

## La salut a Barcelona

1999





## **La Salut a Barcelona, 1999**

Presidenta de l'Institut Municipal de Salut Pública (IMSP)  
i Quarta Tinenta d'Alcalde de l'Ajuntament de Barcelona  
**Imma Mayol i Bertran**

Vicepresident de l'IMSP i Regidor Ponent de Salut Pública  
**José I. Cuervo i Argudín**

Gerent de l'Institut Municipal de Salut Pública  
**Joan Guix Oliver**

Director de l'Institut Municipal de la Salut  
**Antoni Plasència i Taradach**

Cap del servei d'Informació Sanitària  
**Carme Borrell i Thió**

Edita: Institut Municipal de Salut Pública  
Ajuntament de Barcelona  
D.L.: B-35.117-01  
Producció gràfica: Primer Segona Edicions

## Coordinació general de l'informe

M Isabel Pasarín Rúa

## Coordinació i redacció dels capítols

- Capítol 1. Canvis rellevants en la salut i els seus determinants. J Ferrando, MI Pasarín, C Borrell, J Salvador, L Artazcoz, Josep Arqués, M Gil, A Plaza, A Guarga, MT Brugal.
- Capítol 2.1. L'atenció a les urgències a la ciutat de Barcelona. MI Pasarín, C Borrell, MG Torras, M Gil, A Guarga, A Plasència.
- Capítol 2.2. Transport i Salut. L Artazcoz, A Plasència.
- Capítol 2.3. Tabac i adolescència. M Nebot, C Ariza.
- Capítol 2.4. La salut dels immigrants. C Borrell, P García de Olalla, MJ Beltran.
- Capítol 2.5. La cocaïna a Barcelona. MT Brugal i Lluis Torralba.
- Capítol 2.6. Els plans de salut als districtes. E Diez.
- Capítol 2.7. Evolució de les malalties vacunables. H Pañella, E Muñoz, M Nebot.
- Capítol 2.8. La salut de la gent gran a Barcelona. J Ferrando.
- Capítol 3. La situació dels objectius generals de salut: tendències i projeccions. MI Pasarín.
- Annex 1. Metodologia dels indicadors del capítol 1. MI Pasarín
- Annex 2. La salut als districtes i els ABS. C Borrell, MI Pasarín.

## Edició del text

Maribel Urgellés  
Antònia Arumí

## Han contribuït a l'elaboració de l'informe:

### Institut Municipal de la Salut de l'IMSP

Carles Ariza, Lucía Artazcoz, Antònia Arumí, Manuela Ballestín, M Jesús Beltrán, Carme Borrell, M. Teresa Brugal, Joan A. Caylà, Imma Cortés, Elia Diez, Lourdes Egea, Josep Ferrando, Rocío Maldonado, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Patricia G. de Olalla, M Isabel Pasarín, Helena Pañella, Antoni Plasència, Joaquin Salvador, Emma Tejada, Maribel Urgelles.

### Pla d'acció de drogues de Barcelona

Lluis Torralba

### Unitat Operativa d'Higiene dels Aliments, de l'IMSP

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

### Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental

Ricard Alsina, José Gracia, Margarida Parés, Pau Rodriguez.

### Direcció de Planificació i Avaluació del Consorci Sanitari de Barcelona

Miguel Gil, Alex Guarga, Carme Medina, Carolina Pijem, Aina Plaza, Glòria Torras, Corinne Zara.

### Grup de treball del Pla Integral d'Urgències de Barcelona

**Direcció i coordinació general:** Àlex Guarga (Direcció de Planificació i Avaluació. CSB) i Antoni Plasència (IMSP).

**Equip redactor i tractament de dades:** Miguel Gil (DPiA. CSB), M Glòria Torras (DPiA. CSB), Carme Borrell (IMSP), M Isabel Pasarín (IMSP).

**Membres del grup de treball:** Carme Medina (CSB), Maria Asenjo Rafael Gotzens (Hospital Clínic i Provincial), Núria Serra, Manuel Martín, Cristina Iniesta (Hospitals Vall d'Hebron), Maria Rovira (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau), Maite Forner, Manuel G. Carasusan, Marisol López (IMAS), Felipe Infiesta, Maria Róttlan (Hospital Creu Roja de Barcelona) Tomás Alonso (Clínica Plató Fundació privada), Agustí Segura (Hospital Sagrat Cor), Alba Benaque, Josefina Jardí (Subdivisió d'Atenció Primària Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut), Carles Benet, Jordi Mauri, Xavier Castillo (Servei Coordinador d'urgències de Barcelona 061).



## ÍNDIX

<b>PRESENTACIÓ</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓ</b> .....	9
<b>CAPÍTOL 1. CANVIS RELLEVANTS EN LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS, EN LA POBLACIÓ DE BARCELONA, EN LA DÈCADA DELS 90</b> .....	11
1.1. La població i el medi .....	13
1.2. La salut maternoinfantil .....	17
1.3. Problemes de salut específics .....	20
1.4. La mortalitat .....	25
1.5. Els serveis sanitaris .....	28
1.6. La salut de la població de Barcelona en relació amb la d'altres ciutats europees .....	31
<b>CAPÍTOL 2. ALGUNS TEMES D'INTERÈS</b> .....	37
2.1. L'atenció a les urgències a la ciutat de Barcelona .....	39
2.2. Transport i salut .....	46
2.3. Tabac i adolescència .....	49
2.4. La salut dels immigrants .....	50
2.5. La cocaïna a Barcelona .....	56
2.6. Els plans de salut als districtes .....	59
2.7. Evolució de les malalties vacunables segons les polítiques de vacunació .....	60
2.8. La salut de la gent gran a Barcelona .....	61
<b>CAPÍTOL 3. LA SITUACIÓ DELS OBJECTIUS GENERALS DE SALUT: TENDÈNCIES I PROJECCIONS</b> .....	65
Introducció: resum de la situació .....	67
3.1. Problemes de salut cardiovasculars .....	67
3.2. Càncer .....	69
3.3. Malalties de l'aparell respiratori .....	70
3.4. Lesions produïdes per accidents i violències .....	70
3.5. Problemes de salut de l'aparell digestiu .....	72
3.6. Consum excessiu d'alcohol .....	72
3.7. Consum de drogues no institucionalitzades .....	73
3.8. Infecció pel VIH i la sida .....	74
3.9. Malalties transmissibles susceptibles de ser previngudes amb vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques .....	75
3.10. Problemes de salut relacionats amb la maternitat i la infància .....	76
3.11. Problemes de salut laboral .....	78
3.12. Tuberculosi .....	79
3.13. Càries dental .....	80
3.14. Medi ambient i higiene dels aliments .....	80
3.15. Malalties de transmissió sexual .....	82
3.16. Hàbit tabàquic .....	83
3.17. Altres hàbits i estils de vida: alimentació i exercici físic .....	83

**CONCLUSIONS** ..... 85

**RESUM** ..... 89

**RESUMEN** ..... 97

**SUMMARY** ..... 103



## PRESENTACIÓ

La presentació anual de l'Informe "La Salut a Barcelona" ja és en bona part una tradició fortament arrelada a l'Ajuntament de Barcelona. Fa 17 anys que, sense interrupcions, aquest Informe és objecte d'aprovació al Consell Plenari municipal i, posteriorment, és publicat i amplament distribuït. La continuïtat d'aquest esforç pioner i singular en el panorama de l'Estat espanyol reflecteix la capacitat sostinguda de l'Institut Municipal de Salut Pública en l'anàlisi i seguiment de l'evolució de la salut i dels seus determinants, una aportació que és cabdal en el suport a moltes de les decisions de polítiques sanitàries a la ciutat.

L'Informe adopta una estructura relativament similar a la dels darrers anys, que inclou un primer bloc que resumeix les tendències temporals dels principals problemes de salut a la ciutat, un segon bloc que analitza de manera més aprofundida alguns aspectes d'interès per a la salut pública, i un tercer bloc que fa un balanç de la situació dels objectius generals de salut. El document es completa amb un Annex que inclou una profusa informació sobre la situació de salut als 10 districtes i a les 66 Àrees Bàsiques de Salut de la ciutat.

Enguany, l'Informe assenyala que les tendències principals de la salut i dels seus determinants a Barcelona indiquen la consolidació dels indicadors demogràfics associats amb la millora de l'esperança de vida i al creixement de la immigració. Tot i que el perfil epidemiològic de la ciutat no presenta variacions substancials recents, alguns dels problemes de salut que més impacte negatiu van tenir en l'anterior dèca-

da (sida i tuberculosi, especialment) han tingut una incidència que ha minvat considerablement, mentre que han anat emergint altres problemes, com ara el consum de cocaïna, els accidents de trànsit i laborals i el tabaquisme en adolescents. Pel que fa als serveis sanitaris a Barcelona, s'observa una tendència global a una més gran dotació i activitat, incloent-hi l'atenció primària, l'atenció a urgències i l'atenció hospitalària. Cal tenir en compte que l'envelliment i la immigració plantegen demandes addicionals i específiques dels serveis sanitaris, especialment en l'àmbit de l'atenció socio sanitària i de la salut mental.

Aquests resultats aporten elements fonamentals per guiar l'acció de govern i de gestió de l'administració municipal, però també d'altres administracions competents i de moltes entitats i associacions de la ciutat. Alhora, suposen un valuós recull d'informació per a investigadors sanitaris i socials. I finalment, son una mostra del paper de servei que l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona, presta a la salut dels ciutadans i ciutadanes de Barcelona des de fa 109 anys. Estic convençuda que en aquest segle que ara comença, l'Institut Municipal de Salut Pública, que molt aviat serà reconvertit en l'Agència de Salut Pública del Consorci Sanitari de Barcelona, seguirà contribuint amb aportacions riguroses, rellevants i novedoses a vetllar per al bon coneixement de la salut a la nostra ciutat.

**Imma Mayol**

4<sup>a</sup> Tinent d'Alcalde-Presidenta de l'IMSP



## INTRODUCCIÓ

Un any més disposem d'una nova edició de l'Informe "La salut a Barcelona", que es va presentar al Plenari municipal el 24 de novembre de 2000, renovant la síntesi de la situació de la salut dels ciutadans i ciutadanes de Barcelona. En conjunt, aquest Informe indica que la ciutat de Barcelona gaudeix d'una relativa bona salut, tot i que cal parar una especial atenció a alguns aspectes progressivament més rellevants en el context del dinamisme demogràfic dels darrers anys.

Es des d'aquest esforç de descripció i d'anàlisi aprofundit de la realitat de la salut i dels serveis sanitaris a la ciutat que renovem anualment el nostre compromís d'aportar informació i reflexions que puguin donar suport a la orientació i seguiment de les polítiques de salut a la ciutat, en la línia del que s'anomena "salut pública basada en l'evidència". En aquest sentit, els programes i accions sanitàries a la ciutat reflecteixen la capacitat de donar una resposta a la realitat canviant de les necessitats de salut, tant des de l'àmbit de prevenció i promoció de la salut, com d'atenció sanitària primària i especialitzada, com de protecció de la salut. Aquesta resposta s'articula al voltant d'un Pla de Salut amb objectius definits operativament i

que són objecte d'un seguiment continuat respecte al seu assoliment, així com uns programes que impliquen als diversos nivells dels dispositius sanitaris de la ciutat. En aquest sentit, tant els hospitals com l'atenció primària són protagonistes molt directes d'aquest procés. En el cas d'aquests darrers, les institucions competents estan fent, en el marc del Consorci Sanitari de Barcelona, un esforç intens per reforçar l'accessibilitat i capacitat resolutiva dels centres d'atenció primària, tant en la seva vessant assistencial, com preventiva i de coordinació amb els hospitals i altres dispositius especialitzats. Finalment, les activitats de salut pública, orientades a la vigilància de la salut i al control de situacions de risc amb afectació col·lectiva, a la mesura de necessitats de la població, i al desenvolupament de programes i intervencions amb una perspectiva comunitària són l'element que completa les actuacions que permeten oferir i mantenir uns bons nivells globals de salut dels barcelonins i barcelonines.

Estem convençuts que, com en ocasions anteriors, aquesta aportació serà amplament utilitzada, des de responsables polítics a gestors sanitaris, tècnics i investigadors, així com per entitats i organitzacions ciutadanes.



## **CAPÍTOL 1**

---

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



## 1.1. La població i el medi

### La situació demogràfica i perspectives de la població

L'any 1998 es calculava que la població de Barcelona era d'1.505.581 persones: un 47% eren homes i un 53%, dones (està pendent que l'INE aprovi la xifra de població estimada per al 1999). La població resident de Barcelona ha anat disminuint de manera constant en els darrers anys. L'estructura per edat i sexe de la població de Barcelona segons dades del Padró de 1986, 1991 i 1996 es presenta a la taula 1. La comparació de les tres distribucions de la població ens mostra la tendència que apunta cap a un envelliment progressiu de la població, reflectit en l'augment tant dels índexs d'envelliment (pobl. 65 i més anys / pobl. 0 a 14 anys) com de sobreenvelliment (pobl. 75 anys i

més / pobl. 65 anys i més), particularment en les dones. Aquest procés d'envelliment té una influència directa sobre l'augment de persones grans que viuen soles: en concret, l'any 1996 més de 66.000 persones majors de 65 anys vivien soles, la qual cosa representa un increment del 31,5% en relació amb les dades del 1991.

### La situació socioeconòmica: la població treballadora a Barcelona

#### Població activa

Segons dades de l'Enquesta de Població Activa facilitades pel Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, durant l'últim trimestre de 1999 la població activa era de 612.800 persones, el 54% de les quals eren homes. Això suposa que el 49% dels residents de la ciutat són població activa, respecte del total (un 68,7 % si es calcula sobre la població entre 15 i 64 anys), xifra lleugerament inferior a la de la província de Barcelona (52,5%), de Catalunya (52,6%) i d'Espanya (50,7%). Durant els trimestres d'aquest any la taxa d'activitat en homes ha estat al

**Taula 1. Evolució de la població a Barcelona, 1986-96**

		1986	1991	1996
<b>Població</b>				
0-14	Homes	157.073	121.726	92.093
	Dones	148.243	115.104	87.544
15-44	Homes	354.869	352.714	314.536
	Dones	359.482	356.504	320.916
45-64	Homes	201.324	193.872	178.844
	Dones	228.532	218.143	203.061
65-74	Homes	59.021	68.244	76.425
	Dones	88.327	97.166	104.124
75 i més	Homes	34.345	39.432	43.087
	Dones	70.596	80.639	88.175
Total	Homes	806.632	775.988	704.985
	Dones	895.180	867.554	803.820
<b>Índex d'envelliment</b>				
	Homes	11,6	13,9	16,9
	Dones	17,7	20,5	23,9
<b>Índex de sobreenvelliment</b>				
	Homes	36,8	36,6	36,05
	Dones	44,4	45,35	45,85
<b>Gent gran que viu sola</b>				
	65-74anys	ND	27.533 (16,6 %)	31.280 (17,3 %)
	75-84anys	ND	21.857 (23,2 %)	27.207 (27,4 %)
	85 i més	ND	4.664 (18,1 %)	7.683 (24,1 %)
<b>Nivell d'instrucció (16 anys i més)</b>				
	Analfabets i primària incompleta	ND	18,9	15,8
	Primària complets	ND	27,8	27,6
	Estudis secundaris	ND	34,9	38,5
	Títol de grau mig	ND	6,7	7,3
	Títol superior	ND	7,3	9,9
	No conegut		4,3	0,8

Font: Padró Municipal 1986, 91, 96.

voltant del 60% mentre la de dones s'ha situat al voltant del 40% (taula 2). En els darrers cinc anys s'ha observat un descens en la taxa d'activitat en homes. Si a començaments de 1995 la taxa d'activitat en la població masculina era del 65,2%, a finals de 1999 era de 59,2%. En el mateix període, en dones només es va reduir un 1,4%, i va passar del 41,4% al 40%.

#### Població ocupada

A finals de 1999, la xifra de població ocupada de Barcelona se situava al voltant de 532.000 persones, la qual cosa suposava el 86% de la població activa i el 42% de la població total de la ciutat. Aquestes xifres són comparables a les d'Espanya però estan per sota de les de la província de Barcelona i de les de Catalunya, amb un 46,8% i un 47,3 de la població total ocupada respectivament. En els últims cinc anys la taxa d'ocupació

**Taula 2. Evolució de les taxes d'activitat, d'ocupació i d'atur a Barcelona durant el període 1995-1999**

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

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

**Taula 3. Evolució de la població ocupada de Barcelona segons sector econòmic durant el període 1995-99 (%)**

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

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

**Taula 4. Mitjanes anuals de contaminants atmosfèrics a Barcelona durant el període 1995-99**

Contaminant	1995	1996	1997	1998	1999
NO <sub>2</sub> (µg/m <sup>3</sup> )	55	53	53	57	54
CO (mg/m <sup>3</sup> )	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2
O <sub>3</sub> (µg/m <sup>3</sup> )	32	29	30	27	31
Partícules totals en suspensió (µg/m <sup>3</sup> )	106	118	130	119	125
Pb (µg/m <sup>3</sup> )	0,24	0,21	0,24	0,18	0,13



ha baixat, en homes, del 55,3% a 53,3%, mentre que en dones ha experimentat un lleuger ascens, del 31,5% al 33,1%.

Barcelona és una ciutat dominada pel sector serveis, en el qual, a finals de 1999 treballava el 75% de la població ocupada; el 18,6% ho feia a la indústria, el 6% a la construcció i només el 0,4% a l'agricultura (taula 3). Durant els últims anys l'estructura econòmica ha variat poc, si bé s'observa una certa tendència a la reducció de la indústria a favor del sector de serveis.

### Població en atur

En finalitzar l'any 1999, la taxa d'atur a la ciutat era del 13,2% (6,5% segons dades de l'INEM). Les taxes de la ciutat de Barcelona estan per sota de les d'Espanya però lleugerament per sobre de les de Catalunya (10,1% l'últim trimestre de 1999) i les de la província de Barcelona (10,8% l'últim trimestre de 1999). Durant els últims anys l'atur s'ha reduït significativament, però continua sent més alt en dones, que segueixen, com fa dos anys, amb xifres d'atur que dupliquen les dels homes (figura 1.1).

## El medi ambient

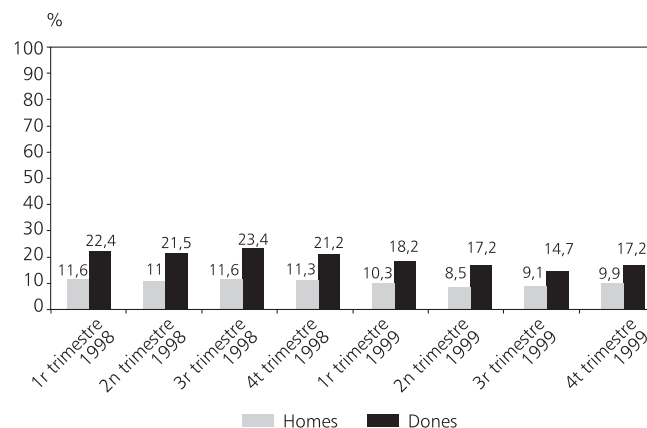
### L'aire

La qualitat de l'aire a Barcelona ha millorat en els darrers 20 anys: s'ha aconseguit una important i progressiva millora global dels indicadors de contaminació atmosfèrica tradicionals ( $\text{SO}_2$  i fums). No ha estat així pel que fa a les partícules i els contaminants secundaris, que representen actualment el problema principal de contaminació atmosfèrica a Barcelona. L'any 1999 s'han superant els valors límit<sup>1</sup> de partícules en suspensió totals a Sants (pl. Can Mantega) i, de manera incidental, els valors admissibles semihorari i veintihorari de CO a Gràcia - Sant Gervasi. L' $\text{NO}_2$  supera els valors guia<sup>2</sup> a les estacions de l'Eixample, Gràcia - Sant Gervasi i Poblenou. Els índexs d'ozó, indicador de la contaminació secundària d'origen fotoquímic, superà només un dia el llindar horari d'informació a la població ( $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ) a l'estació de Sagrera i a la de Poblenou.

### Les aigües de consum de proveïment públic (aigües tractades)

Així com l'aigua del Ter compleix els límits establerts per la legislació vigent, la del Llobregat sobrepasa els de sodi i potassi. No obstant això cal assenyalar que són paràmetres fisicoquímics

**Figura 1.1. Evolució de la població en atur de la ciutat de Barcelona durant el període 1998-99.**



Font: EPA

relacionats amb la composició natural de l'aigua d'aquest origen però que no tenen incidència directa sobre la salut dels usuaris i que, d'acord amb el que preveu la legislació esmentada, la distribució d'aigua amb aquestes característiques està autoritzada pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

A partir de l'any 1992, la qualitat de l'aigua d'origen Llobregat millora substancialment amb l'entrada en funcionament de l'ampliació de la línia de tractament de l'aigua del riu amb la introducció del procés d'ozonització amb doble filtració per sorra i carbó actiu granular. Els efectes d'aquest nou tractament s'han concretat en unes sensibles millores de les característiques organolèptiques (terbolesa, color i olor) i altres característiques fisicoquímiques de l'aigua (matèria orgànica, nitrogen Kjeldhal i fosfats).

### Aigües de mar

La vigilància i el control de la qualitat sanitària de les aigües de mar de les platges urbanes constitueix un dels aspectes de la Carta de Serveis que proposa l'Ajuntament de Barcelona com a compromís de qualitat amb els usuaris de les platges.

La qualitat microbiològica i fisicoquímica de l'aigua de totes les platges al llarg de la temporada de bany del 99 ha assolit els nivells guia establerts per la normativa vigent, excepte la planta de Nova Icària, la qual ha complert els nivells imperatius<sup>3</sup>. Pel

<sup>1</sup> Concentracions dels diferents contaminants que no han de ser sobrepassades durant uns períodes determinats a fi de protegir en particular la salut de les persones. Cal considerar, però, que el fet de sobrepassar un valor límit no significa que hi haurà efectes negatius sobre la salut, sinó que n'hi pot haver.

<sup>2</sup> Concentracions dels diferents contaminants destinades a servir per a la previsió a llarg termini en matèria de salut i de protecció del medi ambient.

<sup>3</sup> La Directiva del Consell 76/160/CEE i el Reial decret 734/1988 estableixen uns valors imperatius i uns valors guia, aquests més exigents que els primers, basats en les concentracions de coliformes totals, fecals i estreplococs fecals.

que fa a la sorra, cal assenyalar les baixes concentracions dels indicadors de contaminació microbiana i l'absència de fongs patògens. Dels aspectes visuals negatius el més freqüent és la presència de residus procedents dels banyistes.

**El soroll**

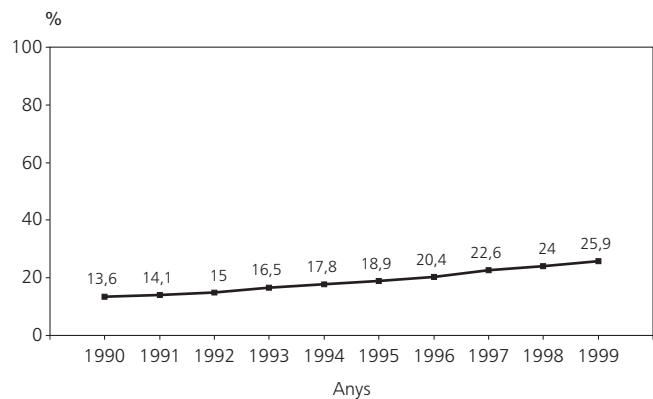
La contaminació acústica, a més a més de ser una molèstia, s'associa amb trastorns de la son, fatiga, estrès i altres alteracions que pertorben la salut de les persones. Barcelona, com altres ciutats europees de característiques similars, té uns nivells de soroll que són conseqüència, principalment, del tipus de teixit urbanístic, d'una densitat alta, etc., que s'afegeixen a l'ús, encara molt estès, del transport privat. Les actuacions urbanístiques han permès, però, que el soroll no hagi augmentat en el conjunt de la ciutat sinó que, fins i tot, s'hagi reduït en 1dbA des de 1990.

Els anys 1990 i 1997 es va realitzar el mapa sònic de la ciutat i es va comprovar que no hi va haver grans variacions en els nivells acústics. Això és lògic ja que Barcelona és una gran aglomeració en la qual les variacions urbanístiques que han tingut lloc, tot i sent de grans proporcions, han afectat només una fracció de la ciutat. Hi ha hagut, però, una disminució remarcable dels nivells de soroll dels carrers més sorollosos. Aquest fet es pot atribuir a diversos motius entre els quals destaquen els següents: la millora en la gestió del trànsit, la renovació de calçades, la substitució de llambordes, l'aplicació d'asfalts de bones característiques acústiques, les pantalles acústiques o les noves ordenances pel que fa als tràmits i la creació d'illes de vianants, entre altres.

**Animals de companyia**

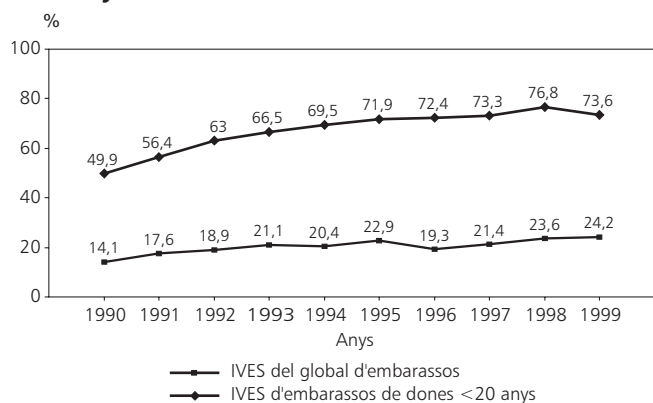
La tinença d'animals de companyia es consolida progressivament i alhora requereix instruments de gestió i actuació que responguin a les necessitats dels ciutadans. La presència d'animals rodaron a la via pública obliga a donar resposta al perill potencial que poden representar per a la ciutadania. Així, durant l'any 1999 el centre d'acolliment d'animals de companyia va custodiar un total de 5.042 gossos i 2.543 gats, va sotmetre a observació reglamentària 72 animals vius, i va realitzar proves analítiques a 9 animals morts, a fi de descartar la presència de la ràbia. Pel que fa al control de la població de gats, s'ha endegat un projecte pilot per tal d'estabilitzar i garantir l'estat higiènic sanitari d'aquelles colònies que ràpidament s'han repoblat després de diferents intents d'eradicar-les. L'objectiu principal

**Figura 1.2. Evolució de la proporció de naixements de residents a Barcelona de mares més grans de 34 anys. Barcelona 1990-1999.**



Font: Registre de naixements. IMSP.

**Figura 1.3. Evolució del percentatge d'IVES sobre el total d'embarassos en el total de població i en el grup de menors de 19 anys. Barcelona 1990-1999.**



Font: Registre d'IVES. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.

d'aquest projecte és evitar l'excés de gats no desitjats, mitjançant un programa de captura, esterilització i devolució dels gats a la colònia originària.

A principis de gener, atesa l'alarma social produïda pels atacs de gossos a persones, es van crear grups operatius específics formats pel mateix Institut Municipal de Salut Pública, la Guàrdia Urbana i Parcs i Jardins per tal de prevenir, vigilar i controlar tinençes irresponsables i, en especial, comportaments agressius de gossos potencialment perillosos.

El Programa d'adopció d'animals de companyia ha continuat el creixement experimentat l'any anterior. Amb l'objectiu fonamental de buscar una nova llar als animals abandonats i contribuir a augmentar el seu benestar, aquest any s'han lliurat en adopció 339 animals, la qual cosa suposa un increment d'un 19,8% respecte de l'any anterior.

## 1.2. La salut maternoinfantil

A la taula 5 es presenta l'evolució dels principals indicadors de salut maternoinfantil que es comenten en aquest apartat. Les taxes globals de natalitat i fecunditat no han variat massa al llarg del període 90-99. Tanmateix, les proporcions de naixements en els grups extrems d'edat materna registren oscil·lacions apreciables. Hi ha una tendència clara d'increment en dones de 35 anys o més, que ha passat d'un 13,6% l'any 1990 a gairebé el doble (25,9%) l'any 1999 (figura 1.2), així com un descens en el grup de dones més joves (<20 anys). Aquest descens no s'ha produït per un descens d'embarassos en adolescents (de fet, la taxa d'embarassos en dones entre 14 i 17 anys s'incrementa) sinó per l'increment de la proporció d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en aquest grup d'edat (figura 1.3). Una reflexió derivada d'aquest fet és que si s'analitza el problema de l'embaràs adolescent a través dels registres de naixements, es pot arribar a la conclusió que les xifres estan millorant, quan en realitat el que està disminuint és el nombre de parts en adolescents i no pas el nombre d'embarassos, ja que la majoria acaben en avortaments.

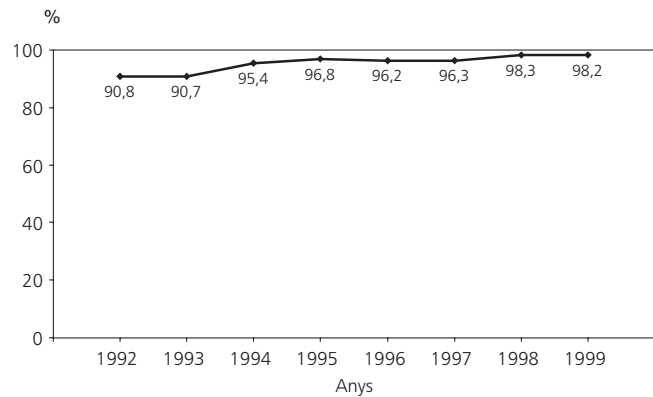
El percentatge de naixements en hospitals públics presenta un lleuger increment al llarg del període, i passa del 35% l'any 1990, al 40% el 1999. La natalitat d'immigrants registra una clara tendència d'augment a causa de l'increment de la població forana (taula 5).

Les diferents xifres de mortalitat referides al primer any de vida, és a dir, la taxa de mortalitat neonatal (precoç i tardana), la postneonatal, la infantil i la perinatal han experimentat davallades al llarg del període 1990-1998 (taules 6 i 7).

D'altra banda, la proporció de naixements amb baix pes es manté constant, al voltant del 5%, mentre que la de parts prematurs experimenta un lleuger descens: entre el 4,5% del 1990 i el 3,1% del 1999.

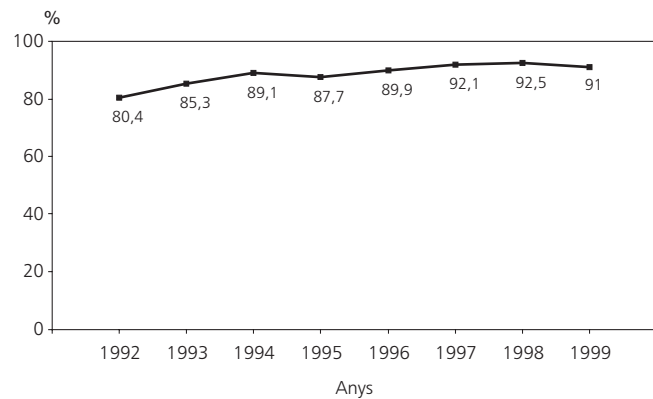
Pel que fa al control obstètric de l'embaràs s'observen alguns aspectes positius, com ara l'increment del nombre de gestants que fan la primera visita a l'obstetra durant el primer trimestre de l'embaràs (figura 1.4) i les que es fan una ecografia al 5è i el 6è mes (figura 1.5), període adient per fer el cribratge de defectes congènits. Un aspecte negatiu, però, és que la mitjana del nombre d'ecografies fetes durant la gestació és molt elevada (al voltant de 5). Tenint en compte que les recomanacions sobre el nombre d'ecografies obstètriques que cal fer a la població general

**Figura 1.4. Evolució de la proporció de dones embarassades que fan la primera visita obstètrica durant el primer trimestre de la gestació. Barcelona 1992-1999.**



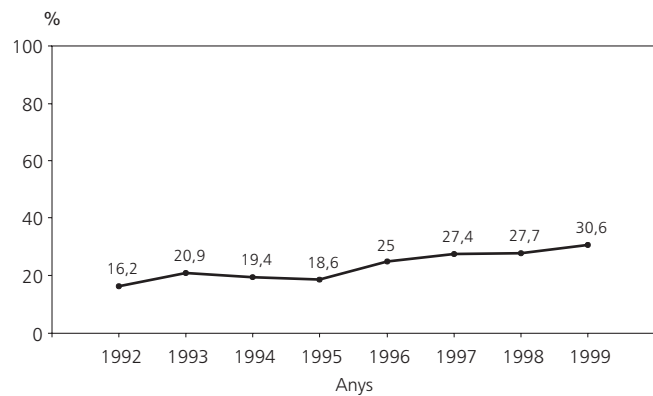
Font: Controls del Registre de Defectes Congènits de Barcelona (REDCB).

**Figura 1.5. Evolució de la proporció de dones embarassades que es fan una ecografia al 5è-6è mes d'embaràs. Barcelona 1992-1999.**



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

**Figura 1.6. Evolució de la proporció de dones embarassades que se sotmeten a una prova invasiva per fer un cariotip fetal. Barcelona 1992-1999.**



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

Taula 5. Indicadors de salut materno-infantil de la ciutat de Barcelona. 1990-1999

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	7,8	7,7	8,1	7,7	7,6	7,4	7,9	8,1	7,7	8,1
Taxa de fecunditat (per 1000)										
Dones 15-49 anys	31,1	31,0	32,6	30,9	30,6	29,6	31,9	32,1	30,6	31,9
Dones 15-19 anys	4,0	3,7	3,6	3,5	2,6	2,6	3,0	3,4	2,9	3,6
Dones 35-39 anys	26,9	27,9	32,4	34,4	35,2	36,6	38,8	42,9	43,7	48,8
Dones 40-44 anys	4,6	4,6	4,2	4,2	4,8	4,5	5,8	6,5	6,1	8,4
% naixements de dones <20 anys	2,0	1,8	1,7	1,7	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,4
% naixements de dones >34 anys	13,6	14,1	15,0	16,5	17,8	18,9	20,4	22,6	24,0	25,9
Embarassos en adolescents (per 1000 dones entre 14 i 17 anys)										
Taxa d'embarassos	2,3	2,6	3,0	3,2	3,3	3,9	3,4	4,1	4,2	6,0
Taxa de natalitat	1,2	1,6	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,3	1,0	1,5
Taxa d'IVES	1,1	0,9	1,7	1,7	1,8	2,5	2,0	2,9	3,1	4,5
Nº total IVES	2.108	2.718	3.136	3.414	3.224	3.624	2.869	3.325	3.607	3.908 <sup>(1)</sup>
IVES dones <20 a.	257	297	389	440	374	417	365	441	459	473 <sup>(1)</sup>
% IVES del total d'embarassos (naixements+IVES)	14,1	17,6	18,9	21,1	20,4	22,9	19,3	21,4	23,6	24,2
% embarassos (naixements+IVES) de dones <20 anys	3,4	3,4	3,7	4,1	3,4	3,7	3,4	3,9	3,9	4,0
% IVES del total d'embarassos en dones <20 anys	49,9	56,4	63,0	66,5	69,5	71,9	72,4	73,3	76,8	73,6
% naixements en hospitals públics	ND	35,0	39,0	39,6	39,3	39,5	38,5	39,07	40,3	40,1
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	ND	2,4	3,0	3,6	4,1	4,2	5,0	4,7	4,7	5,2
% naixements amb un dels pares de fora d'Espanya	ND	6,4	7,0	6,8	7,2	8,7	8,7	8,3	8,6	8,8
% naixements amb baix pes al néixer (<2500g.) <sup>(2)</sup>	4,6	5,1	4,7	4,7	4,6	4,9	5,0	4,55	ND	4,8
% naixements prematurs (<37 set. gestació) <sup>(2)</sup>	ND	4,5	4,1	4,1	3,6	3,7	3,8	3,1	ND	3,5
% dones amb visita obstètrica al 1 <sup>er</sup> trim. d'embaràs <sup>(3)</sup>	ND	ND	90,8	90,7	95,4	96,8	96,2	96,3	98,3	98,2
% dones amb ecografia al 5 <sup>è</sup> -6 <sup>è</sup> mes d'embaràs <sup>(3)</sup>	ND	ND	80,4	85,3	89,1	87,7	89,9	92,1	92,5	91,0
Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques <sup>(3)</sup>	ND	ND	5,0	4,8	5,0	5,5	5,2	5,6	5,4	5,4
% dones amb proves invasives per fer cariotip <sup>(3)</sup>	ND	ND	16,2	20,9	19,4	18,6	25,0	27,4	27,7	30,6
% dones fumadores durant l'embaràs <sup>(3)</sup>	ND	ND	53,5	59,6	52,4	47,7	44,6	46,2	39,3	45,1
% nascuts i IVES amb defectes congènits majors o múltiples <sup>(4)</sup>	ND	ND	1,5	1,9	1,9	1,8	1,7	1,8	ND	ND

Denominadors utilitzats: padró 1991 pel càlcul de les taxes de 1990 a 1993, i padró 1996 pels anys 1994-1999.

(1) Dades d'IVES per l'any 1999 provisionals (mancant les realitzades fora de Catalunya)

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

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

(4) Dades del REDCB.

ND: no disponible

**Taula 6. Evolució de la mortalitat infantil, neonatal precoç, neonatal tardana i postneonatal. Taxes per 1000 nascuts vius, Barcelona, 1990-98**

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

**Taula 7. Evolució de la mortalitat perinatal. Taxes per 1000 nascuts, Barcelona, 1990-98**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Estadístiques nacionals ≥500 gr.	11,6	8,5	10,1	6,4	8,6	7,6	8,0	7,2	7,6
Estadístiques internacionals ≥1000 gr.	8,8	6,2	6,9	4,2	6,8	5,6	5,8	5,1	3,9

**Taula 8. Evolució de la incidència de SIDA, tuberculosi i ús de drogues a Barcelona. Taxes per 100.000 hab. estandaritzades per edat. Homes i dones, 1990-99**

<b>HOMES</b>	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
TBC total	94,86	103,59	107,93	95,11	94,30	89,65	79,72	66,95	58,72	54,89
TBC no UDI*	72,03	80,88	81,85	74,92	66,51	68,63	62,70	52,91	48,94	48,09
TBC UDI (15-49 anys)	44,51	43,26	50,57	38,82	53,62	40,43	32,35	26,55	18,80	12,72
SIDA heterossexuals (≥ 15 anys)	4,39	5,17	6,62	6,22	7,82	9,19	8,65	10,12	7,51	3,59
SIDA homossexuals (≥ 15 anys)	19,06	24,17	24,86	20,54	27,14	28,19	16,15	11,91	7,67	5,06
SIDA UDI (15-49 anys)	51,41	43,41	50,27	52,74	86,06	72,49	58,90	35,39	22,40	14,38
SIDA total	48,69	50,13	55,35	53,73	77,01	71,90	53,19	39,72	26,24	18,58
Usuaris de drogues no institucionalitzades (15-49 anys)										
Opioids			832,79**	217,43	144,28	150,70	201,58	213,19	151,25	109,78
Cocaïna			81,47	34,58	43,71	50,93	56,69	91,80	107,29	108,67
Tots			1194,40	324,11	260,75	328,82	362,79	418,64	333,75	283,43
<b>DONES</b>										
TBC total	31,32	39,77	34,75	35,62	35,83	31,97	33,22	30,36	30,98	25,01
TBC no UDI	26,93	34,83	30,31	31,67	32,08	28,17	28,99	28,36	28,12	23,26
TBC UDI (15-49 anys)	9,43	10,61	9,53	8,48	8,07	8,17	9,09	4,28	6,15	3,74
SIDA heterossexuals (≥ 15 anys)	1,96	2,49	4,76	5,14	7,34	5,93	6,84	4,33	2,79	1,95
SIDA UDI (15-49 anys)	12,43	12,69	15,93	13,70	21,10	19,56	18,18	11,50	6,42	5,35
SIDA total	8,31	9,18	11,97	11,40	16,72	14,74	15,30	10,33	6,22	4,98
Usuaris de drogues no institucionalitzades (15-49 anys)										
Opioids			282,26	70,86	45,84	49,88	63,36	59,89	44,92	32,62
Cocaïna			20,32	10,46	13,16	14,20	18,72	28,34	34,22	30,48
Tots			389,34	98,80	78,17	94,94	118,71	122,99	100,80	77,53

\* UDI: Usuari Drogues Intravenoses.

\*\* L'any 1992 és el primer any del sistema d'informació, i de detecció de molts casos prevalents.

de gestants varien, depenent del tipus d'organisme que les emet i del país, entre 0 i 3 (la *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* –SEGO– en recomana 3), el nombre de 5 sobrepassa àmpliament les recomanacions menys restrictives. Això suposa al voltant de 65.000 ecografies/any a les gestants residents a la ciutat de Barcelona. S'observa un clar augment del nombre d'embarassades que se sotmeten a una prova invasiva per fer un cariotip fetal (figura 1.6), i es dobla la proporció entre 1992 (16,2%) i 1999 (30,6%), amb tota probabilitat per raó de l'extensió de la utilització de cribratges bioquímics i ecogràfics per a detecció de la síndrome de Down.

Pel que fa a les embarassades amb hàbit tabàquic, d'una banda s'aprecia una elevada proporció i, de l'altra, una tendència a disminuir-ne el nombre (figura 1.7).

El percentatge de nadons i interrupcions voluntàries de l'embaràs amb defectes congènits majors se situa entre l'1,5% i el 2% dels nounats (incloent-hi les IVES per defectes congènits), segons dades del Registre de defectes congènits de Barcelona.

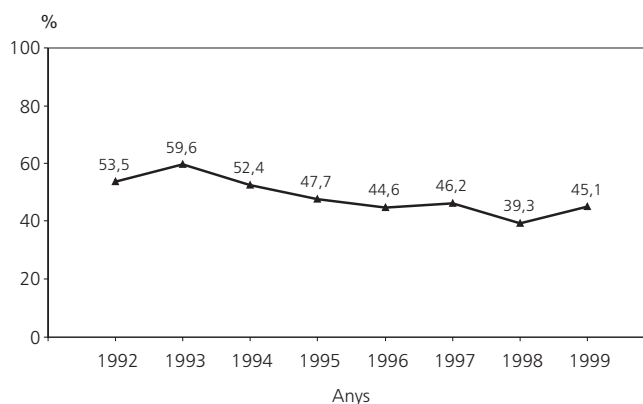
### 1.3. Problemes de salut específics

Abans de començar a parlar d'alguns dels problemes de salut específics de la població cal dir que a les taules 9 i 10 d'aquest capítol es presenten indicadors de determinants de la salut com són l'hàbit tabàquic, l'activitat física i l'excés de pes, que s'han extret de les enquestes de salut realitzades a Barcelona des del 1983. La darrera enquesta disponible de tota la població és de l'any 1994 i en el decurs de tot l'any 2000 s'està portant a terme una nova enquesta a una mostra de 10.000 persones residents a la ciutat. Atesa l'antiguitat de les dades i el fet que ja han estat comentades en els darrers informes de salut, així com en els apartats específics del capítol 3 d'aquest informe, no s'inclou el text explicatiu de les taules. En l'informe de salut següent es podrà analitzar l'evolució d'aquests determinants de la salut en la dècada dels 90.

#### 1.3.1. La tuberculosi

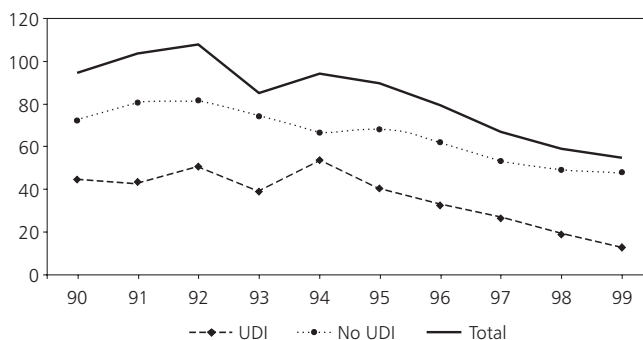
La tendència creixent de la incidència de tuberculosi, que es va iniciar en la dècada dels 80, es va truncar en la primera meitat dels 90, sobretot pel que fa als homes, en què la incidència va comen-

**Figura 1.7. Evolució de la proporció de dones embarassades que fumen durant l'embaràs. Barcelona 1992-1999.**



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

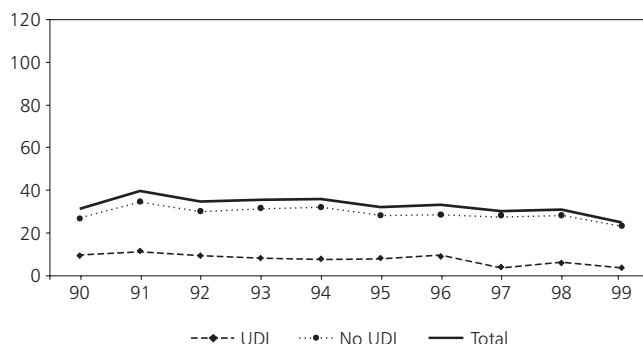
**Figura 1.8. Evolució de la incidència de tuberculosi en homes. Barcelona 1990-1999. Taxa estandarditzada per edats, per 100.000 habitants. S'hi diferencien els casos segons si es van produir en usuaris de drogues intravenoses o no.**



Nota: la incidència en UDI és en població entre 15 i 49 anys, en no UDI i en el total de població és en totes les edats.

Font: Registre de tuberculosi IMSP.

**Figura 1.9. Evolució de la incidència de tuberculosi en dones. Barcelona 1990-1999. Taxa estandarditzada per edats, per 100.000 habitants.**



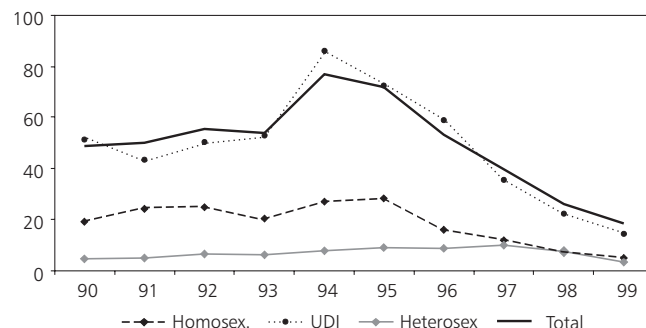
Nota: la incidència en UDI és en població entre 15 i 49 anys, en no UDI i en el total de població és en totes les edats.

Font: Registre de tuberculosi. IMSP.

çar en els anys noranta i va ser tres vegades més gran en els homes respecte de les dones. Al final de la dècada era només dues vegades més gran (taula 8 i figures 1.8 i 1.9).

Els factors que han estat decisius en la disminució de la incidència de la malaltia han estat l'adopció d'estratègies que faciliten el diagnòstic precoç dels casos (per exemple, l'estudi de contactes) i que incrementen les taxes de compliment del tractament, com són ara, principalment: 1) la realització de tractaments antituberculosos supervisats, que es duen a terme en centres de toxicomànies, presons i altres centres específics; 2) la inclusió prioritària dels tuberculosos usuaris de drogues intravenoses en programes de manteniment amb metadona, que facilita el control supervisat i augmenta la probabilitat d'acompliment i

**Figura 1.10. Evolució de la incidència de sida en homes. Barcelona 1990-1999. Taxa estandarditzada per edats, per 100.000 habitants.**



Nota: la incidència en UDI és en població entre 15 i 49 anys, en homosexuals i heterosexuals en població major de 15 anys, i la sida total és en el total de població.

Font: Registre de sida. IMSP.

**Taula 9. Evolució de l'hàbit tabàquic la Barcelona**

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

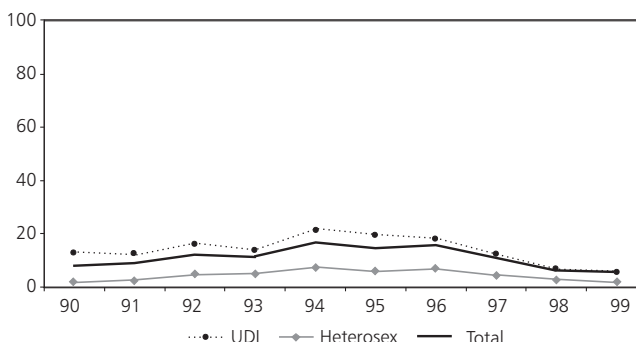
<sup>(1)</sup> Font: Enquesta FRESC. IMSP. <sup>(2)</sup> Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 1986 i 1992) i Enquesta de Salut de Catalunya 1994

finalització del tractament; 3) programes específics per a població indigent que faciliten el compliment i l'estudi de contactes; i, evidentment, no s'ha d'oblidar la importància de 4) mantenir un sistema de vigilància activa de la malaltia.

### 1.3.2. La sida

La dècada dels 90 ha presentat, igual que per a la tuberculosi, el punt màxim d'incidència de la malaltia, que en aquest cas va ser l'any 1994, tant per la tendència incremental que fins llavors va tenir la malaltia com al fet que aquell any hi va haver un canvi de definició de la malaltia on la modificació principal va ser la inclusió de la tuberculosi pulmonar com a malaltia diagnòstica de sida (taula 8). Analitzant les taxes d'incidència segons la via de transmissió, en el cas de la transmissió homosexual l'any de màxima incidència va ser el 1995. La incidència de sida tant en usuaris de drogues intravenoses (UDI) com en homosexuals presenta una tendència clara a la disminució en la segona meitat dels 90; en can-

**Figura 1.11. Evolució de la incidència de sida en dones. Barcelona 1990-1999. Taxa estandarditzada per edats, per 100.000 habitants.**



Nota: la incidència en UDI és en població entre 15 i 49 anys, homosexuals en població major de 15 anys, i la sida total és en el total de població.

Font: Registre de sida. IMSP.

vi, no va ser així pel que fa als índexs de sida per transmissió heterosexual, que no va començar a davallar fins el 1998 en el cas dels homes i el 1997 en el cas de les dones (figures 1.10 i 1.11).

El determinant principal del canvi de tendència en la incidència de la malaltia, així com en la supervivència, ha estat la introduc-

**Taula 10. Evolució de l'estat de salut, l'activitat física i l'existència d'excés de pes a Barcelona. Percentatges estandarditzats per edat <sup>(1)</sup>**

HOMES	1983	1986	1992	1994
<b>Estat de salut percebut</b>				
Molt bo, bo		79,87	82,09	81,05
Regular		17,36	14,77	15,78
Dolent, molt dolent		2,17	2,90	3,17
<b>Trastorns crònics</b>	60,94	64,67	48,27	51,75
<b>Limitació de l'activitat</b>		6,05	10,44	9,83
<b>Activitat física habitual</b>				
Important		9,46	10,44	8,30
Camina		33,70	43,48	35,70
No camina		16,81	13,63	12,79
Assegut		36,18	32,08	41,95
<b>Existència d'excés de pes</b>		14,63	12,87	
<b>DONES</b>				
<b>Estat de salut percebut</b>				
Molt bo, bo		69,36	73,06	72,07
Regular		26,05	22,53	22,60
Dolent, molt dolent		4,21	4,23	5,33
<b>Trastorns crònics</b>	70,79	74,65	68,12	64,01
<b>Limitació de l'activitat</b>		8,37	12,71	13,56
<b>Activitat física habitual</b>				
Important		3,98	4,59	3,60
Camina		41,36	53,41	41,51
No camina		24,54	18,74	20,49
Assegut		27,50	22,93	33,81
<b>Existència d'excés de pes</b>		18,39	17,26	

<sup>(1)</sup> Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 1986 i 1992) i Enquesta de Salut de Catalunya 1994.



ció de les noves teràpies antivirals, de prescripció en pacients infectats pel VIH, així com les intervencions de prevenció de la transmissió.

### 1.3.3. L'ús de drogues no institucionalitzades

El nombre d'usuaris de drogues no institucionalitzades, tant en homes com en dones, en la dècada dels 90, s'ha incrementat lleugerament de 1994 a 1997, i ha disminuït en els darrers dos anys. Si diferenciem els usuaris d'opiacis respecte dels de cocaïna cal esmentar que els primers han tingut una tendència a la baixa des del 1998, però el nombre d'usuaris de cocaïna s'ha incrementat des del 1996. El 1999 els nous casos detectats han estat igualats (taula 8 i figures 1.12 i 1.13).

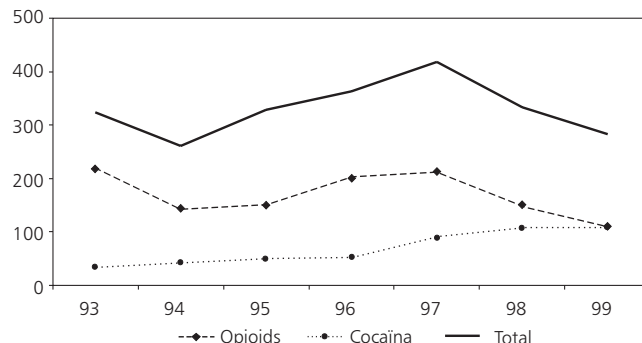
### 1.3.4. Els accidents de trànsit

El sistema d'informació DUHAT (dades d'urgències hospitalàries en accidents de trànsit) va identificar un total de 18.441 casos atesos l'any 1999 en els principals centres sanitaris de la ciutat. Això representa un augment del 10,2% en relació amb les xifres de l'any 1997 (taula 11) i confirma la tendència creixent en els darrers anys del nombre de lesionats provocats pels accidents de trànsit. Un 46,3% dels lesionats eren usuaris de motos i ciclomotors: un 30% eren turismes i un 21,4%, vianants. La població més afectada va ser el grup d'edat entre 15 i 44 anys (77,7% dels lesionats) amb un predomini clar de lesionats usuaris de motocicletes i ciclomotors (57%). Les principals lesions ateses als serveis d'urgències van ser les contusions múltiples (16,5%), esquinços al coll (12,4%) i contusions a les extremitats inferiors (12,2%).

### 1.3.5. Els accidents laborals

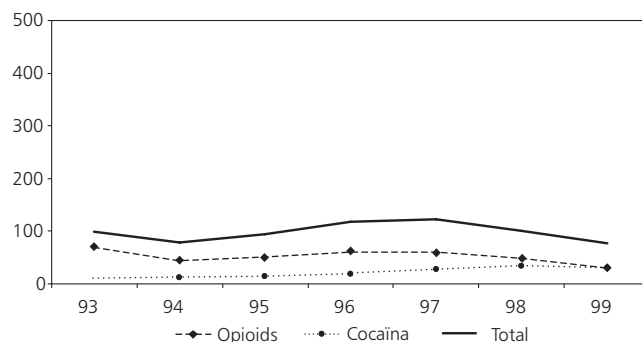
Durant el període 1994-1999 a la ciutat de Barcelona s'han notificat 3.103 accidents greus i 326 de mortals. L'evolució i la distribució dels accidents segons edat, sexe i activitat econòmica varia en gran mesura en funció del risc atribuïble a les condicions de treball, baix en els accidents *in itinere* (en el trajecte entre el domicili particular i el laboral) i més alt en els produïts durant la jornada laboral. En aquests, és raonable assumir un risc atribuïble al treball relativament baix en els accidents de causa natural, més alt en els de trànsit i, sobretot, en la resta d'accidents traumàtics produïts durant la jornada laboral.

**Figura 1.12. Evolució de la taxa d'usuaris de drogues no institucionalitzades detectats pel SIDB. Homes. Barcelona 1993-1999. Taxa estandarditzada per edats, per 100.000 habitants.**



Font: SIDB, IMS

**Figura 1.13. Evolució de la taxa d'usuaris de drogues no institucionalitzades detectades pel SIDB. Dones. Barcelona 1993-1999. Taxa estandarditzada per edats, per 100.000 habitants.**



Font: SIDB, IMS

A la taula 12 es presenta l'evolució dels accidents greus durant el període 1994-1999. Els succeïts durant la jornada laboral han augmentat un 33%, però l'increment més alt correspon als de trànsit, que durant el període gairebé s'han duplicat (han experimentat un augment de 93%). També els accidents greus *in itinere* han augmentat significativament: un 72%. Cal tenir en compte que el 80% dels accidents *in itinere* han estat accidents de trànsit.

El nombre d'accidents mortals s'ha mantingut estable durant el període 1994-1999 (taula 13). Cal tenir en compte que el 34% dels accidents mortals produïts durant la jornada laboral són de causa natural i el 32%, de trànsit. És a dir, només la tercera part són accidents laborals traumàtics clàssics. Entre aquests, la meitat han estat les caigudes des de diferent alçada (55%).

Tot i que els accidents laborals són molt més freqüents en homes –el 81% dels accidentats greus i el 90% dels mortals ocorreguts en el període analitzat eren homes– les proporcions varien

**Taula 11. Morbiditat per accidents de trànsit atesa sanitàriament als serveis d'urgència hospitalaris. Període 1997-99**

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

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

**Taula 12. Evolució dels tipus d'accidents laborals greus. Barcelona, 1994-1999 (%)**

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

**Taula 13. Evolució dels tipus d'accidents laborals mortals. Barcelona, 1994-1999 (%)**

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

segons el tipus d'accident, com s'observa a la taula 14. Si el percentatge més alt d'homes correspon als accidents mortals de causa natural, el més baix es dona en els accidents greus *in itinere*.

També hi ha diferències significatives en relació amb l'edat dels accidentats segons el tipus d'accident. Les persones grans són els que han patit un accident de causa natural (mitjana de 50 anys), seguits pels enquadrats en el grup que hem anomenat *resta de traumàtics* (43,5 anys els mortals i 40 els greus). Més baixa és l'edat de les persones que han patit un accident de trànsit en jornada laboral o *in itinere* (al voltant de 39 anys els mortals i de 35 els greus).

Atenent la distribució dels accidents laborals en jornada laboral segons l'activitat econòmica, la construcció ocupa el primer lloc, tant pel que fa als accidents greus com als mortals, sobretot a causa dels accidents traumàtics: contribueix amb el 23% dels accidents laborals greus i el 49% dels mortals d'aquests tipus d'accidents.

En els darrers informes de salut es pot trobar una descripció de l'estat de salut percebut per la població treballadora, a partir de les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 1994. Durant l'any 2000 s'ha realitzat la quarta enquesta de salut de la ciutat, que aportarà noves dades sobre aquest i altres temes com ara conductes relacionades amb la salut i ús de serveis sanitaris.

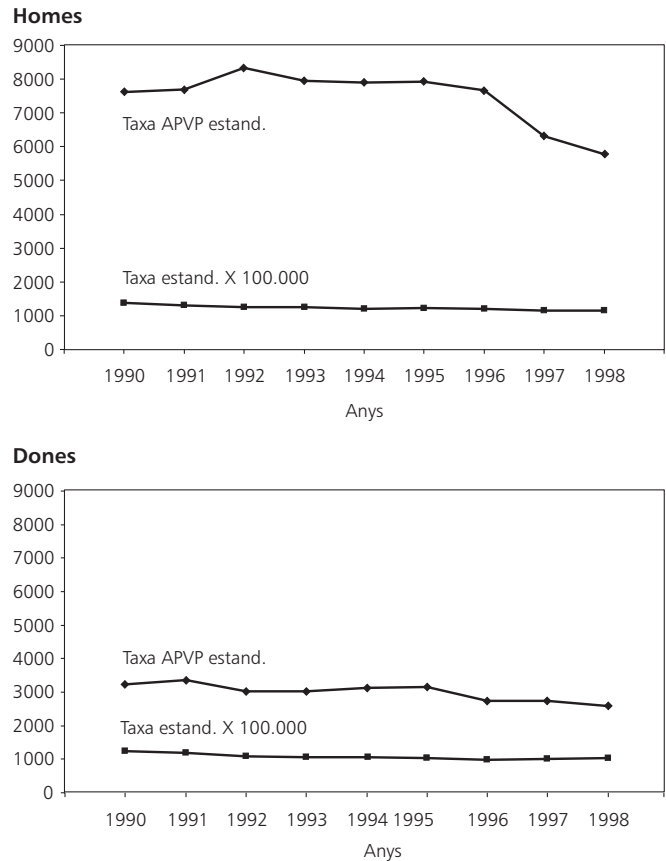
### 1.4. La mortalitat

Tal com s'observa a la taula 14 i a la figura 1.14, la taxa de mortalitat estandarditzada per edats ha disminuït entre 1990 i 1998, tot i que la taxa bruta ha augmentat lleugerament a causa de l'envelliment de la població.

La taxa d'APVP va augmentar en els homes fins a l'any 1995 i posteriorment va disminuir. En les dones també disminueix a partir de 1996. Aquests canvis estan molt influïts per l'evolució de la mortalitat a causa de la sida (figura 1.15 i taula 14).

L'esperança de vida en néixer ha passat de 72,7 anys en els homes l'any 1990 a 75,2 l'any 1998. En les dones també ha augmentat: de 80,2 a 82,1. Si es té en compte l'esperança de vida sense incapacitat (mesurant la discapacitat com la limitació crònica de l'activitat), en els homes ha evolucionat de 46,1 anys a 47,9 i en les dones de 60,2 a 61,6 (taula 14).

**Figura 1.14. Taxa de mortalitat i taxa d'anys potencials de vida perduts (APVP) estandarditzades per edats. Taxa per 100.000 habitants i taxa per 100.000 habitants d'1 a 70 anys. Barcelona 1990-1998.**



Font: Registre de mortalitat. IMSP

La mortalitat infantil ha disminuït des de 1990, tot i que l'any 1998 la taxa ha estat de 6,3 per 1.000 nascuts vius, que és més alta que la de 1997. La mortalitat perinatal també ha minvat: la taxa de 1998 és de 7,6 per 1.000 nascuts de 500 g o més i de 3,9 per 1.000 nascuts de 1.000 g o més (taules 6 i 7).

A la figura 1.15 i la taula 15 consta l'evolució de les causes de mortalitat en homes i dones de 15 a 44 anys. El fet més destacable és la gran disminució de la mortalitat a causa de la sida a partir de 1996 tant en homes com en dones, la qual cosa fa que l'any 1998 ja no sigui la primera causa de defunció, sinó que és la segona després de la sobredosi de drogues. El nombre d'accidents de trànsit disminueix fins a l'any 1995 pel que fa als homes i fins a l'any 1994 en les dones. Posteriorment torna a augmentar. La sobredosi té una tendència a la disminució, tot i que l'any 1998 augmenta lleugerament i passa a ser-ne el primer motiu.

Les principals causes de mortalitat entre 45 i 64 anys es presenten a la figura 1.16 i la taula 16. En els homes l'ordre de les causes és aquest: càncer de pulmó, malaltia isquèmica del cor,

**Taula 14. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona, 1990-98**

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

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

\*\* La mesura de discapacitat utilitzada per calcular l'Esperança de vida sense incapacitat ha estat la limitació crònica de l'activitat (obtinguda de l'enquesta de salut de Barcelona de 1992)

APVP: Anys Potencials de Vida Perduts.

**Taula 15. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys segons sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys, Barcelona, 1990-98**

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

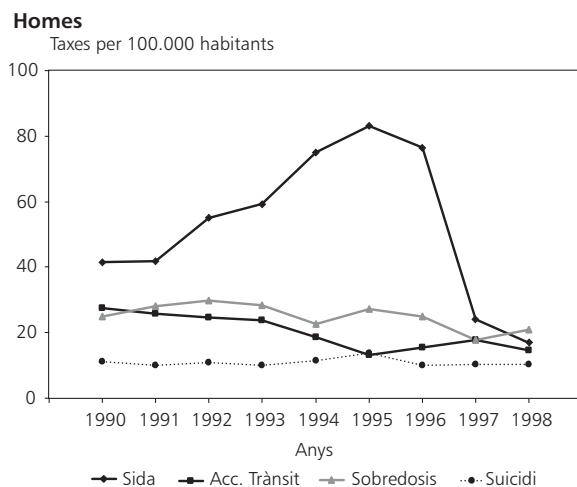
Població de referència per a estandarditzar les taxes: població de Barcelona de 1996.

**Taula 16. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 64 anys segons sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de 45 a 64 anys, Barcelona, 1990-98.**

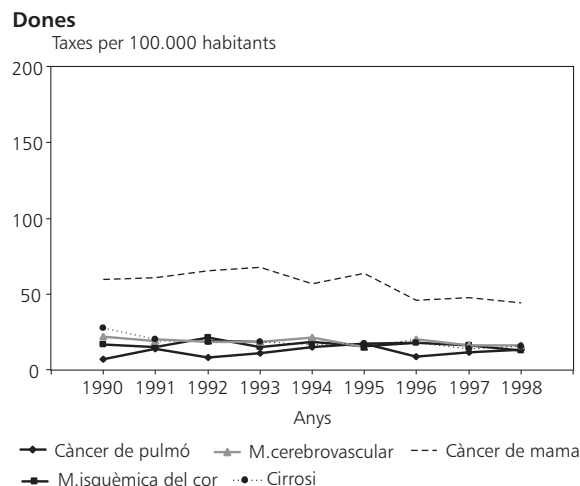
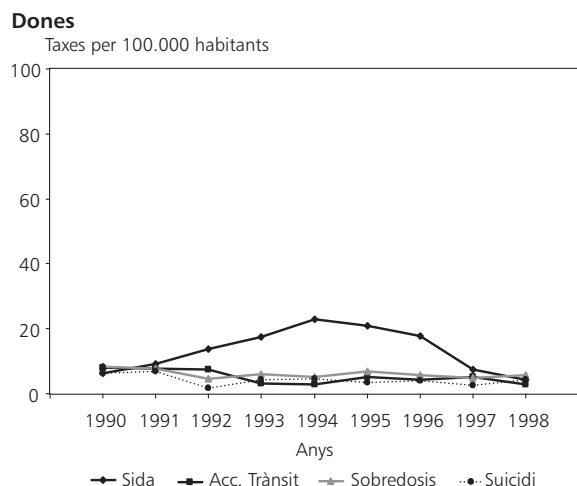
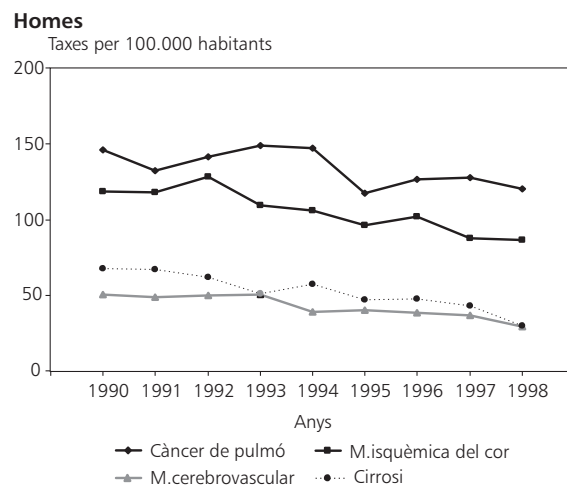
HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Càncer de pulmó	145,9	132,3	141,6	148,8	147,4	117,4	126,4	128,0	120,2
Malaltia isquèmica del cor	118,7	117,9	128,1	109,5	106,1	96,1	101,8	87,8	86,7
Malaltia cerebrovascular	50,4	48,8	50,0	50,3	38,8	40,2	38,6	36,9	29,1
Cirrosi	67,4	67,0	62,0	51,2	57,1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

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

**Figura 1.15. Evolució de les causes de mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades per edats per 100.000 habitants. Barcelona 1990-1998.**



**Figura 1.16. Evolució de les causes de mortalitat en la població de 45 a 64 anys. Taxes estandarditzades per edats per 100.000 habitants. Barcelona 1990-1998.**



Font: Registre de mortalitat. IMSP.

Font: Registre de mortalitat. IMSP.

**Taula 17. Evolució de la mortalitat en la població de més de 64 anys segons sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de més de 64 anys, Barcelona, 1990-98.**

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

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

cirrosi i malaltia cerebrovascular i cal dir, però, que totes quatre han minvat entre 1990 i 1998. En les dones la principal causa és el càncer de mama, que també disminueix. Les altres causes (malaltia isquèmica del cor, malaltia cerebrovascular i cirrosi) tenen taxes similars i també disminueixen. El càncer de pulmó presenta taxes més baixes.

En el grup de més de 64 anys (figura 1.17 i taula 17) les causes principals en les dones són la malaltia cerebrovascular i la malaltia isquèmica del cor, i els índexs de totes dues continuen disminuint. En els homes són les mateixes causes però amb l'ordre invertit. Disminueix el nombre de casos amb malaltia cerebrovascular i resta estable la malaltia isquèmica del cor.

### 1.5. Els serveis sanitaris

A la taula 18 es mostren els indicadors sobre la disponibilitat i l'ús de recursos sanitaris del període de 1994-1999 que es tracten en aquest apartat.

#### L'atenció primària de salut

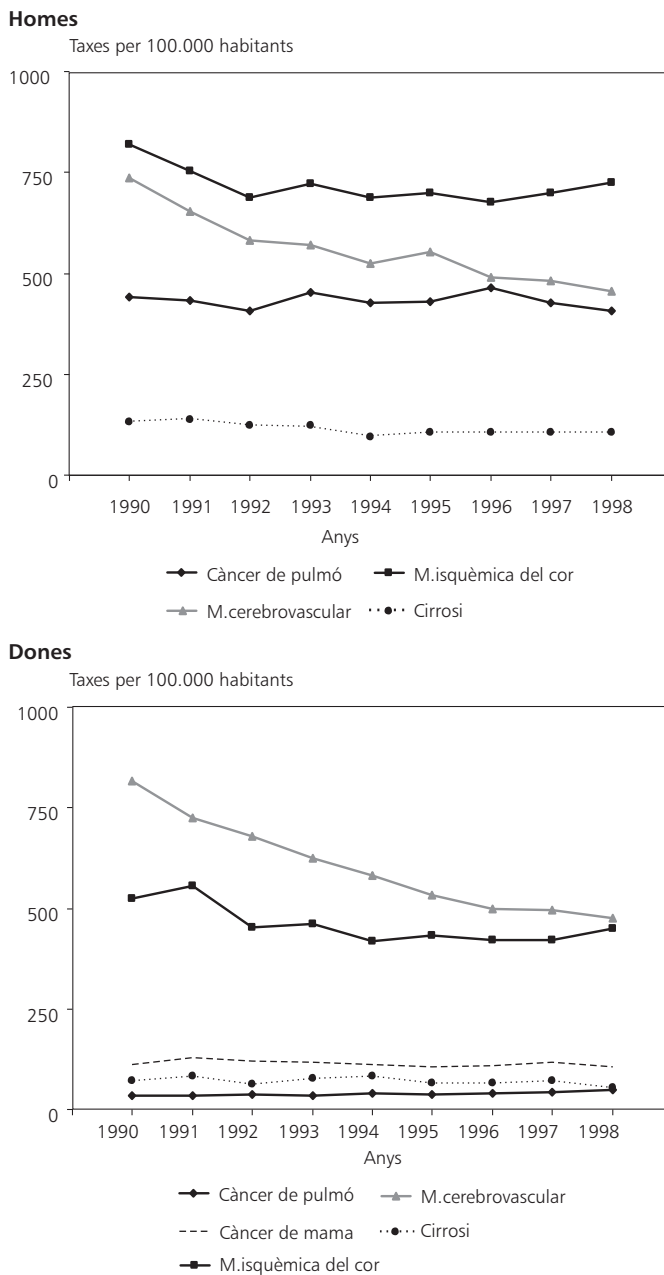
La reforma de l'atenció primària de salut (RAP) va començar a Barcelona l'any 1984, encara que fins a l'any 1988 només es van reformar 3 àrees bàsiques de salut (ABS) de les 66 que hi ha a Barcelona. L'any 1999, amb la reforma de dues ABS (l'ABS 2D i la 3B), s'ha arribat a un 54,5% d'ABS reformades, la qual cosa significa que el 48,9% de la població té accés al model reformat (figura 1.18).

L'ús de serveis d'APS, mesurat mitjançant l'indicador de freqüència (visites per habitant i any), ha estat estable en els darrers 5 anys i sempre lleugerament superior en l'APS reformada en tot el període analitzat (1995-1999).

Una funció important de l'APS, a més de ser la primera porta del sistema sanitari per resoldre les patologies de la població, és vetllar per la salut poblacional des de la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut. Una de les activitats que s'hi duen a terme és la vacunació antigripal, especialment indicada en els majors de 64 anys. Sobre aquesta activitat hi ha dades de l'APS reformada i, tal com es veu a la taula 18, en els darrers 5 anys s'ha aconseguit cobrir les necessitats al voltant del 50%.

Un programa que es duu a terme és el d'atenció domiciliària, especialment indicat en les persones grans que pateixen problemes de salut que els impedeixen accedir al seu CAP. L'any 1994, el

**Figura 1.17. Evolució de les causes de mortalitat en la població de més de 64 anys. Taxes estandarditzades per edats per 100.000 habitants. Homes i dones, Barcelona 1990-1998.**



Font: Registre de mortalitat. IMSP

4,5% de la població major de 64 anys va ser atesa pel programa, percentatge que l'any 1999 va arribar al 6%.

#### Atenció especialitzada hospitalària

L'oferta, mesurada mitjançant el nombre de llits públics disponibles en hospitals d'aguts, en els darrers anys s'ha man-

**Taula 18. Indicadors de serveis sanitaris a la ciutat de Barcelona. Evolució 1994-1999**

		1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Atenció Primària de Salut</b>							
Cobertura	% d'ABS reformades	33,3%	34,9%	40,9%	47,0%	51,5%	54,6%
de la RAP	% població total en ABS reformades	27,9%	28,9%	35,1%	42,7%	46,3%	48,9%
Utilització	Visites habit. any (xarxa reformada)	4,9	5,2	5,3	6,3	5,7	5,5
	Visites hab.any (xarxa no reformada)		4,9	4,7	5,2	4,9	4,8
Programes	<b>Vacunació antigripal</b>						
	Cobertura vacunació antigripal en majors de 64 a. (xarxa reformada)		51,0%	51,6%	52,4%	49,6%	51,7%
	<b>Atenció domiciliària</b>						
	Cobertura del programa en la població major de 64 a. (xarxa reformada)	4,5	5,4	5,5	4,9	5,9	6,0
<b>Atenció especialitzada hospitalària</b>							
Oferta	Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1000 hab.	3,8	3,6	3,7	3,4	3,4	3,8
	Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1000 hab./any dels residents a BCN	79,7	86,8	87,4	85,6	86,8	88,7
Utilització	% de residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP fora de la regió sanitària	7,6%	7,4%	7,5%	7,2%	7,0%	7,0%
	% d'altres als hospitals de la XHUP de BCN que son de no residents a la ciutat	33,6%	35,5%	32,7%	34,3%	33,3%	33,1%
<b>Atenció a les urgències</b>							
Utilització	<b>Urgències hospitalàries</b>						
	Nombre d'urgències ateses			579375	572922	585941	652233
	<b>Activitat SCUB-061</b>						
	Nombre de trucades			557581	505904	558211	633136
	Nombre d'urgències a domicili			81865	78124	71317	62841
	Nombre d'emergències			67941	71286	73715	72344
	<b>Activitat als centres d'atenció continuada/ dispensaris parahospitalaris</b>						
	Nombre de visites de metge				183636	158957	170699
	<b>Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut</b>						
	Nombre de domicilis d'aguts						160873
<b>Atenció socio-sanitària</b>							
Recursos	<b>Internament</b>						
	Llits de llarga estada (n)	991	947	947	947	969	980
	Convalescència (n)	265	288	288	321	333	351
	Cures pal·liatives (n)	83	93	93	95	95	95
	Sida (n)	37	49	49	49	49	45
	Places hospitals de dia	85	130	130	155	155	155
	Nombre equips PADES	12	12	12	12	13	13
	Nombre equips UFISS hospitalària	4	5	5	7	7	7
Utilització (nombre pacients atesos en:)	<b>Internament</b>						
	Llits llarga estada	Nd	2180	2395	2381	3042	3086
	Convalescència	Nd	1786	1948	1993	2472	2522
	Cures pal·liatives	Nd	1022	1092	1140	1305	1108
	Sida	Nd	292	291	210	258	206
	<b>Hospital de dia</b>						
	PADES (inclou ETODA)	3280	3589	3813	3599	???	3683
	UFISS	1080	642	1311	3107	4323	2712
<b>Atenció a la salut mental</b>							
Recursos	<b>Ambulatori</b>						
	Nombre centres d'adults (CSMA)*	15	15	15	15	15	15
	Nombre centres infantils i juvenils (CSMIJ)		10	10	10	10	10
	Nombre llits d'hospitalització psiquiàtrica	308	327	339	345	367	384
	<b>Recursos de rehabilitació</b>						
	Nombre places en centres de dia	382	407	407	407	407	499
	Nombre places hospitals de dia	74	90	90	90	90	109
Utilització	<b>Nombre persones ateses a:</b>						
	CSMA		18016	22750	25157	22878	26828
	CSMIJ		5499	5215	6562	4299	5222
	Hospitals	3110	3191	3191	3454	4286	4428
	Centres de dia	509	Nd	625	Nd	760	779

tingut estable, al voltant de 3,5 per 1.000 habitants. La utilització dels serveis hospitalaris públics s'ha incrementat: la taxa d'hospitalització ha estat de 79,7 per 1.000 habitants l'any 1994 i de 88,7 l'any 1999. Als hospitals de Barcelona s'atenen els residents de fora de Barcelona ciutat, els quals representen al voltant d'un 33%, proporció que s'ha mantingut estable en els darrers anys. Contràriament, els residents de Barcelona que han estat atesos en hospitals públics de fora de la ciutat són molts menys: al voltant del 7% de la població que ha estat hospitalitzada.

#### Atenció a les urgències

A Barcelona, l'atenció a les urgències inclou tots els diferents nivells assistencials: a) l'hospitalari, tant els hospitals de la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP) com els privats; b) l'atenció primària, que inclou les urgències ateses als centres d'atenció primària (CAP) tant de la xarxa reformada (XR) com de la no reformada (XNR); les urgències ateses als 11 centres d'atenció continuada (CAC) que donen atenció fora de l'horari normal de funcionament de l'atenció primària; i les urgències ateses als dispensaris del carrer de València i el centre Peracamps; i c) els dispositius específics creats per a l'atenció a les urgències.

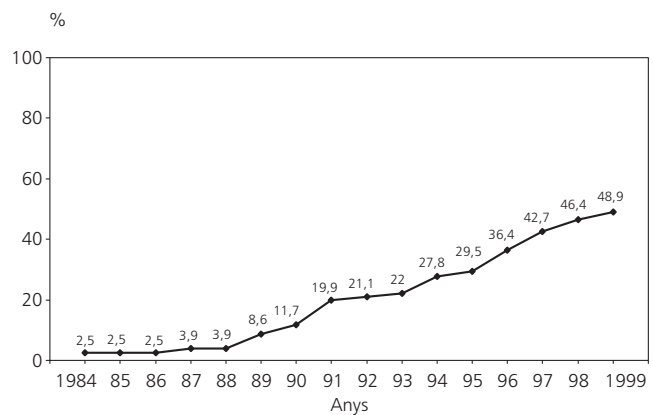
Es va crear el Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUB-061), al qual es pot accedir mitjançant trucada telefònica. La demanda, segons les seves característiques, pot ser resolta ja sigui telefònicament o bé mitjançant la mobilització de recursos, que tant poden ser d'urgències a domicili com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

La informació de què es disposa sobre l'activitat dels serveis d'urgències parteix de l'any 1996, i des de llavors s'observa un increment del nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris (des de 579.375 urgències ateses l'any 1996, fins a 652.233 l'any 1999). En l'activitat del servei SCUB'061 s'ha anat produint un increment important pel que fa al nombre de trucades ateses, junt amb una disminució del nombre d'urgències ateses al domicili.

Les dades sobre l'activitat d'urgències desenvolupades a l'atenció primària no permeten analitzar-ne les tendències.

A l'apartat 2.1 del capítol 2 es presenten els resultats d'un estudi exhaustiu realitzat a Barcelona els anys 1999 i 2000 sobre les urgències.

**Figura 1.18. Evolució de la cobertura poblacional de la reforma de l'atenció primària. Barcelona 1984-1999.**



#### Atenció sociosanitària

En els recursos d'internament disponibles s'ha produït una lleugera disminució pel que fa al nombre de llits de llarga estada i un increment de la resta de recursos d'internament (convalescència, cures pal·liatives i sida). També s'ha incrementat el nombre de places d'hospital de dia en aquest període (1994-1999).

La utilització dels recursos d'internament ha augmentat en tots els supòsits excepte en el dels llits destinats a malalts de sida.

#### Atenció a la salut mental

En general hi ha hagut un increment global dels recursos destinats a la salut mental. Actualment es disposa de 15 centres d'atenció a la salut mental d'adults i 10 d'infants. El nombre de llits també s'ha incrementat: de 227 l'any 1994 a 384 l'any 1999. Els recursos de rehabilitació han augmentat de forma important, tant pel que fa al nombre de places de centres de dia (de 382 l'any 1994 a 499 l'any 1999) com al de places d'hospitals de dia (de 74 l'any 1994 a 109 l'any 1999). El nombre de persones ateses en tots els recursos d'atenció a la salut mental també ha experimentat un augment en els anys dels quals es disposa informació, exceptuant-ne el nombre de nens i joves atesos, que s'ha mantingut estable.

#### Atenció a les drogodependències

Oferta i utilització dels serveis d'atenció a les drogodependències El desplegament de l'activitat dels centres de tractament a les drogues (CAS) de titularitat municipal s'ha dut a terme des de l'any 1989. En un principi aquests centres tenien una relació contractual amb el Pla d'acció de drogues de Barcelona lligada amb un contracte programa que es renovava cada tres anys coincidint amb l'aprovació dels diferents plans. En aquests contracte programa sols es realitzava un control d'estructura de personal i dels programes que calia oferir. Aquests programes eren: Programa \$ lliura de drogues per a heroïnòmans orientat a l'abstinència, programa lliura \$ d'alcohol i un programa de manteniment amb



substàncies substitutives (metadona) per a heroïnòmans (PMM).

L'any 1996 i coincidint amb el Pla 1996-99 es va implementar un nou sistema de contractació de serveis i el nou contracte programa contenia un control de procés i resultats. Les bases d'aquest nou contracte programa van ser els indicadors recollits en el Sistema d'informació de drogues de Barcelona (SIDB) i es van fonamentar amb les necessitats de serveis i la demanda existent dels usuaris. Mentre aquests programes es constituïen es van definir una sèrie de prestacions que són ara: a) diagnòstic i seguiment medicosanitari, que té com a finalitat el seguiment de patologies orgàniques, la prevenció, detecció, diagnòstic i tractament de les principals patologies infeccioses; b) la prevenció, detecció, diagnòstic i tractament de les patologies psiquiàtriques relacionades amb el consum de drogues psicoactives; c) es va començar a desenvolupar el diagnòstic, tractament i seguiment social dels usuaris amb l'objectiu de planificar un procés de reinserció en la comunitat de l'usuari.

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

A la taula 19 es pot veure l'evolució del nombre de places i UAD segons programa i el percentatge de cobertura (compliment dels mínims demanats). Així, veiem que la cobertura de les places dels PMM s'ha mantingut al llarg de tot el període entre un 10 i un 50% més alt del demanat pel PADB. Les UAD demanades pel PADB no han tingut la mateixa cobertura. En el cas dels PMM sempre s'han generat més UAD que en el cas dels altres programes. En relació amb el programa d'alcohol la cobertura s'ha mantingut molt desigual al llarg del període, tant pel que fa al nombre de places com a UAD. En el programa lliure de drogues s'observa el mateix patró que el programa d'alcohol.

**Atenció a la salut pública**

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

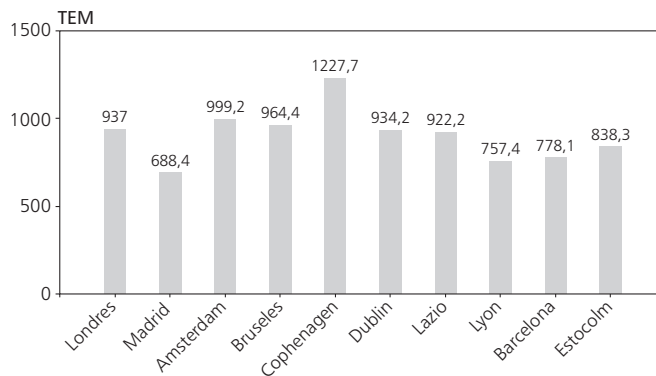
1. Anàlisi de la situació de salut de la població, amb detecció i seguiment de problemes relacionats amb la salut així com les desigualtats en salut (socials, territorials, de gènere, etc.).
2. Vigilància epidemiològica i intervenció sobre certs problemes de salut amb implicacions sobre la comunitat, com són ara les malalties de declaració obligatòria (sida, tuberculosi, hepatitis i altres), els brots epidèmics i la salut ocupacional.
3. Prevenció de malalties i promoció de la salut, amb actuacions que van des del Pla de vacunació continuada, educació sanitària a l'escola, salut maternoinfantil en zones desafavorides i educació sanitària a l'empresa.
4. Atenció a les drogo-dependències a través del Pla d'acció sobre drogues de Barcelona.
5. Seguretat i higiene dels aliments: tant des d'actuacions de control sanitari de la cadena alimentària com intervencions d'educació sanitària a manipuladors d'aliments.
6. Control de zoonosi i vectors: amb el control dels animals de la ciutat i la higienització d'espais públics.
7. Al Laboratori Municipal de Salut Pública es dona suport a la vigilància ambiental, d'aliments i d'aigües, així com l'elaboració de fàrmacs i controls de qualitat.

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

**1.6. La salut de la població de Barcelona en relació amb la d'altres ciutats europees**

Barcelona presenta característiques de salut pròpies d'una ciutat d'un país desenvolupat. Ho demostra el fet que les primeres causes de mort siguin les malalties cardiovasculars i el càncer, i

**Figura 1.19. Taxa de mortalitat global estandarditzada per edats, a diferents ciutats i regions d'Europa** (vegeu el període a què fan referència les taxes en el text).



Font: Project Mègapolis Health in Europe's Capitals

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

Places sol·licitades	1996	1997	1998	1999	Total
Alcohol	724	724	808	898	3154
PMM*	915	915	1022	1135	3987
PLD**	817	817	912	1012	3558
<b>Total programes</b>	<b>2456</b>	<b>2456</b>	<b>2742</b>	<b>3045</b>	<b>10699</b>
Percentatge Cobertura de les places	1996	1997	1998	1999	Total
Alcohol	24%	104%	93%	86%	78%
PMM*	114%	153%	119%	117%	125%
PLD**	35%	119%	95%	74%	81%
<b>Total programes</b>	<b>62%</b>	<b>127%</b>	<b>103%</b>	<b>94%</b>	<b>96%</b>
UADS sol·licitades	1996	1997	1998	1999	Total
Alcohol	—	704	704	704	2112
PMM*	—	803	803	803	2409
PLD**	—	880	880	880	2640
<b>Total programes</b>	<b>—</b>	<b>2387</b>	<b>2387</b>	<b>2387</b>	<b>7161</b>
Percentatge Cobertura de les UADS	1996	1997	1998	1999	Total
Alcohol	—	58%	88%	68%	71%
PMM*	—	189%	184%	177%	183%
PLD**	—	92%	83%	69%	81%
<b>Total programes</b>	<b>—</b>	<b>113%</b>	<b>118%</b>	<b>105%</b>	<b>112%</b>

\*PMM = Programa de Manteniment amb Metadona.

\*\* PLD = Programa Lliure de Drogues.

\*una UAD equival a 5865 pts

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

	1997	1998	1999
<b>Programa de prevenció i control de la tuberculosi</b>			
Casos notificats i estudiats	1.039	1.172	974
Contactes cribrats	2.174	2.961	3.530
<b>Vigilància i control de la meningitis i de l'hepatitis</b>			
Declaracions de meningitis i sèpsia meningocòcica	114	71	79
Declaracions d'hepatitis víriques	311	305	295
<b>Vigilància i control de la sida</b>			
Casos confirmats	482	306	206
<b>Pla de vacunació continuada</b>			
Carnet de vacunació tramesos (*)	12.161	11.627	12.234
Centres públics als quals s'han subministrat vacunes	73	73	71
Vacunes administrades en centres propis (*)	71.657	69.088	72.604
<b>Educació sanitària a l'escola</b>			
Escoles participants en el projecte PASE <sup>a</sup>	141	134	141
Escoles participants en el projecte PESA <sup>b</sup>	76	64	86
Escoles participants en el projecte PRESSEC <sup>c</sup>	46	49	40
<b>Suport a organitzacions d'ajuda mútua</b>			
Organitzacions contactades	123	153	160
<b>Programes de tractament (centres de titularitat municipal)</b>			
Pacients en programes lliures de drogues	4.207	5.209	4.489*
Pacients en programes d'alcohol	1.474	1.831	1.402*
Primeres visites programa de drogues il·legals	1.757	1.857	2.414*
Primeres visites programa d'alcohol	810	808	1.146*
Oferta de places en PMM <sup>d</sup>	1.616	1.818	1.971*
<b>Laboratori de Salut Pública</b>			
Mostres analitzades	11.514	13.095	11.580
Paràmetres analitzats	60.419	65.630	65.406
<b>Mostres analitzades segons natura</b>			
Aliments	4.380	6.123	4.773
Ambientals	5.549	5.106	4.518
Epidemiologia	835	908	1.314
Altres	796	790	975

(\*) Estimació provisional

<sup>a</sup> PASE: Prevenció de l'Abús de Substàncies Addictives a l'Escola<sup>b</sup> PESA: Programa d'Educació sobre Substàncies Addictives (escola secundària)<sup>c</sup> PRESSEC: Prevenció de la sida a l'escola de secundària<sup>d</sup> PMM: programa de manteniment amb metadona

altres de pròpies d'una ciutat mediterrània, com ara que la incidència de malalties cardiovasculars sigui més baixa que les de ciutats del nord d'Europa. També hi ha altres aspectes que la diferencien de la majoria de ciutats europees, com per exemple les relacionades amb el diferent impacte que ha tingut l'ús de drogues intravenoses en tot el continent europeu.

En aquest apartat s'han triat alguns indicadors disponibles sobre problemes de salut en diferents ciutats/regions europees, per tal de mostrar les similituds i diferències en relació amb Barcelona. Els indicadors són l'índex de mortalitat, la incidència acumulada de sida i la prevalença de tabaquisme en adults.

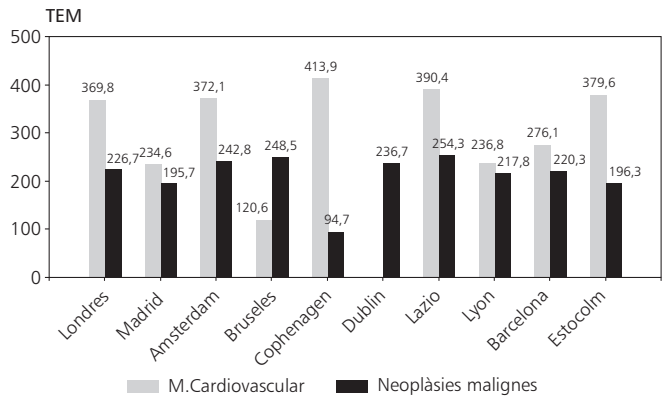
L'elaboració d'aquest apartat s'ha fet a partir de les dades publicades al *Project Mégapoles Health in Europe's Capitals*, a partir de les quals s'han calculat les taxes de mortalitat brutes, les taxes de mortalitat estandarditzades per edat i l'índex de mortalitat estàndard (RME, o SMR *Standardized Mortality Ratio*) amb dades disponibles tant de Barcelona com de les ciutats que formen part del projecte (taula 21).

Per al càlcul de l'RME, que estandarditza per edats segons el mètode indirecte, s'han utilitzat com a referència les taxes de mortalitat de Londres de l'any 1996. Per al càlcul de la taxa estandarditzada de mortalitat (TEM) s'ha utilitzat el mètode directe i la població de referència de Londres de 1996. Per a totes les ciutats o regions les dades són referents a 1996 excepte: Brussel·les el 1993, Estocolm el 1995, Laci el 1995, Viena el 1997 i Oslo el 1994.

Quant a la mortalitat total, Barcelona, junt amb Madrid i Lió, són les ciutats que presenten menor mortalitat després que s'hagi tingut en compte l'efecte de l'edat (comparacions de taxes estandarditzades per edats, TEM) (figura 1.19).

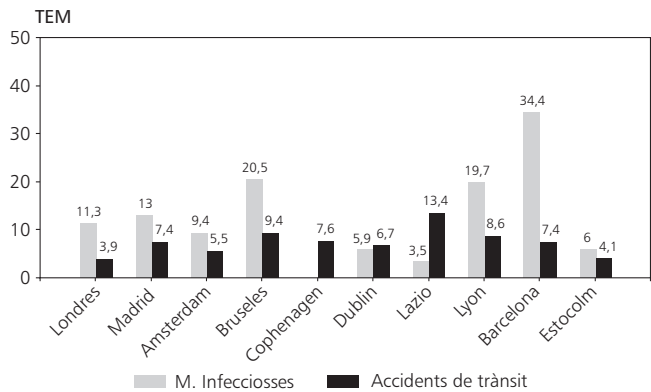
Barcelona té una taxa de mortalitat per malalties cardiovasculars que és de les més baixes d'Europa. Així, comparant la situació de Barcelona i la de Londres, Londres té un 34% més de mortalitat per causa cardiovascular, un 134% més de mortalitat per malaltia isquèmica del cor i un 15% més de mortalitat per malaltia cerebrovascular. Pel que fa a la mortalitat per neoplàsies malignes, Barcelona presenta una taxa elevada (TEM = 220 per 100.000 h.), com en altres ciutats (figura 1.20). La mortalitat per malalties infeccioses a Barcelona (figura 1.21) és la més alta de les ciutats i regions analitzades, sent un 188% més alta que la de Londres. La mortalitat per malalties infeccioses en aquest àmbit es reflecteix bàsicament en

**Figura 1.20. Mortalitat cardiovascular i per neoplàsies malignes a diferents ciutats i regions d'Europa** (vegeu el període a què fan referència les taxes en el text).



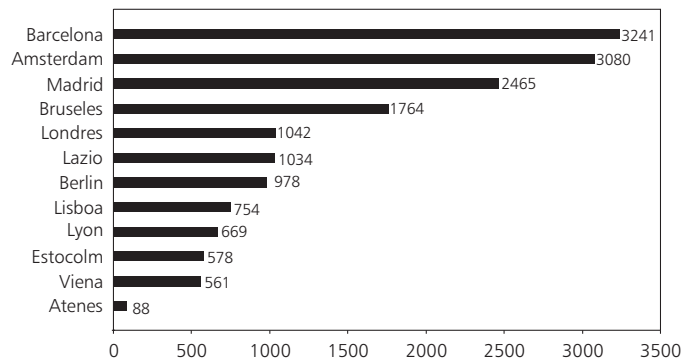
Font: Project Mégapoles Health in Europe's Capitals

**Figura 1.21. Mortalitat per malalties infeccioses i per accidents de trànsit a diferents ciutats i regions d'Europa** (vegeu el període a què fan referència les taxes en el text).



Font: Project Mégapoles Health in Europe's Capitals

**Figura 1.22. Incidència acumulada de casos de sida en diferents ciutats i regions d'Europa. Incidència per 1.000.000 habitants** (vegeu el període a què fan referència les taxes en el text).



Font: Project Mégapoles Health in Europe's Capitals

**Taula 21. Mortalitat a ciutats / regions europees. Es presenta la Raó de mortalitat estàndard (RME) amb l'interval de confiança del 95 %, la taxa bruta de mortalitat i la taxa estandarditzada per edat.**

	RME	IC 95 %		TAXA BRUTA	TEM
<b>MORTALITAT TOTAL</b>					
Londres	1,00			937,05	937,05
Madrid	0,74	0,73	0,74	702,92	688,45
Amsterdam	1,07	1,04	1,09	997,09	999,24
Bruseles	1,02	1,00	1,04	1167,09	964,40
Copenhaguen	1,30	1,27	1,33	1524,08	1227,66
Dublín	0,99	0,97	1,01	735,13	934,21
Lazio	0,99	0,98	0,99	938,26	922,20
Lyon	0,81	0,79	0,82	758,36	757,45
<b>Barcelona</b>	<b>0,81</b>	<b>0,80</b>	<b>0,82</b>	<b>1081,92</b>	<b>778,12</b>
Oslo	1,02	1,02	1,02	1110,57	ND
Viena	1,03	1,02	1,05	1158,24	ND
Estocolm	0,89	0,88	0,91	921,81	838,29
<b>M. CARDIOVASCULAR</b>					
Londres	1,00	ND	ND	369,77	369,77
Madrid	0,63	0,62	0,65	239,29	234,64
Amsterdam	1,00	0,97	1,04	370,43	372,06
Brussel·les	0,32	0,31	0,34	148,49	120,63
Copenhaguen	1,12	1,08	1,17	529,39	413,94
Dublín	ND	ND	ND	414,21	ND
Lazio	1,05	1,04	1,07	396,18	390,36
Lyon	0,64	0,62	0,66	237,58	236,84
<b>Barcelona</b>	<b>0,75</b>	<b>0,73</b>	<b>0,76</b>	<b>403,83</b>	<b>276,13</b>
Oslo	ND	ND	ND	ND	ND
Viena	1,73	1,70	1,76	778,36	ND
Estocolm	1,03	1,01	1,05	422,57	379,61
<b>M. ISQUÉMICA DEL COR</b>					
Londres	1,00	ND	ND	200,37	200,37
Madrid	0,34	0,33	0,35	69,07	67,59
Amsterdam	0,72	0,68	0,77	144,27	144,71
Brussel·les	0,53	0,50	0,56	131,57	106,99
Copenhaguen	0,92	0,87	0,98	235,09	184,11
Dublín	1,09	1,04	1,14	168,98	ND
Lazio	0,64	0,62	0,65	129,83	127,61
Lyon	0,32	0,30	0,34	64,22	64,11
<b>Barcelona</b>	<b>0,42</b>	<b>0,40</b>	<b>0,44</b>	<b>123,28</b>	<b>85,78</b>
Oslo	0,92	0,86	0,97	217,26	ND
Viena	1,12	1,09	1,15	272,68	ND
Estocolm	0,92	0,89	0,95	204,61	184,36
<b>M. CEREBROVASCULAR</b>					
Londres	1,00	ND	ND	86,73	86,57
Madrid	0,71	0,68	0,73	62,52	61,42
Amsterdam	1,04	0,96	1,12	89,54	90,03
Brussel·les	0,15	0,12	0,17	15,97	14,71
Copenhaguen	1,13	1,04	1,22	125,40	98,38
Dublín	1,02	0,94	1,09	67,21	ND
Lazio	1,24	1,21	1,28	109,16	107,71
Lyon	0,70	0,66	0,75	61,04	60,82
<b>Barcelona</b>	<b>0,86</b>	<b>0,82</b>	<b>0,90</b>	<b>110,95</b>	<b>75,13</b>
Oslo	1,26	1,16	1,35	129,55	ND
Viena	1,03	0,98	1,08	109,28	ND
Estocolm	0,95	0,90	0,99	91,42	81,86
<b>NEOPLASIES MALIGNES</b>					
Londres	1,00	ND	ND	226,70	226,70
Madrid	0,87	0,85	0,88	200,98	195,74
Amsterdam	1,07	1,02	1,12	243,98	242,76
Brussel·les	1,08	1,04	1,12	295,19	248,48
Copenhaguen	0,42	0,38	0,45	116,91	94,70

□

(cont. taula 21)

	RME	IC 95 %		TAXA BRUTA	TEM
Dublín	1,04	1,00	1,09	191,38	236,70
Lazio	1,12	1,10	1,14	260,07	254,32
Lyon	0,96	0,93	0,99	217,58	217,81
<b>Barcelona</b>	<b>0,94</b>	<b>0,91</b>	<b>0,97</b>	<b>297,59</b>	<b>220,35</b>
Oslo	1,04	1,04	1,04	271,43	ND
Viena	1,01	0,98	1,04	272,24	ND
Estocolm	0,86	0,84	0,89	213,68	196,32
<b>M. INFECCIOSSES</b>					
Londres	1,00	ND	ND	11,27	11,27
Madrid	1,15	1,06	1,23	13,24	12,98
Amsterdam	0,81	0,62	1,01	9,33	9,42
Brussel-les	1,92	1,67	2,18	23,33	20,48
Copenhaguen	ND	ND	ND	ND	ND
Dublín	0,46	0,33	0,59	4,80	5,88
Lazio	0,31	0,26	0,35	3,53	3,47
Lyon	1,75	1,55	1,94	19,62	19,68
<b>Barcelona</b>	<b>2,88</b>	<b>2,64</b>	<b>3,11</b>	<b>37,71</b>	<b>34,39</b>
Oslo	0,88	0,88	0,88	0,00	0,00
Viena	0,30	0,23	0,38	3,70	0,00
Estocolm	0,56	0,46	0,67	6,56	5,99
<b>AP. RESPIRATORI</b>					
Londres	1,00	ND	ND	170,56	170,56
Madrid	0,43	0,42	0,44	74,53	73,23
Amsterdam	0,53	0,49	0,57	89,40	90,31
Brussel-les	0,45	0,42	0,48	97,52	78,08
Copenhaguen	0,62	0,57	0,67	135,79	106,53
Dublín	0,79	0,74	0,83	102,14	134,99
Lazio	0,29	0,28	0,30	49,57	48,95
Lyon	0,34	0,32	0,37	59,06	58,83
<b>Barcelona</b>	<b>0,38</b>	<b>0,36</b>	<b>0,40</b>	<b>97,03</b>	<b>66,16</b>
Oslo	ND	ND	ND	ND	ND
Viena	0,21	0,19	0,22	43,50	ND
Estocolm	0,38	0,36	0,41	73,10	65,45
<b>ACCIDENTS VEHICLES</b>					
Londres	1,00	ND	ND	3,90	3,90
Madrid	1,91	1,72	2,11	7,67	7,39
Amsterdam	1,40	0,97	1,83	5,57	5,52
Brussel-les	1,09	0,76	1,41	4,52	9,44
Copenhaguen	1,97	1,36	2,58	8,49	7,57
Dublín	1,79	1,37	2,21	6,50	6,73
Lazio	3,49	3,23	3,75	13,99	13,44
Lyon	2,19	1,82	2,56	8,47	8,57
<b>Barcelona</b>	<b>1,83</b>	<b>1,51</b>	<b>2,15</b>	<b>8,22</b>	<b>7,39</b>
Oslo	13,23	13,23	13,23	54,57	ND
Viena	1,05	0,80	1,29	4,39	ND
Estocolm	1,05	0,81	1,29	4,21	4,14
<b>SUICIDIS I AUTOLESSIONS</b>					
Londres	1,00	ND	ND	5,19	5,19
Madrid	0,57	0,48	0,66	3,11	2,99
Amsterdam	3,17	2,62	3,73	17,27	16,47
Brussel-les	4,60	4,01	5,19	24,38	23,69
Copenhaguen	3,62	2,89	4,34	20,37	18,61
Dublín	1,38	1,07	1,70	6,97	6,97
Lazio	1,17	1,04	1,30	6,39	6,12
Lyon	2,33	1,99	2,66	11,91	12,08
<b>Barcelona</b>	<b>1,36</b>	<b>1,11</b>	<b>1,61</b>	<b>7,69</b>	<b>6,79</b>
Oslo	2,49	2,49	2,49	13,34	0,00
Viena	3,35	2,96	3,73	18,33	0,00
Estocolm	2,86	2,51	3,21	14,98	14,75

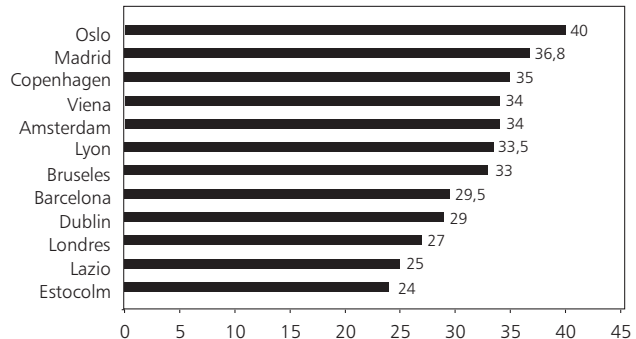
la mortalitat per sida i, tal com es veu en la figura 1.22, Barcelona ocupa les primeres posicions pel que fa a la incidència de la malaltia.

Quant a la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell respiratori, que és molt elevada a Londres, Barcelona té una taxa estandarditzada de les més baixes de les ciutats analitzades. Per la seva relació amb la patologia respiratòria val la pena comentar que pel que fa a la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població adulta, Barcelona està en el rang inferior de les prevalences observades en les ciutats i regions analitzades (figura 1.23). No disposem d'aquestes dades per sexes, però altres estudis que han analitzat el tabaquisme en països europeus han mostrat diferències importants en el sentit que Espanya presenta prevalences altes de tabaquisme en homes i baixes en les dones.

La taxa de mortalitat per accidents de trànsit és més del doble a Barcelona que a Londres. Les dades de mortalitat per aquesta causa de mort s'han de valorar des del punt de vista que estan força influïdes pel fet que es comparen ciutats i regions de forma conjunta, cosa que és poc fiable ja que les vies interurbanes són les que tenen major mortalitat.

La mortalitat per suïcidis i autolesions és més elevada a Brussel·les (23,7 per 100.000 h.), Copenhaguen (18,6) i Amsterdam (16,5). Barcelona se situa en un nivell mitjà-baix (6,8).

**Figura 1.23. Prevalença de l'hàbit tabàquic en la població adulta en diferents ciutats i regions europees** (vegeu el període a què fan referència les taxes en el text).



Font: Project Mègapoles Health in Europe's Capitals

## **CAPÍTOL 2**

---

### ALGUNS TEMES D'INTERÈS





## 2.1. L'atenció a les urgències a la ciutat de Barcelona

L'atenció a les urgències constitueix un dels àmbits clau del sistema sanitari, tant des de la perspectiva assistencial pròpiament dita com de l'impacte social que representa. No obstant això, el problema de la massificació i la utilització inadequada dels serveis d'urgències dels hospitals és comú a tots els països desenvolupats. Els factors que poden estar relacionats amb aquest increment del nombre d'urgències fan referència a factors relacionats amb la demanda, incloent-hi característiques demogràfiques, culturals i de morbiditat de la població; factors moduladors de la demanda com les expectatives socials sobre la salut i l'atenció hospitalària; factors relacionats amb l'oferta, especialment quant a volum i tipus i factors moduladors de l'oferta, que la fan més o menys accessible a la població. A més, la diversitat de dispositius i la gran capacitat d'atracció dels grans hospitals compliquen l'escenari, especialment en les zones urbanes, on la millora de la infraestructura viària fa molt accessibles els recursos terciaris.

Amb la finalitat de conèixer el perfil de la població que s'adreça als serveis d'urgències de Barcelona es va dissenyar un estudi com a pas previ a la presa de decisions per a la planificació. A més, aquest treball serviria de punt de partida per al Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC). Els objectius de l'estudi van ser els següents:

- Conèixer les característiques demogràfiques i clíniques de la demanda d'atenció urgent i els patrons d'utilització dels diferents recursos.

- Analitzar les variacions estacionals de la demanda d'atenció urgent.
- Descriure els coneixements, motivacions, expectatives i pràctiques de la població demandant d'atenció als serveis d'urgències i els factors relacionats.

Atès que la demanda d'atenció urgent pot variar segons l'època de l'any, tant quantitativament com qualitativament, es van seleccionar tres setmanes diferents d'acord amb les característiques de la demanda i l'estacionalitat. Les setmanes seleccionades van ser la del 15–21 de juny i 19–25 d'octubre de 1999 i la del 18–24 de gener de 2000. La metodologia d'aquest treball es pot consultar en documents no publicats de l'Institut Municipal de Salut Pública (IMSP) i del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB). Sols volem assenyalar que per assolir els dos primers objectius es va fer una recollida activa d'informació de totes les urgències realitzades als hospitals de la XHUP, als CAC i al SCUB061. Per al tercer objectiu es va fer una enquesta a una mostra representativa de la població demandant d'atenció urgent als mateixos recursos (grandària de la mostra: 9.342 persones). Cal tenir en compte que aquest estudi únicament fa referència a les urgències ateses en l'àmbit de l'assistència pública. Això és especialment important pel que fa als hospitals, atenent el gran pes dels hospitals privats a Barcelona. Tot i això, es calcula que els hospitals analitzats poden representar el 57% del total d'urgències hospitalàries ateses en aquesta ciutat.

### Dades generals d'activitat dels diferents recursos

Durant les tres setmanes d'estudi es van registrar 67.791 urgències als diferents recursos analitzats. Això implica una mitjana de 3.228 urgències/dia. A més, hi va haver un total de 37.355 trucades a l'SCUB-061 (1.779 trucades diàries). Un 69% d'aquestes trucades van ser resoltes telefònicament sense necessitat de mobilitzar un servei. La distribució de l'activitat per recurs i dia de la setmana es detalla a la taula 2.1.

**Taula 2.1. Activitat d'urgències als diferents recursos per a cada setmana d'estudi. (juny i octubre de 1999 i gener de 2000)**

Recursos	Set. juny		Set. octubre		Set. gener		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospitals	12.736	60,5	11.919	57,1	11.630	44,9	<b>36.285</b>	<b>53,5</b>
Domicilis d'aguts al CAP	1.870	8,9	2.295	11,0	6.033	23,3	<b>10.198</b>	<b>15,0</b>
Dispensaris*/CAC	3.247	15,4	3.065	14,7	3.429	13,2	<b>9.741</b>	<b>14,4</b>
SCUB-061:								
Urgències a domicili †	924	4,4	1.006	4,8	1.979	7,6	<b>3.909</b>	<b>5,8</b>
Emergències ‡	1.295	6,1	1.426	6,8	1.485	5,7	<b>4.026</b>	<b>5,9</b>
TUNS	970	4,6	1.150	5,5	1.332	5,1	<b>3.452</b>	<b>5,1</b>
Subtotal	3.189	15,1	3.582	17,2	4.796	18,5	<b>11.567</b>	<b>17,1</b>
Trucades	10.673	—	11.698	—	14.984	—	<b>37.355</b>	—
<b>Total (no inclou les trucades)</b>	<b>21.042</b>	<b>100</b>	<b>20.861</b>	<b>100</b>	<b>25.888</b>	<b>100</b>	<b>67.791</b>	<b>100</b>

CAP: centre d'atenció primària (domicilis d'aguts fets als CAP reformats i no reformats) CAC: centres d'atenció continuada TUNS: transport urgent no sanitari  
\* Inclou dispensari del carrer València i Peracamps

† Inclou metge d'urgències a domicili (Charly) i infermera d'urgències a domicili (Índia);

‡ Inclou: metge d'emergències, ha d'arribar al lloc en menys de 30 minuts (Bravo); ambulància amb metge (Mike); ambulància sanitària (Alfa)

L'activitat va ser superior en la setmana del 18-24 de gener que en la resta, a tots els recursos menys als hospitals. La major part de l'activitat d'urgències correspon a les urgències hospitalàries (53,5%) i, el 55,5% d'aquestes són en tres hospitals d'alta tecnologia (Sant Pau, Vall d'Hebron i Clínic).

### Característiques de la població atesa als diferents recursos

El 52,7% de la població atesa ha estat del sexe femení. El predomini de les dones és característic a tots els recursos menys en el cas de les emergències (48,6% de dones).

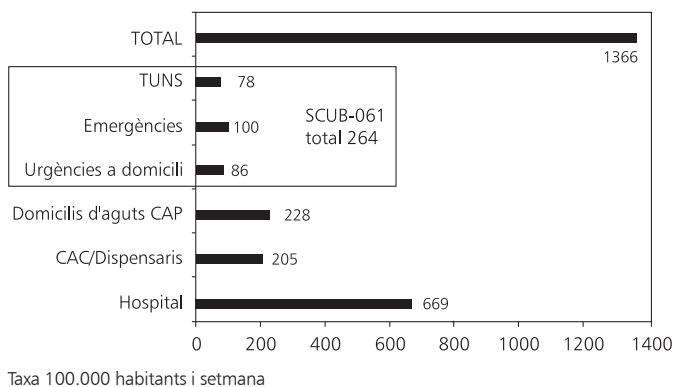
El 57,9% de la població atesa tenia entre 15 i 64 anys. Aquest és el grup predominant tant en la població atesa als hospitals, als CAC i dispensaris, com també en les emergències SCUB-061. Les urgències a domicili, que són ateses per l'SCUB-061 corresponen a pacients de més de 64 anys en el 47% dels casos i, en el cas dels TUNS, aquest grup representa el 60,5% (taula 2.2).

De les persones de més de 64 anys ateses als diferents serveis d'urgències, el 57,1% tenien més de 74 anys. En el cas de les urgències ateses a l'SCUB-061 (urgències, emergències i TUNS), ha estat del 66%. Comparativament, el pes del grup de més de 74 anys s'incrementa la setmana

de gener: juny, 2.705 (56,3%) vs gener, 3.584 (59,3%). El 58,1% d'aquesta població ha estat del sexe femení.

Del total d'urgències ateses, el 85% són residents a la ciutat de Barcelona, la resta són de fora de la ciutat, bàsicament de les regions sanitàries limítrofes (Barcelonès nord i Maresme, Centre i Costa de Ponent). Això suposa que, com a mitjana, 1.366 residents a Barcelona de cada 100.000 utilitzen els serveis d'urgències cada setmana (figura 2.1), sent globalment major la utilització de recursos extrahospitalaris (697 urgències/100.000 habitants i setmana) que la de recursos hospitalaris (669/100.000), si bé aquest recurs és el més utilitzat si s'analitza cada un individualment (figura 2.1). No obstant això, aquestes xifres poden estar sobreestimades ja que

**Figura 2.1. Taxa de demanda d'atenció urgent (x 100.000 habitants i setmana) dels residents a Barcelona segons el recurs on es fa l'atenció.**



**Taula 2.2. Característiques demogràfiques segons el recurs que presta l'atenció, per sexe i grups d'edat**

Recurs	Homes			Total n (%)
	0-14 n (%)	15-64 n (%)	≥65 n (%)	
Hospitals	3.040 (8,39%)	9.989 (27,6%)	4.009 (11,1%)	<b>17.037 (47,0%)</b>
Dispensaris/CAC	952 (9,8%)	3.403 (34,9%)	463 (4,8%)	<b>4.818 (49,5%)</b>
SCUB-061:				
Urgències	251 (6,5%)	658 (16,9%)	687 (41,0%)	<b>1.596 (41,0%)</b>
Emergències	75 (1,9%)	1.211 (31,3%)	698 (18,1%)	<b>1.984 (51,4%)</b>
TUNS	21 (0,6%)	708 (21,2%)	848 (25,4%)	<b>1.577 (47,0%)</b>
Subtotal	347 (3,1%)	2577 (23,2%)	2.233 (20,1%)	<b>5.157 (46,5%)</b>
<b>Total</b>	<b>4.339 (7,6%)</b>	<b>15.969 (28,0%)</b>	<b>6.705 (47,3%)</b>	<b>27.013 (47,3%)</b>

Recurs	Dones			Total n (%)
	0-14 n (%)	15-64 n (%)	≥65 n (%)	
Hospitals	2.556 (7,0%)	11.266 (31,1%)	5.383 (14,9%)	<b>19.205 (53,0%)</b>
Dispensaris/CAC	828 (8,5%)	3.457 (35,5%)	636 (6,5%)	<b>4.921 (50,5%)</b>
SCUB-06:				
Urgències	241 (6,2%)	912 (23,4%)	1.143 (29,4%)	<b>2.296 (59,0%)</b>
Emergències	61 (1,6%)	856 (22,2%)	963 (25,0%)	<b>1.880 (48,7%)</b>
TUNS	12 (0,4%)	582 (17,4%)	1.174 (35,1%)	<b>1.768 (52,9%)</b>
Subtotal	314 (2,8%)	2.350 (21,2%)	3.280 (29,6%)	<b>5.944 (53,5%)</b>
<b>Total</b>	<b>3.698 (6,5%)</b>	<b>17.073 (29,1%)</b>	<b>9.299 (16,3%)</b>	<b>30.070 (52,7%)</b>

CAC: centres d'atenció continuada; EAP: equip d'atenció primària; TUNS: transport urgent no sanitari

no s'hi tenen en compte les persones que han pogut estar visitades més d'un cop durant les setmanes d'estudi als diferents recursos.

Si analitzem la utilització dels recursos als diferents districtes (taula 2.3) s'observa que entre ells hi ha variabilitat, sent el districte de Ciutat Vella el que té la taxa més alta, seguit de Nou Barris i Sant Andreu Sarrià – Sant Gervasi i Gràcia són els districtes amb taxes més baixes.

Part d'aquesta variabilitat es pot explicar pel fet que únicament analitzem els recursos públics. Així, s'observa una correlació negativa estadísticament significativa entre la utilització dels recursos analitzats i el percentatge de persones amb doble cobertura sanitària ( $r = -0,673$ ;  $p = 0,033$ ), i amb l'índex de capacitat econòmica familiar (ICEF) ( $r = -0,879$ ;  $p = 0,001$ ) que mesura la capacitat econòmica dels habitants del districte<sup>1</sup>. Així els districtes amb més ICEF i més proporció de gent amb doble cobertura són els que utilitzen menys els recursos públics, fet possiblement relacionat amb la utilització de recursos alternatius privats. Així mateix, la utilització dels diferents recursos pot estar relacionada amb la facilitat d'accés en relació amb la població i segueix en general, criteris de proximitat geogràfica. S'observa una major utilització dels CAC en els residents dels districtes Sant Andreu i Nou Barris (2,9 i 2,7 x 1.000 h. i setmana, respectivament), on hi ha una major oferta d'aquests recursos. A més, en

l'àmbit hospitalari hi ha 2 hospitals, com a màxim, que atenen més del 50% de les urgències generades a cada districte. Aquest patró és més accentuat en l'àmbit de l'atenció continuada, on la major part (més el 90%) dels atesos a cadascun dels CAC són residents del mateix districte on està situat. Pel que fa a l'SCUB-061, l'àmbit d'actuació és tot Barcelona, ja que el contacte es fa inicialment via telefònica a demanda de l'usuari i es mobilitza el recurs més adient allà on sigui necessari.

Pel que fa al càlcul de les taxes de demanda d'atenció urgent dels residents a Barcelona per districtes, en el cas de l'SCUB-061 es recull el lloc on es fa l'atenció i no el lloc de residència. En la imensa majoria dels casos el districte d'atenció coincideix amb el districte de residència; per això s'han considerat com a equivalents. A més, el càlcul d'aquestes taxes pot estar sobreestimat a expenses de les persones que són ateses d'urgències més d'una vegada durant la setmana d'estudi als diferents recursos.

Del total de les urgències ateses durant les tres setmanes d'estudi als hospitals de la XHUP, un 79,8% dels casos hi va anar per pròpia iniciativa, el metge de capçalera o especialista n'hi havia derivat un 5% i l'SCUB-061, el 3,5%. En el cas dels CAC, el 87,5% dels casos hi va anar per iniciativa pròpia, un 2,9% havien estat derivats des de l'SCUB-061 i un 1,7% des de l'hospital. El 84,1% de les urgències ateses als hospitals van ser remeses al domicili, el 10,2% dels casos van requerir un ingrés i el 3,2% es van traslladar a un altre centre. En el cas dels CAC el 93,4% dels casos van ser remesos al domicili i el 5,1% es van traslladar a l'hospital.

<sup>1</sup> Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona. *Índex de capacitat econòmica familiar a la ciutat de Barcelona II*. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1999.

**Taula 2.3. Taxa (x 1000 h. i setmana) de demanda d'atenció urgent dels residents als districtes de Barcelona i lloc d'atenció.**

Districte	Hospitals	CAC/ Dispensaris *	Domicilis d'aguts CAP	SCUB-061*			Total
				Urgències a domicili†	Emergències‡	TUNS	
Ciutat Vella	9,60	5,50	1,9	0,80	1,80	1,50	<b>21,10</b>
Eixample	7,59	1,40	1,2	0,60	1,10	0,80	<b>12,69</b>
Sants-Montjuïc	6,17	3,20	1,5	0,70	0,80	0,70	<b>13,07</b>
Les Corts	5,40	1,10	0,6	0,50	0,80	0,40	<b>8,80</b>
Sarrià-St. Gervasi	3,15	0,30	0,9	0,30	0,80	0,40	<b>5,85</b>
Gràcia	3,23	0,30	1,4	0,50	0,80	0,50	<b>6,73</b>
Horta-Guinardó	6,82	1,10	1,3	0,70	0,60	0,50	<b>11,02</b>
Nou Barris	9,51	3,00	1,5	0,60	0,60	0,50	<b>15,71</b>
Sant Andreu	8,32	3,60	1,2	0,70	0,70	0,60	<b>15,12</b>
Sant Martí	7,34	1,70	1	0,60	0,90	0,7	<b>12,24</b>

Els casos sense informació del districte (9,7% del total) s'han distribuït d'acord amb els percentatges dels casos amb informació per recurs

CAC: centres d'atenció continuada

CAP: centre d'atenció primària

TUNS: transport urgent no sanitari

\* Inclou dispensari del carrer de València i Peracamps

† Inclou metge d'urgències a domicili (Charly) i infermera d'urgències a domicili (Índia);

‡ Inclou: metge d'emergències, ha d'arribar al lloc en menys de 30 minuts (Bravo); ambulància amb metge (Mike); ambulància sanitària (Alfa)

### Característiques clíniques de la població atesa als diferents recursos

Els grans grups diagnòstics més freqüents, que expliquen el 51,1% dels diagnòstics fets pel conjunt de recursos d'atenció urgent, inclouen les lesions i emmetzinaments (24,0%), els símptomes i signes mal definits (13,6%) i les malalties de l'aparell respiratori (13,5%); aquest últim grup a expenses bàsicament de la setmana de gener del 2000. Hi ha una certa variabilitat entre els recursos. Les lesions i emmetzinaments són el grup més freqüent en tots els recursos, exceptuant-ne les urgències a domicili de l'SCUB-061, en què les malalties de l'aparell respiratori ocupen el primer lloc (42,6%).

Dins el grup de lesions i emmetzinaments, els diagnòstics més freqüents són els relacionats amb les lesions (ferides, contusions, esquinços i fractures). Pel que fa als símptomes i signes mal definits, en el cas de les urgències hospitalàries són bàsicament dolor abdominal, dolor toràcic, febre, síncope i còlic renal. Als CAC són dolor abdominal, dolor toràcic i febre. Dins del grup de l'aparell respiratori, els diagnòstics més freqüents són per infecció respiratòria aguda, pneumònia i grip, MPOC i afeccions relacionades.

El nombre d'urgències ingressades durant les 3 setmanes de l'estudi ha estat de 3.488. El 77% dels ingressos són residents a Barcelona. El 51,7% han estat homes. El 50,3% tenia més de 64 anys i, d'aquests, el 60,2% tenia més de 74 anys. El percentatge de persones ingressades augmenta en la temporada d'hivern en un 34%, sent globalment per al conjunt dels hospitals del 13,2% al juny i del 16,5% al gener.

Quant a la taxa d'ingressos per 1.000 habitants, al mes de gener es produeix un increment del 29% respecte del juny (juny: 0,68 ingressos/1.000 h./setmana vs gener: 0,88 ingressos/1.000 h./setmana). Hi ha diferències importants en la taxa d'ingressos entre districtes, sent la més

alta la de Ciutat Vella (1,25 ing./1.000 h./setmana de gener) i la més baixa, la de Les Corts i Sarrià – Sant Gervasi (0,37 ing./1.000 h./setmana de gener).

El grup diagnòstic més freqüent entre les urgències que han requerit ingrés és el relacionat amb la patologia de l'aparell respiratori (18,1%), bàsicament a expenses de la setmana de gener, seguit de l'aparell circulatori (15,6%), les lesions i emmetzinaments (13,9%) i els símptomes i signes mal definits (13,8%).

A la taula 2.4 es mostren els grans grups diagnòstics més freqüents de les setmanes de juny 1999 i gener 2000.

La patologia respiratòria s'incrementa en un 121,3%, com a diagnòstic d'ingrés durant la setmana de gener, respecte de la setmana de juny. El 50% d'aquesta patologia respiratòria és infecciosa: infecció respiratòria aguda, pneumònia i grip.

De les urgències ateses als hospitals de la XHUP durant les 3 setmanes de l'estudi, en el 47,5% dels casos se'ls ha realitzat alguna prova diagnòstica. El 97,5% d'aquestes proves són ECG, radiologia o bé analítica. La setmana de gener s'observa un descens del 24% en el percentatge de proves realitzades respecte de la setmana de juny.

El temps d'assistència mesura el temps transcorregut des que la persona arriba al centre fins que és donada d'alta. Als hospitals, la mitjana del temps d'assistència per al conjunt de les urgències ateses ha estat de 2 hores i 17 minuts. El 25% de les urgències han estat ateses en menys d'1 hora i 13 minuts. El 75% de les urgències han estat ateses en menys de 4 hores i 14 minuts. Hi ha diferències entre les tres setmanes de l'estudi. Així, el temps mitjà de juny va ser de 2 hores i 5 minuts mentre que al gener va ser de 2 hores i 32 minuts. Als 11 CAC, la mitjana del temps d'assistència per al conjunt de les urgències ateses va ser de 15 minuts.

### Anàlisi de les variacions estacionals en les característiques de la demanda (estacionalitat)

Un dels objectius de l'estudi era conèixer les variacions estacionals tant en la intensitat de la demanda d'urgències com en les característiques demogràfiques i clíniques.

L'anàlisi de les dades de les tres setmanes estudiades va reflectir una gran similitud entre la primera setmana (15–21 de juny) i la segona setmana d'estudi (19–25 d'octubre). D'altra banda, les

**Taula 2.4. Distribució de les urgències hospitalàries ingressades segons grans grups de malalties i setmana d'estudi**

Setmana de juny 1999		Setmana de gener 2000	
Lesions i emmetzinaments	183 (16,6%)	Aparell respiratori	312 (24,1%)
Aparell circulatori	173 (15,7%)	Aparell circulatori	206 (15,9%)
Símptomes i signes mal definits	145 (13,2%)	Símptomes i signes mal definits	206 (13,0%)
Aparell respiratori	141 (12,8%)	Lesions i emmetzinaments	156 (12,1%)
Aparell digestiu	141 (12,8%)	Aparell digestiu	131 (10,1%)
<b>Total % acumulat</b>	<b>71,1%</b>	<b>Total % acumulat</b>	<b>75,2%</b>

característiques de la tercera setmana (18–24 de gener), que coincidia amb l'època hivernal, difereïen d'aquestes. Segons això, i per tal de simplificar el missatge i la presentació de resultats, es presenta la comparació entre la primera i la tercera setmana de l'estudi.

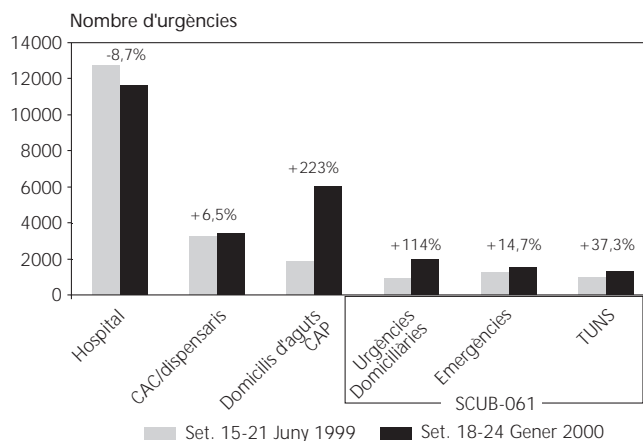
Pel que fa a l'activitat, globalment s'observa un augment del nombre d'urgències del 23% durant la setmana de gener respecte de la setmana de juny (figura 2.2). Per recursos, al gener hi ha un fort increment del nombre de domicilis d'aguts als CAP (+223%) i d'urgències a domicili per l'SCUB-061 (+114%). D'altra banda, als CAC les emergències mèdiques i els transports urgents no sanitaritzats van experimentar increments més lleugers en l'activitat (+5,6%, +14,7%, +37,3% respectivament) i les urgències hospitalàries van disminuir un 8,7%.

Tot i que el nombre d'urgències hospitalàries disminueix en el 3r període, cal ressaltar que el percentatge de pacients que s'ingressen en aquest període és un 34% superior al del primer període, la qual cosa suggereix una major gravetat dels pacients que acudeixen a urgències en aquest període.

Pel que fa a les característiques demogràfiques, l'augment del nombre de casos en l'època hivernal és bàsicament a expenses del grup d'edat de majors de 65 anys. Així, en aquest grup es va passar de 6.118 casos en la setmana de juny a 8.814 en la setmana d'hivern (+44,1% d'increment). En els menors de 15 anys aquestes xifres van ser de 2.721 i 3.563, respectivament (30,9% d'increment). L'increment observat en els grups d'edat és a expenses dels domicilis d'aguts al CAP i les urgències a domicili de l'SCUB-061 (especialment en el grup d'edat de majors de 65 anys).

Pel que fa a les característiques clíniques, en la tercera setmana (gener) s'observa un gran increment en el nombre de malalties respiratòries (+166%) i un lleuger increment de les malalties de l'aparell circulatori, símptomes i signes mal definits i malalties intestinals. En la resta de grups diagnòstics disminueix el nombre de casos.

**Figura 2.2. Comparació de l'activitat dels diferents recursos entre la setmana de juny 1999 i la setmana de gener 2000 (% d'increment)**



En resum, referent a la estacionalitat cal dir que, comparant la setmana de juny amb la setmana d'hivern, es produeix un increment en el nombre total d'urgències a expenses, fonamentalment, de l'increment en el nombre de domicilis d'urgències al CAP o de les urgències domiciliàries de l'SCUB-061. A més, aquest augment del nombre de d'urgències és principalment per malalties de l'aparell respiratori i en el grup d'edat de majors de 65 anys.

**Serveis d'urgència públics que la població coneix**

Les dades d'aquest i els següents apartats provenen de l'enquesta que es va fer a una mostra dels usuaris dels serveis d'urgències en els tres setmanes de l'estudi.

Un 42,3% de les persones enquestades coneixien l'APS com a lloc del sistema sanitari públic on s'atenen urgències durant el dia (de 8 del matí a 8 del vespre) i un 23% coneixien el servei d'urgències de l'APS durant la nit (de 8 del vespre a 8 del matí). El 25% del total de la mostra coneixien el SCUB-061 com a servei d'urgències diürn i un 31,7% com a servei nocturn. Finalment, el servei d'urgències hospitalari diürn el coneixien el 82,3% dels enquestats i el nocturn el 82%. Els usuaris del SCUB-061 són els que menys declaren conèixer els serveis d'urgències hospitalaris (taula 2.5). Els usuaris d'hospitals han estat sempre els que menys declaren conèixer l'APS i el SCUB-061 com a llocs d'atenció urgent.

**Taula 2.5. Coneixement dels serveis d'urgències segons el tipus de proveïdor**

	Hospital	CAC	Scub_061	Peracamps	Total
Coneix APS diürn	36,2		41,4	41,3	42,3
Coneix APS nocturn	18,3		11,3	23,1	23,0
Coneix SCUB-061 diürn	19,2	28,3		23,2	24,9
Coneix SCUB-061 nocturn	24,2	36,2		22,6	31,7
Coneix hospitals diürn		76,3	41,1	86,8	82,3
Coneix hospitals nocturn		79,4	37,7	86,0	81,7

Els factors associats al desconeixement d'aquests serveis van ser:

- L'APS com a servei d'urgències diürn: són les persones entre 15 i 65 anys i les majors de 64 anys, homes, de classes socials desfavorides, que viuen sols, amb cobertura sanitària mixta i privada, amb trastorns crònics, no usuaris d'un CAC i usuaris dels serveis d'urgència hospitalari i de Peracamps, que no han consultat al seu metge durant els últims tres mesos ni han anat a un servei d'urgències durant l'últim any i que viuen en una zona amb APS tradicional, de nivell socioeconòmic mitjà.
- L'APS com a servei d'urgències nocturn: per a les persones que viuen soles, amb cobertura sanitària privada, usuaris del SCUB-061, que viuen en zones d'APS tradicional, de nivell socioeconòmic mitjà, les que desconeixen més l'APS com un servei d'urgències públic nocturn.
- Desconeixement del SCUB-061 com a servei d'urgències diürn: els adults entre 15 i 64 anys, de classes socials mitjanes i desfavorides, usuaris dels CAC, hospitals i Peracamps, que viuen en zones amb APS reformada; són els que més desconeixen aquest servei.
- Desconeixement del SCUB-061 com a servei d'urgències nocturn: pertanyen a les classes socials més desfavorides, tenen cobertura sanitària mixta, no han tingut visites urgents en el darrer any i no han estat atesos pel SCUB-061.
- Desconeixement dels serveis d'urgències hospitalaris com a servei d'urgències diürn: són les persones de més edat, amb cobertura sani-

tària mixta, que no tenen trastorns crònics, usuaris del SCUB-061 i que viuen en zones de baix nivell socioeconòmic.

- Desconeixement dels serveis d'urgències hospitalaris com a servei d'urgències nocturn: com en el cas anterior es tracta de les persones de més edat, amb cobertura sanitària mixta i en aquest cas també privada, que eren usuàries del SCUB-061 i que tenen una ABS no reformada amb nivell socioeconòmic baix.

### Motivacions i/o expectatives per acudir a un servei d'urgències hospitalari

El 82,8% dels enquestats en els serveis d'urgències hospitalaris estava d'acord o molt d'acord en el fet que la gravetat del seu problema de salut feia que fos millor tractar-lo en un hospital. El 83% estava d'acord o molt d'acord que a l'hospital se solucionaria abans el seu problema. El 76,3% estaven d'acord o molt d'acord que a l'hospital estarien millor tractats que en altres llocs. Pel que fa a la frase "en altres serveis d'urgències com ara l'ambulatori o bé trucant al 061 també podrien haver resolt el problema", un 21% dels casos no va contestar, el 25,4% es mostraven d'acord o molt d'acord i el 43,2% es mostraven en desacord o molt en desacord (taula 2.6)

Als menors de 15 anys se'ls preguntava també l'opinió respecte de la frase "a l'ambulatori o al 061 no hi ha pediatres de guàrdia". El 41,2% hi estaven d'acord o molt d'acord i el 30% no va contestar.

Els factors associats al fet d'estar en desacord amb cada una de les frases van ser:

- Amb la frase "la gravetat del problema de salut fa que sigui millor tractar-lo en un servei d'urgències hospitalari" s'hi mostraven més en desacord les persones de classes socials altes i que viuen en zones de nivell socioeconòmic mitjà o alt.

**Taula 2.6. Motivacions i/o expectatives de l'atenció urgent a l'hospital (%)**

	D'acord/ molt d'acord	Indiferent	Desacord/ molt en desacord	NS/NC	Total (100%)
La gravetat del problema de salut fa que sigui millor tractar-lo en un servei d'urgències hospitalari	82,8	6,5	4,5	6,2	6.722
En altres serveis d'urgències com l'ambulatori o bé trucant al 061 també podrien haver resolt el problema	25,4	10,7	43,2	20,7	6.722
A l'hospital se solucionarà abans el seu problema	83,0	5,4	3,6	8,0	6.722
A l'hospital estarà millor tractat que en altres llocs	76,3	9,6	4,0	10,2	6.722
A l'ambulatori o al 061 no hi ha pediatres de guàrdia (*1)	41,2	6,5	22,3	30,0	1.085

(\*1): inclosa en els qüestionaris del menors de 15 anys.

- Amb la frase “en altres serveis d’urgències com l’ambulatori o bé trucant al 061 també podrien haver resolt el problema” es van mostrar més en desacord les persones d’edat entre 15 i 64 anys, de les mostres d’octubre i gener, que no viuen soles, amb cobertura sanitària pública i amb trastorns crònics.
- Amb la frase “a l’hospital se solucionarà abans el seu problema” estan en desacord els que viuen en zones amb APS de model reformat, i en zones amb alt nivell socioeconòmic.
- Amb la frase “a l’hospital estarà millor tractat que en altres llocs” estan més en desacord les persones de menys de 65 anys, de classes socials altes, que han visitat el seu CAP en els darrers tres mesos.
- Amb la frase “a l’ambulatori o al 061 no hi ha pediatres de guàrdia” es van mostrar més en desacord les persones de la mostra de l’octubre. No ha sortit cap més factor associat al desacord.

## Conclusions

Durant les 3 setmanes de l’estudi s’han atès 67.791 urgències, el 53,5% de les quals han estat ateses a l’hospital. El grup d’edat majoritari és el de 15–44 anys exceptuant-ne els domicilis d’aguts al CAP i domicilis d’urgències de l’SCUB-061, en què el grup de més de 64 anys és predominant. La taxa d’urgències ateses és molt variable entre districtes, més alta en les zones sociodemogràficament i sanitàriament més desfavorides. L’increment de les urgències ateses en el període hivernal es relaciona bàsicament amb:

- L’SCUB-061 (domicili d’urgències) i els domicilis d’aguts des del CAP
- Per patologia respiratòria
- En població de més de 64 anys

Als hospitals el volum d’urgències ateses es manté estable sense canvis estacionals, es registren *dies punta* en el període hivernal. No hi ha canvis en el perfil demogràfic. El percentatge d’ingressos s’incrementa en un 34% a l’hivern. La patologia respiratòria n’és la primera causa (24,1%) i incrementa un 121,3% respecte de la setmana de juny.

Els serveis d’urgències públics menys coneguts són els CAC en atenció nocturna i el SCUB-061 en atenció diürna. La majoria de casos que han consultat a un servei d’urgències hospitalari creuen que la gravetat del seu problema fa que si-

gui millor tractar-lo en aquests centres on estaran més ben atesos i de manera més ràpida, tot i que coneixen l’existència d’altres recursos d’atenció urgent.

## Recomanacions

En relació amb la XHUP:

1. Cal adaptar l’àrea d’urgències hospitalària a les característiques de la demanda:
  - Àrea de diagnòstic ràpid
  - Àrea d’observació
  - Incorporar el metge de capçalera a l’escenari assistencial
2. Cal millorar l’adequació organitzativa de l’hospital a l’àrea d’urgències (cadena de processos, disponibilitat de llits, agilitar el drenatge...)
3. Cal revisar l’accessibilitat dels recursos de fora de Barcelona (oftalmologia, ORL...)

Respecte a l’Atenció Primària de la Salut:

1. Cal adequar/redistribuir els recursos humans als períodes d’increment de la demanda, augmentant-ne la capacitat resolutiva:
  - Prioritzar l’horari de tarda – primeres hores de la nit als CAC
  - Desplegar temporalment l’oferta d’AC en els CAP (impliació de l’EAP)
2. Potenciar accions preventives dirigides als grups de la població més vulnerable: la gent gran
  - Programa d’atenció domiciliària
  - Vacunació (grip, pneumococ)
3. Implementar estratègies per tal d’incrementar el coneixement de l’APS com a lloc d’atenció problemes urgents, incidint especialment en:
  - Els grups socioeconòmics més desfavorits
  - La població amb model d’APS tradicional

Respecte de l’SCUB-061:

1. Cal planificar l’augment estacional de recursos especialment festius (pla d’actuació).
2. Reforçar l’oferta horària d’atenció domiciliària d’aguts, des de l’APS (EAP, PADES...)
3. Cal reforçar la funció coordinadora de l’SCUB-061, pel que fa als recursos d’atenció urgent (centre coordinador).
4. Implementar estratègies per tal d’incrementar el coneixement de l’SCUB-061 com a lloc d’atenció a problemes urgents, incidint especialment en els grups socioeconòmics més desfavorits.

## 2.2. Transport i salut

### Accidents de trànsit

Durant l'any 1999, 18.443 lesionats en accident de trànsit van ser atesos als serveis d'urgències dels set hospitals principals de la xarxa pública de Barcelona. Això representa un increment d'un 10,2% si ho comparem amb les dades dels lesionats atesos durant 1997.

Més de la meitat eren homes (62%), el grup d'edat més afectat eren els joves (de 15 a 39 anys: 73,2%). Gairebé la meitat dels lesionats eren usuaris de motocicletes i ciclomotors (44%), seguits dels turismes (30%) i els vianants (24%). Per sexes, els homes eren majoritàriament usuaris de motocicletes/ciclomotors (51%) mentre que les dones es repartien a parts iguals (al voltant del 30%) entre usuàries de motocicletes/ciclomotors i turismes, i vianants.

Els usuaris de turismes lesionats foren majoritàriament joves (20-29 anys un 39%) amb un descens gradual a mesura que augmenta l'edat, amb una distribució lleugerament majoritària d'homes. El coll (45%) va ser la regió anatòmica més afectada seguida del tòrax (12%); els esquinços de coll (38%) seguides per les contusions de tronc i abdomen van ser les lesions més freqüents.

Els lesionats usuaris de motocicletes/ciclomotors eren majoritàriament joves (20-29 anys un 50%) amb un predomini clar dels homes (73%, en el cas de les motocicletes, 65% en els ciclomotors). La principal regió anatòmica afectada van ser les extremitats inferiors (45%) seguides de les superiors (27%). Les contusions múltiples i d'extremitats inferiors (28%) seguides de les fractures d'extremitats inferiors van ser les lesions més freqüents.

El vianants lesionats es distribuïen entre tots els grups d'edat amb una tendència a augmentar amb l'edat. La proporció de vianants lesionats era lleugerament superior en les dones (52,8%). Les extremitats inferiors (43%) seguides del cap van ser les regions anatòmiques més afectades. Les contusions múltiples i d'extremitats inferiors seguides de les lesions intracranials sense fractura de crani foren les lesions més freqüents.

### Conclusions

1a. En resum, el perfil del lesionat en accidents de trànsit atès als serveis d'urgències dels

hospitals va ser el d'un home jove, usuari de motocicleta/ciclomotor.

2a. Hi ha diferències, tant demogràfiques com de patrons de lesió, entre els diversos tipus d'usuari lesionats. Això té implicacions a l'hora de dissenyar estratègies adreçades a prevenir i disminuir les conseqüències dels accidents de trànsit.

### Contaminació atmosfèrica i salut

La contaminació de l'aire és un procés que s'inicia a partir de les emissions de contaminants a l'aire des dels diferents focus emissors. En general, els contaminants són alliberats per una font, procés conegut com a emissió, i en l'atmosfera es desplacen, es transformen, s'acumulen, es degraden... Com a resultat d'aquests processos, en un punt determinat es produeix una determinada concentració de cada contaminant. Aquesta concentració es coneix com a nivell d'immissió. Els contaminants atmosfèrics més importants, segons la seva composició química, són els següents:

- Partícules: segons la mida, són sedimentables ( $> 30 \mu\text{m}$ ), partícules en suspensió ( $< 30 \mu\text{m}$ ), partícules respirables ( $< 10 \mu\text{m}$ ) o fums ( $< 1 \mu\text{m}$ ).
- Compostos de sofre, com el diòxid de sofre ( $\text{SO}_2$ )...
- Compostos de nitrogen, com el monòxid (NO) o el diòxid ( $\text{NO}_2$ ) de nitrogen...
- Compostos de carboni, com el monòxid (CO) o el diòxid de carboni ( $\text{CO}_2$ ) ...
- Halògens i compostos halogenats.
- Oxidants fotoquímics, com l'ozó ( $\text{O}_3$ )

Els contaminants atmosfèrics també es poden classificar segons la seva procedència:

- *Contaminants primaris*: procedents directament de fonts d'emissió fixes o mòbils, que es poden trobar amb la mateixa forma química en els focus emissors (per exemple:  $\text{SO}_2$ , NO, CO,  $\text{CO}_2$  o partícules totals en suspensió...).
- *Contaminants secundaris*: originats a l'atmosfera com a conseqüència de transformacions de contaminants primaris; és a dir, no es poden trobar amb la mateixa forma química en els focus emissors (per exemple:  $\text{O}_3$ ,  $\text{SO}_3$ ,  $\text{H}_2\text{SO}_4$ ,  $\text{NO}_2$ ...).

Les fonts, la naturalesa i la distribució de la contaminació atmosfèrica han canviat substancialment des dels anys 50. S'ha reduït l'emissió de partícules d' $\text{SO}_2$  procedent de la combustió del carbó per a usos domèstics i industrials i ha augmentat la d'òxids de nitrogen i partícules de vehicles amb motor. En els últims anys l'atenció ha girat cap a aquella porció de partícules en suspensió constituïda per partícules que són tan petites que poden penetrar profundament als pulmons. En aquest sentit, s'ha remarcat la necessitat de mesurar de manera rutinària les partícules menors de 10 micres ( $\text{PM}_{10}$ ) o fins i tot menors de 2,5 micres ( $\text{PM}_{2,5}$ ).



**La situació a Barcelona**

A la ciutat de Barcelona hi ha un sistema de vigilància dels contaminants atmosfèrics que consta d'una xarxa manual amb 20 estacions, cinc d'automàtiques fixes i una estació automàtica mòbil. El sistema també consta d'una xarxa d'estacions meteorològiques amb vuit estacions.

Durant els últims 20 anys la qualitat de l'aire a la ciutat ha millorat significativament. Els indicadors tradicionals de contaminació atmosfèrica, SO<sub>2</sub> i fums, han assolit uns nivells força baixos, especialment l'SO<sub>2</sub>, que es pot considerar com un contaminant residual. El plom i el CO es mantenen també per sota dels valors límit\* vigents. Més problemes té la ciutat amb les partícules i l'ozó. Les partícules de gran diàmetre (partícules sedimentables) sovint superen els valors admissibles de referència (300 mg/m<sup>2</sup>, dia). A la figura 2.3 s'observa l'evolució d'alguns contaminants durant el període 1994-1999.

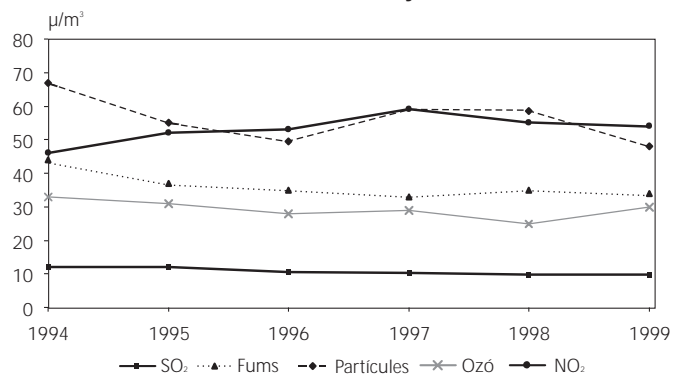
A Barcelona, la principal font de contaminació atmosfèrica són les emissions dels vehicles amb motor. Una anàlisi química sobre la proporció de partícules en suspensió en l'aire a la ciutat, realitzada el 1993<sup>1</sup>, mostrava que els gasos emesos pels vehicles són responsables d'un 35% del total de partícules obtingudes, mentre que l'activitat industrial i altres emissions de calor (calefaccions) contribueixen únicament amb un 1%.

**La relació de la contaminació amb la salut**

Encara que en els anys 70 i els 80 es pensava que amb els nivells de contaminació atmosfèrica existents no hi havia risc per a la salut, durant la segona meitat dels 80 i els 90 comencen a aparèixer estudis, realitzats inicialment als EUA<sup>2,3,4,5</sup>, que indiquen efectes adversos per a la salut a nivells de contaminació que complien estàndards establerts.

L'any 1993 comença el projecte europeu APHEA-I (*short-term effects of air pollution on health: an european approach using epidemiological time series data*), finançat per la Unió Europea (UE), amb l'objectiu d'investigar si amb els nivells de contaminació existents a les ciutats europees existeixen efectes adversos sobre la salut. En el projecte hi van participar 15 ciutats (entre les quals hi havia Barcelona) de 10 països diferents. Tots els contaminants estudiats (partícules, SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub> i ozó) es van associar a efectes a curt termini en la mortalitat total, de causa respiratòria i

**Figura 2.3. Evolució dels nivells de la contaminació atmosfèrica a Barcelona (1994-1999). Mitjanes anuals.**



\* Valor límit: concentracions que, amb el fi de protegir la salut humana, no han de ser superades.

cardiovascular<sup>6</sup>. Les partícules i l'ozó es van associar amb admissió hospitalària per causes respiratòries. Els increments en els nivells d'NO<sub>2</sub> es van mostrar relacionats amb admissió hospitalària per asma. Encara que els riscos relatius associats a la contaminació atmosfèrica són baixos, el fet que tots els ciutadans hi estiguin exposats fa que la contaminació atmosfèrica pugui representar un important problema de salut pública amb una magnitud que depèn de la grandària de la ciutat.

En bona part dels estudis s'observa associació entre la contaminació atmosfèrica i la salut, fins i tot, a nivells que estan per sota dels estàndards considerats com a segurs per les agències internacionals. A més a més, especialment en el cas de les partícules, quan s'examina la relació dosi-resposta entre els nivells de contaminació i els indicadors de salut, no es troba evidència d'un llindar per sota del qual no s'esperen efectes adversos.

Els principals efectes a curt termini de la contaminació atmosfèrica sobre la salut van des d'un augment de la mortalitat total per causes respiratòries i cardiovasculars, fins a les alteracions de la funció pulmonar i altres símptomes, passant per un increment en el nombre de visites mèdiques i ingressos hospitalaris.

En parlar dels efectes de la contaminació atmosfèrica sobre la salut convé diferenciar entre la contaminació pròpia de l'hivern i

<sup>1</sup> Aceves M, Grimalt J. Large and small particle size screening of organic compounds in urban air. Atmosphere Environment 1993 27:251-253.

<sup>2</sup> Schwartz J. Particulate air pollution and daily mortality in Detroit. Environ Res 1991;56:204-13.

<sup>3</sup> Schwartz J. Particulate air pollution and daily mortality: a synthesis. Public Health Rev 1991;19(1-4):39-60.

<sup>4</sup> Pope CA, 3d, Dockery DW. Acute health effects of PM10 pollution on symptomatic and asymptomatic children. Am Rev Respir Dis 1992;145:1123-8.

<sup>5</sup> Schwartz J, Dockery DW. Increased mortality in Philadelphia associated with daily air pollution concentrations. Am Rev Respir Dis 1992;145:600-4.

<sup>6</sup> Sunyer J, Castellsague J, Saez M, Tobias A, Anto JM. Air pollution and mortality in Barcelona. J Epidemiol Communit Health 1996;50:S76-S80.

la de l'estiu<sup>7</sup>. A l'hivern els episodis més típics poden ocórrer per condicions d'estancament d'aire, quan els contaminants procedents de la combustió s'acumulen a l'atmosfera. Els contaminants principals són l'SO<sub>2</sub> i les partícules en suspensió. L'SO<sub>2</sub> és un gas irritant que a altes concentracions en persones normals, i més baixes en asmàtiques, pot produir broncoconstricció.

A l'estiu els episodis de contaminació poden succeir en els dies calorosos i assolellats, en els quals les reaccions fotoquímiques dels òxids de nitrogen i els hidrocarburs, estimulats per la llum solar intensa, porten a la formació d'ozó i altres substàncies amb capacitat tòxica. Incrementos en les concentracions d'ozó s'han associat amb augmentos en el nombre d'ingressos hospitalaris per malaltia pulmonar obstructiva crònica, per asma en majors de 15 anys i en el nombre de defuncions per totes les causes.

#### La situació a Barcelona

Alguns estudis realitzats a Barcelona han mostrat una estreta relació entre els nivells de contaminació atmosfèrica i les urgències hospitalàries com a conseqüència de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)<sup>8</sup> i d'asma<sup>9</sup>. S'ha observat que increments de 25 mg/m<sup>3</sup> en el nivell d'SO<sub>2</sub> s'associen a augmentos del 6% i del 9% en el nombre d'urgències hospitalàries per MPOC durant els mesos d'hivern i d'estiu, respectivament. El mateix s'ha documentat per als fums negres, si bé l'efecte sembla més petit que a l'estiu. Pel que fa a l'asma, durant el període 1985-89 els increments en el nivell de fums negres es van associar amb un augment d'ingressos hospitalaris o visites urgents per asma durant l'estiu. Els augmentos en els nivells d'NO<sub>2</sub> es van associar a augmentos en els ingressos o visites per asma tant a l'estiu com a l'hivern.

També s'ha documentat l'associació entre la contaminació atmosfèrica i la mortalitat. Incrementos en els nivells de fums negres i d'SO<sub>2</sub> s'han associat amb augmentos en la taxa de mortalitat total, en gent gran, de causa cardiovascular i respiratòria<sup>10</sup>. Els contaminants fotoquímics s'han associat a mortalitat total en gent gran i de naturalesa cardiovascular durant l'estiu però no durant l'hivern<sup>10 11</sup>. Tanmateix, s'ha observat que els riscos relatius de morir són més alts per als increments d'ozó que per als de diòxid de nitrogen. El fet rellevant d'aquests resultats és que les associacions es duen a terme, malgrat que l'aire a la ciutat compleix els estàndards de qualitat establerts per la normativa actual.

#### El projecte APHEIS

Hi ha diverses raons per millorar els sistemes de monitoratge dels efectes de la contaminació sobre la salut. A continuació se n'enumeren algunes:

- La confirmació dels projectes APHEA i altres estudis que els nivells actuals de contaminació, tot i que acompleixen la normativa, poden afectar la salut pública.
- La preocupació creixent de la població pels efectes de la contaminació atmosfèrica sobre la salut i la consegüent exigència que millorin les polítiques de prevenció de la salut en aquest àmbit.
- La necessitat d'informació addicional, en l'àmbit local, en la qual cal basar les normatives.
- La necessitat de monitorar futurs canvis en la naturalesa i la magnitud de la contaminació atmosfèrica sobre la salut.
- El fet que els efectes dels contaminants poden tenir patrons diferents a cada ciutat, en funció de característiques geogràfiques, climàtiques o les interaccions entre els diferents contaminants.

En aquest context neix el projecte APHEIS (Air Pollution and Health: European Information System), en el qual participa Barcelona, que pretén passar de la recerca epidemiològica a l'acció en salut pública, mitjançant el desenvolupament d'un sistema de vigilància dels efectes a curt termini de la contaminació atmosfèrica sobre la salut. El projecte ha rebut finançament de la Direcció General V de la Unió Europea. El seu objectiu general és provar la factibilitat d'un sistema de vigilància dels efectes a curt termini de la contaminació atmosfèrica sobre la salut en els propers tres anys. Això implica la integració de les dades de contaminació atmosfèrica i de salut (altes hospitalàries, urgències i mortalitat, per totes les causes, per causa cardiovascular i respiratòria).

Els seus objectius específics són:

- Quantificar l'impacte de la contaminació atmosfèrica sobre la salut.
- Monitorar tendències en els efectes a curt termini de la contaminació atmosfèrica sobre la salut.
- Avaluar els factors associats als canvis en les tendències.

<sup>7</sup> Ballester F, Tenías JM, Pérez-Hoyos S. Efectos de la contaminación atmosférica sobre la salud: una introducción. Rev. Esp. Salud Pública 1999; 73: 109-21.

<sup>8</sup> Sunyer J; Saez M; Murillo C; Castellsagué J; Martínez F; Antó JM. Air pollution and emergency room admissions for chronic obstructive pulmonary diseases. Am J Epidemiol 1993;701-705.

<sup>9</sup> Castellsagué J; Sunyer J; Saez M; Antó JM. Short-term association of urban air pollution with emergency room visits for asthma. Thorax 1995; 50:1051-1056.

<sup>10</sup> Sunyer J; Castellsagué J; Saez M; Tobias A; Antó JM. Air pollution and mortality in Barcelona. J Epidemiol Comm Health 1996; 50 (Suppl I): S76-S80.

<sup>11</sup> Saurina C, Barceló MA, Saez M, Tobias A. Efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica sobre la mortalidad. Resultados del proyecto EMECAM en la ciudad de Barcelona, 1991-95. Rev. Esp. Salud Pública 1999; 73: 199-207.

Són beneficis possibles d'aquest sistema d'informació els següents:

- La possibilitat d'avaluar intervencions.
- La contribució al desenvolupament d'indicadors relacionats amb la contaminació atmosfèrica que siguin fàcilment comprensibles per les persones que han de prendre les decisions.
- L'augment de la participació dels ciutadans, facilitant informació clara sobre l'impacte de la contaminació atmosfèrica en la salut.
- La contribució a la formació dels professionals.
- El foment de col·laboracions entre professionals de diferents disciplines.
- La generació d'hipòtesis sobre els efectes de la contaminació atmosfèrica sobre la salut.

Un sistema d'informació d'aquestes característiques implica la col·laboració estreta entre diferents institucions. A Barcelona, a més de l'Institut Municipal de Salut Pública, hi participen el Departament d'Iniciatives i Vigilància Ambiental (Ajuntament de Barcelona), el Laboratori Municipal de l'IMSP, el Departament de Medi Ambient (Generalitat de Catalunya), l'Institut Municipal d'Investigació Mèdica, el Departament de Sanitat i Seguretat Social (Generalitat de Catalunya), a més a més d'experts en estadística ambiental i en meteorologia.

Esperem presentar els primers resultats del sistema d'informació en l'Informe de Salut del pròxim any.

### 2.3. Tabac i adolescència

A molts països desenvolupats el tabaquisme ha augmentat en determinats grups socials, especialment en les dones, mentre que en els joves s'observa una situació estable o fins i tot un cert creixement, després d'haver baixat durant alguns anys de forma notable.

En el nostre entorn les enquestes periòdiques també mostren un creixement del tabaquisme en les dones, mentre que la tendència en els joves és menys clara: si d'una banda el tabaquisme està baixant a tots dos sexes entre els 15 i els 24 anys, la proporció de fumadors cap als 13–14 anys (l'actual curs de segon d'ESO) sembla que s'ha estabilitzat, segons les enquestes periòdiques en mostres d'escolars de Barcelona. Així, a aquesta edat fumen regularment un 10% dels alumnes, proporció que no s'ha modificat significativament entre 1987 i 1991. Encara més preocupant, la proporció de noies fumadores cap als 16 anys era en l'enquesta de 1996 del 33%, molt per damunt de la proporció observada entre els nois a la mateixa edat (19%). Al mateix temps, i malgrat que el desenvolupament legislatiu estableix molt clarament la prohibició de la promoció i venda de productes de tabac als menors, un 15% dels escolars de 13–14 anys declaren haver comprat tabac alguna vegada. Tot plegat, sembla que estem encara lluny de obtenir avenços per retardar o prevenir la incorporació dels joves al consum de tabac, i això ens obliga a revisar el que estem fent per tal d'identificar quines coses més podem fer.

La prevenció primària del tabaquisme ha estat des de fa anys una de les línies de prevenció més actives de l'IMSP, tant en aspectes de recerca com d'intervenció. En aquest sentit cal assenyalar la consolidació i l'extensió progressiva del programa

**Taula 2.7. Consum de tabac, a l'inici de l'estudi (1998), en els escolars dels sis països participants**

	<i>Mai no han fumat</i>	<i>Van provar-ho, però no van seguir fumant</i>	<i>Experimen-tadors (fumen amb freqüència inferior a la setmanal)</i>	<i>Fumadors habituals (fumen com a mínim un cop a la setmana)</i>	<i>Exfumadors (van fumar però ho van deixar)</i>
	<i>(n = 14.671)</i>	<i>(n = 4.709)</i>	<i>(n = 2.155)</i>	<i>(n = 1.300)</i>	<i>(n = 469)</i>
Total	63,0	20,2	9,3	5,6	2,0
Dinamarca	54,0	22,9	14,3	6,9	2,0
<b>Espanya-Barcelona</b>	<b>63,4</b>	<b>23,4</b>	<b>9,2</b>	<b>3,0</b>	<b>1,1</b>
Espanya-Madrid	70,5	14,8	7,6	4,6	2,6
Finlàndia	60,5	13,1	14,3	9,6	2,5
Holanda	57,7	26,0	9,0	5,3	1,9
Portugal	71,3	16,6	5,9	4,7	1,5
Regne Unit	61,8	22,4	8,3	5,4	2,1

Font: ESFA

PASE, l'elaboració i difusió del vídeo *La festa*, i la participació en els projectes europeus *Classe sense fum* i ESFA (*European Smoking Prevention Framework Approach*). En el primer cas es tracta d'un programa de prevenció del tabaquisme adreçat al primer cicle de secundària que cerca fomentar el compromís públic del grup (la classe) perquè es mantingui com un grup de no fumadors durant un període determinat que comprèn gran part del curs escolar. La participació i el manteniment del compromís comporten la participació en un concurs i l'accés a un conjunt de premis. Durant el curs 1999–2000 hi han participat, a Barcelona, 2.500 alumnes, dels quals 1.500 han arribat amb èxit al final del programa. A la vegada, el programa ESFA, en el qual participa Barcelona junt amb 6 altres ciutats i regions europees, pretén abordar en una intervenció dirigida als escolars de 12–15 anys els diferents factors de risc en tres nivells: l'*individual*, amb una intervenció que l'educador fa a l'aula, dirigida a l'ensinistrament en habilitats socials per identificar i resistir les pressions a l'experimentació i el consum; l'*escolar*, amb accions dirigides a assegurar un ambient a l'escola favorable a la prevenció, incloent-hi el coneixement, difusió i compliment de les normatives relatives al consum, publicitat i venda de tabac; i el *comunitari*, basat en accions desenvolupades mitjançant els pares i els espais de lleure dels joves. Aquesta intervenció, que durarà fins al curs 2001–2002, està sent avaluada rigorosament, amb un grup d'intervenció i un grup de control, que ajudarà a orientar les accions futures a partir de les evidències de la seva efectivitat. El seguiment es realitza mitjançant uns qüestionaris codificats que permetran seguir una cohort d'escolars al llarg de tota l'etapa de l'ensenyament secundari.

En l'avaluació del projecte ESFA, el primer trimestre del curs escolar 1998–1999, prèviament a l'inici de la intervenció, es va administrar a ambdós grups un qüestionari dissenyat a la Universitat de Maastricht i del qual es va fer una prova pilot prèvia a cadascun dels països participants. El qüestionari comprèn un bloc comú amb preguntes sociodemogràfiques i sobre els determinants cognitius de l'hàbit tabàquic, i un bloc definit a cada país, que en el nostre cas inclou preguntes sobre altres comportaments relacionats amb la salut. Es va realitzar una enquesta a 1.952 alumnes de primer d'Ensenyament Secundari Obligatori (ESO) de 53 escoles de la ciutat de Barcelona (37 en el grup control i 16 en

el grup intervenció). La mostra està composta per 987 nois (50,9%) i 951 noies (49,1%), dels quals la majoria (87,6%) havia complert 13 anys en el moment de l'enquesta. Un 59,9% dels alumnes declarava rebre més de 300 pessetes per setmana per a despeses personals. La distribució per aquestes variables no presentava diferències significatives entre els grups control i intervenció. A la taula 2.7 es presenten els resultats més destacats del consum de tabac en el conjunt dels països participants i en la mostra de Barcelona. En relació amb el consum de tabac, veiem que a la nostra ciutat més d'un terç dels alumnes ha fumat a aquesta edat, si bé cal destacar que la taxa de tabaquisme regular de Barcelona, definit per un consum almenys setmanal, és la més baixa de tota la mostra europea. El seguiment d'aquesta cohort ens permetrà en el futur, a més d'avaluar-ne l'efectivitat, conèixer molt millor la *història natural* de la iniciació al tabaquisme al nostre entorn, a partir del seguiment del grup de control, que no ha estat sotmès a la intervenció.

## 2.4. La salut dels immigrants

### Introducció

En els darrers anys la població immigrant estrangera ha augmentat, tant la que està en situació regular com en situació irregular<sup>1,2</sup>. Malgrat que els percentatges d'immigrants augmenten, encara són molt menors que els d'altres països i ciutats europees<sup>3</sup>. A Barcelona hi ha una proporció important d'immigrants de països en desenvolupament.

L'objectiu d'aquest capítol es descriure la salut dels immigrants residents a la ciutat de Barcelona, fent èmfasi en la natalitat i la mortalitat, la sida i la tuberculosi. Prèviament es fa una descripció de la població immigrant que resideix a Barcelona.

### La població

La població de nacionalitat estrangera empadronada a Barcelona ha augmentat en els darrers anys<sup>4</sup>. Així doncs, l'any 1995 eren 27.145 persones i l'any 1999 40.903, cosa que indica un augment del 50,1%. A la taula 2.8 hi ha la distribució de la població i s'observa com l'any 1999 el grup més nombrós era el procedent d'Amèrica Central i del Sud (36,9% de la població amb na-

<sup>1</sup> Pereda C, Prada MA, Actis W. *Situación y problemática de los inmigrantes en España. Informe contextual 1991*. Madrid: Cáritas Española, 1991.

<sup>2</sup> Urenda JI. *Informe sobre immigració estrangera a Barcelona*. Barcelona: Oficina del Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa dels Drets Civils, 1993.

<sup>3</sup> *La immigració estrangera a Barcelona. L'Observatori Permanent de la Immigració a Barcelona 1994-1997*. Ajuntament de Barcelona. Barcelona: CIDOB edicions, 1998.

<sup>4</sup> *Observatori Permanent de la Immigració a Barcelona. Dades del Padró d'Habitants. Juny 1999*. Comissionat de l'Alcaldia per a la Defensa dels Drets Civils. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

cionalitat estrangera), seguit d'Europa (27,7%) i d'Àsia (17,5%). Per països, cal destacar el Marroc (12,2%) i el Perú (11,2%).

L'any 1999, un 48% d'aquestes persones eren homes i un 52% dones. En les persones nacionalitzades a Amèrica Central i del Sud predominen les dones, però en les procedents d'Àfrica i Àsia (a excepció de Filipines i Xina), predominen els homes. La majoria dels empadronats tenien entre 20 i 49 anys, el 18,5% menys de 20 anys i el 16%, 50 anys i més, o sigui que es tracta d'una població jove. Les persones de la Unió Europea i EUA i el Canadà acostumen ser més grans que la resta.

Els districtes que tenen més població de nacionalitat estrangera són Ciutat Vella, l'Eixample, Sarrià – Sant Gervasi i Sants–Montjuïc. Els immigrants de països en desenvolupament resideixen sobretot a Ciutat Vella, mentre que els de països desenvolupats estan en els districtes més benestants.

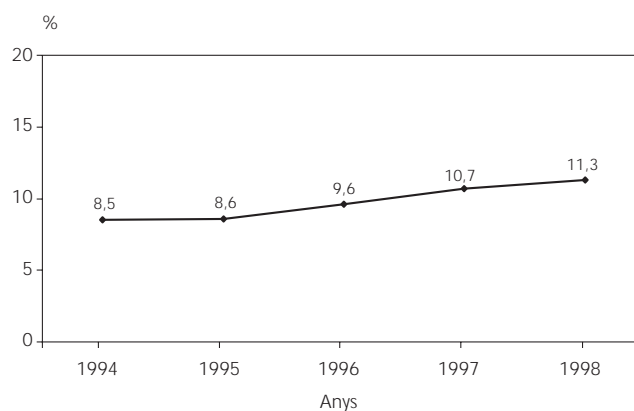
### Els naixements, 1994-1998

Pel conjunt dels anys, un 9,7% dels naixements de residents a la ciutat de Barcelona tenen el país de naixement de la mare fora de l'Estat espanyol. Hi ha hagut un augment durant els 5 anys estudiats ja que l'any 1994 aquesta proporció va ser de 8,5% i l'any 1998 d'11,3% (figura 2.4). Cal tenir en compte que els casos on no consta el país de naixement de la mare (1,5% dels casos el 1997 i 1,7% el 1998) s'han considerat com a casos de fora de l'Estat espanyol.

Els països més freqüents de naixement de la mare (sense incloure l'Estat espanyol) han estat Centre i Amèrica del Sud i Europa i països desenvolupats (PD: Europa, Canadà, Japó, Austràlia, Nova Zelanda) (han representat un 3,6 i 2,8% dels naixements respectivament) seguit del Magrib (figura 2.5). El grup de països més freqüents de naixement del pare han estat els mateixos que els de la mare.

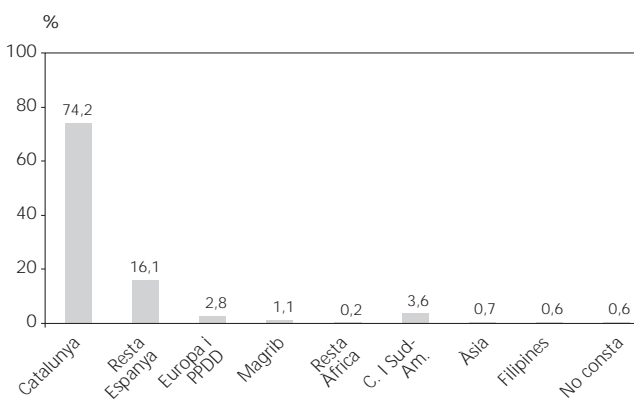
El districte de Ciutat Vella és el que presenta el percentatge més important de fills de dones immigrants estrangeres (31,4% de tots els naixements al districte), que sobretot es concentren als barris del Raval (39,4%), Gòtic (26,8%) i Parc (32,5%). Els fills de dones procedents d'Europa i PD tenen més freqüentment el districte de residència de Sarrià – Sant Gervasi i les Corts (a part del de Ciutat Vella) i els barris de Sarrià i Pedralbes (a banda del barri del Parc i el barri Gòtic). També cal fer esment que el barri de Trinitat Vella té una proporció important de naixements de dones del Magrib.

**Figura 2.4. Percentatge de nadons de mares residents a Barcelona i nascudes a l'estranger. Barcelona 1994-98.**



Els anys 1997 i 1998 inclou els casos on no consta el país de naixement de la mare.

**Figura 2.5. Distribució dels naixements de residents a Barcelona segons lloc de naixement de la mare. Barcelona 1994-98.**



Els casos on no consta el país de naixement de la mare són de 1997 i 1998.

Quant a l'edat de la mare cal destacar que els països del Magrib – Vall del Nil i de la resta d'Àfrica tenen un percentatge més elevat de naixements en adolescents (2,8% de tots els nascuts de mares de Magrib – Vall del Nil i 4% de la resta d'Àfrica). En els nascuts de mares catalanes aquest percentatge és d'un 1,2%. Es detecta una proporció elevada de naixements en dones filipines de menys de 20 anys (4,3%) i de 35–39 anys (26,1%) i de més de 39 anys (7,5%).

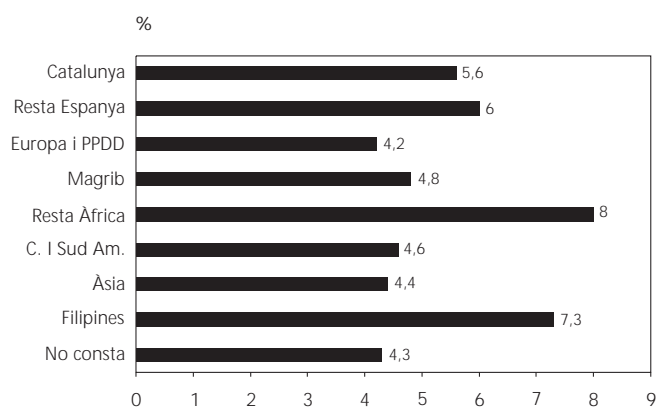
Les dones nascudes al Magrib – Vall del Nil, resta d'Àfrica i Àsia (inclouent-hi Filipines) utilitzen més la xarxa sanitària pública per tenir els fills, ja que ho fan en més d'un 70% dels casos i, en canvi, les nascudes a l'Estat espanyol i Europa i PD ho fan en menys del 55%. El baix pes en néixer (menys de 2.500 grams) i els embarassos preterme (menys de 37 setmanes de gestació) són variables que mesuren la salut infantil. Les dones de la resta d'Àfrica tenen un percentatge més elevat de nadons amb baix pes i d'embarassos

preterme. Els fills de dones de Filipines i d'Argentina tenen més freqüentment un baix pes. Els fills de dones procedents d'altres països, incloent-hi les originàries del Magrib, mostren un patró comparable a les originàries de Catalunya i la resta de l'Estat espanyol (figura 2.6).

### La mortalitat, 1994–1998

Durant els anys 1994–1998 s'han produït 1.801 defuncions de persones immigrants residents a la ciutat de Barcelona. La majoria de les defuncions han estat de persones nascudes a la Unió Europea (sense comptar l'Estat espanyol ni Portugal) (37,2%), l'Argentina (14,2%) i Mèxic i Amèrica Central (11,3%). El nombre de defuncions (al voltant de 400) ha estat homogeni fins als anys 1997 i 1998, en

**Figura 2.6. Percentatge de nadons, de mares residents a Barcelona, amb baix pes en néixer segons lloc de naixement de la mare. Barcelona 1994-98.**



Els casos on no consta el país de naixement de la mare són de 1997 i 1998.

**Taula 2.8. Nre. de persones de nacionalitat estrangera empadronades a Barcelona segons la seva nacionalitat. Evolució 1995, 1997, 1999**

	1995		1997		1999	
	Nre. casos	%	Nre. casos	%	Nre. casos	%
Unió Europea-15	8.226	30,3	7.861	27,0	9.851	24,1
Europa Central i Oriental	330	1,2	512	1,8	891	2,2
Altres països europeus	627	2,3	505	1,7	554	1,4
EUA i Canadà	791	2,9	683	2,3	891	2,2
República Dominicana	761	2,8	1.530	5,2	2.777	6,8
Mèxic	255	0,9	273	0,9	361	0,9
Cuba	228	0,8	438	1,5	719	1,8
Resta de l'Amèrica Central	490	1,8	415	1,4	519	1,3
Argentina	1.941	7,2	1.254	4,3	1.489	3,6
Perú	1.613	5,9	3.045	10,4	4.583	11,2
Brasil	426	1,6	540	1,9	814	2,0
Colòmbia	630	2,3	707	2,4	1.106	2,7
Uruguai	612	2,3	517	1,8	580	1,4
Xile	803	3,0	695	2,4	810	2,0
Resta de l'Amèrica del Sud	649	2,4	711	2,4	1.323	3,2
Marroc	2.807	10,3	3.490	12,0	4.982	12,2
Algèria	174	0,6	243	0,8	379	0,9
Resta Magrib-Nordàfrica	104	0,4	103	0,4	126	0,3
Àfrica Subsahariana	411	1,5	531	1,8	726	1,8
Resta Àfrica	82	0,3	97	0,3	152	0,4
Orient Mitjà	656	2,4	494	1,7	569	1,4
Índia	473	1,7	453	1,6	579	1,4
Pakistan	489	1,8	719	2,5	1.382	3,4
Bangla Desh	56	0,2	88	0,3	143	0,3
Filipines	1.676	6,2	1.914	6,6	2.384	5,8
Xina	705	2,6	674	2,3	1.309	3,2
Japó	762	2,8	387	1,3	528	1,3
Corea del Sud	136	0,5	95	0,3	125	0,3
Àsia Central	5	0,0	6	0,0	8	0,0
Resta d'Àsia	102	0,4	105	0,4	130	0,3
Oceania	74	0,3	60	0,2	81	0,2
No consta	51	0,2	20	0,1	32	0,1
<b>Total</b>	<b>27.145</b>	<b>100,0</b>	<b>29.165</b>	<b>100,0</b>	<b>40.903</b>	<b>100,0</b>

què ha disminuït una mica. Durant els 5 anys ha representat menys d'un 3% del total de defuncions de la ciutat. A més ha estat repartit de manera no massa diferent entre Europa i PD (45%) i els altres països (55%).

Un 50,3% de les defuncions han estat homes (906 casos) i la resta, dones (895 casos, 49,7%). La majoria de les defuncions s'han produït en persones d'edat avançada ( $\geq 65$  anys) i, sobretot, en dones. De tota manera, hi ha hagut més defuncions en edats joves ( $\leq 44$  anys) en persones de països en desenvolupament (18,5% en els homes i 8,2% en les dones) que en les d'Europa i PD (10,8% dels homes i 4,3 % de les dones).

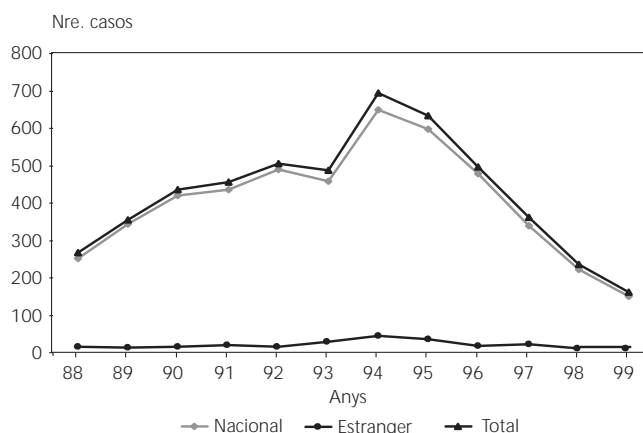
Pel que fa al districte de residència, la majoria de les morts han estat persones que residien a l'Eixample i Sarrrià – Sant Gervasi, sent el tercer lloc Ciutat Vella, que pren més importància en les defuncions de persones de països en desenvolupament. Cal assenyalar que aquestes dades són proporcions i no taxes, i no tenen en compte la població que viu a cada districte; per tant, en relació amb el total de morts, hi ha més proporció de defuncions en els districtes on hi ha més població. Els principals grans grups de causes de defunció són les malalties de l'aparell circulatori i els tumors (representen un 58,9% de les defuncions). En comparar la distribució de defuncions de persones originàries de països en desenvolupament i d'Europa i PD segons la causa, cal destacar que les causes externes presenten percentatges més elevats en el primer grup de països i, en canvi, aquest països tenen menys mortalitat per tumors. Aquests grups de causes es mantenen quan es tenen en compte els homes i les dones per separat, tot i que l'augment de les causes externes en els països en desenvolupament es dona en els homes i no en les dones.

Quan es consideren amb més detall les causes de defunció, cal destacar la major importància de la sida en els immigrants procedents de països en desenvolupament si es comparen amb els d'Europa i PD, probablement per la seva situació més precària ja que aquestes són causes de mort que es donen més en població marginal. El càncer de budell gros i la malaltia isquèmica del cor tenen més importància en immigrants d'Europa i PPDD; una possible explicació seria que són causes de mort relacionades amb el desenvolupament.

## La sida, 1988–1999

El Servei d'Epidemiologia de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (IMSP) porta a terme des

**Figura 2.7. Incidència anual dels casos de sida a Barcelona, segons el país de procedència. Barcelona 1988–99.**



de l'any 1987 la vigilància epidemiològica activa de la sida a la ciutat. Aquest sistema recull els casos declarats pels metges, els procedents de les altes hospitalàries i del registre de mortalitat. A més, es creuen entre si periòdicament els registres de sida, tuberculosi i toxicomànies de la ciutat, la qual cosa permet assolir un alt grau d'exhaustivitat<sup>5</sup>.

Entre 1988 i 1999 es van enregistrar 5.117 casos de sida a Barcelona, dels quals 181 (3,5%) eren immigrants procedents de països en desenvolupament; entre aquests s'inclouen els països d'Àfrica (excepte Sud-àfrica), Àsia (excepte el Japó), Amèrica Llatina i els països del Carib; 72 (1,4%) procedien de PD; 4.839 (94,6%) tenien nacionalitat espanyola i se'n desconeixia la nacionalitat en 25 casos. Durant aquest període, el percentatge de casos de sida en estrangers s'ha mostrat estable ( $p = 0,07$ ) (figura 2.7).

Entre els pacients procedents de països en desenvolupament, la zona més representada va ser Amèrica Llatina i el Carib amb el 63% dels casos, seguida del Magrib i d'Orient Mitjà (15%), el 17% procedia d'Àfrica subsahariana i el 6% restant d'Àsia. En els PD, els pacients de la Unió Europea representaven el 77%, altres països europeus extracomunitaris el 6%, i el 17% procedien d'EUA i Canadà.

La mitjana del temps de residència a l'Estat espanyol va ser de 8,4 anys (desviació estàndard (DS): 7). Dels 186 casos en què es coneixia la data d'arribada a l'Estat espanyol, en 60 casos (32,3%) el diagnòstic de sida es va fer quan portaven menys de 5 anys de residència, en 65 casos (34,9%) el temps de residència se situava entre els 5 i els 10 anys, i els 61 restants (32,8%) portaven més de 10 anys de residència a Espanya. De les 113 persones que coneixien la seva serologia abans del diagnòstic de sida, 14 (12%) sabien que eren VIH positius abans d'arribar a Espanya i en 27 casos (24%) la pri-

<sup>5</sup> García de Olalla P, Vall M, Miret M, Clos R, Casabona J, Caylà JA. Exhaustividad de la notificación de los casos de sida en Cataluña: Un estudio basado en las solicitudes de determinaciones de linfocitos CD4 y en la prescripción de antirretrovirales. Rev. Esp. Salud Pública 1998, 72(6):501-07.

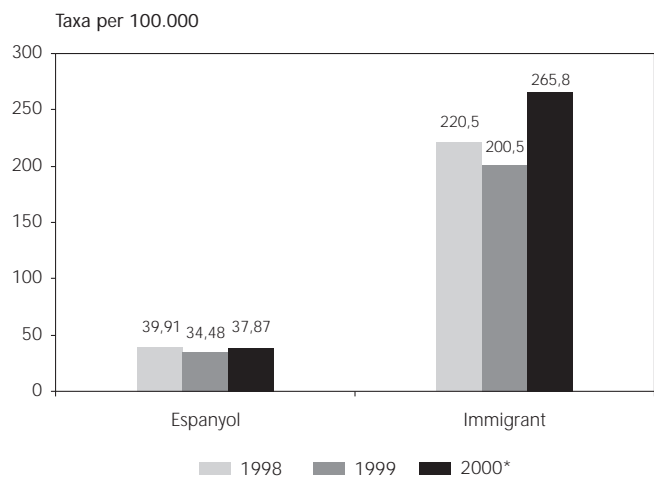
mera detecció del VIH es va fer quan portaven més de 10 anys de residència a Espanya.

Quan comparem les característiques dels immigrants estrangers amb les del grup de nacionalitat espanyola, entre les variables que van presentar diferències estadísticament significatives destaquen: el sexe (els immigrants eren amb més freqüència homes), l'edat (els immigrants eren de major edat), el lloc de residència (els immigrants residien amb més freqüència a Ciutat Vella), els antecedents penitenciaris (els immigrants tenien menys antecedents de presó), i la forma de transmissió del VIH (els immigrants eren amb menys freqüència UDVP) (taula 2.9). No obstant això, en l'anàlisi multivariada sols el sexe, el lloc de residència i la forma de transmissió van continuar presentant una associació significativa.

### La tuberculosi, 1998-2000

Dels 1.604 pacients que han estat classificats com a casos de tuberculosi (TB) residents a Barcelona des de l'any 1998 fins al 15 de juny del 2000<sup>6</sup>, 229 han nascut fora de l'Estat espanyol (14,3% del total). L'any 1999 s'observa un increment del 7,9% respecte del nombre de casos en immigrants detectats l'any 1998. La in-

**Figura 2.8. Taxes d'incidència de TB en residents a Barcelona segons l'origen, 1998-2000.**



\*Número de casos fins al 15 de juny del 2000.

cidència de TB en immigrants ha passat de 220,5 per 100.000 habitants l'any 1998 a 200,5 per 100.000 l'any 1999. Aquest descens en la incidència, tot i l'augment en el nombre de casos, s'explica per l'increment en el nombre d'estrangers residents a

<sup>6</sup> Data de tancament de la recollida de dades de 1999.

**Taula 2.9. Característiques dels casos diagnosticats de sida en residents a Barcelona, entre 1988 i 1999, segons la nacionalitat**

	Estrangers 253 (%)		Nacionals 4.839 (%)		Total 5.092 (%)		OR (IC del 95%)	P
<b>Sexe</b>								
home	223	(88)	3.874	(80)	4.097	(80)	1,85 (1,24-2,78)	0,001
dona	30	(12)	965	(20)	995	(20)	1	
Edat anys (DS)	37,7	(9,0)	35,7	(10,6)	35,8	(10,5)		0,003
<b>Residència</b>								
Ciutat Vella	79	(31)	894	(19)	973	(19)	2 (1,51-2,66)	<0,0001
Resta	174	(69)	3.945	(81)	4.119	(81)	1	
<b>Transmissió del VIH</b>								
UDVP	56	(22)	2.541	(53)	2.597	(51)	0,51 (0,27-0,98)	0,02
HMS	117	(46)	1.254	(26)	1.371	(27)	2,17 (1,20-4,00)	0,006
HTS	66	(26)	718	(15)	784	(15)	2,14 (1,15-4,05)	0,009
Altres	14	(6)	326	(6)	340	(7)	1	
<b>Malaltia diagnòstica</b>								
tuberculosi	71	(28)	1.214		1.285	(25)	1,12 (0,83-1,52)	0,4
neumonia <i>P. carinii</i>	42	(17)	936	(19)	978	(19)	0,86 (0,60-1,24)	0,4
altres	140	(55)	2.689	(56)	2.829	(56)	1	
<b>Tractament antiretroviral</b>								
si	109	(43)	2.162	(45)	2.271	(45)	1,03 (0,77-1,37)	0,8
no	100	(40)	2.039	(42)	2.139	(42)	1	
desconegut	44	(17)	638	(13)	682	(13)		

UDVP: usuari de drogues per via parenteral, HMS: relacions homosexuals, HTS: relacions heterosexuals.



la ciutat (34.470 persones l'any 1998 i 40.903 l'any 1999)<sup>7</sup>. Pel que fa a l'any 2000 el 20,3% dels casos de TB residents a la ciutat s'han produït en immigrants (taula 2.10 i figura 2.8).

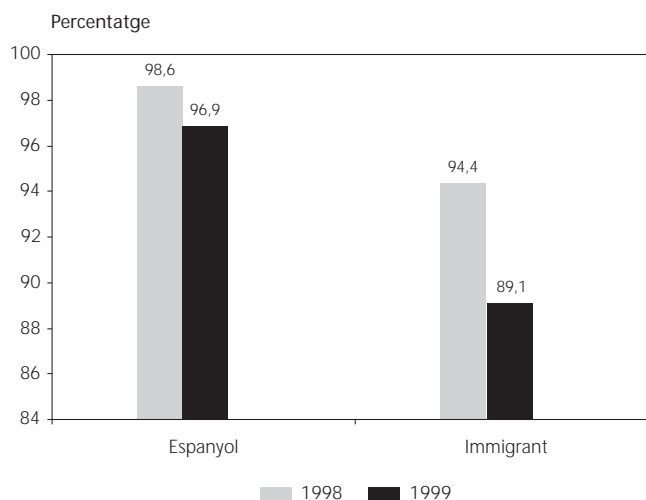
El 65% dels casos són homes, sense que s'observin diferències entre estrangers i nascuts a l'Estat espanyol quant al sexe. En canvi, sí que hi ha diferències estadísticament significatives ( $p < 0,0005$ ) pel que fa a l'edat. La mitjana d'edat dels casos en immigrants és de 34,2 (DE:13,8) i la dels espanyols, de 45,8 (DE:21,2). Així, mentre que en espanyols el percentatge de casos en majors de 40 anys representa més del 50% del total, en estrangers és més gran la proporció de casos en adults joves (39,9% entre 30 i 39 anys i 28,9% entre 20 i 29 anys), sent aquesta distribució similar per a tots els immigrants independentment de la zona geogràfica de procedència.

Pel que fa a la procedència, 12 casos (5,2%) pertanyien a Amèrica Central; 63 casos (27,5%), a països d'Amèrica del Sud, dels quals 28 eren del Perú; d'Àsia s'han detectat 75 casos (32,8%), 33 dels quals eren del Pakistan, 19 de Filipines i 13 de l'Índia; d'Àfrica pertanyien 55 casos (24%), dels quals 36 eren de la regió del Magrib; finalment, d'Europa s'han detectat 23 casos (10%): 18 (7,9%) de l'Europa occidental, 4 (1,7%) de la de l'est i 1 (0,4%) de la central.

Un 40,6% dels 229 immigrants estaven domiciliats a barris que presenten una situació socioeconòmica més desfavorable<sup>8</sup>. Pel que fa a la procedència dels pacients de barris amb privació socioeconòmica, el 52,7% dels 93 casos pertanyien a l'Àsia. El segon lloc de procedència més freqüent en aquests barris amb situació socioeconòmica més desfavorable és l'Àfrica (23,7%). En els barris sense privació socioeconòmica el 52% dels casos detectats procedien de l'Amèrica Llatina i el Carib i el 21,5%, d'Àfrica.

Pel que fa als antecedents, no s'observen diferències quant a la proporció d'infectats pel VIH entre els casos de TB detectats en nascuts a l'Estat espanyol i els estrangers. Tampoc no s'observen diferències en relació amb el percentatge d'individus amb antecedents de TB, sent al voltant del 9,5% en

**Figura 2.9. Taxes de compliment del tractament dels casos de TB residents a Barcelona segons l'origen. Barcelona, 1998-1999.**



tots dos grups. En un 11,4% dels casos nascuts a l'Estat espanyol i en un 9,2% dels nascuts a l'estranger consta l'antecedent de ser o haver estat UDVP.

Les formes pulmonars han estat, tant en immigrants (68,1%) com en nascuts a l'Estat espanyol (66,9%), la localització anatòmica més freqüent de la malaltia. En canvi, les formes extrapulmonars són més freqüents en els estrangers, la qual cosa comporta el 16,6% del total d'aquests enfront del 12,2% que representen en els espanyols, al contrari del que succeeix amb les formes mixtes (9,7% i 6,1% en espanyols i estrangers, respectivament).

S'observa una taxa de compliment del tractament<sup>9</sup> superior en els espanyols respecte del col·lectiu immigrant tant l'any 1998 (98,9% i 94,7%, respectivament) com el 1999 (96,9% i 89,1%).

<sup>7</sup> Les taxes de TB en nascuts a l'Estat espanyol s'han calculat d'acord amb les dades poblacionals corresponents al padró municipal de l'any 1996. Les corresponents als estrangers han estat calculades segons dades de l'observatori permanent de la immigració a Barcelona.

<sup>8</sup> Barceloneta, Parc, Gòtic, Raval, Montjuïc, Ciutat Meridiana, Bon Pastor, Trinitat Vella, Besòs, Zona Franca i Roquetes. Dels 229 immigrants en 20 casos se'n desconeix el barri de residència.

<sup>9</sup> Taxa de compliment = (curats/curats + perduts) \* 100.000.

**Taula 2.10. Evolució del nombre de casos de TB en residents a Barcelona, 1998-2000**

	1998		1999		2000*	
	N	%	N	%	N	%
Espanyols	588	88,6	508	86,1	279	79,7
Immigrants	76	11,4	82	13,9	71	20,3
<b>Total</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>	<b>590</b>	<b>100,0</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

\* Fins al 15 de juny del 2000.

Cal destacar la davallada en la taxa de compliment l'any 1999 respecte del 1998 en ambdós grups, tot i que és més important en el d'estrangers (figura 2.9). En el moment de tancar l'estudi queden pendents de concloure tractament un 26,4% dels casos espanyols (2,6% del 1998, 16,9% del 1999 i 93,9% del 2000) i un 41,9% dels estrangers (2,6% del 1998, 32,9% del 1999 i 94,4% del 2000).

## Conclusions

La natalitat de les dones nascudes fora de l'Estat espanyol ha representat un 9,7% dels naixements durant els anys 1994-98, proporció que ha augmentat al llarg dels cinc anys. Les agrupacions de països d'origen més freqüent de mares i pares d'origen estranger han estat Amèrica Central i del Sud, Europa (sense comptar l'Estat espanyol) i PD, seguit del Magrib. El districte de Ciutat Vella i sobretot els barris del Raval, Gòtic i Parc tenen un percentatge més alt de naixements de mares d'origen estranger. Pel total del districte aquest percentatge és del 31%. Les mares nascudes a la resta d'Àfrica (excloent-hi el Magrib i la Vall del Nil) tenen una proporció més alta de naixements de baix pes i preterme. No hi ha un excés de naixements de baix pes pel que fa a les mares originàries del Magrib i Àsia. La mortalitat en persones nascudes fora de l'Estat espanyol en residents a Barcelona durant els anys 1994-98 ha representat al voltant de 400 defuncions l'any fins 1997. Posteriorment disminueix fins a 300 l'any i es reparteix per igual entre els qui procedeixen de països desenvolupats i la resta. El patró de mortalitat de les persones d'origen estranger és globalment similar al de Barcelona<sup>10</sup>. En les persones de països en desenvolupament hi ha un percentatge inferior de defuncions per malalties de l'aparell circulatori i un percentatge de defuncions superior per causes externes.

Aproximadament un 5% dels casos de sida a la ciutat de Barcelona són persones de nacionalitat estrangera, que porten residint a Espanya una mitjana de 8 anys, i que es diferencien dels casos amb nacionalitat espanyola perquè són amb més freqüència homes que resideixen en les zones amb més privació socioeconòmica de

la ciutat i perquè amb menor freqüència són UDVP. Les diferències aquí objectivades són comparables amb el patró de la majoria de les malalties transmissibles que s'observen en aquesta població dins del nostre entorn.

Els casos de TB en nascuts fora de l'Estat espanyol representen aproximadament el 14% dels casos detectats pel registre de TB de la ciutat de Barcelona des de l'any 1998 fins al 15 de juny del 2000. Es diferencien dels casos amb nacionalitat espanyola perquè són més joves i amb menor freqüència UDVP, amb una major freqüència de formes extrapulmonars. Cal destacar la pitjor taxa de compliment observada en estrangers, així com la davallada d'aquesta en ambdós grups l'any 1999 respecte del 1998.

## 2.5. La cocaïna a Barcelona

### Situació de la cocaïna en la dècada dels 90

A finals dels anys 80, arran de l'epidèmia de consum de cocaïna als Estats Units i dels problemes relacionats, alguns treballs van alertar sobre la possibilitat que a Espanya<sup>1,2</sup> i a Europa s'estigués produint un creixement dels problemes sanitaris derivats de l'abús de la cocaïna. El fenomen anunciat no es va observar en els anys següents i amb l'increment dels problemes relacionats amb el consum d'heroïna (sida, tuberculosi, mort per sobredosi, etc.), aquesta por va desaparèixer. Més tard, el consum de les denominades *drogues de disseny* centrà l'atenció dels mitjans de comunicació i de molts responsables de la política de drogues del nostre país.

Segons tots els indicis, a finals dels anys 80 alguns antics consumidors d'heroïna consumien cocaïna barrejada amb l'heroïna (*speedball*). Però va ser a principis dels 90 quan va començar a augmentar l'oferta d'aquesta substància a Catalunya i a tot l'Estat espanyol, principalment dins la generació jove de la classe alta i dels anomenats *yuppies* de l'època<sup>3</sup>. Aquest fenomen es reflecteix per exemple en el nombre de decomisos en els quals la cocaïna estava implicada. Així, tenim que des de l'any 1985, els decomisos de cocaïna venen mostrant un creixement sostingut en el conjunt de l'Estat espanyol, sent un dels més elevats de la Unió Europea (UE)<sup>4</sup>. Segons els resultats de les enquestes sobre l'ús de drogues, Espanya és el país de la UE amb una prevalença més elevada de consum de cocaïna en els últims 12 mesos previs a l'entrevista, tant en la població general de 15-64 anys, com entre els joves de 15-34 anys<sup>5</sup>. Així mateix, sembla ser que, contràriament a la resta de països de la UE, aquest consum està més estès que l'èxtasi o les amfetamines<sup>4</sup>.

Alguns estudis ja van començar a evidenciar durant els anys 90 que malgrat la imatge de droga innòcua i neta, que els problemes relacionats amb aquesta substància podrien estar augmentant<sup>6,7</sup> dins de l'Estat espanyol, principalment entre qui consumia preparacions de cocaïna fumada o se l'administrava conjuntament amb l'heroïna de forma injectada. S'ha descrit també que gran part dels trastorns relacionats amb l'ús de coca-

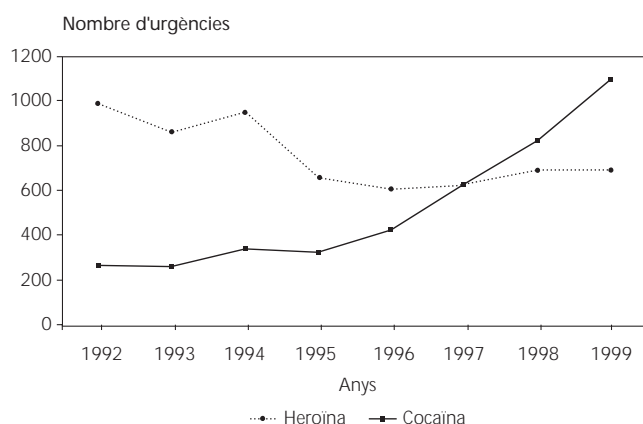
<sup>10</sup> La mortalitat a la ciutat de Barcelona (diversos anys). Estadístiques de Salut. Àrea de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. Barcelona.

ina són cardiorespiratoris i psiquiàtrics<sup>8</sup> als quals se'ls hauria de sumar el major risc de patir accidents de trànsit<sup>9</sup>.

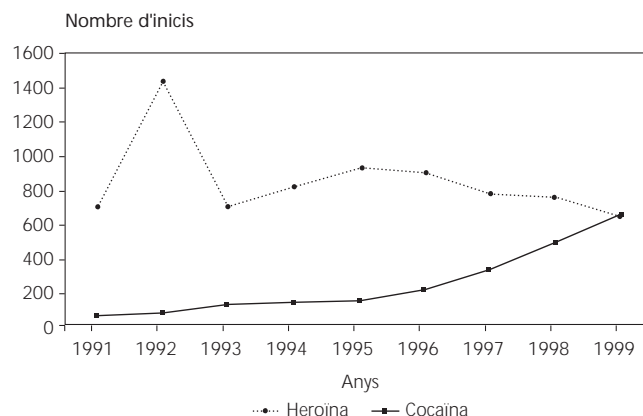
A Barcelona, la mesura del fenomen s'ha dut a terme mitjançant el Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), en el qual es monitoritzen diferents indicadors indirectes (iniciis de tractament per drogues, mort per reacció aguda adversa a drogues, urgències hospitalàries en consumidors, etc.), d'acord amb les indicacions del Sistema Estatal de Informació sobre Toxicomaníes (SEIT). Amb la seva anàlisi s'ha observat que en els darrers anys a la ciutat de Barcelona el fenomen de l'ús de drogues ha canviat de panorama. En l'últim trienni s'ha evidenciat que l'evolució dels problemes relacionats amb la cocaïna s'han incrementat.

Des de l'any 1997, dins les urgències relacionades amb el consum de drogues, les provocades per cocaïna superen les d'heroïna (figura 2.10). Si observem les urgències com un indicador de problemes aguts, veiem que a Barcelona s'ha produït un canvi notable, ja que l'heroïna ha passat de ser l'any 1992 la primera causa d'urgències provocades amb 985 episodis, fins als 689 episodis del 1999; mentre que la cocaïna ha passat de 261 a 1.093 casos en el mateix pe-

**Figura 2.10. Evolució de les urgències relacionades amb el consum de la droga autoreferida. Barcelona 1992-99.**



**Figura 2.11. Evolució del nombre de tractats per primera vegada per abús de cocaïna i heroïna. Barcelona 1991-1999.**



ríode. Així, en l'últim trienni, observem un constant i gradual increment dels problemes relacionats amb la cocaïna, els quals s'associen en un 46,5% amb la cocaïna via endovenosa.

En els dos indicadors de presentació més tardana, l'indicador d'inicis de tractament per consum de drogues i l'indicador de mortalitat per reacció aguda adversa a drogues, observem el mateix patró (figura 2.11 i figura 2.12). L'any 1999, per primera vegada al llarg de 10 anys de monitoratge del fenomen de les drogues a la ciutat de Barcelona, tant en els primers inicis com en les defuncions, la cocaïna supera l'heroïna.

Fins a l'any 1998, els inicis de tractament per heroïna foren els més freqüents en els centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències de Barcelona (figura 4), encara que s'observava una tendència a la disminució del nombre anual de casos tractats des de l'any 1993. Contràriament, els inicis per cocaïna han anat creixent contínuament durant tot el període, i aquest creixement s'ha accentuat a partir de l'any 1996, sent l'any 1999 la primera causa d'inici de tractament en persones no tractades anteriorment.

Pel que fa als pacients que estan en un programa de manteniment amb metadona (PMM), la tendència dels que declaren

<sup>1</sup> Camí J, Antó JM. et al. *Monitoring cocaine epidemics in Barcelona*. Lancet. 1987;II:450-51.

<sup>2</sup> Camí J, Rodríguez J. *Cocaïna: la epidemia que viene*. Med Clin (Barc). 1988;91:71-6.

<sup>3</sup> Diaz A, Barruti M, Doncel C. *Les línies de l'exit?. Naturalesa i extensió del consum de cocaïna a Barcelona*. Barcelona: ICESB-Ajuntament de Barcelona, 1992.

<sup>4</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Extended annual report on the state of the drugs problem in the European Union, 1999*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. 1999.

<sup>5</sup> Martínez JM, del Río MC, López N, Álvarez FJ. *Illegal drug-using trends students in Spanish University in the last decade (1984-1994)*. Subst Use Misuse. 1999;34:1281-97.

<sup>6</sup> Barrio G, de la Fuente L, Royuela L, Diaz A, Rodríguez-Artalejo F, and the Spanish Group for the Study of the Route of Drug Administration. *Cocaine use among heroin user in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking*. J Epidemiol Community Health. 1998;52:172-80.

<sup>7</sup> Barrio G, Rodríguez MA, de la Fuente L, et al. *Urgències en consumidors de cocaïna: primeres evidències de complicacions agudes per consum de crack*. Med Clin (Barc). 1998;111:49-55.

<sup>8</sup> Barrio G, de la Fuente L, Royuela L, Bravo MJ, Regidor E, Rodríguez-Artalejo F. *Problemas respiratoris agudos y uso de cocaïna o heroïna por via pulmonar*. Med Clin (Barc) 1999;112:775-7.

<sup>9</sup> del Río MC, Álvarez FJ. *Presence of illegal drugs in drivers involved in fatal road traffic accidents in Spain*. Drug and Alcohol Dependence. 2000; 57: 177-82.

consumir cocaïna a més de la metadona també augmenta. En un estudi d'avaluació de diferents subprogrames de manteniment amb metadona, es va observar que dels que van entrar al programa l'any 1997, en un 29% referien prendre cocaïna durant el primer mes de seguiment; per contra, els que van entrar l'any 1998 ho referien en un 40%<sup>10</sup>. Aquest col·lectiu és el que s'ha considerat clàssicament com el de més risc de consumir cocaïna (durant el PMM). Diversos estudis han posat de manifest aquest fenomen<sup>11</sup>, i sembla que l'explicació podria ser per diversos motius, un d'ells és perquè la metadona podria augmentar el reforç positiu de la cocaïna i disminuir la disfòria de l'abstinència; un altre perquè la cocaïna pot representar una alternativa a l'heroïna com a font d'eufòria en malalts en tractament amb metadona, que tenen bloquejat els efectes de l'heroïna; finalment una tercera explicació seria que la patologia psiquiàtrica, sobretot de tipus depressiu, i els efectes iatrogènics o tòxics de la metadona poden afavorir l'abús de cocaïna, que és un estimulants.

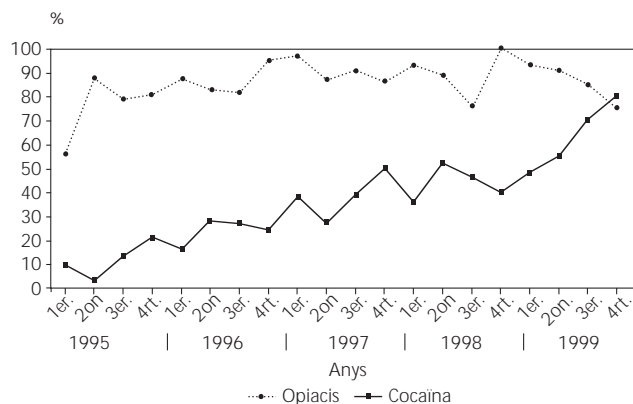
En les defuncions per sobredosi (figura 2.12), com s'ha dit, el patró és similar encara que més tardà, i s'observa un increment en les defuncions amb analítiques positives a la cocaïna. De les 121 morts registrades a Barcelona l'any 1999, el 64% presentaven cocaïna i el 87% algun metabòlit dels opiacis. Cal subratllar que de les 20 defuncions del 4t trimestre de 1999, 16 foren positives a la cocaïna i algun opiaci, 3 sols a la cocaïna i 1 sols als opiacis. La circumstància o el diagnòstic forense de les defuncions en què sols es detecta cocaïna o algun metabòlit seu, és malaltia cardíaca hipertensiva, isquèmica o infart agut de miocardi.

### Conclusions i recomanacions

Els problemes derivats de l'ús de la cocaïna han experimentat un marcat creixement a partir de 1995-1996, la qual cosa es reflecteix amb un augment de la demanda de tractament especialitzat, l'atenció hospitalària urgent i la mortalitat per sobredosi.

Tot i que a principis del anys 80 hi havia a l'Estat espanyol proves de l'extensió de diversos problemes de salut pública derivats de l'ús d'heroïna per via parenteral, es va produir un retard de gairebé una dècada en la posada en marxa

**Figura 2.12. Evolució trimestral del percentatge de drogues detectades en les defuncions per reacció aguda adversa a drogues. Barcelona 1995-1999.**



d'una resposta apropiada dels recursos sanitaris (ampliació de l'oferta de programes de manteniment amb metadona, distribució de xeringues, etc.)<sup>12</sup>. Per aquests motius la mortalitat en aquests col·lectius va ser molt alta<sup>13</sup>. Per evitar una situació similar caldria aprendre de l'experiència de l'epidèmia de l'heroïna i s'haurien d'adoptar mesures de forma immediata, amb la finalitat d'afrontar al més aviat possible els problemes derivats de l'ús de cocaïna.

Les complicacions mèdiques de l'ús de cocaïna més freqüents inclouen diferents trastorns psicopatològics i episodis cardiorespiratoris i és probable que, en molts casos, la relació entre aquests trastorns i l'ús de cocaïna passi desapercibuda. Els clínics haurien d'interrogar els seus pacients sobre l'ús de substàncies psicoactives, explicar-los adequadament la magnitud dels riscos associats a l'ús de cocaïna, orientar-los sobre la forma de reduir aquests riscos i derivar-los, si cal, als recursos especialitzats.

La creixent demanda de tractament per l'ús i la dependència de la cocaïna pot plantejar dificultats als centres especialitzats, els quals no sempre disposen de procediments terapèutics equiparables als utilitzats en el tractament de l'abús i la dependència de l'heroïna, especialment en l'abordatge farmacològic (com pot ser els programes de manteniment amb agonistes i antagonistes dels opiacis). A més a més,

<sup>10</sup> Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, Alonso J. *Baseline data from patients in methadone maintenance programs*. 6 Annual Conference of the International Society for Quality of life Research. Barcelona 1999.

<sup>11</sup> Foltin RW, Fischman MW. *Effects of binge use of intravenous cocaine in methadone-maintenance individuals*. Addiction 1998; 93:825-836.

<sup>12</sup> De la Fuente, G. Barrio. *Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado*. Gaceta Sanitaria.1996. 10(57):255-0.

<sup>13</sup> Villalbí JR, Brugal MT. *Sobre la epidemia de heroïna, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias*. Med. Clin. (Barc.) 1999;736-37.

no tots aquests centres disposen dels professionals entrenats en el diagnòstic o tractament dels trastorns psiquiàtrics associats a l'ús de cocaïna, i els nivells de coordinació entre les xarxes d'atenció a les drogodependències i de salut mental no sempre permeten un abordatge conjunt dels casos.

Part dels problemes mèdics urgents entre els usuaris de cocaïna s'observen entre el grup que s'administra aquesta substància per via parenteral. Les intervencions orientades a evitar la difusió de vies d'administració amb un major risc (com la via parenteral i la base lliure de cocaïna o *crack* fumats) podrien contribuir significativament a reduir els danys associats a l'ús d'aquesta substància.

Relacionem tot seguit algunes recomanacions:

Les relacionades amb l'assistència d'aquest col·lectiu.

- Promoure la investigació d'intervencions terapèutiques efectives pel que fa a la dependència a la cocaïna.

Les relacionades amb la salut pública i la prevenció comunitària.

- Promoure intervencions de prevenció primària a les escoles per prevenir les noves incorporacions al consum de cocaïna.
- Efectuar intervencions de conscienciació comunitària per evitar la imatge que fins ara té la cocaïna de droga neta i innòcua.
- Realitzar intervencions d'educació sanitària dutes a terme de manera paral·lela per evitar la difusió de les vies d'administració de major risc: la fumada i la injectada. Amb aquests programes es podria fomentar un consum més intel·ligent i responsable, el qual evitaria els danys associats al consum problemàtic de cocaïna (sobredosi, alteracions orgàniques i psiquiàtriques, etc.).
- No pressuposar que un cocaïnòman no es *injector* i, per tant, cal realitzar les mateixes intervencions que es duen a terme amb el col·lectiu d'heroïnòmans (intercanvi de xeringues, realització sistemàtica de serologies de l'HIV i hepatitis, etc.)
- No oblidar que el consum de cocaïna és en si mateix un risc, per les malalties de transmissió sexual, entre les quals hi ha la sida i, per tant, cal intervenir en aquest col·lectiu per fomentar l'ús de preservatius i els comportaments sexuals de menor risc.

## 2.6. Els plans de salut als districtes

Els plans de salut pública als districtes responen a directrius municipals i del Consorci Sanitari de Barcelona formulades el 1998. El projecte pretén vincular de forma pràctica el coneixement adquirit als centres municipals d'informació sanitària amb accions territorials.

En els darrers anys s'ha consolidat l'elaboració dels diferents indicadors de salut i drogues en districtes, barris i àrees bàsiques de salut. Aquesta informació ha estat cabdal per a la planificació sanitària, com la prioritització de la reforma de l'atenció primària de salut o l'inici d'intervencions en zones concretes sobre problemes de drogues, de salut maternoinfantil o de tuberculosi; però fins ara la informació sanitària no s'ha traduït de manera sistemàtica en prioritzacions i accions més locals. En els districtes es presten la major part dels diferents serveis a la persona, de salut pública, sanitaris i socials i, per aquest motiu, el desenvolupament de plans de salut pública pot aportar més beneficis als ciutadans.

Quant als continguts, els plans de salut pública són instruments orientats al diagnòstic i la intervenció comunitària sobre els principals problemes de salut i drogues de cada districte. En el cas de Barcelona, pretenen complementar territorialment el Pla de salut de la ciutat de Barcelona amb indicadors quantitius i qualitius més locals, reorientar algunes funcions dels equips municipals de salut cap a activitats preventives no cobertes pels serveis assistencials i promoure intervencions coordinades sobre els principals problemes de salut tot millorant la comunicació entre serveis de salut i socials dels barris.

La metodologia segueix el procés de diagnòstic de salut de la comunitat del moviment Atenció Primària Orientada a la Comunitat. En primer lloc es duu a terme una anàlisi preliminar de la salut al districte atenent els indicadors socio-demogràfics, de mortalitat, de morbiditat i d'utilització de serveis. A continuació es recullen les percepcions dels professionals sanitaris i socials mitjançant una petita enquesta. Se n'extreu una llista de problemes de la qual es prioritzen alguns, segons la seva magnitud, l'eficàcia de les intervencions i la seva factibilitat. Més endavant, en petits grups, s'estudien els recursos disponibles en els diferents serveis i idees per a la intervenció. A continuació es proposa un conjunt d'intervencions, un calendari, un pla d'avaluació i un grup encarregat de dur-lo a terme.

### Pla de salut de Sants-Montjuïc

L'any 1999 es va desenvolupar la primera part del Pla de salut de Sants-Montjuïc, el segon de la ciutat, després del de Ciutat Vella. A començaments d'any es va constituir un equip coordinador format per tècnics dels Serveis Personals del Districte, de les dues direccions d'atenció primària de salut de la zona i de l'Institut Municipal de la Salut. Seguint la metodologia esmentada, es va fer l'estudi dels indicadors de l'anàlisi prelimi-

nar i les enquestes a serveis personals i serveis sanitaris. El tercer trimestre es van prioritzar consensuadament els quatre temes als quals es donava preferència per a l'actuació: la salut mental, la salut en la gent gran, l'alcoholisme i la cirrosi i les immunitzacions. La fase de diagnòstic comunitari, en la qual s'explora més a fons cadascun dels temes destacats va seguir a la priorització. Alguns aspectes relacionats amb la salut de la gent gran com són ara l'alimentació, la prevenció dels riscos a la llar i els tallers per atendre els cuidadors, la coordinació interinstitucional, i també les vacunacions a l'escola, la salut mental i l'alcoholisme van ser abordats esglaonadament per grups de treball tècnic.

### El Pla de salut de Ciutat Vella

Durant l'any 1999 es van dur a terme dues de les principals accions previstes al Pla de salut de Ciutat Vella (1998): la reorientació del programa maternoinfantil i un projecte pilot d'integració de les vacunacions a la població escolar a l'ABS de la Barceloneta.

L'equip maternoinfantil detecta i fa visites domiciliàries educatives a les famílies que no segueixen les visites o recomanacions dels equips pediàtrics. El programa maternoinfantil ha estat reformulat d'acord amb el programa previst per al 1999: centralització de l'equip per atendre població de tot el districte; reducció de cinc a tres infermeres, informatització, sistema de detecció de casos centrat en l'atenció primària de salut i de serveis socials i concentració en les

famílies de risc. Tots els principals objectius han estat assolits, llevat de la detecció precoç d'embarassades, que depenia intrínsecament de la reforma de la atenció maternoinfantil del programa d'atenció a la dona. En total han estat detectats 674 naixements el 1999. Un 25,3% han estat subjectes a seguiment, entre les quals 150 famílies han tingut seguiment l'any 2000 i 20 famílies han assolit completament els objectius educatius. Durant el 1999 van ser visitades 285 famílies de nounats nascuts l'any anterior. Entre elles, 86 van rebre un seguiment o més durant el 1999 i 24 van assolir completament els objectius.

El programa pilot d'integració de les vacunacions al barri de la Barceloneta ha estat un altre del projectes impulsats al Pla de salut de Ciutat Vella. En el curs 1998-99 es va preparar un protocol comú entre els professionals de CAP de la Barceloneta, l'equip territorial de salut i el Servei de Promoció de la Salut de l'IMSP. Es van integrar els exàmens de salut a P4, el cribratge tuberculínic a 1r de primària, la vacunació triple vírica a 5è de primària i l'antitetànica-antidiftèrica a 2n d'ESO. En total van ser atesos 500 alumnes. Els resultats van ser satisfactoris, però va caldre esmerçar massa esforços en els recordatoris a les famílies.

### 2.7. Evolució de les malalties vacunables segons les polítiques de vacunació

A la taula 2.11 es mostra l'evolució de les malalties vacunables a Barcelona des de 1984. En aquest període es pot apreciar una disminució molt important en aquelles que presentaven unes taxes més elevades, i una tendència a l'estabilitat en les malalties les taxes inicials de les quals eren ja més baixes, si bé també cal tenir en compte que per a algunes s'han endegat processos de recerca activa de casos. En línies generals podríem distingir tres tipus de situacions:

**Taula 2.11. Evolució de les taxes d'incidència(\*) de les malalties vacunables, segons cada any a la ciutat de Barcelona**

Malaltia	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tètanus	0,06	0,06	0,05	0,20	0,18	0,12	0,29	0,00	0,06	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00
Tos ferina	105,87	76,20	110,23	102,06	122,3	151,70	29,44	10,34	25,55	12,29	13,08	10,90	10,47	0,18	0,46	0,99
Malaltia meningocòccica C	0,11	0	0,17	0	0,11	0,5	0,6	0,3	0,3	0,18	0,24	0,39	0,94	1,22	0,66	0,47
Xarampió	20,57	116,30	34,96	30,14	15,04	70,16	14,50	24,20	23,72	7,78	4,80	23,26	3,97	0,46	1,39	0,93
Rubèola	73,17	292,30	64,57	56,70	30,55	35,72	25,06	20,50	13,87	12,22	10,40	9,01	5,56	0,18	0,19	0,18
Parotiditis	136,60	145,50	76,09	70,92	73,60	79,09	57,01	43,44	33,03	18,90	22,99	20,60	17,96	5,83	5,10	3,51
Hepatitis B	3,42	4,30	3,70	3,46	2,99	2,64	3,83	3,40	4,32	4,38	3,83	3,71	4,40	4,77	4,90	3,25
Hepatitis A	2,69	4,83	8,60	8,57	5,34	6,63	9,30	13,50	8,09	8,21	5,70	3,95	10,54	7,75	10,21	6,63
<i>Haemophilus influenzae</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	1,20	0,54	0,50	1,06	0,46	0,20

(\*) per 100.000 habitants

### a) Malalties sotmeses a campanyes de vacunació i a vacunació sistemàtica.

Dins aquest grup tenim la poliomièlitis, la diftèria, el tètanus, i la tos ferina, que, prèviament a l'any 1973, van estar subjectes a campanyes de vacunació i a partir del 1973 van ser incloses en el calendari vacunal per a vacunació sistemàtica. Aquest any es va presentar el darrer cas de diftèria, mentre que el darrer cas de poliomièlitis detectat correspon a l'any 1983.

Pel que fa al tètanus, des de l'any 1969 s'inicia la disminució de casos a un o dos per any i aquesta situació es manté fins a l'any 1994 (taula) a partir del qual molts anys no apareix cap cas.

La davallada de la tos ferina té lloc a partir de l'any 1990, coincidint amb un canvi de nom: de catarro a tos ferina. A partir de l'any 1997 es torna a produir un canvi en el sistema de declaració d'aquesta malaltia, que passa de ser numèrica a nominal, s'observa novament una disminució de la incidència, si bé caldrà esperar un període més llarg per avaluar aquest canvi.

Finalment, cal senyalar que l'any 1997 va entrar dins aquest grup de malalties el serogrup C de la *Neisseria meningitidis*, que causa la malaltia meningocòccica. Aquesta entitat va ser objecte d'una campanya de vacunació adreçada a la població de 2 a 19 anys. L'any 2000 està prevista la seva entrada en el calendari vacunal com a malaltia de vacunació sistemàtica.

### b) Malalties sotmeses a vacunació sistemàtica

Dins aquest grup s'inclouen el xarampió i la rubèola. Des de l'any 1973 les vacunes corresponents a aquestes malalties estan incloses dins el calendari vacunal, si bé la rubèola només s'administrava a les noies d'11 anys fins a l'any 1982, en què es va introduir la vacuna triple vírica a ambdós sexes. En aquest període han sofert canvis en les dates d'inici de la vacunació pel que fa al nombre de dosis administrades i l'edat d'administració de la segona dosi, per tal d'adaptar la política vacunal a l'evolució de la malaltia. També han sofert canvis en relació amb el sistema de declaració, que des de l'any 1997 les considera de declaració individualitzada.

Al llarg d'aquest període hi ha una disminució clara, amb canvis en les mitjanes entre els anys 1986 i 1993. L'any 1997 passa a ser de declaració nominal i en aquests moments el sistema de vigilància està en període d'estabilització.

Pel que fa a la rubèola i a la parotiditis, s'observa igualment una davallada molt important al llarg

del període, amb taxes d'incidència de 0,18 i 3,51 per 100.000 habitants l'any 1999.

### c) Malalties sotmeses a polítiques de vacunació a grups de risc

En aquests casos, la política de control ha estat inicialment l'actuació sobre els grups de risc, si bé posteriorment s'han inclòs en el calendari vacunal. Aquest és el cas de l'hepatitis B, l'hepatitis A i l'*Haemophilus influenzae* tipus B. En cap d'aquests casos no s'han observat canvis en la seva incidència. En aquest període les polítiques de vacunacions a grups de risc no tenen un impacte en el control de la malaltia a escala poblacional.

## 2.8. La salut de la gent gran a Barcelona

Als països desenvolupats, les progressives millores de la qualitat de vida de la població i de l'atenció social i sanitària i també la influència del progrés tecnològic, junt amb altres fenòmens com ara el descens de la natalitat, comporten un progressiu envelliment de la població.

Aquests canvis en la distribució de la població, amb una creixent influència de la gent major de 64 anys, comportarà una modificació en la concepció de les etapes de la vida tal com les hem entès fins ara, així com una adaptació social a aquesta nova realitat emergent. A continuació presentem dades demogràfiques i de salut de la gent gran de Barcelona per tal d'il·lustrar aquesta nova realitat i la seva repercussió en el conjunt de la ciutat.

### Dades demogràfiques

L'any 1996 a Barcelona hi havia un 20,7% de la població que tenia més de 64 anys. A la taula 2.12 es pot observar l'evolució de la població de Barcelona en els darrers anys. Així, s'observa una disminució del percentatge de gent més jove mentre que alhora augmenten els percentatges de gent major de 65 anys, passant aquests darrers d'un 11,6% en els homes i un 17,8% en les dones l'any 1986 a un 16,9% i un 24%, respectivament, l'any 1996. Aquesta tendència a l'envelliment de la població, sobretot femenina, també s'observa en l'evolució dels índexs d'envelliment i sobreenvelliment dels darrers anys. L'any 1986 l'esperança de vida en nàixer era de 73,1 anys en els homes i de 79,8 en les dones, i el 1998 era de 75,1 i 82,1 anys, respectivament; aquest augment de la longevitat de la població contribueix a l'existència d'un major nombre de persones grans a la nostra ciutat. Junt amb aquests fenòmens demogràfics també cal destacar que en els darrers anys ha anat augmentant el nombre de persones grans que viuen soles. Per districtes (taula 2.13), s'observa que els districtes I (Ciutat Vella), II (Eixample) i VI (Gràcia) són els que presenten una major proporció de població de més de 65 anys (27,9%; 24,9% i 23,3%, respectivament) sent els dos últims els d'un major sobreenvelliment, sobretot en les dones. D'aquests tres districtes cal destacar que l'Eixample presenta un major nombre de gent

Taula 2.12. Evolució de la població de Barcelona, anys 1986-96

		1986	1991	1996
<b>Població</b>				
0-14	Homes	19,5 (%)	15,7 (%)	13,1 (%)
	Dones	16,6	13,3	10,9
15-64	Homes	69,0	70,4	70,0
	Dones	65,7	66,2	65,2
65-74	Homes	7,3	8,8	10,8
	Dones	9,9	11,2	13,0
75 i més	Homes	4,3	5,1	6,1
	Dones	7,9	9,3	11,0
Total població	Homes	806.632	775.988	704.985
	Dones	895.180	867.554	803.820
<b>Índex d'envelliment</b>				
	Homes	11,6	13,9	16,9
	Dones	17,7	20,5	23,9
<b>Índex de sobreenvelliment</b>				
	Homes	36,8	36,6	36,05
	Dones	44,4	45,35	45,85
<b>Gent gran que viu sola</b>				
	65-74anys	ND	27.533 (16,6%)	31.280 (17,3%)
	75-84anys	ND	21.857 (23,2%)	27.207 (27,4%)
	85 i més	ND	4.664 (18,1%)	7.683 (24,1%)

Font: Padró Municipal de Barcelona, 1986, 1991 i 1996.

Taula 2.13. Distribució de la població major de 64 anys segons el districte municipal de residència. Barcelona 1996

		BCN	Districte I	Districte II	Districte III	Districte IV	Districte V	Districte VI	Districte VII	Districte VIII	Districte IX	Districte X
<b>Població</b>												
>=65	Homes	16,9	21,3	20,0	16,7	14,6	17,2	18,5	15,3	16,0	14,6	15,5
	Dones	23,9	33,6	28,9	23,8	18,5	23,8	27,0	20,9	21,0	20,1	21,4
	Total	20,7	27,9	24,9	20,4	16,7	20,8	23,2	18,3	18,6	17,5	18,6
>=75	Homes	6,1	8,1	8,4	5,7	5,2	6,7	7,4	5,0	4,7	4,8	5,2
	Dones	11,0	16,5	14,8	10,7	8,2	11,5	13,4	9,0	8,0	8,6	9,0
	Total	8,7	12,6	11,9	8,3	6,8	9,3	10,7	7,1	6,4	6,8	7,2
<b>Índex sobreenvelliment</b>												
	Homes	36,0	37,9	41,9	34,4	35,8	38,7	39,9	32,8	29,7	33,1	33,3
	Dones	45,8	49,0	51,1	44,8	44,2	48,3	49,7	43,0	38,1	42,8	41,9
<b>Llars unipersonals</b>												
>=65		66.170	6.864	14.588	7.545	2.436	5.470	6.260	5.726	5.666	4.363	7.252
>=75		34.890	3.788	8.380	3.991	1.220	3.081	3.488	2.731	2.579	2.114	3.518
<b>Instrucció insuficient</b>												
		15,8	24,4	11,1	18,4	9,1	6,1	12,4	19,6	23,7	15,7	17,8
<b>ICEF</b>												
		100	62,7	114,4	86,1	138,8	162,7	101,0	91,7	77,3	88,8	86,9

Les dades procedeixen del Padró de 1996, excepte l'índex de capacitat econòmica familiar (ICEF), que és de l'any 1988.



gran que viu sola i Ciutat Vella, uns indicadors socioeconòmics més desfavorables en relació amb els del conjunt de la ciutat, la qual cosa probablement contribueix a determinar unes condicions de vida més adverses també per a la gent gran.

**Dades de mortalitat**

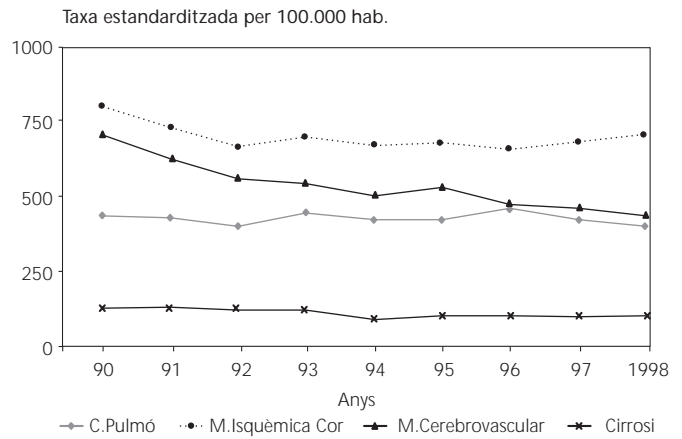
Pel que fa a la mortalitat de la gent gran, les taxes de l'any 1998 en els homes entre 65 i 74 anys eren de 2.691,5 per 100.000 habitants i en els majors de 75 anys, de 9.910,2; i en les dones, 1.088,1 i 7.121,1, respectivament. A la taula 2.14 es presenten les tres primeres causes de mortalitat en homes i dones majors de 65 anys; tant en homes com en dones s'observa que les malalties de l'aparell circulatori són les primeres causes de mort en aquests grups d'edat junt amb els tumors de tràquea i pulmó en els homes i els tumors malignes de mama en les dones.

A les figures 2.13 i 2.14 es presenta l'evolució en els darrers anys de les principals causes de mort en homes i dones majors de 64 anys. S'hi observa una tendència que assenyalava una disminució de la mortalitat pel que fa a les malalties cerebrovasculars en ambdós sexes i del càncer de pulmó en els homes i, en canvi, un cert augment de la mortalitat per malaltia isquèmica del cor tant en homes com en dones.

**Dades de morbiditat**

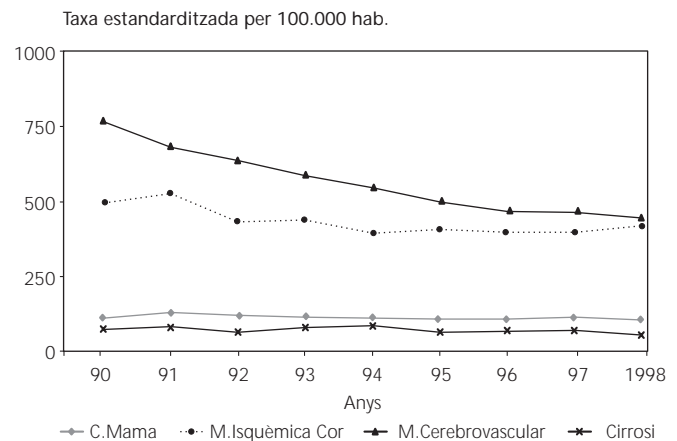
En relació amb l'estat de salut declarat pels majors de 64 anys (figura 2.15), segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 1992, més de la meitat de la població d'aquest grup d'edat declarava un estat de salut bo o molt bo. Aquesta percepció de l'estat de salut disminuïa a mesura que augmentava l'edat i, sobretot en les dones, passa d'un 5,8% de les del grup d'edat 65-74 anys, que declarava una salut dolenta, a un 12,3% de les dones majors de 74 anys. Un 86,9% de la població major de 64 anys declarava tenir com a mínim un trastorn crònic; d'aquests els declarats més freqüentment per tots dos sexes eren l'artrosi i la mala circulació (taula 2.15). Al voltant d'un 20% dels majors de 64 anys declaraven haver patit en el decurs del darrer any algun impediment per realitzar les seves activitats habituals o de lleure i un 9% manifestava la necessitat de l'ajuda d'altres persones per realitzar activitats mínimes d'atenció personal (higiene, menjar, moure's per la casa...).

**Figura 2.13. Evolució de la mortalitat per les principals causes en el grup d'edat de més de 64 anys en homes. BCN 1990-1998.**



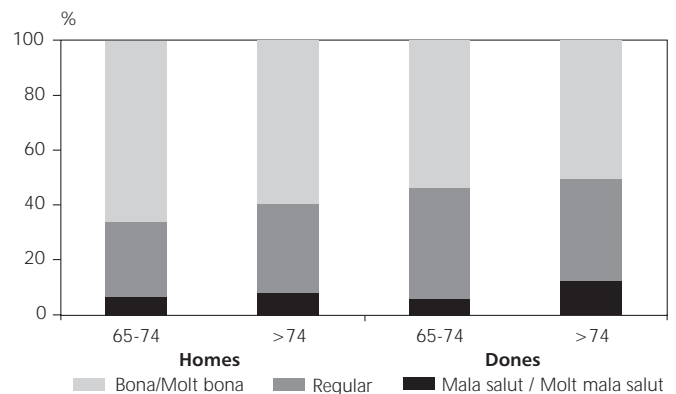
Font: Registre de mortalitat. IMSP.

**Figura 2.14. Evolució de la mortalitat per les principals causes en el grup d'edat de més de 64 anys en dones. BCN 1990-1998.**



Font: Registre de mortalitat. IMSP.

**Figura 2.15. Distribució segons l'estat de salut percebuda dels de 64 anys. ESB-1992**



### Conclusions / Implicacions

- L'evolució de la població de Barcelona en els darrers anys mostra com a principal característica la tendència cap a l'envelliment.
- L'envelliment s'haurà de considerar com una etapa de la vida cada cop més llarga, amb noves formes de relacions socials i familiars i també amb un increment de demandes de serveis tant sanitaris com socials.
- Cal destacar la feminització de l'envelliment i els canvis en les formes familiars, especialment la progressiva aparició de llars unipersonals entre la gent gran.
- Ens trobem amb un nombros col·lectiu de gent gran que arriba a una avançada edat amb un grau d'autonomia personal important, amb un estat de salut general força conservat i que demanarà tenir un paper social actiu.
- Caldrà promoure una ciutat accessible que faciliti la integració de la gent gran, que s'adeqüi a les seves necessitats i que supprimeixi els obstacles tant físics com socials o culturals que puguin dificultar la seva participació activa en el conjunt de la societat.

**Taula 2.14. Causes principals de mortalitat en majors de 64 anys. Barcelona 1998.**

Homes. Grups d'edat	Tres primeres causes	Taxa *	%
65 –74	Malaltia isquèmica del cor	386,0	14,3
	Tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó	348,1	12,9
	Malalties de la circulació pulmonar i insuficiència cardíaca	181,9	6,7
75 i més	Malaltia isquèmica del cor	1.329,9	13,4
	Malaltia cerebrovascular	988,7	9,7
	Malalties de la circulació pulmonar i insuficiència cardíaca	970,1	9,9

Dones. Grups d'edat	Tres primeres causes	Taxa *	%
65 –74	Malaltia isquèmica del cor	109,5	10,0
	Malalties de la circulació pulmonar i insuficiència cardíaca	95,1	8,7
	Tumor maligne de la mama	86,4	7,9
75 i més	Malalties de la circulació pulmonar i insuficiència cardíaca	1.043,4	14,6
	Malaltia cerebrovascular	944,7	13,2
	Malaltia isquèmica del cor	849,5	11,9

\* Taxes per 100.000 habitants

Font: Registre de Mortalitat, IMSP

**Taula 2.15. Els cinc trastorns crònics principals declarats pels majors de 64 anys**

	Homes 65 anys o més	Dones 65 anys o més
<b>1r</b>	Artrosi	Artrosi
<b>2n</b>	Mala circulació	Mala circulació
<b>3r</b>	Trastorns de pròstata	Mal d'esquena crònic
<b>4t</b>	Trastorns cardíacs	Varices a les cames
<b>5è</b>	Mal d'esquena crònic	Problemes nerviosos. Depressions

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 1992.

## **CAPÍTOL 3**

---

# LA SITUACIÓ DELS OBJECTIUS GENERALS DE SALUT: TENDÈNCIES I PROJECCIONS



### Introducció: resum de la situació

Aquest capítol revisa la situació dels indicadors de la majoria dels objectius generals formulats al Pla de salut de Barcelona (PSB), documenta les tendències temporals en el període anterior a l'inici del Pla (fins al 1992), durant els plans de salut 1993-1995, 1996-1998 i 1999-2001 i contrasta aquestes tendències amb els valors dels indicadors que s'han d'assolir l'any 2000.

La quantificació de l'objectiu per a l'any 2000 s'ha fet prenent com a referència la situació de l'any 1992.

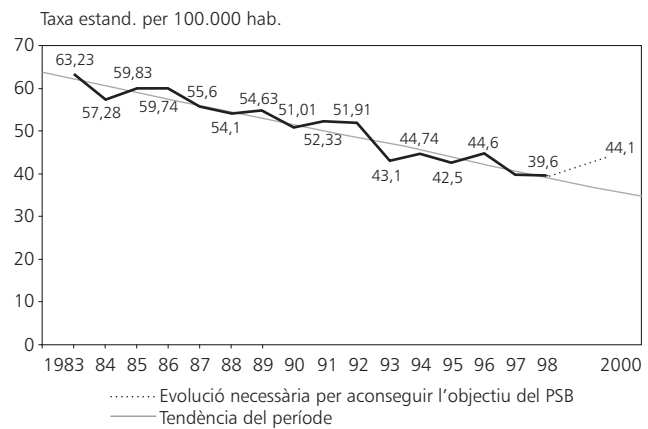
No s'hi han inclòs els objectius relatius a serveis sanitaris, atesa la manca d'informació de base poblacional per a la ciutat.

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

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

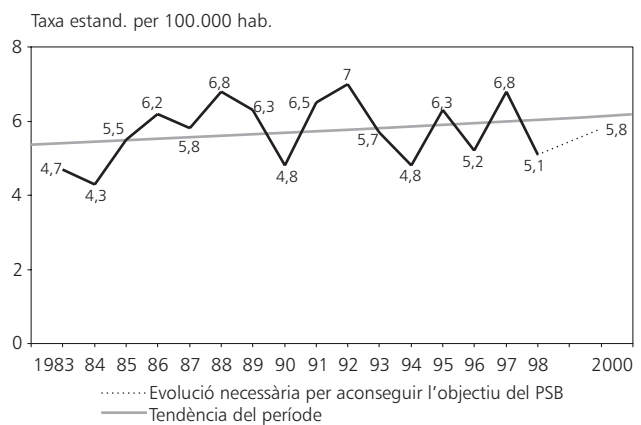
Val a dir que aquesta agrupació s'ha fet prenent com a base el contrast de la tendència de la distribució dels diversos indicadors amb les magnituds fixades en els diferents objectius del PSB.

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



Font: Registre de mortalitat, IMS

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



Font: Registre de mortalitat, IMS.

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

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

### 3.1. Problemes de salut cardiovasculars

#### Objectius generals per a l'any 2000

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

**Valoració del potencial assoliment dels objectius del Pla de salut de Barcelona per a l'any 2000, a partir de les dades anteriors a 1999**

OBJECTIU	Assolible si es manté la tendència	Assolible intensificant esforços actuals	Diffícilment assolible
Reduir la mortalitat ap. circulatori en < 65 anys (15%)	Assolible		
Reduir la mortalitat per insuficiència renal crònica (5%)	Assolible		
Reduir la mortalitat per malaltia cerebrovascular (20%)	Assolible		
Reduir la mortalitat per càncer en < 65 anys (15%)			Diffícilment assolible
Estabilitzar la tendència de mortalitat per càncer de mama en dones	Assolible		
Estabilitzar la tendència de mortalitat per càncer de pulmó en homes	Assolible		
Reduir la mortalitat per càncer de coll uterí (25%)	Assolible		
Reduir la mortalitat per malalties respiratòries (10%)		Assolible	
Reduir la mortalitat per accidents, enverinaments i violències (25%)	Assolible		
Reduir la mortalitat per accidents de trànsit en homes de 15 a 24 anys (35%)	Assolible		
Reduir la mortalitat per caigudes accidentals (15%)	Assolible		
Reduir la mortalitat per ofegaments i submersió (25%)		Assolible	
Reduir la mortalitat per cirrosi hepàtica (15%)	Assolible		
Reduir mortalitat per alcohol	Assolible		
Reduir prevalença alcohol 15-64 anys (4,5%)		Assolible	
Reduir la prevalença alcohol 15-29 anys (25%)		Assolible	
Formació drogodependències mestres (70%)		Assolible	
Reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues (50%)		Assolible	
Reduir la prevalença de drogodependències a opiàcis en joves 15-29 anys al 0,4%	Assolible		
Disminuir la incidència de la infecció pel VIH en UDVP	Assolible		
Disminuir la prevalença de la infecció pel VIH en UDVP	Assolible		
Disminuir els casos de nens infectats pel VIH per transmissió vertical a $\leq 1/3.000$ nadons	Assolible		
Mantenir/reduir les malalties vacunables	Assolible		
Reduir la morbiditat per hepatitis B (30%)			Diffícilment assolible
Reduir la mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, el part i el puerperi	Assolible		
Reduir la mortalitat perinatal	Assolible		
Reduir la mortalitat infantil	Assolible		
Reduir la prevalença de prematuritat cronològica			Diffícilment assolible
Reduir la prevalença de baix pes en néixer			Diffícilment assolible
Reduir l'índex d'embarassos en noies de 14-17 anys			Diffícilment assolible
Reduir la taxa de morbiditat per accidents laborals (15%)		Assolible	
Reduir la taxa de mortalitat per accidents laborals (20%)		Assolible	
Reduir la mortalitat per TBC (<1 per 100.000)	Assolible		
Invertir la tendència a l'augment de la morbiditat per TBC	Assolible		
Reduir la infecció TBC en nens de 6-7 anys (0,4%)	Assolible		
Reduir la prevalença d'infecció tuberculosa i el RAI en nens de 6-7 anys (0,05%)	Assolible		
Escolars 12 anys lliures de càries (50%)	Assolible		
Índex CAOD escolars 12 anys (<2)	Assolible		
Reduir la morbiditat declarada per febre tifoide a 1 cas per 100.000 h.	Assolible		
Reduir la morbiditat declarada per enteritis i diarrees, inferior a 4.500 casos per 100.000 h.	Assolible		
Reduir els brots de toxoinfeccions alimentàries (30%)			Diffícilment assolible
Reduir la incidència de sífilis (30%)	Assolible		
Reduir la incidència d'infecció gonocòccica (25%)	Assolible		
Reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual (20%)	Assolible		
Eliminar l'oftàlmia <i>neonatorum</i>		Assolible	
Eliminar la sífilis congènita	Assolible		
Reduir la mortalitat per tabac en homes de 15 a 44 anys		Assolible	
Reduir la prevalença del tabaquisme (20%)			Diffícilment assolible
Reduir la prevalença del tabaquisme en joves de 15 a 24 anys (18%)			Diffícilment assolible
Incrementar l'abandonament del tabaquisme (30%)	Assolible		
Augmentar la prevalença d'adults que practiquen exercici durant el lleure al 50%	Assolible		

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

**Situació actual**

El 37,4% del total de morts de l'any 1998 en residents a Barcelona ciutat es produí a causa de malalties de l'aparell circulatori, que inclouen malalties cardíaques, malalties cerebrovasculars, malaltia hipertensiva, malaltia de la circulació pulmonar, arteriosclerosi i altres malalties del cor i vasos sanguinis. Per tant, en aquest grup hi ha la primera causa de mort de la població.

**Tendències**

En les malalties de l'aparell circulatori i cerebrovascular sembla que el manteniment dels esforços existents abans de l'inici del PSB ja permetria assolir els objectius fixats (figura 3.1 i 3.3) i tots dos objectius estan assolits actualment. Per a la insuficiència renal crònica (figura 3.2), encara que la tendència és lleugerament incremental, l'objectiu és assolible mantenint els esforços actuals.

**3.2. Càncer**

**Objectius generals per a l'any 2000**

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

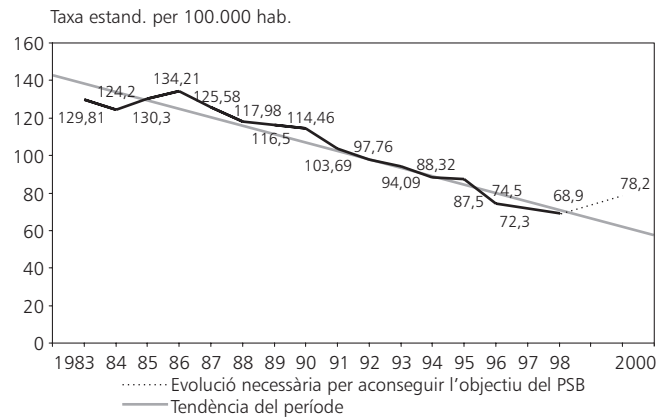
**Situació actual**

El 27,6% del total de morts durant l'any 1998 en residents a la ciutat de Barcelona es produí a causa de tumors. Els tumors són el segon gran grup de causes de defunció. El càncer de tràquea, bronquis i pulmó és el més freqüent en els homes (27% del total de tumors) i el de mama en les dones (17,4%). Són la primera causa de mortalitat prematura per tumors en homes i dones, respectivament, i tots dos són la segona causa de mortalitat prematura en termes globals, darrere de les causes externes en ambdós sexes. El càncer de coll uterí en les dones representa el 0,8% del total de tumors.

**Tendència**

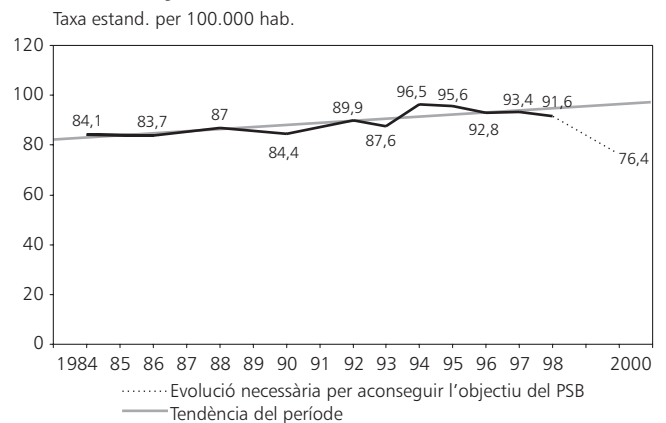
La tendència de la taxa de mortalitat estandarditzada en el menors de 65 anys per a tots els tu-

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



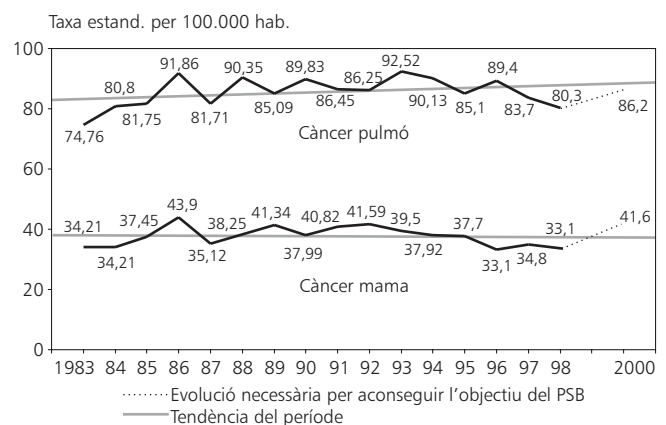
Font: Registre de mortalitat, IMS.

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



Font: Registre de mortalitat, IMS

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



Font: Registre de mortalitat, IMS.

mors és creixent en els darrers 15 anys, encara que des del 1995 hi ha hagut una certa disminució (figura 3.4). Així i tot encara sembla difícilment assolible la reducció desitjada per a l'any 2000, fins i tot amb esforços extraordinaris. La mortalitat per càncer de pulmó disminueix des de l'any 1994 (figura 3.5) i això fa que es converteixi en un objectiu assolible l'any 2000. Quant al càncer de mama en les dones, des de l'any 1993 s'han presentat taxes de mortalitat inferiors a l'any 1992. Si aquest fet es continua produint s'estarà aconseguit l'objectiu.

Pel que fa al càncer de coll uterí, la taxa de l'any 1998 (figura 3.6) va ser de 4 per 100.000 dones. Les oscil·lacions d'aquestes taxes són atribuïbles, en gran part, al baix nombre de casos. Tot i aquesta inestabilitat, semblaria assolible l'objectiu per a l'any 2000.

### 3.3. Malalties de l'aparell respiratori

#### Objectiu general per a l'any 2000

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

#### Situació actual

Les malalties de l'aparell respiratori van representar el 9,8% de les causes de mortalitat l'any 1998. Aquest gran grup de causes de mort és la tercera causa de mortalitat.

#### Tendència

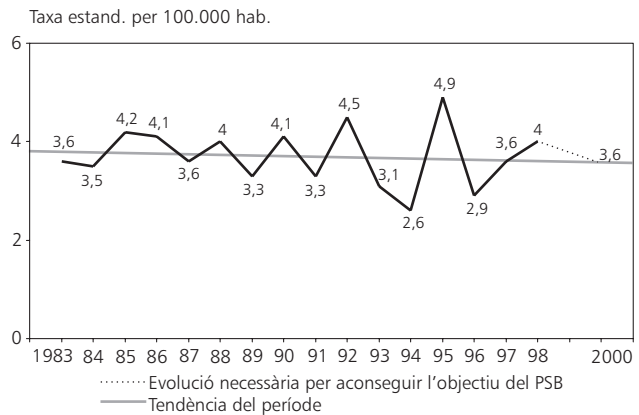
Les taxes dels darrers anys sembla que apunten a una estabilització de la disminució de taxes aconseguides l'any 1992, encara que l'any 1998 s'ha produït un increment. L'assoliment de l'objectiu sembla que requeriria una intensificació dels esforços actuals (figura 3.7).

### 3.4. Lesions produïdes per accidents i violències

#### Objectius generals per a l'any 2000

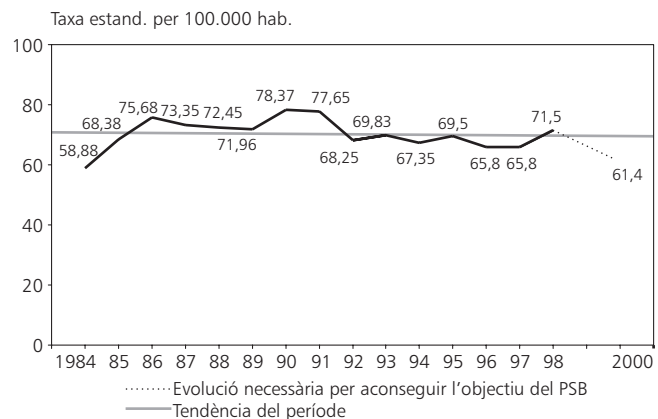
1. Reduir un 25% la taxa global de mortalitat per accidents, enverinaments i violències.
2. Reduir un 35% la taxa de mortalitat per accidents de trànsit en els homes de 15 a 24 anys.

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



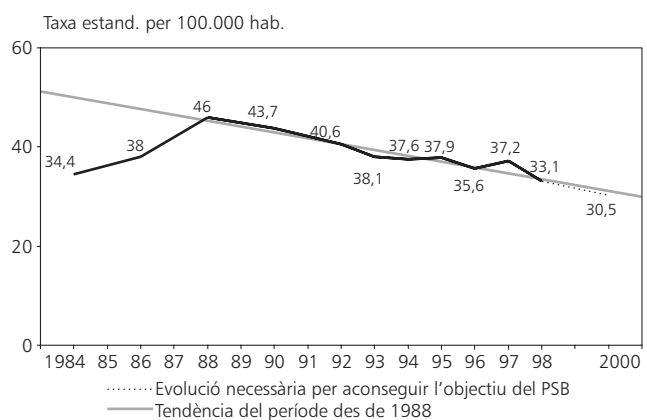
Font: Registre de mortalitat, IMS.

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



Font: Registre de mortalitat, IMS.

**Figura 3.8. Evolució de la mortalitat a tots dos sexes per causes externes. Barcelona ciutat.**



Font: Registre de mortalitat, IMS.



**Taula 3.1. Distribució percentual de les causes específiques de mortalitat del grup de causes externes. Barcelona, 1998.**

	Ambdós sexes n (%)	Homes n (%)	Dones n (%)
Accidents de vehicles amb motor	126 (21,5%)	82 (22,5%)	44 (19,9%)
Caigudes accidentals	93 (15,9%)	36 (9,9%)	57 (25,8%)
Sobredosi	94 (16,0%)	74 (20,3%)	20 (9,0%)
Suïcidi	90 (15,4%)	64 (17,5%)	26 (11,8%)
Resta de causes externes	183 (31,2%)	109 (29,9%)	74 (33,5%)
Total de causes externes	586 (100%)	365 (100%)	221 (100%)

3. Reduir la taxa de mortalitat per caigudes accidentals en un 15%.
4. Reduir la taxa de mortalitat per ofegaments i submersió en un 25%.

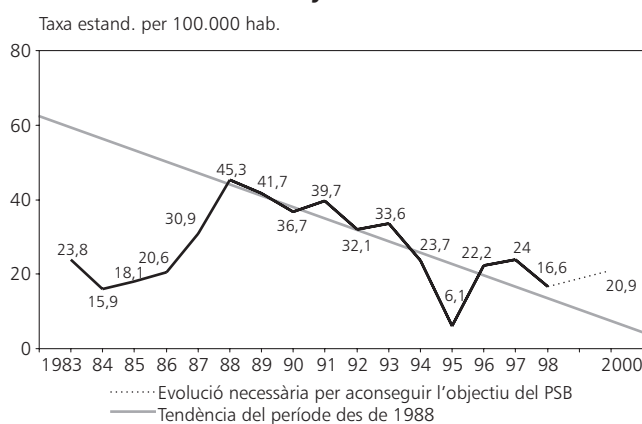
**Situació actual**

Dins de les causes externes s’inclouen accidents de vehicles amb motor, caigudes accidentals, enverinaments i efectes tòxics, ofegaments i submersions accidentals, suïcidis i autolesions, així com la resta de causes externes. A la taula 3.1 es mostra la contribució percentual de cadascuna d’aquestes causes dins del grup de les causes externes l’any 1998.

**Tendència**

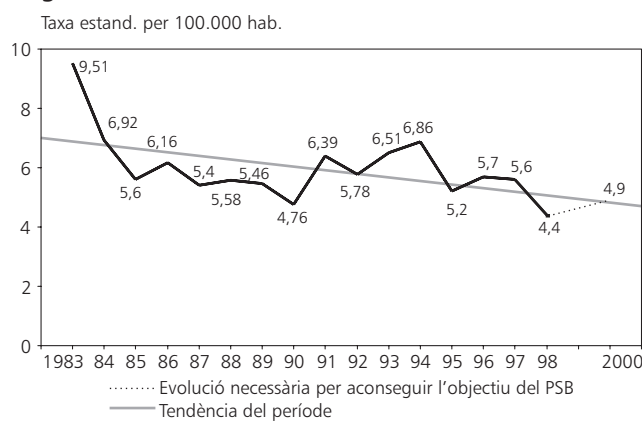
L’evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada per causes externes dels residents a Barcelona ha presentat dos períodes molt ben definits: el primer clarament ascendent (1984-1988), amb una tendència que s’estroneja a partir del 1989 i passa a ser descendent (figura 3.8). Per tant, el manteniment de les estratègies actualment vigents hauria de permetre reduir satisfactòriament la mortalitat per causes externes. L’objectiu de disminució de la mortalitat per accidents de trànsit en els homes joves (figura 3.9), podrà ser assolit si es manté la tendència del període de disminució de la mortalitat. Pel que fa a la tendència de la mortalitat per caigudes accidentals (figura 3.10), cal valorar que la tendència lineal s’ha ajustat, tenint en compte tots els punts des del 1983. Segons aquesta tendència l’objectiu està assolit. Quant als ofegaments i submersions, la tendència no és la disminució; ha estat variable durant el període de 1983 a 1996, i veritablement hi va haver disminució des de 1994. Si aquesta darretera tendència es manté es podrà assolir l’objectiu (figura 3.11). En aquest cas la quantificació de l’objectiu per a l’any 2000 s’ha fet prenent com a referència l’any 1993.

**Figura 3.9. Evolució de la mortalitat per accidents de trànsit en homes de 15 a 24 anys. Barcelona ciutat.**



Font: Registre de mortalitat, IMS.

**Figura 3.10. Evolució de la mortalitat a tots dos sexes per caigudes accidentals. Barcelona ciutat.**



Font: Registre de mortalitat, IMS.

### 3.5. Problemes de salut de l'aparell digestiu

#### Objectiu general per a l'any 2000

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

#### Situació actual

El 5,1% de la mortalitat que es va produir l'any 1998 en residents a Barcelona va estar causada per malalties de l'aparell digestiu. Dins d'aquest grup la cirrosi i altres malalties cròniques del fetge constitueixen el 40,4% de les morts.

#### Tendència

La tendència decreixent de l'evolució de la mortalitat per cirrosi hepàtica en els darrers anys a la ciutat de Barcelona (figura 3.12.) ha fet que l'objectiu s'hagi assolit.

### 3.6. Consum excessiu d'alcohol

#### Objectiu general per a l'any 2000

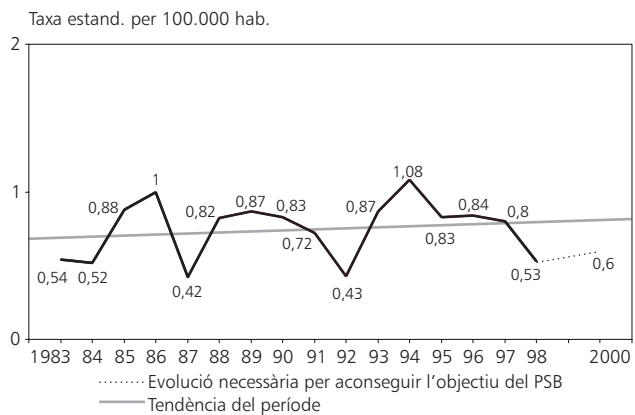
1. Reduir la incidència de la síndrome alcohòlica fetal en un 25%.
2. Reduir fins a un 4,5% la prevalença de consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia en la població general de 15 a 65 anys.
3. Reduir un 25% la prevalença de consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia en la població de joves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

#### Situació actual

Disposem de la mateixa informació que l'any anterior. Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona 1992, en la població entre 15 i 65 anys, la proporció d'homes consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur per dia és del 6,6%, i la de dones consumidores de més de 40 cc d'alcohol pur per dia és del 3,7%. En els joves entre 15 i 29 anys, la proporció d'homes consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia és del 3,6% i la de dones consumidores de més de 40 cc d'alcohol pur per dia és de 2,9%.

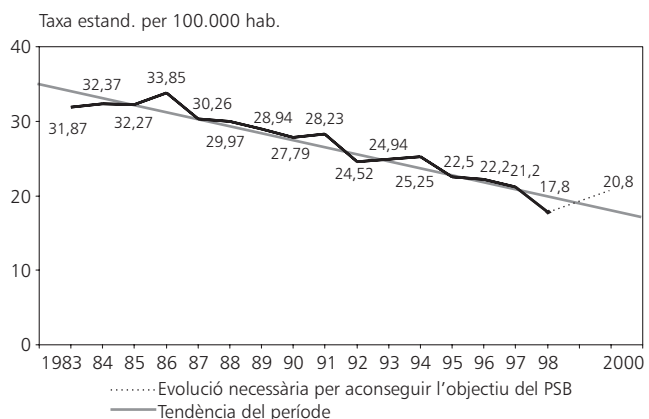
De l'Enquesta de Salut de Catalunya, referent a la mostra de la ciutat de Barcelona, un 5,4% dels homes i un 0,61% de les dones són bevadors de risc (més de 40 i 20 grams d'alcohol pur per dia, respectivament), així com el 61,1% dels homes i el 39,9% de les dones són bevadors moderats.

**Figura 3.11. Evolució de la mortalitat a tots dos sexes per ofegaments i submersions. Barcelona ciutat.**



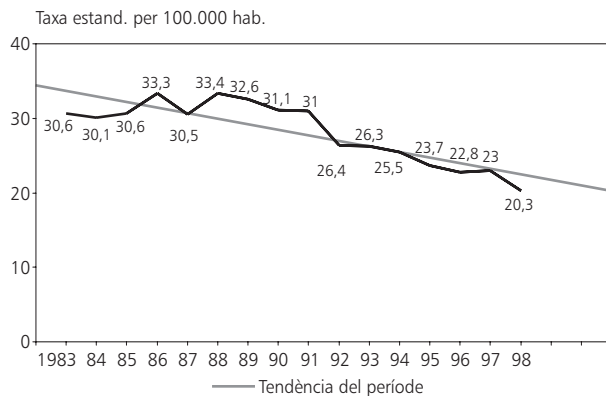
Font: Registre de mortalitat, IMS.

**Figura 3.12. Evolució de la mortalitat a tots dos sexes per cirrosi. Barcelona ciutat.**



Font: Registre de mortalitat, IMS.

**Figura 3.13. Evolució de la mortalitat atribuïble a l'alcohol. Barcelona ciutat.**



Font: Registre de mortalitat, IMS

**Tendència**

A la figura 3.13 es presenta l'evolució de la mortalitat atribuïble a l'alcohol en els darrers anys en els residents a la ciutat de Barcelona. Per obtenir una aproximació de les morts atribuïbles a l'alcohol s'ha utilitzat el mètode proposat per Piedrola i col. (70% de cirrosi hepàtica, 50% d'accidents de trànsit i 25% de suïcidis i lesions autoinfringides; no s'hi han pogut incloure els accidents de causa principalment industrial). Des de l'any 1988 la tendència és la disminució.

Cal dir que durant l'any 2000 s'està duent a terme una nova enquesta de salut a la ciutat que aportarà dades actualitzades de consum d'alcohol declarat.

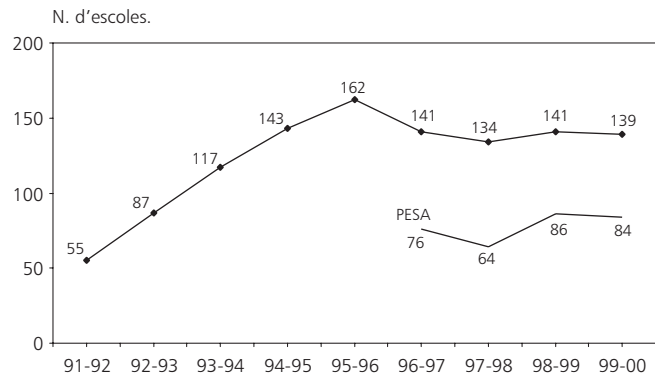
Pel que fa a la tasca que cal dur a terme a les escoles i com a prevenció primària, a Barcelona hi ha el programa PASE (Prevenció de l'Abús de Substàncies Addictives a l'Escola), que és una iniciativa del Pla municipal d'acció sobre drogodependències i de l'IMS i que té com a objectiu prevenir l'abús de substàncies addictives, principalment el tabac i l'alcohol. És un programa adreçat a escolars entre 11 i 13 anys. A la figura 3.14 es mostra l'evolució de l'aplicació del programa a les escoles de Barcelona. Darrerament s'ha posat en marxa a les escoles secundàries (estudiants de 14-15 anys) el programa PESA, basat en el mòdul *Decideix!* desenvolupat a Mallorca. Les dades de la seva implementació també es poden veure a la figura 3.14. En el curs 1996-1997, el nombre d'escoles adherides va ser de 76, cosa que representava un total de 4.888 alumnes. El curs 1997-1998 va disminuir el nombre d'escoles a 64, encara que la disminució del nombre d'alumnes no va ser tan important (4.629 alumnes). En el curs 1998-1999 el nombre d'escoles va augmentar fins a 86, la qual cosa representava un total de 5.804 alumnes.

**3.7. Consum de drogues no institucionalitzades**

**Objectius generals per a l'any 2000**

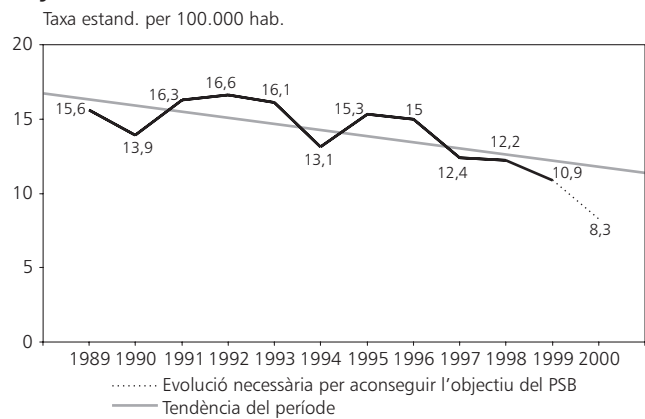
1. Reduir la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues almenys en un 50%.
2. Reduir la prevalença de drogodependència dels opiàtics en la població de joves (15-29 anys) fins a un màxim del 0,4%.
3. Reduir un 25% la prevalença de consumidors de cannabis en la població de joves (de 15 a 29 anys).

**Figura 3.14. Nombre d'escoles que apliquen el programa PASE a Barcelona ciutat.**



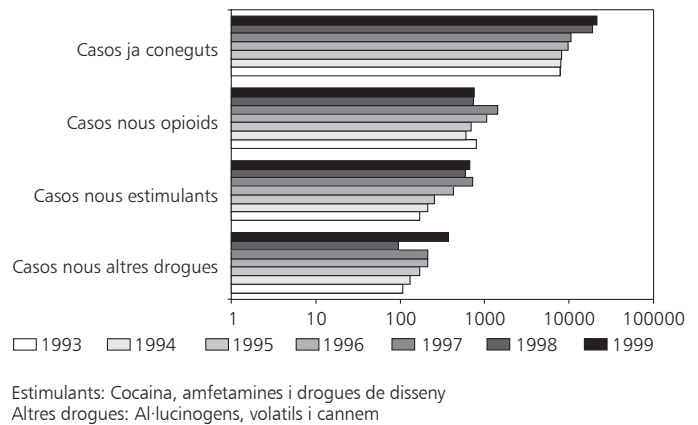
Font: Seguiment programes, IMS  
Dades 1999-2000: provisionals (data tancament: 31/7/00)

**Figura 3.15. Evolució de la mortalitat per reacció aguda adversa al consum de drogues en la població entre 15 i 49 anys. Barcelona ciutat.**



Font: SIDB, IMS.

**Figura 3.16. Persones addictes a drogues il·legals detectades pel Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona ciutat.**



Estimulants: Cocaïna, amfetamines i drogues de disseny  
Altres drogues: Al·lucinogens, volatils i canem

**Situació actual**

L'any 1998 es van produir 90 morts per reacció adversa al consum de drogues, tots residents a la ciutat de Barcelona. A la figura 3.15 es presenta l'evolució de la taxa de mortalitat des de l'any 1989. A la figura 3.16 es presenta la distribució dels addictes detectats pel Sistema d'Informació de Drogodependències de Barcelona segons la droga per la qual han consultat. L'any 1999 es manté la disminució observada l'any 1998 del nombre de casos nous per opiacis, així com el fet que gairebé hi ha hagut els mateixos casos nous per estimulants (cocaïna, amfetamines i drogues de disseny) que per opiacis. Tanmateix, hi ha un increment del grup d'altres drogues (al·lucinògens, volàtils i cànem), principalment a causa de la iniciació de tractament per cànem per ordre judicial.

A Barcelona no es disposa d'informació de la prevalença poblacional de consum de drogues; com a indicadors aproximatius, es presenten els casos nous enregistrats per consum d'opiacis, cocaïna i cànem, del grup d'edat entre 15 i 29 anys (figura 3.17); s'hi observa una disminució de les taxes de casos nous per opiacis i cànem, però un increment important dels casos nous enregistrats per cocaïna. Malgrat que en els objectius del PSB no es va prioritzar el monitoratge de la cocaïna ni les intervencions, atès el nombre baix de casos que hi havia aleshores, en propers plans hauria de ser prioritari ja que actualment és un problema de salut, sobretot en joves.

**Tendència**

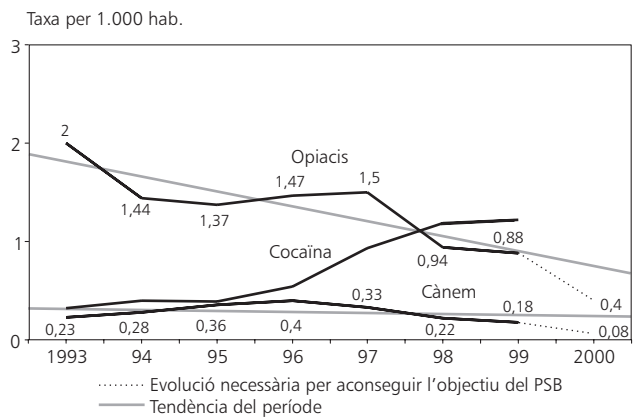
Tot i la tendència global de disminució dels darrers anys de la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues (figura 3.15), caldrà incrementar els esforços si es volen assolir els objectius fixats.

**3.8. Infecció pel VIH i la sida**

**Objectius generals**

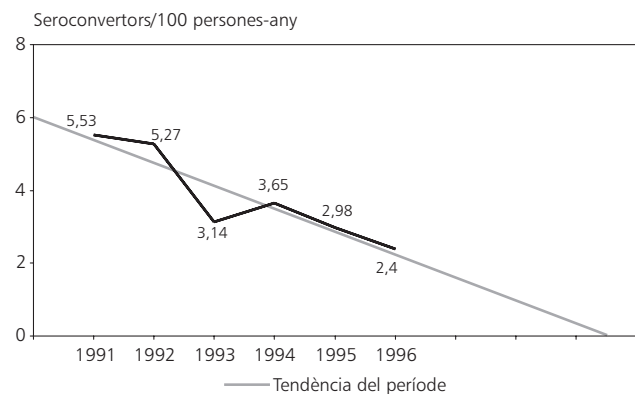
1. D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la incidència de la infecció pel VIH de totes les vies de transmissió.
2. D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de la infecció pel VIH en tots els grups de transmissió com a resultat de la disminució de la incidència, almenys un 15%.
3. D'aquí a l'any 2000 cal disminuir almenys un 50% el nombre d'infants infectats pel VIH per transmissió vertical ( $\leq 1/3.000$  nadons).

**Figura 3.17. Evolució de la taxa de casos nous enregistrats per consum d'opiacis, cànem i cocaïna en la població de 15-29 anys de Barcelona ciutat.**



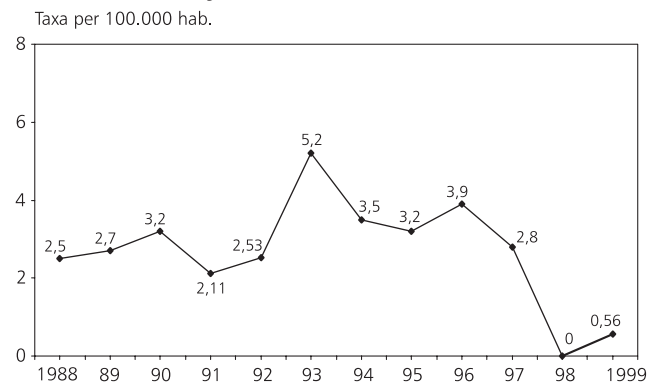
Font: SIDB, IMS.

**Figura 3.18. Taxes d'incidència anual de seroconversió al VIH en addictes a drogues per via parenteral que segueixen tractament en els CAS municipals de Barcelona.**



Font: SIDB, IMS.

**Figura 3.19. Evolució de la incidència de la sida pediàtrica (menors de 15 anys). Barcelona ciutat.**



Font: SIDB, IMS.i

4. D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la freqüència de les pràctiques de risc per a la infecció pel VIH i augmentar les intervencions i estratègies preventives adreçades a evitar o disminuir el dany.
5. D'aquí a l'any 2000 cal que el procés d'atenció als malalts i infectats es desenvolupi en el nivell assistencial adequat a les diferents fases de la història natural de la malaltia i que hi hagi coordinació entre els diferents nivells assistencials.

**Situació actual**

La sida va representar l'any 1998 el 0,6% de totes les morts dels residents a la ciutat de Barcelona, continuant la clara davallada observada des de l'any 1996. Pel que fa a la incidència de casos, l'any de màxima incidència va ser el 1994, amb 694, i des de llavors s'observa una continua disminució: 367 casos l'any 1997, 235 l'any 1998 i 171 l'any 1999. El 1998 la sida ha estat la quarta causa de mortalitat prematura tant en homes com en dones.

**Tendències**

Les dades d'un estudi de cohorts prospectiu realitzat a UDVP que iniciaven tractament per la seva drogodependència han permès conèixer la taxa d'incidència de seroconversió al VIH en aquesta població, la qual es mostra a la figura 3.18, la tendència de la qual és de disminució. Si

disminueix la incidència, es pot preveure una disminució de la prevalença, amb la qual es considera factible assolir els dos primers objectius.

La incidència de sida pediàtrica (en els menors de 15 anys) ha seguit una evolució progressivament decreixent, amb una taxa l'any 1997 de 2,8 per 100.000 habitants; l'any 1998 no es va registrar cap cas de sida pediàtrica i el 1999 es va diagnosticar un cas, que representa una taxa de 0,56 per 100.000 habitants (figura 3.19).

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

**Objectius generals per a l'any 2000**

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

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

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

Font: Registre de MDO. IMS. \* El 1997 ha canviat el sistema de notificació, que ha passat de numèric a nominal.

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

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

Font: Registre de MDO. IMS.

### Com a objectius operacionals

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

#### Situació actual

El registre informatitzat del Pla de vacunacions de Barcelona permet conèixer l'estat vacunal registrat dels nens de la ciutat a partir del retorn de les targetes trameses amb el carnet de vacunacions a les famílies dels nounats. Aquesta previsió, però, subestima la cobertura ja que considera no vacunats els infants la família dels quals no ha tornat la targeta corresponent. De fet sabem, mitjançant un estudi fet l'any 1988, que almenys en el 50% d'aquests casos ha tingut lloc la immunització que pertoca, i que no s'ha enviat la targeta per oblit o pèrdua. En aquest context cal situar les dades de cobertura de l'any 1999, a partir del retorn del carnet, les quals mostren que el 79,3% dels infants de dos anys han tornat la targeta corresponent a les tres primeres dosis de DTP i poliomielitis oral, i en edats posteriors arriba fins al 80,7%. Pel que fa a la segona targeta, corresponent a les vacunes esmentades, a més d'una nova dosi de DTP i pòlio oral i la vacuna triple vírica, ha estat retornades un 60,7% de targetes corresponents a infants de dos anys, proporció que més tard arriba al 68%.

La vacunació contra l'hepatitis B s'ofereix a les escoles de primària i s'administra als escolars de 6è d'EGB de les escoles que així ho demanen. El curs 1992-1993 els equips de salut municipals van vacunar un 53,6% dels escolars, percentatge que augmenta fins al 88,5% el curs 1993-94; al 90,6% el curs 1994-95 i es manté entre el 92% i el 93% en els cursos 1995-96,

1996-97 i 1997-98. El curs 1998-99 es va començar a administrar vacuna combinada antihepatitis A+B, i es va assolir una cobertura del 89,2%.

El equip de salut escolar també practiquen la revacunació contra el tètanus als nois i noies de 8è curs d'EGB. El curs 1993-1994 van rebre aquesta dosi de record el 77,2% dels alumnes, i el 1994-1995, aquest percentatge augmenta fins al 82,8%; fins al 88% el curs 1995-96; fins al 86,2% el curs 1996-97; fins al 87,8% el curs 1997-98 i fins al 89,9% el curs 1998-99. Fins al curs 1996-97 s'administrava la vacuna T (antitetànica), des de llavors s'administra la Td (tètanus i diftèria).

#### Tendències

Respecte de les malalties vacunables, s'ha d'assenyalar que l'any 1997 va canviar el sistema de notificació, que va passar de numèric a nominal; això ha tingut una repercussió important en el nombre de casos declarats, ja que les malalties de declaració nominals requereixen confirmació diagnòstica (taula 3.2). L'any 1999 es continua mantenint l'absència de casos de diftèria, tètanus neonatal, poliomielitis i rubèola congènita, així com l'absència de casos de tètanus, que havia estat trencada l'any 1998 amb 2 casos.

L'hepatitis B, tot i que és de declaració obligatòria nominal, sols és objecte de recerca activa des del 1993, per la qual cosa s'han d'interpretar amb prudència les tendències dels anys immediatament posteriors al canvi de sistema de vigilància. L'any 1997 els casos van augmentat respecte dels anteriors anys, probablement per la vigilància activa. Els anys 1998 i 1999 hi ha hagut una disminució del nombre de casos declarats d'hepatitis B (taula 3.3), però encara no és assolible l'objectiu de reduir el nombre de casos d'hepatitis B al 30% del 1990, és a dir, a 19 casos.

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

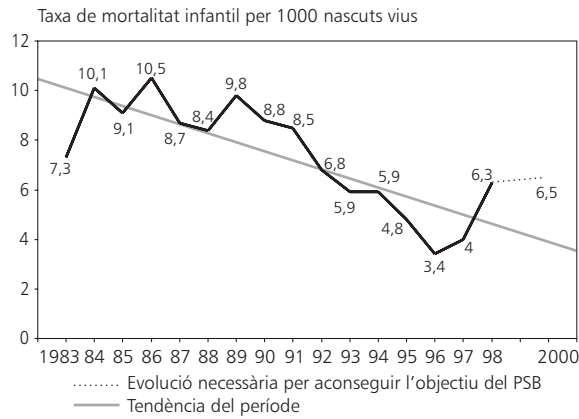
#### Objectius generals per a l'any 2000

1. D'aquí a l'any 2000 cal mantenir la mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, el part i el puerperi per sota de 10 per cada 100.000 nascuts vius.
2. D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat perinatal fins al 6,5 per 1.000 naixements.
3. D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat infantil fins al 6,5 per 1.000 nascuts vius.

Objectius de disminució de risc:

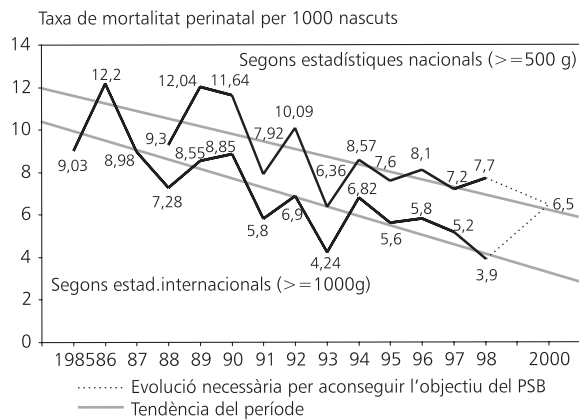
1. D'aquí a l'any 2000 cal reduir per sota del 5% la prevalença de prematuritat cronològica i de baix pes en néixer.
2. D'aquí a l'any 2000 cal que l'índex d'embarassos en menors de 18 anys sigui per sota de 4 per 1.000 dones entre 14 i 17 anys.

**Figura 3.20. Evolució de la taxa de mortalitat infantil. Barcelona ciutat.**



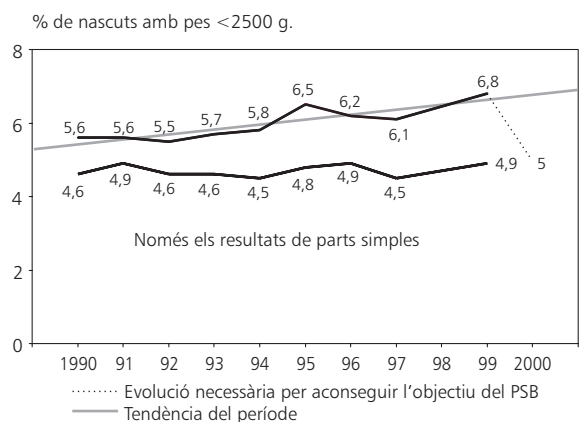
Font: Registre de mortalitat, IMS.

**Figura 3.21. Evolució de la mortalitat perinatal. Barcelona ciutat.**



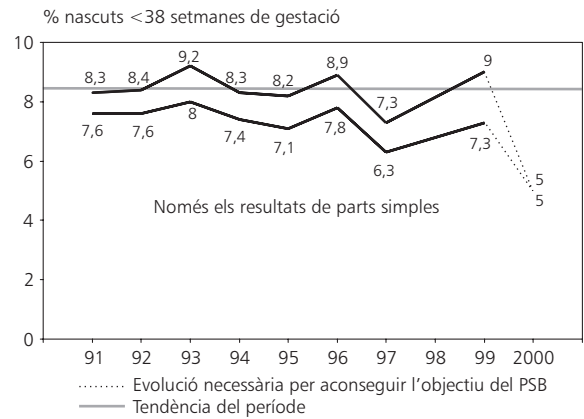
Font: Registre de mortalitat, IMS.

**Figura 3.22. Evolució de la proporció de nadons amb baix pes (< 2.500 g) en mares residents a Barcelona ciutat.**



Font: Registre de naixements, IMS.  
 Dades no disponibles per l'any 1998.

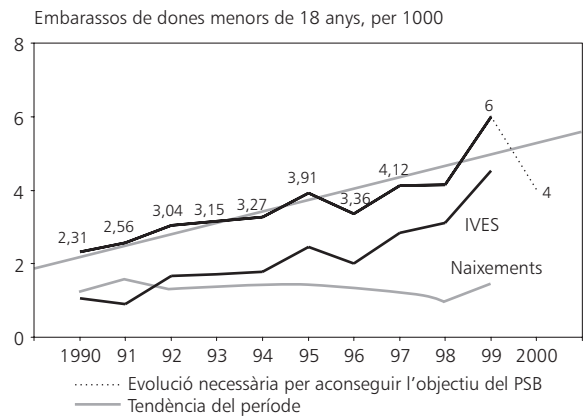
**Figura 3.23. Evolució en els darrers 6 anys de la prevalença de prematuritat cronològica.**



Font: Registre de naixements, IMS

Dades no disponibles per l'any 1998.

**Figura 3.24. Evolució de la taxa anual d'embarassos en adolescents (en el grup de dones d'entre 14 i 17 anys). Es presenta també l'evolució de la taxa de naixements i d'IVES per 1.000 dones del grup d'edat.**



Font: Registre de natalitat, d'IVES i de mortalitat perinatal

**Situació actual**

A la ciutat de Barcelona, des del 1983, tan sols s'han notificat 7 casos de mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, el part o el puerperi (1 cas l'any 1983, 2 el 1984, 3 el 1986 i 1 l'any 1991), i l'any 1998 continua sense cap cas. La mortalitat infantil va disminuir espectacularment des del començament del segle XX, fins que s'han assolit unes xifres bastant baixes i difícils de reduir. Des de l'any 1993, la taxa de mortalitat infantil és inferior a 6,5 per 1.000 naixements (vegeu la figura 3.20) encara que l'any 1998 s'observa un increment respecte dels anys anteriors: 6,3 per 1.000 naixements. La mortalitat perinatal també ha presentat una clara disminució global, tal com s'observa a la figura 3.21.

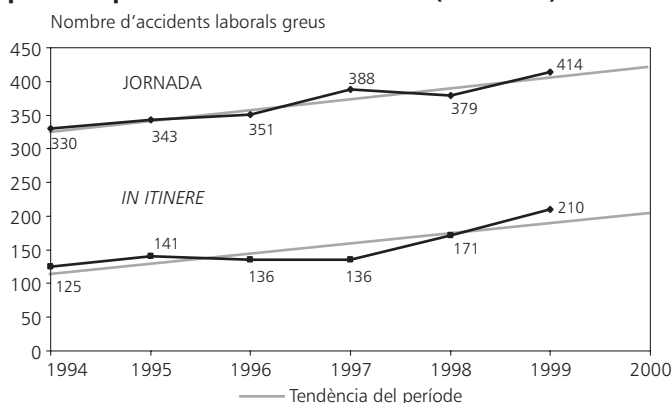
A les figures 3.22 i 3.23 es mostra l'evolució de la prevalença de baix pes en néixer i de prematuritat cronològica. En tots dos casos es diferencia segons es tinguin en compte només els parts simples o bé tots els embarassos, atesa la influència dels embarassos múltiples en les variables de pes en néixer i setmanes de gestació. Per a l'any 1998 no es disposa de dades fiables de baix pes ni de prematuritat a causa dels problemes en la mecanització de les dades.

Referent als embarassos en adolescents, prenent com a tals els que es produeixen en dones entre 14 i 17 anys (figura 3.24), s'observa una tendència a l'increment que fa que l'objectiu no sigui assolible. La tendència mostra un descens de la taxa de naixements en aquest grup d'edat junt a un increment de la taxa d'IVES, tot i que hi ha un increment de la taxa global d'embarassos.

**Tendència**

Quant a la mortalitat infantil i perinatal, els objectius per a l'any 2000 són assolibles si es mantenen els esforços actuals. És diferent la situació pel que fa a la prematuritat, ja que s'hauria d'intensificar molt la tendència de disminució dels darrers anys, tot i que aquest objectiu és difícil d'assolir, ja que en gran part se'n desconeixen els factors de risc i, per tant, les mesures preventives que cal instaurar. Referent al baix pes en néixer, d'una banda està relacionat amb la prematuritat i, per tant, influït pels mateixos factors, però també hi ha uns altres dos factors que fan que en els darrers anys hi hagi una tendència a l'increment, i aquests factors són l'augment de la supervivència dels nounats de baix pes i també la influència de la reproducció assistida, la qual està relacionada amb l'increment dels embarassos múltiples.

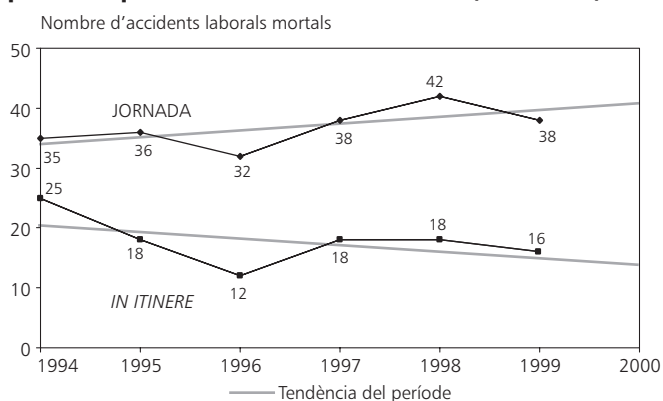
**Figura 3.25. Evolució dels accidents laborals greus en la població que treballa a Barcelona ciutat (1994-1999).**



Font: Departament de Treball-Generalitat de Catalunya

Anàlisi dades: CSL.

**Figura 3.26. Evolució dels accidents laborals mortals en la població que treballa a Barcelona ciutat (1994-1999).**



Font: Departament de Treball - Generalitat de Catalunya

Anàlisi dades: CSL.

**3.11. Problemes de salut laboral**

**Objectius generals per a l'any 2000**

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

No es poden calcular taxes per a la ciutat de Barcelona perquè se'n desconeixen els denominadors. Es disposa de la informació dels treballadors assalariats que treballen a la ciutat i que han patit un accident laboral.

Des de 1994 fins a 1999 s'han produït 3.103 accidents greus i 326 de mortals, dels quals el 29,5% i el 32,5%, respectivament, han es-



tat *in itinere* (en el trajecte entre el domicili i la feina). Durant aquest període la tendència ha estat creixent tant pel que fa a accidents greus com mortals. L'increment dels accidents greus ha estat fonamentalment a causa dels accidents de trànsit ocorreguts durant la jornada laboral i els *in itinere*. L'increment dels mortals s'explica pel creixement dels de causa natural, fonamentalment infarts aguts de miocardi, que previsiblement continuaran augmentant per raó de l'envelliment de la població ocupada de la ciutat.

### 3.12. Tuberculosi

#### Objectius generals per a l'any 2000

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

#### Situació actual

L'any 1998 es va produir una taxa de mortalitat per tuberculosi de l'aparell respiratori d'1,2 per 100.000 habitants. L'any 1999 es van declarar 590 casos de tuberculosi.

#### Tendències

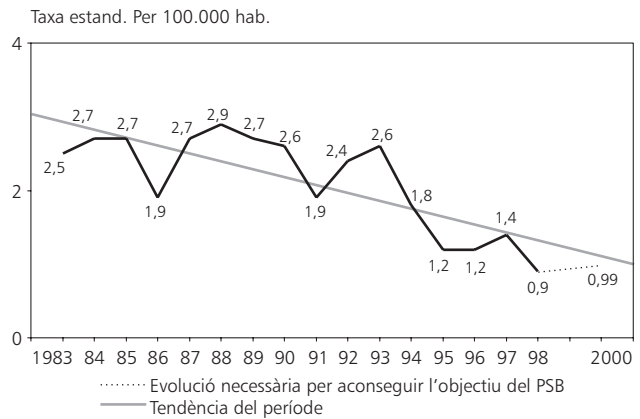
La disminució de l'evolució de la mortalitat per tuberculosi (figura 3.27) que s'observa des de 1995 fa probable l'assoliment dels nivells fixats per al 2000.

Quant a la morbiditat per tuberculosi (figura 3.28), la tendència de la incidència anual des de l'any 1992 és descendent.

A la figura 3.28 es mostra l'evolució en els darrers anys de la incidència anual de la tuberculosi en els residents a Barcelona ciutat i únicament de la respiratòria.

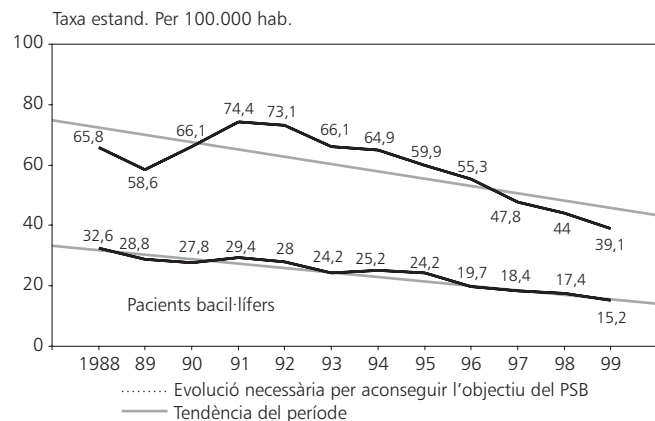
La figura 3.29 mostra l'evolució de la prevalença anual d'infecció tuberculosa, així com el risc anual d'infecció tuberculosa (RAI) en la cohort de nens de 6 anys. Els anys en què es presenten els resultats són aquells en els quals es van realitzar cribratges tuberculítics a la població total de nens de 6 anys.

**Figura 3.27. Evolució de la mortalitat per tuberculosi. Barcelona ciutat.**



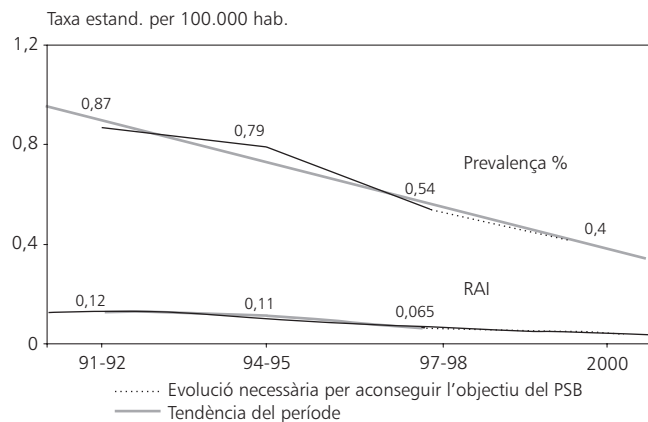
Font: Registre de mortalitat, IMS.

**Figura 3.28. Evolució de la incidència anual de tuberculosi en residents a Barcelona ciutat.**



Font: Registre de TBC, IMS.

**Figura 3.29. Evolució de la prevalença anual d'infecció tuberculosa i del risc anual d'infecció tuberculosa (RAI) en nens de 1r curs d'EGB (6 anys). Barcelona ciutat.**



Font: Enquestes tuberculíniques. IMS i Equips de salut escolar.

### 3.13. Càries dental

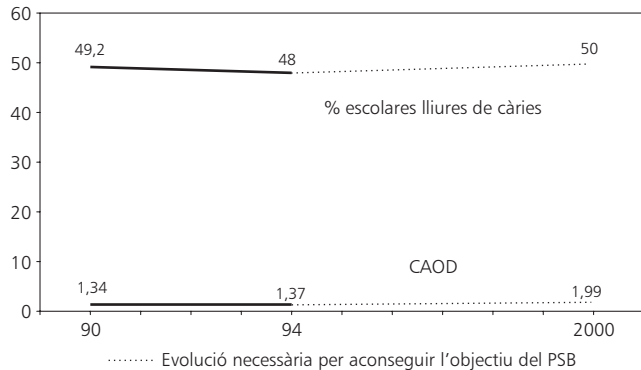
#### Objectius generals per a l'any 2000

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

#### Situació actual

Es disposa de la mateixa informació que l'any anterior. El percentatge d'escolars de 12 anys lliures de càries va ser de 49,2% l'any 1990, i de 48% l'any 1994. En aquests mateixos anys, els índexs CAOD van ser 1,34 i 1,37, respectivament (vegeu la figura 3.30).

**Figura 3.30. Evolució de l'índex CAOD (dents permanents amb càries i/o absents i/o obturades per individu) i del percentatge d'escolars de 12 anys lliures de càries.**



### 3.14. Medi ambient i higiene dels aliments

#### 3.14.1. Medi ambient saludable

#### Objectius generals per a l'any 2000

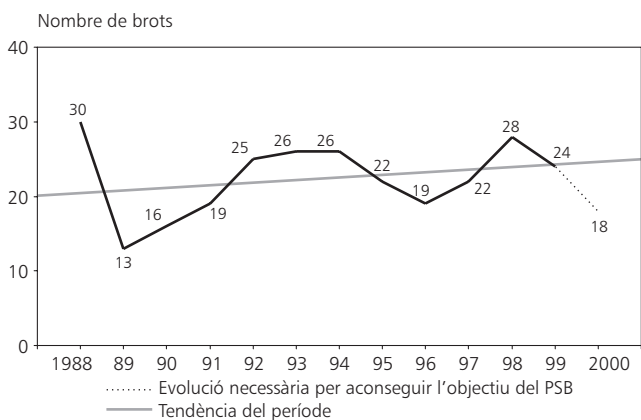
1. Controlar sanitàriament el 100% de les reutilitzacions d'aigües residuals depurades.
2. Cal que el 100% de les piscines d'ús col·lectiu compleixin el reglament sanitari vigent.
3. Reduir en un 70% el nombre de platges qualificades en els nivells C i D.
4. Eradicar els incompliments per paràmetres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

#### 3.14.2. Higiene dels aliments

#### Objectius generals per a l'any 2000

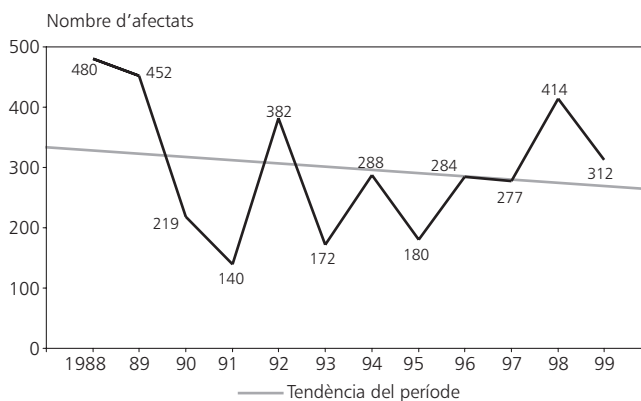
1. La morbiditat declarada per febre tifoide ha de ser inferior a 1 cas per 100.000 habitants i per any (el 1989 va ser de 2,1 casos per 100.000 habitants).

**Figura 3.31. Evolució del nombre de brots de TIA en els darrers anys. Barcelona ciutat.**



Font: Registre de MDO, IMS.

**Figura 3.32. Evolució del nombre de persones afectades per brots de TIA. Barcelona ciutat.**



Font: Registre de MDO, IMS.

2. La morbiditat declarada per enteritis i diarrees ha de ser inferior a 4.500 casos per 100.000 habitants i any (el 1989 va ser de 5.073,5 casos per 100.000 habitants).
3. Reduir els brots declarats per toxoinfeccions alimentàries (TIA) en un 30%.
4. La morbiditat declarada per brucel·losi ha de ser inferior a 3 casos per 100.000 habitants.
5. Eliminar la triquinosi.
6. S'ha d'aconseguir que no es doni cap cas d'intoxicació aguda secundària ni contaminació química dels aliments derivada de l'ús inadequat de productes fitosanitaris i zosanitaris.
7. Cal que totes les carns que surtin dels escorxadors estiguin lliures de residus provinents al bestiar de promotors de creixement il·legals.
8. Cal que tots els escorxadors tinguin les instal·lacions i equipaments i reuneixin les condicions higienicosanitàries fixades per la normativa vigent.
9. Cal que tots els establiments que distribueixen aliments manufacturats, que els venen al públic o que serveixen en l'àmbit de la restauració col·lectiva, estiguin sotmesos a intervencions de control sanitari.

#### Situació actual

Quant a la febre tifoide, l'any 1999 es van produir 7 casos (0,46 per 100.000 habitants); enteritis i diarrees, 3.724,1 per 100.000 habitants; i 3 casos de brucel·losi. El nombre de brots de TIA de l'any 1999 ha estat de 24 brots –4 menys que l'any anterior–, amb un nombre superior de persones afectades: 312 (gràfics 3.31 i 3.32).

Els serveis de control alimentari municipal desenvolupen tasques de protecció de la salut en l'àmbit de la higiene alimentària i prioritzen les actuacions en funció del risc sanitari que les diferents activitats i establiments comporten. De totes aquestes activitats desplegades durant l'any 1999, dels 361.277 animals d'abastament inspeccionats a l'escorxador s'han detectat 1.160 exemplars no aptes per al consum, 15 per estar afectats de tuberculosi.

D'altra banda, com a mesura de protecció davant l'encefalopatia espongiforme bovina (EEB), s'ha efectuat un control documental exhaustiu de les importacions intracomunitàries dels productes d'origen animal, amb un total de 1.802 informes d'inspecció; alhora, s'han pres mesures preventives de retirada de material específic de risc (MER) per evitar que es consumeixin productes d'animals afectats per encefalopaties espongiformes trans-

missibles. Durant l'any 1999 s'ha procedit a la retirada del MER de 14.802 animals de l'espècie bovina i de 22.792 animals de l'espècie ovina/caprina. També cal destacar la recollida de 42 encèfals (32 corresponen a bovins adults i 10 a ovins/caprins adults) duta a terme dins el Programa de vigilància de l'encefalopatia espongiforme bovina, i de l'*scrapie*, per al seu estudi histopatològic a la Facultat de Veterinària de la UAB. El resultat de totes les investigacions va ser negatiu.

Els residus medicamentosos, que poden estar presents en les carns que consumim, són objecte d'especial interès però en cap de les investigacions realitzades no s'ha detectat la presència de residus per sobre dels límits admesos.

També es fa vigilància sanitària de les activitats alimentàries del Mercat Central del Peix i del de Fruites i Hortalisses, en forma de control de les condicions d'higiene en l'exposició i venda dels productes, de l'aptitud dels productes exposats, de les condicions d'etiquetatge, la presa de mostres per al seu control analític i el decomís de productes no aptes per al consum. Així durant l'any 1999, a partir d'intervencions de la Guàrdia Urbana s'han realitzat un total de 514 dictàmens sanitaris, que han resultat en el decomís de 4.958 kg d'aliments per manca de garanties sanitàries.

La investigació de brots de toxoinfecció alimentària aquest any ha comportat 313 actuacions i una recollida de 126 mostres oficials. Cal destacar, especialment, les alertes de les dioxines en productes d'origen animal procedents de Bèlgica, que va suposar la immobilització cautelar de més de 71.000 kg d'aliments, la de begudes refrescants d'origen belga i francès, de PSP en musclos i cloïsses procedents de França, de les tellerines del Pacífic implicades en un brot d'hepatitis A, i les de *Listeria monocytogenes* en mandonguilles i en formatges gorgonzola d'Itàlia i Alemanya.

Com a complement als controls instaurats en els processos elaboradors, mitjançant el programa d'Investigació de la Qualitat Sanitària dels Aliments (IQSA), s'avalua la presència o nivells de determinats additius i contaminants químics i microbiològics en aliments susceptibles de contenir-los. Els resultats obtinguts entre les 806 mostres analitzades aquest any mostren un 63% de les mostres estudiades sense cap anomalia, un 25% amb una càrrega microbiana excessiva, un 16% amb excés d'additius, mentre que l'excés de components abiòtics representa un 1% de les mostres.

Aquesta distribució de resultats no s'ha d'interpretar com a representativa de l'estat sanitari de tots els aliments que es consumeixen, sinó que suposa una visió de conjunt de l'estat de determinats grups d'aliments que han estat objecte d'estudi en forma de campanya i a priori ja considerats més problemàtics per a determinats paràmetres. Així mateix, la qualificació d'aliment amb anomalies no implica la consideració de no apte per al consum, sinó que evidencia l'existència d'unes condicions higièniques deficientes o unes males pràctiques d'elaboració o de manteniment, susceptibles de ser millorades o corregides. Els resultats obtinguts han permès identificar pràctiques d'elaboració i de manipulació incorrectes, que han motivat l'adopció de

mesures per tal de corregir-les o evitar-les, i són un element important per a la prioritització de les properes actuacions de control alimentari.

**Tendència**

L'evolució del nombre de brots de TIA declarats ha estat variable. La tendència dels darrers 10 anys fa que l'objectiu pel 2000 sigui difícilment assolible (figura 3.31).

**3.15. Malalties de transmissió sexual**

**Objectius generals per a l'any 2000**

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

**Situació actual**

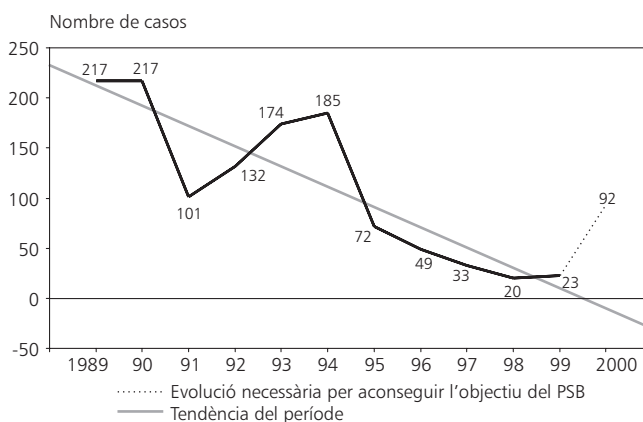
Es presenta el nombre de casos declarats a la ciutat de Barcelona des de l'any 1989 fins al 1999 pel que fa a la sífilis (figura 3.33.), infecció gonocòccica (figura 3.34.) i altres malalties de transmissió sexual (figura 3.35.). L'oftàlmia *neonatorum* ha experimentat un augment en el nombre de declaracions, i ha passat de 5 casos l'any 1993 a 13 l'any 1996, 17 l'any 1997, 2 l'any 1998 i 4 el 1999; la sífilis congènita continua sense cap cas declarat.

Les malalties de transmissió sexual, dins del sistema de vigilància existent a Catalunya són malalties de declaració numèrica i, per tant, no estan subjectes a investigació i confirmació diagnòstica de cada cas declarat. El nombre de casos que aquest sistema ens dona no s'ajusta a la incidència real de la malaltia, però s'assumeix que sí que dona idea de la tendència. Cal ser prudent, doncs, a l'hora d'interpretar les xifres pel que fa a totes aquestes malalties de transmissió sexual.

**Tendències**

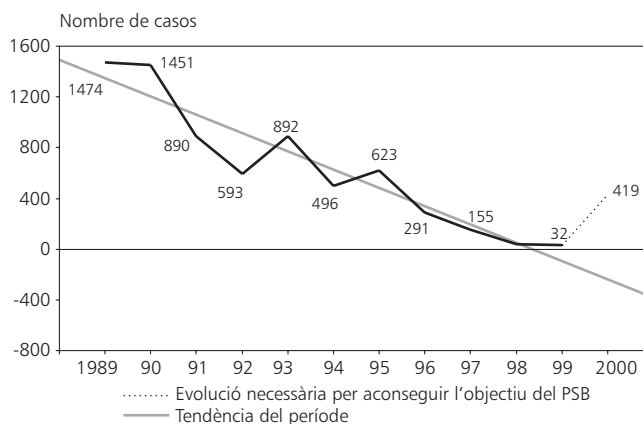
Per a la sífilis, la infecció gonocòccica i les altres malalties de transmissió sexual, la tendència en aquests anys ha estat la disminució (fig. 3.33 a 3.35)

**Figura 3.33. Evolució dels casos de sífilis declarats a la ciutat de Barcelona.**



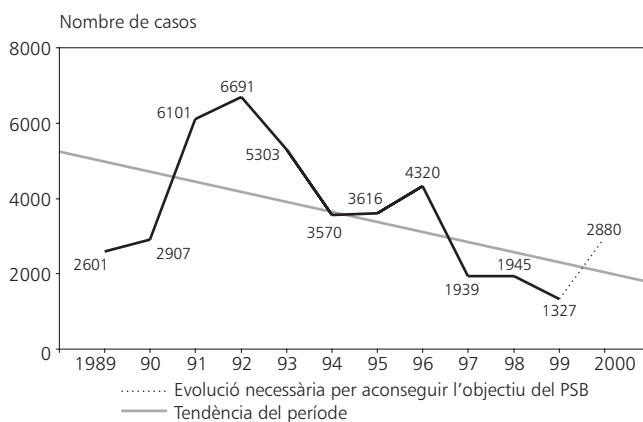
Font: Registre de malalties numèriques de l'IMS.

**Figura 3.34. Evolució dels casos d'infecció gonocòccica declarats a la ciutat de Barcelona.**



Font: Registre de malalties numèriques de l'IMS.

**Figura 3.35. Evolució dels casos d'altres malalties de transmissió sexual declarats a la ciutat de Barcelona.**



Font: Registre de malalties numèriques de l'IMS.

### 3.16. Hàbit tabàquic

#### Objectius generals per a l'any 2000

1. Disminuir fins al 20% la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població general.
2. Disminuir fins al 18% la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població compresa entre els 15 i els 24 anys.
3. Incrementar fins al 30% el percentatge de cessació de l'hàbit tabàquic en la població general.
4. Disminuir fins al 25% la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els metges.
5. Disminuir fins al 30% la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els diplomats en infermeria.
6. Disminuir fins al 25% la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els mestres i professors.
7. Disminuir fins al 25% la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els farmacèutics.

#### Tendències

Hi ha una evolució creixent de la mortalitat atribuïble al tabac en els darrers anys (basada en la proporció atribuïble poblacional<sup>1</sup>) (figura 3.36). Complementàriament, la disminució de la prevalença de fumadors fins als nivells fixats per al 2000 requereix esforços molt importants (fig. 3.37 a 3.40). Respecte de les dades de prevalença cal dir que durant l'any 2000 s'està duent a terme una nova enquesta de salut a la ciutat que aportarà dades actualitzades que permetran fer una millor valoració sobre la consecució o no dels objectius fixats.

### 3.17. Altres hàbits i estils de vida

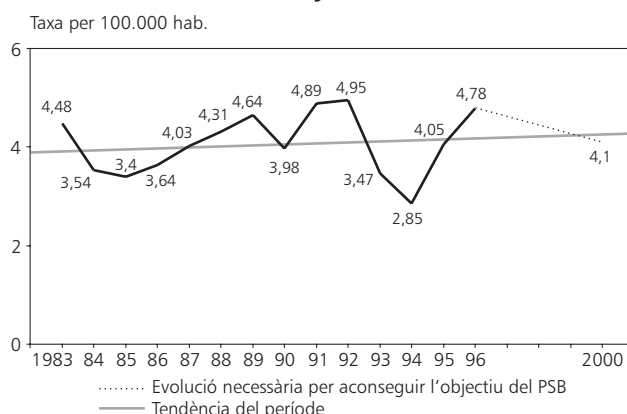
#### 3.17.1. Alimentació

#### Objectius generals per a l'any 2000

1. Reduir un 20% la prevalença d'excés de pes de la població.
2. Reduir en un 25% la prevalença d'obesitat de la població.

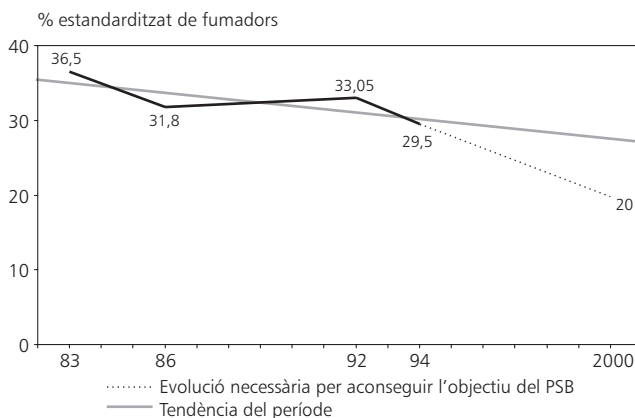
<sup>1</sup> González Enríquez J, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno J, Banegas Banegas JR, Villar Alvarez F. Muertes atribuïbles al consumo de tabaco en España. Med Clín (Barc) 1989; 92 (1):15-8.

**Figura 3.36. Evolució de la mortalitat atribuïble al tabac en els homes de 15 a 44 anys. Barcelona ciutat.**



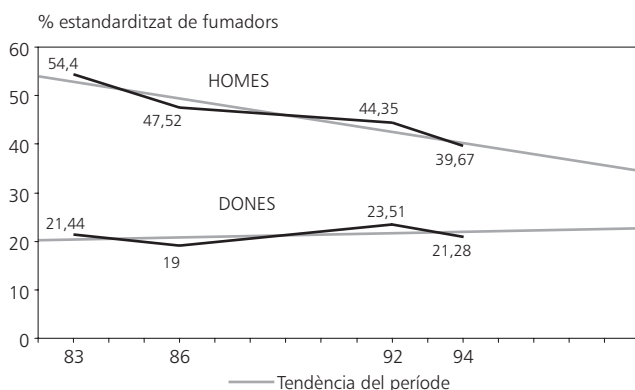
Font: Registre de mortalitat, IMS.

**Figura 3.37. Evolució de la prevalença de fumadors en la població més gran de 14 anys, segons les enquestes de salut de Barcelona (1983, 1986, 1992) i l'ESCA (1994).**



Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 86 i 92), IMS  
Enquesta de Salut de Catalunya (94), Servei Català de la Salut

**Figura 3.38. Evolució de la prevalença de fumadors en la població més gran de 14 anys per sexes, segons les enquestes de salut de Barcelona (1983, 1986, 1992) i l'ESCA (1994).**



Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 86 i 92), IMS  
Enquesta de Salut de Catalunya (94), Servei Català de la Salut.

Les dades de les enquestes de salut de l'any 1986 i 1992 mostraven que el 16,5% de la població i el 15,2%, respectivament, presentaven excés de pes. En ambdós anys, el percentatge se situa per sota del previst per a l'any 2000.

Cal esmentar que durant l'any 2000 s'està duent a terme una nova enquesta de salut a la ciutat que aportarà dades actualitzades que permetran fer una millor valoració sobre la consecució, o no, dels objectius fixats.

### 3.17.2. Exercici físic

#### Objectius generals per a l'any 2000

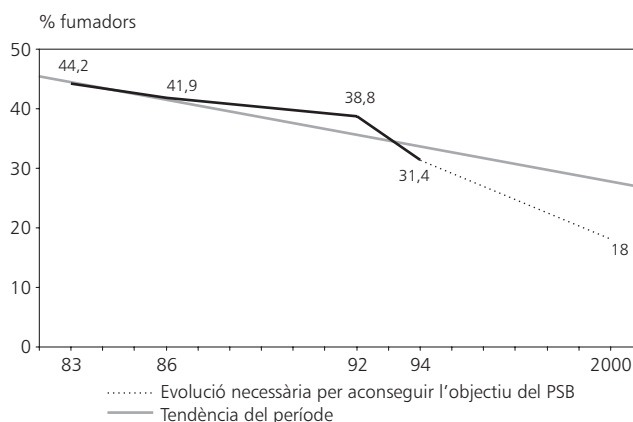
1. Augmentar en un 50% la prevalença d'adults que caminen més de trenta minuts diaris.
2. Augmentar en un 50% la prevalença de persones de 15 anys i més que practiquen exercici durant el temps de lleure.
3. Reduir almenys en un 40% la prevalença de persones de 15 anys i més que són absolutament sedentàries durant el temps de lleure.
4. Augmentar en un 50% la prevalença d'adults que practiquen activitats físiques intenses durant el temps de lleure com a mínim tres cops per setmana.
5. Reduir en un 30% el percentatge d'abandonament de la pràctica d'exercici físic de lleure en els menors de 35 anys.

#### Situació actual

És la mateixa que l'any anterior. Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de l'any 1994, un 79,9% de les persones més grans de 14 anys practiquen algun tipus d'exercici durant el temps de lleure. En aquest grup d'edat hi ha un 20,1% que no realitza cap tipus d'exercici en el temps de lleure. Només un 3,3% de les persones més grans de 14 anys practiquen activitats físiques intenses 3 cops per setmana o més. Les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 1992 mostren que el 19,3% dels adults majors de 15 anys es poden classificar com a molt actius segons la seva activitat física de lleure (3 o més vegades per setmana d'activitat física moderada i/o intensa).

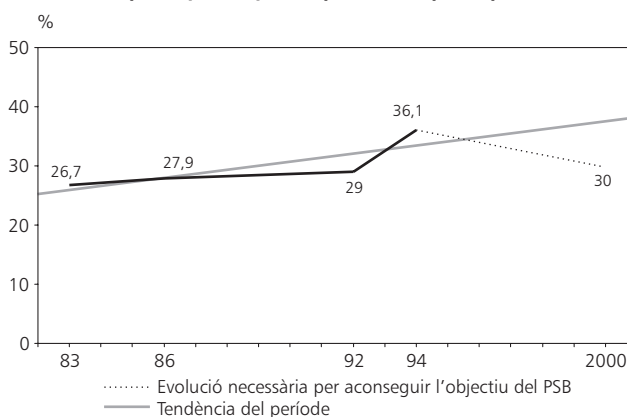
Cal dir, també, que durant l'any 2000 s'està duent a terme una nova enquesta de salut a la ciutat que aportarà dades actualitzades que permetran fer una millor valoració sobre la consecució, o no, dels objectius fixats.

**Figura 3.39. Evolució de la prevalença de fumadors en la població entre 15 i 24 anys segons les enquestes de salut de Barcelona (1983, 1986, 1992) i l'ESCA (1994).**



Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 86 i 92), IMS  
Enquesta de Salut de Catalunya (94), Servei Català de la Salut

**Figura 3.40. Evolució de la prevalença de cessació de l'hàbit tabàquic en la població més gran de 14 anys que havia estat fumadora, segons les enquestes de salut de Barcelona (1983, 1986, 1992) i l'ESCA (1994).**



Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 86 i 92), IMS  
Enquesta de Salut de Catalunya (94), Servei Català de la Salut

## **CONCLUSIONS**

---





D'acord amb els aspectes resumits anteriorment es poden formular les conclusions següents:

### Entorn

- Des del punt de vista sociodemogràfic destaca l'evolució contínua de l'increment de l'esperança de vida i de l'esperança de vida lliure d'incapacitat, fet que s'acompanya d'un augment del nombre de persones grans, una part creixent de les quals viuen soles. Aquesta tendència només és parcialment contrarestada per l'increment de població emigrant, generalment més jove.
- S'observa una tendència general a la millora en relació amb la contaminació de l'aire, sent les partícules i els contaminants secundaris els principals problemes de contaminació ambiental.

### Salut i determinants

- Segueix incrementant-se la taxa de fecunditat en les dones majors de 35 anys, que constitueixen el grup etari més fecund després del grup de 30 a 34 anys.
- Els embarassos en adolescents (14-17 anys) experimenten un lleuger increment, però que no reflecteixen les tendències en el nombre de naixements en aquest grup, atès l'elevat percentatge de gestacions interrompudes.
- Segueix augmentant la proporció dels naixements a Barcelona de mares nascudes fora de l'Estat espanyol, amb predomini de mares procedents de països de renda baixa, i amb una major concentració en determinats districtes.
- El control de l'embaràs en les gestants de Barcelona és generalment adequat, encara que es manté la realització d'un nombre innecessari d'ecografies.
- Es continua consolidant la tendència a la disminució de la incidència de tuberculosi i de sida, en el cas de la tuberculosi, sobretot per les millores en el diagnòstic precoç i en el compliment del tractament i, en el cas de la sida, per l'efectivitat de les teràpies antivirals.
- Pel que fa a l'ús de drogues no institucionalitzades s'observa la confirmació de les tendències de disminució dels casos coneguts d'usuaris d'opiàcids, i d'un increment d'usuaris de cocaïna.

- Al voltant del 10% d'adolescents de 13-14 anys són fumadors. En el grup de 16 anys destaca el 33% de noies fumadores, enfront del 19% dels nois.
- En el darrer any s'observa un increment dels lesionats per accidents de trànsit atesos als serveis d'urgències, observació que s'afegeix a la interrupció, des del 1996, de la tendència fins llavors decreixent de la mortalitat per accidents de trànsit.
- Es manté l'increment dels accidents laborals greus, especialment a expenses de l'increment dels accidents de trànsit durant la jornada laboral.
- La mortalitat global i prematura han disminuït entre el 1990 i els 1998, un cop tingut en compte l'efecte de l'edat, i en part a causa de la important disminució de la mortalitat per sida des de l'any 1995.
- Barcelona, en comparació amb altres ciutats i regions d'Europa, presenta una menor mortalitat per malalties cardiovasculars i cerebrovasculars, així com per malalties de l'aparell respiratori i suïcidis. En canvi, la mortalitat per sida la situa entre les primeres ciutats i regions europees.

### Serveis sanitaris

- S'ha incrementat lleugerament la cobertura de la reforma de l'atenció primària, i l'any 1999 s'ha arribat a un 49% de població amb model d'APS reformat (54,5% de les ABS).
- S'han incrementat les taxes anuals d'hospitalització a Barcelona, amb una proporció apreciable de pacients residents de fora de la ciutat.
- S'han incrementat les urgències ateses als serveis hospitalaris. L'estudi de les urgències de la ciutat ha permès conèixer que l'increment de les urgències ateses en el període hivernal és sobretot a expenses de l'SCUB-061 (domicilis) i dels domicilis d'aguts dels CAP, per patologies respiratòries i en la població major de 64 anys. En aquest període no es va observar un increment de les urgències als serveis hospitalaris però sí que va augmentar la proporció d'ingressos.
- Hi ha un desconeixement important de la població atesa sobre l'existència de l'APS i del SCUB-061 com a llocs d'atenció a les urgències.
- S'han incrementat els recursos socio-sanitaris d'internament: convallescència, cures pal·liatives i atenció a la sida, així com el nombre de places d'hospital de dia, i també dels recursos per a salut mental i de la seva utilització.

### Seguiment dels objectius del Pla de salut per al 2000

El 65% dels objectius seran fàcilment assolits l'any 2000 seguint les estratègies actuals; un 20% requeriran d'esforços especials per assolir-los en els propers anys, i un 15% són difícilment assolibles tot i intensificar els esforços. Entre els que requeririen esforços especials estan els relacionats amb la mortalitat respiratòria, el consum d'alcohol, la mortalitat per reacció adversa a

drogues, la mortalitat per tabac i l'accidentalitat laboral. Entre els objectius que són difícilment assolibles destaquen la mortalitat per càncer en menors de 65 anys, els embarassos en adolescents i la prevalença de tabaquisme.

En conjunt, les tendències principals de la salut i dels seus determinants a Barcelona indiquen la consolidació dels indicadors demogràfics associats a la millora de l'esperança de vida i al creixement de la immigració. Tot i que el perfil epidemiològic de la ciutat no presenta variacions substancials recents, alguns dels problemes de salut que més impacte negatiu van tenir en la dècada anterior (sida, tuberculosi...) han minvat considerablement, mentre que emergeixen altres problemes, com ara el consum de cocaïna, l'embaràs adolescent, els accidents de trànsit i laborals i el tabaquisme en adolescents, problemes alguns dels quals s'associen amb objectius del Pla de salut per al 2000 a la ciutat que difícilment podran ser assolits.

Pel que fa als serveis sanitaris a Barcelona, s'observa una tendència global a una més gran dotació i activitat, incloent-hi l'atenció primària, l'atenció a urgències i l'atenció hospitalària. Cal tenir en compte que l'envelliment i la immigració plantegen demandes addicionals i específiques dels serveis sanitaris, especialment en l'àmbit de l'atenció socio sanitària i de la salut mental.

**RESUM  
RESUMEN  
SUMMARY**

---



## La Salut a Barcelona, 1999

### RESUM

#### Introducció

Aquest informe és la continuació de la sèrie d'informes anuals elaborats per l'Institut Municipal de Salut Pública des del 1985. En el primer capítol de l'informe d'enguany es fa una valoració de la salut de la població, fent un seguiment dels principals problemes de salut, sobretot en el període 1990-99.

El capítol 2 aborda, de forma monogràfica, alguns dels aspectes que tenen especial rellevància per a la salut pública de la ciutat i que són objecte d'anàlisi més aprofundida, com pot ser la detecció de problemes i necessitats en salut, el seguiment d'un problema de salut específic, o el disseny d'estratègies d'intervenció. En el capítol 3 es presenta el seguiment anual dels objectius generals del Pla de salut a Barcelona, que van ser formulats a principi dels anys 90 per assolir-los l'any 2000. L'informe de l'any 1999 és el darrer abans de l'avaluació final sobre la seva consecució.

Consolidant el model dels darrers anys d'elaborar i publicar indicadors de salut per àrees geogràfiques més petites, a l'annex 2 es presenten els principals indicadors de mortalitat, naixements i malalties de declaració obligatòria, per als 10 districtes i les 66 àrees bàsiques de salut de la ciutat.

### 1. Canvis en la salut i els seus determinants en la població de Barcelona en la dècada dels 90

#### 1.1. Població, treball i medi ambient

La població total de Barcelona ha disminuït en els darrers anys, encara que per grups d'edat, el de més grans de 65 anys s'ha incrementat, i constitueix el 20,7% de la població (17,4 l'any 91), així com els més grans de 75 anys (8,7% actualment i 7,3% a principis dels 90). Segons dades del darrer padró de l'any 1996 l'índex d'envelliment (relació entre els majors de 65 i els menors de 14 anys) és del 17% en homes i del 24% en dones.

L'any 1999 un 49% dels residents a la ciutat eren població activa (68,7% si es calcula sobre la població entre 15 i 64 anys, en lloc de sobre el total de població) i la taxa d'atur ha estat del 13,2% (6,5% segons dades de l'INEM). L'atur s'ha reduït en els darrers anys, però continua sent més alt en les dones que en els homes. El sector principal d'activitat a la ciutat és el dels serveis, on treballa el 75% de la població ocupada.

La contaminació atmosfèrica ha millorat progressivament en els darrers 20 anys pel que fa als tradicionals contaminants (SO<sub>2</sub> i fums) i actualment els principals problemes provenen de la presència de partícules i contaminants secundaris (CO, NO<sub>2</sub> i ozó incidentalment). La contaminació acústica és similar a la de la majoria de grans ciutats europees. En algunes de les àrees més sorolloses de la ciutat hi ha hagut una disminució important del soroll gràcies a la implantació de mesures com la millora de la gestió del trànsit, renovació de calçades, aplicació d'asfalts de bones característiques acústiques, etc.

#### 1.2. La salut maternoinfantil

Les taxes de natalitat i fecunditat no han experimentat importants canvis al llarg de la dècada, tot i que s'ha modificat la fecunditat en edats extremes, i s'aprecia una clara tendència a l'increment en les dones de 35 i més anys i un descens en les més joves (menors de 20 anys).

En el grup de dones entre 14 i 17 anys s'ha observat una disminució dels naixements, junt amb un increment de les interrupcions voluntàries de l'embaràs, que en conjunt s'ha resumit en un increment de la taxa d'embarassos en adolescents, que se situa en 6 per cada 1.000 dones d'aquest grup d'edat (48 naixements d'un total de 198 embarassos).

El control de l'embaràs és globalment adequat en el sentit que la gran majoria de gestants fan la primera visita a l'obstetra durant el primer trimestre de l'embaràs i se'ls fa l'ecografia al 5è o 6è mes, moment idoni per detectar defectes congènits. Tanmateix, un aspecte desfavorable és l'elevat nombre d'ecografies fetes al llarg de tot l'embaràs (al voltant de 5, quan se'n recomanen de 2 a 3).

#### 1.3. Problemes de salut específics

##### *La tuberculosi*

A la primera meitat de la dècada dels 90 es va interrompre la tendència creixent de la incidència de tuberculosi, i van ser decisives les estratègies orientades a facilitar el diagnòstic precoç i altres per incrementar les taxes de compliment del tractament.

##### *La sida*

L'any 1994 va ser l'any de màxima incidència d'aquesta malaltia; des de llavors les taxes d'incidència han disminuït, tant en els casos en què la transmissió ha estat per l'ús de drogues intravenoses com per relacions homosexuals. La sida per transmissió heterosexual no va començar a disminuir fins a l'any 1998. El determinant principal del canvi de tendència i de l'increment de la supervivència ha estat la introducció de noves teràpies antivirals en pacients infectats pel VIH.

##### *L'ús de drogues no institucionalitzades*

Cal destacar que des de l'any 1998 es produeix una disminució dels usuaris d'opiacis, però a la seva vegada s'estan incrementant els usuaris de cocaïna, i s'han igualat l'any 1999 el nombre de casos nous detectats en relació amb aquestes dues substàncies.

##### *Els accidents de trànsit*

Els darrers anys s'experimenta una tendència creixent del nombre de lesionats per accidents de trànsit. El 46% dels lesionats són usuaris de motos i ciclomotors, el 30% són usuaris de turismes i el 21,4%, vianants. El grup d'edat més afectat és el de 15-44 anys (77% dels lesionats).

##### *Els accidents laborals greus i mortals*

Dels accidents laborals greus destaca l'increment que s'ha produït entre els anys 1994 i 1999, especialment pel que fa als accidents de trànsit durant la jornada laboral (increment del 33%) i dels accidents *in itinere* (72%). La tendència dels accidents laborals mortals han estat més estable, i destaca que el 34% són de causa natural i el 32%, de trànsit.

#### 1.4. La mortalitat

La taxa de mortalitat estandarditzada per edats ha disminuït al llarg de la dècada (del 1990 al 1998) i la mortalitat prematura, molt influïda per la mortalitat per sida, també ha disminuït des del 1995. De manera congruent, l'esperança de vida ha augmentat de 72,7 a 75,2 anys en els homes (la més alta mai no documentada) i de 80,2 a 82,1 anys en les dones. L'esperança de vida sense incapacitat també s'ha incrementat de 46,1 a 47,9 anys en els homes i de 60,2 a 61,6 anys en les dones.

De la mortalitat per causes específiques destaca la gran disminució de la mortalitat per sida en la població de 15 a 44 anys a partir del 1996, mentre que la mortalitat per accidents de trànsit, que va disminuir fins a l'any 1995, es torna a incrementar. Les causes principals de mort en els grups de 45–64 anys (càncer de pulmó i malaltia isquèmica del cor en homes i càncer de mama en dones) i en els més grans de 65 anys (cardiovasculars i tumors) en general també han disminuït o s'ha mantingut estables entre 1990 i 1998.

#### 1.5. Els serveis sanitaris

##### *Atenció primària de salut*

L'any 1999 s'ha arribat a una cobertura poblacional de la reforma de l'atenció primària del 48,9%, amb el 54,5% de les ABS reformades. La freqüència d'adreçar-se a l'APS ha estat estable en els darrers 5 anys, al voltant de 5–6 visites per habitant i any en la xarxa reformada i prop de 5 en la no reformada.

##### *Atenció especialitzada hospitalària*

L'oferta de llits públics s'ha mantingut estable, al voltant de 3,5 llits per 1.000 habitants, i la taxa d'hospitalització s'ha incrementat de 79,7 per 1.000 habitants l'any 1994 a 88,7 l'any 1999. De manera estable en el temps, prop del 33% de les hospitalitzacions són de residents de fora de la ciutat.

##### *Atenció a les urgències*

Des de l'any 1996 s'ha incrementat el nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris, des de 579.375 a 652.233 el 1999. L'SCUB-061 ha presentat un increment del nombre de trucades ateses junt amb una disminució del nombre d'urgències ateses al domicili.

##### *Atenció sociosanitària*

En el període 1994–99 ha disminuït lleugerament el nombre de llits de llarga estada i s'han incrementat la resta de recursos d'internament (convalescència, cures pal·liatives i sida) i el nombre de places d'hospital de dia, amb un increment general de la seva utilització.

##### *Atenció a la salut mental*

Hi ha hagut un increment global dels recursos així com de la seva utilització, tant en centres d'atenció d'adults i infantils (25 en total), com de llits (384 al 1999).

##### *Atenció a les drogodependències*

Des de l'any 1992, any en què es va iniciar el primer contracte programa de serveis a drogodependències, l'oferta es va ajustar a la demanda real existent. La cobertura d'aquests programes (percentatge de places cobertes / percentatge de places ofertes) és al voltant d'un 70%.

##### *Atenció a la salut pública*

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

- Anàlisi de la situació de salut de la població, amb detecció i seguiment de problemes relacionats amb la salut així com les desigualtats en salut (socials, territorials, de gènere, etc.).
- Vigilància epidemiològica i intervenció sobre certs problemes de salut amb implicacions sobre la comunitat, com són les malalties de declaració obligatòria (sida, tuberculosi, hepatitis i altres), els brots epidèmics i la salut ocupacional.
- Prevenció de malalties i promoció de la salut, amb actuacions que van des del Pla de vacunació continuada, l'educació sanitària a l'escola, la salut maternoinfantil en zones desfavorides i l'educació sanitària a l'empresa.
- Atenció a les drogodependències a través del Pla d'acció sobre drogues de Barcelona.
- Seguretat i higiene dels aliments: tant des d'actuacions de control sanitari de la cadena alimentària com intervencions d'educació sanitària a manipuladors d'aliments.
- Control de zoonosi i vectors: amb el control dels animals de la ciutat i la higienització d'espais públics.
- Al Laboratori Municipal de Salut Pública es dona suport a la vigilància ambiental, d'aliments i d'aigües, així com l'elaboració de fàrmacs i controls de qualitat.

Aquestes funcions queden englobades en el sistema sanitari de la ciutat de manera que es dona suport a la planificació sanitària, la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la intervenció sobre alguns problemes de salut específics.

#### 1.6. La salut de la població de Barcelona en relació amb la d'altres ciutats i regions europees

Barcelona té una taxa de mortalitat estandarditzada per edats en el rang baix entre les ciutats europees, i destaca la seva menor mortalitat per malaltia cardiovascular, malaltia isquèmica del cor, malaltia cerebrovascular, malalties de l'aparell respiratori i suïcidis. Pel que fa a la mortalitat per càncer, Barcelona presenta unes taxes intermèdies en comparació amb altres ciutats i el mateix succeeix en la mortalitat per accidents de trànsit. En canvi, la mortalitat per malalties infeccioses és molt més alta a Barcelona que a la resta de ciutats europees analitzades, fet que està directament relacionat amb la major incidència de sida en la darrera dècada.

## 2. Alguns aspectes monogràfics

### 2.1. L'atenció a les urgències a la ciutat de Barcelona

Com a part del Pla integral d'urgències de Catalunya, a Barcelona, durant tres setmanes (15–21 juny i 19–25 octubre de 1999 i 18–24 gener de 2000) es va recollir informació clínica i demogràfica de les 67.791 urgències que es van produir als serveis d'urgència hospitalaris (SUH) públics, els centres d'atenció continuada (CAC)

i el servei SCUB-061, i es va realitzar una enquesta per entrevista a una mostra de 9.342 persones). Els objectius eren: conèixer les característiques demogràfiques i clíniques de la demanda d'atenció urgent i els patrons d'utilització dels diferents recursos, analitzar les variacions estacionals de la demanda d'atenció urgent i descriure els coneixements, motivacions, expectatives i pràctiques de la població demandant d'atenció als serveis d'urgències i els factors relacionats.

El 53,5% de les urgències es van atendre a l'hospital. El grup d'edat majoritari va ser el de 15–44 anys, amb excepció dels domicilis d'aguts al CAP i domicilis d'urgències de l'SCUB-061, en què el grup de més de 64 anys era predominant. La taxa d'urgències ateses era molt variable entre districtes, més alta en les zones sociodemogràficament i sanitàriament més desfavorides. En el període hivernal, l'increment de les urgències ateses va ser a expenses de l'SCUB-061 (domicili d'urgències) i els domicilis d'aguts des del CAP per patologia respiratòria i en població de més de 64 anys. Als hospitals, el volum d'urgències ateses es va mantenir estable sense canvis estacionals i es van enregistrar dies punta en el període hivernal. No hi va haver canvis en el perfil demogràfic. El percentatge d'ingressos s'incrementa en un 34% a l'hivern. La patologia respiratòria és la primera causa (24,1%), i s'incrementa un 121,3% respecte de la setmana de juny.

També es posa de manifest que hi ha un important desconeixement de l'existència de l'APS i del SCUB-061 com a llocs d'atenció a les urgències. A més, la percepció de la gravetat del problema, especialment en els subgrups socialment més desfavorits, s'associa amb expectatives que fan de l'hospital el lloc on es creu que el problema es resoldrà de la manera més efectiva i ràpida, tot i coneixent l'existència d'altres recursos d'atenció urgent.

## 2.2. Transport i salut

En aquest apartat s'aborden alguns dels problemes de salut més relacionats amb el trànsit rodad, com són ara els accidents de trànsit i la contaminació atmosfèrica.

### Accidents de trànsit

Durant l'any 1999, 18.443 lesionats en accident de trànsit han estat atesos als serveis d'urgències dels set principals hospitals de la xarxa pública de Barcelona. Això representa un increment d'un 10,2% si ho comparem amb les dades dels lesionats atesos durant 1997. Més de la meitat eren homes (62%), el grup d'edat més afectat eren els joves (de 15 a 39 anys: 73,2%). Gairebé la meitat dels lesionats eren usuaris de motocicletes i ciclomotors (44%), seguits pels de turismes (30%) i els vianants (24%). Per sexes, els homes eren majoritàriament usuaris de motocicletes/ciclomotors (51%) mentre que les dones es repartien a parts iguals (al voltant del 30%) entre usuàries de motocicletes/ciclomotors, turismes i vianants.

En conjunt, els lesionats en accident de trànsit atesos a les urgències dels hospitals són principalment homes joves i usuaris de motocicletes/ciclomotors. A més a més, hi ha diferències, tant demogràfiques com de patrons de lesió, entre els diversos tipus d'usuari lesionats. Això té implicacions a l'hora de dissenyar estratègies adreçades a prevenir i disminuir les conseqüències dels accidents de trànsit.

### Contaminació atmosfèrica i salut

Durant els últims 20 anys la qualitat de l'aire de Barcelona ha millorat de manera important. Els indicadors tradicionals de contaminació atmosfèrica, SO<sub>2</sub> i fums, han assolit uns nivells força baixos, especialment l'SO<sub>2</sub>, que es pot considerar un contaminant residual. El plom i el CO es mantenen també per sota dels valors límit vigents. Les partícules i l'ozó són més problemàtiques per a la ciutat. Les partícules de gran diàmetre (partícules sedimentables), sovint superen els valors admissibles de referència. Cal assenyalar que, a Barcelona, la principal font de contaminació atmosfèrica són les emissions dels vehicles amb motor.

En bona part dels estudis s'observa una associació entre la contaminació atmosfèrica i la salut, fins i tot, a nivells que estan per sota dels estàndards considerats com a segurs per les agències internacionals. Els principals efectes a curt termini de la contaminació atmosfèrica sobre la salut a Barcelona van des d'un augment de la mortalitat total i per causes respiratòries i cardiovasculars, a les alteracions de la funció pulmonar i altres símptomes, passant per un increment en el nombre de visites mèdiques i ingressos hospitalaris. El projecte APHEIS (*Air Pollution and Health: European Information System*), en el qual participa Barcelona com a coordinadora, pretén passar de la recerca epidemiològica a l'acció en salut pública, mitjançant el desenvolupament d'un sistema de vigilància dels efectes a curt termini de la contaminació atmosfèrica sobre la salut, que ha de constituir un instrument eficaç de suport a la planificació i avaluació de les polítiques de control de la qualitat de l'aire i de protecció de la salut.

## 2.3. Tabac i adolescència

A Barcelona, la proporció d'adolescents fumadors als 13–14 anys està estabilitzada des de fa anys al voltant del 10%. Crida l'atenció la proporció de noies fumadores als 16 anys (33%) en comparació amb els nois fumadors (19%), segons dades de 1996. Un 15% dels escolars de 13–14 anys declaren haver comprat tabac alguna vegada.

El programa ESFA (*European Smoking Prevention Framework Approach*), en el qual participa Barcelona junt amb 6 altres ciutats i regions europees, pretén abordar en una intervenció dirigida als escolars de 12–15 anys els diferents factors de risc de consum de tabac a tres nivells: l'individual, l'escolar i el comunitari. Les dades basals obtingudes durant 1998–1999, que serviran per avaluar el programa, posen en evidència que a Barcelona hi ha un 3% de fumadors habituals i un 9,2% d'experimentadors (fumen menys d'un cop a la setmana). El consum de tabac regular resulta inferior a les altres ciutats participants. Complementàriament, les dades de l'Enquesta de salut a Barcelona 2000 permetran monitorar les tendències més recents del tabaquisme en la població de la ciutat.

## 2.4. La salut dels immigrants

La natalitat de les dones nascudes fora de l'Estat espanyol ha representat un 9,7% dels naixements durant els anys 1994–98, proporció que ha augmentat al llarg dels cinc anys. Les agrupacions de països d'origen més freqüents de mares i pares de procedència estrangera han estat: Centre i Sud-Amèrica, Europa

(sense comptar l'Estat espanyol) i resta de països desenvolupats, i el Magrib. El districte de Ciutat Vella i sobretot els barris del Raval, Gòtic i Parc tenen un percentatge més alt de naixements de mares d'origen estranger (31%). Les mares nascudes a la resta d'Àfrica tenen una proporció més alta de naixements de baix pes i preterme.

La mortalitat en persones nascudes fora de l'Estat espanyol i residents a Barcelona durant els anys 1994-98 ha representat al voltant de 400 defuncions l'any, fins 1997, per després disminuir a 300 l'any, i es reparteixen d'igual manera entre els qui procedeixen de països desenvolupats i la resta. El patró de mortalitat de les persones d'origen estranger és globalment similar al de Barcelona.

Aproximadament un 5% dels casos de sida a la ciutat de Barcelona són persones de nacionalitat estrangera, que porten residint a Espanya una mitjana de 8 anys, i que es diferencien dels casos amb nacionalitat espanyola, en el fet que són amb més freqüència homes que resideixen en les zones amb més privació socioeconòmica de la ciutat, i perquè amb menor freqüència són usuaris de drogues per via parenteral. Pel que fa a la tuberculosi, els casos en nascuts fora d'Espanya representen aproximadament el 14% dels casos detectats pel Registre de TB de la ciutat de Barcelona des de l'any 1998 fins al 15 de juny del 2000, i es diferencien dels casos amb nacionalitat espanyola per ser més joves i amb menor freqüència usuaris de drogues per via parenteral, amb una major freqüència de formes extrapulmonars, sense que s'observin diferències entre VIH- i VIH+.

## 2.5. La cocaïna a Barcelona

En els darrers anys, a la ciutat de Barcelona el fenomen de l'ús de drogues ha canviat de patró ja que en l'últim trienni s'ha evidenciat que l'evolució dels problemes relacionats amb la cocaïna han anat augmentant.

Des de l'any 1997, dins les urgències relacionades amb el consum de drogues, les provocades per cocaïna superen les d'heroïna, i suposen prop de 1.100 visites a urgències anuals. En els dos indicadors de presentació més tardana, l'indicador d'inicis de tractament per consum de drogues i l'indicador de mortalitat per reacció aguda adversa a les drogues, s'observa el mateix patró. L'any 1999, per primera vegada al llarg de 10 anys de monitoratge del fenomen de les drogues a la ciutat de Barcelona, tant en els primers inicis com en les defuncions, la cocaïna supera l'heroïna.

## 2.6. Els plans de salut als districtes

Els plans de salut als districtes pretenen vincular de forma pràctica el coneixement de la salut en l'àmbit territorial amb accions territorials, especialment aquelles que es poden portar a terme amb la participació dels serveis municipals. En els darrers anys s'ha consolidat l'elaboració dels diferents indicadors de salut i drogues en districtes, barris i àrees bàsiques de salut, informació que és cabdal per desenvolupar la planificació sanitària a la ciutat.

L'any 1999 es va començar a desenvolupar el Pla de salut de Sants-Montjuïc. Es va fer l'anàlisi preliminar, es van prioritzar

alguns problemes de salut (salut mental, salut de la gent gran, l'alcoholisme, la cirrosi i les immunitzacions) i es van començar a posar en marxa algunes intervencions. D'altra banda, el Pla de salut de Ciutat Vella ha seguit avançant, mitjançant la reorientació del Programa de salut maternoinfantil i un projecte pilot d'integració de les vacunacions a la població escolar a l'ABS de la Barceloneta.

## 2.7. Evolució de les malalties vacunables segons les polítiques de vacunació

En aquest capítol es presenta l'evolució de les malalties vacunables. Les malalties sotmeses a campanyes de vacunació i vacunació sistemàtica (poliomielitis, diftèria, tètanus i tos ferina) presenten taxes molt baixes o nul·les al llarg de tota la dècada, incloent-hi l'eradicació de la poliomielitis.

Les malalties sotmeses a vacunació sistemàtica (xarampió, rubèola i parotiditis) presenten una disminució important des dels anys 80. Finalment, les malalties sotmeses recentment a polítiques de vacunació en grups de risc (hepatitis B, hepatitis A, *Haemophilus influenzae* tipus B) han presentat taxes estables des dels anys 80.

## 2.8. La salut de la gent gran a Barcelona

L'any 1996 a Barcelona hi havia un 20,7% de la població amb més de 64 anys (16,9% dels homes i un 24% de les dones). També cal destacar que en els darrers anys ha anat augmentant el nombre de gent gran que viu sola.

Les causes circulatòries són les causes de mortalitat principals en la gent gran, tot i que la taxa de mortalitat per malaltia cerebrovascular ha disminuït durant tota la dècada tant en homes com en dones. L'any 1992, més de la meitat de la població d'aquesta edat declarava tenir un bon estat de salut. La proporció de bona salut, però, és menor en les dones i en les persones més grans.

## 3. La situació dels objectius del Pla de salut per al 2000 a Barcelona: tendències i projeccions

El 65% dels objectius en salut fixats pel Pla de salut seran assolits mantenint els esforços actuals. Dintre d'aquests es troben els relatius a la salut cardiovascular, el càncer de pulmó, el càncer de mama i coll uterí, els accidents de trànsit, cirrosi hepàtica, mortalitat atribuïble a l'alcohol, incidència i prevalença d'infecció pel VIH en UDVP, infecció pel VIH en nadons, control de malalties vacunables, mortalitat perinatal, infantil i materna, tuberculosi, càries, febre tifoide, enteritis i diarrees, malalties de transmissió sexual, interrupció de l'hàbit tabaquic i exercici físic.

Un 20% dels objectius requeririen esforços especials per tal d'assolir-los, encara que no l'any 2000, sí ens els propers anys. Aquests es refereixen a mortalitat per malaltia respiratòria, ofegaments i submersions, consum d'alcohol, mortalitat per reacció adversa a drogues, accidentalitat laboral, oftàlmia *neonatorum* i mortalitat per tabac.



El 15% dels objectius són difícilment assolibles encara que s'intensifiquin els esforços. Pertanyen als àmbits següents: mortalitat per càncer en menors de 65 anys, morbiditat per hepatitis B, prematuritat cronològica i baix pes en néixer, embarassos en adolescents (14–17 anys), brots de toxoinfeccions alimentàries i prevalença de tabaquisme.

#### 4. Conclusions generals

Entre els aspectes resumits anteriorment es poden formular les conclusions següents:

##### Entorn

- Des del punt de vista sociodemogràfic destaca l'evolució contínua de l'increment de l'esperança de vida i de l'esperança de vida lliure d'incapacitat, fet que s'acompanya d'un augment del nombre de persones grans, una part creixent de les quals viuen soles. Aquesta tendència només és parcialment contrarestatada per l'increment de població emigrant, generalment més jove.
- S'observa una tendència general a la millora de la contaminació de l'aire. Els problemes principals de contaminació ambiental són les partícules i els contaminants secundaris.

##### Salut i determinants

- Es continua incrementant la fecunditat en les dones majors de 35 anys, que constitueixen el grup etari més fecund després del grup de 30 a 34 anys.
- Els embarassos en adolescents (14–17 anys) experimenten un lleuger increment, però que no reflecteixen les tendències en el nombre de naixements en aquest grup, atès l'elevat percentatge de gestacions interrompudes.
- Segueix augmentant la proporció dels naixements a Barcelona de mares nascudes fora de l'Estat espanyol, amb predomini de mares procedents de països de renda baixa, i amb una major concentració en determinats districtes.
- El control de l'embaràs en les gestants de Barcelona és generalment adequat, encara que es manté la realització d'un nombre innecessari d'ecografies.
- Es segueix consolidant la tendència a la disminució de la incidència de tuberculosi i de sida, en el cas de la tuberculosi, sobretot per les millores en el diagnòstic precoç i en el compliment del tractament, i en el cas de la sida, sobretot per l'efectivitat de les teràpies antivirals.
- Pel que fa a l'ús de drogues no institucionalitzades s'està observant la confirmació de les tendències de disminució dels casos coneguts d'usuaris d'opiacis, i d'un increment d'usuaris de cocaïna.
- Al voltant del 10% d'adolescents de 13–14 anys són fumadors. En el grup de 16 anys destaca el 33% de noies fumadores, enfront del 19% dels nois.
- En el darrer any s'observa un increment del nombre de lesions per accidents de trànsit atesos als serveis d'urgències, observació que s'afegeix a la interrupció, des de 1996, de la tendència fins llavors decreixent de la mortalitat per accidents de trànsit.

- Es manté l'increment dels accidents laborals greus, especialment a expenses de l'increment dels accidents de trànsit durant la jornada laboral.
- La mortalitat global i prematura ha disminuït entre el 1990 i els 1998, un cop tingut en compte l'efecte de l'edat, i en part per raó de la important disminució de la mortalitat per sida des de l'any 1995.
- Barcelona, en comparació amb altres ciutats i regions d'Europa, presenta una menor mortalitat per malalties cardiovasculars i cerebrovasculars, així com per malalties de l'aparell respiratori i suïcidis. En canvi, la mortalitat per sida la situa entre les primeres ciutats i regions europees.

##### Serveis sanitaris

- S'incrementa lleugerament la cobertura de la reforma de l'atenció primària i el 1999 s'arriba a un 49% de població amb model d'APS reformat (54,5% de les ABS).
- S'incrementen les taxes anuals d'hospitalització a Barcelona, amb una proporció apreciable de pacients residents de fora de la ciutat.
- S'incrementa el nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris. L'estudi de les urgències de la ciutat ha permès conèixer que l'increment de les urgències ateses en el període hivernal és sobretot a expenses de l'SCUB-061 (domicilis) i dels domicilis d'aguts dels CAP, per patologies respiratòries i en la població major de 64 anys. En aquest període no es va observar un increment de les urgències als serveis hospitalaris però sí que va augmentar la proporció d'ingressos.
- És important el desconeixement que té la població atesa en relació amb l'existència de l'APS i del SCUB-061 com a llocs d'atenció a les urgències.
- S'han incrementat els recursos socio-sanitaris d'internament: convalsència, cures pal·liatives i atenció a la sida, així com el nombre de places d'hospital de dia, i també dels recursos per a salut mental i de la seva utilització.

##### Seguiment dels objectius del Pla de salut per al 2000

El 65% seran fàcilment assolits l'any 2000 seguint les estratègies actuals, un 20% requeririen d'esforços especials per assolir-los en els propers anys, i un 15% són difícilment assolibles tot i que s'intensifiquin els esforços. Entre els que requeririen esforços especials hi ha els relacionats amb la mortalitat respiratòria, el consum d'alcohol, la mortalitat per reacció adversa a drogues, la mortalitat per tabac i l'accidentalitat laboral. Entre els objectius que són difícilment assolibles destaquen la mortalitat per càncer en menors de 65 anys, els embarassos en adolescents i la prevalença de tabaquisme.

En conjunt, les tendències principals de la salut i dels seus determinants a Barcelona indiquen la consolidació dels indicadors demogràfics associats amb la millora de l'esperança de vida i al creixement de la immigració. Tot i que el perfil epidemiològic de la ciutat no presenta variacions substancials recents, alguns dels problemes de salut que més impacte negatiu van tenir en l'anterior dècada (sida, tuberculosi...) han tingut una incidència que ha

minvat considerablement, mentre que han sorgit altres problemes, com ara el consum de cocaïna, l'embaràs adolescent, els accidents de trànsit i laborals i el tabaquisme en adolescents, problemes alguns dels quals s'associen amb objectius del Pla de salut per al 2000 a la ciutat, que difícilment podran ser assolits. Pel que fa als serveis sanitaris a Barcelona, s'observa una tendència global a una més gran dotació i activitat, incloent-hi l'atenció primària, l'atenció a urgències i l'atenció hospitalària. Cal tenir en compte que l'envelliment i la immigració plantegen demandes addicionals i específiques dels serveis sanitaris, especialment en l'àmbit de l'atenció socio sanitària i de la salut mental.

## La Salud en Barcelona, 1999

### RESUMEN

#### Introducción

Este informe es la continuación de la serie de informes anuales realizados por el Instituto Municipal de Salud Pública desde 1985. En el primer capítulo del informe de este año se hace una valoración de la salud de la población, con un seguimiento de los principales problemas de salud, sobre todo en el período 1990-99.

El capítulo 2, de forma monográfica, aborda algunos de los aspectos que tienen especial relevancia para la salud pública de la ciudad siendo objeto de un análisis más profundo, como puede ser la detección de problemas y necesidades en la salud, el seguimiento de un problema de salud específico o el diseño de estrategias de intervención.

En el capítulo 3 se presenta el seguimiento anual de los objetivos generales del Plan de Salud de Barcelona, que se formularon a principios de los años 90 para conseguir en el 2000, siendo este informe del año 1999 el último antes de la evaluación final sobre su consecución.

Consolidando el modelo de los últimos años de elaborar y publicar indicadores de salud para áreas geográficas más pequeñas, en el anexo 1 encontramos los indicadores principales de mortalidad, nacimientos y enfermedades de declaración obligatoria, para los 10 distritos y las 66 Áreas Básicas de Salud de la ciudad.

### 1. Cambios en la salud y sus determinantes, en la población de Barcelona en la década de los 90

#### 1.1. Población, trabajo y medio ambiente

La población total de Barcelona ha disminuido en los últimos años, aunque por grupos de edad, en los mayores de 65 años aumenta, siendo el 20,7% de la población (17,4 en el 91), y también en los mayores de 75 años (8,7% actualmente y 7,3% a principios de los 90). Según datos del último padrón del año 1996 el índice de envejecimiento (relación entre los mayores de 65 y los menores de 14 años) es del 17% en hombres y del 24% en mujeres.

En el año 1999 un 49% de los residentes en la ciudad eran población activa (68,7% si se calcula sobre la población entre 15 y 64 años en lugar del total de población) y la tasa de paro del 13,2%. El paro ha disminuido en los últimos años, pero continúa siendo más alto en las mujeres que en los hombres. El sector principal de actividad en la ciudad es el de servicios, donde trabaja el 75% de la población ocupada.

La contaminación atmosférica ha mejorado progresivamente en los últimos 20 años en los contaminantes tradicionales (SO<sub>2</sub> y humos) y actualmente los problemas principales provienen de la presencia de partículas y contaminantes secundarios (CO, NO<sub>2</sub> y ozono incidentalmente). Es importante la contaminación acústica como en la mayoría de las grandes ciudades europeas. En al-

gunas de las áreas más ruidosas de la ciudad ha disminuido el ruido gracias a la implantación de medidas como la mejora de la gestión del tránsito, renovación de aceras, aplicación de asfaltos de buenas características acústicas, etc.

#### 1.2. La salud materno-infantil

Las tasas de natalidad y fecundidad no han sufrido cambios importantes durante la década, aunque se ha modificado la fecundidad en edades extremas, viéndose una clara tendencia al alza en las mujeres de 35 y más años y un descenso en las más jóvenes (menores de 20 años).

En el grupo de mujeres entre 14 y 17 años se observa una disminución de nacimientos y un aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo que, en conjunto, se resume en un aumento de la tasa de embarazos en adolescentes, que se coloca en 6 por cada 1000 mujeres de este grupo de edad (48 nacimientos de un total de 198 embarazos).

El control del embarazo es, globalmente, adecuado en el sentido que la gran mayoría de gestantes tienen la primera visita al obstetra durante el primer trimestre del embarazo y se les hace la ecografía al 5º o 6º mes, momento idóneo para la detección de defectos congénitos. Un aspecto desfavorable es el elevado número de ecografías realizadas durante el embarazo (unas 5, cuando se recomiendan 2 o 3).

#### 1.3. Problemas de salud específicos

##### *La tuberculosis*

En la primera mitad de la década de los 90 se truncó la tendencia creciente de la incidencia de tuberculosis, siendo decisivas las estrategias orientadas a facilitar el diagnóstico precoz y otras para incrementar las tasas de cumplimiento del tratamiento.

##### *El sida*

El año 1994 fue el de máxima incidencia de esta enfermedad, desde entonces las tasas de incidencia han disminuido, tanto en los casos en que la transmisión fue por el uso de drogas intravenosas como por relaciones homosexuales. El sida por transmisión heterosexual empezó a disminuir en 1998. El principal determinante del cambio de tendencia y del incremento de la supervivencia ha sido la introducción de nuevas terapias antivirales en pacientes infectados por el VIH.

##### *El uso de drogas no institucionalizadas*

Hay que destacar que desde el año 1998 se produce una disminución de los usuarios de opiáceos pero a la vez aumentan los usuarios de cocaína, igualándose en el año 1999 el número de casos nuevos detectados por estas dos sustancias.

##### *Los accidentes de tránsito*

En los últimos años se experimenta una tendencia creciente del número de lesionados por accidentes de tránsito. El 46% de los lesionados son usuarios de motos y ciclomotrices, el 30% son usuarios de turismo y el 21,4% son peatones. El grupo de edad más afectado es el de 15-44 años (77% de los lesionados).

### *Los accidentes laborales graves y mortales*

De los accidentes laborales graves destaca el aumento entre los años 1994 y 1999, especialmente los accidentes de tránsito durante la jornada laboral (aumento del 33%) y de los accidentes *in itinere* (72%).

## **1.4. La mortalidad**

La tasa de mortalidad estandarizada por edad ha disminuido durante la década (de 1990 a 1998) y la mortalidad prematura, muy influenciada por la mortalidad por sida, también disminuye desde 1995. De manera congruente, la esperanza de vida aumenta de 72,7 a 75,2 años en hombres (la más alta jamás documentada) y de 80,2 a 82,1 años en mujeres. La esperanza de vida sin incapacidad también ha aumentado de 46,1 a 47,9 años en hombres y de 60,2 a 61,6 años en mujeres.

De la mortalidad por causas específicas destaca la gran disminución de la mortalidad por sida en la población de 15 a 44 años a partir de 1996, mientras que la mortalidad por accidentes de tránsito, que disminuyeron hasta el año 1995, vuelve a aumentar. Las principales causas de muerte en los grupos de 45-64 años (cáncer de pulmón y enfermedad isquémica del corazón en hombres y cáncer de mama en mujeres) y en los mayores de 65 años (cardiovasculares y tumores), en general, también han disminuido o se han mantenido estables entre 1990 y 1998.

## **1.5. Los servicios sanitarios**

### *Atención primaria de salud*

En el año 1999 se llega a una cobertura poblacional de la reforma de la atención primaria del 48,9%, con el 54,5% de las ABS reformadas. La frecuencia a las APS ha sido estable en los últimos 5 años, alrededor de 5-6 visitas por habitante y año en la red reformada y cerca de 5 en la no reformada.

### *Atención especializada hospitalaria*

La oferta de camas públicas se ha mantenido estable, unas 3,5 camas por 1000 habitantes y la tasa de hospitalización ha aumentado de 79,7 por 1000 habitantes el año 1994 a 88,7 en 1999. De manera estable en el tiempo, cerca del 33% de las hospitalizaciones son de residentes de fuera de la ciudad.

### *Atención a las urgencias*

El número de urgencias atendidas en los servicios hospitalarios ha ido aumentando desde el año 1996, de 579.375 a 652.233 en 1999. El SCUB-061 ha presentado un aumento del número de llamadas atendidas y una disminución del número de urgencias atendidas en el domicilio.

### *Atención socio-sanitaria*

En el período 1994-99 han disminuido, ligeramente, las camas de larga estancia y aumenta el resto de recursos de ingreso (convalecencia, curas paliativas y sida) y el número de plazas de hospital de día, con un aumento general de su utilización.

### *Atención a la salud mental*

Ha habido un incremento global de los recursos así como de la utilización de los mismos, tanto en centros de atención de adultos e infantiles (25 en total), como de camas (384 en 1999).

### *Atención a las drogodependencias*

Desde 1992, que se inició el primer contrato-programa de servicios a drogodependencias, se ajustó la oferta a la demanda real existente. La cobertura de estos programas (porcentaje de plazas cubiertas/porcentaje de plazas ofertadas) sobre un 70%.

### *Atención a la salud pública*

En Barcelona, la mayor parte de la atención a la salud pública está en el ámbito de responsabilidad del Instituto Municipal de Salud Pública (IMSP) desde donde se llevan a cabo las diferentes actuaciones de salud pública que se pueden resumir en:

- Análisis de la situación de la salud en la población, con detección y seguimiento de problemas relacionados con la misma así como las desigualdades en salud (sociales, territoriales, de género, etc.)
- Vigilancia epidemiológica e intervención sobre ciertos problemas de salud con implicaciones sobre la comunidad, como son las enfermedades de declaración obligatoria (sida, tuberculosis, hepatitis y otras), los brotes epidémicos y la salud ocupacional.
- Prevención de enfermedades y promoción de la salud, con actuaciones que van desde el Plan de vacunación continuada, educación sanitaria en la escuela, salud materno-infantil en zonas desfavorecidas y educación sanitaria en la empresa.
- Atención a las drogodependencias a través del Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona.
- Seguridad e higiene de los alimentos: desde actuaciones de control sanitario de la cadena alimentaria hasta intervenciones de educación sanitaria a manipuladores de alimentos.
- Control de zoonosis y vectores: con el control de los animales de la ciudad y la higienización de espacios públicos.
- Al laboratorio municipal de salud pública se le ofrece ayuda en la vigilancia ambiental, de alimentos y aguas, así como la elaboración de fármacos y controles de calidad.

Estas funciones se engloban en el sistema sanitario de la ciudad de tal manera que se ayuda en la planificación sanitaria, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y en la intervención sobre algunos problemas de salud específicos.

## **1.6. La salud de la población de Barcelona respecto a la de otras ciudades y regiones europeas**

Barcelona tiene una tasa de mortalidad estandarizada por edad en el rango bajo entre las ciudades europeas, destacando una mortalidad más baja por enfermedad cardiovascular, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedades del aparato respiratorio y suicidios. En la mortalidad por cáncer, Barcelona presenta unas tasas intermedias en comparación con otras ciudades, como también por accidentes de tránsito. En cambio, la mortalidad por enfermedades infecciosas es mucho más alta en Barcelona que en el resto de ciudades europeas analizadas, directamente relacionada con la mayor incidencia de sida en la última década.

## 2. Algunos aspectos monográficos

### 2.1. La atención a las urgencias en la ciudad de Barcelona

Como parte del Plan Integral de Urgencias de Catalunya, en Barcelona, durante tres semanas (15-21 junio y 19-25 octubre de 1999 y 18-24 enero de 2000) se recogió información clínica y demográfica de las 67.791 urgencias que se produjeron en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) públicos, en los Centros de Atención Continuada (CAC) y en el servicio SCUB-061 realizándose una encuesta por entrevista a una muestra de 9.342 personas. Los objetivos eran: conocer las características demográficas y clínicas de la demanda de atención urgente y los patrones de utilización de los diferentes recursos, analizar las variaciones estacionales de la demanda de atención urgente y describir los conocimientos, motivaciones, expectativas y prácticas de la población demandante de atención en los servicios de urgencias y los factores relacionados.

El 53,5% de las urgencias se atendieron en el hospital. El grupo de edad mayoritario fue el de 15-44 años, con excepción de los domicilios de agudos al CAP y domicilios de urgencias del SCUB-061, en que el grupo de más de 64 años predominaba. La tasa de urgencias atendida era muy variable entre distritos, más alta en las zonas sociodemográficamente y sanitariamente más desfavorecidas.

En el período invernal, el aumento de las urgencias atendidas fue a expensas del SCUB-061 (domicilio de urgencias) y los domicilios de agudos desde el CAP por patología respiratoria y en población de más de 64 años. En los hospitales, el volumen de urgencias atendidas se mantuvo estable sin cambios estacionales, registrándose "días punta" en el período invernal. No hubo cambios en el perfil demográfico. El porcentaje de ingresos aumenta en un 34% en invierno. La patología respiratoria es la primera causa (24,1%), aumentando un 121,3% respecto a la semana de junio.

También es evidente que hay un desconocimiento importante de la existencia de la APS y del SCUB-061 como lugares de atención a las urgencias. También, la percepción de la gravedad del problema, especialmente en los subgrupos socialmente más desfavorecidos, se asocia a expectativas que hacen del hospital el lugar donde se cree que el problema se resolverá de la manera más efectiva y rápida, incluso conociendo la existencia de otros recursos de atención urgente.

### 2.2. Transporte y salud

En este apartado se abordan algunos de los problemas de salud más relacionados con el tránsito rodado, como son los accidentes de tránsito y la contaminación atmosférica.

#### *Accidentes de tránsito*

Durante el año 1999, 18.443 lesionados en accidente de tránsito han sido atendidos en los servicios de urgencias de los siete principales hospitales de la red pública de Barcelona. Representa un aumento del 10,2% si lo comparamos con los datos de los lesionados atendidos durante 1997. Más de la mitad eran hom-

bres (62%), el grupo de edad más afectado eran los jóvenes (de 15 a 39 años: 73,2%). Casi la mitad de los lesionados eran usuarios de motocicletas y ciclomotores (44%), seguidos por los turismos (30%) y los peatones (24%). Por sexos, la mayoría de los usuarios de motocicletas/ciclomotores eran hombres (51%) mientras que las mujeres se repartían en partes iguales (alrededor del 30%) entre usuarias de motocicletas/ciclomotores, turismos y peatones.

En conjunto, los lesionados en accidente de tránsito atendidos en las urgencias de los hospitales son: hombres, gente joven, usuarios de motocicletas/ciclomotores. Además, existen diferencias, tanto demográficas como de patrones de lesión, entre los diversos tipos de usuarios lesionados. Esto tiene implicaciones a la hora de diseñar estrategias para prevenir y disminuir las consecuencias de los accidentes de tránsito.

#### *Contaminación atmosférica y salud*

Durante los últimos 20 años la calidad del aire de Barcelona ha mejorado de forma importante. Los indicadores tradicionales de contaminación atmosférica, SO<sub>2</sub> y humos, han alcanzado unos niveles bastante bajos, especialmente el SO<sub>2</sub>, que se puede considerar como contaminante residual. El plomo y el CO, se mantienen, también, por debajo de los valores límite vigentes. Más problemas tiene la ciudad con las partículas y el ozono. Las partículas de gran diámetro (partículas sedimentables), a menudo superan los valores admisibles de referencia. En Barcelona, la principal fuente de contaminación atmosférica son las emisiones de los vehículos de motor.

En buena parte de los estudios se observa una asociación entre la contaminación atmosférica y la salud hasta niveles que están por debajo de los estándares considerados como seguros por las agencias internacionales. Los principales efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica sobre la salud van desde un aumento de la mortalidad total y por causas respiratorias y cardiovasculares, a las alteraciones de la función pulmonar y otros síntomas, pasando por un aumento en el número de visitas médicas e ingresos hospitalarios, efectos descritos para la ciudad de Barcelona.

El proyecto APHEIS (*Air pollution and Health: European Information System*), en el que participa Barcelona como co-coordinadora, pretende pasar de la investigación epidemiológica a la acción en salud pública, mediante el desarrollo de un sistema de vigilancia de los efectos a corto plazo de la contaminación atmosférica sobre la salud para ser un instrumento eficaz de ayuda en la planificación y evaluación de las políticas de control de la calidad del aire y la protección de la salud.

### 2.3. Tabaco y adolescencia

En Barcelona, la proporción de adolescentes fumadores a los 13-14 años está estabilizada alrededor del 10% desde hace años. Llama la atención la proporción de chicas fumadoras a los 16 años (33%) en comparación con los chicos fumadores (19%), según datos de 1996. Un 15% de los escolares de 13-14 años declaran haber comprado tabaco alguna vez.

El programa ESFA (*European Smoking Prevention Framework Approach*), en el que participa Barcelona con otras 6 ciudades y regiones europeas, pretende abordar en una intervención

dirigida a los escolares de 12-15 años los diferentes factores de riesgo de consumo de tabaco a tres niveles: el individual, el escolar y el comunitario. Los datos basales obtenidos durante 1998-99, que servirán para realizar la evaluación del programa, ponen en evidencia que en Barcelona hay un 3% de fumadores habituales y un 19,2% de experimentadores (fuman menos de una vez a la semana), siendo el consumo de tabaco regular inferior a las otras ciudades participantes. Complementariamente, los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona 2000 permitirán monitorizar las tendencias más recientes del tabaquismo en la población de la ciudad.

#### 2.4. La salud de los inmigrantes

La natalidad de mujeres nacidas fuera del Estado Español representa un 9,7% de los nacimientos durante los años 1994-98, proporción que aumenta durante los cinco años. Las agrupaciones de países de origen más frecuente de madres y padres de origen extranjero son: Centro y Sud-América, Europa (sin el Estado Español) y resto de países desarrollados y el Magrib. El distrito de Ciutat Vella y, sobre todo, los barrios Raval, Gòtic y Parc tienen un porcentaje más alto de nacimientos de madres de origen extranjero (31%). Las madres nacidas en el resto de África tienen una proporción más alta de nacimientos de bajo peso y partos prematuros.

La mortalidad en personas nacidas fuera del Estado Español y residentes en Barcelona durante los años 1994-98 representa unas 400 defunciones al año hasta 1997 para después disminuir a 300 al año, repartiéndose por igual entre los que proceden de países desarrollados y el resto. El patrón de mortalidad de las personas de origen extranjero es, globalmente, similar al de Barcelona.

Aproximadamente un 5% de los casos de sida en la ciudad de Barcelona son personas de nacionalidad extranjera, que llevan residiendo en España una media de 8 años y se diferencian de los casos con nacionalidad española, en que con más frecuencia son hombres, que residen en las zonas con más privación socioeconómica de la ciudad y con menos frecuencia son usuarios de drogas por vía parenteral. Sobre la tuberculosis, los casos en nacidos fuera del Estado Español representan, aproximadamente, el 14% de los casos detectados por el registro de TB de la ciudad de Barcelona desde 1998 hasta el 15 de junio del 2000. Se diferencian de los casos con nacionalidad española por ser más jóvenes y, con menor frecuencia, usuarios de drogas por vía parenteral; hay una frecuencia mayor de formas extrapulmonares sin que se observen diferencias entre VIH- y VIH+.

#### 2.5. La cocaína en Barcelona

En los últimos años, en la ciudad de Barcelona, el fenómeno del uso de drogas ha cambiado de patrón viéndose, en el último trienio, que la evolución de los problemas relacionados con la cocaína aumenta.

Desde el año 1997, dentro de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas, las provocadas por cocaína superan a las de heroína y suponen unas 1100 visitas anuales a urgencias. En

los dos indicadores de presentación más tardía, el indicador de inicio de tratamiento por consumo de drogas y el indicador de mortalidad por reacción aguda adversa a drogas, se observa el mismo patrón. En el año 1999, por primera vez durante los 10 años de monitorización del fenómeno de las drogas en la ciudad de Barcelona, tanto en los primeros inicios como en las defunciones, la cocaína supera a la heroína.

#### 2.6. Los planes de salud en los distritos

Los planes de salud en los distritos pretenden vincular de forma práctica el conocimiento de la salud en el ámbito territorial con acciones territoriales, especialmente aquellas que se pueden realizar desde o con la participación de los servicios municipales. En los últimos años se ha consolidado la elaboración de los diferentes indicadores de salud y drogas en distritos, barrios y Areas Básicas de Salud, información que es imprescindible para desarrollar la planificación sanitaria en la ciudad.

En el año 1999 se empezó a desarrollar el plan de salud de Sants-Montjuïc. Se hizo el análisis preliminar, se priorizaron algunos problemas de salud (salud mental, salud de la gente mayor, el alcoholismo, la cirrosis y las inmunizaciones) y se empezó la puesta en marcha de algunas intervenciones. El plan de salud de Ciutat Vella ha ido avanzando mediante la reorientación del programa de salud materno-infantil y un proyecto piloto de integración de las vacunaciones a la población escolar en la ABS de la Barceloneta.

#### 2.7. Evolución de las enfermedades vacunables según las políticas de vacunación

En este capítulo se presenta la evolución de las enfermedades vacunables. Las enfermedades sometidas a campañas de vacunación y vacunación sistemática (poliomielitis, difteria, tétanos y tosferina) presentan tasas muy bajas o nulas durante toda la década, incluyendo la erradicación de la poliomielitis. Las enfermedades sometidas a vacunación sistemática (sarampión, rubéola y parotiditis) presentan una disminución importante desde los años 80. Finalmente, las enfermedades hasta hace poco sometidas a políticas de vacunación en grupos de riesgo (hepatitis B, hepatitis A, Haemophilus influenzae tipus B) presentan tasas estables desde los años 80.

#### 2.8. La salud de la gente mayor en Barcelona

En el año 1996 en Barcelona había un 20,7% de la población con más de 64 años (16,9% de hombres y un 24% de mujeres). Hay que destacar también que, en los últimos años, el número de gente mayor que vive sola ha ido aumentando. Las causas circulatorias son las principales causas de mortalidad en la gente mayor, aunque la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha disminuido durante toda la década, tanto en hombres como en mujeres. En 1992, más de la mitad de la población de esta edad declaraba una buena salud, a pesar de que la proporción de buena salud es menor en las mujeres y en las personas mayores.

### 3. La situación de los Objetivos del Plan de Salud para el 2000 en Barcelona: tendencias y proyecciones

El 65% de los objetivos en salud fijados por el Plan de Salud se conseguirán manteniendo los mismos esfuerzos. Dentro de éstos están los relativos a salud cardiovascular, el cáncer de pulmón, el cáncer de mama y cuello uterino, los accidentes de tránsito, cirrosis hepática, mortalidad atribuible al alcohol, incidencia y prevalencia de infección por VIH en UDVP, infección por VIH en recién nacidos, control de enfermedades vacunables, mortalidad perinatal, infantil y materna, tuberculosis, caries, fiebre tifoidea, enteritis y diarreas, enfermedades de transmisión sexual, cesación del tabaco y ejercicio físico.

Un 20% de los objetivos necesitarían esfuerzos especiales para asumirlos, sino en el año 2000 sí en los próximos años. Son los que se refieren a: mortalidad por enfermedad respiratoria, ahogos y submersiones, consumo de alcohol, mortalidad por reacción adversa a drogas, accidentalidad laboral, oftalmía neonatorum y mortalidad por tabaco.

El 15% de los objetivos son difícilmente asumibles aunque se intensifiquen los esfuerzos. Estos pertenecen a los ámbitos siguientes: mortalidad por cáncer en menores de 65 años, morbilidad por hepatitis B, prematuridad cronológica y bajo peso al nacer, embarazos en adolescentes (14-17 años), brotes de toxiinfecciones alimentarias y prevalencia de tabaquismo.

### 4. Conclusiones generales

Entre los aspectos resumidos anteriormente, se pueden formular las conclusiones siguientes:

#### Entorno

- Desde el punto de vista sociodemográfico destaca la continuación del incremento de la esperanza de vida y de la esperanza de vida sin incapacidad, hecho que se acompaña de un aumento de personas mayores, una parte de las cuales viven solas. Esta tendencia sólo es parcialmente contrarrestada por el aumento de población emigrante, generalmente más joven.
- Se observa una tendencia general a la mejora de la contaminación del aire, siendo contaminantes como las partículas y los contaminantes secundarios los problemas principales de contaminación ambiental.

#### Salud y determinantes

- Sigue subiendo la fecundidad en las mujeres mayores de 35 años, que constituyen el grupo más fecundo después del grupo de 30 a 34 años.
- Los embarazos en adolescentes (14-17 años) experimentan un ligero aumento, pero que no reflejan las tendencias en el número de nacimientos en este grupo, teniendo en cuenta el elevado porcentaje de gestaciones interrumpidas.
- Sigue aumentando la proporción de los nacimientos en Barcelona de madres nacidas fuera del Estado Español, predomi-

nando las madres procedentes de países de renta baja y con mayor concentración en determinados distritos.

- El control del embarazo en las gestantes de Barcelona es generalmente adecuado, aunque se continúa realizando un número innecesario de ecografías.
- Se va consolidando la tendencia a la disminución de la incidencia de tuberculosis y de sida. En el caso de la tuberculosis debido, sobre todo, a las mejoras en el diagnóstico precoz y en el cumplimiento del tratamiento y en el caso del sida debido, sobre todo, a la efectividad de las terapias antivirales.
- Referente al uso de drogas no institucionalizadas se observa la confirmación de las tendencias de disminución de los casos conocidos de usuarios de opioides y un aumento de usuarios de cocaína.
- Cerca del 10% de adolescentes de 13-14 años son fumadores. En el grupo de 16 años destaca que el 33% son chicas fumadoras y un 19% chicos.
- En el último año, hay más lesionados por accidentes de tránsito atendidos en los servicios de urgencias, observación que se añade al cambio de la tendencia de la mortalidad por accidentes de tráfico que fue decreciente hasta 1996.
- Se mantiene el aumento de los accidentes laborales graves, especialmente a expensas del incremento de los accidentes de tránsito durante la jornada laboral.
- La mortalidad global y prematura ha disminuido entre 1990 y 1998, una vez tenido en cuenta el efecto de la edad, y en parte debido a la importante disminución de la mortalidad por sida desde 1995.
- Barcelona, en comparación con otras ciudades y regiones de Europa, tiene una mortalidad más baja por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y también por enfermedades del aparato respiratorio y suicidios. En cambio, la mortalidad por sida la sitúa entre las primeras ciudades y regiones europeas.

#### Servicios sanitarios

- Ligero incremento de la cobertura de la reforma de la atención primaria. En el año 1999 se llegó a un 49% de población con modelo de la APS reformado (54,5% de las ABS).
- El aumento de las tasas anuales de hospitalización en Barcelona, con una proporción apreciable de pacientes residentes fuera de la ciudad.
- Aumento de las urgencias atendidas en los servicios hospitalarios. Por el estudio de las urgencias de la ciudad se sabe que el aumento de las urgencias atendidas en el período invernal es sobre todo a expensas del SCUB-061 (domicilios) y de los domicilios de agudos de los CAP, por patologías respiratorias y en la población mayor de 64 años. En este período no hubo un incremento de las urgencias en los servicios hospitalarios pero sí aumentó la proporción de ingresos.
- Existe un importante desconocimiento, por parte de la población atendida, de la existencia de la APS y del SCUB-061 como lugares de atención a las urgencias.
- Se han incrementado los recursos sociosanitarios de ingreso: convalecencia, curas paliativas y atención al sida, el número de plazas de hospital de día y también los recursos para la salud mental y su utilización.

### **Seguimiento de los Objetivos del Plan de Salud para el 2000**

El 65% serán fácilmente asumibles el año 2000 siguiendo las estrategias actuales, un 20% necesitarán de esfuerzos especiales para conseguirlos en los próximos años y un 15% son difícilmente asumibles aunque se intensifiquen los esfuerzos. Entre los que requieren esfuerzos especiales están los relacionados con la mortalidad respiratoria, el consumo de alcohol, la mortalidad por reacción adversa a drogas, la mortalidad por tabaco y la accidentalidad laboral. Entre los objetivos difícilmente asumibles destacan la mortalidad por cáncer en menores de 65 años, los embarazos en adolescentes y la prevalencia de tabaquismo.

En conjunto, las tendencias principales de la salud y sus determinantes en Barcelona indican la consolidación de los indicadores demográficos asociados a la mejora de la esperanza de vida y al aumento de la inmigración. Aunque el perfil epidemiológico de la ciudad no presenta variaciones substanciales recientes, algunos de los problemas de salud que más impacto negativo tuvo en la anterior década (sida, tuberculosis) han disminuido considerablemente, mientras que surgen otros problemas, como el consumo de cocaína, el embarazo adolescente, los accidentes de tránsito y laborales y el tabaquismo en adolescentes, algunos de los cuales se asocian a Objetivos del Plan de Salud para el 2000 en la ciudad que difícilmente se podrán conseguir.

Referente a los servicios sanitarios en Barcelona, se observa una tendencia global a una mayor dotación y actividad, incluyendo la atención primaria, la atención a urgencias y la atención hospitalaria. Hay que tener en cuenta que el envejecimiento y la inmigración plantean demandas adicionales y específicas de los servicios sanitarios, especialmente en el ámbito de la atención socio-sanitaria y de la salud mental.



## Health in Barcelona, 1999

### SUMMARY

#### Introduction

This report is a continuation of the series of annual reports which have been published by the Municipal Institute of Health since 1985. In the first chapter of this year's report an assessment is made of the health of the population, following up the main health problems, particularly for the period from 1990-99.

Chapter 2 tackles certain monographic aspects having special relevance for public health in the city, subjecting them to deeper analysis, such as for example the detection of problems and health-related needs, the followup of a specific health problem, or the design of intervention strategies.

Chapter 3 presents the annual followup of the general objectives of the Health Plan for the Year 2000, this report for 1999 being the last one prior to the final evaluation of its achievements.

Consolidating the model employed in recent years of elaborating and publishing health indicators for the smallest geographical areas, in Annex 1 we present the main indicators of mortality, births, and notifiable diseases, for the 10 districts, and 66 Primary Health Areas of the city.

### 1. Changes in health and its determinants among the population of Barcelona during the decade of the 90's

#### 1.1. Population, work and environment

The total population of Barcelona has diminished in recent years, however in terms of age groups, the population aged over 65 has risen, representing 20.7% of the population (17.4% in 1991), and the population aged over 75 has also risen (currently 8.7%, was 7.3% at the beginning of the 90's). According to data from the latest census, in 1996, the index of ageing (ratio of those aged over 65 to those aged under 14) is 17% in men and 24% in women.

In 1999, 49% of the city's residents were active (68.7% if the calculation is based on the those aged from 15 to 64, instead of the total population), and the unemployment rate was 13.2%. Unemployment has decreased in recent years, but continues to be higher among women than men. The main sector of activity in the city is that of services, in which 75% of the active population work.

Atmospheric pollution by the traditional pollutants (SO<sub>2</sub> and smoke) has progressively improved over the last 20 years, and currently the main problems are due to the presence of particles and secondary pollutants (CO, NO<sub>2</sub> and occasional peaks of ozone). As in most large European cities, there is substantial noise pollution. In some of the noisiest areas of the city levels have been reduced through measures such as improvements in traffic management, renewal of pavements, application of asphalt with good acoustic properties, etc.

#### 1.2. Maternal and infant health

Birth and fertility rates have not undergone significant changes during the decade, although fertility has changed in the extremes of the age range, with a clear upward trend among women aged 35 and over, and a decline among the younger ones (those under 20).

In the group of women aged from 14 to 17 years a fall in births and a rise in voluntary abortions is observed, which jointly yield a rise in the adolescent pregnancy rate, reaching 6 per 1000 women in this age group (48 births from a total of 198 pregnancies).

Pregnancy control is generally adequate, in the sense that the vast majority of pregnant women make their first visit to the obstetrician during the first three months, and have an ecograph in the 5<sup>th</sup> or 6<sup>th</sup> month, the best time for detection of congenital defects. One unfavourable aspect is the high number of ecographs carried out during the pregnancy (around 5, whereas the recommendation is 2 or 3).

#### 1.3. Specific health problems

##### *Tuberculosis*

In the first half of the 90's the rising trend in tuberculosis incidence was truncated, with strategies oriented towards early detection and other to increment treatment adherence rates being decisive factors.

##### *AIDS*

The year of maximum AIDS incidence was 1994, rates having declined since then, both among cases where transmission was through injecting drug use, and among those where it was homosexual relations. AIDS transmission via heterosexual contact began to decline in 1998. The main determinant of the change in trend and increased survival was the introduction of new antiviral therapies in HIV infected patients.

##### *Non-institutionalised drug use*

It is to be noted that since 1998 the numbers of opiate users has been declining, but at the same time cocaine users are increasing, and in 1999 the numbers of new cases detected for these two substances were equal.

##### *Traffic accidents*

In recent years cases of injury due to traffic accidents have tended to rise. Motorcyclists and moped users account for 46% of the injury cases, cars 30%, and 21.4% are pedestrians. The 15-44 years age group is most affected, with 77% of the injury cases).

##### *Severe and fatal occupational accidents*

Regarding severe occupational accidents, a rise is observed between 1994 and 1999, particularly for traffic accidents during working hours (an increase of 33%), and accidents *in itinere* (72%).

#### 1.4. Mortality

The age standardised mortality rate has fallen during the decade (between 1990 and 1998) and premature mortality, strongly

influenced by AIDS, also declines from 1995 onwards. As expected, life expectancy has risen, from 72.7 to 75.2 years among men (the highest ever recorded), and from 80.2 to 82.1 years among women. Disability-free life expectancy has also risen from 46.1 to 47.9 years among men, and from 60.2 to 61.6 years among women.

Regarding mortality due to specific causes, there was an important decrease in mortality due to AIDS in the population aged from 15 to 44 years from 1996 onwards, whereas traffic accident mortality, which fell prior to 1995, later rose again. The main causes of death in the group aged from 45-64 years (lung cancer and ischemic heart disease in men, and breast cancer in women), and in the group aged 65 and over (cardiovascular diseases and cancer) have in general declined or remained stable between 1990 and 1998.

### 1.5. Health services

#### *Primary health care*

Reforms in primary care led, in 1999, to a populational coverage of 48.9%, with 54.5% of the primary care centres reformed. Frequency of primary care visits has remained stable over the last 5 years with around 5-6 visits per inhabitant per year in the reformed centres, and around 5 in the non-reformed ones.

#### *Specialised hospital care*

Supply of public beds has been stable, with around 3.5 beds per 1000 inhabitants, while the hospitalisation rate has risen from 79.7 per 1000 inhabitants in 1994 to 88.7 in 1999. Also constant over time was the proportion of hospitalisations of residents from outside the city, about 33%.

#### *Emergency care*

The number of emergencies handled by hospital services has been rising since 1996, from 579,375 to 652,233 in 1999. Barcelona's Coordinated Emergencies System (telephone number 061) has registered a rise in the number of telephone calls handled, and a decrease in the number of emergencies requiring a home visit.

#### *Social health care*

Over the period from 1994-99 the number of long-stay hospital beds has decreased slightly, while resources available for other types of admissions have increased (convalescence, palliative care, AIDS) along with the number of day-hospital places, accompanied by a general increase in their utilisation.

#### *Mental health care*

There has been an overall rise in the resources available, as well as in their utilisation, not only in adult- and child-oriented centres (of which there are 25), but also in numbers of beds (384 in 1999).

#### *Drug addict care*

From 1992 onwards, when the first programme of services for drug addicts was started, the supply of services has been adapted to meet the true demand. Coverage of these programmes (places occupied / places available) is over 70%.

#### *Public health care*

In Barcelona most public health care falls within the scope responsibility of the Municipal Institute of Public Health, from where a variety of public health initiatives are undertaken, which may be summarised as follows:

- Analysis of the health situation of the population, with detection and followup of related problems, including inequalities in health (social, regional, gender-related, etc)
- Epidemiological surveillance and intervention with respect to certain health problems with community-level implications, such as Notifiable Diseases (AIDS, tuberculosis, hepatitis and others), epidemic outbreaks and occupational health.
- Disease prevention and health promotion, with initiatives ranging from the ongoing Vaccination Plan, school health education, mother-infant health in poor areas, and health education in the work-place.
- Drug addict care through the Barcelona Drug Action Plan.
- Food safety and hygiene: ranging from health controls in the food industry to educational initiatives for workers manipulating foodstuffs.
- Control of zoonosis and vectors: including control of domestic animals in the city, and hygiene of public places.
- Through the municipal public health laboratory, assistance is available for surveillance of aspects covering environment, food, and water, as well as pharmaceutical manufacture and quality control.

These functions are gathered under the umbrella of the city's health system in such a way as to assist in health planning, health promotion, disease prevention, and interventions related to certain specific health problems.

### 1.6. Health of the population of Barcelona compared to other European cities and regions

Compared to other European cities, Barcelona has relatively low age-standardised mortality rates, being notably lower for cardiovascular disease, ischemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory system diseases, and suicide. Rates are intermediate for cancer, and traffic accidents. However, mortality due to infectious diseases is much higher in Barcelona than any of the other European cities analysed, and directly related with the higher AIDS incidence in the past decade.

## 2. Some monographic aspects

### 2.1. Emergency services in the city of Barcelona

As part of the Catalanian Integrated Emergencies Plan, clinical and demographic information was gathered in Barcelona during three one week periods (15-21 June and 19-25 October 1999, and 18-24 January 2000) relating to the 67,791 emergencies handled by public hospital emergency departments, ongoing care centres, and the Coordinated Emergencies System-061, accompanied by a questionnaire survey of a sample of 9,342 individuals. The aims were: to determine demographic

and clinical characteristics of demands for urgent health care and the usage patterns of the different resources, analyse seasonal variations in this demand and describe the level of awareness, motivations, expectations and behaviour of emergency service users, and associated factors.

Hospitals dealt with 53.5% of the emergencies. Users mostly fell in the 15-44 years age group, except in the case of acute home visits by Primary Health centre doctors and 061 services, where there was a predominance of the group aged over 64 years. The rates of emergencies handled were very variable between districts, being higher in those areas which are less favoured in sociodemographic and health terms.

During the week corresponding to winter, the increase in total emergencies was mostly in calls to the Coordinated Emergencies System-061 (both home visits and emergencies in general), and home visits by Primary Health centre doctors for respiratory pathologies among the population aged over 64. In hospitals, the volume of emergencies remained stable with no seasonal variation, although with some "peak-days" during the winter period. There were no variations in demographic profile. The percentage of admissions was 34% higher in winter. Respiratory problems were the primary cause (24.1%), being 121.3% higher than during the summer week (July).

It is also evident that there is a substantial lack of awareness of the existence of Primary Health Care centres and of the Coordinated Emergencies System-061, as places providing emergency care. Also, perception of severity of the problem, especially among socially less favoured subgroups, is associated with expectations which make the hospital the place where they believe their problem will be resolved most rapidly and effectively, even when aware of the existence of other forms of emergency care.

## 2.2. Transport and health

In this section we look at some of the health problems related with traffic, such as accidents, and atmospheric pollution.

### *Traffic accidents*

During 1999, 18,443 people were injured in traffic accidents and treated in the emergency services of the seven main public hospitals in Barcelona. This represents an increase of 10.2% compared to 1997 data relating to injuries treated. More than half the injury cases were males (62%), and the age group most affected was that of young people (15 to 39 years: 73.2%). Almost half the injury cases were motorcycle/moped users (44%), followed by car occupants (30%), and then by pedestrians (24%). In terms of sex, the majority of motorcycle/moped users were male (51%), while female injury cases were distributed roughly in equal proportions (30%) between motorcycle/moped users, car occupants and pedestrians.

Overall, the traffic accident injury cases treated in hospital emergency services tend to be: males, young people, users of motorcycles/mopeds. Furthermore, there are differences both demographic and in terms of injury patterns, between the various types of injury cases. This has implications when it comes to designing strategies for prevention and reduction of consequences of traffic accidents.

### *Atmospheric pollution and health*

During the last 20 years Barcelona air quality has improved significantly. The traditional indicators of atmospheric pollution, SO<sub>2</sub> and smoke, have reached relatively low levels, particularly SO<sub>2</sub>, which may be considered as a residual contaminant. Lead and CO also remain below levels required by current legislation. The city has more problems with particulate matter and ozone. Large (sedimentable) particle levels often exceed the admissible reference values. In Barcelona the main source of atmospheric pollution is motor vehicle emissions.

In most studies an association is observed between atmospheric pollution and health, even for pollutant levels below the standards considered safe by international agencies. The main short term health effects of atmospheric pollution range from an increase in total, respiratory and cardiovascular mortality, to increases in medical visits and hospital admissions, and finally to alterations in lung function and other symptoms, all effects which have been reported in the city of Barcelona.

The APHEIS (*Air pollution and Health: European Information System*) project, in which Barcelona city participates as joint-coordinator, has as its aim to progress from investigation to public health action, by means of the development of a surveillance system for short term health effects of atmospheric pollution, in order to be an effective instrument for planning and assessment of policies regarding air quality control and protection of health.

## 2.3. Adolescent smoking

In Barcelona, the proportion of adolescent smokers aged between 13 and 14 years has for several years been stable at around 10%. The proportion of girl smokers at 16 years of age (33%), is notably higher than boys (19%), according to data collected in 1996. Among school children aged 13-14 years, 15% declare having bought tobacco at least once.

The ESFA programme (*European Smoking Prevention Framework Approach*), in which Barcelona participates along with 6 other European cities and regions, aims to act on the various risk factors for tobacco consumption through interventions directed at school children, aged between 12 and 15 years, on three levels: individual, school, and community. Baseline data obtained during 1998-99, which also served to evaluate the programme, reveal that in Barcelona some 3% are regular smokers, 19.2% are experimenting (smoke at least once a week), these levels being lower than in the other participating cities. In a complementary manner, data from the Barcelona Health Survey 2000 will allow the latest trends in smoking among the city population.

## 2.4. Health of immigrants

Births to women of foreign origin (born outside the Spanish State) represented 9.7% of all births during the period from 1994-98, the proportion rising over this five year period. The most frequent foreign countries of birth of the parents involved are: Central and South America, Europe (excluding Spain), other developed countries, and Maghrib. The Ciutat

Vella district, and above all the neighbourhoods of Raval, Gothic and Park, have the highest proportions of births to mothers of foreign origin (31%). Mothers born in other African countries have a higher proportion of low birthweight and premature births.

Mortality among individuals born outside the Spanish State who were resident in Barcelona during the period 1994-98 represented around 400 deaths per year until 1997, after which the figure fell to 300 per year, equally distributed among those from the developed countries, and those from other countries. The pattern of mortality among individuals of foreign origin is, in general terms, similar to that of Barcelona.

Approximately 5% of AIDS cases in the city of Barcelona are individuals of foreign nationality, who have been residing in Spain for an average of 8 years, and differ from cases with Spanish nationality in that they are more frequently men, live in more poverty stricken areas of the city, and are less frequently intravenous drug users. With regard to tuberculosis, individuals of foreign origin account for approximately 14% of the cases detected by the Barcelona city TB registry between 1998 and 15 June 2000. These differ from cases with Spanish nationality in that they are younger, and more frequently are injecting drug users; there is a higher frequency of extrapulmonary forms independently of HIV status

### 2.5. Cocaine in Barcelona

In recent years, in the city of Barcelona, the drug use patterns have undergone a change, and it is observed that in the last three years cocaine related problems have become more common.

With regard to emergencies related to drug consumption, since 1997 those deriving from cocaine usage exceed those of heroin, and account for some 1100 visits per year to emergency departments. Two indicators, admissions to treatment for drug consumption and mortality due to adverse reaction to drugs, follow the same pattern. In 1999, for the first time in the 10 years of monitoring the drug abuse phenomenon in the city of Barcelona, both admissions to treatment and deaths related to cocaine exceed those related to heroin.

### 2.6. District health plans

District health plans aim to link, in a practical manner, the knowledge about health at territorial level with initiatives at the same level, particularly those which can be carried out from or with the participation of municipal services. In the last few years there has been a consolidation in the elaboration of a variety of health and drug use indicators for districts, neighbourhoods and Primary Health areas, information which is essential in carrying out health planning in the city.

In 1999 development of a health plan was begun for the district of Sants-Monjuïc. A preliminary analysis was made, certain health problems were given priority (mental health, the elderly, alcoholism, cirrhosis and immunisations) and a range of interventions were initiated. The plan for Ciutat Vella district has been advancing by means of the reorientation of the mother-infant health

programme, and a pilot project to integrate school vaccinations into the Barceloneta Primary health centre.

### 2.7. Trends in diseases susceptible to vaccination

In this section we present trends in diseases susceptible to vaccination. Diseases for which vaccination is carried out, both systematically and via campaigns (poliomyelitis, diphtheria, tetanus and whooping cough) present very low or zero rates over the entire decade.

Diseases subject to systematic vaccination (measles, German measles, mumps) have declined significantly since the 80's. Finally, diseases which until recently were subject to policies of vaccination in high risk groups (hepatitis B, hepatitis A, haemophilic influenza type B) present rates which have remained stable since the 80's.

### 2.8. Health of the elderly in Barcelona

In 1996, 20.7% of the population of Barcelona was aged over 64 (16.9% of men, and 24% of women). It should also be noted that, in recent years, the numbers of elderly who live alone continued to rise.

The main causes of mortality among the elderly are circulation-related, although the death rate for cerebrovascular disease fell steadily throughout the decade in both women and men. In 1992, more than half the population of this age declared good health, even though the proportions with good health are lower among women, and the "elderly elderly".

## 3. Situation of Objectives of the Health Plan for the Year 2000 in Barcelona: trends and projections

By sustaining the same level of effort, 65% of the objectives established for the Health Plan will be reached. This includes those relating to cardiovascular health, lung cancer, breast and cervix uteri cancers, traffic accidents, hepatic cirrhosis, mortality attributable to alcohol, incidence and prevalence of HIV infection among intravenous drug users, HIV infection among newborns, control of diseases susceptible to vaccination, perinatal, infantile and maternal mortality, tuberculosis, caries, typhoid fever, enteritis and diarrhoeas, sexually transmitted diseases, cessation of smoking, physical exercise.

Around 20% of the objectives will need specific efforts in order to be tackled, if not in 2000 then in the next few years. They are those which refer to: mortality due to respiratory diseases, submersions and suffocation, alcohol consumption, mortality due to adverse reaction to drugs, occupational accidents, ophthalmic neonatorum and smoking-related mortality.

Even with intensification of efforts, 15% of the objectives are difficult to take on. These relate to the following areas: cancer mortality among individuals aged under 65 years, morbidity of hepatitis B, low weight and premature births, pregnancies among adolescents (14-17 years), food-poisoning outbreaks or infections, prevention of smoking.

## 4. Main conclusions

From the aspects mentioned above, the following conclusions may be drawn:

### Environment

- From the sociodemographic point of view, it is notable that there is a continued increase in life expectancy, and disability-free life expectancy, something which is accompanied by an increase in the number of elderly persons, part of whom live alone. This tendency is only partly counterbalanced by an increase in emigration, mainly among the young.
- A general tendency may be observed in the improvement of air quality, particulate matter and secondary pollutants being the most important environmental pollution problems.

### Health and its determinants

- Fertility rates continue to rise among women aged over 35, this group being the second most fertile after that aged from 30 to 34.
- Pregnancies among adolescents (14-17 years of age) present a slight rise, but these do not reflect trends in the numbers of births in this age group, given the high proportion of abortions.
- The proportion of births in Barcelona to mothers born outside the Spanish State continues to rise, mothers from the poorer countries predominating, furthermore, they tend to be concentrated in certain city districts.
- Pregnancy control in Barcelona is generally adequate, although the tendency to perform an unnecessarily number echographs continues.
- The declining trends in tuberculosis and AIDS incidence are consolidating. This is due, above all in the case of tuberculosis, to improvements in early diagnosis and effectiveness of antiviral therapies.
- In regard to non-institutionalised drug use, it is confirmed that there is a fall in the numbers of opiate users, and a rise in cocaine users.
- Around 10% of adolescents aged from 13 to 14 years are smokers. In the group aged 16 it is noteworthy that 33% of girls smoke, and 19% of boys.
- In the last year an increase is observed in numbers of traffic accident injury cases treated by emergency services. (It should be noted that until 1996, traffic accident mortality had been exhibiting a downward trend).
- A rise in severe occupational accident continues, apparently due to an increase in traffic accidents during working hours.
- Global and premature mortality fell between 1990 and 1998, once age is adjusted for, and in part due to the significant decline in AIDS mortality from 1995 onwards.
- Barcelona, in comparison with other European cities and regions, has lower mortality due to cardiovascular and cerebrovascular diseases, and also due to respiratory diseases and suicides. On the other hand, AIDS mortality is up among the highest European cities and regions.

### Health services

- A slight increase in coverage resulting from reforms in primary health care. In 1999 coverage by reformed Primary Health Care centres (54.5% of centres) reached 49% of the population
- An increase in annual hospitalisation rates in Barcelona, with an appreciable proportion of patients residing outside the city.
- An increase in emergencies handled by hospital emergency departments. From a study of emergencies in the city it is known that the increase in emergencies handled in winter represent home visits made by both the Coordinated Emergencies System-061 and by Primary Health Centre doctors related to respiratory pathologies among the elderly (aged over 64). In this period there was no increase in the numbers of hospital emergency department cases, but there was an increase in the proportion of admissions.
- There is a significant lack of awareness among the population treated of the existence of the Primary Health centres and of the Coordinated Emergencies System-061 as places responding to emergencies.
- Resources dedicated to socio-health admissions have increased: convalescence, palliative care, AIDS care, numbers of day-hospital places and also mental health resources and utilisation.

### Follow-up of Objectives of the Health Plan for the Year 2000

Following current strategies, 65% of the objectives will easily be reached by the year 2000, 20% will need specific efforts in order to reach them within the next few years, and 15% may be considered difficult to reach, even with intensification of efforts. Among the objectives requiring special efforts are those related to respiratory mortality, alcohol consumption, mortality due to adverse reaction to drugs, mortality related to smoking and occupational accidents. Among the objectives considered difficult to reach attention is drawn to cancer mortality among those aged under 65 years, adolescent pregnancies, and smoking prevalence.

Overall, the main trends in health and its determinants in Barcelona concern consolidation of demographic indicators associated to improvement of life expectancy and increases in immigration. Although the epidemiological profile of the city presents no important variations recently, certain health problems which had a negative impact in the preceding decade (AIDS, tuberculosis) have diminished considerably, while other problems are in the increase, such as consumption of cocaine, adolescent pregnancies, traffic and occupational accidents, and adolescent smoking, some of which are linked with Objectives of the Health Plan for the Year 2000 considered difficult to achieve.

In reference to health services in Barcelona, an overall trend is observed towards more resources and greater activity, including primary care, emergency care and hospital care. It should be taken into account that ageing, and immigration pose additional, specific demands on the health services, particularly in the socio-health and mental health fields.

