

La salut a Barcelona

2000



La Salut a Barcelona, 2000

Presidenta de l'Institut Municipal de Salut Pública (IMSP),
Quarta Tinenta d'Alcalde de l'Ajuntament de Barcelona i
Regidora Ponent de Salut Pública

Imma Mayol i Bertran

Gerent de l'Institut Municipal de Salut Pública

Joan Guix Oliver

Adjunt a Gerència de l'Institut Municipal de Salut Pública

Joan Ramon Villalbí i Hereter

Director de l'Institut Municipal de la Salut

Antoni Plasència i Taradach

Cap del Servei d'Informació Sanitària

Carme Borrell i Thió

Edita: Institut Municipal de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
D.L.: B-51.285-02
Producció gràfica: Primer Segona Edicions

Coordinació general de l'informe

M Isabel Pasarín Rua

Coordinació i redacció dels capítols

- Capítol 1 Canvis rellevants en la salut i els seus determinants en la població de Barcelona en la dècada dels 90. M. Isabel Pasarín, Carme Borrell, Joaquim Salvador, Maica Rodríguez, Lucía Artazcoz, Josep Arqués, Elvira Torné, Aina Plaza, Alex Guarga i M. Teresa Brugal.
- Capítol 2.1 Brots de l'any 2000 a la ciutat de Barcelona. Helena Pañella, Rocío Maldonado, Josep Maria Jansà i Joan A. Caylà.
- Capítol 2.2 Salut i immigració a la ciutat de Barcelona. Josep Maria Jansà, Patricia G. de Olalla, Maica Rodríguez i Joan A. Caylà.
- Capítol 2.3 Planificació de l'embaràs. Joaquín Salvador i Maria Isabel Pasarín.
- Capítol 2.4 Salut mental. Josep Ferrando, Carme Borrell i Maica Rodríguez.
- Capítol 2.5 Els serveis d'atenció primària de salut a la ciutat de Barcelona. M. Isabel Pasarín, Joan Ramon Villalbí, Maica Rodríguez i Carme Borrell.
- Capítol 2.6 Desigualtats de gènere en la salut relacionades amb la conciliació de la vida familiar i laboral. Lucía Artazcoz.
- Capítol 2.7 La salut i el treball a Barcelona. Imma Cortès.
- Capítol 2.8 El fum ambiental del tabac a Barcelona. Manel Nebot, Mireia Jané i Xavier Rojano.
- Capítol 2.9 Trastorns de la conducta alimentària en l'adolescència. Élia Díez i Susanna Fernández.
- Capítol 2.10 La salut percebuda, la utilització de serveis sanitaris i les conductes relacionades amb la salut als districtes. Carme Borrell i Maica Rodríguez.
- Capítol 2.11 Consum de drogues. Principals resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Maria Teresa Brugal.
- Capítol 3. La situació dels objectius generals de salut: tendències i projeccions. M. Isabel Pasarín, Carme Borrell i Maica Rodríguez.
- Annex. Indicadors de salut i determinants per districtes. Carme Borrell i M. Isabel Pasarín.

Edició del text

Maribel Urgellés

Han contribuït a l'elaboració de l'informe:

Institut Municipal de la Salut de l'IMSP.

Carles Ariza, Lucía Artazcoz, Carme Borrell, Maria Teresa Brugal, Joan A. Caylà, Imma Cortès, Elia Díez, Lourdes Egea, Josep Ferrando, Rocío Maldonado, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Patrícia G. de Olalla, Maria Isabel Pasarín, Helena Pañella, Antoni Plasència, Joaquín Salvador, Emma Tejeda i Maribel Urgellés.

Pla d'Acció de Drogues de Barcelona

Lluís Torralba

Unitat Operativa d'Higiene dels Aliments de l'IMSP

Josep Arqués, Josep Maria Armengou, Javier de Benito, Mercè Guillem, Xavier Lleberia, Víctor Peracho i Montserrat Ramoneda.

Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental

Ricard Alsina, José Gracia, Margarida Parés i Pau Rodríguez.

Direcció de Planificació i Avaluació del Consorci Sanitari de Barcelona

Alex Guarga, Elvira Torné, Carolina Pijem, Aina Plaza i Corinne Zara.

ÍNDEX

PRESENTACIÓ	7
CAPÍTOL 1. CANVIS RELLEVANTS EN LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS EN LA POBLACIÓ DE BARCELONA EN LA DÈCADA DELS 90	9
1.1 La població i el medi	11
1.2 La salut maternoinfantil	15
1.3 La salut percebuda i les conductes relacionades amb la salut	18
1.4 Problemes de salut específics	22
1.5 La mortalitat	27
1.6 Els serveis sanitaris	31
CAPÍTOL 2. ALGUNS TEMES MONOGRÀFICS	37
2.1 Brots de l'any 2000 a la ciutat de Barcelona	39
2.2 Salut i immigració a la ciutat de Barcelona	44
2.3 Planificació de l'embaràs	48
2.4 Salut mental	52
2.5 Els serveis d'atenció primària de salut a la ciutat de Barcelona	53
2.6 Desigualtats de gènere en la salut relacionades amb la conciliació de la vida familiar i laboral	57
2.7 La salut i el treball a Barcelona	62
2.8 El fum ambiental del tabac a Barcelona	69
2.9 Trastorns de la conducta alimentària en l'adolescència	71
2.10 La salut percebuda, la utilització de serveis sanitaris i les conductes relacionades amb la salut als districtes	73
2.11 Consum de drogues. Principals resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000 (ESB-2000)	77
CAPÍTOL 3. LA SITUACIÓ DELS OBJECTIUS GENERALS DE SALUT: TENDÈNCIES I PROJECCIONS	83
3.1 Problemes de salut cardiovasculars	85
3.2 Càncer	87
3.3 Malalties de l'aparell respiratori	88
3.4 Lesions causades per accidents i fets violents	89
3.5 Problemes de salut de l'aparell digestiu	90
3.6 Consum excessiu d'alcohol	91
3.7 Consum de drogues no institucionalitzades	92
3.8 Infecció pel VIH i la sida	93
3.9 Malalties transmissibles susceptibles de ser previngudes amb vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques	94
3.10 Problemes de salut relacionats amb la maternitat i la infància	95
3.11 Problemes de salut laboral	97
3.12 Tuberculosi	97
3.13 Càries dental	98
3.14 Medi ambient i higiene dels aliments	99
3.15 Malalties de transmissió sexual	100
3.16 Hàbit tabàquic	101
3.17 Altres hàbits i estils de vida	102
RESUM	105
RESUMEN	113
SUMMARY	119

PRESENTACIÓ

Aquest és el 18è informe "La Salut a Barcelona", que contribueix a conèixer l'estat de salut de la població de la ciutat, quins són els principals problemes de salut i quina és la seva evolució.

Des de l'Institut Municipal de Salut Pública es publiquen altres informes, específics de cada una de les fonts d'informació de salut de base poblacional que disposem a Barcelona (mortalitat, naixements, malalties de declaració obligatòria, sistema d'informació de drogues, etc.), però en aquest informe de salut es pretén analitzar de forma conjunta totes les fonts d'informació per tal de tenir la perspectiva de tota la població i del màxim de problemes de salut.

Es tracta de posar a disposició, tant de la població i com dels planificadors de la ciutat, un instrument que ajudi a millorar el coneixement de la ciutat, i tanmateix facilitar la presa de decisions basada en informació vàlida i fiable sobre els problemes de salut de la població.

Enguany es manté l'estructura dels tres darrers anys, dedicant un primer capítol a descriure quina és la salut i els seus determinants en la població. La novetat d'aquest any en aquest capítol és que s'han incorporat els resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona, de l'any 2000 (ESB2000). Aquesta és la quarta enquesta de salut, després de les realitzades els anys 1983, 1986 i 1992, i a més de la valuosa informació que aporta sobre salut, determinants i ús de serveis sanitaris, essent la quarta ja permet conèixer tendències que fins ara desconexíem sobre l'evolució dels problemes de salut i els seus determinants. En aquest primer capítol, tal com s'està fent en els darrers anys, han col·laborat persones externes a l'IMSP, concretament del Consorci Sanitari de Barcelona i de la Direcció de Serveis d'iniciatives i Vigilància Ambiental de l'Ajuntament de Barcelona.

El capítol 2 es dedica a temes monogràfics que s'han considerat d'especial interès per introduir aquest any, bé per haver estat problemes d'especial incidència l'any 2000, com van ser alguns brots epidemiològics, bé perquè l'ESB2000 ha contribuït a millorar el seu coneixement. (ex.: salut mental, consum de drogues, etc.)

Els problemes de salut no es distribueixen a l'atzar ni de forma homogènia a la ciutat, com d'altra banda tampoc succeeix en cap ciutat ni país. Han estat estudiades i descrites a la pròpia ciutat l'existència de desigualtats territorials en els indicadors de salut, relacionades amb desigualtats socioeconòmiques. És per això que en aquest informe, com cada any, s'intenta fer una aproximació a la salut d'unitats territorials més petites, aquest any els districtes. En un apartat del capítol 2 es presenten resultats de l'enquesta de salut a nivell de cada un dels deu districtes, i en l'annex de l'informe es presenta un recull de taules sobre quina ha estat l'evolució dels indicadors de salut en els districtes al llarg de la dècada dels 90.

En el capítol 3 es continuen monitoritzant els problemes de salut que el Pla de Salut de Barcelona va prioritzar i definir per assolir l'any 2000. En aquest informe ja es pot valorar si la seva consecució ha estat un fet o no. Com a principals resultats destaca que s'han assolit el 64% dels objectiu fixats, un 23% podrien assolir-se en els propers anys però dedicant esforços especials, i finalment el 13% dels objectius són difícilment assolibles, fins i tot intensificant els esforços actuals.

És la ininterrompuda elaboració d'aquest informe la que consolida any rera any la funció de l'IMSP com a observatori de la salut de la ciutat, així com un element més de la seva contribució de suport a les decisions de polítiques sanitàries a la ciutat.

Imma Mayol
4^a Tinent d'Alcalde-Presidenta de l'IMSP

CAPÍTOL 1

CANVIS RELLEVANTS EN LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS EN LA POBLACIÓ DE BARCELONA EN LA DÈCADA DELS 90

1.1. La població i el medi

1.1.1. La situació demogràfica i perspectives de la població

La grandària poblacional és una dada dinàmica amb constants variacions pels moviments naturals i migratoris de població. A Espanya, l'organisme que oficialitza les dades de població és l'Institut Nacional d'Estadística (INE), un cop han estat aprovades pel govern a través d'un real decret. Així, la darrera xifra oficial de població a la ciutat de Barcelona és la referent a l'1 de gener de l'any 2000 i correspon a 1.496.266 habitants, la qual cosa significa una davallada de població de 7.185 persones respecte a la xifra oficial de l'1 de gener de 1999.

Tanmateix, l'Ajuntament de Barcelona, atès que les últimes dades disponibles eren de l'any 1996, tant pel que fa a la distribució per edat i sexe de la població com a alguns dels principals indicadors sociodemogràfics (lloc de naixement, nacionalitat, nivell d'estudis, etc.), ha realitzat una lectura del Padró continu a desembre de 2000. En el moment d'aquesta lectura la població de Barcelona era d'1.512.971 persones, amb una composició per sexes del 46,8% homes i 53,2% dones. El 7,2% corresponia a persones nascudes a l'estranger.

A la taula 1 es presenta l'estructura per edat i sexe de la població de Barcelona segons dades del Padró de 1986, 1991, 1996 i la lectura de desembre de 2000. Aquesta darrera lectura no és comparable amb la sèrie dels padrons anteriors quant als nombres absoluts, però sí és molt útil pel que fa al coneixement actual de les distribucions de les principals variables (edat i sexe), així com per l'actualització dels denominadors utilitzats per a la construcció dels principals indicadors sociodemogràfics i de salut. A més, aquesta lectura del Padró actualitza molt les dades d'immigració, fet d'espe-

Taula 1. Evolució de la població a Barcelona, 1986-2000

		1986	1991	1996	2000
Població					
0-14	Homes	157.073	121.726	92.093	89.984
	Dones	148.243	115.104	87.544	85.557
15-44	Homes	354.869	352.714	314.536	315.932
	Dones	359.482	356.504	320.916	318.297
45-64	Homes	201.324	193.872	178.844	174.004
	Dones	228.532	218.143	203.061	197.532
65-74	Homes	59.021	68.244	76.425	76.541
	Dones	88.327	97.166	104.124	101.821
75 i més	Homes	34.345	39.432	43.087	51.322
	Dones	70.596	80.639	88.175	101.981
Total	Homes	806.632	775.988	704.985	707.783
	Dones	895.180	867.554	803.820	805.188
% població de 65 anys o més	Homes	11,6	13,9	16,9	18,1
	Dones	17,7	20,5	23,9	25,3
Índex de sobreenvelliment	Homes	36,8	36,6	36,05	40,14
	Dones	44,4	45,35	45,85	50,04
Gent gran que viu sola	65-74anys	ND	27.533 (16,6 %)	31.280 (17,3 %)	35.402 (19,8%)
	75-84anys	ND	21.857 (23,2 %)	27.207 (27,4 %)	34.310 (29,9%)
	85 i més	ND	4.664 (18,1 %)	7.683 (24,1 %)	12.597 (30,2%)
Nivell d'instrucció (16 anys i més)					
Analfabets i primària incompleta		ND	18,9	15,8	14,8
Primària completa		ND	27,8	27,6	28,3
Estudis secundaris		ND	34,9	38,5	39,9
Títol de grau mig		ND	6,7	7,3	5,8
Títol superior		ND	7,3	9,9	10,7
No conegut			4,3	0,8	0,4

Font: Padró Municipal 1986, 1991, 1996 i lectura de padró continu a desembre de 2000. Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

cial interès en vista dels canvis poblacionals que s'estan produint en els darrers anys (posteriors a 1996) secundaris a la immigració.

Tal com es pot observar a la taula 1, a Barcelona continua incrementant el percentatge de persones majors de 65 anys, que actualment és del 22 %, i en què sobretot el grup de majors de 75 anys és el que presenta els increments més grans. Aquest fet està directament relacionat amb l'augment de l'esperança de vida que s'ha produït en els darrers anys (veure apartat 1.5). Paral·lelament, també ha augmentat el nombre de persones grans que viuen soles, que representa el 24,8% dels majors de 65 anys.

1.1.2. La situació socioeconòmica: la població treballadora a Barcelona

Població activa

Segons dades de l'Enquesta de Població Activa (EPA) facilitades pel Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, durant l'últim trimestre de 2000 la població activa era de 606.800 persones, el 54,9% de les quals eren homes. Això suposa que el 48,6% dels residents a la ciutat de 16

anys i més són població activa. Durant els trimestres de l'any 2000, la taxa d'activitat¹ en homes ha estat al voltant del 59%, mentre que la de dones s'ha situat al voltant del 39% (taula 2). Amb les dades d'aquest any, s'observa una estabilització del descens experimentat en els darrers anys, tant en homes com en dones.

Població ocupada

A finals de l'any 2000, la xifra de població ocupada de Barcelona se situava al voltant de les 545.000 persones, la qual cosa suposava el 89,8% de la població activa i el 43,6% de la població total de la ciutat de 16 anys i més. Això significa un increment respecte a les dades de l'any anterior (42,1% el darrer trimestre del 1999) en ambdós sexes, i per tant s'estanca la disminució observada en els homes fins l'any 1999 (taula 2). El 74,2% de la població ocupada treballa en el sector dels serveis; el 20,2%, en la indústria; el 5,5%, en la construcció, i el 0,1%, en l'agricultura (taula 3), amb poca variació de l'estructura econòmica en els darrers anys.

Població en atur

En finalitzar l'any 2000, segons l'EPA, la taxa d'atur² a la ciutat era del 10,2% de la població de 16 anys i més, cosa que signifi-

¹ La taxa d'activitat és el quocient entre els actius de 16 anys i més i la població d'aquestes edats.

² La taxa d'atur és el quocient entre el total d'aturats i el total d'actius.

Taula 2. Evolució de les taxes d'activitat, d'ocupació i d'atur a Barcelona durant el període 1995-2000

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1r. Trimestre 1995	65,2	41,4	55,3	31,5	15,3	24,1
2n. Trimestre 1995	64,2	42,3	53,8	32,1	16,3	24
3r. Trimestre 1995	62,9	42,5	52,7	31,7	16,3	25,3
4t. Trimestre 1995	61,2	42,3	51,1	32,2	16,4	24
1r. Trimestre 1996	61,4	40,9	50,6	31,4	17,6	23,1
2n. Trimestre 1996	60,3	41,2	49,4	32,3	18	21,6
3r. Trimestre 1996	60,6	41,9	49,1	32,4	19,1	22,8
4t. Trimestre 1996	61,7	41,8	49,9	32,9	19,1	21,4
1r. Trimestre 1997	58,8	40,9	47,8	32,1	18,7	21,6
2n. Trimestre 1997	60,1	42	50,9	32,6	15,3	22,3
3r. Trimestre 1997	62,1	43,2	53,6	34,1	13,8	21
4t. Trimestre 1997	61,5	41,4	53,3	32,6	13,3	21,1
1r. Trimestre 1998	61,7	41,5	54,6	32,2	11,6	22,4
2n. Trimestre 1998	63,2	40,6	56,3	31,9	11	21,5
3r. Trimestre 1998	63,7	41,2	56,3	31,5	11,6	23,4
4t. Trimestre 1998	61,8	40	54,8	31,6	11,3	21,2
1r. Trimestre 1999	60,3	38,9	54,1	31,8	10,3	18,2
2n. Trimestre 1999	58,8	39	53,8	32,3	8,5	17,2
3r. Trimestre 1999	57,9	37,9	52,6	32,4	9,1	14,7
4t. Trimestre 1999	59,2	40	53,3	33,1	9,9	17,2
1r. Trimestre 2000	59,0	39,1	53,0	33,6	10,1	14,1
2n. Trimestre 2000	58,8	38,6	53,0	34,0	9,8	11,9
3r. Trimestre 2000	59,0	38,8	53,3	34,4	9,7	11,4
4t. Trimestre 2000	59,7	39,6	54,5	34,9	8,8	11,9

Font: Enquesta de Població Activa. Institut Nacional d'Estadística.

ca una reducció respecte a l'any anterior, en què va ser del 13,2% (darrer trimestre de 1999). Durant els últims anys l'atur s'ha reduït significativament, i així com en els darrers anys les xifres en les dones havien arribat a quasi duplicar les dels homes, l'any 2000 les diferències s'han reduït (figura 1.1).

1.1.3. El medi ambient

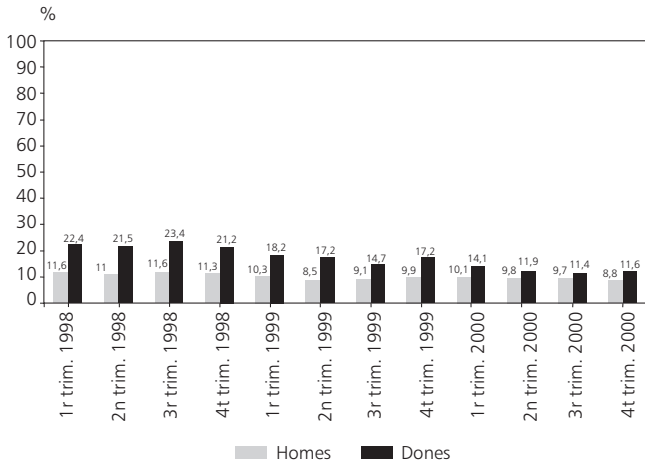
L'aire

Durant l'any 2000, en general, s'han mantingut estables els nivells mitjans de contaminants a la ciutat (taula 4). Els indicadors tradicionals de contaminació atmosfèrica (SO₂ i fums) han continuat força baixos, així com el plom. Pel que fa al compliment dels valors de referència dels contaminants regulats en la normativa estatal i europea vigents per al període, i amb relació a l'any anterior, durant el 2000 la qualitat de l'aire ha presentat una millora respecte a l'any 1999. Cal dir que les partícules totals en suspensió i el CO no han superat cap dels valors límit admissibles establerts a cap estació de mesura, i l'ozó no ha superat cap dia el llindar horari d'informació a la població. L'NO₂, igual que l'any 1999, superà els valors guia a les estacions de l'Eixample, Gràcia-Sant Gervasi i Poblenou.

Les aigües de consum de proveïment públic (aigües tractades)

La qualitat d'aquestes aigües no ha experimentat canvis significatius durant l'any 2000, ni en l'ori-

Figura 1.1. Evolució de la població en atur de la ciutat de Barcelona durant el període 1998-2000.



Font: Encuesta de població activa. Instituto Nacional de Estadística

gen ni en la xarxa de distribució. Així doncs, l'aigua procedent del Ter compleix els límits establerts en la legislació vigent (R. D. 1138/1990), mentre que en l'aigua d'origen Llobregat s'ultrapassen alguns dels paràmetres fisicoquímics relacionats amb la naturalesa i l'estructura dels terrenys de l'àrea de la qual depèn el recurs, com ara el sodi i el potassi. D'acord amb la legislació esmentada, i atès que aquests caràcters de potabilitat no tenen una incidència directa sobre la salut dels usuaris, la distribució d'aigua d'aquestes característiques disposa de la corresponent autorització d'excepció pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Cal remarcar que, pel que fa a aquests paràmetres, el potassi no està inclòs en la Directiva 98/83/CE, a l'hora de determinar la qualitat de les aigües destinades a consum humà.

Taula 3. Evolució de la població ocupada de Barcelona segons sector econòmic durant el període 1995-2000 (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Agricultura	0,4	0,3	0,2	0,7	0,4	0,1
Indústria	23,7	23,8	23	23,8	18,6	20,2
Construcció	4,5	4,9	3,7	4,7	6	5,5
Serveis	71,4	71	73,1	70,8	75	74,2

Font: Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística.

Taula 4. Mitjanes anuals de contaminants atmosfèrics a Barcelona durant el període 1995-2000

Contaminant	1995	1996	1997	1998	1999	2000
NO ₂ (µg/m³)	55	53	53	57	54	55
CO (µg/m³)	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2	0,9
O ₃ (µg/m³)	32	29	30	27	31	32
Partícules totals en suspensió (µg/m³)	106	118	130	119	125	110
Pb (µg/m³)	0,24	0,21	0,24	0,18	0,13	0,12

Font: Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental. Ajuntament de Barcelona.

La Directiva Europea estableix que la concentració de THM³ totals en l'aigua de consum no podrà sobrepassar el valor de 150 µgrs/l a partir de l'any 2003, i el de 100 µgrs/l a partir de l'any 2008. A Barcelona, el valor mitjà de les concentracions de THM en l'aigua procedent del Llobregat supera lleugerament el valor paramètric establert per a l'any 2008 de 100 µgrs/l, mentre que en les d'origen Ter i en l'aigua de les zones on hi ha barreja d'ambdós orígens, les concentracions es mantenen per sota d'aquest límit.

Aigües de mar

La qualitat de l'aigua de totes les platges de Barcelona durant la temporada de bany de 2000 ha complert els requisits establerts en la normativa vigent (R. D. 734/88) per a la pràctica del bany. Tot i això, hi ha hagut un lleuger retrocés en la qualitat microbiològica respecte a la temporada 1999. La qualitat microbiològica de les sorres ha estat qualificada majoritàriament de molt bona (78% dels resultats), i s'han observat unes condicions sanitàries millors a les zones més properes al mar. D'altra banda, totes les mostres de les zones humides de les passerres de fusta properes a les dutxes han resultat negatives en la investigació de fongs patògens.

Els aspectes visuals de l'aigua i la sorra han millorat respecte a la temporada anterior, especialment pel que fa a la presència de residus procedents dels banyistes.

El soroll

Barcelona és una ciutat compacta, amb un dens teixit urbà, i això comporta uns nivells alts de soroll ambiental, originats en bona part per l'ús del transport privat.

Nou Pla de millores acústiques

Durant aquest any s'ha aprovat i desenvolupat la zonificació acústica de Barcelona, que resultarà de gran utilitat com a estratègia preventiva del soroll. S'ha dividit la ciutat en 5 zones de sensibilitat acústica. En cadascuna s'estableixen uns nivells de soroll guia, que no es poden sobrepassar i que condicionaran les activitats que s'hi vulguin realitzar.

Un futur amb menys soroll

L'Ajuntament no deixa de plantejar-se el futur de la qualitat ambiental i acústica de la ciutat. Per això, desenvolupa mesures importants per reduir la contaminació acústica (els paviments sonorreductors, la creació d'illes de vianants o les actuacions sobre el trànsit). Durant aquest any, s'ha donat un pas endavant en aquest sentit, amb

l'elaboració del Programa Marc d'Actuació per a la Minoració Acústica a la Ciutat de Barcelona, que preveu un conjunt d'actuacions per millorar l'ambient acústic de la Ciutat.

Animals de companyia

La tinença d'animals de companyia es consolida progressivament. Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona realitzada l'any 2000, el 33,6% de la població més gran de 15 anys té animals de companyia a casa. Un 15,5% té gossos, i un 7,5%, gats; la resta tenen altres animals. Es requereixen instruments de gestió i actuació que responguin a les necessitats dels ciutadans. Els nous criteris d'admissió d'animals al Centre d'Acolliment d'Animals de Companyia (CAAC), la col·laboració estreta amb entitats proteccionistes i altres institucions, i les diferents campanyes de sensibilització ciutadana sobre l'abandonament d'animals de companyia, han possibilitat una disminució del nombre d'animals admesos al Centre respecte a l'any anterior (gossos -46%, gats -38%). Així, durant l'any 2000, el CAAC ha custodiat un total de 2.701 gossos i 1.573 gats, ha sotmès a observació reglamentària 39 animals vius, i ha realitzat proves analítiques a 3 animals morts per tal de descartar la presència de ràbia.

La gestió de localització de propietaris d'animals perduts custodiats al CAAC ha permès a 348 ciutadans retrobar el seu animal de companyia.

El programa pilot d'estabilització de colònies de gats, mitjançant la captura, esterilització i devolució dels gats a la colònia originària, realitzat el proppassat any al cementiri de les Corts, ha tingut enguany la seva continuïtat en altres cementiris (Sants, Montjuïc) i en diferents zones subjectes a remodelació urbanística. En total, 57 gats han estat sotmesos a controls en colònies estables.

Davant l'alarma social generada pels atacs de gossos a humans, s'ha continuat la col·laboració amb la Guàrdia Urbana per tal de prevenir, vigilar i controlar tinences irresponsables, i en especial comportaments agressius de gossos potencialment perillosos. En total, 73 gossos d'aquestes característiques han estat intervinguts i custodiats al CAAC.

Amb l'objectiu fonamental de buscar una nova llar als animals abandonats i contribuir a augmentar el seu benestar, el programa d'adopció d'animals de companyia ha lliurat en adopció 426 animals, la qual cosa suposa un increment d'un 5% en els gossos i un 745% en els gats, respecte a l'any anterior. L'augment del nombre de gats adoptats és conseqüència de l'estreta col·laboració amb entitats proteccionistes, que participen activament en la recerca de ciutadans interessats en aquests animals.

Per tal de facilitar informació sobre adopcions, legislació vigent, cens i identificació, catàleg de serveis del CAAC, etc., s'ha posat a disposició de la ciutadania una WEB dedicada als animals de companyia: <http://webweb.imsb.bcn.es>.

L'activitat de control d'altres espècies adaptades al nostre medi, que cal vigilar per evitar els efectes negatius de la seva proliferació incontrolada, ha estat bàsicament de seguiment en aquelles zones on la presència d'aquests animals ocasiona més molèsties.

³ Subproductes derivats de la cloració de l'aigua.

S'han recollit 14.085 coloms, i s'ha estudiat el cicle biològic de les cotorres i gavines (mecanisme de reproducció, comportament poblacional, condicions ecològiques, monuments afectats...) per dissenyar futures intervencions.

L'opinió dels ciutadans sobre qüestions mediambientals

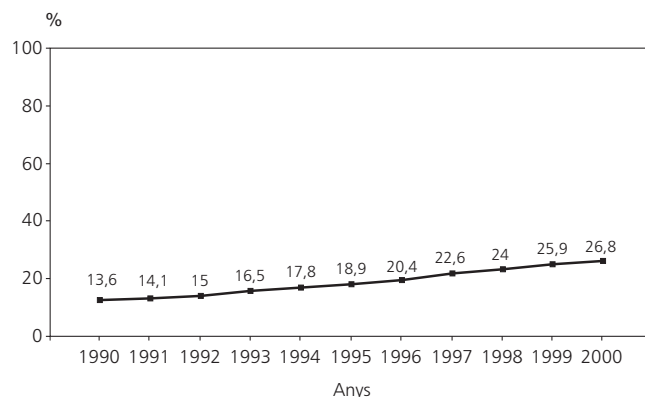
L'Enquesta de Salut de Barcelona duta a terme l'any 2000 va incloure qüestions sobre l'opinió dels ciutadans referents a temes relacionats amb l'entorn ambiental. Una de cada quatre persones es queixava d'haver patit bastantes o moltes molèsties a causa del soroll en els 6 mesos anteriors a l'entrevista. La major part d'aquestes molèsties eren a causa del trànsit, els veïns o les obres als carrers. Una de cada deu persones es queixava de males olors, la majoria atribuïdes al clavegueram, a deixalles a l'escala de veïns o a la recollida d'escombraries. El 41% dels majors de 14 anys valoraven com a bona o molt bona l'aigua de beguda; el 27%, com a regular, i un 31,4%, com a dolenta o molt dolenta. La valoració que feien dels espais verds era de només el 41% com a bona o molt bona, el 33% com a regular, i el 25,4% com a dolenta o molt dolenta. Respecte a la recollida selectiva de residus, el 52% la qualifiquen de bona o molt bona, el 26,5%, de regular, i el 21%, de dolenta o molt dolenta.

1.2. La salut maternoinfantil

Del 1990 al 2000 la taxa de natalitat a Barcelona ha estat molt estable, al voltant de 8 naixements per 1.000 habitants. La dada que ha presentat una variació més important ha estat l'edat de les dones que tenen fills; així, s'observa un increment notable en la taxa de fecunditat en les dones majors de 35 anys (taula 5). L'any 2000, prop del 27% dels naixements es varen donar en dones d'aquest grup d'edat (figura 1.2).

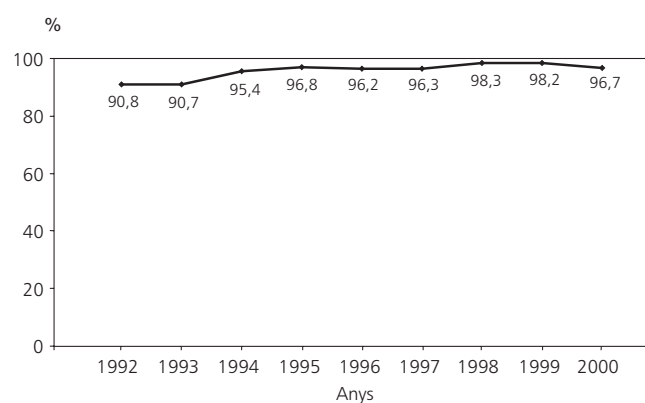
En les edats més joves, en concret en el grup d'adolescents entre 14 i 17 anys, s'observa que, paral·lelament a la disminució de la taxa de natalitat, la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) s'ha anat incrementant al llarg de la dècada, de manera que l'any 1999 el 75% dels embarassos en aquest grup d'edat varen finalitzar en una IVE. En el capítol 2, es presenta un apartat monogràfic sobre planificació de l'embaràs, que aborda més amplament aquest tema. Al llarg del període analitzat, s'ha detectat un lleuger increment del percentatge de naixements

Figura 1.2. Evolució de la proporció de naixements de residents a Barcelona de mares més grans de 34 anys. Barcelona 1990-2000.



Font: Registre de naixements. IMSP.

Figura 1.3. Evolució de la proporció de dones embarassades que fan la primera visita obstètrica durant el primer trimestre de la gestació. Barcelona 1992-2000.



Font: Controls del Registre de Defectes Congènits de Barcelona. IMSP.

en hospitals públics, passant del 35% l'any 1990 al 45% el 2000 (taula 5).

D'acord amb l'augment de població nascuda a altres països, l'any 2000 reflecteix la continuació en l'increment del percentatge de nascuts amb els pares originaris fora d'Espanya (taula 5). Les diferents xifres de mortalitat referides al primer any de vida, és a dir, la taxa de mortalitat neonatal (precoç i tardana), la postneonatal, la infantil i la perinatal han experimentat davallades al llarg del període 1990-1999 (taules 6 i 7).

Quant al baix pes en néixer i durant la prematuritat (mesurats en el total de nascuts de parts simples), en el període 1990-2000, la proporció de naixements es manté constant, al voltant del 5%, mentre que la de parts prematurs experimenta un lleuger descens: entre el 4,5% del 1990 i el 3,6% del 2000 (encara que s'ha estabilitzat des de la meitat dels 90).

Pel que fa al control obstètric de l'embaràs, es manté una elevada proporció de gestants que fan la primera visita a l'obstetra

Taula 5. Indicadors de salut maternoinfantil de la ciutat de Barcelona. 1990-2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	7,8	7,7	8,1	7,7	7,6	7,4	7,9	8,1	7,7	8,1	8,3
Taxa de fecunditat (per 1.000)											
Dones 15-49 anys	31,1	31,0	32,6	30,9	30,6	29,6	31,9	32,1	30,6	31,9	33,6
Dones 15-19 anys	4,0	3,7	3,6	3,5	2,6	2,6	3,0	3,4	2,9	3,6	3,7
Dones 35-39 anys	26,9	27,9	32,4	34,4	35,2	36,6	38,8	42,9	43,7	48,8	53,4
Dones 40-44 anys	4,6	4,6	4,2	4,2	4,8	4,5	5,8	6,5	6,1	8,4	9,4
% naixements de dones <20 anys	2,0	1,8	1,7	1,7	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,4	1,4
% naixements de dones >34 anys	13,6	14,1	15,0	16,5	17,8	18,9	20,4	22,6	24,0	25,9	26,8
Embarassos en adolescents (per 1.000 dones entre 14 i 17 anys)											
Taxa d'embarassos	2,8	2,9	3,4	3,6	4,6	5,2	4,4	5,3	5,7	7,7	ND
Taxa de natalitat	1,3	1,7	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,3	1,1	1,8	1,4
Taxa d'IVES	1,6	1,2	2,0	2,2	3,1	3,7	3,1	4,0	4,6	5,8	ND
Nº total IVES	2.108	2.718	3.136	3.414	3.224	3.624	2.869	3.325	3.607	3.922	ND
IVES dones <20 anys	257	297	389	440	374	417	365	441	459	478	ND
% IVES del total d'embarassos (naixements+IVES)	14,1	17,6	18,9	21,1	20,4	22,9	19,3	21,4	23,6	24,3	ND
% embarassos (naixements+IVES) de dones <20 anys	3,4	3,4	3,7	4,1	3,4	3,7	3,4	3,9	3,9	4,0	ND
% IVES del total d'embarassos en dones <20 anys	49,9	56,4	63,0	66,5	69,5	71,9	72,4	73,3	76,8	74,0	ND
% naixements en hospitals públics	ND	35,0	39,0	40,5	41,8	42,2	41,6	41,9	43,5	43,6	45,0
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	ND	2,4	3,0	3,6	4,1	4,2	5,0	4,7	4,7	5,2	8,4
% naixements amb un dels pares de fora d'Espanya	ND	6,4	7,0	6,8	7,2	8,7	8,7	8,3	8,6	8,8	10,3
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500g) ⁽¹⁾	4,6	5,1	4,7	4,7	4,6	4,9	5,0	4,55	ND	4,8	4,9
% naixements prematurs (<37 set. gestació) ⁽¹⁾	ND	4,5	4,1	4,1	3,6	3,7	3,8	3,1	ND	3,5	3,6
% dones amb visita obstètrica al 1r. trim. d'embaràs ⁽²⁾	ND	ND	90,8	90,7	95,4	96,8	96,2	96,3	98,3	98,2	96,7
% dones amb ecografia al 5è.-6è. mes d'embaràs ⁽²⁾	ND	ND	80,4	85,3	89,1	87,7	89,9	92,1	92,5	91,0	89,4
Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques ⁽²⁾	ND	ND	5,0	4,8	5,0	5,5	5,2	5,6	5,4	5,4	5,3
% dones amb proves invasives per fer cariotip ⁽²⁾	ND	ND	16,2	20,9	19,4	18,6	25,0	27,4	27,7	30,6	33,2
% dones fumadores durant l'embaràs ⁽²⁾	ND	ND	53,5	59,6	52,4	47,7	44,6	46,2	39,3	45,1	39,4
% nascuts i IVES amb defectes congènits majors o múltiples ⁽³⁾	ND	ND	1,6	2,0	2,0	1,9	1,8	2,1	2,0	2,4	ND

Denominadors utilitzats: padró 1991 per al càlcul de les taxes de 1990 a 1993, i padró 1996 per als anys 1994-2000.

(1) Sobre el total de naixements de parts simples.

(2) Dades de la mostra de controls del Registre de Defectes Congènits de Barcelona (REDCB).

(3) Dades del REDCB.

ND: No Disponible.

Font: Registre de naixements (IMSP), Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (Departament de Sanitat i Seguretat Social) i REDCB (IMSP).

Taula 6. Evolució de la mortalitat infantil, neonatal precoç, neonatal tardana i postneonatal. Taxes per 1.000 nascuts vius, Barcelona, 1990-1999

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Neonatal precoç	5,0	3,6	3,8	2,9	3,4	3,0	2,3	1,6	3,1	2,6
Neonatal tardana	1,4	1,6	0,8	1,3	0,6	0,7	0,3	0,6	1,4	1,0
Postneonatal	2,4	3,7	2,3	1,7	2	1,0	0,8	1,8	1,8	1,3
Total (Mort. infantil)	8,8	8,9	6,9	5,9	6	4,7	3,4	4,0	6,3	4,9

Font: Registre mortalitat, IMSP

Taula 7. Evolució de la mortalitat perinatal. Taxes per 1.000 nascuts, Barcelona, 1990-1999

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Estadístiques nacionals $\geq$ 500 gr.	11,6	8,5	10,1	6,4	8,6	7,6	8,0	7,2	7,6	6,7
Estadístiques internacionals $\geq$ 1.000 gr.	8,8	6,2	6,9	4,2	6,8	5,6	5,8	5,1	3,9	4,2

Font: Registre mortalitat, IMSP

Taula 8. Evolució de l'estat de salut, l'activitat física i l'existència d'excés de pes a Barcelona.

HOMES	1983	1986	1992	1994	2000
Estat de salut percebut					
Bo, molt bo		79,87	82,09	81,05	81,8
Regular		17,36	14,77	15,78	15,0
Dolent, molt dolent		2,17	2,90	3,17	3,1
Trastorns crònics	60,94	64,67	48,27	51,75	57,9
Limitació aguda de l'activitat		6,05	10,44	9,83	11,8
Activitat física habitual					
Intensa		9,46	10,44	8,30	11,1
Moderada		33,70	43,48	35,70	36,0
Lleugera		16,81	13,63	12,79	15,9
Inactiu		36,18	32,08	41,95	37,0
Existència d'excés de pes		13,30	18,60		27,3
DONES					
Estat de salut percebut					
Bo, molt bo		69,36	73,06	72,07	73,2
Regular		26,05	22,53	22,60	20,4
Dolent, molt dolent		4,21	4,23	5,33	6,3
Trastorns crònics	70,79	74,65	68,12	64,01	71,9
Limitació aguda de l'activitat		8,37	12,71	13,56	15,2
Activitat física habitual					
Intensa		3,98	4,59	3,60	4,6
Moderada		41,36	53,41	41,51	39,4
Lleugera		24,54	18,74	20,49	20,2
Inactiva		27,50	22,93	33,81	35,8
Existència d'excés de pes		27,50	31,80		33,6

(1) Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 1986, 1992 i 2000) de l'IMSP i Enquesta de Salut de Catalunya 1994 del Servei Català de la Salut.

durant el primer trimestre de l'embaràs (figura 1.3) i una proporció bastant elevada de les que es fan una ecografia al 5è o al 6è mes (figura 1.4), període adient per fer el cribratge de defectes congènits. Tanmateix, la mitjana del nombre d'ecografies realitzades durant la gestació segueix sent molt elevada, ja que se situa al voltant de 5.

El nombre d'embarassades que se sotmeten a una prova invasiva per fer un cariotip fetal continua incrementant-se, i ja arribava a un terç del total l'any 2000 (figura 1.5).

La proporció d'embarassades amb hàbit tabàquic, encara que és bastant elevada, presenta una tendència descendent, tot i que aquesta s'ha estabilitzat des del 1998 (figura 1.6).

El percentatge de nadons i d'interrupcions voluntàries de l'embaràs amb defectes congènits majors se situa en l'1,95% durant el període 1992-1999, segons dades del Registre de Defectes Congènits de Barcelona (REDCB).

1.3. La salut percebuda i les conductes relacionades amb la salut

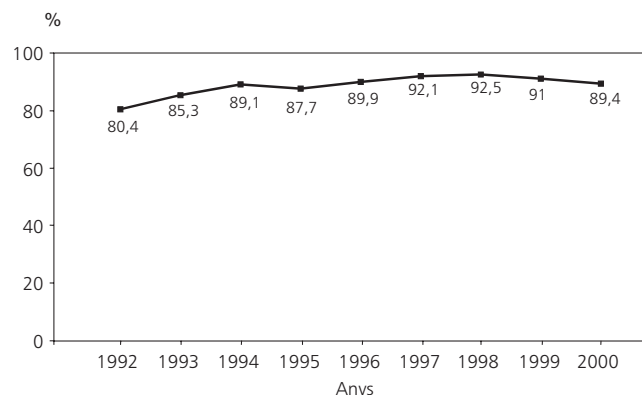
L'any 2000 l'Institut Municipal de Salut Pública ha realitzat la quarta Enquesta de Salut a la població de Barcelona (ESB-2000), per la qual cosa ara ja es disposa de dades d'informació poblacional dels anys 1983, 1986, 1992 i 2000, a més de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) realitzada l'any 1994 pel Servei Català de la Salut, i que també aportà dades de la ciutat.

Les enquestes de salut per entrevista són l'instrument d'elecció per obtenir informació de la població referent a fenòmens subjectius relacionats amb la salut i morbiditat percebudes, les conductes relacionades amb la salut, la utilització de serveis sanitaris, la salut mental o la realització de pràctiques preventives. També són útils per conèixer aspectes i opinions relacionats amb la satisfacció, la xarxa social i l'entorn ambiental, que són importants determinants de la salut i qualitat de vida de les persones.

En aquest apartat, i també en altres del capítol 2, es presenten alguns dels resultats principals que ha aportat aquesta darrera enquesta, així com l'evolució a partir de les enquestes anteriors⁴.

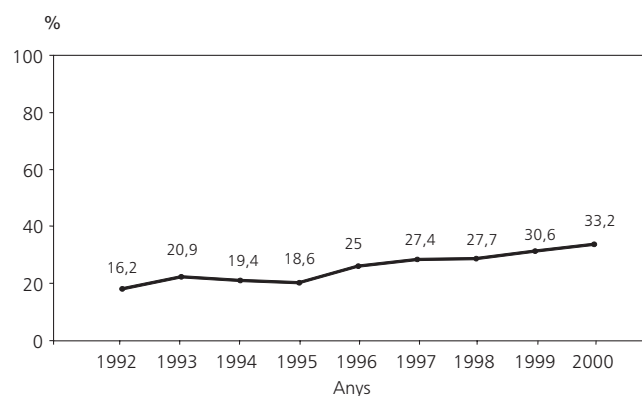
⁴ Institut Municipal de Salut Pública. Enquesta de Salut de Barcelona 2000. Resultats principals. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública. 2001.

Figura 1.4. Evolució de la proporció de dones embarassades que es fan una ecografia al 5è-6è mes d'embaràs. Barcelona 1992-2000.



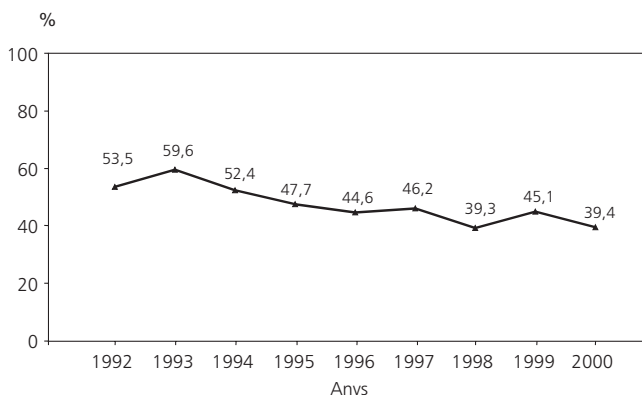
Font: Controls del Registre de Defectes Congènits de Barcelona, IMSP.

Figura 1.5. Evolució de la proporció de dones embarassades que se sotmeten a una prova invasiva per fer un cariotip fetal. Barcelona 1992-2000.



Font: Controls del Registre de Defectes Congènits de Barcelona, IMSP.

Figura 1.6. Evolució de la proporció de dones embarassades que fumen durant l'embaràs. Barcelona 1992-2000.



Font: Controls del Registre de Defectes Congènits de Barcelona (REDCB).

1.3.1. L'estat de salut percebut

L'any 2000, a Barcelona, un 80% dels homes més grans de 14 anys i un 71% de les dones van valorar el seu estat de salut com a bo o molt bo. Els percentatges disminueixen en augmentar l'edat, i així en el grup de més de 65 anys només ho varen declarar un 54% dels homes i un 41% de les dones (figura 1.7).

També existeix un cert gradient segons la classe social, en què les persones de classes més desavantajades són les que declaren tenir pitjor salut (figura 1.8).

A la taula 8 es mostren les tendències en l'estat de salut percebut des del 1986. S'observa una evolució bastant estable, tot i que en el grup de dones de més de 64 anys els percentatges de bon estat de salut han tendit a disminuir.

1.3.2. Els trastorns crònics

En l'Enquesta de Salut es pregunta a partir d'un llistat de 22 trastorns crònics en els adults i d'11 en les criatures. Tal com s'observa en la figura 1.9, la presència de trastorns està molt relacionada amb l'edat; així, els menors de 14 anys que declaren patir trastorns són un 30,2% dels nens i un 23,3% de les nenes; en canvi, en els més grans de 64 anys aquests percentatges són superiors al 80%. Els trastorns crònics més freqüents en els homes són els relacionats amb els problemes de la visió, el mal d'esquena i el dolor cervical. En les dones, el dolor cervical, el mal d'esquena i l'artrosi o reumatisme. En les criatures destaquen les al·lèrgies, seguides de les bronquitis de repetició.

No hi ha diferències segons la classe social en els homes. Un 71,5% de les dones de classe I i II declaren tenir com a mínim un trastorn, i un 78,5 % en el cas de les de classe IV i V.

L'evolució dels trastorns crònics ha presentat fluctuacions al llarg dels anys, amb un lleuger augment l'any 2000, si bé cal assenyalar que la llista no sempre ha estat la mateixa, la qual cosa pot explicar part d'aquest fet (taula 8).

1.3.3. Limitació aguda de l'activitat

Un 11,6% dels homes i un 15,7% de les dones declaren haver patit una limitació de l'activitat durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista (inclou els dies de llit). Aquestes limitacions fluc-

Figura 1.7. Estat de salut percebut segons sexe i edat. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.

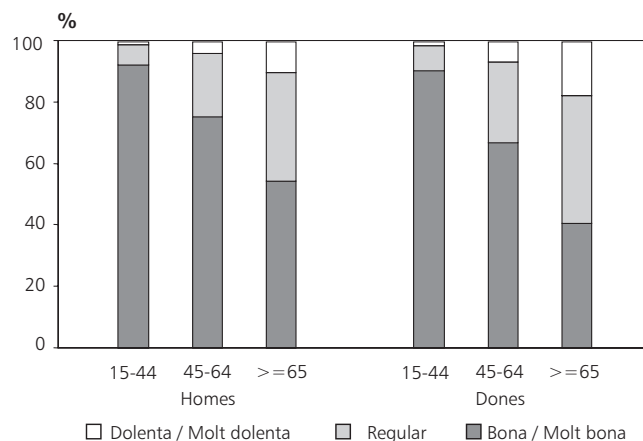


Figura 1.8. Estat de salut percebut segons sexe i classe social. Percentatges estandarditzats per edat. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.

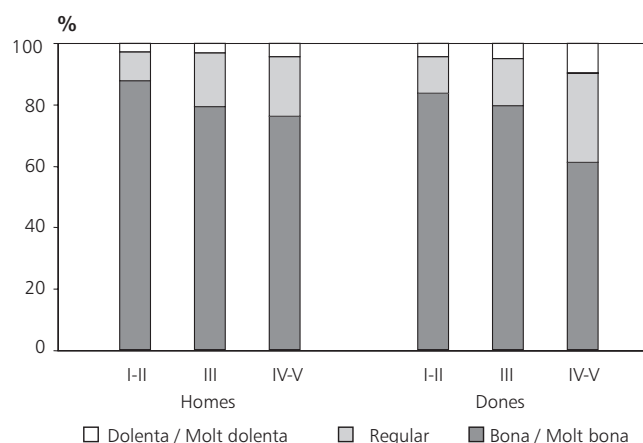
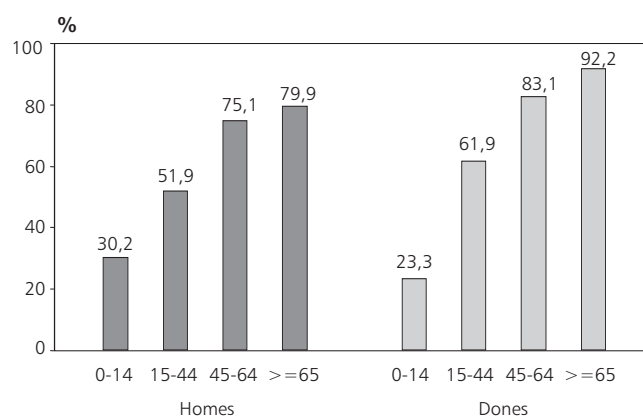


Figura 1.9. Presència de com a mínim un trastorn crònic segons edat i sexe. ESB-2000.



tuen mínimament amb l'edat, tal com s'observa en la figura 1.10.

L'evolució al llarg dels anys és estable, tot i que l'any 2000 han augmentat lleugerament tant la limitació de l'activitat aguda en sentit ampli com la de la població que ha estat al llit per motius de salut (taula 8).

1.3.4. L'activitat física

Un 34,7% de la població més gran de 14 anys es declara sedentària durant el temps lliure, percentatge que és lleugerament més alt en les dones en tots els grups d'edat (al voltant del 50%) amb relació als homes (figura 1.11). Un 15,5% de la població és molt activa. Cal tenir en compte que en la determinació de l'activitat física de temps lliure s'inclou l'exercici de "caminar", fet que influeix en l'activitat de la gent gran, ja que un 85% dels homes de més de 65 anys i un 76,5% de les dones manifesten haver caminat en els 15 dies anteriors.

La distribució segons la classe social es mostra en la figura 1.12, en què s'observa que les classes més benestants són menys sedentàries i més actives.

En l'enquesta també es mesura l'activitat física realitzada habitualment en les tasques laborals o domèstiques. Un 36,2% de la població es declara inactiva, percentatge que esdevé més elevat en les dones joves i en les més grans de 64 anys (figura 1.13). Els homes joves realitzen més activitat física intensa (15%) que no pas els homes grans i les dones.

La distribució segons la classe social, sobretot en els homes, il·lustra com les classes IV i V concentren més activitat física intensa i menys inactivitat, fet que reflecteix la distribució d'ocupacions en cada classe. En les dones el patró no és tan clar (figura 1.14).

1.3.5. El sobrepès i l'obesitat

En la figura 1.15 es recull la distribució de l'índex de massa corporal segons l'edat i el sexe. El 29,3% d'homes i el 35% de dones majors de 15 anys presenten excés de pes. Tant el sobrepès com l'obesitat augmenten amb l'edat en homes i dones. En les persones d'entre 45 i 74 anys, al voltant del 40% dels homes i el 50% de les dones pateixen sobrepès (inclou obesitat). Cal assenyalar que els percentatges de sobrepès i obesitat són més alts que els de l'any 1992, sobretot en els homes (taula 8).

Figura 1.10. Limitació de l'activitat els 15 dies anteriors a l'entrevista segons edat i sexe. ESB-2000.

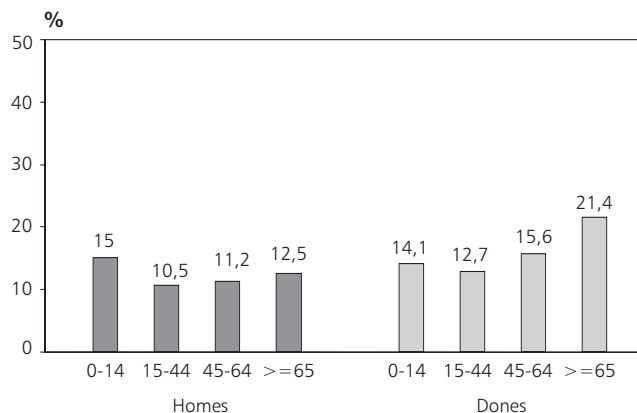


Figura 1.11. Activitat física en el temps lliure (inclou caminar) segons edat i sexe. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.

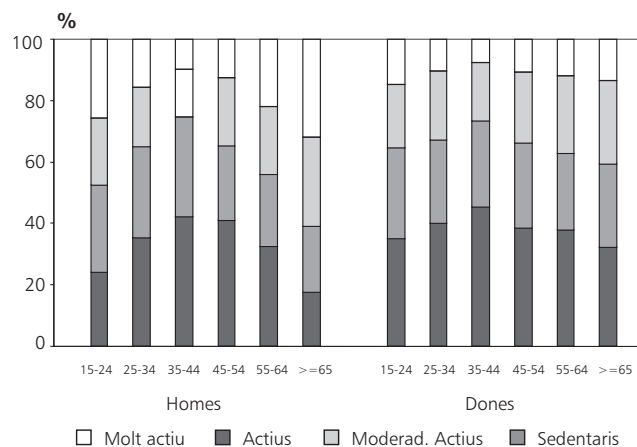
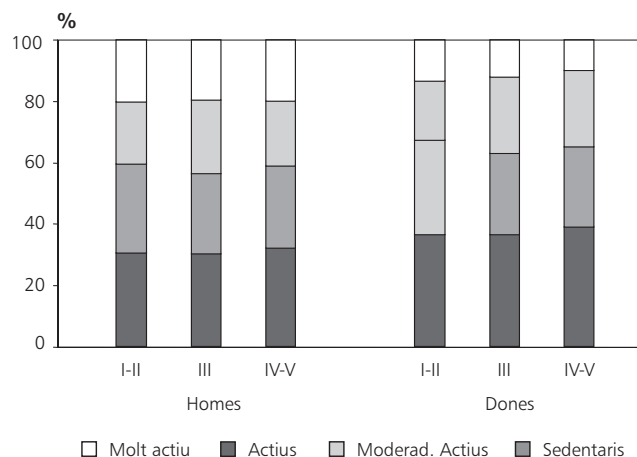


Figura 1.12. Activitat física en el temps lliure (inclou caminar) segons classe social i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.



La distribució segons la classe social revela, especialment en el cas de les dones, que existeix més excés de pes en les classes menys benestants i també un menor percentatge de dones amb "baix pes" (figura 1.16).

1.3.6. La dieta

Un 14,4% dels homes més grans de 14 anys i un 21% de les dones afirmen que estan seguint alguna dieta, percentatges que varien segons els grups d'edat (figura 1.17). En les dones no hi ha diferències segons la classe social, i en els homes les classes benestants segueixen més dietes (16,4% versus 11,5%).

Un 31% dels homes i un 48% de les dones que segueixen alguna dieta ho fan per perdre pes o per mantenir-lo, i un 15,3% dels homes i un 12,6% de les dones per al control de la hipertensió arterial. En les persones de 15 a 34 anys, tres de cada quatre dones i un de cada tres homes estan a dieta per motius relacionats amb el pes. En la població més gran la dieta també adquireix importància a causa d'alguna malaltia. En les persones que estan a dieta, un 29% obedeix a la recomanació del metge general i un 33% al consell de l'especialista, mentre que hi ha un 25% d'afectats que han pres la decisió de posar-se a dieta pel seu compte.

1.3.7. El consum de tabac

Un 35,3% dels homes i un 23% de les dones es declaren consumidors habituals de tabac. La distribució per edat i sexe consta en la figura 1.18. En el grup de 15 a 24 anys fumen un 36,7% dels nois i un 38,9% de les noies, i de fet és l'únic segment d'edat en què les dones fumen més que els homes. Sobretot en el cas dels homes, el percentatge d'exfumadors augmenta amb l'edat.

Per classe social, en els homes s'observa que les classes IV i V fumen més (44,2%) que les classes I i II (29,1%). En les dones, però, no hi ha diferències significatives en el consum. Ara bé, en ambdós sexes hi ha més exfumadors en les classes I i II (figura 1.19).

La taula 9 mostra l'evolució del consum de tabac a Barcelona. En general, aquest consum disminueix en els homes i augmenta en les dones. Cal assenyalar que la pregunta de l'ESCA del 1994 referent al consum de tabac era una mica diferent, fet que podria explicar els resultats d'aquell any.

Figura 1.13. Activitat física en les tasques laborals o domèstiques segons edat i sexe. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.

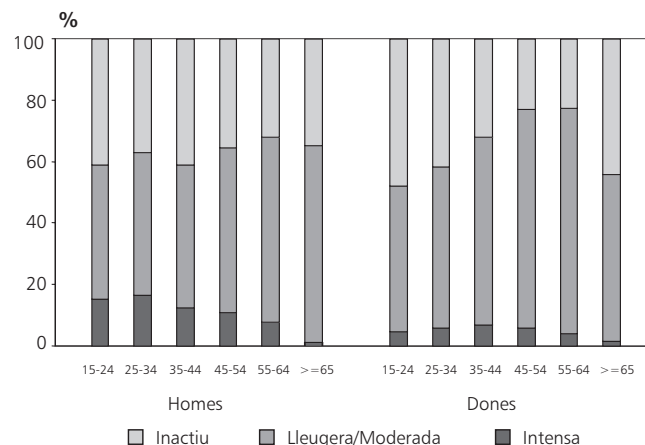


Figura 1.14. Activitat física en les tasques laborals o domèstiques segons classe social i sexe. Percentatges estandaritzats per edat. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.

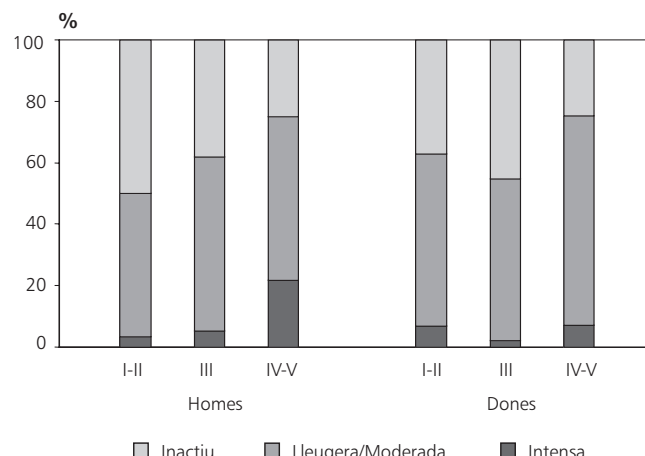
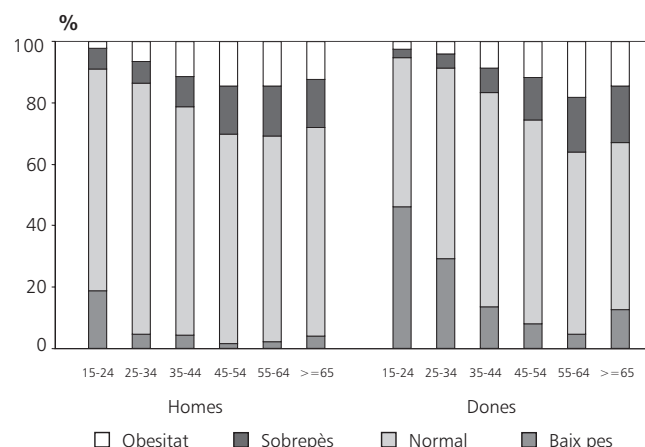


Figura 1.15. Índex de massa corporal segons edat i sexe. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.

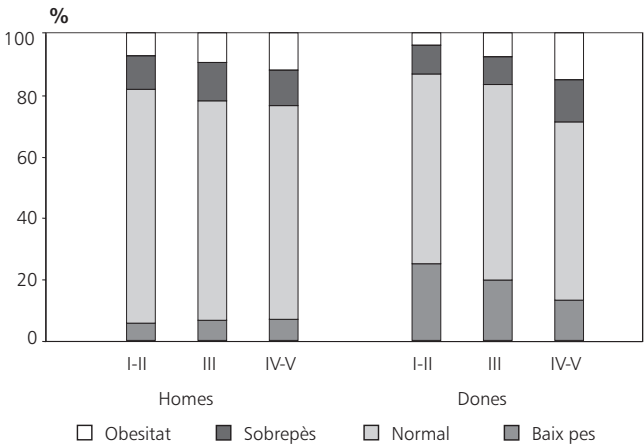


1.4. Problemes de salut específics

1.4.1. La tuberculosi

L'any 2000 la incidència de la tuberculosi va disminuir molt lleugerament respecte de l'any 1999, de manera que es manté la tendència a la baixa en la incidència d'aquesta malaltia, que va ser creixent fins al 1992 (taula 10 i figures 1.20 i 1.21). Els factors que han estat decisius en la disminució de la incidència de la malaltia han estat l'adopció d'estratègies que faciliten el diagnòstic precoç dels casos (per exemple, l'estudi de contactes) i que fan augmentar les taxes de compliment del tractament, com ara, principalment: 1) la realització de tractaments antituberculosos supervisats, que es duen a terme en centres

Figura 1.16. Índex de massa corporal segons classe social i sexe. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.



Taula 9. Evolució de l'hàbit tabàquic a Barcelona

HOMES	1983	1986	1987	1992	1994	1996	2000
Nois 2n. d'ESO⁽¹⁾							
Alguna vegada			44,8	44,8	42,3	39,9	
Últim mes			31,2	26,7	17,1	15,2	
Habitualment			12,6	10,7	10,4	10,4	
Diàriament			3,3	6,2	4,6	2,9	
Adults > 14 anys⁽²⁾							
15-24	46	44,7		39,9	31,4		36,7
25-34	64,4	54,5		57,5	64,2		42,2
35-44	66,7	56,7		51,3	50,4		44,8
45-54	58,4	54,6		49,3	40,2		39
55-64	52	47,1		44,5	31,4		30,4
>= 65	40,1	28,3		23,6	18,9		20,4
Total homes > 14 anys							
% estandarditzat de fumadors	54,4	47,52		44,35	39,67		36,0
% estandarditzat d'exfumadors	20,82	20,63		21,10	24,40		27,3
DONES							
Noies 2n. d'ESO							
Alguna vegada			41,9	42,6	44,7	37,3	
Últim mes			31,3	26,2	17,8	15,7	
Habitualment			12,6	10,4	8,5	9	
Diàriament			4,6	4	3,7	4	
Adultes > 14 anys							
15-24	42,4	39,4		37,8	31,3		38,9
25-34	39,2	40,6		52,5	45,9		38,5
35-44	25,4	19,9		33,4	36,6		40,6
45-54	14,1	10,3		12,1	13,3		21,3
55-64	9	5,3		8,4	4,2		9,2
>= 65	4,7	2,8		3,4	3		2
Total dones > 14 anys							
% estandarditzat de fumadores	21,44	19		23,51	21,28		24,2
% estandarditzat d'exfumadores	6,06	4,76		6,01	8,83		13,3

⁽¹⁾ Font: Enquesta FRESC. IMSP.

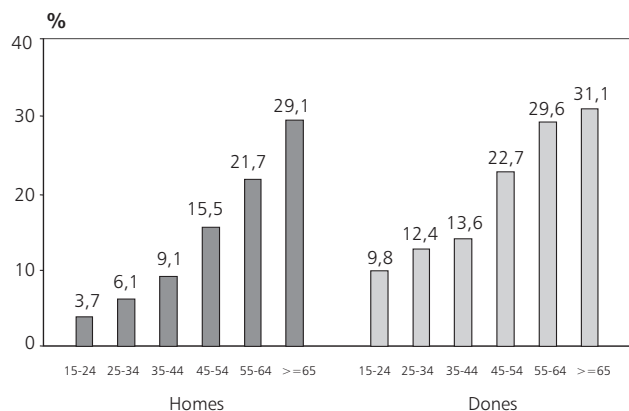
⁽²⁾ Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 1986, 1992 i 2000) de l'IMSP i Enquesta de Salut de Catalunya 1994 del Servei Català de la Salut.

de toxicomanies, presons i altres centres específics; 2) la inclusió prioritària dels tuberculosos usuaris de drogues intravenoses en programes de manteniment amb metadona, fet que facilita el control supervisat i augmenta la probabilitat d'acompliment i finalització del tractament; 3) programes específics per a població indigent que faciliten la realització i l'estudi de contactes; i, evidentment, no s'ha d'oblidar la importància de 4) mantenir un sistema de vigilància activa de la malaltia.

1.4.2. La sida

La dècada dels 90 ha presentat, de la mateixa manera que per a la tuberculosi, el punt màxim d'incidència de la sida, que en aquest cas es va enregistrar l'any 1994, tant per la tendència incremental que fins aleshores havia experimentat la malaltia com pel fet que aquell any va tenir

Figura 1.17. Persones que fan dieta segons edat i sexe. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.



Taula 10. Evolució de la incidència de sida, tuberculosi i ús de drogues a Barcelona. Taxes per 100.000 hab. estandarditzades per edat. Homes i dones, 1990-2000.

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TBC total	94,86	103,59	107,93	95,11	94,30	89,65	79,72	66,95	58,72	52,91	51,92
TBC no UDI*	72,03	80,88	81,85	74,92	66,51	68,63	62,70	52,91	48,94	46,10	46,67
TBC UDI (15-49 anys)	44,51	43,26	50,57	38,82	53,62	40,43	32,35	26,55	18,80	12,72	9,95
Sida heterossexuals (≥ 15 anys)	4,39	5,17	6,62	6,22	7,82	9,19	8,65	10,12	7,51	4,41	3,43
Sida homossexuals (≥ 15 anys)	19,06	24,17	24,86	20,54	27,14	28,19	16,15	11,91	7,67	6,85	5,38
Sida UDI (15-49 anys)	51,41	43,41	50,27	52,74	86,06	72,49	58,90	35,39	22,40	16,04	14,38
Sida total	48,69	50,13	55,35	53,73	77,01	71,90	53,19	39,72	26,24	20,57	17,73
Usuaris de drogues no institucionalitzades (15-49 anys)											
Heroïna				396.39**	187.93	184.29	235.04	223.70	154.57	104.80	157.61
Cocaïna				39.29**	47.49	55.58	62.49	95.95	108.67	113.92	199.64
Tots				511.64**	313.52	371.68	404.54	439.94	350.90	297.81	480.86
DONES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TBC total	31,32	39,77	34,75	35,62	35,83	31,97	33,22	30,36	30,98	24,13	24,88
TBC no UDI	26,93	34,83	30,31	31,67	32,08	28,17	28,99	28,36	28,12	22,39	23,02
TBC UDI (15-49 anys)	9,43	10,61	9,53	8,48	8,07	8,17	9,09	4,28	6,15	3,74	4,01
Sida heterossexuals (≥ 15 anys)	1,96	2,49	4,76	5,14	7,34	5,93	6,84	4,33	2,79	2,37	1,54
Sida UDI (15-49 anys)	12,43	12,69	15,93	13,70	21,10	19,56	18,18	11,50	6,42	5,35	5,61
Sida total	8,31	9,18	11,97	11,40	16,72	14,74	15,30	10,33	6,22	5,35	4,48
Usuàries de drogues no institucionalitzades (15-49 anys)											
Heroïna				107.30**	56.75	56.45	68.18	63.36	41.44	28.07	41.44
Cocaïna				11.97**	14.99	14.19	18.98	28.88	33.69	31.82	64.70
Tots				139.12**	93.22	104.17	127.26	129.94	103.20	79.94	142.77

* UDI: Usuari Drogues Intravenoses. ** L'any 1993 és el segon any del sistema d'informació, i encara es detectaren casos prevalents.

Població de referència per a l'estandardització: la població de Barcelona segons el padró de 1996.

Font: Registres de tuberculosi i de sida (IMSP) i Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (IMSP).

lloc un canvi de la seva definició en què la modificació principal va ser la inclusió de la tuberculosi pulmonar com a malaltia diagnòstica de sida (taula 10). Si hom analitza les taxes d'incidència segons la via de transmissió, s'observa que en el cas de la transmissió homosexual l'any 1995 va ser el de màxima afectació. La incidència de la sida tant en usuaris de drogues intravenoses (UDI) com en homosexuals presenta una tendència clara a la disminució en la segona meitat dels 90; en canvi, no és així pel que fa als índexs de sida per transmissió heterosexual, que no van començar a davallar fins al 1998 en el cas dels homes i fins al 1997 en el cas de les dones (taula 10 i figures 1.22 i 1.23).

Els determinants principals del canvi de tendència en la incidència de la malaltia, així com en la supervivència, han estat la introducció de les noves teràpies antivirals, de prescripció en pacients infectats pel VIH, i les intervencions de prevenció de la transmissió.

1.4.3. L'ús de drogues no institucionalitzades

El nombre d'usuaris de drogues no institucionalitzades detectats pel Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), tant en homes com en dones i pel que fa a la dècada dels 90, es va incrementant lleugerament del 1994 al 1997, disminueix posteriorment els anys 1998 i 1999, i torna a augmentar l'any 2000. Cal valorar amb precaució tant la davallada brusca de l'any 1999 com l'augment de l'any 2000, ja que en gran part es deuen a un retard en la recollida de les dades (que va provocar que casos del 1999 constin com del 2000).

Un fet destacable és que, així com a meitat dels noranta la majoria d'usuaris detectats eren consumidors d'opiacis, des de l'any 1999 la taxa de detecció d'usuaris de cocaïna és superior (taula 10 i figures 1.24 i 1.25).

1.4.4. Els accidents de trànsit

L'any 2000 es varen enregistrar un total de 18.495 casos d'atesos per accidents de trànsit als principals serveis d'urgències hospitalàries de Barcelona (dades aportades pel sistema d'informació DUHAT: Dades d'Urgències Hospitalàries en Accidents de Trànsit). Tal com s'observa en la taula 11, la xifra és estable respecte de l'any

Figura 1.18. Consum de tabac segons edat i sexe. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.

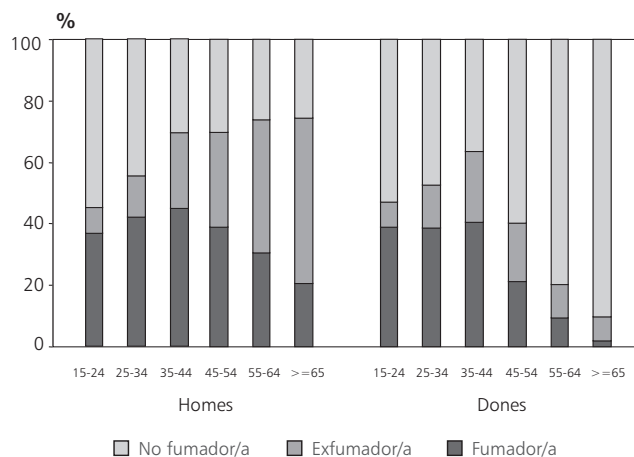
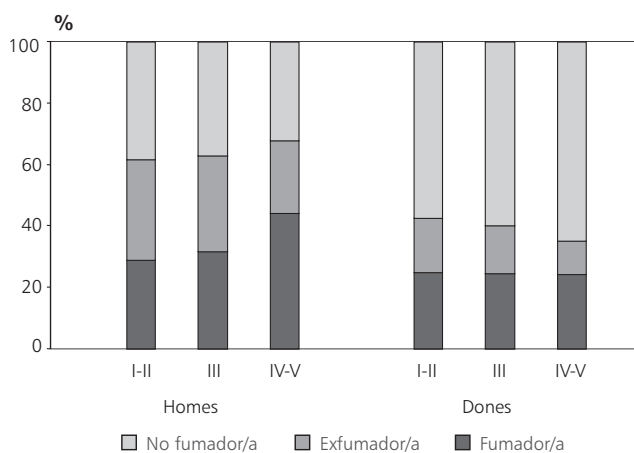
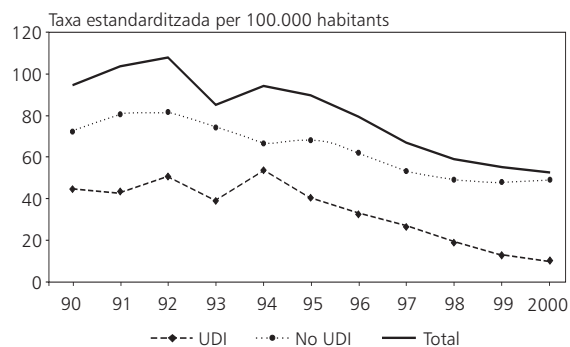


Figura 1.19. Consum de tabac segons classe social i sexe. Percentatges estandarditzats per edat. Persones més grans de 14 anys. ESB-2000.



1999 i és un 10,5% més elevada respecte del 1996. El grup de població més afectat va ser el de 15-44 anys (78% dels lesionats). En els grups d'edat extrems (menors de 14 anys i majors de 65) la majoria de casos varen correspondre a vianants. En el segment d'entre 15 i 44 anys van predominar els usuaris de vehicles, preferentment de dues rodes. I en el grup d'entre 45 i 64 anys, tant els usuaris de turismes com els vianants. Tal com es documenta en l'apartat 1.5, la mortalitat per lesions en accidents de trànsit figura entre les primeres causes de mort en la població jove (entre 15 i 44 anys), i a més n'ha estat la primera en el darrer any de què es disposen dades (1999).

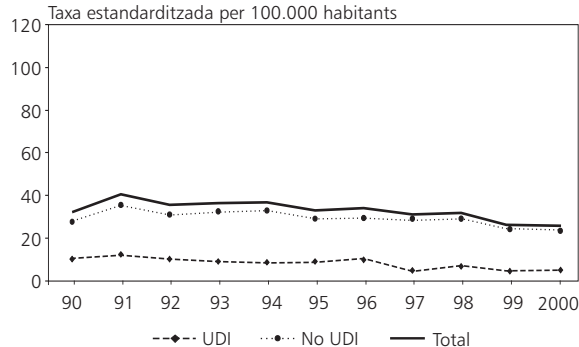
Figura 1.20. Evolució de la incidència de la tuberculosi en homes. S'hi diferencien els casos segons si es van detectar en usuaris de drogues intravenoses (UDI) o no. Barcelona 1990-2000.



Nota: La incidència en UDI s'aplica en la població d'entre 15 i 49 anys, mentre que en no UDI i en el total de la població comprèn totes les edats.

Font: Registre de tuberculosi, IMSP.

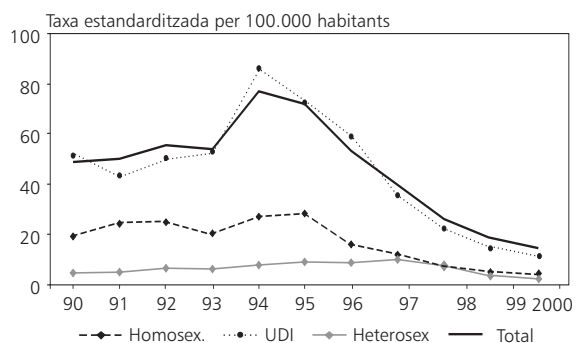
Figura 1.21. Evolució de la incidència de la tuberculosi en dones. S'hi diferencien els casos segons si es van detectar en usuàries de drogues intravenoses (UDI) o no. Barcelona 1990-2000



Nota: La incidència en UDI s'aplica en la població d'entre 15 i 49 anys, mentre que en no UDI i en el total de la població comprèn totes les edats.

Font: Registre de tuberculosi, IMSP.

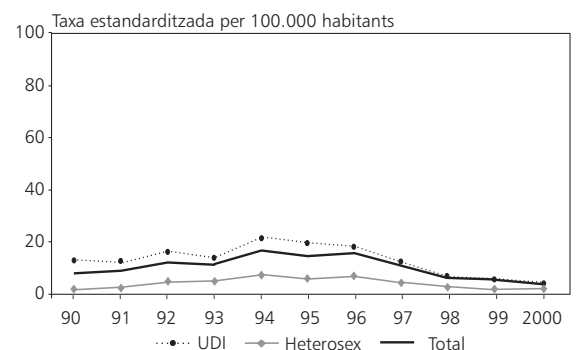
Figura 1.22. Evolució de la incidència de la sida en homes. Barcelona 1990-2000.



Nota: La incidència en UDI s'aplica en la població d'entre 15 i 49 anys, en homosexuals i heterosexuals en la població major de 15 anys, i la sida total comprèn el total de la població.

Font: Registre de sida, IMSP.

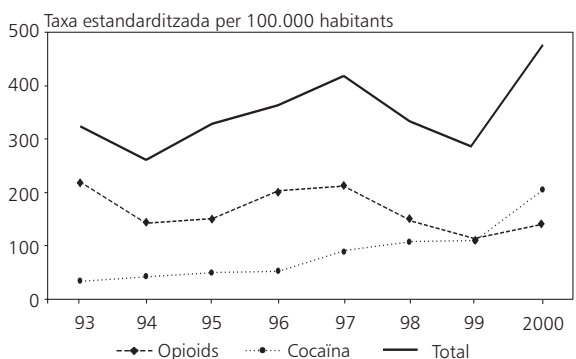
Figura 1.23. Evolució de la incidència de la sida en dones. Barcelona 1990-2000.



Nota: La incidència en UDI s'aplica en la població d'entre 15 i 49 anys, en homosexuals i heterosexuals en la població major de 15 anys, i la sida total comprèn el total de la població.

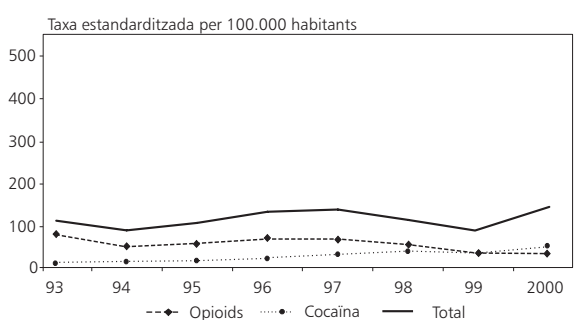
Font: Registre de sida, IMSP.

Figura 1.24. Evolució de la taxa d'usuaris de drogues no institucionalitzades detectats pel SIDB. Homes. Barcelona 1993-2000.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, IMSP.

Figura 1.25. Evolució de la taxa d'usuàries de drogues no institucionalitzades detectades pel SIDB. Dones. Barcelona 1993-2000.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, IMSP.

Taula 11. Morbilitat per accidents de trànsit atesa sanitàriament als serveis d'urgència hospitalaris, segons edat i tipus d'usuari. Període 1997-2000

	1997 n= 16733	1998 n= 16976	1999 n= 18441	2000 n= 18495
Grup d'edat 1-14 anys				
Usuaris de Turismes (%)	28,2	34,4	22,4	27,4
Usuaris de Motocicletes	2,5	3,9	3,9	1,1
Usuaris de Ciclomotors	2	1,8	7,5	8,1
Vianants	53,3	59,2	63,0	62,4
Altres	14,0	0,7	3,2	1,0
Total	555	534	601	582
Grup d'edat 15-44 anys				
Usuaris de Turismes	20,7	30,4	29,5	26,6
Usuaris de Motocicletes	10,6	29,4	24,1	28,9
Usuaris de Ciclomotors	22,3	25,2	32,9	32,3
Vianants	8,2	13,8	12,5	11,4
Altres	38,2	1,2	1,0	0,9
Total	12456	12931	14326	14441
Grup d'edat 45-64 anys				
Usuaris de Turismes	27,6	46,5	43,0	37,9
Usuaris de Motocicletes	2,3	10,6	8,7	13,4
Usuaris de Ciclomotors	8,1	2,8	4,9	7,6
Vianants	23,4	35,8	39,3	35,7
Altres	38,6	4,3	4,1	5,5
Total	2318	2191	2136	2155
Grup d'edat >=65 anys				
Usuaris de Turismes	13,3	19,9	18,0	14,4
Usuaris de Motocicletes	0,6	1,7	1,8	2,1
Usuaris de Ciclomotors	1,1	0,3	0,5	0,2
Vianants	54,0	69,3	70,9	71,5
Desconegut	31	8,8	8,8	11,8
Total	1368	1293	1328	1206

Els percentatges de tipus d'usuari estan calculats sobre el total de casos en què consta aquesta informació (menys del 50%).

Font: Sistema d'informació DUHAT (Dades d'Urgències Hospitalàries per Accident de Trànsit), IMSP

Taula 12. Evolució dels tipus d'accidents laborals greus. Barcelona, 1994-2000 (%)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>In itinere</i>	28,1	29,1	27,9	26,0	31,0	33,7	35,3
En jornada laboral							
Causa natural	5,3	5,2	3,1	3,4	2,4	4,0	4,6
De trànsit	10,4	12,4	11,9	12,4	19,5	13,9	13,7
Resta de traumàtics	56,2	53,3	57,1	58,2	47,1	47,6	46,4
Total	434	484	487	524	550	624	502

Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball.

Taula 13. Evolució dels tipus d'accidents laborals mortals. Barcelona, 1994-2000 (%)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<i>In itinere</i>	41,4	33,3	27,3	32,1	30,0	29,6	39,2
En jornada laboral							
Causa natural	15,5	20,4	18,2	30,4	26,7	25,9	29,4
De trànsit	19,0	24,1	27,3	17,9	21,7	20,4	7,8
Resta de traumàtics	24,1	22,2	27,3	19,6	21,7	24,1	23,5
Total	58	54	44	56	60	54	51

Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball.

1.4.5. Els accidents laborals

Durant el període 1994-2000, a la ciutat de Barcelona s'han notificat 3.605 accidents greus i 377 de mortals. L'evolució i la distribució dels accidents segons l'edat, el sexe i l'activitat econòmica varien en gran mesura segons el risc atribuïble a les condicions de treball, que és baix en els accidents *in itinere* (durant el trajecte entre el domicili particular i el destí laboral) i més alt en els ocasionats durant la jornada laboral. En aquests darrers, és raonable assumir un risc atribuïble al treball relativament baix en els accidents de causa natural, més alt en els de trànsit i, sobretot, més elevat en la resta d'accidents traumàtics esdevinguts durant la jornada laboral.

En la taula 12 es presenta l'evolució dels accidents greus durant el període 1994-2000. Des del 1994 el nombre absolut d'accidents greus a Barcelona va ser creixent fins a l'any 1999, però al 2000 n'hi ha hagut 122 menys (de 624 l'any 1999 a 502 l'any 2000). La distribució del tipus d'accident és estable: l'any 2000, un 35% van ser *in itinere*, i prop del 14% van correspondre a accidents de trànsit en jornada laboral. Cal tenir en compte que el 80% dels accidents *in itinere* han estat accidents de trànsit.

El nombre d'accidents mortals durant el període 1994-2000 (taula 13) ha estat entre 44 i 60 morts per any. L'any 2000 varen ser 51, la qual cosa representa una disminució respecte als dos anys anteriors. Aquest any, el 39% han estat *in itinere*, i prop del 30% han estat de causa natural en jornada laboral.

En l'apartat 7 del capítol 2, s'inclou un monogràfic sobre "La salut i el treball a Barcelona", que aprofundeix en aquests aspectes.

1.5. La mortalitat

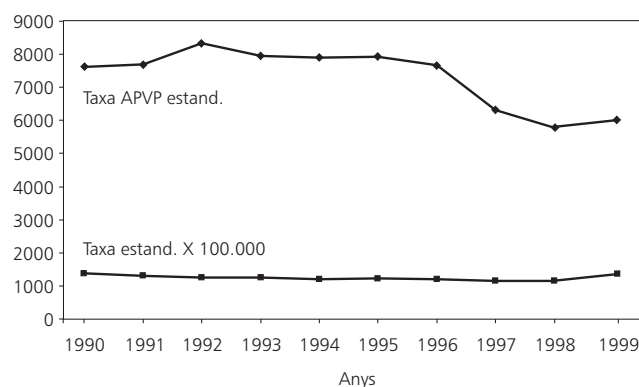
Tal com s'observa en la taula 14 i en la figura 1.26, la taxa de mortalitat estandarditzada per edats ha disminuït globalment en la dècada dels 90, tot i que la taxa bruta ha augmentat sensiblement a causa de l'envelliment de la població i a més el darrer any ha tingut lloc un lleuger increment de les taxes.

La taxa d'anys potencials de vida perduts (APVP) va augmentar en els homes fins a l'any 1995 i posteriorment va disminuir. En les dones també disminueix a partir de 1996. Aquests canvis estan molt influenciats per l'evolució de la mortalitat a causa de la sida (figura 1.27 i taula 15).

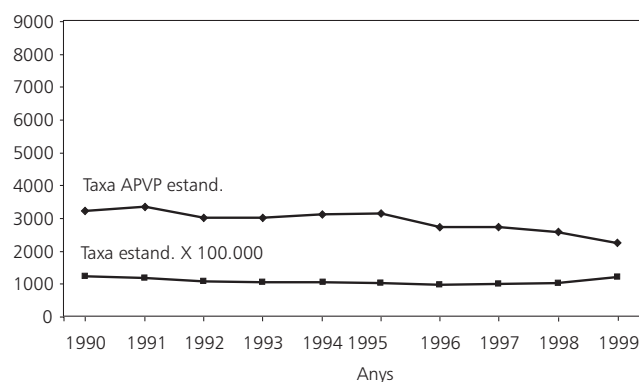
L'esperança de vida en néixer ha passat de 72,7 anys en els homes al 1990 a 74,7 l'any 1999. En

Figura 1.26. Taxa de mortalitat i taxa d'anys potencials de vida perduts (APVP) estandarditzades per edats entre 1 i 70 anys. Barcelona 1990-1999.

Homes



Dones



Font: Registre de mortalitat, IMSP.

les dones també ha augmentat: de 80,2 a 82,2. Si es té en compte l'esperança de vida sense incapacitat (mesurant la discapacitat com la limitació crònica de l'activitat), en els homes aquesta ha evolucionat de 46,1 anys a 47,5 i en les dones de 60,2 a 61,7 (taula 14).

La mortalitat infantil ha disminuït des del 1990, i ja era del 4,9 per 1.000 nascuts vius l'any 1999. La mortalitat perinatal també ha minvat: la taxa del 1999 era del 6,7 per 1.000 nascuts de 500 g o més i del 4,2 per 1.000 nascuts de 1.000 g o més (taules 6 i 7).

En la figura 1.27 i la taula 15 consta l'evolució de les causes de mortalitat en homes i dones de 15 a 44 anys. Cal remarcar que, en aquest grup d'edat, la taxa global de mortalitat està disminuint en la segona dècada dels noranta, així com el fet que les taxes dels homes són superiors a les de les dones. L'any 1999 continua la davallada de la taxa de mortalitat per sida, iniciada l'any 1996 en els homes i el 1995 en les dones; per tant, la que va ser la primera causa de mort en aquest grup d'edat des de la segona meitat dels anys vuitanta, és la tercera causa en els homes l'any

Taula 14. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona, 1990-1999

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Taxa bruta x 100.000	1122,3	1110,2	1110,2	1126,0	1126,2	1176,8	1195,5	1156,6	1152,9	1219,3
Taxa estandarditzada x 100.000*	1372,1	1314,1	1264,4	1247,7	1205,7	1218,5	1195,5	1156,6	1152,9	1219,3
Taxa APVP estandarditzada x 100.000*	7617,7	7703,0	8335,2	7943,5	7912,2	7931,5	7661,0	6321,9	5781,4	6026,4
Esperança de vida sense incapacitat**	46,1	46,3	46,3	46,7	46,9	46,8	47,1	47,8	47,9	47,5
Esperança de vida total	72,7	73,0	72,9	73,5	73,7	73,6	74,1	75,0	75,2	74,7
DONES										
Taxa bruta x 100.000	985,9	1002,0	944,3	956,4	975,7	996,2	982,3	1017,6	1029,6	1075,7
Taxa estandarditzada x 100.000*	1229,0	1202,4	1092,8	1069,3	1051,1	1034,2	982,3	1017,6	1029,6	1075,7
Taxa APVP estandarditzada	3224,3	3350,3	3034,6	3035,7	3129,8	3167,0	2732,1	2735,6	2587,4	2405,0
Esperança de vida sense incapacitat**	60,2	60,1	60,9	61,0	61,1	61,4	61,9	61,7	61,6	61,7
Esperança de vida total	80,2	80,2	81,2	81,4	81,5	81,8	82,5	82,3	82,1	82,2

* Població de referència per estandarditzar les taxes: població de Barcelona de 1996.
** La mesura de discapacitat utilitzada per calcular l'esperança de vida sense incapacitat ha estat la limitació crònica de l'activitat (obtinguda de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 1992).
APVP: Anys Potencials de Vida Perduts.
Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 15. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys, Barcelona, 1990-1999.

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Sida	41,5	41,9	55,1	59,2	75,2	83,0	76,6	24,2	16,8	14,6
Accidents de trànsit	27,5	25,8	24,6	23,7	18,5	13,1	15,6	17,8	14,6	19,1
Sobredosis	24,9	28,2	29,8	28,3	22,5	27,3	24,8	17,8	21,0	17,2
Suïcidi	11,3	9,9	10,8	10,1	11,6	13,7	9,9	10,2	10,2	8,9
Totes les causes	196,9	201,9	232,5	214,9	219,0	227,7	219,0	159,0	141,2	150,7
DONES										
Sida	6,3	9,2	13,8	17,6	22,8	20,9	17,8	7,5	4,4	4,0
Accidents de trànsit	7,9	7,8	7,5	3,2	3,0	5,2	4,4	5,3	2,8	3,7
Sobredosis	8,4	7,7	4,7	5,9	5,1	6,8	5,6	5,0	5,6	4,0
Suïcidi	6,3	6,8	1,8	4,2	4,5	3,3	4,0	2,5	4,4	2,8
Totes les causes	75,9	88,3	80,5	73,8	80,0	83,1	75,1	71,4	64,8	56,7

Població de referència per estandarditzar les taxes: població de Barcelona de 1996.
Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 16. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de 45 a 64 anys, Barcelona, 1990-99.

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Càncer de pulmó	145,9	132,3	141,6	148,8	147,4	117,4	126,4	128,0	120,2	133,6
Malaltia isquèmica del cor	118,7	117,9	128,1	109,5	106,1	96,1	101,8	87,8	86,7	100,1
Malaltia cerebrovascular	50,4	48,8	50,0	50,3	38,8	40,2	38,6	36,9	29,1	34,1
Cirrosi	67,4	67,0	62,0	51,2	57,1	47,2	47,5	43,0	29,6	40,3
Totes les causes	906,1	929,8	937,7	908,2	896,7	870,6	846,5	797,9	725,2	765,5
DONES										
Càncer de pulmó	6,7	14,0	8,2	10,8	14,7	17,0	8,4	11,3	13,3	14,8
Càncer de mama	59,7	60,7	65,3	67,6	56,7	63,6	45,8	47,8	44,3	50,2
Malaltia isquèmica del cor	16,8	14,9	21,3	14,8	18,3	15,5	17,7	15,8	12,8	8,9
Malaltia cerebrovascular	21,9	18,8	18,8	18,1	21,4	15,0	20,2	15,8	15,8	11,3
Cirrosi	27,6	19,8	18,1	18,4	16,8	17,4	17,7	13,8	15,3	15,3
Totes les causes	367,1	351,3	327,9	342,6	347,6	340,7	294,5	306,3	298,4	286,6

Població de referència per estandarditzar les taxes: població de Barcelona de 1996.
Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 17. Evolució de la mortalitat en la població de més de 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de més de 64 anys, Barcelona, 1990-99.

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Càncer de pulmó	442,3	431,5	407,5	452,9	428,3	431,2	464,4	427,6	408,3	449,3
Malaltia isquèmica del cor	820,9	752,7	688,0	722,3	688,5	699,5	675,2	700,3	726,3	696,2
Malaltia cerebrovascular	735,0	652,8	581,9	568,8	524,7	554,0	490,3	481,1	455,2	482,8
Cirrosi	133,0	138,2	124,4	124,5	93,3	107,2	105,4	104,6	107,1	99,6
Totes les causes	6156,6	5769,7	5377,3	5393,8	5151,0	5241,8	5176,9	5175,2	5294,0	5607,0
DONES										
Càncer de pulmó	35,4	33,1	38,4	34,1	39,5	36,6	39,0	41,6	47,3	39,5
Càncer de mama	110,7	130,3	121,5	116,2	113,1	107,0	108,7	116,5	106,6	110,8
Malaltia isquèmica del cor	523,5	556,5	451,8	462,7	417,9	431,4	421,2	422,3	448,8	420,2
Malaltia cerebrovascular	816,6	723,8	677,8	624,2	581,2	531,9	499,2	496,6	476,3	516,4
Cirrosi	71,9	82,9	64,1	77,2	83,8	65,1	66,0	71,2	55,6	65,5
Totes les causes	4587,6	4473,7	4060,2	3956,5	3864,5	3807,1	3654,2	3794,6	3854,4	4080,6

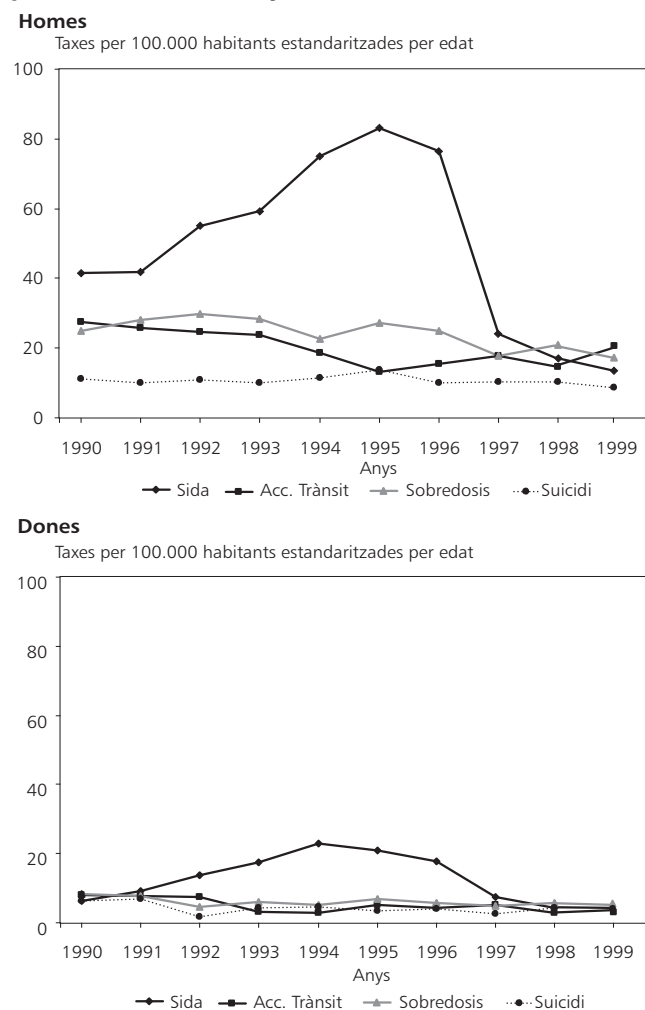
Població de referència per estandarditzar les taxes: població de Barcelona de 1996.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

1999, darrere dels accidents de trànsit i les sobre-dosis per drogues. La sida en les dones és la primera causa de mort en aquest grup d'edat, juntament amb les sobre-dosis. La mortalitat per accidents de trànsit té una tendència creixent en els homes des del 1994. I la mortalitat per sobre-dosi continua disminuint l'any 1999.

Les principals causes de mortalitat entre els 45 i 64 anys es presenten en la figura 1.28 i la taula 16. En els homes, l'ordre de les causes és el següent: càncer de pulmó, malaltia isquèmica del cor, cirrosi i malaltia cerebrovascular. Totes tenien una tendència decreixent al llarg dels 90 que s'ha truncat l'any 1999, ja que en totes han augmentat les taxes de mortalitat. Per la seva banda, en les dones, la principal causa és el càncer de mama, que bàsicament ha disminuït al llarg de la dècada, encara que l'any 1999 ha estat major que en el 98. De la resta de causes, la cirrosi ha disminuït de 27,6 morts per 100.000 habitants l'any 1990 a 15,3 l'any 2000, així com la malaltia isquèmica del cor (de 16,8 a 8,9) i la malaltia cerebrovascular (de 21,9 a 11,3). No és aquest, però, el cas del càncer de pulmó, que sembla experimentar una lleugera tendència a l'alça.

Recentment s'ha publicat una monografia dedicada al càncer a Barcelona en la qual s'aprofundeix sobre aspectes de magnitud i tendència en la mortalitat i incidència del càncer, així com en els serveis sanitaris relacionats amb aquesta patologia. Tanmateix, hi ha un apartat dedicat al Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama, que es va posar en funcionament a Barcelona l'any 1995 sota la direcció del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) i amb la participa-

Figura 1.27. Evolució de les causes de mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Barcelona 1990-1999.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 18. Indicadors de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona. Evolució 1994-2000

		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Atenció Primària de Salut								
Cobertura de la RAP	% d'ABS reformades	33,3%	34,9%	40,9%	47,0%	51,5%	54,6%	69,2%
	% població total en ABS reformades	27,9%	28,9%	35,1%	42,7%	46,3%	48,9%	65,4%
Utilització	Visites hab./any (xarxa reformada)	4,9	5,2	5,3	6,3	5,7	5,5	5,6
	Visites hab./any (xarxa no reformada)		4,9	4,7	5,2	4,9	4,8	5,5
Vacunació antigripal								
Programes	Cobertura vacunació antigripal en majors de 64 anys (xarxa reformada)		51,0%	51,6%	52,4%	49,6%	51,7%	56,7%
Atenció domiciliària								
	Cobertura del programa en la població major de 64 anys (xarxa reformada)	4,5	5,4	5,5	4,9	5,9	6,0	6,1
Atenció especialitzada hospitalària								
Oferta	Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 hab.	3,8	3,6	3,7	3,4	3,4	3,4	3,4
	Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a BCN	79,7	86,8	87,4	85,6	86,8	88,7	91,0
Utilització	% de residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP fora de la regió sanitària	7,6%	7,4%	7,5%	7,2%	7,0%	7,0%	6,7%
	% d'altres als hospitals de la XHUP de BCN que són de no residents a la ciutat	33,6%	35,5%	32,7%	34,3%	33,3%	33,1%	33,6%
Atenció a les urgències								
Utilització	Urgències hospitalàries							
	Nombre d'urgències ateses			579375	572922	585941	652233*	668453*
	Activitat SCUB-061							
	Nombre de trucades			557581	505904	558211	633136	625583
	Nombre d'urgències a domicili			81865	78124	71317	62841	61266
	Nombre d'emergències			67941	71286	73715	72344	71115
	Activitat als centres d'atenció continuada/dispensaris parahospitalaris							
	Nombre de visites de metge				183636	158957	170699	181498
	Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut							
	Nombre de domicilis d'aguts						160873	130915
Atenció socio-sanitària								
Recursos	Internament							
	Llits de llarga estada (n)	991	947	947	947	969	980	1046
	Convalescència (n)	265	288	288	321	333	351	373
	Cures pal·liatives (n)	83	93	93	95	95	95	95
	Sida (n)	37	49	49	49	49	45	35
	Places hospitals de dia	85	130	130	155	155	155	155
	Nombre d'equips PADES	12	12	12	12	13	13	15
	Nombre d'equips UFISS hospitalària	4	5	5	7	7	7	9
Utilització (nombre pacients atesos en:)	Internament							
	Llits de llarga estada	Nd	2180	2395	2381	3042	3086	2897
	Convalescència	Nd	1786	1948	1993	2472	2522	2590
	Cures pal·liatives	Nd	1022	1092	1140	1305	1108	949
	Sida	Nd	292	291	210	258	206	156
	Hospital de dia	??	237	409	469	531	256	658
	PADES (inclou ETODA)	3280	3589	3813	3599	???	3683	3713
	UFISS	1080	642	1311	3107	4323	2712	5741
Atenció a la salut mental								
Recursos	Ambulatori							
	Nombre de centres d'adults (CSMA)*	15	15	15	15	15	15	15
	Nombre de centres infantils i juvenils (CSMIJ)		10	10	10	10	10	10
	Nombre de llits d'hospitalització psiquiàtrica	308	327	339	345	367	380	380
	Recursos de rehabilitació							
	Nombre de places en centres de dia	382	407	407	407	407	499	499
	Nombre de places en hospitals de dia	74	90	90	90	90	109	114
Utilització	Nombre de persones ateses a:							
	CSMA		18016	22750	25157	22878	26828	27703
	CSMIJ		5499	5215	6562	4299	5222	5950
	Hospitals	3110	3191	3191	3454	4286	4428	4489
	Centres de dia	509	Nd	625	Nd	760	779	876

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

* Inclou l'Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron

ció de diferents proveïdors (Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau). A finals de l'any 2000 estava implantat a 5 districtes de la ciutat (Gràcia, Horta-Guinardó, Ciutat Vella, Nou Barris i Sant Martí), i representava el 50% de la població diana de la ciutat (dones entre 50 i 64 anys). L'any 2001 s'ha començat a implantar als districtes de Sarrià-Sant Gervasi, la Dreta de l'Eixample i Sant Andreu, i està previst que la seva introducció definitiva a la ciutat finalitzi l'any 2002.

En el grup de dones de més de 64 anys (figura 1.29 i taula 17) les causes principals són la malaltia cerebrovascular i la malaltia isquèmica del cor, i les taxes de totes dues continuen disminuint. En els homes són les mateixes causes, però amb l'ordre invertit. Disminueix el nombre de casos de malaltia cerebrovascular i resta estable la malaltia isquèmica del cor.

1.6. Els serveis sanitaris

En la taula 18 es mostren els indicadors sobre la disponibilitat i l'ús de recursos sanitaris del període 1994-2000 que es tracten en aquest apartat.

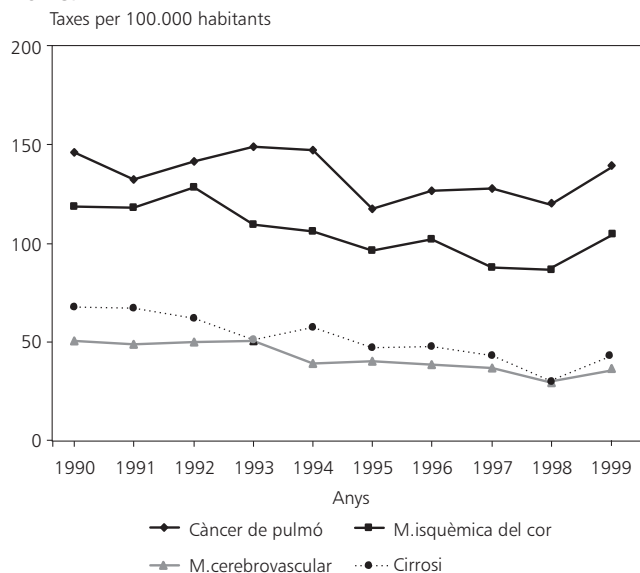
1.6.1. L'atenció primària de salut

La reforma de l'atenció primària de salut (RAP) va començar a Barcelona l'any 1984, encara que fins a l'any 1988 només s'havien reformat tres àrees bàsiques de salut (ABS) de les 66 que hi ha a Barcelona. L'any 2000, amb la reforma de nou ABS (3D, 4A, 4B, 5A, 5B, 6A, 6B, 7B i 10D), s'ha arribat a un 69,2% d'ABS reformades, la qual cosa significa que el 65,4% de la població té accés al model reformat (figura 1.30). Actualment, a Barcelona, hi ha 65 ABS, atès que l'any 2000 hi ha hagut una modificació de límits a Sants-Montjuïc, amb la desaparició de l'ABS 3F i la reordenació de les ABS 3D, 3E i 3G.

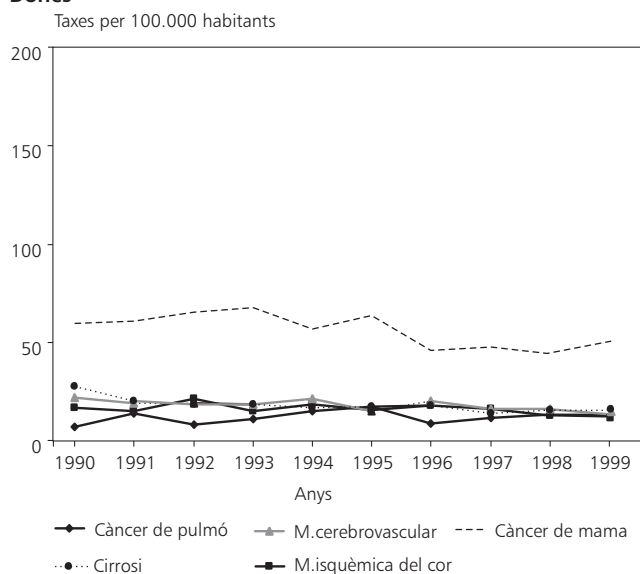
L'ús de serveis d'APS, mesurat mitjançant l'indicador de freqüentació (visites per habitant i any), ha estat estable en els darrers anys i sempre una mica superior en l'APS reformada en tot el període analitzat, encara que l'any 2000 tots dos són molt similars. La vacunació antigripal, una de les pràctiques preventives realitzades des de l'APS, està especialment indicada en els majors de 64 anys. Sobre aquesta activitat hi ha dades de l'APS reformada i, tal com s'observa en la taula 18, en els darrers

Figura 1.28. Evolució de les causes de mortalitat en la població de 45 a 64 anys. Barcelona 1990-1999.

Homes



Dones



Font: Registre de mortalitat, IMSP.

anys s'ha aconseguit cobrir les necessitats en una proporció al voltant del 50%; fins i tot, l'any 2000 es va arribar a una cobertura del 56,7%. Pels resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000, es coneix que el 54,6% de la població major de 65 anys es vacuna regularment de la grip, i a més, tal com es presenta en el capítol 2 d'aquesta monografia referent a l'atenció primària de salut, les cobertures més elevades es donen en les àrees amb model reformat.

Un programa que es duu a terme és el d'atenció domiciliària, especialment indicat en les persones grans que pateixen problemes de salut que els impedeixen accedir al seu CAP. L'any 1994, el 4,5% de la població major de 64 anys va ser atesa per l'esmentat programa, percentatge que l'any 2000 va ser del 6,1%, molt similar al que s'assolí l'any anterior.

1.6.2. Atenció especialitzada hospitalària

En els últims anys, l'oferta del nombre de llits públics disponibles en hospitals d'aguts s'ha mantingut estable, al voltant de 3,5 places per 1.000 habitants. La utilització dels serveis hospitalaris públics ha augmentat: la taxa d'hospitalització va ser de 79,7 per 1.000 habitants l'any 1994, i de 91 l'any 2000. Als hospitals de Barcelona s'atenen els residents de fora de Barcelona ciutat, els quals representen prop d'un 33%, proporció que s'ha mantingut estable en els darrers anys. Contràriament, els residents de Barcelona que han estat atesos en hospitals públics de fora de la ciutat són molts menys: aproximadament el 7% de la població que ha estat hospitalitzada.

1.6.3. Atenció a les urgències

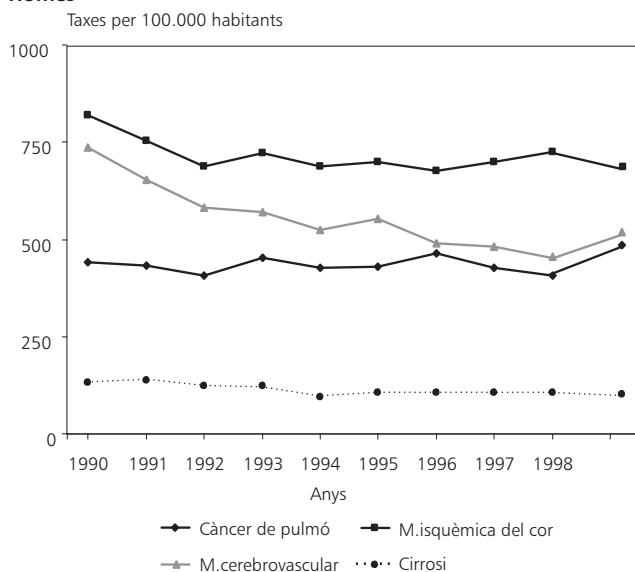
A Barcelona, l'atenció a les urgències inclou tots els diferents nivells assistencials: a) l'hospitalari, que comprèn tant els hospitals de la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP) com els privats; b) l'atenció primària, que inclou les urgències ateses als centres d'atenció primària (CAP) tant de la xarxa reformada (XR) com de la no reformada (XNR); les urgències ateses als onze centres d'atenció continuada (CAC) que donen atenció fora de l'horari normal de funcionament de l'atenció primària, i les urgències ateses als dispensaris del carrer de València i al centre Peracamps, i c) els dispositius específics creats per a l'atenció a les urgències.

També es va crear el Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUB-061), al qual es pot accedir mitjançant una trucada telefònica. La demanda, segons les seves característiques, es pot resoldre telefònicament o bé a través de la mobilització de recursos, que tant poden ser d'urgències a domicili com d'emergències mèdiques (al domicili i a la via pública).

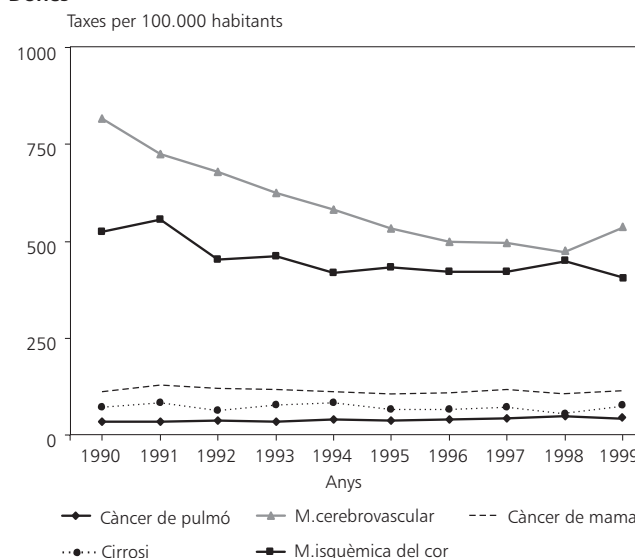
La informació de què es disposa sobre l'activitat dels serveis d'urgències parteix de l'any 1996, i des d'aleshores s'observa un increment del nombre d'urgències ateses als serveis hospitala-

Figura 1.29. Evolució de les causes de mortalitat en la població de més de 64 anys. Homes i dones. Barcelona 1990-1999.

Homes



Dones



Font: Registre de mortalitat, IMSP

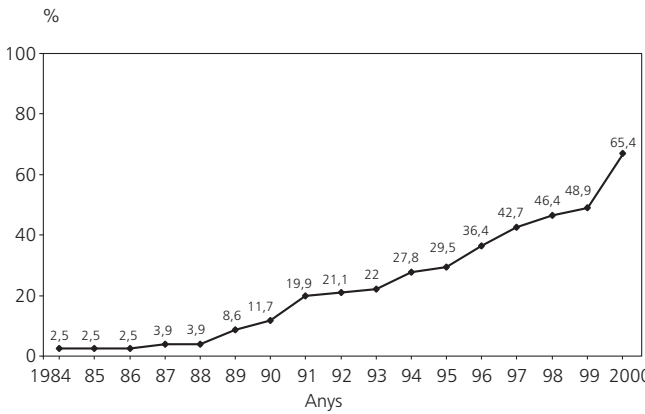
ris (des de les 579.375 urgències ateses l'any 1996, fins a les 668.453 de l'any 2000). En l'activitat del SCUB-061 s'ha anat enregistrant un augment important pel que fa al nombre de trucades ateses, juntament amb una disminució del nombre d'urgències ateses al domicili. Les dades sobre l'activitat d'urgències desenvolupades en l'atenció primària no permeten analitzar-ne les tendències.

Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona realitzada l'any 2000 a una mostra representativa de la població de Barcelona, el 25,3% va declarar haver realitzat una visita a un servei d'urgències en l'any anterior a l'entrevista (un 19,2% ho va fer a un servei d'urgències hospitalari; un 2,5%, a un centre d'atenció primària del Servei Català de la Salut, i un 1%, al SCUB-061). D'entre els qui es varen adreçar a un servei d'urgències hospitalari, el 88% hi van anar per pròpia decisió o per la d'un familiar, i el 9,8% ho van fer per decisió d'un professional sanitari.

1.6.4. Atenció sociosanitària

Pel que fa als recursos d'internament disponibles ha tingut lloc un augment, exceptuant els destinats a la sida. També s'ha incrementat el nombre de places d'hospitals de dia en aquest període (1994-2000). Tanmateix, la utilització dels recursos

Figura 1.30. Evolució de la cobertura poblacional de la reforma de l'atenció primària. Barcelona 1984-2000.



Font: IMSP, CSB.

d'internament ha augmentat en tots els supòsits llevat del relatiu als llits destinats a malalts de sida.

També han augmentat els recursos d'hospitals de dia (PADES i UFISS), així com el nombre de persones ateses.

1.6.5. Atenció a la salut mental

En general, hi ha hagut un increment global dels recursos destinats a la salut mental. Actualment, existeixen quinze centres d'atenció a la salut mental d'adults i deu d'infantils. El nombre de llits també ha crescut: de 308 l'any 1994 a 380 l'any 2000. Els recur-

Taula 19. Oferta dels serveis. Unitat d'Atenció a les Drogodependències (UADS) i places sol·licitades pel Pla d'Acció de Drogues de Barcelona als Centres d'Atenció i Seguiment de les drogues (CAS)

Places sol·licitades	1996	1997	1998	1999	2000
Alcohol	724	724	808	898	1125
PMM*	915	915	1022	1135	1570
PLD**	817	817	912	1012	1510
Total programes	2456	2456	2742	3045	4205
Percentatge Cobertura de les places	1996	1997	1998	1999	2000
Alcohol	24%	104%	93%	86%	59%
PMM*	114%	153%	119%	117%	95%
PLD**	35%	119%	95%	74%	75%
Total programes	62%	127%	103%	94%	76%
UADS sol·licitades	1996	1997	1998	1999	Total
Alcohol	---	8473	8473	8473	12300
PMM*	---	11717	11717	11717	14933
PLD**	---	17282	17282	17282	15994
Total programes	---	---	---	---	---
Percentatge Cobertura de les UADS	1996	1997	1998	1999	Total
Alcohol	---	58%	88%	68%	57%
PMM*	---	189%	184%	177%	176%
PLD**	---	92%	83%	69%	66%
Total programes	---	113%	118%	105%	99%

* PMM = Programa de Manteniment amb Metadona.

** PLD = Programa Lliure de Drogues.

* una UAD equival a 5865 pts

sos de rehabilitació han augmentat de forma important, tant pel que fa al nombre de places de centres de dia (de 382 l'any 1994 a 499 l'any 2000) com al de places d'hospitals de dia (de 74 l'any 1994 a 114 l'any 1999). El nombre de persones ateses en tots els recursos d'atenció a la salut mental també ha experimentat un augment en els anys dels quals es tenen dades.

Al capítol 2 d'aquesta monografia hi ha un apartat especial referent a la salut mental, amb resultats extrets de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000.

1.6.6. Atenció a les drogodependències

Oferta i utilització dels serveis d'atenció a les drogodependències

El desplegament de l'activitat dels centres de tractament a les drogues (CAS) de titularitat mu-

nicipal s'ha dut a terme des de l'any 1989. En un principi, aquests centres tenien una relació contractual amb el Pla d'Acció de Drogues de Barcelona, per mitjà d'un contracte programa que es renovava cada tres anys coincidint amb l'aprovació dels diferents plans. En aquests contractes programa sols es realitzava un control d'estructura del personal i dels programes que calia oferir. Aquests programes eren els següents: programa lliure de drogues (PLD) per a usuaris de drogues no institucionalitzades (heroïna, cocaïna, amfetamines, cànnem i no volàtils) i orientat a l'abstinència, programa lliure d'alcohol i programa de manteniment amb substàncies substitutives (metadona) per a heroïnòmans (PMM).

L'any 1996, i coincidint amb el Pla 1996-1999, es va introduir un nou sistema de contractació de serveis i el nou contracte programa contenia un control del procés i dels resultats. Les bases d'aquest nou contracte programa van ser els indicadors recollits en el Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), i es van fonamentar amb les necessitats de serveis i la demanda existent dels usuaris. Mentre es constituïen aquests programes, es van definir una sèrie de prestacions com ara: a) el

Taula 20. Indicadors d'activitats de salut pública des de l'IMSP

	1997	1998	1999	2000
Programa de prevenció i control de la tuberculosi				
Casos notificats i estudiats	1.039	1.172	974	929
Contactes cribrats	2.174	2.961	3.530	3.690
Vigilància i control de la meningitis i de l'hepatitis				
Declaracions de meningitis i sèpsia meningocòccica	114	71	79	79
Declaracions d'hepatitis víriques	311	305	295	225
Vigilància i control de la sida				
Casos confirmats	482	306	206	157
Pla de vacunació continuada				
Carnets de vacunació tramesos (*)	12.161	11.627	12.234	14.896
Centres públics als quals s'han subministrat vacunes	73	73	71	71
Vacunes administrades en centres propis (*)	71.657	69.088	72.604	62.259
Educació sanitària a l'escola				
Escoles participants en el projecte PASEa	141	134	141	144
Escoles participants en el projecte PESAb	76	64	86	92
Escoles participants en el projecte PRESSECC	46	49	40	56
Suport a organitzacions d'ajuda mútua				
Organitzacions contactades	123	153	160	168
Programes de tractament (centres de titularitat municipal)				
Pacients en programes lliures de drogues	4.207	5.209	4.489	4.441
Pacients en programes d'alcohol	1.474	1.831	1.402	1.260
Primeres visites programa de drogues il·legals	1.757	1.857	2.442	2.295
Primeres visites programa d'alcohol	810	808	984	902
Oferta de places en PMMd	1.616	1.818	1.998	2.042
Laboratori de Salut Pública				
Mostres analitzades	11.514	13.095	11.580	9.770
Paràmetres analitzats	60.419	65.630	65.406	53.724
Mostres analitzades segons la natura				
Aliments	4.380	6.123	4.773	3.323
Ambientals	5.549	5.106	4.518	4.031
Epidemiologia	835	908	1.314	1.149
Altres	796	790	975	1.267

(*) Estimació provisional

^a PASE: Prevenció de l'Abús de Substàncies Addictives a l'Escola

^b PESA: Programa d'Educació sobre Substàncies Addictives (escola secundària)

^c PRESSEC: Prevenció de la sida a l'escola de secundària

^d PMM: programa de manteniment amb metadona

diagnòstic i seguiment medicosanitari, que té com a finalitat el seguiment de patologies orgàniques, la prevenció, detecció, diagnòstic i tractament de les principals patologies infeccioses; b) la prevenció, detecció, diagnòstic i tractament de les patologies psiquiàtriques relacionades amb el consum de drogues psicoactives, i c) el desenvolupament del diagnòstic, tractament i seguiment social dels usuaris amb l'objectiu de planificar un procés de reinserció en la comunitat de l'usuari.

Amb aquests nous contractes programa es recollien uns quants aspectes bàsics d'activitat i s'oferia un mínim de places depenent de les característiques de cada centre. D'aquest contracte programa van sortir les unitats d'atenció a les drogodependències (UAD), que eren la unitat de pagament i l'oferta de places segons les necessitats i la demanda de cada moment.

En la taula 19 es pot observar l'evolució del nombre de places i UAD segons el programa i el percentatge de cobertura (compliment dels mínims demanats). Així, veiem que la cobertura de les places dels PMM en el període 1996-1999 va ser d'entre un 14% i un 53% més alt que el demanat pel PADB, i l'any 2000 va ser un 5% més baix. Els PMM sempre han generat més UAD que la resta de programes.

La cobertura dels programes d'alcohol i PLD ha estat més variable i, exceptuant l'any 1997, sempre inferior al 100%, tant pel que fa al nombre de places com d'UAD.

3. Prevenció de malalties i promoció de la salut, amb actuacions que van des del Pla de Vacunació Continuada fins a l'educació sanitària a l'escola, la salut maternoinfantil en zones desafavorides i l'educació sanitària a l'empresa.
4. Atenció a les drogodependències a través del Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona.
5. Seguretat i higiene dels aliments: des d'actuacions de control sanitari de la cadena alimentària fins a intervencions d'educació sanitària en manipuladors d'aliments.
6. Control de zoonosi i vectors: per mitjà del control dels animals de la ciutat i la higienització d'espais públics.
7. Suport a la vigilància ambiental, d'aliments i d'aigües, així com elaboració de fàrmacs i controls de qualitat des del Laboratori Municipal de Salut Pública.

Aquestes funcions queden englobades en el sistema sanitari de la ciutat de manera que es dona suport a la planificació sanitària, la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la intervenció en problemes de salut específics. En la taula 20 es mostren els indicadors d'algunes activitats de salut pública realitzades en els darrers anys, i es pot trobar més informació en la memòria anual de l'IMSP.

1.6.7. Atenció a la salut pública

A Barcelona, l'Institut Municipal de Salut Pública (IMSP) té gran part de la responsabilitat sobre l'atenció a la salut pública. Des d'aquest organisme es porten a terme diferents actuacions de salut pública, que es poden resumir en els punts següents:

1. Anàlisi de la situació de salut de la població, amb detecció i seguiment de problemes relacionats amb la salut, així com també de les desigualtats en salut (socials, territorials, de gènere, etc.).
2. Vigilància epidemiològica i intervenció sobre certs problemes de salut amb implicacions sobre la comunitat, com ara les malalties de declaració obligatòria (sida, tuberculosi, hepatitis i altres), els brots epidèmics i la salut ocupacional.

CAPÍTOL 2

ALGUNS TEMES MONOGRÀFICS

2.1. Brots de l'any 2000 a la ciutat de Barcelona

L'any 2000 es van detectar 17 brots menys que l'any precedent, cosa que implica un canvi en la tendència creixent que s'observava des de 1996 (figura 2.1).

Cal destacar tres brots de l'any 2000 per la seva magnitud, complexitat o severitat. A continuació, se'n fa una breu descripció.

2.1.1. Brots escolar d'intoxicació alimentària per *Escherichia coli* O157: H7

El 4 d'octubre de 2000, van ser notificats dos casos de síndrome hemolítica urèmica (SHU) en nens de quatre i cinc anys d'una mateixa classe en una escola de la ciutat de Barcelona.

La investigació epidemiològica realitzada a partir d'aquest fet va detectar en la mateixa escola dos casos més de SHU i 220 persones amb sospita de gastroenteritis (GEA) entre el seu personal i familiars. En un dels nens afectats de SHU es va aïllar *Escherichia coli* O157: H7. Es va descobrir que el brot havia afectat quatre escoles més de la província de Barcelona (amb un total de 38 casos) i amb els menús servits pel mateix càtering.

Investigació

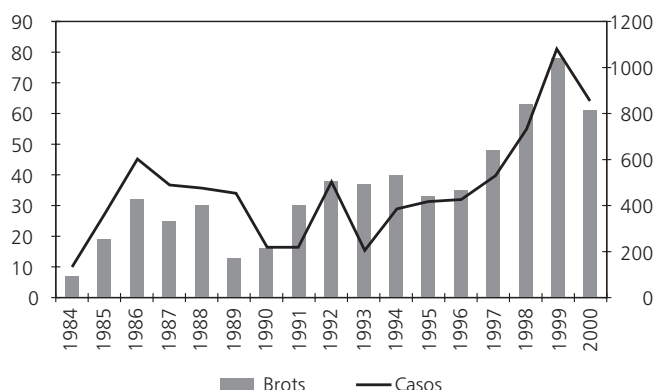
La població d'estudi estava formada per escolars, professors i monitors de l'escola des de l'1 de setembre fins al 30 de novembre. El total va ser de 1.066 persones i els seus familiars corresponents. El disseny emprat va ser longitudinal retrospectiu de l'1 de setembre al 4 d'octubre i prospectiu fins al 30 de novembre.

Es va realitzar una cerca de casos de SHU en els hospitals de la ciutat, i de colitis en la població d'estudi, per enquesta epidemiològica i per coprocultiu.

Inicialment, es va buscar en el cultiu: *E. coli* O157 verotoxigènic, altres *E. coli* verotoxigènics i *Shigella dysenteriae*. El sistema utilitzat per identificar *E. coli* O157: H7 va ser la sembra amb enriquiment amb brou triptonsoja i novobiocina i la posterior separació immunomagnètica.

L'anàlisi epidemiològica va tenir com a objectiu la confirmació del brot i l'establiment d'una definició de cas específica, emprant per a aquesta anàlisi la comparació de les taxes d'incidència de casos de GEA, en la població d'estudi,

Figura 2.1. Distribució de brots i nombre d'afectats, declarats a la ciutat de Barcelona.



Font: Servei d'epidemiologia, IMSP

en el període del brot i en un període de referència. També, la distribució de casos segons temps, espais (escolars i familiars) i persona (edat i sexe), i la confirmació del model causal del mecanisme de transmissió alimentari i el del mecanisme de transmissió persona a persona.

Resultats

El nombre de casos d'infecció identificats va ser de 118, fet que representa una taxa d'atac del 10% enfront d'una taxa del 4,7% per al període de referència.

El percentatge de casos confirmats amb símptomes va ser del 21%, i sense símptomes fou del 25%. El 53% van ser considerats com a probables. El 5% dels casos van presentar una SHU i un 32%, una colitis hemorràgica.

La distribució de casos en el temps mostrava tres corbes (figura 2.2). L'inici dels casos va ser el dia 19 de setembre i el dia 13 d'octubre es va enregistrar l'últim cas de diarrea amb sang. La primera corba representaria bàsicament els casos deguts a la intoxicació alimentària (del 19 al 27 de setembre) i, posteriorment, els casos de transmissió persona a persona.

El 18 de setembre es va fixar com a data més probable de la intoxicació al menjador escolar.

Anàlisi del mecanisme de transmissió alimentari: Va existir un risc potencial de ser un cas d'infecció per *E. coli* O157:H7 de 3,9 (IC 95% 2,3-6,7) entre les persones que es van quedar a dinar al centre aquell dia. A més, aquest risc va ser superior entre els nens que van dinar en el primer i el segon torn, un cop ajustat per l'edat (taules 2.1 i 2.2).

El menú d'aquell dia va consistir en espaguetis, amanida i salsitxes de porc. No es va donar cap cas de possible manca d'ingesta d'aquests aliments, motiu que va impedir l'anàlisi epidemiològica. El microorganisme no es va identificar en cap aliment, pel temps transcorregut entre l'exposició i la detecció del brot, que va ser de 16 dies.

Anàlisi de la transmissió persona a persona:

L'inici de casos en familiars es va detectar el dia 25 de setembre; *E. coli* O157:H7 va ser identificat en familiars i en nens que no es quedaven a dinar al menjador.

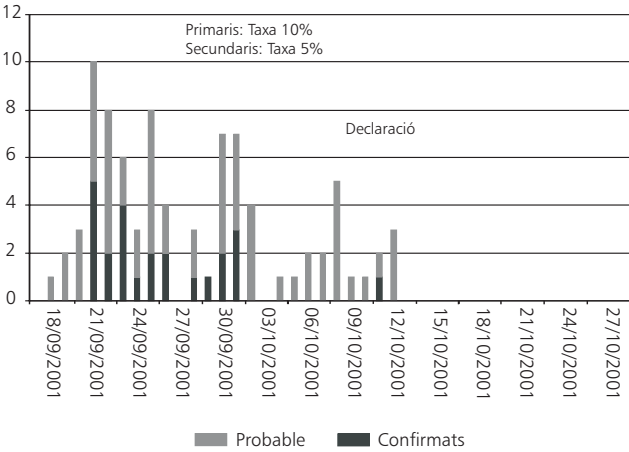
Els nens i nenes d'entre dos i cinc anys van presentar un risc de convertir-se en possibles casos de fins a sis vegades superior als de les altres edats, i amb interacció amb el nombre de fonts d'infecció presents. La transmissió de la malaltia va anar disminuint depenent de la reducció del nombre de fonts d'infecció (persones infectades) amb la qual es convivia.

El brot a través de la transmissió persona a persona es va estendre en una llar d'infants des del 12 d'octubre fins al 5 de novembre.

Les mesures de control que es van establir a partir del dia 6 d'octubre de forma esglaonada van consistir en: 1) Establiment de mesures d'higiene rigoroses i seguiment d'aquestes mentre van existir fonts d'infecció actives. 2) Recomanació de no utilitzar antibiòtics durant el període de risc per tal d'evitar la possibilitat de produir SHU. 3) Creació d'un sistema de vigilància de nous casos i de les mesures de control establertes, a través d'una comissió formada per l'escola, l'AMPA i l'Institut Municipal de Salut Pública.

Aquest brot ha permès realitzar recomanacions pel que fa a mesures de control, tècniques d'aïllament i coprocultius de seguiment.

Figura 2.2. Distribució de casos probables i confirmats d'infecció per *E. coli* O157:H7 segons el temps.



2.1.2. Brot de legionel·losi al barri de la Barceloneta

Les dades corresponents a aquest brot han estat ajustades amb la informació obtinguda posteriorment a l'elaboració de l'informe previ; aquest fet ha determinat que, mitjançant l'obtenció de dades serològiques recollides amb posterioritat, la xifra total d'afectats hagi estat de 54 persones en lloc de 48 com s'havia descrit prèviament.

El dilluns dia 13 de novembre de 2000 el servei d'urgències de l'Hospital del Mar de Barcelona va notificar al servei d'epidemiologia de l'IMSP l'existència de 5 pacients ingressats en l'es-

Taula 2.1. Risc d'infecció segons l'edat i el torn de menjador escolar al qual van assistir

Torn 12,30 h-15 h	Total Casos Primaris	Total persones exposades	Taxa atac	RR (IC 95%)
Primer (2-7 anys)	19	160	12%	3,9 (1,6-9,4)
Segon (5-10 anys)	13	125	10%	3,4 (1,3-8,7)
Tercer (7-10 anys)	4	121	3%	1,07(0,3-3,7)
Quart (> 9 anys)	6	195	3%	1

Edat	Total Casos Primaris	Casos confirmats	Total persones exposades	Taxa atac	RR (IC 95%)
2-4 anys	14	7	118	12%	3,1 (1,15-8,3)
5-7 anys	15	6	159	9%	2,45 (0,9-6,6)
8-10 anys	8	2	189	4%	1,1 (0,4-3,3)
> 10 anys	5	0	135	3,7%	1

Taula 2.2. Estratificació dels casos primaris per edat i torn de menjador

Torn/edat Taxa d'atac	Primer torn	Segon torn	Tercer torn	Quart torn
2-4 anys	12% (14/118)	-	-	-
5-7 anys	12% (5/42)	8,5% (10/117)	0% (0/12)	-
8-10 anys	-	37,5% (3/8)	4% (4/109)	2% (1/60)
> 10 anys	-	-	-	3,7% (5/135)

mentat centre amb simptomatologia pneumònica i identificació de *Legionella pneumophila* en mostres d'orina; a partir de la realització de les primeres enquestes epidemiològiques, es va confirmar que es tractava d'un brot epidèmic d'aquesta malaltia d'origen comunitari.

Fins al dia 17 de novembre es van notificar 28 casos més, confirmats mitjançant l'aplicació de la prova d'antigen en orina en pacients ingressats en el mateix centre i en cinc més ingressats en altres centres hospitalaris. Posteriorment, entre els dies 20 i 24 del mateix mes, es van detectar vuit casos més pel mateix procediment, per la qual cosa la xifra resultant era de 47 casos. Finalment, la revisió retrospectiva de serologies de pacients ingressats a l'Hospital del Mar amb diagnòstic de pneumònia va permetre la identificació de set nous casos, amb un resultat final de 54 pacients associats al brot. Tots els afectats eren residents del barri de la Barceloneta o bé hi havien estat en algun moment durant els dies previs a l'aparició dels primers símptomes, que per a tots els casos es van incloure entre el 31 d'octubre i el 14 de novembre de 2000.

Investigació

La població investigada va incloure els pacients amb simptomatologia pneumònica i identificació d'antigen en orina de *Legionella pneumophila* serogrup 1 que visquessin al barri de la Barceloneta o que hi haguessin transitat entre el 15 d'octubre i el 15 de novembre de 2000. La investigació epidemiològica, centrada en la identificació i caracterització dels casos i en la localització del focus de contagi, va comprendre la realització de dues enquestes epidemiològiques a cada un dels afectats, en les quals s'adjuntava un mapa dels carrers del barri en què els pacients havien d'identificar el recorregut realitzat en els dies previs a l'inici dels símptomes. Amb les dades obtingudes, es van realitzar mapes de distribució dels afectats i dels possibles focus contaminants, i es varen calcular incidències per seccions censals en el barri (contrastades mitjançant la prova de khi quadrada, i calculant el quocient de taxes entre dues grans zones en les quals es va dividir el barri per valorar possibles diferències quant a l'exposició al focus).

Les investigacions ambientals van comportar la revisió de 86 punts de control, incloent-hi torres de refredament, punts de la xarxa d'aigua, fonts ornamentals, aigües de neteja dels carrers i moviments de terra. Es van recopilar dades meteorològiques de diversos dies relacionats amb l'aparició del

brot. Per a les investigacions microbiològiques, es van prendre mostres dels pacients afectats i mostres d'aigua dels diversos punts de control esmentats, incloses 17 torres de refredament en les quals també es realitzà un raspall de les safates de recollida de l'aigua.

Les mostres en què s'identificà creixement de *Legionella pneumophila* foren enviades al laboratori de referència de legionel·losi per a la seva tipificació molecular.

Resultats

Es van identificar un total de 54 pacients associats al brot, amb una taxa d'atac en la zona afectada de 3,2 per 1.000 habitants. Tres d'aquests pacients van morir, cosa que estableix una letalitat del 5,5%. En vista de les dates d'inici dels símptomes dels pacients (figura 2.3), les dates d'ingrés hospitalari i els períodes d'incubació de la malaltia, l'exposició a la font de contagi hauria tingut lloc com a mínim entre els dies 21 d'octubre i 12 de novembre de 2000.

L'anàlisi dels mapes de recorreguts dels pacients en el barri no va permetre establir cap mena d'hipòtesi sobre la ubicació del focus. La incidència de casos en el barri va ser de 4,61 casos per 1.000 habitants, i la distribució d'incidències segons les unitats censals va permetre identificar una major afectació en la zona nord (6,40/1.000 hab.), que era significativament superior a l'enregistrada en la meitat sud $RR = 2,87$ (IC 95% 1,37-6,12).

Quant a les característiques dels afectats, el 59% eren homes, amb una mitjana d'edat de 69 anys per a tots els casos. Es van identificar factors de risc associats a la malaltia en el 72% dels pacients. Pel que fa a les dades clíniques, 53 pacients van ingressar en algun centre hospitalari (49 a l'Hospital del Mar) entre els dies 4 i 16 de novembre, i sis d'ells van haver d'estar a l'UCI. Els tres pacients que van causar èxits presentaven patologies de base identificades com a factors de risc de la pneumònia per legionel·la.

En vuit pacients es van obtenir cultius positius en *Legionella pneumophila* serogrup 1 subtipus Pontiac, Philadelphia-Allentown. Es van localitzar set instal·lacions amb 17 torres de refredament susceptibles d'estar vinculades al brot, per la qual cosa es va aïllar *Legionella pneumophila* serogrup 1 en sis d'aquestes torres. El 39è dia de la investigació es va determinar que la soca aïllada d'una de les torres coincidia amb el serogrup, subtipus i perfils moleculars identificats en les mostres d'origen clínic. D'aquesta manera, els resultats microbiològics obtinguts juntament amb les dades epidemiològiques i ambientals varen permetre correlacionar la font d'infecció amb els casos (taula 2.3).

Conclusions

- Es va tractar d'un brot comunitari de legionel·losi amb afectació de 54 persones i una letalitat del 5,5%.
- El resultat de les anàlisis microbiològiques, obtingut mitjançant l'ús de tècniques d'epidemiologia molecular, va determinar la coincidència entre una de les soques d'origen ambiental i vuit procedents dels afectats, fet que, en consonància amb les hipòtesis epidemiològiques i ambientals, va permetre la identificació del focus causant del brot.

- La bona coordinació i actuació dels equips implicats en la investigació, juntament amb una òptima estratègia de comunicació, van constituir elements clau del procés.

2.1.3. Brots d'intoxicació a dosis indeterminades de clorpirifos i cipermetrina en un centre de recursos socials

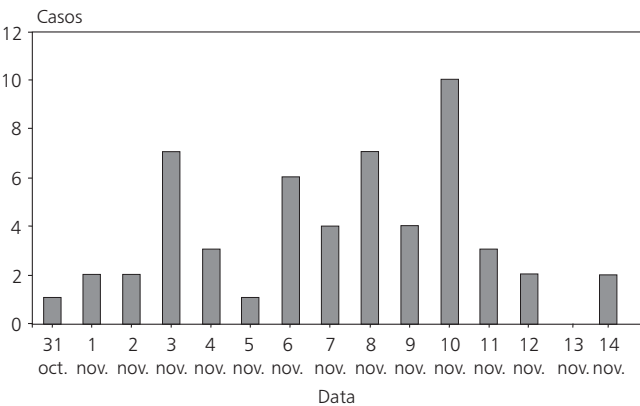
La notificació del brot va tenir lloc el 21 de novembre de 2000, dia en què diversos treballadors van presentar símptomes d'irritació de les mucoses respiratòries i digestives, amb l'antecedent d'una aplicació d'organofosforats i piretroids dos dies abans.

Investigació

Per a la confirmació del brot es va utilitzar la comparació amb una població de característiques similars sense exposició, en aquelles dates, a biocides.

El disseny de l'estudi va ser longitudinal i va consistir a fer un seguiment clínic i analític de quatre mesos. Per a la identificació clínica es van emprar dos models d'enquesta, un per a símptomes irritatius i un altre posterior en el temps per identificar símptomes d'afectació neurològica. El seguiment analític es va realitzar a partir de la determinació en diferents temps de l'acetilcolinesterasa intraeritrocitària, enzim que es modifica amb l'exposició als organofosforats. La investigació ambiental va consistir en la presa de mostres d'ambient i de les superfícies del lloc de treball per a la identificació qualitativa i quantitativa de clorpirifos i cipermetrina, que no haurien d'existir en aquests llocs.

Figura 2.3. Data d'inici dels símptomes de pneumònia.



Resultats

El nombre de persones que van presentar símptomes irritatius va ser de 49 en el marc de la població d'estudi, i de 47 en els compatibles amb neurotoxicitat retardada.

La corba epidèmica (figura 2.4) de les persones que van presentar alguna simptomatologia irritativa va mostrar un patró de brot en el qual els símptomes s'iniciaven el mateix dia de l'exposició i fins a cinc dies després. Els símptomes compatibles amb neurotoxicitat retardada es van iniciar el mateix dia i continuaven presents als quatre mesos de seguiment, mentre que d'altres iniciats de manera distanciada en el temps s'allargaven fins als dos mesos després de l'exposició.

La comparació amb la població de referència va revelar un risc de presentació de símptomes, en la població d'estudi, de 1,6 i 2 vegades superior a la de referència, i el risc de presentar-los després de l'aplicació va esdevenir entre 4,3 i 5 vegades superior (taula 2.4).

Anàlisi de les exposicions laborals en la població d'estudi:

Les característiques que van presentar alguna significació estadística van ser el nombre d'hores treballades o d'estada al lloc de treball amb un gradient de màxima afectació, en la categoria de major nombre d'hores, i mínima en la de menor nombre

Taula 2.3. Identificació de soques de legionel·la en mostres ambientals

Origen (nre. colònies)	Espècie i serogrup	Subtipus 1	Subtipus 2	AFLP Tipus	PFGE Tipus
TR A(12)	L. pneumophila SG 1 L. pneumophila SG 1 L. pneumophila SG 9	Pontiac NT	Phil/All	III	III
TR B (1)	L. pneumophila SG 1	Olda	Oxf/Camp		
TR C (5)	L. pneumophila SG 1 L. pneumophila SG 9	NT			
TR D (1) *	L. pneumophila SG 1 *	Pontiac	Phil/All *	I *	I *
TR E (2)	L. pneumophila SG 1	NT			
TR F (5)	L. pneumophila SG 1	NT			

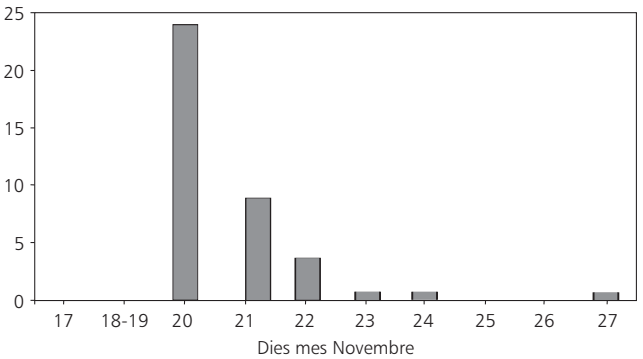
TR: Torre de Refrigeració. * Soca amb idèntic patró al de les soques identificades en els pacients, mitjançant anticossos monoclonals en ambdues tècniques moleculars (AFLP i PFGE-Sfi-I).

Font: Laboratori de Legionel·la, Centre Nacional de Microbiologia, Institut de Salut Carles III.

d'hores (taula 2.5). Aquest gradient a més va ser significatiu per a totes les categories, malgrat que la categoria de referència ja va presentar una taxa del 52%; i també ho fou el nombre de símptomes i la seva durada, que augmentaven de forma directament proporcional al nombre d'hores treballades.

Anàlisi dels canvis en els valors de l'acetilcolinesterasa intraeritrocitària: Els resultats van revelar que, en general, va tenir lloc una disminució de les xifres, que posteriorment es va recuperar. Pel que fa a les persones que van presentar símptomes, les determinacions van ser globalment inferiors a les de les persones que no van presentar símptomes. També cal remarcar que, si bé les persones exposades però sense símptomes també van experimentar una disminució i un augment posterior de l'acetilcolina, aquests canvis no van resultar tan significatius com en els afectats. Aquests resultats també van ser coherents amb la intoxicació per organofosforats, ja que se sap que

Figura 2.4. Distribució temporal de l'inici dels símptomes irritatius en la població del centre.



existeix una disminució de l'acetilcolinesterasa intraeritrocitària entre les persones exposades a organofosforats, que després es recupera cap als valors basals de cada individu. Aquest brot remarca la importància de les mesures alternatives com a contrapunt a l'ús de biocides en el control de plagues.

Taula 2.4. Comparació d'incidències i temporalitat dels símptomes presentats en la població d'estudi i la de referència

Símptomes/Centre	Població d'estudi		Població de referència	
Persones amb símptomes compatibles amb quadre irritatiu	36		23	
Sense símptomes	6		18	
RR (IC 95%)	1,6 (1,2-2,2)			
Persones amb símptomes compatibles amb neurotoxicitat retardada	34		21	
Sense símptomes	6		20	
RR (IC 95%)	1,6 (1,2-2,2)			

Període/Centre	Població d'estudi		Població de referència		RR (IC 95%)
	N	Taxa d'atac	N	Taxa d'atac	
Període símptomes irritatius					
Última setmana novembre	36	(86%)	4	(9,7%)	4,9 (2,01-11,8)
Posterior	0		18		-
Període altres símptomes					
última setmana novembre	21	(50%)	4	(9,7%)	4,3 (1,7-10,8)
Posterior	16	(31%)	17	(41,4%)	

Taula 2.5. Risc d'afectació segons les hores d'exposició a l'ambient laboral

	Cas	Total	Taxa d'atac	RR (IC95%)
Hores				
9-11 hores	7	7	100%	1,9 (1,3-2,8)
6-8 hores	17	18	94%	1,8 (1,2-2,7)
3-5 hores	10	12	83%	1,6 (1,03-2,5)
0-2 hores	14	27	52%	1

2.2. Salut i immigració a la ciutat de Barcelona

2.2.1. Evolució demogràfica de la immigració estrangera a Barcelona

La immigració estrangera a la ciutat de Barcelona ha experimentat un notable increment en els darrers cinc anys, amb una taxa de creixement superior al 200% en el període 1996-2001. El nombre total d'immigrants en aquest període ha passat de 29.354 (1,9% de la població de la ciutat) a 74.019 (4,9% de la població) al gener de 2001 i a 91.550 (6,1% de la població) al juny de 2001, amb un creixement progressiu que determina la necessitat d'actualització permanent d'aquestes xifres (figura 2.5).

L'anàlisi demogràfica per districtes municipals assenyala que a Ciutat Vella viuen el 23% de tots els immigrants de Barcelona, per tal com més d'un 20% dels habitants d'aquest districte són estrangers.

Si hom desglossa aquestes dades per subcontinents, resulta que l'increment més important es dona en les persones procedents d'Europa Central i Oriental, amb una taxa de creixement considerable del 333,3% en els darrers cinc anys.

En l'anàlisi per països, s'observa que el col·lectiu equatorià (*dades de gener de 2001*) ha esdevingut el més nombrós, amb un índex de creixement molt elevat (202 habitants l'any 1996, 486 el 2000 i 8.204 l'any 2001), per davant de les poblacions originàries del Marroc i el Perú.

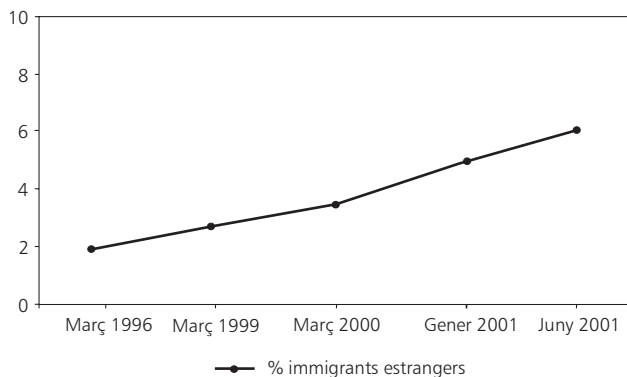
2.2.2. Consideracions sobre migració i salut a la ciutat de Barcelona

a. Aspectes generals

Els estudis sobre la salut dels immigrants estrangers realitzats tant a la ciutat de Barcelona com en altres zones de l'estat i en diferents països, evidencien que el seu perfil de morbiditat no difereix substancialment del que presenten en general les persones dels països d'acollida; així, les malalties tropicals o importades representen un reduït impacte, tant en la salut d'aquestes poblacions com en el conjunt de les malalties que es declaren a la nostra ciutat.

Tot i això, sovint les condicions de vida relacionades amb la precarietat econòmica, i l'elevada prevalença d'algunes infeccions latents en al-

Figura 2.5. Evolució demogràfica de la població immigrada a la ciutat de Barcelona, 1996-2001. Contribució percentual de la població immigrada en el total de població.



Font: Observatori Permanent de la Immigració de Barcelona.

guns d'aquests col·lectius, determinen que la incidència de certes malalties com la tuberculosi presenti una tendència incremental que cal tenir en compte.

Igualment, els perfils socioculturals dels diversos col·lectius d'immigrants que viuen a la ciutat, suposen l'existència de marcades diferències amb relació als conceptes de benestar, salut i malaltia, tal com són entesos en el nostre context. Aquest fet requereix una especial atenció per part dels responsables i professionals de la salut que els han d'atendre, atès que influeix en els fluxos, la tipologia i les demandes d'assistència que plantegen.

En aquest sentit, les barreres idiomàtiques suposen l'altre gran repte que cal afrontar des dels serveis de salut (tant els assistencials com els de salut pública); representen una de les majors necessitats, expressades reiteradament pels professionals de la salut que tenen un major contacte amb poblacions immigrades. Així mateix, bona part de les informacions disponibles en l'àmbit de la salut dels immigrants estrangers se centren en la descripció dels perfils demogràfics (edat, sexe, país d'origen, zona de residència) i les característiques bàsiques d'algunes patologies, sobretot de tipus infeccioses. De la mateixa manera, en alguns centres sanitaris de la xarxa pública es recull informació sobre la demanda assistencial d'aquests col·lectius, sense que en la majoria d'ocasions es detallin els motius de les consultes ni els diagnòstics d'alta.

b. Estadístiques vitals

Des de l'any 1992, a la ciutat de Barcelona es realitza una anàlisi de les estadístiques vitals per als immigrants estrangers. Pel que fa als resultats de l'any 2000 cal destacar que la natalitat de les dones nascudes fora de l'estat espanyol representava prop del 14% de tots els naixements de la ciutat. I, d'altra banda, les agrupacions més freqüents de pares i mares d'origen estranger van ser les d'Amèrica Central i Sud-Amèrica, Europa i els països desenvolupats, seguides de les de persones procedents del Magrib (figura 2.6).

Encara sobresurt el fet que el districte de Ciutat Vella, i sobretot el barri del Raval, el barri Gòtic i el Parc, tenen un percentatge més alt de mares d'origen estranger (31% del conjunt del districte), amb una marcada tendència creixent. Aquesta realitat s'observa en aspectes com ara el fet que a l'Hospital del Mar s'hagués passat d'uns 700 parts anuals l'any 1999 a 1.084 l'any 2000, dels quals el 40% corresponien a fills de mares immigrants.

D'aquesta mateixa anàlisi de la natalitat es desprèn que les mares nascudes al continent africà (excloent el Magrib i la Vall del Nil) presenten una proporció més elevada de naixements de baix pes i preterm, tant amb relació al conjunt de mares d'origen estranger com a les originàries de l'Estat espanyol.

Algunes anàlisis de mortalitat realitzades han identificat els tumors i les malalties de l'aparell circulatori com les principals causes de defunció entre els estrangers procedents de països de baixa renda; a més, en els homes joves també destaquen les causes externes.

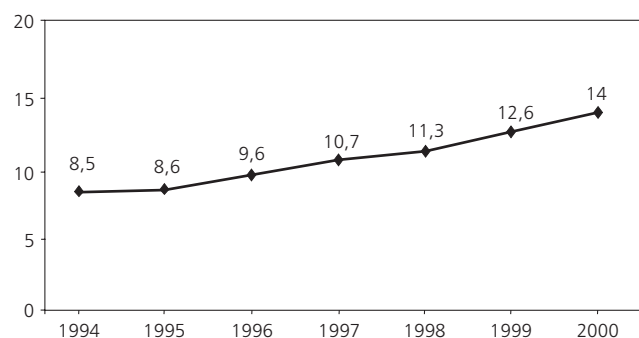
c. Tuberculosi

En l'evolució de la incidència de tuberculosi durant els darrers anys, els immigrants estrangers havien representat entre el 7% i el 8% del total de casos identificats. A partir de l'any 1999, aquesta xifra va augmentar fins al 14%, i l'any 2000 els immigrants estrangers ja representaven el 22,6% de tots els casos de la ciutat, amb un increment del 63% respecte als casos identificats l'any anterior (figura 2.7). Altrament, l'augment de població estrangera resident a la ciutat fa que, tot i el major nombre de casos de tuberculosi en immigrants, aquesta malaltia no repercuteixi necessàriament en una major taxa d'incidència en aquest col·lectiu.

D'altra banda, aspectes com el control dels tractaments o la utilització de recursos complementaris, com ara els programes de tractament supervisat o els programes de manteniment amb metadona, han estat menys emprats pels immigrants estrangers en comparació als ciutadans nacionals.

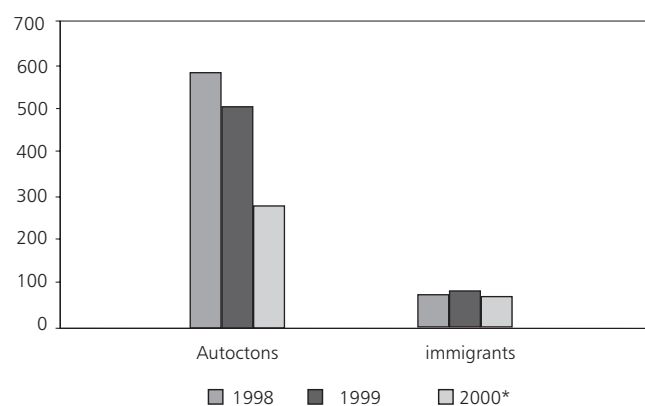
Una intervenció específica del programa de control de la tuberculosi a la ciutat, que per la seva magnitud s'ha considerat interessant d'incloure en aquest informe, es va realitzar en el col·lectiu d'immigrants que, al començament de l'any 2001, es van tancar en diferents esglésies de la ciutat. L'esmentada intervenció va aportar dades sobre la prevalença d'infecció tuberculosa entre

Figura 2.6. Percentatge de nadons de mares nascudes a l'estranger: Barcelona, 1994-2000.



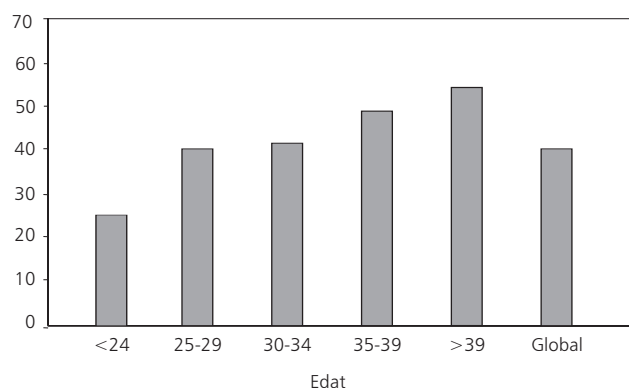
Font: Registre de naixements, IMSP.

Figura 2.7. Nombre de casos diagnosticats de tuberculosi. Barcelona, 1988-2000.



Font: Registre de tuberculosi de la ciutat de Barcelona, IMSP.

Figura 2.8. Percentatge de persones amb la prova de tuberculina positiva en el col·lectiu d'immigrants participants en la tancada en esglésies de Barcelona, febrer 2001.



Font: Servei d'epidemiologia, IMSP.

alguns col·lectius d'immigrants estrangers (61%) i va revelar una elevada taxa d'incidència d'aquesta malaltia (6,79/1.000 hab.) (figura 2.8). S'entén per infecció tuberculosa la suma dels resultats positius a la prova de tuberculina, tenint en compte que la persona afectada pot haver estat en contacte amb el bacil de la tuberculosi sense que en aquell moment presentés símptomes de malaltia tuberculosa.

d. Sida

L'evolució de la incidència de la sida en immigrants estrangers està condicionada per la davallada general en la repercussió de la malaltia en els darrers anys. Entre el 1995 i el primer semestre de l'any 2001, es varen enregistrar 2.160 casos de sida en residents a Barcelona, dels quals 92 (un 4,2%) eren immigrants procedents de països de renda baixa (PRB), és a dir, del continent africà (tret de Sud-àfrica), Àsia (excepte el Japó), Llatinoamèrica i el Carib, i l'Europa de l'Est. Uns altres 30 pacients (l'1,4% de tots els casos) procedien de països de renda elevada (PRE), o sigui, d'Europa Occidental, els EUA, el Canadà, el Japó, Austràlia i Nova Zelanda. Els restants 2.038 casos (94,4%) eren originaris de l'Estat espanyol. Durant aquest període, el percentatge de casos de sida en estrangers ha experimentat un increment poc significatiu, passant del 5,6% l'any 1995 al 8,1% l'any 2000 ($p=0,1$) (figura 2.9).

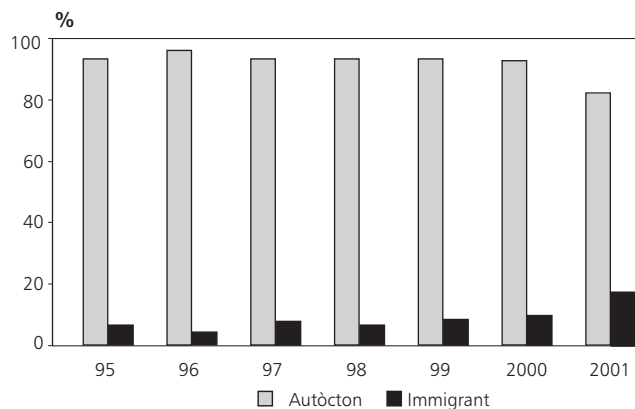
Entre els casos de sida procedents de PRB, les zones més representades van ser Llatinoamèrica i el Carib (amb el 48% dels casos), seguides de l'Àfrica subsahariana (22%) i el Magrib (20%). En el grup de PRE, els pacients de la Unió Europea representaven el 90% dels casos, mentre que altres països europeus extracomunitaris aglutinaven el 3% dels pacients; finalment, un 7% procedien dels EUA.

En comparar les característiques dels immigrants estrangers amb les dels pacients de nacionalitat espanyola (període 1995-2001), ambdós grups es diferenciaren en la distribució per sexe (els immigrants eren homes amb més freqüència), en el lloc de residència (els immigrants residien majoritàriament a Ciutat Vella) i en la forma de transmissió del VIH (els immigrants escassament s'infectaven per l'ús de drogues per via parenteral).

e. Embaràs adolescent

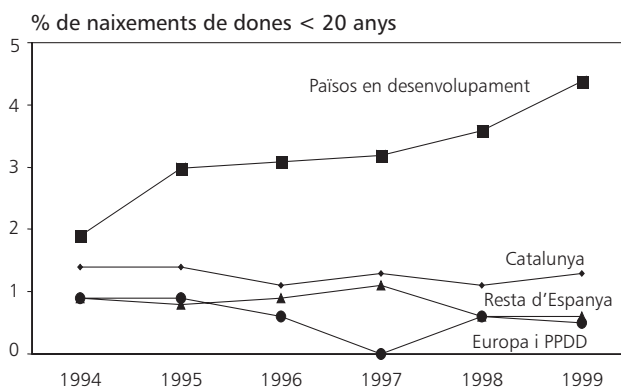
El pes relatiu dels naixements en mares adolescents nascudes en països de baixa renda, ha augmentat substancialment durant els darrers

Figura 2.9. Evolució del percentatge de sida en la població estrangera de Barcelona, 1995-2001.



Font: Registre de casos de sida, IMSP

Figura 2.10. Evolució de la proporció de naixements de dones adolescents sobre el total de naixements per lloc d'origen de les mares. Barcelona, 1994-1999.



Font: Registre de naixements, IMSP

anys, ja que ha passat d'un 8,6% (14 naixements) l'any 1994 a un 23% (38 naixements) l'any 1999. D'altra banda, la proporció de tots els naixements que s'esdevenen en menors de 20 anys ha augmentat en els últims anys només en les dones procedents d'aquests països (8,8% entre mares dominicanes; 6,7% en dones subsaharianes; 4,3% en filipines, i 4% en mares dels països de l'Amèrica Central i Mèxic) (figura 2.10). (Font: document intern del grup de treball sobre immigració i adolescència, IMSP).

No obstant això, cal interpretar amb prudència aquestes dades, en la mesura que moltes d'aquestes mares procedeixen de països en els quals la maternitat s'inicia en edats més precoces que no pas en el nostre entorn; per tant, cal analitzar altres possibles factors relacionats amb aquest fenomen.

f. Els immigrants segons l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000

Un 3% de la població inclosa en l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000 han estat persones d'origen estranger

(en total, 303), xifra que s'adapta a la proporció d'immigrants existent a la ciutat en el moment en què es va realitzar. D'aquests, un 73% (220 persones) procedien de països de renda baixa i la resta pertanyien als inclosos en el grup de renda elevada, segons s'ha definit prèviament. Les dades que es presenten a continuació es refereixen exclusivament a les persones procedents de països de renda baixa.

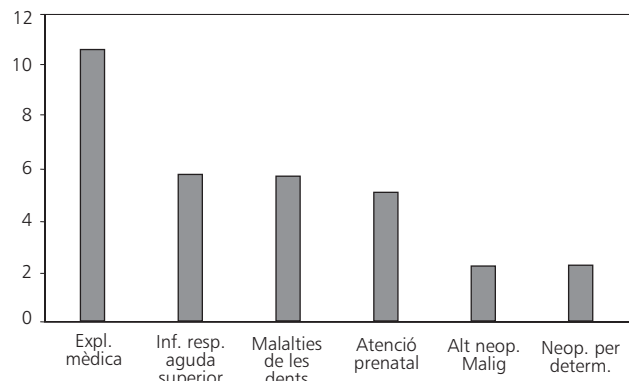
Atenent al tipus de població a què es refereixen aquestes dades, cal considerar que només un 13% d'aquests immigrants haurien arribat al nostre país entre els anys 1995 i 1999. Pel que fa a la situació laboral, el 7,6% es trobava a l'atur (un 1,9% amb subsidi), i d'entre els qui treballaven tan sols un 3% ho feia sense contracte. Ara bé, si considerem que el gran impacte migratori a Barcelona ha tingut lloc essencialment durant els anys 2000 i 2001, tenint en compte a més les limitacions laborals i administratives d'una part considerable dels immigrants estrangers que resideixen a Barcelona, cal interpretar aquestes dades com a preliminars i probablement encara poc representatives de la realitat social i demogràfica de la immigració estrangera a la nostra ciutat. L'enquesta es va realitzar sobre una mostra de la població empadronada l'any 1999 (que, de fet, era l'actualització del padró de 1996) i, per tant, no hi estan inclosos els empadronats posteriorment. En la interpretació de les dades, s'ha de tenir present un molt possible biaix de selecció que comportaria una infrarepresentació dels immigrants amb més problemes d'integració.

La distribució per edat i sexe dels immigrants enquestats revela un percentatge lleugerament superior de dones (56%) i una major proporció de persones incloses en el grup d'edat de 35 a 54 anys (38,5% de la mostra).

Pel que fa a l'estat de salut, un 18,5% dels immigrants declarava que era molt bona i un 55% la considerava bona. Entre els trastorns crònics declarats ($n=31$), destaquen el mal d'esquena en el 10,9%.

Quant a la disponibilitat d'accés a la xarxa sanitària, el 96,4% tenia cobertura de la seguretat social i el 21% disposava de cobertura sanitària mixta (pública i privada). Respecte de la utilització de recursos sanitaris, un 84,6% havia accedit a algun centre en el darrer any, i entre els motius de la visita destaquen el diagnòstic i tractament en el 50,7% dels casos. Els problemes de salut identificats com a més freqüents en la darrera visita s'inclouen en la figura 2.11.

Figura 2.11. Principals problemes de salut en la darrera visita dels immigrants estrangers inclosos en l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000.



Font: ESB-2000, IMSP

2.2.3. Aproximació a algunes necessitats en la salut dels immigrants estrangers, a la ciutat de Barcelona

A partir de les dades que s'acaben d'exposar, a continuació s'indiquen algunes de les prioritats que caldria prendre en consideració, en relació amb el fenomen de la migració i la salut a la ciutat de Barcelona. Diferenciem les necessitats detectades a través de l'anàlisi de la informació dels problemes de salut per als quals disposem d'informació, d'aquells altres dels quals no tenim informació específica.

Necessitats identificades:

- Salut maternoinfantil, en què s'inclouen els aspectes de l'embaràs adolescent i de l'evolució dels patrons de natalitat entre els diferents col·lectius d'immigrants que resideixen a la ciutat.
- L'increment relatiu del col·lectiu d'immigrants en la incidència total tant de tuberculosi com de sida en la ciutat requereix que, en tots dos casos, s'adaptin els programes de prevenció i control actualment existents.

Necessitats de millora d'informació des de l'àmbit de la salut pública:

- Pel que fa a altres malalties infeccioses com les hepatitis víriques i les malalties de transmissió sexual, algunes dades indirectes relacionades amb determinades pràctiques i amb la prostitució apunten cap a la probabilitat de situacions de risc per a alguns col·lectius d'immigrants. Per aquest motiu, es planteja la necessitat de disposar d'un millor coneixement de les dades d'incidència i prevalença d'aquests trastorns en els immigrants, d'una banda, i de seguir avançant en l'elaboració d'estratègies adreçades a la prevenció i la disminució

de riscos, de l'altra. De la mateixa manera, l'augment de la incidència de casos de paludisme importat constitueix un altre element d'especial consideració per a la salut dels immigrants estrangers.

- d) Consum de drogues. Entre els usuaris de drogues il·legals, s'ha observat un nou fenomen relacionat amb la immigració estrangera, sobretot de persones de països de l'Est d'Europa. Aquests usuaris, que utilitzen essencialment la via injectable, presenten en molts casos una situació d'extrema precarietat socioeconòmica que determina unes condicions de vida i de salut molt deteriorades. D'altra banda, un segon aspecte que cal destacar amb relació als fenòmens de la migració i les drogues és el dels menors d'origen magribí que consumeixen inhalants, i que sovint s'inclouen en el col·lectiu de nens del carrer (fenomen d'aparició recent a la nostra ciutat). Aquesta situació determina la necessitat d'intervencions globals de caire sociosanitari que van més enllà dels aspectes vinculats al consum.
- e) Patologia psicossomàtica, sovint relacionada amb el procés migratori i amb les condicions de precarietat i inestabilitat en què viuen moltes persones immigrades. Aquests trastorns es reflecteixen tant en aspectes vinculats amb la salut mental com en d'altres més inespecífics. Així, s'ha observat que un elevat percentatge de les consultes realitzades per aquests pacients sovint obeeixen a casos de cefalees, precordiàlgies, lumbàlgies, "dolor a tot el cos", etc., que en realitat es tradueixen en situacions d'ansietat, depressió, infelicitat i frustració.
- f) Altres situacions, com la salut bucodental o les condicions de salut d'alguns sectors de treballadors estrangers, són línies de treball en les quals caldria parlar especial atenció.

2.3. Planificació de l'embaràs

2.3.1. Introducció

Durant la segona meitat del segle xx, els països desenvolupats han experimentat canvis profunds en el comportament reproductiu de la seva població, que s'han traduït bàsicament en una disminució de la fecunditat i un desplaçament de l'edat en què les dones tenen fills. Aquests canvis tenen diverses explicacions: laborals (l'atur,

sobretot juvenil, i la precarietat laboral), informatives (l'accessibilitat a controls de natalitat), socials (la incorporació de la dona al treball remunerat), econòmics (la pèrdua del poder adquisitiu i l'increment del cost de manteniment dels fills/es), ideològics (la secularització de la societat) i polítics (la desaparició de la pressió sobre la natalitat i la família).

D'altra banda, a més, les lleis despenalitzadores de la interrupció voluntària de l'embaràs i els avenços de la medicina fetal i la genètica (en el diagnòstic prenatal, per exemple) han provocat una creixent demanda d'eines per planificar i controlar la descendència. Les parelles volen pocs fills i que siguin sans. En aquest context, la salut reproductiva ha esdevingut una prioritat sanitària, a la vegada que els embarassos no desitjats suposen un greu problema individual, familiar, social i econòmic. En aquest sentit, l'objectiu d'aquest monogràfic és descriure l'evolució de la planificació dels embarassos de les dones residents a la ciutat de Barcelona durant la dècada dels 90.

La població d'estudi són les dones residents a Barcelona que, durant el període 1990-1999, tingueren una gestació que acabà en un nadó o en una interrupció voluntària de l'embaràs. Les fonts d'informació són el padró d'habitants i els registres de naixements, morts perinatals, interrupcions voluntàries de l'embaràs i defectes congènits de la ciutat. Les variables analitzades són l'edat materna i la planificació de l'embaràs. La definició operativa d'embaràs no planificat inclou totes les interrupcions voluntàries de l'embaràs (la proporció de les que es fan per risc fetal, violació o perill per a la salut física de la mare no arriba al 5%), i en el cas dels nadons s'ha fet una extrapolació (una mostra del 2% dels nadons sense defectes) a partir dels controls del registre de defectes congènits de la ciutat, la base de dades del qual inclou la variable sobre planificació de l'embaràs.

Així, els embarassos es divideixen en 3 grups: embarassos planificats que acaben en un nadó, embarassos no planificats que també acaben en un nadó i interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). S'analitza l'evolució temporal de la distribució d'aquests tipus d'embarassos per grups quinquennals d'edat materna. Per problemes de disponibilitat, aquesta anàlisi només s'aplica per al període 1994-1999. D'altra banda, s'obtenen i es distribueixen les taxes de fecunditat i d'interrupcions voluntàries de l'embaràs.

Una limitació d'aquest estudi que cal tenir present és el fet que hom ha treballat només amb gestacions que acabaren en un nadó o una IVE; les gestacions que van acabar en un avortament espontani aquí no són tractades.

2.3.2. Situació a Barcelona

Durant el període d'estudi (1990-1999), han tingut lloc entre les residents a la ciutat de Barcelona un total de 155.013 embarassos, 123.260 dels quals van ser naixements (80%) i 31.735 van correspondre a IVE (20%). Les taxes corresponents per 1.000 dones són de 36,8 en el cas dels naixements, de 9,5 en la

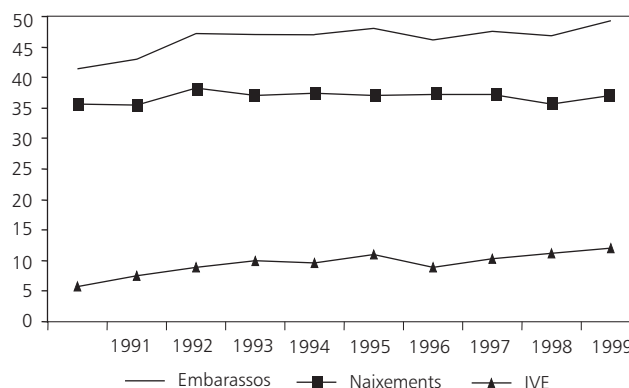
d'IVE i de 46,3 pel que fa al global d'embarassos. Al llarg de la dècada, la taxa de naixements s'ha mantingut estable i s'ha registrat un increment de la taxa d'IVE, cosa que s'ha traduït globalment en un augment de la taxa d'embarassos (figura 2.12). Si durant el primer any de la dècada (1990) la relació de nadons/IVE va ser de 86%/14%, l'últim any (1999) va ser de 75%/25%.

La distribució de les taxes de naixements i d'embarassos per grups quinquennals d'edat materna presenten la coneguda forma normal (figura 2.13), mentre que la d'IVE esdevé molt més suavitzada (figures 2.13 i 2.14). En la figura 2.14 es pot observar clarament que el grup amb la taxa d'IVE més elevada és el de 20-24 anys.

Si hom analitza la relació naixements/IVE en els diferents grups d'edat materna, es pot observar que la proporció d'IVE és molt elevada en el grup de dones adolescents (<20 anys: 68%), elevada en el grup de 20-24 anys (49%), relativament baixa en els grups intermedis (25-39 anys: entre 10% i 17%) i moderadament elevada en el grup de 40 anys i més (36%) (figura 2.15). Per resumir la variació de les taxes de naixements i d'IVE en els diferents grups d'edat materna al llarg de la dècada, en la figura 2.16 s'han representat els percentatges de variació d'aquestes taxes entre el primer any de la dècada (1990) i l'últim (1999). Quant als naixements, es pot observar el conegut desplaçament dels naixements cap a edats majors, amb variacions negatives en els grups de dones més joves (<30 anys) i positives en els grups a partir de 30 anys. La variació de les taxes entre el 1990 i el 1999 en aquests grups de dones a partir de 30 anys és més gran a mesura que augmenta l'edat: un 25% més al 1999 respecte al 1990 en el grup de 30-34 anys, un 81% més en el de 35-39 anys i un 100% més en el de 40 anys i més. Pel que fa a les IVE, les variacions de les taxes entre el 1990 i el 1999 són positives (incrementen) en tots els grups d'edat, amb una clara tendència a l'alça de les variacions a mesura que disminueix l'edat. La taxa d'IVE en el grup de dones adolescents (menors de 20 anys) es multiplica per gairebé 2,5 (cosa que representa un augment del 146%).

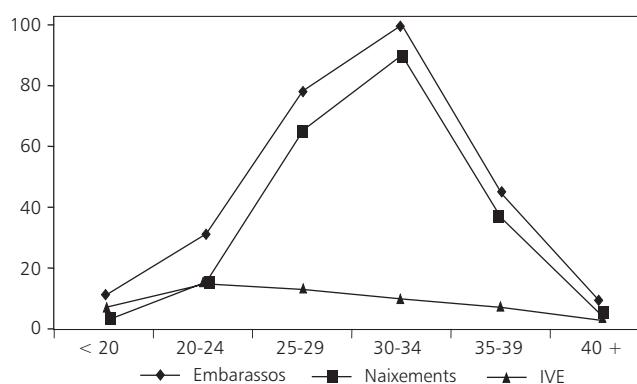
Si hom se centra en el grup de dones adolescents, en la figura 2.17 s'observa que al llarg de la dècada la taxa global d'embarassos ha augmentat considerablement (d'un 8% al 1990 a un 14% al 1999) d'acord amb una petita davallada en la taxa de naixements i un important

Figura 2.12. Distribució anual de les taxes d'embarassos (naixements i IVE). Barcelona, 1990-1999.



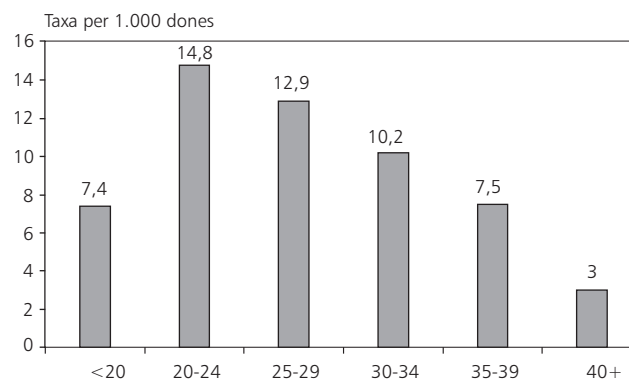
Font: Registre de naixements de l'IMSP i registre d'IVE del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Figura 2.13. Distribució per edat materna de les taxes d'embarassos (naixements i IVE). Barcelona, 1990-1999.



Font: Registre de naixements de l'IMSP i registre d'IVE del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Figura 2.14. Distribució per edat materna de la taxa d'IVE. Barcelona, 1990-1999.



Font: Registre d'IVE del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

increment de la taxa d'IVE, com ja es podia comprovar en la figura 2.16.

Si s'introdueix la variable sobre planificació de l'embaràs entre els naixements per establir els 3 grups de gestacions a què es feia referència al començament d'aquest monogràfic (nadons d'embarassos planificats, nadons d'embarassos no planificats i IVE), en la figura 2.18 es pot observar com varien les proporcions de cadascun d'aquests grups en 3 grups d'edat materna i 2 períodes.

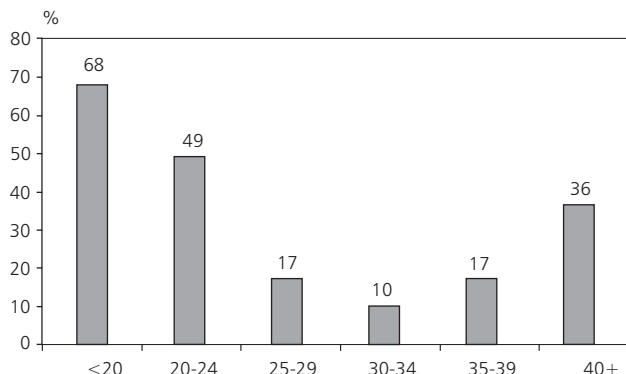
Durant el període 1994-1996, les dones menors de 20 anys van planificar només el 22% de les seves gestacions, mentre que un 7% varen ser nadons d'embarassos no planificats i el 71% restant van ser IVE. És a dir, un 91% dels embarassos no planificats en el grup de dones adolescents van ser avortats, la qual cosa suposa el 12% del total d'IVE en aquest període.

Pel que fa al període 1997-1999, aquestes xifres empitjoren, ja que la proporció de gestacions planificades disminueix del 22% a l'11%. En el grup d'embarassos de dones d'entre 20 i 24 anys les xifres no són gaire millors: només un 18%-19% varen correspondre a embarassos planificats. La proporció d'IVE al període 1994-1996 va ser del 53%, i del 60% al període 1997-1999. Aquesta darrera proporció suposa el 28% del total d'IVE. I en el cas de dones joves (<25 anys), aquestes han concentrat un 41% de totes les IVE del període 1997-1999. La distribució dels tipus d'embarassos en la resta de grups d'edat materna (>24 anys) és molt diferent, atès que entre un 65% (1994-1996) i un 71% (1997-1999) van ser planificats i només un 15%-16% van ser avortats.

Els resultats de l'anàlisi de la planificació dels embarassos indiquen que, actualment, segueix sent elevada la proporció d'embarassos que s'esdevenen sense planificació, i que la seva tendència sembla anar a l'alça. A més, aquests fets són més acusats en els grups en principi més febles, com ara les dones adolescents. Davant d'aquest fet, un dels objectius del Pla de Salut de Barcelona és disminuir la taxa d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota del 4 per 1.000 abans de l'any 2000, propòsit que no s'està assolint.

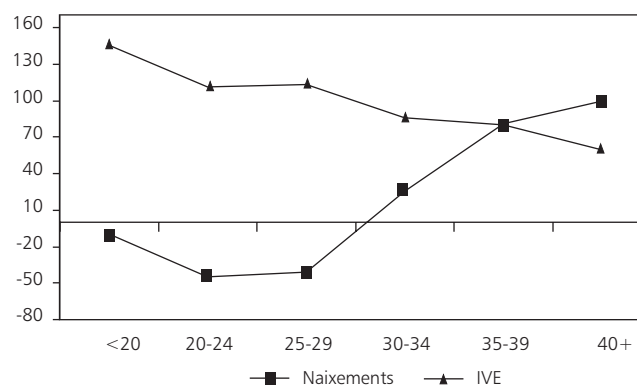
L'estabilització de les taxes de naixements en el grup de dones joves s'esdevé mitjançant la utilització de la IVE per eliminar aquests embarassos no desitjats. Encara que això soluciona una part del problema, en comporta un altre de salut pública perquè els avortaments tenen un important cost econòmic i mai no són innocus ni

Figura 2.15. Distribució per edat materna del percentatge d'IVE sobre el total d'embarassos. Barcelona, 1990-1999.



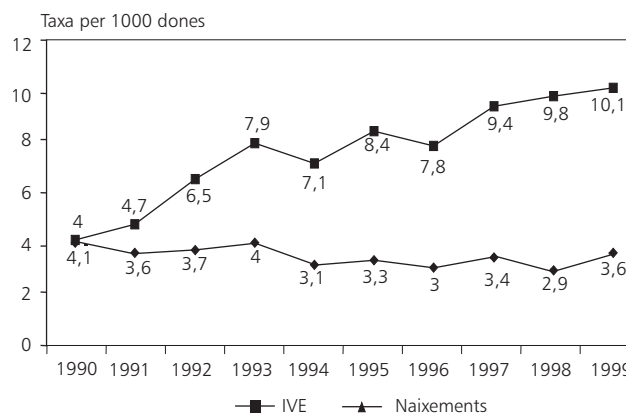
Font: Registre d'IVE del Departament de Sanitat i Seguretat Social i registre de naixements de l'IMSP.

Figura 2.16. Distribució per edat materna de la variació de les taxes de naixements i interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) entre 1990 i 1999 a Barcelona.



Font: Registre de naixements de l'IMSP i registre d'IVE del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Figura 2.17. Evolució de les taxes de naixements i interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) en dones menors de 20 anys. Barcelona, 1990-1999.



Font: Registre de naixements de l'IMSP i registre d'IVE del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

desitjables per a les dones. L'embaràs en l'adolescència és un important problema social i sanitari. En vista que la immensa majoria d'aquestes gestacions no són planificades, el seu control podria evitar algunes complicacions obstètriques pròpies del grau d'immaduresa física i, també, les conseqüències de la interrupció del procés formatiu o del trauma emocional que suposa posar fi a la gestació.

El fet que la gravetat del problema recaigui en determinats grups d'edat té desavantatges (grup feble), però la detecció de grups de risc incrementat també pot tenir avantatges, en el sentit que les solucions es poden focalitzar. Potser el missatge de la conveniència de planificar l'embaràs podria anar dirigit, almenys en primera instància, a les dones d'aquest segment d'edat i a les seves parelles.

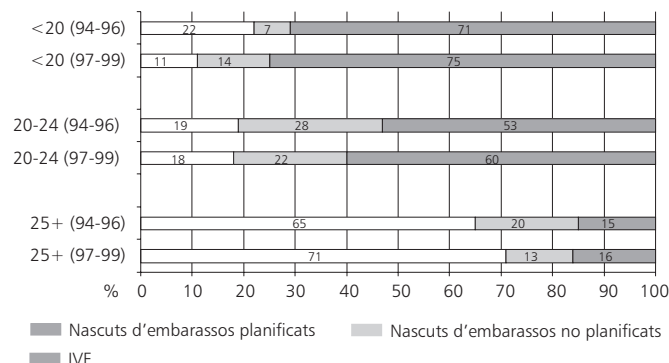
De totes maneres, la planificació de l'embaràs, a qualsevol edat, a més d'evitar moltes IVE, permet controlar (juntament amb l'anomenada consulta pregestacional) la futura gestació en aspectes com les exposicions teratogèniques evitables, el diagnòstic prenatal o l'aplicació de mesures preventives, com ara la ingesta d'àcid fòlic. El desenvolupament de programes de prevenció de l'embaràs no desitjat podria tenir també dos efectes secundaris no menyspreables i amb més impacte sobre la població jove: d'una banda, una reducció del nombre de fills no desitjats (encara que són acceptats i arriben a néixer) i, de l'altra, suport a la prevenció de malalties de transmissió sexual.

Altrament, encara que no s'ha estudiat a fons, s'intueix l'existència de desigualtats socials i econòmiques en la distribució de l'embaràs no planificat. Aquesta seria un altra raó per desenvolupar programes de prevenció.

2.3.3. Conclusions

1. Per analitzar correctament l'evolució dels embarassos a la ciutat de Barcelona en la dècada dels 90, l'estudi no es pot restringir als naixements. Cal també tenir en compte les IVE, que comporten al voltant del 20% del total d'embarassos.
2. Més del 70% dels embarassos de dones menors de 20 anys acaben en una interrupció voluntària de l'embaràs. Aquesta proporció ha anat augmentant al llarg de la dècada.

Figura 2.18. Distribució per edat materna del percentatge d'embarassos segons la planificació i els resultats en dos períodes. Barcelona, 1994-1999.



Font: Registre de naixements i registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB) de l'IMSP i registre d'IVE del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

3. La manca de planificació de l'embaràs en dones adolescents és preocupant. L'avortament de la majoria d'aquests embarassos, encara que soluciona en part el problema dels fills no desitjats, n'afegeix un altre de salut pública al panorama, ja que aquests avortaments tenen un cost econòmic i emocional considerable.
4. L'objectiu del Pla de Salut de Barcelona de disminuir la taxa d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota del 4 per 1.000 per a l'any 2000 no s'ha assolit. Ben al contrari, des del 1994 la taxa supera aquesta xifra i ha anat augmentant fins a situar-se al 6 per 1.000 al 1999.
5. El desenvolupament de programes de prevenció de l'embaràs en dones joves, a més de reduir el nombre d'IVE, podria tenir dos efectes secundaris no menyspreables: d'una banda, una reducció del nombre de fills no desitjats (encara que acceptats) i, de l'altra, un probable impacte en la prevenció de malalties de transmissió sexual.
6. La planificació de l'embaràs, a qualsevol edat, permet controlar la futura gestació en aspectes com les exposicions teratogèniques evitables, el diagnòstic prenatal o l'aplicació de mesures preventives, com ara la ingesta d'àcid fòlic.

Agraïments

Al Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, per facilitar les dades del Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs.

Volem agrair el treball desinteressat dels membres dels grups de suport del Registre de Defectes Congènits de la ciutat de Barcelona (REDCB), així com la feina de tractament de la informació de les infermeres del REDCB.

2.4. Salut Mental

Conèixer la prevalença dels trastorns de salut mental en la població és interessant tant des d'una perspectiva de recerca i d'assistència clínica com de planificació sanitària.

Els objectius d'aquest treball varen ser determinar la prevalença de trastorns no greus de salut mental a Barcelona, així com descriure la població en risc de desenvolupar-los amb relació a aspectes sociodemogràfics, d'estat de salut, de suport social i d'utilització de serveis sanitaris.

Les dades provenen de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000 (ESB-2000), en la qual es va incloure la versió de 12 preguntes del qüestionari de salut mental "General Health Questionnaire" (GHQ-12), que detecta trastorns mentals no greus recents, encara que no informa ni de la gravetat ni del tipus de trastorn. Es va considerar que les persones que tenien una puntuació en el qüestionari de 3 o superior presentaven trastorns mentals no severs recents. L'univers de l'ESB-2000 era tota la població no institucionalitzada resident a la ciutat. En l'administració del GHQ-12 només es va incloure la població major de 14 anys.

Es varen entrevistar 8.538 subjectes majors de 14 anys. Un 14,3% (d.e.=0,74) presentaven trastorns mentals no severs recents. Un 10% dels homes i un 17,7% de les dones presentaven aquests trastorns, els quals augmentaven amb l'edat, sobretot en les dones (21,7% de les dones majors de 65 anys) (figura 2.19).

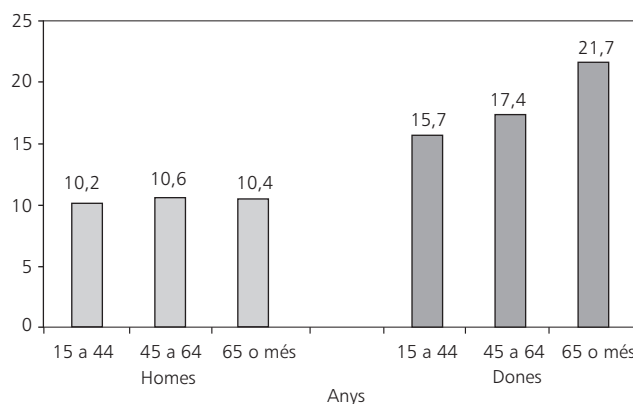
Tant en homes com en dones, els trastorns mentals no severs recents eren superiors en les persones separades (22,7%), vídues (25,5%) o de classes socials menys afavorides (17,2% en les classes socials IV-V) (figura 2.20); i també en les persones en situació d'atur (21%), especialment a mesura que augmenta el temps d'atur (figura 2.21).

La població resident en els districtes I i VII era la que presentava una major prevalença de trastorns de salut mental (figura 2.22).

Respecte a l'estat de salut percebut, tant en homes com en dones, les persones amb una pitjor percepció sobre la pròpia salut eren les que presentaven també més problemes de salut mental (figura 2.23).

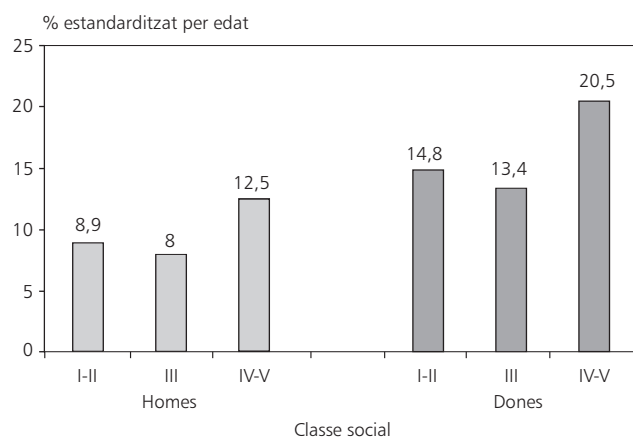
En aquesta primera anàlisi de les dades, es desprèn que la prevalença de trastorns no greus de salut mental era superior en les persones que presentaven alguna restricció de les seves activitats habituals (31,6%) o que patien algun trastorn crònic de salut (17%) o bé certa manca de suport social.

Figura 2.19. Prevalença de trastorns de salut mental segons l'edat i el sexe.



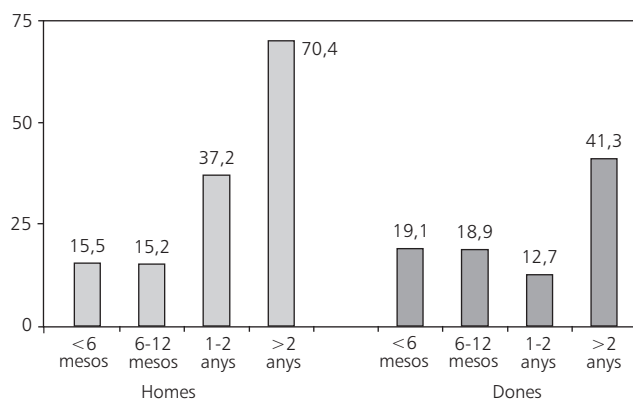
Font: ESB-2000, IMSR.

Figura 2.20. Percentatge de trastorns de salut mental segons la classe social i el sexe.



Font: ESB-2000, IMSR.

Figura 2.21. Percentatge de trastorns de salut mental segons el temps en atur i el sexe.



Font: ESB-2000, IMSR.

Amb relació a l'ús dels serveis sanitaris, un 6% de la població declarava haver visitat algun professional de la salut mental en els darrers 12 mesos (un 58% d'aquestes visites s'havien realitzat en el sistema sanitari públic, i un 42 %, en el privat). Un 14% de la població també reconeixia haver pres algun tranquil·litzant en els quinze dies previs a l'entrevista (un 70% eren dones i un 30%, homes) i un 5,5%, antidepressius almenys durant tres mesos en el darrer any (un 74% eren dones i un 26%, homes). Unes anàlisis posteriors i més aprofundides de les dades ajudaran a determinar d'una forma més precisa els principals factors associats al risc de tenir problemes de salut mental, informació molt important com a eina per al disseny d'estratègies d'intervenció. Com a principals conclusions, es pot afirmar que aproximadament uns 214.500 barcelonins presenten trastorns no greus recents de salut mental. Els grups amb major risc són el de les dones (que augmenta amb l'edat), el de les persones de classes socials menys afavorides, el de la població amb situació laboral d'atur (en què augmenta a mesura que es prolonga el temps d'atur) i també el de les persones amb pitjor estat de salut i amb menys suport social.

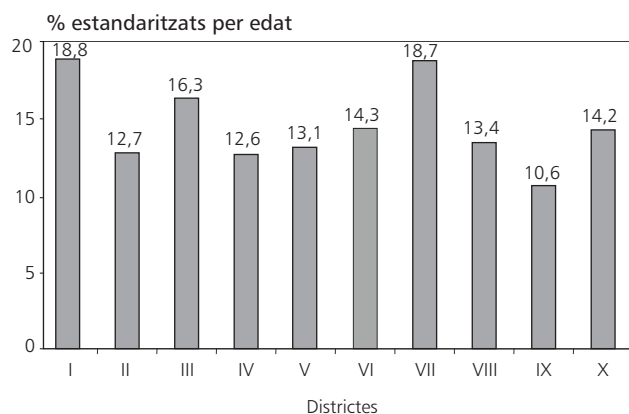
2.5. Els serveis d'atenció primària de salut a la ciutat de Barcelona

2.5.1. Introducció

Els resultats que es presenten en aquest monogràfic estan extrets de l'Enquesta de Salut de Barcelona realitzada l'any 2000 (ESB-2000) sobre una mostra representativa de la població. L'ESB-2000 permet conèixer, entre d'altres qüestions, el tipus de cobertura sanitària que tenen les persones, el model d'atenció primària de salut que els ofereix el sistema de finançament públic segons el lloc de residència, i les característiques del metge/essa de capçalera que les persones identifiquen com a habitual.

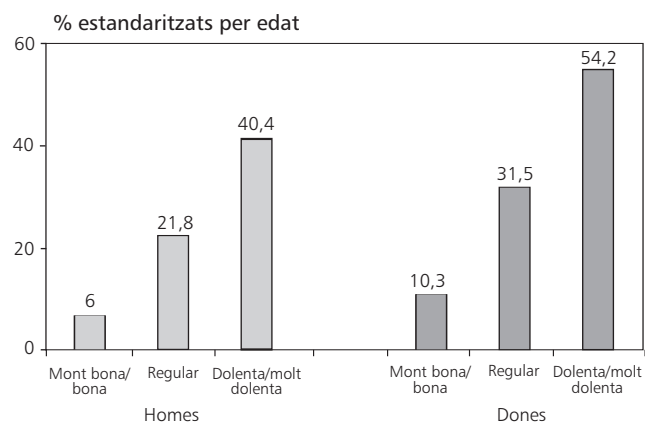
Els serveis d'atenció primària que s'ofereixen a la població són diferents, en gran part per la implantació o no de la reforma de l'atenció primària (RAP) en un determinat territori (l'àrea bàsica de salut o ABS). Segons el seu lloc de residència, a cada persona se li assigna una ABS. Tal com s'ha presentat en el capítol 1 (veure figura 1.30), el ritme d'introducció de la RAP a la ciutat ha estat llarg i encara no cobreix la totalitat de la població (l'any 2000 es

Figura 2.22. Percentatge de trastorns de salut mental segons el districte de residència.



Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.23. Percentatge de trastorns de salut mental segons l'estat de salut percebut i el sexe.



Font: ESB-2000, IMSP.

va arribar a una cobertura del 65,4%). En general, la reforma ha estat implantada de manera que les primeres àrees que s'han reformat han estat aquelles més deprimides en el terreny socioeconòmic i de la salut.

Tal com es presenta en la taula 2.6, a la ciutat de Barcelona el 98,7% de la població té cobertura sanitària pública; el 67,2%, exclusivament pública; el 31,5%, mixta (pública i mútua voluntària), i l'1,3% només té cobertura privada. A les ABS on ha arribat la reforma de l'atenció primària de salut és major la quantitat de població que només té cobertura sanitària pública. Cal tenir present, en la valoració d'aquestes dades, que les zones no reformades en general són de nivell socioeconòmic més alt, fet que també implica un major accés a la despesa ocasionada per les cobertures privades.

En aquest monogràfic es fan dues aproximacions a la reforma de l'atenció primària. En la primera part, s'analitzen les diferències

Taula 2.6. Tipus de cobertura sanitària segons el model d'atenció primària de salut assignat per l'ABS de residència

	Cobertura pública N (%)	Cobertura mixta N (%)	Cobertura privada N (%)	Total
ABS reformades en el període 1984-1993	1775 (77%)	497 (21,7%)	14 (0,6%)	2286 (100%)
ABS reformades en el període 1994-1998	1967 (75,8%)	583 (22,2%)	45 (1,7%)	2595 (100%)
ABS no reformades o reformades a partir de 1999	2998 (58,3%)	2077 (40,4%)	70 (1,4%)	5146 (100%)
Total	6742 (67,2%)	3159 (31,5%)	129 (1,3%)	10030 (100%)

ABS: Àrea Bàsica de Salut.
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, IMSP

existents segons el model d'atenció primària (reformat o tradicional) que s'ofereix a la població depenent del lloc de residència; és a dir, es fa referència al tipus d'atenció primària oferta pel sistema públic. En una segona part, l'anàlisi de les diferències es realitza d'acord amb el model d'atenció primària a què pertany el metge/essa de capçalera habitual de cada persona; per tant, aquí es descriu el tipus d'atenció primària del sistema públic amb els seus diferents graus d'implantació de la reforma, així com les mútues obligatòries i el sistema privat. En l'esmentada anàlisi aquestes dues últimes categories s'han tractat conjuntament per tres raons bàsiques: 1) perquè el nostre interès principal se centra a analitzar allò que succeeix en el sistema públic, 2) perquè no hi ha diferències importants respecte a les variables analitzades i 3) per tal de no tenir problemes per manca d'efectius en algunes categories.

2.5.2. Diferències segons el tipus d'atenció primària oferta pel sistema públic

Un dels factors que condicionen la possibilitat que l'APS pugui exercir una de les seves principals funcions (la longitudinalitat de l'atenció) és el fet que la població tingui el mateix metge/ssa de capçalera el màxim temps possible. D'aquesta manera, la relació personal metge-pacient permet

ampliar l'objecte d'interès des de la malaltia fins a tot l'individu en conjunt. S'ha demostrat que aquesta circumstància té un gran valor sanitari i alhora revela diferències importants en la qualitat de l'assistència i els seus resultats. Segons dades de l'ESB-2000, un 9,1% de la població no identifica cap metge/essa de capçalera habitual, i per tant el 90,9% sí que ho fa (un 80,5% identifica un metge/essa dels serveis públics i 19,5%, un de privat). En les zones on l'oferta de serveis d'atenció primària encara no s'ha reformat o bé ho acabava de fer, la quantitat de persones que no identifiquen cap metge/essa de capçalera habitual esdevé superior (taula 2.7).

Un aclariment que cal fer és que, atès que l'ESB-2000 es va dur a terme durant l'any 2000, s'ha considerat adequat en aquesta anàlisi tractar com una categoria única aquelles ABS recentment reformades (durant l'any 1999) juntament amb les que aleshores encara no havien estat reformades.

El 72,9% de la població de les ABS reformades en el període 1984-1993 té el mateix metge/essa de capçalera des de fa més de 3 anys, percentatge més gran que el que es dona a les ABS reformades posteriorment i a les no reformades. Al voltant d'un 10% de la població ha canviat de metge en els darrers 12 mesos, i, d'aquests, entre el 35% i el 50% ho han fet per decisió de l'administració (taula 2.8).

La reforma de l'atenció primària de salut ha d'afavorir les condicions per tal que es pugui oferir als ciutadans una atenció més global, que no només estigui dedicada a guarir sinó també a prevenir problemes de salut i promoure la salut. A l'ESB-2000 s'ha recollit informació sobre algunes de les principals pràctiques preventives que pot exercir l'atenció primària de salut, com ara el control peri-

Taula 2.7. Distribució de la titularitat del metge de capçalera habitual segons el model de l'APS assignada pel lloc de residència

	SCS N (%)	Mútua obligatòria / privada N (%)	No té metge de capçalera habitual N(%)	TOTAL N (%)
ABS reformades en el període 1984-1993	1897 (83,0%)	281 (12,3%)	95 (4,1%)	2286 (100%)
ABS reformades en el període 1994-1998	2059 (79,4%)	429 (16,5%)	86 (3,3%)	2595 (100%)
ABS no reformades o reformades a partir de 1999	3050 (59,3%)	1310 (25,5%)	737 (14,3%)	5146 (100%)
Total	7006 (69,8%)	2021 (20,1%)	918 (9,1%)	10030 (100%)

ABS: Àrea Bàsica de Salut.
SCS: Servei Català de la Salut.
Font: ESB-2000, IMSP.

Taula 2. 8. Algunes variables relacionades amb el metge/essa de capçalera i pràctiques preventives segons el model d'atenció primària de salut ofert pel sistema públic

	ABS reformades en el període 1984-1993 N (%)*		ABS reformades en el període 1994-1998 N (%)*		ABS no reformades (o reformades a partir de 1999) N (%)*	
Tenen el mateix metge/essa de capçalera fa 3 anys o més.	1668	(72,9%)	1641	(64,6%)	3006	(58,4%)
Han canviat de metge/essa de capçalera en els darrers 12 mesos.	217	(9,1%)	243	(9,4%)	585	(11,3%)
Canvi per decisió de l'administració (% sobre el total dels qui han canviat).	76	(35%)	98	(40,3%)	292	(50%)
Pràctiques preventives pròpies de l'APS						
Control de la tensió arterial en els darrers dos anys pel seu metge/essa o infermer/a de capçalera, en els majors de 40 anys	827	(72,0%)	818	(64,2%)	3049	(65,3%)
Vacunació antigripal cada any en majors de 65 anys	285	(62,6%)	248	(55,8%)	542	(50,8%)
Consell antitabac a fumadors per part del seu metge	320	(54,1%)	280	(46,3%)	579	(46,4%)

* Percentatges estandarditzats per edat.

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, IMSP.

òdic de la tensió arterial, la vacunació antigripal en grups de risc (sobretot el dels majors de 65 anys) i els consells dissuasius en l'hàbit de fumar. Els resultats demostren que les persones que viuen en ABS reformades des de fa més temps són les que manifesten haver-les rebut en major proporció (taula 2.8). Així, el 72% dels majors de 40 anys que viuen en ABS reformades en el període 1984-1993 declaren que el seu metge/essa o infermer/a de capçalera li ha pres la tensió arterial alguna vegada en els darrers 2 anys (enfront del 64%-65% en les altres àrees); la vacunació antigripal en els majors de 65 anys arriba al 63% en les ABS amb més temps de reforma, i al 51% en les no reformades. D'altra banda, el 54% dels fumadors de les ABS reformades declaren que el seu metge/essa els ha recomanat deixar de fumar, davant del 46% de la resta de població.

2.5.3. Diferències segons el model d'atenció primària utilitzada

Tal com s'ha esmentat anteriorment, més del 90% de la població identifica algun metge/essa de capçalera al qual visita habitualment per rebre atenció mèdica primària; el 22% són d'alguna mútua obligatòria o bé privats, i la resta (78%) són usuaris dels serveis públics. Si hom analitza la realització de les pràctiques preventives anteriors segons el model d'atenció primària en què treballa el metge/essa habitual de les persones (taula 2.9), s'observa que el control periòdic de la tensió arterial en els majors de 40 anys i els consells dissuasius sobre el tabac són més freqüents en les persones que han

anat a l'APS amb major temps de reforma i en les que s'han adreçat a alguna mútua obligatòria o al metge/essa privat. Respecte a la vacunació antigripal dels majors de 65 anys, s'observa un gradient: hi ha més proporció de població vacunada en les ABS amb més temps de reforma que no pas en les no reformades o reformades darrerament i també en l'atenció primària de la mútua obligatòria o bé privada.

Per poder exercir la funció de "porta d'entrada" al sistema sanitari, l'atenció primària ha de ser accessible. En l'ESB-2000 es va voler mesurar l'accessibilitat percebuda per la població mitjançant la valoració de la satisfacció amb l'APS, i a través del càlcul del temps d'espera en la visita.

A la meitat de tota la mostra es va incloure el qüestionari de satisfacció amb l'atenció primària de B. Hulka, que ha estat traduït i validat a Andalusia¹. Consta de 27 ítems que s'agrupen en tres categories: a) qualitats del metge/essa en la seva relació amb el pacient, b) competència professional i tècnica del metge/essa, i c) accessibilitat de la visita, que inclou condicions sobre el cost i la comoditat. A partir de les respostes en una escala de l'1 (totalment d'acord) al 5 (totalment en desacord), es construeix un índex de 0 (molt insatisfet) a 100 (molt satisfet). Aquest qüestionari el varen respondre les persones que en els darrers 12 mesos havien visitat alguna vegada el seu metge/essa de capçalera habitual.

Tal com es mostra en la taula 2.9, la satisfacció amb les qualitats personals del metge/essa és la més elevada en la població que té algun metge/essa de capçalera habitual en alguna ABS amb més temps de reforma (índex: 71), i també quan el metge/essa és d'una mútua obligatòria o bé és privat (índex: 74). L'índex de satisfacció amb la competència professional i tècnica del metge/essa està al voltant del 61, i no hi ha diferències destacables entre

¹ C. Rodríguez: "Los andaluces, protagonistas de su salud: opiniones sobre la atención médica" (Serie monográfica 2). Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; 1985).

Taula 2.9. Pràctiques preventives, satisfacció amb l'atenció primària i temps d'espera per visita, segons el model d'atenció primària de salut del metge/essa de capçalera habitual

	ABS reformades en el període 1984-1993 N (%)*	ABS reformades en en el període 1994-1998 N (%)*	ABS amb model tradicional (o bé reformades a partir de 1999) N (%)*	Mútua obligatòria/ privada N (%)*
Pràctiques preventives pròpies de l'APS				
Control de la tensió arterial en els darrers dos anys pel seu metge/essa o infermer/a de capçalera, en els majors de 40 anys	719 (72%)	687 (64%)	1059 (62,7%)	656 (74,7%)
Vacunació antigripal en majors de 65 anys	253 (63,3%)	226 (57,7%)	376 (51,6%)	172 (52,9%)
Consell antitabac a fumadors	269 (55,3%)	223 (44,5%)	344 (46,9%)	225 (53,5%)
Índex de satisfacció (de 0 a 100)				
Qualitats personals	70,8	69,4	65,9	74
Competència professional	61,7	61,3	59,3	61,6
Accessibilitat	59	59,4	56,3	63,5
Infermeria	73,4	66,6	67,7	63,9
Temps d'espera de la darrera visita al metge/essa capçalera				
Menys de 10'	58 (29,6%)	65 (36,3%)	72 (25,2%)	76 (59,4%)
Menys de 30'	144 (73,5%)	147 (82,1%)	190 (66,4%)	117 (91,4%)
Mitjana en minuts	28'	23'	31'	15'

* Percentatges estandarditzats per edat.

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, IMSP.

els models d'APS. La satisfacció amb la dimensió d'accessibilitat és major en els qui s'adrecen al metge/essa de capçalera en la mútua obligatòria o bé particular.

A les persones que havien visitat algun infermer/a en la seva consulta en els darrers 12 mesos també se'ls demanava l'opinió sobre: 1) la facilitat de contacte amb aquest professional, 2) la transmissió de consells de prevenció, 3) el grau de preocupació del professional sobre les limitacions, l'estat d'ànim o els problemes del pacient, 4) l'actitud d'aquest professional a l'hora d'escoltar i informar adequadament, i 5) la seva preocupació pel que fa als possibles problemes de salut crònics del pacient. A partir de les respostes, també s'ha elaborat un índex global. Així, la satisfacció esdevé més elevada en les persones ateses en les ABS amb més temps de reforma, i menor en les ateses en alguna mútua obligatòria o privada (taula 2.9).

A aquells que van declarar haver realitzat alguna visita al seu metge/essa de capçalera en els 15 dies previs a l'entrevista, se'ls va preguntar pel temps que van haver d'esperar des que van arribar a la consulta fins que els varen visitar. En la taula 4 es presenten els resultats obtinguts, que mostren una clara diferència: en el grup dels qui es van adreçar a la mútua obligatòria o al metge/essa privat, el temps d'espera esdevé sensiblement menor (amb una mitjana de 15 minuts; el

50% va esperar menys de 10 minuts i només el 7% ho va fer més de 30 minuts); per contra, en el cas dels qui varen acudir al sistema públic, la mitjana del temps d'espera se situa entre els 20 i 30 minuts segons el model d'atenció primària de salut, i al voltant del 30% va esperar menys de 10 minuts.

2.5.4. Conclusions

1. Les persones adscrites a ABS amb el model d'atenció primària de salut tradicional o bé reformades poc abans de la realització de l'enquesta, tenen més sovint cobertura sanitària mixta, i n'hi ha més que no identifiquen cap metge/essa de capçalera habitual.
2. Les persones adscrites a ABS amb més temps d'implantació de la reforma tenen més sovint algun metge/essa de capçalera des de fa més temps.
3. La reforma de l'APS sembla afavorir la globalitat de l'atenció, mesurada mitjançant el grau de realització de pràctiques preventives pròpies d'aquest nivell d'atenció (detecció precoç i control de la hipertensió arterial, vacunació antigripal i consell antitabac).
4. La satisfacció dels ciutadans és més gran respecte a les qualitats personals dels metges/esses de capçalera (que és major en l'APS amb més temps de reforma i en la mútua obligatòria i centres privats) i del personal d'infermeria (especialment, en les ABS amb més temps de reforma). La satisfacció expressada és menor pel que fa a la competència professional i l'accessibilitat de la visita, aspectes en els quals no hi ha diferències destacables segons el model d'atenció.

2.6. Desigualtats de gènere en la salut relacionades amb la conciliació de la vida familiar i laboral

La incorporació de la dona al mercat laboral, un dels canvis socials més grans de l'últim segle, ha comportat una adaptació de les dues esferes en què tradicionalment s'ha dividit la vida social: el treball remunerat i la vida familiar. Tanmateix, encara no ha tingut lloc una redistribució de les tasques domèstiques entre els dos sexes, per la qual cosa les dones ocupades es continuen fent càrrec de la major part del treball de la llar, amb la consegüent sobrecàrrega i les tensions derivades de la dificultat per conciliar la vida laboral i la familiar. D'altra banda, en el mercat laboral la situació de les dones és pitjor que la dels homes, amb una major taxa d'atur, feines menys qualificades, més situacions de precarietat i més dificultats de promoció (l'anomenat "sostre de vidre").

Aquestes diferències de gènere en les condicions de vida laboral i familiar poden ser font de desigualtats en l'estat de salut d'homes i dones. A continuació, s'analitza la situació de les persones que han de fer front a les exigències del treball remunerat i el familiar a la ciutat Barcelona. Les dades procedeixen de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000. S'han seleccionat treballadors i treballadores de 25 a 64 anys que estan casats o que viuen en parella (54,7% dels homes i 51,8% de les dones d'aquest grup d'edat). En primer lloc, es descriuen les seves condicions de vida laboral i familiar, i posteriorment el seu estat de salut².

2.6.1. Condicions de vida

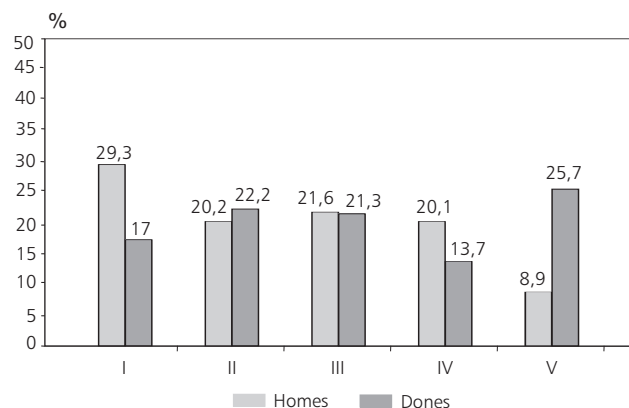
La vida laboral

A Barcelona, les condicions de treball de les dones són pitjors que les dels homes: treballen en ocupacions menys qualificades, pateixen situacions de precarietat amb més freqüència i ocupen menys llocs de responsabilitat.

La qualificació del treball

A cada persona se li ha assignat la classe social corresponent a la seva ocupació, d'acord amb l'adaptació espanyola de la versió anglesa. Aquesta variable constitueix una aproximació a les condicions materials de vida dels individus, si

Figura 2.24. Classe social segons el gènere (percentatges estandarditzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP.

bé en el cas de les persones ocupades, com les que aquí s'analitzen, esdevé també un indicador del grau de qualificació de la feina (superior entre les persones de classes socials altes). En la figura 2.24 es mostra la distribució de la població d'estudi segons la classe social.

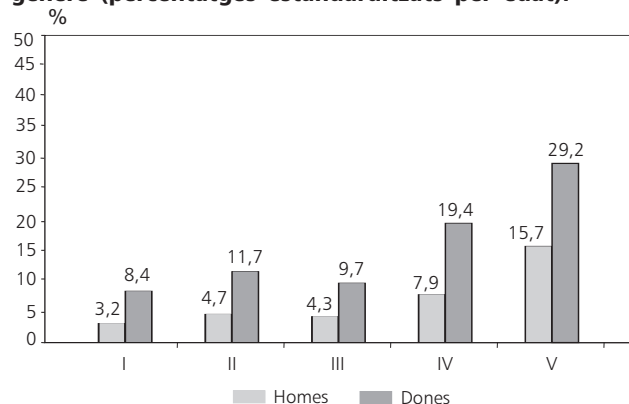
El percentatge d'homes en les ocupacions més qualificades (classe social I) és del 30%, gairebé el doble que el de les dones; però, sobretot, destaca l'elevada presència de dones en les ocupacions menys qualificades: la quarta part treballa en ocupacions pròpies de la classe social V (la més desfavorida), proporció que triplica la dels homes. El 86% d'aquestes dones són empleades de la llar o treballen en ocupacions relacionades amb la neteja.

La precarietat laboral

El treball precari és més freqüent en les dones: el 14% treballa amb contracte temporal i el 6% ho fa sense cap contracte. En el cas dels homes, aquests percentatges són del 6% i l'1% respectivament. D'altra banda, el 20% dels homes i el 13% de les dones són treballadors autònoms.

En la figura 2.25 es presenta la proporció de persones amb contracte temporal segons el gènere i la classe social. La tempo-

Figura 2.25. Contracte temporal segons la classe social i el gènere (percentatges estandarditzats per edat).



² No s'inclouen les persones separades, divorciades o vídues perquè aquesta situació representa un risc addicional que s'hauria d'analitzar separatament.

ralitat és superior entre els treballadors menys qualificats però, en totes les classes socials, és substancialment més alta entre les dones. La pitjor situació es troba en les dones de classe social V, amb un 29% amb contractes temporals. I el 7% dels homes i el 12% de les dones consideren que és bastant probable o molt probable que perdin la feina en els propers dos anys. Treballar sense contracte és molt rar entre els homes de Barcelona, però no ho és tant en les dones, sobretot entre les d'ocupacions poc qualificades. El 10% de les dones de classe social IV i el 17% de les de classe social V treballen sense contracte (figura 2.26).

El "sostre de vidre"

El "sostre de vidre" és la barrera invisible que limita la promoció laboral de les dones. Encara que ocupar càrrecs de responsabilitat no implica necessàriament tenir subordinats, habitualment ambdues coses estan estretament relacionades. A Barcelona, el 32% dels homes i el 17% de les dones de la població analitzada tenen subordinats al seu càrrec. Ara bé, ocupar llocs de responsabilitat és més freqüent en els homes, independentment de l'edat i de la qualificació en el treball, tal com s'observa en la figura 2.27.

La jornada laboral

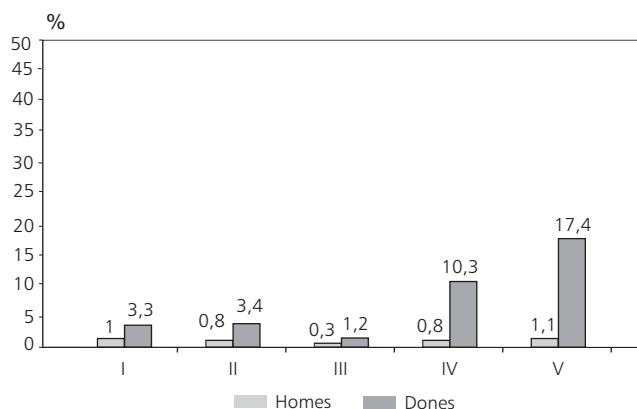
Un 16% de les dones i un 3% dels homes treballen menys de 30 hores setmanals, cosa que en les dones és més freqüent entre les menys qualificades i en les que tenen criatures de 0 a 3 anys al seu càrrec (fet que suggereix que la jornada a temps parcial s'utilitza com a estratègia per conciliar la vida laboral i la familiar). Els homes dediquen més hores al treball remunerat que no pas les dones (la mitjana setmanal és, en totes les classes socials, superior a 40 hores). Mentre que en el cas dels homes no hi ha pràcticament diferències segons la qualificació, en les dones es detecta que les que treballen més hores són les de classe social IV (en què el col·lectiu més nombrós, amb un 29%, és el de les dependents de comerç) i III (on el 64% són auxiliars administratives sense tasques d'atenció al públic) (figura 2.28).

La vida familiar

Persones dependents en la unitat familiar

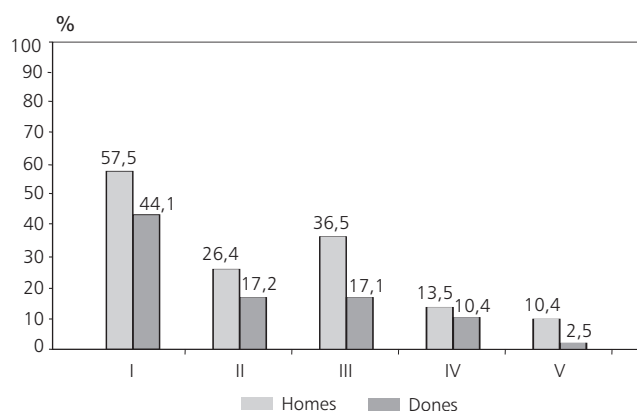
El 79% dels treballadors i treballadores de 25 a 64 anys que estan casats o que viuen en parella tenen fills o filles a casa seva; d'aquests, el 18% viu amb criatures menors de 4 anys. No hi ha di-

Figura 2.26. Treball sense contracte segons la classe social i el gènere (percentatges estandarditzats per edat).



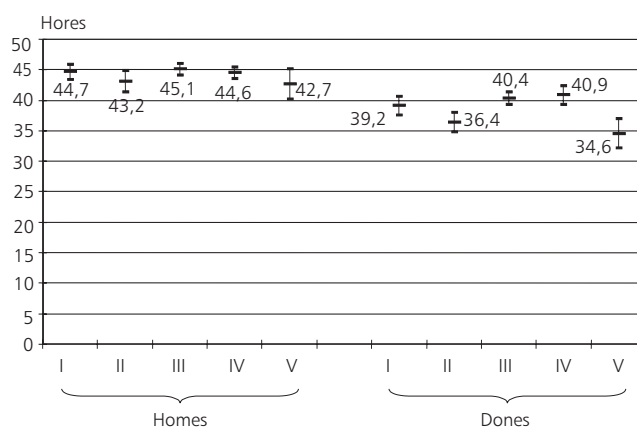
Font: ESB-2000, IMSP

Figura 2.27. Tenir subordinats a càrrec (percentatges estandarditzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP

Figura 2.28. Mitjana setmanal de dedicació al treball remunerat segons el sexe (IC* del 95%).



Font: ESB-2000, IMSP
* Intervall de confiança

ferències de gènere. I tampoc no s'observen diferències segons la classe social entre els homes, mentre que en les dones, independentment de l'edat, el fet de conviure amb criatures és més habitual en les de classes privilegiades (84% en dones de classe I i 71% en les de classe V); aquest fet probablement està relacionat amb la sortida del mercat laboral de les dones de classes més desfavorides per fer front a les exigències familiars.

El 6% dels homes i el 9% de les dones viuen amb persones majors de 64 anys, i un 3% ho fa amb alguna persona discapacitada, sense diferències de gènere. Viure amb gent gran és més freqüent entre les dones menys qualificades; així, mentre la proporció de dones de classe social I que viu amb gent gran és del 9%, en les de classe social V és del 15%. I un 12% resideix en llars de més de quatre persones, sense diferències de gènere.

Implicació en les tasques de la llar

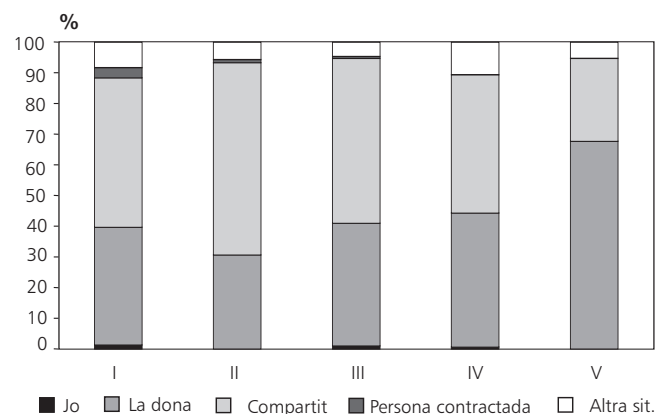
En ambdós sexes, al voltant del 50% afirma que comparteix la cura dels menors de 15 anys amb la seva parella, però una gran proporció de dones treballadores se n'ocupen totes soles. En els homes, la implicació és menor entre els menys qualificats. En les dones de classe social alta, el 10% afirma que una persona contractada es fa càrrec de la cura de les criatures (figures 2.29 i 2.30).

La tercera part dels homes i les dones afirma que comparteix diferents tasques domèstiques, com ara la planxa, la neteja o la cuina. El 45% de les dones, però, assenyalen que és la principal responsable d'aquestes tasques, percentatge que en els homes només és de l'1%. Entre aquests darrers, compartir la feina de la llar és menys freqüent en les classes socials extremes, mentre que en les dones no s'observen diferències segons la classe social. En ambdós sexes, la feina de casa es comparteix més en les parelles més joves (si bé la seva implicació és molt més baixa que la de les dones del mateix grup d'edat), i menys a mesura que augmenta la grandària de la unitat familiar, és a dir, la càrrega de treball domèstic (figura 2.31).

Com s'observa en la figura 2.32, les dones dediquen moltes més hores al treball domèstic que els homes, sobretot les de classes socials més desfavorides.

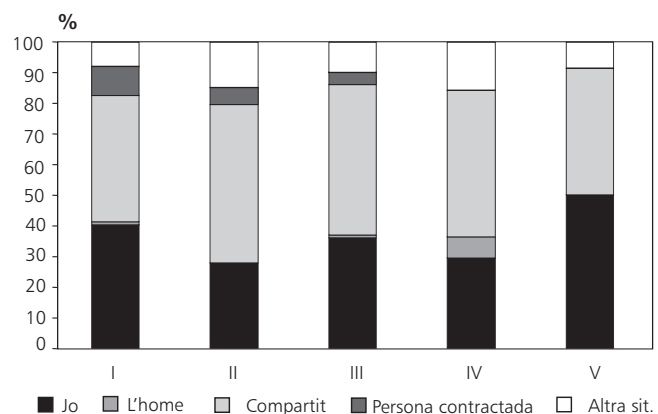
El 21% dels homes i el 28% de les dones disposen d'alguna persona contractada per a les feines de la llar, amb més freqüència entre les persones de classe social alta. El 67% de les do-

Figura 2.29. Responsabilitat principal en la cura de les criatures menors de 15 anys en homes (percentatges estandarditzats per edat).



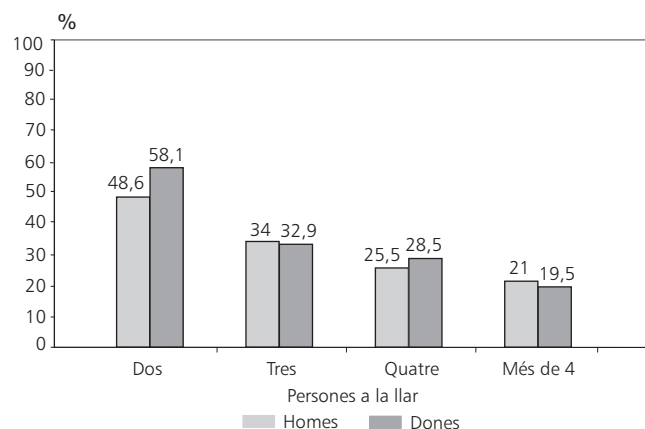
Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.30. Responsabilitat principal en la cura de les criatures menors de 15 anys en dones (percentatges estandarditzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.31. Persones que comparteixen les tasques de planxar, netejar i cuinar segons la grandària de la llar (percentatges estandarditzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP.

nes de classe social I té alguna empleada de la llar, fet que explica en bona mesura el menor nombre d'hores de treball domèstic que inverteixen en comparació amb les dones de classes socials menys privilegiades (figura 2.33). Quant al treball total realitzat al llarg de la setmana, en totes les classes socials, les dones hi dediquen més hores que els homes, situació que destaca sobretot en les de classe social IV (figura 2.34).

2.6.2. L'estat de salut i el benestar

L'estat de salut percebut i l'estat de salut mental són pitjors en les dones. A més a més, estan més insatisfetes amb la seva feina. Quant als comportaments relacionats amb la salut, fan menys esport, però la prevalença del tabaquisme i del sobrepès són més baixes que en els homes (taula 2.10).

Taula 2.10. Diferències de gènere en l'estat de salut i comportaments relacionats amb la salut (%)

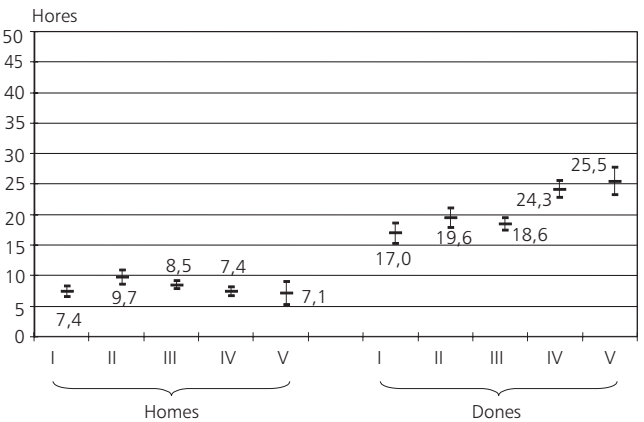
	Homes N= 1480	Dones N= 1016
Mal estat de salut percebut	11,2	14,9
Mal estat de salut mental	8,9	13,6
Insatisfacció amb el treball	7,4	11,5
Tabaquisme	37,4	31,2
Pràctica esportiva	32,2	21,4
Sobrepès	26,9	17,7

Font: ESB-2000, IMSP.

A continuació, s'analitza la relació de l'estat de salut amb les condicions laborals (classe social i tipus de contracte) i amb les característiques de la unitat familiar (nombre de persones a la llar, convivència amb criatures entre 0 i 3 anys, amb majors de 65 anys i amb persones discapacitades, i disposició d'una persona contractada per a les tasques domèstiques).

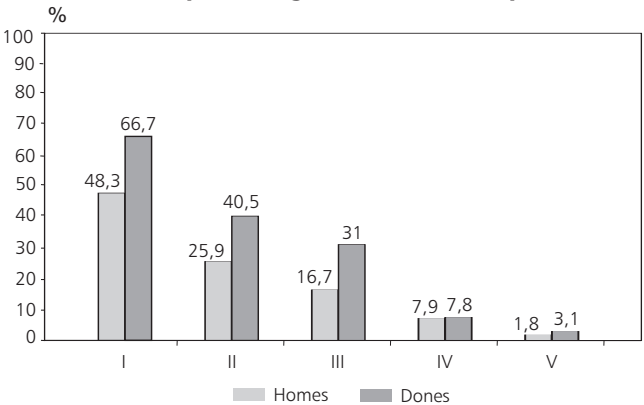
Relació entre la salut i les condicions de treball
En ambdós sexes, la prevalença de mal estat de salut percebut, de mal estat de salut mental i d'insatisfacció laboral són superiors en les classes socials baixes. I sobretot crida l'atenció la situació de les dones de classe social V (figures 2.35 i 2.37). És important destacar que el 100% dels treballadors i treballadores empleats en empreses de treball temporal (ETT) es declaren insatisfets amb la seva feina.

Figura 2.32. Hores setmanals dedicades al treball domèstic segons el gènere i la classe social (mitjana i IC* del 95%).



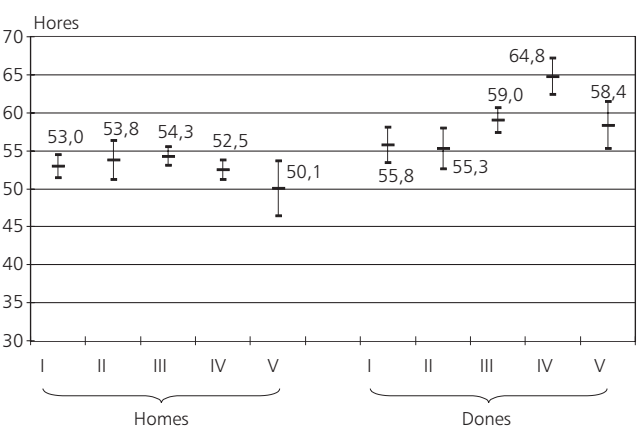
Font: ESB-2000, IMSP
* Intèrval de confiança

Figura 2.33. Disposen d'alguna persona contractada per a les feines de la llar (percentatges estandaritzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.34. Hores setmanals de treball total (remunerat i domèstic) segons el gènere i la classe social (mitjana i IC* del 95%).



Font: ESB-2000, IMSP
* Intèrval de confiança

Tant en homes com en dones, el fet de practicar esport és més freqüent en les classes socials més privilegiades (sobretot entre els primers). Així, per exemple, el 46% dels homes de classe social I practiquen esport, percentatge que només és del 28% en els de classe social V. En el cas de les dones, aquests percentatges són del 33% i del 7%.

Relació entre la salut i les condicions de vida familiar

Les condicions de vida familiar s'associen fonamentalment amb la salut de les dones. Mentre que, en els homes, l'estat de salut percebut no sol tenir cap relació amb les característiques de la unitat familiar, en les dones és pitjor a mesura que augmenta la càrrega de treball familiar. Tal com s'observa en la figura 2.38, en les dones la prevalença de mal estat de salut augmenta d'acord amb la grandària de la unitat familiar. El risc de mal estat de salut és superior entre les dones que viuen amb persones discapacitades (un 39% enfront d'un 14%) i entre les que no disposen de cap empleada de la llar (un 18% enfront d'un 7%).

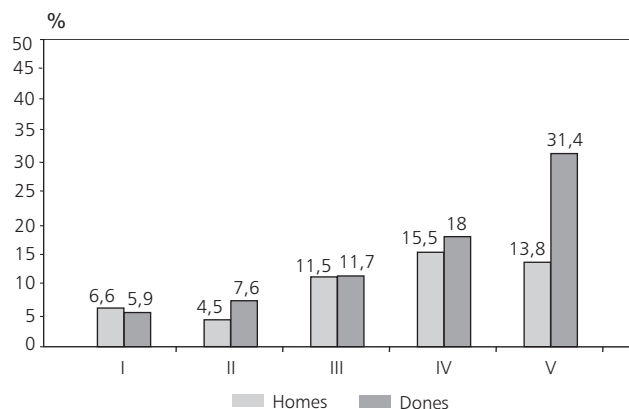
En les dones, la càrrega de treball domèstic representada pel nombre de persones a la llar s'associa, a més a més, a problemes de sobrepès i a la impossibilitat de practicar esport en el temps de lleure (figura 2.39). I també el fet de no disposar d'una persona contractada per a les feines de la llar s'associa a aquests dos indicadors de salut. En aquest sentit, entre les dones que tenen una empleada de la llar, la prevalença de sobrepès és del 8%, i un 30% d'aquestes practiquen algun esport; en canvi, aquests percentatges són del 21% i del 16% respectivament en les dones que no tenen aquest suport.

Entre els homes, l'única variable de l'àmbit familiar relacionada amb algun indicador de salut és la de la convivència amb alguna persona discapacitada, que s'associa a un empitjorament de la salut mental. Per últim, en cap dels dos sexes el tabaquisme no es relaciona amb les característiques de la unitat familiar.

2.6.3. Conclusió

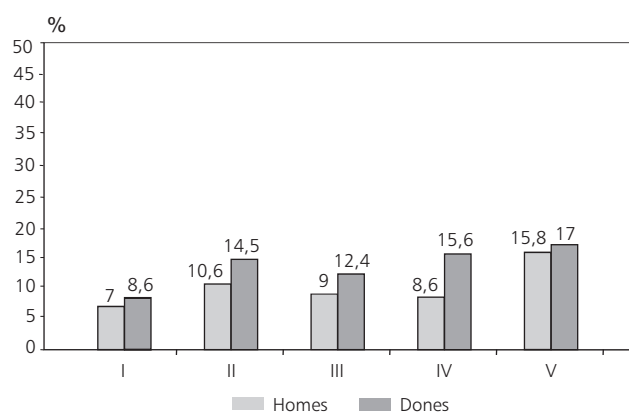
A la ciutat de Barcelona, les condicions de treball de les dones són pitjors que les dels homes. A més a més, la majoria de les treballadores dediquen moltes més hores al treball domèstic que no pas els homes. I en ambdós sexes l'estat de salut i la satisfacció laboral s'associen amb les condicions de treball, però les exigències derivades del treball de la llar es relacionen fonamentalment amb la salut de les dones.

Figura 2.35. Prevalença de mal estat de salut percebut segons la classe social (percentatges estandarditzats per edat).



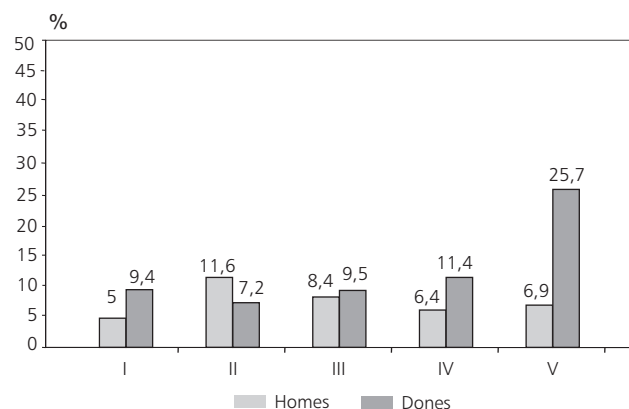
Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.36. Prevalença de mal estat de salut mental segons la classe social (percentatges estandarditzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.37. Prevalença d'insatisfacció laboral segons la classe social (percentatges estandarditzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP.

2.7. La salut i el treball a Barcelona

Sovint, quan es parla de salut laboral, la primera imatge que ens ve al cap és la d'un treballador de la construcció que pateix algun accident. Els accidents són un aspecte important de la salut laboral, però la construcció no és el sector d'ocupació més freqüent ni tampoc els trastorns de salut relacionats amb la feina no s'acaben en els accidents; a més, la satisfacció i el benestar cada cop els entenen més com una part de la salut. En aquest capítol, es presenta una radiografia actualitzada dels treballadors i treballadores de Barcelona, amb una especial atenció a les condicions de treball, els riscos laborals i, sobretot, els problemes de salut.

La major part de les dades provenen de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000. Només s'ha fet servir una altra font de dades per a l'apartat de salut: el registre d'accidents de treball i de malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball.

Quan al llarg d'aquest capítol s'utilitza el terme "ocupació", sempre es fa referència a la classificació nacional d'ocupacions del 1994 (CNO 94), en què es distingeixen els vuit grups següents: 1) directius, 2) professionals científics i intel·lectuals, 3) professionals de suport, 4) administratius, 5) treballadors de serveis i del comerç, 6) artesans i treballadors de la indústria, construcció i mineria, 7) operadors d'instal·lacions i maquinària i 8) treballadors no qualificats. Cal dir que s'han exclòs els treballadors de l'agricultura i la pesca pel seu baix nombre representatiu.

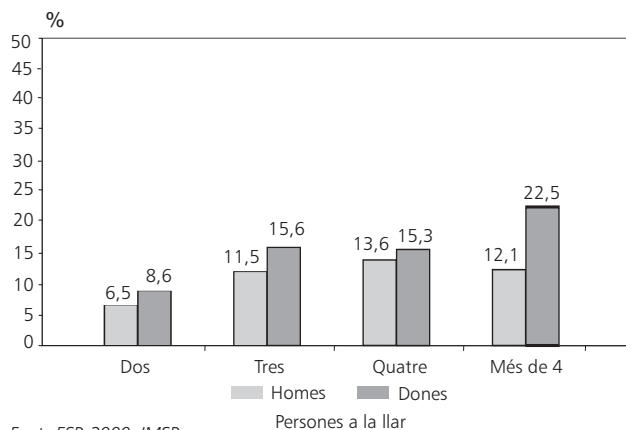
2.7.1. Les condicions de treball

L'ocupació

L'ocupació més freqüent entre els homes correspon a la dels professionals científics i intel·lectuals (el 21% del total); en canvi, hi ha molt pocs treballadors no qualificats (el 6% dels homes ocupats). Els altres àmbits de treball es distribueixen de manera molt homogènia entre els grans grups d'ocupacions, amb una proporció d'entre el 10% i el 15%.

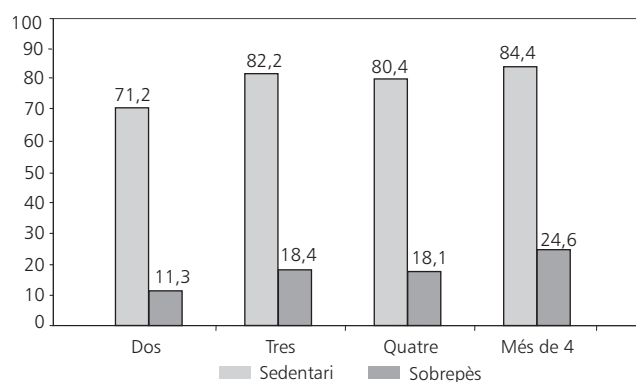
Quant a les dones, destaquen les administratives (28% de les ocupades), seguides de les professionals científiques i intel·lectuals (en la mateixa proporció que els homes). En l'altre extrem, hi ha molt poques dones directives i encara menys que treballin d'artesanes, en la indústria, la construcció i la mineria, o bé com a operadores d'instal·lacions i maquinària. Destaca el 12% de dones

Figura 2.38. Prevalença de mal estat de salut percebut segons el nombre de persones a la llar (percentatges estandaritzats per edat).



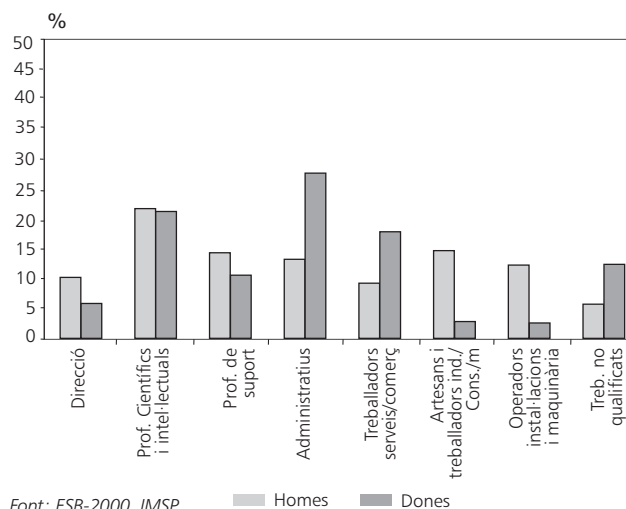
Font: ESB-2000, IMSP

Figura 2.39. Prevalença de comportament sedentari en el temps de lleure i de sobrepès segons el nombre de persones a la llar en dones (percentatges estandaritzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP

Figura 2.40. Proporció de població ocupada segons l'ocupació i el sexe.



Font: ESB-2000, IMSP

que realitzen treballs no qualificats, que és el doble que en el cas dels homes (figura 2.40).

Els homes que treballen en ocupacions no qualificades són els més joves (edat mitjana=37 anys; DE=14,3), mentre que justament en aquests sectors és on s'ocupen les dones més grans (mitjana=45,7 anys; DE=11,6).

La relació laboral

Un 70% de la població ocupada té un contracte fix, un 13% treballa de forma autònoma i un 3% són empresaris amb assalariats. Això vol dir que un de cada cinc assalariats té un contracte temporal o bé no en té cap.

Les dones concentren més contractes temporals (un 18% de totes les dones ocupades estan en aquesta situació, que és d'un 13% en el cas dels homes), i n'hi ha més que treballen sense contracte (4% i 1% de les ocupades i dels ocupats, respectivament). Paral·lelament a la deducció anterior, una de cada quatre assalariades té un contracte temporal o bé no en té cap.

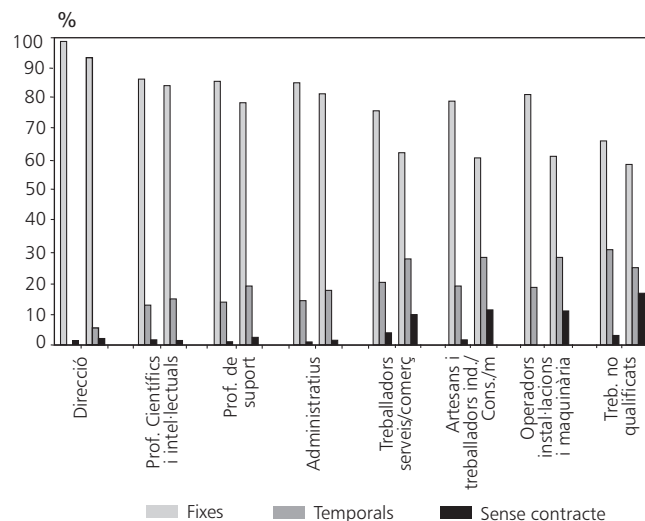
Els assalariats són més joves que els empresaris i els autònoms, i el grup més jove de tots els ocupats correspon als treballadors temporals; de fet, aquesta és la situació més freqüent en els joves de menys de 26 anys. I mentre que les dones que tenen contractes fixos són més joves que els homes en la mateixa situació, les treballadores temporals i les que no tenen contracte són més grans que els seus companys masculins (entre quatre i cinc anys més de mitjana que ells).

La jornada de treball

El 13% de la població ocupada realitza jornades irregulars o variables segons els dies, un 4% treballa a torns i un 2% ho fa en jornada contínua de nits. Les dones fan més jornades contínues de matí o tarda, i els homes, més jornades partides. El tipus de jornada també és diferent segons l'ocupació. Les jornades més desavantajoses (les irregulars, nocturnes i a torns) es donen més en les ocupacions manuals. D'aquestes, les irregulars són freqüents en ocupacions no manuals, però pràcticament no existeixen les altres modalitats. Treballadors i treballadores assalariats del comerç i els serveis són els que fan més jornades d'aquest tipus. Els torns són força freqüents en les assalariades que treballen en la indústria, i també en els homes i dones que treballen com a operadors d'instal·lacions i maquinària (figura 2.42).

Les jornades irregulars són més freqüents entre les persones que no tenen contracte i entre els

Figura 2.41. Proporció de població assalariada segons el tipus de contracte, l'ocupació i el sexe.

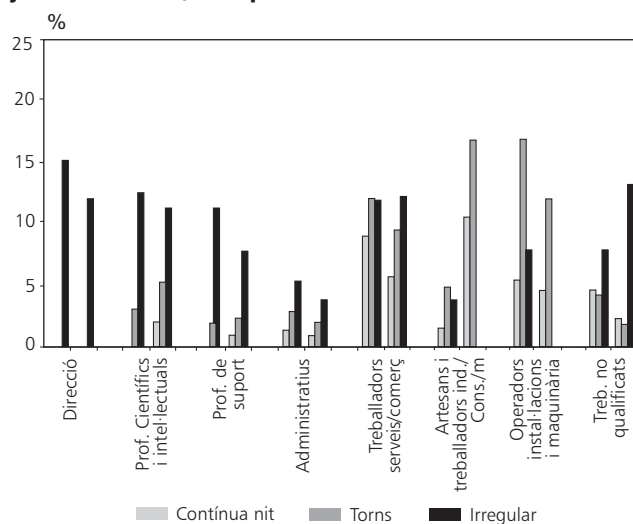


Font: ESB-2000, IMSP.

autònoms (un 40% dels que treballen sense contracte i un 34% dels autònoms). Els que treballen més a torns són les treballadores temporals (ho fan el 7%), i en jornada contínua de nit correspon als homes que no tenen contracte (un 14% d'aquests darrers).

Les jornades irregulars són més freqüents entre les persones que no tenen contracte i entre els autònoms (un 40% dels que treballen sense contracte i un 34% dels autònoms). Els que treballen més a torns són les treballadores temporals (ho fan el 7%), i en jornada

Figura 2.42. Proporció de població assalariada segons la jornada laboral, l'ocupació i el sexe.



Font: ESB-2000, IMSP.

continua de nit correspon als homes que no tenen contracte (un 14% d'aquests darrers).

2.7.2. Els riscos laborals

Els riscos higiènics

Soroll

Gairebé una de cada cinc persones ocupades (el 19%) declara que sempre o sovint treballa amb un volum de soroll que l'obliga a aixecar la veu per parlar amb els altres. Els homes que estan més exposats al soroll són els que treballen en ocupacions manuals (el 42% dels operadors d'instal·lacions i maquinària i el 34% dels treballadors de la indústria i la construcció). Entre les dones, a més de les treballadores manuals (entre les quals destaquen el 33% de les operadores d'instal·lacions i maquinària que hi estan exposades), també cal esmentar l'elevada proporció de professionals de suport que treballen amb soroll (un 19%). També crida l'atenció el fet que les dues activitats econòmiques amb més soroll siguin les relacionades amb l'educació i el sector immobiliari. A més, els homes que treballen a torns també hi estan més exposats.

Pol·lució de l'aire

Un 17,1% dels treballadors i treballadores declaren que sempre o sovint treballen amb pols visible a la llum, vapors de líquids o alguna altra mena de pol·lució a l'aire. Els homes i les dones ocupats en treballs manuals són els més exposats a aquests riscos (el 42% dels treballadors de la indústria i el 27% de les operadores de maquinària). Els homes que treballen a torns també denuncien l'existència de més pol·lució de l'aire en els seus llocs de feina. Per la seva banda, la meitat dels homes que treballen en la construcció també estan exposats a aquestes condicions ambientals.

Els riscos ergonòmics

Càrregues manuals

El 14% dels ocupats declaren que sempre o sovint han de moure coses de més de 15 kg o aixecar-les fins a l'alçada de les espatlles o més amunt; en els homes, la proporció és el doble respecte de les dones (17,8% i 8,5% respectivament). I els homes i les dones que tenen ocupacions manuals són els més exposats a aquest factor de risc: entre ells destaquen els treballadors no qualificats (42%), i entre elles, les

treballadores dels serveis i el comerç, així com les de la indústria i la construcció (19% i 17% respectivament).

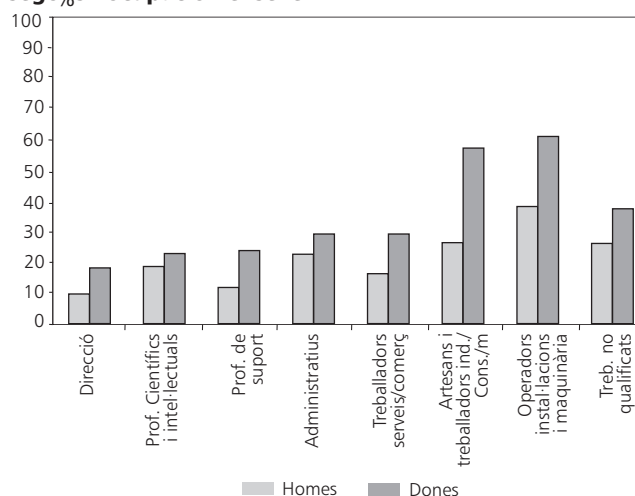
En algunes activitats econòmiques aquest risc és molt present, sobretot en els homes que treballen en la construcció (50%), el comerç i les indústries manufactureres (25%).

Moviments repetitius

Una quarta part de la població ocupada fa sempre moviments repetitius amb els braços o les mans (i gairebé la meitat en fan sempre o sovint). Les dones en fan més que els homes, ja que representen el 30%, davant del 21% dels homes que realitzen aquest tipus de moviments. Les dones que treballen com a operadores d'instal·lacions i les treballadores de la indústria són les que repeteixen més moviments d'aquesta mena (61% i 58% respectivament), mentre que en el cas dels homes destaquen els primers (39%) (figura 2.43).

Respecte de la relació laboral, els homes autònoms (25%), els que tenen contractes temporals (27%) i, sobretot, els que no tenen cap contracte (35%) són els que realitzen més moviments repetitius; en canvi, en les dones, les que tenen alguna ocupació temporal són les que en fan menys.

Figura 2.43. Proporció de població ocupada que sempre fa moviments repetitius amb els braços o les mans, segons l'ocupació i el sexe.



Font: ESB-2000, IMSR

Els riscos psicosocials

Feina variada

El 18% dels ocupats declara que mai no fa una feina variada, situació que es dona més en les dones que no pas en els homes (un 20% i un 15% respectivament). Tant els homes com les dones dedicats a ocupacions manuals són els que realitzen una feina més monòtona (entre el 20% i el 30% dels homes i el 30% i el 40% de les dones); però també uns i altres fan una feina molt

poc variada en les tasques pròpies dels llocs administratius (un 22% i un 21% respectivament). Els homes amb feines menys variades són els que tenen contractes temporals, especialment els de sis mesos o menys (un 27% en total); en les dones coincideix majoritàriament amb les que no tenen cap contracte (un 30% en total); a més, les que tenen una feina més monòtona són les que realitzen jornada nocturna (un 57%).

Autonomia

Un 16% de la població ocupada manifesta que mai no pot realitzar la feina al seu aire. Tant els homes com les dones que treballen com a operadors d'instal·lacions i maquinària són els més afectats per aquesta situació (un 35% i un 41% respectivament) (figura 2.44).

Els homes amb contractes temporals, els que no tenen cap contracte i els que treballen a torns són els que tenen menys autonomia. Pel que fa a les dones, les que menys poden fer la feina al seu aire són les que tenen contractes temporals i les que treballen en activitats de comerç, en l'administració pública i en la sanitat (19%, 20% i 16%, respectivament).

Quantitat de feina

Un de cada cinc ocupats sempre treballa massa. Les treballadores de la indústria, la construcció i la mineria, així com les operadores d'instal·lacions i maquinària, són les que més es troben en aquesta situació (un 34% i un 36% respectivament); en els homes, els treballadors no qualificats són els que s'hi troben més sovint (el 22% d'aquests).

Hi ha més homes que realitzen jornades partides que treballen massa, i també estan en aquesta situació els que treballen en el camp de la mediació financera (dels quals una quarta part sempre treballen massa).

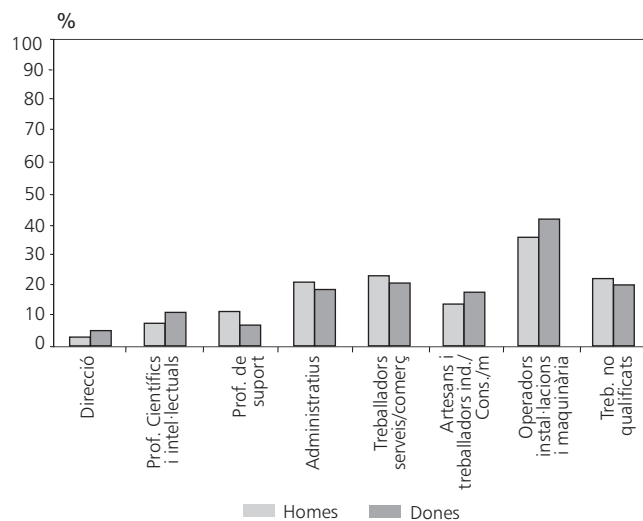
Finalment, un 33% dels homes empresaris amb assalariats i un 36% dels autònoms són els percentatges corresponents als que sempre treballen massa.

Suport social

Un de cada cinc ocupats sempre treballa sol. Tant els homes com les dones que sempre treballen sols són més grans que la resta, ja que tenen una mitjana d'edat de 42,5 anys (DE=12,3).

Els treballadors i les treballadores no qualificats són els que treballen sols amb més freqüència (un 31% en el cas d'ells i el 50% en el d'elles). Entre els homes, a més, els que treballen sols més sovint són els que ho fan de nit (33%) i els autònoms (47%).

Figura 2.44. Proporció de població ocupada que mai no pot realitzar la feina al seu aire, segons l'ocupació i el sexe.



Font: ESB-2000, IMSP.

Estabilitat de la feina

El 14% dels ocupats creu que en els propers dos anys serà molt o bastant probable que perdi la seva feina.

En els homes, aquest sentiment és més freqüent entre els professionals de suport (15%), els treballadors de serveis i comerç (18%) i els no qualificats (27%); en canvi, entre les dones l'ocupació no s'hi relaciona.

Òbviament, aquesta situació està relacionada amb el tipus de contracte, de manera que la major proporció d'aquest corrent d'opinió es troba en els ocupats amb contractes de 6 mesos o menys (un 61%), seguits de la resta de contractats temporals (un 38%) i dels ocupats sense cap contracte (un 35%).

2.7.3. La salut³

Els accidents de treball

Una classificació útil dels accidents de treball és aquella que té en compte la implicació dels factors laborals; així, de menys a més implicació, aquests factors són els següents: accidents *in itinere* (els que tenen lloc durant el trajecte habitual del domicili a la feina), accidents de causes naturals en jornada laboral (que, majoritàriament, corresponen a trastorns aguts cardiovasculars), accidents de trànsit en jornada laboral i accidents traumàtics en jornada laboral.

³ Els apartats d'accidents de treball amb baixa i de malalties professionals es refereixen als esdevinguts en la població assalariada d'empreses ubicades a la ciutat de Barcelona, mentre que els denominadors disponibles de l'Enquesta de Població Activa corresponen a les persones que resideixen a la ciutat. Per aquest motiu no es presenten taxes poblacionals.

Accidents amb baixa en assalariats

Al llarg de l'any 2000, a Barcelona es van enregistrar 553 accidents de treball amb baixa, dels quals 502 van ser greus i 51 mortals. Aquesta xifra suposa una notable disminució respecte de l'any anterior (amb un total de 678 casos) i alhora frena l'augment constant dels darrers anys. L'any 1999 ja es va iniciar un descens en els accidents mortals (que ha continuat aquest any), mentre que els greus han disminuït per primer cop.

Tots els accidents greus van disminuir; els més freqüents van ser els traumàtics en jornada laboral (els més relacionats amb els riscos laborals), seguits dels *in itinere*. En els darrers cinc anys, la contribució dels primers en el total d'aquests accidents ha anat disminuint, mentre que la dels segons ha anat augmentant. També els accidents per causa natural (tot i que són els menys freqüents dels greus) han elevat la seva incidència. Quant als accidents mortals, els traumàtics i els de trànsit (especialment aquests darrers) van disminuir, mentre que els *in itinere* i els de causes naturals van augmentar, seguint la tendència a l'alça dels darrers anys.

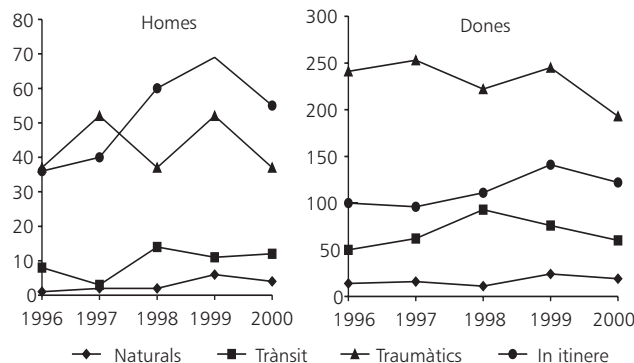
La majoria dels accidents els van patir homes, ja que només un de cada cinc va tenir lloc entre les dones. Tot i això, en els darrers cinc anys, la proporció d'accidents en les dones ha anat augmentant, especialment els greus: l'any 1996, el 17% d'aquests accidents van afectar dones, i l'any 2000 aquest percentatge ja va ser del 22%. Els accidents greus més freqüents en els homes són els traumàtics en jornada laboral, mentre que en les dones, des de l'any 1998, els primers han estat els *in itinere*. L'evolució dels accidents greus traumàtics també ha estat una mica diferent en els homes i les dones: en els primers han anat disminuint, mentre que els ocorreguts en les dones han presentat oscil·lacions anuals, si bé han mantingut una línia estable (figura 2.45).

Els accidentats més joves van ser els que van patir accidents de trànsit i *in itinere* (tenien unes mitjanes d'edat de 33 i 34 anys, respectivament), mentre que els més grans van ser els que van patir accidents de causa natural (amb 51 anys de mitjana).

Accidents amb restricció de l'activitat habitual i/o amb requeriment d'assistència sanitària en ocupats⁴

El 7% dels ocupats enquestats en l'ESB-2000 van patir algun accident laboral en els 12 mesos anteriors a l'enquesta, el qual va implicar alguna restric-

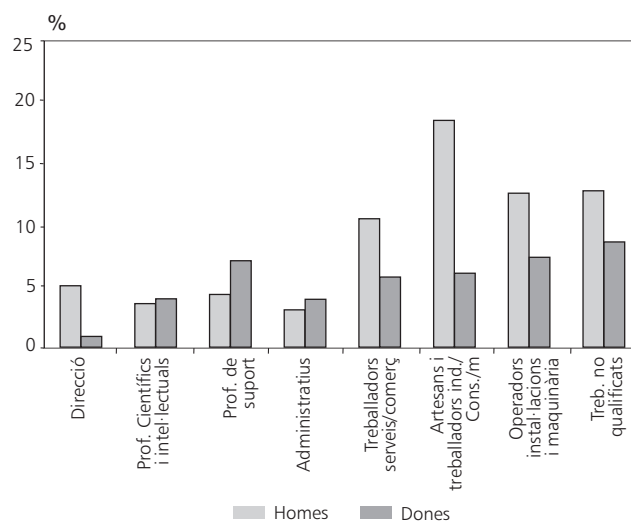
Figura 2.45. Accidents de treball greus en la població ocupada segons el tipus d'accident i el sexe, 1996-2000 (xifres absolutes).



Nota: Les escales són de magnituds diferents per tal de poder observar les tendències en ambdós sexes.

Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball.

Figura 2.46. Població ocupada que va patir algun accident de treball amb restricció de l'activitat habitual i/o amb requeriment d'assistència sanitària, segons l'ocupació i el sexe (percentatges estandarditzats per edat).



Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball.

⁴ L'ESB-2000 recull una mostra de la població de Barcelona, i per tant aquesta submostra de població ocupada inclou treballadors autònoms i sense contracte que resten exclosos del registre d'accidents de treball. D'altra banda, en el primer apartat d'aquesta secció de la salut, s'han presentat els accidents greus i mortals que han requerit baixa laboral, mentre que l'ESB-2000 comprèn els que han comportat assistència sanitària o han fet restringir l'activitat habitual.

ció de l'activitat o va requerir assistència sanitària. Els homes en van patir més que les dones (un 8% enfront del 5% en el cas de les dones).

La distribució segons el tipus d'accident va ser la següent: un 18% van ser accidents *in itinere*, un 23% es van ocasionar en desplaçaments durant la jornada laboral i un 59% van ser accidents ocorreguts en el centre de treball. Tret dels primers, que no van presentar diferències significatives, la resta tots van ser més freqüents en els homes.

D'altra banda, els homes que van patir algun accident laboral eren més joves que els que no en van tenir cap: l'edat mitjana dels primers va ser de 37,1 anys (DE=12,1), i la dels segons, de 40,5 (DE=12,3).

Un de cada cinc homes que treballaven en la construcció va patir algun accident, independentment del tipus d'ocupació, circumstància que també es va relacionar amb l'ocurrència d'accidents; així, els artesans i treballadors de la indústria, la construcció i la mineria, i els treballadors dels serveis i el comerç, van ser els més afectats pels accidents (un 18% i un 11% respectivament). En les dones, les que més es van accidentar van ser les treballadores no qualificades (un 8%) i les professionals de suport (un 7%) (figura 2.46).

Les malalties professionals

L'any 2000 es van diagnosticar 807 malalties professionals, distribuïdes en 412 en el cas dels homes i 395 en les dones. Aquestes xifres suposen un augment del nombre de casos respecte de l'any 1999, seguint la línia d'ascens dels darrers anys. Cal destacar que aquest augment ha estat més important en les dones (l'any 1999 se'n van diagnosticar 379 en assalariats i 337 en assalariades). Cada cop més, les malalties professionals es donen en persones més joves i amb menys temps d'antiguitat en l'empresa; així, si l'any 1996 l'edat mitjana era de 42 anys, l'any 2000 va ser de 37. La disminució de l'edat ha estat més notable en les dones amb relació a l'any passat (les edats mitjanes dels dos anys han estat, respectivament, de 39 anys i 35,5 anys).

Quant al temps en l'empresa, la meitat de les malalties les van patir persones amb sis o més anys d'antiguitat, cosa que mostra la continuïtat del descens en els darrers anys en aquest aspecte (l'any 1996, un 70% de les persones amb alguna malaltia professional portaven almenys sis anys treballant en l'empresa).

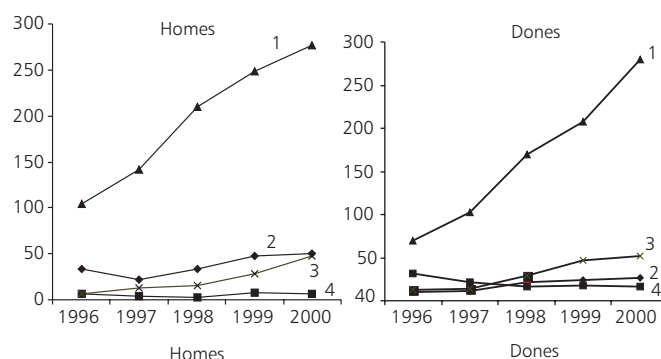
Les activitats econòmiques amb un major nombre de diagnòstics han estat les de les indústries

manufactureres (amb un 44% de totes les malalties), les activitats immobiliàries i de serveis empresarials (14%), el comerç i el sector de la reparació de vehicles de motor (11%) i les activitats sanitàries, veterinares i de serveis socials (10%). L'augment en el primer d'aquests sectors ha estat molt remarcable (de 233 casos a 357) respecte de l'any 1999.

Els trastorns més freqüents van ser els de tipus musculoesquelètic, especialment les malalties per fatiga de les beines tendinoses, dels teixits peritendinosos i de les insercions musculars i tendinoses (amb 557 casos, que representen un 69% del total), així com les paràlisis dels nervis per pressió (amb 100 casos, un 12% del total), seguides de les afeccions cutànies (amb 77 casos, un 9% del total). Tots aquests tres grups de trastorns han mantingut l'augment observat en els darrers anys, mentre que les malalties infeccioses (quarta causa) segueixen la tendència a la baixa. D'aquests quatre trastorns més freqüents, les afeccions cutànies van tenir lloc més sovint en els homes, mentre que els altres tres van ser més freqüents en dones. L'augment en els homes, respecte de l'any anterior, ha estat a costa de les paràlisis dels nervis per pressió i de la fatiga de les beines tendinoses, mentre que en les dones bàsicament ha estat ocasionat per aquest darrer tipus de trastorn (207 casos l'any 1999, i 280 l'any 2000) (figura 2.47).

Els treballadors i les treballadores joves són els que van patir els quatre trastorns més freqüents: la mitjana d'edat en els casos de fatiga de les beines tendinoses va ser de 37 anys, de 36 en els de paràlisis dels nervis per pressió, de 32 en les malalties infeccioses i de 34 pel que fa a les afeccions cutànies.

Figura 2.47. Malalties professionals més freqüents en homes i dones, 1996-2000.



- 1: Malalties professionals per fatiga de les beines tendinoses.
- 2: Malalties professionals de la pell per substàncies i agents no compresos en altres apartats.
- 3: Malalties professionals dels nervis per pressió.
- 4: Malalties professionals infeccioses i parasitàries.

Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball.

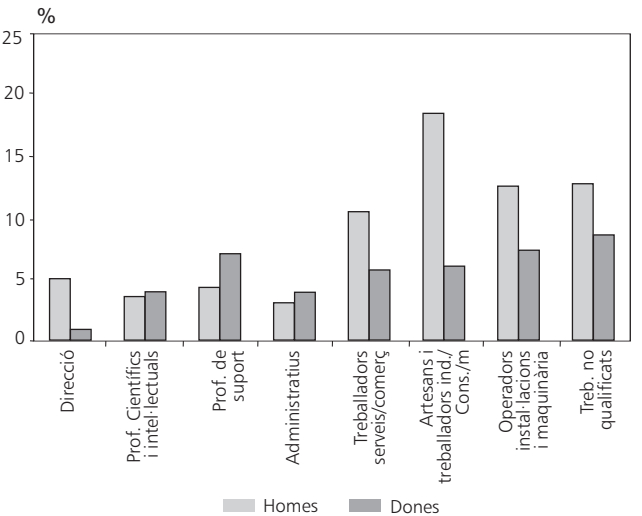
L'estat de salut percebut

Segons l'ESB-2000, la major part de la població ocupada té una salut bona o molt bona (un 88% del total). L'11% dels homes i el 14% de les dones tenen un estat de salut regular, dolent o molt dolent; la principal diferència però, entre homes i dones, està relacionada amb l'edat, de manera que només és estadísticament significativa en les persones més grans. Per a tots els casos, l'edat està relacionada amb l'estat de salut, atès que aquest darrer és pitjor en les persones més grans; les que gaudeixen de bona salut tenen una mitjana d'edat de 38,5 anys (DE=11,5), i les que no en tenen presenten una mitjana de 45,7 anys (DE=12,1). Els treballadors i les treballadores menys qualificats i amb tasques de tipus manuals són els que tenen un pitjor estat de salut; així, cal ressaltar la situació de les dones en llocs de treball no qualificats, en què una de cada tres té un estat de salut deficient (figura 2.48). Les contractacions de tipus temporal també estan relacionades amb la mala salut en els homes, i especialment els contractes temporals curts. Ho demostra el fet que el 14% dels homes amb aquests contractes no té bona salut. Per últim, una de cada tres dones que treballa en jornada contínua de nit tampoc no té un estat de salut òptim.

Els trastorns crònics

Més de la meitat de la població ocupada té algun trastorn crònic de salut i un 14% en té més de tres. Les dones en pateixen més que els homes (un 20% en tenen almenys quatre enfront d'un 9% en el cas dels segons), i també les per-

Figura 2.48. Població ocupada amb mal estat de salut segons l'ocupació i el sexe (percentatges estandarditzats per edat).



Font: ESB-2000, IMSP

sones grans en pateixen més que no pas les joves: el 26% dels homes de 56 a 65 anys i el 44% de les dones d'aquesta mateixa franja d'edat pateixen més de tres trastorns. Entre els homes, els que ocupen llocs de treball no qualificats i els que treballen sense cap contracte són els que experimenten més trastorns crònics; entre les dones, també les no qualificades, però sobretot les treballadores dels serveis i el comerç (en què una de cada quatre té més de tres trastorns). El trastorn crònic més freqüent és el mal d'esquena, que en els homes es tradueix en primer lloc en el mal d'esquena lumbar (el pateixen un 14% dels ocupats) i en les dones, en el dolor cervical (en un 28%). Si hom té en compte els deu trastorns crònics més freqüents en ambdós sexes, s'observa que tots afecten més les dones, excepte els problemes de visió (que són freqüents en la mateixa mesura) i els relacionats amb la pressió alta i els problemes d'audició (que són més habituals en els homes) (taula 2.11).

Taula 2.11. Els deu trastorns crònics més freqüents en homes i dones

Homes	%	Dones	%
Lumbàlgia	14,4	Cervicàlgia	28,1
Al·lèrgies	14,0	Lumbàlgia	24,3
Problemes de visió	13,1	Mala circulació	20,9
Cervicàlgia	12,6	Varices a les cames	17,5
Pressió alta	7,7	Al·lèrgies	16,8
Artrosi/Reumatisme	6,7	Migranya	14,5
Prob. nerviosos/Depressions	6,2	Problemes de visió	13,2
Problemes d'audició	5,2	Artrosi/Reumatisme	11,9
Migranya	4,7	Prob. nerviosos/Depressions	11,4
Morenes	4,7	Restrenyiment crònic	9,2

Font: ESB-2000, IMSP

La salut mental

La major part de la població ocupada té una bona salut mental (88% del total), mentre que en un 9% dels homes i un 15% de les dones no és així. Les ocupacions estan relacionades amb la salut mental en el cas dels homes, de manera que els professionals de suport, els treballadors de serveis i el comerç, i sobretot els administratius i els treballadors no qualificats, tenen més mala salut (la proporció d'homes d'aquestes dues darreres ocupacions amb mala salut mental és de l'11%). Les dones amb contractes temporals curts, i sobretot les que treballen sense cap contracte, tenen una pitjor salut mental (el 20% de les primeres i el 27% de les segones).

La satisfacció amb la feina

El 90% de la població ocupada se sent satisfeta amb la seva feina, mentre que el 10% restant se sent insatisfeta o molt insatisfeta, sentiment més acusat en les dones (12%) que no pas en els homes (9%). També entre les dones, les més joves són les que se senten més insatisfetes amb relació a la seva feina (el 14% de les ocupades de 16 a 25 anys). Quant a l'ocupació, són les dones que ocupen llocs de treball no qualificats les que se senten més insatisfetes amb la seva feina (un 24%). I entre els homes, els que treballen sense cap contracte estan més insatisfets (el 19% d'aquests). La satisfacció amb la feina i el tipus de jornada tenen una relació ben diferent en tots dos sexes. Els homes que fan jornades contínues se senten més satisfets, fins i tot els que treballen de nit (només un 4% d'aquests darrers se senten insatisfets). En les dones, en canvi, les que se senten més insatisfetes són les que realitzen jornades irregulars i nocturnes (un 16% i un 10% respectivament).

Conclusions

- En la població d'homes residents a Barcelona, l'ocupació més freqüent correspon a la dels professionals científics i intel·lectuals, mentre que en les dones destaquen les administratives, seguides de les professionals científiques i intel·lectuals.
- El 70% de la població ocupada té un contracte fix, el 13% són autònoms i el 3% són empresaris amb assalariats. Les dones assalariades tenen més contractes temporals.

- La major part de la població ocupada declara tenir una salut bona o molt bona (un 88%).
- El 90% de la població ocupada se sent satisfeta amb la seva feina i el 10% restant es declara insatisfeta.

2.8. El fum ambiental del tabac a Barcelona

Introducció

El consum de tabac és actualment el factor responsable de gairebé 4 milions de morts anuals a tot el món. Segons les previsions dels experts, si continua l'augment del tabaquisme en els països en desenvolupament, aquest constituirà la primera causa de mort l'any 2020, amb més de 8 milions de defuncions (per davant de les derivades de les malalties infeccioses i la desnutrició). I és que, entre els comportaments que tenen a veure amb la salut, l'hàbit de fumar és un dels aspectes més negatius de l'estil de vida personal. Les estimacions basades en estudis de seguiment suggereixen que la proporció de fumadors que moren com a conseqüència del seu hàbit podria arribar al 50%, és a dir, que la meitat dels fumadors regulars moren per malalties derivades del tabaquisme. D'aquests morts, gairebé la meitat tenen lloc entre els 35 i els 70 anys, fet que causa una enorme pèrdua d'anys potencials de vida perduts. A més, el tabaquisme provoca un nombre molt important de problemes de salut que afecten greument la qualitat de vida, com ara la pèrdua de funció respiratòria, o les dificultats circulatòries, que provoquen símptomes molt diversos (des de l'afectació coronària fins a problemes com la disfunció erètil o l'envelliment prematur de la pell).

Exposició involuntària al fum del tabac

L'exposició passiva o involuntària al "fum ambiental" del tabac és un problema generalitzat que afecta en diversos graus moltes persones en tots els països del món. Per "fum ambiental" del tabac s'entén el fum derivat de la combustió del tabac, ja sigui directament a partir de l'extrem encès de la cigarreta o del fum que exhala el mateix fumador. El fum ambiental del tabac és, doncs, una barreja del corrent primari de fum que exhala el fumador, el corrent del fum emès pel tabac que es crema lentament entre les pipades, els contaminants emesos a l'aire durant la pipada i els contaminants que es difonen a través del paper de la cigarreta i la boca entre les pipades. Avui sabem que aquest fum és una combinació complexa de més de 4.000 productes químics en forma de partícules i gasos, que inclou irritants i tòxics sistèmics, com ara l'àcid cianhídric, el diòxid de sofre, el monòxid de carboni, l'amoníac i el formaldehid. Conté, així mateix, substàncies carcinògenes (que poden induir canvis cancerosos en les cèl·lules de l'organisme) i altres mutàgens (agents que poden induir mutacions en les cèl·lules normals), com ara arsènic, crom, nitrosamines i benzopirè. Molts d'aquests productes químics, com la nicotina, el cadmi i el monòxid de carboni, alteren els pro-

cessos reproductius. En conjunt, el fum ambiental del tabac és un contaminant important de l'aire interior.

L'Agència de Protecció Mediambiental dels Estats Units (US Environmental Protection Agency) ha classificat el fum ambiental del tabac com a carcinogen de classe "A", o humà, per al qual no existeix un nivell segur d'exposició; això vol dir que no hi ha cap nivell per sota del qual es pugui assegurar que no hi ha cap risc. Aquest aspecte és molt important a l'hora d'establir regulacions en els espais públics. Aquestes recomanacions deriven de les evidències epidemiològiques, que han establert de forma inequívoca que les persones no fumadores que respiren el fum ambiental del tabac tenen moltes de les malalties que pateixen les persones fumadores, entre les quals destaquen les afeccions cardíques i els càncers de pulmó i dels sins nasals, associats de forma clara a l'exposició al fum ambiental del tabac. Aquest també provoca una àmplia varietat d'efectes adversos en la salut dels nens, que inclouen la bronquitis i la pneumònia, el desenvolupament i l'exacerbació de l'asma, infeccions de l'oida mitjana i afeccions de l'oida interna que constitueixen la causa més comuna de sordesa infantil. L'exposició de les dones no fumadores al fum ambiental del tabac durant l'embaràs redueix el creixement fetal, i l'exposició postnatal dels nadons a l'esmentat fum augmenta el risc del síndrome de mort sobtada del lactant. El consum del tabac també genera efectes immediats, com ara irritació ocular i nasal, mal de cap, mareig, molèsties a la gola, nàusees, tos i problemes respiratoris.

A Europa i als Estats Units s'ha estimat que al voltant del 80% dels adults estan exposats al fum ambiental del tabac en algun moment del dia. Al nostre país, diversos estudis han demostrat suficientment que les regulacions, malgrat haver suposat un avenç molt important respecte a la situació prèvia (cal recordar que no fa gaires anys es fumava per tot arreu, sense cap restricció ni control), no han aconseguit evitar que encara es fumi en molts llocs on no s'hauria de fumar. En línies generals, el compliment és més elevat en les escoles i centres sanitaris, i més baix en les oficines de l'administració, les estacions de transport i altres espais públics. Tot i que la situació ha millorat molt respecte a la de fa alguns anys, resta encara un llarg camí per recórrer. I no només per raons de salut: a molts llocs els arguments de seguretat i d'higiene també tenen molta importància, alhora que es pot observar una clara reducció dels costos de manteniment i neteja i en la cobertura d'assegurances. És molt

important destacar que les expectatives més alarmistes que, de vegades, s'esgrimeixen com a argument contra les regulacions del consum de tabac en espais públics, i que auguren que les restriccions en llocs de lleure com els bars i restaurants fan perdre clients, no s'han pogut demostrar mai; per contra, hi ha estudis que evidencien que les regulacions no tenen cap impacte negatiu en aquests establiments. No hi ha, doncs, cap motiu per creure que aquest problema es pugui donar en altres serveis.

Situació a Barcelona

En aquest context, durant la primavera de l'any 2000 es va realitzar a Barcelona un estudi pilot per mesurar l'exposició ambiental al fum del tabac, a través de la captació (mitjançant filtres actius i passius) dels nivells de nicotina a l'aire, un indicador específic del tabac. Aquest estudi es va realitzar en col·laboració amb l'Institute for Tobacco World Control de la Johns Hopkins School of Public Health, i va comptar també amb el suport del Departament de Salut Pública de la Universitat de Berkeley a Califòrnia. La hipòtesi de treball era que es pot mesurar la concentració de nicotina a l'aire en l'interior dels edificis com a indicador de l'exposició a la resta de constituents del fum del tabac. L'objectiu general de l'estudi era valorar la viabilitat al nostre medi de la mesura de l'aire contaminat pel fum del tabac, mitjançant la detecció de nicotina. Entre els objectius específics, es pretenia analitzar, en una mostra de centres i espais públics, els nivells de nicotina a través de diferents mesures amb filtres actius i passius, per tal de poder comparar les mesures en diverses observacions als mateixos centres i establir un nivell de base per determinar l'efectivitat de les mesures adoptades per disminuir l'exposició ambiental al fum del tabac.

Per a la realització de l'estudi es van utilitzar uns filtres passius, que, durant una setmana, s'havien de deixar instal·lats en la dependència o habitacle objecte d'estudi, i també uns filtres actius, connectats a una bomba d'aspiració d'aire, que havien de permetre de prendre mostres puntuals, amb recollides d'una hora de durada. Els filtres es van col·locar en una mostra d'estacions de transport, centres comercials, espais i oficines de l'administració pública, centres d'ensenyament i edificis sanitaris. Els principals resultats de l'estudi es mostren en la taula 2.12, que recull les concentracions dels filtres passius agrupats pel tipus de centre. Com es pot observar, els valors més elevats corresponen a les cafeteries i restaurants, entre les quals s'inclou un menjador d'un hospital general de la ciutat. Val a dir que, en aquest menjador, es van obtenir mostres separades a la zona de fumadors i a la de no fumadors; i es va detectar una concentració més elevada a la zona de fumadors (15,0 mg/m³) respecte de l'àrea de no fumadors (11,5 mg/m³). També cal destacar els valors observats en una escola de secundària, a partir d'una mostra obtinguda a la sala de professors, i els d'una mostra realitzada en una casa en què vivien persones fumadores. En una situació més moderada es trobaven els centres comercials (2,8 mg/m³), un centre d'ensenyament d'idiomes (2,3 mg/m³) i les instal·lacions del metro (2,2 mg/m³). Finalment, es va detectar una concentració molt baixa en un centre

Taula 2.12. Concentracions de nicotina en mostres d'aire en espais públics. Estudi pilot. Barcelona, abril-maig 2000

Dependència	Nombre de mostres	Concentració de nicotina (mg/m ³)*
Transports públics (metro)	4	2,2
Cafeteries i restaurants	3	12,4
Centres comercials	4	2,8
Universitat	5	0,9
Escoles d'idiomes	2	2,3
Escola secundària	1	9,5
Hospitals	4	0,7
Centres d'atenció primària	2	1,1
Domicilis de persones fumadores	1	7,9
Domicilis de persones no fumadores	3	0,003

(*) Valor mitjà de les diverses mostres.

d'assistència primària (1,1 mg/m³), a les dependències de la Facultat de Medicina (0,9 mg/m³) i a diverses sales d'un hospital general (0,7 mg/m³). Els resultats, en termes generals, són consistents amb relació a les troballes d'estudis anteriors en d'altres països, si bé mostren algunes particularitats que cal adreçar de forma prioritària al nostre medi, especialment pel que fa a la presència de fum de tabac als mitjans de transport (tot i no ser les més elevades de la mostra) i als centres d'ensenyament analitzats. En conjunt, l'estudi demostra la viabilitat i utilitat de la tècnica emprada per al monitoratge de la vigilància del compliment de les normatives sobre el tabac en espais públics.

2.9. Trastorns de la conducta alimentària en l'adolescència

Els trastorns del comportament alimentari (TCA), que comprenen l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa i les síndromes parcials, són malalties psiquiàtriques de gran rellevància sociosanitària. Tot i el seu impacte social, fins ara no s'ha estimat convenientment la prevalença actual i la seva tendència al nostre entorn. El DSM-IV de l'*American Psychiatric Association* assenyalava que la prevalença d'anorèxia nerviosa en la població femenina adolescent i juvenil se situa entre el 0,5% i l'1%, i la de la bulímia nerviosa, entre l'1% i el 3%. La revisió dels estudis epidemiològics disponibles conclou que, de promig, la incidència d'anorèxia va passar de 0,37 (per 100.000 habitants i any) a la dècada dels seixanta a 6,3 a la dècada dels vuitanta en els països desenvolupats. En els dos últims anys, diversos estudis en poblacions femenines adolescents a Navarra, Ma-

drid i Saragossa han aportat elements per estimar la prevalença al nostre entorn. Els resultats concorden entre si i també amb estimacions internacionals. Entre un 4,1% i un 4,7% de les noies adolescents (d'entre 12 i 21 anys) presenten algun trastorn del comportament alimentari. L'anorèxia nerviosa és present en prop d'un 0,3% de les adolescents, la bulímia té una incidència pròxima a l'1%, i la resta, els trastorns incomplets o no especificats, es donen en el 2%-4% de les noies. No existeixen per ara estimacions poblacionals en nois o en adults. L'etiologia dels trastorns alimentaris és clarament multifactorial. La simptomatologia clínica representa la interacció entre tres factors predisposants (individuals, familiars i culturals), precipitants (situacions de crisi personal, pèrdues afectives...) i perpetuants (clínica de desnutrició i patologia associada). Entre els factors predisposants, les hipòtesis genètiques cada vegada cobren més importància, tal com demostren diversos estudis en bessons i familiars. Les alteracions en els sistemes neurotransmissors i neuroendocrins dels afectats suggereixen també alteracions cromosòmiques hereditàries. Entre els factors psicològics més implicats, destaquen les actituds de preocupació excessiva respecte al pes, la percepció errònia de la forma corporal, la baixa autoestima i la manca d'estratègies d'afrontament. A Barcelona, la prevalença d'alguns factors de risc dels TCA es pot estimar a partir de diferents enquestes. Així, l'Enquesta de Salut als Adolescents de la ciutat de Barcelona del 1999, realitzada sobre una mostra dels estudiants de 14 a 19 anys de la ciutat, revela que un 41,7% de les noies i un 14,2% dels nois se senten poc orgullosos del seu cos. En aquest sentit, un 40,3% de les noies i un 18% dels nois creuen que pesen massa. Un 40,7% de les noies declara haver seguit alguna dieta en els últims 12 mesos, davant d'un 11% dels nois. En canvi, precisament, els nois practiquen esport amb molta més freqüència que les noies. No hi ha diferències significatives entre els que havien seguit alguna dieta el 1993 i el 1999, però aquest darrer any hi havia més joves que se sentissin poc orgullosos del seu cos (32%) que no pas el 1993 (28,3%). Els resultats preliminars de l'enquesta ESFA-FRESC, realitzada l'any 2000 sobre una mostra representativa dels estudiants de

Barcelona de 2n. d'ESO (de 13,5 anys), revelen com es veuen aquests nois i noies, com els agradaria ser i quin coneixement tenen de la talla corporal saludable (taula 2.13).

Una altra enquesta realitzada pel Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, sobre una mostra de 2.354 alumnes d'11 a 13 anys de la província de Barcelona, assenyalava que un 39,9% de l'alumnat desitjaria estar més prim.

L'enquesta Canvis, realitzada per l'Ajuntament de Barcelona el 2000, permet conèixer els hàbits alimentaris, els seus determinants (coneixements, autoeficàcia i conductes), la imatge corporal i l'autoestima dels estudiants de secundària de Barcelona. L'enquesta es va administrar a una mostra de 2.827 estudiants de 2n. d'ESO (de 13 anys) de 52 escoles, les quals hi van participar voluntàriament d'entre el total de 242 escoles de la ciutat.

Amb relació al consum òptim dels diferents grups d'aliments, segons la Societat Espanyola de Nutrició Comunitària, l'alumnat mostra un consum insuficient de cereals, verdures, fruites i làctics, així com un consum excessiu de carns vermelles. Molts escolars confessen que no mengen mai vegetals crus (15%), ni tampoc verdures cuites (23%) o peix (20%) (figures 2.49 i 2.50). A més, el 17% no esmorza abans de sortir de casa. Els coneixements alimentaris són bastant alts (10,8/13) i les intencions de triar aliments saludables són força millorables (6,3/13). Finalment, un 19% de les noies es declara insatisfeta amb el seu pes i un 28% reconeix haver fet dieta alguna vegada per aprimar-se.

Conclusions

- La prevalença estimada dels trastorns del comportament alimentari se situa al voltant del 4% de les adolescents; inclou un 0,3% d'anorèxia i un 1% de bulímia, mentre que la resta corresponen a síndromes incompletes.
- La satisfacció amb la pròpia imatge i el propi pes hauria de millorar entre els joves, mitjan-

Figura 2.49. Consum de grups d'aliments: cereals, verdures, làctics i llegums. Escolars de 2n. d'ESO. Enquesta Canvis. Barcelona, 2000.

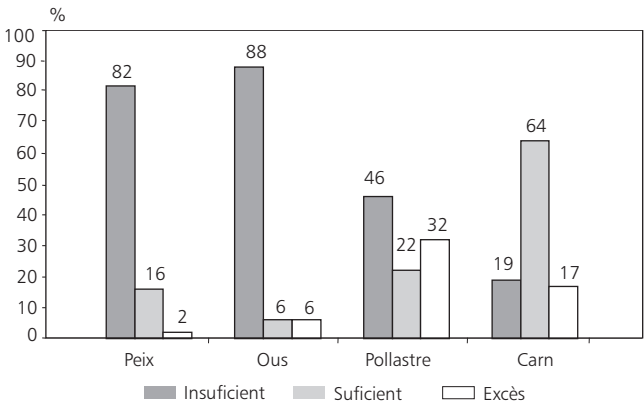
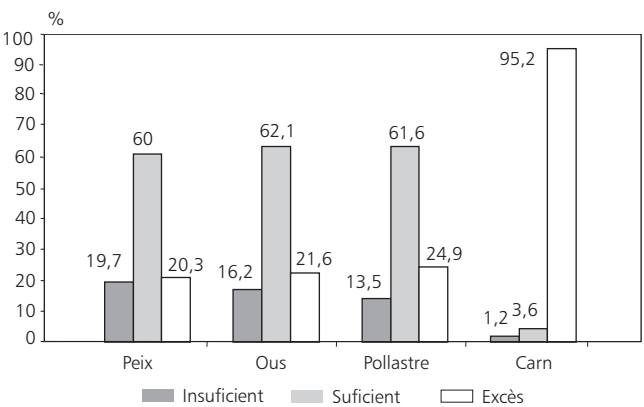


Figura 2.50. Consum de grups d'aliments: peix, ous, pollastre i carn. Escolars de 2n. d'ESO. Enquesta Canvis. Barcelona, 2000.



- çant la promoció d'hàbits alimentaris més sans, la pràctica d'exercici físic, l'acceptació de la pròpia figura i la resistència als missatges publicitaris.
- Els escolars de Barcelona haurien de consumir menys carns vermelles, i més vegetals (fruites i verdures), cereals (pa, arròs, pasta i patates) i làctics (llet i derivats).

Taula 2.13. Com es veuen, com els agradaria ser i quin coneixement tenen de la talla corporal saludable els estudiants de 2n. d'ESO de Barcelona. Enquesta ESFA-FRESC 2000

	Noi (n=454)			Noia (n=424)		
	Prim %	Ni prim ni gras %	Gras %	Prima %	Ni prima ni grassa %	Grassa %
Em considero	22,5	69,7	16,9	17,7	58,6	23,8
M'agradaria ser	22,4	76,3	1,4	39,7	60,0	0,2
Una persona està sana quan és	6,9	91,2	0,9	6,8	92,5	0,7

Bibliografia

J. Toro: Epidemiología de los trastornos alimentarios. Medicina Clínica, Barcelona, 2000; 114(14):543-4.

2.10. La salut percebuda, la utilització de serveis sanitaris i les conductes relacionades amb la salut als districtes

L'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000 (ESB-2000) ofereix una oportunitat única per descriure l'estat de salut percebut, l'ús de serveis sanitaris i seguiment de pràctiques preventives i les conductes relacionades amb la salut de la població dels districtes de Barcelona. Aquesta afirmació obeeix al fet que la mostra de l'enquesta va ser de 10.000 casos i, per tant, n'hi ha un nombre prou suficient en cada districte ($n=1.000$) com per poder exposar clarament els resultats en cadascuna d'aquestes àrees. Les anteriors enquestes de salut, pel seu abast més reduït, no permetien fer aquestes estimacions. En aquest capítol, es presenten els principals resultats de l'esmentada enquesta.

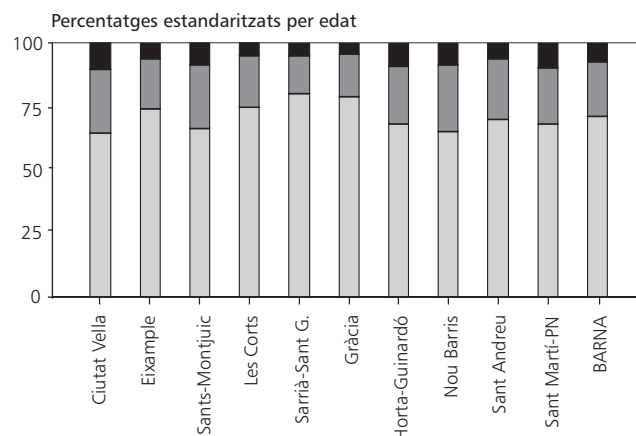
L'estat de salut percebut

Un 79% dels homes de Barcelona de 15 anys o més declaren tenir un bon estat de salut percebut, mentre que un 16,3% confessen que aquest és regular i un 3,5% afirmen que és dolent o molt dolent. Les dones declaren tenir pitjor salut, amb uns percentatges del 70,9%, 21,7% i 7%, respectivament. Els districtes amb pitjor salut percebuda són els de Ciutat Vella i Nou Barris, on el percentatge de bon estat de salut percebut és del 72,7% i 72,3% en els homes, i del 65,2 % i 64,8 % en les dones. Per contra, Sarrià-Sant Gervasi és el districte amb millor salut declarada (figura 2.51).

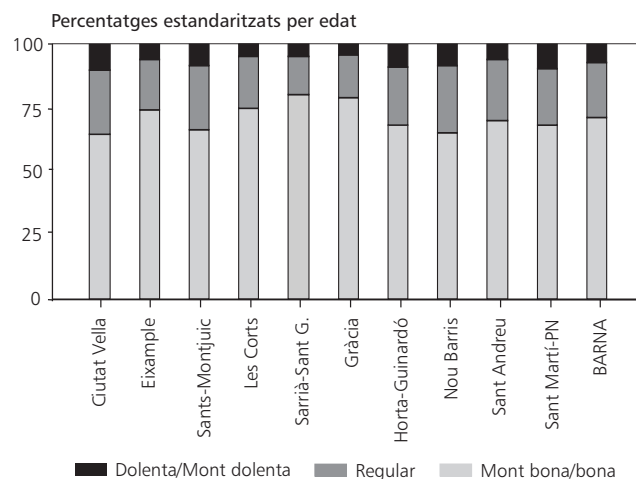
Un 56% dels homes i un 68% de les dones de Barcelona declaren tenir, com a mínim, un trastorn crònic. En els homes, els percentatges per districte fluctuen entre el 36,4% de Sant Andreu i el 63,8% de Nou Barris. En les dones, van del 52,7% de Sant Andreu al 76,3% de Sarrià-Sant Gervasi (figura 2.52).

Figura 2.51. Estat de salut percebut per districtes. Homes i dones de 15 anys i més.

Homes



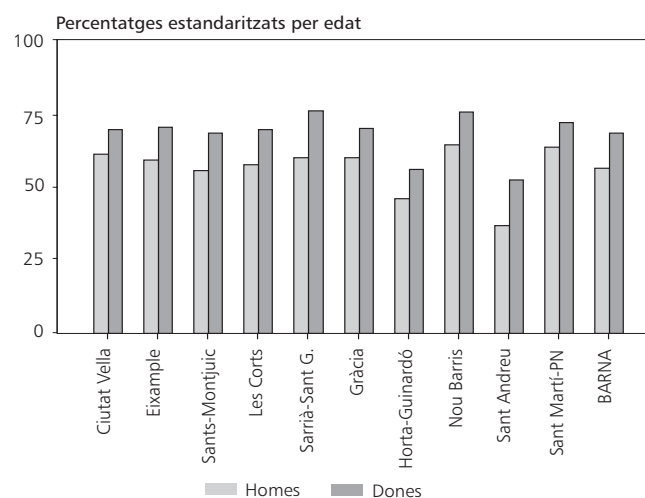
Dones



■ Dolenta/Mont dolenta ■ Regular ■ Mont bona/bona

Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.52. Trastorns crònics per districtes. Homes i dones.



Font: ESB-2000, IMSP.

Les lesions per accidents ocorreguts durant l'últim any també varien entre districtes. Així, els residents a Sarrià Sant-Gervasi són els que n'han declarat més (un 27,1% dels homes i les dones), i els de Sant Andreu, els que ho han fet menys (un 13,5% dels homes i un 14,1% de les dones) (figura 2.53).

El risc de mala salut mental, mesurat amb el *General Health Questionnaire*, ha estat més elevat en les dones que no pas en els homes en tots els districtes. En aquest segon cas, els districtes amb percentatges més alts (propers al 14%) han estat Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i Horta-Guinardó; en el cas de les dones, han destacat els districtes de Ciutat Vella (amb un 23,4%) i Horta-Guinardó (amb un 22,8%) (figura 2.54).

La utilització de serveis sanitaris

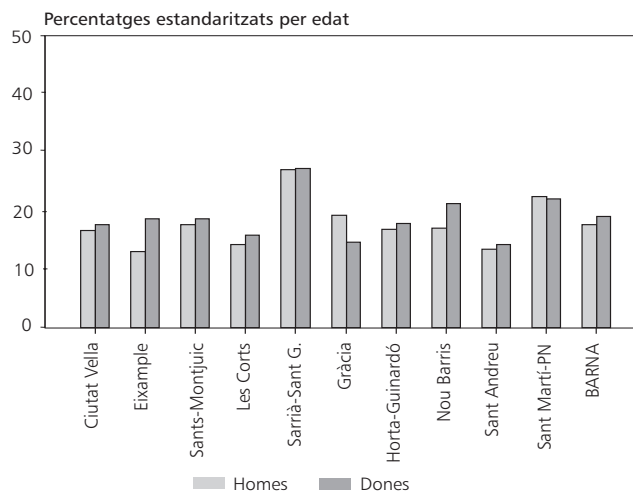
La figura 2.55 mostra la cobertura sanitària de la població als districtes de la ciutat, i permet observar una disparitat important: a Sarrià Sant-Gervasi, dues terceres parts de la població tenen una cobertura mixta (fet que implica gaudir d'una cobertura privada, a més de la pública), mentre que a Ciutat Vella o Nou Barris aquesta situació es dona en menys del 20% de la població.

En les figures 2.56, 2.57 i 2.58, s'il·lustra la utilització dels serveis sanitaris d'acord amb els següents paràmetres: haver realitzat alguna consulta a un professional sanitari, haver estat hospitalitzat o haver anat a un servei d'urgències. Horta-Guinardó ha estat el districte en què menys s'ha consultat a un professional (un 13% dels homes i un 14,4% de les dones). Ciutat Vella ha estat el districte en què les persones han declarat haver estat més hospitalitzades durant l'any anterior (un 11,5% dels homes i un 10% de les dones), i també haver visitat més vegades els serveis d'urgències (una de cada tres persones) al llarg de l'últim any.

Les pràctiques preventives

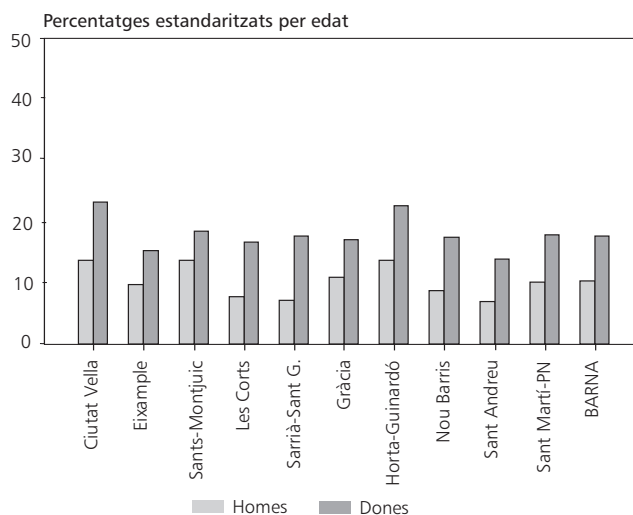
La prevalença de dones de 50 a 64 anys que se sotmeten a mamografies periòdiques és del 80% a tot Barcelona (figura 2.59). Els districtes on s'implantà primer el Programa de Cribatge de Càncer de Mama (Ciutat Vella i Sant Martí) són els que presenten uns percentatges més elevats en aquesta pràctica preventiva (del 88% i el 91% respectivament) (figura 2.59).

Figura 2.53. Lesions per accidents per districtes. Homes i dones.



Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.54. Risc de mala salut per districtes. Homes i dones de 15 anys i més.

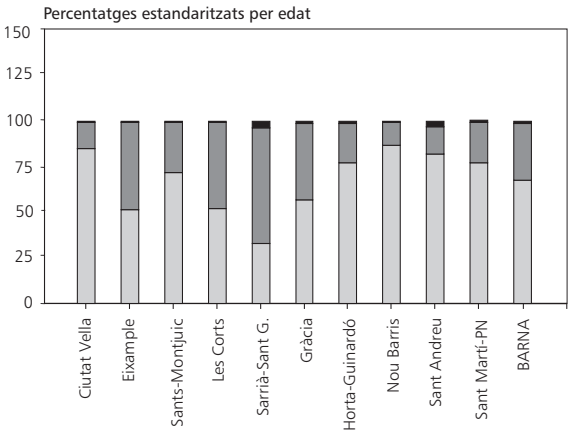


Font: ESB-2000, IMSP.

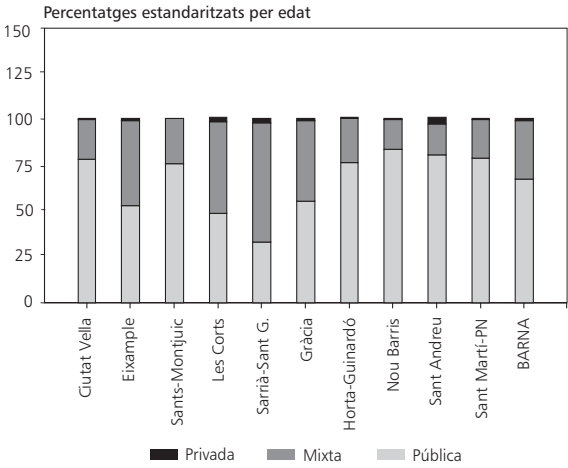
En el cas de la citologia periòdica, un 58,6% de les dones de més de 20 anys s'hi sotmeten periòdicament, i els districtes de Les Corts i Sarrià Sant-Gervasi són els que enregistren uns percentatges més elevats. Cal assenyalar que, en aquest cas, no existeix cap programa de cribatge i, per tant, les dones que se sotmeten a aquests controls ho fan per pròpia decisió o per recomanació del seu ginecòleg o ginecòloga (figura 2.60). Les altres dues pràctiques preventives sobre les quals preguntava l'enquesta eren el control periòdic de la tensió arterial i la vacunació de la grip. La presa de la tensió arterial en persones de 15 anys o més varia entre el 42,8% de Sant Andreu i el 57,3% de Sarrià-Sant Gervasi en el cas dels homes, i entre el

Figura 2.55. Cobertura sanitària per districtes. Homes i dones.

Homes

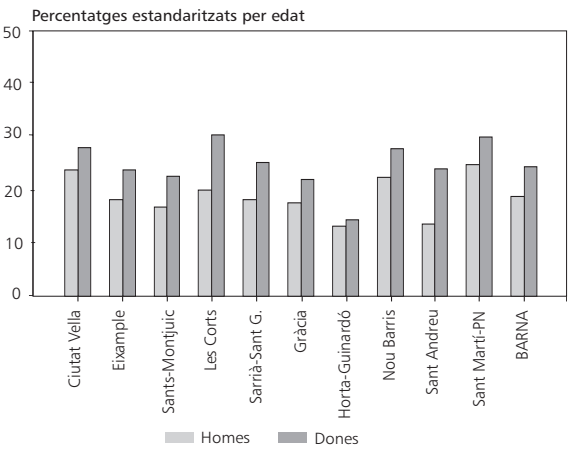


Dones



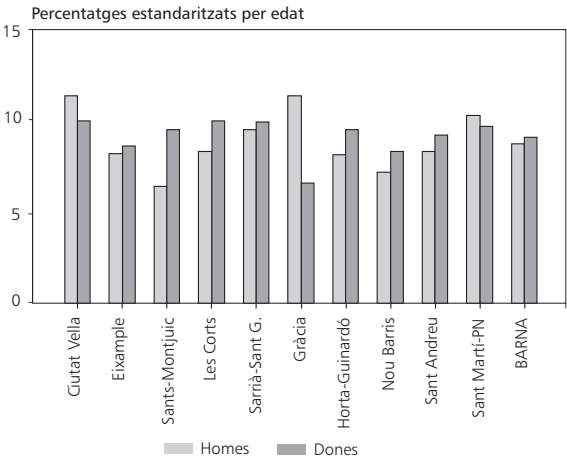
Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.56. Consulta a un professional sanitari durant els darrers 15 dies per districtes. Homes i dones.



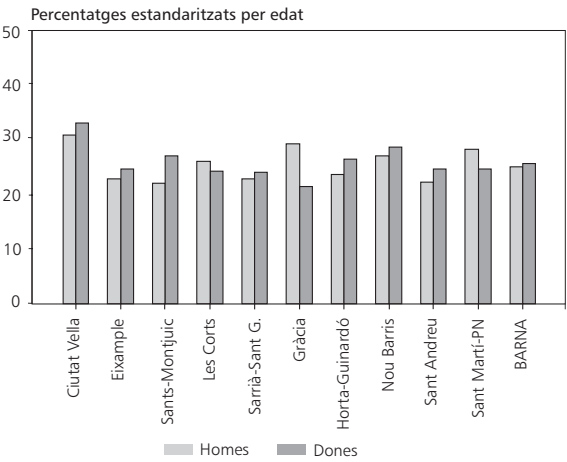
Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.57. Hospitalització durant el darrer any per districtes. Homes i dones.



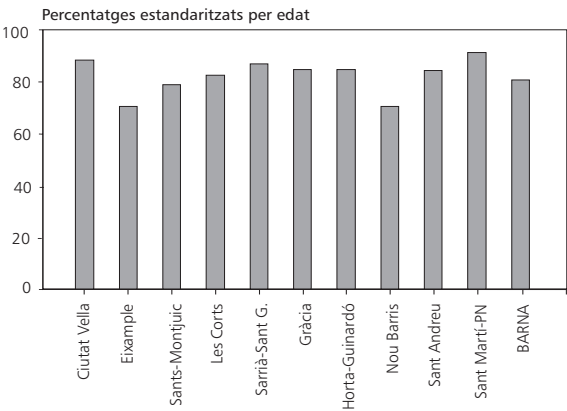
Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.58. Visita al servei d'urgències durant el darrer any per districtes. Homes i dones.

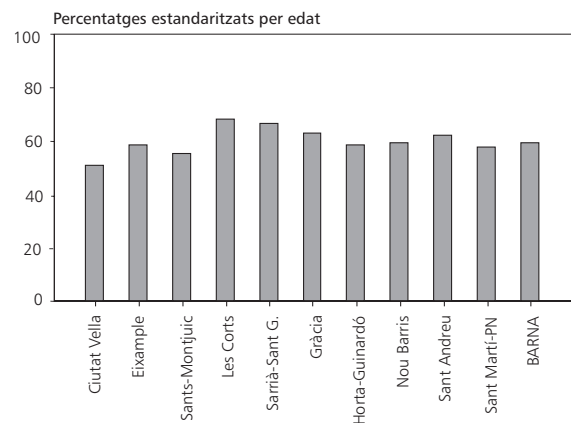


Font: ESB-2000, IMSP.

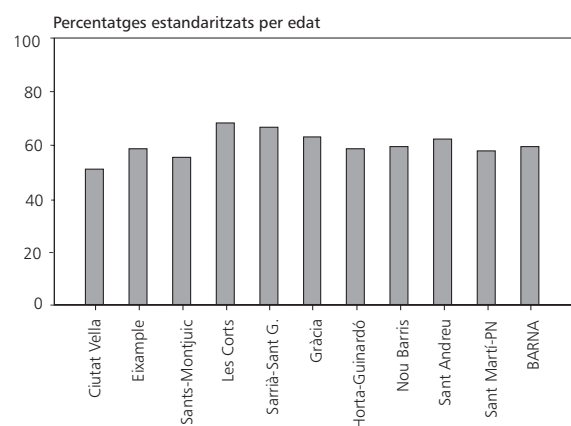
Figura 2.59. Mamografies periòdiques per districtes. Dones de 50 a 64 anys.



Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.60. Citologia periòdica per districtes. Dones de 20 anys i més.

Font: ESB-2000, IMSP.

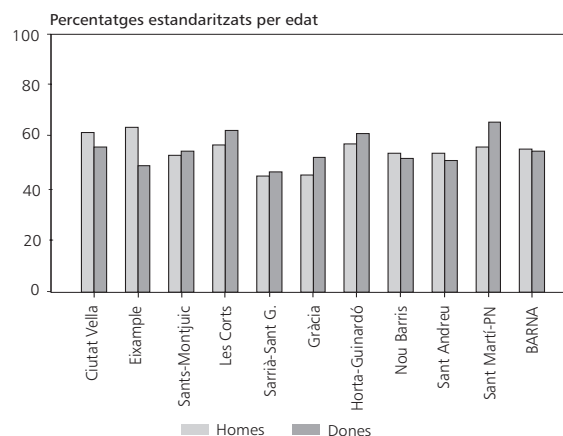
Figura 2.61. Control periòdic de la tensió arterial per districtes. Homes i dones de 15 anys i més.

Font: ESB-2000, IMSP.

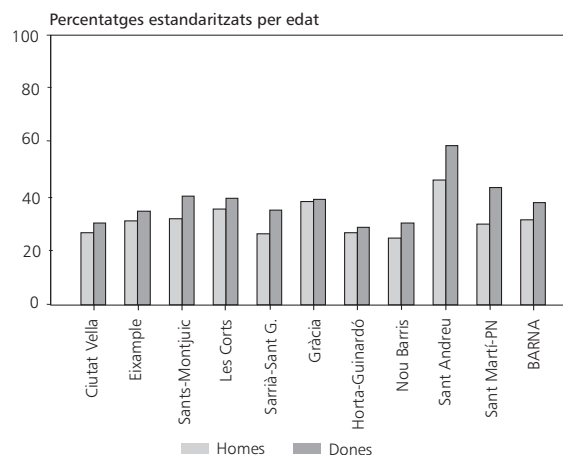
52,4% de Gràcia i el 60,9% de Ciutat Vella i Sarrià-Sant Gervasi en el cas de les dones (figura 2.61). La vacunació de la grip en persones de 65 anys o més fluctua entre el 45% (en homes i dones) de Sarrià-Sant Gervasi i el 64% de l'Eixample en els homes i de Sant Martí en les dones (figura 2.62).

Les conductes relacionades amb la salut

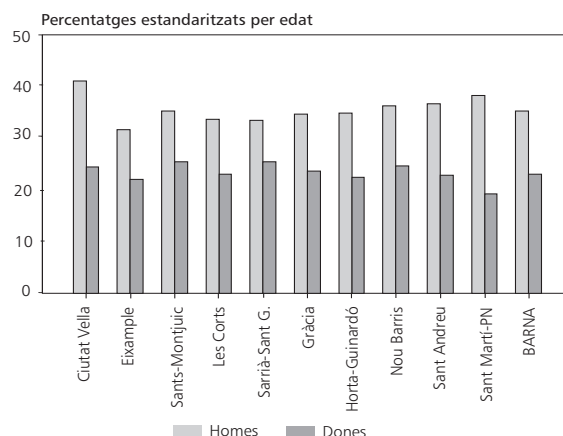
Tal com es mostra en la figura 2.63, el percentatge de població sedentària (referit a l'activitat física durant el temps de lleure, que també inclou l'hàbit de caminar i no només la pràctica d'esports) és més alt a Sant Andreu (comprèn el 46,5% dels homes i el 58,7% de les dones). Per contra, Nou Barris és el districte amb menys sedentarisme.

Figura 2.62. Vacunació de la grip per districtes. Homes i dones de 65 anys i més.

Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.63. Població sedentària en el temps lliure per districtes. Homes i dones de 15 anys i més.

Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.64. Consum de tabac per districtes. Homes i dones de 15 anys i més.

Font: ESB-2000, IMSP.

Quant al consum de tabac, Ciutat Vella és el districte on hi ha més homes fumadors (un 40,7% del total), i Sants-Montjuïc i Sarrià Sant-Gervasi són els districtes on hi ha més dones fumadores (un 25% del total) (figura 2.64).

Conclusions

Si bé alguns indicadors de salut relacionats amb la mortalitat, la incidència de la sida o el consum de drogues són molt més desfavorables en el districte de Ciutat Vella, aquesta distribució no és tan evident en la salut percebuda, la utilització de serveis sanitaris i les conductes relacionades amb la salut.

2.11. Consum de drogues. Principals resultats de l'enquesta de salut de Barcelona 2000 (ESB-2000).

Drogues no institucionalitzades

Cànnem

El cànnem és la substància no institucionalitzada més consumida. Un 16% de la població resident a Barcelona de 15 a 64 anys reconeix haver-lo provat alguna vegada a la vida. D'aquests, un 4,3% afirmen haver-lo consumit en el darrer mes; per tant, l'índex de continuïtat és del 29%. Els nivells d'experimentació amb els derivats del cànnabis són més elevats entre els homes (un 20% d'aquests enfront d'un 11% de les dones) i els joves d'entre 15 i 29 anys (amb un percentatge del 26%). Pel que fa al cànnabis, l'índex de continuïtat és molt alt, ja que en el cas de la població de 15 a 29 anys se situa al voltant del 40%; això vol dir que, de tots els experimentadors d'aquest grup d'edat, el 40% el consumeixen de forma regular (taula 2.14). I tal com envelleix la població, aquest consum regular es redueix de forma significativa. Entre sexes (taula 2.15) existeixen diferències tant pel que fa a les prevalences de consum esporàdic com en els consums regulars. Així, l'índex de continuïtat en les dones joves és del 33%, i en el cas dels homes joves, del 45%. En la població adulta, encara que les prevalences de consum esporàdic són més altes entre els homes, pel que fa a l'ús regular, aquestes diferències es redueixen i la continuïtat pràcticament resulta igual entre ambdós sexes (el 17% en els homes i el 15% en les dones).

Taula 2.14. Distribució de la prevalença de consum de cànnem alguna vegada a la vida i continuïtat d'ús per grups d'edat (percentatges). Barcelona, 2000

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	116	(19,1%)	49,1%
20-24	239	(33%)	46 %
25-34	306	(22,6%)	22,2%
35-54	352	(13,1%)	15,9%
15-29	535	(25,5%)	39,8%
15-65	1033	(15,7%)	28,7%

Font: ESB-2000, IMSP.

Taula 2.15. Distribució de la prevalença de consum de cànnem alguna vegada a la vida i continuïtat d'ús per sexes i grups d'edat (percentatges). Barcelona, 2000

Homes

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	71	(23,1%)	52,1%
20-24	136	(38,4%)	57,3%
25-34	192	(27,8%)	21,9%
35-54	156	(23,5%)	17,9%
15-29	323	(30,3%)	44,6%
15-65	641	(19,7%)	30,7%

Dones

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	45	(15%)	44,4%
20-24	104	(27,9%)	30,8%
25-34	114	(17,2%)	21,9%
35-54	102	(12,9%)	16,7%
15-29	212	(20,6%)	32,5%
15-65	391	(11,2%)	24,3%

Font: ESB-2000, IMSP.

Si s'observa la distribució per classe social, es pot comprovar que en els homes no hi ha cap patró diferencial entre classes, ja que les prevalences de consum esporàdic només oscil·len entre un 17% en la classe més afavorida socioeconòmicament (I-II) i un 16% en la classe treballadora (IV-V). En les dones, en canvi, sí que s'observa un gradient entre classes: les de classe I-II són les més experimentadores (14%) i les de classe IV-V, les menys experimentadores amb un 6% de consum esporàdic (figura 2.65). Si hom compara aquests resultats amb l'enquesta de consum en la població general del Plan Nacional sobre Drogas de l'any 1999, s'observa que les prevalences de consum a Barcelona són similars a les del conjunt de l'Estat. Així, a Barcelona, un 26% de la població juvenil (15-29 anys) reconeix haver consumit cànnem

alguna vegada a la vida enfront d'un 28% de la resta de joves de l'Estat espanyol. Tot i això, si s'analitza el consum en el darrer mes pel que fa a aquest segment de població jove (consum regular), aquest esdevé més elevat a Barcelona (un 17% enfront d'un 8,6%). Si es comparen els resultats per autonomies, Barcelona es troba amb unes prevalences similars a Catalunya, que figura entre les cinc primeres comunitats autònomes del país (per darrere de les Balears, Navarra, el País Basc i la Comunitat Valenciana).

Cocaïna

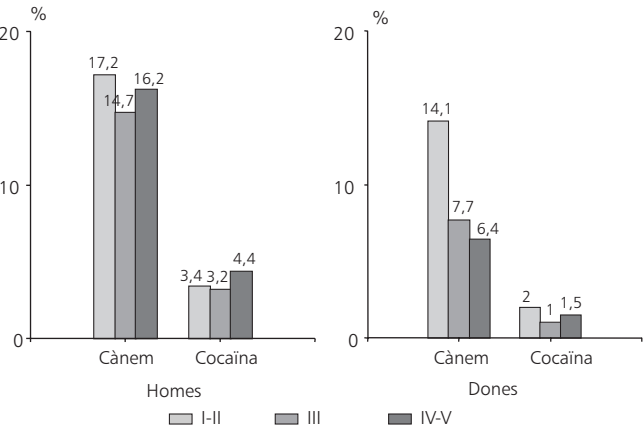
Un 3,4% de la població barcelonina de 15 a 64 anys reconeix haver provat la cocaïna, amb un índex de consum regular del 16,7%. De la mateixa manera que en el cas del cànem, la població jove és la que presenta un consum experimental més elevat: un 5% dels joves d'entre 15 i 29 anys afirma que n'ha consumit alguna vegada. Tanmateix, no hi ha tantes diferències entre els diversos grups d'edat, atès que les prevalences oscil·len entre uns rangs del 3% i del 7% segons l'edat (taula 2.16).

L'índex de continuïtat és molt semblant entre les diferents edats, ja que els rangs corresponents es troben entre un 18% i un 11%. I malgrat que s'observa un cert gradient entre les edats més baixes i les més elevades, aquest no és tan acusat com en el cas del cànem.

Si s'analitza aquesta distribució entre els diferents sexes (taula 2.17), s'observa que els homes són més experimentadors que no pas les dones (un 4,8% d'ells i un 1,9% d'elles); aquestes diferències encara s'eixamplen més entre la població jove (un 7% enfront d'un 3%). Ara bé, entre aquesta població, les dones que consumeixen ho fan amb més regularitat, perquè el seu índex de continuïtat del 32% està per damunt del 18% dels homes. Probablement, aquests percentatges es deuen al fet que les dones consumeixen de forma més regular a edats més joves. En canvi, a partir dels 25 anys, ja ho fan de manera més esporàdica, mentre que els homes segueixen tenint un consum regular força alt (del 18%) fins a edats més elevades.

Per classes socials, en l'actualitat, no hi ha diferències quant a la prevalença d'experimentació amb la cocaïna. Si s'observen aquestes dades per sexe, en els homes es detecta un cert gradient: la classe social IV-V és la que presenta unes prevalences més altes (del 4,4% enfront del 3%). En les dones no s'observa cap patró entre classes.

Figura 2.65. Distribució de la prevalença de consum esporàdic de drogues il·legals segons la classe social i el sexe.



Font: ESB-2000, IMSP

Taula 2.16. Distribució de la prevalença de consum de cocaïna alguna vegada a la vida i continuïtat d'ús per grups d'edat (percentatges). Barcelona, 2000

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	17	(2,8%)	41,2%
20-24	49	(6,8%)	18,4%
25-34	71	(5,3%)	15,5%
35-54	84	(3,1%)	10,7%
15-29	107	(5,1%)	21,5%
15-65	222	(3,4%)	16,7%

Font: ESB-2000, IMSP

Taula 2.17. Distribució de la prevalença de consum de cocaïna alguna vegada a la vida i continuïtat d'ús per sexes i grups d'edat (percentatges). Barcelona, 2000

Homes

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	13	(4,2%)	38,5%
20-24	32	(9,1%)	15,6%
25-34	55	(8%)	18,2%
35-54	46	(7%)	15,2%
15-29	79	(7,4%)	17,7%
15-65	156	(4,8%)	16,7%

Dones

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	4	(1,3%)	75%
20-24	17	(4,6%)	23,5%
25-34	16	(2,4%)	6,3%
35-54	26	(3,3%)	7,7%
15-29	28	(2,7%)	32,1%
15-65	65	(1,9%)	16,9%

Font: ESB-2000, IMSP

En comparar els nostres resultats amb els obtinguts en l'enquesta nacional, es pot comprovar que les prevalences són similars a les de la resta de l'Estat (d'un 3,4% enfront d'un 3,1%). No obstant això, en el grup dels homes joves, les prevalences d'experimentació són més altes a Barcelona (d'un 9% enfront d'un 7%). En el grup de les dones, les prevalences són semblants a les de l'Estat. I en el conjunt del país, s'observa la mateixa tendència que a Barcelona pel que fa al consum: les dones comencen a consumir a edats més joves que no pas els homes.

Amfetamines i drogues de disseny

Les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona indiquen que aquestes substàncies sols han estat provades per un 2,8% de la població d'entre 15 i 64 anys. En el grup d'edat dels joves de 20 a 24 anys, aquesta prevalença és sensiblement més gran: un 7% manifesten haver-les provat com a mínim una vegada (taula 2.18). Si s'observen les dades per sexes, aquestes diferències encara són més marcades, ja que un 10% dels homes de 20 a 24 anys afirmen que les han provades (amb un índex de continuïtat del 16%). Per contra, en aquest mateix grup d'edat, només un 5% de les dones reconeixen d'haver-ne consumit (amb un índex de continuïtat del 6%), mentre que en la resta de grups d'edat el consum es mou al voltant d'un 1%.

Quant a les dades per classe social, no hi ha diferències significatives pel que fa a les prevalences de consum experimental o regular.

Si hom compara les dades de Barcelona amb les obtingudes en l'enquesta nacional, es pot observar que el consum experimental en la població de 15 a 64 anys és similar en ambdós territoris (un 2,8% enfront d'un 2,4%). Malgrat tot, entre el grup d'homes joves, aquestes diferències s'amplien, i a Barcelona es detecten unes prevalences del 10% en oposició al 8% de l'Estat espanyol. Per contra, les dones joves barcelonines són menys experimentadores que les de la resta de l'Estat (un 2% enfront d'un 4%).

Heroïna

Pel que fa al consum experimental d'aquesta droga, la prevalença és molt baixa: tan sols un 0,4% afirma haver-ne consumit en alguna ocasió. El grup d'edat amb una prevalença més alta és el de 30 a 54 anys (amb un 0,6%). També com en el cas de les altres drogues no institucionalitzades, els experimentadors són bàsicament homes (un 0,5% superior al 0,2% de les dones).

Taula 2.18. Distribució de la prevalença de consum de psicoestimulants (amfetamines i drogues de disseny) alguna vegada a la vida i continuïtat d'ús per grups d'edat (percentatges). Barcelona, 2000

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	13	(2,1%)	15,4%
20-24	51	(7%)	19,6%
25-34	53	(3,9%)	9,4%
35-54	60	(2,2%)	8,3%
15-29	96	(4,6%)	13,5%
15-65	183	(2,8%)	12%

Font: ESB-2000, IMSP.

Taula 2.19. Distribució de la prevalença de consum de tranquil·litzants i/o hipnòtics alguna vegada a la vida i continuïtat d'ús per grups d'edat (percentatges). Barcelona, 2000

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	53	(8,7%)	41,5%
20-24	119	(16,4%)	31,1%
25-34	221	(16,3%)	34,8%
35-54	634	(23,6%)	47%
55-64	316	(26,2%)	59,9%
15-29	290	(13,8)	34,5%
15-65	1376	(20,4%)	46,5%

Font: ESB-2000, IMSP.

Segurament a causa del baix nombre d'efectius, només s'observa una lleugera variació per classe social: en el grup d'homes de classe IV-V la prevalença és del 0,7% enfront del 0,2% de la classe social I. Els resultats obtinguts sobre el consum d'aquesta droga són congruents amb els enregistrats en l'enquesta nacional de consum, i també amb les tendències de la resta d'indicadors indirectes de drogues.

Drogues institucionalitzades

Tranquil·litzants i/o hipnòtics

El consum de tranquil·litzants i/o hipnòtics amb un ús no mèdic és bastant prevalent en la nostra comunitat, on presenta unes prevalences de consum esporàdic del 20% en la població de 15 a 64 anys (amb un índex de continuïtat del 46%) (taula 2.19). Contràriament a les drogues no institucionalitzades, aquest consum és més prevalent a edats més grans; així, un 26% de la població d'entre 55 i 64 anys reconeix consumir-los en alguna ocasió, mentre que, per sexes, les dones representen un 25% del total enfront del 16% dels homes (taula 2.20).

La distribució del consum esporàdic i regular presenta un cert patró entre les diferents classes socials, tant per als homes com

per a les dones. En aquest sentit, en els homes de classe I la prevalença de consum de tranquil·lizants amb un ús no mèdic és d'un 25% (superior al 14% de la classe IV-V), mentre que en les dones aquests valors són del 36% i del 24%, respectivament.

La comparació amb les dades de l'enquesta nacional de l'any 1999 no ha estat possible, perquè en aquella la pregunta sols es referia a l'ús no mèdic sense recepta i, per tant, les prevalences són molt baixes. Ara bé, si es comparen els resultats amb l'enquesta de l'any 1995 (en què sí es va preguntar per l'ús no mèdic amb recepta o no), les dades presenten un patró similar als resultats barcelonins, és a dir, es detecta més prevalença en les dones i en edats més elevades.

Alcohol

L'alcohol és, sens dubte, la substància psicoactiva amb més penetració a Barcelona i a tot l'Estat espanyol. Així, un 4% dels homes declara que consumeix més de 40 g (valor considerat com a consum de risc). Aquest percentatge és de l'1,3% en el cas de les dones.

L'existència de perfils clarament diferenciats de consum d'alcohol, entre la població adulta i juvenil, aconsella de realitzar una anàlisi diferencial entre el consum en dies laborables i el consum en caps de setmana (figures 2.66 i 2.67).

La tipologia del consumidor d'alcohol en dies laborables és bàsicament la d'un home d'entre 35 i 64 anys. En aquests grups d'edat, el consum de risc (>40 g/dia) és del 9% en el segment de 45-54 anys, i del 6% en els de 35-44 anys i 55-64 anys. En la resta d'edats, les prevalences se situen al voltant del 3%. En les dones també s'observa aquest patró, amb l'única diferència que les prevalences són més baixes (d'un 2% en els grups d'edat de 35 a 64 anys). I pel que fa a la distribució per classe social del consumidor de risc en dies laborables, aquest es troba bàsicament en les classes treballadores (IV-V) i en les benestants (classe I) amb un 5% en ambdues.

El consum en caps de setmana té una distribució diferent respecte de l'anterior. Així, la tipologia d'aquest bevedor/a és la d'una persona jove d'entre 15 i 34 anys. Aquest consum es dona principalment entre els joves de 15 a 24 anys (amb un 9%), mentre que un 6% dels joves de 25 a 34 anys afirmen que consumeixen més de 40 g/dia. Les dones joves també presenten el mateix patró: les joves de 15 a 34 anys són les que més en consumeixen durant els caps de setmana (un 4% d'aquestes). En aquests tipus de

Taula 2.20. Distribució de la prevalença de consum de tranquil·litzants i/o hipnòtics alguna vegada a la vida i continuïtat d'ús per sexes i grups d'edat (percentatges). Barcelona, 2000

Homes

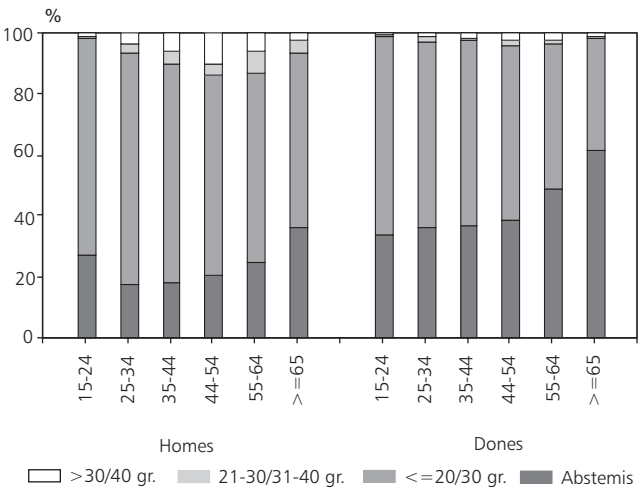
Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	22	(7,1%)	45,4%
20-24	42	(11,9%)	30,9%
25-34	87	(12,6%)	34,5%
35-54	128	(19,3)	44,5%
55-64	110	(19,4%)	57,3%
15-29	111	(10,4%)	33,3%
15-65	519	(15,9%)	42,8%

Dones

Edat	Prevalença de consum Alguna vegada a la vida		Índex de continuïtat
15-19	31	(10,3%)	38,7%
20-24	77	(20,7%)	32,5%
25-34	133	(20,1%)	35,3%
35-54	210	(26,6%)	46,7%
55-64	206	(31,8%)	59,2%
15-29	178	(17,3%)	35,4%
15-65	856	(24,6%)	48,8%

Font: ESB-2000, IMSP.

Figura 2.66. Consum d'alcohol en un dia feiner per edats i sexes.



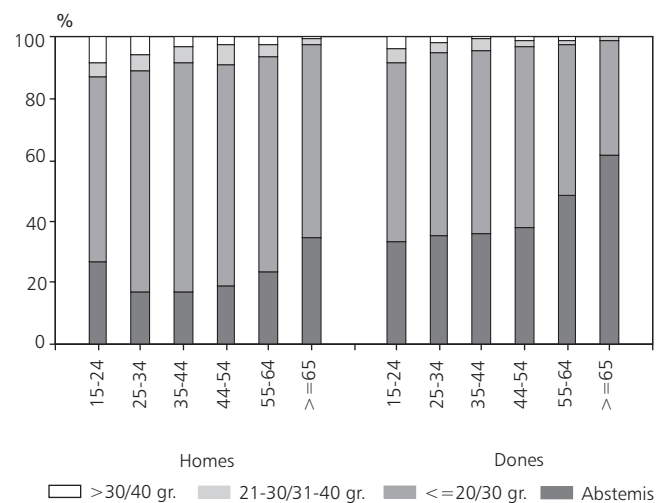
Font: ESB-2000, IMSP.

consum, els homes no presenten cap patró per classe social; de fet, en totes es registra un 5% de població que manté un consum de risc durant els caps de setmana. Per contra, en les dones, les de classe social alta són les que consumeixen més alcohol (un 2%), mentre que les de classe social treballadora només ho fan en un 0,5%.

Conclusions

- El conjunt de dades aportades per l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000 permet descriure la situació actual dels hàbits de consum de la població general envers les drogues, i comparar-les amb les dades d'altres enquestes realitzades a l'Estat espanyol.
- Actualment, les substàncies amb més penetració a Barcelona són les legals, com ara l'alcohol i els tranquil·litzants; d'entre les no institucionalitzades, el cànem és la més consumida per la societat barcelonina.
- Com a fenomen emergent, s'observa un augment del consum de cocaïna, paral·lelament a la pràctica desaparició del consum d'heroïna.
- Com a drogues amb regularitat d'ús, destaquen el cànem en els joves, l'alcohol a totes les edats i els tranquil·litzants en la població gran.
- I pel que fa a l'ús de les drogues amb més penetració social i amb més consum juvenil (el cànem i l'alcohol), en el cas dels homes no s'observa cap patró diferencial per classe social; per contra, en les dones es detecta un cert gradient, ja que les de classe social més privilegiada presenten les prevalences més altes.

Figura 2.67. Consum d'alcohol en un dia de cap de setmana per edats i sexes.



Font: ESB-2000, IMSP.

CAPÍTOL 3

LA SITUACIÓ DELS OBJECTIUS GENERALS DE SALUT: TENDÈNCIES I PROJECCIONS

Introducció: resum de la situació

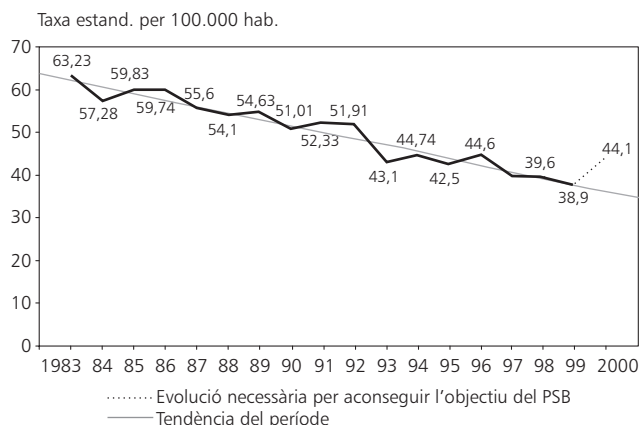
Aquest capítol revisa la situació dels indicadors de la majoria dels objectius generals formulats al Pla de Salut de Barcelona (PSB), documenta les tendències temporals en el període anterior a l'inici del Pla (fins al 1992), durant els plans de salut 1993-1995, 1996-1998 i 1999-2001, i contrasta aquestes tendències amb els valors dels indicadors que es varen marcar per tal d'assolir l'any 2000. La quantificació de l'objectiu per a l'any 2000 es va fer prenent com a referència la situació de l'any 1992. No s'hi han inclòs els objectius relatius a serveis sanitaris, atesa la manca d'informació de base poblacional per a la ciutat.

Com a conseqüència, i pel que fa al grau potencial d'assoliment l'any 2000 a la ciutat, es poden destriar de manera molt general tres grans tipus d'objectius:

- Els que semblen assolibles mantenint els esforços: la majoria dels objectius de salut entren dins d'aquesta categoria. Hi destaquen els relatius a la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, la mortalitat per càncer de pulmó en homes i de mama en dones, la mortalitat per cirrosi, les lesions produïdes per accidents i fets violents, la morbiditat i mortalitat per tuberculosi, diversos objectius vinculats a la salut infantil, l'embaràs i el part, i els relacionats amb la infecció pel VIH.
- Els que requereixen un esforç especial per assolir-los en pocs anys, evidentment ja després del 2000; hi destaquen objectius relacionats amb el consum de tabac (malalties respiratòries), d'alcohol i drogues, els accidents laborals, la mortalitat per causes externes, la morbiditat per hepatitis i les toxiinfeccions alimentàries.
- Els que sembla poc probable que puguin ser plenament assolits ni en el període fixat ni en els propers anys, malgrat els esforços extraordinaris que es puguin esmerçar. Es tracta, en general, d'objectius que, per ser assolits, demanen canvis socials d'una magnitud tal que no és possible d'abastar els plantejats dins dels terminis definits (objectius relacionats amb la prematuritat, els embarassos en adolescents, la mortalitat per càncer en menors de 65 anys, el tabaquisme, el càncer i el sobrepès i l'obesitat).

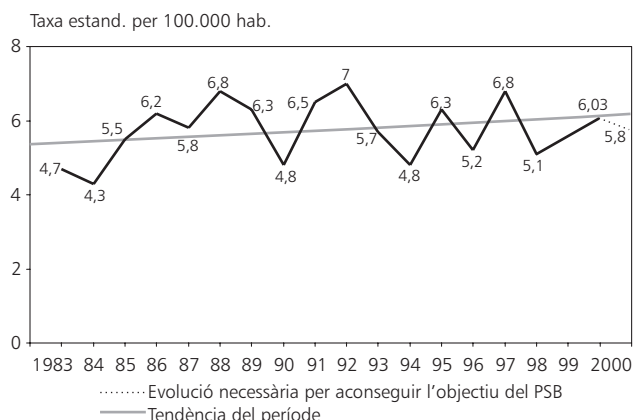
Val a dir que aquesta agrupació s'ha realitzat prenent com a base el contrast de la tendència de la distribució dels diversos indicadors amb les magnituds fixades en els diferents objectius del

Figura 3.1. Evolució de la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori a Barcelona ciutat. Persones d'ambdós sexes menors de 65 anys.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.2. Evolució de la mortalitat per insuficiència renal crònica en tots dos sexes a Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

PSB. Aquest contrast assumeix que el resum de la tendència ajusta bé la distribució i que l'efectivitat de les intervencions per assolir els objectius té una distribució lineal.

Els resultats d'aquesta agrupació es resumeixen en el quadre adjunt. A continuació, es presenta la informació més detallada per a cada objectiu.

3.1. Problemes de salut cardiovasculars

Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, almenys un 15%, en les persones de menys de 65 anys.
2. Reduir la taxa de mortalitat per insuficiència renal crònica en un 5%.

Valoració del potencial assoliment dels objectius del Pla de Salut de Barcelona per a l'any 2000.

OBJECTIU	Assolible si es manté la tendència	Assolible intensificant esforços actuals	Difícilment assolible
Reduir la mortalitat per malalties aparell circulatori en < 65 anys (15%)			
Reduir la mortalitat per insuficiència renal crònica (5%)			
Reduir la mortalitat per malaltia cerebrovascular (20%)			
Reduir la mortalitat per càncer en < 65 anys (15%)			
Estabilitzar la tendència de mortalitat per càncer de mama en dones			
Estabilitzar la tendència de mortalitat per càncer de pulmó en homes			
Reduir la mortalitat per càncer de coll uterí (25%)			
Reduir la mortalitat per malalties respiratòries (10%)			
Reduir la mortalitat per causes externes (25%)			
Reduir la mortalitat per accidents, enverinaments i fets violents (25%)			
Reduir la mortalitat per accidents de trànsit en homes de 15 a 24 anys (35%)			
Reduir la mortalitat per caigudes accidentals (15%)			
Reduir la mortalitat per ofegaments i submersió (25%)			
Reduir la mortalitat per cirrosi hepàtica (15%)			
Reduir la mortalitat per alcohol			
Reduir la prevalença d'alcohol 15-64 anys (4,5%)			
Reduir la prevalença d'alcohol 15-29 anys (25%)			
Reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues (50%)			
Reduir al 0,4% la prevalença de drogodependències a opiacis en joves de 15 a 29 anys			
Disminuir la incidència de la infecció pel VIH en UDVP			
Disminuir la prevalença de la infecció pel VIH en UDVP			
Disminuir els casos de nens infectats pel VIH per transmissió vertical a $\leq 1/3.000$ nadons			
Mantenir/reduir les malalties vacunables			
Reduir la morbiditat per hepatitis B (30%)			
Reduir la mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, el part i el puerperi			
Reduir la mortalitat perinatal			
Reduir la mortalitat infantil			
Reduir la prevalença de prematuritat cronològica			
Reduir la prevalença de baix pes en néixer			
Reduir l'índex d'embarassos en noies de 14 a 17 anys			
Reduir la taxa de morbiditat per accidents laborals (15%)			
Reduir la taxa de mortalitat per accidents laborals (20%)			
Reduir la mortalitat per TBC (<1 per 100.000 h.)			
Invertir la tendència a l'augment de la morbiditat per TBC			
Reduir la infecció per TBC en nens de 6 a 7 anys (0,4%)			
Reduir la prevalença d'infecció tuberculosa i el RAI en nens de 6 a 7 anys (0,05%)			
Escolars 12 anys lliures de càries (50%)			
Índex CAOD escolars 12 anys (<2)			
Reduir la morbiditat declarada per febre tifoide a 1 cas per 100.000 h.			
Reduir la morbiditat declarada per enteritis i diarrees, inferior a 4.500 casos per 100.000 h.			
Reduir la brucel·losi per sota de 3 casos per 100.000 h.			
Reduir els brots de toxiinfeccions alimentàries (30%)			
Reduir la incidència de sífilis (30%)			
Reduir la incidència d'infecció gonocòccica (25%)			
Reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual (20%)			
Eliminar l'oftàlmia <i>neonatorum</i>			
Eliminar la sífilis congènita			
Reduir la mortalitat per tabac en homes de 15 a 44 anys			
Reduir la prevalença del tabaquisme (20%)			
Reduir la prevalença del tabaquisme en joves de 15 a 24 anys (18%)			
Incrementar l'abandonament del tabaquisme (30%)			
Reduir la prevalença d'excés de pes i d'obesitat			
Augmentar la prevalença d'adults que practiquen exercici durant el lleure (50%)			

3. Reduir la taxa de mortalitat per malaltia cerebrovascular en un 20%.

Situació actual

El 35,5% del total de morts residents a Barcelona ciutat l'any 1999 va obeir a malalties de l'aparell circulatori, que inclouen afeccions cardíques, malalties cerebrovasculars, hipertensió, deficiències de la circulació pulmonar, arteriosclerosi i altres malalties del cor i dels vasos sanguinis. Per tant, en aquest grup hi ha la primera causa de mort de la població.

Tendències

La tendència descendent mantinguda en la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori en menors de 65 anys (fig 3.1) i per malaltia cerebrovascular (fig.3.3) permet preveure que la continuació dels esforços existents abans de l'inici del PSB ja permetria assolir els objectius fixats (de fet, tots dos objectius ja estan assolits actualment). Per a la insuficiència renal crònica (figura 3.2), la tendència lleugerament incremental fa que l'objectiu potser no pugui ser assolible mantenint els esforços actuals.

3.2. Càncer

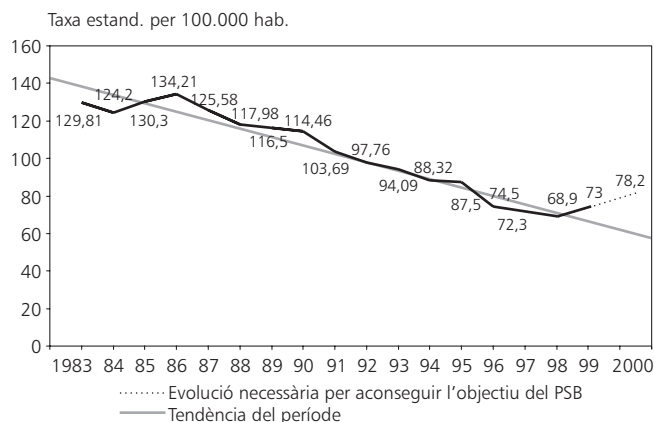
Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir un 15% la mortalitat per càncer en les persones de menys de 65 anys.
2. Estabilitzar la tendència creixent de mortalitat per càncer de mama en les dones i per càncer de pulmó en els homes.
3. Reduir la mortalitat per càncer de coll uterí en un 25%.

Situació actual

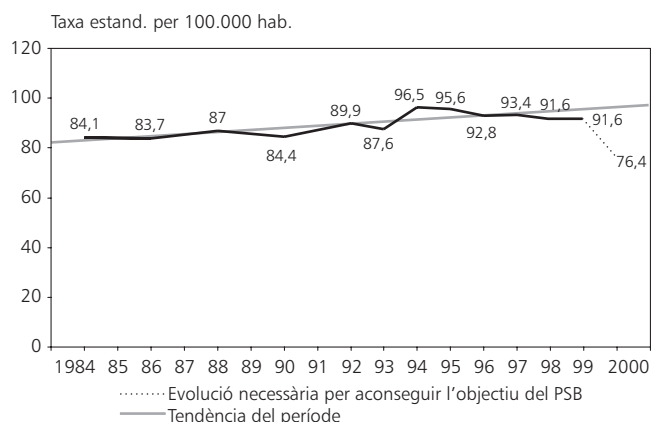
El 27% del total de morts residents a la ciutat de Barcelona durant l'any 1999 es va esdevenir a causa de tumors. Es tracta, doncs, del segon gran grup de causes de defunció. El càncer de tràquea, bronquis i pulmó és el més freqüent en els homes (28,4% del total de tumors), i el de mama ho és en les dones (18,1%). Són la primera causa de mortalitat prematura per tumors en homes i dones, respectivament, i també són la segona causa de mortalitat prematura en termes globals, darrere de les causes externes en ambdós sexes.

Figura 3.3. Evolució de la mortalitat per malaltia cerebrovascular en tots dos sexes a Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.4. Evolució de la mortalitat per tumors en menors de 65 anys. Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

L'any 1999 es van produir 29 morts per càncer de coll uterí, xifra que el situa en l'1,6% del total de tumors en les dones.

Tendència

La tendència de la taxa de mortalitat estandarditzada en els menors de 65 anys, per a tots els tumors, és creixent en els darrers 15 anys, encara que des del 1995 s'observa una certa disminució (figura 3.4). No obstant això, encara sembla difícil d'assolir la reducció desitjada per a l'any 2000, fins i tot amb esforços extraordinaris. La mortalitat per càncer de pulmó en els homes no ha superat la xifra de l'any 1993, i per tant la tendència des d'aleshores no és creixent (encara que sí que ho és si es valoren les taxes des del 1983). Així, doncs, hom pot valorar com a assolible l'objectiu plantejat d'estabilització de la tendència (figura 3.5). Quant al càncer de mama en les dones, des de l'any 1993 s'han presentat taxes de mortalitat inferiors a la

de l'any 1992. Si continua aquesta tendència, l'objectiu s'estarà aconseguint.

Pel que fa al càncer de coll uterí, la taxa de mortalitat de l'any 1999 (figura 3.6) va ser de 3 per 100.000 dones. Les oscil·lacions d'aquestes taxes són atribuïbles, en gran part, al baix nombre de casos. Tot i aquesta inestabilitat, pot semblar assolible l'objectiu per a l'any 2000.

Tal com s'ha comentat en el capítol 1, recentment s'ha publicat una monografia dedicada al càncer a Barcelona que aprofundeix sobre aspectes com ara la magnitud i tendència de la seva mortalitat i incidència, així com en els serveis sanitaris relacionats amb aquesta patologia. Tanmateix, hi ha un apartat dedicat al Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama, que va començar a Barcelona l'any 1995, sota la direcció del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) i amb la participació de diferents proveïdors (Institut Municipal d'Assistència Sanitària, Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau). A finals de l'any 2000, estava implantat a 5 districtes de la ciutat (Ciutat Vella, Gràcia, Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Martí), i ja representava el 50% de la població diana de la ciutat (dones entre 50 i 64 anys). L'any 2001 s'ha començat a implantar als districtes de Sarrià-Sant Gervasi, la Dreta de l'Eixample i Sant Andreu, i està previst que la seva introducció a la ciutat finalitzi l'any 2002.

3.3. Malalties de l'aparell respiratori

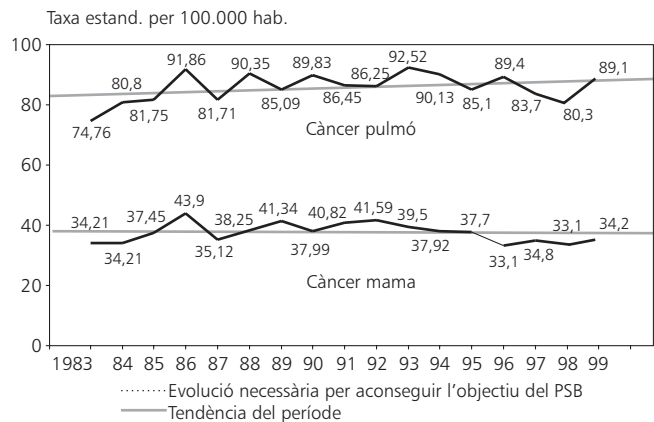
Objectiu general per a l'any 2000

1. Reduir la mortalitat per malalties respiratòries en un 10% (sempre que no s'esdevingui una pandèmia gripal).

Situació actual

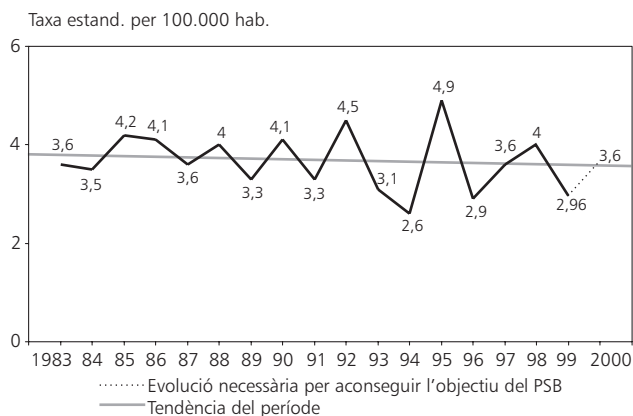
Les malalties de l'aparell respiratori van representar l'11,4% de les causes de mortalitat l'any 1999. Aquest gran grup és la tercera causa de mortalitat, i aquest any es va enregistrar un increment de la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori: de 1.603 casos l'any 1998 a 1.960 l'any 1999 (figura 3.7). Cal assenyalar que l'any 1999 va ser l'any amb més casos de grip declarats darrerament, fet que podria estar relacionat amb l'increment de la mortalitat per malalties respiratòries. Tal com es mostra en la figura 3.8, la temporada epidèmica 1998-1999 va enregistrar un important augment del nombre de casos, la majoria dels quals es van declarar a principis del 1999 (figures 3.8 i 3.9).

Figura 3.5. Evolució de la mortalitat per càncer de tràquea, bronquis i pulmó en els homes i per càncer de mama en les dones. Barcelona ciutat.



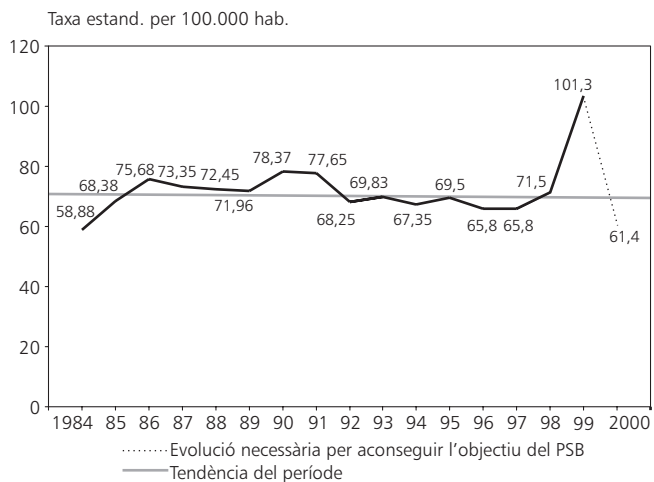
Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.6. Evolució de la mortalitat per càncer de coll uterí en les dones. Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.7. Evolució de la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori en tots dos sexes. Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Tendència

Les xifres dels darrers anys semblaven apuntar una estabilització de la disminució de taxes aconseguïdes l'any 1992, encara que l'any 1999, tal com s'ha comentat anteriorment, l'increment sobtat de la taxa va fer que la tendència passés a ser incremental. Ara bé, en la valoració de la tendència, l'aportació d'un sol punt en la sèrie no s'ha de prendre com a factor determinant i, per tant, l'objectiu es valora com a assolible si s'intensifiquen els esforços actuals, un dels quals està encaminat a reduir l'impacte de la grip (la vacunació regular cada any als grups de risc). Un d'aquests grups el formen els majors de 64 anys, i, segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona realitzada l'any 2000, només el 55% d'aquest col·lectiu afirma que es vacuna regularment cada any contra la grip.

3.4. Lesions causades per accidents i fets violents

Objectius generals per a l'any 2000

- 1. Reduir en un 25% la taxa global de mortalitat per accidents, enverinaments i fets violents.
- 2. Reduir en un 35% la taxa de mortalitat per accidents de trànsit en els homes de 15 a 24 anys.
- 3. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per caigudes accidentals.
- 4. Reduir en un 25% la taxa de mortalitat per ofegaments i submersió.

Situació actual

Dins de les causes externes s'inclouen els accidents de vehicles de motor, les caigudes accidentals, els enverinaments i efectes tòxics, els ofegaments i les submersions accidentals, els suïcidis i les autolesions, així com la resta de causes externes. En la taula 3.1, es mostra la contribu-

Figura 3.8. Evolució dels casos de grip declarats a la ciutat de Barcelona en les setmanes incloses en la temporada de vigilància (setmanes 45-16).

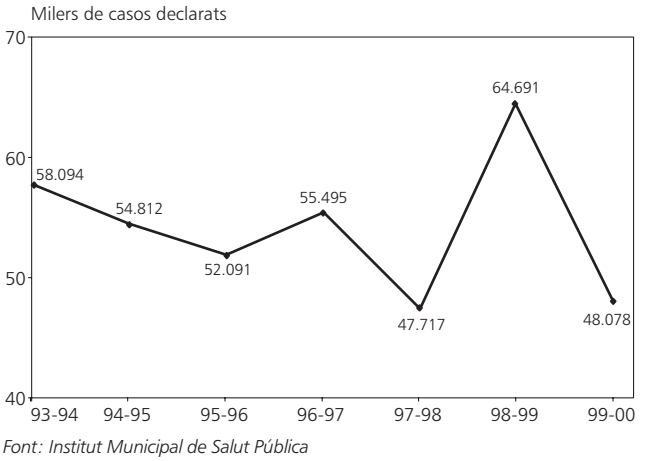
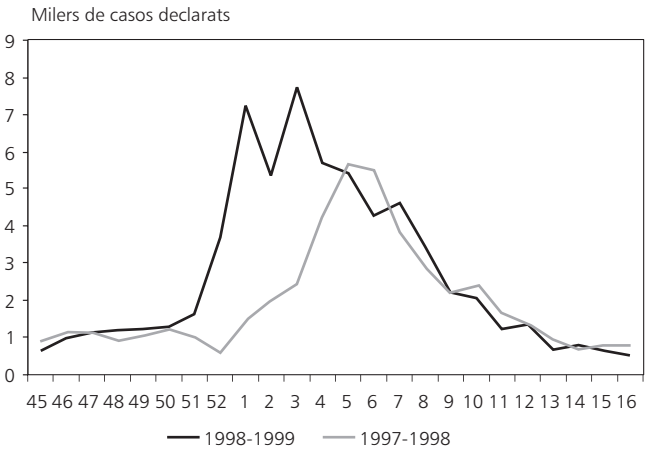


Figura 3.9. Evolució setmanal dels casos de grip declarats a la ciutat de Barcelona en les temporades de vigilància 1997-1998 i 1998-1999 (des de la setmana 45 de l'any 1998 fins a la setmana 16 de l'any 1999).



ció percentual de cadascuna d'aquestes causes dins del grup de les causes externes en l'any 1999.

Taula 3.1. Distribució percentual de les causes específiques de mortalitat del grup de causes externes. Barcelona, 1999

	Ambdós sexes n (%)	Homes n (%)	Dones n (%)
Accidents de vehicles de motor	149 (21,5%)	105 (22,5%)	44 (19,9%)
Caigudes accidentals	152 (15,9%)	57 (9,9%)	95 (25,8%)
Sobredosis	78 (16,0%)	62 (20,3%)	16 (9,0%)
Suïcidis	94 (15,4%)	63 (17,5%)	31 (11,8%)
Resta de causes externes	209 (31,2%)	120 (29,9%)	89 (33,5%)
Total de causes externes	682 (100%)	407 (100%)	275 (100%)

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Tendència

L'evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada per causes externes dels residents a Barcelona ha presentat dos períodes molt ben definits: el primer, clarament ascendent (1984-1988), amb una tendència que s'estronca a partir del 1989 i passa a ser descendent (figura 3.10). Aquesta tendència semblava augurar que el manteniment de les estratègies vigents actualment havia de permetre de reduir satisfactòriament la mortalitat per causes externes. Però sembla que la tendència s'ha estabilitzat des del 1995, i si no disminueix en els propers anys, l'objectiu no es podrà assolir i requerirà la intensificació dels esforços. Del total de causes externes, l'any 1999 ha presentat una disminució de la mortalitat per sobredosi respecte del 1998, però també un increment en els accidents de vehicles de motor i per caigudes accidentals.

L'objectiu de disminució de la mortalitat per accidents de trànsit en els homes joves (figura 3.11) es podrà assolir si es manté la tendència del període de disminució de la mortalitat. Pel que fa a l'evolució de la mortalitat per caigudes accidentals (figura 3.12), cal valorar el fet que la tendència lineal s'ha ajustat, tenint en compte tots els punts des del 1983. Segons aquesta observació, l'objectiu sembla assolit, sobretot si hom considera puntual l'augment experimentat l'any 1999. Quant als ofegaments i submersions, la tendència no és pas cap a la disminució; ha estat variable durant el període 1983-1999, si bé des del 1994 s'observa una disminució que, en cas de mantenir-se com fins ara, permetria d'assolir l'objectiu (figura 3.13). En aquest cas, la quantificació de l'objectiu per a l'any 2000 s'ha realitzat prenent com a referència l'any 1993.

3.5. Problemes de salut de l'aparell digestiu

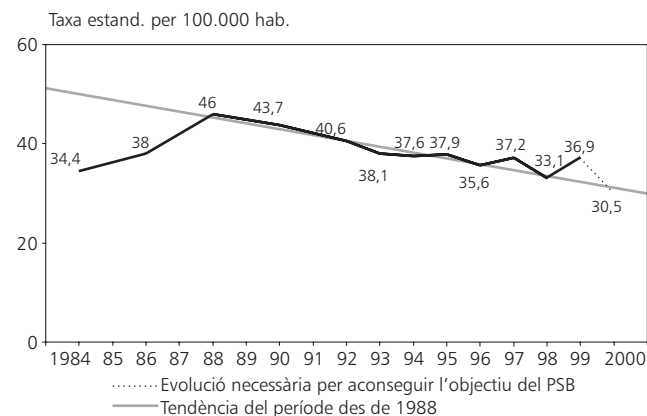
Objectiu general per a l'any 2000

1. Reduir en un 15% la mortalitat per cirrosi hepàtica.

Situació actual

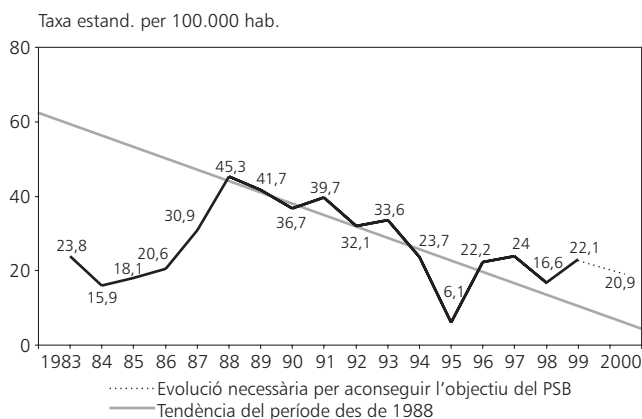
El 5,5% de la mortalitat en residents a Barcelona durant l'any 1999 va oïr a malalties de l'aparell digestiu. Dins d'aquest grup, la cirrosi i altres malalties cròniques del fetge constitueixen el 39,8% de les morts.

Figura 3.10. Evolució de la mortalitat per causes externes en tots dos sexes. Barcelona ciutat.



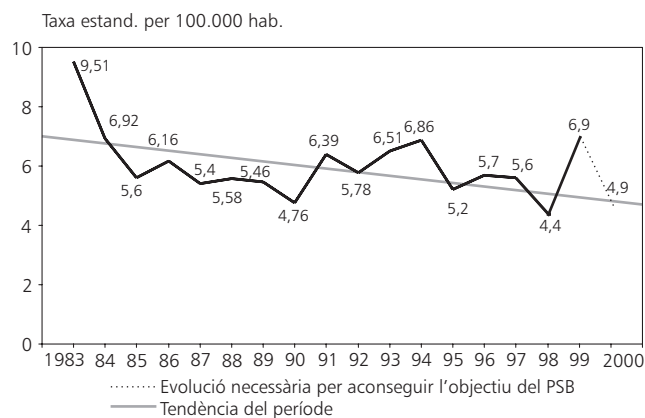
Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.11. Evolució de la mortalitat per accidents de trànsit en homes de 15 a 24 anys. Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.12. Evolució de la mortalitat per caigudes accidentals en tots dos sexes. Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Tendència

La tendència decreixent de l'evolució de la mortalitat per cirrosi hepàtica, en els darrers anys a la ciutat de Barcelona (figura 3.14.), ha fet que l'objectiu s'hagi assolit.

3.6. Consum excessiu d'alcohol

Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir en un 25% la incidència de la síndrome alcohòlica fetal.
2. Reduir fins a un 4,5% la prevalença de consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia en la població general de 15 a 65 anys.
3. Reduir en un 25% la prevalença de consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia en la població de joves de 15 a 29 anys.

Situació actual

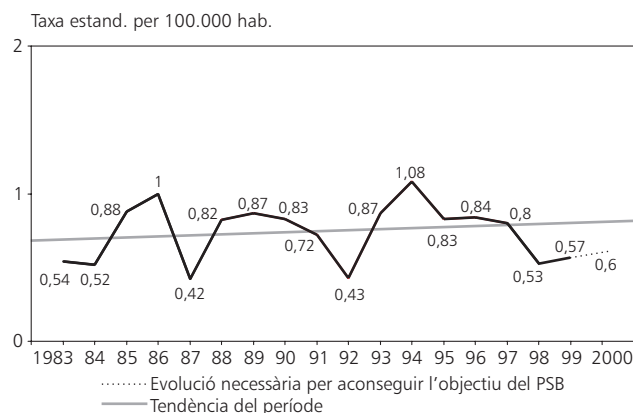
Segons el Registre de Defectes Congènits de Barcelona (REDCB), en el període 1992-1999 s'han detectat només 8 casos de nounats amb el diagnòstic de síndrome alcohòlica fetal (repartits entre els 4 casos de l'any 1993, els 2 de l'any 1996 i només 1 en els anys 1998 i 1999). Es coneix també que hi ha una infradetecció important d'aquest problema de salut, d'una banda a causa de la seva dificultat diagnòstica i, de l'altra, per la infradeclaració del consum abusiu d'alcohol per part de les gestants.

Aquest any hom disposa de les dades sobre consum d'alcohol aportades per l'Enquesta de Salut de Barcelona realitzada l'any 2000 (ESB-2000). No obstant això, cal aclarir que, atès que s'ha preguntat de forma diferent, els resultats no són comparables amb els de les anteriors enquestes. I, d'altra banda, se sap que la fiabilitat de la declaració del consum d'alcohol és menor que no pas en d'altres qüestions plantejades en l'enquesta, la qual cosa fa que els resultats només siguin orientatius. En general, en l'ESB-2000, els consums declarats han estat menors que en les anteriors enquestes realitzades.

En l'ESB-2000, pel que fa a la població d'entre 15 i 65 anys, el 21% dels homes i el 38,5% de les dones es declaren abstemis, mentre que un 4,5% i un 3,9%, respectivament, reconeixen tenir un nivell de consum considerat excessiu (més de 40 grams d'alcohol al dia per als homes, i més de 20 en el cas de les dones).

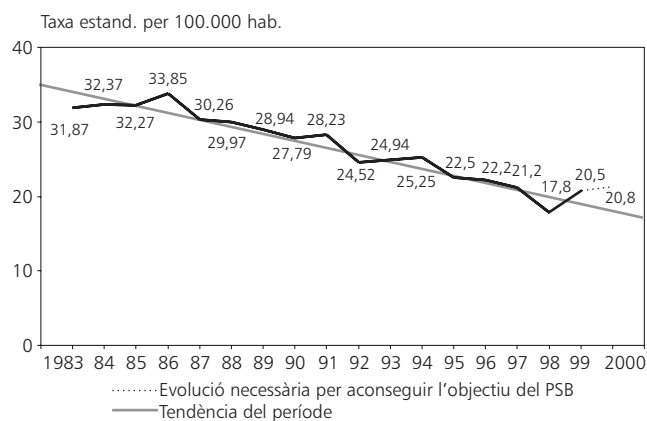
En el grup de joves d'entre 15 i 29 anys, el 24% dels homes i el 33% de les dones es declaren abstemis, mentre que un 2,7% i un 3,9%, respectivament, reconeixen uns consums excessius.

Figura 3.13. Evolució de la mortalitat per ofegaments i submersions en tots dos sexes. Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.14. Evolució de la mortalitat per cirrosi en tots dos sexes. Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Tendència

En la figura 3.15, es presenta l'evolució de la mortalitat atribuïble a l'alcohol en els darrers anys entre els residents a la ciutat de Barcelona. Per obtenir una aproximació de les morts atribuïbles a l'alcohol, s'ha utilitzat el mètode proposat per Piedrola: 70% de cirrosi hepàtica, 50% d'accidents de trànsit i 25% de suïcidis i lesions autoinflingides (no s'hi han pogut incloure els accidents de causa principalment industrial). Des de l'any 1988, la tendència ha estat descendent, encara que l'any 1999 ha presentat un lleuger increment.

Pel que fa a la tasca que cal dur a terme a les escoles com a prevenció primària, a Barcelona existeix el programa PASE (Prevenció de l'Abús de Substàncies Addictives a l'Escola), que és una iniciativa del Pla Municipal d'Acció sobre Drogodependències i de l'IMS que té com a objectiu prevenir l'abús de substàncies addictives (principalment, el tabac i l'alcohol). És un programa adreçat als escolars d'entre 11

i 13 anys. En la figura 3.16, s'observa l'evolució de l'aplicació de l'esmentat programa a les escoles de Barcelona. La davallada del darrer any es deu al fet que en el curs 2000-2001 s'ha aplicat per primer cop el programa PASE.bcn, que és una nova versió del PASE antic. Pel seu nou contingut, no es recomana d'aplicar-lo en el darrer curs de primària (6è. curs), tal com es feia en alguns districtes en el cas de la versió antiga. En concret, la nova versió no s'ha pogut aplicar en 14 centres de Ciutat Vella ni en 17 de Nou Barris, en els quals la seva aplicació s'ha hagut de posposar al següent curs.

En els darrers anys, també funciona a les escoles de secundària (d'estudiants d'entre 14 i 15 anys) el programa PESA, que es basa en el mòdul *Decideix!* desenvolupat a Mallorca. Les dades de la seva implantació també es poden observar en la figura 3.16.

3.7. Consum de drogues no institucionalitzades

Objectius generals per a l'any 2000

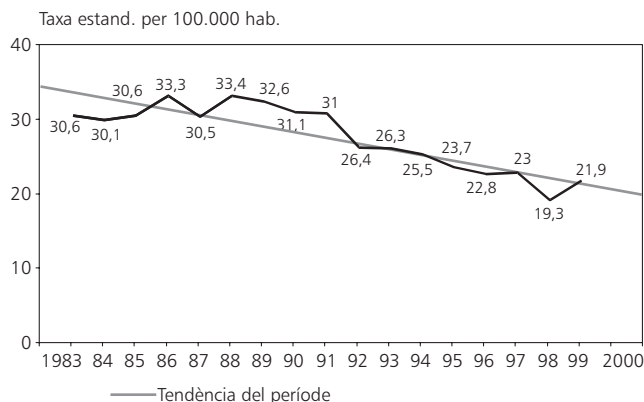
1. Reduir almenys en un 50% la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues.
2. Reduir la prevalença de drogodependència dels opiacis en la població de joves d'entre 15 i 29 anys fins a un màxim del 0,4%.
3. Reduir en un 25% la prevalença de consumidors de cànnabis en la població de joves d'entre 15 i 29 anys.

Situació actual

L'any 1999 es van produir 78 morts per reacció adversa al consum de drogues, els quals tots eren residents a la ciutat de Barcelona. En la figura 3.17, es presenta l'evolució de la taxa de mortalitat corresponent des de l'any 1989.

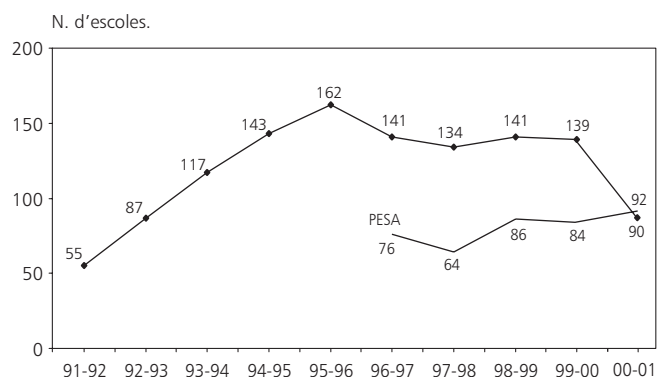
A Barcelona no hi ha informació sobre la prevalença poblacional de consum de drogues; com a indicadors aproximatis, es presenten els nous casos enregistrats per consum d'opiacis, cocaïna i cànnem, pel que fa al grup d'edat d'entre 15 i 29 anys (figura 3.18); en el període analitzat, s'observa una disminució de les taxes de nous casos per opiacis i cànnem, però també un increment important dels enregistrats per cocaïna (encara que l'any 2000 ha tingut lloc un augment en les taxes de totes tres substàncies).

Figura 3.15. Evolució de la mortalitat atribuïble a l'alcohol. Barcelona ciutat.



Font: Registre de mortalitat, IMSP

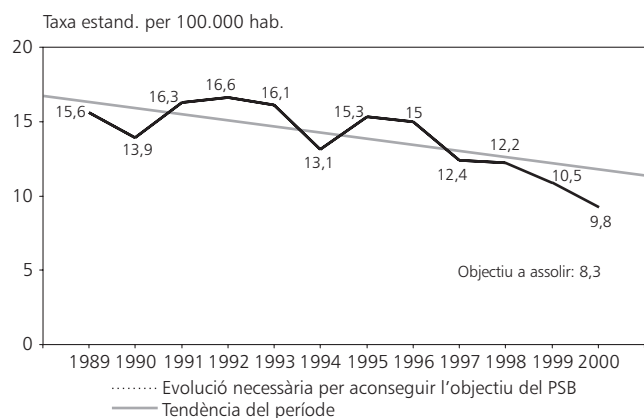
Figura 3.16. Nombre d'escoles que apliquen els programes PASE i PESA a Barcelona ciutat.



Font: Seguiment programes, IMSP

Dades 2000-2001: provisionals (data tancament: setembre 2001)

Figura 3.17. Evolució de la mortalitat per reacció aguda adversa al consum de drogues en la població d'entre 15 i 49 anys. Barcelona ciutat.



Font: SIDB, IMSP

Malgrat que en els objectius del PSB no es van prioritzar el monitoratge de la cocaïna ni les intervencions, atès el baix nombre de casos que hi havia aleshores, en propers plans aquestes mesures haurien de ser prioritàries ja que actualment esdevé un problema de salut, sobretot en els joves.

Tendència

Tot i la tendència global de disminució de la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues durant els darrers anys (figura 3.17), no s'ha arribat a assolir l'objectiu fixat pel Pla de Salut, encara que si s'intensifiquen els esforços actuals es podria aconseguir en els propers anys.

3.8. Infecció pel VIH i la sida

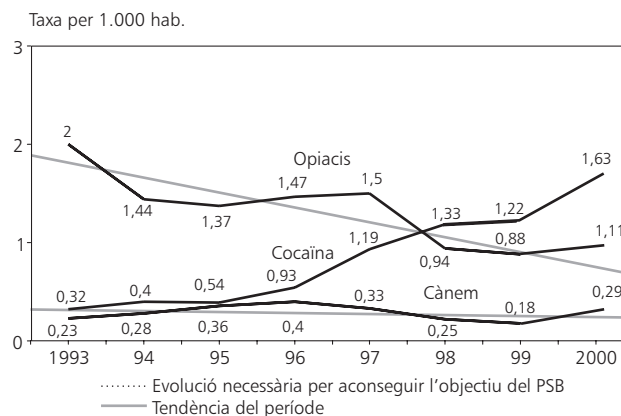
Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir la incidència de la infecció pel VIH en totes les vies de transmissió.
2. Disminuir almenys en un 15% la prevalença de la infecció pel VIH en tots els grups de transmissió, com a resultat de la disminució de la incidència.
3. Disminuir almenys en un 50% el nombre d'infants infectats pel VIH per transmissió vertical ($\leq 1/3.000$ nadons).
4. Disminuir la freqüència de les pràctiques de risc per a la infecció pel VIH i augmentar les intervencions i estratègies preventives adreçades a evitar o disminuir el dany.
5. Desenvolupar el procés d'atenció als malalts i infectats en el nivell assistencial adequat a les diferents fases de la història natural de la malaltia, i promoure la coordinació entre els diversos nivells assistencials.

Situació actual

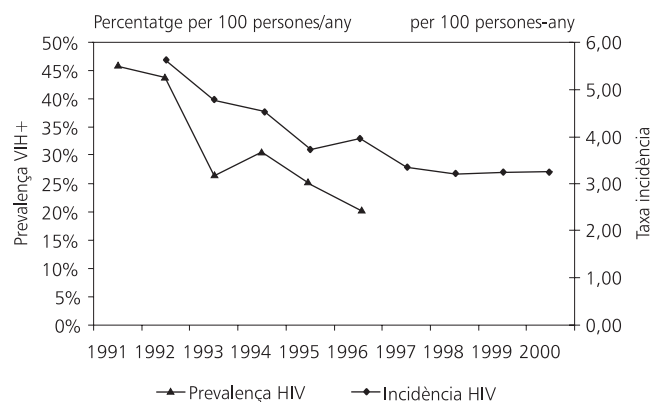
L'any 1999 varen morir a Barcelona 80 persones per sida, cosa que representa el 0,5% de totes les morts de residents a la ciutat, en consonància amb la clara davallada observada des de l'any 1996. Pel que fa a la incidència de la malaltia, l'any 1994 va ser el de màxima incidència amb 694 casos, i des d'aleshores té lloc una contínua disminució: 367 casos l'any 1997, 235 l'any 1998, 171 l'any 1999 i 161 l'any 2000. El 1999 la sida va ser la quarta causa de mortalitat prematura tant en homes com en dones.

Figura 3.18. Evolució de la taxa de nous casos enregistrats per consum d'opiacis, cànnem i cocaïna en la població d'entre 15 i 29 anys. Barcelona ciutat.



Font: SIBD, IMSP

Figura 3.19. Evolució de la prevalença i incidència del VIH en injectors de drogues il·legals que inicien tractament als CAS. Barcelona 1991-2000.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona. IMSP

Tendències

En la figura 3.19, es presenten diverses dades sobre la prevalença i la incidència del VIH en les persones que s'injecten drogues il·legals i que han visitat algun CAS. S'observa que la prevalença, que era del 47% l'any 1991, ha disminuït i tendeix a estabilitzar-se en el 27%, fet que implica que s'ha assolit l'objectiu de disminució del 15% de la prevalença. La incidència també ha disminuït del 5,5 per 100 persones de l'any 1991 al 2,5 de l'any 1996 (que és el darrer del qual es tenen dades). La incidència de la sida pediàtrica (en els menors de 15 anys) ha seguit una evolució decreixent, amb una taxa del 2,8 per 100.000 habitants l'any 1997, amb cap cas enregistrat l'any 1998, amb un sol cas diagnosticat el 1999, i novament sense cap altre cas l'any 2000 (figura 3.20).

3.9. Malalties transmissibles susceptibles de ser previngudes amb vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques

Objectius generals per a l'any 2000

1. Mantenir l'eradicació de la diftèria, el tètanus neonatal i la poliomièlitis. Reduir de manera important el nombre de casos de tètanus, tos ferina, parotiditis i rubèola. Eliminar el xarampió autòcton i la rubèola congènita.
2. Reduir al 30% la morbiditat declarada per hepatitis B respecte de la declarada el 1990.
3. Eliminar la rubèola en les dones en edat fèrtil (15 a 49 anys).
4. Reduir fins a l'1,5% la prevalença d'HBsAg en la població de 15 anys i més.
5. Reduir a l'1% la prevalença de la infecció pel virus de l'hepatitis B en el grup de 15 a 24 anys.

Com a objectius operacionals

1. Assolir cobertures vacunals de més del 90% de la població diana per a cada edat, quant a vacunacions sistemàtiques.
2. Aconseguir almenys un 80% de cobertura de l'hepatitis B en els nois i noies de 12 anys.
3. Detectar ràpidament situacions d'epidèmia a través del sistema de vigilància epidemiològica per a l'any 1997.
4. Assolir un nivell de cobertura vacunal del tètanus del 50% en la població adulta de 15 i anys i més, i del 30% en la població de 16 a 30 anys.
5. Crear un sistema de vigilància epidemiològica per al xarampió basat en la declaració nominal de casos per al 1997.
6. Crear un sistema de vigilància per a la tos ferina, la parotiditis i la rubèola basat en la declaració nominal a partir de taxes inferiors a 5 casos per 100.000 habitants, abans del 1998.
7. Crear un sistema de vigilància activa per a l'hepatitis B per a l'any 1997.

Situació actual

El registre informatitzat del Pla de Vacunacions de Barcelona permet conèixer el grau de vacunació registrat dels nens residents a la ciutat, a partir del retorn de les targetes trameses a les famílies dels nounats amb el carnet de vacunacions.

Aquesta previsió, però, subestima la cobertura ja que considera com a no vacunats els infants les famílies dels quals no han retornat les targetes corresponents. De fet, mitjançant un estudi realitzat l'any 1988, se sap que almenys en el 50% d'aquests casos ha tingut lloc la immunització que pertoca, i que no s'ha enviat la targeta corresponent per oblit o pèrdua. Segons els resultats d'aquest estudi, pel que fa a la cobertura vacunal als dos anys de les tres primeres dosis de DTP i poliomièlitis oral, aquesta seria del 93,6% dels nens i nenes en el cas menys favorable i del 99,7% en el cas més favorable.

En aquest context cal situar les dades de cobertura de l'any 2000, les quals mostren que el 75,4% dels infants de dos anys han tornat la targeta corresponent a les tres primeres dosis de DTP i poliomièlitis oral. Pel que fa a la segona targeta, relativa a les esmentades vacunes, a més d'una nova dosi de DTP i poliomièlitis oral i la vacuna triple vírica, s'han retornat un 63,7% de targetes corresponents a infants de dos anys.

La vacunació contra l'hepatitis B s'ofereix a les escoles de primària, i s'administra als escolars de 6è. d'EGB de les escoles que així ho demanen. Durant el curs 1992-1993, els equips de salut municipals van vacunar un 53,6% dels escolars, percentatge que va augmentar fins al 88,5% en el curs 1993-1994, i fins al 90,6% en el curs 1994-1995. I pel que fa als tres cursos següents, es va mantenir entre el 92% i el 93%. A més, durant el curs 1998-1999, es va començar a administrar vacuna combinada antihepatitis A+B, i es va assolir una cobertura del 89,2%, que s'ha mantingut durant el curs 1999-2000.

Els equips de salut escolar també practiquen la revacunació contra el tètanus en els nois i noies de 8è. curs d'EGB. Així, durant el curs 1993-1994, van rebre aquesta dosi de record el 77,2% dels alumnes, el 82,8% d'aquests en el curs 1994-1995 i el 88% en el següent, i passant al 86,2% del curs 1996-1997, al 87,8% del curs 1997-1998, al 89,9% del curs 1998-1999 i, finalment, al 85,5% del curs 1999-2000. D'altra banda, fins al curs 1996-1997, es va administrar la vacuna T (antitetànica), ja que des d'aleshores s'administra la Td (tètanus i diftèria).

Tendències

Respecte de les malalties vacunables, s'ha d'assenyalar que l'any 1997 va canviar el sistema de notificació, que va passar de numèric a nominal; aquesta circumstància ha tingut una repercussió important en el nombre de casos declarats, ja que les malalties de declaració nominal requereixen una confirmació diagnòstica (taula 3.2). L'any 2000 es continua mantenint l'absència de casos de diftèria, tètanus neonatal, poliomièlitis i rubèola congènita, així com també de tètanus (situació que es va interrompre l'any 1998 amb la declaració de dos casos).

L'hepatitis B, tot i que és de declaració obligatòria nominal, sols és objecte de recerca activa des del 1993, per la qual cosa s'han d'interpretar amb prudència les tendències dels anys immediatament posteriors al canvi de sistema de vigilància. L'any 1997 els casos van augmentar respecte dels anys anteriors, probablement per l'aplicació de la vigilància activa. Des de

Taula 3.2. Evolució de la notificació de malalties vacunables a Barcelona ciutat. Període 1984-1999.

	1984	86	88	90	91	92	93	94	95	96	97*	98	99	2000
Tètanus	1	1	3	5	0	1	3	0	0	0	0	2	0	0
Tos ferina	1884	1876	2081	484	170	420	202	215	165	154	1	7	15	64
Parotiditis	2431	1295	1253	937	714	543	311	377	311	271	82	77	53	40
Rubèola	1302	1099	520	412	337	228	201	171	136	84	2	3	2	1
Xarampió	366	595	256	329	398	390	128	79	351	60	6	21	14	6

Font: Registre de MDO, IMSP.

* El 1997 va canviar el sistema de notificació, que va passar de numèric a nominal.

Taula 3.3. Evolució dels casos d'hepatitis B declarats a Barcelona ciutat (nre. de casos i taxes per 100.000 habitants)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nre. casos	63	56	71	72	63	61	66	117	73	49	40
Taxa	-	2,68	4,32	4,38	3,83	3,71	4,4	7,7	4,9	3,25	2,65
15-19 anys											
Nre. casos	3	7	6	5	1	1	2	3	3	-	2
Taxa	2,29	5,50	4,71	3,93	0,79	0,79	2,1	3,2	4,2	-	2,11
20-29 anys											
Nre. casos	34	29	35	23	27	18	14	23	17	11	10
Taxa	12,52	11,45	13,82	9,08	10,66	7,01	6,06	9,9	6,9	4,76	4,32

Font: Registre de MDO, IMSP.

l'any 1998, hi ha hagut una disminució del nombre de casos declarats d'hepatitis B (taula 3.3), però encara no és assolible l'objectiu de reduir el nombre de casos d'hepatitis B al 30% del 1990 (en què es van declarar 19 casos).

3.10. Problemes de salut relacionats amb la maternitat i la infància

Objectius generals per a l'any 2000

1. Mantenir la mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, el part i el puerperi per sota de 10 per cada 100.000 nascuts vius.
2. Reduir la mortalitat perinatal fins al 6,5 per cada 1.000 naixements.
3. Reduir la mortalitat infantil fins al 6,5 per cada 1.000 nascuts vius.

Objectius de disminució de risc:

1. Reduir per sota del 5% la prevalença de prematuritat cronològica i de baix pes en néixer.
2. Mantenir l'índex d'embarassos en menors de 18 anys per sota de 4 per cada 1.000 dones d'entre 14 i 17 anys.

Situació actual

A la ciutat de Barcelona, des del 1983 fins al 1991, tan sols es van notificar 7 casos de mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, el part o el puerperi (1 cas l'any 1983, 2 el 1984, 3 el 1986 i 1 l'any 1991). Entre els anys 1992 i 1998, no es va notificar cap cas, si bé l'any 1999 se'n van enregistrar 2, fet que representa una taxa de 16,4 per 100.000 nascuts vius (xifra superior a la fixada per l'objectiu). No obstant això, si es mantingués la tendència iniciada l'any 1992, l'objectiu es podria considerar assolible (cosa que s'haurà de valorar en el context de les taxes dels propers anys).

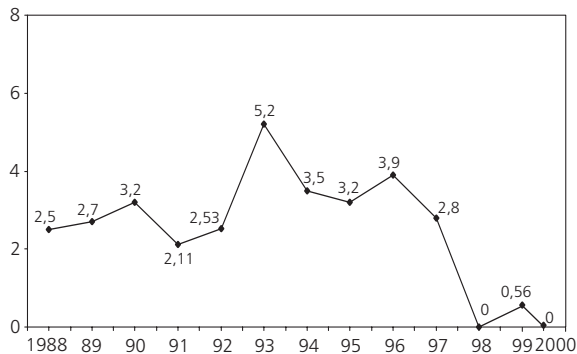
La mortalitat infantil ha anat disminuint espectacularment des del començament del segle xx, fins que s'han assolit unes xifres bastant baixes i difícils de reduir. Des de l'any 1993, la taxa de mortalitat infantil és inferior a 6,5 per 1.000 naixements, tal com es pot observar en la figura 3.21. La mortalitat perinatal també ha presentat una clara disminució global, com es pot comprovar en la figura 3.22.

D'altra banda, en les figures 3.23 i 3.24 s'il·lustra l'evolució de la prevalença de baix pes en néixer i de prematuritat cronològica. En tots dos casos, es diferencia segons si es tenen en compte només els parts simples o bé tots els embarassos, atesa la influència dels embarassos múltiples en les variables de pes en néixer i setmanes de gestació. Tant la prevalença de baix pes en néixer com la de prematuritat superen l'objectiu fixat si es tenen presents tots els parts, tot i que la de baix pes és inferior al 5% si només es prenen com a referència els parts simples.

Amb relació als embarassos en adolescents (considerant com a tals els que s'esdevenen en dones d'entre 14 i 17 anys) (figura 3.25), s'observa una tendència a l'alça que fa que l'objectiu no es

Figura 3.20. Evolució de la incidència de la sida pediàtrica (en menors de 15 anys). Barcelona ciutat.

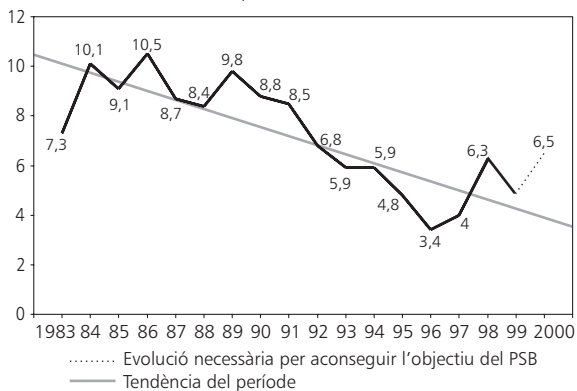
Taxa per 100.000 hab.



Font: Registre de sida, IMSP

Figura 3.21. Evolució de la mortalitat infantil. Barcelona ciutat.

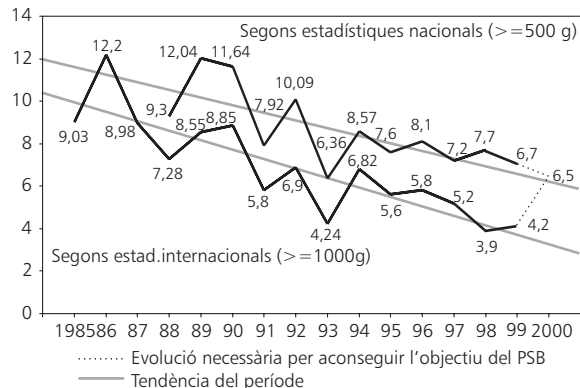
Taxa de mortalitat infantil per 1000 nascuts vius



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.22. Evolució de la mortalitat perinatal. Barcelona ciutat.

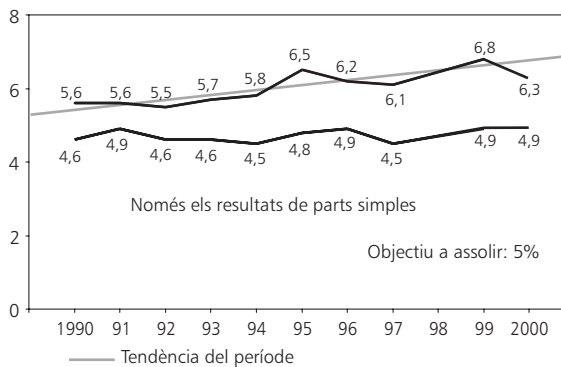
Taxa de mortalitat perinatal per 1000 nascuts



Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.23. Evolució de la proporció de nadons amb baix pes (< 2.500 g) en mares residents a Barcelona ciutat.

% de nascuts amb pes <2500 g.

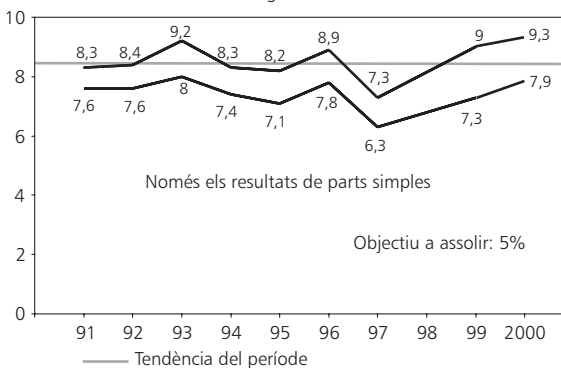


Font: Registre de naixements, IMSP

Dades no disponibles per l'any 1998

Figura 3.24. Evolució de la prevalença de prematuritat cronològica. Barcelona, 1991-2000.

% nascuts <38 setmanes de gestació

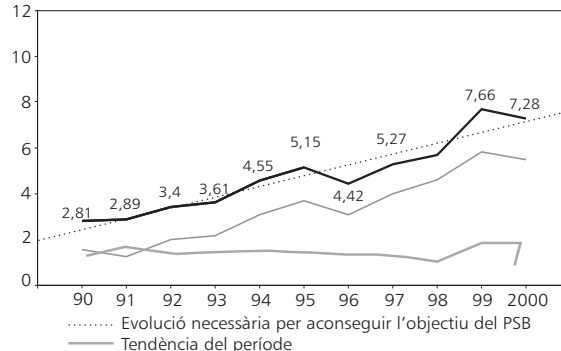


Font: Registre de naixements, IMSP

Dades no disponibles per l'any 1998

Figura 3.25. Evolució de la taxa anual d'embarassos en adolescents (grup de dones d'entre 14 i 17 anys). Evolució de la taxa de naixements i d'IVES per 1.000 dones d'aquest grup d'edat.

Embarassos de dones menors de 18 anys, per 1000



Font: Registre de natalitat i de mortalitat perinatal de l'IMSP. Registre d'IVES del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

pugui assolir. La tendència també mostra un descens de la taxa de naixements en aquest grup d'edat juntament amb un increment de la taxa d'IVES, en un context d'augment de la taxa global d'embarassos.

Tendència

Quant a la mortalitat infantil i perinatal, els objectius per a l'any 2000 són assolibles si es mantenen els esforços actuals. En canvi, la situació és diferent pel que fa a la prematuritat, perquè s'hauria d'intensificar molt la tendència de disminució dels darrers anys. Aquest objectiu, doncs, és difícil d'aconseguir, ja que en gran part es desconeixen els factors de risc i, per tant, també les mesures preventives que caldria instaurar. Amb relació al baix pes en néixer, aquest està relacionat, d'una banda, amb la prematuritat (i, per tant, es troba sotmès als mateixos factors); però també hi ha dos factors més que fan que en els darrers anys s'enregistri una tendència a l'alça: l'augment de la supervivència dels noutats de baix pes i la influència de la reproducció assistida, la qual està relacionada amb l'increment dels embarassos múltiples.

3.11. Problemes de salut laboral

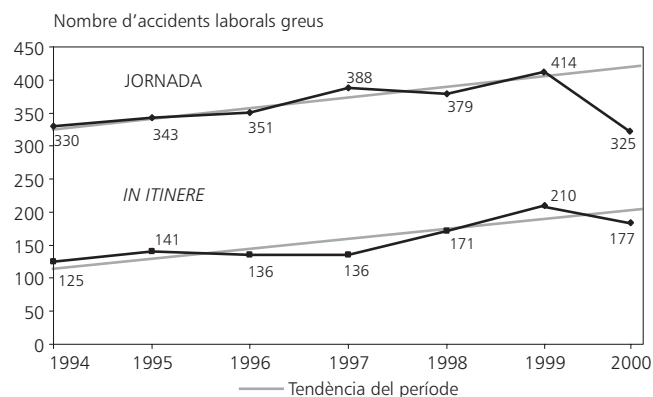
Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir en un 15% la taxa de morbiditat per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball (el punt de referència és la morbiditat declarada).
2. Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per accidents de treball en el lloc de treball.

No es poden calcular taxes per a la ciutat de Barcelona perquè es desconeixen els denominadors corresponents. Es disposa de la informació dels ocupats assalariats que treballen a la ciutat i que han patit algun accident laboral.

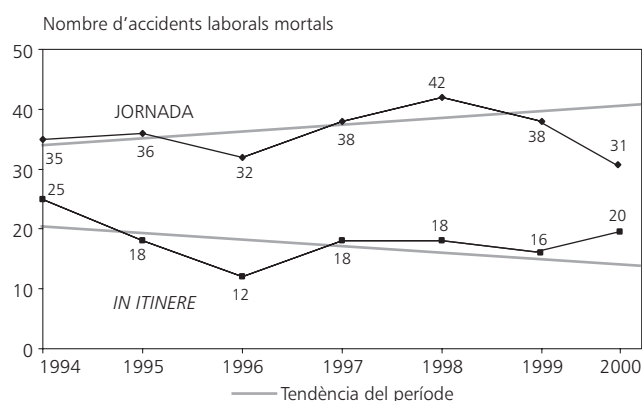
L'any 2000 ha tingut lloc una interrupció en la tendència incremental dels accidents laborals, tant dels greus (502 respecte als 624 de l'any 1999) com dels mortals (51 respecte als 54 de l'any 1999). En el capítol 1, es presenta la distribució dels diferents tipus d'accidents laborals, per la qual cosa aquí únicament s'assenyala el fet que el 35% dels greus i el 39% dels mortals s'esdevenen *in itinere* (és a dir, durant el trajecte entre el domicili i la feina) (figures 3.26 i 3.27).

Figura 3.26. Evolució dels accidents laborals greus en la població que treballa a Barcelona ciutat (1994-2000).



Font: Departament de Treball-Generalitat de Catalunya
Anàlisi dades: Centre de Salut Laboral, IMSP

3.27. Evolució dels accidents laborals mortals en la població que treballa a Barcelona ciutat (1994-2000).



Font: Departament de Treball-Generalitat de Catalunya
Anàlisi dades: Centre de Salut Laboral, IMSP

3.12. Tuberculosi

Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir la mortalitat per tuberculosi per sota de l'1 per cada 100.000 habitants (sempre que no s'esdevingui cap augment significatiu de la transmissió de bacils multiresistents).
2. Invertir la tendència a l'alça en les taxes de tuberculosi respiratòria en la població autòctona.
3. Reduir la prevalença de la infecció i aconseguir una reactivació en el descens del risc anual d'infecció (RAI) en els nens de 1r. d'EGB (6-7 anys).

Situació actual

L'any 1999 va enregistrar una taxa bruta de mortalitat per tuberculosi de l'aparell respiratori d'1,06 per 100.000 habitants

(amb una taxa estandarditzada per edat de 0,9 per 100.000 habitants). Si es tenen en compte tots els casos de tuberculosi, i no només la respiratòria, resulten una taxa bruta d'1,26 i una taxa estandarditzada per edat d'1,01. Respecte als casos de tuberculosi, l'any 1999 se'n van declarar 567, i l'any 2000 un cas menys en total.

Tendències

La disminució en l'evolució de la mortalitat per tuberculosi (figura 3.28) que s'observa des de l'any 1995 fa probable l'assoliment dels nivells fixats per al 2000. Quant a la morbiditat per tuberculosi (figura 3.29), la tendència de la incidència anual és descendent des de l'any 1992. En la figura 3.29, s'il·lustra l'evolució en els darrers anys de la incidència anual de la tuberculosi (únicament la respiratòria) en els residents a Barcelona ciutat.

La figura 3.30 mostra l'evolució de la prevalença anual d'infecció tuberculosa, així com el risc anual d'infecció tuberculosa (RAI) en el grup poblacional de nens i nenes de 6 anys. Es tracta dels resultats corresponents als anys en els quals es van realitzar cribratges de tuberculina en la població total de nens i nenes de 6 anys.

3.13. Càries dental

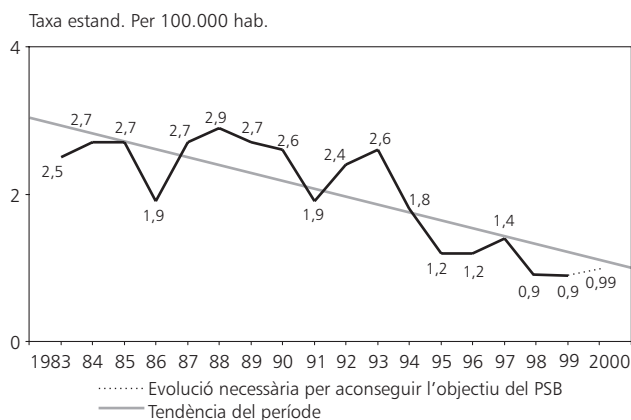
Objectius generals per a l'any 2000

1. Aconseguir que almenys el 50% dels escolars de 12 anys estiguin lliures de càries.
2. Aconseguir que almenys el 75% dels escolars de 6 anys estiguin lliures de càries.
3. Fer que l'índex CAOD (nombre de dents permanents amb càries, absents a causa de càries i/o obturades per individu) sigui inferior a 2 en els escolars de 12 anys.

Situació actual

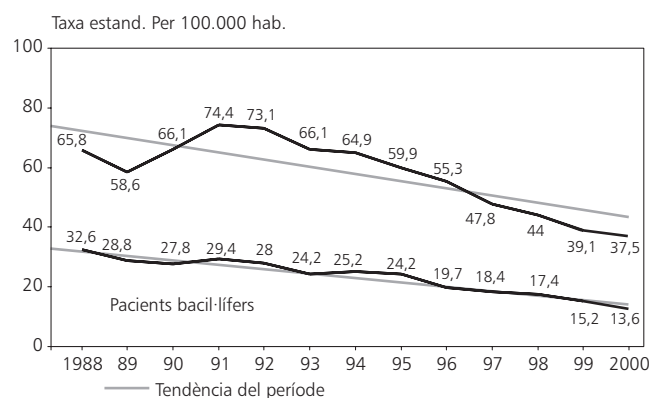
No hi ha cap font d'informació nova respecte als darrers anys. El percentatge d'escolars de 12 anys lliures de càries va ser del 49,2% l'any 1990, i del 48% l'any 1994. En aquests mateixos anys, els índexs CAOD van ser 1,34 i 1,37, respectivament (figura 3.31).

Figura 3.28. Evolució de la mortalitat per tuberculosi respiratòria a Barcelona ciutat.



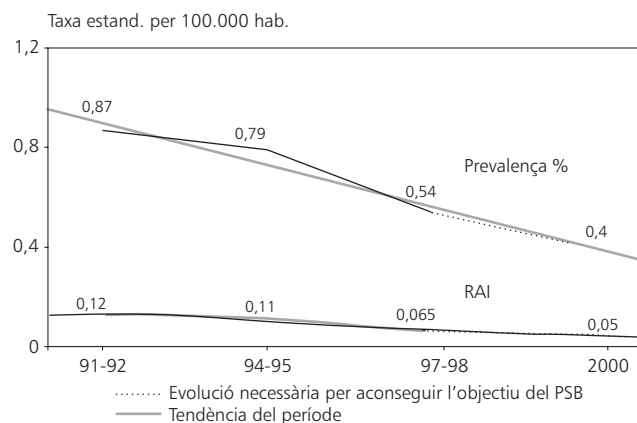
Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.29. Evolució de la incidència anual de tuberculosi en residents a Barcelona ciutat.



Font: Registre de TBC, IMSP

Figura 3.30. Evolució de la prevalença anual d'infecció tuberculosa i del risc anual d'infecció tuberculosa (RAI) en nens i nenes de 1r. d'EGB (6 anys). Barcelona ciutat.



Font: Enquestes de tuberculina. IMSP. Equips de salut escolar

3.14. Medi ambient i higiene dels aliments

3.14.1. Medi ambient saludable

Objectius generals per a l'any 2000

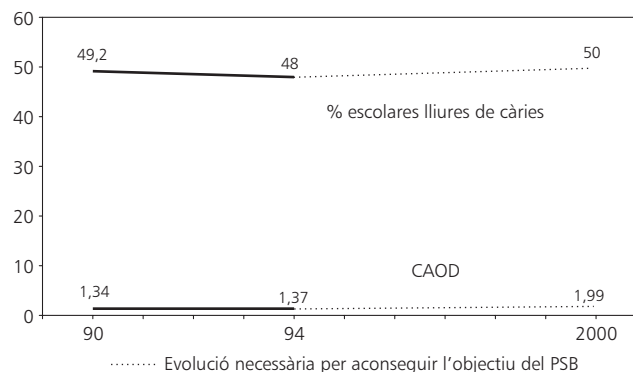
1. Controlar sanitàriament el 100% de les reutilitzacions d'aigües residuals depurades.
2. Fer complir el reglament sanitari vigent en el 100% de les piscines d'ús col·lectiu.
3. Reduir en un 70% el nombre de platges qualificades en els nivells C i D.
4. Eradicar els incompliments de les xarxes d'aigües de subministrament públic per paràmetres tòxics o microbiològics.
5. Controlar sanitàriament el 100% dels assentaments humans.

3.14.2 Higiene dels aliments

Objectius generals per a l'any 2000

1. Situar la morbiditat declarada per febre tifoide per sota d'1 cas per cada 100.000 habitants i per any (el 1989 va ser de 2,1 casos per 100.000 habitants).
2. Situar la morbiditat declarada per enteritis i diarrees a un nivell inferior als 4.500 casos per cada 100.000 habitants i per any (el 1989 va ser de 5.073,5 casos per 100.000 habitants).
3. Reduir en un 30% els brots detectats per toxiinfeccions alimentàries (TIA).
4. Limitar la morbiditat declarada per brucel·losi a 3 casos per cada 100.000 habitants.
5. Eliminar la triquinosi.
6. Aconseguir que no es doni cap cas d'intoxicació aguda secundària ni de contaminació química dels aliments, a causa de l'ús inadequat de productes fitosanitaris i zosanitaris.
7. Garantir que totes les carns que surtin dels escorxadors estiguin lliures de residus provinents del bestiar propietat de promotors de creixement il·legal.
8. Garantir que les instal·lacions i equipaments de tots els escorxadors reuneixin les condicions higienicosanitàries fixades per la normativa vigent.

Figura 3.31. Evolució de l'índex CAOD (dents permanents amb càries, absents i/o obturades per individu) i del percentatge d'escolars de 12 anys lliures de càries.



9. Sotmetre a intervencions de control sanitari tots els establiments que distribueixen aliments manufacturats, que els venen al públic o que els serveixen en l'àmbit de la restauració col·lectiva.

Situació actual

L'any 2000 es van detectar 12 casos de febre tifoide (0,8 per 100.000 habitants), 3.273 casos per 100.000 habitants d'enteritis i diarrees, i 5 casos de brucel·losi (0,33 per 100.000 habitants). Aquestes dades estan per sota de les fixades com a límits màxims en els respectius objectius a assolir l'any 2000. També ha tingut lloc un descens tant del nombre de brots de TIA (17 enfront dels 24 de l'any 1999) com de persones afectades (142 enfront de les 312 de l'any 1999) (gràfics 3.31 i 5.32).

Els serveis municipals de control alimentari desenvolupen les seves tasques abastant tots aquells aspectes de la cadena de producció i comercialització alimentària que recauen dins la seva competència funcional i territorial, i prioritzen les actuacions depenent del risc sanitari que comporten les diferents activitats i establiments.

Durant l'any 2000 s'han inspeccionat 401.270 animals d'abastament als escorxadors, dels quals 715 van ser qualificats com a no aptes per al consum (9 d'aquests animals estaven afectats de tuberculosi). També s'han intensificat les mesures de protecció davant de les Encefalopaties Espongiformes Transmissibles, a causa de l'entrada en vigor d'una normativa comunitària que reglamenta l'ús dels materials específics de risc (MER). Així, s'ha procedit a la retirada del MER de 18.720 animals de l'espècie bovina, 77.571 de l'espècie ovina i 25.580 de l'espècie cabruna. A les sales d'especejament i als magatzems frigorífics, prèviament a la seva comercialització, s'han realitzat 2.150 inspeccions de control (documental, físic i d'identitat) de carns i productes derivats d'animals de l'espècie bovina, ovina i cabruna, procedents d'estats membres de la Unió Europea (UE) i de tercers països.

Cal destacar, també, la recollida de 20 encèfals duta a terme per la Facultat de Veterinària de la UAB dins del «Programa de vigilància de l'Encefalopatia Espongiforme Bovina i de l'Scrapie», amb resultats tots negatius.

Els residus medicamentosos que poden estar presents en les carns que es consumeixen, són objecte d'especial interès. Durant l'any 2000 s'han analitzat un total de 232 mostres, amb resultats tots negatius.

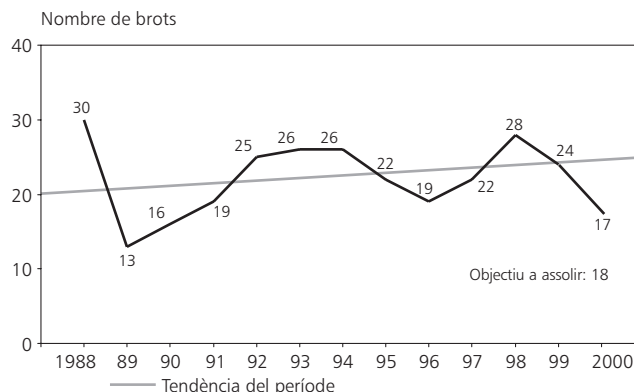
Un altre aspecte que es preveu és la vigilància de l'activitat alimentària a la via pública. Així, durant l'any 2000, a partir d'intervencions de la Guàrdia Urbana, s'han realitzat 213 dictàmens sanitaris, que han comportat el decomís de 5.695 kg d'aliments per manca de garanties sanitàries. També s'han tramitat 62 denúncies relacionades amb activitats alimentàries, i s'han enregistrat 21 alertes SCIRI, 12 brots i 5 alertes de pesca marítima.

Com a complement als controls instaurats en els processos elaboradors, mitjançant el programa IQSA, s'avalua la presència o els nivells de determinats additius i contaminants químics i microbiològics en diversos aliments susceptibles de contenir-los, alhora que es valoren la situació actual i la seva evolució en el temps. Durant l'any 2000 s'han analitzat 790 mostres, amb un 74% del total sense cap anomalia, un 23% amb presència d'alguna càrrega microbiana excessiva i un 5% amb excés d'additius, mentre que l'excés de components abiòtics ha representat un 1% del total de les mostres. És important indicar que la qualificació d'aliment amb anomalies no implica la seva consideració de no apte per al consum, sinó que evidencia l'existència d'algunes condicions higièniques deficients o unes males pràctiques d'elaboració o de manteniment (susceptibles de ser millorades o corregides). Els resultats obtinguts han permès identificar diverses pràctiques d'elaboració i de manipulació incorrectes, que han motivat l'adopció de mesures per tal de corregir-les o evitar-les.

Tendència

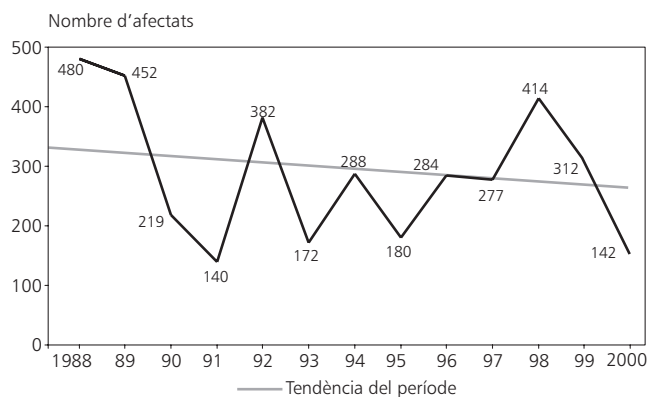
L'evolució del nombre de brots de TIA declarats ha estat variable. La tendència dels darrers deu anys fa que es pugui assolir l'objectiu per al 2000, sempre que es mantingui la línia dels últims tres anys. Ara bé, segons la tendència de tot el període, és probable que s'hagi de mantenir la intensificació d'esforços d'aquests darrers anys (figura 3.32).

Figura 3.32. Evolució del nombre de brots de TIA en els darrers anys a Barcelona ciutat.



Font: Registre de MDO, IMSP

Figura 3.33. Evolució del nombre de persones afectades per brots de TIA a Barcelona ciutat.



Font: Registre de MDO, IMSP

3.15. Malalties de transmissió sexual

Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir en un 30% la incidència de la sífilis.
2. Reduir en un 25% la incidència de la gonocòccia.
3. Reduir en un 50% la proporció de gonocòccia causada per soques de *Neisseria gonorrhoeae* productores de betalactamasa.
4. Eliminar l'oftàlmia *neonatorum*.
5. Eradicar la sífilis congènita.
6. Reduir en un 20% la incidència d'altres malalties de transmissió sexual.

Situació actual

Es presenta el nombre de casos declarats a la ciutat de Barcelona, des de l'any 1989 fins al 2000, pel que fa a la sífilis (figura 3.34), la infecció gonocòccica (figura 3.35) i altres malalties de transmissió sexual (figura 3.36). L'oftàlmia *neonatorum* ha experimen-

tat un augment en el nombre de casos declarats, ja que ha passat dels 5 enregistrats l'any 1993 als 13 de l'any 1996, els 17 del 1997, els 2 del 1998, els 4 del 1999 i els 9 de l'any 2000.

Les malalties de transmissió sexual, en el marc del sistema de vigilància existent a Catalunya, són de declaració numèrica i, per tant, no estan subjectes a investigació ni a confirmació diagnòstica pel que fa a cada cas declarat. El nombre de casos que facilita aquest sistema no s'ajusta a la incidència real de la malaltia, però sí que ofereix una certa idea de la seva tendència. Cal ser prudents, doncs, a l'hora d'interpretar les xifres relatives a totes aquestes malalties de transmissió sexual.

Tendències

En els casos de la sífilis, la infecció gonocòccica i les altres malalties de transmissió sexual, la tendència en aquests anys ha estat marcada per la disminució.

3.16. Hàbit tabàquic

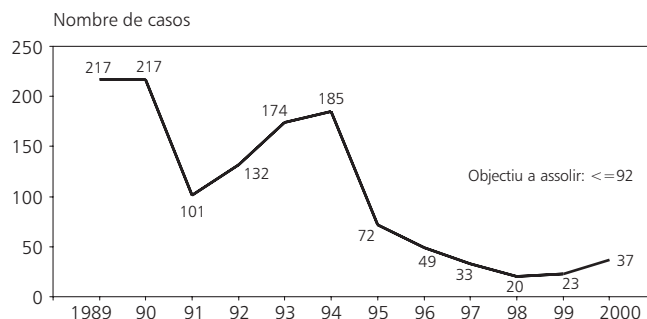
Objectius generals per a l'any 2000

1. Disminuir fins al 20% la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població general.
2. Disminuir fins al 18% la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població compresa entre els 15 i els 24 anys.
3. Incrementar fins al 30% el percentatge d'abandonament de l'hàbit tabàquic en la població general.
4. Disminuir fins al 25% la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els metges.
5. Disminuir fins al 30% la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els diplomats en infermeria.
6. Disminuir fins al 25% la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els mestres i professors.
7. Disminuir fins al 25% la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els farmacèutics.

Situació actual

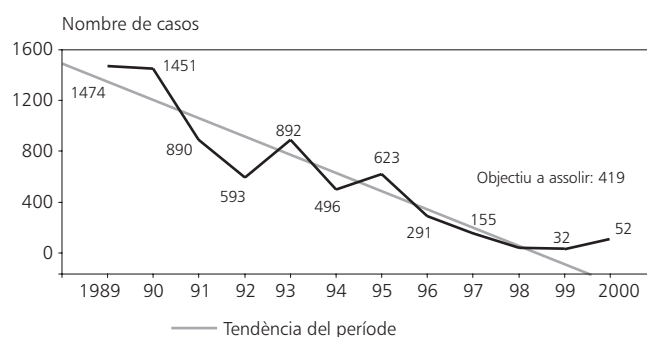
enguany disposem de noves dades sobre la prevalença del tabaquisme aportades per l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000. Segons els seus resultats, l'esmentada prevalença en la població més gran de 14 anys és del 35,3% en el cas dels homes i del 23% en les dones. En el grup de població de 15 a 24 anys, un 36,7% dels nois i un 38,9% de les noies són fumadors.

Figura 3.34. Evolució dels casos de sífilis declarats a la ciutat de Barcelona.



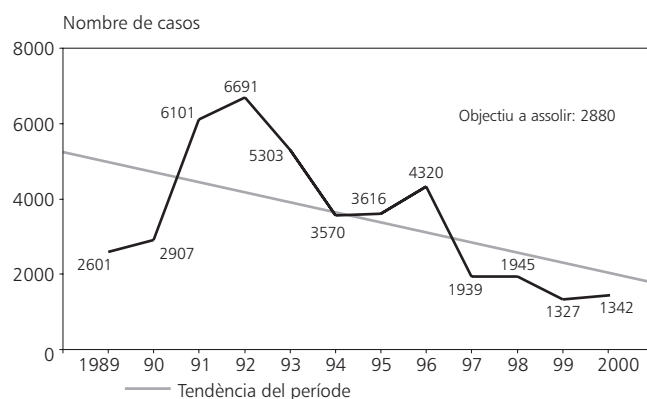
Font: Registre de malalties numèriques de l'IMSP

Figura 3.35. Evolució dels casos d'infecció gonocòccica declarats a la ciutat de Barcelona.



Font: Registre de malalties numèriques de l'IMSP

Figura 3.36. Evolució dels casos d'altres malalties de transmissió sexual declarats a la ciutat de Barcelona.



Font: Registre de malalties numèriques de l'IMSP

Tendències

En els darrers anys, s'observa una evolució creixent de la mortalitat atribuïble al tabac en el grup d'homes d'entre 15 i 44 anys (basada en la proporció atribuïble poblacional), encara que amb oscil·lacions més importants des del 1993 i sense que s'arribi a superar la taxa del 1992 (figura 3.37). Així mateix, la disminució de la prevalença de fumadors fins als nivells establerts per al 2000 requereix esforços molt importants, excepte pel que fa referència a la prevalença d'exfumadors (que ja ha assolit el nivell fixat per l'objectiu).

3.17. Altres hàbits i estils de vida

3.17.1 Alimentació

Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir en un 20% la prevalença d'excés de pes de la població.
2. Reduir en un 25% la prevalença d'obesitat de la població.

Situació actual

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000, la prevalença de sobrepès en la població major de 15 anys és del 18,5% en el cas dels homes, i del 24,6% en les dones. Tanmateix, la prevalença d'obesitat és del 9,8% en els homes i del 10% en les dones.

Tendència

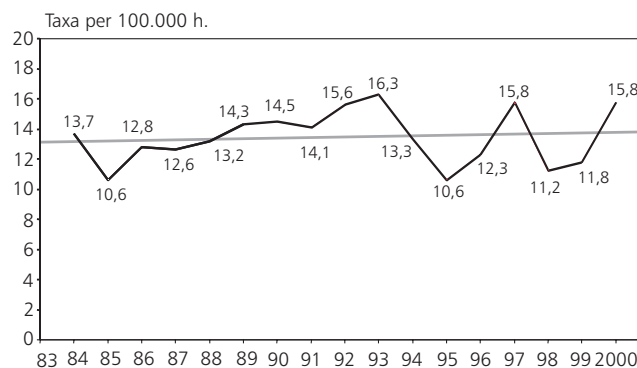
En la figura 3.42, es presenta l'evolució de la prevalença d'excés de pes (inclou sobrepès i obesitat) a Barcelona, la qual s'ha incrementat en tots dos sexes (fet que no permet assolir l'objectiu definit).

3.17.2 Exercici físic

Objectius generals per a l'any 2000

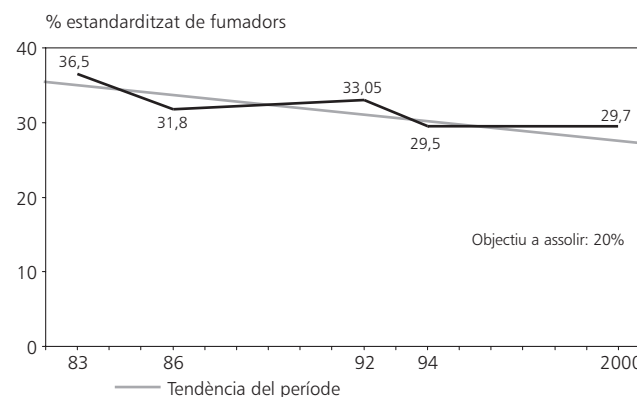
1. Augmentar en un 50% la prevalença d'adults que caminen més de trenta minuts diaris.
2. Augmentar en un 50% la prevalença de persones de 15 anys i més que practiquen algun exercici durant el temps de lleure.

Figura 3.37. Evolució de la mortalitat atribuïble al tabac en els homes de 15 a 44 anys. Barcelona ciutat.



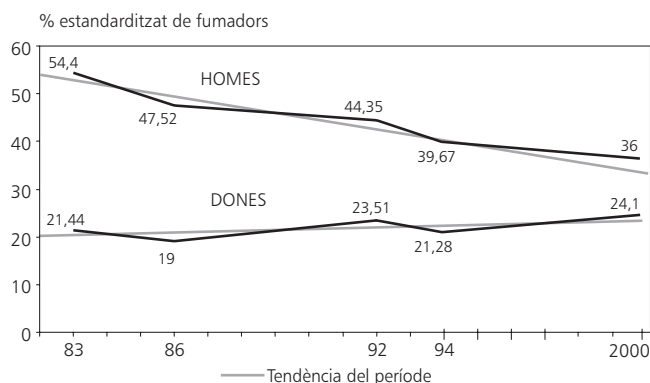
Font: Registre de mortalitat, IMSP

Figura 3.38. Evolució de la prevalença de fumadors en la població més gran de 14 anys, segons les enquestes de salut de Barcelona (1983, 1986, 1992 i 2000) i l'ESCA (1994).



Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 86, 92 i 2000), IMSP.
Enquesta de Salut a Catalunya (94), Servei Català de la Salut.

Figura 3.39. Evolució de la prevalença de fumadors en la població més gran de 14 anys per sexes, segons les enquestes de salut de Barcelona (1983, 1986, 1992 i 2000) i l'ESCA (1994).



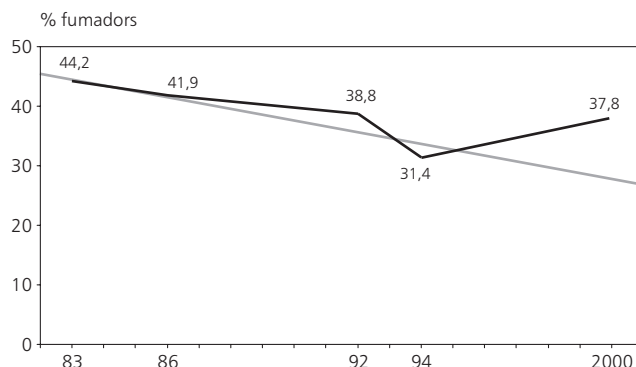
Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 86, 92 i 2000), IMSP.
Enquesta de Salut a Catalunya (94), Servei Català de la Salut.

3. Reduir almenys en un 40% la prevalença de persones de 15 anys i més que són absolutament sedentàries durant el temps de lleure.
4. Augmentar en un 50% la prevalença d'adults que practiquen activitats físiques intenses durant el temps de lleure, com a mínim tres cops per setmana.
5. Reduir en un 30% el percentatge d'abandonament de la pràctica d'exercici físic de lleure en els menors de 35 anys.

Situació actual

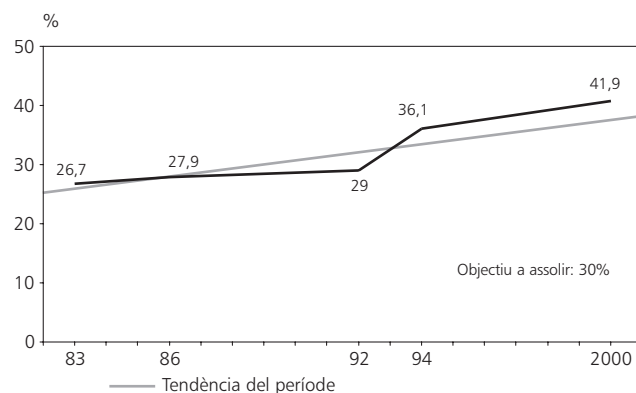
Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000, un 65,3% de les persones més grans de 14 anys practiquen algun tipus d'exercici durant el temps de lleure, la qual cosa significa que el 34,7% restant és població sedentària en el temps d'oci. A més, el 10,2% de les persones més grans de 14 anys practiquen alguna activitat física intensa 3 cops o més per setmana, situació més freqüent en els homes joves (el 16,8% dels que tenen entre 15 i 44 anys).

Figura 3.40. Evolució de la prevalença de fumadors en la població d'entre 15 i 24 anys segons les enquestes de salut de Barcelona (1983, 1986, 1992 i 2000) i l'ESCA (1994).



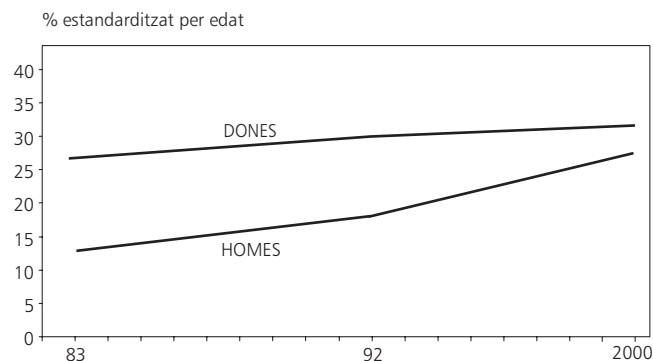
Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 86, 92 i 2000), IMSP.
Enquesta de Salut a Catalunya (94), Servei Català de la Salut.

Figura 3.41. Evolució de la prevalença d'abandonament de l'hàbit tabàquic en la població més gran de 14 anys, segons les enquestes de salut de Barcelona (1983, 1986, 1992 i 2000) i l'ESCA (1994).



Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 86, 92 i 2000), IMSP.
Enquesta de Salut a Catalunya (94), Servei Català de la Salut.

Figura 3.42. Evolució de la prevalença d'excés de pes en la població més gran de 14 anys de Barcelona, segons les enquestes de salut de Barcelona (1986, 1992 i 2000). Percentatges estandarditzats per edat.



Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1986, 92 i 2000), IMSP.

**RESUM
RESUMEN
SUMMARY**

La Salut a Barcelona, 2000

RESUM

Introducció

La salut a Barcelona 2000 continua la sèrie d'informes anuals elaborats per l'Institut Municipal de Salut Pública des del 1985, en els quals es resumeix la situació de salut de la ciutat des d'una perspectiva poblacional.

El primer capítol manté l'objectiu principal dels darrers informes, ja que intenta realitzar una anàlisi de la salut de la població de Barcelona en el període 1990-2000 amb un enfocament global, a partir de les principals fonts d'informació poblacionals. La principal novetat de l'informe del 2000 respecte als anteriors rau en el fet que s'ha pogut recórrer a la valuosa informació aportada per l'Enquesta de Salut de Barcelona realitzada l'any 2000 (ESB-2000), sobre una mostra representativa de 10.000 ciutadans i ciutadanes. Aquesta circumstància permet ampliar els coneixements respecte a problemes i/o determinants de la salut per als quals no hi ha fonts d'informació rutinàries.

El capítol 2 tracta, de forma monogràfica, algunes qüestions que tenen especial rellevància per a la salut pública de la ciutat i que són objecte d'una anàlisi més aprofundida, com ara la detecció de problemes i necessitats en el camp de la salut, el seguiment d'un problema de salut específic o el disseny d'estratègies d'intervenció.

En el capítol 3 es presenta el seguiment anual dels objectius generals del Pla de Salut a Barcelona, que van ser formulats a principi dels anys 90 amb vista a ser assolits l'any 2000. L'actual informe ja permet avaluar la consecució o no d'alguns d'aquests objectius, de manera que resten pendents aquells que estan formulats en termes de reducció de mortalitat (ja que les darreres dades de mortalitat disponibles són les del 1999).

En la línia de consolidació del model dels darrers anys d'elaborar i publicar indicadors de salut per àrees geogràfiques més petites, enguany es presenta en l'annex un recull dels principals indicadors de salut i determinants analitzats per a cadascun dels 10 districtes de la ciutat.

1. Canvis en la salut i els seus determinants en la població de Barcelona en la dècada dels 90

1.1. Població, treball i medi ambient

Es continua observant la tendència a l'alça del pes relatiu de la gent gran a la ciutat: l'any 1986 representava un 11,6% dels homes i un 17,7% de les dones, mentre que l'any 2000 aquests percentatges han estat del 18,1% i del 25,3% respectivament. D'altra banda, el 48,6% de les persones majors de 16 anys són població activa (un 89,8% de la qual és població ocupada). Aquestes dades revelen que ha tingut lloc un estancament de la disminució observada en la taxa d'activitat en els darrers anys. L'atur s'ha situat en el 10,2% de la població major de 16 anys

(atur registrat: 7,1%), cosa que representa una disminució respecte a la dels darrers anys.

Pel que fa a la contaminació atmosfèrica, l'any 2000 s'han continuat mantenint força baixos els contaminants tradicionals (SO₂ i fums), així com la concentració de partícules i els contaminants secundaris CO i ozó. L'NO₂ ha superat els valors guia en quatre estacions, tal com va succeir l'any 1999.

Pel que fa a la contaminació acústica, durant l'any 2000 s'ha aprovat i desenvolupat el pla de zonificació acústica de la ciutat, de tal forma que aquesta ha quedat dividida en cinc zones de sensibilitat acústica (en cadascuna de les quals s'han establert uns nivells de sorolls guia que no es poden superar i que, per tant, condicionaran les activitats que s'hi vulguin instal·lar). Tanmateix, se segueixen implantant mesures per reduir la contaminació acústica existent.

1.2. La salut maternoinfantil

Es manté la tendència estable pel que fa a les taxes de natalitat i fecunditat, així com l'increment del nombre de dones majors de 34 anys que tenen fills. Així, l'any 2000 un 27% dels nascuts eren de mares de més de 34 anys, enfront del 14% de l'any 1990. Tanmateix, ha augmentat el nombre dels nascuts de pares originaris de fora de l'Estat espanyol. En aquest sentit, el 18,5% dels nascuts durant l'any 2000 tenen un dels pares o tots dos de fora del nostre país.

El control de l'embaràs ja havia assolit indicadors satisfactoris, en la mesura que actualment la gran majoria de gestants solen fer la primera visita a l'obstetra durant el primer trimestre de l'embaràs; posteriorment, al cinquè o sisè mes, se'ls fa l'ecografia, moment idoni per detectar possibles defectes congènits. Tanmateix, es continua mantenint una xifra elevada del nombre d'ecografies realitzades al llarg de tot l'embaràs (al voltant de cinc, mentre que se'n solen recomanar entre dos i tres). I s'observa un increment de dones embarassades que se sotmeten a proves invasives per realitzar un cariotip fetal (un 16,2% l'any 1992 i un 33,2% l'any 2000).

1.3. La salut percebuda i les conductes relacionades amb la salut

L'ESB-2000 ha aportat informació important sobre la salut percebuda i les conductes relacionades amb la salut. En els següents subapartats se'n presenta un resum.

L'estat de salut percebut

El 80% dels homes i el 71% de les dones més grans de 14 anys varen declarar tenir una salut bona o molt bona, percentatges que esdevenen més baixos en les persones de major edat i en les de classes socials més desavantajades.

Els trastorns crònics

El 56,2% dels homes i el 68% de les dones declaren patir, com a mínim, un trastorn crònic. En el cas dels homes, els trastorns més freqüents són els problemes de visió, el mal d'esquena i el dolor cervical, i en les dones, el dolor cervical, el mal d'esquena i l'artrosi o reumatisme.

Els factors de risc

El 34% de la població major de 14 anys es declara sedentària durant el temps de lleure, i un 36,2%, durant l'activitat laboral o domèstica. En tots dos casos, els més actius són els homes i, respecte de les classes socials, les més benestants són més actives pel que fa a l'exercici físic en temps d'oci, mentre que les menys benestants ho són més en l'activitat física laboral o domèstica.

El 35,3% dels homes i el 23% de les dones són fumadors habituals, la qual cosa representa una disminució en el cas dels primers i un augment en les segones respecte a les dades de les enquestes realitzades des de l'any 1986. En els joves d'entre 14 i 24 anys, fumen més les noies (39%) que no pas els nois (37%), però en la resta de grups l'hàbit tabaquic segueix sent més freqüent en els homes. Per classes socials, la prevalença del tabaquisme és més alta en les menys benestants pel que fa als homes (un 44,2% en les classes IV i V, i un 29% en les classes I i II). En les dones, en canvi, no s'observen diferències significatives per classe social.

Al voltant del 21% de la població més gran de 14 anys, tant en homes com en dones, presenta excés de pes. El 14% dels homes i el 21% de les dones d'aquest grup d'edat van reconèixer estar seguint alguna dieta en el moment de l'enquesta.

1.4. Problemes de salut específics

La tuberculosi

Durant l'any 2000 ha continuat disminuint la incidència de la tuberculosi (que va arribar al seu màxim nivell l'any 1992), gràcies a l'aplicació d'estratègies orientades a facilitar el diagnòstic precoç i d'altres destinades a incrementar les taxes de compliment del tractament.

La sida

La incidència de la sida durant l'any 2000 també ha disminuït respecte a la dels anys anteriors (tendència que ja es va iniciar l'any 1995). El principal factor del canvi de tendència i de l'augment de la supervivència ha estat la introducció de noves teràpies antivirals en pacients infectats pel VIH.

L'ús de drogues no institucionalitzades

Les dades de l'any 2000 confirmen el fet que la cocaïna està prenent un major protagonisme com a droga il·legal, en contrast amb el consum a la baixa de derivats opiacis. El Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona ha detectat més usuaris de cocaïna que no pas d'opiacis durant l'any 2000, mentre que aquesta relació havia estat inversa fins al 1998 i s'havia igualat l'any 1999.

Els accidents de trànsit

En els darrers anys s'està consolidant una tendència creixent en el nombre de lesionats per accidents de trànsit. En aquest sentit, la població jove d'entre 15 i 44 anys resulta la més afectada (amb un 78% del total de lesionats). En aquest mateix grup d'edat, la major part són usuaris de vehicles, sobretot de dues rodes. En canvi, en els grups d'edat més extrems (menors de 14 anys i majors de 64) predominen els vianants.

Els accidents laborals greus i mortals

L'any 2000 ha suposat un canvi en la tendència observada darrerament, ja que ha disminuït el nombre d'accidents laborals greus per primer cop en els darrers anys. Així, s'han enregistrat 502 accidents d'aquesta categoria a Barcelona, 122 menys que l'any 1999. També ha disminuït el nombre d'accidents mortals: 51 al 2000, enfront dels 60 de l'any 1998 i els 54 del 1999.

1.5. La mortalitat

La taxa de mortalitat estandarditzada per edats ha disminuït al llarg de l'última dècada, així com també la de mortalitat prematura (des del 1995), que sol estar molt vinculada a la mortalitat per sida. De manera congruent, l'esperança de vida ha augmentat dels 72,7 anys als 74,7 en els homes (la més alta mai documentada) i dels 80,2 anys als 82,2 en les dones. L'esperança de vida sense incapacitat també ha augmentat: dels 46,1 anys als 47,5 en els homes i dels 60,2 anys als 61,7 en les dones.

Pel que fa a la mortalitat per causes específiques per grups d'edat, cal destacar el canvi de patró en les principals causes de mort en la població d'entre 15 i 44 anys, sobretot en el cas dels homes; així, durant l'any 2000, les lesions per accidents de trànsit han estat la primera causa de mort, seguida de les sobredosis i la sida. Aquest gran canvi es deu a la important davallada de la mortalitat per sida.

En el grup d'edat d'entre 45 i 64 anys, les primeres causes de mort segueixen sent el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones, i en els més grans de 65 anys adquireixen una major rellevància les malalties cardiovasculars.

1.6. Els serveis sanitaris

Atenció primària de salut

L'any 2000 la reforma de l'atenció primària va arribar a una cobertura poblacional del 65,4%, la qual cosa suposa un increment important respecte al 48,9% de l'any 1999. La freqüència a l'hora d'adreçar-se a l'APS s'ha mantingut estable en els darrers cinc anys: al voltant de 5-6 visites per habitant i any en la xarxa reformada. Tampoc no s'observa cap diferència en aquest indicador entre les dues xarxes d'APS (la reformada i la no reformada).

Atenció especialitzada hospitalària

L'oferta de llits públics s'ha mantingut estable: al voltant de 3,5 llits per 1.000 habitants. I en aquests darrers anys ha augmentat la taxa d'utilització dels serveis hospitalaris públics, en passar del 79,7 per 1.000 habitants de l'any 1994 als 91 de l'any 2000. De manera estable en el temps, prop del 33% de les hospitalitzacions corresponen a residents de fora de la ciutat.

Atenció a les urgències

L'any 2000 es continua observant un increment del nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris: de 579.375 l'any 1994 a 668.453 l'any 2000.

Segons dades de l'ESB-2000, el 25,3% de la població enquestada havia realitzat alguna visita a un servei d'urgències durant l'any anterior a l'entrevista (un 19,2% ho va fer a un servei hospitalari, un 2,5%, a un centre d'atenció primària del SCS, i un 1%, al SCUB-061). Entre els que es varen adreçar a un servei d'urgències hospitalari, un 88% ho varen fer per pròpia decisió o per la d'algun familiar, i només un 9,8%, per decisió d'un professional sanitari.

Atenció sociosanitària

Durant el període 1994-2000, ha augmentat l'oferta tant de recursos d'internament (excepte els destinats a la sida) com de places de dia; tanmateix, hi ha hagut un increment de la demanda. Aquesta situació també s'ha detectat pel que fa als recursos dels hospitals de dia (PADES i UFSS), tant en la demanda com en l'oferta.

Atenció a la salut mental

L'any 2000 s'han mantingut els recursos destinats a la salut mental (els quals es van augmentar l'any 1999), si bé s'ha incrementat el nombre de places als hospitals de dia. També ha augmentat l'ús de tots els recursos existents en aquest camp.

Atenció a les drogodependències

Durant l'any 2000, la cobertura de places dels programes inclosos en el contracte programa de serveis a drogodependències ha estat del 59% pel que fa a l'alcohol, del 95% per als Programes de Manteniment amb Metadona (PMM) i del 75% per als Programes Lliures de Drogues (PLD). Els PMM han generat més Unitats d'Atenció a les Drogodependències (UAD) que la resta de programes, en assolir una cobertura del 176%.

Atenció a la salut pública

A Barcelona, l'Institut Municipal de Salut Pública (IMSP) té una gran part de responsabilitat quant a l'atenció a la salut pública. Des d'aquest organisme, es duen a terme diferents actuacions, que es poden resumir de la manera següent:

- Anàlisi de la situació de salut de la població, amb detecció i seguiment de problemes relacionats amb la salut, així com de les desigualtats existents en aquest camp (socials, territorials, de gènere, etc.).
- Vigilància epidemiològica i intervenció sobre certs problemes de salut amb implicacions sobre la comunitat, com ara les malalties de declaració obligatòria (sida, tuberculosi i hepatitis, entre d'altres), els brots epidèmics i la salut ocupacional.
- Prevenció de malalties i promoció de la salut, amb actuacions que van des del Pla de Vacunació Continuada fins a l'educació sanitària a l'escola, la salut maternoinfantil en zones desafavorides i l'educació sanitària en l'empresa.
- Atenció a les drogodependències, a través del Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona.
- Control en la seguretat i higiene dels aliments, tant per mitjà d'actuacions de control sanitari de la cadena alimentària com d'intervencions d'educació sanitària per als manipuladors d'aliments.
- Control de la zoonosi i els seus vectors, mitjançant el control dels animals de la ciutat i la higienització d'espais públics.

- Suport a la vigilància ambiental, d'aliments i d'aigües, a través de l'elaboració de fàrmacs i controls de qualitat des del Laboratori Municipal de Salut.

Aquestes funcions resten incloses en el sistema sanitari de la ciutat, de manera que es dona suport a la planificació sanitària, la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la intervenció sobre alguns problemes de salut específics.

2. Alguns aspectes monogràfics

2.1. Brots de l'any 2000 a la ciutat de Barcelona

Durant l'any 2000 s'han declarat 17 brots menys que l'any anterior, dels quals cal destacar tres per la seva magnitud, complexitat o severitat (que es descriuen en aquest capítol): a) Brots escolar d'intoxicació alimentària per *Escherichia coli* O157: H7. El 4 d'octubre es van començar a notificar diversos casos de síndrome hemolítica urèmica (SHU) en nens i nenes de quatre i cinc anys d'una mateixa escola de la ciutat. El nombre total de casos d'infecció identificats va ser de 118, xifra que representa una taxa d'atac del 10% (enfront d'una taxa del 4,7% per al període de referència). Va existir un risc superior d'esdevenir un cas d'infecció per *E. coli* O157:H7 del 3,9 entre les persones que es van quedar a dinar a l'escola. b) Brots de legionel·losi al barri de la Barceloneta. Es van identificar un total de 54 pacients associats a l'esmentat brot, amb una taxa d'atac en la zona afectada de 3,2 per 1.000 habitants. Tres d'aquests pacients varen morir, fet que implica una letalitat del 5,5%. En vista de les dates d'inici dels símptomes dels pacients i d'ingrés hospitalari, i d'acord amb els períodes d'incubació de la malaltia i l'exposició a la font de contagi, hom dedueix que aquest brot s'hauria declarat, com a mínim, entre els dies 21 d'octubre i 12 de novembre del 2000. Es van identificar set instal·lacions amb 17 torres de refredament susceptibles d'estar vinculades al brot, i finalment es va aïllar *Legionella pneumophila* serogrup 1 en sis d'aquestes torres. Es va determinar que la soca aïllada d'una de les torres coincidia amb el serogrup, subtipus i perfils moleculars identificats en les mostres d'origen clínic. c) Brots d'intoxicació a dosis indeterminades de clorpirifos i cipermetrina en un centre de recursos socials. La notificació d'aquest brot va tenir lloc el 21 de novembre del 2000, davant l'aparició de símptomes d'irritació de les mucoses respiratòries i digestives entre els treballadors, i amb l'antecedent d'una aplicació d'organofosforats i piretroids dos dies abans. El nombre de persones que van patir aquests símptomes irritatius va ser de 49, en el marc de la població d'estudi, i de 47 pel que fa a casos compatibles amb neurotoxicitat retardada. Aquest brot remarca la importància de les mesures alternatives com a contrapunt a l'ús de biocides en el control de plagues.

2.2. Salut i immigració a la ciutat de Barcelona

La immigració estrangera a la ciutat de Barcelona ha experimentat un notable increment en els darrers cinc anys, amb una taxa de creixement superior al 200% en el període 1996-2001. Des

de l'any 1992, a la ciutat de Barcelona es realitza una anàlisi de les estadístiques vitals per als immigrants estrangers, i, pel que fa als resultats de l'any 2000, destaca el fet que la natalitat de les dones nascudes fora de l'Estat espanyol ja representa prop del 14% de tots els naixements de la ciutat. L'anàlisi de les dades, a partir d'intervencions específiques com ara la tancada d'immigrants a les esglésies de Barcelona (durant el mes de gener del 2001), ha posat de manifest l'elevada prevalença d'infecció tuberculosa entre alguns col·lectius d'immigrants estrangers (61%) i una elevada taxa d'incidència d'aquesta malaltia (6,79/1.000 habitants). Els immigrants estrangers cada vegada representen un percentatge més alt dins del total de casos de tuberculosi (un 22,6% l'any 2000). En canvi, el percentatge de casos de sida en estrangers no ha mostrat un increment significatiu, atès que ha passat del 5,6% de l'any 1995 al 8,1% de l'any 2000. D'altra banda, el pes relatiu dels naixements en mares adolescents nascudes en països de baixa renda, ha augmentat substancialment durant els darrers anys en passar d'un 8,6% (14 naixements) l'any 1994 a un 23% (38 naixements) l'any 1999. Finalment, es presenten algunes dades de l'ESB-2000 pel que fa als immigrants de països de baixa renda, si bé cal assenyalar que el nombre de casos entrevistats va ser molt escàs.

2.3. Planificació de l'embaràs

Durant el període estudiat (1990-1999), entre les residents a la ciutat de Barcelona s'han enregistrat un total de 155.013 embarassos, dels quals 123.260 (un 80%) es van traduir en naixements i 31.735 (un 20%) van acabar en interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE). Si hom analitza la relació naixements/IVE en els diferents grups d'edat materna, es pot observar que la proporció d'IVE és molt elevada entre les dones adolescents (<20 anys: 68%), elevada en les de 20-24 anys (49%), relativament baixa en els grups intermedis de 25 a 39 anys (entre 10% i 17%) i de nou moderadament elevada en les dones de 40 anys i més (36%). En el grup de dones adolescents, al llarg de la dècada, la taxa global d'embarassos ha augmentat considerablement (d'un 8% al 1990 a un 14% al 1999) en consonància amb una petita davallada en la taxa de naixements i un important increment de la taxa d'IVE. En les dones joves (menys de 24 anys), un percentatge elevat d'embarassos (més del 80%) resulta no planificat o bé acaba en una IVE.

2.4. Salut mental

En l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000, es van entrevistar 8.538 persones majors de 14 anys. Un 14,3% d'aquestes (d.e. = 0,74) presentaven trastorns mentals no severs recents, un 10% de les quals eren homes, i un 17,7%, dones. A més, s'ha comprovat que augmenten amb l'edat, sobretot en les dones. I aquests trastorns mentals no severs recents, tant en homes com en dones, són superiors en les persones separades, vídues, de classes socials menys afavorides (un 17,2% en les classes socials IV-V) o en situació d'atur. Les persones amb una pitjor percepció del seu estat de salut també són les que presenten més problemes de salut mental. Amb relació a la utilització dels serveis sani-

taris, un 6% de la població va declarar haver visitat algun professional de la salut mental en els darrers 12 mesos. Un 14% de la població també va reconèixer haver pres algun tranquil·litzant en els últims 15 dies previs a l'entrevista, i un 5,5% havia pres antidepressius.

2.5. Els serveis d'atenció primària de salut a la ciutat de Barcelona

En aquest capítol es fan dues aproximacions a la reforma de l'atenció primària; en la primera part, s'analitzen les diferències de l'atenció primària a partir del model d'atenció primària (reformat o tradicional) que s'ofereix a la població segons el lloc de residència (aleshores es pot parlar del tipus d'atenció primària ofert pel sistema públic). En una segona part, l'estudi d'aquestes diferències es du a terme d'acord amb el model d'atenció primària a què pertany el metge/essa de capçalera habitual de cada persona; per tant, aquí es descriuen els tipus d'atenció primària del sistema públic amb els seus diferents graus d'implantació de la reforma, així com les mútues obligatòries i el sistema privat. Els principals resultats permeten concloure que hi ha indicis que la reforma de l'atenció primària de salut afavoreix la longitudinalitat de l'atenció (mesurada mitjançant el temps durant el qual les persones tenen un mateix metge/essa de capçalera), així com la seva globalitat (mesurada a través del grau de realització de pràctiques preventives). D'altra banda, la satisfacció dels ciutadans és més gran respecte a les qualitats personals dels metges/esses de capçalera i del personal d'infermeria, en detriment de la seva competència professional i l'accessibilitat de la visita.

2.6. Desigualtats de gènere en salut relacionades amb la conciliació de la vida familiar i laboral

Les diferències de gènere en les condicions de vida laboral i familiar poden ser font de desigualtats en l'estat de salut d'homes i dones. S'analitza la situació a Barcelona de les persones que han de fer front a les exigències del treball remunerat i del familiar. Les condicions de treball de les dones són pitjors que les dels homes: treballen en ocupacions menys qualificades, pateixen amb més freqüència situacions de precarietat i ocupen menys sovint llocs de responsabilitat. A més, les dones també s'encarreguen de les tasques domèstiques en major proporció que els homes. En ambdós sexes, al voltant del 50% afirma que comparteix amb la seva parella la cura dels menors de 15 anys, si bé una gran proporció de treballadores se n'ocupen elles soles. La tercera part dels homes i les dones manifesta que comparteix algunes tasques domèstiques, com ara planxar, fer la neteja o cuinar. El 45% de les dones, però, assenyala que és la principal responsable d'aquestes tasques, percentatge que en els homes només arriba a l'1%. I tant l'estat de salut percebut com l'estat de salut mental són pitjors en les dones. A més, aquestes estan més insatisfetes amb la seva feina. Quant als comportaments relacionats amb la salut, elles fan menys esport; però, en canvi, la prevalença de tabaquisme i de sobrepès són més baixes que no pas en els homes. Les condicions de vida familiar s'associen fonamentalment amb la salut en les dones. Així, entre els homes

l'estat de salut percebut no té cap relació amb les característiques de la unitat familiar, mentre que en les dones és pitjor a mesura que augmenta la càrrega de treball familiar.

2.7. La salut i el treball a Barcelona

En aquest capítol, es fa una radiografia actualitzada dels treballadors i treballadores de Barcelona parant atenció a les condicions de treball, els riscos laborals i, sobretot, els problemes de salut. L'ocupació més freqüent entre els homes és la corresponent als professionals científics i intel·lectuals, mentre que hi ha molt pocs treballadors no qualificats. Quant a les dones, destaquen les administratives, seguides de les professionals científiques i intel·lectuals (en la mateixa proporció que els homes). Un 70% de la població ocupada té un contracte fix, un 13% treballa com a autònom i un 3% són empresaris amb assalariats. Les dones assalariades tenen més contractes temporals (un 18% de totes les dones ocupades estan en aquesta situació, i un 13% dels homes) i n'hi ha més que treballen sense cap contracte. El 13% de la població ocupada també fa jornades irregulars o variables segons els dies, mentre que un 4% treballa a torns i un 2% ho fa en jornada contínua de nits. Les dones realitzen més jornades contínues de matí o tarda, i els homes fan més jornades partides.

En aquest capítol, també es fa una descripció dels diversos riscos laborals i psicosocials. Respecte als accidents de treball, al llarg de l'any 2000 es van declarar 553 accidents amb baixa laboral greus i mortals. Aquesta xifra suposa una notable disminució respecte de l'any anterior (en què es van enregistrar 678 casos) i posa fi a l'augment constant dels darrers anys. I pel que fa a les malalties professionals, l'any 2000 se'n van diagnosticar 807 (412 en homes i 395 en dones), fet que implica un augment de casos respecte de l'any 1999 (seguint la línia d'ascens dels darrers anys). Finalment, es descriuen els graus de salut percebuda i de satisfacció a la feina: la major part de la població ocupada té una salut bona o molt bona (un 88% del total). En canvi, l'11% dels homes ocupats i el 14% de les dones ocupades tenen un estat de salut regular, dolent o molt dolent. I un 10% de la població ocupada se sent insatisfeta o molt insatisfeta amb la seva feina, situació més habitual en les dones (12%) que no pas en els homes (9%).

2.8. El fum ambiental del tabac a Barcelona

L'exposició passiva o involuntària al fum ambiental del tabac és un problema generalitzat que afecta en diferents graus moltes persones en tots els països del món. En el nostre cas, diversos estudis han demostrat suficientment que les regulacions establertes, malgrat haver suposat un avenç molt important respecte a la situació prèvia, no han aconseguit d'evitar que encara es fumi en molts llocs on no hauria d'estar permès. En aquest context, a Barcelona, durant la primavera de l'any 2000, es va realitzar un estudi pilot per mesurar l'exposició ambiental al fum del tabac, mitjançant la captació dels nivells de nicotina a l'aire (un indicador específic del tabac) a través de filtres actius i passius. Aquest estudi es va dur a terme en col·laboració amb l'Institute for Tobacco World Control de la Johns Hopkins School of Public Health, i també va comptar amb el suport del

Departament de Salut Pública de la Universitat de Berkeley (Califòrnia). Entre els resultats obtinguts, destaquen els valors més elevats detectats en les cafeteries i restaurants, en què també s'inclou un menjador d'un hospital general de la ciutat. També sobresurten els valors enregistrats en una escola de secundària, a través d'una mostra obtinguda a la sala de professors, i els corresponents a les mesures realitzades en una casa habitada per persones fumadores. En canvi, la situació és més moderada en el cas dels centres comercials, les instal·lacions del metro i un centre d'ensenyament d'idiomes. Finalment, es van detectar concentracions molt baixes en un centre d'assistència primària, a les dependències de la Facultat de Medicina i en diverses sales d'un hospital general.

2.9. Trastorns de la conducta alimentària en l'adolescència

Els trastorns del comportament alimentari (TCA), que comprenen l'anorèxia nerviosa, la bulímia nerviosa i les síndromes parcials, són malalties psiquiàtriques de gran rellevància sociosanitària. A Barcelona, la prevalença d'alguns factors de risc dels TCA es pot estimar a partir de diferents enquestes. Així, l'Enquesta de Salut als Adolescents de la ciutat de Barcelona del 1999 revela que un 41,7% de les noies i un 14,2% dels nois se senten poc orgullosos del seu cos; en aquest sentit, un 40,3% de les noies i un 18% dels nois creuen que pesen massa. En canvi, els nois practiquen esport amb molta més freqüència que no pas les noies. Els resultats preliminars de l'enquesta ESFAFRESC, realitzada l'any 2000 sobre una mostra representativa dels estudiants de Barcelona de 2n. d'ESO (de 13,5 anys), descriuen com es veuen aquests, com els agradaria ser i quin coneixement tenen de la dimensió corporal saludable. Així, per exemple, a un 22% dels nois i a un 39% de les noies els agradaria ser prims. Per la seva banda, l'enquesta Canvis, realitzada per l'Ajuntament de Barcelona l'any 2000, permet conèixer els hàbits alimentaris, els judicis de valor sobre la imatge corporal i el grau d'autoestima dels estudiants de secundària de Barcelona i amb relació al consum òptim dels diferents grups d'aliments, segons la Societat Espanyola de Nutrició Comunitària, l'alumnat mostra un consum insuficient de cereals, verdures, fruites i làctics, així com una ingesta excessiva de carns vermelles.

2.10. La salut percebuda, la utilització de serveis sanitaris i les conductes relacionades amb la salut als districtes

L'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2000 ofereix una oportunitat única per descriure l'estat de salut percebut, la utilització de serveis sanitaris i seguiment de pràctiques preventives i les conductes relacionades amb la salut de la població dels districtes de Barcelona. En aquest capítol, es presenten els principals resultats i s'observa que, per exemple, així com alguns indicadors de salut relacionats amb la mortalitat, la incidència de la sida o el consum de drogues són molt més desfavorables en el districte de Ciutat Vella, aquesta distribució no és tan evident pel que fa a la salut percebuda, la utilització de serveis sanitaris i les conductes relacionades amb la salut.

2.11. Consum de drogues a Barcelona. Principals resultats de l'ESB-2000.

El cànem és la substància no institucionalitzada més consumida. Un 16% de la població resident a Barcelona d'entre 15 i 64 anys reconeix haver-lo provat alguna vegada a la vida. D'entre aquest percentatge, un 4,3% manifesta que en va consumir en el darrer mes, per la qual cosa l'índex de continuïtat resultant és del 29%. El consum és més important en els joves i en els homes: un 3,4% de la població barcelonina de 15 a 64 anys declara haver provat la cocaïna alguna vegada (amb un índex de consum regular del 16,7%). De la mateixa manera que en el cas del cànem, la població jove és la que presenta un consum experimental més elevat, ja que el 5% de la població d'entre 15 i 29 anys afirma que n'ha consumit alguna vegada. Respecte de les amfetamines i drogues de disseny, les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona indiquen que sols un 2,8% de la població d'entre 15 i 64 anys les han provades. I les prevalences també són més importants en homes i en joves. D'altra banda, el consum de tranquil·litzants i/o hipnòtics (drogues institucionalitzades) amb un ús no mèdic és bastant prevalent a la nostra comunitat (prevalences de consum esporàdic del 20% en la població de 15 a 64 anys; índex de continuïtat del 46%). Contràriament a les drogues no institucionalitzades, aquest consum és més prevalent a edats més grans i en les dones.

3. La situació dels objectius del pla de salut per al 2000 a Barcelona: tendències i projeccions

El 64% dels objectius fixats pel pla de salut dels quals es té informació per al seu seguiment es poden considerar assolits. Entre aquests, es troben els relatius a la salut cardiovascular, el càncer de pulmó, el càncer de mama i de coll uterí, els accidents de trànsit, la cirrosi hepàtica, la mortalitat atribuïble a l'alcohol, la incidència i prevalença d'infecció pel VIH en UDVP, la infecció pel VIH en nadons, el control de malalties vacunables, la mortalitat perinatal, infantil i materna, la tuberculosi, la febre tifoide, l'enteritis i les diarrees, les malalties de transmissió sexual i la interrupció de l'hàbit tabàquic.

Un 23% dels objectius requereixen esforços especials per tal d'assolir-los, si bé no durant l'any 2000, sinó en els propers anys. Es tracta dels relatius a la mortalitat per malaltia respiratòria, per causes externes i per ofegaments i submersions, el consum d'alcohol, la mortalitat per reacció adversa a drogues, la morbiditat per hepatitis B, els brots per toxiinfeccions alimentàries, l'accidentalitat laboral, el baix pes en néixer i l'oftàlmia *neonatorum*. El 13% dels objectius restants són difícilment assolibles, fins i tot encara que s'intensifiquin els esforços. Són els que pertanyen als àmbits següents: mortalitat per càncer en menors de 65 anys, prematuritat cronològica, embarassos en adolescents de 14 a 17 anys i prevalença de tabaquisme i d'excés de pes.

Precisament, els problemes de salut que requereixen noves estratègies d'intervenció se centren en aquest darrer grup d'objectius. Cal assenyalar que alguns d'aquests problemes de salut recentment ja s'han passat a valorar com a assolibles, i principalment són les toxiinfeccions alimentàries i la infecció pel virus de l'hepatitis B. Tanmateix, la mortalitat per tuberculosi ja es consi-

dera assolida, per bé que a l'inici del període es va valorar que requeria esforços especials, els quals s'han dut a terme i han permès aconseguir l'objectiu final.

4. Valoració global

Enguany, l'Informe de Salut 2000 incorpora una part important d'informació provinent de la recent Enquesta de Salut, cosa que ha permès completar la radiografia de la ciutat amb informació relativa a la percepció de la pròpia salut, els determinants de salut i l'ús dels serveis sanitaris. Així, es fa palès que la gran majoria de la població considera que la seva salut és bona o molt bona, i que aquesta valoració es manté de forma estable en el temps. I cal remarcar que, en el cas de la gent gran (que gaudeix d'una esperança de vida cada vegada més elevada), gairebé la meitat d'aquest col·lectiu considera que la seva salut és bona o molt bona.

Les tendències generals indiquen una consolidació dels patrons de morbiditat (que van iniciar un canvi a finals dels anys 90), amb una reducció de la importància d'algunes causes de mortalitat prematura (sida, tuberculosi), juntament amb una reafirmació del canvi en els hàbits de consum de drogues il·legals a favor de la cocaïna. S'observa també un cert estancament de la reducció de la mortalitat per accidents de trànsit, però amb unes tendències més favorables pel que fa a l'accidentalitat laboral.

Pel que fa als serveis sanitaris, continua el procés d'implantació de la reforma de l'atenció primària. El seu ús es referma entre la població, la majoria de la qual té un metge de capçalera clarament identificat (al qual s'ha anat adreçant amb continuïtat en els darrers anys, no només per obtenir respostes de tipus curatiu sinó també per establir actuacions de tipus preventiu). D'altra banda, ha anat augmentant la utilització dels serveis hospitalaris, incloent-hi les urgències, en un context d'estabilització de l'oferta de llits públics. Així mateix, també han crescut l'oferta i utilització dels serveis d'atenció sociosanitària i de salut mental.

La valoració de les tendències dels Objectius de Salut del Pla de Salut per al 2000 a Barcelona confirma l'assoliment de bona part d'aquests, especialment pel que fa a les causes de mort més freqüents (malalties cardiovasculars, càncer de mama i de pulmó), així com a aquelles altres que afecten poblacions més vulnerables (cirrosi, sida, tuberculosi, salut maternoinfantil). Tanmateix, alguns problemes de salut ben coneguts requeriran la intensificació dels esforços, com en el cas del tabaquisme, mentre que altres problemes de salut emergents, com ara l'embaràs adolescent i la tendència al sobrepès, exigiran nous camins preventius.

La Salud en Barcelona, 2000

RESUMEN

Introducción

La salud en Barcelona 2000 continúa la serie de informes anuales elaborados por el Institut Municipal de Salut Pública desde 1985, en los cuales se resume la situación de salud de la ciudad desde una perspectiva poblacional.

El primer capítulo mantiene el objetivo principal de los últimos informes, puesto que intenta realizar un análisis de la salud de la población de Barcelona en el periodo 1990-2000 con un enfoque global, a partir de las principales fuentes de información poblacionales. La principal novedad del informe del 2000 respecto a los anteriores radica en que se ha podido recurrir a la valiosa información aportada por la Encuesta de salud de Barcelona realizada en el año 2000 (ESB-2000) sobre una muestra representativa de diez mil ciudadanos y ciudadanas. Esta circunstancia permite ampliar los conocimientos respecto a problemas y/o determinantes de la salud para los que no hay fuentes de información rutinarias.

El capítulo 2 trata, de forma monográfica, algunas cuestiones que tienen especial relevancia para la salud pública de la ciudad y que son objeto de un análisis más profundizado, como por ejemplo la detección de problemas y necesidades en el campo de la salud, el seguimiento de un problema de salud específico o el diseño de estrategias de intervención.

En el capítulo 3 se presenta el seguimiento anual de los objetivos generales del Plan de salud en Barcelona, que fueron formulados a principios de los años noventa de cara a ser alcanzados en el año 2000. El actual informe ya permite evaluar la consecución o no de algunos de esos objetivos, de modo que quedan pendientes aquéllos que están formulados en términos de reducción de mortalidad (puesto que los últimos datos de mortalidad disponibles son los de 1999).

En la línea de consolidación del modelo de los últimos años de elaborar y publicar indicadores de salud por áreas geográficas más pequeñas, este año se presenta en el anexo una recopilación de los principales indicadores de salud y determinantes analizados para cada uno de los diez distritos de la ciudad.

1. Cambios en la salud y sus determinantes en la población de Barcelona en la década de los noventa

1.1. Población, trabajo y medio ambiente

Se sigue observando la tendencia al alza del peso relativo de las personas mayores en la ciudad: en 1986 representaba un 11,6% de los hombres y un 17,7% de las mujeres, mientras que en el año 2000 estos porcentajes han sido del 18,1% y del 25,3% respectivamente.

Por otra parte, el 48,6% de las personas mayores de dieciséis años son población activa (un 89,8% de la cual es población ocupada). Estos datos revelan que ha tenido lugar

un estancamiento de la disminución observada en la tasa de actividad en los últimos años. El paro se ha situado en el 10,2% de la población mayor de dieciséis años (paro registrado: 7,1%), lo cual representa una disminución respecto a la de los últimos años.

En cuanto a la contaminación atmosférica, en el año 2000 se han seguido manteniendo muy bajos los contaminantes tradicionales (SO₂ y humos), así como la concentración de partículas y los contaminantes secundarios CO y ozono. El NO₂ ha superado los valores guía en cuatro estaciones, tal y como sucedió en 1999.

Con respecto a la contaminación acústica, durante el año 2000 se ha aprobado y desarrollado el plan de zonificación acústica de la ciudad, de tal modo que ésta ha quedado dividida en cinco zonas de sensibilidad acústica (en cada una de las cuales se han establecido unos niveles de ruidos guía que no se pueden superar y que, por lo tanto, condicionarán las actividades que se quieran instalar). Aun así, se siguen implantando medidas para reducir la contaminación acústica existente.

1.2. La salud materno-infantil

Se mantiene la tendencia estable en cuanto a las tasas de natalidad y fecundidad, así como el incremento del número de mujeres mayores de treinta y cuatro años que tienen hijos. Así, en el año 2000 un 27% de los nacidos eran de madres de más de treinta y cuatro años, frente al 14% de 1990. Aun así, ha aumentado el número de los nacidos de padres originarios de fuera del Estado español. En este sentido, el 18,5% de los nacidos durante el año 2000 tienen uno de sus padres o los dos nacidos fuera del país. El control del embarazo ya había alcanzado indicadores satisfactorios, en la medida en que actualmente la gran mayoría de gestantes suelen hacer la primera visita al obstetra durante el primer trimestre del embarazo; posteriormente, al quinto o sexto meses, se les hace la ecografía, momento idóneo para detectar posibles defectos congénitos. Aun así, se sigue manteniendo una cifra elevada del número de ecografías realizadas a lo largo de todo el embarazo (alrededor de cinco, mientras que se suelen recomendar entre dos y tres). Y se observa un incremento del número de embarazadas que se someten a pruebas invasivas para realizar un cariotipo fetal (un 16,2% en 1992 y un 33,2% en 2000).

1.3 La salud percibida y las conductas relacionadas con la salud

La ESB-2000 ha aportado información importante sobre la salud percibida y las conductas relacionadas con la salud. En los siguientes subapartados se presenta un resumen.

El estado de salud percibido

El 80% de los hombres y el 71% de las mujeres mayores de catorce años declaran tener una salud buena o muy buena, porcentajes que se vuelven más bajos en las personas de mayor edad y en las de clases sociales más desventajosas.

Los trastornos crónicos

El 56,2% de los hombres y el 68% de las mujeres declaran padecer, como mínimo, un trastorno crónico. En el caso de los

hombres, los trastornos más frecuentes son los problemas de visión, el dolor de espalda y el dolor cervical, y en las mujeres, el dolor cervical, el dolor de espalda y la artrosis o reumatismo.

Los factores de riesgo

El 34% de la población mayor de catorce años se declara sedentaria durante el tiempo de ocio, y el 36,2%, durante la actividad laboral o doméstica. En los dos casos, los más activos son los hombres, y, respecto a las clases sociales, las más acomodadas son más activas en cuanto al ejercicio físico en tiempo de ocio, en mientras las menos acomodadas lo son más en la actividad física laboral o doméstica. El 35,3% de los hombres y el 23% de las mujeres son fumadores habituales, lo cual representa una disminución en el caso de los primeros y un aumento en las segundas respecto a los datos de las encuestas realizadas desde 1986. En los jóvenes de entre catorce y veinticuatro años, fuman más las chicas (39%) que los chicos (37%), pero en el resto de grupos el hábito tabáquico sigue siendo más frecuente en los hombres. Por clases sociales, la prevalencia del tabaquismo es más alta en las menos acomodadas con respecto a los hombres (un 44,2% en las clases IV y V, y un 29% en las clases I y II). En las mujeres, en cambio, no se aprecian diferencias significativas por clase social.

Alrededor del 21% de la población mayor de catorce años, tanto en hombres como en mujeres, presenta exceso de peso. El 14% de los hombres y el 21% de las mujeres de este grupo de edad reconocieron estar siguiendo alguna dieta en el momento de la encuesta.

1.4. Problemas de salud específicos

La tuberculosis

Durante el año 2000 ha seguido disminuyendo la incidencia de la tuberculosis (que llegó a su máximo nivel en 1992), gracias a la aplicación de estrategias orientadas a facilitar el diagnóstico precoz y de otras destinadas a incrementar las tasas de cumplimiento del tratamiento.

El sida

La incidencia del sida durante el año 2000 también ha disminuido respecto a la de los años anteriores (tendencia que ya se inició en 1995). El principal factor del cambio de tendencia y del aumento de la supervivencia ha sido la introducción de nuevas terapias antivirales en pacientes infectados por el VIH.

El uso de drogas no institucionalizadas

Los datos del año 2000 confirman que la cocaína está tomando un mayor protagonismo como droga ilegal, en contraste con el consumo a la baja de derivados opiáceos. El Sistema de Información de Drogas de Barcelona ha detectado más usuarios de cocaína que de opiáceos durante el año 2000, mientras que esta relación había sido inversa hasta 1998 y se había igualado en 1999.

Los accidentes de tráfico

En los últimos años se está consolidando una tendencia creciente en el número de lesionados por accidentes de tráfico. En este sentido, la población joven de entre quince y cuarenta y cuatro años resulta la más afectada (con un 78% del total de lesionados). En este mismo grupo de edad, la mayor parte son usuarios de vehículos, sobre todo de dos ruedas. En cambio, en los gru-

pos de edad más extremos (menores de catorce años y mayores de sesenta y cuatro) predominan los peatones.

Los accidentes laborales graves y mortales

El año 2000 ha supuesto un cambio en la tendencia observada últimamente, puesto que ha disminuido el número de accidentes laborales graves por primera vez en los últimos años. Así, se han registrado 502 accidentes de esta categoría en Barcelona, 122 menos que en 1999. También ha disminuido el número de accidentes mortales: 51 en el año 2000, frente a los 60 de 1998 y los 54 de 1999.

1.5. La mortalidad

La tasa de mortalidad estandarizada por edades ha disminuido a lo largo de la última década, así como también la de mortalidad prematura (desde 1995), que suele estar muy vinculada a la mortalidad por sida. De manera congruente, la esperanza de vida ha aumentado de los 72,7 años a los 74,7 en los hombres (la más alta documentada hasta el momento) y de los 80,2 años a los 82,2 en las mujeres. La esperanza de vida sin incapacidad también ha aumentado: de los 46,1 años a los 47,5 en los hombres y de los 60,2 a los 61,7 en las mujeres.

Con respecto a la mortalidad por causas específicas por grupos de edad, cabe destacar el cambio de patrón en las principales causas de muerte en la población de entre quince y cuarenta y cuatro años, sobre todo en el caso de los hombres; así, durante el año 2000, las lesiones por accidentes de tráfico han sido la primera causa de muerte, seguida de las sobredosis de droga y el sida. Este gran cambio se debe a la importante bajada de la mortalidad por sida.

En el grupo de edad de entre cuarenta y cinco y sesenta y cuatro años, las primeras causas de muerte siguen siendo el cáncer de pulmón en los hombres y el cáncer de mama en las mujeres, y en los mayores de sesenta y cinco años adquieren una mayor relevancia las enfermedades cardiovasculares.

1.6. Los servicios sanitarios

Atención primaria de salud

En el año 2000 la reforma de la atención primaria llegó a una cobertura poblacional del 65,4%, lo cual supone un incremento importante respecto al 48,9% de 1999. La frecuencia a la hora de dirigirse a la APS se ha mantenido estable en los últimos cinco años: alrededor de cinco o seis visitas por habitante y año en la red reformada. Tampoco se observa diferencia alguna en este indicador entre las dos redes de APS (la reformada y la no reformada).

Atención especializada hospitalaria

La oferta de camas públicas se ha mantenido estable: alrededor de 3,5 camas por 1.000 habitantes. Y en estos últimos años ha aumentado la tasa de utilización de los servicios hospitalarios públicos, al pasar de los 79,7 por 1.000 habitantes de 1994 a los 91 por 1.000 del año 2000. De manera estable en el tiempo, cerca del 33% de las hospitalizaciones corresponden a residentes de fuera de la ciudad.

Atención a las urgencias

En el año 2000 se sigue observando un incremento del número de urgencias atendidas en los servicios hospitalarios: de 579.375 en 1994 a 668.453 en 2000.

Según datos de la ESB-2000, el 25,3% de la población encuestada había realizado alguna visita a un servicio de urgencias durante el año anterior a la entrevista (un 19,2% lo hizo a un servicio hospitalario, un 2,5%, a un centro de atención primaria del SCS, y un 1%, al SCUB-061). Entre los que se dirigieron a un servicio de urgencias hospitalario, un 88% lo hicieron por propia decisión o por la de algún familiar, y sólo un 9,8% por decisión de un profesional sanitario.

Atención sociosanitaria

Durante el periodo 1994-2000, ha aumentado la oferta tanto de recursos de internamiento (excepto los destinados al sida) como de plazas de día; aun así, hay habido un incremento de la demanda. Esta situación también se ha detectado con respecto a los recursos de los hospitales de día (PADES y UFISS), tanto en la demanda como en la oferta.

Atención a la salud mental

En el año 2000 se han mantenido los recursos destinados a la salud mental (los cuales se aumentaron en 1999), si bien se ha incrementado el número de plazas en los hospitales de día. También ha aumentado el uso de todos los recursos existentes en este campo.

Atención a las drogodependencias

Durante el año 2000, la cobertura de plazas de los programas incluidos en el contrato programa de servicios a drogodependencias ha sido del 59% en cuanto al alcohol, del 95% para los programas de mantenimiento con metadona (PMM), y del 75% para los programas libres de drogas (PLD). Los PMM han generado más unidades de atención a las drogodependencias (UAD) que el resto de programas, al alcanzar una cobertura del 176%.

Atención a la salud pública

En Barcelona, el Institut Municipal de Salut Pública (IMSP) tiene una gran parte de responsabilidad en la atención a la salud pública. Desde este organismo, se llevan a cabo distintas actuaciones, que pueden resumirse del siguiente modo:

- Análisis de la situación de salud de la población, con detección y seguimiento de problemas relacionados con la salud, así como de las desigualdades existentes en este campo (sociales, territoriales, de género, etc.).
- Vigilancia epidemiológica e intervención sobre ciertos problemas de salud con implicaciones sobre la comunidad, como las enfermedades de declaración obligatoria (sida, tuberculosis y hepatitis, entre otras), los brotes epidémicos y la salud ocupacional.
- Prevención de enfermedades y promoción de la salud, con actuaciones que van desde el Plan de vacunación continuada hasta la educación sanitaria en la escuela, la salud materno-infantil en zonas desfavorecidas y la educación sanitaria en la empresa.
- Atención a las drogodependencias, a través del Plan de acción sobre drogas de Barcelona.
- Control en la seguridad e higiene de los alimentos, tanto por medio de actuaciones de control sanitario de la cadena alimentaria como de intervenciones de educación sanitaria para los manipuladores de alimentos.

- Control de la zoonosis y sus vectores, mediante el control de los animales de la ciudad y la higienización de espacios públicos.
- Apoyo a la vigilancia ambiental, de alimentos y de aguas, a través de la elaboración de fármacos y controles de calidad desde el Laboratorio Municipal de Salud.

Estas funciones quedan incluidas en el sistema sanitario de la ciudad, de manera que se da soporte a la planificación sanitaria, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la intervención sobre algunos problemas de salud específicos.

2. Algunos aspectos monográficos

2.1. Brotes del año 2000 en la ciudad de Barcelona

Durante el año 2000 se han declarado diecisiete brotes menos que en 1999, de los que cabe destacar tres por su magnitud, complejidad o severidad (y que se describen en este capítulo): a) Brote escolar de intoxicación alimentaria por *Escherichia coli* O157:H7. El 4 de octubre se empezaron a notificar varios casos de síndrome hemolítico urémico (SHU) en niños y niñas de cuatro y cinco años de una misma escuela de la ciudad. El número total de casos de infección identificados fue de 118, cifra que representa una tasa de ataque del 10% (frente a una tasa del 4,7% para el periodo de referencia). Existió un riesgo superior de convertirse en un caso de infección por *E. coli* O157:H7 del 3,9% entre las personas que se quedaron a comer en la escuela. b) Brote de legionelosis en el barrio de la Barceloneta. Se identificaron un total de 54 pacientes asociados al mencionado brote, con una tasa de ataque en la zona afectada de 3,2 por 1.000 habitantes. Tres de estos pacientes murieron, lo que implica una letalidad del 5,5%. En vista de las fechas de inicio de los síntomas de los pacientes y de ingreso hospitalario, y de acuerdo con los periodos de incubación de la enfermedad y la exposición a la fuente de contagio, se deduce que este brote se habría declarado, como mínimo, entre los días 21 de octubre y 12 de noviembre de 2000. Se identificaron siete instalaciones con diecisiete torres de enfriamiento susceptibles de estar vinculadas al brote, y finalmente se aisló *Legionella pneumophila* serogrupo 1 en seis de esas torres. Se determinó que la cepa aislada de una de las torres coincidía con el serogrupo, subtipo y perfiles moleculares identificados en las muestras de origen clínico. c) Brote de intoxicación a dosis indeterminadas de clorpirifos y cipermetrina en un centro de recursos sociales. La notificación de este brote tuvo lugar el 21 de noviembre de 2000, ante la aparición de síntomas de irritación de las mucosas respiratorias y digestivas entre los trabajadores, y con el antecedente de una aplicación de organofosforados y piretroides dos días antes. El número de personas que padecieron estos síntomas irritativos fue de 49, en el marco de la población de estudio, y de 47 con respecto a casos compatibles con neurotoxicidad retrasada. Este brote remarca la importancia de las medidas alternativas como contrapunto al uso de biocidas en el control de plagas.

2.2. Salud e inmigración en la ciudad de Barcelona

La inmigración extranjera en la ciudad de Barcelona ha experimentado un notable incremento en los últimos cinco años, con

una tasa de crecimiento superior al 200% en el periodo 1996-2001. Desde el año 1992, en la ciudad de Barcelona se realiza un análisis de las estadísticas vitales para los inmigrantes extranjeros, y, con respecto a los resultados del año 2000, destaca el hecho de que la natalidad de las mujeres nacidas fuera del Estado español ya representa cerca del 14% de todos los nacimientos de la ciudad. El análisis de los datos, a partir de intervenciones específicas como el encierro de inmigrantes en las iglesias de Barcelona (en enero de 2001), ha puesto de manifiesto la elevada prevalencia de infección tuberculosa entre algunos colectivos de inmigrantes extranjeros (61%) y una elevada tasa de incidencia de esta enfermedad (6,79/1.000 habitantes). Los inmigrantes extranjeros cada vez representan un porcentaje más alto dentro del total de casos de tuberculosis (un 22,6% en el año 2000). En cambio, el porcentaje de casos de sida en extranjeros no ha mostrado un incremento significativo, pues ha pasado del 5,6% de 1995 al 8,1% del año 2000. Por otro lado, el peso relativo de los nacimientos en madres adolescentes nacidas en países de baja renta, ha aumentado sustancialmente durante los últimos años al pasar de un 8,6% (catorce nacimientos) en 1994 a un 23% (treinta y ocho nacimientos) en 1999. Finalmente, se presentan algunos datos de la ESB-2000 con respecto a los inmigrantes de países de baja renta, si bien hay que señalar que el número de casos entrevistados fue muy escaso.

2.3. Planificación del embarazo

Durante el periodo estudiado (1990-1999), entre las residentes a la ciudad de Barcelona se han registrado un total de 155.013 embarazos, de los cuales 123.260 (un 80%) se tradujeron en nacimientos y 31.735 (un 20%) acabaron en interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Si se analiza la relación nacimientos/IVE en los diferentes grupos de edad materna, se puede observar que la proporción de IVE es muy elevada entre las mujeres adolescentes (menores de veinte años: 68%), elevada en las de veinte a veinticuatro años (49%), relativamente baja en los grupos intermedios de veinticinco a treinta y nueve años (entre 10% y 17%) y de nuevo moderadamente elevada en las mujeres de cuarenta años y más (36%). En el grupo de mujeres adolescentes, a lo largo de la década, la tasa global de embarazos ha aumentado considerablemente (de un 8% en 1990 a un 14% en 1999), en consonancia con una pequeña bajada en la tasa de nacimientos y un importante incremento de la tasa de IVE. En las mujeres jóvenes (menores de veinticuatro años), un porcentaje elevado de embarazos (más del 80%) resulta no planificado o bien acaba en una IVE.

2.4. Salud mental

En la Encuesta de salud de Barcelona del año 2000, se entrevistaron 8.538 personas mayores de catorce años. Un 14,3% de éstas (d.e. = 0,74) presentaban trastornos mentales no severos recientes, un 10% de las cuales eran hombres, y un 17,7%, mujeres. Además, se ha comprobado que aumentan con la edad, sobre todo en las mujeres. Y estos trastornos mentales no severos recientes, tanto en hombres como en mujeres, son superiores en las personas separadas, viudas, de clases sociales menos favorecidas (un 17,2% en las clases sociales IV-V) o en situación de paro. Las personas con una peor percepción de su

estado de salud también son las que presentan más problemas de salud mental. Con relación a la utilización de los servicios sanitarios, un 6% de la población declaró haber visitado algún profesional de la salud mental en los últimos doce meses. Un 14% de la población también reconoció haber tomado algún tranquilizante en los últimos quince días previos a la entrevista, y un 5,5% había tomado antidepresivos.

2.5. Los servicios de atención primaria de salud en la ciudad de Barcelona

En este capítulo se hacen dos aproximaciones a la reforma de la atención primaria; en la primera parte, se analizan las diferencias de la atención primaria a partir del modelo de atención primaria (reformado o tradicional) que se ofrece a la población según el lugar de residencia (entonces se puede hablar del tipo de atención primaria ofrecido por el sistema público). En una segunda parte, el estudio de estas diferencias se lleva a cabo de acuerdo con el modelo de atención primaria a que pertenece el médico/a de cabecera habitual de cada persona; por lo tanto, aquí se describen los tipos de atención primaria del sistema público con sus diferentes grados de implantación de la reforma, así como las mutuas obligatorias y el sistema privado.

Los principales resultados permiten concluir que hay indicios de que la reforma de la atención primaria de salud favorece la longitudinalidad de la atención (medida mediante el tiempo durante el que las personas tienen un mismo médico/a de cabecera), así como su globalidad (medida a través del grado de realización de prácticas preventivas). Por otra parte, la satisfacción de los ciudadanos es mayor en cuanto a las calidades personales de los médicos/as de cabecera y del personal de enfermería, en detrimento de su competencia profesional y la accesibilidad de la visita.

2.6. Desigualdades de género en salud relacionadas con la conciliación de la vida familiar y la vida laboral

Las diferencias de género en las condiciones de vida laboral y familiar pueden ser fuente de desigualdades en el estado de salud de hombres y mujeres. Se analiza la situación en Barcelona de las personas que tienen que hacer frente a las exigencias del trabajo remunerado y del familiar. Las condiciones de trabajo de las mujeres son peores que las de los hombres: trabajan en ocupaciones menos cualificadas, padecen con más frecuencia situaciones de precariedad y ocupan menos a menudo sitios de responsabilidad. Además, las mujeres también se encargan de las tareas domésticas en mayor proporción que los hombres. En ambos sexos, alrededor del 50% afirma que comparte con su pareja el cuidado de los menores de quince años, si bien una gran proporción de trabajadoras los cuidan ellas solas. La tercera parte de los hombres y las mujeres manifiesta que comparte algunas tareas domésticas, como planchar, hacer la limpieza o cocinar. El 45% de las mujeres, sin embargo, señala que es la principal responsable de esas tareas, porcentaje que en los hombres sólo llega al 1%. Y tanto el estado de salud percibido como el estado de salud mental son peores en las mujeres. Además, éstas están más insatisfechas con su trabajo. En cuanto a los comportamientos relacionados con la salud, ellas hacen menos deporte; pero, en cambio, la prevalencia de tabaquismo y de

sobrepeso son más bajas que en los hombres. Las condiciones de vida familiar se asocian fundamentalmente con la salud en las mujeres. Así, entre los hombres el estado de salud percibido no tiene ninguna relación con las características de la unidad familiar, mientras en las mujeres es peor conforme aumenta la carga de trabajo familiar.

2.7. La salud y el trabajo en Barcelona

En este capítulo, se hace una radiografía actualizada de los trabajadores y trabajadoras de Barcelona poniendo atención en las condiciones de trabajo, los riesgos laborales y, sobre todo, los problemas de salud. La ocupación más frecuente entre los hombres es la correspondiente a los profesionales científicos e intelectuales, mientras que hay muy pocos trabajadores no cualificados. En cuanto a las mujeres, destacan las administrativas, seguidas de las profesionales científicas e intelectuales (en la misma proporción que los hombres). Un 70% de la población ocupada tiene un contrato fijo, un 13% trabaja como autónomo y un 3% son empresarios con asalariados. Las mujeres asalariadas tienen más contratos temporales (un 18% de todas las mujeres ocupadas están en esta situación, y un 13% de los hombres) y hay más que trabajan sin ningún contrato. El 13% de la población ocupada también hace jornadas irregulares o variables según los días, mientras un 4% trabaja a turnos y un 2% lo hace en jornada continua por la noche. Las mujeres realizan más jornadas continuas de mañana o tarde, y los hombres hacen más jornadas partidas.

En este capítulo, también se hace una descripción de los distintos riesgos laborales y psicosociales. Respecto a los accidentes de trabajo, a lo largo del año 2000 se declararon 553 accidentes con baja laboral graves y mortales. Esta cifra supone una notable disminución respecto al año anterior (en el que se grabaron 678 casos) y pone fin al aumento constante de los últimos años. Y con respecto a las enfermedades profesionales, el año 2000 se diagnosticaron 807 (412 en hombres y 395 en mujeres), lo cual implica un aumento de casos respecto a 1999 (siguiendo la línea de ascenso de los últimos años). Finalmente, se describen los grados de salud percibida y de satisfacción en el trabajo: la mayor parte de la población ocupada tiene una salud buena o muy buena (un 88% del total). En cambio, el 11% de los hombres ocupados y el 14% de las mujeres ocupadas tienen un estado de salud regular, malo o muy malo. Y un 10% de la población ocupada se siente insatisfecha o muy insatisfecha con su trabajo, situación más habitual en las mujeres (12%) que en los hombres (9%).

2.8. El humo ambiental del tabaco en Barcelona

La exposición pasiva o involuntaria al humo ambiental del tabaco es un problema generalizado que afecta en diferentes grados a muchas personas en todos los países del mundo. En nuestro caso, varios estudios han demostrado suficientemente que las regulaciones establecidas, pese a haber supuesto un adelanto muy importante respecto a la situación previa, no han conseguido evitar que todavía se fume en muchos sitios donde no debería estar permitido. En este contexto, en Barcelona, durante la primavera del año 2000, se realizó un estudio piloto para medir la exposición ambiental al humo del tabaco, mediante la captación de los niveles de nicotina en el aire (un indicador específico del tabaco) a tra-

vés de filtros activos y pasivos. Este estudio se llevó a cabo en colaboración con el Institute for Tobacco World Control, de la John Hopkins School of Public Health, y también contó con el apoyo del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Berkeley (California). Entre los resultados obtenidos, destacan los valores más elevados detectados en las cafeterías y restaurantes, en los que también se incluye un comedor de un hospital general de la ciudad. También sobresalen los valores registrados en una escuela de secundaria, a través de una muestra obtenida en la sala de profesores, y los correspondientes a las medidas realizadas en una casa habitada por personas fumadoras. En cambio, la situación es más moderada en el caso de los centros comerciales, las instalaciones del metro y un centro de enseñanza de idiomas. Finalmente, se detectaron concentraciones muy bajas en un centro de asistencia primaria, en las dependencias de la Facultad de Medicina y en varias salas de un hospital general.

2.9. Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), que comprenden la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los síndromes parciales, son enfermedades psiquiátricas de gran relevancia sociosanitaria. En Barcelona, la prevalencia de algunos factores de riesgo de los TCA se puede estimar a partir de diferentes encuestas. Así, la Encuesta de salud a los adolescentes de la ciudad de Barcelona de 1999 revela que un 41,7% de las chicas y un 14,2% de los chicos se sienten poco orgullosos de su cuerpo; en este sentido, un 40,3% de las chicas y un 18% de los chicos creen que pesan demasiado. En cambio, los chicos practican deporte con mucha más frecuencia que las chicas. Los resultados preliminares de la encuesta ESFAFRESC, realizada en el año 2000 sobre una muestra representativa de los estudiantes de Barcelona de 2.º de ESO (de trece años y medio), describen cómo se ven éstos, cómo les gustaría ser y qué conocimiento tienen de la dimensión corporal saludable. Así, por ejemplo, a un 22% de los chicos y a un 39% de las chicas les gustaría ser delgados. Por su parte, la encuesta Cambios, realizada por el Ajuntament de Barcelona en el año 2000, permite conocer los hábitos alimentarios, los juicios de valor sobre la viva imagen corporal y el grado de autoestima de los estudiantes de secundaria de Barcelona. Y, con relación al consumo óptimo de los diferentes grupos de alimentos, según la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, el alumnado muestra un consumo insuficiente de cereales, verduras, frutas y lácticos, así como una ingesta excesiva de carnes rojas.

2.10. La salud percibida, la utilización de servicios sanitarios y las conductas relacionadas con la salud en los distritos

La Encuesta de salud de Barcelona del año 2000 ofrece una oportunidad única para describir el estado de salud percibido, la utilización de servicios sanitarios y seguimiento de prácticas preventivas y las conductas relacionadas con la salud de la población de los distritos de Barcelona. En este capítulo, se presentan los principales resultados y se observa que, por ejemplo, así como

algunos indicadores de salud relacionados con la mortalidad, la incidencia del sida o el consumo de drogas son mucho más desfavorables en el distrito de Ciutat Vella, esta distribución no es tan evidente en cuanto a la salud percibida, la utilización de servicios sanitarios y las conductas relacionadas con la salud.

2.11. Consumo de drogas en Barcelona. Principales resultados de la ESB-2000

El cáñamo es la sustancia no institucionalizada más consumida. Un 16% de la población residente en Barcelona de entre quince y sesenta y cuatro años reconoce haberlo probado alguna vez en su vida. De entre este porcentaje, un 4,3% manifiesta que lo consumió en el último mes, por lo cual el índice de continuidad resultante es del 29%. El consumo es más importante en los jóvenes y en los hombres: un 3,4% de la población barcelonesa de quince a sesenta y cuatro años declara haber probado la cocaína alguna vez (con un índice de consumo regular del 16,7%). Del mismo modo que en el caso del cáñamo, la población joven es la que presenta un consumo experimental más elevado, puesto que el 5% de la población de entre quince y veintinueve años afirma que la ha consumido alguna vez. Respecto a las anfetaminas y drogas de diseño, los datos de la Encuesta de salud de Barcelona indican que sólo un 2,8% de la población de entre quince y sesenta y cuatro años las han probados. Y las prevalencias también son más importantes en hombres y en jóvenes. Por otro lado, el consumo de tranquilizantes y/o hipnóticos (drogas institucionalizadas) con un uso no médico es bastante prevalente en nuestra comunidad (prevalencias de consumo esporádico del 20% en la población de quince a sesenta y cuatro años; índice de continuidad del 46%). Contrariamente a las drogas no institucionalizadas, este consumo es más prevalente en edades mayores y en las mujeres.

3. La situación de los objetivos del Plan de salud para el año 2000 en Barcelona: tendencias y proyecciones

El 64% de los objetivos fijados por el Plan de salud de los que se tiene información para su seguimiento pueden considerarse alcanzados. Entre éstos, se hallan los relativos a la salud cardiovascular, el cáncer de pulmón, el cáncer de mama y de cuello uterino, los accidentes de tráfico, la cirrosis hepática, la mortalidad atribuible al alcohol, la incidencia y prevalencia de infección por el VIH en UDVP, la infección por el VIH en recién nacidos, el control de enfermedades vacunables, la mortalidad perinatal, infantil y materna, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, la enteritis y las diarreas, las enfermedades de transmisión sexual y la interrupción del hábito tabáquico.

Un 23% de los objetivos requieren esfuerzos especiales para alcanzarlos, si bien no durante el año 2000, sino en los próximos años. Se trata de los relativos a la mortalidad por enfermedad respiratoria, por causas externas y por ahogamientos y sumersiones, el consumo de alcohol, la mortalidad por reacción adversa a drogas, la morbilidad por hepatitis B, los brotes por toxiinfecciones alimentarias, la accidentalidad laboral, el bajo peso al nacer y la oftalmia *neonatorum*.

El 13% de los objetivos restantes son difícilmente alcanzables, incluso aunque se intensifiquen los esfuerzos. Son los que pertenecen a los siguientes ámbitos: mortalidad por cáncer en menores de sesenta y cinco años, prematuridad cronológica, embarazos en adolescentes de catorce a diecisiete años y prevalencia de tabaquismo y de exceso de peso.

Precisamente, los problemas de salud que requieren nuevas estrategias de intervención se centran en este último grupo de objetivos. Hay que señalar que algunos de estos problemas de salud recientemente ya se han pasado a valorar como alcanzables, y principalmente son las toxiinfecciones alimentarias y la infección por el virus de la hepatitis B. Ahora bien, la erradicación de la mortalidad por tuberculosis ya se considera alcanzada, si bien al inicio del periodo se valoró que requería esfuerzos especiales, los cuales se han llevado a cabo y han permitido alcanzar el objetivo final.

4. Valoración global

Este año, el Informe de salud 2000 incorpora una parte importante de información proveniente de la reciente Encuesta de salud, cosa que ha permitido completar la radiografía de la ciudad con información relativa a la percepción de la propia salud, los determinantes de salud y el uso de los servicios sanitarios. Así, se pone de manifiesto que la gran mayoría de la población considera que su salud es buena o muy buena, y que esta valoración se mantiene de un modo estable en el tiempo. Y es necesario remarcar que, en el caso de las personas mayores (que disfrutaban de una esperanza de vida cada vez más elevada), casi la mitad de este colectivo considera que su salud es buena o muy buena.

Las tendencias generales indican una consolidación de los patrones de morbilidad (que iniciaron un cambio a finales de los años noventa), con una reducción de la importancia de algunas causas de mortalidad prematura (sida y tuberculosis), junto con una reafirmación del cambio en los hábitos de consumo de drogas ilegales a favor de la cocaína. Se observa también un cierto estancamiento de la reducción de la mortalidad por accidentes de tráfico, pero con unas tendencias más favorables con respecto a la accidentalidad laboral.

En cuanto a los servicios sanitarios, continúa el proceso de implantación de la reforma de la atención primaria. Su uso se reafirma entre la población, la mayoría de la cual tiene un médico de cabecera claramente identificado (al cual se ha ido dirigiendo con continuidad en los últimos años, no sólo para obtener respuestas de tipo curativo, sino también para establecer actuaciones de tipo preventivo). Por otra parte, ha ido aumentando la utilización de los servicios hospitalarios, incluyendo las urgencias, en un contexto de estabilización de la oferta de camas públicas. Asimismo, también han crecido la oferta y la utilización de los servicios de atención sociosanitaria y de salud mental. La valoración de las tendencias de los objetivos de salud del Plan de salud para el año 2000 en Barcelona confirma la consecución de buena parte de éstos, especialmente en cuanto a las causas de muerte más frecuentes (enfermedades cardiovasculares, cáncer de mama y de pulmón), así como aquellas otras que afectan a poblaciones más vulnerables (cirrosis, sida, tuberculosis, salud materno-infantil, etc.). Aun así, algunos problemas de salud muy conocidos requerirán la intensificación de los esfuerzos, como en el caso del tabaquismo, mientras que otros problemas de salud emergentes, como el embarazo en adolescentes y la tendencia al sobrepeso, exigirán nuevos caminos de intervención preventiva.

Health in Barcelona, 2000

SUMMARY

Introduction

La salut a Barcelona 2000 [Health in Barcelona 2000] continues the series of reports, summarising the health situation of the city from a population approach, prepared annually by the Municipal Institute of Public Health since 1985.

The first chapter continues the main aim of the last few reports, analysing the overall health of the population of Barcelona in the period 1990-2000, based on the main sources of information on the population. The main new feature of the 2000 report is that it was possible to use the valuable data supplied by the Enquesta de Salut de Barcelona [Barcelona Health Survey] (ESB-2000), a survey of a representative sample of 10,000 males and females citizens of Barcelona. This supplies information on problems and/or health determinants for which there are no routine sources.

Chapter 2 is entirely devoted to some questions that are especially relevant for the public health of the city and which are analysed in greater depth, such as the detection of problems and needs in the field of health, monitoring a specific health problem and designing intervention strategies.

Chapter 3 presents the annual monitoring report on the general objectives of the Barcelona Health Plan, which were formulated in the early 1990s with the intention of meeting them by 2000. The current report makes it possible to see whether these aims have been accomplished or not, with those related to reduction of mortality still pending (as the last data available for mortality are for 1999).

Continuing the consolidation of the model reached over the last few years by preparing and publishing health indicators for smaller geographical areas, this year the annex includes a selection of the main health indicators and determinants analysed for each of the city's 10 districts.

1. Changes in health and health determinants in the Barcelona population in the 1990s

1.1. Population, work and the environment

The tendency towards an increased relative weight of the older population continues. In 1986, the old represented 11.6% of the men and 17.7% of the women, while in 2000 these percentages have increased to 18.1% and 25.3% respectively.

48.6% of the people over 16 form part of the working population (89.8% of which is employed). These data reveal that there has been a halt in the observed decrease in the employment rate in the last few years. Unemployment is about 10.2% of the population older than 16 (registered unemployment: 7.1%), a decrease when compared to previous years.

In terms of atmospheric pollution, 2000 continued to show very low values for the traditional contaminants (SO₂ and

smoke), and increases in particulate matter and secondary pollutants, CO₂ and ozone. NO₂ has exceeded the guideline values in each of the four seasons, as happened in 1999.

In terms of noise pollution, in 2000 the city's acoustic zoning plan was approved and developed. It divides the city into five zones with different acoustic sensitivity (in each of the zones guideline noise levels have been established that cannot be exceeded and will thus condition the activities that can be installed there). Further measures are being taken to reduce the current levels of noise pollution.

1.2. Mother-child health

The stable trend in the birth rate and fertility rate continued, as did the number of women older than 34 who had children. In 2000 27% of babies were born to mothers over 34, compared to 14% in 1990. There has also been an increase in the number of babies born to parents from outside Spain. 18.5% of the babies born in 2000 had one or two parents from outside Spain.

Monitoring of pregnancy had already reached acceptable levels, as the vast majority of pregnant women now have their first visit to the obstetrician in the first trimester of pregnancy; afterwards, an echography is performed in the fifth or sixth month, an appropriate time for detection of congenital defects. The number of echographies performed over the course of pregnancy remains high (about five, though only two or three are usually recommended). And the number of pregnant women who undergo invasive tests for purposes of foetal karyotyping has also increased (from 16.2% in 1992 to 33.2% in 2000).

1.3. Perceived health and health-related behaviour

The ESB-2000 has provided important information on perceived health and on health-related behaviour. The following subsections summarise its content.

Perceived state of health

80% of men and 71% of women older than 14 stated that their health was good or very good, and these values were lower in older people and in the disadvantaged social classes.

Chronic disorders

56.2% of men and 68% of women said they suffered from at least one type of chronic disorder. In men, the most frequent problems were problems with vision, back pain and neck pain, and in women, neck pain, back pain and arthritis or rheumatism.

Risk factors

34% of the population older than 14 said they were sedentary during its leisure time, and 36.2% said they were sedentary during their employment or domestic activity. In both cases, men are the more active and, with respect to social classes, the most well-off are more active in terms of physical exercise in their leisure time, while the less well-off perform more physical exercise in their employment or domestic activity.

35.3% of the men and 23% of the women are habitual smokers, which represents a reduction in men and an increase in

women compared to the data for the survey performed in 1986. In young people aged between 14 and 24, females (39%) smoke more than males (37%), but in the other groups smoking tobacco continues to be more common among men. By social classes the prevalence of smoking is highest in the least well-off, at least for men (44.2% smokers in classes IV and V and 29% in classes 1 and 2). In women, however, there are no significant differences between social classes.

About 21% of the population older than 14 years, in both men and women, are overweight. 14% of men and 21% of women in this age group said they were following some type of diet when the survey was performed.

1.4. Specific health problems

Tuberculosis

In 2000 the incidence of tuberculosis continued to decline (having reached its peak in 1992), due to the application of strategies seeking to encourage early diagnosis and strategies intended to promote compliance with treatment.

AIDS

The incidence of AIDS decreased in 2000 with respect to previous years (a tendency that started in 1995). The main factor in this change in trend and the increased survival has been the introduction of new antiviral therapies in patients with HIV.

The use of illegal drugs

The data for the year 2000 confirm that cocaine is becoming increasingly important as an illegal drug, in contrast to the consumption of opiates, which is declining. The Barcelona Drugs Information System detected more consumers of cocaine than opiates in the year 2000, the reverse of the situation until 1998, while the two were equal in 1999.

Traffic accidents

In the last few years the trend towards greater numbers of injuries in traffic accidents has consolidated. The young population, between 15 and 44 years old, is the most affected (with 78% of the total number of injuries). In the same age group, most are users of vehicles, mostly two-wheeled vehicles. The youngest and oldest age groups (younger than 14 and older than 64) are dominated by pedestrians.

Serious and fatal accidents at work

2000 represented a change in the previous trend, and showed the first decrease in recent years in the number of serious workplace accidents. 502 accidents in this category were recorded in Barcelona, 122 less than in 1999. There was also a decrease in the number of fatal accidents, 51 in 2000 compared to 60 in 1998 and 54 in 1999.

1.5. Mortality

The standardised death rate by age has decreased over the course of the last decade, as has premature mortality (since 1995), which is usually closely linked to the mortality from AIDS.

Congruently, life expectancy has increased from 72.7 years to 74.7 years in men (the highest ever recorded) and from 80.2 to 82.2 in women. Life expectancy without disability has also increased, from 46.1 years to 47.5 years in men and from 60.2 years to 61.7 years in women.

In terms of mortality due to specific causes by age groups, it is worth pointing out the change in pattern of the main causes of death in the population aged 15-44, especially in the case of men. In 2000 traffic accidents were the main cause of death, followed by overdoses and AIDS. This large change is due to the reduced importance of mortality due to AIDS.

In the 45-65 age group, the main causes of death continue to be lung cancer in men and breast cancer in women, while cardiovascular disease is more important in those older than 65.

1.5. The health services

Primary healthcare

In 2000 the reform of primary healthcare reached 65.4% coverage of the population, an important increase compared to the figure (48.9%) in 1999. The frequency of attending primary healthcare has remained stable over the last five years, at around 5-6 visits per person per year in the reformed network. No difference is observed in this indicator between the two networks (reformed and unreformed primary healthcare).

Specialised hospital care

The offer of public beds has remained stable at around 3.5 beds per 1,000 inhabitants. In recent years the rate of use of public hospital services has increased, from 79.7 per 1,000 inhabitants in 1994 to 91 in 2000. About 33% of hospital admissions correspond to residents from outside the city, and this figure has remained stable.

Accident and emergency care

In 2000 the increase in the number of accident and emergency cases treated by the hospital services continued, having risen from 579,375 in 1994 to 668,453 in 2000.

Data from the ESB-2000 show 25.3% of the population surveyed had visited an emergency service in the year preceding the interview (19.2% to a hospital service, 2.5% to a primary healthcare centre of the SCS, and 1% to SCUB-061 telephone service). Of those who presented to a hospital accident and emergency service, 88% did so of their own accord or that of a family member and only 9.8% as the result of a decision by a healthcare professional.

Health and social services

In the period 1994-2000, there was an increase in the offer of residential care (except for those dedicated to AIDS) and day-care places. There has also been an increase in the demand. The same is true of day-care resources in hospitals (PADES and UFISS), for both demand and supply.

Mental healthcare

In 2000 the resources destined for mental health remained stable (after the increase in 1999), though the number of day-care places in hospitals increased. The use of all the existing resources in this area has also increased.

Treatment of drug dependencies

In 2000, the coverage of places included in the contract program of treatment of drug dependencies was 59% for alcohol, 95% in the Methadone Maintenance Programs (PMM) and 75% in the Drug-Free Programs (PLL). The PMM have generated more Drug-dependency Care Units (UAD) than the rest of the program, reaching a coverage of 176%.

Public health

In Barcelona, the Municipal Public Health Institute (IMSP) has many responsibilities in the field of public health. This body performs a variety of activities, which can be summarised as follows:

- Analysis of the health situation of the population, detecting and monitoring health-related problems and the inequalities present in this field (social, local, gender inequalities, etc.)
- Epidemiological surveillance and intervention in certain health problems that affect the community, such as the diseases that must be declared (AIDS, tuberculosis, hepatitis, among others), epidemic outbreaks and occupational health.
- Disease prevention and health promotion, with activities including the Continued Vaccination Plan, health education in the school, mother-infant health in deprived areas and health education in the workplace.
- Care for drug dependencies, through the Barcelona Drugs Action Plan
- Monitoring the safety and hygiene of foodstuffs, both by means of sanitary monitoring of the food chain and health education for food handlers.
- Monitoring animal diseases and their vectors, by means of monitoring the animals in the city and cleaning public spaces.
- Supporting environmental, food and water monitoring, through the Municipal Health Laboratory's preparation of drugs and quality monitoring.

These functions are included within the city's health system, supporting health planning, health promotion, disease prevention and intervention in some specific health problems.

2. Some specific aspects

2.1. Outbreaks in the city of Barcelona during 2000

In 2000 there were 17 outbreaks less than the previous year, three of which are worth commenting, because of their size, complexity or severity (they are described in this chapter). Outbreak a) Food poisoning at a school due to *Escherichia coli* O157: H7. On October 4 notifications started to arrive of hemolytic uraemic syndrome in children aged four or five years from a single school in the city. The total number of cases identified was 118, which represents an attack rate of 10% (compared to an attack rate of 4.7% for the reference period). The risk of infection by *E. coli* O157: H7 was 3.9 times greater among those who stayed for the evening meal at the school. Outbreak b) An outbreak of *Legionella* in the Barceloneta district. A total of 54 patients were related to the outbreak, with an attack rate in the affected area of 3.2 per 1000 inhabitants. Three of these patients died, representing a mortality of 5.5%.

In view of the data on the onset of the symptoms and their hospital admission, and in accordance with the disease's incubation period and exposure to the source of the infection, it can be deduced that this outbreak started between October 21 (at the earliest) and November 12, 2000. Seven installations with 17 cooling towers were identified as being possibly linked to the outbreak, and *Legionella pneumophila* serogroup 1 was eventually isolated from six of them. The strain isolated from one of the towers was shown to correspond to the serogroup, subtype and molecular profiles identified in samples of clinical origin. Outbreak c) Poisoning due to undetermined doses of chlorpyrifos and cypermethrin in a social resource centre. This outbreak was reported on November 21, 2000, following the appearance of symptoms of irritation in the respiratory and digestive mucosa among the workers, with the antecedent of an application of organophosphates and pyrethroids two days before. 49 people within the population studied were affected by these irritant symptoms, 47 of them showing signs compatible with delayed neurotoxicity. This outbreak emphasises the importance of alternative measures to the use of biocides in pest control.

2.2. Health and immigration in the city of Barcelona

Immigration from abroad to the city of Barcelona has increased notably in the last five years, with an increase of more than 200% in the period 1996-2001. Since 1992, an analysis of the health statistics of foreign immigrants has been prepared, and one result for 2000 that is worth mentioning is that the births to women born outside Spain now represent 14% of all births in the city. Analysis of the data, obtained from specific intervention such as the sit-in protest by immigrants in churches in Barcelona (January 2001) showed the high incidence of infection with tuberculosis in some groups of immigrants (61%) and its high rate of incidence (6.79/100,000 inhabitants). Immigrants from abroad represent an increasingly high percentage of the total number of cases of tuberculosis (22.6% in 2000) However, the percentage of cases of AIDS among foreigners has not shown a significant increase, having increased from 5.6% in 1995 to 8.1% in 2000. The relative weight of births to adolescent mothers born in low-income countries has increased substantially in recent years, from 8.6% (14 births) in 1994 to 23% (38 births) in 1999. Finally, some data from ESB-2000 are presented for immigrants from low-income countries, though it should be pointed out that the number of cases interviewed was very low.

2.3. Planning of pregnancy

In the period studied (1990-1999), there were a total of 155,013 pregnancies, of which 123,260 (80%) led to births and in 31,735 cases to abortion. The abortions/live births ratio in the different maternal age groups shows the percentage of abortions was very high in adolescent women (<20 years: 68%), high in the 20-24 age group (49%), relatively low in the intermediate groups from 25 to 39 years (between 10% and 17%) and was moderately high again in women 40 or more years old (36%). In the group of adolescent women the overall rate of pregnancies has increased substantially

(from 8% in 1990 to 14% in 1999) in keeping with the slight decrease in the birth rate and the large increase in the abortion rate. In young women (less than 24 years old), a high percentage of pregnancies (more than 80%) are unplanned or aborted.

2.4. Mental health

The 2000 Barcelona Health Survey interviewed 8,538 people more than 14 years old. 14.3% of them (s.d. = 0.74) showed non-severe recent mental disorders, 10% among men and 17.7% among women. It was also shown that they increase with age, especially in women. These recent non-severe mental disorders, in both men and women, are more frequent in those who have separated, those who are widowed, and those who belong to the less well-off social classes (17.2% in social classes IV-V) or who are unemployed. The persons with the worst perception of their own health are the same as those with most mental health problems. In relation to the use of health services 6% of the population said they had visited a mental health professional in the previous 12 months. 14% of the population also recognised that they had taken tranquillisers in the 15 days before the interview and 5.5 % had taken antidepressants.

2.5. Primary healthcare services in Barcelona City

This chapter contains two approaches to the reform of primary healthcare. The first part analyses the differences in primary healthcare starting from the primary healthcare model (either reformed or traditional) provided depending on the place of residence (it is possible to discuss the different types of primary healthcare offered by the public system). The second part includes a study of these differences on the basis of the primary healthcare model the person's general practitioner forms part of. This part also describes the types of public primary healthcare and the degree of implantation of the reform, as well as the compulsory mutual healthcare schemes and the private system. The main results lead to the conclusion that there are signs that the primary health care reform has favoured the length of attention (measured by the time the persons have a general practitioner), as well as its scope (measured as the degree of performance of preventive practices). Citizen satisfaction with the personal qualities of the general practitioners is greater than with their professional competence and the ease of access of the visit.

2.6. Gender-related health inequalities due to combining family and work

Gender differences at work and in the home may be a source of inequalities in the health status of men and women. There is an analysis of the situation in Barcelona of those who have to combine paid employment with raising a family. The working conditions of women are worse than those of men. Women work in less qualified occupations, are more frequently in precarious employment and less frequently occupy positions of responsibility. Furthermore, women are also more responsible for domestic chores than men. In both sexes, about 50% share care of the

under-15s with their partner, though a large proportion of working women look after them unaided. A third of men and women said they share some domestic chores, such as ironing, cleaning or cooking. 45% of women, however, said they are mainly responsible for these chores, but only 1% of men. Both perceived health and the state of mental health are worse among women. Furthermore, women are more dissatisfied with their job. In terms of health-related behaviour, women perform less sport. However the prevalence of smoking and excess weight are lower in women than in men. The conditions of family life are clearly associated to women's health. In men, the perceived state of health is unrelated to the characteristics of the family unit, but among women the greater the load of work within the family, the worse the perceived state of health

2.7. Health and work in Barcelona

This chapter examines the health of male and female workers in Barcelona paying special attention to working conditions, risks in the workplace, and above all health problems. The most frequent occupation among men corresponds to scientific and intellectual professions, while there are very few unqualified workers. In women, the leading sector is administrative, followed by scientific and intellectual professions (in the same proportion as men). 70% of the working population has a fixed contract, 13% are self-employed and 3% are businessmen with employees. Female employees are more likely to have a temporary contract (18% of all women are in this situation, and only 13% of men) and some women work without any sort of contract. 13% of the working population also has a working day that is irregular or varies from day to day, while 4% work shifts and 2% work continuous night shifts. Women tend to have a continuous working day (morning or afternoon), and men tend to have a divided working day.

This chapter also includes a description of the different workplace and psychosocial risks. With respect to accidents in the workplace, in 2000 there were 553 accidents with severe or fatal injuries. This represents a significant decrease compared to the previous year (when there were 678 cases) and puts an end to the constant increase in recent years. 807 professional diseases were diagnosed in 2000 (412 in men and 395 in women), an increase in the number of cases compared to 1999 (following the tendency to increase shown in the last few years). Finally, there is a description of the perceived state of health and the degree of work satisfaction. Most of the working population enjoys good or very good health (88% of the total). 11% of employed men and 14% of employed women have regular, poor or very poor health. And 10% of the working population feels dissatisfied or highly dissatisfied with their jobs, which is more common among women (12%) than in men (9%).

2.8. Environmental tobacco smoke in Barcelona

Passive or involuntary exposure to environmental tobacco smoke is a generalised problem that affects, to a different extent, many people in all the countries of the world. In our case, different studies have sufficiently shown that the es-

established regulations, despite representing a major advance over the previous situation, have not managed to prevent smoking in many places where it should not be permitted. In this context, in Barcelona, in spring 2000 a pilot study was performed to measure environmental exposure to tobacco smoke, by measuring nicotine levels in the air (a specific indicator of tobacco) through active and passive filters. This study was performed with the Institute for Tobacco World Control of Johns Hopkins School of Public Health, and was supported by the Public Health Department of Berkeley University (California). The results obtained showed that the highest levels were found in cafes and restaurants, including the canteen of one of the city's general hospitals. It is also worth mentioning the high values recorded at a secondary school (in a sample obtained in the staff room), and those in a house inhabited by smokers. Very low concentrations were found in a primary healthcare centre, in the Faculty of Medicine building and in several different wards in a general hospital.

2.9. Adolescent eating disorders

Eating disorders, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and partial syndromes, are psychiatric disorders of great health and social importance. In Barcelona, the prevalence of some risk factors for eating disorders can be estimated on the basis of several surveys. Barcelona's 1999 Adolescent Health Survey showed that 41.7% of girls and 14.2% of boys feel ashamed of their body, with 41.7% of girls and 18% of boys thinking that they weigh too much. Boys practice sport much more frequently than girls. The preliminary results of the ESFAFRES Survey in 2000 on a representative sample of 2nd year students of ESO (13.5 years old) describes how they see themselves, what they would like to look like, and their knowledge of what is a healthy body size. 22% of boys and 39% of girls would like to be thin. The Canvis survey performed by Barcelona City Council in 2000 shows the dietary habits and value judgements on their body image of secondary school students in Barcelona. In terms of consumption of different types of food-stuffs, according to the Spanish Society of Community Nutrition, the children did not consume enough cereals, green vegetables, fruit and milk derivatives, and consumed too much red meat.

2.10. Perceived health, use of the health services and health-related behaviour in the different districts

The Barcelona 2000 Health Survey provides a unique opportunity to describe the perceived state of health, the use of health services and monitoring of preventive practices and health-related behaviour in the districts of Barcelona. This chapter presents the main results, and while some health indicators related to mortality, the incidence of AIDS or drug consumption are much more unfavourable in the Ciutat Vella district, this distribution is not so clear in terms of perceived health, the use of health services and health-related behaviour.

2.11. Drug consumption in Barcelona. Main results from the ESB-2000.

Cannabis is the most widely consumed illegal drug. 16% of the population of Barcelona aged 15-64 say they have tried it at least once in their life. Of this percentage, 4.3% said they had consumed it in the last month, meaning the continuity rate is 29%. Consumption is greatest among young people and men. 3.4% of the population of Barcelona aged 15-64 said they had consumed cocaine at least once in their life (with a regular consumption rate of 16.7%). As in the case of cannabis, the young population shows the highest rate of consumption, as 5% of the population aged 15-29 said they have consumed cocaine at least once. The data from the Health Survey show only 2.8% of the population aged 15-64 have tried amphetamines and designer drugs, and the prevalence is also higher among men and young people. Consumption of tranquillisers and/or hypnotics (legal drugs) abused for non-medical reasons is relatively common in Barcelona (a prevalence of 20% for sporadic consumption in the population aged 15-64; continuity rate of 46%). Unlike illegal drugs, this consumption is more prevalent in the old and in women.

3. The situation of the aims of the Barcelona 2000 Health Plan; tendencies and projections

64% of the aims of the health plan for which there is monitoring information can be considered to have been achieved. These include those relative to cardiovascular health, lung cancer, breast cancer and cervical cancer, traffic accidents, cirrhosis, mortality attributable to alcohol, the incidence and prevalence of HIV infection in intravenous drug users, HIV infection in the new-born, control of vaccinable diseases, perinatal, infant and maternal mortality, tuberculosis, typhoid, enteritis and diarrhoea, sexually-transmitted diseases and giving up smoking.

23% of the aims require special efforts, not in 2000 but in the following years. These relate to mortality from respiratory diseases, from external causes, from drowning, alcohol consumption, mortality due to adverse reactions to drugs, morbidity due to hepatitis B, outbreaks of food poisoning, accidents in the workplace, low birth weight, and *ophthalmia neonatorum*.

13% of the remaining aims are hard to achieve, even if efforts are intensified. They belong to the following fields; mortality from cancer in those under 65, premature birth, pregnancies in teenagers aged 14-17, and the prevalence of smoking and excess weight.

The health problems requiring new intervention strategies correspond to this last group. It should be pointed out that some of these health problems have become attainable, mainly food poisoning and infection by the hepatitis B virus. The mortality aims for tuberculosis are now considered to have been met, though at the beginning of the period this was thought to require special efforts, which have been implemented and the final aim achieved.

4. Overall assessment

The Barcelona 2000 Health Report is based on information obtained in the recent Health Survey, completing the view of the city's health with information on the individual's perception of their own health, health determinants and use of the health services. It is clear that most of the population consider that their health is good or very good, and that this assessment is remaining stable over time. It is worth mentioning that almost half of the old people, (who enjoy an increasing life expectancy) consider their health is good or very good.

General trends indicate a consolidation of morbidity patterns (which started to change in the late 1990s), with a reduction in some important causes of premature mortality (AIDS, tuberculosis), together with a reaffirmation of changes in illegal drug consumption habits in favour of cocaine. There was a halt in the fall in mortality due to traffic accidents, but the trend in workplace accidents is more favourable.

With respect to health services, the implantation of the reform of primary healthcare is continuing. Its use is increasing among the population, most of which has a clearly identified general practitioner (who they have visited in recent years, not only to obtain a curative treatment but also to establish actions of a preventive nature). There has been an increase in the use of hospital services, including accident and emergency services, in the context of the stabilisation of the number of public beds. The range and use of mental health and social and health services has also increased.

Assessment of the trends of the Health Objectives of the Barcelona 2000 Health Plan confirms that many of them have been achieved, especially those referring to the most frequent causes of death (cardiovascular disease, breast cancer and lung cancer), as well as those that affect more vulnerable populations (cirrhosis, AIDS, tuberculosis, mother and child health). Some well known health problems also need greater efforts, such as smoking tobacco, while other emerging health problems, such as teenage pregnancies and the tendency to excess weight will require new preventive methods.

