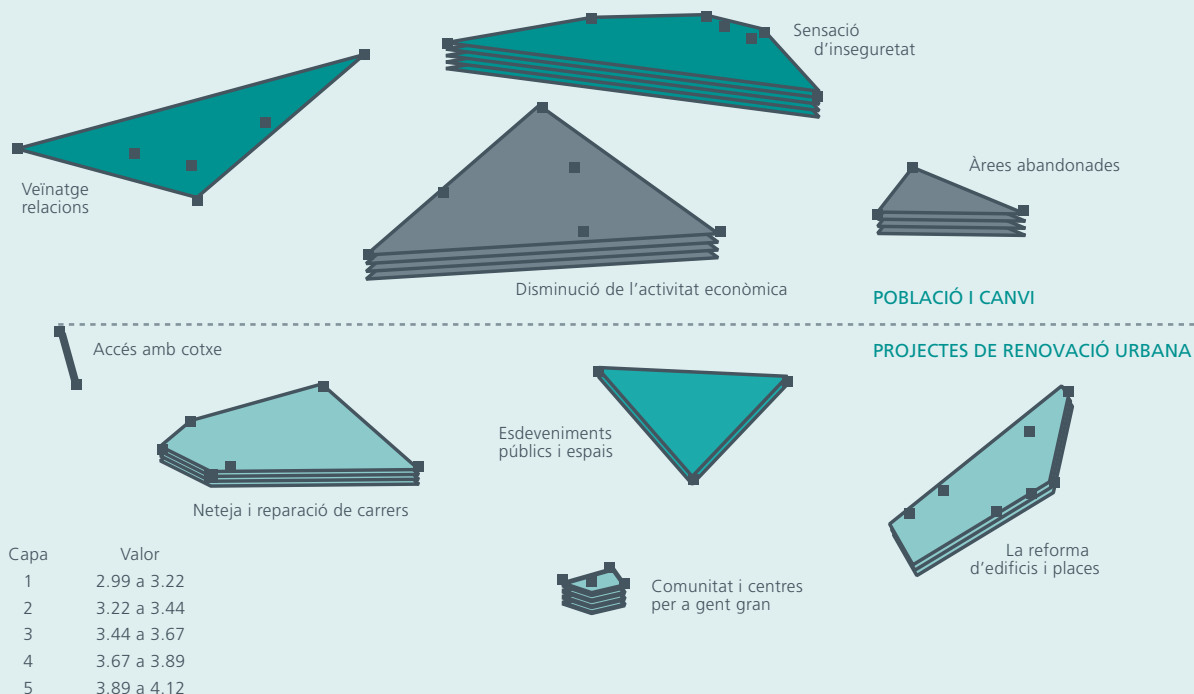
L'anàlisi quantitativa es va basar en l'anàlisi de l'evolució de la mala salut percebuda i la mala salut mental entre el 2001, el 2006 i el 2011 en el grup de 5 barris afectats per la Llei de barris fins a l'any 2010 (grup d'intervenció) i en 8 barris de les mateixes característiques socioeconòmiques en què la Llei de barris no s'havia implantat (grup de comparació), i s'anàlitzava si els indicadors de salut havien variat de forma diferent entre els dos grups. Les característiques socioeconòmiques basals del dos grups no eren diferents. Es va emprar l'Enquesta de salut de Barcelona dels anys previs (2001, 2006) i posteriors (2011) a la intervenció. La població d'estudi van ser les persones majors de 15 anys.

Resultats

Pel que fa als resultats de la part qualitativa, es van crear mapes conceptuals (vegeu la figura 1). En tots els grups, la majoria dels canvis en infraestructures i programes socials de la Llei de barris, com la creació d'espais lliures i els programes d'ocupació, es van esmentar a les entrevistes i es van qualificar com a canvis importants i positius per al benestar de les persones participants. D'altra banda, hi coexistien altres canvis percebuts com a negatius en els àmbits de la seguretat, la composició de la població i el context econòmic. En tots els mapes es va poder fer una divisió entre les agrupacions (clústers) que tractaven de canvis socials en la població i les que representaven canvis causats per la intervenció de la regeneració.

Respecte a la part quantitativa, en dones i homes, la «mala» salut percebuda ha millorat significativament dins del grup intervingut del 2006 al 2011, mentre que no s'han observat canvis significatius en el grup de comparació (vegeu la figura 2, pàgina 84). En les dones, durant el

Figura 1. Exemple de mapa de classificació: grup de familiars d'un Centre de Dia de Santa Caterina i Sant Pere.



Font: Mehdipanah R, Malmusi D, Muntaner C, Borrell C. An evaluation of an urban renewal program and its effects on neighborhood resident's overall wellbeing using concept mapping. *Health and Place*. 2013; 23:9-17.

Nota: Els mapes van ser dividits en dues seccions, les agrupacions que fan referència a la població i el canvi social, i les que es relacionen amb projectes de regeneració urbana. Les agrupacions més fosques indiquen les afirmacions negatives reportades per la majoria de participants mentre que les més clares indiquen les afirmacions expressades com a positives. El nivell d'importància s'indica en els números de línia de cada grup, el seu valor es descriu a la llegenda.

Avaluació dels efectes de la Llei de barris sobre els canvis en salut i les desigualtats en salut

84

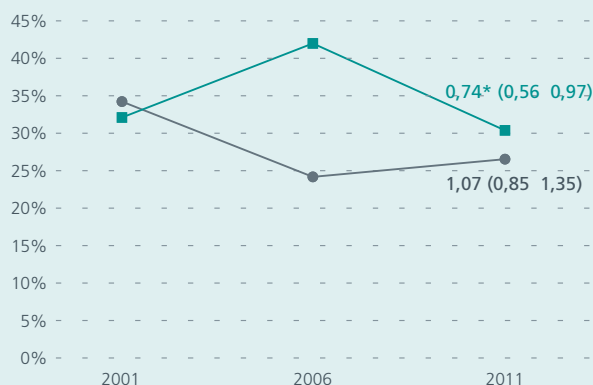
període 2006 a 2011 s'ha produït una disminució significativa de la «mala» salut mental en el grup intervingut, mentre que en els homes ha augmentat significativament la «mala» salut mental en el grup de comparació. Estratificant per classe social, en els dos sexes veiem que les desigualtats en mala salut percebuda disminueixen en els barris intervinguts per la millora significativa de la salut en les persones de classes manuals, mentre que no s'han observat canvis significatius en els altres grups. Resultats similars s'han observat per a la salut mental.

Conclusions

La Llei de barris es va centrar en la millora de la vida social, l'economia de la zona i la infraestructura física, i ha tingut efectes positius en la salut percebuda i la salut mental de les persones residents al barri. A més, contràriament a la majoria de les intervencions dirigides a la població en general, la Llei de barris sembla millorar la percepció de la salut de les persones de diferents classes socials, i més concretament, les de la classe manual. Els resultats indiquen també específicament que la població té una percepció positiva i important sobre l'efecte en la seva salut de la majoria dels projectes de la Llei de barris. Aquests resultats contribueixen a la limitada evidència dels impactes dels programes de renovació urbana en la salut i el benestar de la població.

Figura 2. Mala salut percebuda i mala salut mental als barris intervinguts i als barris de comparació per sexe. Raó de prevalença (2011 versus 2006) i interval de confiança (IC95%).

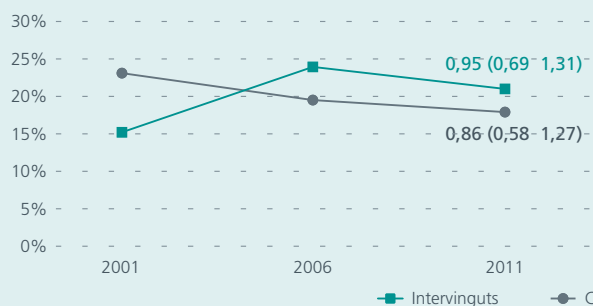
Dones - Mala salut percebuda (2006 ref)



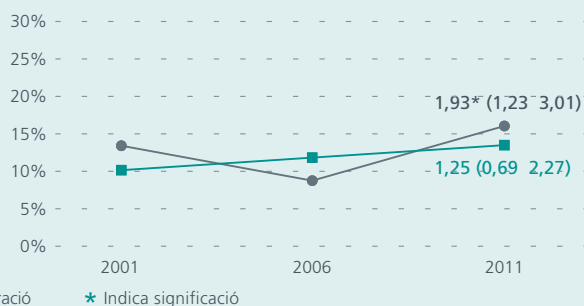
Homes - Mala salut percebuda (2006 ref)



Dones - Mala salut mental (2006 ref)



Homes - Mala salut mental (2006 ref)



Font: Elaboració pròpia partir de les dades de l'Enquesta de salut de Barcelona 2001, 2006, 2011.

Nota: Aquests gràfics mostren el percentatge estandaritzat per edat de mala salut percebuda i mala salut mental i la raó de prevalença entre els anys 2006 i 2011 per a dones i homes als barris intervinguts i als barris de comparació. 2006 és la referència.

Atenció a la cronicitat

Introducció

El sobreenvelliment de la població i per consegüent l'increment de la comorbiditat, les patologies cròniques i la dependència física i/o psíquica d'aquest segment poblacional planteja al sistema sanitari nous reptes per garantir l'atenció a una població amb molta fragilitat i que consumeix la major part dels recursos sanitaris.

L'abordatge de l'envelliment, juntament amb la complexitat creixent per la supervivència de les malalties cròniques i la comorbiditat associada dels malalts que les pateixen, requereix cada vegada més la intervenció de diferents professionals i diferents àmbits d'atenció.

L'atenció a persones amb problemes crònics i/o amb situació de complexitat i/o fragilitat constitueix un dels reptes més importants que ha d'afrontar el sistema de salut català els propers anys. En aquest context, el Departament de Salut, de forma conjunta amb el Departament de Benestar Social i Família, ha creat el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). Aquest programa té com a missió millorar l'atenció sanitària i social de les persones i el seu entorn, transformant el model de serveis sanitaris i socials per respondre a les necessitats de la ciutadania, malalts crònics, cuidadors, familiars i professionals, promovent els processos de prevenció, promoció, educació i participació en salut i fomentant l'atenció integrada i de qualitat.

L'èxit en la implantació d'un nou model d'atenció a la cronicitat ve condicionat per la instauració d'eines que afavoreixin un canvi de model assistencial basat en la coordinació interdepartamental i el treball en xarxa dels proveïdors assistencials, ens locals i altres institucions. El nou model té en compte tant l'atenció social com sanitària, capaç de donar resposta al repte que representen la cronicitat i la dependència, potenciant la promoció de la salut i la prevenció dels factors de risc i de les malalties cròniques de més impacte, desplegant l'atenció des de les fases més incipients fins als estadis de més complexitat i/o dependència. Per tant, aquest nou model s'adreça a tota la població mitjançant actuacions integrades, coordinades, planificades, factibles i proactives, amb els objectius següents:

- + Promoure estils de vida saludables en la població.
- + Fomentar l'autonomia de la persona en el procés de tenir cura de la seva salut.
- + Reconèixer el paper de la persona cuidadora i de la família del malalt, acollint-los com a tals i donant-los suport per evitar la seva claudicació.
- + Millorar el control i la gestió clínica de les respectives condicions de salut.
- + Donar resposta adequada a les necessitats sanitàries i socials de les persones amb patologia crònica complexa.
- + Contribuir a la sostenibilitat i a l'eficiència del sistema de salut.

La garantia que l'abordatge de la cronicitat es farà des d'una visió transversal i interdepartamental és el Pla de Govern 2011-2014, el Pla de Salut 2011-2015 i el mateix PPAC amb el desplegament dels sis projectes de treball següents:

1. Desenvolupar processos clínics integrats per a les malalties cròniques de més impacte en tots els territoris.
2. Potenciar la protecció i la promoció de la salut i la prevenció com a instruments per mantenir la salut i evitar la malaltia crònica.
3. Promoure l'autoresponsabilització i l'autocura de les ciutadanes i els ciutadans pel que fa a la seva salut, factors de risc i/o malalties.
4. Desplegar dispositius assistencials socials i sanitaris i sistemes integrats adequats per donar atenció al malalt crònic i al dependent.
5. Facilitar l'atenció holística i proactiva del malalt crònic complex.
6. Incorporar la racionalització en l'ús de fàrmacs i millorar la seguretat del malalt.

Les actuacions en aquests àmbits comporten l'ordenació d'altres elements, també molt rellevants, com ara el desenvolupament d'una xarxa d'informació sanitària i social a l'abast de tota la ciutadania i dels professionals, i la consolidació d'indicadors fiables i homogenis que permetin monitoritzar els avenços del programa i l'adaptació dels processos de compra i contractació de serveis a les noves necessitats assistencials.

Desenvolupament de les línies estratègiques del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat

1. Implantar processos clínics integrats.

En el marc del Pla d'Atenció a la Cronicitat i amb la finalitat de millorar l'abordatge clínic dels malalts crònics amb els 10 processos clínics de major impacte pel que fa a malalties cròniques al país (insuficiència cardíaca, nefropatia i malaltia pulmonar obstructiva crònica i asma, diabetis mellitus, depressió, demències, trastorns mentals severs i greus, càncer, malalties

Atenció a la cronicitat

86

del sistema musculoesquelètic i dolor crònic), s'han començat a dissenyar i implementar les rutes assistencials per a cadascun d'aquest processos.

Aquestes rutes assistencials s'han elaborat segons les directrius del Pla de Cronicitat del Departament de Salut i consisteixen en plans d'accions dissenyats per millorar l'atenció dels malalts crònics en determinades situacions a través de les actuacions acordades entre professionals, la coordinació entre proveïdors, l'establiment i l'optimització dels circuits assistencials i la promoció de les bones pràctiques, atorgant el recurs més adient a la situació evolutiva del malalt.

Els objectius són bàsicament aconseguir una atenció de qualitat de forma efectiva, segura i equitativa, garantint el *continuum* assistencial 7x24 (7 dies per setmana, 24 hores al dia) i l'atenció amb el recurs assistencial més adient per a cada moment del procés de la malaltia.

Les rutes assistencials han estat dissenyades de forma territorial, de manera que a la ciutat de Barcelona s'han elaborat 12 rutes, quatre a cada Àrea Integrada de Salut (AIS) (AIS Nord, AIS Dreta, AIS Litoral i AIS Esquerra). En l'elaboració de cadascuna d'elles, hi han participat professionals de tots els recursos del territori implicats, tant assistencials (serveis d'atenció primària, atenció especialitzada, urgències, salut mental, sociosanitaris, serveis d'emergències mèdiques, SEM...) com comunitaris (salut pública, oficines de farmàcia...).

Les rutes que al llarg de l'any 2012 s'han dissenyat, fruit del treball col·laboratiu dels professionals, han estat les de la insuficiència cardíaca (IC), malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), diabetis mellitus (DM) i depressió, segons la previsió d'aquest any en els objectius del Pla de Salut 2011-2015 (vegeu el quadre 3, pàgina 90).

Un aspecte que s'ha considerat molt positiu d'aquest procés ha estat la col·laboració i coordinació dels professionals i la visualització de professionals de referència que garanteixen la continuïtat assistencial i la implementació d'aquestes rutes.

Actualment s'està en procés d'implementació, s'ha realitzat en primera instància una fase de

difusió informativa i formativa de tots els professionals implicats i la seva posada en marxa. Posteriorment aquest procés serà avaluat per tal de conèixer-ne l'eficàcia i reorientar els aspectes que es considerin oportuns.

2. Potenciar els programes de protecció i promoció de la salut i de prevenció de la malaltia.

La cronicitat és un procés evolutiu lligat al curs natural de les malalties, amb unes fases prèvies en què els factors de risc tenen un paper destacat. La progressió del dany o de la malaltia porta a la situació de malalt crònic. Les causes de molts d'aquests problemes poden tenir un abordatge a través d'accions de salut pública. En aquest sentit, la protecció i la promoció de la salut, així com la prevenció de les malalties, tenen un paper clau en la disminució de la seva prevalença, en una millor evolució i en millorar o mantenir la qualitat de vida.

El consum de tabac és el principal factor de risc de cronicitat i continua sent la causa principal de morbiditat que es pot prevenir. Tota la xarxa assistencial i comunitària de la ciutat ofereix ajut per deixar de fumar. El programa «Infància Sense Fum» de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, pioner a l'Estat, al llarg del 2012 ha format 125 pediatres i infermers i ha constatat una menor exposició dels infants al fum del tabac al domicili. Als Equips d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) de Barcelona s'ha consolidat el programa «Embaràs Sense Fum», que ha registrat un augment del nombre d'embarassades ateses que han deixat de fumar durant l'embaràs, 377 (56%). Així mateix, s'ha reforçat la xarxa de referents del programa «Atenció Primària Sense Fum», i 19.875 persones més grans de 14 anys visitades pels equips d'atenció primària (EAP) de la ciutat han deixat de fumar. D'altra banda, un total de 932 pacients ingressats a la Xarxa d'Hospitals sense Fum de la ciutat han estat atesos per deixar de fumar. En els Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) de la ciutat, l'any 2012, 269 persones han iniciat tractament per abús o dependència del tabac. En l'àmbit escolar, el curs 2011-2012, el 35,7% de les escoles de la ciutat han desenvolupat el Programa de prevenció de les addiccions a substàncies a l'escola (PASE. bcn), centrat en el consum de tabac a primer d'educació secundària obligatòria (ESO), i el 8,5% d'escoles s'han implicat en el programa «Classe sense Fum», a primer i segon curs d'ESO.

Quant a l'alcohol, és el segon factor de risc més important de malaltia crònica i mortalitat prematura evitable, després del tabac. Els dos grups que més consum de risc en fan són les noies de 15 a 24 anys, amb una prevalença del 4,5%, i els nois de 25 a 34 anys, amb una prevalença del 13,2%. En el marc de la prevenció del consum de risc, durant el darrer any s'ha seguit impulsant la implementació del programa «Beveu Menys» als EAP de la ciutat, amb un augment de les activitats desenvolupades, i en el cribratge s'ha assolit el 57% de la població atesa més gran de 14 anys. En l'actualitat la xarxa de referents del programa «Beveu Menys» ja disposa a la ciutat de Barcelona de 107 professionals de 60 centres

d'atenció primària, que correspon al 90% del total de centres existents. En els CAS de la ciutat, l'any 2012, 1.908 persones han iniciat tractament per abús o dependència de l'alcohol. Cal fer esment del fet que durant l'any 2012 s'ha celebrat a la ciutat la IX conferència de l'International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRA) i la III Jornada de la Xarxa de Referents en Alcohol (XaROH), del programa «Beveu Menys». En l'àmbit escolar, el 35,6% de les escoles de la ciutat han desenvolupat durant el curs escolar 2011-2012 el programa «Sobre Canyes i Petes», de prevenció del consum d'alcohol, cànnabis i altres drogues, a tercer curs d'ESO.

Altres factors de risc molt importants de malaltia crònica són la inactivitat física i la dieta inadequada. El Pla Integral per a la Promoció de la Salut mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació Saludable (PAAS), de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, té com a objectiu millorar l'alimentació i promoure l'activitat física per a tota la ciutadania, posant especial èmfasi en els infants. En aquest marc, el cribratge de sobrepès i obesitat dels nens i nenes de 6 a 14 anys visitats pels EAP de la ciutat ha presentat una cobertura del 90% i en el 76% dels EAP està implantat el Pla d'Activitat Física Esport i Salut (PAFES). Cal destacar la millora en la coordinació amb l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i l'Institut Barcelona Esports, implicats en activitats de promoció de l'envelliment actiu i saludable a través del programa «Activa't als parcs de Barcelona». En l'àmbit escolar, l'ASPB continua oferint a totes les escoles la revisió del menú escolar. En l'àmbit comunitari, l'any 2012 hi havia a Barcelona 32 establiments de restauració promotors de l'alimentació mediterrània i de l'oci actiu (AMED) acreditats.

En l'àrea maternoinfantil en què es desenvolupen els principals programes de cribratge prenatal i neonatal per a la prevenció i el control de les malalties cròniques a la infància, durant el 2012 s'ha estès el cribratge prenatal d'anomalies congènites fetals del primer trimestre al 100% dels centres de Barcelona. S'ha consolidat el cribratge neonatal universal, que detecta la fenilcetonúria, l'hipotiroidisme congènit i la fibrosi quística, i durant l'any 2012 s'han posat les bases de l'ampliació

del cribratge amb 19 malalties més; també s'ha continuat impulsant el desplegament del cribratge d'hipoacúsia neonatal.

En l'àmbit de la prevenció i el control de les malalties vacunables cal remarcar l'esforç realitzat en la formació dels i les professionals. Durant aquest any ha augmentat el nombre d'infants de 0 a 14 anys vacunats correctament (91%). Segons un estudi serològic de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, més del 90% dels professionals sanitaris tenen un nivell d'anticossos protector contra el xarampió.

S'està avançant en la implantació del model assistencial integrat per a la prevenció i detecció precoç de les infeccions de transmissió sexual i del VIH-sida des de la vessant comunitària territorial, creant sinergies i fent especial èmfasi en els homes que tenen relacions sexuals amb homes, en persones immigrants, i en els adolescents i les dones.

Durant l'any 2012 s'han finançat 36 projectes per a grups vulnerables a través de 19 entitats. La disminució del retard diagnòstic és fonamental, per això l'Agència de Salut Pública de Catalunya, a través dels centres comunitaris de Barcelona, ha realitzat l'any 2012 9.427 proves amb 207 resultats reactius (2,2%) i a les farmàcies ha realitzat 1.460 proves amb 18 resultats reactius (1,23%). En la mateixa línia l'ASPB duu a terme un programa de detecció precoç del VIH i la sífilis en saunes gai des del 2006. Fins al 2011 s'han fet 3.182 proves, de les quals 255 han estat reactives al VIH. La precocitat de la detecció dels casos ha anat augmentant progressivament. A més, s'han vacunat contra l'hepatitis A i B 3.367 homes que tenen sexe amb homes. Així, en l'àmbit escolar, el curs 2011-2012, el 34,3% d'escoles de la ciutat van desenvolupar el programa «Parlem-ne, no et tallis», a tercer curs d'ESO, de prevenció de relacions sexuals no protegides.

3. Autoresponsabilització de les persones malaltes i cuidadores i foment de l'autocura.

La participació ciutadana està esdevenint una realitat cada vegada més propera als sistemes de salut. Ens trobem en un context social en què ciutadanes i ciutadans cada dia tenen més accés a la informació i una major capacitat de decidir per ells mateixos. El programa «Pacient Expert Catalunya» té com a finalitat millorar la comprensió de la malaltia crònica que tenen els malalts, mitjançant la transferència i l'intercanvi de coneixements del pacient expert amb la resta de pacients. També pretén promoure canvis d'hàbits que millorin la qualitat de vida i la convivència amb la malaltia com una part més del procés assistencial.

El programa «Pacient Expert Catalunya» a Barcelona es va iniciar l'any 2006 i hi van participar 26 equips d'atenció primària. Hi ha formats 55 grups, amb un total de 545 pacients participants, 35 dels quals han fet la funció de pacient expert. Els temes tractats han estat insuficiència cardíaca (IC), malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), malaltia de Chagas, diabetis tipus II (DM2), ansietat i tractament anticoagulant oral

Atenció a la cronicitat

88

(TAO) (vegeu el quadre 1). Al quadre 2 es mostra la previsió per a aquest 2013 d'equips d'atenció primària en els quals es constituirà un grup de pacient expert. En conclusió, el programa «Pacient

Expert Catalunya» és un instrument útil per millorar l'autocura i la qualitat de vida dels pacients. A més, redueix el consum de recursos en forma de visites a atenció primària, a urgències i ingressos hospitalaris per descompensació de la malaltia.

Quadre 1. Participants per temes tractats en el programa «Pacient Expert Catalunya» 2006-2012.

	Problemes de salut						Total
	Insuficiència cardíaca	Malaltia pulmonar obstructiva crònica	Tractament anticoagulant oral	Malaltia de Chagas	Ansietat	Diabetis tipus II	
Grups	16	13	19	2	2 (pilot)	3	55
Pacients participants	151	132	200	15	18	29	545
Participants que han fet de pacient expert	12	5	12	1	2	3	35

Font: programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Nota: Total de professionals observadors: 103, dels quals 66 són infermers, 33 són metges de família i 4 són treballadors socials.

Quadre 2. Previsions del programa «Pacient Expert Catalunya» 2013 a Barcelona ciutat.

Sector sanitari	Insuficiència cardíaca	Tractament anticoagulant oral	Diabetis tipus II	Malaltia pulmonar obstructiva crònica	Deshabitució tabàquica	Fibromiàlgia
Les Corts/ Sants / Montjuïc/ Sarrià/ Sant Gervasi	EAP Borrell	EAP Consell de Cent EAP Numància	EAP Sant Antoni EAP Montnegre	EAP Casanova	EAP Les Corts	
Ciutat Vella/ Eixample/ Gràcia/ Sant Martí	EAP Encants EAP La Sagrera EAP Vila Olímpica	EAP Via Roma EAP Sant Antoni	EAP Ramon Turró EAP Besòs EAP Gòtic EAP Sant Antoni EAP Vila Gràcia/ Joanic	EAP Encants EAP Larrard EAP Sagrada Família EAP Gaudí	EAP Passeig St. Joan	EAP Barceloneta
Horta/ Guinardó/ Nou Barris/ Sant Andreu	EAP Guineueta	EAP Porta-Prosperitat EAP Guineueta	EAP Porta-Prosperitat EAP Cotxeres Borbó	EAP Canteres Roquetes EAP Via Barcino EAP El Carmel	EAP Porta-Prosperitat AE St. Andreu EAP Turó	

Font: Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Nota: EAP: Equip d'atenció primària.

4. Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos i alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat.

Les darreres dècades, el sistema sanitari català ha assolit un èxit remarcable tant en el guariment de les patologies agudes més comunes com en la detecció i el control dels problemes crònics de salut més prevalents.

Això ha fet que, de manera progressiva, hi hagi més persones amb problemes crònics, que viuen més anys, que acumulen diversos problemes de salut, que presenten situacions més complexes a les quals cal donar resposta i tenir-ne cura durant molt temps i que, finalment, obliguen a una gestió clínica altament compartida entre els professionals dels diferents estaments i les organitzacions que les atenen. La cronicitat, doncs, s'està convertint en un patró epidemiològic específic i de magnitud creixent al nostre país.

Recollint aquesta tendència, la prevenció i l'atenció a la malaltia crònica es considera com un dels pilars del nou model sanitari català i, dins d'aquest context, fa de la cronicitat complexa un element fonamental de la seva estratègia. L'atenció a les situacions de complexitat clínica constitueix, en gran mesura, el nucli paradigmàtic

i diferenciador de les estratègies d'atenció a la cronicitat des d'una triple visió: poblacional, territorial i comunitària.

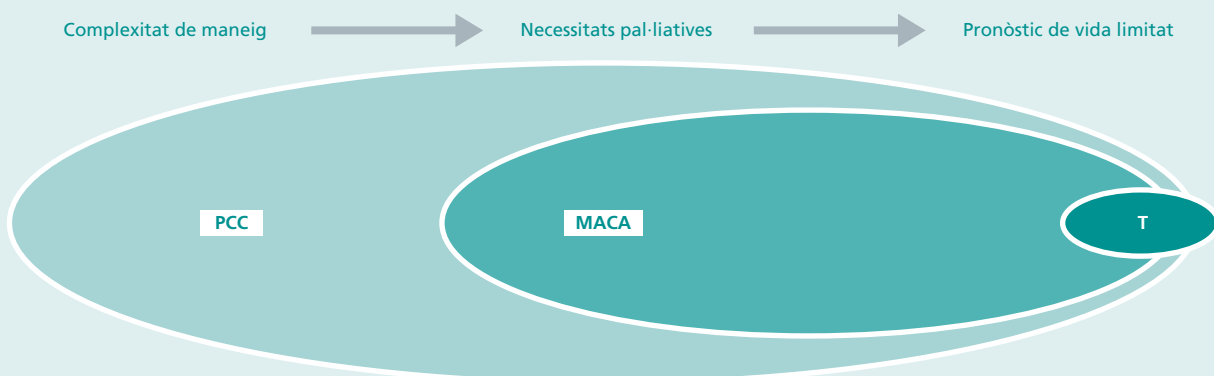
Tanmateix l'atenció a la cronicitat, especialment en les etapes que requereixen més intensitat assistencial, comporta múltiples contactes amb el sistema sanitari. Hi ha alternatives assistencials i experiències innovadores que milloren els resultats en salut, el confort i la qualitat de vida dels pacients i els seus cuidadors i, a més, permeten una utilització més eficient dels recursos del sistema de salut.

El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015, en la línia de prevenció i atenció a la cronicitat, proposa estratègies d'atenció a la complexitat orientades a millorar l'atenció a aquest col·lectiu. Contempla dos perfils de persones amb complexitat: els pacients crònics complexos (PCC) i aquells que requereixen un model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA) (vegeu la figura 1).

Els dos grups de pacients representen situacions que, malgrat els seus trets diferencials, tenen moltes característiques compartides, fet que permet integrar les polítiques d'abordatge assistencial i estratègic. Aquesta integració té un sentit particularment rellevant pel que fa a les iniciatives de base territorial: compartir un model d'implementació comú per a totes les situacions de complexitat facilita la qualitat, l'efectivitat i l'eficiència del procés.

Els programes d'atenció a la complexitat tenen com a finalitat que els pacients identificats com a PCC i MACA rebin una atenció proactiva i centrada en la persona malalta i les persones cuidadores, resolutiva, adequada, eficient i satisfactòria en qualsevol moment i amb la intensitat que

Figura 1. Perfils de complexitat del programa «Pacient Expert Catalunya», 2012.



Font: programa «Pacient Expert Catalunya» 2013. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Nota: PCC: pacients crònics complexos; MACA: model d'atenció a la cronicitat avançada; T: pacient terminal.

Atenció a la cronicitat

90

calgui. Aquesta atenció ha de facilitar l'atenció a aquests pacients amb el dispositiu més adequat. El domicili és l'eix on pivoten tots els recursos per a millorar-ne la qualitat de vida, els resultats en salut i garantir una utilització eficient dels recursos.

L'atenció a aquest grup de població requereix un canvi de model assistencial, dels plantejaments organitzatius, de la gestió clínica, de la implicació dels professionals i dels mateixos malalts i les persones cuidadores. La base d'aquest nou model consisteix en l'abordatge assistencial conjunt entre els diversos nivells i professionals, amb dispositius territorials capaços de donar resposta ràpida al domicili i amb la intensitat que es requereix a cada moment.

L'assignació dels pacients a un d'aquests grups depèn de la valoració clínica dels professionals referents. Aquesta valoració pot recolzar-se en instruments, en estratègies d'estratificació o en agrupadors de risc però, almenys de moment, no es disposa de criteris diagnòstics que permetin identificar-los de manera inequívoca. Així doncs, incorporar un pacient en un d'aquests grups és una decisió dels professionals necessàriament empírica.

Tant PCC com MACA no són condicions clíniques per se, sinó identificacions funcionals que reflecteixen una determinada situació en l'estat de salut. Més que pacients amb atributs patognòmics, són persones amb determinades necessitats, que generen plans d'actuació específics que milloraran els resultats pel que fa a una triple visió (*triple aim*):

- + Satisfacció i qualitat de vida del pacient i el seu entorn.
- + Resultats en els indicadors de salut.
- + Eficiència del model d'atenció.

Quadre 3. Programes territorials d'atenció al pacient crònic complex. Barcelona, 2012.

Àrea de salut Integral	Programa territorial PCC	EAP participants	% EAP participants	Atenció 7x24x365	Hospital d'Aguts	Centres sociosanitaris	Pacients MACA identificats HC3 ¹	Pacients PCC identificats HC3 ¹	Rutes Assistencials			
									IC	MPOC	DM	Depressió
Barcelona Esquerra	Sarrià, Sant Gervasi	4	52,6%	CUAP Plató, SEM	Plató	Dolors Aleu PSPV	149	1.078	Si	Si	Si	Si
	Sants Montjuïc, Les Corts, Es. Eixample	6		CUAP Manso, SEM	Hospital Clínic	Dolors Aleu PSPV i Sant Antoni						
Barcelona Nord	Barcelona Nord	19	100%	CUAP Cotxeres, Horta, Casernes i SEM	H. Vall d'Hebron, H. Sant Rafael	PSPV i Cotxeres	134	1.633	Si	Si	Si	Si
Barcelona Dreta-Litoral	Dreta Eixample	16	100%	CUAP Dos de Maig, Esperança, SEM	H. Sant Pau, H. Dos de maig	Palau i Evangèlic	141	1.308	Si	Si	Si	Si
	Ciutat Vella Sant Martí	13	100%	CUAP Sant Martí, Perecamps, SEM	Parc de salut Mar	Centre Fòrum i Esperança			Si	Si	Si	Si

Font: Quadre de comandament de seguiment del desplegament PdS. Regió sanitària Barcelona

Notes: ¹ Informació extreta de la Historia clínica compartida de Catalunya (HC). IC: insuficiència cardíaca; MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica; DM: diabetis mellitus.

Així doncs, a la ciutat de Barcelona durant l'any 2012 s'està implantant de manera progressiva el Programa d'atenció a la cronicitat (vegeu el quadre 3, pàgina 90).

Les actuacions clau per a dur a terme el nou canvi de model assistencial s'aniran desenvolupant progressivament. Algunes d'elles són:

- + Definició i implantació del model d'atenció domiciliària i a residències 7x24 els 365 dies de l'any.
- + Nova orientació del rol dels hospitals d'aguts i l'atenció especialitzada en referència a la complexitat.
- + Atenció a les transicions (prealta i postalta).
- + Redefinició de la xarxa sociosanitària a fi d'impulsar dispositius assistencials alternatius a l'hospitalització convencional que comportin menys intensitat sanitària.
- + Plans terapèutics interdisciplinaris per a donar resposta a les múltiples i complexes necessitats que tenen els pacients amb malalties cròniques.
- + Redefinició de la xarxa de salut mental.
- + Acció integrada dels serveis socials i de salut que es concreti en programes comunitaris integrats.

5. Implantar programes d'ús racional del medicament.

En l'àmbit de la prestació farmacèutica, les principals actuacions s'emmarquen en els aspectes següents:

La millora del procés de revisió i conciliació de la medicació

S'ha fet la difusió a tots els proveïdors de Barcelona del document *Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió, desprescripció i adherència*, elaborat en el marc del PPAC, i s'ha prioritzat la revisió clínica i la conciliació a l'alta dels hospitals d'aguts i centres sociosanitaris dels PCC.

En els entorns de Barcelona Dreta i Nord s'ha treballat aquests aspectes sobre una base territorial i els resultats preliminars al Nord semblen indicar que un 54% dels pacients PCC redueixen la polimediació, passant de 10 a 6 principis actius per pacient. D'altra banda, un 50% dels hospitals d'aguts i un 100% dels sociosanitaris tenen protocols de conciliació de l'alta. Per facilitar el seguiment de l'adherència als tractaments s'ha prioritzat aquesta qüestió en la nova cartera de serveis de les oficines de farmàcia prevista per al 2013. Per últim, s'ha elaborat una sèrie d'indicadors de seguiment d'incidències de prescripció per poder fer un seguiment al llarg del 2013 de la revisió dels pacients PCC identificats a la Història Clínica Compartida de Catalunya (HCCC).

Harmonització de la medicació entre professionals i nivells assistencials

L'objectiu és assolir un consens farmacoterapèutic entre nivells assistencials en les 4 patologies prioritzades (depressió, diabetis melitus II, insuficiència cardíaca i malaltia pulmonar obstructiva crònica).

A les 4 àrees integrals de salut de la ciutat de Barcelona ja es disposava d'acords en el tractament de la diabetis mellitus II i a l'AIS Litoral també de la depressió. Properament s'hauran d'adaptar amb les recomanacions del Programa d'harmonització farmacoterapèutica del CatSalut i incorporar a les rutes assistencials dels diferents territoris.

La implantació de programes per a promoure l'ús racional del medicament entre la ciutadania

L'objectiu és sensibilitzar la població de la importància d'una utilització de medicaments correcta i sostenible mitjançant una intervenció educativa. Per elaborar aquesta intervenció s'ha considerat necessari conèixer el nivell de coneixements, opinions i actituds actuals. Aquesta informació l'han proporcionat els resultats d'un qüestionari dirigit a població major de 18 anys (484 enquestes), assignat a les àrees bàsiques de salut (ABS) de Barcelona. Els resultats han demostrat que el nivell de coneixements, actituds i opinions de la ciutadania era baix per aconseguir un ús racional dels medicaments i que calia implicar la ciutadania i millorar els seus coneixements bàsics.

La intervenció establerta comprèn la difusió, als centres sanitaris i a Internet, de 13 vídeos amb la finalitat d'informar i corregir, si fos el cas, certs aspectes i certes conductes que promouen un ús erroni o poc sostenible dels medicaments. Podeu accedir a aquests vídeos mitjançant l'enllaç següent: <http://bit.ly/131dUWD>

La salut a Barcelona 2012



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

Patricia Altimira
Agència de Salut Pública de Barcelona
Pl. Lesseps, 1
08023 Barcelona
Tel.: 932 384 545
Fax: 932 173 197
A/e: paltimir@aspb.cat

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

Podeu trobar dades addicionals de l'Informe de Salut en el document annex *La salut en xifres a Barcelona. Districtes i àrees integrals de salut 2012*, disponible al web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.



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

Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2012.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2013.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

+B Agència
de Salut Pública

