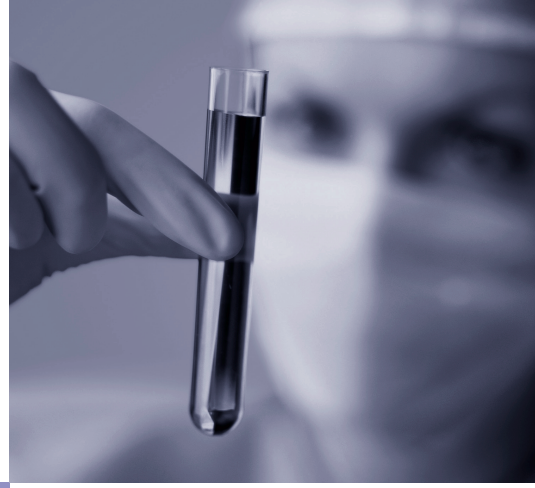


La salut a Barcelona

2001



La Salut a Barcelona, 2001

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

Imma Mayol i Bertran

Gerent de l'Institut Municipal de Salut Pública

Joan Guix Oliver

Adjunt a Gerència de l'Institut Municipal de Salut Pública

Joan Ramon Villalbí i Hereter

Director de l'Institut Municipal de la Salut

Antoni Plasència i Taradach

Cap del Servei d'Informació Sanitària

Carme Borrell i Thió

Edita: Institut Municipal de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
D.L.: B-21.555-2003
Producció gràfica: Primer Segona Edicions

Coordinació general de l'informe

Carme Borrell i Thió

Coordinació i redacció dels capítols

- Capítol 1 Canvis rellevants en la salut i els seus determinants. Carme Borrell, M Isabel Pasarín, Joaquín Salvador, Immaculada Cortès, Lucía Artazcoz, Josep Arqués, Elvira Torné, Aina Plaza, Alex Guarga, M Teresa Brugal, Esther Jordà, Cristina Minguell.
- Capítol 2.1 Evolució de la incidència de les Pneumònies per Legionella Pneumòphila a la ciutat de Barcelona els anys 1989-2001. Helena Pañella, Joan Caylà, Josep M Jansà, Rocio Maldonado.
- Capítol 2.2 Factors de risc en adolescents. Carles Ariza.
- Capítol 2.3 Vigilància de la infecció pel VIH a la ciutat de Barcelona. Patricia García de Ollala, Joan Caylà.
- Capítol 2.4 Característiques dels lesionats per accident de trànsit en residents a la ciutat de Barcelona. Evolució 1997-2001. Catherine Pérez i Isabel Ricart.
- Capítol 2.5 La salut dels treballadors i treballadores al llarg de la vida laboral. Immaculada Cortès, Lucía Artazcoz.
- Capítol 2.6 Prevalença de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en població usuària de drogues per via injectada (UDIs). M Teresa Brugal, Lluís Torralba.
- Capítol 2.7 Toxi-infeccions alimentàries causades per virus *Norwalk-like*. Rocio Maldonado, Helena Pañella, Joan Caylà, Milagros Sanz.

Edició del text

Maribel Urgellés

Han contribuït a l'elaboració de l'informe:

Institut Municipal de la Salut de l'IMSP.

Carles Ariza, Lucía Artazcoz, Carme Borrell, M. Teresa Brugal, Joan A. Caylà, Immaculada Cortès, Elia Díez, Josep M Jansà, Rocio Maldonado, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Patricia G. de Olalla, Montse Arissó, Angels Orcau, M Isabel Pasarín, Helena Pañella, Catherine Pérez, Antoni Plasència, Isabel Ricart, Joaquín Salvador, Milagros Sanz, Maribel Urgellés. .

Pla d'Acció de Drogues de Barcelona

Lluís Torralba

Unitat Operativa d'Higiene dels Aliments de l'IMSP

Jospe 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 Rodríguez.

Direcció de Planificació i Avaluació del Consorci Sanitari de Barcelona

Alex Guarga, Elvira Torné, Aina Plaza, Cristina Minguell, Esther Jordà.

ÍNDIX

PRESENTACIÓ	7
CAPÍTOL 1. CANVIS RELLEVANTS EN LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS EN LA POBLACIÓ DE BARCELONA EN LA DÈCADA DELS 90	9
1.1 La població i el medi	11
1.2 La salut maternoinfantil	15
1.3 La salut percebuda	17
1.4 Les conductes relacionades amb la salut	17
1.5 Problemes de salut específics	20
1.6 La mortalitat	26
1.7 Els serveis sanitaris	31
CAPÍTOL 2. ALGUNS TEMES MONOGRÀFICS	37
2.1 Evolució de la incidència de les Pneumònies per <i>Legionella Pneumòphila</i> a la ciutat de Barcelona els anys 1989-2001	39
2.2 Factors de risc en adolescents	43
2.3 Vigilància de la infecció pel VIH a la ciutat de Barcelona	45
2.4 Característiques dels lesionats per accident de trànsit residents a la ciutat de Barcelona. Evolució 1997-2001	48
2.5 La salut dels treballadors i treballadores al llarg de la vida laboral	54
2.6 Prevalença de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en població usuària de drogues per via injectada (UDIs)	61
2.7 Toxi-infeccions alimentàries causades per virus <i>Norwalk-like</i>	64
CONCLUSIONS	67
RESUM EXECUTIU	71
RESUMEN EJECUTIVO	75
EXECUTIVE SUMMARY	77

PRESENTACIÓ

Novament presentem l'Informe de salut a Barcelona, que pretén analitzar de forma conjunta totes les dades de salut i de serveis sanitaris referides als ciutadans i ciutadanes de Barcelona. Cal assenyalar que aquest és el 19è informe "La Salut a Barcelona", que, una vegada més, contribueix a conèixer l'estat de salut de la població de la ciutat, així com la seva evolució.

Es tracta de posar a disposició, tant de la població com dels planificadors, un instrument que ajudi a millorar el coneixement de la ciutat, que faciliti la presa de decisions basada en informació vàlida i fiable sobre els problemes de salut de la població, els seus determinants i sobre l'accessibilitat i la utilització dels serveis sanitaris.

Enguany es manté parcialment l'estructura dels darrers anys. Es dedica un primer capítol a descriure quina és la salut i els seus determinants en la població durant els últims anys, així com a conèixer quina ha estat la utilització i la disponibilitat dels serveis sanitaris a la ciutat. En aquest primer capítol, tal com és habitual, també han col·laborat el Consorci Sanitari de Barcelona i la Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental de l'Ajuntament de Barcelona.

El capítol segon es dedica a temes monogràfics que s'han considerat d'especial interès per la seva novetat, o pel seu impacte en la salut pública. Concretament, els temes tractats són: l'evolució de les pneumònies per legionel·la, els factors de risc en els adolescents (con-

sum de tabac, alcohol, drogues i pràctica d'exercici físic), la vigilància de la infecció pel VIH (i no només de la malaltia), les característiques dels lesionats per accident de trànsit, la salut de la població treballadora, la prevalença del VIH en usuaris de drogues i les toxi-infeccions alimentàries causades pel virus *Norwalk-like*.

Com hem comentat en ocasions anteriors, a Barcelona, els problemes de salut no es distribueixen a l'atzar, ni de forma homogènia com, d'altra banda, tampoc succeeix en cap ciutat ni país. A la nostra ciutat, s'han estudiat en profunditat les desigualtats territorials en els indicadors de salut, relacionades amb desigualtats socioeconòmiques, de forma que les zones amb més privació socioeconòmica tenen pitjor salut. És des del nostre compromís per abordar i reduir les desigualtats en salut que aquest informe, com en anys anteriors, presenta un Annex amb els principals indicadors de salut per cada un dels 10 districtes municipals.

En conjunt, l'elaboració d'aquest nou treball consolida la funció de l'IMSP, ara ja com Agència de Salut Pública, com l'observatori de la salut i dels serveis sanitaris de la ciutat, útil per a l'acció de les administracions competents, alhora que d'interès per a tècnics i estudiosos dels avenços en salut a la nostra ciutat.

Imma Mayol

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

CAPÍTOL 1

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

1.1. La població i el medi

1.1.1. La situació demogràfica i perspectives de la població

L'Ajuntament de Barcelona va realitzar una lectura del Padró continu a desembre de 2000. En el moment d'aquesta lectura la població de Barcelona era de 1.512.971 persones, amb una composició per sexes del 46,8 % homes i 53,2 % dones.

A la taula 1.1 es presenta l'estructura per edat i sexe de la població de Barcelona segons dades del Padró de 1986, 1991, 1996 i la lectura de desembre de 2000. Aquesta darrera lectura no

és comparable amb la sèrie dels padrons anteriors quant als nombres absoluts, però sí és molt útil pel que fa a coneixement actual de les distribucions de les principals variables (edat i sexe), així com actualització dels denominadors utilitzats per la construcció dels principals indicadors socio-demogràfics i de salut. A més, aquesta lectura del padró actualitza molt les dades d'immigració, fet d'especial interès donat els canvis poblacionals que s'estan produint en els darrers anys (posteriors a 1996) secundaris a la immigració.

Continua incrementant-se el percentatge de persones que són majors de 65 anys, que actualment és del 22 %, essent sobretot el grup de majors de 75 anys el que presenta els majors increments. També han augmentat les persones grans que viuen soles (25,5 % dels majors de 65 anys). Cal assenyalar l'increment de població nascuda fora de l'Estat Espanyol que ha passat de ser un 3 % l'any 1991 a un 7,2 % l'any 2000.

Taula 1.1. Evolució de la població, Barcelona 1986-2000

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

ND: No disponible.

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

1.1.2. 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 2001 la població activa era de 576.600 persones, el 54 % de les quals eren homes. Això suposa que el 46,7 % dels residents de la ciutat majors de 15 anys són població activa (55,5 % els homes i 39,7 % les dones). Durant els trimestres de l'any 2001, la taxa d'activitat en homes ha estat al voltant del 57 % mentre la de dones s'ha situat una mica per sobre del 39% (taula 1.2). Amb les dades d'aquest any, s'observa un lleuger augment en la taxa femenina i un descens, sobretot en el darrer trimestre, en la masculina. La situació de les dones és bastant estable des de 1995, mentre que la taxa d'activitat dels homes ha disminuït (era 65,2 % l'any 1995).

Població ocupada

A finals de 2001, la xifra de població ocupada de Barcelona se situava al voltant de 512.200 persones, la qual cosa suposava el 88,8% de la població activa i el 41,5% de la població total de la ciutat de 16 i més anys. Això significa una disminució respecte les dades de l'any anterior (43,6% el darrer trimestre del 2000), havent disminuït notablement l'ocupació en els homes i estabilitzant-se l'increment de l'any passat en les dones (taula 1.2). El 72,2 % de la població ocupada treballa en el sector de serveis, el 22,1% a la indústria, el 5,1 % a la construcció i el 0,6% a l'agricultura (taula 1.3), havent variat poc l'estructura econòmica en els darrers anys. Des de 1995 han augmentat la taxa de dones ocupades i ha disminuït la dels homes.

Població en atur

En finalitzar l'any 2001, la taxa d'atur a la ciutat era del 11,2 % en la població de 16 o més anys, significat aquesta xifra un lleuger augment respecte l'any anterior, any en que la disminució havia estat molt notable. Durant els últims anys l'atur s'ha anat reduint significativament, en canvi aquest any s'ha produït una petita disminució en els homes, i en les dones,

Taula 1.2. Evolució de les taxes d'activitat, d'ocupació i d'atur. Barcelona 1995-2001

	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	24,0
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	24,0
1r. Trimestre 1996	61,4	40,9	50,6	31,4	17,6	23,1
2n. Trimestre 1996	60,3	41,2	49,4	32,3	18,0	21,6
3r. Trimestre 1996	60,6	41,9	49,1	32,4	19,1	22,8
4t. Trimestre 1996	61,7	41,8	49,9	32,9	19,1	21,4
1r. Trimestre 1997	58,8	40,9	47,8	32,1	18,7	21,6
2n. Trimestre 1997	60,1	42,0	50,9	32,6	15,3	22,3
3r. Trimestre 1997	62,1	43,2	53,6	34,1	13,8	21,0
4t. Trimestre 1997	61,5	41,4	53,3	32,6	13,3	21,1
1r. Trimestre 1998	61,7	41,5	54,6	32,2	11,6	22,4
2n. Trimestre 1998	63,2	40,6	56,3	31,9	11,0	21,5
3r. Trimestre 1998	63,7	41,2	56,3	31,5	11,6	23,4
4t. Trimestre 1998	61,8	40,0	54,8	31,6	11,3	21,2
1r. Trimestre 1999	60,3	38,9	54,1	31,8	10,3	18,2
2n. Trimestre 1999	58,8	39,0	53,8	32,3	8,5	17,2
3r. Trimestre 1999	57,9	37,9	52,6	32,4	9,1	14,7
4t. Trimestre 1999	59,2	40,0	53,3	33,1	9,9	17,2
1r. Trimestre 2000	59,0	39,1	53,0	33,6	10,1	14,1
2n. Trimestre 2000	58,8	38,6	53,0	34,0	9,8	11,9
3r. Trimestre 2000	59,0	38,8	53,3	34,4	9,7	11,4
4t. Trimestre 2000	59,7	39,6	54,5	34,9	8,8	11,9
1r. Trimestre 2001	58,4	39,4	52,4	35,0	10,3	11,0
2n. Trimestre 2001	57,1	39,1	51,6	34,1	9,7	12,8
3r. Trimestre 2001	57,5	40,1	52,3	34,5	8,9	14,0
4t. Trimestre 2001	55,5	39,7	50,9	34,0	8,4	14,3

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

que havien tingut una disminució molt important el darrer any, ha tornat a iniciar-se un augment, que encara que no assoleix les xifres d'anys anteriors, ha estat notable (figura 1.1).

1.1.3. El medi ambient

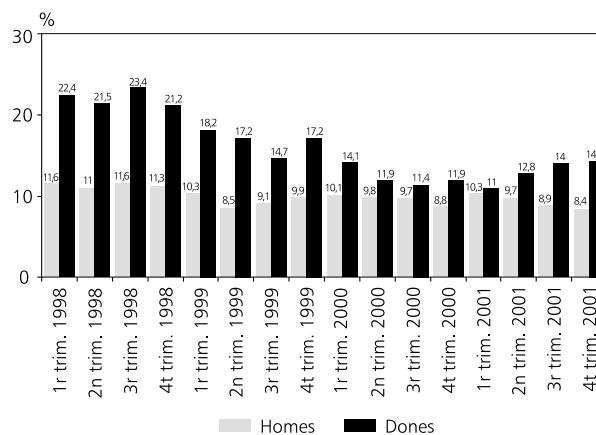
L'aire

Durant l'any 2001, la qualitat de l'aire ha millorat respecte de l'any anterior, si bé es pot considerar que els nivells mitjans de contaminació s'han mantingut estables els darrers anys (taula 1.4). Els indicadors tradicionals de contaminació atmosfèrica (SO₂ i fums) han continuat força baixos així com el plom que continua la seva davallada.

Cal destacar l'entrada en vigor de la Directriu 99/30/CE sobre diòxid de sofre, diòxid de nitrogen, partícules respirables (PM10) i plom que exigeix uns nivells de qualitat superiors a assolir l'any 2005 o 2010.

Pel que fa al compliment dels valors de referència establerts a la normativa estatal i europea vigents per al període, les partícules totals en suspensió, l'NO₂, el plom i el CO a cap estació de mesura han superat els valors límit admissibles establerts i l'ozó, no va superar cap dia el llindar horari d'informació a la població. Les partícules menors de 10 micres (PM10) no van superar cap marge d'excés tolerat per al període d'acord amb la Directriu 99/30/CE mentre que l'NO₂ ho superarà només per a la mitjana anual a l'estació de Gràcia-St Gervasi. L'any 2001 es van complir els valors

Figura 1.1. Evolució de la població en atur en població de 16 anys o més. Barcelona 1998-2001.



Font: Enquesta de població activa. Instituto Nacional de Estadística

límit que s'han d'assolir l'any 2005 per al diòxid de sofre i el plom i l'any 2010 per al CO.

Les aigües de consum de proveïment públic (aigües tractades)

La qualitat de l'aigua de consum a Barcelona no ha experimentat canvis significatius ni en origen ni en xarxa de distribució. L'aigua d'origen Ter compleix els límits autoritzats per la legislació vigent (R.D. 1138/1990), mentre que a l'aigua d'origen Llobregat s'ultrapassen alguns dels paràmetres físico-químics com ara el sodi i el potassi, tot i observar-se una progressiva millora. Continua vigent l'autorització d'exempció d'aquests paràmetres que el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya atorga a la companyia concessionària, tal i com preveu l'esmentat Reial Decret.

Taula 1.3. Evolució de la població ocupada segons sector econòmic. Barcelona 1995-2001 (%)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Agricultura	0,4	0,3	0,2	0,7	0,4	0,1	0,6
Indústria	23,7	23,8	23	23,8	18,6	20,2	22,1
Construcció	4,5	4,9	3,7	4,7	6	5,5	5,1
Serveis	71,4	71	73,1	70,8	75	74,2	72,2

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

Taula 1.4. Mitjanes anuals de contaminants atmosfèrics. Barcelona 1995-2001

Contaminant	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
NO ₂ (µg/m ³)	55	53	53	57	54	55	49
CO (µg/m ³)	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2	0,9	0,8
O ₃ (µg/m ³)	32	29	30	27	31	32	26
Partícules totals en suspensió (µg/m ³)	106	118	130	119	125	110	102
Pb (µg/m ³)	0,24	0,21	0,24	0,18	0,13	0,12	0,07

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

Com a aspectes específics, la determinació de les concentracions de 21 plaguicides investigats, ha estat sempre $< 0,1 \mu\text{g/l}$ per a cada producte individualitzat, i la suma de les concentracions dels 6 hidrocarburs aromàtics policíclics de referència també han estat sempre $< 0,2 \mu\text{g/l}$.

En relació a la presència de subproductes derivats de la cloració de l'aigua, la Directiva Europea estableix que la concentració de trihalometans (THM) totals a l'aigua de consum no podrà sobrepassar el valor de 150 mg/l a partir de l'any 2003, i el de 100 mg/l a partir de l'any 2008. A Barcelona, el valor mitjà de les concentracions de THM a l'aigua procedent del Llobregat continua superant el valor paramètric establert per a l'any 2008 de 100 mg/l, mentre que a les d'origen Ter i a l'aigua de les zones on hi ha barreja d'ambdós orígens, les concentracions es mantenen per sota d'aquest límit. Cal assenyalar que les proves pilot que duu a terme AGBAR, per aprofitar l'aqüífer del Besòs com a aigua de consum, emprant tècniques d'ultrafiltració amb membrana, estant donant resultats satisfactoris, i actualment ja s'incorpora un cabal de 200 l/s procedent d'aquest origen a la xarxa de distribució, a través del subministrament Ter. També es realitzen proves pilot d'aquesta mateixa tècnica, a la planta de St. Joan Despí a fi d'estudiar la viabilitat del procés, encara que parcialment, al tractament de l'aigua del Llobregat.

Aigües de mar

La qualitat de l'aigua a les platges de Barcelona al llarg de la temporada de bany de 2001, ha complert els requisits establerts a la normativa sanitària vigent (R.D. 734/88) per a la pràctica del bany. La qualitat microbiològica a totes les platges de la ciutat ha assolit el valor guia. Les platges que han presentat una qualitat relativa inferior han estat Nova Icària i Barceloneta (antics Banys Orientals). Els nivells d'elements tòxics (metalls pesats i cianurs), tensioactius i plaguicides a l'aigua de línia de costa de les platges ha estat per sota del límit de detecció de la tècnica analítica utilitzada.

La investigació de fongs patògens a les paseres ha estat negativa a totes les mostres analitzades. La determinació d'indicadors de contaminació fecal a la sorra ha estat inferior a 100 NPM de coliformes fecals/ 100 g. de sorra en més del 85% de les mostres analitzades, la qual cosa permet qualificar la seva qualitat de molt bona.

Soroll

Com en el cas d'altres grans ciutats, Barcelona té problemes de soroll originats, principalment, pel

trànsit de vehicles i degut a l'alta densitat de població, a més a més dels costums propis d'una ciutat mediterrània, amb una forta presència de vida al carrer.

L'any 2001 s'han inspeccionat 5.187 vehicles per controlar el soroll (231 menys que l'any anterior) i s'han posat 547.967 m² de paviment sonorreductor (quasi quatre vegades més que l'any 2000).

Cal assenyalar que el 31 de gener 2001 la Comissió de Govern de l'Ajuntament de Barcelona va aprovar el Programa Marc d'Actuacions per a la Minoració de la Contaminació Acústica de la Ciutat de Barcelona amb l'objectiu de reduir el soroll. El programa compta amb la implicació de les diverses àrees municipals (districtes, Sectors, Instituts municipals,...) la qual cosa permet fer un avanç qualitatiu en l'àmbit de les actuacions municipals en matèria de soroll.

La higiene dels aliments

Durant l'any 2001 es van inspeccionar 355.135 animals d'abastament a l'escorxador, el que suposa 25.805 Tm inspeccionades, amb la detecció de 336 exemplars no aptes per al consum. Durant l'any 2001 en tots els estats membres de la Unió Europea (UE) s'han intensificat les mesures de protecció front les Encefalopaties Espongiformes Transmissibles. El fet que la malaltia hagi aparegut a la majoria de països europeus ha tret sentit a les mesures restrictives que l'estat espanyol havia adoptat aquests darrers anys al bestiar sacrificat originari d'alguns països. La retirada del MER, doncs, es practica per igual a tot el bestiar independentment del país d'origen (exceptuant el Regne Unit i Portugal, països en els quals existeixen determinades restriccions a les exportacions i en els quals el llistat de MER és més extens i es practica en animals més joves). Així, aquest any s'ha procedit a la retirada del MER de 97.169 animals de l'espècie bovina, 247.296 de l'espècie ovina i 13.648 de l'espècie cabruna, i s'han inspeccionat 2119 partides de carn amb un total de 4.098.993 kg en sales d'especejament, magatzems frigorífics i establiments receptors de carn procedents d'estats membres de la UE i de tercers països, per tal de realitzar el control documental, físic i d'identitat a l'establiment de destinació, prèviament a la seva comercialització.

També aquest any s'han recollit un total de 183 mostres dins el Pla PIRACC d'Investigació de Residus aleatori investigant-se la possible presència de β -agonistes, corticoides, elements químics, hormones, inhibidors, organoclorats, tranquil·lizants i ti-reostàtics, no havent-se detectat cap cas positiu. D'altra banda dins de les actuacions per sospita, s'han fet 4 determinacions de β -agonistes amb resultat negatiu, i 13 investigacions de residus antimicrobians, una de les quals va resultar positiva motivant el decomís de la canal.

Pel que fa a la vigilància dels establiments alimentaris, durant l'any 2001 s'han gestionat 87 denúncies de particulars, 102 traslladades des d'altres Administracions, 10 alertes sistema coordinat d'intercanvi ràpid d'informació (SCIRI), una de pesca marítima i 26 brots de toxiinfecció alimentària. Cal destacar l'alerta via SCIRI sobre la presència d'hidrocarburs aromàtics policíclics en oli de san-

sa d'oliva que va motivar la recollida d'informació sobre la presència i distribució d'aquest tipus d'oli als establiments alimentaris, així com la supervisió de la retirada de la venda d'aquests productes.

Mitjançant el programa IQSA, s'avalua la presència o nivells de determinats additius i contaminants químics i microbiològics en diversos aliments susceptibles de contenir-los, valorant la situació actual i la seva evolució en el temps. Durant l'any 2001 un 70% de les 817 mostres estudiades no presentaven cap anomalia, un 27% tenia una càrrega microbiana excessiva, un 3% un excés d'additius, mentre que l'excés de components abiòtics representava menys de l'1% de les mostres. Aquest sistema de vigilància ha 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 la prioritització de les propes actuacions de control alimentari.

Animals de companyia

Les unitats de recollida d'animals de companyia a la via pública han recollit 985 gossos, 25 dels quals ferits i 946 gats, 22 ferits. A instàncies del Departament de Justícia s'ha donat suport a 49 intervencions judicials i s'ha col·laborat amb la Guàrdia Urbana donant suport logístic a 37 intervencions de gossos potencialment perillosos. El conveni de col·laboració amb la Diputació de Barcelona, s'ha traduït en la custòdia i gestió de l'adopció de 98 gossos i 48 gats, i en l'esterilització de 5 gats. Quant als programes experimentals d'estabilització de colònies de gats s'ha col·laborat amb l'entitat proteccionista Progat Bcn en l'esterilització de 94 exemplars.

Els nous criteris d'admissibilitat d'animals al Centre d'Acolliment d'Animals de Companyia (CAAC), la col·laboració estreta amb entitats proteccionistes i altres institucions, i les diferents campanyes de sensibilització ciutadana sobre l'abandonament d'animals de companyia, han possibilitat que el nombre d'animals entrats al Centre disminuís novament respecte a l'any anterior (gossos -44%, gats -30%). Així durant l'any 2001 el CAAC ha custodiat un total de 1.510 gossos i 1.098 gats. Pel que fa al destí dels animals ingressats el 44% han estat localitzats pel seu propietari o s'han lliurat en adopció. L'ampliació de l'horari d'atenció al públic als diumenges i l'estreta col·laboració amb les entitats proteccionistes ha permès que el nombre total d'animals adoptats augmentés considerablement. El nombre de gossos lliurats en adopció ha estat de 507.

Aquesta dada representa un increment d'un 40 % respecte als gossos adoptats el proppassat any. Pel que fa als gats, s'han lliurat en adopció un total de 362, el que suposa un increment d'un 440 % respecte als gats adoptats durant l'any anterior.

L'activitat referent al control d'altres espècies adaptades al nostre medi, ha estat bàsicament de seguiment d'aquelles zones on la presència d'aquest animals ocasiona més problemes. S'han capturat 5.728 coloms i recollit 8 nius de gavines situats a caixes d'escala d'habitatges. Pel que fa al seguiment i control de psitacis, enguany amb la col·laboració del museu de zoologia s'ha actualitzat el cens de cotorres.

Higienització d'espais públics

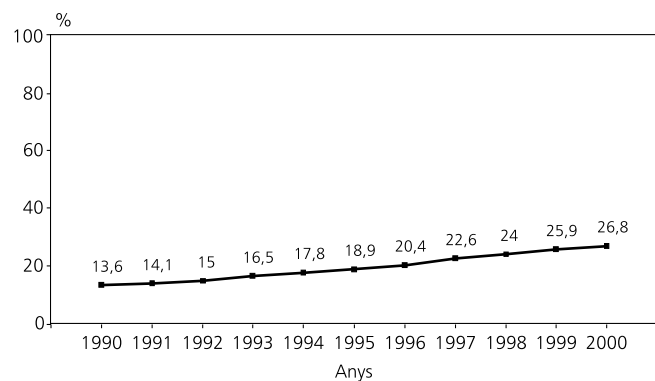
La desratització, desinfecció i desinsectació (DDD) dels espais públics i de la xarxa de clavegueram és una de les tasques desplegades per l'Ajuntament de Barcelona a fi i efecte de mantenir sota control i equilibri la presència d'insectes i rosegadors a la ciutat.

El nombre d'inspeccions prèvies als tractaments de DDD, ha estat de 760, de les que corresponen: 9 a desinfeccions, 118 desinsectacions i 633 a desratitzacions. S'han desratitzat 398 Km. de clavegueram i 24 hectàrees de superfície. Pel que fa al tractament de desinsectació, s'han tractat 15 Km. de clavegueram i 2 hectàrees de via pública. Aquesta activitat sempre ha estat motivada per denúncies puntuals i com a tractament resolutiu de situacions específiques.

1.2. La salut maternoinfantil

Del 1990 al 2000 la taxa de natalitat a Barcelona ha estat molt estable, al voltant de 8 naixements per 1000 habitants. El que ha presentat una variació important ha estat l'edat de les dones que tenen fills, així, s'observa un increment notable en la taxa de fecunditat en les dones majors de 35 anys (taula 1.5). L'any 2000, prop del 27 % dels naixements es varen donar en dones d'aquest grup d'edat (figura 1.2).

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



Font: Registre de naixements. IMSP.

En les edats més joves, en concret en el grup d'adolescents entre 14 i 17 anys, s'observa que així com ha disminuït la taxa de natalitat, la taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) s'ha anat incrementant al llarg de la dècada, de tal forma que durant el període 1999-2000 el 75 % dels embarassos que es varen produir en aquest grup d'edat varen finalitzar en una IVE (taula 1.5).

Al llarg del període analitzat s'ha produït un increment del percentatge de naixements que es produeixen en hospitals públics, passant del 35% l'any 1990, al 45% el 2000 (taula 1.5).

Reflexant l'increment de població nascuda a altres països, l'any 2000 es produeix un important increment del percentatge de nascuts amb els pares originaris de fora d'Espanya que arriba al 8,4 % (taula 1.5).

La taxa de mortalitat infantil experimenta una davallada durant el període 1990-2000 en funció de les taxes de mortalitat neonatal precoç i postneonatal (taula 1.6). En canvi, la taxa de mortalitat neonatal tardana es manté bastant estable (taula 1.6). La taxa de mortalitat perinatal va experimentar un descens l'any 1993 i des de llavors es manté bastant estable (taula 1.7).

Quant al baix pes al néixer i a la prematuritat, en el període 1990-2000, 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 3,6% del 2000 (encara que estabilitzat des de meitat dels 90).

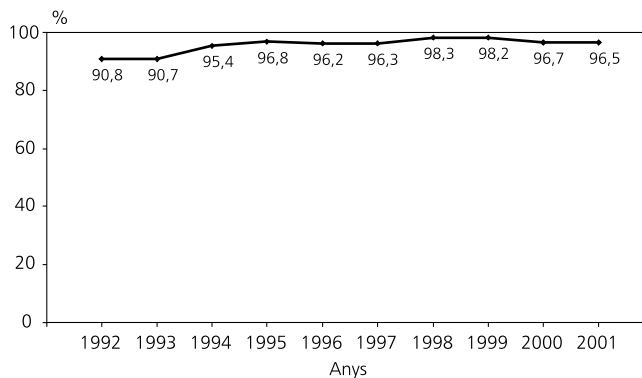
Pel que fa al control obstètric de l'embaràs, es manté una elevada proporció de gestants que fan la primera visita a l'obstetra durant el primer trimestre de l'embaràs (figura 1.3) i una bastant elevada proporció de les que es fan una ecografia al 5è o el 6è mes (figura 1.4), període adient per fer el cribatge de defectes congènits. Tanmateix, la mitjana del nombre d'ecografies fetes durant la gestació segueix sent molt elevada (al voltant de 5).

El nombre d'embarassades que se sotmeten a una prova invasiva per fer un cariotip fetal continua incrementant-se i ja sobrepassa un terç del total l'any 2001 (figura 1.5).

La proporció d'embarassades amb hàbit tabàquic presenta una clara tendència descendent, havent-se reduït a gairebé la meitat entre 1992 i 2001 (figura 1.6).

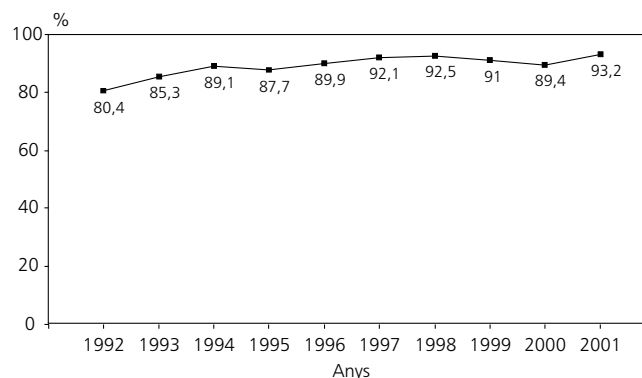
El percentatge de nadons i interrupcions voluntàries de l'embaràs amb defectes congènits majors se situa en l'1,98 durant el període 1992-2000, segons dades del Registre de Defectes Congènits de Barcelona (REDCB).

Figura 1.3. Evolució de la proporció de dones embarassades que fan la primera visita obstètrica durant el primer trimestre de la gestació. Barcelona 1992-2001.



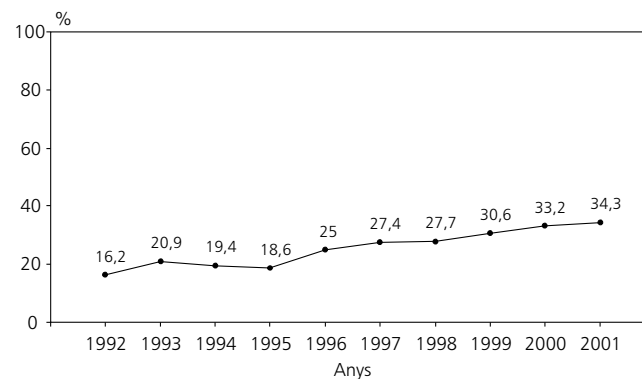
Font: Controls del Registre de Defectes Congènits de Barcelona, IMSP.

Figura 1.4. Evolució de la proporció de dones embarassades que es fan una ecografia al 5è-6è mes d'embaràs. Barcelona 1992-2001.



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

Figura 1.5. Evolució de la proporció de dones embarassades que se sotmeten a una prova invasiva per fer un cariotip fetal. Barcelona 1992-2001.



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

1.3. La salut percebuda

Fins l'actualitat, l'Institut Municipal de Salut Pública ha realitzat quatre Enquestes de Salut a la població de Barcelona (anys 1983, 1986, 1992 i 2000), a més de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) realitzada l'any 1994 pel Servei Català de la Salut i que també aportà dades de la ciutat.

Les enquestes de salut per entrevista són l'instrument d'elecció per obtenir informació de la població referent a fenòmens subjectius relacionats amb la salut i morbiditat percebuda, les conductes relacionades amb la salut, la salut mental, la utilització de serveis sanitaris o la realització de pràctiques preventives. En aquest apartat es presenta l'evolució d'alguns dels aspectes mesurats en les enquestes.

Vuit de cada 10 homes i 7 de cada 10 dones més grans de 14 anys declaren el seu estat de salut com molt bo o bo, percentatges que han estat força estables al llarg dels anys (figura 1.7). A l'augmentar l'edat i en les classes social menys privilegiades disminueix el bon estat de salut percebut.

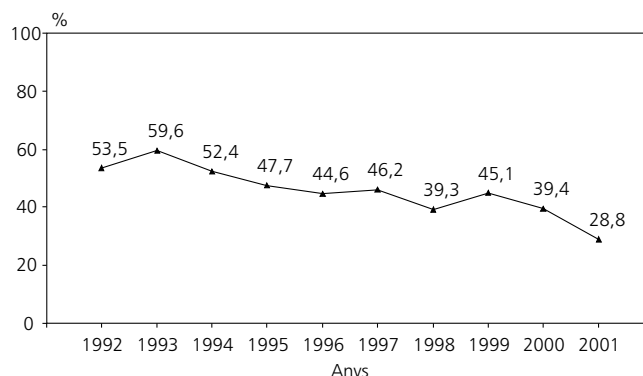
A les enquesta de salut es pregunta a les persones si tenen les malalties que consten a un llistat de trastorns crònics, que ha anat variant en les diferents enquestes. Si s'analitza l'evolució de la prevalença de tenir com a mínim un trastorn crònic, s'observa que ha presentat fluctuacions al llarg dels anys augmentant lleugerament l'any 2000, però el fet que la llista no sempre hagi estat la mateixa pot explicar part d'aquest fet (figura 1.8) (taula 1.8).

A les enquesta de salut es pregunta a les persones si tenen les malalties que consten a un llistat de trastorns crònics, que ha anat variant en les diferents enquestes. Si s'analitza l'evolució de la prevalença de tenir com a mínim un trastorn crònic, s'observa que ha presentat fluctuacions al llarg dels anys augmentant lleugerament l'any 2000, però el fet que la llista no sempre hagi estat la mateixa pot explicar part d'aquest fet (figura 1.8) (taula 1.8).

1.4. Les conductes relacionades amb la salut

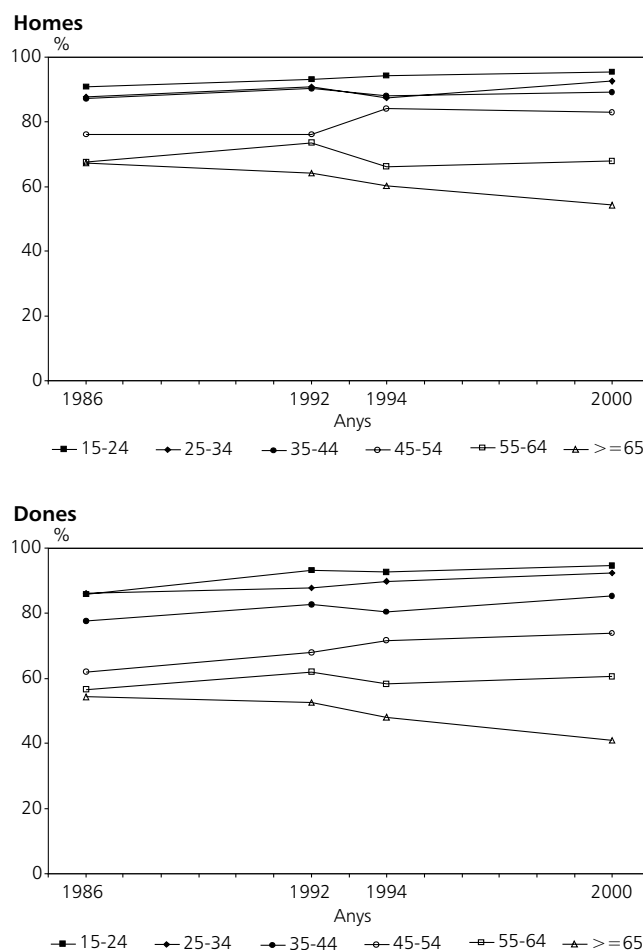
L'any 2000, un 34,7 % de la població més gran de 14 anys es declara sedentària durant el temps lliure, percentatge que és lleugerament més alt en les dones en tots els grups d'edat (al voltant

Figura 1.6. Evolució de la proporció de dones embarassades que fumen durant l'embaràs. Barcelona 1992-2001.



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

Figura 1.7. Evolució de l'estat de salut percebut segons edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1986-2000.



Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, IMSP. Enquesta de salut de Catalunya de 1994, Servei Català de la Salut.

Taula 1.5. Indicadors de salut maternoinfantil. Barcelona 1990-2001

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	7,8	7,7	8,1	7,7	7,6	7,4	7,9	8,1	7,7	8,1	8,3	ND
Taxa de fecunditat (per 1.000)												
Dones 15-49 anys	31,1	31,0	32,6	30,9	30,6	29,6	31,9	32,1	30,6	31,9	34	ND
Dones 15-19 anys	4,0	3,7	3,6	3,5	2,6	2,6	3,0	3,4	2,9	3,6	4,8	ND
Dones 35-39 anys	26,9	27,9	32,4	34,4	35,2	36,6	38,8	42,9	43,7	45,5	48,8	ND
Dones 40-44 anys	4,6	4,6	4,2	4,2	4,8	4,5	5,8	6,5	6,1	7,6	8,5	ND
% naixements de dones <20 anys	2,0	1,8	1,7	1,7	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,4	1,4	ND
% naixements de dones >34 anys	13,6	14,1	15,0	16,5	17,8	18,9	20,4	22,6	24,0	25,9	26,8	ND
Embarassos en adolescents (per 1.000 dones entre 14 i 17 anys)												
Taxa d'embarassos	2,8	2,9	3,4	3,6	4,6	5,2	4,4	5,3	5,7	7,7	7,3	ND
Taxa de natalitat	1,3	1,7	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,3	1,1	1,8	1,8	ND
Taxa d'IVES	1,6	1,2	2,0	2,2	3,1	3,7	3,1	4,0	4,6	5,8	5,5	ND
Nº total IVES	2.108	2.718	3.136	3.414	3.224	3.624	2.869	3.325	3.607	3.922	4.328	ND
IVES dones <20 anys	257	297	389	440	374	417	365	441	459	478	510	ND
% IVES del total d'embarassos (naixements+IVES)	14,1	17,6	18,9	21,1	20,4	22,9	19,3	21,4	23,6	24,3	25,5	ND
% embarassos (naixements+IVES) de dones <20 anys	3,4	3,4	3,7	4,1	3,4	3,7	3,4	3,9	3,9	4,0	4,7	ND
% IVES del total d'embarassos en dones <20 anys	49,9	56,4	63,0	66,5	69,5	71,9	72,4	73,3	76,8	74,0	74,8	ND
% naixements en hospitals públics	ND	35,0	39,0	40,5	41	42,2	41,6	41,9	43,5	43,6	45,0	ND
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	ND	2,4	3,0	3,6	4	4,2	5,0	4,7	4,7	5,2	8,4	ND
% naixements amb un dels pares de fora d'Espanya	ND	6,4	7,0	6,8	7	8,7	8,7	8,3	8,6	8,8	10,3	ND
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500g) ⁽¹⁾	4,6	5,1	4,7	4,7	4	4,9	5,0	4,55	ND	4,8	4,9	ND
% naixements prematurs (<37 set. gestació) ⁽¹⁾	ND	4,5	4,1	4,1	3	3,7	3,8	3,1	ND	3,5	3,6	ND
% dones amb visita obstètrica al 1r. trim. d'embaràs ⁽²⁾	ND	ND	90,8	90,7	95	96,8	96,2	96,3	98,3	98,2	96,7	ND
% dones amb ecografia al 5è.-6è. mes d'embaràs ⁽²⁾	ND	ND	80,4	85,3	89	87,7	89,9	92,1	92,5	91,0	89,4	93,2
Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques ⁽²⁾	ND	ND	5,0	4,8	5	5,5	5,2	5,6	5,4	5,4	5,3	5,3
% dones amb proves invasives per fer cariotip ⁽²⁾	ND	ND	16,2	20,9	19	18,6	25,0	27,4	27,7	30,6	33,2	34,3
% dones fumadores durant l'embaràs ⁽²⁾	ND	ND	53,5	59,6	52	47,7	44,6	46,2	39,3	45,1	39,4	28,8
% nascuts i IVES amb defectes congènits majors o múltiples ⁽³⁾	ND	ND	1,6	2,0	2	1,9	1,8	2,1	2,0	2,4	2,0	ND

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

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

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

(3) Dades del REDCB.

ND: No Disponible.

IVE: Interrupció voluntària de l'Embaràs.

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

Taula 1.6. Evolució de la mortalitat infantil, neonatal precoç, neonatal tardana i postneonatal. Taxes per 1.000 nascuts vius. Barcelona 1990-2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Neonatal precoç	5,0	3,6	3,8	2,9	3,4	3,0	2,3	1,6	3,1	2,6	1,9
Neonatal tardana	1,4	1,6	0,8	1,3	0,6	0,7	0,3	0,6	1,4	1,0	1,1
Postneonatal	2,4	3,7	2,3	1,7	2	1,0	0,8	1,8	1,8	1,3	1,0
Total (Mort. infantil)	8,8	8,9	6,9	5,9	6	4,7	3,4	4,0	6,3	4,9	4,1

Font: Registre mortalitat, IMSP.

Taula 1.7. Evolució de la mortalitat perinatal. Taxes per 1.000 nascuts, Barcelona 1990-2000

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Estadístiques nacionals \geq 500 gr.	11,6	8,5	10,1	6,4	8,6	7,6	8,0	7,2	7,6	6,7	7,3
Estadístiques internacionals \geq 1.000 gr.	8,8	6,2	6,9	4,2	6,8	5,6	5,8	5,1	3,9	4,2	4,7

Font: Registre mortalitat, IMSP.

Taula 1.8. Evolució de l'estat de salut, l'activitat física i l'existència d'excés de pes. Persones més grans de 14 anys. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona 1983-2000

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

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

del 50 %) que en els homes. Un 15,5 % de la població és molt activa.

Respecte a l'activitat física realitzada habitualment en l'activitat laboral o domèstica, un 36,2 % de la població es declara inactiva, percentatges que són més elevats en les dones joves i més grans de 64 anys. Els homes joves realitzen més activitat física intensa (15 %) que els homes grans i les dones. Aquests percentatges s'han mantingut estables al llarg dels anys (taula 1.8).

L'any 2000, un 35,3 % dels homes i un 23 % de les dones es declaren consumidors habituals de tabac. Respecte a les tendències, en general el consum disminueix en els homes i augmenta en les dones. Cal assenyalar que la pregunta de l'ESCA de 1994 referent al consum de tabac era una mica diferent, fet que podria explicar els resultats d'aquell any (figura 1.9, taula 1.9).

1.5. Problemes de salut específics

1.5.1. La tuberculosi

Des de 1994, la tuberculosi ha disminuït de manera important. L'any 2001 la incidència ha augmentat lleugerament en els homes (igual que va passar l'any 2000), a expenses de la tuberculosi en usuaris de drogues intravenoses. En les dones ha seguit disminuint (taula 1.10 i figura 1.10).

Els factors que han estat decisius en la disminució de la incidència de la malaltia des de 1994 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, principalment: 1) la realització de tractaments antituberculosos supervisats, que es duen a terme en centres de toxicomanies, presons i altres centres específics; 2) la inclusió prioritària dels tuberculosos usuaris de drogues intravenoses en programes de manteniment amb metadona, que facilita el con-

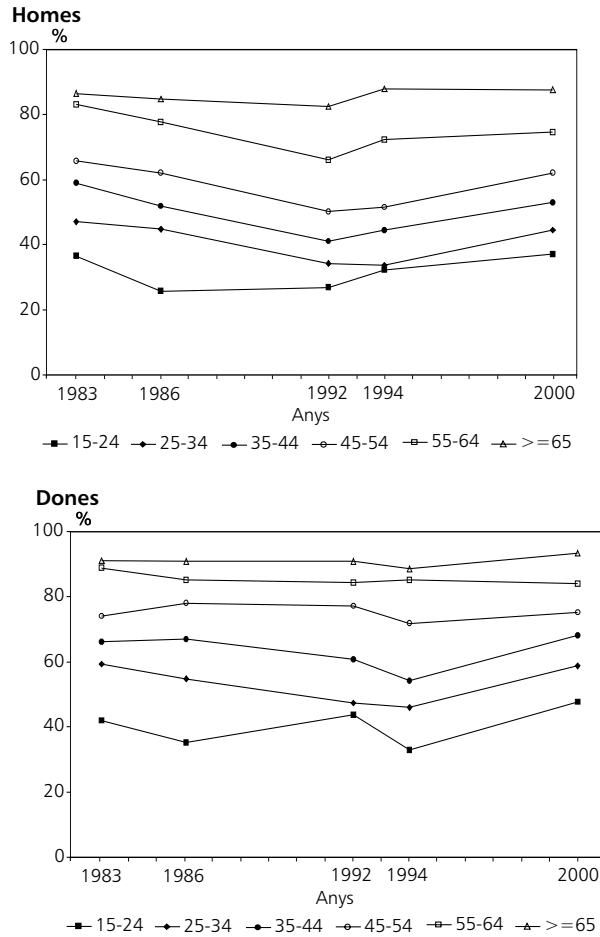
Taula 1.9. Evolució de l'hàbit tabàquic, Barcelona 1983-2000

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

⁽¹⁾ Font: Enquesta FRESC. IMSP.

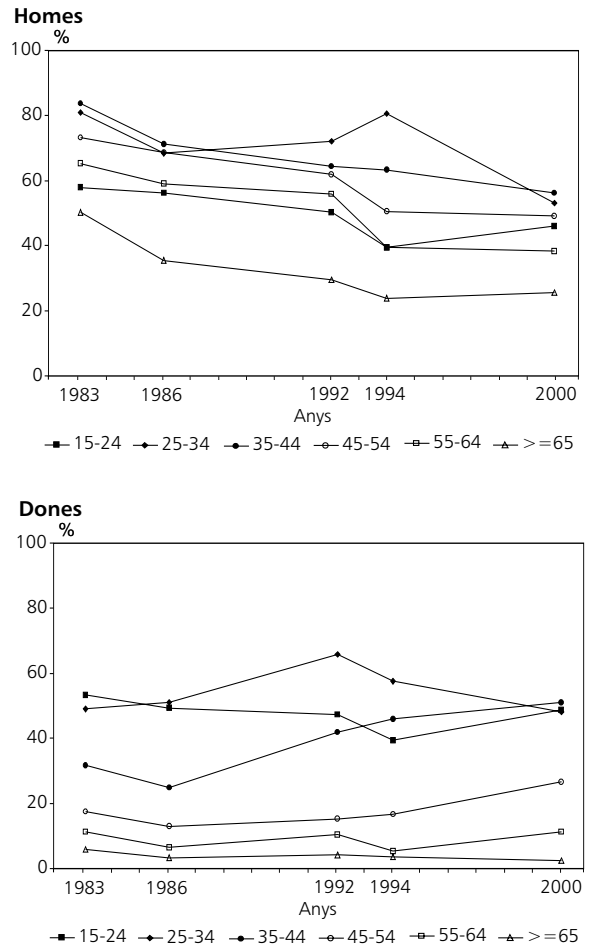
⁽²⁾ Font: Enquestes de Salut de Barcelona (1983, 1986, 1992 i 2000) de l'IMSIP i Enquesta de Salut de Catalunya 1994 del Servei Català de la Salut.

Figura 1.8. Evolució dels trastorns crònics segons edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1986-2000.



Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, IMSP. Enquesta de salut de Catalunya de 1994, Servei Català de la Salut.

Figura 1.9. Evolució del consum de tabac segons edat. Homes i dones més grans de 14 anys. Barcelona 1986-2000.



Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, IMSP. Enquesta de salut de Catalunya de 1994, Servei Català de la Salut.

trol supervisat i augmenta la probabilitat d'acompliment i 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.

1.5.2. La sida

La dècada dels 90 va presentar, 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 1.10). 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 i començaments del 2000; en canvi, no va ser així pel que fa a la 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 (figura 1.11 i taula 1.10).

El determinant principal del canvi de tendència en la incidència de la malaltia, així com en la supervivència, ha estat la introducció de les noves teràpies antiretrovirals, de prescripció en pacients infectats pel VIH, així com les intervencions de prevenció de la transmissió.

1.5.3. L'ús de drogues no institucionalitzades

El nombre d'usuaris de drogues no institucionalitzades detectats pel Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB), tant en homes com en dones, en la dècada dels 90 i començaments del 2000, es va incrementar lleugerament de 1994 a

Taula 1.10. Evolució de la incidència de sida, tuberculosi i ús de drogues a Barcelona. Taxes per 100.000 hab. estandarditzades per edat. Homes i dones. Barcelona 1990-2001

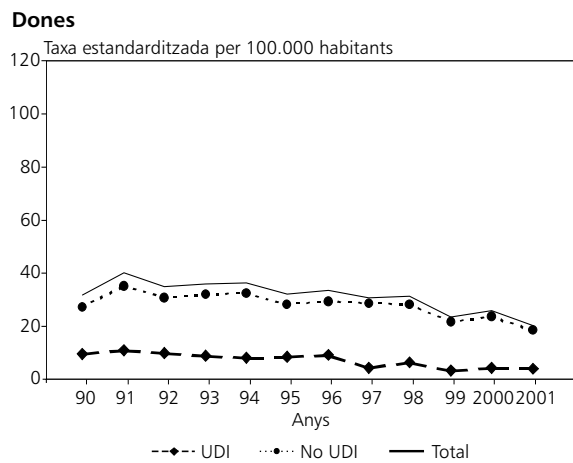
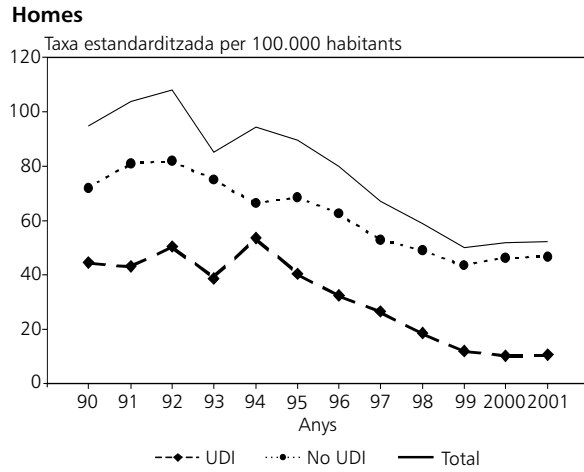
HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TBC total	94,86	103,59	107,93	95,11	94,30	89,65	79,72	66,95	58,72	50,03	51,74	52,25
TBC no UDI*	72,03	80,88	81,85	74,92	66,51	68,63	62,70	52,91	48,94	43,59	46,30	46,66
TBC UDI (15-49 anys)	44,51	43,26	50,57	38,82	53,62	40,43	32,35	26,55	18,80	11,98	10,35	10,62
Sida heterosexuals (≥ 15 anys)	4,39	5,17	6,62	6,22	7,82	9,19	8,65	10,29	7,45	4,40	3,83	2,99
Sida homosexuals (≥ 15 anys)	19,06	24,17	24,86	20,54	27,14	28,19	16,15	12,24	7,38	7,00	5,82	5,93
Sida UDI (15-49 anys)	51,41	43,41	50,27	52,74	86,06	72,49	58,90	36,33	23,69	15,33	14,20	12,65
Sida total	48,69	50,13	55,35	53,73	77,01	71,90	53,19	40,48	26,78	19,87	17,65	15,34
Usuaris de drogues no institucionalitzades (15-49 anys)												
Heroïna				396,39**	187,93	184,29	235,04	221,88	152,22	102,32	151,27	101,80
Cocaïna				39,29**	47,49	55,58	62,49	95,55	107,75	112,14	196,98	168,04
Tots				511,64**	313,52	371,68	404,54	438,42	347,84	293,35	472,64	380,87
DONES												
TBC total	31,32	39,77	34,75	35,62	35,83	31,97	33,22	30,36	30,98	23,04	25,66	20,12
TBC no UDI	26,93	34,83	30,31	31,67	32,08	28,17	28,99	28,36	28,12	21,60	23,67	18,37
TBC UDI (15-49 anys)	9,43	10,61	9,53	8,48	8,07	8,17	9,09	4,28	6,15	3,09	4,28	3,75
Sida heterosexuals (≥ 15 anys)	1,96	2,49	4,76	5,14	7,34	5,93	6,84	4,29	2,76	2,54	1,62	1,88
Sida UDI (15-49 anys)	12,43	12,69	15,93	13,70	21,10	19,56	18,18	12,41	6,24	5,09	5,84	3,80
Sida total	8,31	9,18	11,97	11,40	16,72	14,74	15,30	10,82	6,23	5,12	4,54	4,03
Usuàries de drogues no institucionalitzades (15-49 anys)												
Heroïna				107,30**	56,75	56,45	68,18	63,61	41,42	28,27	41,22	29,14
Cocaïna				11,97**	14,99	14,19	18,98	28,95	34,13	32,36	66,22	53,94
Tots				139,12**	93,22	104,17	127,26	130,73	104,42	81,15	145,38	126,48

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

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

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

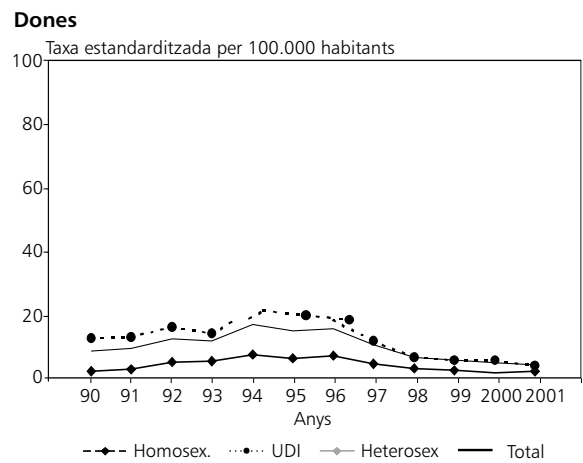
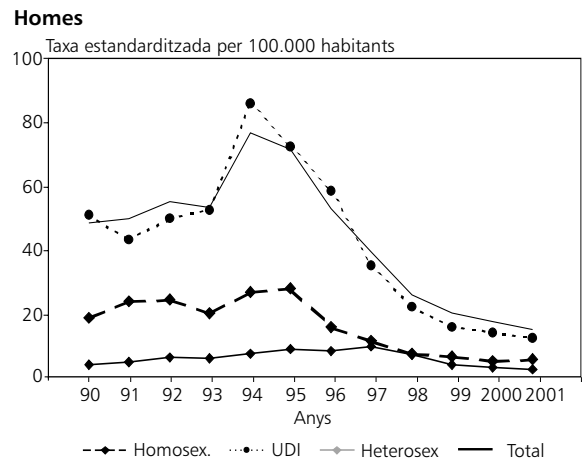
Figura 1.10. Evolució de la incidència de la tuberculosi segons col·lectiu de risc. Homes i dones. Barcelona 1990-2001.



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

Font: Registre de tuberculosi, IMSP

Figura 1.11. Evolució de la incidència de sida segons col·lectiu de risc. Homes i dones. Barcelona 1990-2001.



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

Font: Registre de sida, IMSP

1997, per disminuir posteriorment els anys 1998 i 1999 i tornar a augmentar l'any 2000. Cal valorar amb precaució tant la davallada brusca de l'any 1999 com l'increment de l'any 2000 ja que en gran part és degut a un retard de recollida de les dades provocant que casos del 1999 constin com a casos del 2000. L'any 2001, les taxes tornen a disminuir.

Un fet destacable és que així com a meitat dels noranta la majoria d'usuaris detectats eren usuaris d'opiacis, des de l'any 1999 és superior la taxa de detecció d'usuaris de cocaïna, fet més remarcable l'any 2001 (Taula 1.10 i figura 1.12).

Les drogues de disseny

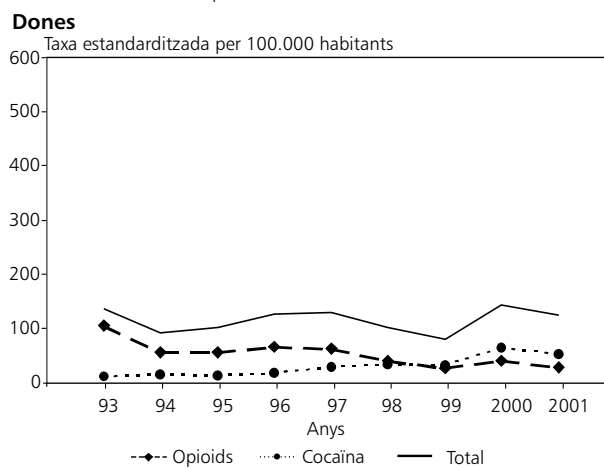
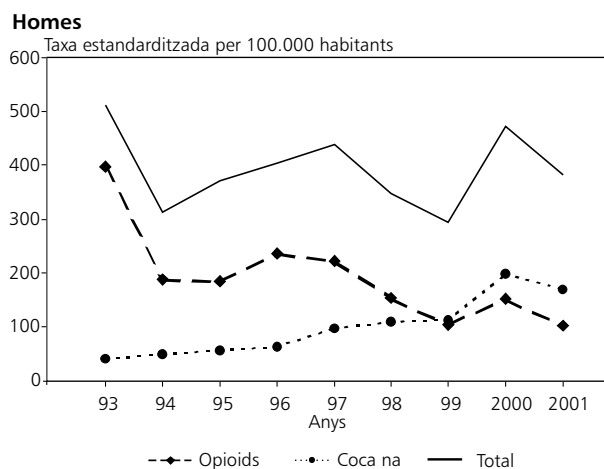
A l'observar l'evolució de les urgències per drogues no institucionalitzades observem que les urgències per èxtasi, GHB (èxtasi líquid), amfetamines i al·lucinògens han representat al llarg dels anys des d'un 2% l'any 1992 a un 10% al 2001 (486 urgències) essent aquest any juntament amb l'any 1996 (269 urgències) l'any amb més proporció d'urgències per aquestes substàncies (figura 1.13).

Durant l'any 2001 es varen atendre un total de 4829 urgències en les quals es mencionava amfetamines, èxtasi, GHB (èxtasi líquid) i altres drogues de disseny en 483 urgències (10%) del total. Per drogues tenim que els derivats del Èxtasi (MDMA, MDA, etc) varen representar el 53% del total amb 257 episodis, el GHB (èxtasi líquid) el 27% amb 131 episodis, les amfetamines es varen mencionar en 67 urgències (14%) i els al·lucinògens (LSD, Popper i Ketamina) en 6% de les urgències.

El període de l'any 2001 amb més urgències per drogues de disseny va ser el comprès entre els mesos de juny a setembre i quant els dies, els caps de setmana (de divendres a diumenge). Pel que fa el sexe 68% eren homes i el 69 % menors de 25 anys. El motiu de la urgència en un 60% era la sobredosi i la reacció indesitjable a la substància i amb un 21% les complicacions psicopatològiques. El 91% dels casos varen ser donats d'alta al seu domicili i cap d'ells es va morir.

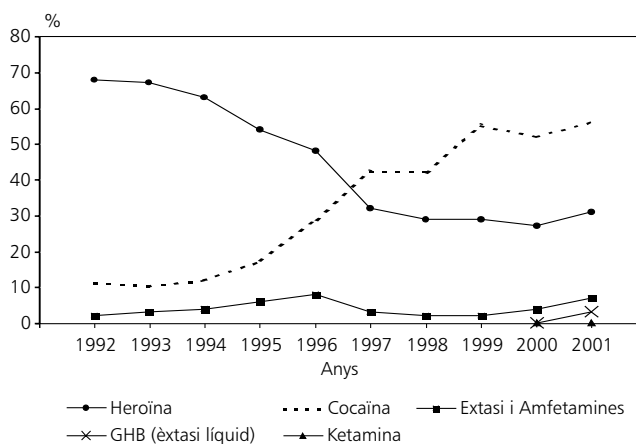
Pel que fa a defuncions amb presència de drogues de disseny, des de 1996 a 2001 hi ha hagut 10 morts d'un total de 685 morts per sobredosi a drogues, la qual cosa representa un 1,5% del total de morts. Hem d'assenyalar que d'aquestes morts 3 tenien MDMA i cocaïna a la sang i les 7 restants tenien MDMA, opiacis, cocaïna i benzodiacepins.

Figura 1.12. Evolució de la taxa d'usuaris de drogues no institucionalitzades detectats pel SIDB. Homes i dones. Barcelona 1993-2001.



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

Figura 1.13. Percentatge de drogues mencionades en les urgències realitzades per els consumidors de drogues. Barcelona 1992-2001.



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

1.5.4. Els accidents de trànsit

L'any 2001, es van atendre 17.823 episodis de lesionats per accidents de trànsit als principals serveis d'urgències hospitalàries de Barcelona, dels quals sabem que el 55 % eren residents a la ciutat de Barcelona (n=9.769). A continuació es presenta la informació referent als residents (taules 1.11 i 1.12).

S'observa una disminució del 3,8 % en el nombre d'urgències hospitalàries per accidents de trànsit respecte a l'any 2000, i una disminució del 5,6 respecte a 1999 en que s'inverteix la tendència creixent dels anys anteriors.

La major part dels lesionats circulaven en vehicles de dues rodes (22 % en motocicletes i el 20,7 % en ciclomotors), casi un terç en turisme (30,4 %) i 3 % en altres vehicles com autobús, camió o bicicleta. Un 23 % van ser vianants atropellats. Tenint en compte el parc de vehicles de Barcelona al 2001 s'han calculat les taxes de lesionats residents per vehicle. Els ciclomotors són els vehicles que presentaven una major taxa de lesionats per 1000 vehicles (11,4 seguit de les motocicletes (9,5) i els turismes (3,6).

Tant en homes com en dones el grup d'edat més afectat és el grup d'edat de 15 a 44 anys (76 % dels lesionats), seguit del grup de 45 a 64 anys (13 %). En aquests grups d'edat la proporció de dones accidentades que circulaven en turisme i la proporció de dones vianants va ser major que la d'homes, que en major proporció circulaven en motocicletes o ciclomotors.

Més de la meitat dels infants accidentats de 0 a 14 anys van ser vianants atropellats (57,4 %) i més d'un terç circulaven en turisme (35,4 %). La proporció de nens atropellats va ser superior a la de nenes.

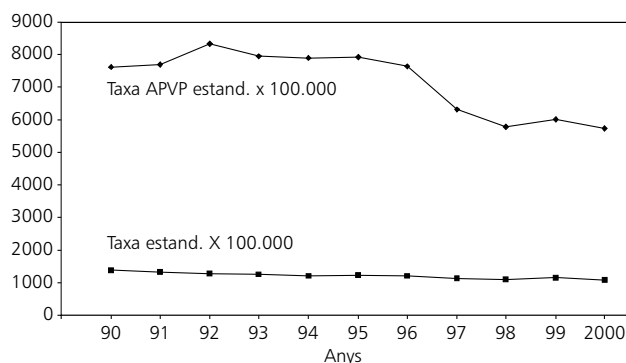
Per altra banda, dos terços de les persones majors de 64 anys van ser vianants atropellats, sense diferència entre homes i dones. La proporció de dones que circulaven en turisme va ser menor que la d'homes.

1.5.4. Els accidents laborals

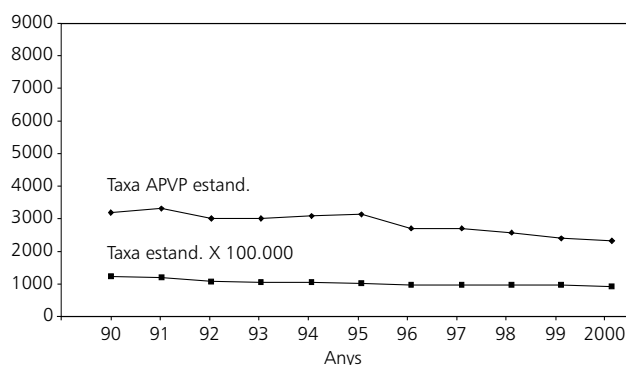
Durant el període 1994-2001 a la ciutat de Barcelona s'han notificat 4.131 accidents greus i 432 de mortals. L'evolució i la distribució dels accidents segons edat, sexe i activitat econòmica varia en gran mesura en funció del risc atribuïble a les condicions de treball, baix en els accidents *in itinere* (en el trajecte entre el domi-

Figura 1.14. Evolució de la taxa de mortalitat i taxa d'anys potencials de vida perduts (APVP) entre 1 i 70 anys estandaritzades per edats. Homes i dones. Barcelona 1990-2000.

Homes



Dones



Font: Registre de mortalitat, IMSP.

cili 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.

A la taula 1.13 es presenta l'evolució dels accidents greus durant el període 1994-2001. Des del 1994 el nombre absolut d'accidents greus a Barcelona va ser creixent fins l'any 1999, el 2000 se'n van produir 122 menys i el 2001 han augmentat en 24. La distribució del tipus d'accident és estable, essent, l'any 2001, un 30,2 % *in itinere* i 12,5% accidents de trànsit en jornada laboral. Cal destacar també que els accidents traumàtics en jornada laboral han estat més de la meitat de tots els accidents greus.

El nombre d'accidents mortals durant el període 1994-2001 (taula 1.14) ha estat entre 44 i 60 morts per any. L'any 2001 en van ser 55, cosa que representa un augment respecte els dos darrers anys. Aquest any, el 34,5 % han estat *in itinere*, i igual que l'any 2000, prop del 30% varen ser de causa natural en jornada laboral.

1.6. La mortalitat

Tal com s'observa a la taula 1.15 i a la figura 1.14, la taxa de mortalitat estandarditzada per edat ha disminuït globalment en la dècada dels 90, tot i que la taxa bruta ha augmentat lleugerament a causa de l'envelliment de la població. La taxa d'Anys Potencials de Vida Perduts (APVP) va augmentar en els homes fins l'any 1992 i posteriorment va disminuir, essent el decrement més acusat des de 1996 (figura 1.14 i taula 1.15). 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, que disminueix de manera important des de 1996 i sobretot el 1997 a causa de la introducció dels tractaments. Cal assenyalar que l'esperança de vida en néixer ha passat de 72,7 anys en els homes l'any 1990

a 75,3 l'any 2000 (augment de 2,4 anys). En les dones també ha augmentat: de 80,2 a 83,3 (augment de 3,1 anys).

La mortalitat infantil ha disminuït des de 1990 (on la taxa era de 8,8 per 1.000 nascuts vius), sent de 4,1 per 1.000 nascuts vius l'any 2000. La mortalitat perinatal també ha minvat durant la dècada tot i que l'any 2000 la taxa és una mica més alta que la del 1999 (l'any 2000 la taxa era de 7,3 per 1.000 nascuts de 500 g o més i de 4,7 per 1.000 nascuts de 1.000 g o més) (taules 1.6 i 1.7).

A les figures 1.15-1.17 i a les taules 1.16-1.18 es presenta l'evolució de la mortalitat segons causes per grups d'edat i sexe. Cal assenyalar que l'any 2000, la causa bàsica de defunció va ser codificada amb la Classificació Internacional de Malalties, 10^a revisió, el que cal tenir en compte a l'hora d'avaluar les tendències, ja que no sempre les codificacions de la 9^a i la 10^a revisió són comparables.

A la figura 1.15 i la taula 1.16 consta l'evolució de les causes de mortalitat en homes i dones de 15 a 44 anys. Cal remarcar el fet

Taula 1.11. Morbiditat per accidents de trànsit atesa sanitàriament als serveis d'urgència hospitalaris, segons edat i tipus d'usuari. Percentatges i nombre total de casos. Homes, Barcelona 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Total¹	n= 8.732	n= 9.321	n=10.344	n=10.160	n= 9.769
Homes	n= 5.369	n= 5.751	n= 6.379	n= 6.230	n= 5.986
Grup d'edat 1-14 anys					
Usuaris de Turismes	27,0	33,1	27,7	26,7	33
Usuaris de Motocicletes	4,1	4,5	4,5	1,9	2,8
Usuaris de Ciclomotors	3,3	2,3	10,7	7,6	1,7
Vianants	63,1	59,4	57,1	62,9	61
Altres ²	2,5	0,8	0	1,0	1,1
Total casos	168	186	173	172	206
Grup d'edat 15-44 anys					
Usuaris de Turismes	27,1	25,4	24,5	27,1	30,2
Usuaris de Motocicletes	41,1	32,3	29,7	24,4	34,4
Usuaris de Ciclomotors	20,8	30,8	35,8	37,2	24,9
Vianants	10	10,2	8,7	10,8	9,6
Altres	1	1,4	1,3	0,6	0,9
Total casos	4.237	4.591	5.215	5.136	4.809
Grup d'edat 45-64 anys					
Usuaris de Turismes	39,2	44,1	42,4	43	45,5
Usuaris de Motocicletes	22,4	16,6	15,5	13,6	19,5
Usuaris de Ciclomotors	7,1	6,1	8	8	5,5
Vianants	29	31	32,1	32,6	27,3
Altres	2,3	2,1	2	2,7	2,3
Total casos	662	629	664	661	682
Grup d'edat ≥ 65 anys					
Usuaris de Turismes	14,5	22,3	20	18,4	27,2
Usuaris de Motocicletes	2,4	2	2,7	3,4	2,8
Usuaris de Ciclomotors	2,4	1	1,3	0	0,5
Vianants	74,4	66,3	64	70,7	60,6
Altres	6,3	8,4	12	7,5	8,9
Total casos	302	305	327	261	289

¹ El nombre total de lesionats anual no coincideix amb el total publicat en anys anteriors degut a que enguany s'han inclòs només els lesionats residents a la ciutat de Barcelona.

² Altres: inclou autobús, camió o bicicleta.

Font: Sistema d'informació DUHAT (Dades d'Urgències Hospitalàries per Accident de Trànsit), IMSR. Els percentatges de tipus d'usuari estan fets sobre el total de casos on consta aquesta informació (50%).

Taula 1. 12. Morbiditat per accidents de trànsit atesa sanitàriament als serveis d'urgència hospitalaris, segons edat i tipus d'usuari. Percentatges i nombre total de casos. Dones, Barcelona 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Total¹	n= 8.732	n= 9.321	n=10.344	n=10.160	n= 9.769
Dones	n= 3.362	n= 3.604	n= 3.956	n= 3.883	n= 3.754
Grup d'edat 1-14 anys					
Usuaris de Turismes	38,7	57,1	34,3	55,1	39,6
Usuaris de Motocicletes	2,7	5,1	1	0	3,6
Usuaris de Ciclomotors	0,9	0	4,9	4,5	2,7
Vianants	53,2	36,7	53,9	39,3	53,2
Altres ²	4,5	1,3	5,9	1,1	0,9
Total casos	145	112	151	139	123
Grup d'edat 15-44 anys					
Usuaris de Turismes	37,4	34,3	31,3	34,9	38,8
Usuaris de Motocicletes	27,9	21,1	20,3	13,6	26,6
Usuaris de Ciclomotors	16,8	25,2	33,5	33,8	19,4
Vianants	16,2	17,2	13,7	16,8	14,2
Altres	1,8	1,7	1,3	0,9	1,1
Total casos	2.200	2.450	2.780	2.774	2.617
Grup d'edat 45-64 anys					
Usuaris de Turismes	44,2	42,7	39,5	37,2	43,9
Usuaris de Motocicletes	3,7	2,9	5,6	2,7	4,9
Usuaris de Ciclomotors	1,2	0,6	2,9	3,4	2,1
Vianants	42,1	44,2	41,8	50	39,9
Altres	8,7	9,6	10,2	6,8	9,1
Total casos	542	585	586	530	560
Grup d'edat ≥ 65 anys					
Usuaris de Turismes	15,5	17,2	17,8	12,6	21,7
Usuaris de Motocicletes	0,3	0,6	0,9	0,3	0,3
Usuaris de Ciclomotors	0	0	0	0	0
Vianants	63,9	67,9	67,6	75,7	63,2
Altres	20,3	14,3	13,7	11,3	14,9
Total casos	475	457	439	440	454

¹ El nombre total de lesionats anual no coincideix amb el total publicat en anys anteriors degut a que enguany s'han inclòs només els lesionats residents a la ciutat de Barcelona.

² Altres: inclou autobús, camió o bicicleta.

Font: Sistema d'informació DUHAT (Dades d'Urgències Hospitalàries per Accident de Trànsit), IMSP. Els percentatges de tipus d'usuari estan fets sobre el total de casos on consta aquesta informació (50%).

Taula 1.13. Evolució dels tipus d'accidents laborals greus. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona 1994-2001

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<i>In itinere</i>	28,1	29,1	27,9	26,0	31,0	33,7	35,3	30,2
En jornada laboral								
Causa natural	5,3	5,2	3,1	3,4	2,4	4,0	4,6	5,7
De trànsit	10,4	12,4	11,9	12,4	19,5	13,9	13,7	12,5
Resta de traumàtics	56,2	53,3	57,1	58,2	47,1	47,6	46,4	51,5
Total casos	434	484	487	524	550	624	502	526

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

Taula 1.14. Evolució dels tipus d'accidents laborals mortals. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona 1994-2001

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<i>In itinere</i>	41,4	33,3	27,3	32,1	30,0	29,6	39,2	34,5
En jornada laboral								
Causa natural	15,5	20,4	18,2	30,4	26,7	25,9	29,4	29,1
De trànsit	19,0	24,1	27,3	17,9	21,7	20,4	7,8	12,7
Resta de traumàtics	24,1	22,2	27,3	19,6	21,7	24,1	23,5	23,6
Total casos	58	54	44	56	60	54	51	55

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

que en aquest grup d'edat, la taxa global de mortalitat està disminuint des de la segona dècada dels noranta, així com que les taxes dels homes són superiors que en les dones. Tot i augmentar una mica la taxa de mortalitat per sida, l'any 2000 continua la davallada iniciada l'any 1996 en els homes i en el 1995 en les dones. La mortalitat per accidents de trànsit va disminuir fins 1994, per després presentar taxes que tendeixen a l'augment, tot i que varien segons l'any. La mortalitat per sobredosi continua disminuint l'any 2000 en els homes. Les principals causes de mortalitat entre 45 i 64 anys es presenten a la figura 1.16 i la taula 1.17. En els homes l'ordre de les causes és

aquest: càncer de pulmó, malaltia isquèmica del cor, malaltia cerebrovascular i cirrosi. Totes tenien una tendència decreixent al llarg dels 90 i començaments del 2000 amb l'excepció d'un augment produït l'any 1999. En les dones la principal causa és el càncer de mama, que bàsicament ha disminuït al llarg de la dècada. De la resta de causes, la cirrosi ha disminuït de 27,6 morts per 100.000 habitants l'any 1990 a 13,8 l'any 2000 així com la malaltia isquèmica del cor (de 16,8 a 8,4) i la malaltia cerebrovascular (de 21,9 a 11,9 l'any 1999 i 19,8 l'any 2000). No és així amb el càncer de pulmó, que sembla tenir una tendència a l'increment.

En el grup de més de 64 anys (figura 1.17 i taula 1.18) les causes principals en les dones són la malaltia cerebrovascular i la malaltia isquèmica del cor, i les taxes de totes dues continuen

Taula 1.15. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona 1990-2000

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Taxa bruta x 100.000	1122,3	1110,2	1110,2	1126,0	1126,2	1176,8	1195,5	1156,6	1152,9	1219,3	1151,0
Taxa estandarditzada X 100.000*	1372,1	1314,1	1264,4	1247,7	1205,7	1218,5	1195,5	1134,5	1107,9	1147,1	1065,9
Taxa APVP estandarditzada*	7617,7	7703,0	8335,2	7943,5	7912,2	7931,5	7661,0	6318,9	5789,6	6017,7	5730,1
Esperança vida total	72,7	73,0	72,9	73,5	73,7	73,6	74,1	75,0	75,2	74,7	76,0
DONES											
Taxa bruta x 100.000	985,9	1002,0	944,3	956,4	975,7	996,2	982,3	1017,6	1029,6	1075,7	1045,8
Taxa estandarditzada X 100.000*	1229,0	1202,4	1092,8	1069,3	1051,1	1034,2	982,3	989,0	970,2	982,5	925,5
Taxa APVP estandarditzada	3224,3	3350,3	3034,6	3035,7	3129,8	3167,0	2732,1	2743,0	2593,9	2425,0	2355,0
Esperança vida total	80,2	80,2	81,2	81,4	81,5	81,8	82,5	82,3	82,1	82,2	83,3

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

APVP: Anys Potencials de Vida Perduts.

Les taxes dels anys 1997- 1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions de 1996 i 2000 (per tant són diferents a les presentades en els informes de salut anteriors).

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.16. 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 1990-2000

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000(*)
Sida	41,5	41,9	55,1	59,2	75,2	83,0	76,6	23,6	16,1	13,7	16,5
Accidents de trànsit	27,5	25,8	24,6	23,7	18,5	13,1	15,6	18,0	14,8	19,4	13,6
Sobredosi		24,9	28,2	29,8	28,3	22,5	27,3	24,8	17,6	20,4	16,4
13,2											
Suïcidi	11,3	9,9	10,8	10,1	11,6	13,7	9,9	10,1	10,2	8,6	9,3
Totes les causes	196,9	201,9	232,5	214,9	219,0	227,7	219,0	156,8	137,8	144,5	129,8
DONES											
Sida	6,3	9,2	13,8	17,6	22,8	20,9	17,8	7,4	4,2	3,9	3,5
Accidents de trànsit	7,9	7,8	7,5	3,2	3,0	5,2	4,4	5,3	2,8	4,0	3,7
Sobredosi	8,4	7,7	4,7	5,9	5,1	6,8	5,6	4,9	5,7	3,9	4,3
Suïcidi	6,3	6,8	1,8	4,2	4,5	3,3	4,0	2,5	4,3	2,8	3,0
Totes les causes	75,9	88,3	80,5	73,8	80,0	83,1	75,1	70,8	63,5	55,3	51,9

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

Les taxes dels anys 1997- 1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions de 1996 i 2000 (per tant són diferents a les presentades en els informes de salut anteriors).

(*) L'any 2000 les causes de mort han estat codificades amb la classificació Internacional de Malalties, 10ª revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.17. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de 45 a 64 anys. Barcelona 1990-2000

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000(*)
Càncer de pulmó	145,9	132,3	141,6	148,8	147,4	117,4	126,4	129,6	123,6	139,3	117,6
Malaltia isquèmica del cor	118,7	117,9	128,1	109,5	106,1	96,1	101,8	89,3	89,3	106,1	88,2
Malaltia cerebrovascular	50,4	48,8	50,0	50,3	38,8	40,2	38,6	37,6	30,0	35,6	42,9
Cirrosi	67,4	67,0	62,0	51,2	57,1	47,2	47,5	43,6	30,7	41,6	29,5
Totes les causes	906,1	929,8	937,7	908,2	896,7	870,6	846,5	809,3	746,8	798,1	790,7
DONES											
Càncer de pulmó	6,7	14,0	8,2	10,8	14,7	17,0	8,4	11,5	13,8	15,3	17,2
Càncer de mama	59,7	60,7	65,3	67,6	56,7	63,6	45,8	48,0	45,2	52,6	48,7
Malaltia isquèmica del cor	16,8	14,9	21,3	14,8	18,3	15,5	17,7	16,2	13,2	9,4	8,4
Malaltia cerebrovascular	21,9	18,8	18,8	18,1	21,4	15,0	20,2	16,2	16,3	11,9	19,8
Cirrosi	27,6	19,8	18,1	18,4	16,8	17,4	17,7	14,2	15,9	16,0	13,8
Totes les causes	367,1	351,3	327,9	342,6	347,6	340,7	294,5	311,4	308,1	299,1	297,8

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

Les taxes dels anys 1997- 1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions de 1996 i 2000 (per tant són diferents a les presentades en els informes de salut anteriors).

(*) L'any 2000 les causes de mort han estat codificades amb la classificació Internacional de Malalties, 10^a revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.18. Evolució de la mortalitat en la població de més de 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants de més de 64 anys. Barcelona 1990-2000

HOMES	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000(*)
Càncer de pulmó	442,3	431,5	407,5	452,9	428,3	431,2	464,4	419,4	393,2	423,2	393,1
Malaltia isquèmica del cor	820,9	752,7	688,0	722,3	688,5	699,5	675,2	681,7	688,5	640,0	550,1
Malaltia cerebrovascular	735,0	652,8	581,9	568,8	524,7	554,0	490,3	466,3	427,3	438,1	429,1
Cirrosi	133,0	138,2	124,4	124,5	93,3	107,2	105,4	102,1	103,3	92,9	77,5
Totes les causes	6156,6	5769,7	5377,3	5393,8	5151,0	5241,8	5176,9	5034,9	5008,4	5152,7	4730,1
DONES											
Càncer de pulmó	35,4	33,1	38,4	34,1	39,5	36,6	39,0	40,9	45,7	36,6	37,4
Càncer de mama	110,7	130,3	121,5	116,2	113,1	107,0	108,7	114,4	102,6	104,0	105,1
Malaltia isquèmica del cor	523,5	556,5	451,8	462,7	417,9	431,4	421,2	408,3	418,4	377,4	340,7
Malaltia cerebrovascular	816,6	723,8	677,8	624,2	581,2	531,9	499,2	479,0	442,4	462,1	402,9
Cirrosi	71,9	82,9	64,1	77,2	83,8	65,1	66,0	70,0	53,7	61,5	49,1
Totes les causes	4587,6	4473,7	4060,2	3956,5	3864,5	3807,1	3654,2	3671,0	3599,9	3681,3	3454,6

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

Les taxes dels anys 1997- 1999 s'han calculat tenint en compte les estimacions de les poblacions d'aquells anys segons les poblacions de 1996 i 2000 (per tant són diferents a les presentades en els informes de salut anteriors).

(*) L'any 2000 les causes de mort han estat codificades amb la classificació Internacional de Malalties, 10^a revisió, fet que pot produir dades no estrictament comparables.

Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Taula 1.19 . Evolució en la utilització de serveis sanitaris. Percentatges estandarditzats per edat. Barcelona 1983-2000

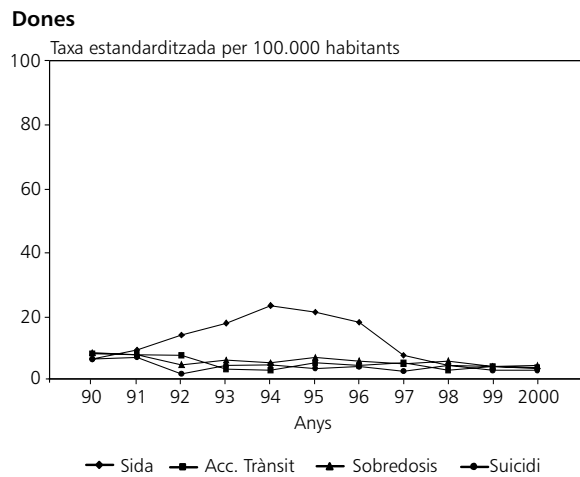
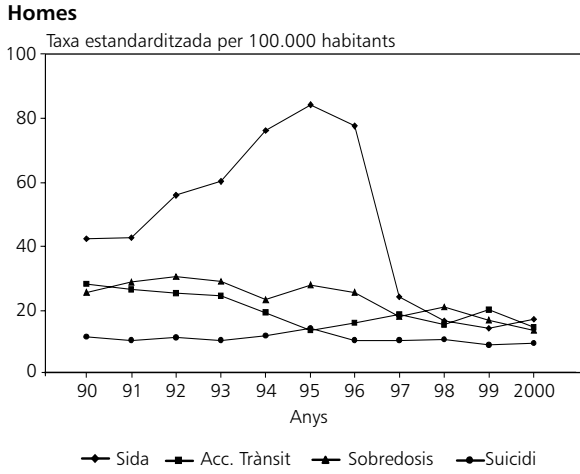
HOMES	1983	1986	1992	1994	2000
Visites 2 setm. ant. (*)	16,80	13,73	17,66	18,76	17,3
Visites 2 setm. Ant. (**)	—	14,74	18,13	19,94	18,5
Hospitalització últims 12 m.	—	5,83	7,66	8,00	8,2
DONES					
Visites 2 setm. ant. (*)	24,52	19,35	24,18	23,06	24,0
Visites 2 setm. Ant. (**)	—	19,56	24,54	23,67	24,0
Hospitalització últims 12 m.	—	6,42	8,21	7,75	8,5

* es refereix a persones de 15 anys o més

** inclou els menors de 15 anys

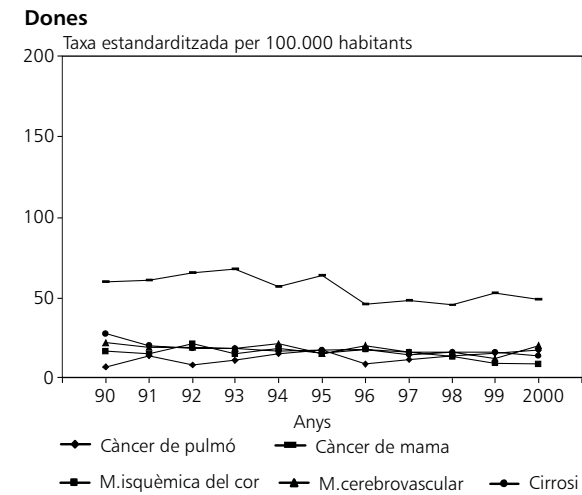
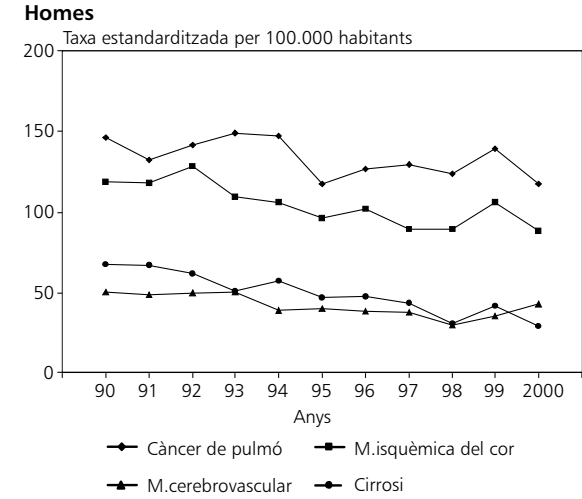
Font: Enquestes de Salut de Barcelona 1983, 1986, 1992 i 2000 de l'IMSP i Enquesta de Salut de Catalunya 1994 del Servei Català de la Salut.

Figura 1.15. Evolució de les causes de mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Homes i dones. Barcelona 1990-2000.



Font: Registre de mortalitat, IMSP.

Figura 1.16. Evolució de les causes de mortalitat en la població de 45 a 64 anys. Homes i dones. Barcelona 1990-2000.



Font: Registre de mortalitat, IMSP.

disminuint. En els homes són les mateixes causes però amb l'ordre invertit. També en aquest cas disminueix les taxes.

1.7. Els serveis sanitaris

A la taules 1.19-1.22 es mostren els indicadors sobre la disponibilitat i l'ús de recursos sanitaris del període 1994-2001 que es tracten en aquest apartat.

1.7.1. La utilització de serveis sanitaris

A l'Enquesta de Salut de Barcelona del 2000 quasi una cinquena part dels homes i una quarta part de les dones va declarar haver visitat al metge els 15 dies anteriors a l'entrevista, tendència que ha estat força constant al llarg dels anys (taula 1.19). A partir dels 55 anys, hi ha més població que es visita (figura 1.18).

Al voltant d'un 8 % de la població declara haver estat hospitalitzada l'any anterior a l'entrevista, percentatges que augmenten en les persones de 65 anys o més i són bastant constants al llarg dels anys (figura 1.19 i taula 1.19).

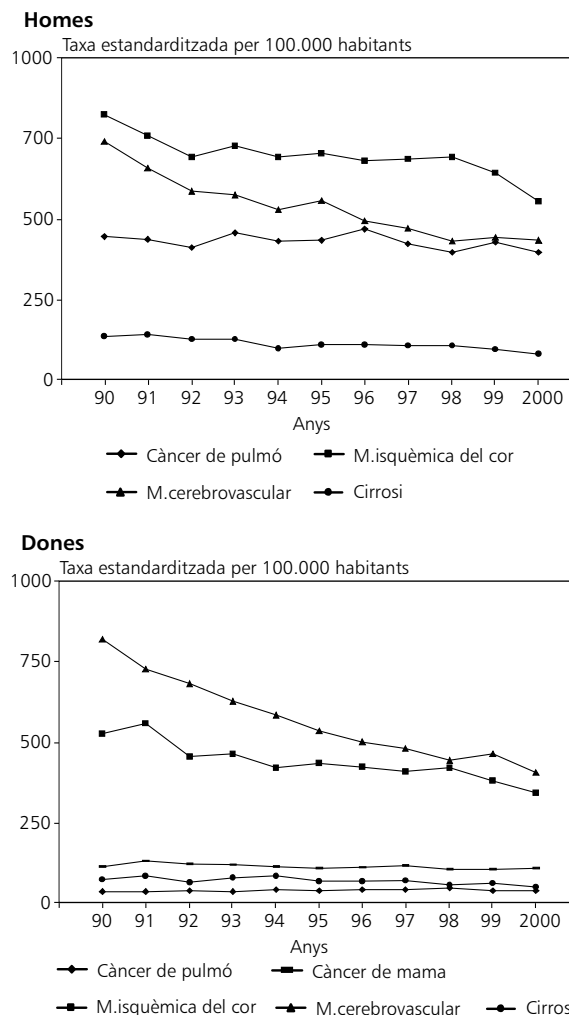
1.7.2. L'atenció primària de salut

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 2001, amb la reforma de nou ABS (2C, 2E, 3A, 3E, 3G, 7A, 8A, 8C, 8F), s'ha arribat a un 81,8 % d'ABS reformades, la qual cosa significa que el 81,1 % de la població té accés al model reformat (figura 1.20). Actualment a Barcelona hi ha 65 ABS, donat que l'any 2000 hi va haver una modificació de límits a Sants-Montjuïc amb la desaparició de l'ABS 3F i reordenació de les ABS 3D, 3E i 3G.

L'ús de serveis d'Atenció Primària de Salut (APS), mesurat mitjançant l'indicador de freqüentació (visites per habitant i any), ha estat estable en els darrers anys i sempre lleugerament superior en l'APS reformada en tot el període analitzat (taula 1.20).

La vacunació antigripal és una de les pràctiques preventives realitzades des de l'APS i està especialment indicada en els majors de 64 anys. Sobre aquesta activitat hi ha dades de l'APS re-

Figura 1.17. Evolució de les causes de mortalitat en la població de més de 64 anys. Homes i dones. Barcelona 1990-2000.



Font: Registre de mortalitat, IMSP.

formada i, tal com es veu a la taula 1.20, en els darrers 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 4,5% de la població major de 64 anys va ser atesa pel programa, percentatge que l'any 2001 és del 6,1%, igual a l'aconseguit l'any anterior (taula 1.20).

1.7.3. Atenció especialitzada hospitalària

L'oferta, mesurada mitjançant el nombre de llits públics disponibles en hospitals d'aguts, en els darrers anys s'ha mantingut estable, al voltant de 3,5 per 1.000 habitants (taula 1.20). La

Figura 1.18. Evolució de la visita al metge (1983-1992) o a un professional sanitari (1994, 2000) les dues setmanes anteriors a l'entrevista segons edat. Homes i dones de 15 anys o més. Barcelona 1983-2000.

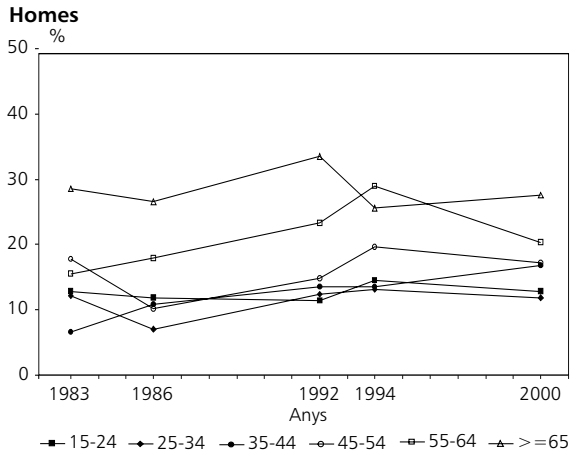
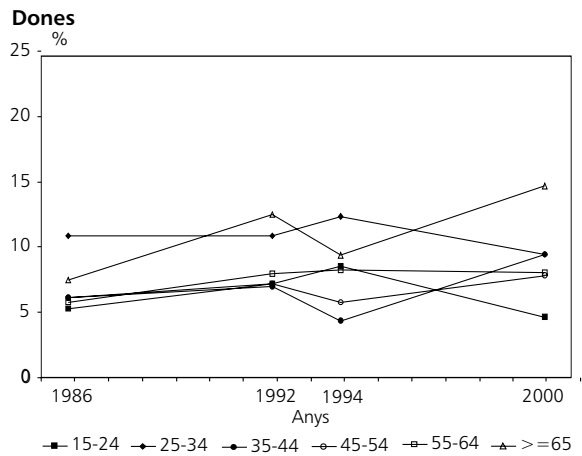
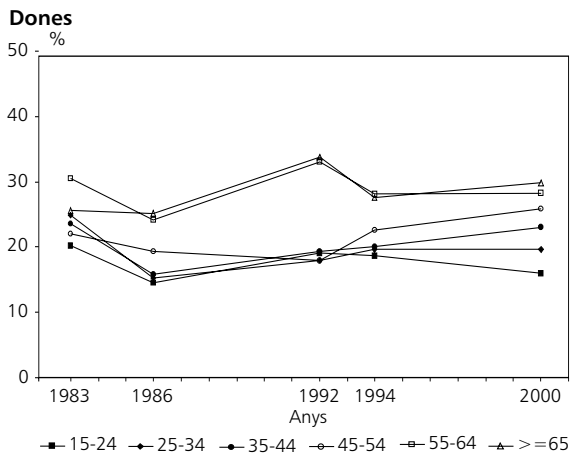
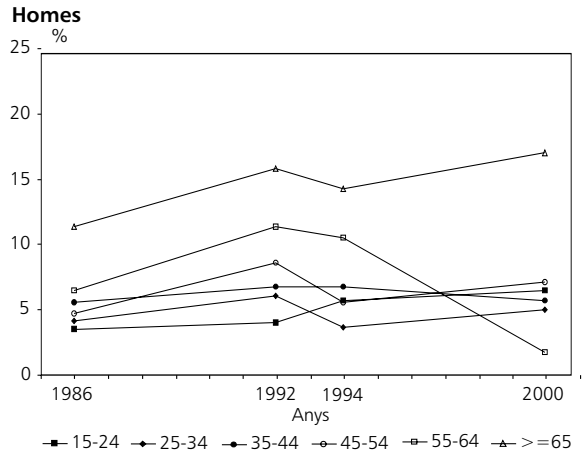


Figura 1.19. Evolució de persones que han estat hospitalitzades l'any anterior a l'entrevista segons edat. Homes i dones de 15 anys o més. Barcelona 1986-2000.



Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, IMSP. Enquesta de salut de Catalunya de 1994, Servei Català de la Salut.

Font: Enquestes de salut de Barcelona de 1983, 1986, 1992 i 2000, IMSP. Enquesta de salut de Catalunya de 1994, Servei Català de la Salut.

Taula 1.20. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona 1994-2001

		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Atenció Primària de Salut										
Cobertura de la RAP	% d'ABS reformades	33,3%	34,9%	40,9%	47,0%	51,5%	54,6%	69,2%	81,8%	
	% població total en ABS reformades	27,9%	28,9%	35,1%	42,7%	46,3%	48,9%	65,4%	81,1%	
Utilització	Visites hab./any (xarxa reformada)	4,9	5,2	5,3	6,3	5,7	5,5	5,6	5,6	
	Visites hab./any (xarxa no reformada)		4,9	4,7	5,2	4,9	4,8	5,5	3,4	
Vacunació antigripal										
Programes	Cobertura vacunació antigripal en majors de 64 anys (xarxa reformada)		51,0%	51,6%	52,4%	49,6%	51,7%	56,7%	52,6%	
	Atenció domiciliària									
	Cobertura del programa en la població major de 64 anys (xarxa reformada)	4,5	5,4	5,5	4,9	5,9	6,0	6,1	6,1	
Atenció especialitzada hospitalària										
Oferta	Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 hab.	3,8	3,6	3,7	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	
	Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a BCN	79,7	86,8	87,4	85,6	86,8	88,7	91,0	89,6	
Utilització	% de residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP fora de la regió sanitària	7,6%	7,4%	7,5%	7,2%	7,0%	7,0%	6,7%	7,3%	
	% d'altres als hospitals de la XHUP de BCN que són de no residents a la ciutat	33,6%	35,5%	32,7%	34,3%	33,3%	33,1%	33,6%	33,6%	
Atenció a les urgències										
Utilització	Urgències hospitalàries									
	Nombre d'urgències ateses			579375	572922	585941	652233 ¹	668453 ¹	690479 ¹	
	Activitat SCUB-061									
	Nombre de trucades			557581	505904	558211	633136	625583	631142	
	Nombre d'urgències a domicili			81865	78124	71317	62841	61266	59972	
	Nombre d'emergències			67941	71286	73715	72344	71115	72258	
	Activitat als centres d'atenció continuada/dispensaris parahospitalaris									
	Nombre de visites de metge				183636	158957	170699	181498	188489	
	Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut						160873	130915	106960	
	Nombre de domicilis d'aguts									
Atenció socio-sanitària										
Recursos	Internament									
	Llits de llarga estada (n)	991	947	947	947	969	980	1046	1116	
	Convalescència (n)	265	288	288	321	333	351	373	443	
	Cures pal·liatives (n)	83	93	93	95	95	95	95	105	
	Sida (n)	37	49	49	49	49	45	35	35	
	Places hospitals de dia	85	130	130	155	155	155	155	209	
	Nombre d'equips PADES	12	12	12	12	13	13	15	17	
	Nombre d'equips UFISS hospitalària	4	5	5	7	7	7	9	10	
	Utilització (nombre pacients atesos en:)	Internament								
		Llits de llarga estada	Nd	2180	2395	2381	3042	3086	2897	2858
Convalescència		Nd	1786	1948	1993	2472	2522	2590	2752	
Cures pal·liatives		Nd	1022	1092	1140	1305	1108	949	872	
Sida		Nd	292	291	210	258	206	156	140	
Hospital de dia		??	237	409	469	531	256	658	281	
PADES (inclou ETODA)		3280	3589	3813	3599	???	3683	3713	4222	
UFISS		1080	642	1311	3107	4323	2712	5741	7137	
Atenció a la salut mental										
Recursos		Ambulatori								
	Nombre de centres d'adults (CSMA)	15	15	15	15	15	15	15	15	
	Nombre de centres infantils i juvenils (CSMIJ)		10	10	10	10	10	10	10	
	Nombre de llits d'hospitalització psiquiàtrica	308	327	339	345	367	380	380	345	
	Recursos de rehabilitació									
	Nombre de places en centres de dia	382	407	407	407	407	499	499	572	
	Nombre de places en hospitals de dia	74	90	90	90	90	109	114	136	
Utilització	Nombre de persones ateses a:									
	CSMA²		18016	22750	25157	22878	26828	27703		
	CSMIJ²		5499	5215	6562	4299	5222	5950		
	Hospitals	3110	3191	3191	3454	4286	4428	4489	4504	
	Centres de dia	509	ND	625	ND	760	779	876	977	

¹inclou l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron² Aquest any no es disposen de les dades sobre els pacients atesos als CSMA ni als CSMIJ

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

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 89,6 l'any 2001. 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.

1.7.4. Atenció a les urgències

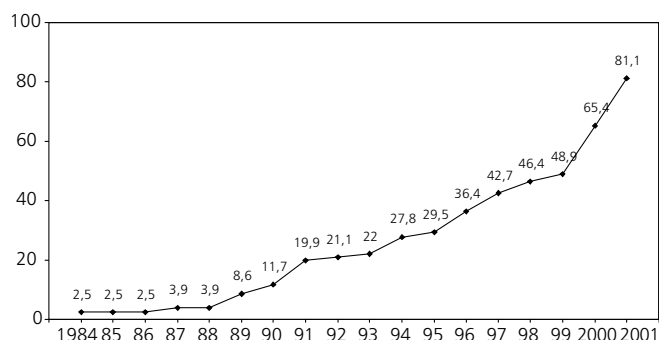
A Barcelona, l'atenció a les urgències inclou tots els diferents nivells assistencials: a) l'hospitalari, tant els hospitals de la xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP) com els privats; b) l'atenció primària, que inclou les urgències ateses als centres d'atenció primària (CAP) tant de la xarxa 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.

Així, 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 (taula 1.20), i des de llavors s'observa un increment del nombre d'urgències ateses als serveis hospitalaris; així per exemple, l'any 1999 es van atendre 652.233 urgències i l'any 2001 690.479. 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. L'activitat d'urgències dels CAC s'ha mantingut força estable des de 1997.

Segons l'enquesta de salut de Barcelona realitzada l'any 2000 a una mostra representativa de la població de Barcelona, el 25,3 % va declarar haver realitzat una visita a un servei d'urgències en l'any anterior a l'entrevista (19,2% a un servei

Figura 1.20. Evolució de la cobertura poblacional de la reforma de l'atenció primària. Barcelona 1984-2001.



Font: Consorci Sanitari de Barcelona

d'urgències hospitalari, un 2,5% a un centre d'atenció primària del Servei Català de la Salut, i un 1% al SCUB-061). Dels que varen anar a un servei d'urgències hospitalari, el 88 % havien anat per pròpia decisió o per la d'un familiar, i el 9,8% ho havien fet per decisió d'un professional sanitari.

1.7.5. Atenció sociosanitària

En els recursos d'internament disponibles s'ha produït un increment dels recursos d'internament exceptuant els destinats a la sida. També s'ha incrementat el nombre de places d'hospital de dia en aquest període (1994-2001). Tanmateix la utilització dels recursos d'internament ha augmentat en tots els supòsits excepte en el dels llits destinats a malalts de sida (taula 1.20). També s'han incrementat els recursos d'hospitals de dia (PADES i UFISS), així com el nombre de persones ateses.

1.7.6. Atenció a la salut mental

En general hi ha hagut un increment global dels recursos destinats a la salut mental, tot i que l'any 2001 han disminuït els llits d'hospitalització psiquiàtrica. Actualment es disposa de 15 centres d'atenció a la salut mental d'adults i 10 d'infants. 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 572 l'any 2001) com al de places d'hospitals de dia (de 74 l'any 1994 a 136 l'any 2001). 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 (taula 1.20).

1.7.7. Atenció a les drogedependències

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 lliure de drogues (PLD) per a usuaris de drogues no institucionalitzades (heroïna, cocaïna, amfetamines, cànem i no volàtils) orientat a l'abstinència, programa lliure 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 com 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 drogodependències), 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 1.21 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 en el període 1996-2001 va ser entre un 14% i un 53% més alt que el demanat pel Pla d'Acció de Drogues de Barcelona, i l'any 2001 ha estat un 3% més baix. Els PMM sempre han generat més UAD que la resta de programes. La cobertura dels programes d'alcohol i PLD ha estat més variable i, exceptuant l'any 1997, sempre inferior al 100%, tant pel que fa al nombre de places com a UAD.

1.7.8. Atenció a la salut pública

A Barcelona l'Institut Municipal de Salut Pública (IMSP) té la responsabilitat sobre l'atenció a la salut pública. Des d'aquest organisme es porten a terme diferents actuacions de salut pú-

Taula 1.21. 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). Barcelona 1996-2001

Places sol·licitades	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Alcohol	724	724	808	898	1610	1610
PMM*	915	915	1022	1135	1745	1745
PLD**	817	817	912	1012	1510	1510
Total programes	2456	2456	2742	3045	4865	4865
Percentatge Cobertura de les places						
Alcohol	24%	104%	93%	86%	59%	60%
PMM*	114%	153%	119%	117%	95%	84%
PLD**	35%	119%	95%	74%	75%	72%
Total programes	62%	127%	103%	94%	76%	73%
UADS sol·licitades						
Alcohol	---	8473	8473	8473	12300	12300
PMM*	---	11717	11717	11717	14933	14933
PLD**	---	17282	17282	17282	15994	15994
Total programes	---	37472	37472	37472	43227	43227
Percentatge Cobertura de les UADS						
Alcohol	---	58%	88%	68%	57%	68%
PMM*	---	189%	184%	177%	176%	236%
PLD**	---	92%	83%	69%	66%	67%
Total programes	---	113%	118%	105%	99%	126%

* PMM = Programa de Manteniment amb Metadona.

** PLD = Programa Lliure de Drogues.

* una UAD equival a 5865 pts

Font: Pla d'Acció de Drogues de Barcelona, IMSP.

blica, 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). Així per exemple, cal destacar com els nombre de casos de tuberculosi estudiats ha disminuït molt i, en canvi, han augmentat els contactes cribrats.
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. Per exemple: podem assenyalar l'augment que hi ha hagut de carnets de vacunació tramesos.

4. Atenció a les drogodependències 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 1.22 es mostren indicadors d'algunes activitats de salut pública realitzades en els darrers anys, més informació es pot trobar a la memòria anual de l'IMSP.

Taula 1.22. Indicadors d'activitats de salut pública des de l'Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona 1997-2001

	1997	1998	1999	2000	2001
Programa de prevenció i control de la tuberculosi					
Casos notificats i estudiats	1.039	1.172	974	929	872
Contactes cribrats	2.174	2.961	3.530	3.690	3.677
Vigilància i control de la meningitis i de l'hepatitis					
Declaracions de meningitis i sèpsia meningocòccica	114	71	79	79	58
Declaracions d'hepatitis víriques	311	305	295	225	130
Vigilància i control de la sida					
Casos confirmats	482	306	206	157	151
Pla de vacunació continuada					
Carnets de vacunació tramesos	12.161	11.627	12.234	14.896	23.171
Centres públics als quals s'han subministrat vacunes	73	73	71	71	76
Vacunes administrades en centres propis	71.657	69.088	72.604	62.259	59.740
Educació sanitària a l'escola					
Escoles participants en el projecte PASE ^a	141	134	141	144	90
Escoles participants en el projecte PESA ^b	76	64	86	92	92
Escoles participants en el projecte PRESSEC ^c	46	49	40	56	53
Suport a organitzacions d'ajuda mútua					
Organitzacions contactades	123	153	160	168	168
Programes de tractament (centres de titularitat municipal)					
Pacients en programes lliures de drogues	4.207	5.209	4.489	4.441	4.395
Pacients en programes d'alcohol	1.474	1.831	1.402	1.260	1.592
Primeres visites programa de drogues il·legals	1.757	1.857	2.442	2.295	1.353
Primeres visites programa d'alcohol	810	808	984	902	869
Oferta de places en PMM ^d	1.616	1.818	1.998	2.042	1.969
Laboratori de Salut Pública					
Mostres analitzades	11.514	13.095	11.580	9.770	9.743
Paràmetres analitzats	60.419	65.630	65.406	53.724	52.701
Mostres analitzades segons la natura					
Aliments	4.380	6.123	4.773	3.323	3.612
Ambientals	5.549	5.106	4.518	4.031	3.733
Epidemiologia	835	908	1.314	1.149	577
Altres	796	790	975	1.267	---

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

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

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

^d PMM: programa de manteniment amb metadona

Font: Memòries de l'IMSP.

CAPÍTOL 2

ALGUNS TEMES MONOGRÀFICS

2.1. Evolució de la incidència de les Pneumònies per *Legionella Pneumòphila* a la ciutat de Barcelona els anys 1989-2001

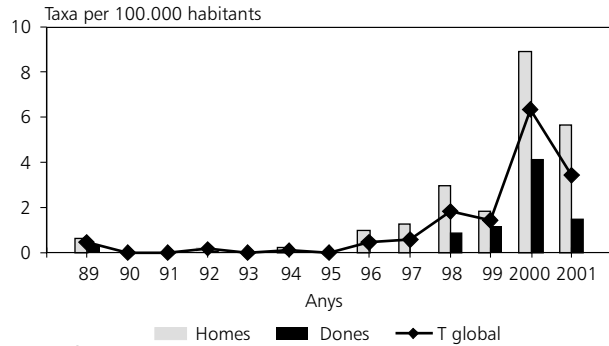
Les pneumònies per *Legionella pneumophila* han experimentat un gran augment en el nombre de casos declarats a la ciutat de Barcelona, però també a Catalunya. Aquest augment a Catalunya es va iniciar l'any 1992 passant de taxes de 0,2 per 100.000 habitants a 3,5 l'any 2000. A la ciutat es va iniciar a partir de l'any 1996 de forma suau però l'any 2000 i 2001 l'augment ha estat molt important. En la figura 2.1, observem aquesta evolució de la taxa d'incidència i l'any 2000, és el que presenta la taxa més elevada. Durant aquell any es va produir el brot de pneumònia per *Legionella pneumophila* amb major nombre de casos a la ciutat fins aquest moment. De fet, si aquest brot no s'hagués produït, el nombre de casos i la taxa hauria estat igual que la de l'any 2001, tot i així, l'increment en el nombre de casos entre l'any 1999 i el 2001 va ser d'un 58 %.

Aquest augment en la detecció i declaració de casos de pneumònia per *Legionella pneumophila* es deu en bona part a la millora en el diagnòstic etiològic que s'ha produït en els darrers anys amb la introducció de la determinació d'antigen a *Legionella pneumophila* en orina. Aquests canvis n'han comportat d'altres en les característiques epidemiològiques de la malaltia a la ciutat que es presenten a continuació.

1. Malgrat ha existit un augment en ambdós sexes, continua sent el sexe masculí el que presenta major taxa de incidència (figura 2.1).
2. A partir de l'any 1998 la letalitat ha disminuït (figura 2.2). La letalitat fins l'any 1999 era al voltant del 30 % i a partir del 2000 ha disminuït a xifres de 7 i 4 %.
3. La incidència per grups d'edat (figura 2.3): S'observa que a partir de l'any 1996 és comencen a declarar casos en el grup d'edat més jove, primer de forma puntual i a partir del 2000 han aparegut cada any. El grup de 30 a 39 anys té un augment l'any 2000 per a disminuir posteriorment i per contra el de 40 a 49 anys a partir de l'any 1999 ha experimentat un augment que s'ha mantingut fins al 2001.

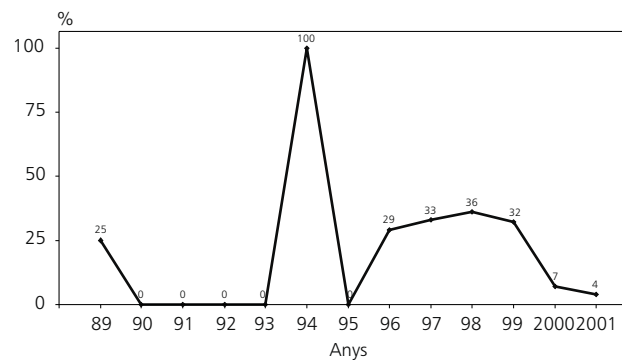
Per als grups d'edat de major afectació (figura 2.4) la incidència ha augmentat per a tots ells però sense representar canvis en el patró

Figura 2.1. Evolució de la incidència global de pneumònia per *Legionella pneumophila* segons sexe. Barcelona 1989-2001.



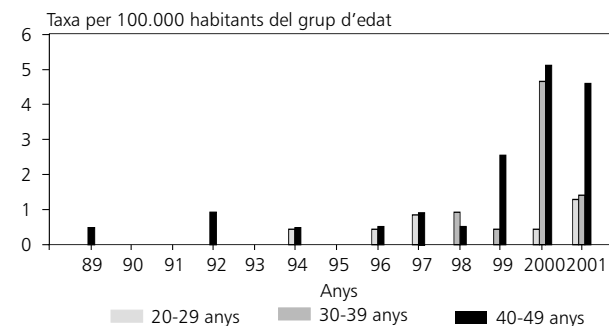
Font: IMSP

Figura 2.2. Evolució de la letalitat per pneumònia per *Legionella pneumophila*. Barcelona 1989-2001.



Font: IMSP

Figura 2.3. Evolució de la incidència de pneumònia per *Legionella pneumophila* segons grups d'edat (fins els 49 anys). Barcelona 1989-2001.



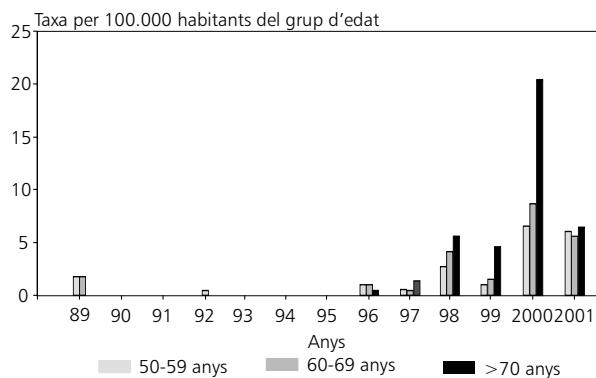
Font: IMSP

que es venia observant. Cal remarcar la gran incidència de l'any 2000 del grup de majors de 70 anys, amb una taxa del 20,4 per 100.000 habitants.

4. L'evolució de les taxes d'incidència en els districtes municipals: Si bé tots ells també han experimentat aquest augment, n'hi ha que ho han fet de manera més important (figura 2.5). Així Ciutat Vella, que l'any 2000 va presentar una taxa d'incidència de 63 casos per 100.000 habitants, arran del brot que va patir, de no registrar casos a començaments de la dècada dels 90 ha passat a presentar l'any 1998 una taxa de 7 i l'any 2001 de 5 per 100.000 habitants. L'Eixample és un altre districte amb un augment considerable a partir de l'any 2000 situant-se amb taxes de 4 a 5 per 100.000 habitants, quan amb anterioritat presentava taxes de 1 cas per 100.000. Les Corts ha passat de no registrar casos a tenir una taxa de 3 per 100.000. Horta – Guinardó també presenta un augment important a partir del 2000 amb taxes properes al 5 per 100.000 habitants, essent anteriorment les taxes de l'1 al 2 per 100.000 habitants. Nou Barris i Sant Andreu, finalment, també han presentat un canvi important sobretot l'any 2001 amb taxes de 5 i 6 per 100.000 habitants. Els districtes en els que l'impacte ha estat menor amb taxes com a màxim de 3 casos per 100.000, són Sants Montjuïc, Sarrià Sant Gervasi, Gràcia i Sant Martí.

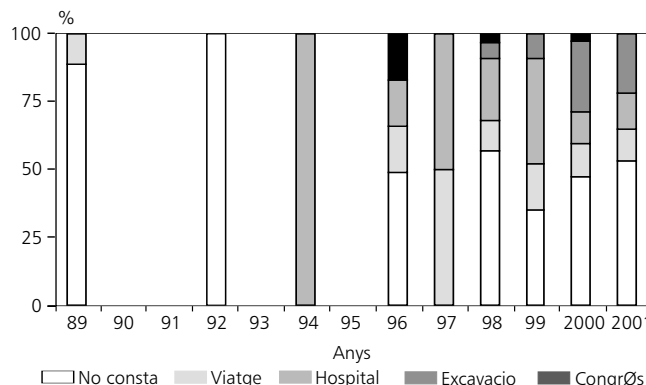
5. L'enquesta epidemiològica que l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona du a terme a totes les persones afectades, recull els antecedents a factors que corresponen a situacions de risc d'exposició a *Legionella pneumophila*, durant el període previ al d'incubació de la malaltia. Aquests antecedents són: el haver estat de viatge amb estada a hotel, tant en viatge turístic com de treball (congrés, etc.); antecedents d'ingrés hospitalari (si existeix aquest antecedent el cas es considera nosocomial) i finalment l'antecedent d'excavacions a la zona on viu. A la figura 2.6 s'observa que els casos nosocomials han estat sempre els més declarats, i no és fins l'any 2000, que el patró de detecció es modifica i són les excavacions, és a dir els casos comunitaris, els més freqüents. L'antecedent de viatge s'ha mantingut estable en aquest període de temps. Si observem l'evolució de les proves diagnòstiques (figura 2.7), des de l'any 1989 al 1998 les proves que predominen corresponen als

Figura 2.4. Evolució de la incidència de pneumònia per *Legionella pneumophila* segons els grups d'edat de major afectació. Barcelona 1989-2001.



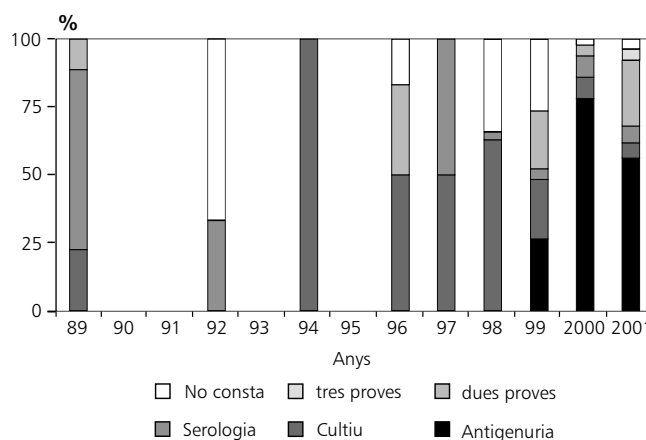
Font: IMSP

Figura 2.6. Evolució dels antecedents d'exposició a *Legionella pneumophila*. Barcelona 1989-2001.



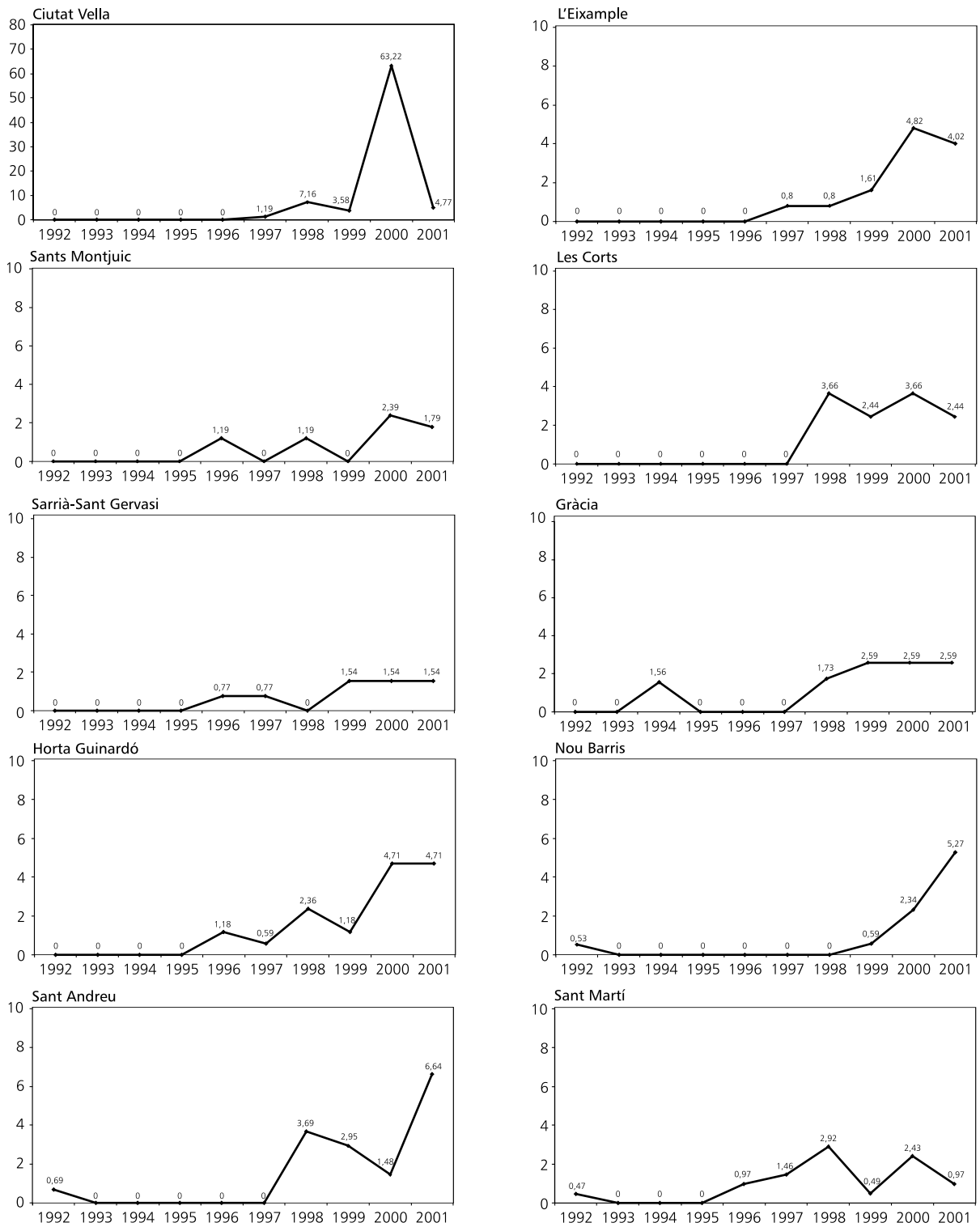
Font: IMSP

Figura 2.7. Evolució de les proves diagnòstiques utilitzades en els casos de pneumònia per *Legionella pneumophila*. Barcelona 1989-2001.



Font: IMSP

Figura 2.5. Evolució de la incidència de pneumònia per *Legionella Pneumophila* als districtes municipals. Taxes per 100.000 habitants, 1989-2001.



Font: IMSP.
Cal tenir en compte que el districte de Ciutat Vella té l'escala de la figura diferent.

cultius o serologies, essent les úniques proves de diagnòstic. A partir de l'any 1999, s'incorpora l'antigenuria igualant en percentatge de casos al cultiu (26 % antigenuria i 22 % cultiu) i a partir de l'any 2000, l'antigenuria passa a ser la única prova diagnòstica en més del 50 % dels casos, el cultiu i la serologia passen a representar d'un 6 a un 8 % de les proves.

L'antigenuria ha suposat el mitjà diagnòstic en el 49 % (112 casos) dels casos detectats pel sistema de vigilància durant tot el període de 1989 al 2001 (figura 2.8).

En la taula 2.1, s'observa el percentatge de casos de pneumònia per *Legionella pneumophila* segons l'evolució que van presentar i el tipus de prova practicada, destacant que el 55 % dels casos que es van curar, la prova diagnòstica va ser l'antigenuria en front al 20 % dels morts, i a l'inrevés, el 57 % dels casos que van morir, la prova diagnòstica va ser el cultiu en front al 17 % dels que es van curar.

En la figura 2.9 s'observa l'evolució d'aquestes proves segons que la persona amb la malaltia s'hagués curat o mort. Fins l'any 1999, el cultiu com a prova diagnòstica va ser més freqüent en els morts que en els guarits. Però des de l'any 1999 l'antigenuria ha substituït al cultiu fins i tot en els casos de major gravetat.

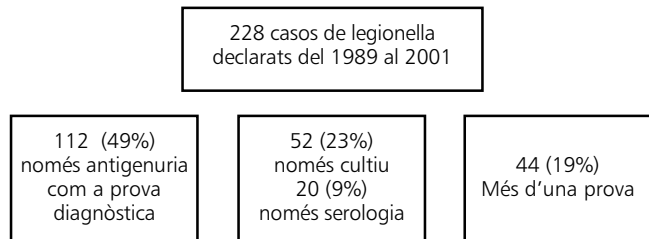
Conclusions

S'ha produït un increment dels casos detectats pels sistema de vigilància que pot ser conseqüència d'una major incidència de la malaltia però també d'una major detecció per la introducció de l'antigenuria.

Aquest augment ha comportat alguns canvis en el patró epidemiològic de la malaltia, de manera que han augmentat els casos en la població més jove que abans no es detectaven, la letalitat de la malaltia ha disminuït de manera considerable i per últim els casos deguts a exposicions comunitàries han augmentat, com també l'aparició de brots.

L'antigenuria podria haver representat un mitjà que identifica més fàcilment aquest tipus de pneumònia i que disminueix el retard en el diagnòstic. Aquest fet explicaria part de l'augment de la incidència i de la detecció de persones més joves i també la disminució de la letalitat per la instauració més ràpida del tractament antibiòtic.

Figura 2.8. Distribució del percentatge de casos de pneumònia per *Legionella pneumophila* declarats segons les proves diagnòstiques. Barcelona 1989-2001.



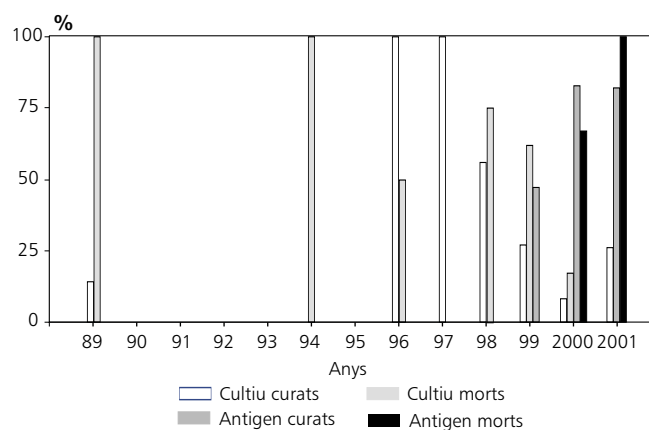
Font: IMSP.

Taula 2.1. Tipus de proves segons l'evolució dels casos de pneumònia per *Legionella pneumophila*. Barcelona 1989-2001

Proves diagnòstiques	Curació (n= 191)	Mort (n= 35)
Casos amb antigenuria únicament	55%	20%
Casos amb cultiu únicament	17%	57%
Casos amb ambdues proves	8%	0%
Casos en que es desconeix la prova	20%	23%
Total	100%	100%

* p>0,0001
Font: IMSP.

Figura 2.9. Evolució de les proves diagnòstiques de *Legionella* segons l'evolució clínica dels casos. Barcelona 1989-2001



Font: IMSP.

2.2. Factors de risc en adolescents

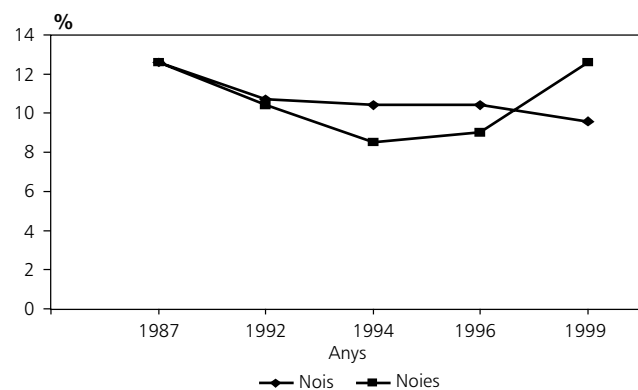
Introducció

L'any 1998 les malalties circulatòries, i en concret la cardiopatia isquèmica i la malaltia cerebrovascular, eren la causa del 20 % de morts produïdes a la ciutat de Barcelona, mentre que el càncer de pulmó i la cirrosi es comptaven entre les cinc primeres causes de mort evitable¹. Alguns dels principals factors de risc de la malaltia coronària, la malaltia cerebrovascular, el càncer i les malalties respiratòries cròniques són el consum de cigarretes, la inactivitat física, el consum excessiu d'alcohol i l'exposició a tòxics en el medi ambient comunitari. L'objectiu d'aquest apartat és descriure els principals indicadors referents al consum de tabac, d'alcohol i drogues, així com la pràctica d'activitat física, d'una mostra representativa dels adolescents de 2n. ESO (13-14 anys) de la ciutat de Barcelona, estudiats en el si del projecte "European Smoking prevention Framework Approach" (ESFA), l'any 1999.

Consum de tabac

Les tendències recents en el consum de tabac en la població general reflexen un cert estancament de la prevalença de consum, amb una distribució diferent de les tendències en ambdós sexes. Mentre que el tabaquisme masculí disminueix amb un increment de la cessació i una menor incorporació de nous fumadors, l'increment de noves fumadores és la causa fonamental de l'estancament esmentat de la prevalença. El procés d'adquisició de l'hàbit es produeix al llarg de l'adolescència. A la taula 2.2 es presenta el comportament dels escolars de 2n. d'ESO en relació al tabac. La meitat dels escolars d'aquesta edat declara haver provat el tabac, encara que només 1 de cada 5 fan un consum experimental (21,5 %) i 1 de cada 10 fumen habitualment. Són evidents les diferències entre els dos sexes per tots aquests paràmetres, de nou punts percentuals per haver provat o consumir-ne experimentalment, i de tres punts percentuals per al consum habitual i diari, sempre amb un més alt consum per part de les noies. D'altra banda, a la figura 2.10 es comparen les dades pel que fa al consum habitual amb dades d'enquestes anteriors realitzades per l'Institut Municipal de Salut Pública des de 1987².

Figura 2.10. Consum habitual de tabac pels escolars de 2n. d'ESO o equivalent, segons el sexe. Barcelona 1987, 1992, 1994, 1996 i 1999.



Font: Enquesta FRESC-ESFA

Així, mentre que el consum habitual de tabac entre les noies havia estat semblant o inferior al dels nois en les quatre enquestes prèvies, en la corresponent a 1999 s'inverteix la tendència i el consum de les noies (12,6 %) és ostensiblement superior al dels nois (9,6 %). En canvi es pot observar una reducció del 3 % pel que fa al consum habitual dels nois l'any 1987 en relació al declarat el 1999. Aquestes dades abunden en la consideració realitzada prèviament pel que fa a les tendències diferents entre ambdós sexes en la població general.

Taula 2.2. Comportament tabàquic dels escolars de 2n. d'ESO. Barcelona 1999

Comportament actual	Nois		Noies		Total	
	n	%	n	%	n	%
Han fumat algun cop	240	(45,9)	255	(54,6)	495	(50,0)
Han fumat el darrer mes	89	(17,0)	124	(26,5)	213	(21,5)
Fumen de forma habitual	50	(9,6)	66	(12,6)	116	(11,0)
Fumen diàriament	24	(4,6)	33	(7,1)	57	(5,8)
Total mostra	523	(52,8%)	467	(47,2%)	990	(100%)

Font: Enquesta FRESC-ESFA

Consum d'alcohol

Pel que fa al consum d'alcohol, alguns informes³ i estudis⁴ realitzats en població escolar ja havien alertat sobre els nous patrons de consum en joves, al llarg del cap de setmana, amb un ascens progressiu del consum entre les noies i amb formes de consum problemàtic i de risc.

¹ Mortalitat i natalitat a la ciutat de Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona. 1998

² Villalbí JR, Barniol J, Nebot M, Díez E, Ballestín M. Tendencias en el tabaquismo de los escolares. Barcelona, 1987-1996. *Aten Primaria* 1999; 23: 359-362.

³ Plan Nacional sobre Drogas, PNSD, ed. (1998a) *Informe núm. 1. Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid, Ministerio del Interior.

⁴ Ariza C, Nebot M Consumo de alcohol en escolares *Med Clínica (Barc)* 1995; 105:481-486.

A la taula 2.3 es pot apreciar que aproximadament dues terceres parts dels alumnes de 2n. d'ESO de la ciutat de Barcelona ja han provat l'alcohol a aquesta edat. La proporció baixa a quasi el 50 % dels que diuen que beuen normalment en les festes familiars, mentre que només 1 de cada 10 consumeixen begudes alcohòliques el cap de setmana en aquest moment de l'escolaritat. Un fet nou respecte d'enquestes prèvies és l'equiparament del consum d'alcohol entre ambdós sexes el cap de setmana, sobretot per l'augment del consum entre les noies.

Pel que fa a la mesura del consum problemàtic d'alcohol en l'adolescència, la taula 2.4 mostra quatre dels indicadors més rellevants en aquesta edat. Un 12 % dels escolars de 2n. d'ESO s'ha emborratxat alguna vegada, mentre que entre un 7 i un 8 % declaren haver comprat begudes alcohòliques o haver-ne consumit 4 o més copes en una ocasió, durant el darrer mes. Només 1 de cada 100 escolars fa un consum diari de begudes alcohòliques. Novament, un fet destacable és l'augment del consum problemàtic entre les noies, amb valors superiors de tots els paràmetres estudiats respecte a enquestes anteriors i que, en el cas de les borratxeres, el percentatge de noies que ho han fet és àdhuc superior al dels nois (14 % versus el 10,5 %, respectivament).

Consum de cannabis

La taula 2.5 mostra que un 7 % de la població estudiada, sense diferències entre els sexes, diu haver provat el cannabis en 1999. Aquesta proporció global és semblant a la de 1996, però novament l'equiparació entre ambdós sexes, com en el cas del consum de tabac i d'alcohol, combina en aquest cas una disminució del 17 % dels nois que declara haver provat aquesta droga amb un augment del 50 % de les noies que refereix haver-ho fet.

Pràctica d'exercici físic

La pràctica d'exercici físic com factor de prevenció del risc cardiovascular s'ha demostrat ja en l'edat escolar pel seu efecte sobre la pressió diastòlica i el perfil lipídic⁵.

Les dades que ofereix l'estudi quant a l'evolució de la pràctica d'exercici físic entre els escolars de Barcelona (taula 2.6), mostren un increment

Taula 2.3. Patró de consum de begudes alcohòliques dels escolars de 2n.ESO. Barcelona 1999

Comportament actual	Nois		Noies		Total	
	n	%	n	%	n	%
Han begut mig got d'alcohol alguna vegada	324	(61,9)	263	(56,4)	587	(59,3)
Beuen alcohol en les festes familiars	263	(50,4)	257	(45,4)	520	(47,9)
Beuen alcohol els caps de setmana	56	(10,8)	47	(10,0)	103	(10,4)
Total mostra	523	(52,8%)	467	(47,2%)	990	(100%)

Font: Enquesta FRESC-ESFA

Taula 2.4. Consum problemàtic d'alcohol dels escolars. Barcelona 1999

Comportament actual	Nois		Noies		Total	
	n	%	n	%	n	%
S'han emborratxat alguna vegada	55	(10,5)	65	(14,0)	120	(12,2)
Han begut 4 o més copes en una ocasió (durant el mes passat)	42	(8,1)	33	(7,0)	75	(7,6)
Han comprat alcohol amb els seus propis mitjans	45	(8,6)	36	(7,7)	81	(8,2)
Beuen alcohol els dies feiners	12	(2,3)	3	(0,7)	15	(1,5)
Total mostra	523	(52,8%)	467	(47,2%)	990	(100%)

Font: Enquesta FRESC-ESFA

Taula 2.5. Consum de cannabis dels escolars de 2n. d'ESO. Barcelona 1996 i 1999

Comportament actual	Nois		Noies		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Han provat el cannabis	1996	47	(8,9)	25	(4,8)	72	(6,9)
	1999	39	(7,4)	34	(7,2)	73	(7,3)
Total mostra	1996	532	(50,2%)	527	(49,8%)	1059	(100%)
	1999	523	(52,8%)	467	(47,2%)	990	(100%)

Font: Enquesta FRESC-ESFA

lleu i no significatiu en la proporció d'escolars que no practica exercici físic i que l'any 1999 suposava 1 de cada 10 adolescents enquestats. De forma complementària es dona un descens, tampoc significatiu, en la proporció d'escolars d'ambdós sexes que practica més de dues sessions setmanals. En canvi, el descens del nombre d'escolars, entre 1996 i 1999, que practica més de 5 sessions setmanals sí és significatiu i suposa l'any 1999 tan sols 1 de cada 4 escolars enquestats.

Conclusions i recomanacions

En conclusió, s'aprecia una tendència a l'augment del consum de tabac entre els escolars de 2n d'ESO, a expenses sobretot de

⁵ Kawabe H, Murata K, Shibata H et al. Participation in school sports clubs and related effects on cardiovascular risk factors in young males. *Hypertens Res* 2000 May; 23 (3):227-232.

l'augment de la prevalença en les noies i amb un estancament entre els nois. Hi ha una tendència al descens del consum experimental i habitual d'alcohol en aquestes edats, si bé s'observa que un 10% d'escolars ja fa un consum problemàtic, amb signes d'equiparació del consum en ambdós sexes. Hi ha un augment de la proporció de noies que ha provat el cannabis, que es compensa amb un lleuger descens del consum entre els nois d'aquesta edat. S'aprecia una evolució negativa en la intensitat de pràctica d'exercici físic entre els escolars de la mostra. Totes aquestes dades emfasitzen la necessitat de prosseguir i insistir en la implantació d'estratègies preventives a l'aula i en l'entorn escolar que permetin promoure una disminució progressiva d'aquests hàbits tòxics i l'enfortiment de comportaments afavoridors de la salut, com la pràctica d'exercici físic.

2.3. Vigilància de la infecció pel VIH a la ciutat de Barcelona

Necessitat

Fa més d'una dècada que l'OMS va publicar les primeres normes per a la vigilància de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH)⁶, basant-se en la necessitat d'obtenir informació sobre la situació de l'epidèmia el més aviat possible. A l'època en que les infeccions pel VIH, inevitablement, evolucionaven a SIDA en un període previsible, la vigilància epidemiològica (VE) d'aquests casos era fiable. Amb la introducció dels tractaments antirretrovirals (ARV) s'ha reduït significativament la incidència de la SIDA, i aquestes dades no constitueixen una bona base per a calcular retrospectivament la incidència i la prevalença de la infecció-VIH.

Davant d'aquesta evidència, nombrosos països han incorporat la vigilància epidemiològica i la notificació de la infecció pel VIH, ja que les dades així obtingudes permeten preveure de manera més precisa el futur impacte de l'epidèmia VIH/SIDA en la població. Per altra banda, aquestes dades ens possibiliten obtenir informació per elaborar estratègies que millorin el consell, seguiment i profilaxi en l'àmbit individual, ajudant a l'accés de les persones VIH-positives als serveis i als tractaments, i facilitant informació que iden-

Taula 2.6. Exercici físic dels escolars (sessions per setmana) de 2n. d'ESO. Barcelona 1996 i 1999

Comportament actual	Nois		Noies		Total	
	n	%	n	%	n	%
No practiquen exercici (cap sessió)	1996	41 (7,7)	39 (7,4)	80 (7,5)		
	1999	44 (8,5)	53 (11,4)	97 (9,9)		
Practiquen més de dues sessions	1996	379 (71,3)	268 (50,9)	647 (61,3)		
	1999	339 (64,8)	218 (46,7)	557 (56,0)		
Practiquen 5 o més sessions	1996	249 (46,9)	113 (21,5)	362 (34,4)		
	1999	177 (33,9)	67 (14,3)	244 (24,5)		
Total mostra	1996	532 (50,2%)	527 (49,8%)	1059 (100%)		
	1999	523 (52,8%)	467 (47,2%)	990 (100%)		

Font: Enquesta FRESC-ESFA

tifiqui subgrups de població que necessiten programes actius de prevenció.

En alguns països, la publicació de dades sobre la infecció pel VIH ha permès generar una reacció pública front el VIH, i ha encaminat a dirigents polítics, comunitaris i religiosos a prendre decisions amb l'objectiu de prevenir l'avenç de l'epidèmia abans de que es transformés en una epidèmia de dimensions més grans.

Quan s'ha d'instaurar

L'OMS recomana la implementació de la vigilància epidemiològica de la infecció-VIH si en el país existeix un ampli accés a les proves de detecció, protecció contra les fissures de confidencialitat, accés a una assistència eficaç, a tractaments ARV, a més de la capacitat del sistema sanitari per a reunir, compilar i analitzar dades precises i actuar en conseqüència.

La vigilància epidemiològica de la infecció-VIH ha de ser capaç de: supervisar les tendències en la prevalença i incidència de la infecció-VIH en la població o poblacions a estudi; de valorar la càrrega de la malaltia quant a morbiditat i mortalitat; de planificar programes de prevenció i assistència orientats a una situació epidemiològica concreta; de proporcionar dades per a realitzar estimacions i projeccions del nombre de persones amb VIH i de la mortalitat relacionada; de supervisar l'efecte de la resposta a l'epidèmia VIH/SIDA; i de reforçar el compromís amb la prevenció i l'assistència, mitjançant el coneixement del nombre de persones afectades i de les seves necessitats.

Situació de la declaració de diagnòstic del VIH a la Unió Europea i EEUU

Dels 15 països de la UE, 10 països notifiquen de forma individualitzada dades sobre la infecció-VIH. Alguns com Espanya i Itàlia, solsament disposen de dades d'algunes regions⁷.

⁶ Second generation surveillance for HIV: the next decade. <http://WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5>.

⁷ Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du SIDA. Surveillance du VIH/SIDA en Europe. Rapport de 2ième semestre 2001, n° 66.

Als Estats Units, de les 55 àrees declarants de SIDA, 36 han introduït la vigilància epidemiològica del VIH de forma individualitzada, confidencial amb nom i cognom; 13 notifiquen amb un codi identificador; i la resta (6 àrees) ara per ara no notifiquen, pendents de decidir la implementació de la declaració⁸.

A l'Estat Espanyol el 20 de desembre de 2000 es va fer públic al BOE la creació del fitxer amb dades de caràcter personal relatives al nou Sistema d'Informació del Ministeri de Sanitat i Consum sobre la informació de Nous Diagnòstics d'infecció pel VIH. Durant el darrer any 5 Comunitats Autònomes (CCAA) notificaven els nous diagnòstics de infecció-VIH (a les CCAA d'Astúries, Navarra i Rioja els nous diagnòstics de VIH es notifiquen des de 1986). El mes de desembre de 2001, des del Ministeri de Sanitat es va expressar la necessitat de que en la resta de CCAA es coneguessin les dades clíniques i epidemiològiques dels nous diagnòstics de infecció-VIH^{9,10,11}.

Procés d'acord de la notificació a Catalunya

L'any 1998 es va obrir a Catalunya un procés de discussió per a dissenyar un sistema d'informació sobre nous diagnòstics d'infecció pel VIH. Després de realitzar unes enquestes entre els professionals sanitaris, es va redactar un informe tècnic, i es va avaluar la viabilitat d'aquest mitjançant una sèrie de reunions amb epidemiòlegs de les diferents regions, metges, organitzacions no governamentals i representats del departament de Sanitat.

El procés de discussió va durar fins el mes de setembre de 2000 amb el compromís per part dels sectors implicats d'acceptar una proposta final en la que es reconeixia la necessitat de començar amb la notificació dels nous diagnòstics d'infecció-VIH de manera individualitzada i per part dels metges, utilitzant el Codi d'Identificació Personal de la Tarja Sanitària del SCS com a identificador únic.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social va aprovar, al desembre de 2000, la posada en marxa d'aquesta alternativa tècnica que pogués proporcionar dades sobre la situació epidemiològica dels nous diagnòstics de infecció-VIH a Catalunya, amb l'acord d'establir un període d'un any per avaluar el seu funcionament.

El sistema va començar al gener de 2001 amb la tramesa dels formularis de notificació juntament amb una carta dirigida als Coordinadors Hospitalaris de la SIDA en la que es recordava els objectius del projecte i els criteris per a la notificació dels nous diagnòstics. En el cas de Barcelona, a més a més, es van concertar reunions amb els cap de serveis dels serveis d'infeccioses dels diferents hospitals participants per a posar en marxa el nou circuit de notificació.

Resultats del primer any d'estudi a Barcelona

L'any 2001 s'han detectat 230 nous diagnòstics de infecció-VIH a Barcelona, dels quals 142 casos (62 %) residien a la ciutat, 33 (14 %) no eren residents i en 55 (24 %) la residència no constava. L'anàlisi aquí presentada correspon als 142 casos residents a Barcelona i als 51 casos en els que la sol·licitud provenia d'un centre d'atenció primària, ja que es considera que quasi tots corresponen a residents a la ciutat¹².

Dels 193 casos analitzats, 81 % eren homes (157), l'edat mitjana al diagnòstic va de 37 anys (DS: 11), variant segons la via de transmissió. Així, l'edat dels usuaris de drogues per via parenteral (UDI) va ser de 33 anys, en els casos de la transmissió per relacions homosexuals (HMS) i heterosexuals (HTS), va ser de 36 i 39 anys, respectivament. El districte de residència no constava en el 62 % dels casos. La proporció d'estrangers era de 19 % (37 casos).

En 12 % dels casos (24) la via de transmissió identificada va ser UDI, en 28 % (54 casos) HMS i en 36 % (48 casos) HTS. En 3 casos la transmissió va ser perinatal, i en 32 % dels casos la via de transmissió no estava notificada.

En relació a l'estadi clínic, 69 casos (36 %) es van diagnosticar en fase de primoinfecció, 44 (23 %) asimptomàtica, 11 (6 %) en fase simptomàtica sense SIDA i en 35 % dels casos no constava la informació.

Aquests resultats contrasten amb els obtinguts dels 148 casos de SIDA procedents del registre de SIDA en residents a Barcelona i diagnosticats l'any 2001. Així, en relació al sexe no s'aprecien diferències significatives al comparar els nous casos diagnosticats d'infecció-VIH i els casos de SIDA del registre (figura 2.11).

Com era d'esperar, s'observa una diferència en relació a l'edat al comparar els nous diagnòstics de VIH, que tenen una mitjana d'edat de 37 anys, amb els casos de SIDA amb una mitjana d'edat de 40 anys (DS:10), i que varia segons la via de transmissió –en el cas dels UDIs aquesta diferència va ser de 4 anys; mentre que en el cas de la transmissió sexual va ser de 6 anys– (figura 2.12).

⁸ Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, 2001;13(No1).

⁹ Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de l'HIV/SIDA a Catalunya (SIVES). Informe anual 2000. Departament de Sanitat i Seguretat Social. CEESCAT 2001. Informe Tècnic núm. 13.

¹⁰ Infección por VIH y SIDA. Plan multisectorial 2001-2005. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Julio 2001.

¹¹ Moreno C, Huerta I, Lezaun ME, González A, Sola J, Castilla J. Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por VIH en Asturias, Navarra y La Rioja. Med Clin (Barc) 2000; 114 (17); 653-5.

¹² Servei d'Epidemiologia. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona. SIDA a Barcelona. Situació a 30 de setembre de 2002, Informe nº 56.

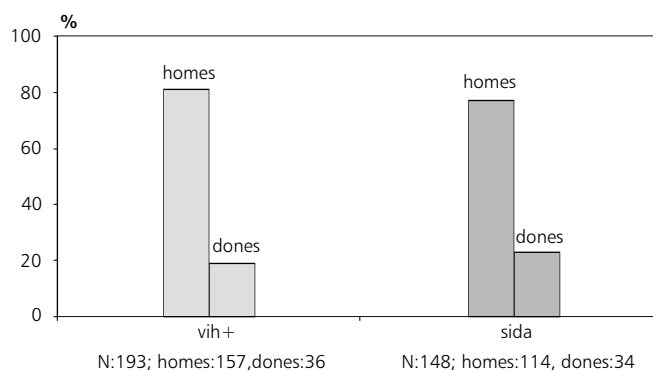
També, s'observen diferències en relació a la via de transmissió - l'ús de drogues per via intravenosa es va identificar en el 12 % del total de nous diagnòstic d'infecció, aquest percentatge va ser 43 % en els casos de SIDA- (figura 2.13). També es constata que continuen produint-se casos d'infecció de transmissió vertical, mentre que en els últims 4 anys a Barcelona solsament s'ha declarat 1 cas de SIDA perinatal. D'altra banda, es posen en evidència diferències en relació a la recollida de variables com la via de transmissió i el districte de residència, amb un alt percentatge de desconeguts entre els nous diagnòstics de VIH (figura 2.14).

Conclusions i recomanacions

- El nou sistema de vigilància de la infecció-VIH ha estat ben acceptat en el medi hospitalari.
- S'ha mantingut l'anonimat de la persona infectada. En cap cas s'ha produït trencament de la confidencialitat en el circuit de notificació.
- Ens aporta informació rellevant, entre d'altres, sobre l'estat immunològic del malalt al diagnosticar-se la infecció-VIH, la qual cosa ens permet estimar dades del retràs en la realització de la prova diagnòstica.
- Els resultats contrasten de manera significativa amb els obtinguts fins ara del registre de casos de SIDA, aportant informació sobre la forma de contagi del virus entre les infeccions més recents.
- El Codi d'Identificació Personal ha permès identificar duplicats.
- El Codi d'Identificació Personal no ha permès recuperar informació rellevant, inicialment no recollida pel metge clínic, cosa que obliga a contactar personalment amb el metge que ha declarat el cas, demanant dades no recollides o amb la finalitat de comprovar possibles errors.
- El Codi d'Identificació Personal no permet, ara per ara, enllaçar la informació entre infecció-VIH i SIDA. Tampoc ens permet contrastar i completar resultats amb altres fonts d'informació, com els registres de mortalitat, tuberculosi o toxicomanies, o consultar la història clínica.

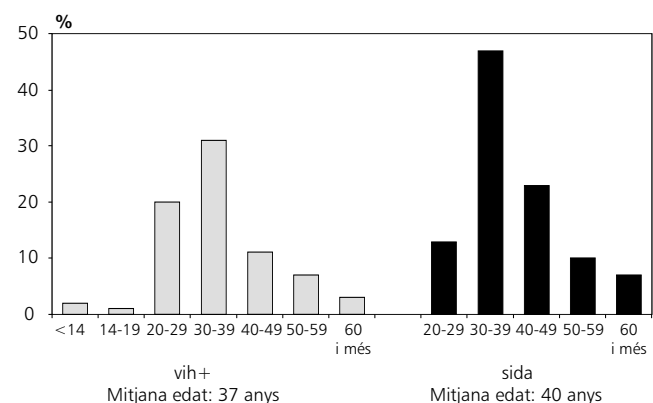
Entre els objectius per aquest segon any de funcionament del sistema de vigilància de la infecció-VIH, a més de reforçar el circuit i la informació de la notificació del nous diagnòstics de VIH en els hospitals on ja està instaurat, caldria:

Figura 2.11. Percentatge dels casos de infecció-VIH i dels casos de SIDA segons el sexe. Barcelona 2001.



Font: IMSP

Figura 2.12. Percentatge dels casos de infecció-VIH i dels casos de SIDA segons l'edat. Barcelona 2001.



Font: IMSP

Figura 2.13. Percentatge dels casos de infecció-VIH i dels casos de SIDA segons la via de transmissió. Barcelona 2001.



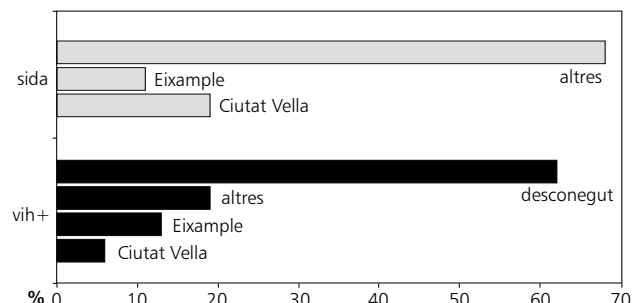
Font: IMSP

- Ampliar el circuit a la resta de centres hospitalaris de la ciutat i a la xarxa d'atenció primària. A Barcelona, segons dades dels laboratoris de referència dels centres d'atenció primària, s'estima que almenys un 30% dels nous diagnòstics els realitzarien metges d'atenció primària. Aquests pacients serien més joves i, probablement, amb una distribució de la via de transmissió de la infecció diferent a l'observada en el medi hospitalari (més percentatge d'UDI, per exemple).
- Incloure la declaració dels casos pediàtrics per detectar subpoblacions a risc.
- Incloure la recollida de l'estat immunitari front a les hepatitis virals (A i B) amb l'objectiu de detectar poblacions susceptibles de vacunació.
- Aconseguir que la notificació dels nous diagnòstic de VIH fos considerada MDO, equiparant-la així a altres malalties que es notifiquen de forma individualitzada (sida, hepatitis, tuberculosi...). Aquest fet augmentaria la predisposició per part dels metges a notificar els nous diagnòstics de VIH, i permetria la recollida d'informació d'altres fonts, per validar, i completar dades com la via de transmissió o el lloc de residència. D'aquesta manera es podrà conèixer de manera més precisa l'evolució i les característiques epidemiològiques de la infecció en l'àmbit poblacional amb la finalitat de dissenyar estratègies de prevenció i d'assistència en aquest nou període de l'epidèmia.

2.4. Característiques dels lesionats per accident de trànsit residents a la ciutat de Barcelona. Evolució 1997-2001

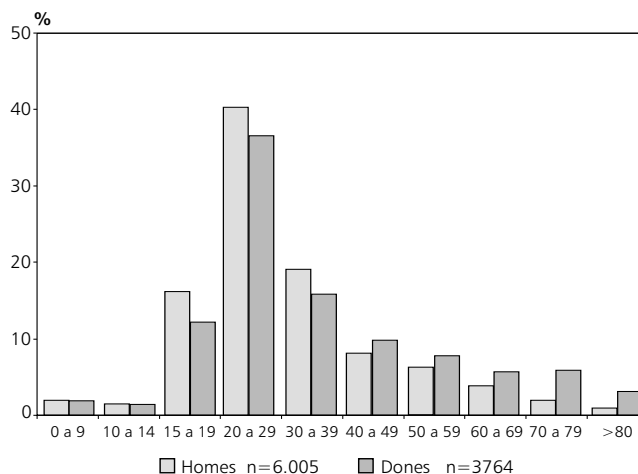
Les lesions produïdes per accidents suposen una de les principals causes de mortalitat i morbiditat en totes les societats, industrialitzades i en desenvolupament. Segons l' Organització Mundial de la Salut (Murray i López)¹³, l'any 1990 van morir cinc milions de persones a conseqüència de lesions i emmetzinaments per causes externes, equivalents al 10 % de la mortalitat anual. Espanya és el tercer país europeu amb la taxa més elevada de lesions per accidents de trànsit¹⁴, essent aquestes

Figura 2.14. Percentatge dels casos de infecció-VIH i dels casos de SIDA segons districte de residència. Barcelona 2001.



Font: IMSP

Figura 2.15. Distribució dels lesionats en accident de trànsit en residents a la ciutat segons edat i sexe. Barcelona 2001.



Font: DUHAT 2001, IMSP

lesions la principal causa de mort prematura i una de les primeres causes específiques de mort, amb una important contribució als anys potencials de vida perduts¹⁵. A Barcelona, l'any 1999 els accidents de trànsit van ser la primera causa de mort en persones de 15 a 44 anys, abans que les sobredosis per drogues i la sida que van ser la segona i tercera causa respectivament¹⁶. A la ciutat de Barcelona, des de 1993, s'ha desenvolupat un Sistema d'Informació d'Accidents de Trànsit per a estudiar i

¹³ Murray CJL, López AD. Alternative visions of the future: Projecting mortality and disability, 1990-2020. A: Murray CJL, López AD, eds. The Global Burden of Disease. Vol. I. World Health Organization, 1996. 325-95.

¹⁴ World Health Organization (WHO). World Health statistics annual, 1995. Genève: World Health Organization. 1996.

¹⁵ Plasència A, Ferrando J. Epidemiología de los accidentes de tráfico. En Seguridad Vial y medicina de tráfico, Alvarez FJ edit. Masson S.A., Barcelona, 1997; 1-21.

¹⁶ La salut a Barcelona, 2000. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. Barcelona 2002.

monitorar l'evolució dels accidents de trànsit a la ciutat i les seves conseqüències ^{17,18,19}. Inclou indicadors de morbiditat i mortalitat, i circumstàncies de l'accident a partir de tres fonts d'informació: a) urgències hospitalàries de lesionats per accident de trànsit atesos a Barcelona (DUHAT, IMSP); b) defuncions a Barcelona degudes a accident de trànsit (Registre de mortalitat, IMSP); c) informes de la Guàrdia Urbana dels accidents de trànsit ocorreguts a Barcelona (GUB). En aquest capítol es descriuen les característiques dels lesionats en accident de trànsit residents a la ciutat de Barcelona, la gravetat i el tipus de lesions, les mesures de protecció, la mortalitat per accidents de trànsit i les tendències en la incidència d'accidents des de 1997.

Característiques dels lesionats

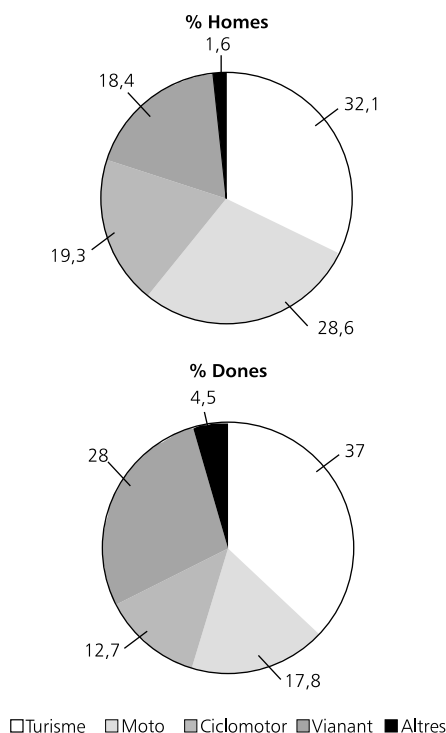
Dels 17.823 episodis de lesionats per accident de trànsit l'any 2001 atesos als principals hospitals de Barcelona, el 55 % residien a Barcelona, el 16 % a la província de Barcelona, el 3 % fora de Barcelona o a l'estranger i del 26 % desconexem el seu lloc de residència.

Dels 9.769 lesionats que coneixem eren residents a la ciutat de Barcelona, el 61,5 % eren homes i el 38,5 % dones. La mitjana d'edat era significativament més gran en les dones (35,9 anys, IC 95% 35.2 – 36.5) que en els homes (30,9 anys, IC 95 % 30.5-31.3). En ambdós sexes, més del 70% tenien entre 15 i 39 anys. Fins als 39 anys la proporció d'homes lesionats era superior a la de dones, en canvi a partir dels 40 anys la proporció de dones era superior a la d'homes (figura 2.15).

En el 81,9 % dels lesionats atesos per accident de trànsit el destí a l'alta va ser el domicili, el 5,4 % van ser ingressats i el 2,8 % traslladats a altres centres. Sis persones lesionades van morir als serveis d'urgències.

En conjunt, prop de la meitat dels lesionats viatjaven en un vehicle de dues rodes (16,7 % ciclo-

Figura 2.16. Distribució dels lesionats en accident de trànsit en residents a la ciutat segons tipus de vehicle i sexe. Barcelona 2001.



Font: DUHAT 2001, IMSP

¹⁷ Plasència A, Borrell C, Antó JM. Emergency department and hospital admissions and deaths from traffic injuries in Barcelona, Spain. A one-year population-based study. *Accid. Anal. And Prev.*, 27: 591-600; 1995.

¹⁸ Cirera E, Plasència A, Ferrando J, Seguí-Gomez M. Factors associated with severity and hospital admission of motor-vehicle injury cases in a southern European urban area. *Eur J Epidemiol.* 2001;17(3):201-8.

¹⁹ Lesionats per accident de trànsit atesos als serveis d'urgències hospitalàries. Sistema d'informació de Dades d'Urgències Hospitalàries dels lesionats per Accident de Trànsit (DUHAT). Informe 1997-2001. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona. Barcelona 2002.

motor – cubicatge <50 cc- i 24,3 % motocicleta –cubicatge ≥50 cc-), més d'un terç en turisme (34 %), i un 2,8 % en altres vehicles com autobús, camió o bicicleta. El 22,3 % van ser vianants atropellats per un vehicle. Segons el parc de vehicles de Barcelona de 2001, els ciclomotors són els vehicles que presentaven una major taxa de lesionats per 1000 vehicles (10,4) seguit de les motocicletes (9,5) i els turismes (3,6).

Segons podem veure a la figura 2.16, la proporció de dones lesionades que circulaven en turisme (37 %) o que eren vianants (28 %) era superior a la proporció d'homes lesionats (32,1 % i 18,4 % respectivament). En canvi, una menor proporció de dones que d'homes viatjaven en vehicle de dues rodes (30,5 % dones, 47,9 % homes).

A la figura 2.17 s'observa la distribució de lesionats en cada grup d'edat segons vehicle. La majoria dels lesionats entre 15 i 39 anys circulaven en vehicle de dues rodes, sent els més joves els que viatjaven en més proporció en ciclomotor. En canvi, la major part de les persones de més de 50 anys i dels infants de menys de 14 eren vianants atropellats.

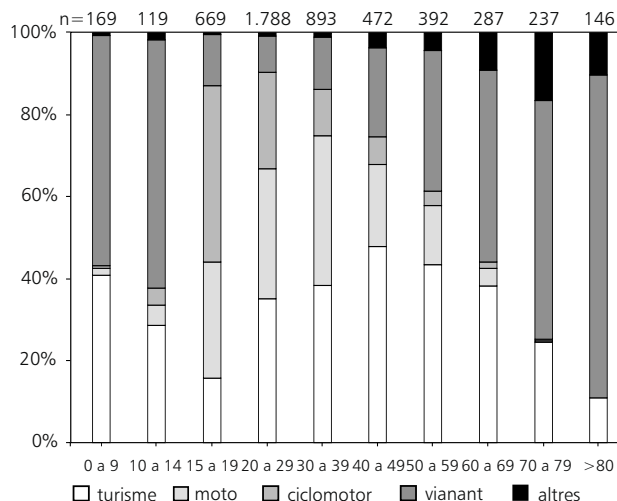
Per tots els vehicles, les dones lesionades circulaven com a passatgeres més freqüentment que els homes (figura 2.18).

Gravetat i tipus de les lesions

Tenim informació vàlida per calcular els índex de gravetat (AIS i ISS) del primer diagnòstic en el 82,4 % dels lesionats, del segon diagnòstic en el 17,4 % i del tercer diagnòstic en el 3,2 %. Quan falta el segon i / o tercer diagnòstics no podem distingir quan és degut a que la persona només tenia un diagnòstic o quan, malgrat tenir-ne més d'un, no va ser notificat. En aquest apartat es descriu la gravetat de les lesions amb el valor ISS (Injury Severity Score). Es presenten els resultats de forma separada pels subjectes que només tenen un índex de gravetat (78,9 %) d'aquells que en tenen més d'un (21,1 %). S'ha calculat l'ISS en ambdós grups per poder-los comparar, tot i que no és estrictament correcte, ja que l'ISS és una mesura de la gravetat en politraumàtics. Globalment, la majoria (93,4 %) dels lesionats atesos als serveis d'urgències presentaven lesions lleus, 3,9 % moderades i 2,7 % greus (figura 2.19).

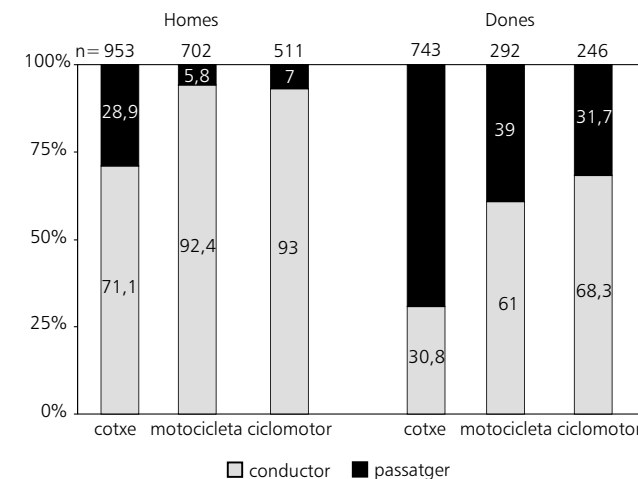
No s'observen diferències en la gravetat de les lesions segons el sexe. En canvi, la gravetat augmenta amb l'edat, tant en els subjectes que només tenien una lesió com, i de forma més

Figura 2.17. Distribució dels lesionats en accident de trànsit en residents a la ciutat segons tipus de vehicle i edat. Barcelona 2001.



Font: DUHAT 2001, IMSP

Figura 2.18. Distribució dels lesionats en accident de trànsit en residents a la ciutat segons tipus de vehicle, posició que ocupaven en el vehicle i sexe. Barcelona 2001.



Font: DUHAT 2001, IMSP

patent, en aquells que tenien més d'una lesió (figura 2.20). Cal destacar que el 24 % dels lesionats de més de 70 anys tenien lesions moderades i el 8 % greus.

Per a tots els vehicles, la majoria de les persones que tenien només un diagnòstic tenien lesions lleus. Quan hi havia dos o més diagnòstics, l'11 % dels lesionats que circulaven en un turisme tenien lesions moderades i el 4,2 % greus (figura 2.21). En els vehicles de dues rodes la proporció de lesions moderades era més gran que la de turismes. Per altra banda, els vianants atropellats tenien amb més freqüència lesions moderades (28,6 %) i greus (5,9 %) que els que circulaven en qualsevol tipus de vehicle.

La major part de les lesions estaven localitzades en la regió del coll (30,2 %), les extremitats inferiors (27,6 %) i les superiors (18 %). De la resta de lesions, el 8,9 % corresponien al cap, el 4,6 % a la cara, el 9,4 % a la regió del tòrax i l'1,3 % a l'abdomen.

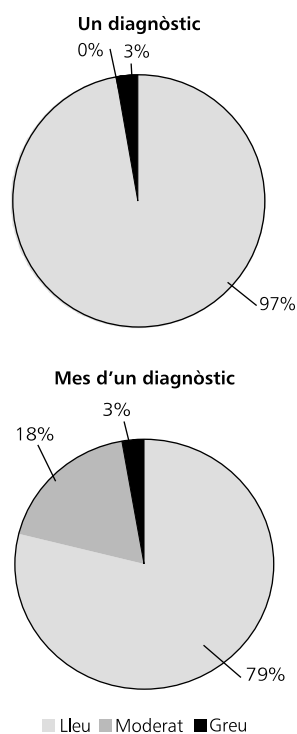
S'han observat diferències entre homes i dones pel que fa a la regió anatòmica afectada com a resultat de l'accident. Malgrat que la majoria de les lesions es localitzaven a les mateixes àrees en dones i en homes, les dones tenien més freqüentment lesions al coll que els homes (35,2 % enfront a 26,9 %), i menys lesions a les extremitats superiors (13,6 % enfront a 21 %) (figura 2.22).

Segons el vehicle en que viatjaven, les regions anatòmiques més freqüentment afectades també eren diferents. Entre els lesionats que circulaven en turisme les lesions es localitzaven principalment en el coll (56,6 %), el tòrax (10,6 %) i el cap (8,2 %) (figura 2.23). En els vehicles de dues rodes el 45 % tenien afectació a les extremitats inferiors i el 28,2 % a les superiors i el 9,9 % al coll. Quant als vianants, tenien afectades principalment les extremitats inferiors (42,6 %), les superiors (18,1 %) i el cap (18 %).

Mesures de protecció

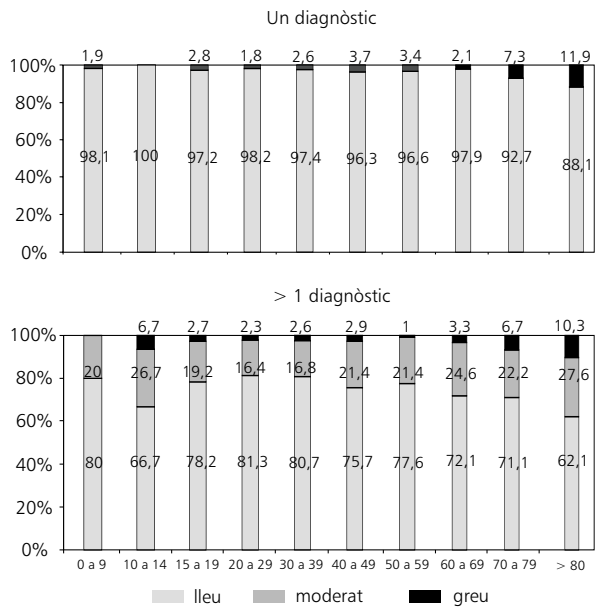
Segons les dades proporcionades per la Guardia Urbana de Barcelona, l'any 2001 es van produir 10.810 víctimes en 8.681 accidents de trànsit a Barcelona que eren residents a la ciutat. El 79,8 % de les víctimes usuàries de turismes portaven cinturó de seguretat en el moment de l'accident (taula 2.7). La prevalença d'utilització del cinturó era major entre els passatgers de davant (89,5 %) que entre els conductors (83,5 %) i que entre els passatgers de darrera (39,2 %). La proporció de dones que portaven el cinturó era

Figura 2.19. Distribució dels lesionats en accident de trànsit en residents a la ciutat segons la gravetat de les lesions (ISS). Barcelona 2001



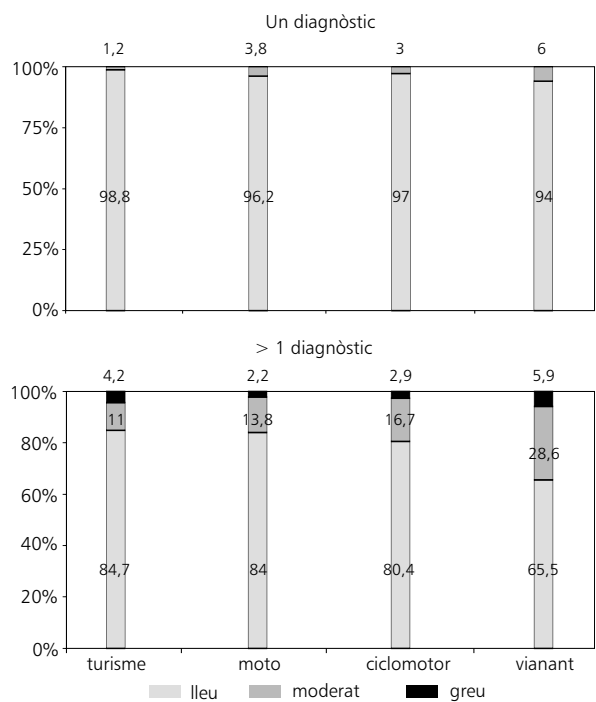
Font: DUHAT 2001, IMSP

Figura 2.20. Distribució dels lesionats en accident de trànsit en residents a la ciutat segons la gravetat de les lesions (ISS) i edat. Barcelona 2001.



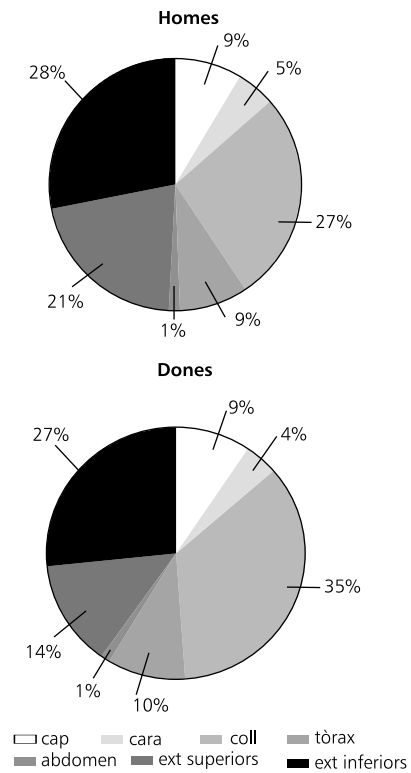
Font: DUHAT 2001, IMSP

Figura 2.21. Gravetat de les lesions (ISS) produïdes en accident de trànsit en residents a la ciutat segons el vehicle en que circulaven o fossin vianants atropellats. Barcelona 2001.



Font: DUHAT 2001, IMSP

Figura 2.22. Regió anatòmica de les lesions produïdes en accident de trànsit segons sexe. Barcelona 2001.



Font: DUHAT 2001, IMSP

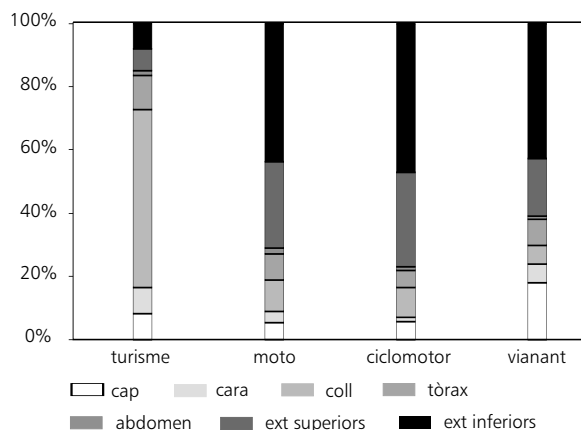
major que la d'homes. Respecte a la utilització del casc, veiem que tant en homes com en dones la gran majoria l'utilitzava. Destaca una menor utilització per part dels passatgers homes de ciclomotors en que un 5,2 % no portaven el casc en el moment de l'accident.

Mortalitat i letalitat

Segons el Registre de Mortalitat l'any 2000 es van produir 115 defuncions per accidents de trànsit en persones residents a la ciutat de Barcelona. Quasi dos terços 61,7 % tenien entre 15 i 54 anys i el 68,9 % eren homes. L'impacte de la mortalitat va ser major en homes que en dones i, per ambdós sexes, superior en les persones grans figura 2.24.

L'any 2001, la Guàrdia Urbana va notificar 44 defuncions de residents en les primeres 24 hores després del accident a Barcelona. El 72,7 % eren homes, el 11,3% tenien entre 10 i 19 anys, el 59,2 % entre 20 i 49 anys i el 29,5 % 50 anys o més. Més de la meitat circulaven en vehicle de dues rodes 27,3 % motocicleta, 20,5 % ciclomotor i un de cada cinc en turisme 20,5 %. Més d'una quarta part van ser vianants atropellats 27,3 %. Eren conductors del vehicle el 66,3 % de les víctimes que circulaven en turismes, el 91,7 % de motocicletes, i el 88,9 % de ciclomotors. Totes les víctimes usuàries de motocicletes i ciclomotors de les que disposem informació (n=17) portaven el casc posat i el 60 % dels usuaris de turismes feien ús del cinturó de seguretat (informació disponible de 5 víctimes). Els vianants van tenir les taxes de letalitat per 10.000 víctimes més elevades 76,3. Les motocicletes van tenir una taxa de letalitat de 50,1, els ciclomotors de 26,6 i els turismes de 31,1.

Figura 2.23. Regió anatómica de les lesions produïdes en accident de trànsit segons el tipus de vehicle del que eren usuaris o si eren vianants. Barcelona 2001.



Font: DUHAT 2001, IMSP

Taula 2.7. Ús del cinturó de seguretat i del casc en els lesionats en accident de trànsit en residents a la ciutat. Barcelona 2001

	Homes n = 6.752		Dones n = 4.058		Total n = 10.810	
	%	n	%	n	%	n
Usuaris de turismes	78,3	787	81,9	602	79,8	1.389
Conductors	81,2	640	90,3	233	83,5	873
Passatgers						
Davant	83,7	216	92,3	492	89,5	708
Darrere	38,9	35	39,4	78	39,2	113
Usuaris de motocicletes	99,7	1.495	99,1	450	99,6	1.945
Conductors	99,7	1.456	99,0	302	99,6	1.758
Passatgers	100,0	39	99,3	148	99,5	187
Usuaris de ciclomotors	98,7	1.826	99,9	911	99,1	2.737
Conductors	99,1	1.679	99,8	649	99,3	2.328
Passatgers	94,8	147	100,0	262	98,1	409

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, 2001

Evolució en el nombre de lesionats 1997-2001

A la figura 2.25 es presenta l'evolució del nombre de lesionats atesos als serveis d'urgències dels hospitals de Barcelona i de víctimes ateses per la Guàrdia Urbana. Després d'uns anys d'augment i un any d'estabilització, es comença a observar una lleugera tendència cap a la disminució, tant en el conjunt de lesionats atesos a Barcelona (- 3,0 %) com entre els residents (- 3,8 %), i en les víctimes notificades per la Guàrdia Urbana (- 2,9 %).

Per altra banda, l'evolució en el nombre de defuncions per accident de trànsit segons el Registre de Mortalitat i el registre de la Guàrdia Urbana que notifica només els morts en les primeres 24 h. mostra un comportament variable (figura 2.26). Segons el Registre de Mortalitat l'any 2000 (últimes dades disponibles) també disminueix després d'un increment l'any anterior. Segons les dades de la Guàrdia Urbana, continua la tendència creixent dels últims tres anys.

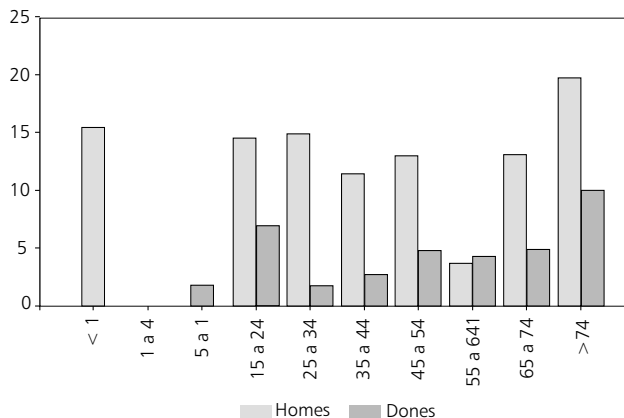
Conclusions

Aquestes dades posen de manifest que tot i que es comença a invertir la tendència creixent en el nombre d'accidents de trànsit detectada en els últims anys, la incidència continua sent molt elevada, amb un gran nombre de persones lesionades i mortes cada any a la ciutat de Barcelona. Té un especial impacte en la població jove, freqüentment usuària de vehicles de dues rodes, i en els vianants, que majoritàriament són infants o persones grans. Aquests últims són també els que pateixen les lesions més greus. L'obligatorietat de les mesures de protecció s'ha demostrat efectiva amb l'ús del casc, amb una cobertura casi total. En canvi l'ús del cinturó encara no està tant generalitzat i és molt poc utilitzat en els seients de darrera. Cal continuar implementant mesures de comprovada efectivitat amb l'objectiu de reduir la morbiditat i la mortalitat per accidents de trànsit.

2.5. La salut dels treballadors i treballadores al llarg de la vida laboral

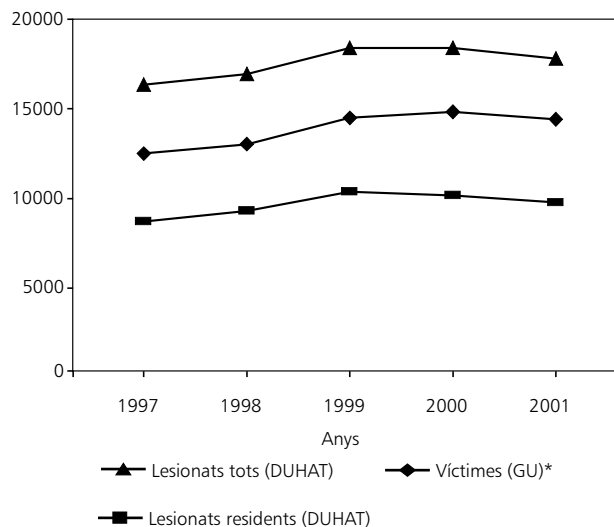
Més de 500.000 persones de Barcelona són població activa i per tant estan exposades a condicions de treball amb efecte potencial sobre la seva salut, capbussades en un mercat laboral i unes formes de treballar que s'han modificat

Figura 2.24. Taxes de mortalitat per 100.000 habitants per accidents de trànsit en residents a la ciutat segons sexe. Barcelona 2000.



Font: DUHAT 2001, IMSR

Figura 2.25. Evolució del nombre de lesionats atesos als serveis d'urgències a Barcelona per accident de trànsit i del nombre de víctimes d'accidents de trànsit esdevinguts a Barcelona i notificats per la Guàrdia Urbana. Barcelona 2001.



Font: GUB, DUHAT 2001.

substancialment en els darrers anys i continuen a un ritme de canvi extremadament ràpid.

En aquest context, els agents implicats en la prevenció dels riscos laborals necessiten, cada vegada més, dades vàlides, completes, representatives i actualitzades per a la presa de decisions. A més, la seva anàlisi ha d'estandarditzar-se i utilitzar els mètodes més actuals. Lamentablement, fins ara les polítiques de salut laboral s'han basat en una informació molt parcial, limitada fonamentalment als accidents de treball i les malalties professionals i analitzada sovint molt superficialment. No s'han tingut en compte les característiques del mercat laboral - cada vegada més dominat pel sector serveis i en el què la introducció de les tecnologies de la informació i comunicació han canviat molt les formes de treball -, els factors de risc o les conseqüències en la salut que no s'enquadrin sota els conceptes clàssics d'accidents de treball o malalties professionals.

Per respondre a les necessitats d'informació dels diferents actors implicats en la prevenció de riscos laborals, l'any 2001 es va crear el Sistema d'Informació en Salut Laboral (SISL) de la Unitat de Salut Laboral (USL) de Barcelona, complint així amb un dels objectius fixats pel Consorci Sanitari de Barcelona. Aquest sistema està basat en les recomanacions del grup de treball sobre sistemes d'informació de l'Organització Mundial de la Salut i s'estructura en quatre grups d'indicadors (taula 2.8).

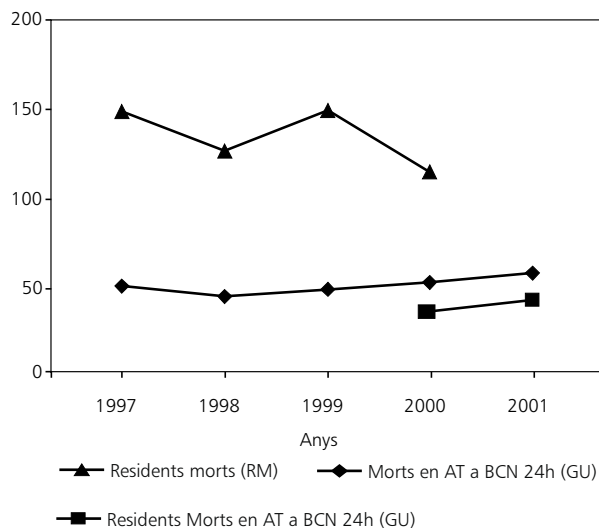
- Estructura sociodemogràfica i característiques de la població treballadora.
- Riscos laborals.
- Estat de salut.
- Recursos per a la prevenció.

El SISL persegueix quatre objectius:

1. Quantificar a nivell local els efectes del treball sobre la salut i els factors de risc relacionats, identificant les poblacions d'alt risc i els nous problemes de salut laboral.
2. Monitoritzar les tendències dels factors de risc laboral i dels trastorns de salut.
3. Avaluar la importància dels factors susceptibles d'alterar les relacions entre exposició i resposta.
4. Redactar informes estàndards i periòdics sobre l'impacte del treball sobre la salut.

Una de les principals fonts d'informació d'aquest sistema és l'Enquesta de Salut de

Figura 2.26. Evolució del nombre de morts a Barcelona per accident de trànsit (AT) segons el Registre de Mortalitat (RM) i la Guàrdia Urbana (GU). Barcelona 2000.



Font: GUB i Registre de Mortalitat, IMSP

Barcelona, atès que la darrera es va realitzar l'any 2000. En l'últim informe de salut es va realitzar una primera anàlisi de les dades, que en el capítol corresponent a salut laboral va centrar-se sobretot en la descripció de les característiques de la població ocupada i de l'exposició laboral, informació aquesta darrera limitada però molt valuosa atesa la manca d'altres fonts més específiques i regulars.

El treball que presentem enguany complementa el del darrer informe de salut i a diferència d'aquell fa èmfasi en l'estat de salut i els comportaments relacionats, analitzant-ho des de la perspectiva de l'edat, una variable central (a l'igual que el gènere o la classe social) que resumeix una realitat biològica però també social en la què l'entorn laboral hi juga un paper decisiu. Aquest informe s'estructura en tres apartats: en el primer es recullen les característiques sociodemogràfiques més importants i en el segon i el tercer s'analitzen, respectivament, l'estat de salut i els comportaments relacionats amb la salut. Aquests dos darrers es descriuen segons tres grups d'edat: 16 – 29 anys, 30 - 49 anys i 50 – 64 anys, que plantegen problemes de salut i treball específics que tenen a veure amb tres etapes vitals. Així per exemple, l'impacte de la precarietat laboral i el consum de tabac són molt importants entre els joves, en les edat intermèdies la conciliació de la vida laboral i familiar planteja problemes de salut específics entre les dones, mentre que en treballadors i treballadores més grans el major temps d'exposició a riscos diversos, també als laborals, serà determinant pel seu estat de salut.

La major part de dades del primer apartat provenen de l'Enquesta de Població Activa, algunes (ocupats amb contracte temporal, sense contracte o que treballen en empreses de tre-

Taula 2.8. Resum dels indicadors del Sistema d'Informació en Salut Laboral de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona.

Estructura econòmica i característiques de la població treballadora	
Població activa Taxa d'activitat Taxa d'atur Temps en atur	Temporalitat Distribució d'ocupats i empreses segons grandària del centre Distribució d'ocupats segons ocupació Distribució d'ocupats segons activitat econòmica
Treball per compte propi Autònoms registrats Autònoms declarats	
Riscos laborals	
RISCOS FISCOQUÍMICS I ERGONÒMICS Soroll Contaminació ambiental Manipulació manual de càrregues pesades Moviments repetitius de les extremitats superiors	Precarietat del lloc de treball Assalariats amb contracte temporal Nivell de precarietat Contractes curts Autònoms manuals Treball sense contracte Treball en ETT
RISCOS PSICOSOCIALS Monotonia del treball Manca d'autonomia Excés de treball Manca de suport social	TEMPS DE TREBALL Jornades llargues Treball nocturn Temps de desplaçament al lloc de treball
Estat de salut	
ACCIDENTS DE TREBALL (AT) AT mortals AT mortals 'in itinere' AT mortals de causa natural AT mortals de trànsit en jornada laboral AT mortals traumàtics en jornada laboral Incidència d'AT mortals Incidència d'AT mortals 'in itinere' Incidència d'AT mortals de causa natural Incidència d'AT mortals de trànsit en jornada laboral Incidència d'AT mortals traumàtics en jornada laboral AT greus AT greus 'in itinere' AT greus de causa natural AT greus de trànsit en jornada laboral AT greus traumàtics en jornada laboral Incidència AT greus Incidència AT greus 'in itinere' Incidència AT greus de causa natural Incidència AT greus de trànsit en jornada laboral Incidència AT greus traumàtics en jornada laboral AT no mortals AT no mortals en autònoms AT no mortals en ocupats sense contracte	MALALTIES PROFESSIONALS I MALALTIES RELACIONADES AMB EL TREBALL Malalties professionals (MP) Incidència de MP Tuberculosi en sanitaris Malalties relacionades amb el treball ESTAT DE SALUT Estat de salut percebut Trastorns de salut crònics Salut mental Mal d'esquena lumbar Dolor cervical Hipertensió arterial Sobrepes / obesitat Baix pes Poques hores de son COMPORTAMENTS RELACIONATS AMB LA SALUT Hàbit tabàquic Activitat física en temps de lleure RECURSOS PER A LA PREVENCIÓ Serveis de salut laboral (Mútues o similars) Inspectors de treball

Font: Unitat de salut Laboral de Barcelona, IMSP

ball temporal) provenen de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2000 (ESB2000), mentre que la relació entre contractes temporals i indefinits prové del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona a partir de dades del Departament de Treball de la Generalitat de Catalunya. És per això que les categories d'edat poden diferir una mica, però en tot cas s'ha intentat mantenir aquesta estructura de joves, edats intermèdies i grans. Quant a les dades dels altres dos apartats, provenen totes de l'ESB2000 excepte les d'accidents de treball(AT) i malalties professionals (MP) que són del registre d'AT i MP del Departament de Treball.

Calen dos aclariments més quant als mètodes: la classe social ocupacional prové de l'agrupació en dues categories de l'ocupació i és un indicador de la qualificació del treball, més alta en el grup no manual. Finalment, quan en el text es comenta la relació entre l'edat i les diferents variables d'efecte, en tots els casos l'anàlisi està ajustada per la resta de variables d'interès.

Característiques sociodemogràfiques de la població ocupada de Barcelona

Més de mig milió de residents a Barcelona majors de 15 anys treballaven o estaven en disposició de fer-ho l'any 2001, això significa una taxa d'activitat del 47,4 %. Aquesta taxa era marcadament inferior entre les dones (39,6 elles i 57,1 % ells), entre els més joves (22,5 % entre els 16 i 19 anys) i els més grans (15,3 % en els major de 54 anys).

Dues característiques de l'actual mercat de treball amb possible impacte sobre la salut com són l'atur i les condicions precàries de contractació es distribuïen de forma diferent. La taxa d'atur (11,1 %) era superior entre les dones (9,3 % l'atur masculí, 13 % el femení) i encara més entre els més joves: 16,2 % els joves de 20 a 24 anys i 38,6 % els de 16 a 19 anys (sense diferències entre sexes en aquestes edats).

El 84,5 % de tots els contractes fets durant l'any eren temporals, 90,7 % entre els joves menors de vint anys i 87,4 % en els de 20 a 24 anys. Segons l'ESB2000, el 14,8 % dels ocupats tenia un contracte temporal, més les dones (17,5% elles i 12,6% ells) i novament els joves: 37,3% els menors de 30 anys (43,7 % els de 16 a 25 anys). La proporció d'homes i dones amb contractes temporals era diferent segons l'edat, una mica superior en els homes joves respecte les dones de la mateixa edat (34,3 % i 31 %, respectivament) i superior en les dones de 30 anys i més (6 % i

12,1 % en homes i dones de 30 a 49 anys, i 2 % i 7,7 % en majors de 49 anys, respectivament).

En tots tres grups d'edat la temporalitat es relacionava amb la qualificació de la feina, de manera que era més freqüent tenir un contracte temporal en les ocupacions manuals, i encara que amb una diferència menor, també existia aquest patró en les edats més joves (figura 2.27). Paga la pena comentar l'alta proporció de dones manuals en edats intermèdies amb contracte temporal: 20,6 % front 9,5 % de dones de la mateixa edat en ocupacions no manuals i del 10,2 % dels homes manuals de la mateixa edat.

Només un 0,4 % de tots els ocupats i ocupades treballava en una empresa de treball temporal, ocupats que eren sobretot joves, la majoria (88,9 %) menors de 30 anys.

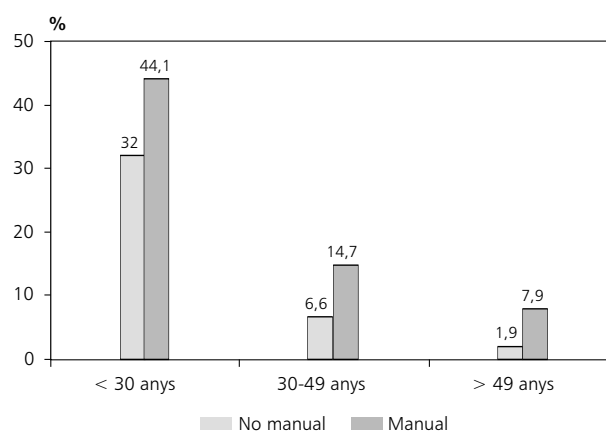
Finalment, treballar sense contracte era més freqüent entre les dones (4,3 % de totes les ocupades i 1 % dels homes ocupats) i sobretot entre les més grans, de manera que un 6,6 % de les majors de 49 anys ho feia així. També era més freqüent en les ocupacions manuals, en les què cal destacar de nou les dones més grans: un 11,6 % d'aquest grup treballava sense contracte.

**Estat de salut de la població ocupada de Barcelona
Accidents de treball**

L'any 2001 es van produir a Barcelona 48.177 accidents de treball (AT) amb baixa. Analitzem en aquest capítol els greus i mortals (tal i com venim fent des de l'any 1996) posant l'accent, però, en les diferències segons l'edat. D'aquests accidents, 526 van ser greus i 55 mortals, 172 (29,7 %) van ser en menors de 30 anys, 280 (48,3 %) en ocupats de 30 a 49 anys i 128 (22,1 %) en majors de 49 anys.

La relació entre AT greus i mortals va ser diferent segons l'edat, de manera que van ser més freqüents els mortals entre els ma-

Figura 2.27. Proporció de població ocupada amb contracte temporal segons edat i classe social ocupacional. Barcelona 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, IMSP

jors de 49 anys, similars en el grup d'edat intermedi i més freqüents els greus entre els menors de 30 anys.

Més de la meitat dels AT greus van ser traumàtics en jornada laboral²⁰ (51,5 %) i un 30,2 % van ser 'in itinere'. Els mortals més freqüents, en canvi, van ser els 'in itinere' seguits dels naturals en jornada laboral i en tercer lloc la resta de traumàtics en jornada laboral (dinou, setze i tretze AT, respectivament).

El AT greus van seguir un clar patró en relació a l'edat, de manera que els naturals i els traumàtics, ambdós en jornada laboral, augmentaven amb l'edat mentre que disminuïen els de trànsit i els 'in itinere' (figura 2.28). Quant als AT mortals, els més freqüents en majors de 49 anys van ser els de causa natural en jornada laboral, en edats intermèdies els 'in itinere' i traumàtics i en els menors de 30 anys els 'in itinere' (la meitat dels ocorreguts en aquest grup).

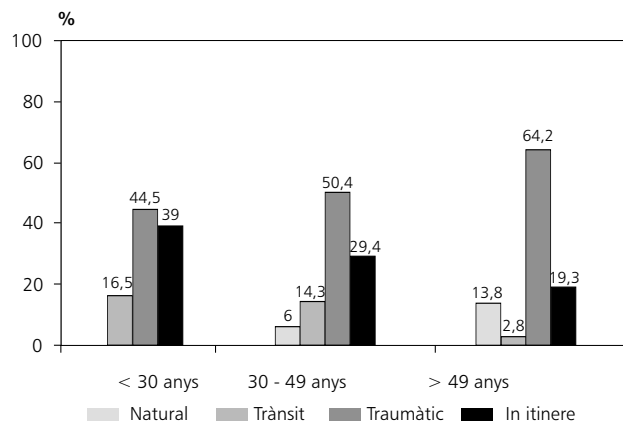
No hi ha hagut diferències en l'ocurrència d'AT greus i mortals des de 1996 quant a la distribució per edat, la relació entre uns i altres s'ha mantingut estable al llarg d'aquests anys en els tres grups d'edat. Quant al tipus d'AT ha variat una mica en els grups d'edat intermedis i en els més grans, en els primers ha disminuït la proporció dels traumàtics i augmentat la dels altres tres tipus i en els majors de 49 anys ha augmentat la proporció dels naturals en jornada laboral i els 'in itinere' i ha disminuït la de traumàtics, encara que cal destacar l'augment de la proporció d'AT traumàtics greus en majors de 49 anys respecte l'any 2000 (64,2 % el 2001 i 48,9% el 2000).

Malalties professionals

Durant l'any 2001 es van registrar 909 casos de malalties professionals (MP) a Barcelona, la meitat en persones de 30 a 49 anys, una quarta part en els més joves de 30 anys i una altra quarta part en els més grans de 49. La proporció de MP en dones va ser superior a la d'homes en els dos grups menors de 50 anys, mentre que era superior la d'homes en el grup més gran.

Els trastorns més freqüents per a tots els grups d'edat van ser els musculesquelètics, sobretot les malalties per fatiga de les beines tendinoses (72,8 %).

Figura 2.28. Distribució dels accidents de treball greus segons edat i tipus d'accident. Barcelona 2001.



Font: Registre d'accidents de treball i malalties professionals. CSCST, Departament de treball (elaboració pròpia).

Les malalties de la pell van ser més freqüents en homes que en dones, però crida l'atenció l'alta proporció d'aquest grup de trastorns en homes joves (19 % de totes les MP d'aquest grup d'edat) i també que l'únic cas de sordesa registrat fos en una persona menor de 30 anys. En l'altre extrem el que més destaca és l'elevat nombre de malalties osteo-articular o angioneuròtiques degudes a vibracions en homes grans (10 casos).

Estat de salut percebut

La relació de l'estat de salut percebut amb l'edat no és simple, el sexe i la classe social modifiquen aquesta relació. Globalment la salut empitjora amb l'edat, és pitjor en dones i en ocupacions manuals, però al considerar les interaccions, la relació es fa més complexa.

L'edat té major impacte en l'estat de salut de les dones, així, comparades amb les dones més joves, les més grans tenen sis vegades més risc de patir mala salut, mentre que els homes grans respecte dels joves en tenen quatre vegades més (la proporció de mal estat de salut en treballadores menors de 30 anys és del 6,9 % i de les majors de 49 del 31,8 %; entre els homes, les proporcions respectives són de 6 % i 20,6 %).

Malgrat els joves són els que tenen millor estat de salut percebut, les diferències entre ells s'expliquen per la classe social, no pel sexe: els joves en ocupacions manuals tenen tres vegades més mala salut que els d'ocupacions no manuals (9,9 % i 3,6 %, respectivament). Les dones més grans de 30 anys si que tenen més mala salut que els homes i la relació amb la classe social és de major magnitud entre les més grans de 49, tot i que no tant importants com en els més joves (tres vegades més les manuals que les no manuals) (figura 2.29).

²⁰ Els AT s'han classificat en quatre grups ('in itinere', en jornada laboral de causa natural, de trànsit i resta de traumàtics) en funció del risc atribuïble a les condicions de treball (vegeu el capítol 1 d'aquest informe).

Mal d'esquena

La distribució del mal d'esquena sigui lumbar o cervical depèn fonamentalment del sexe i de l'edat, és més freqüent en dones (amb diferències similars entre homes i dones en totes les edats) i augmenta amb l'edat.

La lumbàlgia, doncs, és més freqüent en dones ocupades i augmenta amb l'edat: un de cada cinc homes majors de 49 anys en pateix i una de cada tres dones de la mateixa edat; entre els joves, encara que és un problema de salut menys freqüent, és superior la diferència entre treballadors i treballadores: 16,7 % elles, 8,3 % ells. El tipus d'ocupació es relaciona amb el mal d'esquena només en les dones més joves, en les que destaca l'alta prevalença de lumbàlgia en les d'ocupacions manuals (20,8 % en aquesta classe i 13,8 % en les no manuals).

Més freqüent en dones (12,5 % ells, 28 % elles), la cervicàlgia també augmenta amb l'edat; les diferències entre ocupats i ocupades, però, disminueixen amb l'edat, de manera que comparades amb els seu mateix grup, les que tenen major prevalença de cervicàlgia són les dones més joves, quasi 4 vegades més que ells (19,7 % i 6,3 %). En les dones de més de 30 anys també la classe social s'associa amb la cervicàlgia, de manera que les d'ocupacions manuals en tenen més (23,2 % i 34,5 % les dones de 30 a 49 anys en ocupacions no manuals i manuals, respectivament, i 39,6 % i 45,9% les majors de 49 anys dels mateixos grups).

Trastorns crònics

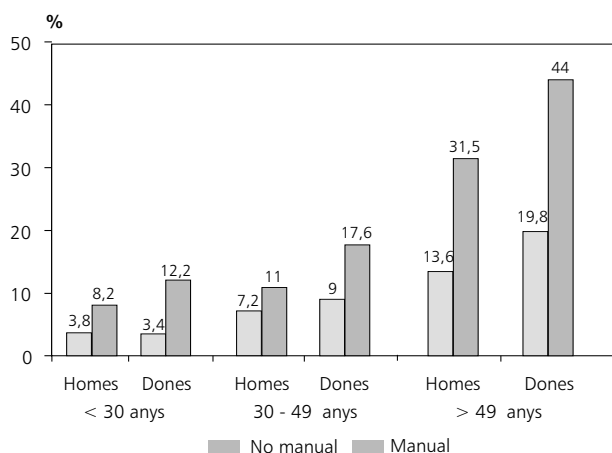
La prevalença de trastorns crònics s'associa a l'edat, al sexe (9,1 % dels homes i 21,1 % de les dones) i a la classe social ocupacional. Paga la pena comentar que la major diferència entre treballadors i treballadores es dona en els més joves (el grup de menor prevalença): 1,4 % d'ells i 10,7 % d'elles pateixen més de tres trastorns crònics.

En tots els grups d'edat la prevalença de trastorns crònics s'explica, a més de pel gènere, per la classe d'ocupació, inclòs en el grup de menors de 30 anys: les persones en ocupacions manuals tenen major probabilitat de patir més de tres trastorns. Destaca l'alta prevalença que es dona en dones grans, especialment les d'ocupacions manuals: un 47,3% d'elles pateixen almenys quatre trastorns crònics.

Salut mental

L'edat no s'associa a la salut mental en la població ocupada de Barcelona, només el sexe, de

Figura 2.29. Estat de salut percebut segons edat, sexe i classe social ocupacional. Barcelona 2000.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, IMSP

manera que en totes les edats les dones tenen pitjor estat de salut mental que els homes. Quant al tipus d'ocupació, només en les dones més joves es troben diferències estadísticament significatives, en el sentit que les treballadores manuals tenen més probabilitats (el doble) de tenir mala salut mental que les no manuals (21,5 % i 11,4 %, respectivament). Cal comentar que la prevalença de trastorn mental en aquestes dones menors de 30 anys en ocupacions manuals és la més alta de tots els grups.

Hipertensió

La hipertensió arterial (HTA) s'associa a l'edat, tant en homes com en dones, i és bàsicament un problema de salut dels més grans. Les prevalències en ocupats i ocupades són similars, excepte en el grup de 30 a 49 anys en el què els homes en tenen més. Aquesta relació es dona tot i tenint en compte el sobrepès, que també s'hi associa en els majors de 30 anys.

Sobrepès

Tenir sobrepès o obesitat (Índex de Massa Corporal - IMC - > 25 Kg/m² en dones i > 27 Kg/m² en homes) està relacionat amb l'edat i el sexe: a mesura que augmenta l'edat s'incrementa la proporció de persones amb sobrepès i és més freqüent entre els homes menors de 50 anys i encara més en els més joves.

Hi ha un patró diferent segons l'edat: entre els joves el sobrepès només s'associa al sexe (més freqüent en els homes), en edats intermèdies s'hi associa el sexe i la classe social ocupacional, i entre els més grans, només el tipus d'ocupació - en ambdós casos la classe manual amb major prevalença de sobrepès -.

Baix pes

El baix pes (IMC < 20 Kg/m²) també està relacionat amb l'edat i el sexe: superior en els més joves i en les dones (per a tots els

grups d'edat). Destaquen per sobre de tot les treballadores joves: el 39,1 % tenen un IMC per sota de 20; tampoc és menyspreable la de dones de 30 a 49 anys (16,4 %).

El patró del baix pes respecte la classe social és diferent en homes i dones i depèn també de l'edat: el major percentatge de treballadors joves amb baix pes es dona en les ocupacions manuals; en canvi, en les dones menors de 30 anys i també en les de 30 a 49 anys són les d'ocupacions no manuals les que més prevalença de baix pes tenen (en els altres grups no s'associa a la classe).

Comportaments relacionats amb la salut de la població ocupada de Barcelona

Hàbit tabàquic

Edat, sexe i classe social ocupacional s'interrelacionen per explicar el consum de tabac. Els ocupats joves fumen més (les prevalències de fumadors pels tres grups d'edat són les següents: 46,5 %, 40,5 % i 25,1 %), tant els homes com les dones, però hi ha més fumadors i fumadores de classes manuals i més treballadors que no han fumat mai entre les ocupacions no manuals: el 50,4 % dels no manuals no han fumat mai, per un 36,2 % dels manuals. Quant a fumar, ho fan el 54,4 % dels ocupats manuals i el 40 % dels no manuals, sense diferències per sexe en tots dos grups; així doncs, en aquests treballadors i treballadores, començar a fumar està relacionat amb l'ocupació, no amb el gènere.

En edats intermèdies l'hàbit de fumar s'associa a la classe ocupacional (ho fan més els treballadors manuals) mentre que el sexe només s'hi associa en ocupacions no manuals, en les que la prevalença d'homes fumadors és del 38,2 % i el de dones fumadores del 35 %. Aquesta diferència tan petita s'explica perquè les dones han anat augmentant el seu consum però els homes han deixat més de fumar. Entre ocupacions manuals fumen tant els homes com les dones.

En les persones més grans l'hàbit tabàquic s'associa al sexe, no a la classe social, de manera que la proporció de dones que fumen és molt inferior que la d'homes. Com que ells han deixat més de fumar, les diferències entre fumar o no fer-ho actualment són més petites, encara que importants. La gran diferència està sobretot en no haver començat a fumar (68,3 % de les dones de més de 49 anys i 30,5 % dels homes de la ma-

teixa edat). En aquest grup de treballadores més grans la classe social sí que s'associa al tabac, de manera que la proporció de dones manuals que no han fumat mai és superior a la de dones no manuals (77 % i 59,3 %, respectivament), cosa que no passa en els homes.

Pràctica d'exercici físic

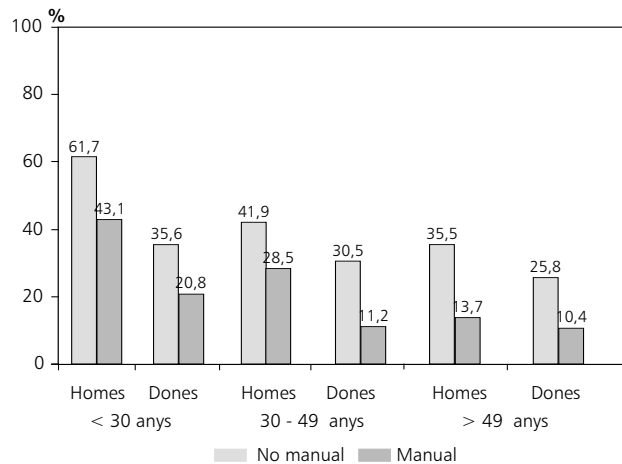
La proporció de població ocupada que realitza algun tipus d'activitat esportiva disminueix amb l'edat, és major en homes i també en ocupacions no manuals. Les diferències més accentuades entre homes i dones es donen entre els més joves, de manera que els homes d'aquesta edat fan tres vegades més exercici que les dones.

El tipus d'ocupació és el que més fortament s'associa a la pràctica d'exercici en aquesta població: fan més exercici les persones en ocupacions no manuals que les manuals (en tots els grups d'edat i en ambdós sexes) i les diferències entre uns i altres augmenten amb l'edat, destacant les que hi ha entre els majors de 49 anys: els que treballen en ocupacions no manuals tenen tres vegades més probabilitats de realitzar exercici que els manuals (figura 2.30).

Conclusions

1. El gènere i la classe social ocupacional s'associen a la salut i als comportaments relacionats en la població ocupada de Barcelona, però ho fan amb un patró diferent segons l'etapa vital. Alguns dels resultats més destacats són el següent: El nombre d'accidents traumàtics greus en jornada laboral, els més freqüents l'any 2001, va augmentar respecte l'any 2000 en els ocupats majors de 49 anys.

Figura 2.30. Pràctica d'exercici físic en temps de lleure segons edat, sexe i classe social ocupacional. Barcelona 2000.



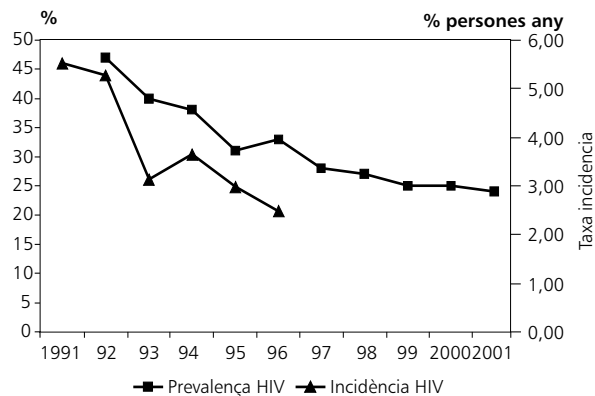
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2000, IMSP

- El mal estat de salut percebut, el mal d'esquena lumbar, la cervicàlgia, els trastorns crònics, la hipertensió arterial, el sobrepes i la manca d'exercici físic en el temps de lleure són més freqüents en la població ocupada de més edat.
 - El grup amb pitjors indicadors de salut són les dones de més de 49 anys en ocupacions manuals.
 - Els trastorns musculoesquelètics van ser les MP més freqüents l'any 2001 en tots els grups d'edat, però en els homes menors de 30 anys, una de cada cinc MP va ser una malaltia de la pell.
 - Les dones joves en ocupacions manuals tenen la major prevalença de risc de trastorn mental (21,5 % d'elles).
 - Les dones joves, sobretot les d'ocupacions no manuals, tenen una alta prevalença de baix pes (41,8 % les d'ocupacions no manuals i 35 % les de manuals).
 - El 46,5 % dels treballadors i treballadores menors de 30 anys són fumadors, prevalença superior a la dels altres grups d'edat; la prevalença dels joves que no han fumat mai és molt superior en els d'ocupacions no manuals que en els de manuals (48 % i 33,3 %, respectivament).
2. El SISL de la USL de Barcelona és útil per analitzar l'estat de salut i els comportaments relacionats de la població ocupada de Barcelona.

2.6. Prevalença de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) en població usuària de drogues per via injectada (UDIs)

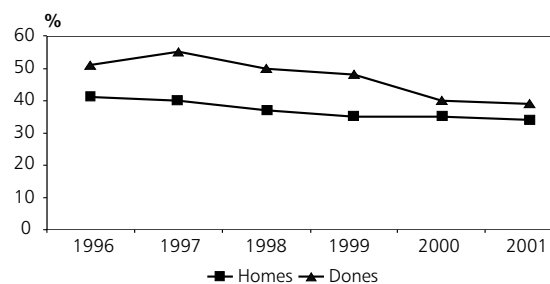
La monitorització del VIH en població d'alt risc com els UDIs és un dels principals objectius de Salut Pública per el control d'aquesta infecció. A Barcelona, es va establir l'any 1996 un registre de seroprevalença del VIH en usuaris de drogues que iniciaven tractament pel seu consum en algun centre de tractament de Barcelona ciutat (CAS). El registre està format per individus, i en el cas de que un usuari hagi fet més d'un inici de tractament, sempre es considera l'últim realitzat. El total de consumidors que formen el registre és de 9.859 usuaris de drogues il·legals, dels quals, el 70 % eren consumidors d'heroïna i el

Figura 2.31. Prevalença i incidència del HIV en usuaris de drogues il·legals que inicien tractament, per any. Barcelona 1991-2001.



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

Figura 2.32. Prevalença del HIV en UDIs que inicien tractament per any segons sexe. Barcelona 1996-2001.



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

24 % de cocaïna. Del total de pacients, el 78 % eren homes, sent l'edat mitjana a l'inici del tractament de 31,2 anys. El 56 % tenien l'antecedent d'haver-se injectat alguna vegada i el 53 % havien realitzat tractaments previs de la seva toxicomania. Sobre el total d'usuaris de drogues, la prevalença global del VIH+ és del 25,3 %, observant-se una clara tendència decreixent al llarg d'aquests últims anys, passant del 33 % l'any 1996 al 22 % l'any 2001 (figura 2.31). Aquestes dades són congruents amb la tendència observada en un estudi previ per a determinar la incidència del HIV en usuaris de drogues²¹. Les prevalences no són homogènies segons via de consum, així tenim que els injectors de drogues presenten unes prevalences globals del 40 % mentre que en els no injectors és del 3,4 %.

²¹ Brugal MT, Jansà JM, García de Olalla P, Caylà JA. ¿Disminuye la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los drogadictos intravenosos de Barcelona? Med Clin (Barc) 1995;105:234.

A l'analitzar les prevalències de VIH en aquells usuaris que presenten l'antecedent d'injecció, observem que l'any 2001 les dones estan més infectades que els homes 39 % vs 34 % (figura 2.32) encara que el número global d'homes positius al VIH és de 1096 i el de dones de 355. Tanmateix, les prevalències més altes es donen en els més grans de 35 anys, observant-se prevalències de l'11 % en la població menor de 25 anys i prevalències del 47 % en els de 35 anys o més (figura 2.33). En ambdues figures, les tendències decreixents són clares, excepte en els majors de 35 anys on s'observa un petit rebrot en els últims anys, probablement per la supervivència més llarga del col·lectiu.

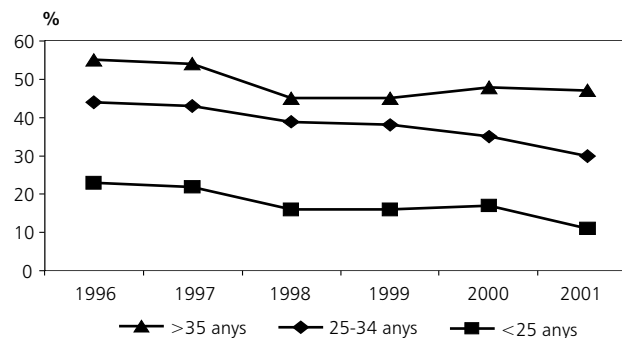
El percentatge de disminució és més gran en el cas de les dones –un 24 % de disminució vs un 20 % en els homes– probablement a causa de que partien de prevalències més elevades, i és a partir de l'any 2000 que aquestes s'assemblen més a la dels homes.

A l'analitzar el descens percentual en els diferents grups d'edat, observem que en el grup més jove (<25 anys) aquest ha estat d'un 52 %, en el de 25-34 anys del 32 % i en el grup de majors de 35 anys del 14 %.

Un altre sistema de vigilància de la prevalença de VIH que s'ha implementat a Barcelona és el seguiment de població jove, consumidors actius i reclutats al carrer. El període de reclutament és 2001-2002. Fins el 30 setembre de 2002 s'han reclutat 290 usuaris actius d'heroïna menors de 30 anys, d'aquests, el 68 % eren homes i l'edat mitjana era de 25 anys. El 82% referien haver-se injectat alguna vegada y d'aquests el 77 % ho havien fet com a mínim una vegada durant l'últim any. La prevalença global de seropositius era del 19 % i en aquells que referien l'antecedent de venopuncions era del 21 %, sent del 3 % en aquells que mencionaven no haver-se injectat mai. Si només analitzem els 237 injectors, observem que, com en el cas dels inicis de tractament, les dones estan més infectades que els homes 27 % vs 18 % i que el grup dels més joves (menors de 25 anys) presenten prevalències més baixes –12 % vs 26 % (figura 2.34).

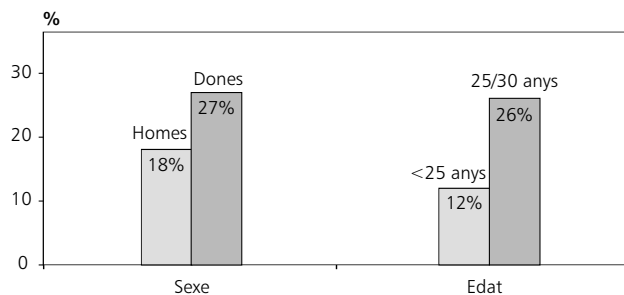
En la població de joves usuaris d'heroïna el 9 % refereixen tenir relacions sexuals per diners –un 6,5 % els homes i un 15,4 % les dones–, d'aquests el 42 % dels homes i el 32 % de les dones no fan servir preservatiu en les relacions sexuals amb clients.

Figura 2.33. Prevalença del HIV en UDIs que inicien tractament per any, segons grup d'edat. Barcelona 1996-2001.



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

Figura 2.34. Prevalença del HIV en joves UDIs reclutats en el carrer, segons sexe i grup d'edat. Barcelona 2000-2001



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

Intervencions i polítiques dutes a terme a Barcelona per a prevenir la infecció per HIV i altres patologies en usuaris de drogues

L'epidèmia de la sida ha estat un dels esdeveniments més singulars que ha viscut la salut pública durant el segle passat. Les seves característiques epidemiològiques molt especials i la complexitat del context social en que es va produir, així com la forma en que aquesta va condicionar la resposta, mereix una anàlisi detallada que permeti aprendre per el futur i encarar els reptes que els nous patrons de consum ens presenten.

A Barcelona, com a la resta de les ciutats industrialitzades de l'Estat Espanyol, a començaments dels anys 80 es varen produir, de manera ràpida, canvis socials que varen portar a un increment del consum de drogues psicoactives, principalment heroïna, consumides, bàsicament, per via injectada. A l'hora que es produïa aquest fenomen, es va incrementar la inseguretat ciutadana i aquesta es va atribuir als consumidors de drogues. En aquest context sociològic, es varen donar prioritat a mesures de control de l'oferta i tractaments orientats a l'abstinència en front de polítiques clares de salut pública (l'any 1985 es va restringir l'accés a programes de tractament amb metadona) just quan es començava a observar l'increment del número de casos de sida en usuaris de drogues per via intravenosa (UDIs).

No va ser fins l'any 1991, any en que es promulgà la llei que permet els tractaments amb metadona, que Barcelona instaurà els primers programes de reducció de riscos –programes de manteniment amb metadona (PMM) i intercanvi de xeringues-, sent la primera ciutat de l'Estat espanyol que així ho va fer²². Aquestes estratègies es varen dirigir, bàsicament, a la població més vulnerable i exclosa socialment –injectors de drogues i prostitutes-. Els programes implementats, així com els seus objectius i la població diana a la que anaven dirigits es poden observar a la taula 2.9.

Conclusions

Tots els sistemes d'informació implementats a Barcelona per a monitoritzar la prevalença d'VIH indiquen que aquestes han baixat de manera significativa des de l'any 1991, encara que s'observa un descens lent durant els anys 1999-2001.

Si bé els descensos de la proporció d'infectats són importants, encara ens movem en prevalences molt altes -22%, 21 % segons població monitoritzada- i molt superiors a les de la resta d'Europa en la mateixa població de risc.

Si s'observa la població d'infectats en usuaris de drogues –injectors o no- observem uns descensos més importants que els que s'observen en UDIs i això, en part, és a causa del canvi de la via principal de consum. Actualment, el consum injectat és majoritari en zones tancades i determinades de la ciutat, el que fomenta una població exclosa que presenta un risc major que la resta de la població usuària de drogues psicoactives.

Les dones presenten prevalences d'infecció més elevades que els homes i, probablement, això és a causa que, apart del risc d'injecció se suma el risc sexual; ja que un alt percentatge de dones consumidores de drogues practiquen la prostitució per a pagar-se el consum de droga.

Finalment, les cohorts més joves presenten prevalences més baixes i amb percentatges de decrement important. Les cohorts d'edats més grans varen presentar baixades en les prevalences d'infecció fins l'any 1998, per després presentar un estancament, probablement per l'augment de la supervivència del col·lectiu. És a dir, els primers anys el decliu era fruit de l'augment de la mortalitat per sida i en els últims anys a causa dels nous tractaments antirretrovirals.

Implicacions

Actualment, el consum injectat de drogues psicoactives s'està arraconant majoritàriament en la població d'exclosos socials que no es mantenen adherits a un tractament de toxicomania (fins i tot els programes de tractament amb metadona) i que presenten pràctiques de consum d'alt risc (comparteixen utensilis i d'altres objectes de venopunció, s'injecten en zones d'alt risc, no practiquen les mínimes pràctiques higièniques, etc.). Per tant, és desitjable que s'instaurin zones de venopunció higiènica en àrees de consum majoritàriament injectat, on existixin professionals per educar en la venopunció segura i higiènica; així mateix es facilitarien uns mínims: menjar, higiene, bugaderia, etc... per a que aquests usuaris tinguessin minimitzats els riscos, tant d'infecció per sida com per altres causes. El lapse de temps existent entre el moment en que haurien haver-se posat en marxa les polítiques de salut pública i el moment en que realment es varen iniciar, ha fet que aquestes no poguessin actuar en el moment en que probablement haguessin estat més eficaces, com ho varen ser les instaurades en altres ciutats europees. Per aquest motiu, encara que les polítiques instaurades a Barcelona l'any 1991 han demostrat la seva eficàcia (disminució de la taxa d'incidència d'VIH, descens de la prevalença per VIH, disminució de la mortalitat per sobre-dosi, etc..) a causa de l'alta prevalença de la infecció i al nous

²² Manzanera R, Torralba LI, Brugal MT, Armengol R, Solanes P, Villabí JR. Afrontar los estragos de la heroína: Diez años del Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona. Gac Sanit 2000;14:58-66.

Taula 2.9. Intervencions i polítiques portades a terme a Barcelona per a prevenir la infecció per VIH en usuaris de drogues

	Descripció	Objectius
	Programa de manteniment amb metadona	Manteniment amb agonistes per a la reducció de danys
	Programes d'intercanvi de xeringues (PIX)	Prevenir els riscos associats al consum endovenós
	Programa d'ajuda socio-sanitària (SAPS)	Prevenir els riscos associats al consum endovenós i educació sanitària
Prevenió secundària	Programa d'ajuda socio-sanitària en prostitutes	Prevenir els riscos associats al consum endovenós. Promoure auto-cures
Reducció de riscos	Programa d'acompanyament per a població en estat d'exclusió extrema (Programa Can Tunis)	Prevenir els riscos associats al consum endovenós. Promoure auto-cures. Educació sanitària. Facilitar necessitats bàsiques

patrons de consum (heroïna i cocaïna per via injectada), per aconseguir taxes d'incidència similars a d'altres països europeus, Barcelona necessita ara reduccions molt més fortes en les pràctiques de risc, la qual cosa implica polítiques més atrevides –recursos de venopunció higiènica repartits pels escenaris d'alt consum injectat, programes d'intercanvi de xeringues a les presons, programes de manteniment amb heroïna i intervencions per reduir les sobredosis no mortals i mortals de drogues.

2.7. Toxi-infeccions alimentàries causades per virus *Norwalk-like*

El virus *Norwalk* fou identificat el 1972 després d'un brot de gastroenteritis a Ohio (USA), altres virus amb similars característiques van ser descrits i nomenats *Norwalk-like*. Tots ells van ser classificats com a membres de la família calicivirus. L'únic reservori conegut n'és l'humà. Una toxi-infecció alimentària (TIA) està causada per l'ingesta d'aliments o aigües contaminades per fems d'una persona infectada, o per un manipulador d'aliments, malalt i que en la seva pràctica de manipulació contamina els aliments. Qualsevol persona pot afectar-se per virus *Norwalk-like*, però és més freqüent en adults o criatures grans. El període de l'incubació usualment és 24–48 hores, amb un rang de 10–50

hores. Els símptomes clínics més freqüents són: nàusees, vòmits, diarrea, dolor abdominal, febre generalment no alta. No hi sol haver necessitat d'hospitalització i l'evolució del quadre clínic sol ser la curació en 1 - 3 dies.

A Espanya des de que el 1982 es van incloure els brots epidèmics entre les Malalties de Declaració Obligatòria, s'ha produït un increment en el nombre de TIA notificats. Aquest fet que alguns atribueixen a una progressiva millora en el sistema de Vigilància Epidemiològica, també es tradueix en un brusc augment en la proporció de brots sense agent causal conegut. A Barcelona ciutat des de 1984 al 2000 el nombre total de brots per TIA declarats ha estat 367, d'ells el 50 % foren per *Salmonella*, 5 % per substància química, 1 % per *Shigella*, 0,5 % per *Staphylococcus*, 0,2 % per *C. Perfringens*, 0,2 % per *E.coli* 0157 H7 i en un 42 % no es va conèixer l'agent causal. En aquests dos últims anys (2001-2002) s'han detectat els 6 primers brots de TIA per virus *Norwalk-like*, en 5 d'ells s'han pogut confirmar microbiològicament. Això ha influït la millora en el diagnòstic etiològic de les TIA per virus, ja que la tècnica de laboratori s'ha anat instaurant en aquests últims anys. Dos d'aquests brots es van produir l'any 2001, en el qual el total de brots confirmats de TIA fou de 32, representant el 6,3 % per aquest agent causal, el 59,4 % per *Salmonella*, el 3,1 % per *Staphylococcus*, el 9,4 % per substància química i el 21,9 % per agent desconegut.

El primer brot detectat fou el mes de juliol de 2001, va afectar a 71 persones d'un Centre de Gent Gran en el qual el nombre d'exposats eren 147, amb una taxa d'atac del 48,2 %. La mitjana d'edat era de 79 anys amb una desviació típica de 8,8. La simptomatologia presentada fou: diarrees 98 %, dolor abdominal el 52 %, febre el 14 %, vòmits el 9 %. No hi van haver in-

Població diana	Mètode	Cobertura
Pacients dependents d' heroïna tractats en els centres de tractament	Facilitar l'accés als manteniments amb metadona en diferents escenaris: Centres de Tractament Presons Bus mòbil Farmàcies	60% demandes amb tractament per heroïna
Usuaris de drogues per via endovenosa (UDIs)	Intercanvis en: Farmàcies Agents de salut Centres d'Atenció primària Autobús d'intercanvi	58% injectors
UDIs en situació d'exclusió social	Centre nocturn especialitzat en educació sanitària, PIJ, atenció socio-sanitària i legal, higiene i menjar	90% IDUs vulnerables
Prostitutes UDIs en situació vulnerables	Centre de dia amb tallers de educació sanitària. Assessorament de recursos socio-sanitaris	30% prostitutes
UDIs en situació d'exclusió social total que viuen al carrer i menjar que s'instal·la en el territori	Programa mòbil diürn especialitzat en educació sanitària, PIJ, atenció socio-sanitària i legal, higiene	100% dels residents en l'àrea

gressos hospitalaris i la clínica va tardar d'hores a 3 dies. El probable aliment vehicle fou l'ensaladilla. Es va poder confirmar microbiològicament en els afectats pel virus *Norwalk-like* genogrup II en 3 de les 6 mostres i en els 6 manipuladors no es va poder descartar.

El segon brot és va donar el mes de novembre de 2001, va afectar a 64 persones d'una escola en la qual hi havia 184 exposats, la taxa d'atac global fou de 35 %. La mitjana d'edat era de 9 anys amb un màxim de 63 anys i un mínim de 4 anys. La simptomatologia presentada en aquest brot fou: vòmits el 80 %, dolor abdominal el 67 %, diarrees el 48 %, febre el 31 %, nàusees el 28 %. No hi va haver ingressos hospitalaris, es va autolimitar en 1- 3 dies. Desconeixem el probable aliment vehicle. En els afectats es va poder confirmar virus *Norwalk-like* genogrup II en 2 de les 5 mostres. En un dels 4 manipuladors es va confirmar microbiològicament virus *Norwalk-like* genogrup II, en una de les tres mostres de coprocultiu analitzades.

El tercer brot es va detectar el mes de gener de 2002, va afectar a un mínim de 58 persones d'un institut d'ensenyança secundària, amb una taxa d'atac de 42 % (137 exposats al menjador de l'institut). La simptomatologia presentada fou: dolor abdominal el 83 %, diarrea el 79 %, febre el 5 %, vòmits el 9 %, nàusees el 28 %. El quadre clínic es va autolimitar en 2 dies. No va haver-hi cap ingrés hospitala-

ri. La mitjana d'edat era de 14,5 anys amb un màxim de 17 anys i un mínim de 12. La distribució per sexes fou del 50 %. No es va poder confirmar microbiològicament, només a un dels afectats es va fer coprocultiu amb resultat negatiu. Als 2 manipuladors se'ls va fer un sol coprocultiu que fou negatiu. Únicament es va poder confirmar epidemiològicament que fou un brot de TIA.

El quart brot fou produït el mes de febrer de 2002, afectant a 50 personas d'un total de 450 exposats a una escola, la taxa d'atac fou 11,1 %. La simptomatologia clínica fou: vòmits i dolor abdominal el 100 %, nàusees el 86 %, diarrea el 62 %, febrícula el 55 %. Es va autolimitar en 24 hores. El 24 tenien 11 anys, el 21 % 8 anys i el 15 % 6 anys. El 64 % eren nens i el 36 % nenes. En 7 de les 15 mostres dels afectats es va confirmar microbiològicament virus *Norwalk-like* genogrup Ib. Als 5 dels 10 manipuladors afectats se'ls va confirmar microbiològicament virus *Norwalk-like* genogrup Ib. La transmissió fou alimentària i no es va poder descartar també una transmissió persona a persona entre els manipuladors, les criatures i familiars. La transmissió alimentària probablement es va produir per afectació dels manipuladors.

El cinquè brot es va produir el juny de 2002, afectant a una escola en la qual el nombre de casos possibles fou 129 amb un interval de 105 a 151 casos, d'un total de 230 exposats. La taxa d'atac fou del 56 %. La simptomatologia clínica va ser: dolor abdominal el 93 %, vòmits el 60 %, febre el 53 %, nàusees el 42 %, diarrea el 33 %. La mitjana de duració del quadre clínic va ser d'un dia. No va haver-hi cap ingrés hospitalari. La mitjana d'edat era de 9 anys amb un màxim de 13 anys i un mínim de 6. El 24 % eren nens i el 76 % nenes. El probable aliment vehicle va ser l'amanida.

Microbiològicament es va confirmar en 16 dels 19 casos el virus *Norwalk-like*. Als 3 manipuladors se'ls va realitzar un coprocultiu que va donar negatiu en els tres.

El sisè brot es produí també el juny de 2002, afectant a un mínim de 19 escolars entre 35 exposats al restaurant d'un hotel de Barcelona en el qual es van hospedar, essent la taxa d'atac del 54,2 %. La simptomatologia clínica fou: vòmits el 89 %, dolor abdominal el 68%, diarrea el 63 %, nàusees el 53 %, febre el 32 %. Es va autolimitar en 2 dies. La mitjana d'edat era de 12 anys amb una desviació típica de 3,96. La distribució per sexes fou del 32 % en nens i del 68 % en nenes. En els afectats no es va poder confirmar microbiològicament perquè no es va realitzar cap coprocultiu. En 3 dels 5 manipuladors es va confirmar microbiològicament el virus *Norwalk-like*. No es va poder identificar l'aliment vehicle, però el fet que els manipuladors foren els que varen realitzar tota la manipulació, indueix a pensar que en algun dels processos de manipulació les mesures d'higiene no es varen realitzar correctament.

A la taula 2.10. es recullen les característiques d'aquests brots, apreciand-se que: solen afectar a col·lectius nombrosos, presenten quadres benignes i s'autolimiten en poc temps. És previsible que aquests tipus de brots es puguin detectar cada cop amb major freqüència i en altres tipus de col·lectius més petits, degut al major coneixement dels mateixos per part d'epidemiòlegs, microbiòlegs i clínics.

Taula 2.10. Característiques generals dels 6 brots detectats de toxi-infecció alimentària per *Norwalk-like*. Barcelona juliol 2001 a juliol 2002.

Brots/Temps	Casos Exposats	Taxa d'atac	Àmbit	Clínica (*)	Aliment	Confirm Microbi.
Juliol 2001	72/147	48%	Centre Gent Gran	D.98% DA.52% F.14% V.9%	Ensaladilla	+ casos
Novembre 2001	64/184	35%	Escola	V.80% DA.67% D.48% F.31%	Descon.	+ casos +manip
Gener 2002	58/137	42%	Institut	DA.83% D.79% V.9% F.5%	Descon.	No
Febrer 2002	50/450	11%	Escola	V.100% DA.100% D.62% F.55%	Manipul.	+ casos +manip
Juny 2002	129/230	56%	Escola	DA.93% V.60% F.53% D.33%	Amanida	+ casos
Juny 2002	19/35	54%	Restauran	V.89% DA.68% D.63% F.32%	Manipul.	+manip

(*) D= Diarrees; DA= Dolor Abdominal; V= Vòmits; F= Febre
Font: IMSP

CONCLUSIONS

A Barcelona augmenta l'esperança de vida a causa de la disminució de la mortalitat i de l'estancament de la natalitat, per tant augmenta el nombre de gent gran. La incidència de sida i de tuberculosi disminueix de forma important des de la segona meitat dels anys 90. La cocaïna passa a ser la primera droga consumida. El consum de tabac augmenta en les noies joves, mentre que s'estanca en els nois. A continuació es presenten les conclusions d'aquest informe segons cada un dels apartats.

La població i el medi

- El percentatge de població més gran de 65 anys és de 22,3 %. Ha augmentat el nombre de persones grans que viuen soles, essent del 24,8 % dels majors de 65 anys.
- La població nascuda fora de l'Estat Espanyol ha crescut, passant d'un 3 % l'any 1991 a un 7,2 % l'any 2000.
- Un 55,5 % dels homes i un 39,7 % de les dones de 16 anys o més són població activa. L'atur enregistrat en l'Enquesta de Població Activa se situa en 11,2 % en la població de 16 anys o més, havent disminuït considerablement des de 1998.
- La qualitat de l'aire i l'aigua de consum està dintre dels límits normatius establerts (a excepció d'algun paràmetre de l'aigua d'origen Llobregat).

La salut maternoinfantil

- Segueix augmentant l'edat en que les dones tenen fills, incrementant-se la taxa de fecunditat en les dones més grans de 35 anys. De tota manera, la taxa de natalitat segueix estable.
- Tot i ser de magnitud reduïda en termes absoluts, s'observa un increment dels avortaments en les adolescents de 14 a 17 anys, edat en la qual 3 de cada 4 embarassos acaben en IVE. La natalitat en aquest grup d'edat és estable.
- La mortalitat infantil presenta una davallada durant tota la dècada i se situa en els valors de la majoria de països desenvolupats.
- Existeix un bon control obstètric de l'embaràs tot i que la mitjana del nombre d'ecografies fetes durant la gestació segueix essent elevada.

La salut percebuda i les conductes relacionades amb la salut

- L'estat de salut percebut i la presència de trastorns crònics presenten un patró estable al llarg dels anys.
- L'any 2000, un 35,3 % dels homes i un 23 % de les dones es declaren consumidors habituals de tabac. Des de finals dels 80, el consum disminueix en els homes i augmenta en les dones.

Problemes de salut específics

- Tant la tuberculosi com la sida segueixen disminuint tal com es va posar en evidència a meitats dels anys 1990.
- El consum de drogues ha experimentat un canvi de patró des de finals dels anys 90, on la cocaïna passa a ser la primera droga consumida. Les drogues de disseny han augmentat lleugerament, representant un 10 % de les urgències per drogues l'any 2001.
- S'observa una disminució en el nombre d'urgències hospitalàries per accidents de trànsit respecte als anys 1999 i 2000.
- Es produeixen més accidents laborals greus que mortals. Els greus han disminuït des de 1999, mentre que els mortals, l'any 2001 han incrementat lleugerament.

La mortalitat

- Les taxes de mortalitat estandarditzades per edat segueixen disminuint fet que s'ha traduït en un augment de l'esperança de vida en néixer de 2,4 anys en els homes i de 3,1 anys en les dones des de començaments de la dècada dels 90.
- La mortalitat canvia segons grup d'edat i sexe. En els joves, la sida segueix disminuint, mentre que les altres causes (accidents de trànsit i sobredosi de drogues) estan més estables. En els adults, el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones, són les primeres causes i tendeixen a disminuir. En la gent gran, les malalties cardiovasculars prenen més importància tot i que també disminueixen.

Els serveis sanitaris

- La reforma de l'atenció primària ja cobreix un 81,1 % de la població l'any 2001.
- Les taxes d'hospitalització han augmentat des de 1994, situant-se 89,6 per 1.000 habitants i any.
- Es segueix incrementant l'activitat de les urgències dels serveis hospitalaris i del Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona, mantenint-se estable l'activitat dels Centres d'Atenció Continuada.
- Els recursos d'atenció socio-sanitària i d'atenció a la salut mental han augmentat, tot i que han disminuït els llits d'hospitalització psiquiàtrica.

Alguns temes monogràfics

Evolució de la incidència de les Pneumònies per Legionella Pneumòphila a la ciutat de Barcelona els anys 1989-2001

- S'ha produït un increment dels casos de pneumònies per Legionella Pneumòphila detectats pel sistema de vigilància. Aquest augment ha comportat alguns canvis en el patró epidemiològic de la malaltia, de manera que han augmentat el casos en la població més jove i els casos deguts a exposicions comunitàries. La letalitat de la malaltia ha disminuït considerablement.

Factors de risc en adolescents

- Existeix una tendència a l'augment del consum de tabac entre els escolars de 2n d'ESO, a expenses sobretot de l'augment de la prevalença en les noies i amb un estancament entre els nois.
- Disminueix el consum experimental i habitual d'alcohol en aquestes edats, si bé s'observa que un 10% d'escolars ja fa un consum problemàtic, amb signes d'equiparació del consum en ambdós sexes.
- Augmenta la proporció de noies que ha provat el cannabis, que es compensa amb un lleuger descens del consum entre els nois d'aquesta edat.

Característiques dels lesionats per accident de trànsit residents a la ciutat de Barcelona. Evolució 1997-2001

- Els accidents de trànsit tenen un especial impacte en la població jove, freqüentment usuària de vehicles de dues rodes, i en els vianants, que majoritàriament són infants o persones grans.
- L'obligatorietat de les mesures de protecció s'ha demostrat efectiva amb l'ús del casc, amb una cobertura casi total. En canvi l'ús del cinturó encara no està tant generalitzat i és molt poc utilitzat en els seients de darrera.

La salut dels treballadors i treballadores al llarg de la vida laboral

- El nombre d'accidents traumàtics greus en jornada laboral, els més freqüents l'any 2001,

va augmentar respecte l'any 2000 en els ocupats majors de 49 anys.

- El grup amb pitjors indicadors de salut són les dones de més de 49 anys en ocupacions manuals
- Les dones joves, sobretot les d'ocupacions no manuals, tenen una alta prevalença de baix pes (41,8 % les d'ocupacions no manuals i 35 % les de manuals).
- El 46,5 % dels treballadors i treballadores menors de 30 anys són fumadors, prevalença superior a la dels altres grups d'edat.

Vigilància de la infecció pel VIH a la ciutat de Barcelona

- El nou sistema de vigilància de la infecció-VIH aporta informació rellevant, entre d'altres, sobre l'estat immunològic del malalt al diagnosticar-se la infecció-VIH, la qual cosa ens permet estimar dades del retràs en la realització de la prova diagnòstica.

Prevalença de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en població usuària de drogues per via injectada (UDIs)

- La prevalença d'HIV en població usuària de drogues per via injectada ha disminuït des de l'any 1991.
- Si bé els descensos de la proporció d'infectats són importants, encara estem en prevalences altes i superiors a les de la resta d'Europa en la mateixa població de risc.

Toxi-infeccions alimentàries causades per virus Norwalk-like

- En els anys 2001-2002 s'han detectat els 6 primers brots de toxiinfecció alimentària (TIA) per virus *Norwalk-like*. Dos d'aquests brots es van produir l'any 2001, en el qual el total de brots confirmats de TIA fou de 32, representant el 6,3 % per aquest agent causal, el 59,4 % per *Salmonella*, el 3,1 % per *Staphylococcus*, el 9,4 % per substància química i el 21,9 % per agent desconegut.

RESUM EXECUTIU
RESUMEN EJECUTIVO
EXECUTIVE SUMMARY

RESUM EXECUTIU. La salut a Barcelona 2001

Aquest és el 19è informe "La Salut a Barcelona", que contribueix a conèixer l'estat de salut de la població de la ciutat, quins són els principals problemes de salut i quina és la seva evolució.

A Barcelona augmenta l'esperança de vida a causa de la disminució de la mortalitat i de l'estancament de la natalitat, per tant augmenta el nombre de gent gran. La incidència de sida i de tuberculosi disminueix de forma important des de la segona meitat dels anys 90. La cocaïna passa a ser la primera droga consumida. El consum de tabac augmenta en les noies joves, mentre que s'estanca en els nois. A continuació es resumeixen els punts més importants d'aquest informe.

La població i el medi

La població de Barcelona, de 1.512.971 persones a començaments de 2001, continua envellint, essent el percentatge de població més gran de 65 anys de 22,3. La població nascuda fora de l'Estat Espanyol ha crescut, passant d'un 3 % l'any 1991 a un 7,2 % l'any 2000. Un 55,5 % dels homes i un 39,7 % de les dones de 16 anys o més són població activa. L'atur se situa en 11,2 %. La qualitat de l'aire i l'aigua de consum està dintre dels límits establerts (a excepció d'algun paràmetre de l'aigua d'origen Llobregat).

La salut maternoinfantil

Mentre la taxa de natalitat segueix estable a 8 naixements per cada 1.000 habitants, la taxa de fecunditat en dones de 35 anys o més segueix augmentant. També s'han incrementat els avortaments en noies de 14 a 17 anys: tres quartes parts dels embarassos d'aquest grup d'edat acaben en avortament. També han augmentat els naixements de pares d'origen estranger.

Pel que fa al control obstètric de l'embaràs, es manté elevada la proporció de dones que es fan una ecografia al 5è o el 6è mes, període adient per fer el cribratge de defectes congènits. Tanmateix, la mitjana del nombre d'ecografies fetes durant la gestació segueix sent molt elevada (al voltant de 5). La proporció d'embarassades fumadores ha disminuït durant tota la dècada.

La salut percebuda i les conductes relacionades amb la salut

Vuit de cada 10 homes i 7 de cada 10 dones declaren el seu estat de salut com molt bo o bo, percentatges que han estat força estables al llarg dels anys. També existeix estabilitat respecte els trastorns crònics declarats. L'any 2000, un 35,3 % dels homes i un 23 % de les dones es declaren consumidors habituals de tabac. Des de finals dels 80, el consum disminueix en els homes i augmenta en les dones.

Problemes de salut específics

La tuberculosi ha presentat una disminució important des de 1990, tot i que l'any 2001 ha augmentat lleugerament en els homes, sobretot per l'augment de la tu-

berculosis en els usuaris de drogues intravenoses. La sida segueix la baixada que va començar a la meitat de la dècada dels 90 quan es van instaurar els tractaments antiretrovirals.

Segueixen disminuint els usuaris d'opiacis i augmentant els de cocaïna, de tal manera que la cocaïna és la droga no institucionalitzada més consumida actualment. Les urgències per drogues de disseny passen del 2 % l'any 1992 al 10 % l'any 2001.

L'any 2001 es van atendre 9.769 episodis de lesionats per accidents de trànsit als principals serveis d'urgències hospitalàries de Barcelona en residents de la ciutat. S'observa una disminució en el nombre d'urgències hospitalàries per accidents de trànsit respecte als anys 1999 i 2000. Durant el període 1994-2001 a la ciutat de Barcelona s'han notificat 4.131 accidents laborals greus i 432 de mortals. Els accidents greus augmenten fins 1999 per després disminuir. El nombre d'accidents mortals durant el període 1994-2001 ha estat entre 44 i 60 morts per any; l'any 2001 en van ser 55, cosa que representa un augment respecte els dos darrers anys.

La mortalitat

Les taxes de mortalitat estandarditzades per edat segueixen disminuint fet que s'ha traduït en un augment de l'esperança de vida en néixer de 2,4 anys en els homes i de 3,1 anys en les dones des de començament de la dècada dels 90 (l'any 2001 va ser de 75,3 anys en els homes i de 83,3 en les dones). En els joves i adults joves (15-44 anys) segueix disminuint la mortalitat per sida, estant ja al nivell de les altres causes de mort (accidents de trànsit, sobredosi i suïcidis). Les primeres causes de mort en la població de 45 a 64 anys són el càncer de pulmó i la malaltia isquèmica del cor en els homes i el càncer de mama en les dones, i totes elles tendeixen a disminuir. En el grup de més de 64 anys les causes principals en les dones són la malaltia cerebrovascular i la malaltia isquèmica del cor i en els homes són les mateixes causes però amb l'ordre invertit. També en aquest cas les tendències són a la disminució.

Els serveis sanitaris

La reforma de l'atenció primària ja cobreix un 81,1 % de la població l'any 2001. Malgrat que l'oferta de llits d'aguts als hospitals públics s'ha mantingut, les taxes d'hospitalització han augmentat des de 1994. Es segueix incrementant l'activitat de les urgències dels serveis hospitalaris i del Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona, mantenint-se estable l'activitat dels Centres d'Atenció Continuada. Els recursos d'atenció socio-sanitària i d'atenció a la salut mental han augmentat, tot i que han disminuït els llits d'hospitalització psiquiàtrica.

Alguns temes monogràfics

Evolució de la incidència de les Pneumònies per Legionella Pneumòphila a la ciutat de Barcelona els anys 1989-2001. S'ha produït un increment dels casos de pneumònies per Legionella Pneumòphila detectats pel sistema de vi-

gilància que pot ser conseqüència d'una major incidència de la malaltia però també d'una major detecció per la introducció de l'antigenuria. Aquest augment ha comportat alguns canvis en el patró epidemiològic de la malaltia, de manera que han augmentat el casos en la població més jove que abans no es detectaven, la letalitat de la malaltia ha disminuït considerablement i per últim els casos deguts a exposicions comunitàries han augmentat, com també l'aparició de brots.

Factors de risc en adolescents

S'aprecia una tendència a l'augment del consum de tabac entre els escolars de 2n d'ESO, a expenses sobretot de l'augment de la prevalença en les noies i amb un estancament entre els nois. Hi ha una tendència al descens del consum experimental i habitual d'alcohol en aquestes edats, si bé s'observa que un 10% d'escolars ja fa un consum problemàtic, amb signes d'equiparació del consum en ambdós sexes. Hi ha un augment de la proporció de noies que ha provat el cannabis, que es compensa amb un lleuger descens del consum entre els nois d'aquesta edat. S'aprecia una evolució negativa en la intensitat de pràctica d'exercici físic entre els escolars de la mostra.

Característiques dels lesionats per accident de trànsit residents a la ciutat de Barcelona. Evolució 1997-2001

Tot i que es comença a invertir la tendència creixent en el nombre d'accidents de trànsit detectada en els últims anys, la incidència continua sent elevada. Té un especial impacte en la població jove, freqüentment usuària de vehicles de dues rodes, i en els vianants, que majoritàriament són infants o persones grans. Aquests últims són també els que pateixen les lesions més greus. L'obligatorietat de les mesures de protecció s'ha demostrat efectiva amb l'ús del casc, amb una cobertura casi total. En canvi l'ús del cinturó encara no està tant generalitzat i és molt poc utilitzat en els seients de darrera.

La salut dels treballadors i treballadores al llarg de la vida laboral

El gènere i la classe social ocupacional s'associen a la salut i als comportaments relacionats en la població ocupada de Barcelona, però ho fan amb un patró diferent segons l'etapa vital. Cal destacar que el nombre d'accidents traumàtics greus en jornada laboral, els més freqüents l'any 2001, va augmentar respecte l'any 2000 en els ocupats majors de 49 anys; que el grup amb pitjors indicadors de salut són les dones de més de 49 anys en ocupacions manuals; que les dones joves, sobretot les d'ocupacions no manuals, tenen una alta prevalença de baix pes (41,8 % les d'ocupacions no manuals i 35 % les de manuals) i que el 46,5 % dels treballadors i treballadores menors de 30 anys són fumadors, prevalença superior a la dels altres grups d'edat.

Vigilància de la infecció pel VIH a la ciutat de Barcelona

El nou sistema de vigilància de la infecció-VIH aporta informació rellevant, entre d'altres, sobre l'estat immunològic del malalt al diagnosticar-se la infecció-VIH, la qual cosa ens permet estimar dades del retràs en la realització de la prova diagnòstica. Els resultats contrasten de manera significativa amb els obtinguts fins ara del registre de casos de SIDA, aportant informació sobre la forma de contagi del virus entre les infeccions més recents.

Prevalença de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) en població usuària de drogues per via injectada (UDIs)

Tots els sistemes d'informació implementats a Barcelona per a monitoritzar la prevalença d'VIH en població usuària de drogues per via injectada indiquen que aquestes han baixat de manera significativa des de l'any 1991, encara que s'observa un descens lent durant els anys 1999-2001.

Si bé els descensos de la proporció d'infectats són importants, encara estem en prevalences molt altes -22%, 21 % segons població monitoritzada- i molt superiors a les de la resta d'Europa en la mateixa població de risc.

Toxi-infeccions alimentàries causades per virus Norwalk-like

En els anys 2001-2002 s'han detectat els 6 primers brots de toxiinfecció alimentària (TIA) per virus *Norwalk-like*. Això ha influït la millora en el diagnòstic etiològic de les TIA per virus, ja que la tècnica de laboratori s'ha anat instaurant en aquests últims anys. Dos d'aquests brots es van produir l'any 2001, en el qual el total de brots confirmats de TIA fou de 32, representant el 6,3 % per aquest agent causal, el 59,4 % per *Salmonella*, el 3,1 % per *Staphylococcus*, el 9,4 % per substància química i el 21,9 % per agent desconegut.

RESUMEN EJECUTIVO. La salud a Barcelona 2001

Este es el informe 19 "La Salut a Barcelona", que da a conocer el estado de salud de la población de la ciudad, los principales problemas de salud y su evolución.

En Barcelona aumenta la esperanza de vida a causa de la disminución de la mortalidad y del estancamiento de la natalidad, por tanto aumenta el número de gente mayor. La incidencia de sida y tuberculosis disminuye de una forma importante desde la segunda mitad de los años 90. La cocaína pasa a ser la primera droga consumida. El consumo de tabaco aumenta en las chicas jóvenes, mientras que se estanca en los chicos. A continuación se resumen los puntos más importantes de este informe.

La población y el medio

La población de Barcelona, de 1.512.971 personas a principios del 2001, continúa envejeciendo siendo el porcentaje de la población mayor de 65 años del 22,3. La población nacida fuera del Estado Español ha crecido, de un 3% en 1991 a un 7,2% el año 2000. Un 55,5% de los hombres y un 39,7% de las mujeres de 16 años o más son población activa. El paro se sitúa en un 11,2%.

La calidad del aire y del agua de consumo está dentro de los límites establecidos (a excepción de algún parámetro del agua de origen Llobregat).

La salut maternoinfantil

Mientras la tasa de natalidad sigue estable en 8 nacimientos por cada 1.000 habitantes, la tasa de fecundidad en mujeres de 35 años o más va aumentando. También aumentan los abortos en chicas de 14 a 17 años: tres cuartas partes de los embarazos de este grupo de edad acaban en aborto. También incrementan los nacimientos de padres de origen extranjero.

Referente al control obstétrico del embarazo, se mantiene elevada la proporción de mujeres que se hacen una ecografía en el 5º o 6º mes, período adecuado para hacer el cribaje de defectos congénitos. Asimismo, la media del número de ecografías realizadas durante la gestación sigue siendo muy elevada (alrededor de 5). La proporción de embarazadas fumadoras ha disminuido durante toda la década.

La salud percibida y las conductas relacionadas con la salud
Ocho de cada 10 hombres y 7 de cada 10 mujeres declaran su estado de salud como muy bueno o bueno, porcentajes bastante estables a lo largo de los años. También existe estabilidad respecto a los trastornos crónicos declarados.

En el año 2000, un 35,3% de los hombres y un 23% de las mujeres se declaran consumidoras habituales de tabaco. Desde finales de los 80, el consumo disminuye en los hombres y aumenta en las mujeres.

Problemas de salud específicos

La tuberculosis presenta una disminución importante desde 1990, aunque en el año 2001 aumenta ligeramente en los hombres, sobre todo por el aumento de la tuberculosis en los usuarios de drogas intravenosas. El sida sigue la bajada que empezó en la mitad de la década de los 90 cuando se empezaron los tratamientos antiretrovirales.

Siguen disminuyendo los usuarios de opiáceos y aumentan los de cocaína, de tal manera que ésta es la droga no institucionalizada de más consumo actualmente. Las urgencias por drogas de diseño pasan del 2% en el año 1992 al 10% en el año 2001.

En el año 2001 se atendieron 9.769 episodios de lesionados por accidentes de tráfico en los principales servicios de urgencias hospitalarias de Barcelona en residentes de la ciudad. Se observa una disminución en el número de urgencias hospitalarias por accidentes de tráfico respecto a los años 1999 y 2000.

Durante el período 1994-2001 en la ciudad de Barcelona se han notificado 4.131 accidentes laborales graves y 432 mortales. Los accidentes graves aumentan hasta 1999 para luego disminuir. El número de accidentes mortales durante el período 1994-2001 ha sido entre 44 y 60 muertos por año; en el 2001 fueron 55, lo que representa un aumento respecto a los dos últimos años.

La mortalidad

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad siguen disminuyendo lo que se traduce en un aumento de la esperanza de vida al nacer de 2,4 años en los hombres y de 3,1 años en las mujeres desde el principio de la década de los 90 (en el 2001 fue de 75,3 años en los hombres y de 83,3 en las mujeres). En los jóvenes y adultos jóvenes (15-44 años) va disminuyendo la mortalidad por sida, estando ya al nivel de las otras causas de muerte (accidentes de tráfico, sobredosis y suicidio). Las primeras causas de muerte en la población de 45 a 64 años son el cáncer de pulmón y la enfermedad isquémica del corazón en los hombres y el cáncer de mama en las mujeres y todas tienden a disminuir. En el grupo de más de 64 años las causas principales en las mujeres son la enfermedad cerebrovascular y la isquémica del corazón y en los hombres son las mismas pero en orden inverso. También en este caso tienden a disminuir.

Los servicios sanitarios

En el año 2001 la reforma de la atención primaria ya cubre un 81,1% de la población. Aunque la oferta de camas de agudos en los hospitales públicos se ha mantenido, las tasas de hospitalización han aumentado desde 1994. La actividad de las urgencias de los servicios hospitalarios y del Servicio Coordinador de Urgencias de Barcelona sigue aumentando y la actividad de los Centros de Atención Continuada se mantiene estable. Los recursos de atención socio-sanitaria y de atención a

la salud mental aumentan a pesar que disminuyen las camas de hospitalización psiquiátrica.

Algunos temas monográficos

Evolución de la incidencia de las neumonías por Legionella Pneumophila en la ciudad de Barcelona los años 1989-2001.

Se produce un aumento de los casos de neumonías por Legionella Pneumophila detectados por el sistema de vigilancia, que puede ser consecuencia de una mayor incidencia de la enfermedad pero también de una mayor detección por la introducción de la antigenuria. Este aumento comporta algunos cambios en el patrón epidemiológico de la enfermedad, de manera que han aumentado los casos en la población más joven que antes no se detectaban, la letalidad de la enfermedad ha disminuido considerablemente y, por último, los casos debidos a exposiciones comunitarias aumentan, como también la aparición de brotes.

Factores de riesgo en adolescentes

Se aprecia una tendencia al aumento del consumo de tabaco entre los escolares de 2º de ESO a expensas, sobre todo, del aumento de la prevalencia en las chicas y un estancamiento entre los chicos. Hay una tendencia al descenso del consumo experimental y habitual de alcohol en estas edades, observando que un 10% de escolares hace un consumo problemático, con signos de equiparación del consumo en los dos sexos. Aumenta la proporción de chicas que ha probado el cannabis, que se compensa con un ligero descenso del consumo entre los chicos de esta edad. Se aprecia una evolución negativa en la intensidad de la práctica de ejercicio físico entre los escolares de la muestra.

Características de los lesionados por accidente de tráfico residentes en la ciudad de Barcelona. Evolución 1997-2001

Aunque se empieza a invertir la tendencia creciente en el número de accidentes de tráfico detectada en los últimos años, la incidencia continúa siendo elevada. Tiene un especial impacto en la población joven, frecuentemente usuaria de vehículos de dos ruedas y en los peatones que, mayoritariamente, son niños o personas mayores. Estos últimos son también los que padecen las lesiones más graves. La obligatoriedad de las medidas de protección se ha demostrado efectiva en el uso del casco, con una cobertura casi total. En cambio, el uso del cinturón no está tan generalizado y se utiliza poco en los asientos traseros.

La salud de los trabajadores y trabajadoras a lo largo de la vida laboral

El género y la clase social ocupacional se asocian a la salud y comportamientos relacionados en la población ocupada de Barcelona, pero lo hacen con un patrón di-

ferente según la etapa vital. Destacar que el número de accidentes traumáticos graves en jornada laboral, los más frecuentes en el año 2001, aumentaron respecto al año 2000 en ocupados mayores de 49 años; que el grupo con peores indicadores de salud son las mujeres de más de 49 años en ocupaciones manuales; que las mujeres jóvenes, sobre todo las de ocupaciones no manuales, tienen una alta prevalencia de bajo peso (41,8% las de ocupaciones no manuales y 35% las de manuales) y que el 46,5% de los trabajadores y trabajadoras menores de 30 años son fumadores, prevalencia superior a la de los otros grupos de edad.

Vigilancia de la infección por VIH en la ciudad de Barcelona

El sistema nuevo de vigilancia de la infección VIH aporta información relevante, entre otras, sobre el estado inmunológico del enfermo al diagnosticarse la infección VIH, lo que nos permite estimar datos del retraso en la realización de la prueba diagnóstica. Los resultados contrastan de manera significativa con los obtenidos hasta ahora del registro de casos de SIDA, aportando información sobre la forma de contagio del virus entre las infecciones más recientes.

Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en población usuaria de drogas por vía inyectada (UDIs).

Todos los sistemas de información puestos en marcha en Barcelona para monitorizar la prevalencia del VIH en población usuaria de drogas por vía inyectada indican que éstas han bajado de manera significativa desde 1991, aunque se observa un descenso lento durante los años 1999-2001.

Si bien los descensos de la proporción de infectados son importantes, aún estamos en prevalencias muy altas -22%, 21% según población monitorizada- y muy superiores al resto de Europa en la misma población del riesgo.

Toxi-infecciones alimenticias causadas por virus Norwalk-like

En los años 2001-2002 se detectan los 6 primeros brotes de toxiinfección alimenticia (TIA) por virus Norwalk-like. Esto influye la mejora en el diagnóstico etiológico de las TIA por virus, ya que la técnica de laboratorio se ha instaurado en estos últimos años. Dos de estos brotes fueron en el año 2001, en el cual el total de brotes confirmados de TIA fue de 32, representando el 6,3% por este agente causal, el 59,4% por *Salmonella*, el 3,1% por *Staphylococcus*, el 9,4% por sustancia química y el 21,9% por agente desconocido.

EXECUTIVE SUMMARY. Health in Barcelona 2001

This is the 19th edition of "La Salut a Barcelona" [Health in Barcelona], a report with information on the state of health of the city's population, the main health problems and how they are changing.

Life expectancy is increasing in Barcelona because mortality is decreasing and the birth rate has remained stable, meaning that the number of older people is increasing. The incidence of AIDS and tuberculosis has greatly decreased since the second half of the 1990s. Cocaine is now the most commonly consumed drug. Tobacco consumption is increasing among young women, but remains constant in young men. The most important points from the report are summarised below.

The population and the environment

Barcelona's population, 1,512,971 people at the beginning of 2001, is continuing to age, with 22.3% of the population aged 65 or older. The population born outside Spain has grown from 3% in 1991 to 7.2% in 2000. 55.5% of men and 39.7% of women aged over 16 form part of the working population. Unemployment is 11.2%.

The quality of the air and drinking water is within the established limits (with the exception of some parameters for drinking water extracted from the River Llobregat).

Mother and child health

The birth rate has remained stable at 8 births per 1,000 inhabitants, while the fertility rate in women over 35 is increasing. There was also an increase in abortions in girls aged 14-17; three-quarters of the pregnancies in this age group terminate in abortion. There was also an increase in the number of children born to foreign parents. In relation to obstetric monitoring of pregnancies, a high percentage of women continue to undergo an ultrasound scan in the 5th or 6th month of pregnancy, a suitable period for detection of congenital defects. The number of ultrasound scans performed during pregnancy remains very high (around 5). The proportion of pregnant women who smoke has declined throughout the decade.

Perceived health and health-related behaviour

8 of every 10 men and 7 of every 10 women state that their health is good or very good, and these percentages have remained quite stable over the years. The number of declared cases of chronic disorders has also remained stable.

In 2000, 35.3% of men and 23% of women stated that they were habitual tobacco smokers. Since the late 1980s tobacco consumption has decreased in men and increased in women.

Specific health problems

There has been a large decrease in tuberculosis since 1990, though there was a slight increase among men in

2001, largely due an increase in tuberculosis among intravenous drug users. The number of AIDS cases continues the decline that started in the 1990s when antiretroviral therapy were introduced.

The number of opiate users continues to decline, though the number of cocaine users is rising, meaning that cocaine is now the most consumed non-institutionalised drug. Emergency admissions due to consumption of designer drugs increased from 2% in 1992 to 10% in 2001.

In 2001, Barcelona's main hospital emergency services treated a total of 9,769 injuries due to traffic accidents affecting residents in the city. There was a decrease in the number of traffic-related emergency hospital admissions in relation to 1999 and 2000.

In the period 1994-2001, 4,131 serious workplace accidents and 432 fatal ones were reported in the City of Barcelona. The number of serious accidents increased until 1999, but since then it has declined. In the period 1994-2002 the number of fatal accidents per year was between 44 and 66; in 2001 there were 55 fatal accidents, an increase over the number in the two preceding years.

Mortality

The standardised death rates by age continue to decline, meaning that life expectancy at birth has increased by 2.4 years in men and 3.1 years in women since the early 1990s (in 2001, life expectancy was 75.3 years in men, and 83.3 in women). Among adolescents and young adults (15-44 years old) mortality due to AIDS has continued to decline, and it has now declined to the same level as other causes of death (traffic accidents, overdoses and suicide). The most important causes of death in the population aged 45-64 are lung cancer and ischaemic heart disease in men, and breast cancer in women, all of which show a downward trend. In the group aged 65 or older the main causes of death in women are cerebrovascular disease and ischaemic heart disease, while in men the two main causes are the same, but in the opposite order. They both show a downward trend in this group.

Health services

By 2001 the primary healthcare reform had reached 81.1% of the population. The number of beds for acute admissions in public hospitals has remained stable, but hospitalisation rates have increased since 1994. The activity of the hospital emergency services and the Barcelona Emergency Coordinating Service continues to increase, and the activity of the *Centros de Atención Continuada* [primary healthcare centre with continuous emergency cover] remains stable. Resources for social and health care and for mental health care are increasing, despite the reduction in the number of beds for psychiatric hospitalisation.

Some specific issues

Changes in the incidence of legionnaire's disease (pneumonia caused by Legionella pneumophila) in the City of Barcelona 1989-2001.

There has been an increase in the number of cases of legionnaire's disease (*Legionella pneumophila* pneumonia) detected by the monitoring system, which may be due to a higher incidence of the disease, though it may also be due to more effective detection due to the introduction of urine antigen testing. This increase in the disease has led to some changes in its epidemiological pattern, with an increase in cases among the young (which were not detected in the past), a decrease in the lethality of the disease, and an increase in community-acquired cases and the number of outbreaks.

Risk factors in adolescents

Tobacco consumption in schoolchildren in the second year of secondary education is showing an upward trend, largely due to an increase in prevalence among girls, the prevalence remaining unchanged among boys. There is a downward trend in experimental and habitual alcohol consumption in this age group, though it was found that 10% of schoolchildren have problematic consumption habits, with signs that consumption is becoming comparable in the two sexes. There has been an increase in the proportion of girls who have tried cannabis, which is compensated by a slight decrease in consumption among boys of this age. The schoolchildren included in the survey showed a negative change in the amount of physical exercise that they take.

Characteristics of traffic accident victims in the City of Barcelona. Changes 1997-2001.

The upward trend in the number of traffic accidents observed has begun to reverse over the last few years, but the incidence remains high. The impact is particularly high among young people, who frequently use two-wheel vehicles, and among pedestrians, who are mainly children or old people. Old people also suffer the most serious lesions. Making safety measures obligatory has shown itself to be effective, for example the use of motorcycle crash helmets, which are now worn by almost everyone. However, the use of car seat belts is not so widespread, and those in the rear seats are not widely used.

Worker health over the course of the working life

Gender and occupational social class are associated with health and related behaviours in Barcelona's working population, but the pattern of association varies depending on the life-stage. Some points worth mentioning: the number of serious traumatic injuries at work, the most frequent type of accident in 2001, increased when compared to 2000 in workers aged 50 or over; the group with the worst health indicators are women aged 50 or over in manual occupations; young women, especially those in non-manual occupations,

show a high prevalence of low weight (41.8% in non-manual occupations, and 35% in manual occupations); 46.5% of workers under 30 are smokers, a higher prevalence than in other age groups.

Monitoring HIV infection in the City of Barcelona

The new monitoring system for HIV infection provides relevant information, including among other things information on the patient's immunological status when HIV infection is diagnosed, which allows us to estimate the delay in performing the diagnostic test. The results contrast significantly with those obtained so far from the AIDS case register, and provide information on how the virus was transmitted in the most recent infections.

Prevalence of human immunodeficiency virus (HIV) in the intravenous drug user (IVDU) population

All the information systems in operation in Barcelona to monitor the prevalence of HIV in the intravenous drug user population have shown a significant decline since 1991, though the decrease was slow in 1999-2001. There has been a large decrease in the proportion of IVDUs infected, but the incidence is still high (22% or 21% depending on the population being monitored), and much higher than in the rest of Europe for the same risk population.

Food poisoning caused by the Norwalk-like virus

The first 6 outbreaks of food poisoning by the Norwalk-like virus were detected in 2001-2002. This has been influenced by improvements in diagnosis of viral food poisoning, as the new laboratory technique was installed a few years ago. Two outbreaks of Norwalk-like virus occurred in 2001, representing 6.3% of the total of 32 confirmed outbreaks of food poisoning. 59.4% of the cases in 2001 were due to *Salmonella*, 3.1% were due to *Staphylococcus*, 9.4% were due to chemicals, and 21.9% were caused by an unknown agent.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**