

La salut a Barcelona 2009

Ciutat Vella	+++++ 46,24
Eixample	+++++ 31,22
Sants - Montjuïc	+++++ 46,14
Les Corts	+++++ 24,74
Sarrià - Sant Gervasi	+++++ 30,05
Gràcia	+++++ 22,79
Horta - Guinardó	+++++ 10,66
Nou Barris	+++++ 49,19
Sant Andreu	+++++ 44,56
Sant Martí	+++++ 42,11

La salut a Barcelona 2009

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

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

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

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

Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica
Disseny gràfic:
disseny@jotaerra.com
Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Fredi Roig
Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Impressió:
PRIMER SEGONA serveis de comunicació

Dipòsit Legal: B-XXXXXX-XX

Desembre 2010

Paper Offset ecològic certificat pel  **PEFC**

La salut a Barcelona 2009

Coordinació general de l'informe

Xavier Bartoll (ASPB).

Redacció

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Carme Borrell (ASPB).

Qui som

Carme Borrell (ASPB), Cristòfol Collado (DRC), Imma Cortès (ASPB), Pep Gómez (DRC), Anna Novoa (ASPB), Marta Olabarria (ASPB), Carles Salanova (DRC), Elena Santamariña (ASPB).

Com vivim

Fernando Agüero (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Carme Beni (CSB), Carme Borrell (ASPB), Susana Bouis (ASPB), M. Teresa Brugal (ASPB), Ester Cros (CSB), Elia Díez (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Anna M. García (CSB), Mireia García (ASPB), Patrícia García (ASPB), Anna Gómez (ASPB), José Gracia (ASPB), Àlex Guarga (CSB), Sílvia Martín (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Maribel Pasarín (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Montserrat Puigdollers (CSB), Marc Rico (ASPB), Elvira Torné (CSB), Cecilia Tortajada (ASPB), Imma Vallverdú (CSB), Corinne Zara (CSB).

La nostra salut

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

La gestió de la grip A/H1N1

Hernán Vargas (ASPB), Olivia Horna (ASPB), Anna Guardia (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Patrícia García de Olalla (ASPB), Joan R. Villalbí (ASPB).

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

Lucía Artazcoz (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB).

Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample

Enric Álvarez (HSCSP), Víctor Pérez Solá (HSCSP), Josep M. Pericay (HSCSP), Josefina Pérez Blanco (HSCSP), Carmen Tejedor (HSCSP), Anna Díaz (HSCSP), Josep Fàbregas (CSMA Dreta Eixample. CPB. SSM), Joan Vegué (CSMA Dreta Eixample. CPB. SSM), Joan Pi (CSMA Dreta Eixample. CPB. SSM), Luís de Àngel (CSMA Dreta Eixample. CPB. SSM), Gustavo Faus (CSMA Dreta Eixample. CPB. SSM), Elena Puigdevall (CatSalut).

Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012

Albert Espelt (ASPB), Anna Guitart (ASPB), Montserrat Bartrolí (ASPB), M. Teresa Bungal (ASPB).

L'estat de la situació de l'atenció a les persones amb dependència

Cristòfol Collado (DRC), Pep Gómez (DRC), Carles Salanova (DRC).

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona.

CSB: Consorci Sanitari de Barcelona.

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

HSCSP: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Servei de Psiquiatria.

CSMA Dreta Eixample: Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample.

CPB: Centre de Psicoteràpia Barcelona.

SSM: Serveis de salut mental.

CatSalut: Direcció de Planificació, Compra i Avaluació. Regió Sanitària de Barcelona. CatSalut.

Índex: La salut a Barcelona 2009

Presentació	7
Resum executiu	8
Resumen ejecutivo	11
Executive Summary	15
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut	18
Qui som	21
La situació demogràfica	22
La situació socioeconòmica	23
Les condicions de vida.....	25
La mobilitat en dia feiner	27
Com vivim	29
El medi ambient.....	30
L'aire	30
L'aigua	32
La seguretat i la higiene dels aliments	34
Els animals urbans	36
Els comportaments	37
L'excés de pes i l'obesitat.....	37
El consum de drogues	38
Els serveis sanitaris	40
La utilització de serveis sanitaris.....	40
L'atenció primària de salut.....	41
L'atenció a les urgències	43
L'atenció especialitzada hospitalària	44
L'atenció sociosanitària	45
L'atenció a la salut mental i les addiccions.....	47
La prestació farmacèutica	49
Les accions en salut pública	50
L'avaluació del Pla de salut.....	53
La nostra salut	57
La salut percebuda	58
La salut sexual i reproductiva	59
La tuberculosi	61
La infecció per VIH-sida	63
Les infeccions de transmissió sexual.....	65
Les lesions per col·lisions de trànsit.....	67
La salut laboral.....	69
La mortalitat	71
Monogràfics	75
La gestió de la grip A/H1N1	76
El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública	81
Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample.....	86
Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012	90
L'estat de la situació de l'atenció a les persones amb dependència.....	94
La salut a Barcelona 2009 en xifres	97



Presentació

Presentem novament una edició de l'informe La salut a Barcelona, que és el 26è realitzat a la ciutat. En aquest informe es presenten les dades de la salut de la població segons un marc conceptual sobre els determinants socials de la salut. Aquest marc emfatitza la importància de l'entorn polític i socioeconòmic, així com les condicions de vida i treball de la població com a factors relacionats amb la salut i les desigualtats en salut.

Alguns aspectes que es presenten posen de nou en evidència l'envelliment progressiu de la població, així com l'encara creixent percentatge de població nascuda fora de l'estat durant el 2009. D'altra banda, es detecta ja un creixement de l'atur a causa de la crisi. Pel que fa a la qualitat de l'aire que respirem, s'han complert els valors límit o valors objectiu per a 10 dels 12 contaminants regulats. Per al NO_2 , se supera el valor límit anual i, per a les partícules PM_{10} , el valor límit anual i el nombre de superacions permeses del valor límit diari. Aquestes dades ens marquen que cal seguir actuant en tota l'àrea metropolitana de Barcelona. En aquest sentit, el Departament de Medi Ambient i Habitatge de la Generalitat de Catalunya, en no assolir els objectius establerts per la Unió Europea per al 2010, ha prorrogat el pla d'actuació per disminuir la contaminació atmosfèrica, que afecta, entre d'altres, el municipi de Barcelona. Els nivells de trihalometans a l'aigua de consum han disminuït dràsticament durant tot el 2009, però, especialment, a partir de l'últim trimestre a les zones que reben aigua d'origen Llobregat, gràcies a la introducció de millores tecnològiques en el procés de potabilització. Amb aquesta actuació queda assegurada la qualitat de l'aigua per a tots els barcelonins i barcelonines i es compleixen tots els paràmetres establerts.

Respecte a les dades sobre els recursos sanitaris i la seva utilització, cal destacar l'increment progressiu de la implementació de la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària de salut i l'augment dels recursos destinats a salut mental. Entre les accions de salut pública que aquest any es destaquen, hi ha la vacunació contra l'hepatitis A en homes que tenen sexe amb homes, que duem a terme en col·laboració amb entitats comunitàries des de l'any 2007, i el programa ACTIVAT, que facilita l'activitat física entre les persones grans, i, alhora, és un exemple de col·laboració intersectorial.

Els indicadors de salut segueixen mostrant l'estabilització de la salut percebuda al llarg dels anys i la disminució de la tuberculosi i la sida, tot i que cal continuar vigilant les infeccions per VIH i la necessitat de mantenir les mesures preventives i la realització de la prova davant qualsevol acció de risc. També han disminuït les lesions per accidents de trànsit i per accidents de treball. S'ha seguit posant en evidència que l'esperança de vida dels ciutadans i ciutadanes de Barcelona és alta, tot i que continuen existint desigualtats en la mortalitat en els diferents districtes i barris de la ciutat. D'altra banda, s'observa una certa estabilització del nombre de naixements, mentre que els avortaments segueixen la tendència creixent dels darrers anys.

Cal mencionar de nou que l'informe de salut, coordinat des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), és un espai per mostrar tant als professionals que treballen en polítiques públiques com a la ciutadania i als agents socials, el monitoratge de l'estat de salut a la ciutat de Barcelona i els seus determinants. A més, posa de manifest la rellevància de les polítiques de salut pública per a la ciutat i orienta sobre els reptes que cal abordar en el futur.

Isabel Ribas
Delegada de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
Presidenta de l'Agència de
Salut Pública de Barcelona

Per acabar, m'agradaria donar les gràcies a totes les persones que han col·laborat en l'elaboració d'aquest informe.

Resum executiu

8

Qui som

La situació demogràfica

Segons dades del padró municipal d'habitants cedides per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2009 la població de Barcelona és d'1.638.103 persones: 781.512 homes (47,7%) i 856.591 dones (52,3%). La població menor de 15 anys s'ha mantingut relativament estable des de l'any 1996, i actualment està formada pel 12,8% d'homes i l'11,1% de dones. L'any 2009 la proporció d'habitants de 75 anys o més representa el 8,2% d'homes i el 13,8% de dones. La proporció d'habitants de 85 anys o més que viu sola és d'un 21,3% d'homes i d'un 41,6% de dones. L'any 2009, les persones nascudes a l'estranger han representat el 21,8% de totes les empadronades a la ciutat, essent el districte de Ciutat Vella el que ha presentat la proporció més elevada de població estrangera (48,0%).

La situació socioeconòmica

L'increment de la taxa d'atur en ambdós sexes va ser la dada més rellevant del 2009, sobretot el primer trimestre de l'any que se situa per sobre del 13% en homes i dones. A més de la pèrdua de llocs de treball, entre les dones i les persones de 20 a 24 anys, s'ha fet palesa la dificultat de trobar feina i d'incorporar-se al mercat laboral.

Les condicions de vida

L'any 2009, els serveis municipals d'atenció a persones sense sostre van atendre 3.929 persones, de les quals un 64% es trobaven en fase inicial, un 26% en situació més avançada, i un 10%, en fase consolidada. El 74% de les persones sense sostre ateses són persones soles, el 73% són homes, l'edat mitjana és de 44 anys, i el 55% són d'origen estranger.

La mobilitat en dia feiner

El 2009, en un dia feiner, el transport públic és el mitjà de transport més freqüentment utilitzat en els homes de 16 a 29 anys i en les dones de 16 a 64 anys. I desplaçar-se a peu és el transport més freqüent en els homes majors de 29 anys i en les dones majors de 64 anys. No obstant això, més del 50% dels homes i dones de 16 a 29 anys i dels homes de 30 a 64 anys no realitzen

cap desplaçament a peu, mentre que el 55,8% dels homes i el 45,7% de les dones majors de 64 anys es desplacen a peu més de 30 minuts en un dia laborable.

Com vivim

El medi ambient

L'aire

S'han complert a la ciutat els valors límit o valors objectiu per a 10 dels 12 contaminants regulats. Per al NO₂ se supera el valor límit anual i per a les partícules PM₁₀ el valor límit anual i el nombre de superacions permeses del valor límit diari. El Departament de Medi Ambient i Habitatge de la Generalitat de Catalunya, en no assolir els objectius per al 2010 establerts per la Unió Europea, ha prorrogat el pla d'actuació aprovat pel Decret 152/2007 que afecta, entre d'altres, el municipi de Barcelona.

L'aigua

Els nivells de trihalometans han disminuït dràsticament a partir de l'últim trimestre del 2009 a les zones que reben aigua d'origen Llobregat, a causa de la introducció de millores tecnològiques en el procés de potabilització. La major part de les incidències trobades a l'aigua de l'aixeta dels ciutadans (6,8% d'un total de 440 controls) es produeixen a les xarxes internes dels edificis que tenen dipòsits interns i en aquelles finques antigues que disposen encara de canonades de plom o ferro.

La seguretat i la higiene dels aliments

La ciutadania forma part activa en les tasques de vigilància i control de l'Institut de Seguretat Alimentària de l'ASPB mitjançant la denúncia d'irregularitats, incompliments o no-conformitats en aquest àmbit. Els principals fets denunciats tenen a veure amb irregularitats dels mateixos aliments, amb deficiències higièniques o amb manipulacions incorrectes en els establiments de l'àmbit alimentari.

Els animals urbans

Una presència més significativa sobre el terreny basada en la metodologia del control integrat, ha permès un control més exhaustiu de les plagues, i ha contribuït a la disminució d'incidències, especialment en el cas dels múrids. L'anàlisi de les incidències per mosquit tigre indica que el nombre d'incidències a la via pública ha experimentat un augment del 23% respecte a l'any 2008, evidència que reafirma la hipòtesi de la colonització del mosquit tigre a la via pública, aprofitant les estructures urbanes que li ofereix la ciutat (embornals, claveguerons, registres de rec, fonts...).

Els comportaments

L'excés de pes i l'obesitat

Amb dades de l'enquesta de salut s'observa que fins l'any 2000 es mantenen el sobrepès i l'obesitat tant en homes com en dones. A partir

d'aleshores, però, es produeix una tendència a l'alça més pronunciada en els homes que en les dones, fins a arribar ambdues l'any 2006 al 29,7% en els homes i al 39,1% en les dones. Per edats, l'obesitat es concentra en les dones amb un 41% en el grup de més de 65 anys, i en els homes, amb un 27% en el grup de 45 a 54 anys, seguit dels de més de 65 anys.

Pel que fa als joves de 2n i 4t d'ESO i de 2n de Batxillerat i Cicles Formatius de Grau Mitjà, segons les dades de l'Enquesta FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) per al 2008 el 6,2% dels nois i el 3,5% de les noies presenten obesitat, i excés de pes un 20% dels nois i un 16,3% de les noies.

Els serveis sanitaris

La utilització dels serveis sanitaris

D'acord amb les dades de l'Enquesta de Salut de 2006 pel que fa a la valoració dels usuaris de l'atenció rebuda als centres d'atenció primària, el 90% dels usuaris accedeixen al metge de capçalera de manera preferent, i un 70% dels usuaris es visiten el mateix dia si el centre és obert. Per contra, el consell telefònic amb centre obert està al voltant del 50%. Ser atès pel mateix professional ocorre en un 80% dels usuaris, i el fet que aquests professionals mèdics coneguin els seus problemes més importants ocorre en un 72% en els homes i un 76% en les dones. La coordinació entre metge de capçalera i especialista en l'atenció pública és satisfactòria per al 67,1% dels usuaris.

L'atenció primària en salut

Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona durant l'any 2009 han donat cobertura al 67,6% del total de la població, amb una mitjana de 5,8 visites mèdiques de metge de família i de pediatria per persona i any. Entre les activitats comunitàries que els professionals dels equips d'atenció primària duen a terme, cal destacar aquest any les que fan referència al programa «Salut i escola», que ha donat cobertura al 84,1% dels centres docents d'ESO.

L'atenció a les urgències

Les urgències hospitalàries han disminuït un 5%

en dos anys, mentre que s'incrementen les urgències extrahospitalàries, que es veuen reforçades per l'ampliació de recursos. Hi ha una reorientació assistencial segons la complexitat de la urgència, que encamina les patologies més lleus cap a l'atenció primària.

L'atenció especialitzada hospitalària

La freqüentació als hospitals públics de Barcelona es manté estable al llarg dels anys. Destaca l'increment progressiu dels procediments realitzats amb cirurgia major ambulatoria, fet que afavoreix la qualitat assistencial de les persones, a la vegada que ajuda a optimitzar recursos.

L'atenció sociosanitària

El sobreenvelliment creixent i, consegüentment, la comorbiditat d'aquest segment poblacional, han determinat que la xarxa sociosanitària evolucioni vers una medicalització més alta per tal d'adaptar-se a les necessitats de la societat i del mateix sistema de salut.

L'atenció a la salut mental i a les addiccions

L'increment progressiu de la implementació de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut (50% dels centres de salut mental d'adults i 40% dels centres de salut mental infantil i juvenil) està permetent augmentar l'abast d'atenció a la població amb trastorns mentals severos als centres de salut mental, donada la millora de la capacitat de l'atenció primària per donar resposta als problemes de salut mental no severos. És fonamental destacar l'augment dels recursos destinats a salut mental amb un increment del 103,4% del 2004 al 2009.

Els quatre comitès operatius de salut mental i addiccions han facilitat la millora de projectes i la coordinació de programes assistencials, tot garantint una coordinació i aliança territorial més efectiva per a donar resposta als problemes de salut de major complexitat. L'ús de l'alcohol és el motiu de major nombre de primeres visites, malgrat que l'heroïna segueix essent la droga il·legal que més activitat genera en els centres d'atenció i seguiment (CAS).

La prestació farmacèutica

Les dones consumeixen més antidepressius, antiulcerosos, ansiolítics i antiinflamatoris o AINE que els homes. El percentatge d'envasos de medicaments dispensats l'any 2009 a les dones ha estat del 61,3, mentre que en el cas dels homes ha estat d'un 38,7. L'única franja d'edat en què el percentatge d'envasos dispensats en els homes és superior és la de 0 a 14 anys.

Les accions en salut pública

Des del 2004, de forma interomputada, i des del 2007, de forma continuada, s'està duent a terme a Barcelona un programa de vacunació contra l'hepatitis A en homes que tenen sexe amb homes en col·laboració amb entitats comunitàries. Fins el mes de juny de 2009

Resum executiu

10

s'han vacunat 2.723 homes, amb la qual cosa s'estima una cobertura vacunal entre el 18% i el 71%.

Per facilitar l'activitat física entre les persones grans, i com un exemple de col·laboració intersectorial, es va dissenyar i endegar el programa «ACTIVA'T» als parcs de Barcelona. Aquest consisteix en la realització d'activitat física monitoritzada a 10 parcs de la ciutat, un per districte, i està dirigit fonamentalment a les persones més grans de 40 anys.

L'avaluació del Pla de salut

Es mostra l'estat actual dels objectius generals del Pla de salut per al 2010 respecte de si són assolibles en cas de mantenir-se l'actual tendència, de si cal intensificar esforços o de si semblen difícilment assolibles. Entre els primers objectius, cal destacar els indicadors de malaltia de l'aparell circulatori i la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys. Entre els segons, la salut maternoinfantil, la prevalença de l'activitat física i les lesions per accident de trànsit. I entre els objectius de difícil assoliment, cal destacar els de la mortalitat per malaltia de l'aparell respiratori i les lesions per accident de trànsit amb vehicles de motor.

La nostra salut

La salut percebuda

Les dades de les enquestes de salut de 1986 a 2006 mostren com les persones de classes menys afavorides tenen un pitjor estat de salut autopercebut, tant en homes com en dones, per a tots els anys. Les dones declaren un estat de salut pitjor que els homes segons la classe social. La desigualtat per classe social en salut es manté al llarg dels anys.

La salut sexual i reproductiva

L'any 2008 s'observa una certa estabilització del nombre de naixements, mentre que els avortaments segueixen la tendència creixent dels darrers anys entre les dones de 15 a 49 anys. En les dones més joves (de 15 a 19 anys) s'observa un descens moderat dels avortaments i un increment també moderat dels naixements.

La tuberculosi

La incidència de tuberculosi ha disminuït més d'un 5% aquest darrer any, tot i que en les dones ha augmentat gairebé un 12%, situant el declivi anual mitjà des de l'any 2000 en els homes en un 4,3% i en les dones en un 1,5%. En la població autòctona, el grup d'edat més afectat és el de majors de 65 anys, tant en homes com en dones, però en la població immigrant, la malaltia és més freqüent en edats més joves, tant en homes com en dones.

La infecció per VIH-sida

El retard en el diagnòstic de la infecció pel VIH és molt elevat. Més de la meitat de les persones amb nous diagnòstics d'infecció per VIH es diagnostiquen quan ja són subsidiaris de tractament o quan ja tenen la sida.

Les infeccions de transmissió sexual

Les infeccions de transmissió sexual es configuren com a infeccions emergents que afecten desproporcionadament homes amb pràctiques homosexuals i poblacions immigrants. La seva prevenció i control requereixen millorar el diagnòstic precoç i l'estudi de les parelles sexuals.

Les lesions per col·lisions de trànsit

Globalment, des de l'any 2000, el nombre de persones lesionades per accident de trànsit mostra una tendència decreixent. L'any 2009, respecte de l'any 2005, s'ha assolit una reducció en el nombre de ferits del 16,4% en homes i del 12,2% en dones; en el nombre de ferits greus del 35,9% i 43,5%, respectivament, i en el nombre de morts, del 22,0% en homes i cap canvi en les dones.

La salut laboral

La disminució de les lesions per accident de treball i de les malalties relacionades amb el treball, així com l'increment dels trastorns ansio-depressius entre aquestes darreres, podria reflectir alguns aspectes de l'impacte de la crisi econòmica. Així, la disminució de casos estaria relacionada amb el menor nombre de persones ocupades, i l'increment dels trastorns mentals amb els efectes en salut descrits en crisis anteriors.

La mortalitat

A Barcelona, els darrers anys hi ha hagut una disminució de les desigualtats territorials en la mortalitat. Tanmateix, Ciutat Vella, el districte amb més privació i desigualtats socials de la ciutat (segons l'índex sintètic de desigualtats socials), manté els pitjors indicadors de mortalitat i les diferències són superiors en els homes que en les dones. La mortalitat prematura, que és més elevada en homes i a Ciutat Vella, té un impacte en les desigualtats en l'esperança de vida, i les principals causes són els anys potencials de vida perduts pel càncer de pulmó en els homes i pel càncer de mama en les dones.

Resumen ejecutivo

Quiénes somos

La situación demográfica

Según datos del padrón municipal de habitantes cedidos por el Ayuntamiento de Barcelona, en el año 2009 la población de Barcelona asciende a 1.638.103 personas: 781.512 hombres (47,7%) y 856.591 mujeres (52,3%). La población menor de 15 años se ha mantenido relativamente estable desde el año 1996 y, en la actualidad, está formada por el 12,8% de hombres y el 11,1% de mujeres. En el año 2009, la proporción de habitantes de 75 años o más representa el 8,2% de los hombres y el 13,8% de las mujeres. La proporción de habitantes de 85 años o más que vive sola es del 21,3% de hombres y del 41,6% de mujeres. En el año 2009, las personas nacidas en el extranjero han representado el 21,8% de la totalidad de personas empadronadas en la ciudad, siendo el distrito de Ciutat Vella el que ha mostrado una proporción más elevada de población extranjera (48,0%).

La situación socioeconómica

El incremento de la tasa de paro en ambos sexos constituye el dato más relevante de 2009, sobre todo en el primer trimestre del año que se sitúa por encima del 13% tanto en hombres como en mujeres.

Además de la pérdida de puestos de trabajo, entre las mujeres y las personas de 20 a 24 años, se ha puesto de manifiesto la dificultad de encontrar trabajo y de incorporarse al mercado laboral.

Las condiciones de vida

En el año 2009, los servicios municipales de atención a personas sin techo atendieron a 3.929 personas, de las cuales un 64% se encontraban en fase inicial, un 26% en fase avanzada y un 10% en fase consolidada. El 74% de las personas sin techo atendidas son personas solas; el 73% son hombres, de una media de 44 años de edad, y el 55% son extranjeros.

La movilidad en día laborable

En el 2009, el transporte público constituye el medio de transporte más frecuente en un día la-

borable entre los hombres de 16 a 29 años y entre las mujeres de 16 a 64 años. En los hombres mayores de 29 años y las mujeres mayores de 64 años, el medio de transporte más frecuente es trasladarse a pie. No obstante, más del 50% de los hombres y las mujeres de 16 a 29 años y de los hombres de 30 a 64 años, no realizan ningún desplazamiento a pie. Por el contrario, el 55,8% de los hombres y el 45,7% de las mujeres mayores de 64 años se desplazan a pie más de 30 minutos los días laborables.

Cómo vivimos

El medio ambiente

El aire

La ciudad ha cumplido con los valores límite o los valores objetivo previstos para 10 de los 12 contaminantes regulados. El NO₂ supera el valor límite anual y las partículas PM₁₀, el valor límite anual y el número de superaciones permitidas del valor límite diario. El Departamento de Medio Ambiente y Vivienda de la Generalitat de Cataluña, al no haber logrado los objetivos establecidos por la Unión Europea para el 2010, ha prorrogado el plan de actuación aprobado por el Decreto 152/2007, que afecta, entre otros, al municipio de Barcelona.

El agua

Los niveles de trihalometanos han disminuido drásticamente a partir del último trimestre de 2009 en las zonas que reciben agua de origen Llobregat, gracias a la introducción de mejoras tecnológicas en el proceso de potabilización del agua.

La gran mayoría de las incidencias detectadas en el agua del grifo de los ciudadanos (6,8% de un total de 440 controles) se producen en las redes internas de los edificios que cuentan con depósitos internos y en aquellas fincas antiguas que todavía conservan las tuberías de plomo o hierro.

La seguridad y la higiene de los alimentos

La ciudadanía forma parte activa en las tareas de vigilancia y control del Instituto de Seguridad Alimentaria de la ASPB mediante la denuncia de aquellas irregularidades, incumplimientos o no-conformidades que se producen en este ámbito. Los principales hechos denunciados guardan relación con las irregularidades de los propios alimentos, con deficiencias higiénicas o con manipulaciones incorrectas en los establecimientos del sector alimentario.

Los animales urbanos

Una presencia más significativa sobre el terreno, basada en la metodología del control integrado, ha permitido un control más exhaustivo de las plagas y ha contribuido a la disminución de incidencias, particularmente, en el caso de los móridos.

Resumen ejecutivo

12

El análisis de las incidencias por mosquito tigre indica que el número de incidencias en la vía pública ha experimentado un aumento del 23% con respecto al año 2008; evidencia que reafirma la hipótesis de la colonización del mosquito tigre en la vía pública, aprovechando las estructuras urbanas que le ofrece la ciudad (alcantarillas, sumideros, registros de riego, fuentes...).

Los comportamientos

El exceso de peso y la obesidad

Según los datos de la encuesta de salud, se observa que hasta el año 2000 se mantienen el sobrepeso y la obesidad tanto en hombres como en mujeres. Desde entonces, sin embargo, se produce una tendencia al alza más pronunciada en los hombres que en las mujeres hasta alcanzar ambas en el 2006, el 29,7% en los hombres y el 39,1% en las mujeres. Por edades, la obesidad se concentra en las mujeres con un 41% en el grupo de más de 65 años y, en los hombres, con un 27% en el grupo de 45 a 54 años, seguido por el grupo de más de 65 años.

Con respecto a los jóvenes de 2.º y 4.º de ESO y de 2.º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio, según datos de la encuesta FRESC (factores de riesgo en estudiantes de secundaria) para el 2008, el 6,2% de los chicos y el 3,5% de las chicas presentan obesidad y, exceso de peso, un 20% de los chicos y un 16,3% de las chicas.

Los servicios sanitarios

La utilización de los servicios sanitarios

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Salud de 2006 relativos a la valoración de los usuarios respecto a la atención recibida en los centros de atención primaria: el 90% de los usuarios acceden al médico de cabecera de forma preferente y un 70% de ellos se visitan el mismo día si el centro está abierto. Por el contrario, el consejo telefónico con el centro abierto ronda el 50%. Un 80% de los ciudadanos son atendidos por el mismo profesional y a un 72% de los hombres y a un 76% de las mujeres les ocurre que los profesionales médicos que les atienden conocen sus problemas más importantes. La coordinación

entre el médico de cabecera y el especialista en la atención pública es satisfactoria para el 67,1% de los usuarios.

La atención primaria en salud

Los servicios de atención primaria de la ciudad de Barcelona durante el año 2009 han dado cobertura al 67,6% del total de la población, con una media de 5,8 visitas médicas de médicos de familia y de pediatría por persona y año. Entre las actividades comunitarias que los profesionales de los equipos de atención primaria llevan a cabo, cabe destacar este año las que hacen referencia al programa «Salud y escuela», que ha dado cobertura al 84,1% de los centros docentes de ESO.

La atención primaria en urgencias

Las urgencias hospitalarias han disminuido un 5% en dos años, mientras que las urgencias extrahospitalarias aumentan; éstas, a su vez, se ven reforzadas por la ampliación de recursos. Se observa una reorientación asistencial según la complejidad de la urgencia que encamina las patologías más leves hacia la atención primaria.

La atención especializada hospitalaria

La frecuentación en los hospitales públicos de Barcelona se mantiene estable a lo largo de los años. Cabe destacar el incremento progresivo de los procedimientos realizados con cirugía mayor ambulatoria, lo que favorece la calidad asistencial de las personas a la vez que ayuda a optimizar recursos.

La atención sociosanitaria

El sobreenvejecimiento creciente y, consiguientemente, la comorbilidad de este segmento poblacional, han determinado que la red sociosanitaria evolucione hacia una mayor medicalización para adaptarse a las necesidades de la sociedad y del propio sistema de salud.

La atención a la salud mental y a las adicciones

El incremento progresivo de la implementación de la cartera de servicios de salud mental en la atención primaria de salud (50% de los centros de salud mental de adultos y 40% de los centros de salud mental infantil y juvenil) está permitiendo aumentar el alcance de la atención a la población con trastornos mentales severos en los centros de salud mental, dada la mejor capacidad de la atención primaria para ofrecer una respuesta a los problemas de salud mental no severos. Es fundamental destacar el aumento de los recursos destinados a salud mental con un incremento del 103,4% del 2004 al 2009.

Los cuatro comités operativos de salud mental y adicciones han facilitado la mejora de proyectos y la coordinación de programas asistenciales, garantizando una coordinación y una alianza territorial más efectiva para dar respuesta a los problemas de salud de mayor complejidad.

El uso del alcohol es el motivo de un mayor número de primeras visitas, a pesar de que la heroína sigue siendo la droga ilegal que más actividad genera en los centros de atención y seguimiento (CAS).

La prestación farmacéutica

Las mujeres consumen más antidepresivos, antiulcerosos, ansiolíticos y antiinflamatorios o AINE que los hombres.

El porcentaje de envases de medicamentos dispensados a mujeres en el 2009 ha sido del 61,3%, mientras que en el caso de los hombres ha sido de un 38,7%. La única franja de edad en que el porcentaje de envases dispensados a los hombres es superior es en la que va de 0 a 14 años.

Las acciones en salud pública

Desde el año 2004, de forma interrumpida y, desde el 2007, de forma continuada, se lleva a cabo en Barcelona un programa de vacunación contra la hepatitis A en hombres que practican sexo con hombres en colaboración con entidades comunitarias. Hasta el mes de junio de 2009 se ha vacunado a 2.723 hombres, estimándose una cobertura vacunal que va del 18% al 71%.

Para facilitar la actividad física entre las personas mayores, y como un ejemplo de colaboración intersectorial, se ha diseñado y puesto en marcha el programa «ACTIVA'T» (Actívate) en los parques de Barcelona. Este programa consiste en la práctica monitorizada de actividad física en 10 parques de la ciudad, uno por distrito, y está fundamentalmente dirigido a las personas mayores de 40 años.

La evaluación del Plan de salud

Muestra el estado actual de los objetivos generales del Plan de salud para el 2010 con respecto al hecho de si son alcanzables en caso de mantenerse la tendencia actual, de si requieren una intensificación de esfuerzos o de si son difícilmente alcanzables. Entre los primeros objetivos, cabe destacar los indicadores de enfermedad del aparato circulatorio y la mortalidad por cáncer en las

personas menores de 65 años. Entre los segundos, la salud materno-infantil, la prevalencia de la actividad física y las lesiones por accidentes de tráfico. Y entre los objetivos de difícil alcance, cabe destacar los de la mortalidad por enfermedad del aparato respiratorio y las lesiones por accidente de tráfico con vehículos a motor.

Nuestra salud

La salud percibida

Los datos de las encuestas de salud de 1986 a 2006 muestran como las personas de clases menos favorecidas tienen un peor estado de salud autopercebido, tanto en hombres como en mujeres, y en cualquier franja de edad. Las mujeres declaran un estado de salud peor que el de los hombres según la clase social. La desigualdad por clase social en salud se mantiene estable a lo largo de los años.

La salud sexual y reproductiva

En el año 2008 se observa una cierta estabilización del número de nacimientos, mientras que los abortos siguen la tendencia creciente de los últimos años entre las mujeres de 15 a 49 años. En las mujeres más jóvenes (de 15 a 19 años) se observa un descenso moderado de los abortos y un incremento también moderado de los nacimientos.

La tuberculosis

La incidencia de tuberculosis ha disminuido más de un 5% en este último año, si bien en las mujeres ha aumentado casi un 12%, situando el declive anual medio desde el año 2000 en los hombres en un 4,3% y en las mujeres en un 1,5%.

En la población autóctona, el grupo de edad más afectado es el de mayores de 65 años, tanto en hombres como en mujeres. Por el contrario, en la población inmigrante, la enfermedad es más frecuente en edades más jóvenes, tanto en hombres como en mujeres.

La infección por VIH-sida

El retraso en el diagnóstico de la infección por VIH es muy elevado. Más de la mitad de las personas con nuevos diagnósticos de infección por VIH se diagnostican cuando ya son subsidiarios de tratamiento o cuando ya tienen el sida.

Las infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual se configuran como infecciones emergentes que afectan desproporcionadamente a hombres con prácticas homosexuales y a poblaciones inmigrantes. Su prevención y control requieren mejorar el diagnóstico precoz y el estudio de las parejas sexuales.

Las lesiones por accidentes de tráfico

Globalmente, desde el año 2000, el número de personas lesionadas por un accidente de tráfico muestra una tendencia a la baja. En el

Resumen ejecutivo

14

año 2009, con respecto al año 2005, se ha alcanzado una reducción en el número de heridos del 16,4% en hombres y del 12,2% en mujeres; en el número de heridos graves, del 35,9% i del 43,5%, respectivamente, y en el número de muertos, del 22,0% en hombres y ningún cambio en las mujeres.

La salud laboral

La disminución de las lesiones por accidente de trabajo y de las enfermedades laborales, así como el incremento de los trastornos ansiodépresivos entre estas últimas, podría reflejar algunos aspectos del impacto de la crisis económica. Así, la disminución de casos estaría relacionada

con el menor número de personas ocupadas y el incremento de los trastornos mentales, con los efectos en salud descritos en crisis anteriores.

La mortalidad

En Barcelona, los últimos años ha habido una disminución de las desigualdades territoriales en la mortalidad. No obstante, Ciutat Vella, el distrito con más privación y desigualdad social de la ciudad (según el índice sintético de desigualdades sociales), mantiene los peores indicadores de mortalidad y las diferencias son superiores en los hombres que en las mujeres. La mortalidad prematura, que es más elevada en hombres y en Ciutat Vella, tiene un impacto en las desigualdades en la esperanza de vida, y sus causas principales son los años potenciales de vida perdidos por el cáncer de pulmón en los hombres y por el cáncer de mama, en las mujeres.

Executive Summary

Who we are

The demographic situation

According to data from the municipal register of inhabitants provided by the Barcelona City Council, in 2009 the population of Barcelona was 1,638,103 people: 781,512 men (47.7%) and 856,591 women (52.3%). The population aged under 15 has remained relatively stable since 1996 and currently stands at 12.8% men and 11.1% women. In 2009 the number of inhabitants aged 75 or over made up 8.2% of men and 13.8% of women. The proportion of people aged over 85 living alone is 21.3% men and 41.6% women. In 2009, people born abroad represented 21.8% of the number of people on the city register, the district of Ciutat Vella having the highest percentage of foreign inhabitants (48.0%).

The socioeconomic situation

The increase in unemployment rates for both sexes was the most noteworthy figure of 2009, especially during the first quarter of the year, rising to over 13% for both sexes.

Apart from the loss of jobs, women and people aged between 20 and 24 have experienced particular difficulties in finding jobs and getting a foothold in the labour market.

Living conditions

In 2009, social services attended to 3,929 homeless people, of whom 64% were at the initial stage, 26% were more advanced and 10% were fully established as homeless. 74% of the homeless people dealt with were single, 73% were men, the average age was 44, and 55% were of foreign origin.

Mobility on working days

In 2009, on a normal working day, public transport is the transport option most frequently used by men aged 16 to 29 and women aged 16 to 64. Walking is the form of transport most often used by men over 29 and women over 64. Having said that, more than 50% of men and woman aged 16 to 29 and men aged 30 to 64 do not do any walking at all, while 55.8% of men and 45.7% of women over 64 walk for more than 30 minutes on a working day.

How we live

The environment

Air

The city has met the target figures for 10 of the 12 regulated pollutants. The annual limit of nitrogen dioxide (NO₂) was exceeded, as was the maximum for PM₁₀ particles in terms of both the annual figure and the number of times it exceeded the daily limit. Given that it has not achieved the objectives for 2010 established by the European Union, the Department of the Environment and Housing of the Generalitat of Catalonia has extended the action plan passed by Decree 152/2007 which affects the municipality of Barcelona, amongst others.

Water

Levels of trihalomethanes have dropped significantly since the last quarter of 2009 in the areas that receive water from the Llobregat basin, thanks to the introduction of better water treatment technologies.

Most of the incidents that have occurred in public tap water (6.8% of a total of 440 checks carried out) take place in the internal piping networks of buildings that have internal tanks and in old properties that still have lead or iron piping.

Food safety and hygiene

The general public plays an active role in the surveillance and control tasks of the Institute of Food Safety of the ASPB by reporting irregularities, breaches or non-conformities in this area. The main things reported concern irregularities in the food itself, deficient hygiene or poor food handling practices in foodservice establishments.

Urban animals

A more widespread presence in the field based on integrated pest control methods has allowed for more exhaustive control of plagues and has contributed to a reduction in the number of incidents, especially in the case of rodents.

An analysis of tiger mosquito incidents indicates that the number of incidents in public areas increased by 23% compared to 2008, evidence that underlines the hypothesis that tiger mosquitoes are colonising public areas, using the urban structures available in the city (gutters, drains, sluice gates, fountains, etc.).

Behaviour

Excess weight and obesity

Data from the health survey shows that up to 2000 the levels of overweight and obesity in both men and women had remained stable. However, from that point there was a more pronounced increase in men than women, rising to an overall level of 29.7% of men

Executive Summary

16

and 39.1% of women by 2006. In terms of age groups, obesity is greater in women aged over 65, with 41%, and in men aged 45-54 with 27%, followed by men over 65.

With regard to young people in their second to fourth years of secondary education and the second year of sixth-form college, data from the FRES survey (Risk Factors in Secondary School Students) for 2008 showed that 6.2% of boys and 3.5% of girls were obese, while 20% of boys and 16.3% of girls were overweight.

Health services

Public use of health services

According to data from the Health Survey of 2006 on users' evaluation of the healthcare received at their primary healthcare centre, 90% of users see their first choice of GP and 70% do so on that very day if the centre is open. On the other hand, telephone advice from the centre in question is rated at around 50%. Some 80% of users are seen by the same healthcare professional, and these same professionals are familiar with their patients' main problems in 72% of men and 76% of women. Coordination between GPs and specialists in the public healthcare service was rated as satisfactory by 67.1% of users.

Primary healthcare services

The primary healthcare services in the city of Barcelona provided coverage for 67.6% of the total population in 2009, with an average of 5.8 medical visits by GPs or paediatricians per person per year.

Among the community activities that primary healthcare professionals are involved in, the "Schools and Health" programme is particularly worth mentioning, which reached 84.1% of secondary schools.

Emergency care

Hospital emergencies have dropped by 5% in two years, while there has been a rise in extra-hospital emergencies, which have been supported by increased resources. There has been a reorientation of healthcare responses depending

onto the complexity of the emergency, steering more minor pathologies towards primary healthcare.

Specialist hospital care

Admittance to public hospitals in Barcelona has remained stable over the years. What stands out is the progressive increase in major surgical outpatient procedures which not only improves the level of healthcare that patients receive but also helps to optimize resources.

Social care and welfare

The increasing ageing of the population, and consequently the co-morbidity of this population segment, has meant that the social care and welfare network has evolved towards greater medicalization in order to adapt to the needs of society and the health system itself.

Mental healthcare and addictions

The progressive increase in the implementation of a portfolio of mental health services in primary health care (50% of mental health centres for adults and 40% of mental health centres for children and young people) is allowing centres dedicated to mental health issues to reach a larger number of people with severe mental disorders, given the improvement in the capacity of primary healthcare centres to respond to less serious mental health problems.

A key factor that should be highlighted here was the 103.4% increase in resources dedicated to mental health between 2004 and 2009.

The four working committees charged with dealing with mental health and addictions have helped to improve care projects and coordination while guaranteeing more effective coordination and partnership across the region to address more complex health problems.

The use of alcohol is the reason behind most initial visits, although heroin continues to be the illegal substance that gives healthcare centres and follow-up services (CAS) the most work.

Pharmaceutical prescriptions

Women take more antidepressants, ulcer medication, tranquillizers and antiinflammatory drugs or NSAIDs than men.

The proportion of pharmaceutical packs dispensed in 2009 to women was 61.3%, while for men it was 38.7%. The only age range in which the percentage of drugs dispensed to men was higher was the 0 – 14 group.

Public health actions

Since 2004, on a sporadic basis, and then continuously from 2007, a vaccination programme against hepatitis A for homosexual men has been carried out in Barcelona in collaboration with community organizations. Up to June 2009 some 2,723 men had been vaccinated, giving an estimated vaccination coverage of between 18% and 71%.

To encourage physical activity in elderly people and as an example of inter-sector collaboration, the “ACTIVA’T” programme of park-based exercises in Barcelona was devised. This consisted of a fitness instructor leading physical activities in 10 parks in the city, one in each district, and was mainly targeted at the over-40s.

Evaluation of the Health Plan

This shows the current status of the general objectives of the Health Plan for 2010 with regard to whether they are achievable if current trends continue, whether efforts need to be intensified, or whether they appear to be difficult to attain. The first of these objectives include indicators of circulatory diseases and mortality from cancer in people under the age of 65. The second include maternal and child health, the prevalence of physical activities, and injuries caused by traffic accidents. And the third – objectives that are difficult to attain – are notably mortality from respiratory tract diseases and injuries from traffic accidents with motor vehicles.

Our health

Perceived health

The data from health surveys carried out from 1986 to 2006 show that people from the more disadvantaged classes have a lower sense of perceived health in both men and women in every age group. Women claim a lower state of health than men according to social class. This inequality in health perception between social classes has remained constant over the years.

Sexual and reproductive health

In 2008 a certain levelling out in the number of births was observed, while abortions continued the upward trend of the last few years among women aged 15 to 49. In younger women (aged 15 to 19) there was a moderate drop in the number of abortions, and also a slight increase in the number of births.

Tuberculosis

The incidence of tuberculosis dropped by more than 5% in the last year, even though in women it increased by almost 12%, putting the average annual decrease since 2000 at 4.3% in men and

1.5% in women.

In the native population, the age group most frequently affected is the over-65, in both men and women, but in the immigrant population this disease is more common at younger ages, again in both men and women.

HIV and AIDS

The delay in getting an HIV diagnosis is extremely high. More than half the people with new HIV diagnoses were diagnosed when treatment was already subsidiary or they had developed full-blown AIDS.

Sexually-transmitted diseases

Sexually-transmitted diseases are classed as emerging infections that disproportionately affect homosexual men and immigrants. Their prevention and control require improvements in early diagnoses and a survey of sexual partners.

Injuries from traffic accidents

Overall, since 2000, the number of people injured in traffic accidents is tending to decline. In 2009, compared to 2005, there was a drop in the number of injuries of 16.4% in men and 12.2% in women; in the number of serious injuries by 35.9% and 43.5% respectively, and in the number of deaths by 22% in men, with no change in women.

Occupational health

The decrease in occupational accidents and work-related illnesses, and the increase in anxiety and depressive disorders among the latter, may be a reflection of certain aspects of the economic crisis. Thus a drop in accidents would be related to the fact that fewer people are working, and the increase in mental disorders to the impact on health seen in previous crises.

Mortality

In the last few years in Barcelona there has been a drop in district-related inequalities in mortality figures. Even so, Ciutat Vella, the most disadvantaged district with the highest level of social inequality in the city (according to the synthetic social inequality index) still has the worst mortality figures, and these differences are higher in men than in women. Premature death, which is higher in men and in Ciutat Vella, has an impact on inequalities in life expectancy, and the main causes are the potential years of life lost from lung cancer in men and breast cancer in women.

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

18

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

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

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

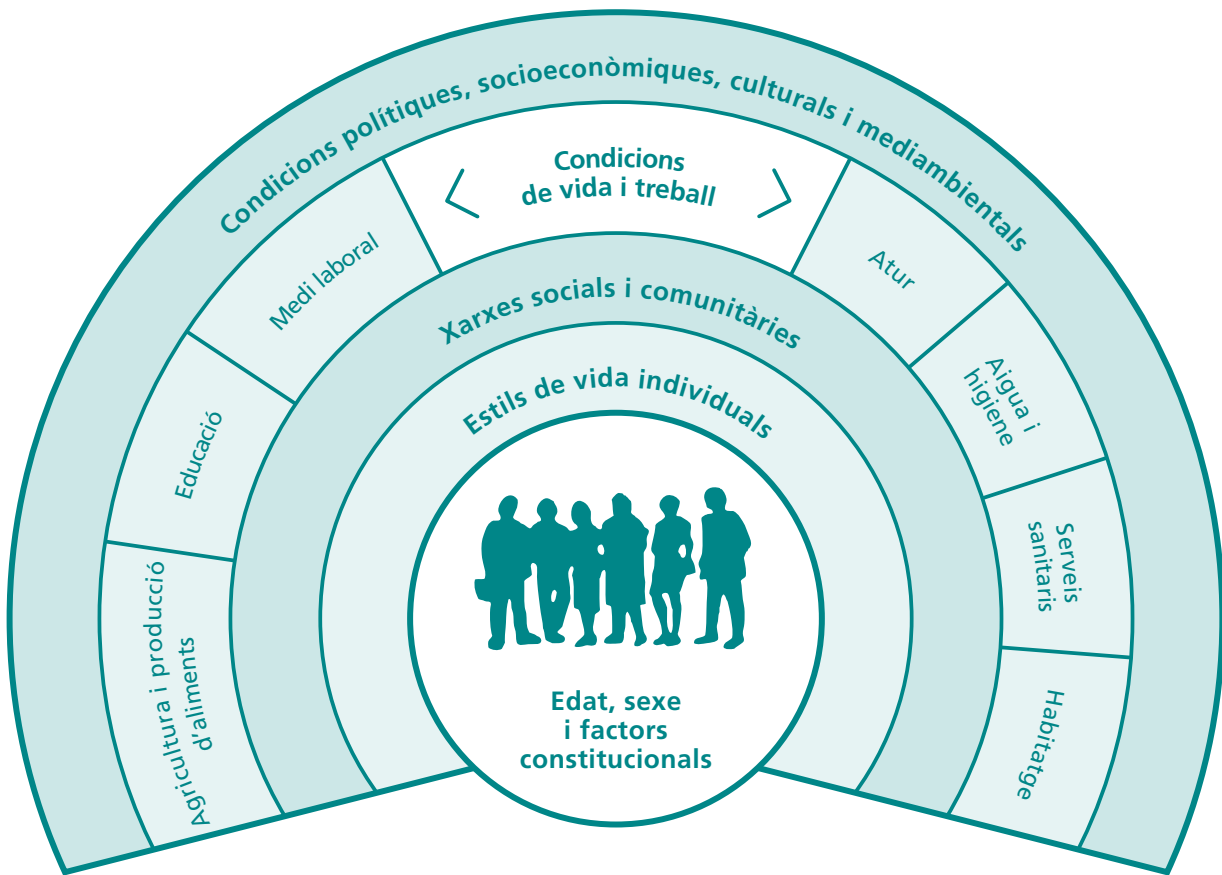
Aquest model permet detectar els «punts d'entrada» per a l'acció. Així, doncs, es pot actuar en un àmbit més «macro», per exemple, reduint la pobresa o les desigualtats de la renda en la població, o en un àmbit més «micro», focalitzant-se, per exemple, en un problema de salut en un districte d'una ciutat.

Tal com s'ha comentat, en aquest informe es tenen en compte la majoria dels factors esmentats anteriorment a l'hora de descriure l'estat de salut de la població de la ciutat de Barcelona i els seus determinants. A continuació, en una primera part de l'informe, es descriu «Qui som», on s'exposa la situació demogràfica i socioeconòmica de la ciutat de Barcelona. La segona part detalla «Com vivim» i engloba temes de medi ambient, els comportaments o estils de vida i els serveis sanitaris i, per acabar, s'analitza «La nostra salut». En aquest darrer apartat es descriuen diversos aspectes rellevants de la salut per temes, com ara, la salut sexual i reproductiva, la salut percebuda, la mortalitat, els problemes de salut específics i les lesions per accidents.

Referències bibliogràfiques

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

Figura 1. Model dels determinants de la salut.



Font: Modificat de Dalghren i Whitehead².



Qui som

21

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

L'excés de pes i l'obesitat

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental i les addiccions

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

L'avaluació del Pla de salut

La nostra salut

La salut percebuda

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

La gestió de la grip A/H1N1

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample

Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012

L'estat de la situació de l'atenció a les persones amb dependència

La salut a Barcelona 2009 en xifres

La situació demogràfica

22

Segons dades del padró municipal d'habitants cedides per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2009 la població de Barcelona és d'1.638.103 persones: 781.512 homes (47,7%) i 856.591 dones (52,3%).

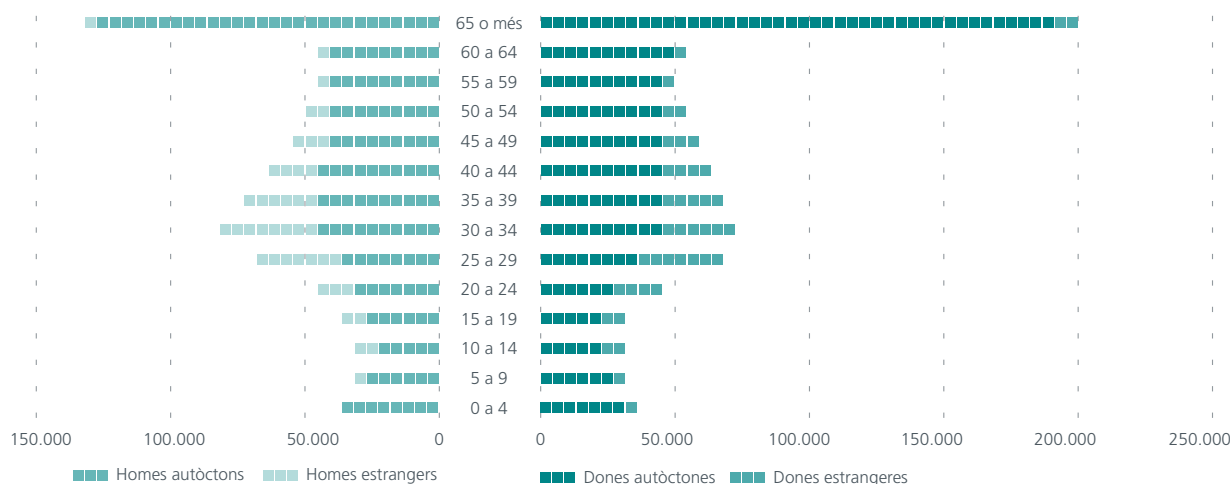
La distribució de la població de la ciutat ha anat variant al llarg dels anys. L'any 1991 la proporció de població menor de 15 anys representava el 15,7% dels homes i el 13,3% de les dones. L'any 1996, aquestes xifres es van reduir fins al 13,1% i 10,9%, respectivament, moment a partir del qual s'han mantingut relativament estables fins a arribar al 12,8% en els homes i a l'11,1% en les dones. Per contra, la proporció de persones de 75 anys i més ha anat augmentant progressivament, de manera que l'any 1991 aquest grup d'edat representava el 5,1% dels homes i el 9,3% de les dones. Aquesta proporció ha augmentat fins a representar el 8,2% dels homes i el 13,8% de les dones l'any 2009. De fet, la mitjana d'edat del col·lectiu de persones grans (majors de 65 anys) de Barcelona és cada vegada més elevada, com es pot observar a partir de l'índex de sobreenvelliment, que ha passat del 36,6% en els homes i del 45,3% en les dones, l'any 1991, fins al 49,0% i 58,4%, respectivament, l'any 2009. Si analitzem la proporció que representen les persones pensionistes de Barcelona sobre el

col·lectiu de persones en edat de treballar (índex de dependència senil), aquesta també ha anat augmentant al llarg dels anys, des del 19,7% en els homes i el 30,9% en les dones, l'any 1991, fins al 23,6% i 36,1%, respectivament, l'any 2009 (vegeu la taula 1, pàgina 98).

De la mateixa manera, la proporció de persones grans que viuen soles també ha anat augmentant amb els anys. L'any 2009, 17.759 homes i 66.433 dones de 65 anys i més han viscut sols, el que representa l'11,6% dels homes entre 65 i 74 anys, el 14,2% dels homes entre 75 i 84 anys, i el 21,3% dels homes de 85 anys i més. Aquestes proporcions en les dones han estat considerablement més elevades: del 23,7%, 38,5% i 41,6%, respectivament.

Pel que fa a la població d'origen estranger, la seva proporció respecte a la població nascuda a l'Estat espanyol ha augmentat de manera molt important els últims anys, amb una tendència a estabilitzar-se amb el temps. L'any 2009, les persones nascudes a l'estranger han representat el 21,8% de les persones empadronades a la ciutat, proporció que ha mostrat una gran variabilitat segons el districte. El districte de Ciutat Vella és el que ha presentat la proporció més elevada de població estrangera (48,0%), mentre que els districtes de Sarrià-Sant Gervasi, les Corts i Horta-Guinardó han presentat les proporcions més baixes (16,4%, 16,7% i 16,9%, respectivament). De la mateixa manera, aquesta proporció també varia considerablement segons el grup d'edat i és especialment elevada entre els 25 i 34 anys, on aquest col·lectiu ha representat prop d'un 45%, tant en homes com en dones (vegeu la figura 1). En aquest sentit, l'índex de dependència senil calculat únicament sobre el conjunt de persones nascudes a l'Estat espanyol ha estat molt més elevat: del 32,4% en homes i del 47,5% en dones.

Figura 1. Persones empadronades a Barcelona segons sexe, edat i procedència. Barcelona, 2009.



Font: Padró municipal d'habitants de l'any 2009. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

La situació socioeconòmica

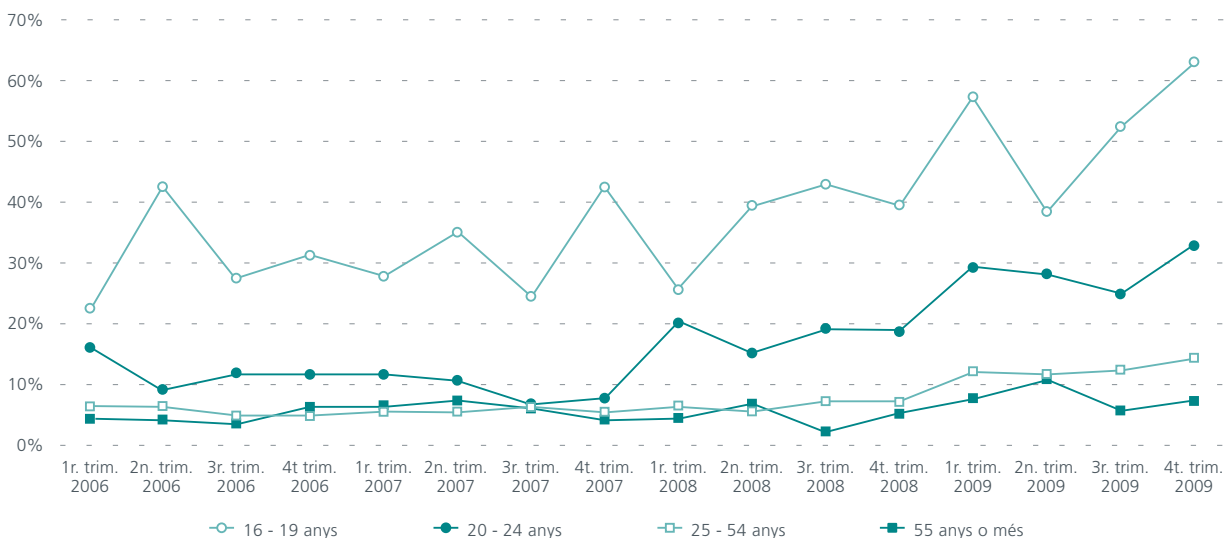
La taxa d'activitat del 2009 ha seguit una evolució diferent en els homes i les dones. Entre els homes ha disminuït els dos primers trimestres seguint la tendència de l'any anterior, mentre que hi ha hagut un lleuger increment els dos darrers trimestres, situant-se en valors similars als dels tres últims mesos de 2008. Entre les dones, en canvi, ha seguit la tendència a l'augment dels darrers anys, situant-se en valors per sobre del 55%, excepte en el segon trimestre. Quant a la taxa d'ocupació masculina, hi ha hagut una disminució molt acusada des del primer trimestre amb valors que no han superat el 59% (l'any 2008 van ser superiors al 63%). També ha disminuït la taxa d'ocupació entre les dones amb magnituds similars en tots els trimestres i valors lleugerament superiors al 47%. Finalment, l'increment de la taxa d'atur en ambdós sexes ha estat la dada més rellevant de l'any 2009. Aquest increment, que ja va començar a fer-se palès al llarg del 2008 entre els homes i el darrer trimestre entre les dones, s'ha accentuat sobretot el primer trimestre de 2009, amb augments del 72,5% i del 80,1%, en homes i dones, respectivament, amb relació al darrer trimestre del 2008. L'evolució dels tres indicadors podria reflectir que, a més de l'increment de l'atur,

l'impacte de la crisi entre els homes s'ha manifestat amb una sortida més gran del mercat laboral, mentre que, entre les dones, hi ha hagut, contràriament, una incorporació més gran de persones que abans no treballaven i que han passat a l'atur. Es pot observar l'evolució dels tres indicadors en la taula 2 de l'annex La salut en xifres (vegeu pàgina 99).

Com en anys anteriors, les taxes d'atur més elevades s'han donat entre les persones més joves, amb valors màxims del 63,1% entre els 16 i 19 anys i del 32,8% entre els 20 i 24 anys, en ambdós casos, el darrer trimestre de 2009 (vegeu la figura 2). Els increments superiors respecte de l'any anterior, però, s'han donat entre les persones de 25 a 54 anys, amb un augment del 85,5%. En els altres grups d'edat, els increments han estat del 43,6% entre els 16 i 19 anys, del 57,4% entre els 20 i 24, i del 68,1% en les persones de més de 54 anys. Per tant, tot i que la xifra absoluta de persones aturades entre les persones més grans és significativament menor que la dels joves, és preocupant l'alt increment de l'atur en aquesta població que té més dificultats de trobar feina que els més joves. Així com la taxa d'activitat dels més joves ha disminuït lleugerament respecte de l'any 2008, entre els joves de 20 a 24 s'ha incrementat de 60,5% a 65,3% (en valors mitjans anuals), fet que posa de manifest en aquest cas, a més, la dificultat de trobar feina entre les persones que es van incorporar al mercat de treball.

L'increment de l'atur també ha estat superior entre les persones estrangeres, tal com ho il·lustra l'augment de la proporció de persones no espanyoles aturades registrada entre el 2008 i el 2009, que ha passat del 17,4% al 21,4% (vegeu la figura 3, pàgina 24).

Figura 2. Evolució de la taxa d'atur segons l'edat. Barcelona, 2006-2009.



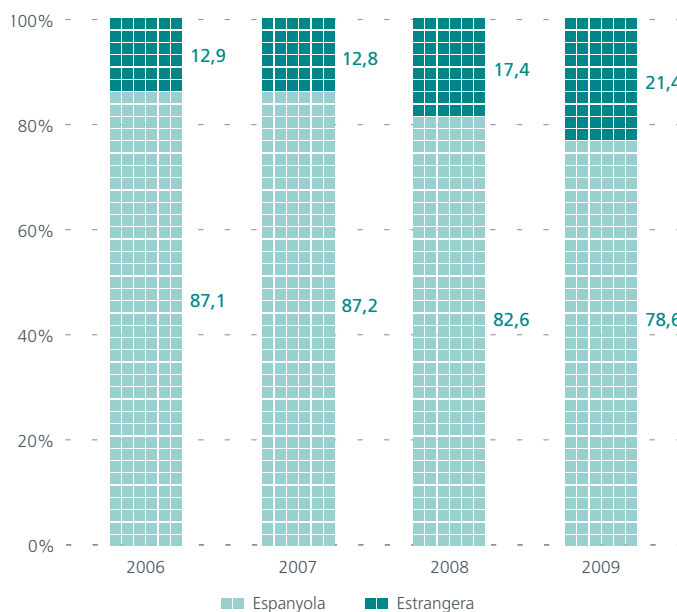
Font: Encuesta de Población Activa (EPA), Instituto Nacional de Estadística (INE).

La situació socioeconòmica

24

Finalment, en comparar les taxes d'atur de Barcelona amb les d'altres àmbits territorials, s'observa que, com en els darrers anys, les de Barcelona (13,7%) són inferiors, en valors mitjans de l'EPA de l'any 2009, a les de tota la província (16,2%), les catalanes (16,3%) i les espanyoles (18,0%).

Figura 3. Evolució de l'atur registrat segons la nacionalitat. Barcelona, 2006-2009.



Font: Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. INEM. Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Nota: Proporcions mitjanes anuals. Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Les condicions de vida

Atenció a les persones sense sostre

La pobresa extrema i les situacions de màxima exclusió social es materialitzen en les persones que viuen al carrer. L'abordatge de la problemàtica del col·lectiu de persones sense sostre implica òbviament, considerar la manca d'habitatge com a peça nodal de les dinàmiques excloents.

Segons la definició avalada per FEANTSA (federació europea d'associacions nacionals que treballen amb persones sense sostre), una persona sense sostre és «tota aquella persona que no pot accedir o conservar un allotjament adequat, adaptat a la seva situació personal, permanent, i que proporcioni un marc estable de convivència, bé sigui per manca de recursos econòmics, bé sigui per tenir dificultats personals o socials per portar una vida autònoma».

La realitat del col·lectiu de persones sense sostre no és estàtica. El procés pel qual una persona arriba a trobar-se al carrer acostuma a ser llarg i no lineal. Tot i la dificultat per poder agrupar perfils i característiques d'aquest col·lectiu, podem distingir tres estadis de desarrelament personal en els processos vitals de les persones sense sostre: fase inicial, fase avançada i fase consolidada.

Fase inicial: persones que es troben al carrer de manera puntual; la seva situació no és encara severa, però existeix risc d'iniciar un procés de desarrelament més greu. No tenen domicili, els ingressos són irregulars o inexistents, els vincles relacionals són febles, encara mantenen hàbits personals i laborals, fan demanda i accepten intervenció, el seu estat de salut és bo.

Fase avançada: el fet d'estar al carrer passa a ser habitual. Els hàbits personals i laborals es comencen a perdre; si hi ha treball, és molt inestable; els vincles relacionals s'han perdut, hi ha poca motivació per sortir-se'n, el seu estat de salut pot començar a presentar trastorns crònics i és habitual el consum de substàncies generadores d'addicció.

Fase consolidada: viuen permanentment al carrer amb estades puntuals en centres residencials. Estan aturats des de fa molt de temps i

presenten aïllament social, amb cap motivació per sortir-se'n, no fan demanda i són reticents a acceptar la intervenció social. Han perdut els hàbits d'higiene i cura personal, el seu estat de salut és molt deficitari i solen presentar trastorns orgànics i/o malalties mentals i/o consum continuat de substàncies addictives.

L'any 2009 des dels serveis municipals d'atenció a persones sense sostre s'han atès 3.929 persones a la ciutat de Barcelona. El 64% d'aquestes es trobaven en fase inicial; el 26%, en fase avançada, i el 10%, en fase consolidada.

El 74% de les persones sense sostre ateses són persones soles, el 73% són homes, l'edat mitjana és de 44 anys, i el 55% són d'origen estranger. Els centres de dia per a persones sense sostre han atès 2.444 persones: 2.118 homes i 326 dones.

Un dels eixos d'intervenció del Programa municipal d'atenció a persones sense sostre és treballar conjuntament amb el teixit social de la ciutat amb l'objectiu de consolidar la coordinació entre el sector públic local i les entitats d'acció social de la ciutat. Amb aquest objectiu es va crear l'any 2005 la Xarxa d'Atenció a Persones sense Sostre de Barcelona, amb l'establiment de concerts i convenis de cooperació entre el sector públic i el privat.

Els serveis i recursos del programa municipal i els concerts amb entitats compten amb: 2 serveis d'equips de detecció i tractament, 10 centres d'acolliment residencial temporal, 32 habitatges d'inclusió, 6 centres de dia, 4 centres amb servei d'higiene i 12 menjadors socials per a persones sense sostre, a més de serveis de suport (prestacions econòmiques i d'inserció laboral i d'accés a l'habitatge). En conjunt, uns 350 professionals treballen en el programa municipal per donar atenció a les persones sense sostre a la ciutat (vegeu el quadre 1).

Els equips de detecció que treballen al carrer estan constituïts actualment per 15 professionals agrupats en 6 equips distribuïts per tota

Quadre 1. Persones ateses pels serveis d'atenció a persones sense sostre. Barcelona, 2009.

	2009
Servei d'inserció social (persones)	3.929
Centres de dia (persones)	2.444
Servei de dutxes (usos)	20.048
Acolliment residencial (estades)	225.671
Serveis de suport	
Prestacions econòmiques (persones)	1.369
Accés a l'habitatge (contractes)	78

Font: Departament de Persones Vulnerables. Àrea d'Acció Social i Ciutadania, Ajuntament de Barcelona.

Les condicions de vida

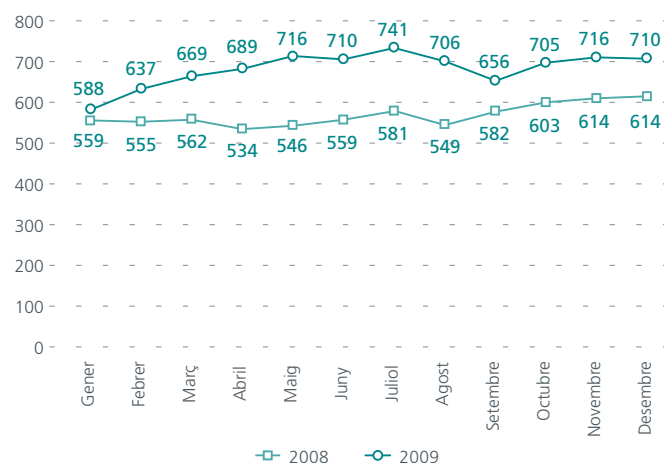
26

la ciutat. Aquests equips treballen estretament amb un equip de salut mental per a persones sense sostre i l'equip de psiquiatres i d'infermers especialitzats en l'atenció al col·lectiu de persones sense sostre amb malalties mentals o amb indicis de malaltia mental. L'any 2009 es van atendre prop de 250 persones amb problemàtiques de salut mental.

El mes de desembre de 2009 el servei de detecció va contactar amb 710 persones (vegeu les figures 4 i 5): el 37,5% es trobaven en fase inicial; el 23,9% en fase avançada, i el 38,6% en fase consolidada. El 89% eren homes i només l'11% eren dones. El 44,6% eren de nacionalitat espanyola. El 95% tenien edats compreses entre els 18 i els 64 anys, i només el 5% tenen més de 65 anys.

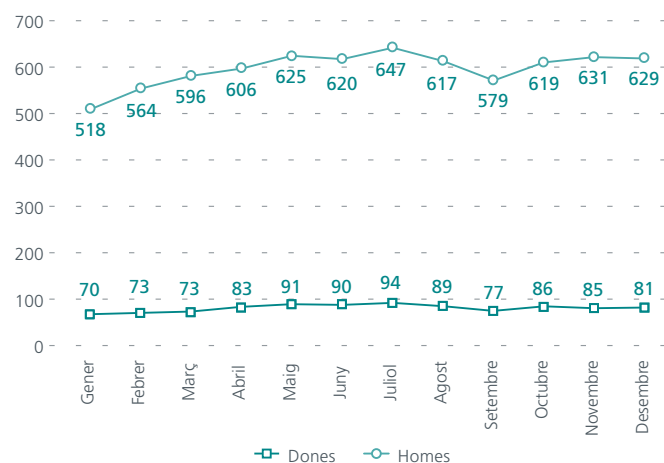
Més del 50% de les persones contactades es trobaven en tres districtes de la ciutat: l'Eixample, Ciutat Vella i Sant Martí. Nou Barris amb un 2,7% de les persones contactades i les Corts amb un 3%, són els districtes on la presència de persones sense sostre és menor.

Figura 4. Persones contactades al carrer; evolució mensual. Barcelona, 2008-2009.



Font: Departament de Persones Vulnerables. Àrea d'Acció Social i Ciutadania, Ajuntament de Barcelona.

Figura 5. Persones contactades al carrer per sexe; evolució mensual. Barcelona, 2009.



Font: Departament de Persones Vulnerables. Àrea d'Acció Social i Ciutadania, Ajuntament de Barcelona.

La mobilitat en dia feiner

Segons l'Enquesta de mobilitat, en dia feiner de l'any 2009 el 91,9% dels homes i el 89,1% de les dones residents a Barcelona majors de 15 anys han realitzat almenys un desplaçament en dia feiner. En un dia laborable, el 29,6% dels homes es desplacen només per motius ocupacionals, el 40,5% només per motius personals i el 28,2% per ambdós motius. En el cas de les dones, el 19,6% es desplacen només per motius ocupacionals, el 50,9% només per motius personals i el 28,3% per ambdós motius. El temps mitjà invertit en desplaçaments en un dia feiner s'estima en uns 88 minuts en els homes i en 85 minuts en les dones.

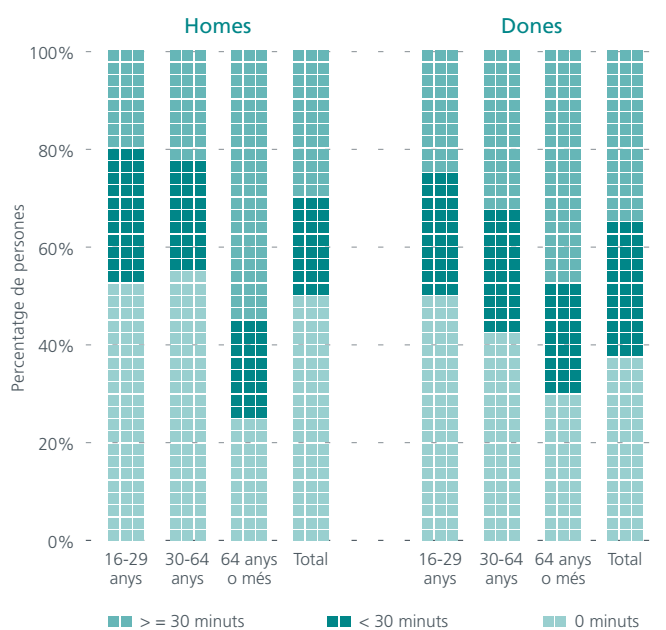
En un dia laborable, el transport públic és el mitjà de transport més freqüentment utilitzat pels homes de 16 a 29 anys i desplaçar-se a peu, pels majors de 29 anys. En les dones, el transport públic és el mitjà de transport més freqüent dels 16 als 64 anys i desplaçar-se a peu, en les majors de 64 anys. En ambdós sexes, desplaçar-se a peu és més freqüent a mida que augmenta l'edat, així com el temps total invertit en aquests desplaçaments. En canvi, l'ús del transport públic disminueix amb l'edat. Pel que fa al temps invertit en el transport públic, les dones inverteixen menys temps que els homes. L'ús del turisme en ambdós sexes és més freqüent dels 30 als 64 anys, tot i que el temps mitjà invertit augmenta amb l'edat en els homes i disminueix en les dones. En canvi, l'ús del ciclomotor o la motocicleta és més freqüent dels 16 als 29 anys en ambdós sexes; el temps total invertit en aquest mitjà de transport augmenta amb l'edat (vegeu la taula 3, pàgina 100).

L'Organització Mundial de la Salut recomana, a través de l'estratègia global sobre règim alimentari, activitat física i salut del 2004, practicar 30 minuts d'activitat física moderada, 5 dies la setmana, en persones adultes de 18 a 65 anys d'edat. Les mateixes recomanacions serien aplicables a les persones majors de 64 anys, sempre que siguin activitats d'intensitat i característiques apropiades. Aquestes recomanacions podrien assolir-se a partir de sessions curtes realitzades al llarg del dia d'una activitat moderada com és desplaçar-se a peu. No obstant això, segons dades de l'Enquesta de mobilitat quotidiana de Ca-

talunya de l'any 2006, un 49,6% dels homes i un 38,8% de les dones residents a Barcelona majors de 16 anys no van fer cap desplaçament a peu al llarg d'un dia laborable. Aquest percentatge supera el 50% en els homes i dones de 16 a 29 anys i en els homes de 30 a 64 anys, tot i que això no significa que no hagin realitzat alguna altra activitat física al llarg del dia. En ambdós sexes aquests percentatges es redueixen notablement en els majors de 64 anys (vegeu la figura 6).

D'altra banda, un 29,2% dels homes majors de 16 anys residents a Barcelona i un 35,9% de les dones assoleixen les recomanacions d'activitat física a partir dels desplaçaments a peu. Aquesta xifra és especialment destacable en els majors de 64 anys, on el 55,8% dels homes i el 45,7% de les dones es desplacen a peu més de 30 minuts en un dia laborable (vegeu la figura 6).

Figura 6. Distribució dels residents a Barcelona majors de 15 anys segons el temps total invertit en desplaçaments a peu, en funció del sexe i el grup d'edat. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de mobilitat quotidiana de Catalunya de l'any 2006, EMQ 2006. Autoritat del Transport Metropolità i Departament de Política Territorial i Obres Públiques de la Generalitat de Catalunya.



Com vivim

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

L'excés de pes i l'obesitat

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental i les addiccions

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

L'avaluació del Pla de salut

La nostra salut

La salut percebuda

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

La gestió de la grip A/H1N1

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample

Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012

L'estat de la situació de l'atenció a les persones amb dependència

La salut a Barcelona 2009 en xifres

L'aire

30

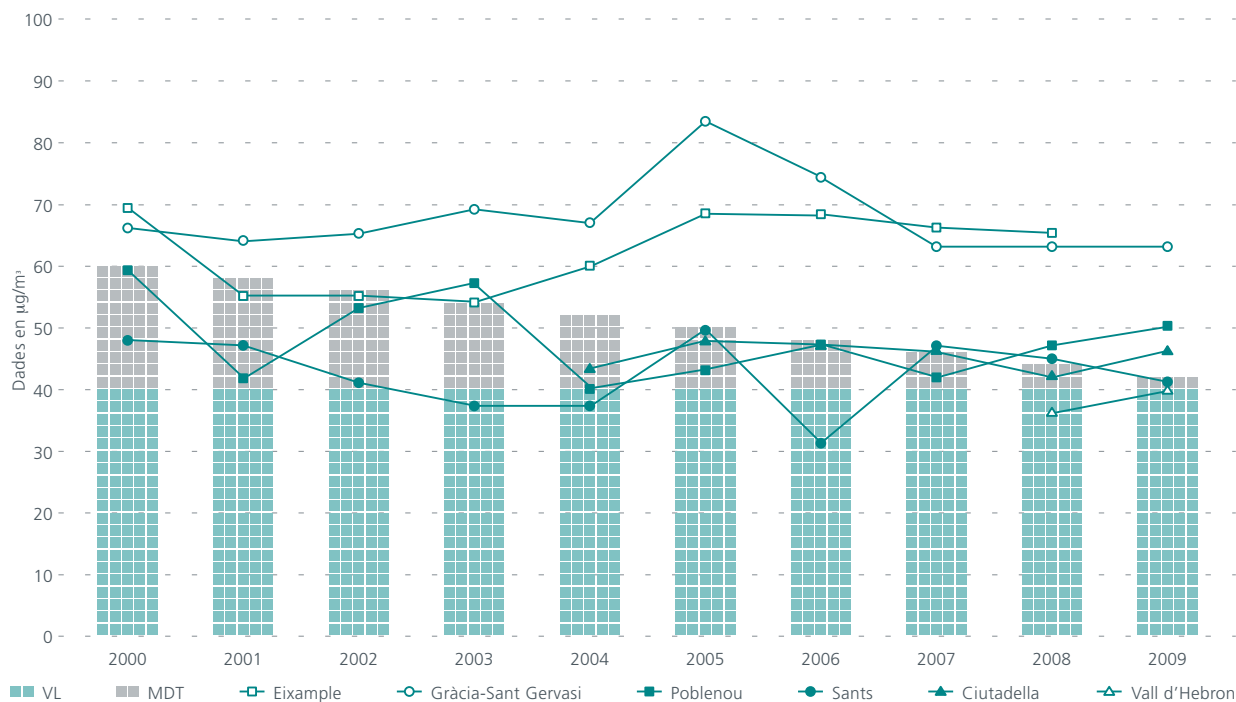
L'avaluació de la qualitat de l'aire l'any 2009 a la ciutat de Barcelona constata el compliment dels corresponents valors límit o valors objectiu establerts en la Directiva 2008/50/CE i en el Reial Decret 812/2007 per als contaminants CO, benzè, SO₂, PM_{2,5}, Pb, Cd, Ni, As i benzo(a)pirè; així mateix no s'ha produït cap superació del llindar d'informació a la població (mitjana horària de 180 µg/m³) per a l'ozó. Tanmateix, l'any 2009 se segueix superant en diferents estacions de la ciutat el valor límit anual de NO₂ establert per a l'any 2010 i el valor límit anual vigent per a les partícules PM₁₀.

Respecte al NO₂ (vegeu la figura 1), el valor límit anual (40 µg/m³) se supera a les estacions de trànsit de Gràcia-Sant Gervasi (63 µg/m³), Poblenou (50 µg/m³) i Sants (41 µg/m³) i a l'estació de fons urbà de Ciutadella (46 µg/m³). Per contra, en cap estació de mesurament s'ultrapassa el nombre anual de superacions horàries per-

ses del valor límit horari. Respecte a les partícules PM₁₀, cal destacar el compliment del valor límit anual (40 µg/m³) en el fons urbà de la ciutat, amb nivells d'entre 33 i 34 µg/m³, i a les estacions de trànsit molt intens de Gràcia-Sant Gervasi i Plaça Universitat, amb nivells de 40 µg/m³. Tot i això, se supera el valor límit anual a les estacions de trànsit moderat de Sants i Poblenou (vegeu la figura 2, pàgina 31), fet que corrobora la importància de l'aportació d'altres fonts locals de partícules diferents del trànsit, com ara les obres o la resuspensió del sòl. D'altra banda, s'ultrapassa el nombre de superacions permeses del valor límit diari en totes les estacions de la ciutat. En conjunt, l'any 2009 es produeix un manteniment o un lleuger increment respecte de l'any 2008 de la mitjana anual de NO₂ i PM₁₀ (vegeu les figures 1 i 2). L'avaluació del no-assoliment dels objectius establerts per la Unió Europea per a l'any 2010 ha suposat que el Departament de Medi Ambient i Habitatge hagi prorrogat, el desembre del 2009, el Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire, aprovat pel Decret 152/2007, i que cal aplicar en diversos municipis, entre els quals es troba inclòs Barcelona.

Pel que fa a la resta de contaminants, s'observa un manteniment o un lleuger descens dels nivells en comparació de l'any anterior a totes les

Figura 1. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen a les estacions de mesurament. Barcelona, 2000-2009.



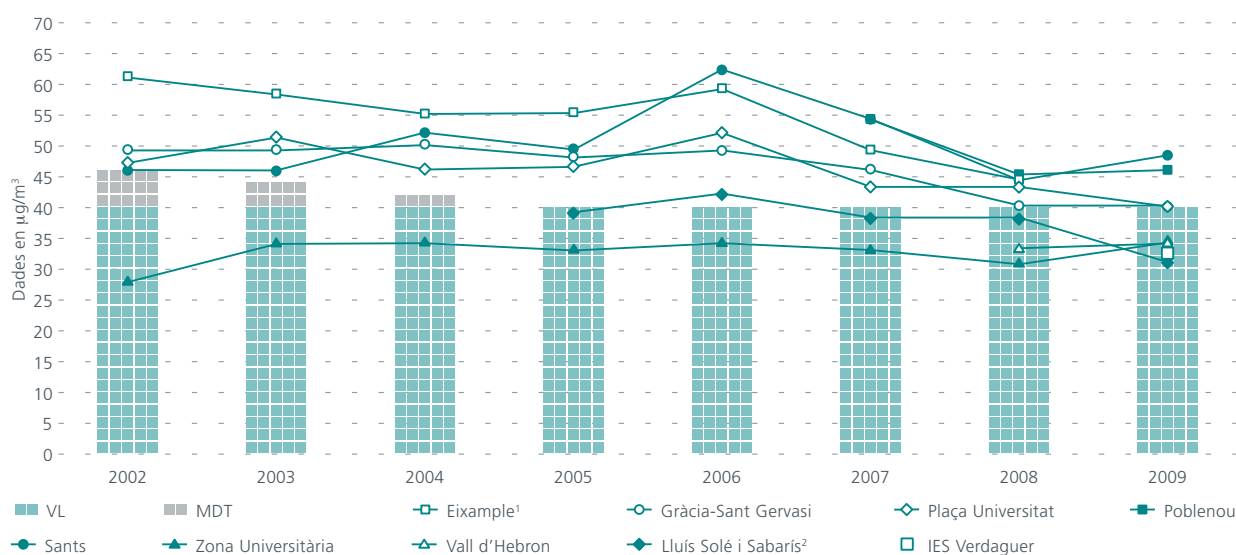
Font: Direcció dels Serveis de Vigilància Ambiental.

Notes: valor límit anual (VL) = 40 µg/m³. MDT (marge de tolerància). L'estació de l'Eixample ha estat temporalment fora d'ús durant l'any 2009 per motiu d'obres.

estacions, excepte per al CO a l'estació de fons urbà de Ciutadella i a la de trànsit intens de Gràcia-Sant Gervasi, i per al plom, a les estacions de trànsit moderat de Poblenou i Sants. Tanmateix, els nivells d'aquests dos contaminants són força baixos. Finalment, cal assenyalar els nivells molt

baixos de benzo(a)pirè, compost carcinogenic i indicador dels hidrocarburs aromàtics policíclics, que presenten concentracions entre 5 i 10 vegades inferiors al valor objectiu establert per a l'any 2013 i recordar que el llindar d'informació a la població per a l'ozó no se supera a la ciutat des del 21/06/2003; data en què es va superar durant una hora a l'estació de Poblenou.

Figura 2. Evolució dels nivells de partícules PM₁₀ per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2009.



Font: Direcció dels Serveis de Vigilància Ambiental.

Notes: valor límit anual (VL) = 40 µg/m³. MDT (marge de tolerància). ¹ L'estació de l'Eixample ha estat temporalment fora d'ús durant l'any 2009 per motius d'obres.

² L'estació Lluís Solé i Sabarís ha canviat durant l'any 2009 el mètode d'anàlisi i la seva ubicació.

L'aigua

32

La qualitat de l'aigua de consum humà a Barcelona

La vigilància i el control de l'aigua de consum humà a Catalunya estan regulats pel Reial decret 140/2003 i el Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà (PVISACH). Aquests estableixen uns nivells de qualitat (límits paramètrics) que s'han de respectar per poder declarar l'aigua apta per al consum humà.

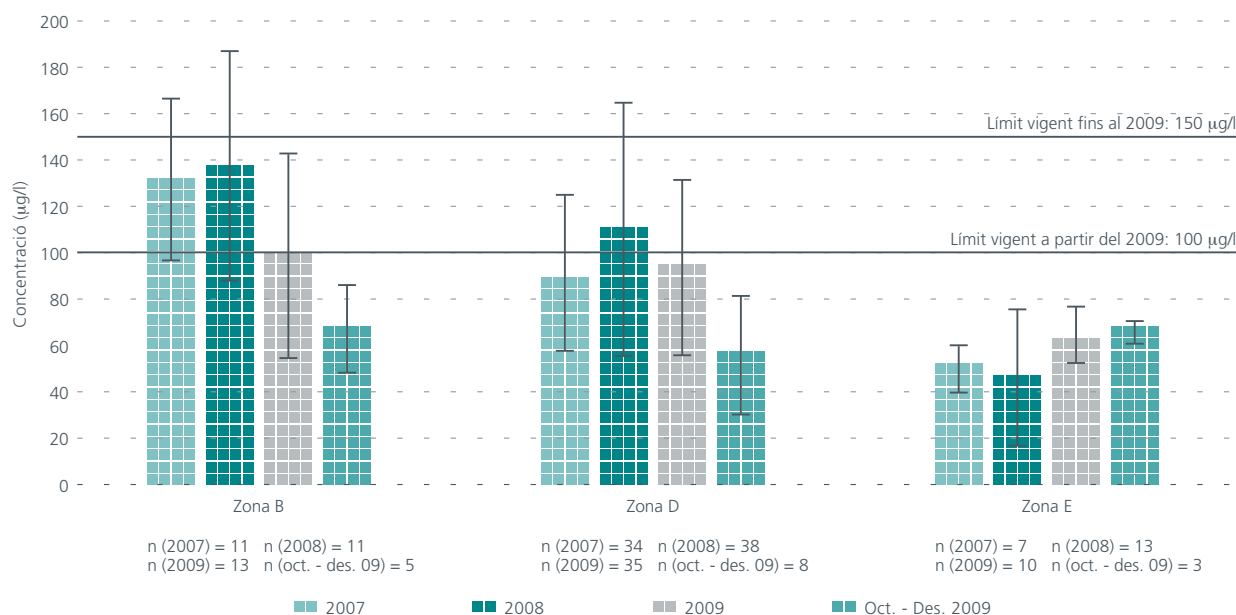
L'aigua subministrada al municipi de Barcelona té orígens diversos: zona B (aigua d'origen Llobregat), zona E (aigua del Ter) i zona D (barreja d'ambdós orígens). Les analítiques de control que realitza la gestora de l'abastament (AGBAR) i l'ASPB, com a autoritat sanitària, garanteixen que la qualitat de l'aigua distribuïda satisfà els requisits normatius per ser apta per al consum. Tanmateix, un paràmetre que ha resultat problemàtic durant aquests anys és la concentració total de trihalometans (THM, suma de bromoform, dibromoclorometà, bromodiclorometà i cloro-

form), compostos generats durant el procés de desinfecció de l'aigua mitjançant l'addició de clor. La formació de THM a l'aigua depèn, entre altres factors, de la qualitat de l'aigua captada abans de la potabilització. L'elevada concentració de bromurs i matèria orgànica de l'aigua captada al riu Llobregat afavoreix la formació de THM a les zones B i D, mentre que les concentracions de la zona E, d'origen Ter, són més baixes (vegeu la figura 3). Amb l'objectiu de disminuir aquests nivells, la gestora de l'abastament ha posat en funcionament un seguit de millores tecnològiques a les plantes de potabilització de la zona Llobregat. Aquestes mesures, operatives a partir de l'últim trimestre de l'any 2009, han permès reduir dràsticament la concentració de THM a les zones d'abastament B i D, allunyant-les del límit paramètric, rebaixat normativament fins als 100 µg/l a partir del 2009 (vegeu la figura 3).

La qualitat de l'aigua de consum a l'aixeta dels consumidors

L'ASPB controla, d'ofici o sota sol·licitud o denúncia, la qualitat de l'aigua de consum a les aixetes dels ciutadans (article 20 del Reial Decret 140/2003) per comprovar que la seva aptitud, garantida al punt de lliurament als edificis, no empitjora després de passar per la xarxa interna. L'any 2009 s'han realitzat un total de 440 controls a les aixetes de comerços, edificis públics i domicilis de Barcelona. Només el 6,8% d'aquests controls tenen algun resultat que no compleix els valors pa-

Figura 3. Concentració mitjana ($\pm$ desviació estàndard) del total de THM (suma de bromoform, dibromoclorometà, bromodiclorometà i cloroform) determinat per Aigües de Barcelona (AGBAR) i per l'ASPB. Barcelona, 2007-2009.

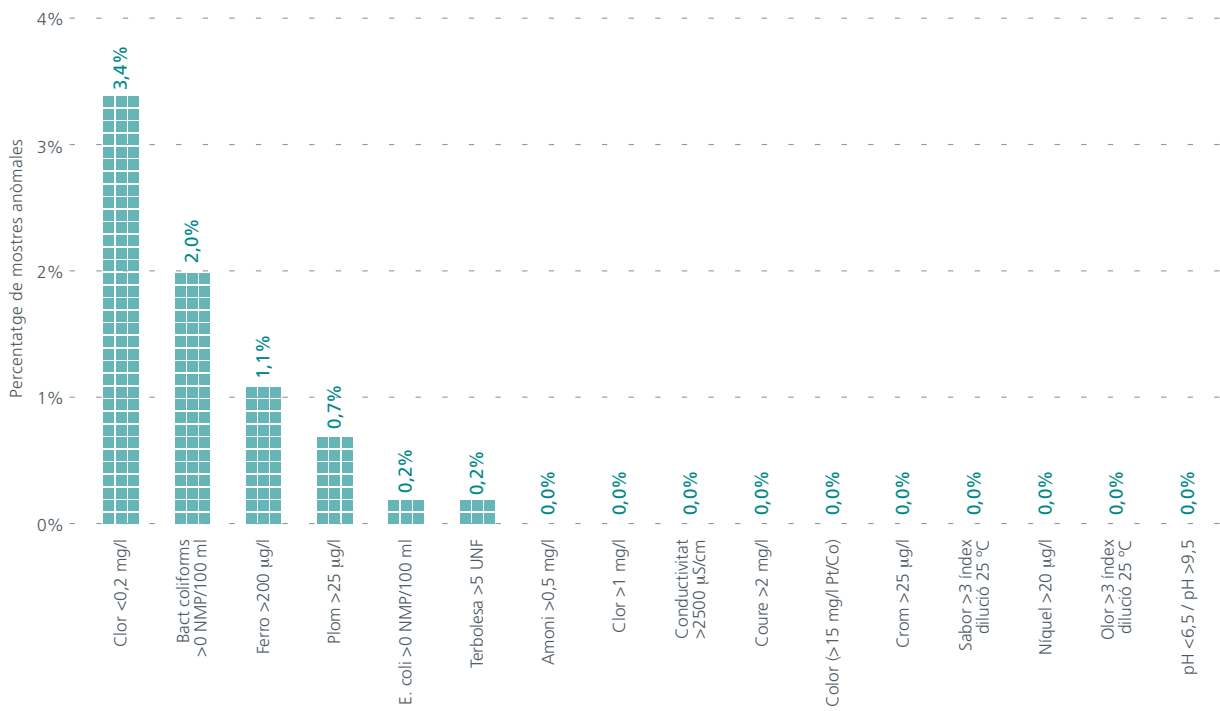


Font: Gestora del subministrament d'aigua de consum a Barcelona (AGBAR) i Direcció de Serveis de Vigilància Ambiental de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: n = nombre de mostres.

ramètrics i només en un 0,9% dels casos aquesta anomalia o incompliment s'ha confirmat en una segona analítica de comprovació. Les incidències detectades amb més freqüència són les següents (vegeu la figura 4):

- + Concentració de desinfectant (clor) insuficient i/o proliferacions microbiològiques positives a causa de la manca de manteniment i d'higiene en les instal·lacions interiors que disposen de dipòsits interns.
- + Concentracions de ferro i plom a l'aigua superiors al límit legislatiu a causa de l'alliberament d'aquest material, que forma part de les canonades internes, sobretot en el cas d'edificis anteriors al 1980.

Figura 4. Mostres recollides a l'aixeta dels ciutadans amb resultats anòmals respecte al total de controls realitzats (440). Barcelona, 2009.



Font: Direcció dels Serveis de Vigilància Ambiental de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: Pt: Platí. Co: Cobalt.

La seguretat i la higiene dels aliments

34

Entre les funcions que duu a terme l'Institut de Seguretat Alimentària (ISAL) hi ha la de gestionar les queixes, les comunicacions o els avisos d'incompliments o no-conformitats relatius a la seguretat alimentària a la ciutat de Barcelona, que reben genèricament la denominació de *denúncies*. En aquest àmbit, la ciutadania passa a formar part activa de les actuacions de vigilància i control de l'ISAL, mitjançant la identificació i denúncia d'aquelles irregularitats que, al seu parer, puguin presentar aliments o establiments alimentaris. Gràcies a això es multiplica exponencialment la identificació dels riscos sanitaris potencials i es focalitzen les actuacions de control.

Així, de les 451 denúncies de temàtica alimentària que han entrat a l'ISAL, bona part han estat presentades per particulars, en concret 281 (el 62,3%). De la resta, 105 (23,3%) les ha comunicat la Guàrdia Urbana i 65 (14,4%) altres administracions (de districtes, del Departament d'Acció Social, d'Inspecció del Treball o de l'Agència de Protecció de la Salut, que remet les irregularitats detectades per altres comunitats autònomes relatives als productes originaris d'un establiment ubicat a Barcelona).

De les 451 denúncies competencials, 325 casos (72%) concernien establiments alimentaris. En 58 ocasions (13%) s'han denunciat condicions relatives a productes d'alimentació, i 59 denúncies (13%) han estat per deficiències en el transport d'aliments. En 9 ocasions (2%) s'han denunciat altres conceptes.

El tipus d'establiment vinculat a les denúncies (bé per ser l'objecte de les irregularitats observades, bé per ser l'origen del producte o el responsable del transport denunciat) es mostra en la figura 5.

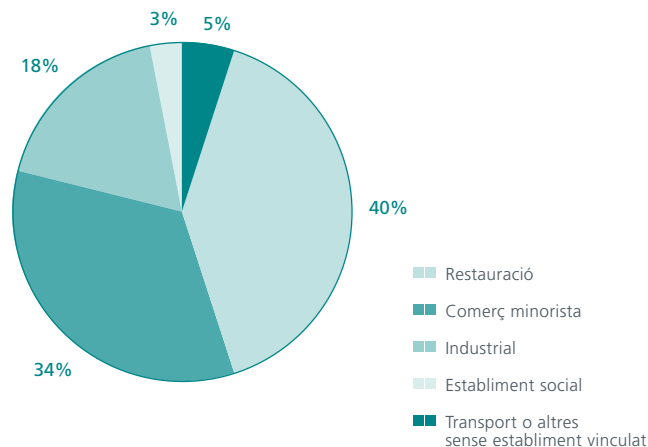
En la categoria d'*Industrials* s'agrupen els distribuïdors, magatzems, fabricants de productes envasats, consignataris, etc. Dins dels *Establiments socials* es troben les residències de gent gran, menjadors escolars i de llars d'infants, o hotels, entre d'altres.

Les actuacions de l'ISAL, subsegüents a les denúncies, es mostren en la figura 6 (vegeu pàgina 35). La majoria de les denúncies (393, més del

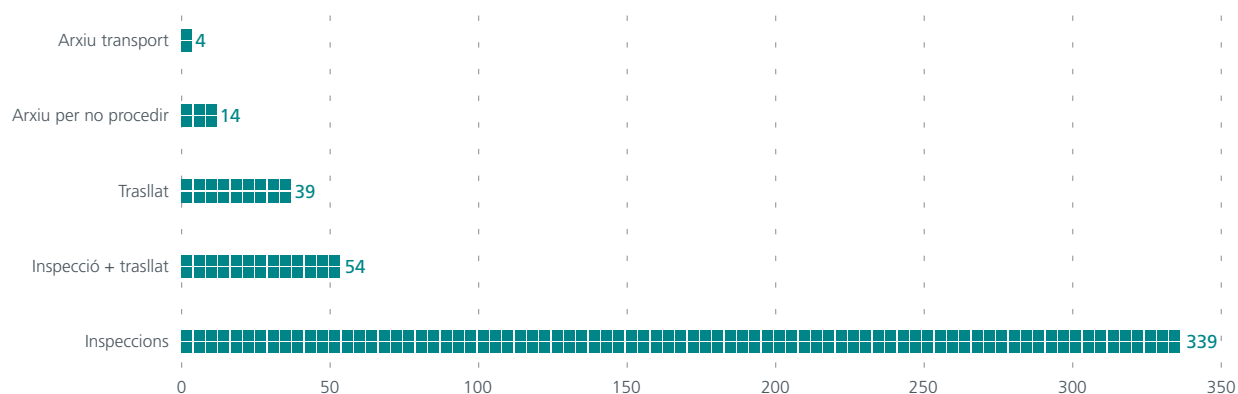
87%) han generat una actuació dels serveis d'inspecció, que en 54 ocasions ha anat acompanyada d'un trasllat de la denúncia a altres administracions amb competències concurrents. En 39 ocasions (el 8,6%) s'ha traslladat directament la denúncia després d'haver-la analitzat i en 14 ocasions s'ha arxivat per manca de dades o per no procedir. La categoria d'*Arxiu transport* correspon a les denúncies de la Guàrdia Urbana que van generar un expedient sancionador per incompliment de la normativa sanitària en el transport d'aliments.

En la figura 7 (vegeu pàgina 35) es mostra la distribució dels principals fets denunciats en grans categories d'incompliments, la seva suma és molt superior a la de les denúncies rebudes ja que habitualment cadascuna inclou més d'una irregularitat notificada. L'ítem *Altres incompliments de la llei sanitària* agrupa les no-adequacions a la diversa normativa en matèria de seguretat alimentària que no estan recollides en la resta de conceptes, per ser específicament sectorials i, per tant, minoritàries.

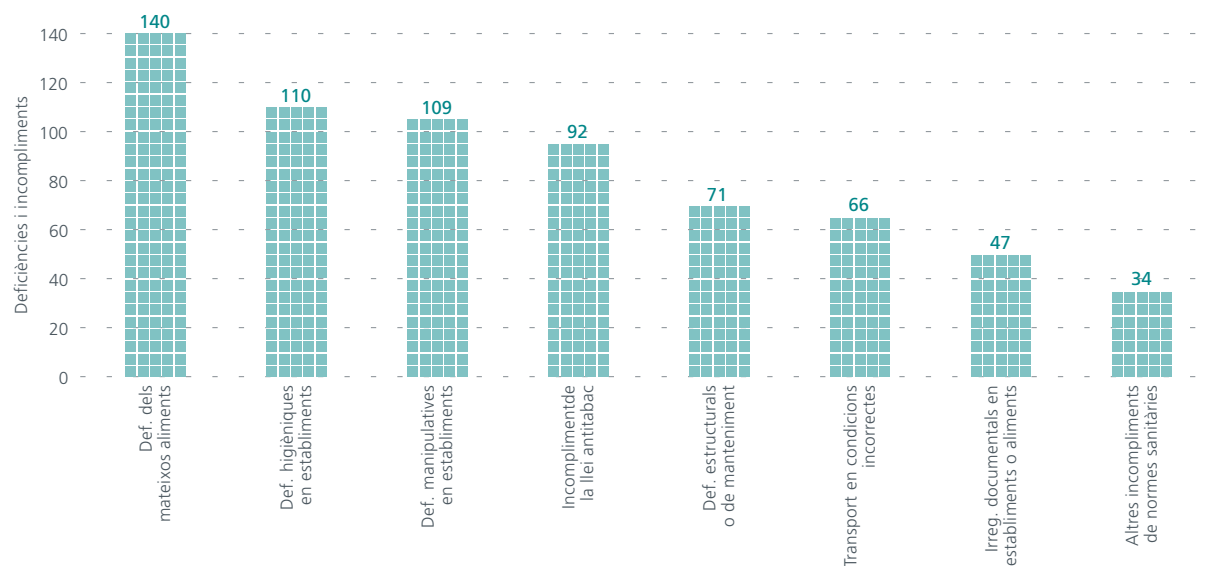
Figura 5. Distribució de les denúncies de temàtica alimentària rebudes per tipus d'establiment. Barcelona, 2009.



Font: Registre de vigilància i control de l'ISAL, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 6. Nombre d'actuacions de control alimentari realitzades a partir de denúncies rebudes. Barcelona, 2009.

Font: Registre de vigilància i control de l'ISAL, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 7. Deficiències i incompliments identificats a partir de les denúncies rebudes. Barcelona, 2009.

Font: Registre de vigilància i control de l'ISAL, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els animals urbans

36

És ben conegut que les característiques del medi urbà afavoreixen l'establiment i la proliferació de determinades espècies que poden esdevenir plaga. Pel seu paper potencial com a vectors de malalties transmissibles i/o per les molèsties que ocasionen, algunes d'elles són objecte d'especial seguiment mitjançant el desplegament de programes de vigilància i control.

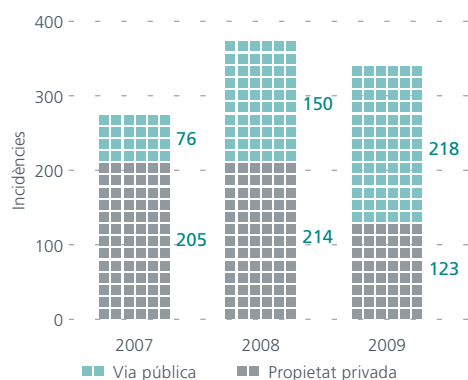
La vigilància i el control de múrids i artròpodes a la ciutat de Barcelona es desplega en el marc del Programa de plagues ambientals. Actualment, la metodologia dels programes de vigilància i control de plagues municipals es basa en el concepte del control integrat, que permet minimitzar els riscos que suposa un control basat exclusivament en l'aplicació de productes plaguicides. El control integrat promou la prevenció de l'aparició de les plagues, l'aplicació de mesures de sanejament del medi, l'exclusió de la plaga, el bon manteniment d'estructures i infraestructures urbanes i l'adopció d'estratègies educatives per evitar aquelles conductes que poden contribuir a la proliferació de la plaga. Les exigències metodològiques del control integrat han exigint una presència permanent en el territori per tal de fer un seguiment de les incidències fins a la seva resolució i dels riscos derivats de l'activitat.

Les actuacions de desratització i desinsectació es fan als carrers, a les places, als trams de xarxa de clavegueram i als espais verds que gestiona Parcs

i Jardins. El control s'efectua mitjançant plans d'actuació que s'inicien amb motiu de les inspeccions que fan els tècnics en diferents zones, com a resposta a queixes ciutadanes o quan es detecta activitat o indicis d'aquesta durant una inspecció preventiva. La vigilància s'efectua mitjançant el compliment del calendari d'inspeccions a les zones de risc caracteritzades. Durant el desplegament del programa es va observar un descens en el conjunt de les inspeccions fetes al 2009 (en un 19% respecte del 2008), principalment causat per la disminució del nombre d'incidències en múrids i altres plagues, així com per la disminució en la detecció de nous casos durant les visites preventives (vegeu la figura 8). Concretament, la disminució del 10% de les incidències per múrids ha permès una disminució del 8% dels plans endegats, tot i mantenir-se el nombre de seguiments a causa de casos complexos arrossegats del 2008. D'altra banda, el 13% més d'incidències de paneroles ha comportat un 15% més de plans endegats i un 18% més de seguiments fets.

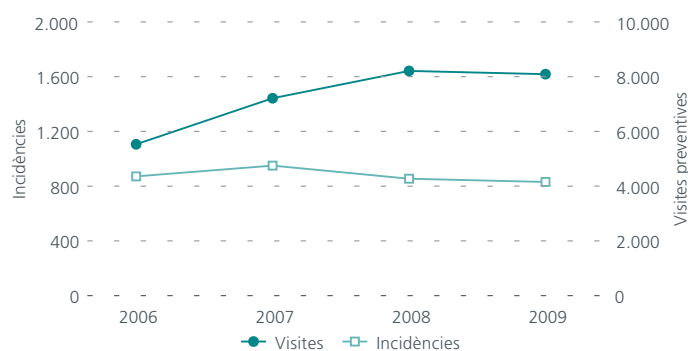
L'esforç que va comportar el 2009 mantenir els seguiments per múrids i augmentar els seguiments per paneroles amb la dedicació que requereixen les actuacions a nivell de subsòl, va condicionar que la vigilància es fes de manera menys intensiva de com s'havia fet al 2008. No obstant això, ha millorat l'atenció a les zones d'influència dels mercats i s'han dut a terme inspeccions preventives a nivell de subsòl que fins ara no s'havien realitzat encara. Pel que fa a les incidències per mosquit durant el 2009, han disminuït un 5,5% respecte del 2008 (vegeu la figura 9). La seva anàlisi ens indica que el nombre d'incidències a la via pública ha experimentat un augment del 23% respecte del 2008, evidència que reafirma la hipòtesi de la colonització del mosquit tigre a la via pública, aprofitant les estructures urbanes que li ofereix la ciutat (embornals, claveguerons, registres de rec, fonts, etc.), i una disminució en els espais d'ús privat. La distribució temporal de les incidències registrades ha tornat a respondre al patró d'anys anteriors, ja que setembre ha tornat a ser el mes que agrupa el major nombre d'incidències.

Figura 9. Evolució de les incidències de mosquit. Barcelona, 2007-2009.



Font: Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 8. Evolució de les incidències en múrids i altres plagues, i de l'activitat en visites preventives en el marc de vigilància del control integrat. Barcelona, 2006-2009.



Font: Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes, Agència de Salut Pública de Barcelona.

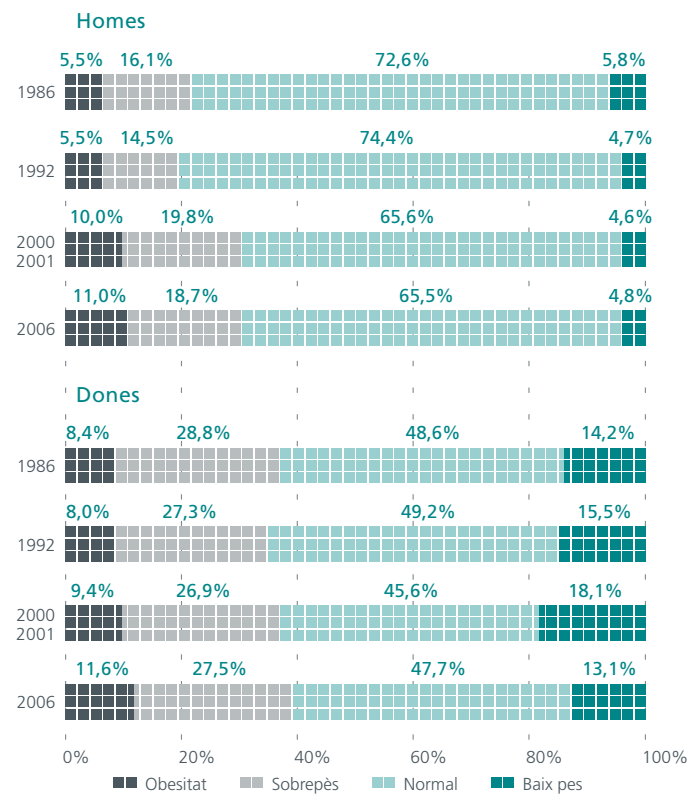
L'excés de pes i l'obesitat

En altres edicions de l'informe de salut s'ha posat èmfasi en els hàbits que tenen una relació directa amb la salut, per exemple, el consum de tabac i de substàncies addictives, l'activitat física, i els hàbits alimentaris, entre d'altres. Un aspecte d'interès creixent és la possible transformació dels hàbits alimentaris i la seva repercussió en la salut. L'existència del sobrepes i l'obesitat estarien associades a una probabilitat més gran de patir malalties cardiovasculars. En la figura 10 s'observa que fins l'any 2000 es mantenen els percentatges de sobrepes i d'obesitat tant en homes com en dones, però a partir d'aleshores es produeix una tendència a l'alça més pronunciada en els homes que en les dones fins a assolir el 2006 el 29,7% en conjunt en els homes i el 39,1% en les dones. Per edats, l'obesitat es concentra en les dones amb un 41% en el grup de més de 65 anys, i en els homes amb un 27% en el grup de 45 a 54 anys, seguit dels de més de 65 anys. També hi ha diferències en l'obesitat segons la classe social, especialment en les dones, on les classes socials menys desfavorides presenten un índex més elevat de sobrepes i obesitat.

Si comparem la tendència actual amb l'objectiu establert en el Pla de salut de Catalunya per al 2010, que persegueix un índex de massa corporal per terme mitjà inferior als 25 kg/m² per al conjunt de la població, cal esmentar que l'any 2006 era de 24,97 kg/m². Quant a l'objectiu d'una prevalença màxima d'obesitat del 16% de la població adulta, l'objectiu es va assolir el 2006 en situar-se en l'11% (vegeu la figura 10). Si comparem les prevalences d'obesitat i sobrepes de la població adulta amb les d'altres països europeus de l'OCDE, la de Barcelona se situaria en el primer quartil¹. Pel que fa als joves de 2n i 4t d'ESO i 2n de Batxillerat i Cicles Formatius de Grau Mitjà, segons les dades de l'Enquesta FRESC (factors de risc en estudiants de secundària) per al 2008, el 6,2% dels nois i el 3,5% de les noies presenten obesitat, i excés de pes un 20% dels nois i un 16,3% de les noies. Aquestes prevalences estarien per sota de l'objectiu del 10% en obesitat per al 2010 que marca el Pla de salut de Catalunya (vegeu la figura 11).

¹ OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics - ISBN 92-64-08356-1

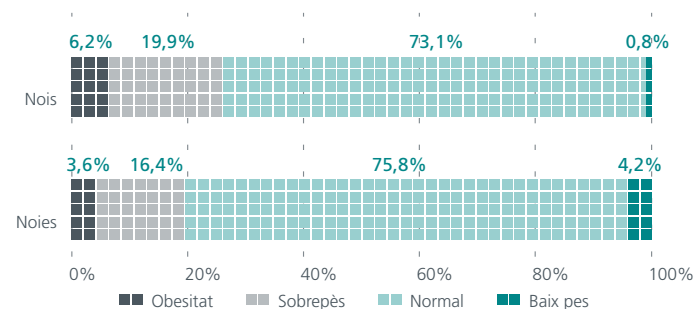
Figura 10. Evolució de la distribució de la població segons l'índex de massa corporal per sexe i anys en la població més gran de 16 anys. Barcelona, 1986-2006.



Font: Enquestes de salut de Barcelona.

Nota: Dades estandarditzades per edat (població de referència: any 2000).

Figura 11. Distribució de l'índex de massa corporal per sexe dels joves de 2n i 4t d'ESO i de 2n Batxillerat i Cicles Formatius de Grau Mitjà. Barcelona, 2008.



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

El consum de drogues

38

Les sales de consum són serveis que faciliten el consum de drogues, comprades prèviament, en una atmosfera tranquil·la sota condicions higièniques i de baix risc. Les sales solen estar localitzades en àrees on el consum a la via pública és un greu problema per a la salut pública. L'objectiu d'aquestes sales és reduir la morbi-mortalitat entre els usuaris de drogues i adherir-los als serveis socials, de salut i de tractament per, finalment, també reduir els problemes a la via pública. A Barcelona des de l'any 2002, i seguint l'exemple d'altres països,¹ es van començar a inaugurar sales de consum; la primera fou la sala de consum de Can Tunis que es va obrir el mateix 2002, seguida de la sala del servei d'atenció i prevenció sociosanitària (SAPS) l'any 2003 i finalment de les sales de Baluard, Zona Franca i Vall d'Hebron l'any 2005. Les avaluacions aportades per les sales de consum de Sydney, de Vancouver i d'alguna sala de consum europea són que aquestes acaben reduint el nombre d'usuaris que consumeixen al carrer i el nombre de xeringues al carrer, a banda de les disminucions en les possibles comorbiditats dels individus².

A Barcelona, el nombre de visites als centres de reducció de danys ha disminuït en els últims tres anys, passant de 240.840 visites l'any 2007 a 233.890 visites l'any 2009, fet que va acompanyat de la reducció del nombre de persones diferents que visiten el centre: 6.447 l'any 2007 i 5.394 l'any 2009 (vegeu el quadre 1). Aquest fet podria ser a causa de l'obertura de nous serveis socials a la ciutat de Barcelona³. D'altra banda, la disminució dels usuaris consumidors d'heroïna⁴, combinada amb l'augment d'usuaris a les sales de venipunció assistida, seria una dada important i positiva. Aquesta dada reflecteix que l'ús de les sales s'ha estès entre els usuaris de drogues per via parenteral, els quals estan fent servir el recurs i, per tant, deixen de consumir al carrer i passen a consumir al centre, fet que aniria acompanyat per la disminució de les xeringues trobades al carrer⁵.

Aquests centres, també ens permeten conèixer les realitats sociosanitàries entre els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP). Durant els anys 2008 i 2009, s'ha dut a terme un estudi

transversal dels UDVP entre les persones dels centres de reducció de danys de Barcelona amb una mostra de 379 pacients.

La majoria de persones UDVP que van a les sales de reducció de danys són consumidores majoritàriament d'heroïna (homes 43,4%, dones 47,4%) o de cocaïna (homes 35,8%, dones 44,7%) i al voltant del 50% sol injectar-se diàriament (vegeu el quadre 2). En general, l'estat de salut de les persones UDVP que visiten els centres no és molt bo. Gairebé un 40% creuen que tenen una situació de salut pitjor que les persones de la seva mateixa edat⁵.

En l'estudi s'han pogut analitzar aspectes socioeconòmics. S'ha fet palès que un 57,7% dels homes UDVP tenia un nivell d'estudis igual

Quadre 1. Activitat dels centres de reducció de danys i les sales de venipunció assistida de Barcelona. Barcelona, 2007-2009.

Reducció de danys	2007	2008	2009
Nombre de visites	240.840	233.099	233.890
Mitjana de visites/dia	660	639	641
Nombre de persones	6.447	5.651	5.394
Espais de venipunció assistida	2007	2008	2009
Nombre de visites	61.659	67.607	81.274
Mitjana de visites/dia	169	185	223
Nombre de persones	3.240	3.067	3.139

Font: Sistema d'informació sobre drogues. Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Quadre 2. El consum de drogues de les persones UDVP que visiten les sales de reducció de danys. Barcelona, 2008-2009.

	Home	Dona
Droga injectada		
Heroïna	43,4%	47,4%
Cocaïna	35,8%	44,7%
Heroïna i cocaïna	19,9%	7,9%
Metadona	0,3%	-
Amfetamines	0,3%	-
Altres drogues	0,3%	-
Freqüència d'injecció en els últims 6 mesos		
Diàriament	51,2%	47,4%
Dos o tres dies per setmana	24,1%	23,7%
Algun cop la setmana	13,2%	11,8%
Algun cop el mes	7,6%	11,8%
Menys d'un cop el mes	4,0%	5,3%

Font: Estudi REDAN. CEEISCAT, Agència de Salut Pública de Barcelona, Òrgan Tècnic de Drogodependències, Microbiologia HUGTiP i l'associació Àmbit Prevenció.

Nota: UDVP: usuaris de drogues per via parenteral.

o inferior a secundària, mentre que aquest percentatge era lleugerament inferior en les dones (48,7%). A més, mentre el 20,1% dels homes disposava d'un treball remunerat, aquest percentatge era inferior en dones amb un 13,2% (vegeu el quadre 3). Una dada important és que el 36,8% de les dones havia mantingut relacions sexuals a canvi de diners, mentre que en el cas dels homes aquest percentatge era molt inferior (2,6%). Altres formes que tenen d'aconseguir diners és a partir de donacions dels seus familiars (homes 30,7%, dones 43,4%) o bé demanant diners al carrer (homes 43,2%, dones 52,6%).

D'aquesta manera podem veure com aquests centres, que estan dissenyats per minimitzar els riscos socials i sanitaris de les persones drogodependents (alimentació, productes estèrils, recollida de material usat, atenció a les minories...), esdevenen imprescindibles per a la salut dels individus i per a la salut pública en general.

Quadre 3. Nivell d'estudis i situació laboral dels últims sis mesos de les persones UDVP que visiten les sales de reducció de danys. Barcelona, 2008-2009.

	Home (303)	Dona (76)
Nivell d'estudis		
Menys de primària	8,7%	7,9%
Estudis primaris	14,0%	19,7%
Graduat escolar o ESO	35,0%	21,1%
Batxillerat, BUP o COU	33,0%	46,1%
Estudis universitaris	9,3%	5,3%
Situació laboral últims sis mesos		
Treball remunerat	20,1%	13,2%
Aturat que ha treballat abans	23,2%	17,1%
Aturat que no ha treballat abans	29,5%	26,3%
Pensió jubilació, invalidesa o social	13,8%	27,6%
Estudiant	0,3%	1,3%
Altra situació laboral	13,1%	14,5%

Font: Estudi REDAN. CEEISCAT, Agència de Salut Pública de Barcelona, Òrgan Tècnic de Drogodependències, Microbiologia HUGTiP i l'associació Àmbit Prevenció.

Nota: UDVP: usuaris de drogues per via parenteral.

Referències bibliogràfiques

- 1 Logan DE, Marlatt GA. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. J Clin Psychol 2010 Feb; 66(2): 201-14.
- 2 Wood E, Tyndall MW, Montaner JS, Kerr T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. CMAJ 2006 Nov 21; 175(11): 1399-404.
- 3 Benestar Social. Programa Municipal de Atención Social a Personas Sin Techo. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Programa Municipal de Atención Social a Personas Sin Techo; 2006.
- 4 Sanchez-Niubo A, Fortiana J, Barrio G, Suelves JM, Correa JF, Domingo-Salvany A. Problematic heroin use incidence trends in Spain. Addiction 2009 Feb; 104(2): 248-55.
- 5 Espelt A, Brugal M. El consum de drogues. In: Bartoll X, García-Altés A, editors. La Salut a Barcelona 2008. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010.
- 6 Folch C, Grup Treball REDAN. Monitoratge del VIH, VHC i altres ITS i de les conductes de risc associades en UDVP reclutats en Centres de Reducció de Danys a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2009.

La utilització dels serveis sanitaris

40

En anteriors informes de salut hem estudiat, segons els resultats de l'Enquesta de salut de Barcelona (ESB) de 2006, diversos indicadors rellevants de l'ús dels serveis sanitaris, com són el nombre de visites mèdiques i d'hospitalitzacions i les pràctiques preventives, entre d'altres. En aquest informe es vol mostrar la valoració que tenen els usuaris dels serveis d'atenció primària basant-nos en una selecció d'ítems de la versió curta del qüestionari d'adults del *Primary Care Assessment Tool* (PCAT-AE) que inclou l'ESB. El PCAT recull informació en 10 dimensions: accés i utilització (ítems 1-4), continuïtat de l'atenció (ítems 5-7), coordinació (ítem 8), globalitat (ítem 9) i competència cultural (ítem 10). De cada ítem es pot obtenir la freqüència de respostes segons la valoració i la modalitat, pública o privada.

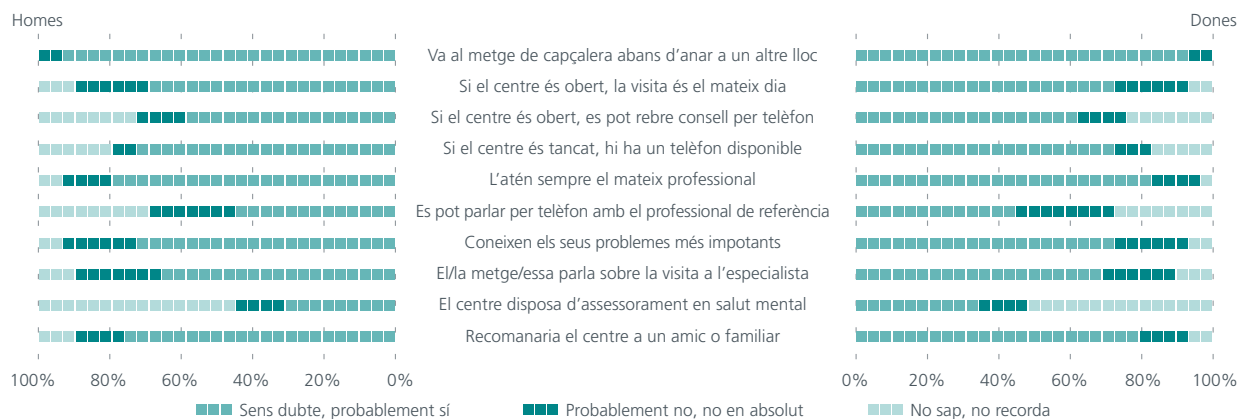
Aquests resultats es mostren en la figura 12. El patró de respostes per sexes és prou similar però convé assenyalar els resultats següents. Pel que fa a l'accessibilitat, més del 90% dels usuaris s'adrecen al metge de capçalera de manera preferent, el que suposaria una bona pràctica d'ús dels serveis sanitaris. El grau d'accessibilitat és raonablement bo també quan l'usuari es visita el mateix dia si el centre és obert (ítem 2) i si té disponibilitat telefònica si el centre és tancat (ítem 4). Si el centre és obert, més del 70% dels usuaris es visiten el mateix dia i si és tancat es dona disponibilitat telefònica en magnituds simi-

lars. Per contra, si el centre és obert (ítem 3), el consell telefònic és escassament superior al 50%. Precisament, aquesta circumstància fa diferència entre la modalitat pública i la privada (dades no subministrades), ja que en la privada aquest percentatge és superior al 75%. En la dimensió continuïtat (ítems 5-7), ser atès pel mateix professional ocorre en un 80% dels usuaris, i el fet que aquests professionals mèdics coneguin els seus problemes més importants ocorre en un 72% dels homes i en un 76% de les dones. En canvi, un altre cop l'atenció telefònica, en aquest cas, del professional de referència (ítem 6) se situa per sota del 50% dels casos. També en aquest cas es dona una diferència significativa entre la modalitat pública i privada del centre de referència, ja que en aquests segons s'assoleix en un 70% dels casos.

La valoració de la coordinació entre el metge de capçalera i l'especialista en l'atenció pública obté, en l'atenció pública, un 67,1% i, en la privada, un 73,2%. El coneixement de l'existència de serveis de salut mental al centre és l'indicador menys favorable, tanmateix, el desconeixement pot estar associat a la no-necessitat d'aquests serveis i, per tant, no es pot interpretar com a deficiència. En conjunt, i si prenguéssim la pregunta de recomanació de metge o centre (ítem 10) com a valoració global de l'atenció primària, es pot dir que la valoració és prou satisfactòria en la majoria dels casos (77,2% en els homes i el 82,3% en les dones). Tot i que, com s'ha dit, es detecten àrees de millora en l'atenció telefònica del professional de referència (ítem 6) i del consell en general (ítem 3), i en la coordinació entre especialista i metge de capçalera (ítem 8). Els esforços i l'amplitud en l'atenció telefònica a causa de l'epidèmia de grip A/H1N1 és d'esperar que hagin influït positivament en les valoracions.

Com s'ha posat de manifest en l'apartat anterior, l'atenció primària de salut és el primer nivell d'accés dels ciutadans i les ciutadanes a

Figura 12. Valoració de les característiques de la població segons el sexe que ha usat els serveis d'atenció primària el darrer any. Barcelona, 2006.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut 2006.

L'atenció primària de salut

l'assistència sanitària. A Barcelona es duu a terme als centres d'atenció primària (CAP) de les 67 ABS (àrees bàsiques de salut), on hi treballen els equips de professionals que durant l'any 2009 han donat cobertura al 67,6% del total de la població assignada amb una mitjana de 3,9 visites per persona i any pel que fa al metge de família, 4,2 visites per pediatre i 1,7 visites per professionals d'infermeria.

En el quadre 4 s'observa el percentatge de població atesa per grups d'edat i sexe i en el quadre

5 la població atesa a través del Programa ATDOM (atenció domiciliària) al llarg d'aquest any 2009 segons els districtes municipals.

A banda de la informació que subministra l'enquesta de salut de Barcelona comentada en l'apartat anterior, s'utilitzen diferents metodologies d'avaluació (els objectius anuals de la part variable de la compra de serveis del contracte, el *benchmarking* i les dades procedents del Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris; BOTSS) per analitzar els objectius de salut i de qualitat dels serveis d'atenció primària en el marc de diferents dimensions: accessibilitat, capacitat resolutiva, efectivitat i eficiència. Dels resultats de l'avaluació del contracte s'obté informació, entre altres aspectes, de la qualitat i l'activitat

Quadre 4. Percentatge de cobertura poblacional per districtes, sexe i grup d'edat. Barcelona, 2009.

Districtes BCN	% Població atesa de 0-14 anys		% Població atesa de 15 anys o més	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Ciutat Vella	67,7%	67,6%	56,0%	72,2%
Eixample	58,3%	58,9%	60,6%	72,1%
Sants-Montjuïc	68,2%	66,7%	64,1%	76,2%
Les Corts	52,5%	53,0%	54,2%	66,0%
Sarrià-Sant Gervasi	45,1%	44,4%	50,0%	61,3%
Gràcia	60,6%	58,9%	65,2%	78,2%
Horta-Guinardó	69,1%	69,7%	61,8%	72,8%
Nou Barris	81,1%	80,0%	65,8%	77,5%
Sant Andreu	74,5%	74,2%	63,3%	75,3%
Sant Martí	76,9%	77,5%	67,4%	79,6%
Total Barcelona	66,5%	67,1%	61,4%	73,4%

Font: Avaluació AP-integrap.

Quadre 5. Cobertura ATDOM en la població atesa de 75 anys o més. Barcelona, 2009.

Districtes BCN	Població atesa de 75 anys o més	Població atesa de 75 anys o més ATDOM	Població atesa de 75 anys o més al Programa ATDOM
Ciutat Vella	8.319	891	10,7
Eixample	32.245	6.681	20,7
Sants-Montjuïc	17.985	1.658	9,2
Les Corts	7.934	647	8,1
Sarrià-Sant Gervasi	16.324	2.586	15,8
Gràcia	11.678	1.326	11,3
Horta-Guinardó	17.641	1.387	7,9
Nou Barris	17.775	1.568	8,8
Sant Andreu	13.616	1.146	8,4
Sant Martí	21.570	1.795	8,3
Total Barcelona	165.087	19.685	11,9

Font: Avaluació AP-integrap.

Nota: ATDOM: atenció domiciliària.

L'atenció primària de salut

42

resolutiva dels equips d'atenció primària (EAP). Dels resultats de l'avaluació del contracte s'obté informació, entre altres aspectes, de la qualitat i l'activitat resolutiva dels EAP (equips d'atenció primària). Així, per exemple, l'any 2009, del total de pacients hipertensos atesos (vegeu el quadre 6), el 47,4% presenten un control òptim de la tensió arterial (valor superior al 35% recomanat pel Pla de salut de Catalunya). Quant als pacients diabètics atesos, el 65,7% estan ben controlats, xifra que va millorant i que està per sobre de l'estàndard establert (vegeu el quadre 7). Pel que fa a la cobertura de la vacuna antigripal entre la població de més de 59 anys, els valors són força alts, però encara cal fer un esforç per arribar als estàndards recomanats (vegeu el quadre 8).

Entre les activitats comunitàries que els professionals dels EAP realitzen, destaquem les que fan referència al programa «Salut i escola», en què els professionals d'infermeria dels EAP es desplacen als centres docents de referència per atendre la consulta oberta adreçada als joves de 3er i 4t d'ESO. Participen en aquest programa 87 professionals d'infermeria de 65 ABS, que donen cobertura al 84'1% dels centres docents d'ESO. Destaquem també el programa d'activitat física que aquest 2009 s'ha implantat com a prova pilot a Gràcia i Horta-Guinardó, i el desplegament del qual s'està fent de forma progressiva. Amb

referència als circuits contra la violència, aquest any 2009, s'ha consolidat el circuit contra la violència de gènere en el 100% dels districtes i s'ha iniciat la implantació del circuit contra la violència infantil en 5 districtes.

Quadre 6. Percentatge per sexe de les persones hipertenses amb un control òptim de la tensió arterial. Barcelona, 2009.

Districtes BCN	Control òptim TA Dones	Control òptim TA Homes	Control òptim TA Total
Ciutat Vella	47,2%	43,7%	45,7%
Eixample	49,9%	47,8%	49,1%
Sants-Montjuïc	45,0%	47,7%	46,1%
Les Corts	48,4%	47,2%	47,9%
Sarrià-Sant Gervasi	52,3%	51,0%	51,8%
Gràcia	46,5%	44,6%	45,7%
Horta-Guinardó	48,2%	46,9%	47,7%
Nou Barris	47,1%	44,3%	46,0%
Sant Andreu	48,7%	47,0%	48,0%
Sant Martí	47,3%	44,5%	46,1%
Total Barcelona	48,1%	46,6%	47,4%

Font: Avaluació AP-integrap.

Nota: es considera un control òptim de la tensió arterial (TA) quan la TA sistòlica és de <140 mm Hg i la TA diastòlica de <90 mm Hg (la darrera determinació de TA és vàlida quan s'ha fet durant l'any avaluat); en pacients diabètics, es considerarà un control òptim una TA sistòlica de <130 mm Hg i una TA diastòlica de <80 mm Hg).

Quadre 8. Percentatge de cobertura de la vacunació antigripal entre la població major de 59 anys. Barcelona, 2009.

Districtes BCN	Vacuna antigripal >59 anys
Ciutat Vella	51,0%
Eixample	53,5%
Sants-Montjuïc	54,1%
Les Corts	48,4%
Sarrià-Sant Gervasi	47,6%
Gràcia	57,9%
Horta-Guinardó	50,4%
Nou Barris	56,8%
Sant Andreu	54,4%
Sant Martí	56,3%

Font: Avaluació AP-integrap.

Quadre 7. Percentatge per sexe de les persones diabètiques amb bon control de la diabetis mellitus de tipus II (DM). Barcelona, 2009.

Districtes BCN	Control acceptable DM Dones	Control acceptable DM Homes	Control acceptable DM Total
Ciutat Vella	63,7%	58,5%	61,0%
Eixample	68,4%	66,4%	67,4%
Sants-Montjuïc	68,1%	64,3%	66,1%
Les Corts	67,5%	69,2%	68,4%
Sarrià-Sant Gervasi	62,0%	58,8%	60,3%
Gràcia	67,6%	72,4%	70,1%
Horta-Guinardó	67,8%	66,5%	67,1%
Nou Barris	66,4%	61,1%	63,7%
Sant Andreu	68,8%	66,6%	67,6%
Sant Martí	66,8%	63,6%	65,1%
Total Barcelona	67,0%	64,5%	65,7%

Font: Avaluació AP-integrap.

Nota: referència Pla de salut de Catalunya 2002-2005: diabètics atesos (60%) (control diabetis: HbA1c <8%).

L'atenció a les urgències

Una part fonamental del sistema sanitari la constitueixen els serveis d'atenció a les urgències per la pròpia natura d'immediateza que implica el seu ús, per la quantitat d'afluència que registren i per la complexitat de la patologia que atenen.

Les urgències s'atenen als hospitals i en recursos extrahospitalaris com ara l'atenció primària (AP) de salut i els serveis d'emergències mèdiques (SEM). Tots ells s'interrelacionen i els darrers anys s'ha fet un esforç per encaminar les patologies de més baixa complexitat cap a l'àmbit extrahospitalari. Per tal de reforçar-lo es creen centres especialitzats amb personal i recursos que funcionen les 24 hores del dia i s'anomenen CUAP (centres d'urgències d'atenció primària) i han contribuït a disminuir el nombre d'urgències bàsiques que s'atenen als hospitals.

L'activitat de l'any 2009 ha generat 698.467 urgències hospitalàries, un 5,3% inferior a l'any

2007. De fet, la tendència actual és d'estabilitzar-se i, fins i tot, de disminuir-ne l'activitat.

Pel que fa a l'AP s'han atès 338.619 urgències, un 48,2% més que l'any 2007, de les quals una tercera part han estat ateses pels CUAP. S'ha de tenir en compte la presència de la pandèmia de la grip A, que ha afectat bàsicament els mesos d'octubre i novembre del 2009. Quant a les visites domiciliàries, les dades mostren una escassa variació entre el 2007 i el 2009, que es veu complementada pel funcionament de programes com el del malalt crònic i tots els de seguiment de patologies establertes.

El SEM ha mobilitzat 201.550 serveis, que inclouen tant serveis bàsics com serveis avançats. D'altra banda, els serveis d'atenció continuada han disminuït, se'n van fer 36.728 visites (vegeu el quadre 9).

Per grups d'edat, la tipologia de la gent que fa cap a les urgències de l'hospital no ha variat: 3 de cada 10 persones són adults i 4 de cada 10 pacients són pediàtrics. En canvi, les urgències ingressades tenen un comportament invers, un 11% són adults mentre que només un 3,4% són infants.

Quadre 9. Activitat hospitalària i extrahospitalària urgent. Barcelona, 2007- 2009.

Activitat hospitalària	2007	2008	2009	Variació del període 07-09
Urgències ateses	737.325	717.035	698.467	-5,3%
Activitat extrahospitalària				
Atenció primària: visites al centre + CUAP ¹	228.459	211.966	338.619	48,2%
Atenció primària: visites a domicili	98.094	94.377	95.225	-2,9%
SEM: mobilització de serveis	179.918	191.460	201.550	12,0%
SEM: atenció continuada	49.895	40.448	36.728	-26,4%

Font: Facturació, Pla integral d'urgències de Catalunya (Consorci Sanitari de Barcelona, CatSalut) i SEM.

Nota: ¹ Centre d'urgències d'atenció primària.

L'atenció especialitzada hospitalària

44

La xarxa hospitalària pública de Barcelona és àmplia, complerta i d'elevada qualitat. Disposa de deu hospitals d'aguts, tres dels quals són d'alta tecnologia amb capacitat per resoldre una gran varietat de processos de gran complexitat.

L'activitat en els darrers anys ha estat molt estable, amb una taxa d'hospitalització del 88,7 per 1.000 habitants l'any 2009 (població resident a Barcelona). La xifra és lleugerament inferior a la d'altres territoris, ja que l'oferta de sanitat privada a la ciutat és molt àmplia. Si ho analitzem per districtes i sexe s'observen petites diferències, tal com mostra la figura 13. L'activitat global feta pels hospitals l'any 2009 ha estat de 203.436 contactes, similar al 2008 (205.155 contactes). Aquesta xifra inclou l'hospitalització convencional més la cirurgia major ambulatoria (CMA). S'observa una tendència creixent de la CMA, un 24% de les altes són per aquesta modalitat, fet que incrementa l'optimització de recursos i facilita la recuperació dels pacients. Una tercera part de l'activitat correspon a població de fora de la ciutat, xifra que es va repetint i és esperada, en part, per l'elevada concentració de centres d'alta tecnologia a la ciutat.

Les característiques de les persones ingressades per edat i sexe és molt similar al llarg del temps, amb unes taxes d'hospitalització elevades en les

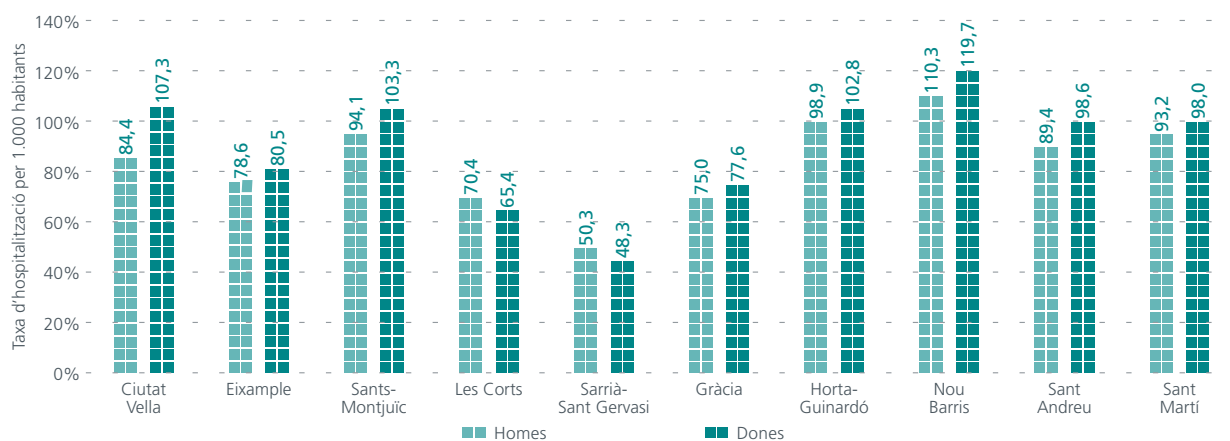
edats extremes de la vida. Cal destacar els homes en tots els grups d'edat, menys en l'etapa fèrtil de les dones on s'incrementen els ingressos per atenció obstètrica. Els diagnòstics mèdics més freqüents són les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits per patologia ocular, seguits de les neoplàsies, les malalties de l'aparell digestiu i les de l'aparell circulatori. Amb relació als procediments quirúrgics, les intervencions més freqüents realitzades són les de l'aparell digestiu, les d'ulls, les musculoesquelètiques, les cardiocirculatòries i els procediments obstètrics en les dones (vegeu el quadre 10).

Quadre 10. Nombre d'hospitalitzacions convencionals, mèdiques i quirúrgiques més freqüents segons el sexe. Barcelona, 2009.

Diagnòstics mèdics	Dones	Homes
Malalties del sistema nerviós	15.186	10.981
Síntomes i signes mal definits	11.952	14.165
Neoplàsies	9.743	11.107
Malalties de l'aparell digestiu	9.171	12.377
Malalties de l'aparell respiratori	8.324	11.227
Procediments quirúrgics	Dones	Homes
Intervencions de l'aparell digestiu	9.268	13.086
Intervencions d'ulls	12.486	9.165
Intervencions musculoesquelètiques	12.513	8.387
Intervencions cardiocirculatòries	6.355	8.311
Procediments obstètrics	11.069	-

Font: Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitalització d'aguts (CMBD-HA), CatSalut.
Nota: classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).

Figura 13. Taxa d'hospitalització en centres públics segons sexe i districte de residència. Barcelona, 2009.



Font: Registre central d'assegurats i conjunt mínim bàsic de dades, CatSalut.

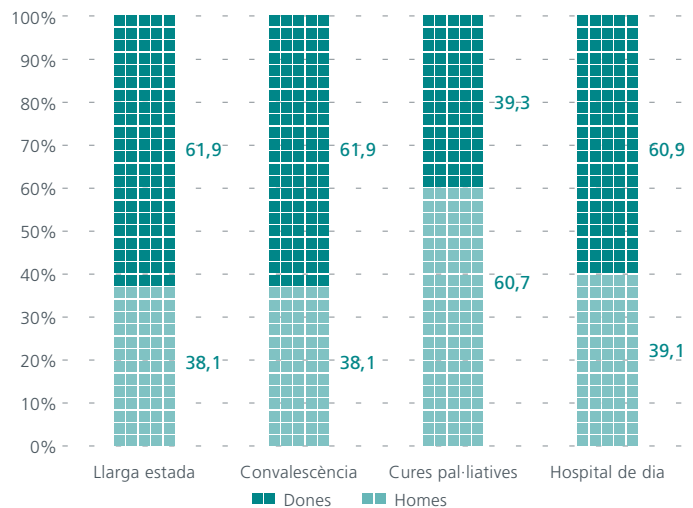
Atenció sociosanitària

La xarxa d'atenció sociosanitària (XAS) s'ha consolidat com la xarxa especialitzada en l'atenció geriàtrica, en la malaltia de l'Alzheimer i altres demències, en les malalties neurològiques que poden cursar amb grans discapacitats, i en la situació final de la vida. La XAS aporta, a més de l'expertesa que ha adquirit en el maneig d'aquests col·lectius, el valor afegit d'un model d'atenció específic i adaptat a les seves característiques i necessitats: centrat en la ciutadania, en l'atenció integral, coordinada, integrada i multidisciplinària, i en una assistència accessible i flexible amb una visió transversal i continuada (vegeu la figura 14). D'altra banda, des del punt de vista de sistema sanitari, contribueix a millorar la qualitat assistencial i l'eficiència.

El desplegament de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència està significat un punt d'inflexió per als serveis sociosanitaris de llarga durada, ja que garanteix una prestació econòmica o en forma de servei a totes les persones que s'ajusten a les característiques definides. D'altra banda, el sobreenvelliment creixent i, consegüentment, la comorbiditat d'aquest segment poblacional, han determinat que la xarxa sociosanitària evolucioni vers una medicalització més elevada per tal d'adaptar-se a les necessitats de la societat i del mateix sistema de salut. En aquest marc es tendeixen a potenciar els recur-

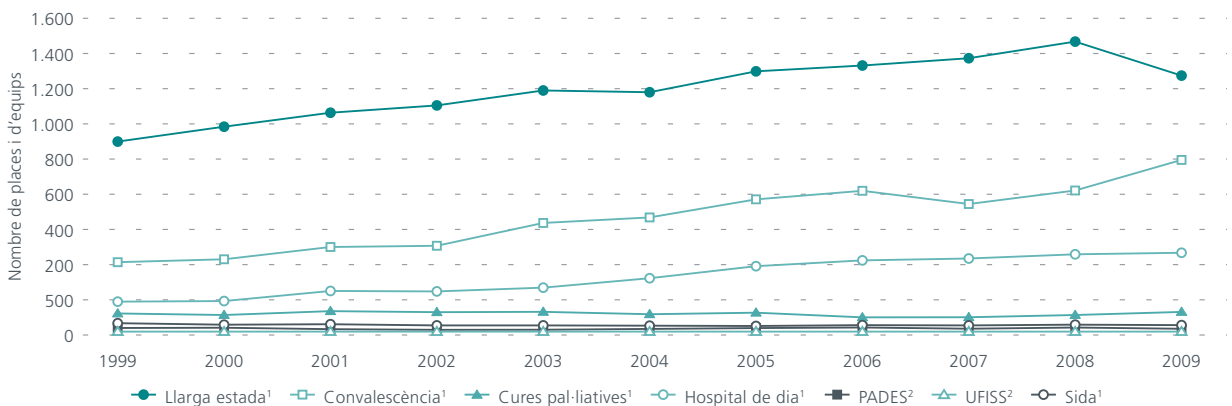
sos sociosanitaris d'internament més medicalitzats, amb més rotació i més capacitat resolutiva. Des de l'any 2000, a la ciutat de Barcelona s'ha incrementat un 134% en la convalescència i un 22,1% les cures pal·liatives, mentre que l'increment del nombre de places de llarga estada ha estat del 26% (vegeu la figura 15). Pel que fa als serveis sociosanitaris de suport comunitari s'han prioritzat les actuacions a aquest àmbit: PADES, serveis ambulatoris especialitzats en geriatría i demèn-

Figura 14. Distribució de les persones ateses als centres sociosanitaris segons el sexe. Barcelona, 2009.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMDB-SS), CatSalut. Resultats de l'avaluació 2008.

Figura 15. Evolució dels recursos sociosanitaris. Barcelona, 1999-2009.



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

Notes: ¹ Nombre de places en els recursos d'internament. ² Nombre d'equips.

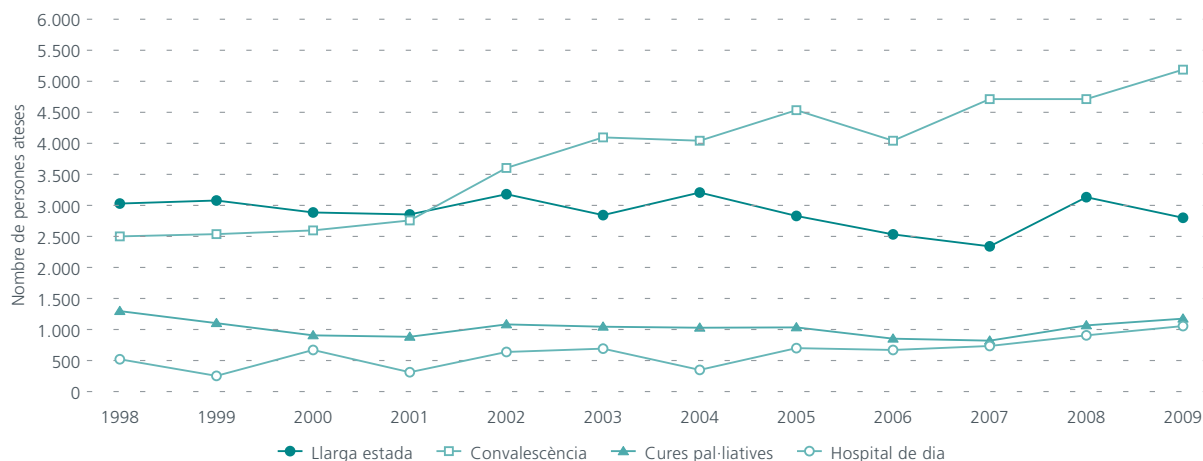
Atenció sociosanitària

46

cies, i hospitals de dia. El seu creixement en els darrers anys ha estat del 160%. També durant l'any 2009 s'ha iniciat a Barcelona el pilotatge d'un projecte demostratiu de suport geriàtric a les residències socials amb l'objectiu de millorar l'atenció en salut a les persones institucionalitzades en aquests equipaments que, actualment, sobrepassen els 15.000 a la ciutat.

Durant l'any 2009 s'han atès 10.237 persones en els recursos d'internament: 2.775 en llarga estada, 5.187 en convalescència i 1.193 en cures pal·liatives. L'estada mitjana ha estat de 203 dies en llarga estada, 55 dies en convalescència i 24 dies en cures pal·liatives. A l'hospital de dia s'han atès 1.082 persones (vegeu la figura 16). Pel que fa als equips de suport especialitzat, els PADES, han atès 3.364 persones. L'edat mitjana de les persones ateses ha estat de 76 anys en llarga estada, de 79,4 en convalescència i de 74,6 en cures pal·liatives.

Figura 16. Evolució del nombre de persones ateses als centres sociosanitaris. Barcelona, 1998-2009.



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

L'atenció a la salut mental i les addiccions

La salut mental

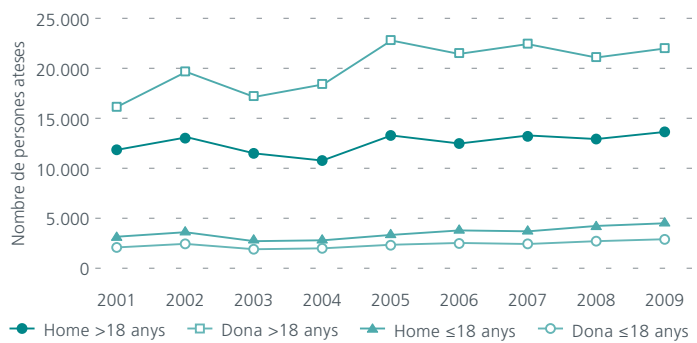
A Barcelona l'any 2009, s'han atès 34.925 persones als centres de salut mental d'adults, i 7.239 als centres de salut mental infantil i juvenil. L'increment progressiu del desplegament de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut i la millora de la capacitat de l'atenció primària per donar resposta als problemes de salut mental no severs estan permetent augmentar l'abast d'atenció a la població amb trastorns mentals severs (TMS) als centres de salut mental.

Actualment el Programa del nou model de suport a l'atenció primària està implementat en un 50% als centres de salut mental d'adults (CSMA) (Esquerra Eixample, Dreta Eixample, Poble Sec, Sants, Horta, Nou Barris Nord, Nou Barris Sud i Sant Andreu) i en un 40% als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) (Eixample, Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó i Nou Barris). En la figura 17, s'observa un increment progressiu de la població atesa als centres de salut mental amb patologies severes, gràcies també al desplegament del Programa d'atenció a persones amb trastorns mentals severs i del Programa d'atenció a la població infantil i juvenil amb trastorn mental greu (TMG). Del 22,2% de pacients adults

amb trastorns severs atesos el 2005 s'ha arribat al 27,4% el 2009, i del 4,2% de pacients infantils i juvenils amb trastorns greus atesos el 2005, s'ha arribat al 8,7% el 2009.

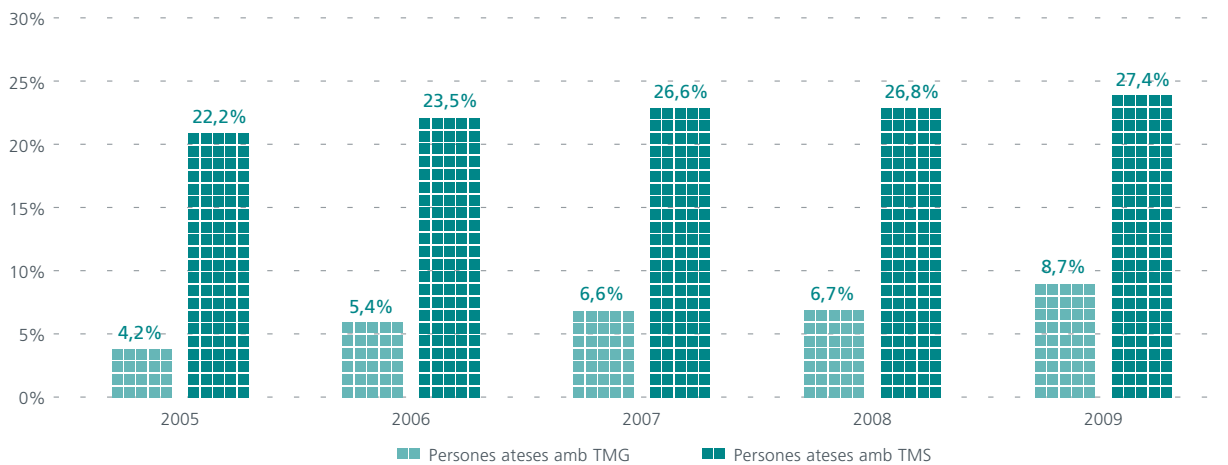
En la figura 18, es visualitza l'increment de la població atesa als centres de salut mental del període 2001 al 2009, que ha passat d'un total de població infantil i juvenil atesa de 5.444 el 2001 a 7.549 el 2009 (increment del 38,7%), i d'un total de població adulta atesa de 28.076 el 2001 a 35.853 el 2009 (increment del 27,7%). L'any 2009, de les persones ateses als centres de salut mental infantil i juvenil, el 61,8% han estat de sexe masculí i el 39,2% han estat de sexe femení. En com-

Figura 18. Població atesa als centres de salut mental per grups d'edat i sexe. Barcelona, 2001-2009.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos de salut mental (CMBD-SM), CatSalut.

Figura 17. Persones ateses als centres de salut mental amb trastorn mental greu i trastorn mental sever. Barcelona, 2004-2009.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de recursos de salut mental (CMBD-SM), CatSalut.

L'atenció a la salut mental i les addiccions

48

paració, dels atesos als centres de salut mental d'adults, el 61,8% han estat dones i el 38,2% han estat homes. Així, també, les visites a Barcelona per part de la població adulta han estat del 7,9%, amb una freqüentació per 1.000 habitants del 24,3. Pel que fa a la població infantil i juvenil, les visites han estat del 10,2%, amb una freqüentació per 1.000 habitants del 27,5.

Cal destacar que aquestes raons a Barcelona es mantenen superiors a la mitjana de la regió sanitària de Barcelona, donat que la raó de visites de la població infantil i juvenil ha estat del 8,3 i del 7 en la població adulta. És fonamental destacar el gran esforç fet en els últims anys quant a l'augment dels recursos destinats a salut mental, concretament, hi ha hagut un increment del 103,4% de la inversió en la compra de serveis de salut mental a la ciutat (de 41 milions d'euros el 2004, a 83 milions d'euros el 2009). Això ha possibilitat un increment de places als hospitals de dia i als centres de dia, el desplegament de nous programes als centres de salut mental, l'augment de llits d'hospitalització i la creació de nous equipaments.

Les addiccions

Tractaments per abús o dependència de substàncies psicoactives

En la taula 2 (vegeu pàgina 103), es pot veure l'activitat realitzada als centres de tractament

de drogues gestionats per l'Agència de Salut Pública de Barcelona. El nombre de primeres visites als centres de tractament municipal ha anat en augment des de l'any 2001. S'ha passat de 2.299 inicis de tractament l'any 2001 a 3.161 l'any 2009, xifres que impliquen un increment del 37,5%. Aquests noves persones són principalment dependents d'alcohol (1.259), de cocaïna (769) i d'heroïna (431). Tanmateix, aquests patrons han anat canviant al llarg dels anys i, si bé l'any 2009 hi ha un lleuger repunt dels inicis per consum d'heroïna, la tendència dels inicis per heroïna ha anat decreixent mentre que la tendència per consum de cocaïna ha anat augmentant al llarg dels darrers anys.

Si ens fixem en el nombre de persones en tractament es pot veure que el volum de persones difereix molt segons la substància. Així, s'observa que el principal volum de persones en tractament són les persones dependents d'alcohol (2.475) i d'heroïna (2.124). A més, aquestes també són les qui generen un volum més alt d'activitat al centre. Les visites successives per alcohol i heroïna passen les 74.000 visites l'any, mentre que les visites successives per cocaïna no arriben a les 60.000 (54.297 visites). D'aquesta manera, el gran volum de visites segueixen essent les visites de persones dependents de l'heroïna que estan en tractament amb metadona. Tot i així, any rere any han anat augmentant el nombre de visites de les persones consumidores de cocaïna i alcohol. En aquest sentit, les visites successives per alcohol han passat de 36.396 l'any 2001 a 74.810 l'any 2009 (vegeu taula 2, pàgina 103).

La mortalitat per reacció aguda adversa a drogues il·legals

El nombre absolut de morts per reacció aguda adversa a drogues il·legals s'ha mantingut estable al llarg dels anys, al voltant dels 80 morts. L'any 2007 i l'any 2008 hi va haver una davallada en el nombre de morts, 66 l'any 2007 i 48 l'any 2008, tanmateix, veiem que l'any 2009 s'ha tornat als nivells d'anys anteriors (84). Si mirem la proporció de defuncions amb presència d'opiacis i benzodiazepines, podem

Quadre 11. Nombre de defuncions per reacció aguda adversa a drogues il·legals segons la substància. Barcelona, 2001-2009.

Nombre de defuncions	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Opiacis	16	16	13	15	14	17	10	6	12
Opiacis i benzodiazepines	25	9	14	10	16	13	8	4	12
Opiacis i cocaïna	14	18	21	26	16	12	10	12	20
Opiacis, cocaïna i benzodiazepines	26	14	16	12	19	16	15	4	13
Cocaïna	2	6	8	5	7	11	10	8	11
Cocaïna i benzodiazepines	2	2	4	2	5	1	5	3	3
Altres ¹	2	7	7	3	3	11	8	10	13
Total	87	74	84	73	80	85	66	48	84

Font: Sistema d'informació sobre drogues. Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: s'ha considerat una droga principal d'urgència; en els casos en què n'hi ha més d'una, s'ha considerat la droga amb més risc. ¹ Altres: amfetamines, drogues de disseny, benzodiazepines i altres substàncies psicoactives.

veure que ha augmentat en comparació de l'any anterior (vegeu el quadre 11). En aquest sentit, han passat de representar un 16,7% de les defuncions a representar un 29,8% l'any 2009. Aquesta dada torna a situar la proporció de defuncions per consum d'opiacis i benzodiazepines al voltant del 30% (34,8% el 2007 i 34,1% el 2006). Una dada remarcable és que la proporció de defuncions amb presència d'algun opiàci (heroïna, metadona, etc.) que havia disminuït des de l'any 2001 —on va passar d'un 93,1% a un 65,2% l'any 2007—, es manté estable l'any 2009 i se segueix situant prop del 65% de les morts (67,9%). Finalment, i contràriament a la tendència d'altres substàncies, la presència de cocaïna sola ha augmentat durant els últims anys i ha passat de ser d'un 2,3% l'any 2001 a un 13,1% l'any 2009.

Integració i coordinació

Durant el període 2007-2009, s'han posat en marxa els Comitès Operatius de Salut Mental i

Addiccions (COSMIA) a: Barcelona Nord, Barcelona Dreta, Barcelona Esquerra i Barcelona Litoral-Mar. Aquests comitès són l'espai formal de coordinació entre el CatSalut i els proveïdors de serveis de salut mental i tractament de les addiccions, on els professionals exerceixen un veritable lideratge, definint prioritats i actuacions.

Al Comitè de Barcelona Esquerra, s'ha treballat l'avaluació del Programa del nou model de suport a l'atenció primària i s'ha consolidat el Programa de psicosis incipient amb un total de 218 persones incloses en el programa el 2009: 127 de les quals eren nous casos, amb una mitjana d'edat de 24 anys i un 67% d'homes. Al Comitè de Barcelona Dreta cal destacar la consolidació del Programa de prevenció contra el suïcidi, amb un total de 567 pacients atesos en el període 2006-2009. Al Comitè de Barcelona Nord, cal destacar la millora en la coordinació del pacient amb problemes de salut mental i comorbiditat orgànica, i per part del Comitè Litoral-Mar, cal destacar la millora de l'aliança entre els recursos de salut mental i dels recursos d'addiccions, juntament amb els centres de dia i els hospitals de dia.

En general, destacaríem com a resultat dels COSMIA, la millora de projectes i la coordinació dels programes assistencials, fet que garanteix una coordinació i aliança territorial més efectiva per donar resposta als problemes de salut de més complexitat.

La prestació farmacèutica

Dades generals sobre la prestació farmacèutica

L'increment en la prescripció en receptes mèdiques del CatSalut respecte a l'any 2008 ha estat d'un 0,9% en receptes i un 0,4% en import. Aquest increment és inferior a l'observat en períodes anteriors.

Utilització per subgrups terapèutics

En la figura 19 (vegeu pàgina 50) es presenten les dosis de 1.000 habitants/dia (DHD) dels 15 primers subgrups farmacològics amb un consum més elevat en envasos separats per sexe. Així, doncs, trobem els subgrups més utilitzats: els antiulcerosos (103,4 DHD total), els hipolipemiant (70,5 DHD) seguits dels antidepressius (69,1 DHD) i els IECA monofàrmacs (67,1 DHD). Podem veure que, per sexe, les dones en consumeixen més que els homes en alguns grups. Aquesta diferència en DHD és més gran en els grups dels antidepressius (56,0 DHD),

La prestació farmacèutica

50

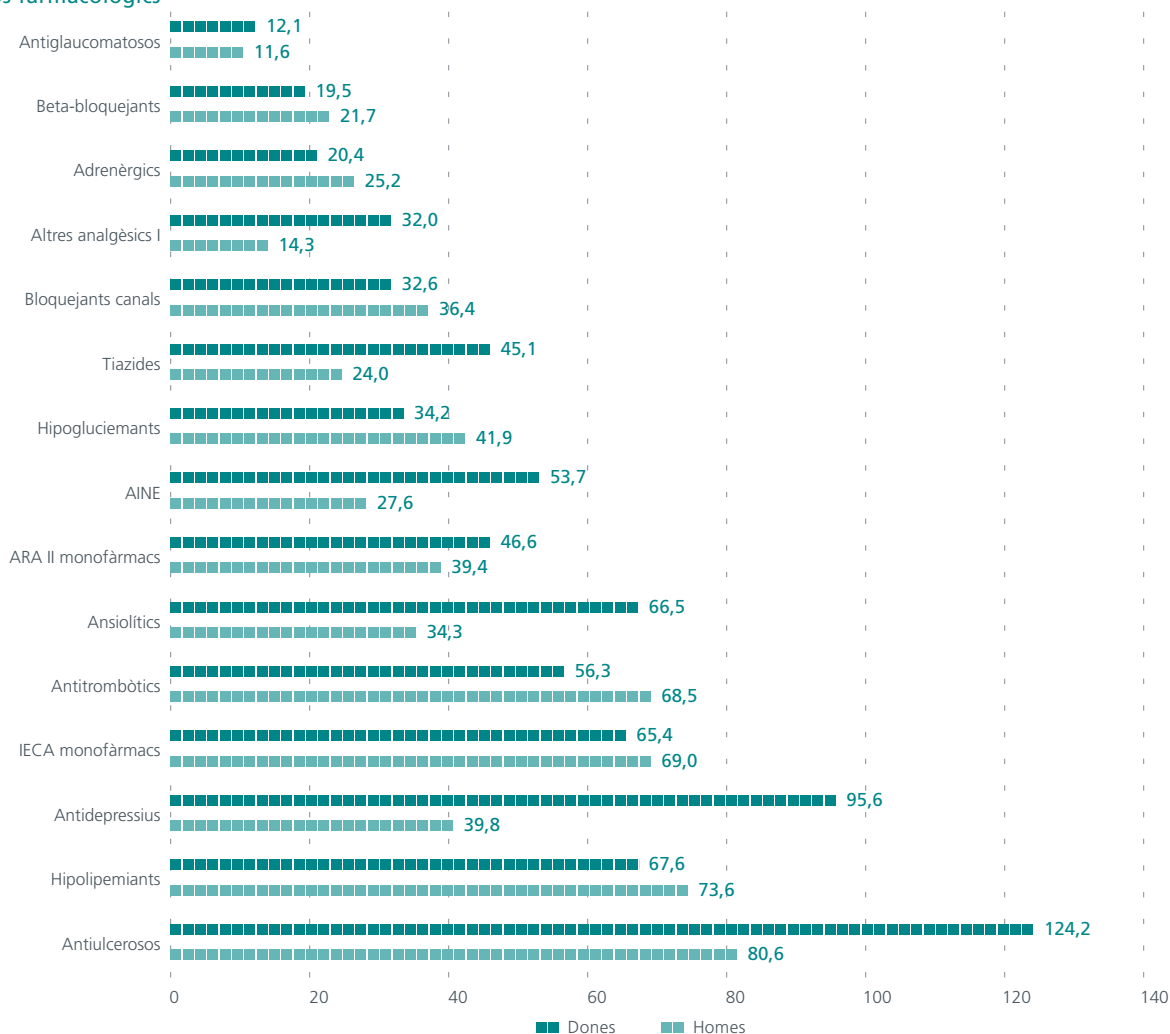
els antiulcerosos (43,6 DHD), els ansiolítics (32,1 DHD) i els antiinflamatoris o AINE (26,1 DHD). En canvi, en aquells casos amb valors superiors en els homes, les diferències són menors. Per exemple, els antitrombòtics (12,1 DHD), els hipoglucemiant orals (7,7 DHD) i els hipolipemiant (6 DHD) mantenen valors de diferència molt per sota que els observats en el sexe femení.

Consum d'envasos per trams d'edat i sexe

En la figura 20 (vegeu pàgina 51) podem veure en percentatge el volum d'envasos prescrits per trams d'edat i sexe. Podem observar que, en general, les dones tenen un consum més elevat excepte els nens de la franja d'edat de 0 a 14 anys. La diferència s'accentua més en el tram d'edat dels majors de 85 anys; això es podria explicar per un nombre més elevat de dones en aquest grup d'edat.

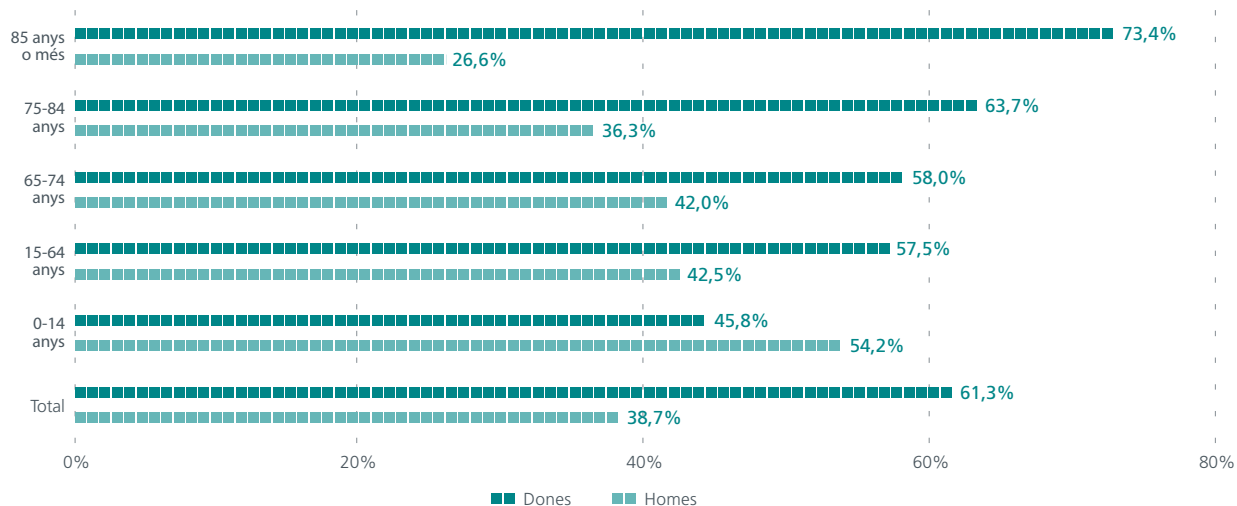
Figura 19. Consum en DHD segons el sexe. Barcelona, 2009.

Grups farmacològics



Font: Datamart de la prestació farmacèutica del CatSalut.
Nota: DHD: dosi per 1.000 habitants i dia.

Figura 20. Consum d'envasos segons el sexe i l'edat. Barcelona, 2009.



Font: Datamart de la prestació farmacèutica del CatSalut.

Les accions en salut pública

En aquest apartat s'assenyalen dues de les accions que l'Agència de Salut Pública ha portat a terme com a reflex d'alguna de les seves línies de treball. En primer lloc, l'abordatge d'un problema de salut d'origen infecciós a partir de la complementarietat de diverses accions. Això inclou la mateixa acció de salut pública, però també la d'entitats i del món empresarial, així com la de serveis sanitaris, concretament l'atenció primària. La segona acció que es presenta, exemplifica la necessitat creixent del treball intersectorial, de tal manera que agents no sanitaris inclouen en els seus objectius de planificació, de forma explícita, aconseguir millores en la salut de la població, com ha succeït amb el programa ACTIVA'T, de l'Institut Barcelona Esports.

Vacunació contra l'hepatitis A en homes que tenen sexe amb homes als centres d'atenció primària

Des del 2004, de forma interrompuda, i des del 2007, de forma continuada, s'està duent a terme a Barcelona un Programa de vacunació contra l'hepatitis A en homes que tenen sexe amb homes (HSH) al centre de vacunacions de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i en saunes i locals gai, en col·laboració amb entitats comunitàries. Fins el mes de juny del 2009 s'han vacunat 2.723 homes, i s'estima una cobertura vacunal entre el 18% i el 71%. Tot i la intervenció comunitària, entre el setembre del 2008 i el juliol del 2009 es va declarar un brot d'hepatitis A a la ciutat que va afectar 191 casos, dels quals 181 eren HSH. El 58% dels afectats pel brot referia no conèixer la recomanació de vacunar-se i el 20% la coneixia però no havia volgut vacunar-se. L'estudi del brot va permetre identificar que els usuaris dels locals en els quals s'oferia la intervenció comunitària no havien estat gaire afec-

Les accions en salut pública

52

tats. Al contrari, un 32% dels afectats va declarar que utilitzava discoteques i bars per posar-se en contacte amb parelles sexuals, el 22% ho feia mitjançant Internet i el 19% utilitzava les saunes.

Davant aquesta informació i amb l'objectiu d'augmentar la cobertura vacunal, prevenir nous brots en el col·lectiu, millorar l'atenció sanitària dels HSH i contribuir a normalitzar la diversitat sexual en el sistema d'atenció sanitària, es va dissenyar una nova campanya de comunicació amb el Consorci Sanitari de Barcelona com a agent dels serveis de salut i amb les entitats comunitàries de treball amb VIH/sida i de suport als HSH. La campanya de comunicació incloïa la difusió de la recomanació de vacunar-se mitjançant cartells i targetes als CAP, entitats, locals d'oci gai diürns i nocturns i farmàcies interessades, així com la seva difusió mitjançant bàners en pàgines web gais. La campanya de vacunació implicava la participació en la vacunació dels HSH susceptibles del personal sanitari dels CAP, a més del centre de vacunacions de l'ASPB, com es feia fins ara.

Figura 21. Cartell del Programa ACTIVA'T.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona.

El programa ACTIVA'T com a exemple de col·laboració intersectorial

Per tal d'envellir de forma saludable es recomana que les persones grans facin 30 minuts o més d'activitat aeròbica d'intensitat moderada o intensa, la majoria o preferiblement tots els dies de la setmana, i que els combinin amb exercicis de tonificació muscular, estiraments o equilibris. A Barcelona, el percentatge de persones que segueix aquestes recomanacions està per sota del 20%, segons dades de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006.

En aquest context, per facilitar l'activitat física entre les persones grans, i com un exemple de col·laboració intersectorial, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, l'Institut Barcelona Esports (IBE), l'Àrea de Medi Ambient i el Consorci Sanitari de Barcelona han dissenyat i endegat el programa ACTIVA'T als parcs de Barcelona. Aquest consisteix a practicar activitat física monitoritzada a 10 parcs de la ciutat, un per districte, i es dirigeix fonamentalment a les persones més grans de 40 anys.

Amb dues sessions setmanals d'una hora, el programa ACTIVA'T combina activitats de tai-txi i txi-kung —gimnàstiques orientals que treballen la forma física, la respiració, la relaxació, la mobilitat articular, la consciència corporal, la coordinació i l'equilibri—, amb caminades senzilles que permeten treballar la resistència aeròbica, la respiració, l'agilitat i l'equilibri, i que es complementen amb exercicis d'atenció i de memòria amb propostes que tenen com a referència les estacions de l'any.

A la tardor de 2008, l'activitat es va iniciar a tres parcs de la ciutat (la Guineueta, el parc de la Primavera i Joan Miró). Després d'una campanya de comunicació amb tríptics i cartells als centres sanitaris, els centres cívics, les seus dels districtes, les biblioteques i els comerços dels barris respectius, els participants van augmentar considerablement. Al febrer de 2010, el programa estava implantat a sis parcs i al juny de 2010, als 10 parcs previstos.

La majoria de les persones que han participat en alguna ocasió en el programa ACTIVA'T són dones (82,4%) i la seva edat mitjana és de 67,8 anys. La majoria té com a màxim nivell d'estudis l'ensenyament primari (63%). La forma més freqüent de conèixer el programa ha estat la informació per part de persones properes (45%), seguida pels fullets (20%). A mesura que ha passat el temps, s'ha incrementat el nombre de participants. Ha calgut crear nous grups en dos parcs. El nivell de satisfacció ha estat molt alt. Menys del 5% considera inadequats el lloc de l'activitat o l'horari i més del 95% afirma que el/la monitor/a domina l'activitat que imparteix, motiva per cuidar la salut, manté un bon ambient de grup i és puntual. Finalment, amb relació al possible efecte sobre la salut que pugui tenir la participació en el programa ACTIVA'T, el 83% de les persones enquestades afirma sentir-se molt millor que abans de començar.

Avaluació del Pla de salut

Introducció: resum de la situació

En aquest apartat s'analitza la situació actual i l'evolució temporal que hi ha hagut a Barcelona dels indicadors relatius als objectius de salut plantejats en el Pla de salut de Catalunya 2002-2005, que tenen l'any 2010 com a horitzó, la qual cosa aporta una visió dels canvis en l'estat de salut de la població.

Amb la informació disponible de l'any 2009, es pretén avaluar el grau d'assoliment dels indicadors dels objectius generals que pertanyen als eixos estratègics 1, 2 i 3 del Pla de salut de Catalunya en l'horitzó del 2010 a la ciutat de Barcelona. També es pretén descriure l'evolució i l'estat actual d'alguns dels indicadors més importants d'aquests objectius generals i estimar les tendències dels indicadors seleccionats des de l'any 2000 fins l'any 2010.

Les fonts d'informació utilitzades per a la realització del seguiment i l'avaluació dels objectius en salut han estat les fonts de dades de base poblacional disponibles a la ciutat de Barcelona, a l'Agència de Salut Pública de Barcelona, a l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) i al Consorci Sanitari de Barcelona. Per a cada indicador es mostren dades des de l'any 1995, any en què comencen a estar disponibles. Per estimar les tendències temporals s'ha pres com a referència el punt de partida de l'any 2000 i un punt corresponent a l'última dada disponible, que varia entre el 2006 i el 2008, segons la disponibilitat de les dades per construir l'indicador. Es contrasten les tendències amb el valor de l'indicador fixat en l'horitzó 2010, la qual cosa permet valorar el grau d'assoliment.

Com a conseqüència, i pel que fa al grau potencial d'assoliment, l'any 2010 a la ciutat, es poden destriar de manera molt general tres grans tipus d'objectius (vegeu la taula 3, pàgina 104):

- + Els que semblen assolibles mantenint els esforços. Una gran part dels objectius de salut entren dins d'aquesta categoria: 50% en el primer eix, 71% en el segon eix i 44% en el tercer eix. Hi destaquen els relatius a la morta-

litat per malalties de l'aparell circulatori i la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys.

- + Els que requereixen un esforç especial per assolir-los en pocs anys, evidentment, ja després del 2010. Aquests indicadors tenen una tendència estable o bé s'està en la tendència desitjada, en un nivell de, com a mínim, el 50% del canvi esperat. Hi destaquen objectius relacionats amb lesions per accident de trànsit, salut maternoinfantil i prevalença de l'activitat física. Dins d'aquesta categoria es troben el 20% dels indicadors del primer eix, el 10% del segon i el 35% del tercer.
- + 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 s'hi puguin esmerçar. Es tracta d'indicadors amb una tendència actual desfavorable o favorable, però inferior al 50% del canvi esperat. En general, són objectius que, per arribar a ser assolits, demanen canvis socials d'una magnitud tal que no és possible d'assolir dins dels terminis definits. Hi destaquen els relatius a la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori, i la mortalitat per lesions per accident de trànsit de vehicles de motor. Dins d'aquesta categoria es troben el 30% dels indicadors del primer eix, el 19% del segon i el 21% del tercer.

Cal aclarir que en la taula dels objectius generals no s'han inclòs 58 objectius generals per falta d'informació (per exemple, els relacionats amb l'alimentació, la salut bucodental, etc.) o perquè no era pertinent (per exemple, els objectius relacionats amb els camps o les granges d'animals a Barcelona). Aquests objectius corresponen solament a l'eix 2 (n = 21) i a l'eix 3 (n = 37).

Evolució i estat actual, l'any 2009, d'alguns dels indicadors dels objectius generals

A continuació es presenten la situació actual i l'evolució temporal d'alguns exemples d'indicadors més significatius relatius als objectius de salut per a l'any 2010 que hi ha hagut a Barcelona.

EIX 1. Polítiques del Govern: el compromís intersectorial en la salut

Objectiu. Reduir en un 50% la mortalitat per lesions per accidents de trànsit de vehicles de motor en els homes i les dones de 15 a 24 anys.

La mortalitat per accident de trànsit en aquest grup d'edat, com en la majoria dels grups estudiats, ha anat disminuint, i la previsió és que, tant per a homes com per a dones, s'assoleixi l'objectiu de disminuir en un 50% les taxes al 2010 en comparació de les del 2000 (vegeu la figura 22, pàgina 54).

Avaluació del Pla de salut

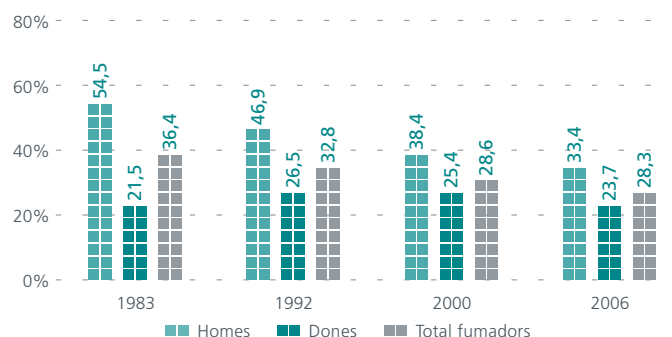
54

EIX 2. Polítiques de salut: afavorir les eleccions saludables dels ciutadans

Objectiu. Reduir la prevalença de tabaquisme entre la població de 15 i més anys fins al 28%. La prevalença de tabaquisme en la població de Barcelona ha disminuït des de l'any 1983 fins l'any 2006; any en què la prevalença era del 28,3% (vegeu la figura 23). Amb aquesta tendència podem dir que és probable l'assoliment de l'objectiu al 2010 per al total de la població. L'anàlisi per sexes mostra un comportament diferenciat en homes i en dones. S'observa un augment de prevalences en les dones entre el 1983 fins al 1992 (del 21,5% al 26,5%, respectivament), entre el 1992 i el 2000 no va canviar gaire, i al 2006 es va registrar un descens amb una prevalença del 23,7%. L'evolució de les prevalences de tabaquisme en homes mostra un descens que s'ha mantingut des del 1983, amb una prevalença del 54,5%, fins al valor del 33,4% l'any 2006.

Objectiu. Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen més de 30 minuts diaris per sobre del 75%. Al 2006 un 51,4% de les dones i un 49,4% dels homes declaraven caminar més de 30 minuts tots els dies. Encara que no tenim tendències, considerem que amb aquestes prevalences l'objectiu és difícilment assolible.

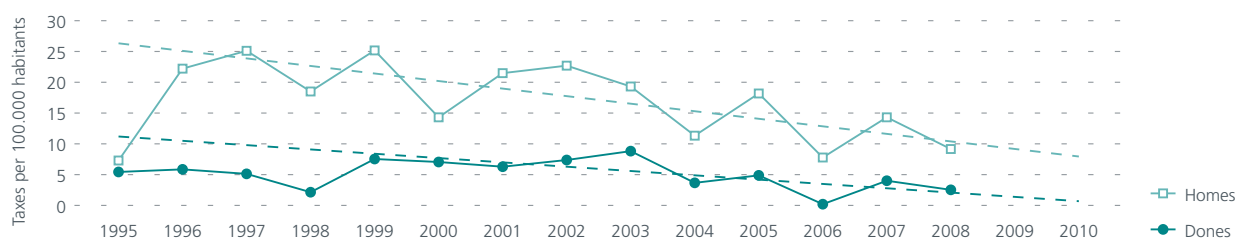
Figura 23. Prevalença de tabaquisme¹ en la població en el grup d'edat de 15 anys o més. Barcelona, 1983-2006.



Font: ESB 1983-2006, Agència de Salut Pública de Barcelona.

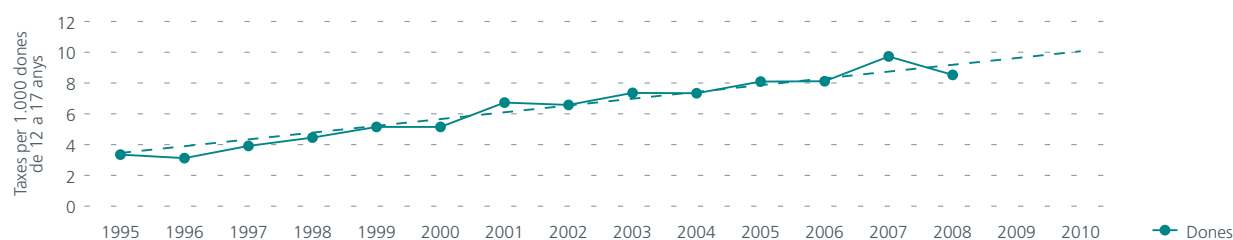
Nota: ¹ La prevalença de tabaquisme s'ha calculat amb el nombre de fumadors habituals (almenys un cop al dia) i de fumadors ocasionals (fumador de menys d'una vegada al dia).

Figura 22. Taxes de mortalitat per lesions per accidents de trànsit de vehicles de motor en el grup d'edat de 15 a 24 anys. Barcelona, 1995-2008.



Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona. Nota: inclou tendències calculades a partir de l'any 2009.

Figura 24. Taxa d'embarassos en dones de 12 a 17 anys. Barcelona, 1995-2008.



Font: Registre de naixements i defectes congènits de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona. Nota: inclou tendències calculades a partir de l'any 2009.

EIX 3. Polítiques de serveis: per a la millora de la qualitat

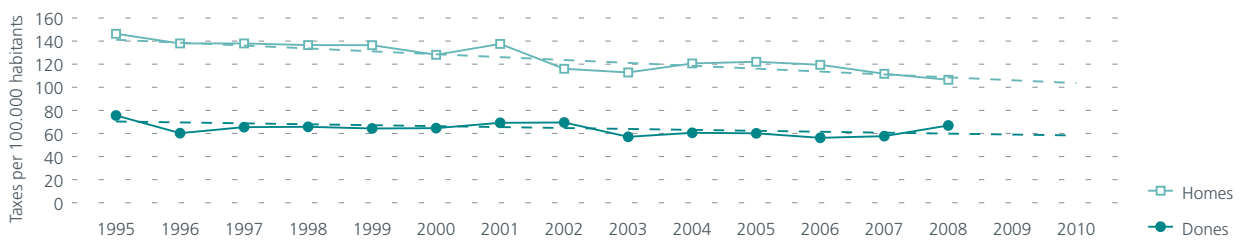
Objectiu. Disminuir l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota de 7 per 1.000. Pel que fa als embarassos en adolescents, si prenem com a tals els que es produeixen en dones d'entre 14 i 17 anys (vegeu la figura 24, pàgina 54), s'observa una tendència a l'increment, tot i que del 2007 al 2008 hi ha hagut un descens. L'important augment que hi va haver entre el 1995 i el 2007 ocasiona una tendència d'augment, calculada a partir del 2000. No és possible estimar amb certesa quin serà el grau d'assoliment el 2010, però s'hauria de continuar fent esforços per mantenir la tendència descendent dels darrers anys. Cal tenir en compte que, en les dones de 18-19 anys, els embarassos i els naixements segueixen creixent.

Objectiu. Reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%.

La mortalitat per càncer en menors de 65 anys ha disminuït en homes en els darrers anys, mentre que en les dones s'ha mantingut estable, amb una lleu tendència al descens, tot i que del 2007 al 2008 hi ha hagut un augment (vegeu la figura 25). Es preveu una reducció total entre l'any 2000 i 2010 al voltant del 15%, com ha succeït en les dones en els últims anys, i es preveu una reducció entre l'any 2000 i 2010 per sobre del 15% en ambdós sexes (més del 15% en homes i menys del 15% en dones).

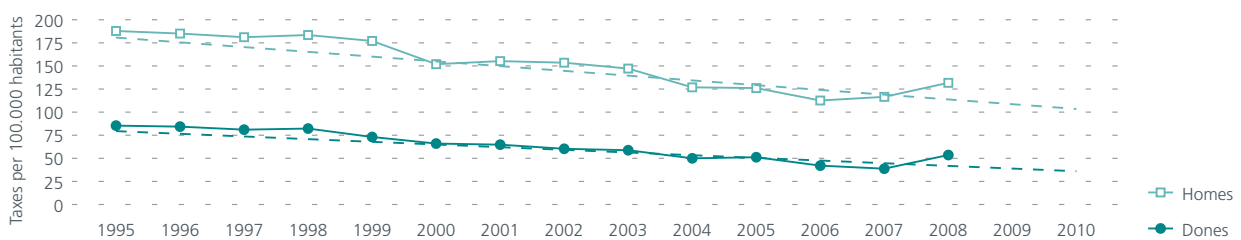
Objectiu. Reduir la mortalitat per malaltia coronària en un 15%. Tant en els homes com en les dones, la mortalitat per aquesta malaltia ha experimentat un important descens en els últims 13 anys (vegeu la figura 26). Tot i que des del 2007 al 2008 hi ha hagut un augment, l'important descens que hi va haver entre el 1995 i el 2007 ha generat una tendència al descens. Ja entre el 2000 i el 2008, la reducció observada superava el 15% i, en conseqüència, probablement s'assolirà l'objectiu previst per a l'any 2010.

Figura 25. Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer en els menors de 65 anys. Barcelona, 1995-2008.



Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona. Nota: inclou tendències calculades a partir de l'any 2000.

Figura 26. Taxa estandarditzada de mortalitat per malaltia coronària segons el sexe. Barcelona 1995-2008.



Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona. Nota: inclou tendències calculades a partir de l'any 2000.



La nostra salut

57

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

L'excés de pes i l'obesitat

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental i les addiccions

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

L'avaluació del Pla de salut

La nostra salut

La salut percebuda

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

La gestió de la grip A/H1N1

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample

Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012

L'estat de la situació de l'atenció a les persones amb dependència

La salut a Barcelona 2009 en xifres

La salut percebuda

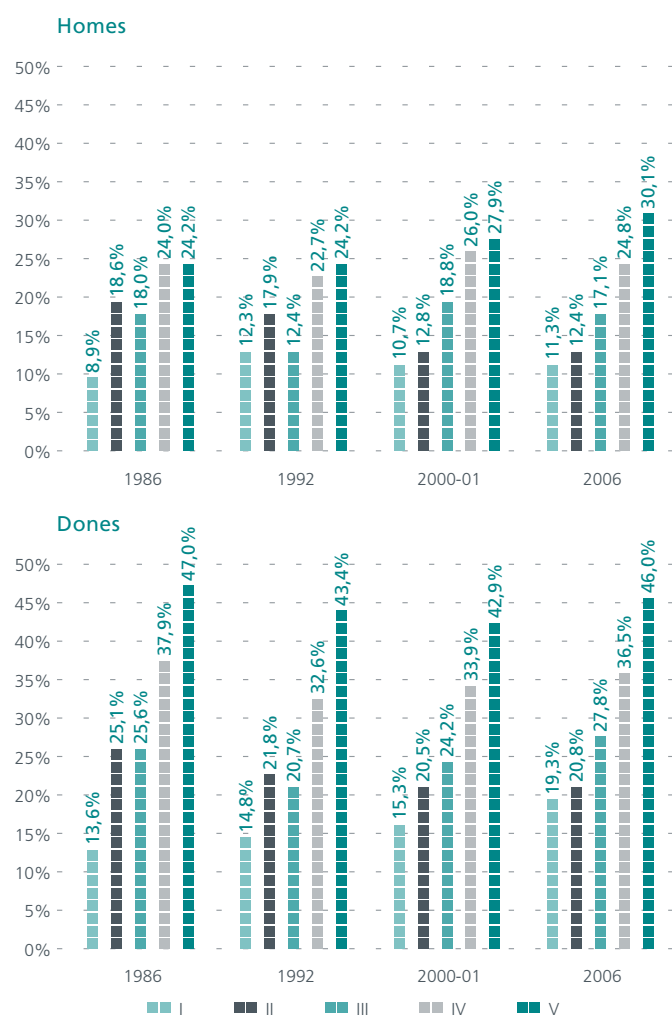
58

L'existència d'un gradient en salut segons la posició socioeconòmica és un dels fets més ben recolzats per l'evidència científica. Si prenem la salut autopercebuda com a indicador de la salut general de la població, es constata que Barcelona també segueix aquest patró de desigualtat. En la figura 1, es relaciona el mal estat de salut amb la classe social i es mostra com les persones de classes menys afavorides tenen un pitjor estat de salut al llarg dels anys, tant en homes com en dones. S'observa que les dones declaren un estat de salut pitjor que els homes segons la classe social i l'any.

Interessa, també, conèixer si hi ha hagut un increment o no de les desigualtats en salut. La figura 1 compara l'estat de mala salut autopercebuda recollida en les edicions de l'Enquesta de salut del 1986 al 2006. La desigualtat per classe social que es mostra visualment es manté en els anys. Les dones tenen un gradient de mala salut entre classes socials més pronunciat que els homes; el risc atribuïble entre la classe V i la I al 1986 és de 16,8, mentre que en els homes és de 10,9 punts en termes absoluts. L'evolució d'aquest risc millora entre el 1986 i el 2006, ja que passa de 16,8 punts en les dones a 10,9 punts i, en els homes, de 11,3 a 7,5 punts, tot i que aquesta disminució en el gradient és a causa d'un empitjorament entre les de la classe I i no tant per una millora de les classes IV i V, com seria desitjable. En canvi, els homes presenten globalment un millor estat de salut, amb un empitjorament de la salut en les classes IV i V i una millora en la classe II. L'impacte del possible envelliment de la població no afectaria a les dades, ja que aquestes es presenten estandarditzades per edat.

Amb tot, es pot dir que al llarg d'aquests anys es manté estable l'estat de salut autopercebut de la població de Barcelona, i també les prevalències per classe social.

Figura 1. Evolució de la salut autopercebuda (regular, dolenta, molt dolenta) segons la classe social i el sexe. Barcelona, 1986-2006.



Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes de salut de Barcelona.

Nota: dades estandarditzades per edat (població de referència: any 2000).

Classe social estandaritzada per la Sociedad Española de Epidemiología.

Classe social I. Grans empresaris/àries, directius/ives i professionals de segon cicle.

Classe social II. Petits/es empresa/àries i professionals de primer cicle.

Classe social III. Treballadors/es administratius/ives, superiors/es, treballadors/es de la seguretat.

Classe social IV. Treballadors/es manuals qualificats/ades i semiqualicats/ades.

Classe social V. Treballadors/es manuals no qualificats/ades.

La salut sexual i reproductiva

L'any 2008 es van utilitzar per primera vegada les noves butlletes estadístiques de parts, de l'Institut Nacional de Estadística per recollir les dades relacionades amb els parts a l'Estat espanyol. Entre les novetats que aporta aquest document, cal destacar la millora de la informació relacionada amb el part, així com les dades socials i demogràfiques de la mare i del pare. En aquest document s'inclou per primera vegada el nivell d'estudis màxim assolit pel pare i per la mare. Aquestes dades ens ajudaran a conèixer millor els determinants de la salut sexual i reproductiva de les dones de la ciutat.

Pel que fa a les dades de l'any 2008, cal destacar l'estabilització de la taxa de fecunditat, que se situa en 38,6 per cada 1.000 dones en edat fèrtil (de 15 a 49 anys) i l'augment de la taxa

d'avortaments (17,9 per cada 1.000 dones de 15 a 49 anys), fet que ha provocat l'augment dels embarassos i, en concret, dels no planificats: de cada 100 embarassos, 31 han acabat en avortament (embarassos no planificats). El percentatge d'embarassos no planificats ha passat del 20% el 1992 al 31% l'any 2008 (vegeu la figura 2).

L'increment dels embarassos no planificats en les dones de la ciutat estarien mostrant els possibles déficits en l'ús d'una contracepció efectiva.

Entre les dones més joves, la taxa de fecunditat augmenta i se situa en 10 per cada 1.000 dones de 15 a 19 anys; la taxa d'avortaments baixa lleugerament, de 21,9 l'any 2007 a 21,2 l'any 2008 per 1.000 dones de 15 a 19 anys, i els embarassos adolescents mostren una taxa similar a la de l'any 2007, 31,4 per 1.000 dones de 15 a 19 anys. De fet, s'han reduït els embarassos no planificats respecte de l'any 2007 i 2008, i ara representen el 68% (vegeu la figura 3). En les dones més joves de fins a 18 anys, les dades de l'annex de la salut en xifres mostren menys embarassos (vegeu la taula 1, pàgina 109).

Figura 2. Evolució de la natalitat, dels avortaments i dels embarassos en les dones en edat fèrtil (de 15 a 49 anys). Barcelona, 1992-2008.

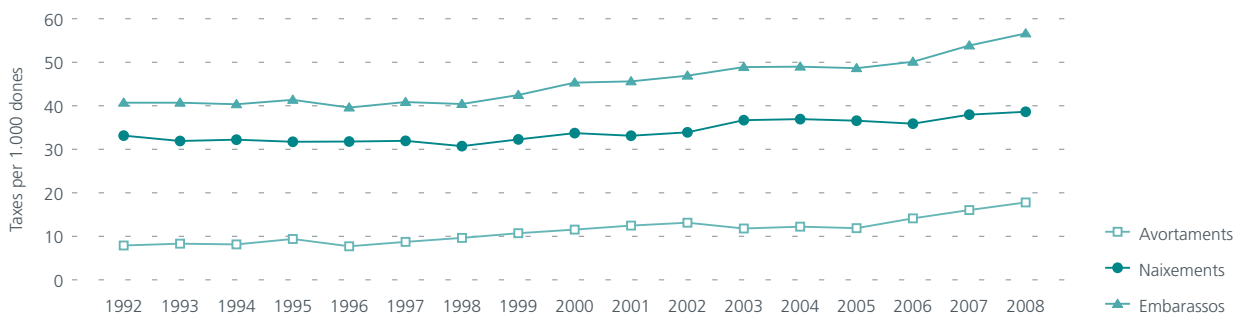
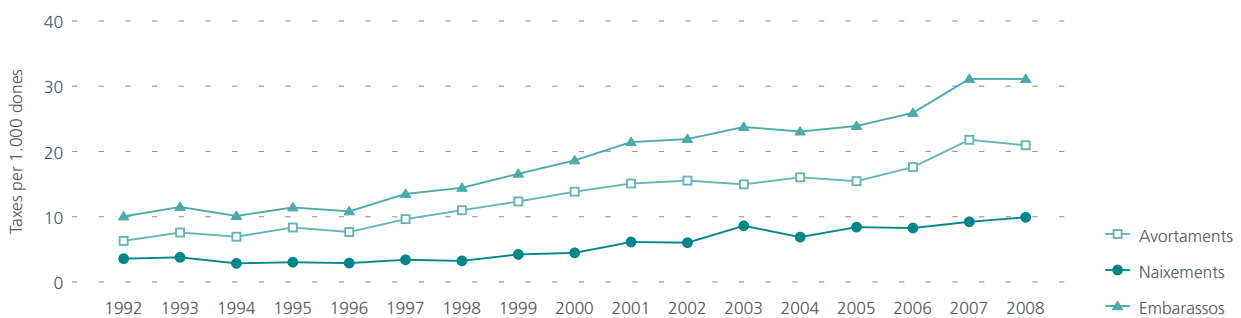


Figura 3. Evolució de la natalitat, dels avortaments i dels embarassos en les dones adolescents (de 15 a 19 anys). Barcelona, 1992-2008.



Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts.

La salut sexual i reproductiva

60

Del total de naixements en el grup d'edat de 15 a 19 anys, un 75% es produeixen en dones de 18 i 19 anys. De les 238 dones de 18 i 19 anys que van tenir un nadó, un 42% eren originàries de països d'Amèrica Central i d'Amèrica del Sud i un 38% eren originàries de l'Estat espanyol.

Segons la UNICEF, un dels motius per prevenir els embarassos en les adolescents és que aquestes dones finalitzin la seva educació i adquireixin els coneixements fonamentals que els permetin el creixement personal (UNICEF, 2001)¹. L'embaràs en l'adolescència força aquestes dones a considerar abans d'hora el seu futur, tant educatiu com laboral. El 44% de les dones de 18 i 19 anys residents a la ciutat de Barcelona que van tenir un nadó durant l'any 2008 no van acabar l'ESO.

La interpretació de les xifres de l'embaràs adolescent s'ha de fer amb certa cautela. La disminució de la taxa d'avortaments pot ser per una millora en l'ús de la contracepció efectiva, que seria el desitjable i, aleshores, també disminuirien la taxa de fecunditat i la d'embarassos; o bé, la taxa d'avortaments disminueix perquè augmenten els naixements, la qual cosa no deixa de mostrar un cert fracàs en les polítiques de prevenció de l'embaràs no planificat.

Pel que fa als indicadors de la cura de l'embaràs, la proporció de gestants que fan la primera visita a l'obstetre en el primer trimestre està per sobre del 96%. No sembla que la incorporació d'embarassades immigrants hagi fet variar aquests percentatges.

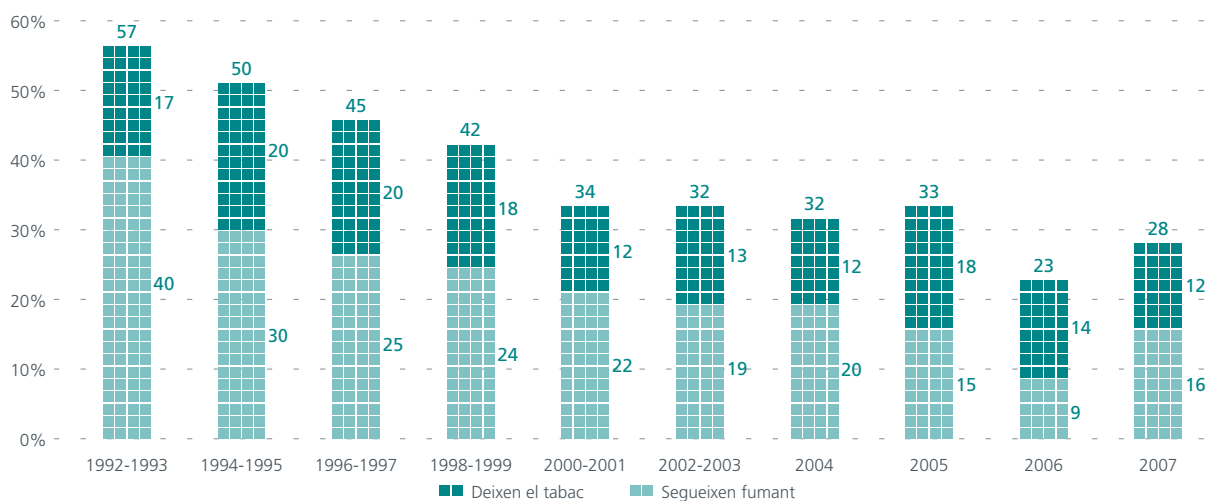
Pràcticament la totalitat de les embarassades s'han fet una ecografia obstètrica i més del 90% de les gestants s'han fet almenys una ecografia entre el 5è i el 6è mes de gestació, moment adient per fer el cribatge de possibles defectes congènits. La mitjana del nombre d'ecografies durant la gestació se situa entre cinc i sis.

Les proves invasives van créixer fins l'any 2004 i, a partir d'aquest moment, es produeix una important davallada. Tot i això, la taxa de defectes congènits anatòmics entre els nadons i les interrupcions voluntàries de l'embaràs per aquest supòsit no presenten variacions significatives i se situen al voltant del 2%, segons indica el Registre de defectes congènits de Barcelona.

El percentatge d'embarassades que fumen durant el període ha passat del voltant del 40% o més a menys del 30% durant el període 2006-2008 (vegeu la figura 4). Tot i que l'evolució de la proporció de dones embarassades que continuen fumant al final de la gestació no apareix en la taula, les dades són positives i se situen per sota del 20% pel que fa al període 2006-2008.

¹ UNICEF (2001). A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Report Card No. 3. Florence: Innocenti Research Centre.

Figura 4. Evolució del consum de tabac en les gestants. Barcelona, 1992-2007.



Font: Registre de defectes congènits, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La tuberculosi

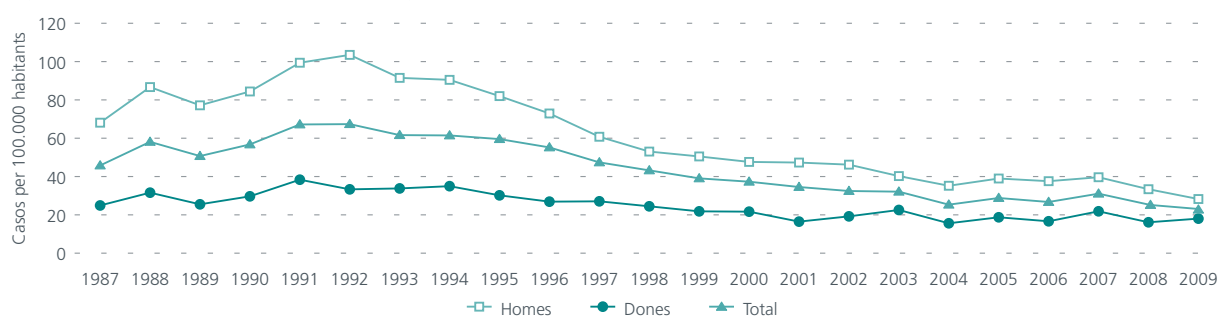
L'any 2009 s'han detectat a Barcelona 599 casos de tuberculosi (TB), 392 dels quals eren residents a la ciutat. Això representa una incidència de 24 casos per 100.000 habitants. La malaltia és més freqüent en els homes (224 casos i una incidència de 28,8 casos/100.000 h.) que en les dones (168 casos i una incidència de 19,6 casos/100.000 h.) El declivi global de la malaltia respecte de l'any anterior ha estat del 5,5% i en els homes ha estat superior al 15%; en canvi, la incidència en les dones ha augmentat. Cal destacar que el declivi mitjà anual des de l'any 2000 ha estat del 4,3% en els homes i només de l'1,5% en les dones (vegeu la figura 5).

De les 168 dones amb TB, 80 havien nascut fora de l'Estat espanyol (47,6%), sobretot a Bolívia, Equador i Perú. La incidència en dones immigrants ha estat de 46 casos/100.000 h. i, en dones autòctones, de 12,9 casos/100.000 h.

Respecte als 224 homes amb TB, 111 eren immigrants (49,6%), sobretot del Pakistan, Bolívia i el Marroc. La incidència en homes immigrants ha estat de 60 casos/100.000 h. i, en homes autòctons, de 18,9 casos/100.000 h.

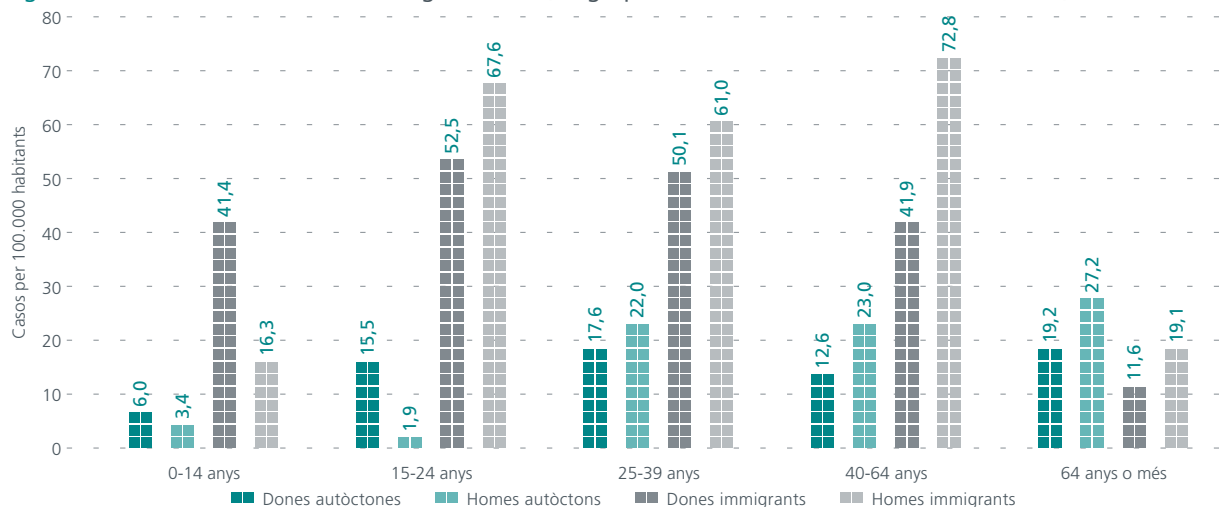
El grup d'edat més afectat en persones autòctones ha estat el de més de 65 anys, tant en homes com en dones. En canvi, en els immigrants, el grup d'edat més afectat ha estat el de 15 a 24 anys en dones i el de 40 a 64 anys en homes (vegeu la figura 6).

Figura 5. Evolució de la tuberculosi segons el sexe. Barcelona, 1987-2009.



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

Figura 6. Incidència de la tuberculosi segons el sexe, el grup d'edat i el lloc de naixement. Barcelona, 2009.



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

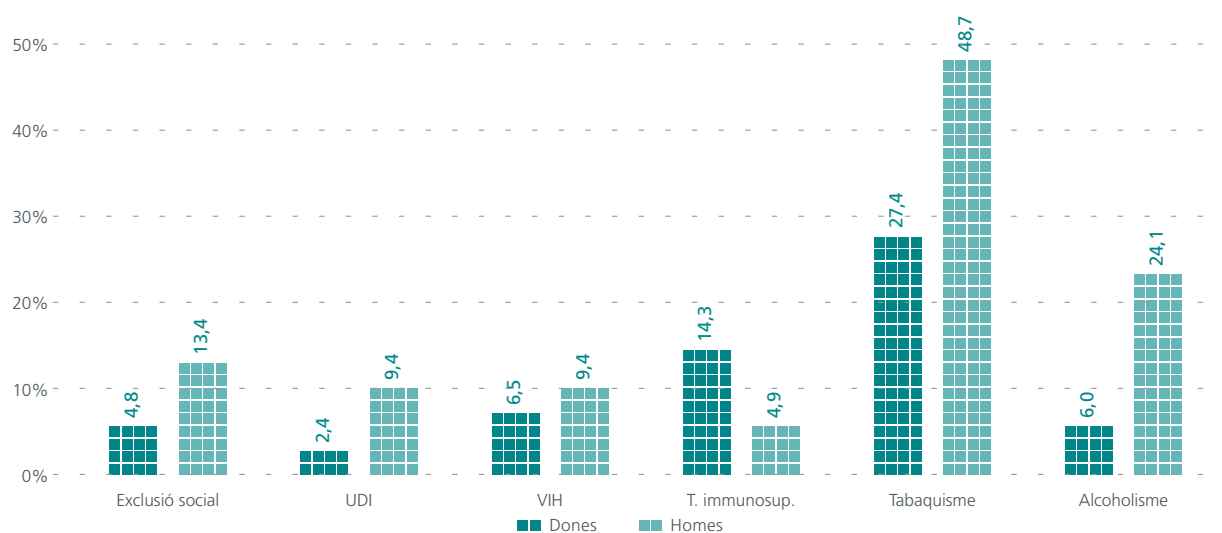
La tuberculosi

62

La forma clínica més freqüent ha estat la TB pulmonar, tant en dones (67,8%) com en homes (76,3 %). La forma més contagiosa de la malaltia ha presentat una taxa de 8,4 casos/100.000 h., molt a prop de l'objectiu previst en el Pla de salut per a l'any 2010 que és de 8 casos/100.000 h. Tot i això, en la població immigrant, les formes més contagioses encara tenen una taxa de 20,8 casos/100.000 h. en homes i de 15,5 casos/100.000 h. en dones.

S'han detectat alguns factors de risc que dificulten el maneig clínic de la malaltia o fan més complicat el seguiment del pacient fins a la seva curació. En el cas dels homes, els més freqüents han estat el tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol i l'exclusió social i, en les dones, el tabaquisme i els tractaments immunosupressors (vegeu la figura 7).

Figura 7. Principals factors de risc de la tuberculosi segons el sexe. Barcelona, 2009.



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

Nota: 392 casos (224 homes i 168 dones).

La infecció per VIH-sida

Les dades que es presenten en aquest informe provenen de dos sistemes d'informació diferents. Un correspon a la declaració obligatòria de la sida, que funciona des de l'any 1987. Aquest indicador només representa les persones en l'estadi més avançat de la infecció. L'altre, que registra els nous diagnòstics de VIH, es va posar en marxa l'any 2002 i recull de manera voluntària notificacions de nous diagnòstics d'infecció pel VIH des de l'any 2001. Les dades de les infeccions per VIH s'han d'interpretar amb cautela, ja que només inclouen una part de les persones infectades.

L'any 2009 es van notificar 371 nous diagnòstics de VIH, dels quals, en 37 casos (9,9%) el diagnòstic de VIH i sida es va fer en el mateix any. Dels 324 casos sense diagnòstic de sida, 266 (82%) residien a Barcelona (vegeu la figura 8). El 89% eren homes, amb una edat mitjana de 35 anys i de 37 anys en les dones. El 48% dels homes van néixer a l'Estat espanyol, el 28% a Amèrica Llatina i el 9% a Europa occidental. Entre les 29 dones, un 55% va néixer a l'Estat espanyol, un 17% a Amèrica Llatina i un 17% a l'Àfrica subsahariana. La via de transmissió més freqüent entre els homes han estat les relacions homosexuals (HSH), amb un 72%, seguides per les relacions heterosexuals (HTS) amb un 12% dels casos. Entre les dones, les relacions HTS (76%) van ser la via de transmissió més freqüent, seguides per l'ús de drogues per via injectada

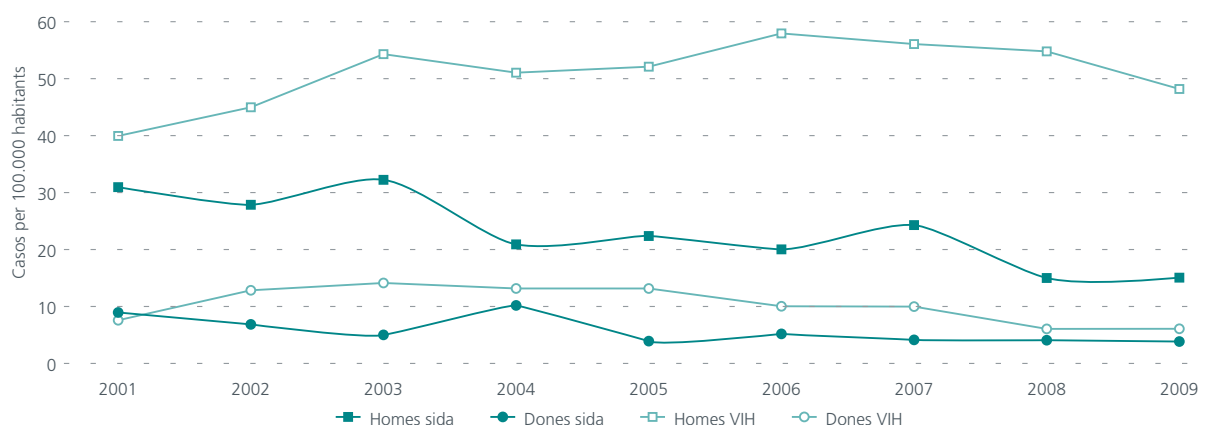
(UDI) en el 21% dels casos (vegeu la figura 9, pàgina 64). Dels 250 casos que comptaven amb el recompte de limfòcits CD4, un 64,7% (57,2% en els homes i 72,7% en les dones) s'han diagnosticat quan ja eren subsidiaris de tractament (vegeu la figura 10, pàgina 64).

Amb relació a la sida, durant l'any 2009 s'han detectat 119 casos de sida, el 81% (96 casos) dels quals residien a la ciutat (vegeu la figura 8). El 77% dels casos eren homes entre els 23 i els 76 anys (mitjana de 41 anys). Les edats de les 20 dones han oscil·lat entre els 22 i els 80 anys (mitjana de 45 anys). Les relacions sexuals no protegides han estat la via de transmissió més freqüent. En el cas dels homes, han representat el 65% dels casos: un 50% a causa de relacions HSH i un 16% a relacions HTS. En el cas de les dones, les relacions HTS han representat el 25%, però la via de transmissió es desconeixia en la meitat dels casos. L'ús de drogues injectades s'ha identificat en el 21% dels homes i en el 20% de les dones¹. A Barcelona, el 58% dels casos de sida s'han diagnosticat d'infecció pel VIH en el mateix any (59% en els homes i 55% en les dones).

Tant en homes com en dones, la tuberculosi continua essent la malaltia indicativa de sida més freqüent (28% dels casos), seguida de la pneumònia per *P. jiroveci* (23%). El districte de residència amb la taxa més elevada continua essent Ciutat Vella amb 15,4 casos/100.000 h., mentre que la taxa del total de la ciutat s'ha situat en 5,9 casos/100.000 h. (vegeu la figura 8).

Malgrat la disponibilitat de la prova del VIH, el retard en el diagnòstic és molt elevat². Cal millorar la promoció de la prova en la població en general i en poblacions més vulnerables, ja que un diagnòstic precoç disminueix la morbiditat i la mortalitat³ i augmenta l'adopció de mesures preventives per evitar la transmissió del VIH⁴.

Figura 8. Evolució del nombre de casos d'infecció per VIH i sida entre 20 i 59 anys segons el sexe. Barcelona, 2001-2009.

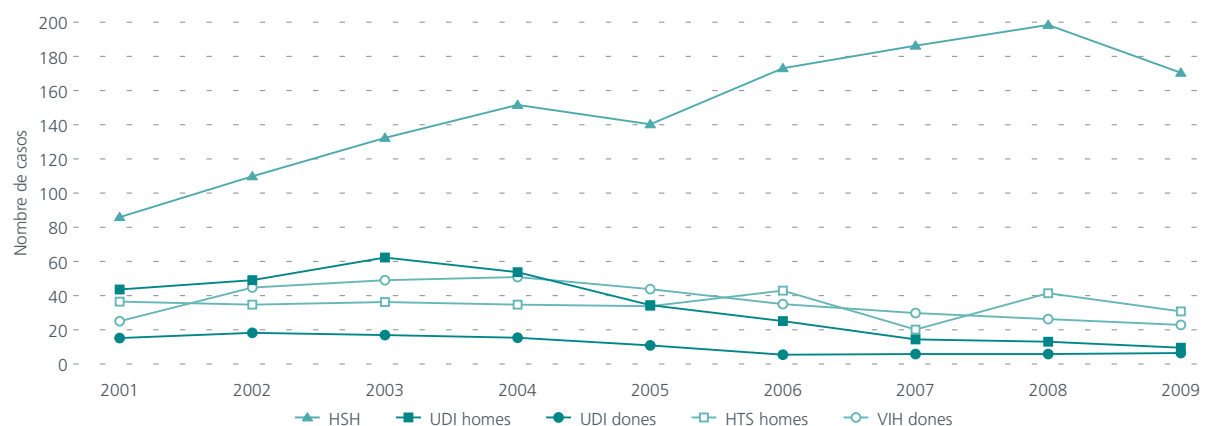


Font: Registre de SIDA de Barcelona, sistema d'informació voluntària del VIH i Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

La infecció per VIH-sida

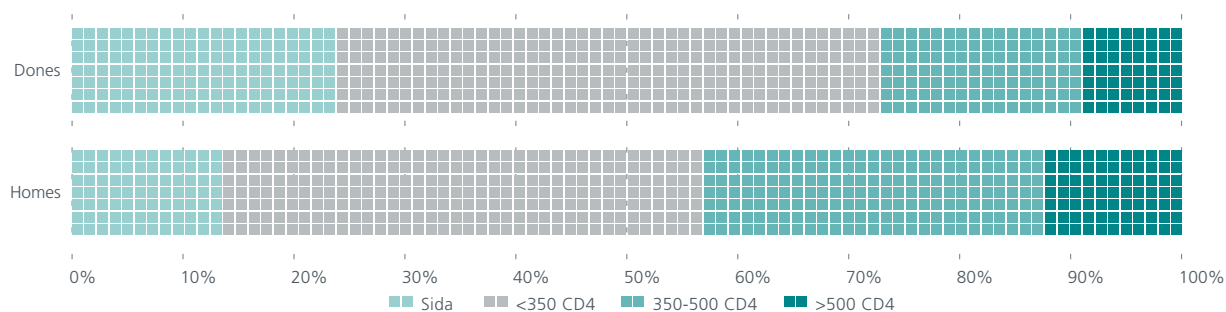
64

Figura 9. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons el sexe i la via de transmissió. Barcelona, 2001-2009.



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

Figura 10. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons el sexe. Barcelona, 2009.



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

Nota: 250 casos (217 homes i 33 dones).

Referències bibliogràfiques

- 1 Sida a Barcelona. Situació a 31 de desembre de 2009, Agència de Salut Pública, Servei d'Epidemiologia a: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/sida85.pdf>.
- 2 Oliva J., Galindo S., Vives N., Arrillaga A., Izquierdo A., Nicolau A. et al. Retraso diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en España. Enferm

Infec Microbiol Clin.2010 . doi:10.1016/j.eimc.2010.02.013.

- 3 Palella FJ Jr, Deloria-Knoll M, Chmiel JS, Moorman AC, Wood KC, Greenberg AE, Holmberg SD; HIV Outpatient Study Investigators. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. Ann Intern Med. 2003 Apr 15;138(8):620-6.
- 4 Gary Marks, Nicole Crepaz and Robert S. Janssen. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. AIDS 2006, 20:1447-1450.

Les infeccions de transmissió sexual

Les infeccions de transmissió sexual (ITS) són un important problema de salut pública, tant per la seva morbiditat com per les seves complicacions i seqüeles (infertilitat, càncer o, fins i tot, la mort) si no es realitza un diagnòstic i un tractament precoç. En els darrers anys ha augmentat la rellevància d'aquestes patologies per la seva relació amb l'epidèmia del VIH, ja que, d'una banda, augmenten el risc d'adquirir i de transmetre el VIH i, de l'altra, en compartir vies de transmissió i tenir un període de latència curt, són considerades com a indicadors dels canvis en les conductes sexuals de risc. Recentment s'han incorporat algunes d'aquestes patologies al sistema de vigilància.

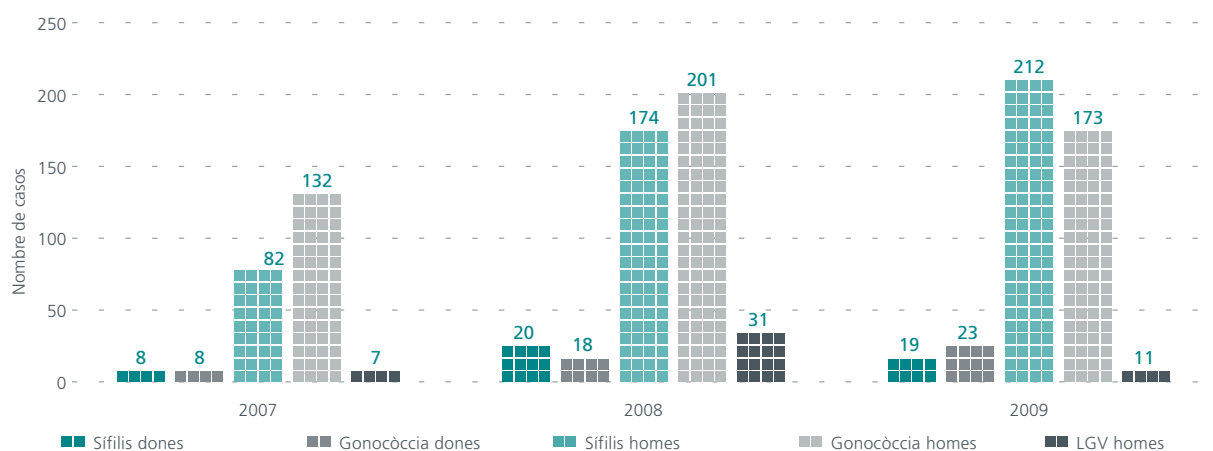
Des de l'any 2001 al 2006, tant a l'Estat espanyol com a la resta d'Europa, s'ha observat una tendència a l'increment de manera sostinguda de les ITS. La sífilis, la gonocòccia i el limfogranuloma veneri són infeccions de declaració obligatòria individualitzada a Catalunya des de l'any 2007, amb la finalitat de caracteritzar de manera més precisa les ITS i aconseguir una millor resposta als problemes de salut associats a aquestes infeccions.¹

Amb relació a la sífilis, les dades que es presenten en aquest informe corresponen als diagnòs-

tics de sífilis infecciosa (primària, secundària, latent, precoç, indeterminada i aquells casos en què l'estadi de la infecció no consta) en persones residents a Barcelona. Entre l'any 2007 i 2009, s'han detectat 515 casos de sífilis infecciosa (vegeu la figura 11). El 90,3% (468) dels casos eren homes, amb una edat mitjana de 36 anys (desviació estàndard (DS): 9,8), mentre que l'edat mitjana de les dones era de 34 anys (DS: 10,5). Pel que fa al país de naixement, el 42,6% dels homes ha nascut a l'Estat espanyol, el 26,1% a Amèrica Llatina i el 12,8% a Europa occidental, mentre que, en el cas de les dones, el 43,5% ha nascut a Amèrica Llatina, el 28,3% a l'Estat espanyol i el 13,0% a l'Europa de l'Est. L'any 2009, el districte de residència amb les taxes més altes ha estat el de Ciutat Vella (29,9 casos/100.000 h.), seguit de l'Eixample (17,9 casos/100.000 h.). En els homes, el 70,5% (330) es va declarar homosexual (HMS), l'11,5% (54) heterosexual (HTS) i un 4,7% (22) bisexual. En les dones, el 57,4% (26) es va considerar HTS, un 6,4% (3) HMS i en un 31,9% (15) dels casos no constava aquesta informació. Segons l'estadi de la infecció, la major part dels casos, tant en el cas dels homes (31,2%) com de les dones (31,9%), corresponien a sífilis secundària, mentre que la sífilis primària es va diagnosticar en un 24,8% dels homes i només en el 6,4% de les dones. El 26,9% (126) dels casos en homes i el 4,3% (2) de les dones estaven coinfectats amb el VIH. En un 22% d'homes i en un 40,4% de dones no s'ha disposat d'aquesta informació. L'estudi de les parelles sexuals solament s'ha dut a terme en el 57,9% dels homes i en el 48,9% de les dones.

¹ DECRET 391/2006, de 17 d'octubre, mitjançant el qual es modifica el circuit de notificació dels brots epidèmics i de les malalties de notificació obligatòria al Departament de Salut. (DOGC núm. 4743).

Figura 11. Distribució dels casos de sífilis i gonocòccia segons l'any de diagnòstic i el sexe. Barcelona, 2007-2009.



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

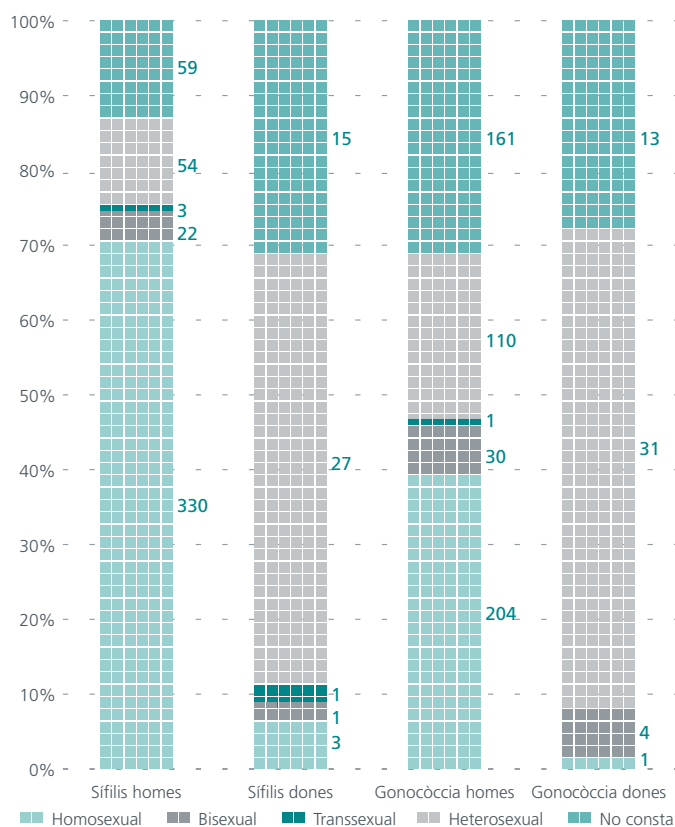
Les infeccions de transmissió sexual

66

En relació amb la infecció gonocòccica, entre el 2007 i el 2009 es van detectar 687 casos, un 81,9% (555) dels quals residien a Barcelona (vegeu la figura 11). El 91,2% (506) dels casos eren homes, amb una edat mitjana de 31,9 anys (DS: 8,7), mentre que l'edat mitjana de les dones ha estat de 32,2 anys (DS: 12,1). Pel que fa al país de naixement, el 50,6% dels homes han nascut a l'Estat espanyol, el 20% a Amèrica Llatina i el 10,1% a Europa occidental, mentre que, en el cas de les dones, el 38,8% han nascut a Amèrica Llatina, el 26,5% a l'Estat espanyol i el 10,2% a Europa occidental. L'any 2009, el districte de residència amb les taxes més altes ha estat el de Ciutat Vella (34,5 casos/100.000 h.), seguit de Gràcia (13,7 casos/100.000 h.). Un 40,3% (204) dels homes es declara HMS i un 21,7% (110) HTS. Un 63,3% (31) de les dones es declara HTS (vegeu la figura 12). El 10,7% (54) dels casos en homes estaven coinfectats amb el VIH, però no s'ha disposat d'aquesta informació en el 17% dels homes ni en el 24,5% de les dones. L'estudi de les parelles sexuals solament s'ha dut a terme en el 42,7% dels homes i en el 55,1% de les dones.

Amb relació al limfogranuloma veneri (LGV), durant els anys 2007 al 2009, s'han detectat 51 casos, el 96,1% (49) dels quals eren residents a Barcelona (figura 12). Tots els casos eren homes, amb una edat mitjana de 38,5 anys (DS: 6,2). Pel que fa al país de naixement, el 57,1% dels homes havien nascut a l'Estat espanyol, el 24,5% a Amèrica Llatina i el 14,3% a Europa occidental. En els homes, el 98% (204) es declaren HMS. El 87,8% dels casos estaven coinfectats amb el VIH. En el 33% dels casos constava informació sobre la realització de l'estudi de les parelles sexuals. En el capítol anterior d'aquest informe hi ha dades sobre la infecció per VIH.

Figura 12. Distribució dels casos de sífilis i gonocòccia segons el sexe i l'orientació sexual. Barcelona, 2007-2009.



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

Les lesions per col·lisions de trànsit

Segons la Guàrdia Urbana, l'any 2009 s'han produït a la ciutat de Barcelona 8.791 col·lisions de trànsit que han ocasionat víctimes, amb un total d'11.123 lesionats (6.728 homes i 4.395 dones) i 40 morts (32 homes i 8 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió.

Respecte de l'any 2008, el nombre d'accidents amb víctimes ha disminuït un 1,4% i el nombre de ferits un 1,0% (-3,3% en homes i +2,9% en dones). El nombre de morts ha augmentat un 60,0% en els homes, però ha disminuït un 27,3% en les dones. El nombre de persones amb lesions greus ha augmentat un 0,9% en els homes i ha disminuït un 30,7% en les dones. Globalment, des de l'any 2000, la tendència és decreixent. L'any 2009, respecte de l'any 2005, s'ha assolit una reducció en el nombre de ferits del 16,4% en homes i del 12,2% en dones i una reducció en el nombre de ferits greus del 35,9% i del 43,5%, respectivament. Pel que fa al nombre de morts, la reducció és del 22,0% en homes i no s'observen canvis en les dones (vegeu la figura 13).

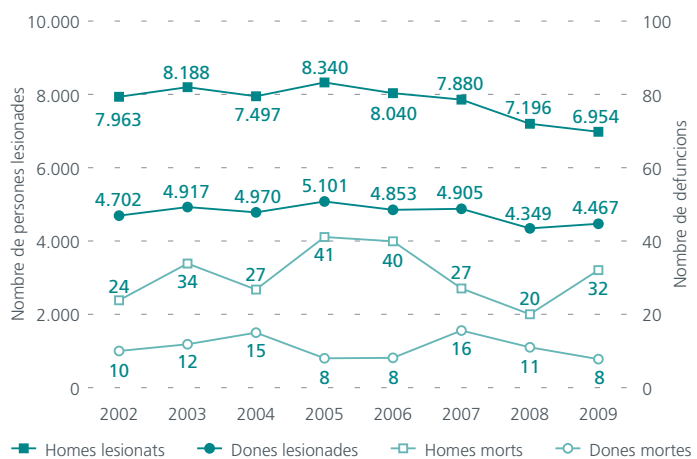
El 46,6% dels homes lesionats eren usuaris de motocicleta, el 16,6% de ciclomotor, el 21,8% de turisme, el 3,9% de bicicleta, l'1,6% d'autobús, el 0,2% d'altres tipus de vehicles i el 9,0% eren vianants. El 27,6% de les dones lesionades eren usuàries de turisme, el 27,1% de motocicleta, el 20,1% de ciclomotor, el 6,7% d'autobús, el 2,4% de bicicleta, el 0,3% d'altres vehicles i el 15,8% eren vianants. Pel que fa a les defuncions, eren usuaris de motocicleta el 50,0% dels homes i el 12,8% de les dones, usuaris de ciclomotor el 12,5% en ambdós sexes, i vianants el 31,3% i el 75,0%, respectivament (vegeu la taula 3, pàgina 112).

La mitjana d'edat de les persones lesionades ha estat de 32 anys, tant en homes com en dones, mentre que, en el cas de les defuncions, ha estat

de 34 anys en els homes i de 41 anys en les dones. Els joves de 14 a 17 anys lesionats són els qui han mostrat una reducció més accentuada respecte de l'any anterior, un 36,8% (-38,8% homes, -33% dones), així com les persones lesionades de 65 a 74 anys, un 9,6%, (-4,8% homes, -13,9% dones), i també els joves de 18 a 29 anys, un -5,2% (-8,2% homes, -0,2% dones). En canvi, el nombre de persones lesionades adultes de 30 a 64 anys ha augmentat un 5,8% (+3,4% homes, +10,2% dones).

És ben conegut el fet que les mesures per reduir la velocitat dels vehicles tenen un impacte positiu en la reducció del nombre de persones lesionades per accidents de trànsit i en la gravetat de les lesions. A Barcelona, des de l'any 2006, s'han implementat a la ciutat àrees de velocitat màxima a 30 km per hora (zones 30). L'avaluació de les primeres cinc «zones 30», implantades entre l'any 2006 i el 2007, ha mostrat una reducció anual significativa del nombre de persones lesionades del 12,2%. L'any 2009, el nombre de persones lesionades en aquestes zones ha estat d'un 28,6% (IC: 95%; -43,9%, 8,9%) menys que l'any 2002. En canvi, a les zones adjacents a les «zones 30» no s'observa cap canvi en el període posterior a la posada en marxa de les «zones 30» (vegeu la figura 14, pàgina 68).

Figura 13. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit. Barcelona, 2002-2009.



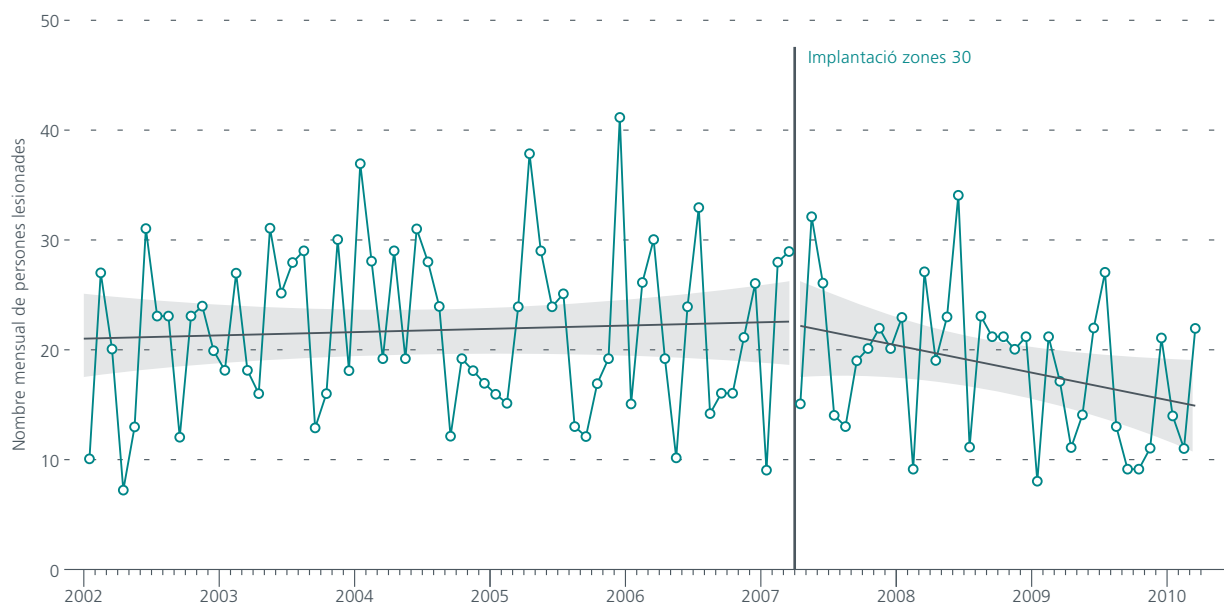
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Guàrdia Urbana, Ajuntament de Barcelona.

Les lesions per col·lisions de trànsit

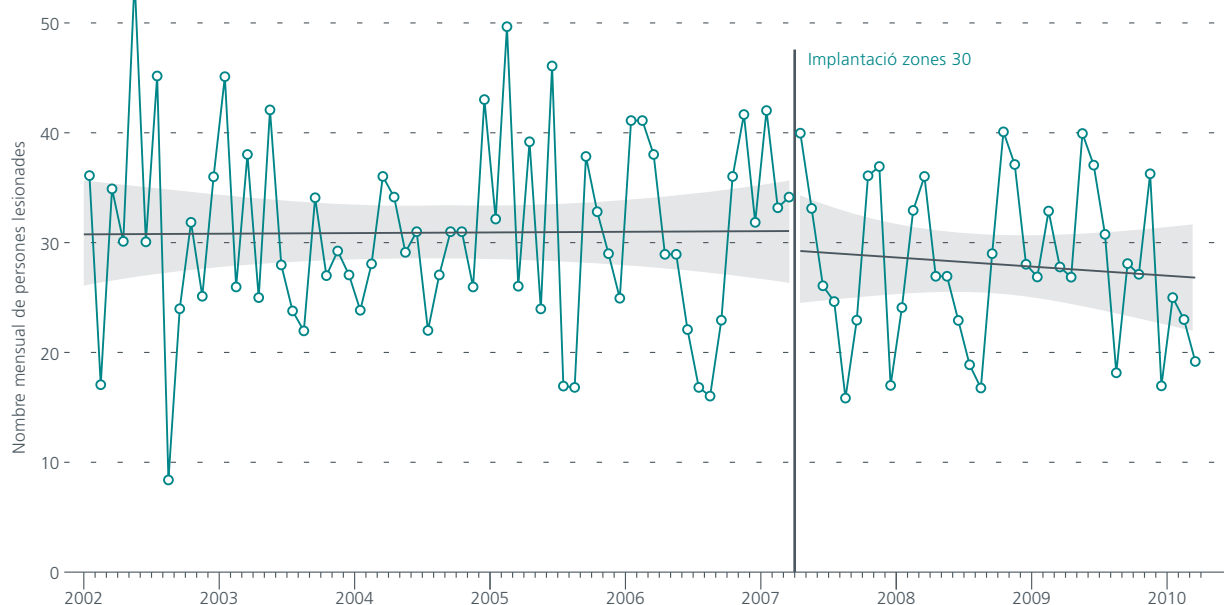
68

Figura 14. Evolució del nombre de persones lesionades per col·lisió de trànsit abans i després de la implantació de zones de velocitat màxima a 30 km/h, en àrees de «zones 30», i en àrees adjacents. Barcelona, 2002-30 de març de 2010.

Zones 30



Zones de comparació (zones adjacents)



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

La salut laboral

Les lesions per accident de treball

Enguany s'han produït a Barcelona 36.160 lesions per accident de treball (LAT) amb baixa, de les quals, 358 han estat greus i 34, mortals (vegeu la taula 4, pàgina 113). Amb relació a l'any anterior hi ha hagut una disminució del total de lesions, de les lleus i de les greus (entre un 14 i 15% en tots tres casos), mentre que, a l'igual de l'any anterior, s'ha produït un increment de les mortals (un 10% més), amb xifres molt inferiors, però, en les observades fins l'any 2006. Una evolució molt similar es pot observar en la taxa d'incidència de totes les LAT, que enguany ha estat del 40,8% per 1.000 persones; de les LAT greus, que aquest any ha estat del 40,4% per 100.000 persones i, de les LAT mortals, que ha estat del 3,8% per 100.000 persones (vegeu la figura 15).

Un 61,5% dels accidentats han estat homes, i també han estat els homes els qui han patit les lesions més greus (el 79,1% de les lesions greus i el 82,4% de les mortals). Cal tenir en compte, però,

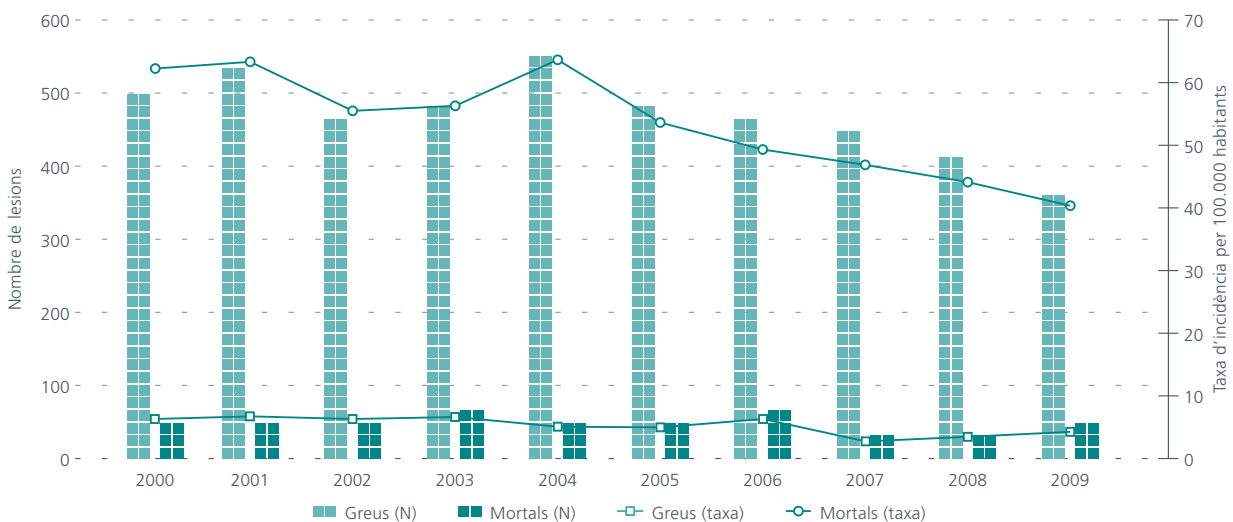
que l'increment de lesions mortals respecte de l'any 2008 s'ha produït només entre les dones, que han passat de 2 a 6 (entre els homes n'hi ha hagut una menys i s'ha passat de 29 a 28). Prop de tres quartes parts de totes les LAT s'han produït en persones de classes socials manuals (77,8% dels homes i 66,6% de les dones). Finalment, prop d'una tercera part (32,1%) ha ocorregut en persones de 25 a 34 anys, i un 28,1% en persones de 35 a 44 anys. Per contra, els accidents més greus amb lesions mortals han estat més freqüents en les persones de 45 a 54 anys (35,3% de totes les lesions mortals). Quant al país d'origen, un 15,6% de les persones accidentades tenien nacionalitat estrangera.

En analitzar amb més detall les lesions greus i mortals, s'observa que la majoria es produeixen en el trajecte del domicili al lloc de treball, *in itinere*, amb un 45,8% de les primeres i un 41,2% de les segones, seguides per les lesions traumàtiques ocorregudes durant la jornada laboral, en el cas de les greus, un 42,2%, i de les no traumàtiques en jornada laboral en el cas de les mortals amb un 32,4%.

Les malalties professionals

No es disposa de les dades de malalties professionals del 2009; les darreres disponibles, de l'any 2006, es poden consultar en la taula 5, pàgina 114.

Figura 15. Evolució de les lesions per accidents de treball greus i mortals. Barcelona, 2000-2009.



Font: Elaboració pròpia a partir del registre d'accidents de treball del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.

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

La salut laboral

70

Les malalties relacionades amb el treball

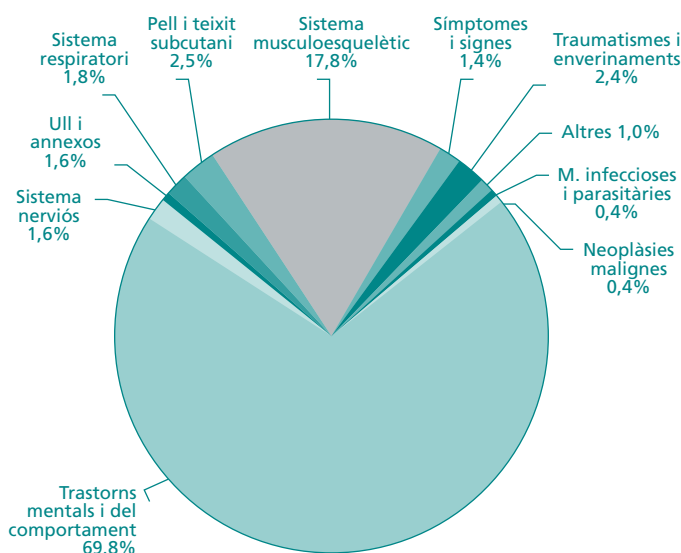
Durant l'any 2009, s'han notificat a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona 510 casos de trastorns de salut relacionats amb el treball, 15 menys que l'any anterior (vegeu la taula 6, pàgina 114). Gairebé tres quartes parts (65,2%) han afectat dones amb una edat mitjana de 41,4 anys (DE = 10,6), sense observar-se diferències entre sexes. Un 59,5% dels homes i un 48% de les dones treballaven en ocupacions manuals. Prop d'una tercera part dels casos (32,1%) s'han produït en persones de 35 a 44 anys.

Un 19,8% de les dones treballaven en empreses de fora de Barcelona, mentre que els homes n'eren un 28,7%. La majoria de casos (87,5%) tenien contractes indefinits, el 8,6% temporals i el 2,8% estaven a l'atur. Finalment, el 19% de les persones afectades havien nascut fora de l'Estat espanyol, sobretot, en països sud-americans (el 9% dels casos).

Com es pot observar en la figura 16, els problemes de salut relacionats amb el treball més notificats durant l'any 2009 han estat els trastorns mentals i els de comportament, que han suposat el 73,9% dels casos femenins i el 62,1% dels masculins. El segon grup més freqüent ha estat el dels trastorns musculoesquelètics (un 20,9% dels casos ocorreguts en homes i un 16,2% en dones). El tercer lloc, l'ocupen els traumatismes i enverinaments en el cas dels homes (4%) i les malalties de la pell en les dones (3,3% dels casos notificats en dones). Amb relació a l'any 2008, s'observa una disminució de tots els grups diagnòstics (excepte en el cas de les malalties de la pell, amb el mateix nombre de casos notificats els darrers dos anys) i un increment dels trastorns mentals (el 2008 van ser 334 i el 2009, 356).

La disminució de les lesions per accident de treball i de les malalties relacionades amb el treball, així com l'increment dels trastorns ansiodepressius pel que fa a aquestes malalties, podria reflectir alguns aspectes de l'impacte de la crisi econòmica. Així, la disminució de casos estaria relacionada amb el menor nombre de persones ocupades, i l'increment dels trastorns mentals amb els efectes en salut descrits en crisis anteriors (vegeu l'apartat sobre el previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública).

Figura 16. Distribució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i notificades des de l'atenció primària. Barcelona, 2009.



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

La mortalitat

A la ciutat de Barcelona hi ha una llarga tradició en l'anàlisi de la mortalitat i la seva distribució territorial en els districtes de la ciutat. Aquest anàlisi constitueix un element bàsic per a la vigilància de la salut de la població i serveix per a la planificació i l'avaluació de les polítiques sanitàries.¹ Malgrat que les diferències en els districtes han anat disminuint els darrers anys, el districte de Ciutat Vella, amb més privació i desigualtats socials, presenta els pitjors indicadors en termes generals, mentre que, Sarrià-Sant Gervasi presenta, en contraposició, els millors indicadors respecte al global de la ciutat.

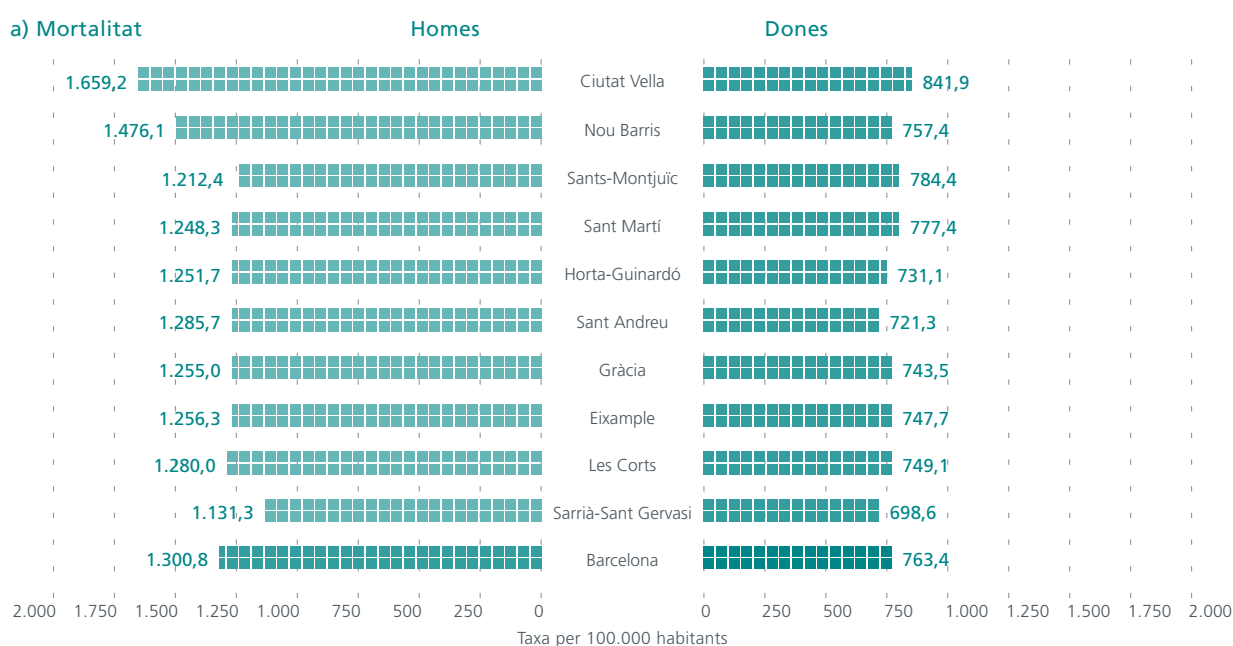
En aquest sentit, la taxa de mortalitat l'any 2008 a Barcelona s'ha situat en els homes en 1.300,8 per 100.000 habitants i ha presentat una variabilitat en els districtes de 1.131,3 a Sarrià-Sant Gervasi i de 1.659,2 a Ciutat Vella (vegeu la figura 17a). Les desigualtats en els districtes, però, són més acusades en la mortalitat prematura, de manera que la taxa augmenta en els districtes

amb més desigualtats socials (vegeu la figura 17b, pàgina 72). Així, l'esperança de vida en néixer mostra una diferència de 5 anys entre Ciutat Vella i Sarrià-Sant Gervasi (vegeu la figura 17c, pàgina 72).

La taxa de mortalitat en les dones és inferior a la dels homes i presenta una desigualtat per districtes també menor: el 2008 ha estat de 763,4 per 100.000 habitants a Barcelona i ha variat de 698,6 a Sarrià-Sant Gervasi a 841,9 a Ciutat Vella (vegeu la figura 17a). A diferència dels homes, la mortalitat prematura en les dones és molt inferior, així com també ho és la variabilitat per districtes (vegeu la figura 17b). Quant a les diferències en l'esperança de vida, s'observa una diferència de dos anys entre Ciutat Vella i Sarrià-Sant Gervasi (vegeu la figura 17c).

La mortalitat prematura, mesurada com els anys de vida perduts, té un gran impacte en l'esperança de vida de la població. A Barcelona, l'any 2008, les principals causes de mortalitat prematura en homes han estat el càncer de pulmó, la malaltia isquèmica del cor i el suïcidi, i la majoria de causes estan molt associades a la privació i al baix nivell socioeconòmic (vegeu la figura 18, pàgina 73). En les dones, en canvi, les principals causes de mort prematura han estat el càncer de mama i el càncer de pulmó, que són causes associades a una menor privació i a un nivell socioeconòmic més alt (vegeu les taules 7 a 11, pàgina 115).

Figura 17. Indicadors de mortalitat¹ ordenats segons l'índex de desigualtat social² en els districtes. Barcelona, 2008.



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

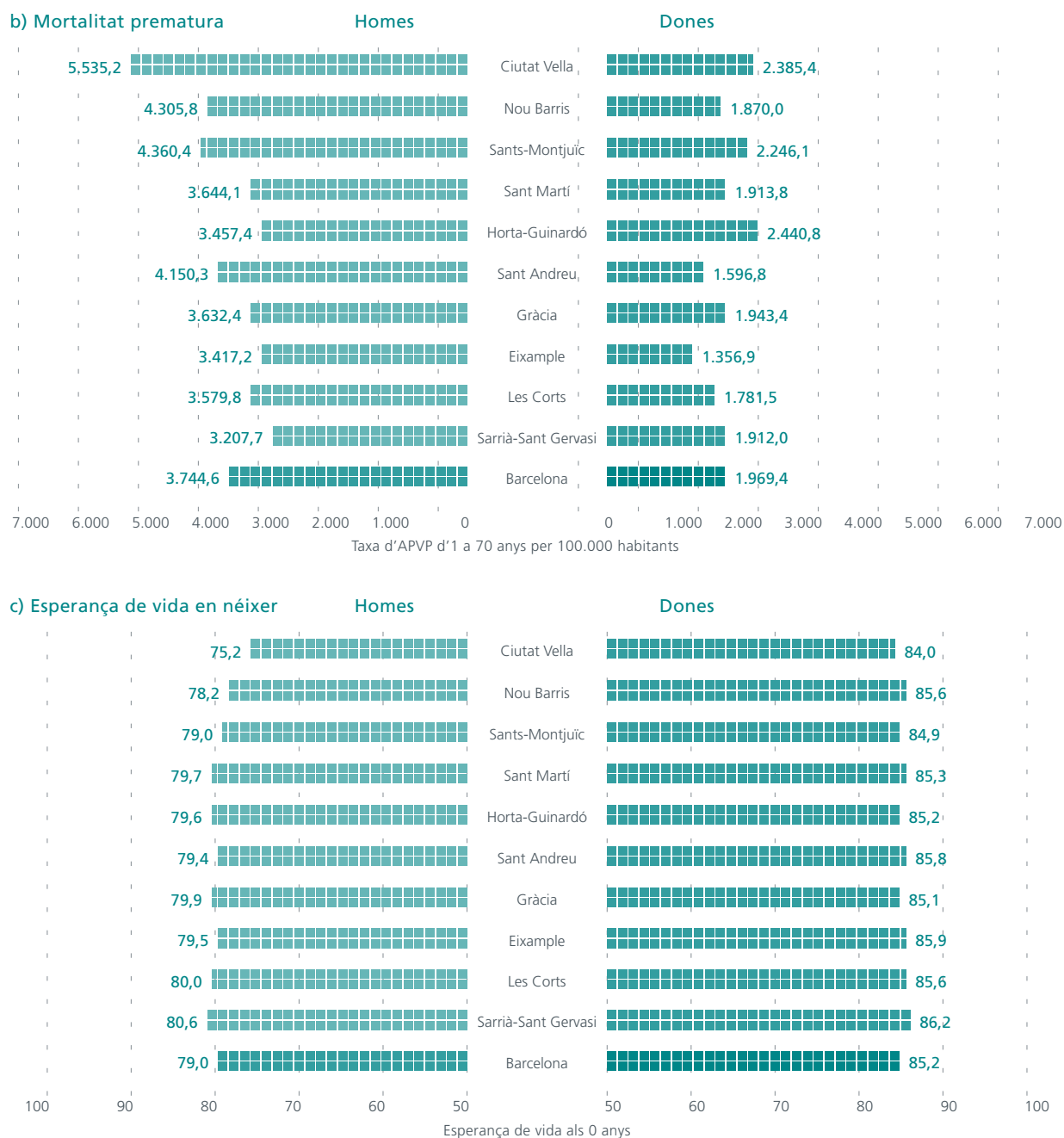
Notes: ¹ Taxes per 100.000 habitants, estandarditzades per edat i pel mètode directe, essent la població de referència el total de Barcelona el 2008. ² Índex sintètic de desigualtat social del 2001. Anuari estadístic 2009. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 17. (continuació) >

La mortalitat

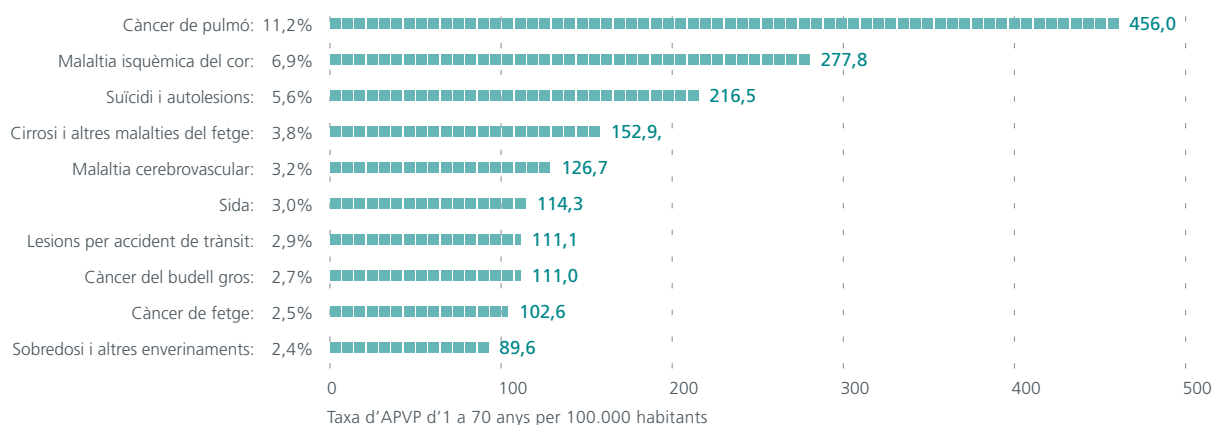
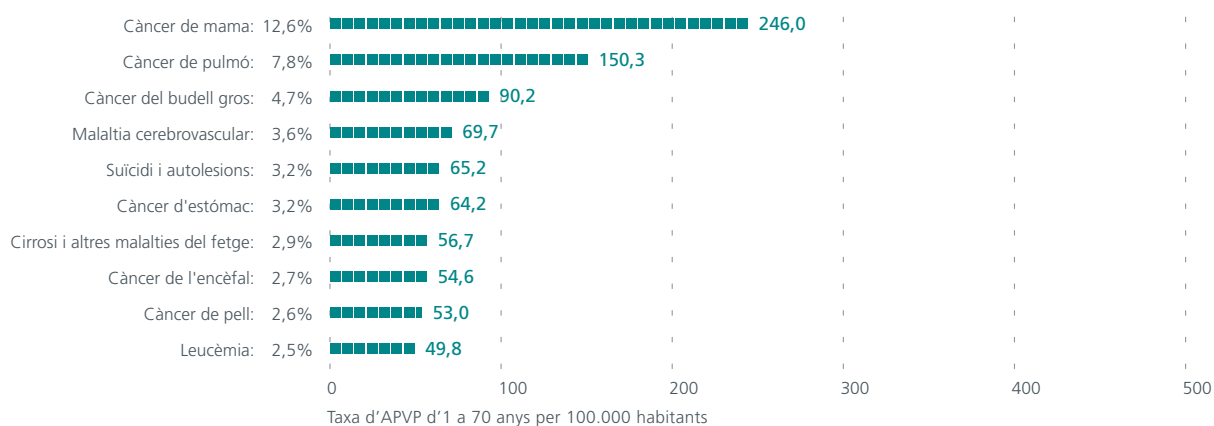
72

Figura 17 (continuació). Indicadors de mortalitat¹ ordenats segons l'índex de desigualtat social² en els districtes. Barcelona, 2008.



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

Notes: ¹ Taxes per 100.000 habitants, estandarditzades per edat i pel mètode directe, essent la població de referència el total de Barcelona el 2008. ² Índex sintètic de desigualtat social del 2001. Anuari estadístic 2009. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 18. Primeres causes d'anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys. Barcelona, 2008.**Homes****Dones**

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

Referències bibliogràfiques

- 1 Pasarín MI, Borrell C, Brugal MT, Díaz-Quijano E. Weighing social and economic determinants related to inequalities in mortality. J Urban Health. 2004;81(3):349-62.



Monogràfics

75

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

L'excés de pes i l'obesitat

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental i les addiccions

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

L'avaluació del Pla de salut

La nostra salut

La salut percebuda

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

La gestió de la grip A/H1N1

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample

Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012

L'estat de la situació de l'atenció a les persones amb dependència

La salut a Barcelona 2009 en xifres

La gestió de la grip A/H1N1

76

Antecedents i context

La resposta a la grip del 2009 s'ha de posar sota la perspectiva de la circulació d'un nou virus que plantejava un risc potencial d'una magnitud i unes característiques poc conegudes. En aquest context, una actitud prudent porta a preparar-se per al pitjor escenari mentre es va monitorant la situació.

Els darrers anys han estat marcats per dos fenòmens: la síndrome respiratòria aguda severa (SARS) i la grip aviar (A/H5N1). L'any 2003, la SARS es va manifestar sobretot a països asiàtics, però, també, al Canadà, on va causar una morbiditat i mortalitat notables. La manca de resposta inicial per part dels serveis de salut pública va facilitar la seva disseminació, que s'hauria pogut controlar amb mesures d'aïllament dels casos inicials. D'altra banda, la grip aviar va aparèixer el 2005 a Àsia, i va causar diverses víctimes humanes. Aquesta infecció va ocasionar una important mortalitat entre els humans en contacte amb les aus i va generar una alerta sanitària. Tot i que no va arribar a transmetre's entre els humans, va suscitar una important alarma per la possibilitat que una mutació pogués fer-ho, i va despertar el record de la pandèmia de grip de l'any 1918.

Plans d'actuació envers la grip

Els plans de l'OMS, desenvolupats anticipadament per afrontar aquesta pandèmia, es basaven en els models creats per fer front a una malaltia molt transmissible i capaç de causar una elevada morbiditat i letalitat. La vigilància, l'aïllament dels casos, l'ús d'antivirals i la vacunació de les persones fràgils i de les relacionades amb els serveis essencials, n'eren una part important. Aquests plans van ser adoptats per la Unió Europea, pel Ministeri i, consecutivament, per tots els governs autònoms.

Així, els plans inicials davant la nova grip es basaven en el fet de disposar d'un sistema de vigilància sòlid, efectuar una valoració dels casos,

disposar de recursos per a l'aïllament i el tractament antiviral per frenar l'extensió de la pandèmia mentre es produïen les noves vacunes.

La informació inicial sobre la grip nova es basava en les dades inicials derivades de Mèxic i els EUA, que suggerien una letalitat elevada en persones joves sense factors de risc ni tampoc immunodepressió. Però amb els viatges intercontinentals, a l'abril ja es van diagnosticar casos importats a Barcelona ciutat, d'evolució benigna i amb indicis de transmissió al seu entorn al llarg de la primavera i l'estiu. També es va generar una alarma mediàtica considerable, amb una pressió constant sobre les autoritats sanitàries, sotmeses a un escrutini constant.

Les dades procedents de l'hemisferi sud sobre com s'havia comportat la grip nova durant la temporada hivernal van arribar a casa nostra a la fi de l'estiu (a mesura que aquests plans s'estaven executant). Aquestes mostraven com els països sense plans d'actuació estructurats havien patit importants distorsions de la vida ciutadana, amb una afectació dels serveis essencials i una elevada alarma social. També suggerien que el comportament de la grip nova era relativament benigne i que afectava poc les persones d'edat avançada (en qui la grip estacional tenia més efectes). En canvi, afectava més els infants i joves, la gran majoria dels quals desenvolupaven símptomes lleus. Malgrat que l'evolució dels primers casos era favorable, la possibilitat d'una mutació va dur les autoritats a mantenir els plans d'actuació. La situació descrita fins ara va afavorir el sorgiment de posicions crítiques per part d'alguns professionals envers, per exemple, la necessitat de vacunació i els possibles efectes adversos dels antivirals; fet que va transcendir als mitjans de comunicació.

Epidemiologia

A Barcelona, el primer cas de grip A/H1N1 es va registrar el dia 26 d'abril entre estudiants que retornaven d'un viatge a Mèxic. Un d'aquests va contagiar la seva parella i va ser el primer cas autòcton a Catalunya. A l'inici de l'epidèmia, tot seguint les indicacions del Ministeri de Salut y Política Social (MSPS), la vigilància es basava en la notificació de tots els casos de grip A amb sospita clínica. A la fi d'agost, es va decidir notificar només els casos confirmats ingressats en un hospital i, des del principi d'octubre, es van vigilar únicament els casos ingressats considerats greus (amb pneumònia o que van requerir ingrés a l'UCI).

Fins el mes de maig del 2010, es van notificar un total de 534 casos a l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), dels quals 455 residien a Barcelona ciutat. Respecte d'aquests últims, en la distribució temporal del nombre de casos notificats el 2009 (446 casos), s'han produït dos pics d'incidència: el primer en les setmanes epidemiològiques 16 i 17 i, el segon, entre les setmanes 25 i 29 (vegeu la figura 1, pàgina 77).

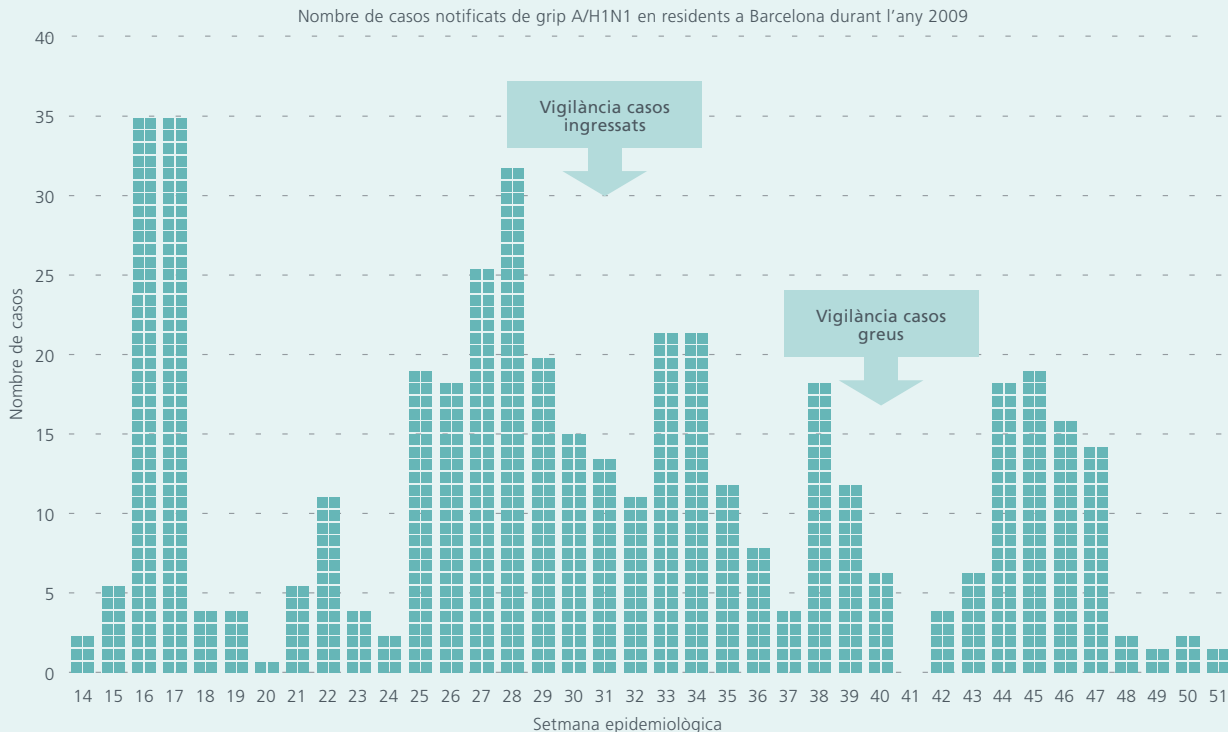
De gener a maig de l'any 2010, s'han notificat un total de 9 casos confirmats de gripA/H1N1. Dels 455 casos notificats i residents a Barcelona, 342 (un 75,2%) s'han confirmat microbiològicament. D'aquests, el 51,8% (177) eren homes. La mitjana d'edat era de 32,8 anys (DE 19) i per grups d'edat el major nombre de casos s'ha donat entre els 15 i els 44 anys (vegeu el quadre 1, pàgina 78).

Dels 342 casos confirmats (la majoria greus), el 31,6% (108) tenia com a mínim una patologia crònica. El 76,3% (261) es van hospitalitzar i, d'aquests, el 21,4% (56) va requerir ingrés en una unitat de cures intensives. La letalitat entre els casos confirmats va ser del 2,6% (9 morts) i si

considerem el total de casos notificats, la letalitat va ser del 2,1% (10 morts). La taxa de letalitat a la ciutat de Barcelona, si prenem com a denominador el nombre total de casos de grip A/H1N1 estimats per la xarxa sentinella, va ser de 0,064%. En la figura 2 (pàgina 78) es presenten les taxes d'incidència calculades a partir dels casos confirmats i les dades del padró municipal de l'any 2009. Durant l'any 2009, també es van notificar a l' ASPB 102 brots de grip A/H1N1 a escoles de Barcelona. La major part dels brots es van concentrar entre les setmanes 41 i 44 i van afectar gairebé tots els districtes municipals.

En el conjunt de Catalunya funciona una xarxa de metges sentinelles com a part del sistema de vigilància de la grip. Segons dades d'aquesta xarxa, publicades pel Pla d'informació de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya (PIDIRAC), a la setmana 45 de l'any 2009, la taxa d'incidència va ser aproximadament de 600 síndromes gripals per cada 100.000 habitants a Catalunya (vegeu la figura 3, pàgina 79).

Figura 1. Nombre de casos notificats de grip A/H1N1 en residents, segons període i criteri de notificació. Barcelona, 2009.



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

La gestió de la grip A/H1N1

78

El paper de l'ASPB en el control de la pandèmia

Plans i protocols: es va crear un comitè intern de l'ASPB que ha anat seguint de prop tots els esdeveniments. S'ha actuat de forma anticipatòria per evitar distorsions dels serveis públics i dels serveis municipals, s'ha desenvolupat el pla de contingències de l'agència, s'ha contribuït en el desenvolupament del pla de l'Ajuntament i s'ha ajudat a que els serveis essencials estiguessin preparats i no es veiessin afectats. S'ha mantingut una es-

pecial col·laboració amb els serveis educatius, particularment, amb el Consorci d'Educació de Barcelona i l'Institut Municipal d'Educació, per prevenir alteracions de la dinàmica educativa a escoles, escoles bressol i centres especials, com els centres d'ensenyament musical.

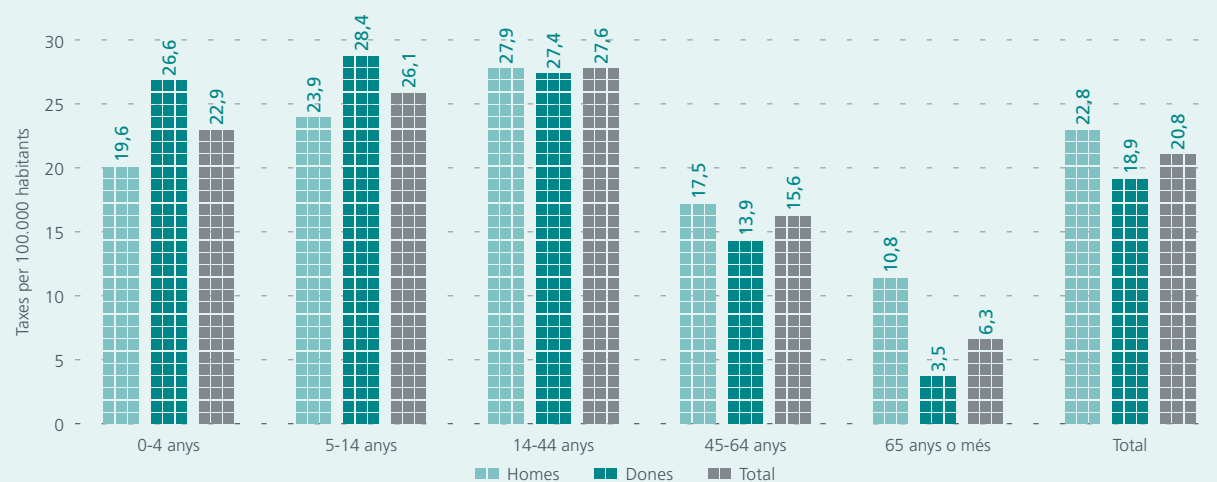
Comunicació: atès que tant el Ministeri com el Departament tenien activades pautes de comunicació molt intensives, vinculades a la coordinació internacional i dins la Unió Europea i entre les diverses comunitats autònomes, es va valorar que no tenia sentit per a l'ASPB buscar un espai propi davant dels mitjans. El paper de comunicació de l'ASPB es va centrar a respondre les peticions rebudes, a contribuir a circular les pautes, informes i protocols compartits, i a personalitzar

Quadre 1. Distribució dels casos confirmats microbiològicament de grip A/H1N1 segons l'edat i el sexe. Barcelona, d'abril a desembre 2009.¹

Edat	Homes		Dones		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-4 anys	7	4,2%	9	5,6%	16	4,9%
5-14 anys	15	8,9%	17	10,9%	32	9,9%
15-44 anys	99	58,9%	93	59,6%	192	59,3%
45-64 anys	33	19,6%	30	19,2%	63	19,4%
65 anys o més	14	8,3%	7	4,5%	21	6,5%
Total	176	100%	161	100%	337	100%

Nota: ¹ De 5 casos, no se n'ha obtingut l'edat.

Figura 2. Taxes d'incidència dels casos de grip A/H1N1 sotmesos a vigilància especial segons l'edat i el sexe. Barcelona, 2009.



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

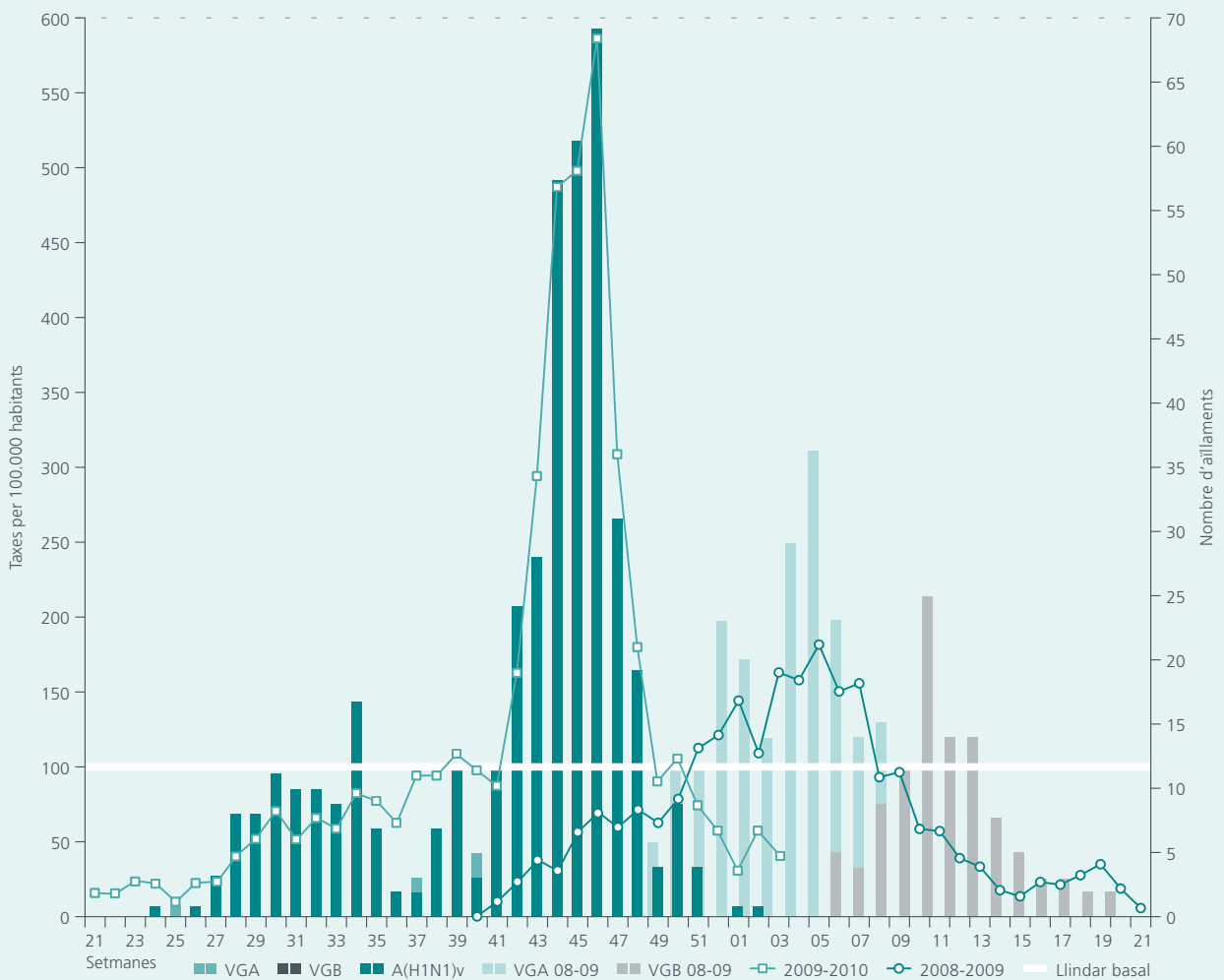
els consells i les orientacions amb les institucions i professionals amb qui manté relació, especialment, mitjançant el seu web.

Vigilància: el Servei d'Epidemiologia va prioritzar la investigació i el control d'aquesta grip, fet que ha possibilitat disposar de les dades presentades. S'ha participat en les nombroses reunions dels comitès de vigilància epidemiològica de les quatre àrees integrals de salut de la ciutat i de

la Comissió de Vigilància Epidemiològica de Catalunya, així com en sessions científiques diverses, i en reunions en algun centre on s'ha detectat un brot. En col·laboració amb el Servei de Salut Comunitària s'han investigat els brots detectats en escoles, i s'han emès les recomanacions pertinents.

Prevenció: l'Institut de Salut de la Comunitat de l'ASPB ha tingut un paper clau en la distribució de la vacuna a la ciutat, amb un dispositiu especial pel que fa a la vacuna de la nova grip. S'ha vacunat el personal de salut pública.

Figura 3. Incidència de la síndrome gripal i nombre d'aïllaments del virus de la grip A i B (VGA, VGB), segons la xarxa sentinella. Catalunya, setmanes 21(2009) i 3 (2010)¹.



Font: Pla d'informació de les infeccions respiratòries agudes de Catalunya (PIDIRAC), Generalitat de Catalunya.

Nota: la taxa d'incidència de setmanes prèvies s'actualitza amb les dades rebudes la setmana en curs.

La gestió de la grip A/H1N1

80

Reflexions i balanç

Afortunadament, la pandèmia ha estat més benigna del previst per la mateixa OMS: el nombre de morts (almenys 18.156)¹ ha estat molt inferior al de les darreres pandèmies gripals i, probablement, més baix al de la grip estacional dels darrers anys. Això, però, ha afectat selectivament les persones joves. El comportament ha estat propi d'una epidèmia «mediàtica» amb previsions que, a posteriori, no es van materialitzar². S'ha aconseguit que el funcionament dels serveis públics i essencials no es veiés alterat per l'epidèmia, i que no es produïssin contradiccions entre les administracions sanitàries. Els plans d'actuació existents per a casos de pandèmia s'han posat a prova i s'han millorat. El sistema de vigilància ha funcionat bé, i ha demostrat la seva solidesa. A posteriori, part del públic i molts professionals han tingut la percepció que l'alarma era excessiva. Els serveis de salut pública han respost amb efectivitat, sotmesos a fortes demandes i amb un esforç considerable.

És previsible que, a curt o mitjà termini, es produeixin noves alertes de salut pública d'aquesta natura, sigui per la grip o per alguna altra malaltia emergent. Els temes que s'han de millorar serien probablement, per exemple, la quantitat de protocols desenvolupats i el ritme amb què calia modificar-los, així com l'excessiva alarma generada per alguns mitjans de comunicació. De ben segur que l'experiència d'aquesta pandèmia facilitarà que les accions de tots els actors implicats, des de la mateixa OMS als governs nacionals i locals, els mitjans de comunicació i la població general, siguin millors. Altrament, l'experiència ha estat valuosa, i davant una amenaça de natura similar seria més fàcil activar els comitès ja formats.

Referències bibliogràfiques

- 1 World Health Organization. Pandemic (H1N1) 2009 - update 104. Disponible a: www.who.int/csr/don/2010_06_11/en/index.html.
- 2 Caylà JA. [Media epidemics: considerations for public health]. Gac Sanit. 2009 Sep-Oct;23(5):362-4.

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

Períodes anteriors de recessió econòmica permeten anticipar el possible impacte de la crisi econòmica actual sobre la salut pública. Un impacte que depèn, entre altres factors, de si s'examina l'efecte global sobre la salut de la població o sobre les desigualtats en la salut, de si es consideren indicadors de salut física o de salut mental, de si es produeix en països desenvolupats o en països en desenvolupament o de la despesa en protecció social dels països. A continuació es descriu l'evidència de l'impacte de crisis passades en països de rendes altes sobre la salut i es presenten algunes dades dels determinants socials de la salut associats a la crisi econòmica.

La mortalitat global disminueix durant les crisis econòmiques

Les crisis econòmiques tenen efectes aparentment paradoxals en les tendències de la mortalitat de la població als països rics. Contràriament al que es podria esperar, les crisis econòmiques durant el segle XX es van associar amb descensos en les taxes de mortalitat. En termes dels cicles econòmics, la mortalitat és procíclica i no contracíclica, això significa que augmenta amb l'economia en expansió i disminueix amb les contraccions¹. En èpoques de crisi econòmica, però, augmenten els problemes de salut mental i la mortalitat per suïcidis i per problemes associats amb l'abús d'alcohol. A Barcelona, algunes dades apunten en aquest sentit. Per exemple, els trastorns ansio-depressius notificats per l'atenció primària a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, han augmentat el 2009 respecte de l'any anterior (el 2008 van ser 334 i, el 2009, 357), mentre que els altres diagnòstics han disminuït lleugerament (tal com era d'esperar, a causa de la disminució de la població ocupada) i han passat de 191 a 154.

S'han identificat diferents raons per explicar el patró procíclic de la mortalitat amb relació als cicles econòmics. Per exemple, en èpoques d'expansió econòmica el nombre d'hores de treball remunerat augmenta, amb la qual cosa s'incrementa l'exposició a riscos laborals; l'estrès laboral augmenta i es redueix el temps propi, cosa que s'associa amb més sedentarisme; les dietes es tornen més poc saludables i les hores

de son disminueixen (fet que es relaciona amb més risc d'accidents, sobrepès i diabetis de tipus II). També en èpoques de bonança augmenta el tabaquisme i el consum d'alcohol. A causa de l'alta producció industrial i del volum de trànsit, s'incrementa la contaminació atmosfèrica que, entre altres coses, s'associa amb un augment de la mortalitat entre els individus vulnerables, com ara les persones grans o les que pateixen trastorns crònics de salut².

Per contra, durant les fases de recessió econòmica augmenta el temps lliure i la probabilitat de dedicar temps a activitats saludables com l'exercici físic o estar amb les persones estimades i amb els fills i filles. A més, es redueix el nombre d'hores de treball i el temps d'exposició a riscos laborals. D'altra banda, la reducció d'ingressos pot associar-se amb una disminució del consum de tabac, d'alcohol o de la ingesta de calories³. En contrast, però, als països pobres, el creixement econòmic compartit sembla millorar la salut, i proporcionar els mitjans per satisfer necessitats essencials, com són els aliments, l'aigua potable i l'habitatge, així com l'accés a serveis bàsics d'atenció de salut.

Importància de les polítiques de protecció social en períodes de crisi

L'impacte de les crisis econòmiques depèn també de la despesa en protecció social. Per mitigar els efectes de la Gran Depressió dels anys 30, als Estats Units es va crear un sistema de benestar social i es va invertir en programes de salut pública. Les taxes de mortalitat van caure un 10%. En canvi, durant la crisi econòmica de començament dels anys 90, els països de l'antiga Unió Soviètica van retallar molt els pressupostos socials i de salut i van alterar la regulació de l'economia. La mortalitat va augmentar un 40% per l'increment d'infarts aguts de miocardi, d'accidents cerebrovasculars, de trastorns de salut relacionats amb l'alcohol, de suïcidis i d'homicidis. Es va produir un excés de 3 milions de morts, l'increment més alt de la mortalitat en temps de pau a la segona meitat del segle passat. Un estudi recent que examina la relació entre la despesa en protecció social —per exemple, programes de suport a les famílies com l'educació infantil, la cura de les criatures o els permisos de maternitat i de paternitat, les pensions de jubilació, els programes actius d'ocupació per mantenir l'ocupació o ajudar les persones aturades a trobar feina amb rapidesa i els programes de suport a les persones amb discapacitat—, i la mortalitat a 15 països de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), entre ells l'Estat espanyol, ha trobat una correlació molt alta entre els dos indicadors. De manera que la mortalitat és menor als països amb més inversió en protecció social. A més, s'ha comprovat que l'efecte s'associa a la inversió en àrees socials diferents de l'assistència sanitària⁴. Les tendències de mortalitat de la Unió Europea (UE) en els últims anys indiquen que els països poden evitar l'increment de les morts per suïcidis durant els períodes de crisi econòmica amb una despesa per càpita de 200 dòlars l'any o més despesa en programes actius d'ocupació. Als països que gasten menys de 70 dòlars —com és el

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

82

cas de l'Estat espanyol o els països d'Europa de l'Est recentment incorporats a la UE-, les crisis econòmiques s'associen amb un augment dels suïcidis⁵. L'evidència disponible suggereix que la raó per la qual la crisi econòmica que va patir el sud-est asiàtic durant els anys 90 no va afectar la salut pública a Malàisia va ser que, a diferència de Tailàndia i Indonèsia, va ignorar el consell del Fons Monetari Internacional de reduir la despesa sobre la protecció social⁶.

Impacte de l'atur sobre les desigualtats en la salut

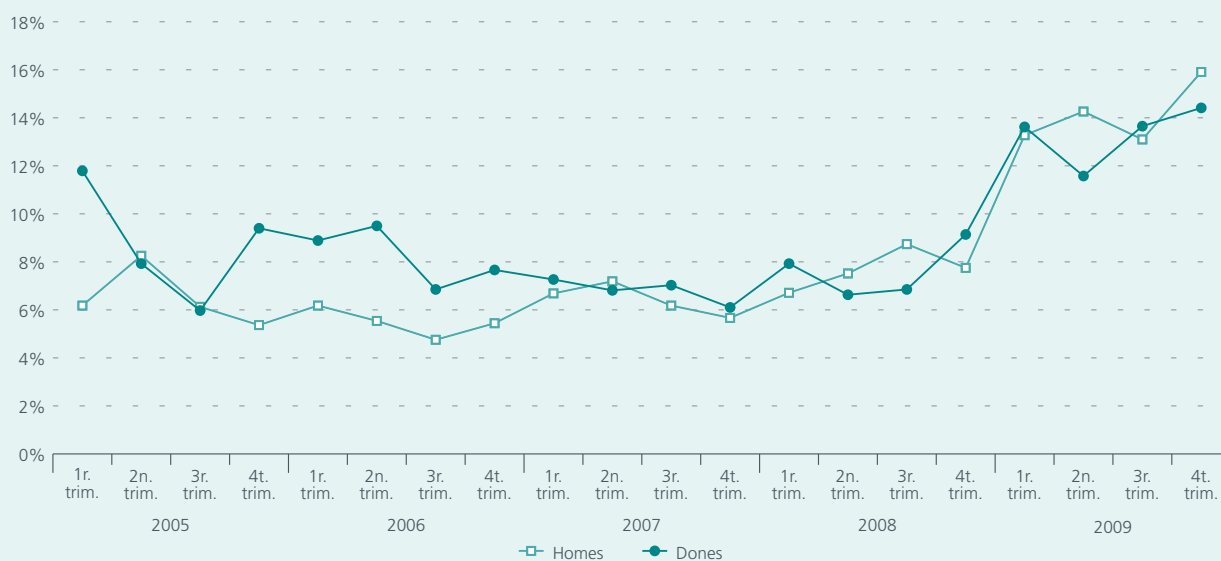
Si bé a escala global les crisis econòmiques poden associar-se a una reducció de la mortalitat, hi ha col·lectius de persones que es veuen afectats de manera negativa, tant des del punt de vista de la salut com del risc d'exclusió social, i augmenten així les desigualtats en la salut entre grups.

Un dels efectes més negatius de les crisis econòmiques és l'augment de l'atur, que en la crisi actual ha estat molt accentuat. A Barcelona, en

només un any, entre el quart trimestre del 2008 i el mateix trimestre del 2009, el nombre d'homes aturats ha passat de poc més de 33.000 a gairebé 68.000. En el mateix període el nombre de dones aturades ha augmentat lleugerament menys, i ha passat de gairebé 35.000 a més de 55.000. Així, segons l'Enquesta de població activa, a la fi de l'any 2009 la taxa d'atur se situa a la ciutat en el 15,9% dels homes i en el 14,4% de les dones (vegeu la figura 1)⁷.

S'ha documentat una probabilitat més alta de morir entre les persones en atur de llarga durada, més risc de patir trastorns ansiodepressius, abús de l'alcohol i conductes antisocials, ja que les persones que perden la feina per raons alienes a elles poden reaccionar amb conductes violentes⁸. Hi ha raons diverses que expliquen l'impacte negatiu de l'atur sobre la salut, com la pèrdua d'ingressos, però també en altres factors no econòmics com ara l'estatus, l'estructura temporal del dia, l'autoestima, l'activitat física o mental o els contactes interpersonals. En el nostre entorn, sembla que la pèrdua d'ingressos és el factor més important. Un estudi realitzat a Catalunya mostra que quedar-se a l'atur no té impacte en la salut mental quan les persones perceben prestacions econòmiques d'atur, independentment del sexe i de la qualificació. En canvi, entre les que no reben prestacions econòmiques d'atur, l'efecte més alt es dona entre els homes treballadors manuals casats o que conviuen en parella, cosa que els autors atribueixen al seu paper de sustentadors econòmics principals, amb freqüència únics, de la llar. Contràriament, conviure amb fills o filles actua com a element protec-

Figura 1. Evolució de la taxa d'atur a Barcelona segons el sexe. Barcelona, 2005-2009.



Font: Enquesta de població activa (EPA).

tor entre les dones de qualsevol qualificació que perden la feina i no reben prestacions econòmiques d'atur. Aquesta troballa pot explicar-se pel fet que, probablement, la majoria d'elles conviuen amb una parella que aporta els ingressos econòmics a la llar i que, a més, la cura dels fills o filles substitueix amb èxit els beneficis en salut que proporcionava abans la feina remunerada⁹.

Increment de les desigualtats en la salut segons la posició socioeconòmica

L'atur pot contribuir a incrementar les desigualtats socials en la salut segons la posició socioeconòmica, el gènere o el país de procedència. Per exemple, s'ha observat que els individus amb salaris extremadament baixos i nivells d'educació molt baixos tenen més risc de deteriorament de la salut durant els períodes de recessió econòmica. En canvi, els qui tenen educació secundària o més, que probablement tenen uns estalvis que poden actuar com a coixí i unes perspectives raonables d'aconseguir una nova ocupació a curt o mitjà termini, fins i tot, tal com s'ha mencionat abans, en períodes de crisi econòmica poden millorar la seva salut¹⁰.

Increment de les desigualtats de gènere en la salut

S'ha assenyalat que amb la crisi poden augmentar les desigualtats de gènere en el treball i les desigualtats en la salut que se'n deriven. Per exemple, si abans de la crisi anava en augment la proporció de dones que es reincorporaven al mercat de treball quan ja havien superat l'etapa de major exigència per a la cura de les criatures, la crisi pot afectar de manera adversa la contractació regular de dones de més de 45 anys¹¹. Algunes autores preveuen un augment de les hores de treball domèstic i familiar, d'una banda, per la necessitat de disminuir les despeses familiars (per exemple, prescindint de treballadores del servei domèstic, dedicant més temps a l'elaboració d'aliments més barats o augmentant el temps de cura a les persones dependents per no disposar de diners suficients per contractar recursos externs) i, de l'altra, per haver de fer el treball de cura que assumien recursos públics que han desaparegut pels ajustos pressupostaris

en les polítiques socials¹². S'ha de tenir en compte que estudis duts a terme a Catalunya han posat de manifest l'associació entre la compaginació de la vida laboral i familiar i diferents indicadors de salut, sobretot en les dones de classes socials menys benestants¹³. Finalment, un altre possible efecte de la crisi en el treball de les dones és el perill d'abandonament del mercat laboral per les dificultats de desplaçar-se lluny de la llar per cercar una nova feina, ja que, això dificulta la compaginació de la vida laboral i familiar¹⁴.

Increment de les desigualtats segons el país de naixement

L'atur ha afectat més la població immigrada que l'autòctona. A Barcelona, entre desembre del 2006 i del 2009, el nombre de persones aturades s'ha incrementat en un 97%, mentre que entre les persones estrangeres l'increment ha estat del 195%. Segons la memòria de Càritas del 2009¹⁵, el 73% de les persones residents a Barcelona ateses per aquesta organització havien nascut fora de l'Estat espanyol. Darreament, s'ha observat un canvi en el model familiar i laboral d'alguns col·lectius, com les famílies del Pakistan o del Marroc, que fa anys que viuen a Catalunya i que, ara, quan els marits s'han quedat sense feina, moltes dones volen treballar però no és fàcil, perquè no coneixen la llengua i no tenen formació professional. Algunes famílies se senten impotents en aquesta situació i valoren retornar al seu país, quan la majoria ja han fet el procés d'integració a la nostra societat i no volen marxar. D'altres, que encara conserven la feina, envien part de la família al seu país, en un intent de millorar la situació econòmica. La irregularitat administrativa de part d'aquest col·lectiu actua com a factor ancorador, de manera que la majoria de persones en situació irregular podria estar optant per quedar-se a l'Estat espanyol, tot i la precarietat de les seves condicions de vida, per por de no poder tornar a entrar si la situació al seu país és encara pitjor.

Vulnerabilitat econòmica i risc de males condicions de treball

A Barcelona, entre el 2008 i el 2009, han augmentat significativament les persones ateses per Càritas que es troben a l'atur i les que ja no cobren cap prestació i, al mateix temps, s'ha incrementat també el nombre de persones ateses que treballen en l'economia submergida. El 59% dels residents a Barcelona atesos per Càritas l'any 2009 estaven a l'atur, el 12% treballava en l'economia submergida i només el 10% tenia un contracte de treball. En els últims anys, l'endeutament econòmic i familiar, en bona part lligat al boom immobiliari, ha crescut de manera significativa. Això, juntament amb l'increment de l'atur, ha posat a moltes persones en situació de vulnerabilitat econòmica. S'ha assenyalat que, quan tenen dificultats econòmiques, molts treballadors, sobretot si són els sustentadors o sustentadores econòmiques principals de la llar, es veuen obligats a acceptar dures condicions de treball, cosa que té un impacte negatiu sobre la seva salut¹⁶. D'altra banda, alguns estudis han descrit una mortalitat més gran per infart agut de miocardi en les persones amb dificultats econòmiques.

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

84

El treball remunerat de qualitat per reduir els problemes de salut mental associats a l'atur

Per prevenir l'efecte de la pèrdua del treball sobre la salut mental, s'ha de tenir en compte que l'efecte positiu del treball remunerat sobre la salut depèn no només de tenir una feina remunerada, sinó també de la qualitat del treball. Per exemple, s'ha descrit que entre persones joves el millor estat de salut mental es dona entre els treballadors i les treballadores satisfets amb la seva feina i, el pitjor, entre els insatisfets. Entre aquests dos extrems se situen, de pitjor a millor estat de salut, els treballadors que no estan ni satisfets ni insatisfets amb la seva feina, les persones aturades, independentment de la durada del temps d'atur, i els estudiants¹⁷.

Incertesa laboral i estat de salut

La crisi, no només ha suposat un increment ràpid i significatiu del nombre de persones a l'atur, sinó que, tot i que s'ha reduït de manera significativa el nombre de persones amb contracte temporal (en ser les més afectades per l'atur), ha augmentat la incertesa sobre el futur laboral entre les persones ocupades. Segons dades de l'Observatori del Treball, a la província de Barcelona l'any 2007, 20.046 treballadors s'han vist afectats per expedients de regulació d'ocupació (ERO), el 2008, la xifra quasi es duplicava amb 37.210 i durant el 2009 el nombre de persones afectades per expedients ERO ha arribat a 98.675. S'ha documentat que les grans reestructuracions de plantilles s'associen a un increment de malalties cròniques i d'hospitalitzacions, així com a una mortalitat prematura per malaltia coronària¹⁸. D'altra banda, s'ha descrit que en els ERO no només pateixen les persones que perden la feina, sinó també les que continuen treballant. Entre aquestes s'ha observat un increment de trastorns ansio depressius relacionats amb la incertesa sobre el futur laboral, un augment de conflictes entre companys, un increment del

volum de feina en reduir-se habitualment més la mà d'obra que les exigències del treball, del tabaquisme i de problemes amb la parella¹⁹.

Hi ha alguns indicis de reducció de l'absentisme laboral, cosa que ja ha estat documentada en altres períodes de recessió econòmica. Segons dades de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, les incapacitats temporals a Catalunya han passat de 34,3 nous processos per 100 persones ocupades el 2007 a 33,2 el 2009. S'ha assenyalat que els treballadors i treballadores amb una història d'absentisme per motius de salut han de competir amb persones sense aquesta història quan les oportunitats de trobar feina disminueixen, i poden respondre a aquesta situació de dues maneres. Els treballadors amb un absentisme explicat per conductes de risc, com ara l'abús d'alcohol, poden intentar controlar més el consum i, consegüentment, millorar la seva salut. Tanmateix, persones amb malalties cròniques poden anar a treballar encara que estiguin malaltes i això empitjoraria la seva salut. Aquest últim fenomen, molt documentat entre els treballadors amb contractes temporals, és conegut com presentisme.

Conclusions

Tot i que encara hi ha poques dades sobre l'impacte de l'actual crisi econòmica sobre la salut a Barcelona, l'anàlisi de passades crisis permet preveure aquest possible efecte i actuar per prevenir-lo. La mortalitat és procíclica, el que significa que augmenta amb l'economia en expansió i disminueix amb les contraccions, i no contracíclica, com es podria esperar. Tanmateix, als països desenvolupats en períodes de recessió econòmica s'incrementen els problemes de salut mental, la mortalitat per suïcidi i per trastorns de salut associats a l'abús de l'alcohol. Tot i que, globalment, en períodes de recessió econòmica la mortalitat disminueix, s'incrementen les desigualtats socials segons la posició socioeconòmica, el gènere i el país de procedència.

L'impacte de les crisis econòmiques sobre la salut depèn en bona mesura de la despesa en polítiques de protecció social, de manera que és superior als països, com l'Estat espanyol, amb despeses molt baixes. Per això, és fonamental que els governs mantinguin o, fins i tot, incrementin les despeses en protecció social. Des del punt de vista de la salut pública, són necessàries polítiques actives d'ocupació, però s'ha de tenir en compte que l'efecte beneficiós del treball remunerat sobre la salut depèn de les condicions de treball, i en el context actual és probable que moltes persones en situació de vulnerabilitat econòmica es vegin obligades a acceptar condicions de treball dures i situacions d'explotació, cosa que els agents socials haurien de vigilar estretament per evitar que es produeixin.

Referències bibliogràfiques

- 1 Bezruchka S. The effect of economic recession on population health. CMAJ. 2009; DOI:10.1503/cmaj.090553.
- 2 Tapia-Granados JA. Recessions and Mortality in Spain, 1980-1997. Eur J Popul. 2005; 21: 393-422.
- 3 Ruhm CJ. A Healthy Economy Can Break Your Heart. Demography 2007; 44: 829-848.
- 4 Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. BMJ. 2010; 340: c3311.
- 5 Stuckler D, Basu S, McKee M. How government spending cuts put lives at risk. Nature. 2010; 20: 465.
- 6 Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: A review of the evidence. Ulster Med J. 2009; 78: 142-145.
- 7 Anuari estadístic de la ciutat de Barcelona 2009. Accessible a: http://www.bcn.es/estadistica/catala/dades/anuari/index_pdf.htm. Consultat: 8 de juny de 2010.
- 8 Catalano R, Snowden L, Shumway M, Kessell E. Unemployment and civil commitment: a test of the intolerance hypothesis. Aggress Behav. 2007; 33: 272-80.
- 9 Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health. 2004; 94: 82-88.
- 10 Edwards R. Who is hurt by procyclical mortality? Soc Sci Med. 2008; 67: 2051-2058.
- 11 Martínez A. Estudi de gènere sobre el tancament d'empreses a Catalunya. Barcelona: Secretaria de la Dona CCOO i ICD; 2006.
- 12 Martínez i Castells A, Casanueva-Artís A. La crisis en femenino plural. Revista de Economía Crítica. 2010; 9: 53-74.
- 13 Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health. 2001; 55: 639-647.
- 14 Miralles-Guasch C. Ciudad y transporte: el binomio imperfecto. Barcelona: Ariel; 2002.
- 15 Memoria de Càritas 2009. Arxidiòcesi de Barcelona. Barcelona: Càritas Diocesana de Barcelona; 2009.
- 16 Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L, Villegas R. Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. J Epidemiol Community Health. 2009; 63: 521-527.
- 17 Graetz B. Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women. Soc Sci Med. 1993; 6, 715-724.
- 18 Ferrie JE, Westerlund H, Virtanen M, Vahtera J, Kivimäki M. Flexible labor markets and employee health. SJWEH Suppl. 2008; (6): 98-110.
- 19 Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. BMJ. 2000; 320: 971-975.

Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample

86

Introducció

A Catalunya, la taxa de suïcidis ha anat creixent fins a arribar als 7,3 casos per 100.000 habitants l'any 2000¹. En les dades epidemiològiques s'observa un percentatge més gran d'homes que de dones que consumeixen el suïcidis, i un increment en les taxes a mesura que avança l'edat. És alarmant l'impacte que té aquest problema de salut en els més joves, que només és superat pels accidents de trànsit com a principal causa de mort.

El suïcidis és, per tant, un problema de salut pública, en què la prevenció de la conducta de risc suïcida ha de ser prioritària². Els professionals sanitaris, principalment, els de l'atenció primària, estan en contacte amb un alt nombre de pacients amb un trastorn mental de base que, en alguns casos i davant uns indicadors de risc, poden derivar en conductes autolesives o en el suïcidis. Els programes de sensibilització per millorar la identificació de pacients amb risc són un mitjà eficaç per a la identificació i la prevenció de la conducta suïcida³. Alguns programes de tractament psicoterapèutic també han mostrat la seva eficàcia per disminuir el nombre de repeticions, principalment en pacients amb un alt risc⁴.

El seguiment dels pacients que han intentat suïcidar-se i la continuïtat en l'atenció també són aspectes que cal tenir en compte en la prevenció de la conducta suïcida. La literatura en la qual s'hagin integrat programes comunitaris que combinin diferents estratègies de prevenció de la conducta suïcida (sensibilització, gestió de casos, tractaments específics) és més escassa, tot i que les experiències que existeixen han mostrat resultats prometedors.

El setembre de l'any 2005 es va iniciar el programa comunitari orientat a conèixer i prevenir les conductes suïcides. El Programa de prevenció de la conducta suïcida es desenvolupa al barri de la Dreta de l'Eixample de la ciutat de Barcelona, on l'atenció als problemes de salut mental en la població adulta es duu a terme majoritàriament entre els equipaments del Servei de Psiquiatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i el Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample, el Centre Psicoteràpia Barcelona i

els Serveis de Salut Mental (CSMA Dreta Eixample.CPBSSM). Aquestes unitats són centres proveïdors del Servei Català de la Salut.

El Programa de prevenció de la conducta suïcida (PPCS) es fonamenta en el disseny d'un programa d'intervenció que combina la sensibilització en l'àmbit comunitari, l'atenció ràpida i eficient dels pacients més greus, i la coordinació dels diferents recursos sanitaris per assegurar la continuïtat assistencial d'aquests pacients.

En l'atenció primària la morbiditat psiquiàtrica té un pes molt important, i constitueix fins un 25% de la casuística que s'hi atén, tot i que existeix una gran variabilitat entre les àrees bàsiques de salut. En la prevenció de la conducta suïcida és molt important el reconeixement dels signes d'alerta i el tractament del problema mental de base. Per tant, és important que els professionals sanitaris, especialment en l'atenció primària, puguin detectar els símptomes psiquiàtrics i altres factors relacionats amb el risc suïcida. La millora de la detecció i el tractament d'aquests problemes és crucial per reduir la incidència del suïcidis.

Precisament, aquest és un dels principals objectius de salut que es plantejava el Pla de salut de Catalunya per a l'any 2010: reduir la taxa de mortalitat per suïcidis en un 10%, principalment, en els més joves i els majors de 65 anys, i reduir la repetició de les temptatives en un 15%.

Tot seguint aquestes directrius, el Pla director de salut mental i addiccions ha marcat com un dels seus objectius operatius la millora de l'atenció de les persones amb temptatives de suïcidis⁵. Per assolir-lo es proposen l'elaboració de protocols de detecció de les temptatives de suïcidis (principalment en atenció primària, serveis d'urgències, forces de seguretat, etc.), d'atenció a les temptatives, i d'atenció de suport a les famílies i coneguts dels afectats. La prevenció constitueix, per tant, un paper cabdal per assolir aquests objectius.

En concret, els objectius del Programa de prevenció de la conducta suïcida (PPCS) són els següents. En primer lloc, conèixer de forma fiable, a partir d'una recollida de dades rigorosa, la incidència de la conducta suïcida al barri de la Dreta de l'Eixample. En segon lloc, la recollida de dades també ha de permetre descriure les característiques dels ciutadans i ciutadanes que entren en contacte amb el programa. En tercer lloc, el desenvolupament del programa contribuiria a sensibilitzar els professionals sanitaris en diferents nivells d'atenció de la magnitud del problema i de la importància de la prevenció de la conducta suïcida, i també a promoure una millor detecció de conductes o ideacions suïcides que permeti posar en contacte l'individu amb els circuits assistencials corresponents i, així, assegurar una intervenció precoç. Per assolir aquest objectiu, és necessari aprofundir en la coordinació dels diferents equipaments del barri per assegurar que les derivacions al programa d'atenció siguin efectives, i assolir una atenció immediata als individus, gestionant aquestes demandes fins a assegurar que poden ser incloses en els seus circuits d'atenció a la salut mental. I finalment, es pretén po-

sar en marxa una intervenció psicoeducacional en la comunitat que demostrí el seu impacte en la conducta suïcida entre els ciutadans del barri.

Persones incloses en el programa (abril 2006–desembre 2009)

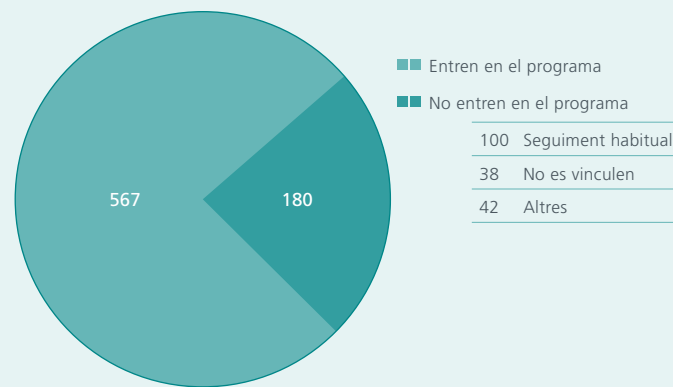
Han estat avaluades 747 persones (vegeu la figura 1) amb criteris per ser incloses en el programa assistencial, de les quals 567 han entrat en el programa. Les 180 persones restants no han estat vinculades per tractar-se de persones ja en seguiment en altres dispositius com, per exemple, en assistència privada o serveis de toxicomanies (100 persones). O també per tractar-se de persones que no es vinculen, a les quals se'ls realitza un control telefònic (38 persones), o bé per altres circumstàncies diverses com, per exemple, per canvi de domicili (42 persones).

De les 567 persones que han estat incloses en el programa assistencial, 350 han realitzat un seguiment intensiu en la modalitat d'intervenció en crisi, i les 222 persones restants han rebut una atenció ambulatoria intensiva amb intervenció grupal de tipus dialecticoconductual. La figura 2 mostra les persones ateses per modalitat d'intervenció i segons la procedència. Les 567 persones incloses en el programa han donat lloc a 6.020 actes assistencials (vegeu el quadre 1, pàgina 88), que inclouen visites individuals, gru-

pals, intervencions d'infermeria i treball social així com totes les actuacions que comporta la gestió de casos (trucades, vinculacions a recursos assistencials, interconsulta amb APS, etc.). El nombre d'actes assistencials per persona atesa correspon a una mitjana d'11 amb un durada mitjana de la intervenció de 62 dies. Han rebut teràpia grupal 183 pacients, xifra que correspon a més d'un terç del total de pacients atesos.

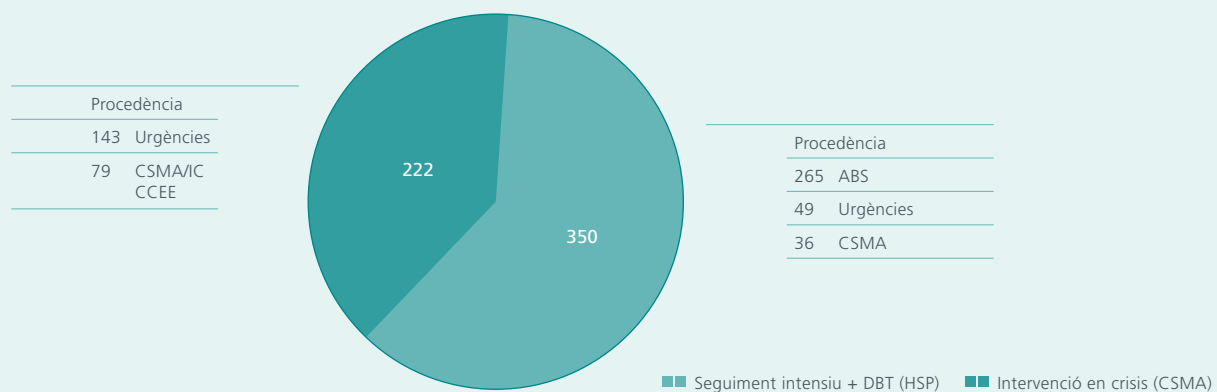
Quant a les altes donades del programa, de les 567 persones ateses, 97 segueixen en curs (vegeu la figura 3, pàgina 88) i la resta han estat donades d'alta per continuar el seguiment a l'ABS o en altres dispositius especialitzats (CSMA, toxicomanies, etc.).

Figura 1. Persones amb criteri d'inclusió en el programa. Barcelona, 2009.



Font: CSMA Dreta Eixample i CPB.SSM.
Nota: 747 casos.

Figura 2. Persones incloses en el programa per modalitat d'intervenció i procedència. Barcelona, 2009.



Font: CSMA Dreta Eixample i CPB.SSM.
Nota: 567 casos.

Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample

88

Resultats principals

En comparar la població de la Dreta de l'Eixample amb la procedent d'altres sectors, abans d'implantar el Programa de prevenció de la conducta suïcida (PPCS) i després del seu inici, s'ha pogut observar com després de la implantació del programa s'ha detectat entre els pacients de la Dreta de l'Eixample un percentatge menor de desencadenants simptomàtics d'un trastorn mental (un 9% menys). Això ens fa pensar que el programa ha contribuït a identificar les persones amb una crisi suïcida, però sense una psicopatologia prèvia. Possiblement, aquest fet hagi estat fruit de les sessions de sensibilització que s'han dut a terme en la primera fase del programa. La posada en marxa del programa ha permès, també, identificar un percentatge superior de pacients amb un trastorn afectiu a la Dreta de l'Eixample que no pas en altres sectors. Aquest fet es podria explicar per la campanya de sensibilització per a la identificació de signes de risc que s'ha dut a terme en els professionals sanitaris en les fases inicials del PPCS.

L'impacte d'aquest programa d'intervenció en la comunitat s'ha avaluat mitjançant dues variables de resultat principals: la gravetat de l'intent suïcida i la reducció de la recidiva.

Les temptatives entre els pacients de la Dreta de l'Eixample han disminuït en un 13% un cop iniciat el programa (del 57,8% al 44,1%). D'altra banda, mentre que abans del PPCS els pacients de la Dreta de l'Eixample tenien una mitjana superior de temptatives prèvies, després la tendència s'ha igualat amb els pacients d'altres sectors. És també rellevant que, abans de la implantació del programa, el percentatge de pacients repetidors d'una temptativa de suïcidis era similar entre els pacients de la Dreta de l'Eixample i la dels altres sectors. En canvi, amb la implantació del programa s'ha observat una disminució del 10% de pacients repetidors a la Dreta de l'Eixample. Es mostren, per tant, uns millors resultats amb aquest perfil de pacient repetidor. Una altra qüestió significativa és que el percentatge entre els pacients de la Dreta de l'Eixample amb conducta suïcida i un trastorn de la personalitat s'ha reduït significativament després de l'inici del

PPCS (del 60% al 49%). Aquest fet coincideix amb la posada en funcionament de les unitats per al tractament de pacients amb trastorn límit de la personalitat a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, el CSMA Dreta Eixample, el CPB i SSM.

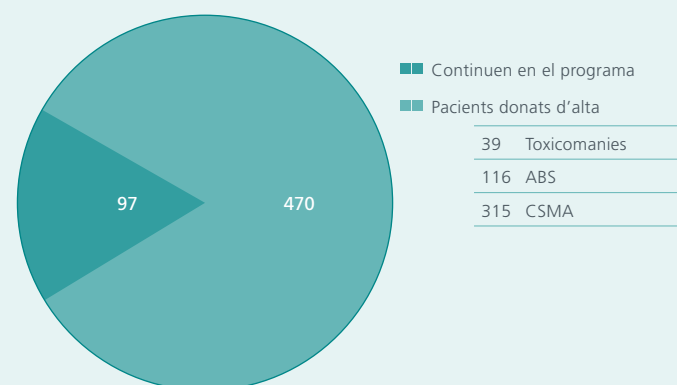
Com a resultats del procés, s'ha observat un canvi molt important en la derivació que es feia dels pacients als diferents dispositius disponibles. Després del programa van requerir un ingrés el 14% de pacients de la Dreta de l'Eixample, mentre que en els pacients d'altres sectors el percentatge va ser del 35%, és a dir un 21% menys. El percen-

Quadre 1. Dades assistencials i recursos utilitzats. Barcelona, 2006-2009.

Dades assistencials		
Període	Abril 2006 - Desembre 2009	
Nombre	Persones ateses	Actes assistencials
	567	6020
Nombre visites/persona	11	
Duració intervenció	62 dies	
Intervenció grupal	183 (36,7%) 1.450 visites	
Treball social	68 pacients (12%)	
Infermeria	119 pacients (21%)	
Consultes UCIES	Dreta Eix 542	
Hospital de dia	73 (12,7%)	
Ingrés en aguts/Sec	70 (12,3%)	

Font: CSMA Dreta Eixample, CPB i SSM.

Figura 3. Persones donades d'alta al programa. Barcelona, 2009.



Font: CSMA Dreta Eixample i CPB.SSM.
Nota: 567 casos.

tatge d'ingressos en els pacients de la Dreta de l'Eixample ha passat del 18% abans del PPCS al 14% després del seu inici. En definitiva, el PPCS ha permès una disminució significativa dels ingressos i, en conseqüència, un augment de l'assistència ambulatoria d'aquests pacients.

Conclusions

Els resultats a escala global del Programa de prevenció de la conducta suïcida mostren com un programa d'aquestes característiques té un impacte sobre la conducta suïcida dels pacients que s'hi atenen que també es tradueix en un impacte en les necessitats assistencials que requereixen aquests pacients. Un programa de prevenció de la conducta suïcida que integri i coordini dispositius sanitaris i comunitaris és eficaç per reduir les repeticions de temptatives suïcides i, per tant, té impacte en els suïcidis consumats. A més, augmenta la supervivència en els pacients, i possibilita un millor seguiment dels pacients i un ús més racional dels recursos sanitaris específics per al seu tractament. Així mateix, permet una dismi-

nució considerable dels ingressos hospitalaris i en unitats d'aguts i, per tant, repercuteix clarament en els costos assistencials.

La coordinació dels diferents dispositius i professionals sanitaris i socials ha permès, d'altra banda, poder identificar millor algun perfil de pacients amb un risc més gran de suïcidi, pels quals es justifica desenvolupar accions específiques que en puguin millorar la identificació, la valoració i una derivació assistencial adequada.

Són molt destacables els resultats observats en les dones, amb un risc de suïcidi molt superior al dels homes. En les persones ateses majors de 65 anys, s'ha identificat un perfil amb un risc més elevat d'exclusió social que no està essent atès dins de la xarxa de salut mental. Pel que fa al col·lectiu de persones multirepetidores de suïcidi, els resultats del programa han estat molt positius ja que el risc de repetició en l'intent de suïcidi ha disminuït. L'entrada al PPCS ha permès fer-ne una millor valoració i derivació als dispositius disponibles a l'hospital de dia.

Els esforços invertits en el Programa de prevenció de la conducta suïcida i els resultats obtinguts són un estímul per continuar el treball clínic i assistencial coordinat, per aprofundir en el coneixement de la conducta suïcida i per assegurar l'impacte en la societat d'un programa comunitari d'aquestes característiques.

Referències bibliogràfiques

- 1 Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de salut per a l'any 2010. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2003.
- 2 Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2006.
- 3 Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005; 294(16): 2064-74.
- 4 Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane Database Syst Rev. 2002: CD001764.

Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012

90

El Pla d'acció sobre drogues de Barcelona (PADB) s'ha elaborat amb l'objectiu de crear directrius i polítiques de drogues a la ciutat de Barcelona. Per aconseguir-ho, el PADB fa un diagnòstic, valora la problemàtica del consum de drogues a la ciutat i proposa solucions mitjançant la creació de nous recursos o la redistribució dels ja existents. Amb això, es concreten els resultats que s'espera assolir mitjançant el disseny detallat d'un pla de treball en què s'especifica i es distribueixen les tasques que cal fer. El PADB també avalua l'anterior pla i proposa els mecanismes de control i avaluació necessaris per tal de poder fer un seguiment que permeti reordenar i millorar les futures actuacions en funció dels resultats obtinguts.

L'any 1989, es va signar per consens amb tots els grups polítics el primer Pla de drogues de Barcelona, que va ser el primer pla escrit a l'Estat espanyol i que donava resposta a l'expansió del consum de drogues de la fi dels anys 80. Des d'aleshores, s'han anat succeint els diferents plans de drogues com a eina per conèixer i intervenir en matèria de drogues a la ciutat de Barcelona. Durant l'any 2009, es va aprovar el Pla de drogues de Barcelona 2009-2012. En els darrers dos PADB es va emprar la metodologia d'avaluació d'impacte en salut (AIS), que ha implicat un gran esforç de participació de diferents actors i agents sanitaris, socials, educatius, culturals, del lleure, dels cossos de seguretat i d'altres, a fi de cercar el consens polític, social i professional necessari.

Tot seguint la sistemàtica de l'AIS, el PADB es fonamenta en l'existència d'un model social sobre la salut i el benestar, i posar èmfasi explícit en l'equitat i la justícia social i es nodreix d'un enfocament multidisciplinari i participatiu sobre la base de l'evidència d'informació quantitativa i qualitativa. D'aquesta manera, s'ha considerat que el benestar individual i comunitari està determinat per un ampli rang de determinants de la salut que inclouen els aspectes biològics, les circumstàncies personals o familiars i els estils de vida, l'ambient social (posició socioeconòmica, cultura, xarxes socials i participació comunitària), el medi físic (habitatge, criminalitat, disseny urbà i transport) i els serveis públics.

Avaluació del Pla de drogues 2006-2008

L'avaluació del PADB 2006-2008 es fa des de tres abordatges clarament diferenciats: un abordatge de ciutat, un de poblacions vulnerables (infantil i adolescents i dones) i un de la població addicta a substàncies psicoactives. En total s'avaluen 20 objectius proposats en el pla 2006-2008 que corresponen a 35 accions concretes. D'aquestes accions, el 37,1% van tenir un grau d'assoliment alt, un 11,4% mitjà o acceptable, un 20% es van assolir parcialment i, finalment, un 31,4% no es van poder assolir i hauran de tornar-se a plantejar en el nou pla.

Anàlisi de la situació

A l'hora d'afrontar la definició dels objectius, el PADB-2009-2012 disposa d'una anàlisi de situació que pretén diagnosticar les necessitats de la ciutat de Barcelona. Aquest diagnòstic de situació es presenta tenint en compte l'estructuració de les tres grans àrees esmentades en l'apartat anterior (abordatge de ciutat, poblacions vulnerables i població addicta a substàncies psicoactives). Tot el PADB es realitza des d'una perspectiva de gènere que implica la realització de les anàlisis per separat entre homes i dones.

Abordatge de ciutat

En l'abordatge de ciutat podem veure que el fenomen de l'heroïna a Barcelona roman estable des del principi de l'any 2000, i s'estima que hi ha uns sis mil usuaris d'heroïna, mentre que els nous usuaris han anat patint un davallada constant¹. Pel que fa a la cocaïna, s'estima que l'any 2006 hi havia uns 22.640 individus consumidors de cocaïna a la ciutat, xifra que ha anat en augment des del principi dels anys 90². Finalment, podem veure que un 3,6% de la població de Barcelona major de 18 anys presenta un trastorn per abús o dependència de l'alcohol (6,5% en homes i 0,96% en dones)³.

Actualment, a Barcelona, existeix una xarxa assistencial consolidada que pretén donar resposta als problemes de drogues de la ciutat (vegeu la figura en la pàgina web del Pla d'acció sobre drogues de Barcelona). La distribució de nous recursos es realitza a partir d'un índex de consum problemàtic (ICDP)⁴ que permet adequar els recursos a la problemàtica existent a la ciutat. Aquest índex està format per indicadors d'inicis de tractament per consum de drogues, urgències hospitalàries amb menció de consum de droga i mortalitat per reacció aguda al consum de substàncies psicoactives. Una dada important que es con-

El PADB està disponible a la pàgina web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (www.aspb.cat/quefem/docs/Pla_drogues_2009_12.pdf)

clou de la distribució de l'índex és que caldria que els districtes que no disposen d'equipaments específics d'atenció a les drogodependències tinguessin algun d'aquests recursos amb la finalitat de millorar la distribució i descongestionar determinats territoris. D'aquesta manera i, d'acord amb l'ICDP, la prioritat de nous equipaments passa per dotar de nous recursos Sant Martí, Gràcia i, finalment, les Corts, en aquest ordre de prioritats⁵.

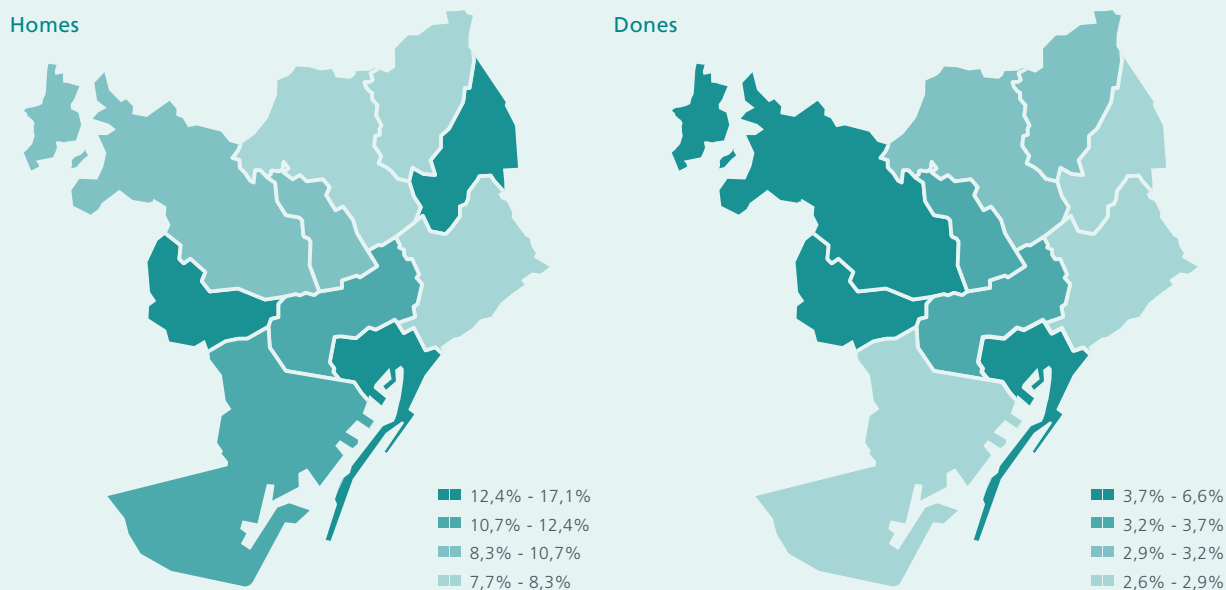
Tanmateix, podem veure que no sols l'ICDP és important a l'hora de valorar les principals necessitats de la ciutat de Barcelona. L'Enquesta de salut de Barcelona⁶ ens ajuda a conèixer la distribució territorial del consum de drogues i ens dona molta informació per tal de poder dissenyar polítiques adequades per prevenir-ne el consum. En aquest sentit, els indicadors de bevedors de risc, els de consum de cocaïna i els de consum de cànnabis ens ajuden a tenir una distribució territorial de la problemàtica poblacional del consum de substàncies psicoactives. Podem veure que el consum de risc d'alcohol és més gran en els ho-

mes dels districtes de Ciutat Vella, les Corts i Sant Andreu, i més gran en les dones de Ciutat Vella, les Corts i Sarrià (vegeu la figura 1). Pel que fa al consum de cocaïna, els districtes amb una prevalença superior són Ciutat Vella, les Corts i Sarrià, pel que fa als homes, i l'Eixample, Sarrià-Sant Gervasi i Sants-Montjuïc pel que fa a les dones. Finalment, el consum de cànnabis és superior en els homes de Ciutat Vella, l'Eixample i Nou Barris i en les dones de l'Eixample, Gràcia i Sarrià-Sant Gervasi (vegeu la figura 2, pàgina 92)⁵. En general, a Barcelona, un de cada deu homes de 15 a 64 anys han consumit cànnabis en els darrers trenta dies i un 1,9% dels homes i un 0,8% de les dones ha consumit cocaïna en els darrers trenta dies. Un altre bon indicador poblacional de l'estat del consum de drogues a la ciutat és la mortalitat per reacció aguda adversa a drogues. Podem veure que la mortalitat ha anat disminuint, i ha passat de 173 defuncions l'any 1989 a 66 morts l'any 2007, tendència que segueix l'any 2008 amb 48 morts i fa un repunt l'any 2009 amb 84 morts⁷.

Infants i adolescents

Segons les dades actualitzades de l'informe FRESC, l'any 2008 les substàncies psicoactives més prevalents entre la població escolaritzada de 14 a 16 anys seguien essent l'alcohol, el tabac i el cànnabis. En aquest sentit, el 85,1% dels nois i el 86,9% de les noies de 4t d'ESO han pres alcohol alguna vegada a la vida, el 40,1% dels nois i

Figura 1. Percentatge de bevedors de risc en la població de 15 a 64 anys segons el sexe i el districte de residència. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012

92

el 31,8% de les noies de 15 i 16 anys han tastat el cànnabis, i un 2,3% dels nois i un 1,4% de les noies de 4t d'ESO han consumit cocaïna alguna vegada a la vida.⁸ És per aquest motiu que s'han establert protocols d'actuació entre els cossos policials i l'Agència de Salut Pública de Barcelona per tal d'oferir un programa psicoeducatiu als adolescents sancionats per consum de drogues il·legals a la via pública (Servei d'Orientació sobre Drogues).

Joves i dones

En joves, el consum de substàncies psicoactives és superior en homes que en dones. Es pot veure que la prevalença de bevedors de risc en joves de 15 a 29 anys és del 17,2%. El cànnabis és la substància il·legal amb una prevalença de consum més alta: un 30,3% dels homes i un 21,1%

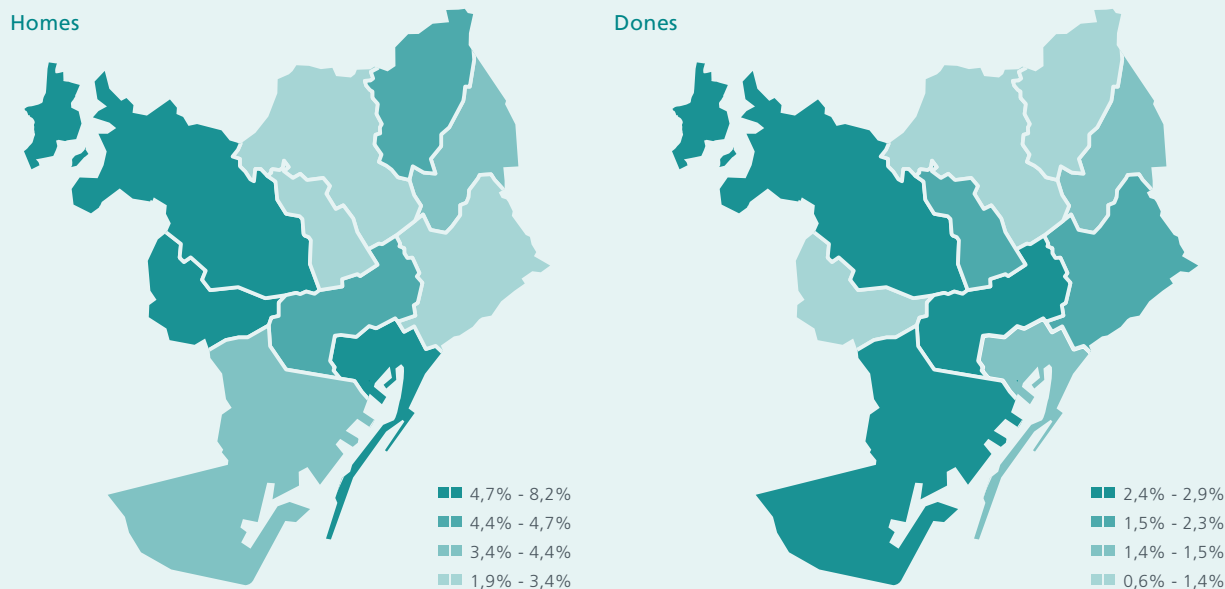
de les dones l'han consumida en el darrer any. La cocaïna és la segona droga il·legal més consumida: un 7,7% dels homes i un 5,5% de les dones de 15 a 29 anys l'han consumida en el darrer any.

Població addicta a substàncies psicoactives

A Barcelona tenim diferents fonts d'informació per valorar la població addicta a substàncies psicoactives. Aquestes fonts són, bàsicament, els registres de les sales de reducció de danys, les urgències hospitalàries i els inicis de tractament per abús o dependència de substàncies.

Durant l'any 2008, a Barcelona s'han atès 5.058 persones per addicció a diferents substàncies psicoactives, un 77% de les quals eren autòctones i un 23% estrangeres. La meitat dels inicis de tractament van ser a causa de l'alcohol, un 28%, a la cocaïna; un 15%, a l'heroïna i, un 6%, al cànnabis. Pel que fa a les persones ateses als centres de reducció de danys durant l'any 2008, s'han atès 5.541 addictes actius a l'heroïna i/o la cocaïna. D'aquests, el 82% eren homes, el 42% tenien 30 o més anys, el 40% eren espanyols i el 26% vivien en una llar familiar.

Figura 2. Percentatge de consumidors de cocaïna en els darrers 12 mesos en la població de 15 a 64 anys segons el sexe i el districte de residència. Barcelona, 2006.



Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Pla d'acció

Tenint en compte l'anàlisi de situació, el PADB se centra en sis grans reptes:

- + El reforçament de les mesures de prevenció selectiva i indicada amb visió comunitària, adreçades a evitar el consum o a disminuir els efectes del consum problemàtic d'alcohol i altres drogues per a les persones consumidores més vulnerables, atès que la prevenció universal i menys específica ja té uns nivells mínims assolits que han de mantenir-se i incrementar-se.
- + La incorporació d'estratègies de multiculturalitat en totes les línies d'actuació en l'àmbit de les drogodependències, per respondre a les necessitats que planteja una societat menys homogènia.
- + L'ampliació i la consolidació dels programes i de les estratègies de reducció de danys per a les persones consumidores de drogues en situació de major cronificació i exclusió social, reforçant les accions per atreure persones en aquesta situació a programes de tractament.
- + L'adaptació dels centres de tractament als nous reptes terapèutics vinculats al consum d'alcohol, cocaïna, cànnabis i altres substàncies psicoactives, i a la diversitat cultural i idiomàtica, sense abandonar l'atenció als usuaris d'heroïna, que va ser un factor clau en l'origen de la xarxa actual.
- + La major integració i acceptació dels serveis per a drogodependents en els recursos assistencials socials i de salut, i en el conjunt del teixit social de la ciutat.
- + El reforç del treball de coordinació i col·laboració amb tots els actors, agents i institucions implicats en el treball vinculat a la prevenció del consum de les substàncies addictives, tant les d'ús legalitzat, com el tabac i l'alcohol, com les que no ho són (heroïna, cocaïna, cànnabis, etc.).

En l'anàlisi del consum a la ciutat de Barcelona es posa de manifest que l'ús de drogues, durant la transició de la infància a la maduresa, es dona amb certa freqüència. En moltes ocasions, aquest consum és abandonat en arribar a l'edat adulta però, en canvi, en d'altres pot evolucionar i esdevenir un problema d'abús o de dependència.

La missió del Pla d'acció sobre drogues de Barcelona es defineix com la prevenció i reducció del consum de drogues psicoactives, tant les lícites —alcohol, psicòtrops i tabac—, com les il·lícites, i les seves repercussions negatives en els àmbits individual, familiar i social. De fet, algunes de les principals línies de futur que es desprenen del pla, observant les prevalences de consum d'alcohol, són l'extensió de programes de mesures alternatives als adolescents sancionats per consum d'alcohol a la via pública, la promoció d'una política d'alcohol de ciutat per tal de disminuir l'accessibilitat i la publicitat de l'alcohol, i la progressiva integració de les addiccions a la xarxa normalitzada de salut.

Referències bibliogràfiques

- 1 Nordt C. Heroin use incidence estimation: comparison of two methods in five European Cities. Lisboa: EMCDDA, 2009.
- 2 Espelt A, Brugal M, Sánchez-Niubò A, Castellano Y, Guitart A, Mari-Dell'Olmo M et al. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en Barcelona 1999-2007; estimación con el método de Captura-Recaptura. XXXVII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol 2010.
- 3 Haro J, Palacin C, Vlagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESE-MeD-Spain study. Med Clin 2006; 126: 445-451.
- 4 Person P, Retka R, Woodward A. Toward a heroin problem index: an analytical model for drug abuse indicators. Rockville MD: National Institute on Drug Abuse, 1978.
- 5 Brugal M, Espelt A, Guitart A. Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2009-12. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2009.
- 6 Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Catedra J. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.
- 7 Espelt A, Queralt A, Graugés D, Garcia V, Vecino C, Brugal M. Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona. Actualització dels indicadors de Drogues 4t trimestre 2009. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2010.
- 8 Nebot M, Garcia-Continent X, Pérez A, Ariza C, Espelt A, Pasarín M et al. Informe FRESC 2008. Taules exhaustives de 4t d'ESO. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2010.

L'estat de la situació de l'atenció a les persones amb dependència

94

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones amb dependència (LAPAD) va entrar en vigor l'1 de gener del 2007, reconeixent un nou dret de ciutadania, universal i subjectiu: el dret de les persones que no es poden valer per elles mateixes a ser ateses per l'Estat a través d'una sèrie de prestacions, en forma de serveis o ajuts econòmics. L'òrgan de govern del sistema, el Consell Territorial, està compost pel Govern central, les comunitats autònomes i els ens locals i és qui garanteix l'aplicació de la Llei a cada comunitat autònoma.

La Llei especifica que la situació de dependència es classificarà en tres graus.

- + **Grau I**, dependència moderada: si la persona necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària com a mínim un cop el dia o té necessitats de suport intermitent o limitat per a la seva autonomia personal.
- + **Grau II**, dependència severa: si la persona necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària, dos o tres cops el dia i no vol el suport permanent d'un cuidador o té necessitats de suport extens per a la seva autonomia personal.
- + **Grau III**, gran dependència: si la persona necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades el dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessita el suport indispensable i continuat d'una altra persona o té necessitats de suport generalitzat per a la seva autonomia.

Quadre 1. Sol·licituds de reconeixement de grau de dependència presentades. Barcelona, 2007-2009.

Sol·licituds presentades	
2007	13.467
2008	23.071
2009	19.706
Total	56.244

Font: Àrea d'Acció Social i Ciutadania. Ajuntament de Barcelona i Consorci de Serveis Socials de Barcelona.

Dins de cadascun dels graus es diferencien dos nivells, en funció de l'autonomia de les persones i de la intensitat de la cura que requereix.

L'aplicació de la Llei està prevista de forma progressiva fins l'any 2015, començant amb la gran dependència (grau III) el 2007, continuant amb la dependència severa (grau II) a partir del 2008 i durant el 2009 i el 2010, i finalitzant amb la dependència moderada (grau I), a partir del 2011.

Quadre 2. Valoracions realitzades segons el grau i nivell de dependència. Barcelona, 2007-2009.

		Valoracions realitzades	Valoracions amb dret a rebre serveis
Grau III	Nivell 1	10.058	30.602 amb dret a rebre serveis
	Nivell 2	10.497	
Grau II	Nivell 1	4.807	
	Nivell 2	5.240	
Grau I	Nivell 1	2.569	5.896 amb dret a rebre serveis a partir del 2011
	Nivell 2	3.327	
Sense grau (no dependents)		2.584	Sense dret a rebre serveis
Total		38.485	

Font: Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències (PRODEP). Generalitat de Catalunya.

Quadre 3. Plans individuals d'atenció (PIA) inicials. Barcelona, 2008-2009.

	2008	2009	Total	%
Ciutat Vella	247	344	591	3,99%
Eixample	1.523	1.272	2.795	18,88%
Sants-Montjuïc	637	612	1.249	8,44%
Les Corts	320	395	715	4,83%
Sarrià-Sant Gervasi	598	622	1.220	8,24%
Gràcia	667	526	1.193	8,06%
Horta-Guinardó	831	730	1.561	10,54%
Nou Barris	783	592	1.375	9,29%
Sant Andreu	651	353	1.004	6,78%
Sant Martí	1.033	1.094	2.127	14,37%
Pla 111/81 ¹	-	974	974	6,58%
Total PIA inicials	7.290	7.514	14.804	100%
Consorci de Serveis Socials de Barcelona ²	1.740	2.323	4.063	-

Font: Consorci de Serveis Socials de Barcelona i Àrea d'Acció Social i Ciutadania de l'Ajuntament de Barcelona.

Notes: ¹ Dispositiu de suport del Consorci de Serveis Socials a l'Ajuntament de Barcelona. Les dades corresponen als anys 2008 i 2009. ² Inclou els PIA inicials i els PIA inicials, majoritàriament de persones residents a residències públiques, privades i concertades.

Funcionament del sistema

El circuit

L'accés al servei s'inicia amb la tramitació d'una sol·licitud de reconeixement del grau de dependència que, a la ciutat de Barcelona, es pot fer als centres de serveis socials, a les oficines d'atenció al ciutadà, al Consorci de Serveis Socials de Barcelona i als Serveis Territorials de la Generalitat de Catalunya. Aleshores, un equip de valoració visita el domicili de les persones sol·licitants i n'emet un informe de valoració, a partir del qual es realitza una primera resolució que té en compte el grau i nivell de dependència.

En la fase següent, s'elabora un Pla individual d'atenció (PIA) a partir de la visita d'un treballador social al domicili i se signa un acord d'acceptació del pla proposat. Es pot distingir entre un PIA inicial, el que es fa per primera vegada a un usuari, i un PIA modificat, el que, arran de les variacions en l'estat de l'usuari o de noves circumstàncies, requereix l'adaptació del seu PIA inicial. Finalment, el seguiment de la prestació es fa des dels centres de serveis socials o des del Consorci de Serveis Socials.

Les prestacions

En el Pla individual d'atenció es concreten les prestacions, en forma de serveis o d'ajuts econòmics, a què té dret el/la ciutadà/na sol·licitant segons el seu grau i nivell de dependència. Les prestacions de serveis que preveu la Llei i que realitza directament l'administració competent a través de la xarxa de serveis socials, i que tenen caràcter prioritari respecte a les prestacions econòmiques, són els serveis de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia, el Servei de Teleassistència (SAT), el Servei d'Ajuda a Domicili (SAD), el Servei de Centre de Dia i de Centre de Nit, i el Servei d'Atenció Residencial. De forma excepcional, quan no es pugui accedir a un servei de la cartera o bé la persona no pugui ser atesa al seu domicili, es podrà rebre una prestació econòmica pels motius de prestació per a cuidadors familiars/ no professionals, una prestació per a un assistent personal o una prestació vinculada al servei (residència, SAD privat o centre de dia privat).

La situació de l'atenció a persones amb dependència en xifres

Les sol·licituds

Des de l'any 2007, els ciutadans de Barcelona han presentat 56.244 sol·licituds per rebre prestacions i/o serveis vinculats a la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència (vegeu el quadre 1, pàgina 94). El 88% de les sol·licituds rebudes provenen de persones majors de 65 anys i el 68% de les persones sol·licitants són dones.

Les valoracions

En el període 2007-2009 s'han realitzat 38.485 valoracions (30.602 de les quals tenen dret a rebre serveis, vegeu el quadre 2, pàgina 94). El 78,5% de les valoracions realitzades corresponen a persones que viuen al seu domicili, el 21,5% restant viu en residències.

Els plans individuals d'atenció (PIA)

Des del 2008 s'han signat 14.804 PIA inicials a les dependències municipals (vegeu el quadre 3, pàgina 94). En aquest mateix període, el Consorci de Serveis Socials de Barcelona ha signat 4.063 PIA (inicials més modificats).

Les prestacions

El desembre del 2009, es va fer una anàlisi detallada de 13.497 PIA realitzats per centres de serveis socials a fi i efecte de conèixer els serveis i les prestacions econòmiques atorgades fins al moment i poder fer un dimensionament de les necessitats de serveis (vegeu el quadre 4).

Quadre 4. Serveis i prestacions econòmiques atorgades. Barcelona, 2009.

Prestacions		Percentatges ¹
Econòmiques	Cuidador/a no professional	56,02%
	Assistent personal ²	0,01%
	Persones vinculades a serveis	15,58%
Mixtes	Cuidador/a no professional + servei	24,07%
Cuidador/a no professional + servei		Percentatges
Teleassistència (SAT)		39,12%
Servei d'atenció domiciliària (SAD)		22,19%
Centre de dia		13,54%
Centre de dia + SAD		1,29%
Centre de dia + SAD + SAT		0,12%
SAD + SAT		22,84%
Centre de dia + SAT		0,89%

Font: Departament de Serveis Socials Bàsics. Àrea d'Acció Social i Ciutadania, Ajuntament de Barcelona.

Notes: ¹ Hi ha un 4,32% dels casos no comptabilitzats per diferents casuístiques: renúncia de PIA, servei no acabat de definir, etc. ² La figura de l'assistent personal com està definida actualment presenta dificultats en la seva aplicació, fet que justifica que sigui un recurs molt poc utilitzat fins al moment.



La salut a Barcelona 2009 en xifres

97

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica

La situació socioeconòmica

Les condicions de vida

La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient

L'aire

L'aigua

La seguretat i la higiene dels aliments

Els animals urbans

Els comportaments

L'excés de pes i l'obesitat

El consum de drogues

Els serveis sanitaris

La utilització de serveis sanitaris

L'atenció primària de salut

L'atenció a les urgències

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció sociosanitària

L'atenció a la salut mental i les addiccions

La prestació farmacèutica

Les accions en salut pública

L'avaluació del Pla de salut

La nostra salut

La salut percebuda

La salut sexual i reproductiva

La tuberculosi

La infecció per VIH-sida

Les infeccions de transmissió sexual

Les lesions per col·lisions de trànsit

La salut laboral

La mortalitat

Monogràfics

La gestió de la grip A/H1N1

El previsible impacte de la crisi econòmica sobre la salut pública

Programa de prevenció de la conducta suïcida de la Dreta de l'Eixample

Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2009-2012

L'estat de la situació de l'atenció a les persones amb dependència

La salut a Barcelona 2009 en xifres

Qui som

98

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1991-2009.

1991				2001		2008		2009		
Població										
0-14 anys	Homes	121.726	15,7%	88.592	12,6%	98.403	12,7%	100.116	12,8%	
	Dones	115.104	13,3%	84.543	10,6%	93.957	11,0%	95.303	11,1%	
15-44 anys	Homes	352.714	45,5%	317.954	45,1%	359.635	46,4%	361.056	46,2%	
	Dones	356.504	41,1%	318.161	39,8%	343.995	40,3%	343.866	40,1%	
45-64 anys	Homes	193.872	25,0%	172.202	24,4%	188.175	24,3%	190.115	24,3%	
	Dones	218.143	25,1%	196.389	24,6%	214.177	25,1%	215.576	25,2%	
65-74 anys	Homes	68.244	8,8%	74.974	10,6%	66.201	8,5%	66.382	8,5%	
	Dones	97.166	11,2%	99.508	12,5%	84.409	9,9%	84.019	9,8%	
75 anys o més	Homes	39.432	5,1%	51.502	7,3%	62.476	8,1%	63.843	8,2%	
	Dones	80.639	9,3%	100.059	12,5%	116.662	13,7%	117.827	13,8%	
Total	Homes	775.988	100%	705.224	100%	774.890	100%	781.512	100%	
	Dones	867.554	100%	798.660	100%	853.200	100%	856.591	100%	
Índex de dependència senil¹	Homes		19,7%		25,8%		23,5%		23,6%	
	Dones		30,9%		38,8%		36,0%		36,1%	
Índex de sobreenvelliment²	Homes		36,6%		29,6%		48,5%		49,0%	
	Dones		45,3%		50,1%		58,0%		58,4%	
Gent gran que viu sola	65-74 anys	Homes	4.518	6,6%		ND	7.462	11,2%	7.709	11,6%
		Dones	23.015	23,7%		ND	20.162	23,8%	19.950	23,7%
	75-84 anys	Homes	3.277	10,0%		ND	6.957	14,0%	7.090	14,2%
		Dones	18.580	30,1%		ND	31.630	38,6%	31.343	38,5%
	85 anys o més	Homes	827	12,3%		ND	2.721	20,7%	2.960	21,3%
		Dones	3.837	20,2%		ND	14.265	40,9%	15.140	41,6%
Nivell d'instrucció³										
Sense estudis	Homes		20,5%		11,7%		10,4%		10,5%	
	Dones		29,6%		17,5%		13,9%		13,7%	
Estudis primaris	Homes		28,2%		26,9%		23,0%		22,7%	
	Dones		30,1%		29,4%		24,3%		23,8%	
Estudis secundaris	Homes		16,3%		18,7%		18,9%		18,9%	
	Dones		15,0%		17,5%		18,1%		18,1%	
Batxillerat i FP II	Homes		21,4%		24,6%		26,0%		25,5%	
	Dones		15,5%		19,5%		22,2%		22,0%	
Universitaris	Homes		12,8%		17,7%		21,6%		22,2%	
	Dones		9,3%		15,7%		21,4%		22,3%	
No consta	Homes		0,8%		0,4%		0,1%		0,1%	
	Dones		0,5%		0,5%		0,1%		0,1%	
Població nascuda a l'estranger		38.259	2,3%	124.926	8,3%	340.409	19,7%	356.418	21,8%	

Font: Cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2008 i 2009. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Notes: ND: No disponible. ¹ L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 65 anys i més/ persones entre 15 i 64 anys) x 100. ² L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 75 anys i més/ persones de 65 anys i més) x 100 habitants. ³ Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Taula 2. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur. Barcelona, 2001-2009.

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1r. Trimestre 2001	64,4%	43,3%	58,6%	38,7%	9,1%	10,6%
2n. Trimestre 2001	63,9%	44,0%	58,1%	38,6%	9,0%	12,3%
3r. Trimestre 2001	64,4%	44,7%	59,0%	38,4%	8,4%	14,0%
4t. Trimestre 2001	62,6%	43,8%	57,9%	37,7%	7,7%	13,9%
1r. Trimestre 2002	62,7%	44,9%	56,5%	38,5%	9,8%	14,4%
2n. Trimestre 2002	62,2%	44,2%	56,8%	38,1%	8,6%	13,9%
3r. Trimestre 2002	63,7%	44,2%	57,8%	37,7%	9,4%	14,6%
4t. Trimestre 2002	64,1%	44,3%	56,3%	38,8%	12,2%	12,3%
1r. Trimestre 2003	65,4%	44,8%	57,8%	38,6%	11,7%	13,8%
2n. Trimestre 2003	65,4%	46,3%	58,2%	40,2%	11,0%	13,1%
3r. Trimestre 2003	67,1%	46,2%	60,2%	40,0%	10,3%	13,4%
4t. Trimestre 2003	67,3%	46,3%	62,2%	41,2%	7,7%	11,0%
1r. Trimestre 2004	67,9%	47,9%	60,9%	41,9%	10,4%	12,5%
2n. Trimestre 2004	68,0%	48,2%	61,0%	42,2%	10,3%	12,5%
3r. Trimestre 2004	68,5%	49,1%	61,3%	43,0%	10,6%	12,5%
4t. Trimestre 2004	68,7%	48,3%	62,3%	42,1%	9,4%	12,8%
1r. Trimestre 2005	67,5%	48,4%	63,2%	42,8%	6,3%	11,6%
2n. Trimestre 2005	69,8%	49,5%	64,1%	45,6%	8,2%	7,9%
3r. Trimestre 2005	69,4%	47,2%	65,3%	44,4%	5,9%	5,9%
4t. Trimestre 2005	72,1%	51,5%	68,2%	46,7%	5,4%	9,3%
1r. Trimestre 2006	71,4%	53,5%	67,1%	48,7%	6,1%	8,8%
2n. Trimestre 2006	69,8%	51,5%	66,0%	46,7%	5,5%	9,3%
3r. Trimestre 2006	69,3%	50,4%	66,1%	46,9%	4,6%	6,8%
4t. Trimestre 2006	68,3%	51,5%	64,7%	47,6%	5,3%	7,6%
1r. Trimestre 2007	66,9%	51,8%	62,5%	48,1%	6,6%	7,2%
2n. Trimestre 2007	66,8%	50,8%	62,1%	47,4%	7,1%	6,7%
3r. Trimestre 2007	67,7%	51,5%	63,5%	47,9%	6,2%	6,9%
4t. Trimestre 2007	68,5%	51,7%	64,7%	48,6%	5,6%	6,0%
1r. Trimestre 2008	69,5%	51,1%	64,8%	47,1%	6,7%	7,9%
2n. Trimestre 2008	70,2%	54,3%	64,9%	50,8%	7,5%	6,5%
3r. Trimestre 2008	69,9%	53,2%	63,8%	49,6%	8,7%	6,8%
4t. Trimestre 2008	68,4%	53,6%	63,2%	48,8%	7,7%	9,0%
1r. Trimestre 2009	67,1%	55,2%	58,3%	47,6%	13,2%	13,6%
2n. Trimestre 2009	67,1%	53,7%	57,6%	47,5%	14,2%	11,5%
3r. Trimestre 2009	67,9%	55,2%	59,0%	47,8%	13,0%	13,5%
4t. Trimestre 2009	68,5%	55,1%	57,7%	47,1%	15,9%	14,4%

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

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

Qui som

100

Taula 3. Nombre i percentatge de residents a Barcelona, majors de 15 anys, que han realitzat algun desplaçament en dia feiner utilitzant cada mitjà de transport com a mitjà principal, i temps invertit en cadascun dels mitjans. Barcelona, 2009.

	Homes				Dones			
	16-29 anys	30-64 anys	65 anys o més	Total	16-29 anys	30-64 anys	65 anys o més	Total
A peu								
Nombre	53.677	174.550	82.136	310.362	60.914	224.000	150.026	434.940
Percentatge	49%	48%	64%	51%	52%	59%	80%	64%
Minuts	41,1	41,6	75,0	50,4	26,3	48,9	52,8	47,1
Transport públic								
Nombre	64.180	154.106	49.022	267.308	80.294	241.579	70.859	392.732
Percentatge	58%	42%	38%	44%	69%	64%	38%	57%
Minuts	72,2	69,1	78,6	71,6	81,3	73,9	55,5	72,1
Turisme								
Nombre	27.530	118.319	24.767	170.616	20.523	86.810	19.711	127.043
Percentatge	25%	32%	19%	28%	18%	23%	10%	19%
Minuts	53,9	71,5	107,6	73,9	63,1	57,6	51,9	57,6
Ciclomotor/motocicleta								
Nombre	17.558	51.114	- ¹	70.727	12.145	14.175	- ¹	26.820
Percentatge	16%	14%	- ¹	12%	10%	4%	- ¹	4%
Minuts	48,6	63,3	- ¹	60,3	38,0	45,2	- ¹	41,5
Total								
Nombre	110.493	366.782	128.135	605.410	116.600	379.887	188.335	684.822
Minuts	86,5	84,2	100,9	88,2	87,1	91,9	68,4	84,6

Font: Enquesta de mobilitat en dia feiner 2009, EMEF 2009, Autoritat del Transport Metropolità i l'Ajuntament de Barcelona.

Notes: ¹ Aquestes caselles no estan suficientment representades en la mostra de l'EMEF 2009, ja que els usuaris de vehicles de dues rodes de motor majors de 64 anys són poc freqüents en la població. N: nombre de persones que ha realitzat algun desplaçament utilitzant cada mitjà de transport com a mode principal del desplaçament. %: percentatge de persones (% fila) que ha realitzat algun desplaçament utilitzant cada mitjà de transport com a mode principal del desplaçament. El % no suma 100 perquè una mateixa persona pot realitzar desplaçaments amb diferents mitjans de transport. Total: fa referència a la població resident a Barcelona major de 15 anys que ha realitzat algun desplaçament en un dia feiner. El total no correspon a la suma de la fila perquè una persona pot haver realitzat desplaçaments amb diferents mitjans de transport. Minuts: temps mitjà, en minuts, invertit en els desplaçaments realitzats utilitzant cada mitjà de transport com a mode principal del desplaçament.

Com vivim

Taula 1. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2002-2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Atenció Primària de Salut								
Visites per habitant i any	6,0	4,9	5,4	5,7	5,6	5,6	5,4	5,8
Cobertura vacunació antigripal en persones de 60 anys o més (>64 anys abans del 2003)	57,5%	53,3%	51,3%	54,2%	55,7%	51,2%	51,5%	53,2%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	6,4%	6,1%	6,5%	5,8%	5,8%	5,4%	5,6%	7,1%
Atenció a les urgències								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses	711.552	721.377	722.641	728.806	727.310	737.325	717.035	698.467
Activitat SEM-061¹								
Nombre d'urgències a domicili	53.047	56.342	57.299	60.074	59.475	49.895	40.448	36.728
Nombre d'emergències	78.024	160.490	154.651	164.624	157.980	179.918	191.460	201.550
Activitat als centres d'atenció continuada / dispensaris parahospitalaris								
Nombre de visites de metge	194.072	205.810	211.866	234.929	231.451	228.458	211.966	338.619
Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut								
Nombre de domicilis d'aguts	115.971	109.456	107.018	117.739	94.784	98.094	94.377	95.225
Atenció especialitzada hospitalària								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants ²	3,3	3,3	3,3	3,3	2,6	2,6	2,6	2,3
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a BCN ³	103,96	102,5	100,8	101,9	90,6	89,7	89,2	88,7
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària	6,5%	8,6%	8,7%	8,9%	8,6%	8,2%	7,8%	7,4%
Altes als hospitals de la XHUP de BCN de no residents a la ciutat	31,6%	32,7%	33,9%	33,1%	33,4%	31,4%	31,3%	30,7%
Atenció sociosanitària								
Llits de llarga estada	1.151	1.239	1.222	1.329	1.359	1.392	1.482	1.317
Llits de convallescència	443	565	600	680	719	666	724	876
Llits de cures pal·liatives	107	107	107	107	87	87	94	116
Llits unitats de sida	35	35	35	35	35	35	35	35
Places en hospitals de dia	209	234	279	337	369	369	396	411
Nombre d'equips PADES	17	17	17	19	20	20	20	29
Nombre d'equips UFISS hospitalària	12	12	12	12	12	12	12	12
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	ND	5	5	5	7	7	7	8

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.(CSB), CatSalut.

Notes: ¹A partir de l'any 2007, el nombre d'emergències inclou tots els serveis mobilitzats, tant els bàsics com els avançats, i l'atenció continuada s'identifica com la domiciliària. S'ha de tenir en compte a l'hora de comparar-ho amb anys anteriors, ja que en la classificació emprada s'utilitzaven criteris diferents. ²A partir de l'any 2006 la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. ³A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable d'alta hospitalària de finançament públic que utilitza el CatSalut. Donat l'increment poblacional (any 2000 vers 2006: 11,2%), a partir de l'any 2006, s'utilitza la població RCA per fer els càlculs de les taxes.

Taula 1. (continuació) >

Com vivim

102

Taula 1. (continuació) Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2002-2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Atenció sociosanitària								
Núm. pacients llits llarga estada	3.163	2.838	3.217	2.832	2.523	2.346	3.127	2.775
Núm. pacients unitats convalsència	3.588	4.089	4.042	4.551	4.022	4.709	4.716	5.187
Núm. pacients unitats cures pal·liatives	1.087	1.028	1.044	1.059	869	806	1.098	1.193
Núm. pacients unitats de sida	136	57	14	ND	ND	ND	ND	ND
Núm. pacients unitats hospital de dia	644	703	347	700	693	760	902	1.082
PADES (inclou ETODA) ⁴	4.099	4.006	3.633	6.832	6.553	3.235	4.362	3.364
UFISS	9.572	5.204	4.221	8.907	3.062	3.587	ND	ND
EAIA (processos) ⁵	ND	1.213	1.270	ND	3.491	3.568	ND	ND
Atenció a la salut mental								
Ambulatori								
Núm. centres d'adults (CSMA ⁶)	15	16	16	16	16	16	16	16
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	10	11	11	11	11	11	11	11
Núm. llits d'hospitalització psiquiàtrica	406	359	367	473	490	511	574	577
Núm. places d'hospitals de dia	147	157	157	205	247	296	341	341
Rehabilitació								
Núm. places en centres de dia	632	632	632	657	690	706	706	706
Nombre de persones ateses								
Centres d'adults (CSMA ⁶)	33.799	36.776	34.556	40.474	34.223	44.758	34.898	34.925
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	6.081	7.384	5.612	5.937	6.256	6.269	6.953	7.239
Hospitals i altres ⁸	4.552	4.706	4.436	4.647	4.765	4.803	ND	4.829
Centres de dia	1.070	1.180	1.226	713	1.339	1.395	1.516	1.504

Font: Consorci Sanitari de Barcelona. RSB

Notes: ⁴PADES: a partir de l'any 2007 la font de dades és del CMBD –SS; abans els mateixos centres facilitaven la informació. ⁵EAIA: equips d'avaluació integral ambulatoria (nou recurs del 2003). ⁶L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMA (població ABS 10E i 10F). L'any 2004, no es disposa de les dades de l'esquerra de l'Eixample i de Sant Martí. Els anys 2005 i 2006 falta Sant Martí Nord (ABS 10D, 10E, 10F10G, 10H, 10I i 10J). L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMA Hospitalet 2. ⁷L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMIJ (població ABS 10E i 10F). Els anys 2004 a 2006, no es disposa de les dades de Ciutat Vella i de Sant Martí. L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMIJ Ciutat Vella. ⁸L'any 2006, no es disposa de les dades dels dos centres. ND: no disponible.

Taula 2. Pacients en tractament, primeres visites i visites successives als centres d'atenció i seguiment de titularitat municipal¹ segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2002-2009.

Pacients en tractament	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alcohol	1.815	2.028	2.238	2.158	2.241	2.376	2.467	2.475
Heroïna	2.947	2.794	2.782	2.638	2.495	2.404	2.262	2.124
Cocaïna	783	937	1.109	1.234	1.311	1.325	1.343	1.373
Altres ²	619	1.129	1.319	1.216	1.258	1.190	1.320	1.234
Total pacients atesos	6.164	6.888	7.448	7.246	7.419	7.295	7.392	7.206
Primeres visites								
Alcohol	1.004	1.098	1.194	1.045	1.162	1.165	1.256	1.259
Heroïna	656	560	520	396	446	482	391	431
Cocaïna	489	590	716	732	671	738	723	769
Altres ²	453	821	730	634	608	510	709	702
Total primeres visites	2.602	3.069	3.160	2.807	2.887	2.895	3.079	3.161
Visites successives³								
Alcohol	45.020	58.576	54.270	49.409	54.861	65.408	69.640	74.810
Heroïna	125.729	164.685	164.015	90.509	73.242	78.357	83.418	76.849
Cocaïna	17.957	24.959	30.553	30.732	34.425	44.897	48.345	54.297
Altres ²	9.632	17.195	17.681	15.254	14.615	15.911	16.318	17.313
Total visites	198.338	265.415	266.519	185.904	177.143	204.573	217.721	223.269

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

Notes: ¹ CAS: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Vall d'Hebron i Barceloneta. ² Altres: cànnem, amfetamines, drogues de disseny, tabac i benzodiazepines.

³ Les visites successives són sense tenir en compte la dispensació de metadona.

Com vivim

104

Taula 3. Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2009.

Objectius generals 2010	Assolible si es manté la tendència	Assolible intensificant esforços actuals	Difícilment assolible
EIX 1. Polítiques del Govern: el compromís intersectorial en la salut			
Les lesions no intencionades			
Reduir en un 20% la mortalitat per lesions per causes accidentals en els tres grups principals de població.			
Reduir en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles de motor en els tres grups principals de població.			
Reduir en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles de motor en els homes i les dones de 15 a 24 anys.			
Reduir en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles de motor associats a nivells excessius d'alcoholèmia dels conductors.			
Reduir en un 25% la prevalença de lesionats greus per accidents de trànsit de vehicles de motor en els tres grups principals de població.			
Reduir en un 20% la mortalitat per caigudes accidentals en els majors de 64 anys.			
Reduir en un 10% la incidència de caigudes accidentals que originen lesions i que han estat ateses pels recursos sanitaris en els majors de 64 anys.			
Reduir en un 20% la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones d'entre 65 i 84 anys.			
La salut laboral			
Reduir la taxa de morbiditat per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball en un 10%.			
Reduir la taxa de mortalitat per accidents de treball en el lloc de treball en un 10%.			
EIX 2. Polítiques de salut: afavorir les eleccions saludables dels ciutadans			
El medi ambient			
Aconseguir que la morbiditat declarada per febre tifoide sigui inferior a 0,5 casos per 100.00 habitants i per any.			
Reduir la incidència de legionel·losi en un 30%.			
Reduir la grandària dels brots de legionel·losi en un 50%.			
Reduir en un 30% els brots declarats per intoxicacions causades per l'aplicació de plaguicides d'ús ambiental en locals tancats.			
Aconseguir que el 100% de les entitats gestores del subministrament d'aigua de consum humà de Catalunya estableixin sistemes d'autocontrol de la qualitat de l'aigua que subministren.			
Aconseguir que el 100% de les xarxes de distribució d'aigua de consum públic subministrin aigua amb continguts de nitrats conformes amb el valor paramètric de la normativa vigent.			
Mantenir el control de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves.			
Aconseguir que els ajuntaments controlin les condicions higienicosanitàries dels centres de tatuatge i pírcing de Catalunya.			
Controlar que el personal que treballa en centres de tatuatge i pírcing disposi de la formació necessària, d'acord amb la normativa d'aplicació.			
Aconseguir que el 100% de les empreses que utilitzen biocides estiguin registrades en el registre oficial d'establiments i serveis plaguicides, d'acord amb la normativa aplicable en cada moment.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

Taula 3. (continuació) Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2009.

Objectius generals 2010	Assolible si es manté la tendència	Assolible intensificant esforços actuals	Difícilment assolible
Aconseguir que el 99% de les instal·lacions d'alt risc (torres de refrigeració) estiguin censades i disposin d'un programa de manteniment, neteja i desinfecció.			
Aconseguir que el 99% de les platges compleixin la normativa europea de qualitat sanitària de les aigües de bany.			
Programar i executar les inspeccions necessàries per tal de comprovar l'aplicació homogènia de la legislació que estableix les normes sanitàries aplicables a les piscines d'ús públic en l'àmbit de Catalunya.			
La seguretat alimentària			
Evitar l'augment del nombre total de brots de toxiinfeccions alimentàries en un 20%.			
Que la morbiditat declarada per brucel·losi sigui inferior a 1 cas per 100.000 habitants.			
Mantenir el control de tots els porcs i equins sacrificats a Catalunya i que s'analitzin per a la investigació de triquina, tal com estableix la normativa vigent.			
Que totes les espècies cinegètiques susceptibles de transmetre la triquina comercialitzades per establiments ubicats a Catalunya hagin estat sotmeses a una investigació de triquina abans de la seva comercialització.			
Que tota la població potencialment consumidora d'espècies cinegètiques susceptibles de transmetre la triquina coneguin els riscos per a la salut derivats d'aquest tipus de consum sense l'anàlisi prèvia de la triquina.			
Que tota la població amb risc de contraure la brucel·losi (ramaders, treballadors d'escorxadors) estigui informada i conegui les mesures per prevenir la malaltia.			
Que tots els aliments produïts a Catalunya estiguin lliures de residus de productes fitosanitaris, il·legals o per sota dels límits màxims de residus establerts per la normativa vigent.			
Mantenir el control del contingut en metalls pesants, hidrocarburs aromàtics policíclics, dioxines i, en general, tòxics ambientals persistents en els aliments produïts a Catalunya.			
Disminuir l'exposició humana a les dioxines, furans i als PCB.			
El consum de tabac			
Reduir la prevalença de tabaquisme entre la població de 15 i més anys fins al 28%.			
Reduir la prevalença de tabaquisme entre els joves de 15 a 24 anys fins al 32%.			
Reduir la prevalença de tabaquisme entre les dones de 15 i més anys fins al 22%.			
Reduir la prevalença de tabaquisme entre els homes de 15 i més anys fins al 34%.			
Assolir una proporció d'abandonament del tabaquisme en la població de 15 i més anys del 35%.			
L'activitat física			
Reduir la prevalença de persones entre 18 i 74 anys absolutament sedentàries per sota del 16%.			
Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que fan exercici durant el temps de lleure per sobre del 55%.			
Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen més de 30 minuts diaris per sobre del 75%.			
Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que realitzen activitats físiques de lleure d'intensitat moderada 5 o més cops per setmana o una quantitat equivalent per sobre del 14%.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

Taula 3. (continuació) >

Com vivim

106

Taula 3. (continuació) Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2009.

Objectius generals 2010	Assolible si es manté la tendència	Assolible intensificant esforços actuals	Difícilment assolible
EIX 3. Polítiques de serveis: per a la millora de la qualitat			
La salut maternoinfantil			
Mantenir la mortalitat materna per sota de 7 per cada 100.000 nascuts vius.			
Mantenir la mortalitat perinatal per sota de 6 per 1.000 nascuts vius i morts.			
Reduir la mortalitat infantil per sota de 4 per 1.000 nascuts vius.			
Mantenir la prevalença de baix pes en néixer per sota de 7 per 100 nascuts vius.			
Mantenir la prevalença de molt baix pes en néixer per sota d'1 per 100 nascuts vius.			
Mantenir la prevalença de nadons preterme per sota de 7 per 100 nascuts vius.			
Reduir la prevalença de nadons de < 33 setmanes de gestació per sota d'1 per 100 nascuts vius.			
Disminuir l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota de 7 per 1.000.			
Les malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions			
Mantenir l'eliminació de la diftèria, del tètanus neonatal, de la poliomièlitis salvatge i del xarampió autòcton.			
Eliminar la rubèola postnatal autòctona i la poliomièlitis vacunal en la població autòctona.			
Eliminar els casos de malaltia meningocòccica pel serogrup C en els menors de 19 anys de la població autòctona.			
Reduir de manera important en la població autòctona el nombre anual de casos de tètanus (<2), tos ferina (<50) i parotiditis (<50).			
Eliminar la malaltia invasora per <i>Haemophilus influenzae</i> tipus B en els menors de 19 anys de la població autòctona.			
Reduir la morbiditat declarada per hepatitis B en la població autòctona per sota de 0,5 per 100.000 habitants.			
Reduir la incidència d'hepatitis A en la població autòctona per sota d'1 per 100.000 habitants			
Reduir la incidència de varicel·la per sota de 100 per 100.000 habitants			
Reduir la mortalitat per grip i malalties infeccioses agudes de l'aparell respiratori, en les persones de més de 65 anys, per sota de 15 per 100.000 habitants (excepte en el cas que no es produeixi una pandèmia gripal).			
Mantenir la proporció de casos de tos ferina en els adolescents i adults (població de >10 anys) per sota del 15% del total dels casos declarats.			
Les infeccions de transmissió sexual (ITS)			
Reduir un 10% la incidència d'infecció genital per <i>Chlamydia trachomatis</i> .			
Eliminar l'oftàlmia neonatal.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

Taula 3. (continuació) Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2009.

Objectius generals 2010	Assolible si es manté la tendència	Assolible intensificant esforços actuals	Difícilment assolible
Mantenir l'eliminació de la sífilis congènita.			
Reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual en un 15%.			
Les infeccions pel virus de la immunodeficiència humana i la sida			
Disminuir els nous casos de sida a Barcelona, en un 30% en els usuaris de drogues injectades, en un 20% en els homes que tenen relacions sexuals amb homes, i en un 15% en els homes i dones que mantenen relacions heterosexuals.			
Mantenir el temps de supervivència dels infectats pel VIH i augmentar en un 5% la supervivència als 18 mesos dels casos de sida.			
Mantenir els anys potencials de vida perduts per sida per sota dels nivells del 2001, entre la població de 15 a 69 anys.			
La tuberculosi			
Mantenir la mortalitat per tuberculosi per sota d'1 cas per 100.000 habitants.			
Reduir les taxes d'incidència de tuberculosi respiratòria en la població general en un 25%, per tal d'assolir una taxa inferior a 16 casos per 100.000 habitants.			
Reduir les taxes d'incidència de tuberculosi pulmonar bacil·lífera en la població general en un 40% per tal d'assolir una taxa de 8 casos per 100.000 habitants.			
Reduir en un 25% l'aïllament de bacils farmacoresistents.			
El càncer			
Reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%.			
Mantenir la reducció de la mortalitat per càncers relacionats amb el tabac en homes, i del càncer de pròstata en un 10%.			
Reduir la mortalitat per càncer de mama i coll d'úter en dones, i per càncer colorectal en homes i dones en un 10%.			
Mantenir la reducció sostinguda en la mortalitat per càncer d'estómac i endometri.			
Les malalties de l'aparell circulatori			
Reduir la mortalitat per malaltia coronària en un 15%.			
Reduir la mortalitat per accident vascular cerebral en un 15%.			
Reduir la mortalitat per insuficiència renal crònica en els menors de 75 anys (en la fitxa no posa l'edat) en un 5%.			
L'obesitat			
Disminuir la mitjana poblacional de l'IMC per sota de 25 kg/m ² .			
Aconseguir que la prevalença d'obesitat (IMC: >30 kg/m ²) en la població adulta de 18 a 74 anys no augmenti amb relació a la de l'any 2002.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

Taula 3. (continuació) >

++++

Com vivim

108

Taula 3. (continuació) Avaluació dels objectius del Pla de Salut. Barcelona, 2009.

Objectius generals 2010	Assolible si es manté la tendència	Assolible intensificant esforços actuals	Difícilment assolible
Les malalties de l'aparell respiratori			
Reduir la mortalitat per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en un 10% entre la població més gran de 64 anys.			
Reduir la mortalitat per malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys en un 10%.			
Les malalties reumatològiques i de l'aparell locomotor			
Reduir en un 20% la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones d'entre 65 i 84 anys.			
La salut mental i les addiccions			
Reduir la mortalitat per accidents de trànsit associats a graus excessius d'alcoholèmia en els conductors en un 50%.			
Reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues en un 30%.			
Reduir la prevalença d'infecció per l'VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en un 30%.			
Reduir la prevalença d'infecció per l'VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en un 30%.			
Reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys.			
Reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys.			
Reduir la mortalitat per suïcidi en un 10% en la població general menor de 25 anys, així com la de la població de 65 anys i més en un 10%.			

Font: Elaboració pròpia a partir del Pla de Salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departament de Salut de la Generalitat.

La nostra salut

Taula 1. Evolució dels indicadors de salut sexual i reproductiva per grups d'edat materna. Barcelona, 2001-2008.

	2001 ¹	2002 ¹	2003 ²	2004	2005	2006	2007	2008
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	8,3	8,6	9,6	9,8	9,2	9,1	9,4	9,6
Dones de 15 a 49 anys								
Fecunditat								
Nombre de naixements	12.517	12.947	14.248	14.565	14.710	14.676	15.039	15.578
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	33,8	35,0	36,4	37,4	36,8	37,0	38,0	38,7
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	41,6	35,7	56,6	45,2
Nombre d'IVE ³	4.675	5.028	4.637	4.754	4.703	5.668	6.271	7.205
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	12,6	13,6	11,8	12,2	10,8	14,3	15,9	17,9
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones) ⁴	-	-	-	-	22,8	29,9	43,7	36,7
Nombre d'embarassos	17.192	17.975	18.885	19.319	19.413	20.344	21.310	22.783
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	45,5	48,6	48,2	49,6	48,6	51,3	53,8	56,5
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	63,7	65,7	100,2	81,9
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	27,1%	28,0%	24,6%	24,6%	24,2%	27,8%	29,4%	31,6%
Resultats de l'embaràs								
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	9,1%	9,8%	8,9%	9,6%	11,7%	11,9%	11,9%	13,7%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	7,4%	12,0%	14,4%	16,5%	19,1%	18,7%	23,7%	24,4%
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g)	5,8%	6,4%	7,9%	7,5%	7,5%	7,7%	7,6%	6,9%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	4,7%	5,3%	6,6%	7,0%	6,4%	6,5%	6,5%	6,8%
% baix pes per edat gestacional (percentil 3)	1,5%	2,0%	2,5%	2,2%	2,8%	3,8%	2,5%	2,1%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	5,0%	6,0%	8,2%	8,0%	8,9%	9,6%	7,4%	6,7%
Adolescents (dones de 12 a 17 anys)								
Fecunditat								
Nombre de naixements	56	48	95	73	90	95	95	78
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	2,2	1,9	3,8	2,9	2,5	2,6	3,1	2,2
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	8,7	9,4	10,3	6,9
Nombre d'IVE	163	164	169	188	200	198	244	226
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	6,5	6,5	6,8	7,4	5,5	5,5	8,1	6,3
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	17,2	9,9	14,7	10,7
Nombre d'embarassos	219	212	264	261	290	293	339	304
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	8,7	8,4	10,6	10,2	8,0	8,1	11,2	8,5
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	25,9	19,3	25,1	17,5
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	74,4%	77,4%	64,0%	72,0%	68,9%	67,6%	71,9%	74,4%
Resultats de l'embaràs⁵								
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	19,3%	10,5%	11,5%	30,1%	23,3%	15,3%	26,2%	28,3%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	43,4%	65,8%	59,4%	46,6%	44,4%	45,8%	52,3%	45,0%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	7,1% (n = 2)	13,6% (n = 3)	4,3% (n = 3)	15,8% (n = 9)	10,8% (n = 8)	7,7% (n = 7)	8,7% (n = 7)	8,9% (n = 7)

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

Notes: ¹ Les fonts de les dades per a l'elaboració de les taules són els naixements dels anys 2001 i 2002 i el padró de població (lectura juny de cada any) del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. S'han recalculat les prevalences de baix pes en néixer, prematuritat i baix pes per edat gestacional utilitzant només les dades disponibles en el registre de naixements de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. ² La font de les dades per a l'elaboració de les taules és el registre de naixements de l'IDECAT a partir del 2003. ³ IVE: Interrupció voluntària de l'embaràs. ⁴ La font de les dades per a l'elaboració de les taules és el registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut. ⁵ En aquest grup d'edat, els indicadors de resultats de l'embaràs presenten nombres molt baixos i amb una alta fluctuació entre els anys. Per això es presenta l'indicador recomanat per l'OMS: el baix pes en néixer per edat gestacional 10. Entre parèntesi, s'indica el nombre de casos.

Taula 1. (continuació) >

La nostra salut

110

Taula 1. (continuació) Evolució dels indicadors de salut sexual i reproductiva per grups d'edat materna. Barcelona, 2001-2008.

	2001 ¹	2002 ¹	2003 ²	2004	2005	2006	2007	2008
Adolescents (dones de 15 a 19 anys)								
Fecunditat								
Nombre de naixements	185	169	294	230	275	267	292	316
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	4,9	4,6	8,7	6,8	8,6	8,4	9,3	10,1
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	29,6	24,8	26,2	30,1
Nombre d'IVE ³	536	541	506	534	493	557	686	672
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	15,6	15,7	14,9	16,2	15,5	17,6	21,7	21,2
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones) ⁴	-	-	-	-	31,9	37,5	57,0	44,4
Nombre d'embarassos	726	720	800	764	768	824	978	988
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	20,9	21,2	23,5	23,1	24,2	26,1	30,9	31,4
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	40,5	62,3	83,3	74,5
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	74,5%	76,5%	63,3%	69,9%	64,2%	68,7%	70,1%	68,0%
Resultats de l'embaràs⁵								
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	6,5%	7,7%	8,5%	14,3%	20,3%	18,4%	17,2%	18,6%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	14,1%	37,9%	40,8%	42,2%	44,7%	42,8%	57,7%	49,6%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	8,7%	13,2%	10,1%	10,5%	12,3%	13,0%	9,8%	6,6%
Dones de 35 a 49 anys								
Fecunditat								
Nombre de naixements	4.088	4.218	4.170	4.374	4.458	4.750	5.037	5.392
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	24,7	25,5	23,8	25,0	24,6	26,2	27,8	26,7
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	20,3	17,6	38,5	59,9
Nombre d'IVE	780	859	762	1.275	833	1.024	1.076	1.252
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	4,7	4,2	4,4	7,3	4,6	5,6	5,9	6,7
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	9,2	13,9	17,0	36,4
Nombre d'embarassos	4.868	5.077	4.932	5.649	5.291	5.774	6.113	6.644
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	29,4	30,7	28,2	32,2	29,2	31,9	33,8	35,3
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	-	-	-	-	33,8	31,5	55,6	96,3
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	16,0%	16,9%	15,5%	22,6%	15,7%	17,7%	17,6%	18,8%
Resultats de l'embaràs								
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	10,2%	11,1%	8,1%	8,6%	11,6%	11,0%	13,3%	14,5%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	4,5%	6,9%	7,0%	8,9%	10,7%	10,0%	14,4%	13,1%
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g)	7,9%	8,1%	9,2%	9,1%	8,9%	8,7%	9,7%	7,8%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	8,2%	8,8%	8,6%	8,6%	8,4%	7,8%	9,0%	7,6%
% baix pes per edat gestacional (percentil 3)	3,3%	3,3%	2,9%	2,6%	3,0%	3,7%	2,9%	2,1%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	8,8%	10,2%	8,7%	8,5%	9,4%	8,9%	8,3%	6,4%

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

Notes: ¹ Les fonts de les dades per a l'elaboració de les taules són els naixements dels anys 2001 i 2002 i el padró de població (lectura juny de cada any) del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. S'han recalculat les prevalences de baix pes en néixer, prematuritat i baix pes per edat gestacional utilitzant només les dades disponibles en el registre de naixements de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. ² La font de les dades per a l'elaboració de les taules és el registre de naixements de l'IDESCAT a partir del 2003. ³ IVE: Interrupció voluntària de l'embaràs. ⁴ La font de les dades per a l'elaboració de les taules és el registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut. ⁵ En aquest grup d'edat, els indicadors de resultats de l'embaràs presenten nombres molt baixos i amb una alta fluctuació entre els anys. Per això es presenta l'indicador recomanat per l'OMS: el baix pes en néixer per edat gestacional 10. Entre parèntesi, s'indica el nombre de casos.

Taula 2. Evolució de la incidència de sida, tuberculosi i ús de drogues segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2000-2009.

Homes	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tuberculosi										
TBC no UDI ¹	46,30	46,66	39,24	35,22	31,88	35,42	33,91	35,85	32,50	25,23
TBC UDI (15-49 anys)	10,35	10,62	9,46	7,50	3,76	5,28	3,57	5,12	2,74	3,95
TBC total	51,74	52,25	44,48	39,07	34,02	38,57	36,12	38,78	33,98	27,60
Sida										
Sida heterossexuals (15 anys o més)	3,83	3,47	2,05	3,38	2,31	1,13	3,48	2,72	0,00	1,39
Sida homosexuals (15 anys o més)	5,82	6,54	5,36	5,53	5,83	3,81	6,27	5,60	2,30	4,92
Sida UDI (15-49 anys)	14,20	14,65	11,30	10,55	7,08	6,48	4,50	4,95	5,32	3,35
Sida total	17,65	16,63	12,78	14,93	11,98	9,67	10,88	12,10	8,38	8,62
Usuaris de drogues il·legals (15-49 anys)										
Heroïna	151,27	101,80	97,74	67,27	89,50	56,00	79,53	47,31	59,60	ND
Cocaïna	196,98	168,04	136,84	135,74	226,74	223,73	197,64	189,44	178,89	ND
UDI total	472,64	380,87	331,71	354,22	434,68	412,04	364,51	337,77	342,00	ND
Dones										
Tuberculosi										
TBC no UDI	23,67	18,37	19,58	22,52	16,32	19,81	18,15	22,19	16,52	19,13
TBC UDI (15-49 anys)	4,28	3,75	1,99	2,26	1,61	0,50	0,44	0,91	1,32	0,89
TBC total	25,66	20,12	20,50	23,57	17,09	20,13	18,36	22,60	17,27	19,55
Sida										
Sida heterossexuals (15 anys o més)	1,62	2,00	1,66	1,44	2,72	0,94	1,37	1,26	1,67	0,59
Sida UDI (15-49 anys)	5,84	5,30	3,49	2,80	3,85	0,89	0,95	0,91	0,00	0,91
Sida total	4,54	4,25	3,23	2,98	4,80	1,71	2,80	1,67	3,00	2,17
Usuàries de drogues il·legals (15-49 anys)										
Heroïna	41,22	29,14	19,22	15,73	20,30	19,81	17,70	13,08	12,16	ND
Cocaïna	66,22	53,94	42,72	42,40	64,13	64,16	74,01	52,48	56,13	ND
UDI total	145,38	126,48	99,88	97,60	129,80	126,71	123,78	101,73	95,07	ND

Font: Registres de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'informació de drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Notes: la població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró municipal d'habitants de 1996. ¹ UDI: usuari de drogues per via intravenosa.

La nostra salut

112

Taula 3. Persones lesionades per col·lisió de trànsit segons sexe, grup d'edat i vehicle. Barcelona, 2009.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Camió/bus		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																
0 a 13 anys	44	2,9	14	0,4	6	0,5	14	5,2	9	6,2	0	0,0	86	13,7	173	2,5
14 a 17 anys	14	0,9	32	1,0	130	11,2	27	10,0	1	0,7	3	21,4	15	2,4	222	3,2
18 a 29 anys	540	35,5	1.009	31,0	680	58,8	93	34,4	10	6,8	3	21,4	87	13,9	2.422	34,7
30 a 44 anys	506	33,3	1.504	46,2	281	24,3	84	31,1	43	29,4	5	35,7	137	21,9	2.560	36,6
45 a 64 anys	319	21,0	634	19,5	55	4,8	41	15,2	36	24,7	2	14,3	132	21,1	1.219	17,4
65 a 74 anys	34	2,2	33	1,0	2	0,2	7	2,6	12	8,2	0	0,0	72	11,5	160	2,3
74 anys o més	23	1,5	11	0,3	2	0,2	3	1,1	33	22,6	1	7,1	89	14,2	162	2,3
Desconegut	40	2,6	15	0,5	1	0,1	1	0,4	2	1,4	0	0,0	9	1,4	68	1,0
Total	1.520	100	3.252	100	1.157	100	270	100	146	100	14	100	627	100	6.986	100
Dones																
0 a 13 anys	57	4,6	17	1,4	2	0,2	0	0,0	9	3,0	1	8,3	44	6,2	130	2,9
14 a 17 anys	16	1,3	12	1,0	56	6,2	2	1,9	1	0,3	2	16,7	37	5,2	126	2,8
18 a 29 anys	446	36,1	418	34,4	556	61,9	55	51,9	19	6,2	2	16,7	111	15,7	1.607	35,9
30 a 44 anys	364	29,4	555	45,7	230	25,6	36	34,0	50	16,5	1	8,3	153	21,7	1.389	31,0
45 a 64 anys	256	20,7	205	16,9	50	5,6	13	12,3	97	31,9	5	41,7	191	27,1	817	18,3
65 a 74 anys	46	3,7	3	0,2	2	0,2	0	0,0	48	15,8	0	0,0	62	8,8	161	3,6
74 anys o més	31	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	74	24,3	1	8,3	100	14,2	206	4,6
Desconegut	20	1,6	4	0,3	2	0,2	0	0,0	6	2,0	0	0,0	7	1,0	39	0,9
Total	1.236	100	1.214	100	898	100	106	100	304	100	12	100	705	100	4.475	100

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

Taula 4. Evolució de les lesions greus i mortals per accident de treball segons tipus de lesió i sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2001-2009.

Lesions greus per accident de treball	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Homes									
<i>In itinere</i>	25,2	26,6	25,7	26,3	29,8	30,7	35,4	30,5	43,5
En jornada laboral									
No traumàtiques	7,2	6,4	2,2	4,3	1,6	3,8	3,9	5,8	4,2
De trànsit	12,7	12,3	0,5	0,0	5,9	7,9	8,4	7,9	8,5
Resta traumàtics ²	54,9	54,6	71,6	69,4	62,7	57,6	52,2	55,8	43,8
Total	417	357	405	415	373	368	356	328	283
Dones									
<i>In itinere</i>	49,5	42,5	50,7	50,4	50,5	47,2	37,0	52,8	54,7
En jornada laboral									
No traumàtiques	0,0	3,8	1,3	4,0	0,0	1,1	2,2	1,1	–
De trànsit	11,9	11,3	0,0	0,0	3,8	7,9	7,6	4,5	9,3
Resta traumàtics ²	38,5	42,5	48,0	45,6	45,7	43,8	53,3	41,6	36,0
Total	109	106	75	133	105	89	92	89	75
Total	526	463	480	548	478	457	448	417	358

Lesions mortals per accident de treball	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Homes									
<i>In itinere</i>	30,0	36,2	32,7	30,6	36,8	19,6	25,9	27,6	35,7
En jornada laboral									
No traumàtiques	30,0	21,3	10,2	27,8	7,9	29,4	18,5	24,1	35,7
De trànsit	14,0	25,5	0,0	0,0	23,7	9,8	11,1	13,8	0,0
Resta traumàtics ²	26,0	17,0	57,1	41,7	31,6	41,2	44,4	34,5	28,6
Total	50	47	49	40	38	51	27	29	28
Dones									
<i>In itinere</i>	80,0	33,3	87,5	50,0	66,7	75,0	0,0	50,0	66,7
En jornada laboral									
No traumàtiques	20,0	66,7	0,0	0,0	33,3	12,5	50,0	0,0	16,7
De trànsit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	50,0	0,0	0,0
Resta traumàtics ²	0,0	0,0	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	16,7
Total	5	6	8	7	6	8	2	2	6
Total	55	53	57	47	44	59	29	31	34

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

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

La nostra salut

114

Taula 5. Evolució de les malalties professionals segons diagnòstic i sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 1999-2006.

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

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

Taula 6. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons diagnòstic i sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona 2003-2009.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Homes							
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	23,9	12,4	15,7	22,2	20,5	25,7	20,9
Malalties del sistema respiratori	7,5	2,2	3,7	4,9	2,0	3,4	1,7
Trastorns mentals i del comportament	50,7	71,9	66,7	63,9	66,9	58,7	62,1
Malalties del sistema nerviós	6,0	2,2	0,9	0,7	2,0	3,4	2,3
Traumatismes i enverinaments	4,5	4,5	10,2	3,5	2,6	2,4	4,0
Altres	7,5	6,7	2,8	4,9	6,0	6,3	9,0
Total	69	89	108	144	151	206	177
Dones							
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	21,5	7,9	18,2	16,3	20,9	18,8	16,2
Malalties del sistema respiratori	6,5	5,0	2,8	1,9	3,0	2,2	1,8
Trastorns mentals i del comportament	61,3	78,2	72,4	70,5	63,1	66,8	73,9
Malalties del sistema nerviós	1,1	2,0	1,9	3,5	3,4	2,2	1,2
Traumatismes i enverinaments	5,4	2,0	1,4	1,9	2,7	3,1	1,5
Altres	4,3	5,0	3,3	5,8	6,8	6,9	5,4
Total	93	103	214	258	266	319	333
Total	162	192	322	402	417	525	652

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

Taula 7. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona, 1999-2008¹.

Homes	1999	2000 ²	2001	2002	2003 ³	2004	2005	2006	2007	2008
Defuncions	8.596	8.141	8.150	8.045	8.239	7.688	8.342	7.664	7.758	7.483
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.217,9	1.150,2	1.137,2	1.107,4	1.116,4	1.024,3	1.087,9	989,5	1.020,4	965,7
Taxa estandarditzada ⁴ x 100.000 hab.	1.475,2	1.369,2	1.347,2	1.316,9	1.330,8	1.219,7	1.300,8	1.165,7	1.185,9	1.121,4
Taxa APVP ⁵ estandarditzada	6.126,9	5.837,5	5.581,2	5.302,9	5.109,7	4.667,2	4.899,6	4.428,1	4.385,3	3.965,0
Esperança vida en néixer	75,3	76,1	76,4	76,7	76,9	77,7	77,1	78,3	78,3	79,0
Dones										
Defuncions	8.647	8.399	8.449	8.433	8.747	7.877	8.577	7.975	8.130	8.232
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.076,0	1.043,1	1.040,7	1.029,7	1.057,2	942,2	1.014,5	932,8	964,6	964,5
Taxa estandarditzada ⁴ x 100.000 hab.	787,3	743,4	740,0	724,4	728,2	651,2	692,1	617,1	626,8	628,1
Taxa APVP ⁵ estandarditzada	2.395,2	2.318,7	2.557,1	2.535,6	2.191,1	1.915,1	2.033,2	1.882,9	1.888,4	1.907,7
Esperança vida en néixer	83,1	83,6	83,4	83,7	83,8	84,8	84,4	85,4	85,2	85,2

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Fins l'any 1999, les causes de mort eren codificades amb la classificació internacional de malalties, 9a revisió, a partir de l'any 2000 s'ha utilitzat la 10a revisió. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Taula 8. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Barcelona, 1999-2008².

Homes	1999	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007	2008
Accidents de trànsit	18,3	13,0	15,0	14,3	14,6	7,5	11,1	7,1	8,6	5,2
Sobredosi	16,5	14,0	14,2	11,3	14,0	10,2	12,4	10,3	7,4	3,7
Suïcidi	8,7	9,3	10,0	10,1	8,1	11,5	10,3	6,5	7,4	6,7
Sida	14,0	16,6	13,7	14,0	8,6	6,9	7,5	5,8	4,7	3,5
Totes les causes	146,8	131,6	121,9	115,5	114,4	89,8	96,6	80,7	78,5	66,5
Dones										
Càncer de mama	5,6	4,7	4,4	6,1	2,6	4,0	4,4	3,0	4,7	3,6
Suïcidi	2,8	3,0	5,0	3,1	4,5	3,3	4,0	3,6	3,6	1,9
Accidents de trànsit	4,1	3,5	5,5	3,4	4,2	1,6	1,8	0,7	2,8	1,9
Sobredosi	3,9	4,3	3,0	2,1	3,3	2,1	3,4	3,0	2,2	0,7
Sida	3,8	3,5	6,7	4,8	4,2	1,8	2,8	2,0	2,0	1,5
Totes les causes	54,7	51,1	64,1	59,2	49,4	37,5	44,7	39,3	40,6	35,7

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

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

La nostra salut

116

Taula 9. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Barcelona, 1999-2008².

Homes	1999	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007	2008
Càncer de pulmó	216,1	187,1	199,2	180,4	187,2	174,6	193,9	190,4	186,5	176,7
Malaltia isquèmica del cor	190,1	164,3	156,9	144,4	141,4	131,9	132,4	119,1	109,8	104,5
Malaltia cerebrovascular	73,6	82,7	74,6	63,3	57,3	48,3	56,9	58,2	43,7	45,5
Cirrosi	56,5	58,8	45,9	53,7	38,8	51,3	40,6	44,1	39,1	34,1
Totes les causes	1.437,5	1.370,5	1.365,9	1.290,6	1.240,8	1.210,5	1.264,4	1.172,9	1.139,2	1.071,5
Dones										
Càncer de mama	60,4	58,2	58,9	57,0	44,7	52,1	46,9	45,9	45,6	49,9
Càncer de pulmó	17,1	19,4	22,5	28,4	22,7	27,3	30,9	26,2	28,2	33,4
Malaltia isquèmica del cor	38,2	34,4	38,5	31,0	33,3	20,6	27,4	23,3	23,9	18,2
Malaltia cerebrovascular	35,9	34,8	39,3	32,8	30,8	23,1	22,5	18,1	19,3	27,1
Cirrosi	28,0	24,9	22,4	19,1	16,5	14,7	20,8	16,6	13,5	17,4
Totes les causes	557,4	547,0	564,0	540,4	504,0	467,4	495,3	433,8	442,2	469,8

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

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

Taula 10. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Barcelona, 1999-2008².

Homes	1999	2000 ³	2001	2002	2003 ⁴	2004	2005	2006	2007	2008
Malaltia isquèmica del cor	1.183,5	1.009,1	1.082,8	1.117,4	1.076,9	872,8	853,7	779,0	847,3	838,5
Malaltia cerebrovascular	1.002,8	898,2	823,8	805,2	759,1	739,2	743,3	653,8	635,3	535,9
Càncer de pulmó	495,9	504,2	472,2	482,6	456,5	456,6	445,1	462,4	498,4	506,5
Trastorns mentals	359,8	409,2	520,3	461,5	510,2	392,0	395,1	403,4	413,7	361,0
Totes les causes	10.016,6	9.170,7	8.995,7	8.988,4	9.378,9	8.339,0	9.014,2	7.935,5	8.319,2	7.929,2
Dones										
Malaltia cerebrovascular	840,8	711,1	718,4	661,6	630,3	569,8	582,0	471,5	524,3	473,9
Trastorns mentals	407,7	455,7	463,2	499,8	522,7	415,2	413,8	398,2	385,6	385,6
Malaltia isquèmica del cor	661,7	603,9	569,9	555,8	540,0	472,7	473,7	381,6	337,4	390,4
Càncer de mama	133,2	133,9	116,5	127,5	121,7	107,0	112,9	104,6	123,1	107,0
Totes les causes	6.344,5	5.915,7	5.737,0	5.686,6	5.919,8	5.241,1	5.580,8	5.005,1	5.082,0	4.994,9

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

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

Taula 11. Evolució de les taxes de mortalitat infantil i perinatal. Barcelona, 1999-2008¹.

	1999	2000 ²	2001	2002	2003 ³	2004	2005	2006	2007	2008
Mortalitat infantil										
Defuncions infantils a 0 anys	60	51	46	48	39	69	53	41	44	50
Taxa mortalitat infantil x 1.000 nascuts vius	4,9	4,1	3,7	3,7	2,7	4,7	3,6	2,8	2,9	3,2
Mortalitat perinatal										
Defuncions perinatales (= >500 g)	81	92	91	82	81	93	92	70	61	66
Taxa mortalitat perinatal x 1.000 (= >500 g)	6,6	7,3	7,2	6,3	5,7	6,4	6,2	4,7	4,0	4,2

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Fins l'any 1999, les causes de mort eren codificades amb la classificació internacional de malalties, 9a revisió, a partir de l'any 2000 s'ha utilitzat la 10a revisió. ³ A partir de l'any 2003, les dades provenen del Departament de Salut.

La salut a Barcelona 2009



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

Patricia Altimira

Agència de Salut Pública de Barcelona

Pl. Lesseps 1

08023 Barcelona

Tel.: 93-2384545

Fax: 93-2173197

e-mail: paltimir@aspb.cat

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



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

Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2009
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2010.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

ASB Agència
de Salut Pública