



La salut a Barcelona 2007



Ciutat Vella	11
Exempte	31
Sants-Montjuïc	37
Les Corts	24
Sant Gervasi	30
Gràcia	22
Horta-Guinardó	10
Nou Barris	10
Sant Andreu	26
Sant Martí	11

La salut a Barcelona 2007

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

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Joan Guix i Oliver

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

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

Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica

Disseny gràfic:
disseny@jotaerra.com


Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Ajuntament de Barcelona

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

Impressió:
Primer Segona Edicions

Dipòsit Legal: B-55.378-08

Desembre 2008

 Imprès sobre paper reciclat

Coordinació general de l'informe

Anna García-Altés (ASPB).

Redacció

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Carme Borrell (ASPB).

Qui som

Immaculada Cortés (ASPB), Anna García-Altés (ASPB), Pep Gómez (DRC), Xavier Mayo (DRC), Marta Olabarria (ASPB), Carlos Salanova (DRC) i Elena Santamariña (ASPB).

Com vivim

Sayid Abdelkarim (ASPB), Carles Ariza (ASPB), Josep Arqués (ASPB), Vicenç Beneyto (ASPB), Carme Beni (CSB), Assumpció Bes (ASPB), Susanna Bouis (ASPB), Sandra Burgos (ASPB), M. Teresa Brugal (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Elia Díez (ASPB), Lourdes Egea (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Mireia Fontcuberta (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Anna García-Altés (ASPB), Anna Gómez (ASPB), José Gracia (ASPB), Angels Orcau (ASPB), Jesús E. Ospina (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Anna Pérez (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Montserrat Puigdollers (CSB), Marta Riba (ASPB), Marc Rico (ASPB), Dolors Roca (ASPB), Elvira Torné (CSB), Natalia Valero (ASPB), Carme Velasco (ASPB) i Corinne Zara (CSB).

La nostra salut

Lucía Artazcoz (ASPB), Carme Borrell (ASPB), M. Teresa Brugal (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Paloma Carrillo (ASPB), Immaculada Cortés (ASPB), Roser Clos (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Katherine Pérez (ASPB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB), Joaquín Salvador (ASPB), equip d'infermeria del Servei d'Epidemiologia (ASPB) i metges declarants.

Monogràfic: La lipoatrofia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball.

Helena Pañella (ASPB), Cristina Rius (ASPB), Emilia Molinero (ASPB), Anna Pérez (ASPB) i Manel Nebot (ASPB).

Monogràfic: El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona.

Víctor Peracho (ASPB) i Tomàs Montalvo (ASPB).

Índex: La salut a Barcelona 2007

Presentació	7	5	++++
Resum executiu	8		++++
Resumen ejecutivo	11		++++
Executive Summary	14		++++
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut	17		++++
 Qui som	 19		 ++++
La situació demogràfica	20		++++
La situació socioeconòmica	22		++++
Les condicions de vida	24		++++
La mobilitat en dia feiner	26		++++
 Com vivim	 29		 ++++
El medi ambient	30		++++
L'aire	30		++++
L'aigua	32		++++
La seguretat alimentària	34		++++
Els animals urbans	36		++++
Els comportaments	37		++++
Les conductes relacionades amb la salut	37		++++
El consum d'alcohol i altres drogues	39		++++
Els serveis sanitaris	42		++++
La utilització de serveis sanitaris	42		++++
L'atenció primària de salut	44		++++
L'atenció a les urgències	45		++++
L'atenció especialitzada hospitalària	47		++++
L'atenció socio sanitària	48		++++
L'atenció a la salut mental	49		++++
L'atenció a les drogodependències	50		++++
La prestació farmacèutica	52		++++
Les accions en salut pública	53		++++
 La nostra salut	 57		 ++++
La salut percebuda	58		++++
La salut sexual i reproductiva	59		++++
Els problemes de salut específics	60		++++
La tuberculosi	60		++++
La infecció per VIH-sida	62		++++
Les lesions per col·lisions de trànsit	64		++++
La salut laboral	66		++++
La gent gran	68		++++
La mortalitat	69		++++
 Monogràfics	 73		 ++++
La lipoatròfia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball.....	74		++++
El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona	76		++++
 La salut a Barcelona 2007 en xifres	 81		 ++++



Presentació

Un any més, en la meva funció de delegada de Salut Pública i presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), tinc la satisfacció de poder presentar una nova edició de *La salut a Barcelona*, que ja fa vint-i-quatre anys que es presenta i es debat al Consell Plenari municipal de l'Ajuntament de Barcelona. En aquest cas, vull destacar aspectes tant de seguiment de l'estat de salut de la població de Barcelona com d'algunes de les polítiques endegades que considero importants.

En primer lloc, aquest informe ens presenta l'estat de salut de la població de la ciutat i els seus determinants, tant pel que fa a l'any 2007 com pel que fa a la seva evolució en els darrers anys, a partir de l'anàlisi de les fonts d'informació de base poblacional de què disposem a Barcelona. Aquest és un reflex de la capacitat sostinguda de l'ASPB en l'anàlisi i seguiment de la realitat sanitària, una experiència que, a més de ser pionera a l'Estat espanyol, encara és a l'abast de poques ciutats europees i és reconeguda internacionalment.

Aquest informe ens mostra com, en els darrers anys, hem assistit a canvis epidemiològics i socials importants. Actualment, la població de la ciutat gaudeix d'una esperança de vida mai coneguda pels barcelonins i, especialment, per les barcelonines. Entre els canvis que s'han donat, destaquen la millora en els indicadors de salut maternoinfantil i el descens constant de la mortalitat per reacció aguda adversa a drogues i per infecció VIH-sida. Algunes malalties, com la tuberculosi o la infecció per VIH-sida, mostren l'impacte que està tenint l'arribada a la ciutat de grups grans de població estrangera. Les lesions per accidents de treball i les desigualtats en salut, malauradament, segueixen essent problemes de salut importants. Pel que fa als aspectes més socials, enguany s'hi inclouen també alguns aspectes relacionats amb les condicions de vida i la mobilitat dels ciutadans i ciutadanes de Barcelona.

Pel que fa a la planificació de serveis, s'ha treballat perquè tots els canvis epidemiològics estiguessin lligats a canvis en l'oferta dels serveis sanitaris i socials de la ciutat. Per això, des de fa temps, aquest informe incorpora -amb la col·laboració del Consorci Sanitari de Barcelona- el seguiment dels serveis sanitaris de la ciutat. Addicionalment, en cada capítol es relacionen els problemes de salut amb les intervencions realitzades, i es mencionen en un capítol específic algunes accions en salut pública d'especial rellevància que es porten a terme a la ciutat. Aquest any cal destacar: l'avaluació de l'efectivitat del programa «xkpts.com» de prevenció de consum de cànnabis, els grups de cessació tabàquica per a adults que treballen a les escoles, el paper dels agents comunitaris de salut en el control de les malalties de declaració obligatòria a la ciutat -un programa completament innovador a l'Estat espanyol-, i el Programa Salut als Barris, desenvolupat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, juntament amb els municipis, per introduir components explícits d'acció dirigits a reduir les desigualtats socials en salut en els barris de la ciutat.

En conjunt, aquest nou informe de salut, com els anteriors, recalca el nostre model de pràctica de la salut pública basat en l'evidència. A partir de la monitorització, l'avaluació i la recerca, se'n derivaran les polítiques per a la millora de la salut dels ciutadans. A més, també significa la nostra voluntat de difondre la informació sobre l'estat de salut de la població en els diferents àmbits polítics, tècnics, acadèmics i socials, i a totes aquelles persones interessades.

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

Resum executiu

8

Qui som

La situació demogràfica

La població de Barcelona és d'1.595.110 persones, amb una composició per sexes del 47,3% d'homes i el 52,7% de dones. La població de nacionalitat estrangera representa el 16,2%. La proporció d'habitants de 85 anys o més que viu sola mostra una tendència creixent, que enguany representa el 20,5% dels homes i el 40,5% de les dones.

La situació socioeconòmica

El període 2001-2007 s'ha caracteritzat per l'augment de les taxes d'activitat i ocupació i per la disminució de la taxa d'atur en ambdós sexes. Enguany hi ha hagut una millora en els tres indicadors en les dones i un empitjorament en els homes, tot destacant la disminució de la taxa d'atur femení i l'augment del masculí.

Les condicions de vida

Aquest any s'han atès 3.315 menors en situació d'alt risc social -14,7 per cada mil habitants de 0 a 18 anys-, i la taxa és del 5,3‰ al districte de Les Corts i del 61‰ a Ciutat Vella. Un total de 1.793 menors es troben en situació de seguiment de mesura.

La mobilitat en dia feiner

El 93,9% dels residents ha realitzat almenys un desplaçament en dia feiner, i ha invertit un temps mitjà de 32 minuts en desplaçaments ocupacionals, 36 minuts en personals i 39 minuts en desplaçaments de tornada a casa. En els desplaçaments, tant per motiu ocupacional com personal, desplaçar-se a peu i amb transport públic és més freqüent en les dones, mentre que l'ús de la bicicleta, del turisme i de la moto és més freqüent en els homes.

Com vivim

El medi ambient

Els nivells de diòxid de nitrogen i PM₁₀ han disminuït respecte de l'any anterior, encara que se segueixen superant els valors límit anual i diari d'aquests contaminants. L'aplicació de les

mesures del Pla d'actuació per a la reducció de la contaminació per òxids de nitrogen i PM₁₀ ha de permetre el compliment dels valors límit per a l'any 2010.

El programa propi de vigilància de l'ASPB ha realitzat un total de 305 controls de la qualitat de l'aigua a l'aixeta del consumidor en diferents edificis de concurrència pública i domicilis particulars; servei que es pot demanar de forma gratuïta.

L'avaluació del risc dels establiments alimentaris de la ciutat és una eina important per mesurar els nivells de protecció dels consumidors i per prioritzar les activitats de control en els sectors amb més risc sanitari. El percentatge de disconformitats pel que fa als límits legalment establerts és baix, i es manté la tendència dels últims anys.

El nombre de denúncies relatives a protecció animal i les demandes d'intervenció municipal relatives a colònies no controlades de gats han augmentat.

Els comportaments

La proporció de dones que es declaren fumadores habituals és menor que la d'homes en tots els districtes de la ciutat; en canvi, hi ha una proporció major de dones que d'homes que es declaren inactives en el temps lliure. Sant Martí és el districte amb una major proporció d'homes obesos (15%), i Sants-Montjuïc el districte amb més dones obesos (17,6%).

De les substàncies legals, l'alcohol és la més consumida i presenta un patró de consum similar al d'anys anteriors. Els hipnòtics i sedants sense recepta mèdica estan cada vegada més estesos, i el seu consum ha augmentat sobretot en dones joves. Pel que fa a les substàncies il·legals, cal destacar l'augment de consum tant de cànnabis com de cocaïna; el cànnabis continua essent la substància il·legal amb més penetració social i amb més consum juvenil.

Els serveis sanitaris

Ciutat Vella és el districte amb una major proporció de població amb cobertura sanitària exclusivament pública (89,7% dels homes i 90,5% de les dones); en canvi, Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts són els districtes amb una menor proporció (40% dels homes i 36,1% de les dones). Aquests últims són els districtes amb una menor proporció de població que ha visitat el metge general durant el darrer any i, en canvi, són els que més han visitat el metge especialista, sobretot les dones.

Els serveis d'atenció primària han donat cobertura al 67,9% de la població, amb una mitjana de 5,6 visites anuals per persona. De la informació que es desprèn de l'avaluació dels EAP s'observa que s'han assolit els objectius de salut proposats, i s'han mantingut uns valors molt similars a la resta de la regió sanitària.

La demanda d'atenció urgent és elevada en els serveis d'emergències mèdiques (061) i en l'àmbit hospitalari, i la pressió d'urgències és

d'un 37%. Les urgències en l'atenció primària s'han estabilitzat a causa de la creació de programes col·laterals per a la millora de la salut poblacional.

Els hospitals de la XHUP atenen un 31% de població de fora de la ciutat. Les causes d'hospitalització més freqüents són les malalties de sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, les de l'aparell digestiu, circulatori i les neoplàsies. Entre els procediments quirúrgics destaquen les operacions de cristal·lí, les cesàries en les dones i les reparacions d'hèrnia inguinal i femoral en els homes.

Les actuacions en l'àmbit socio sanitari s'organitzen sobre la base de les necessitats específiques de determinats col·lectius de malalts i de forma transversal, és a dir, en tots els àmbits assistencials i en clau territorial, però garantint l'equitat en l'accés als serveis.

L'increment progressiu de la implementació de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut està permetent augmentar l'abast d'atenció a la població, i s'observa vers el 2006 un increment de 10.535 persones ateses.

Tot i que la cocaïna és la que experimenta un increment més marcat en les primeres visites, els centres d'atenció i seguiment segueixen tenint l'heroïna com la substància il·legal que més activitat genera. Quant a les urgències, la cocaïna -com en anys anteriors- és la substància que més episodis provoca, malgrat que en els darrers anys s'observa una estabilització.

Els medicaments que presenten un major consum per part de la població són els subgrups terapèutics d'antiinflamatoris, analgèsics i antipirètics, agents contra l'úlcerà pèptica i el reflux, ansiolítics i reductors del colesterol i triglicèrids. El percentatge d'envasos de genèrics dispensats ha estat d'un 25,1%, fet que representa un increment en envasos del 16,4% respecte de l'any anterior i d'un 4,8% en import.

La introducció de noves intervencions preventives que responguin a les noves necessitats detectades, l'adaptació d'estratègies preventives a la realitat social i la inclusió d'intervencions orientades a la reducció de les desigualtats

socials en salut són objectius coberts per les intervencions en salut pública que es destaquen aquest any.

La nostra salut

La salut percebuda

La proporció d'homes i dones que declaren tenir un estat de salut percebut excel·lent o molt bo és major a Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi, i és menor a Nou Barris. En relació amb la salut mental, de nou es pot veure com les dones tenen pitjor estat de salut.

La salut sexual i reproductiva

En la darrera dècada els embarassos en dones de 15 a 49 anys han augmentat, i això es tradueix en un creixement de la fecunditat i de les interrupcions voluntàries de l'embaràs. En el grup de les dones adolescents s'observa una disminució de les IVE i una estabilització de la fecunditat, i és on cal millorar l'accés als mitjans de prevenció de l'embaràs no desitjat.

Els problemes de salut específics

La tuberculosi

El nombre de nous casos de tuberculosi ha augmentat un 12% aquest any, i el decrement mitjà anual se situa des de l'any 2000 en un 2%. El 46% dels casos correspon a persones nascudes fora de l'Estat espanyol, de 46 països diferents. Això fa que el maneig de la tuberculosi sigui complicat, tant per la varietat cultural dels pacients com per l'augment progressiu de la resistència als fàrmacs.

La infecció per VIH-sida

La infecció per VIH-sida continua essent un problema de salut pública important que afecta homes i dones de manera desigual; són els homes que mantenen relacions sexuals homosexuals els que corren el risc més alt d'infectar-se.

Les lesions per col·lisions de trànsit

El nombre de lesionats per col·lisions de trànsit ha disminuït un 2,2% en els homes i un 0,9% en les dones, malgrat que el nombre de motociclistes lesionats ha continuat augmentant. Enguany s'ha ampliat l'horari de metro a 24 hores els dissabtes i vigílies de festius i s'ha implantat el programa de bicicletes públiques Bicing per reduir l'ús del vehicle privat.

La salut laboral

Les morts per accident de treball han disminuït a la meitat. Les malalties professionals més notificades han estat les degudes a la fatiga de les beines tendinoses, mentre que, de les relacionades amb el treball, les més freqüents han estat els trastorns ansiodepressius.



Resum executiu

10

La gent gran

L'envelliment saludable és el que permet a la gent gran participar activament en la societat sense patir discriminació i gaudir d'una qualitat de vida bona i independent.

La mortalitat

Continua la tendència descendent de la mortalitat i l'augment de l'esperança de vida; l'any 2006 va ser de 78,2 anys en els homes i de 84,8 anys en les dones. Les principals causes de mortalitat en la població de 15 a 44 anys van ser les lesions; en el grup de 45 a 74 anys, el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones, i a partir dels 75 anys, les malalties de l'aparell circulatori.

Monogràfics

La lipoatròfia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball

La lipoatròfia semicircular s'ha definit com una atròfia del teixit adipós subcutani d'origen desconegut i, l'any 2007, s'ha detectat en diferents llocs de treball. En un estudi de casos i controls, les causes han estat relacionades amb el fet de ser dona, treballar i recolzar la cuixa en posició de bipedestació en el cantell prim i angular de la taula de treball. L'augment de la humitat relativa, la modificació d'aquests cantells, la posta a terra i altres mesures haurien causat el 91% de les curacions als 10 mesos de la primera mesura de control.

El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona

El Programa de vigilància i control del mosquit tigre ha permès, d'una banda, conèixer les zones afectades per mosquits i la seva evolució i, d'altra banda, engegar accions adreçades a prevenir i controlar el mosquit tigre, conscienciant i vetllant per la salut de les persones.

Resumen ejecutivo

Quiénes somos

La situación demográfica

La población de Barcelona es de 1.595.110 personas, con una composición por sexos del 47,3% de hombres y del 52,7% de mujeres. La población de nacionalidad extranjera representa el 16,2%. La proporción de habitantes de 85 años o más que viven solos muestra una tendencia creciente, que este año representa el 20,5% de los hombres y el 40,5% de las mujeres.

La situación socioeconómica

El período 2001-2007 se ha caracterizado por el aumento de las tasas de actividad y ocupación y la disminución de la tasa de paro en ambos sexos. Este año se ha producido una mejora en los tres indicadores en las mujeres y un empeoramiento en los hombres, destacando la disminución de la tasa de paro femenino y el aumento del masculino.

Las condiciones de vida

Este año se han atendido a 3.315 menores en situación de alto riesgo social -14,7 por cada mil habitantes de 0 a 18 años- y la tasa es del 5,3% en el distrito de Les Corts y del 61% en Ciutat Vella. Un total de 1.793 menores se encuentran en situación de seguimiento de medida.

La movilidad en día laborable

El 93,9% de los residentes ha realizado al menos un desplazamiento en día laborable y ha invertido un tiempo medio de 32 minutos en desplazamientos ocupacionales, de 36 minutos en personales y de 39 minutos en desplazamientos de regreso a casa. En los desplazamientos, tanto por motivo ocupacional como personal, desplazarse a pie y con transporte público es más frecuente en las mujeres, mientras que el uso de la bicicleta, del turismo y de la moto es más frecuente en los hombres.

Cómo vivimos

El medio ambiente

Los niveles de dióxido de nitrógeno y PM₁₀ han disminuido con respecto al año anterior, a pesar

de que se siguen superando los valores límite anual y diario de estos contaminantes. La aplicación de las medidas del Plan de actuación para la reducción de la contaminación por óxidos de nitrógeno y PM₁₀ debe permitir el cumplimiento de los valores límite para el año 2010.

El programa de vigilancia propio de la ASPB ha realizado un total de 305 controles de la calidad del agua en el grifo del consumidor en diferentes edificios de pública concurrencia y domicilios particulares; servicio que se puede solicitar de forma gratuita.

La evaluación del riesgo de los establecimientos alimentarios de la ciudad es un instrumento importante para medir los niveles de protección de los consumidores y para priorizar las actividades de control en los sectores con más riesgo sanitario. El porcentaje de disconformidades con respecto a los límites legalmente establecidos es bajo, manteniéndose la tendencia de los últimos años.

El número de denuncias relativas a protección animal y las demandas de intervención municipal relativas a colonias no controladas de gatos han aumentado.

Los comportamientos

La proporción de mujeres que se declaran fumadoras habituales es menor que la de hombres en todos los distritos de la ciudad; en cambio, hay una proporción mayor de mujeres que de hombres que se declaran inactivas en el tiempo libre. Sant Martí es el distrito con una mayor proporción de hombres obesos (15,0%), y Sants-Montjuïc el distrito con más mujeres obesas (17,6%).

De las sustancias legales, el alcohol es la más consumida y presenta un patrón de consumo similar al de años anteriores. Los hipnóticos y sedantes sin receta médica están cada vez más extendidos, y su consumo ha aumentado principalmente en mujeres jóvenes. Con respecto a las sustancias ilegales, destaca el aumento de consumo tanto de cannabis como de cocaína; el cannabis sigue siendo la sustancia ilegal con más penetración social y con más consumo juvenil.

Los servicios sanitarios

Ciutat Vella es el distrito con una mayor proporción de población con cobertura sanitaria exclusivamente pública (89,7% de los hombres y 90,5% de las mujeres); en cambio, Sarrià-Sant Gervasi y Les Corts son los distritos con una menor proporción (40,0% de los hombres y 36,1% de las mujeres). Estos últimos son los distritos con una menor proporción de población que ha visitado el médico general durante el último año y, en cambio, son los que más han visitado el médico especialista, sobre todo las mujeres.

Los servicios de atención primaria han dado cobertura al 67,9% de la población, con una media de 5,6 visitas anuales por persona. De la información que se desprende de la evaluación de los EAP se



Resumén ejecutivo

12

observa que se han alcanzado los objetivos de salud propuestos, y que se han mantenido unos valores muy similares al resto de la región sanitaria.

La demanda de atención urgente es elevada en los servicios de emergencias médicas (061) y en el ámbito hospitalario, y la presión de urgencias es de un 37%. Las urgencias en la atención primaria se han estabilizado debido a la creación de programas colaterales para la mejora de la salud poblacional.

Los hospitales de la XHUP atienden a un 31% de población de fuera de la ciudad. Las causas de hospitalización más frecuentes son las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, las del aparato digestivo, circulatorio y las neoplasias. Entre los procedimientos quirúrgicos, cabe destacar las operaciones de cristalino, las cesáreas en las mujeres y las reparaciones de hernia inguinal y femoral en los hombres.

Las actuaciones en el ámbito sociosanitario se organizan en base a las necesidades específicas de determinados colectivos de enfermos y de forma transversal, es decir, a todos los niveles asistenciales y en clave territorial, pero garantizando la equidad en el acceso a los servicios.

El incremento progresivo de la implementación de la cartera de servicios de salud mental en la atención primaria de salud está permitiendo aumentar el alcance de atención a la población, y se observa en comparación con el año 2006 un incremento de 10.535 personas atendidas.

A pesar de que la cocaína es la que experimenta un incremento más marcado en las primeras visitas, los centros de atención y seguimiento siguen teniendo la heroína como sustancia ilegal que más actividad genera. En las urgencias, la cocaína -como en años anteriores- es la sustancia que más episodios provoca, a pesar de que en los últimos años se observa una estabilización.

Los medicamentos que presentan un mayor consumo por parte de la población son los subgrupos terapéuticos de antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos, agentes contra la úlcera péptica y el reflujo, ansiolíticos y reductores

del colesterol y triglicéridos. El porcentaje de envases de genéricos dispensados ha sido de un 25,1%, lo que representa un incremento en envases del 16,4% con respecto al año anterior y de un 4,8% en importe.

La introducción de nuevas intervenciones preventivas que respondan a las nuevas necesidades detectadas, la adaptación de estrategias preventivas a la realidad social y la inclusión de intervenciones orientadas a la reducción de las desigualdades sociales en salud son objetivos cubiertos por las intervenciones en salud pública que cabe destacar este año.

Nuestra salud

La salud percibida

La proporción de hombres y mujeres que declaran tener un estado de salud percibido excelente o muy bueno es mayor en Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi, y es menor en Nou Barris. Con relación a la salud mental, de nuevo puede verse como las mujeres tienen peor estado de salud.

La salud sexual y reproductiva

En la última década, los embarazos en mujeres de 15 a 49 años han aumentado, y esto se traduce en un crecimiento de la fecundidad y en las interrupciones voluntarias del embarazo. En el grupo de las mujeres adolescentes se observa una disminución de las IVE y una estabilización de la fecundidad, y es donde hay que mejorar el acceso a los medios de prevención del embarazo no deseado.

Los problemas de salud específicos

La tuberculosis

La incidencia de la tuberculosis ha aumentado un 12% este año y el decremento medio anual se sitúa desde el año 2000 en un 2%. El 46% de los casos corresponde a personas nacidas fuera del Estado español, de 46 países diferentes. Esto genera que el manejo de la tuberculosis sea complicado, tanto por la variedad cultural de los pacientes como por el aumento progresivo de la resistencia a los fármacos.

La infección por VIH-sida

La infección por VIH-sida sigue siendo un importante problema de salud pública que afecta de manera desigual a hombres y mujeres; los hombres con relaciones sexuales homosexuales son quienes presentan un mayor riesgo de infección.

Las lesiones por colisiones de tráfico

El número de lesionados por colisiones de tráfico ha disminuido un 2,2% en los hombres y un 0,9% en las mujeres, a pesar de que el

número de motociclistas lesionados ha seguido aumentando. Este año se ha ampliado el horario de metro a 24 horas los sábados y vigilias de festivos y se ha implantado el programa de bicicletas públicas Bicing para reducir el uso del vehículo privado.

La salud laboral

Las muertes por accidente de trabajo han disminuido a la mitad. Las enfermedades profesionales más notificadas han sido las debidas a la fatiga de las vainas tendinosas, mientras que, de las relacionadas con el trabajo, las más frecuentes han sido los trastornos ansio-depresivos.

La gente mayor

El envejecimiento saludable es aquel que permite a la gente mayor participar activamente en la sociedad sin sufrir discriminación y disfrutar de una calidad de vida buena e independiente.

La mortalidad

Continúa la tendencia descendiente de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida; en el año 2006 fue de 78,2 años en los hombres y de 84,8 años en las mujeres. Las

principales causas de mortalidad en la población de 15 a 44 años fueron las lesiones; en el grupo de 45 a 74 años, el cáncer de pulmón en los hombres y el cáncer de mama en las mujeres, y a partir de los 75 años, las enfermedades del aparato circulatorio.

Monográficos

La lipoatrofia semicircular: una nueva afectación en el entorno de trabajo

La lipoatrofia semicircular se ha definido como una atrofia del tejido adiposo subcutáneo de origen desconocido y, en el 2007, se ha detectado en diferentes lugares de trabajo. En un estudio de casos y controles, las causas se han relacionado con el hecho de ser mujer, trabajar y apoyar el muslo en posición de bipedestación en el borde delgado y angular de la mesa de trabajo. El aumento de la humedad relativa, la modificación de estos bordes, el apoyo en el suelo y otras medidas habrían causado el 91% de las curaciones a los 10 meses de la primera medida de control.

El mosquito tigre, un vector emergente: el programa de vigilancia y control de la ciudad de Barcelona

El programa de vigilancia y control del mosquito tigre ha permitido, por una parte, conocer las zonas afectadas por mosquitos y su evolución y, por otra, poner en marcha acciones dirigidas a prevenir y controlar al mosquito tigre, concienciando y velando por la salud de las personas.



Executive Summary

14

Who we are

The demographic situation

The population of Barcelona is 1,595,110 people, comprising 47.3% men and 52.7% women. Foreigners represent 16.2% of the population. The proportion of people aged over 85 living alone is growing, of whom 20.5% are men and 40.5% are women this year.

The socioeconomic situation

The period between 2001 and 2007 was characterised by an increase in business activities and employment rates and a drop in unemployment rates for both sexes. This year there has been an improvement in all three indicators for women but a worsening for men, notably the drop in female unemployment and the increase in male unemployment.

Living conditions

This year the social services have attended to 3,315 minors in a high-risk social situation -14.7 of every thousand inhabitants aged under 18- this rate being 5.3‰ in the district of Les Corts and 61‰ in the Ciutat Vella. A total of 1,793 minors are currently being monitored.

Mobility on working days

93.9% of people make at least one journey on working days, which takes on average 32 minutes for journeys to work, 36 minutes for personal trips, and 39 minutes returning home. The most frequent modes of transport for both professional and personal journeys are walking or public transport for women, while men use bicycles, motorcycles or cars more frequently.

How we live

The environment

The levels of nitrogen dioxide and PM₁₀ have dropped compared to the previous year, although they are still above the daily and annual maximum figures for these pollutants. The implementation of the measures in the Action

Plan to reduce nitrogen oxide and PM₁₀ pollution should allow these maximum values to be complied with by 2010.

The ASPB surveillance programme has carried out a total of 305 checks on the quality of tap water for public consumption in different public buildings and private homes; this service is available free of charge.

Risk assessment of food establishments in the city is an important tool for measuring the standards of consumer protection and for prioritizing controls in the sectors with the highest health risks. The percentage of failures to comply with the legally established limits is low, maintaining the tendency of the last few years.

The number of official complaints concerning the protection of animals and demands for the municipal authorities to take action on uncontrolled cat colonies have increased.

Behaviour

The proportion of women who say they are regular smokers is lower than that of men in every district in the city; however, the proportion of women who say they do no physical activity in their free time is higher than that of men. Sant Martí is the district with the highest number of obese men (15%), and Sants-Montjuïc is the district with the highest number of obese women (17.6%).

Alcohol is the most widely-consumed legal substance and drinking patterns are similar to those of previous years. The use of non-prescription hypnotics and sedatives is increasingly widespread, and their consumption by young women in particular has increased. With regard to illegal substances, there is a notable increase in the consumption of both cocaine and cannabis; cannabis is still the illegal substance of choice among young people and the most widely consumed.

Health services

Ciutat Vella is the district with the highest number of people covered exclusively by the national health service (89.7% of men and 90.5% of women); in contrast, Sarrià-Sant Gervasi and Les Corts are the districts with the lowest proportion (40% of men and 36.1% of women). These two districts are those with the lowest number of visits to general practitioners in the last year, yet they are also the ones with the highest number of visits to specialists, especially among women.

Primary healthcare services covered 67.9% of the population, with an average of 5.6 clinic visits per person during the year. According to information taken from the EAP assessments, the proposed healthcare targets have been reached and very similar values to the rest of the healthcare region have been maintained.

The demand for emergency medical care is high in the emergency medical services (061) and in hospitals, the emergency pressure being

37%. Emergencies in primary care facilities have stabilised as a result of the creation of collateral programmes to improve citizen's health.

The XHUP hospitals look after 31% of the population outside the city. The most frequent reasons for hospitalization are diseases of the nervous system and sense organs, the digestive apparatus, the circulatory system and tumours. The most frequent surgical interventions are cataracts, caesarean sections in women and repairs to the inguinal and femoral hernias in men.

Actions in the field of social healthcare are based on the specific needs of particular patient collectives in a transversal way - in other words, at every level of healthcare and depending on the region, but guaranteeing equal access to services.

The progressive increase in the implementation of a portfolio of mental health services in primary health care is leading to an increase in their availability to the population and towards 2006 there was an increase of 10,535 in the number of people attended to.

Although cocaine use showed the sharpest increase on initial visits, heroin is still the illegal substance that gives healthcare centres and follow-up services the most work. In terms of emergencies, cocaine -as in previous years- is the substance that causes the most episodes, though in the last few years this has levelled out.

The therapeutic sub-groups of anti-inflammatories, analgesics and antipyretics, peptic ulcer and reflux medication, tranquillizers, and cholesterol- and triglyceride-lowering medication have the highest number of users. The percentage of generic medicines dispensed was 25.1%, which represents an increase in of 16.4% in terms of units compared to the previous year, and 4.8% in terms of value.

The introduction of new preventive methods which address new needs that have been identified; the adaptation of preventative strategies to social realities, and the inclusion of actions geared towards reducing social inequalities in the healthcare system are the

most notable objectives covered by public health interventions this year.

Our health

Perceived health

The proportion of men and women who perceive their state of health as excellent or very good is highest in Les Corts and Sarrià-Sant Gervasi, and lowest in Nou Barris. In terms of mental health, once again women are in a worse state of health than men.

Sexual and reproductive health

In the last decade, pregnancies in women aged between 15 and 49 have increased, which translates to an increase in fecundity and the number of abortions. In adolescent women there has been a drop in abortions and fecundity has levelled out, and this is where access to measures for preventing unwanted pregnancy need to be improved.

Specific health problems

Tuberculosis

The number of new cases of tuberculosis rose by 12% this year, and the average annual decrease since 2000 is now at 2%. 46% of cases affect people who were born outside Spain, from 46 different countries. This makes managing tuberculosis difficult, both because of the cultural disparity of patients and because of the progressive increase in its resistance to drugs.

HIV-AIDS infection

HIV-AIDS infection continues to be a major public health issue which affects men and women unequally; men who engage in homosexual relations are at the greatest risk of infection.

Traffic accident injuries

The number of injuries from traffic accidents has dropped by 2.2% in men and 0.9% in women, though the number of injuries to motorcyclists has increased. This year the Metro service was extended to 24 hours on Saturdays and the eves of public holidays, and a public bicycle service, "Bicing", was set up with the aim of reducing the use of private vehicles.

Occupational health

Accidental occupational deaths have dropped by half. The most frequently-reported occupational diseases were due to tendon sheath inflammation, while the most frequent disorders relating to work were anxiety and depression.



Executive Summary

16

Senior citizens

Healthy ageing should enable senior citizens to take an active part in society without any discrimination, enjoying a good quality of life and their independence.

Mortality

The mortality rate continues to drop while life expectancy is rising: in 2006, life expectancy was 78.2 for men and 84.8 for women. The main cause of death in the 14-44 age group was injuries; in the 45-74 age group, lung cancer in men and breast cancer in women; and in the over-75s, diseases of the circulatory system.

Monographic topics

Semicircular lipoatrophy: a new disorder in the workplace

Semicircular lipoatrophy is defined as atrophy of the subcutaneous adipose tissue of unknown origin, and in 2007 it was detected in various different workplaces. A case-control study has related its causes with the typical profile of female office workers leaning their thighs against the thin, angular edge of their work desk. An increase in relative humidity, changing the edges of the desks, earthing electrical equipment and other measures have cured 91% of case within 10 months of the first control measures.

The tiger mosquito, an emerging vector: surveillance and control programme in the city of Barcelona

The surveillance and control programme for tiger mosquitoes has firstly managed to identify the areas affected by the mosquitoes and their evolution, and secondly to take actions geared towards preventing and controlling the tiger mosquito, raising public awareness and monitoring public health.

La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

En analitzar l'estat de la salut de la població cal tenir en compte els diferents grups socials per poder valorar com la salut i els seus determinants es distribueixen entre els gèneres, les classes socials, els territoris o les ètnies. Descriure l'estat de salut segons els grups socials hauria de ser una pràctica tan habitual com fer-ne l'anàlisi segons els grups d'edat. La justificació d'aquesta necessitat ve donada per la seva utilitat a l'hora de posar en marxa polítiques sanitàries i socials¹ adreçades a disminuir les desigualtats en salut.

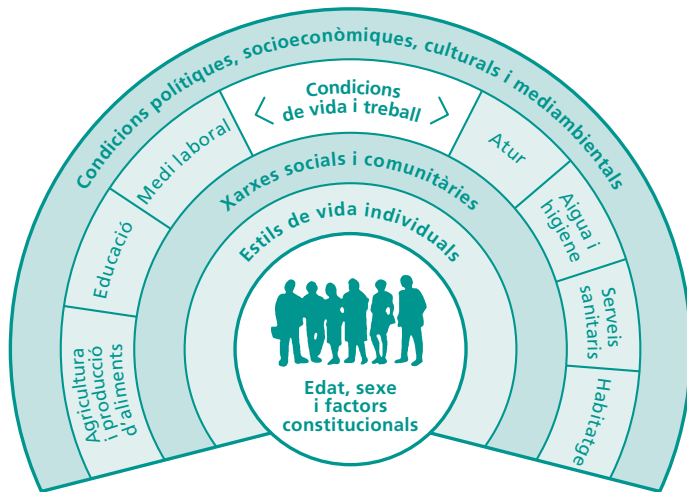
Un dels models utilitzats per explicar els determinants de la salut i de les desigualtats en salut és el descrit per Dahlgren i Whitehead² (vegeu la figura 1). De fet, és el model que s'ha utilitzat per a l'elaboració de «La salut a Barcelona 2007» i dels quatre informes anteriors. Els determinants de la salut queden distribuïts en diverses capes d'influència, on cadascuna repercuteix en les altres. Al centre es troben els factors individuals que afecten la salut, com són l'edat, el sexe i els factors hereditaris. Aquests factors són fixos i no poden ser modificats. Al voltant d'aquests factors, n'hi ha d'altres que no són fixos i, per tant, sí susceptibles d'intervenció. En una primera capa trobem els estils de vida (consum de tabac, activitat física, comportament sexual, etc.), amb una influència clara i directa sobre la salut de les persones. En una segona, les influències socials i comunitàries, ja que la interacció amb les persones de l'entorn immediat (familiars, amics, veïns, etc.) també afecta la salut. A continuació hi ha les condicions de vida i treball: l'agricultura i la producció d'aliments, l'educació, el medi laboral, l'atur, l'aigua i la higiene sanitària, els serveis sanitaris i l'habitatge. L'últim embolcall el formen les condicions socioeconòmiques (inclosa l'estructura social), polítiques, culturals i ambientals. Aquestes tres darreres capes d'influència afecten la salut de les persones a través de la «incorporació» (*embodiment*), concepte que es refereix a com s'incorporen biològicament el món material i social on es viu. Les persones incorporen biològicament les seves experiències de desigualtat des de la vida intrauterina fins a la mort³.

Aquest model permet detectar els «punts d'entrada» per a l'acció. Així, es pot actuar a nivell

més «macro» com per exemple reduint la pobresa o les desigualtats de renda en la població o, a nivell més «micro» focalitzant per exemple els esforços en un problema de salut determinat en un districte d'una ciutat.

Tal com s'ha comentat, en aquest informe es tenen en compte la majoria dels factors anomenats anteriorment a l'hora de descriure l'estat de salut de la població de la ciutat de Barcelona i els seus determinants. La primera part de l'informe, «Qui som», és una descripció de la situació demogràfica i socioeconòmica de la ciutat de Barcelona. En la segona part, «Com vivim», s'hi engloben els aspectes de medi ambient, els comportaments o estils de vida i els serveis sanitaris. Per acabar, a «La nostra salut» s'analitza la salut maternoinfantil, els problemes de salut específics, les lesions per accidents i la mortalitat.

Figura 1. Model dels determinants de la salut.



Font: Modificat de Dahlgren i Whitehead².

Referències bibliogràfiques

- 1 Beaglehole R. Determinants of health and disease, overview and framework. A: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. Fourth edition. The scope of Public Health. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- 2 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organisation; 1991.
- 3 Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Comm Health*. 2005;59:350-5.



Qui som

Presentació

- Resum executiu
- Resumen ejecutivo
- Executive Summary
- La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

- La situació demogràfica
- La situació socioeconòmica
- Les condicions de vida
- La mobilitat en dia feiner

Com vivim

- El medi ambient
 - L'aire
 - L'aigua
 - La seguretat alimentària
 - Els animals urbans
- Els comportaments
 - Les conductes relacionades amb la salut
 - El consum d'alcohol i altres drogues
- Els serveis sanitaris
 - La utilització de serveis sanitaris
 - L'atenció primària de salut
 - L'atenció a les urgències
 - L'atenció especialitzada hospitalària
 - L'atenció sociosanitària
 - L'atenció a la salut mental
 - L'atenció a les drogodependències
 - La prestació farmacèutica
 - Les accions en salut pública

La nostra salut

- La salut percebuda
- La salut sexual i reproductiva
- Els problemes de salut específics
 - La tuberculosi
 - La infecció per VIH-sida
- Les lesions per col·lisions de trànsit
- La salut laboral
- La gent gran
- La mortalitat

Monogràfics

- La lipoatròfia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball
- El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2007 en xifres

La situació demogràfica

20

Segons dades de l'Institut Nacional de Estadística de 2007, la població de Barcelona és d'1.595.110 persones, amb una composició per sexes del 47,3% d'homes i el 52,7% de dones.

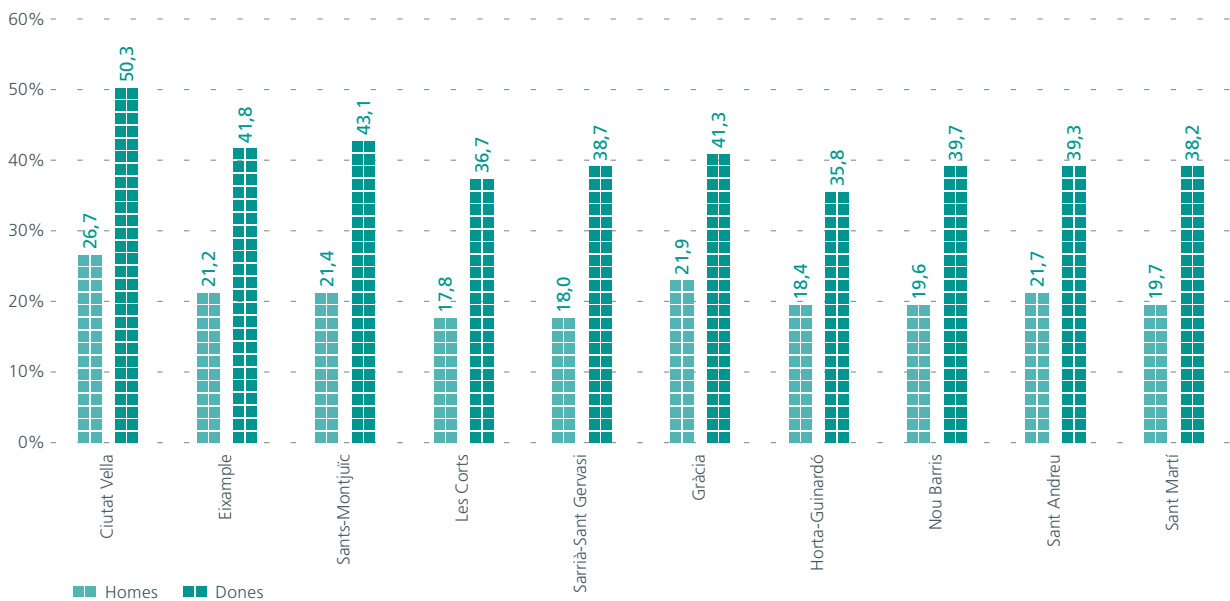
El canvi més important en els darrers anys és el creixement de la població més gran, en particular el grup de 75 anys o més, que l'any 2007 representa el 8% dels homes i el 13,6% de les dones. Relacionada amb l'envelliment de la població, la proporció de gent gran que viu sola mostra també una tendència creixent, especialment la de 85 anys o més, que enguany representa el 20,5% dels homes i el 40,5% de les dones. La seva distribució per districtes és també desigual: Ciutat Vella és el districte amb més població de 85 anys o més que viu sola (50,3% de les dones i 26,7% dels homes) mentre que la menor proporció

d'aquesta població resideix a Horta-Guinardó (35,8% de les dones i 18,4% dels homes) (vegeu la figura 1).

El nivell d'estudis és una altra característica que ha canviat amb el temps, i ho ha fet de manera diferencial en els homes i les dones (vegeu la taula 1, pàgina 82). La proporció de població sense estudis i amb estudis primaris ha disminuït, en benefici d'estudis de més anys. Així, per exemple, la proporció de població amb estudis universitaris ha augmentat, sobretot en les dones (de 5,5% l'any 1991 a 13,2% l'any 2007). La seva distribució entre districtes és també desigual: a Sarrià-Sant Gervasi el 36,9% dels homes i el 24,5% de les dones tenen estudis universitaris, mentre que aquesta proporció és del 4,7% dels homes i del 4,9% de les dones a Nou Barris (vegeu la figura 2, pàgina 21).

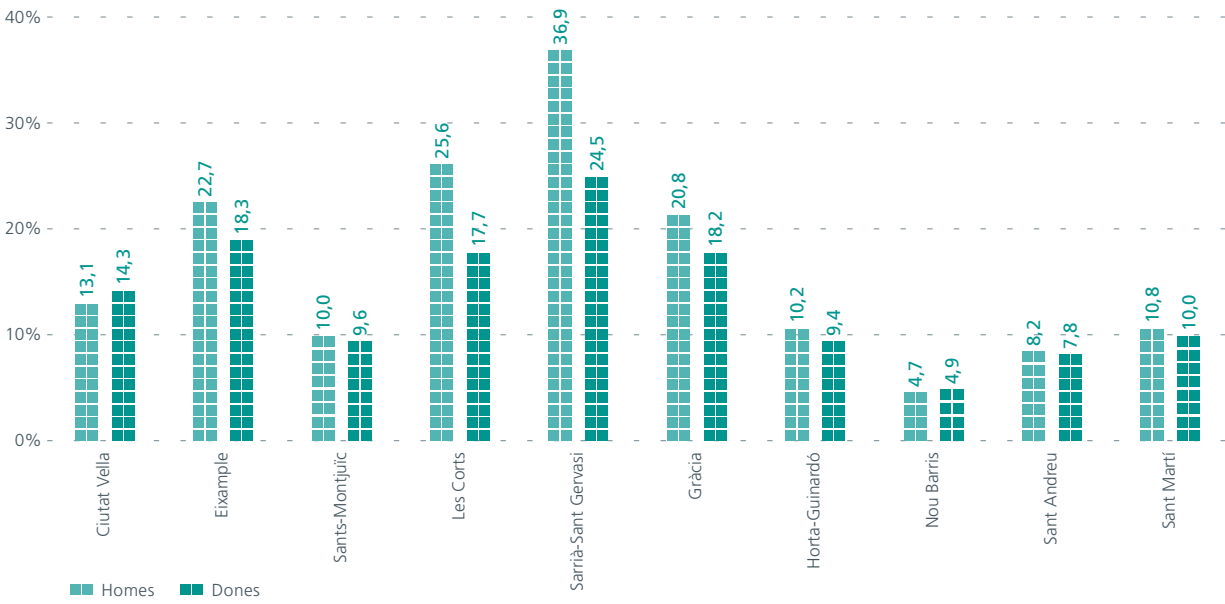
La població estrangera ha augmentat des del 1991, especialment des del 2001, i enguany representa el 16,2% del total de la població. La seva distribució per districtes és desigual: Ciutat Vella és el districte que més immigrants acull (44,1%), seguit de Sants-Montjuïc i l'Eixample, mentre que Les Corts és el districte amb menys població immigrant (10,9%) (vegeu la figura 3, pàgina 21).

Figura 1. Població de 85 anys o més que viu sola segons el districte i el sexe. Barcelona, 2007.



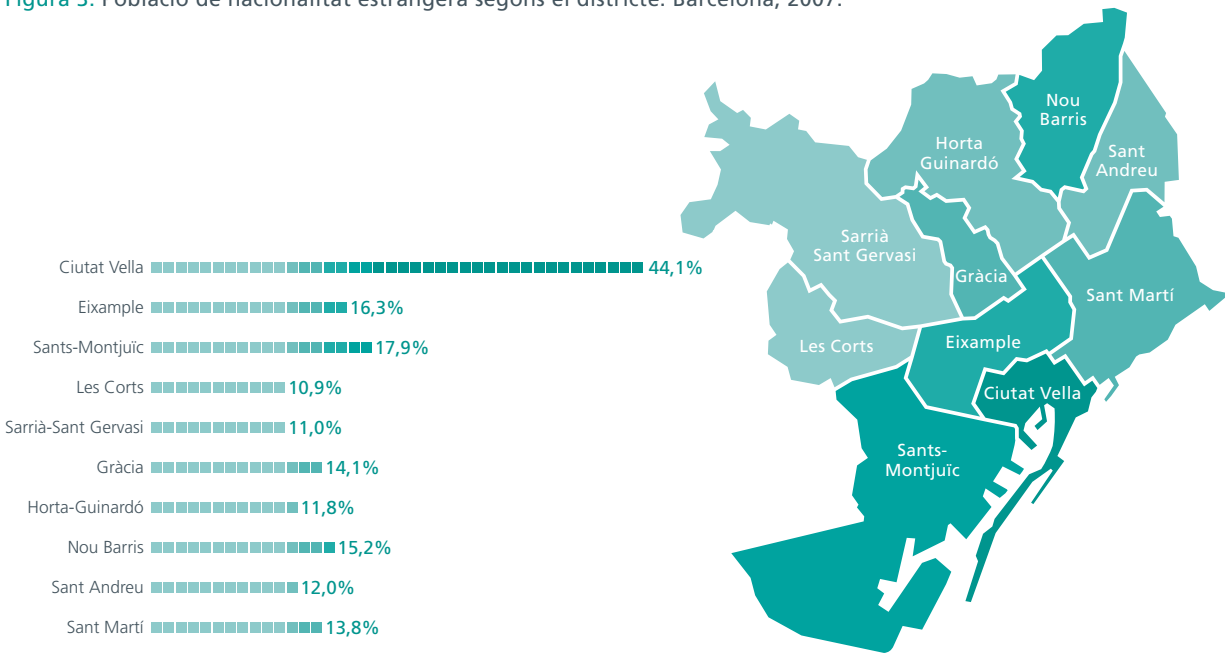
Font: Lectura del padró continu de l'any 2007, Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 2. Població amb estudis universitaris segons el districte i el sexe. Barcelona, 2007.



Font: Lectura del padró continu de l'any 2007, Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Figura 3. Població de nacionalitat estrangera segons el districte. Barcelona, 2007.



Font: Lectura del padró continu de l'any 2007, Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

La situació socioeconòmica

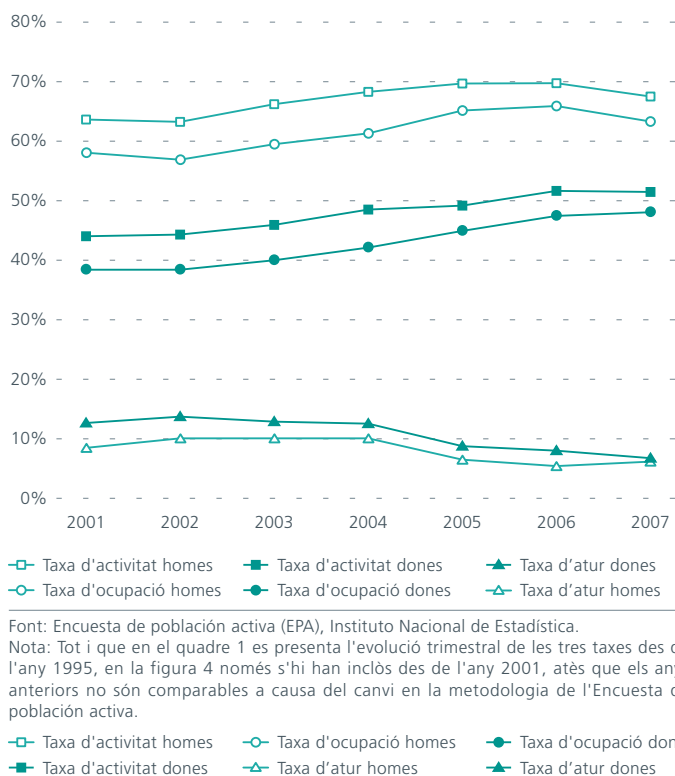
22

Enguany hi ha hagut una lleugera reducció de les diferències entre homes i dones en les taxes d'activitat, ocupació i atur com a conseqüència de la diferent evolució d'unes i altres amb relació a l'any 2006. Entre els homes, els tres indicadors han empitjorat; en les dones, en canvi, l'evolució ha estat més positiva, ja que, tot i que la taxa d'activitat pràcticament no s'ha modificat, la d'ocupació ha presentat un petit increment i la taxa d'atur ha disminuït de manera molt important, fins a arribar a equiparar-se a la dels homes, al voltant del 6% (vegeu el quadre 2, pàgina 23). L'evolució dels tres indicadors des de l'any 2001 es caracteritza per l'augment de les taxes d'activitat i ocupació i la disminució de la taxa d'atur en ambdós sexes (vegeu la figura 4).

A l'hora de comparar aquests indicadors amb Catalunya i l'Estat espanyol, s'observa una situació diferent entre dones i homes, més favorable a les dones barcelonines. Així, la taxa d'atur de Barcelona (6,7%) ha estat la més baixa dels tres territoris, mentre que la d'activitat (51,5%) i ocupació (48,0%) van ser lleugerament inferiors a les de Catalunya (53,1% i 49%, respectivament), però superiors a les espanyoles (48,9% i 64,9%, respectivament). D'altra banda, si es tenen en compte les taxes específiques (referides a la població de 16 a 64 anys i que permeten corregir possibles diferències d'edat entre territoris), les dones de Barcelona van tenir les taxes d'activitat i ocupació més altes dels tres àmbits geogràfics. En els homes, la taxa d'atur (6,4%) va ser la mateixa que l'espanyola

i superior a la de Catalunya (5,6%), mentre que les d'activitat i ocupació van ser més baixes que les espanyoles (lleugerament superiors si es tenen en compte les taxes específiques), en tot cas, però, inferiors a les de Catalunya (vegeu el quadre 1).

Figura 4. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur segons el sexe. Barcelona, 2001-2007.



Font: Encuesta de población activa (EPA), Instituto Nacional de Estadística.
 Nota: Tot i que en el quadre 1 es presenta l'evolució trimestral de les tres taxes des de l'any 1995, en la figura 4 només s'hi han inclòs des de l'any 2001, atès que els anys anteriors no són comparables a causa del canvi en la metodologia de l'Encuesta de población activa.

Quadre 1. Taxes d'activitat, ocupació i atur segons l'àmbit geogràfic i el sexe. Barcelona, 2007.

	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Tota la població						
Barcelona	67,5%	51,5%	63,2%	48,0%	6,4%	6,7%
Catalunya	72,2%	53,1%	68,2%	49,0%	5,6%	7,8%
Estat espanyol	69,3%	48,9%	64,9%	43,6%	6,4%	10,9%
Població de 16 a 64 anys						
Barcelona	83,9%	70,3%	78,5%	65,5%	6,5%	6,7%
Catalunya	86,1%	67,6%	81,2%	62,3%	5,6%	7,9%
Estat espanyol	82,7%	62,3%	77,4%	55,5%	6,4%	10,9%

Font: Encuesta de población activa (EPA), Instituto Nacional de Estadística.

Quadre 2. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur, segons el sexe. Barcelona, 1999-2007.

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

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

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

Les condicions de vida

24

L'atenció a la infància i a l'adolescència

Els Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIA) tenen com a finalitat protegir els menors de 18 anys que es troben en situació d'alt risc social (maltractament, desemparament, negligències en la cura, abandonament, abusos, etc.). Actuen per delegació legal de la Generalitat de Catalunya i a petició dels serveis socials d'atenció primària, la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) o a instància judicial o policial.

Els EAIA són equips pluridisciplinaris constituïts per psicòlegs, pedagogs, assistents socials i educadors socials. La funció principal d'aquests professionals és valorar les situacions d'alt risc que puguin presentar-se per, a continuació, emetre la proposta de mesura administrativa més beneficiosa per al menor. Aquestes mesures poden ser:

- + Contenció en el nucli familiar: el menor continua en el nucli de convivència i no es proposa cap mesura administrativa, tot i que es fa un seguiment.
- + Atenció en la pròpia família: es proposa l'assumpció de la tutela a la DGAIA mentre els pares mantenen la guarda i custòdia.

- + Acolliment familiar simple en família extensa: es confia temporalment la guarda de l'infant a alguna persona o família amb vincle de parentiu amb la família d'origen, mentre es treballen amb la família els motius de la separació.
- + Acolliment familiar simple en família aliena: es confia temporalment la guarda de l'infant a alguna persona o família sense relació amb la família d'origen, mentre es treballen amb la família els motius de la separació.
- + Acolliment preadoptiu: les persones acollidores vetllen i tenen cura de l'infant quan els pares biològics estan impossibilitats per exercir la potestat i es preveu que aquesta situació pugui ser permanent.
- + Acolliment en una institució: en aquest cas, la separació del menor és transitòria i no s'ha pogut produir l'acolliment familiar simple, alhora que es treballa el retorn a la família d'origen.

A Barcelona hi ha 72 professionals que treballen en 11 EAIA que actuen en els 10 districtes de la ciutat. Enguany, s'han atès 3.315 menors, el 51% dels quals han estat derivats per la DGAIA, el 44% pels Serveis Socials d'Atenció Primària i el 5% per Fiscalia i Jutjats (vegeu el quadre 3). Al districte de Ciutat Vella s'han atès 767 menors; el 23% del total de menors atesos a la ciutat. Cal considerar que aquest districte té un 5% de població de 0 a 17 anys; això significa que s'han atès 61 menors per cada 1.000 habitants d'aquest grup d'edat. A l'altre extrem es troba el districte de Les Corts que ha atès 62 menors, el 2% dels atesos a la ciutat. Aquest districte també té un 5% de la població de 0-17 anys. La taxa d'atenció ha estat de 5,3 menors atesos per cada 1.000 habitants d'aquest grup d'edat.

Quadre 3. Població de 0-17 anys. Menors atesos pels EAIA i taxes d'atenció segons els districtes de la ciutat. Barcelona, 2007.

	Població de 0-17 anys (Núm.)	Població de 0-17 anys	Menors atesos (Núm.)	Menors atesos	Taxa d'atenció per 1.000
Ciutat Vella	12.467	5,5%	767	23,1%	61,5
Eixample	34.008	15,0%	228	6,9%	6,7
Sants Montjuïc	24.608	10,9%	460	13,9%	18,7
Les Corts	11.619	5,1%	62	1,9%	5,3
Sarrià-Sant Gervasi	25.987	11,5%	157	4,7%	6,0
Gràcia	15.691	6,9%	147	4,4%	9,4
Horta	23.625	10,4%	342	10,3%	14,5
Nou Barris	23.843	10,5%	414	12,5%	17,4
Sant Andreu	20.963	9,3%	353	10,6%	16,8
Sant Martí	33.396	14,8%	385	11,6%	11,5
Total	226.207	100%	3.315	100%	14,7

Font: Departament de Recerca i Coneixement, Àrea d'Acció Social i Ciutadania.

La incapacitat educativa, les conductes inadequades, les drogodependències i la insuficiència de recursos materials són els principals factors de risc amb relació als pares o les persones que tenen cura de l'infant o l'adolescent atès. Enguany hi ha 585 menors que estan en estudi i pendents de les propostes de mesura. Pel que fa al tipus de maltractament, el 50% pateixen negligència o abandonament, el 27% maltractament psíquic o emocional i el 8% maltractament físic. A 31 de desembre de 2007, 1.793 menors es troben en situació de seguiment de mesura, dels quals 644 estan acollits en família extensa, 454 en centres residencials, 309 reben atenció en la família biològica i el 179 estan acollits en famílies alienes (vegeu el quadre 4).

Quadre 4. Situació dels menors en seguiment de mesura atesos pels EAIA. Barcelona, 2007.

Tipus de mesura	Núm.	%
Acolliment simple en centre residencial	454	25,4%
Acolliment simple en família aliena	179	10,0%
Acolliment simple en família extensa	644	36,2%
Atenció en la pròpia família biològica	309	17,3%
Acolliment simple en centre d'acollida	65	3,6%
Acolliment familiar preadoptiu	107	6,0%
Altres	27	1,5%
Total	1.785	100%

Font: Departament de Recerca i Coneixement, Àrea d'Acció Social i Ciutadania.

La mobilitat en dia feiner

26

Segons l'Enquesta de mobilitat quotidiana de Catalunya de l'any 2006, el 93,9% dels residents a Barcelona va realitzar almenys un desplaçament en dia feiner. El 34,1% es va desplaçar només per motiu ocupacional, el 37,5% només per motiu personal, i el 28,4% va fer un desplaçament per ambdós motius com a mínim. El temps mitjà invertit va ser de 32 minuts en desplaçaments ocupacionals, de 35,9 minuts en personals i de 39,4 en els desplaçaments de tornada a casa (independentment de l'origen).

El 98,1% dels desplaçaments es realitza amb un únic mitjà de transport. Tenint en compte això, en els desplaçaments per motiu ocupacional, desplaçar-se a peu és més freqüent en les dones que en els homes. En ambdós sexes, el seu ús disminueix amb l'edat, tot i que augmenta el temps mitjà invertit. L'ús del transport públic també és més freqüent en les dones, però són els homes els que hi inverteixen més temps. En canvi, l'ús de la bicicleta, del turisme i de la motocicleta (inclou també ciclomotor) és més freqüent en els homes que en les dones. En ambdós sexes, les persones de 18 a 29 anys són les que més es desplacen amb bicicleta. En els homes, l'ús del turisme és més freqüent en el grup de 45 a 64 anys i l'ús de la motocicleta en el de 30 a 44 anys. En canvi, l'ús

del turisme en les dones és més freqüent en el grup de 45 a 64 anys i l'ús de la motocicleta en el grup de 18 a 29 anys, tot i que el grup que inverteix més temps en els desplaçaments en què s'ha utilitzat el turisme és el de 30 a 45 anys (vegeu el quadre 5, pàgina 27).

En els desplaçaments per motiu personal, desplaçar-se a peu és més freqüent en les dones, malgrat que són els homes els qui hi inverteixen més temps. En ambdós sexes, n'augmenta l'ús amb l'edat. Les dones són les que més es desplacen amb transport públic, i són les de 14 a 17 anys i els homes de 65 a 74 anys qui més l'utilitzen. Desplaçar-se amb bicicleta, turisme o motocicleta és més freqüent en els homes. En ambdós sexes el grup que més freqüentment utilitza tant la bicicleta com la motocicleta és el de 18 a 29 anys. Desplaçar-se amb turisme és més freqüent en els homes de 45 a 64 anys i en les dones de 30 a 44 anys (vegeu el quadre 5, pàgina 27).

El 80,6% dels residents a Barcelona que es desplacen només realitza desplaçaments interns, és a dir, amb la ciutat com a punt d'origen i destinació, i el 19,2% realitza almenys un desplaçament de connexió (sortida o entrada a la ciutat). Un 22,5% dels homes i un 14,2% de les dones residents que es desplacen es veuen obligats a desplaçar-se fora de la ciutat almenys una vegada en un dia laboral, principalment homes de 30 a 44 anys i dones de 18 a 29 anys amb estudis universitaris, ja que la majoria dels desplaçaments es produeixen per motiu ocupacional.

La ciutat de Barcelona, a més dels desplaçaments realitzats pels seus residents, rep diàriament al voltant de 630.000 persones que entren a la ciutat i que també realitzen desplaçaments interns.



Quadre 5. Mitjà de transport i temps invertit segons el motiu de desplaçament, el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2006.

Motiu ocupacional	A peu			Bicicleta			Transport públic			Turisme			Motocicleta		
Homes	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹
De 4 a 13 anys (n=911)	582	64	12,8	2	0	7,0	130	14	29,7	190	21	16,0	21	2	10,3
De 14 a 17 anys (n=415)	258	62	15,8	18	4	15,5	112	27	30,7	38	9	18,2	2	1	15,0
De 18 a 29 anys (n=1.413)	323	23	16,1	84	6	16,5	534	38	35,1	290	21	34,8	278	20	20,5
De 30 a 44 anys (n=2.358)	431	18	16,4	61	3	22,1	571	24	36,3	917	39	39,3	480	20	24,5
De 45 a 64 anys (n=1.632)	350	21	18,5	22	1	21,4	507	31	35,7	736	45	36,7	127	8	23,8
Total (n=6.730)	1.943	29	15,6	187	3	18,7	1.854	28	35,0	2.171	32	35,4	907	13	22,9
Dones	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹
De 4 a 13 anys (n=868)	632	73	13,7	2	0	10,0	92	11	26,6	155	18	16,2	16	2	13,0
De 14 a 17 anys (n=358)	256	71	16,3	2	1	10,0	77	21	26,5	26	7	19,3	8	2	11,3
De 18 a 29 anys (n=1.235)	305	25	16,9	42	3	18,5	693	56	34,3	147	12	30,9	148	12	24,0
De 30 a 44 anys (n=1.700)	445	26	17,8	32	2	16,8	803	47	32,3	342	20	36,8	180	11	22,9
De 45 a 64 anys (n=1.213)	385	32	18,3	8	1	23,5	597	49	32,3	263	22	29,8	24	2	32,9
Total (n=5.374)	2.024	38	16,3	87	2	18,0	2.262	42	32,5	932	17	30,0	376	7	23,3
Motiu personal	A peu			Bicicleta			Transport públic			Turisme			Motocicleta		
Homes	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹
De 4 a 13 anys (n=357)	244	68	14,2	2	1	5,0	48	13	32,6	68	19	16,9	7	2	23,6
De 14 a 17 anys (n=249)	181	73	18,3	10	4	64,3	62	25	28,9	14	6	22,1	6	3	13,8
De 18 a 29 anys (n=1.038)	472	45	16,1	57	6	26,2	274	26	30,5	225	22	33,9	169	16	21,5
De 30 a 44 anys (n=1.353)	744	55	19,6	42	3	17,0	278	21	29,1	307	23	31,1	179	13	24,9
De 45 a 64 anys (n=1.473)	995	68	31,6	17	1	30,1	352	24	33,4	338	23	36,5	42	3	25,1
De 65 a 74 anys (n=886)	671	76	46,3	2	0	0	246	28	29,7	136	15	39,0	10	1	23,3
De 75 anys o més (n=750)	580	77	37,1	0	0	0	188	25	35,7	62	8	39,0	8	1	12,9
Total (n=6.107)	3.886	64	29,1	130	2	26,3	1.449	24	31,5	1.150	19	33,6	422	7	23,1
Dones	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹	Núm.	%	min ¹
De 4 a 13 anys (n=345)	271	79	14,3	0	0	0	43	12	24,8	55	16	24,7	0	0	0
De 14 a 17 anys (n=219)	146	67	15,5	0	0	0	88	40	29,0	6	3	10,0	0	0	0
De 18 a 29 anys (n=1.019)	572	56	19,7	36	4	17,5	350	34	29,0	156	15	31,0	81	8	17,1
De 30 a 44 anys (n=1.861)	1251	67	26,1	33	2	18,0	527	28	31,3	327	18	31,3	81	4	19,1
De 45 a 64 anys (n=2.066)	1482	72	26,9	6	0	29,7	663	32	32,2	227	11	34,4	26	1	20,7
De 65 a 74 anys (n=1.078)	816	76	30,4	0	0	0	345	32	35,9	74	7	27,0	0	0	0
De 75 anys o més (n=1.209)	941	78	28,4	0	0	0	327	27	39,4	48	4	30,4	0	0	0
Total (n=7.797)	5.478	70	25,8	74	1	18,7	2.344	30	32,8	892	11	31,1	188	2	18,4

Font: Enquesta de mobilitat quotidiana de Catalunya 2006, Autoritat del Transport Metropolità.

Notes: Els percentatges són de fila i no sumen necessàriament el 100%, donat que una mateixa persona pot haver realitzat més d'un desplaçament en diferents mitjans de transport. ¹Temps mitjà de transport (en minuts) invertit en el desplaçament.



Com vivim

Presentació

- Resum executiu
- Resumen ejecutivo
- Executive Summary
- La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

- La situació demogràfica
- La situació socioeconòmica
- Les condicions de vida
- La mobilitat en dia feiner

Com vivim

- El medi ambient
 - L'aire
 - L'aigua
 - La seguretat alimentària
 - Els animals urbans
- Els comportaments
 - Les conductes relacionades amb la salut
 - El consum d'alcohol i altres drogues
- Els serveis sanitaris
 - La utilització de serveis sanitaris
 - L'atenció primària de salut
 - L'atenció a les urgències
 - L'atenció especialitzada hospitalària
 - L'atenció sociosanitària
 - L'atenció a la salut mental
 - L'atenció a les drogodependències
 - La prestació farmacèutica
 - Les accions en salut pública

La nostra salut

- La salut percebuda
- La salut sexual i reproductiva
- Els problemes de salut específics
 - La tuberculosi
 - La infecció per VIH-sida
- Les lesions per col·lisions de trànsit
- La salut laboral
- La gent gran
- La mortalitat

Monogràfics

- La lipoatròfia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball
- El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2007 en xifres

L'aire

30

Enguany, la qualitat de l'aire a la ciutat ha millorat respecte a l'any anterior. Tanmateix una avaluació més acurada requereix estudiar separatament els nivells de cadascun dels contaminants en els diferents tipus d'estacions de la ciutat, classificades segons les emissions a què estan sotmeses, és a dir, estacions de trànsit intens, trànsit moderat i fons urbà.

Els nivells de diòxid de nitrogen (NO_2) han disminuït a totes les estacions de la ciutat, excepte a l'estació de mesurament de Sants (vegeu la figura 1). Respecte als valors límit que entraran en vigor l'any 2010, la concentració mitjana anual en totes les estacions de la ciutat segueix essent superior al valor límit anual ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$), sense superar-se el nombre d'ocasions permeses (18 ocasions l'any) del valor límit horari ($200 \mu\text{g}/\text{m}^3$), excepte a l'estació de trànsit molt intens de l'Eixample.

Pel que fa a les partícules PM_{10} , la concentració mitjana anual ha disminuït de forma significativa

respecte de l'any passat (vegeu el quadre 1, pàgina 31). Tot i això, s'ha superat el valor límit anual per a aquest contaminant ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) en totes les estacions excepte a les de fons urbà de Zona Universitària i Jaume Almera. D'altra banda, s'ha ultrapassat el nombre de superacions permeses (35 ocasions l'any) del valor límit diari ($50 \mu\text{g}/\text{m}^3$) en estacions de trànsit i de fons urbà.

Pel que fa a aquests dos contaminants, cal afegir que durant l'any 2007 la Generalitat de Catalunya va aprovar el Pla d'actuació associat a la declaració de zones de protecció especial de l'ambient atmosfèric corresponent, entre d'altres, al municipi de Barcelona, situat a la Zona de Qualitat 1: Àrea de Barcelona. El Pla inclou 73 mesures adreçades a reduir les emissions d'òxids de nitrogen i partícules amb l'objectiu de restablir els nivells de diòxid de nitrogen i PM_{10} per a l'any 2010. Aquestes mesures inclouen actuacions en els àmbits del transport, la indústria i els sectors energètic i domèstic.

Quant a la resta de contaminants regulats, els nivells de diòxid de sofre i plom s'han mantingut molt per sota dels valors límit establerts en la legislació, igual que el benzè, el valor límit del qual no entrarà en vigor fins l'any 2010. Tampoc no s'han superat els valors objectiu establerts per a l'any 2013 pel que fa al cadmi, el níquel, l'arsènic i el benzo(a)pirè. Els nivells de monòxid de carboni s'han mantingut

Figura 1. Evolució dels nivells de diòxid de nitrogen segons l'estació de mesurament. Barcelona, 2000-2007.



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

molt per sota del valor límit vigent, tot i que s'observa un augment dels nivells respecte de l'any 2006, més significatiu a les estacions de fons i de trànsit moderat. Pel que fa a l'ozó, no s'ha superat el llindar horari d'informació a la població ($180 \mu\text{g}/\text{m}^3$) en cap de les estacions urbanes, tot seguint la pauta dels darrers 4 anys. Aquesta pauta podria ser modificada per eventuais canvis en la relació dels principals precursors d'aquest contaminant durant els propers anys.

Valor límit: nivell fixat a fi d'evitar, prevenir o reduir els efectes nocius per a la salut humana i el medi ambient.

Valor objectiu: nivell fixat per evitar a llarg termini els efectes nocius sobre la salut humana i el medi ambient.

Llindar d'informació a la població: nivell a partir del qual una exposició de durada breu suposa un risc per a la salut dels grups de població de risc.

Quadre 1. Superacions del valor límit diari i mitjana anual de les partícules PM_{10} segons l'estació de mesurament. Barcelona, 2007.

Estació	Tipus d'estació	Mitjana anual ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) ¹	Nombre de superacions del valor límit diari ²	Dades anuals
Zona Universitària	Fons urbà	33	26	61%
Jaume Almerà	Fons urbà	38	66	95%
Plaça Universitat	Trànsit molt intens	43	50	55%
Eixample	Trànsit molt intens	49	82	53%
Gràcia-Sant Gervasi	Trànsit molt intens	46	60	49%
Sants	Trànsit moderat	54	101	53%
Poblenou	Trànsit moderat	54	62	33%

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

Notes: ¹Valor límit anual = $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$. ²Valor límit diari = $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$, llindar que es pot superar 35 ocasions l'any.

L'aigua

32

Les aigües de consum de proveïment públic

El subministrament d'aigua a Barcelona queda dividit en tres zones d'abastament segons la procedència de l'aigua. La zona B (que representa un 10% del consum total i inclou part dels districtes de Sants-Monjuïc i Ciutat Vella) serveix aigua procedent del riu Llobregat i d'aigües subterrànies del seu aquífer tractades a les estacions de tractament d'aigües potables (ETAP) de Sant Joan Despí i d'Abrera. La zona E (que representa un 11% del consum i inclou part de Nou Barris i Sant Andreu) distribueix aigües procedents del riu Ter que són tractades a l'ETAP de Cardedeu, així com una petita part de les aigües subterrànies de l'aquífer del riu Besòs, tractades a l'ETAP Central Besòs. El gruix del volum servit constitueix la zona D (que representa un 79% i inclou la resta de la ciutat) i està format per una barreja de l'aigua procedent del Llobregat i del Ter, que es tracta a les ETAP de Sant Joan Despí, Abrera i Cardedeu.

En compliment del programa d'autocontrol requerit pel Reial decret 140/2003, l'entitat gestora de l'abastament (AGBAR) ha realitzat aquest any més de 500 analítiques de vigilància de la qualitat de l'aigua subministrada. A més,

l'ASPB ha desenvolupat el seu propi programa de vigilància de la qualitat de l'aigua subministrada amb l'objectiu de garantir-ne encara més la qualitat sanitària i ha dut a terme també controls analítics periòdics de tots els paràmetres legislatos en diferents punts de la xarxa de distribució. Aquestes activitats de control permeten detectar qualsevol anomalia o incompliment dels límits legislatius que generarien diferents activitats preventives i correctives.

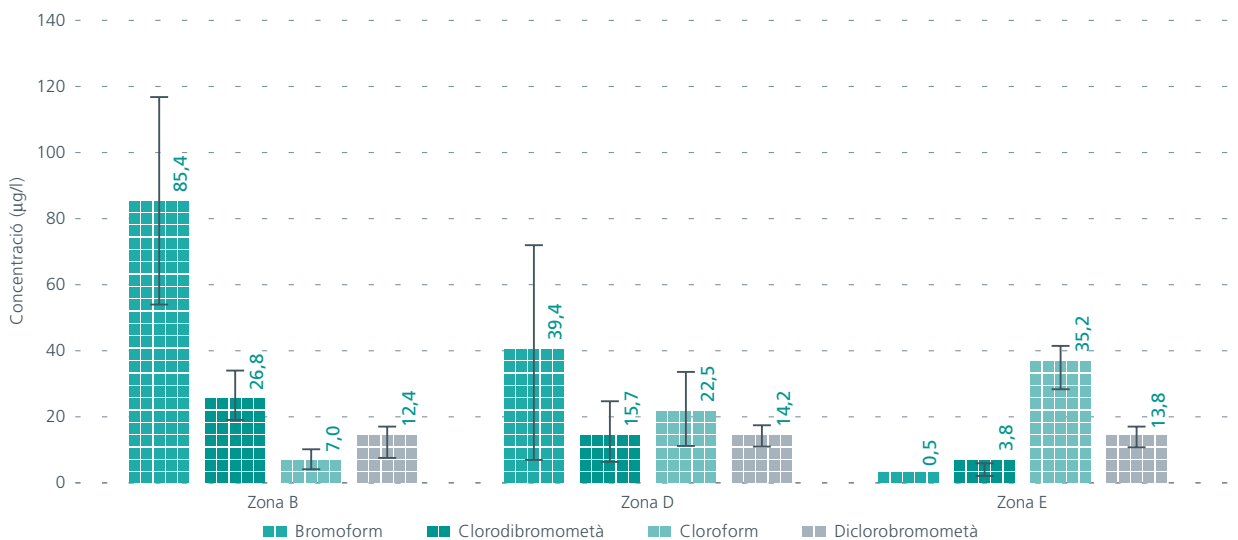
Pel que fa a la quantitat total de trihalometans (THM), les dades d'aquest any posen de manifest una disminució dels valors mitjans trobats a les zones B i D respecte als nivells obtinguts l'any anterior (vegeu el quadre 2). A més, els controls addicionals realitzats per l'ASPB a la xarxa de distribució no han detectat cap valor que incompleixi el límit legislatiu, actualment fixat en 150 µg/l. Els THM

Quadre 2. Valors mitjans del total de trihalometans segons les tres zones d'abastament. Barcelona, 2004-2007.

Anys	Zona B Mitjana (µg/l)	Zona D Mitjana (µg/l)	Zona E Mitjana (µg/l)
2004	155,6	131,7	66,7
2005	81,5	78,5	50,6
2006	155,6	111,7	39,4
2007	131,5	91,9	53,3

Font: Entitat gestora del subministrament d'aigües de consum (AGBAR).

Figura 2. Valors mitjans i desviació estàndard dels quatre trihalometans a cada zona d'abastament. Barcelona, 2007.



Font: Entitat gestora del subministrament d'aigües de consum a Barcelona (AGBAR).

Nota: Les línies dels segments representen la desviació estàndard dels valors mitjans.

són compostos que es generen durant el procés de cloració de les aigües per reacció amb la matèria orgànica i la seva formació depèn, entre d'altres, de la qualitat de l'aigua captada abans de la potabilització. L'aigua procedent del Llobregat (zones B i D) mostra concentracions més elevades, sobretot per la importància de la generació de compostos bromats, en comparació de l'aigua del Ter, amb concentracions més baixes (vegeu la figura 2, pàgina 32). La reducció dels nivells de THM no és gens fàcil, ja que no es pot evitar la cloració de les aigües de consum per tal d'assegurar-ne la desinfecció. En aquest sentit, l'entrada en funcionament de la dessaladora del Llobregat, actualment en construcció, i la millora de les tecnologies de tractament a les ETAP d'Abrera i Sant Joan Despí hauran de reduir les concentracions d'aquests compostos per tal d'assolir el límit màxim de 100 µg/l establert pel 2009.

Una altra de les tasques importants de l'ASPB és el control de la qualitat de l'aigua a l'aixeta del consumidor. Aquest programa està enfocat a comprovar que l'estructura i els materials de la xarxa interna dels edificis no transmeten cap substància que empitjori la qualitat de l'aigua garantida per l'entitat gestora en el punt de lliurament als edificis. Durant el 2007, l'ASPB ha realitzat un total de 305 controls amb presa de mostra a diferents edificis de concurrència pública (escoles, centres culturals, esportius, comerços, etc.) i domicilis particulars. Cap de les anomalies detectades (2% total) no han estat confirmades en el seguiment analític posterior. Tanmateix, s'han detectat i confirmat dos incompliments per plom, amb concentracions superiors al límit normatiu fixat en 25 µg/l. En ambdós casos, es van notificar als responsables de les instal·lacions les mesures preventives i correctives que calia adoptar. Aquests tipus de problemes es manifesten principalment en edificis antics, que moltes vegades disposen d'un subministrament per aforament amb dipòsits de distribució interiors que poden provocar altres problemes associats (brutícia, manca de pressió de l'aigua, etc.). Tot i les campanyes d'incentivació per substituir aquests dipòsits, encara hi ha més de 5.000 edificis amb instal·lacions d'aquest tipus.

Figura 3. Imatge de la font natural de la Maduixa Inferior. Barcelona, 2007.



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

Les fonts naturals

D'acord amb el Programa de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum humà (PVICSAACH), l'ASPB realitza també les activitats de control de la qualitat de l'aigua de les fonts naturals d'elevada freqüentació situades a Barcelona (onze fonts naturals). Els resultats microbiològics han mostrat una elevada variabilitat i algunes superacions dels valors paramètrics establerts en la legislació que poden obligar a qualificar aquestes aigües com a no aptes per al consum humà (vegeu la figura 3). Tot i que aquesta mesura és percebuda moltes vegades de forma negativa per part de la ciutadania, molt acostumada a gaudir d'aquestes fonts i del seu entorn, cal tenir present que l'aigua de les fonts naturals no es tracta ni es desinfecta i que, per tant, no se'n pot garantir la potabilitat. Això implica que el seu consum no sigui aconsellable.

Les aigües marines

La qualitat sanitària de l'aigua de totes les platges de Barcelona només s'ha vist alterada puntualment per alguns dies de pluja, però la valoració final de la temporada de bany s'ha mantingut dins els límits imperatius i de guia que fixa el Reial decret 734/1988. Cal fer esment que, aplicant els paràmetres i criteris d'avaluació establerts en el nou Reial decret 1341/2007, d'11 d'octubre, sobre la gestió de la qualitat de les aigües de bany, totes les platges de la ciutat assolirien una qualificació microbiològica d'excel·lent.

La seguretat alimentària

34

El control sanitari dels establiments alimentaris

L'any 2007 s'han dut a terme 8.126 inspeccions, que s'han concentrat en els sectors amb més risc sanitari i on els possibles consumidors són més vulnerables (infants, gent gran o persones malaltes):

- + Les cuines i els menjadors dels centres docents, geriàtrics i hospitals, amb una cobertura de control anual del 96,4%.
- + Les indústries alimentàries, on la freqüència d'inspecció i el grau de cobertura anual, de l'ordre del 80%, s'estableix un cop avaluats els criteris establerts pel programa de classificació dels establiments alimentaris amb registre sanitari segons el risc (SISCERR-BCN).
- + L'escorxador, amb un control permanent de les seves activitats.
- + Els establiments minoristes i la restauració comercial, amb una cobertura plurianual i on la freqüència d'inspecció respon a la necessitat de seguiment d'aquests tipus d'establiments, que en cas de presentar deficiències o no complir les mesures correctives establertes en una primera inspecció, pot comportar inspeccions successives al llarg de l'any.

L'aplicació del programa SISCERR-BCN ha evidenciat que respecte del període 2005-2006, la millora en la puntuació en el risc sanitari ha comportat l'assignació d'una menor freqüència d'inspecció anual en el 35% de les indústries, mentre que la constatació d'una puntuació més alta en el risc ha implicat passar a un augment de la pressió inspectora en el 21%. En el 44% de les indústries els canvis en la classificació no han comportat un canvi de la freqüència inspectora (vegeu la figura 4).

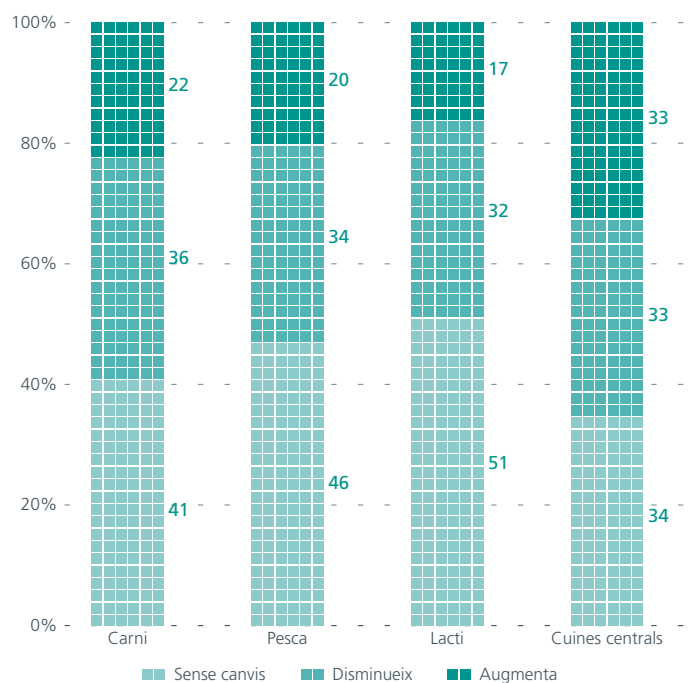
La vigilància analítica dels aliments

Mitjançant el Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), es vigilen determinats contaminants ambientals (metalls pesants, hidrocarburs aromàtics policíclics, plaguicides organoclorats, PCB), residus químics (plaguicides en aliments sotmesos a tractaments fitosanitaris), additius (sulfits, nitrats, sorbats) i agents microbiològics (*Salmonella*, *Listeria*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Escherichia coli* O157, micotoxines, microorganismes indicadors) en

mostres d'aliments comercialitzats a la ciutat, amb una doble perspectiva. D'una banda, avaluant el grau de compliment dels límits de tolerància reglamentaris, tot identificant les anomalies i fent possible la seva correcció mitjançant accions de gestió i comunicació del risc. D'altra banda, amb l'avaluació del conjunt de resultats, fet que fa possible l'estudi de les tendències temporals i l'elaboració d'estudis d'avaluació del risc en la població consumidora.

Aquest any s'han detectat disconformitats en 64 de les 454 mostres d'aliments analitzades (14%), majoritàriament per agents microbiològics (48 de les 64) (vegeu la figura 5, pàgina 35). Dins les anomalies microbiològiques, 37 han estat degudes a microorganismes indicadors d'higiene i 12 corresponen a la presència de potencials patògens, si bé cal tenir en compte que la gran majoria han estat detectats en aliments crus que habitualment se sotmeten, prèviament el seu consum, a un tractament tèrmic capaç d'eliminar el microorganisme (vegeu la taula 3, pàgina 84). El risc d'aquests aliments vindria donat per una cocció insuficient o per la possibilitat de contactar per contaminació creuada amb altres aliments que no estiguin sotmesos a tractament tèrmic. L'estudi de la presència d'additius en els aliments analitzats ha permès identificar 10 mostres amb valors superiors als límits màxims permesos

Figura 4. Canvis en la freqüència d'inspecció per canvis en el grau de risc segons els sectors alimentaris. Barcelona, 2006-2007.

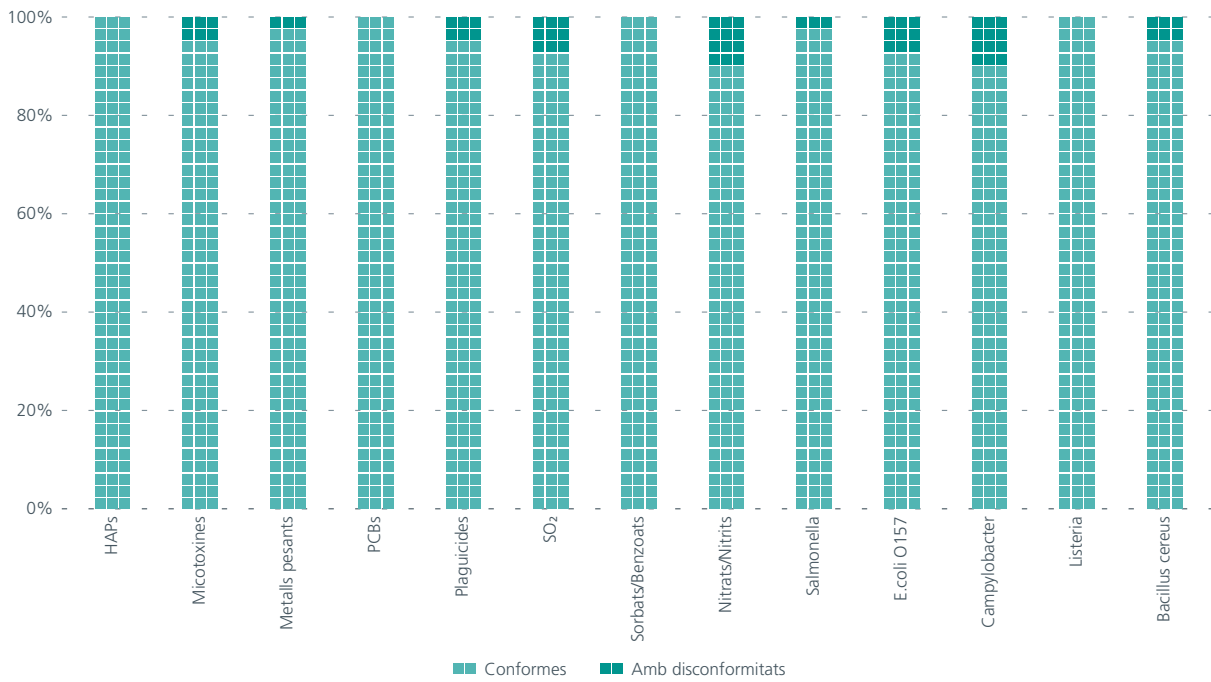


Font: Programa SISCERR-BCN, Agència de Salut Pública de Barcelona.

i 10 mostres han evidenciat disconformitats degudes a paràmetres abiòtics, majoritàriament per la presència de residus de plaguicides en productes d'origen vegetal (vegeu les taules 1 i 2, pàgines 83 i 84).

Des d'un punt de vista global, cal remarcar que enguany el 86% de les mostres estudiades no han evidenciat resultats disconformes i que el sistema de vigilància establert proporciona informació dels nivells de contaminants, fet que facilita la prioritització i planificació de les activitats de vigilància i control.

Figura 5. Conformitats i disconformitats segons els paràmetres de les mostres d'aliments analitzades. Barcelona, 2007.



Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els animals urbans

36

Els animals de companyia

La tinença d'un animal de companyia suposa adquirir unes responsabilitats i un compromís durant tota la vida de l'animal, i s'ha de ser responsable tant pel que fa al seu benestar com pel benestar de la societat on s'integra mitjançant el compliment de la normativa. En cas contrari, pot comportar un perjudici per als ciutadans o per als altres animals, fet que provoca la interposició de denúncies per part de les persones afectades o pot donar lloc a comunicats d'agressió.

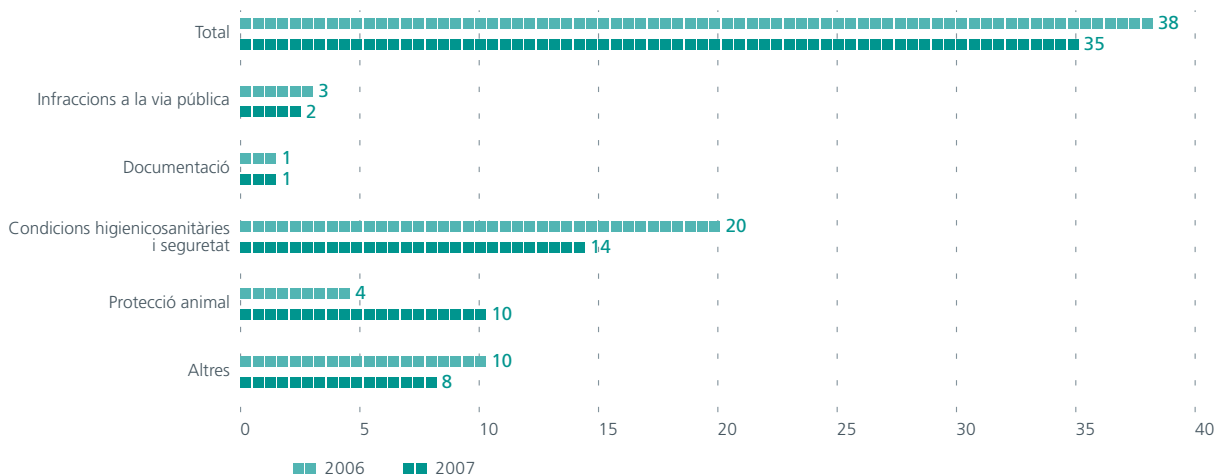
Les denúncies es classifiquen segons l'àmbit del fet denunciat en: molèsties, protecció animal, condicions higienicosanitàries i seguretat, documentació i infraccions a la via pública. El nombre de denúncies rebudes a l'ASPB enguany amb relació a les de l'any 2006 es manté gairebé constant. No obstant això, s'ha observat un canvi en la tipologia de denúncia presentada pel ciutadà: s'observa una disminució en les relatives a condicions higienicosanitàries i seguretat i molèsties, i un increment en les relatives a protecció animal (vegeu la figura 6). Aquest canvi de tendència pot estar relacionat amb una major conscienciació ciutadana pel que fa a la protecció i als drets dels animals.

Durant aquest any s'han rebut 62 comunicacions d'agressió protagonitzada per un gos, procedents de centres mèdics, de les quals en 9 casos no s'identificava el propietari. La resta han generat 53 expedients per al control sanitari dels animals agressors i la determinació de la potencial perillositat del seu caràcter. Malgrat que ha millorat el coneixement que tenen d'aquest protocol les altres administracions sanitàries i els cossos policials, la xifra de comunicats d'agressió d'enguany és lleugerament menor que la de 2006, amb 77 episodis notificats, fet que podria respondre a una disminució efectiva en la incidència d'aquest tipus de fenomen.

Les colònies de gats urbans

El nombre de demandes d'intervenció municipal relatives a colònies no controlades de gats ha augmentat aquest any considerablement respecte a les de l'any passat (37 l'any 2006 i 87 l'any 2007). De la totalitat de demandes rebudes, 43 corresponen a demandes negatives (increment del 78% respecte del 2006), és a dir, es denuncien problemes relacionats amb la presència de gats (afectació de la salut pública, molèsties generades per gats en espais públics i/o privats, superpoblació, persona alimentadora com a font de discòrdia i deficiències de les condicions higienicosanitàries) i sol·licita la retirada dels animals. Només en una de les denúncies, la inspecció va determinar un risc per a la salut pública. Les 44 restants corresponen a demandes positives (increment del 266% respecte del 2006): en aquests casos es sol·licita la constitució de colònies controlades de gats.

Figura 6. Denúncies relatives a animals de companyia segons l'àmbit del fet denunciat. Barcelona, 2006-2007.



Font: Servei d'Higiene Pública i Zoonosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les conductes relacionades amb la salut

L'hàbit tabàquic és una de les conductes de la salut més importants, donada la seva contribució a la mortalitat cardiovascular, per càncer i per malalties respiratòries. L'any 2006, un 23,7% de la població es declarava fumadora habitual; un 4,3% fumadora ocasional; un 26,6% exfumadora, i un 45,4%, no fumadora. La seva distribució segons el districte i el sexe és desigual. Així, la proporció de dones que es declaren fumadores habituals és més baixa que la d'homes en tots els districtes de la ciutat. La diferència entre sexes més important es dona a Nou Barris, on un 36,4% dels homes es declaren fumadors habituals i només ho declaren un 16,1% de les dones. Entre districtes també hi ha diferències: un 36,4% dels homes de Nou Barris es declaren fumadors habituals i només ho declaren un 17,1% dels homes de Les Corts (vegeu la figura 7, pàgina 38).

Quant a l'activitat física en el temps de lleure (amb l'exclusió de caminar), hi ha una proporció més alta de dones que es declaren inactives en el temps lliure que d'homes a tots els districtes

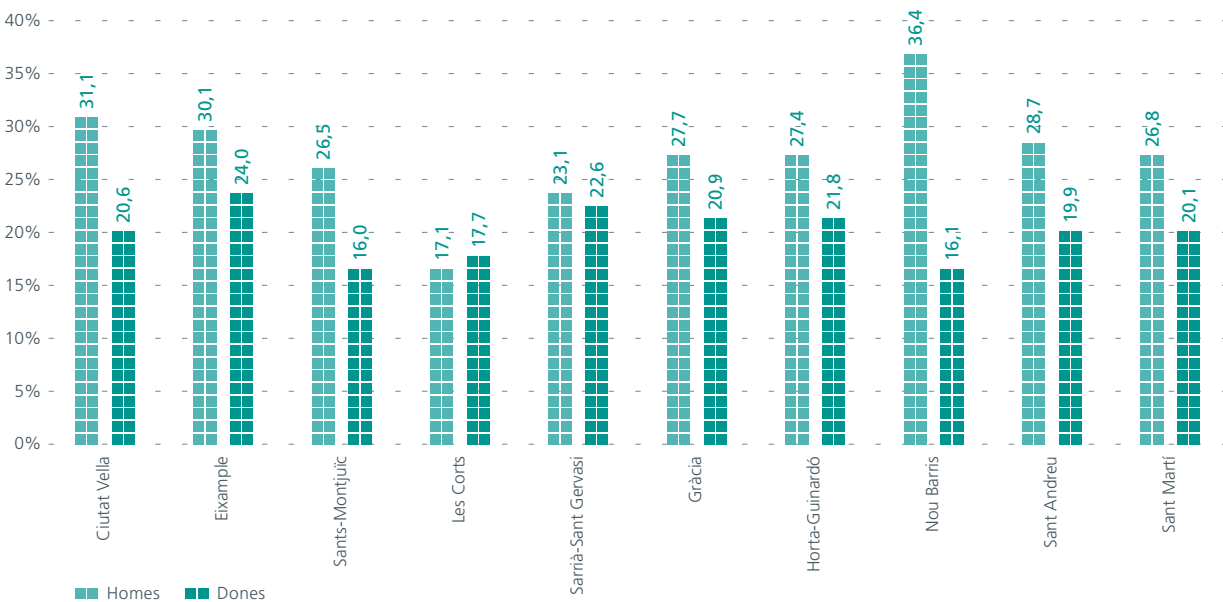
de la ciutat (vegeu figura 8, pàgina 38). Aquestes proporcions són més altes entre les dones de Nou Barris (80,8%) i els homes de Ciutat Vella (73,1%) i més baixes entre les dones de Les Corts (65%) i els homes de Sarrià-Sant Gervasi (49,6%).

Finalment, i pel que fa a l'obesitat -un altre factor de risc per a les malalties cardiovasculars-, també hi ha diferències segons el districte i el sexe (vegeu figura 9, pàgina 38). Sant Martí és el districte amb una proporció més alta d'homes obesos (15%), i Sants-Montjuïc el districte amb més dones obesos (17,6%). En canvi, Sarrià-Sant Gervasi és el districte amb una proporció més baixa de població obesa (5,2% dels homes i 5,5% de les dones).

L'any 2006 es va realitzar la darrera edició de l'Enquesta de salut de Barcelona. Si voleu informació detallada sobre la seva metodologia i resultats podeu consultar:

Rodríguez-Sanz M, Morales E, Pasarín MI, Borrell C. *Enquesta de salut de Barcelona 2006*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008. (www.aspb.cat).

Figura 7. Població fumadora habitual segons el districte i el sexe. Barcelona, 2006.



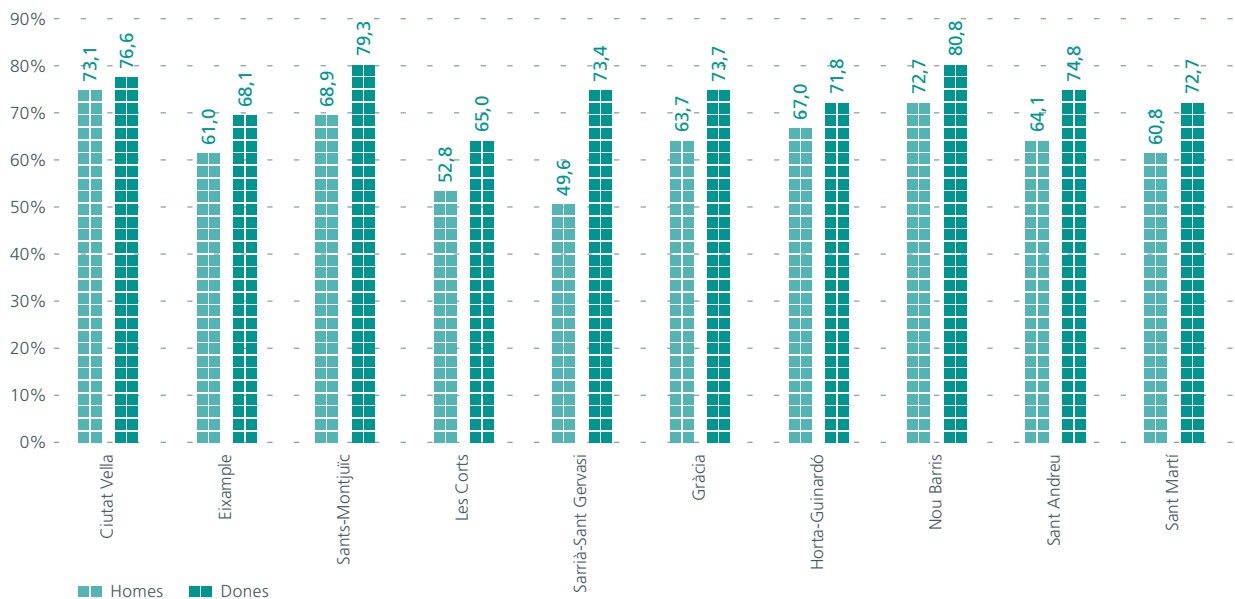
Font: Enquesta de salut de Barcelona 2006, Agència de Salut Pública de Barcelona

Nota: Percentatges estandaritzats per edat pel mètode directe i que utilitza com a referència el total de la mostra de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006.

Les conductes relacionades amb la salut

38

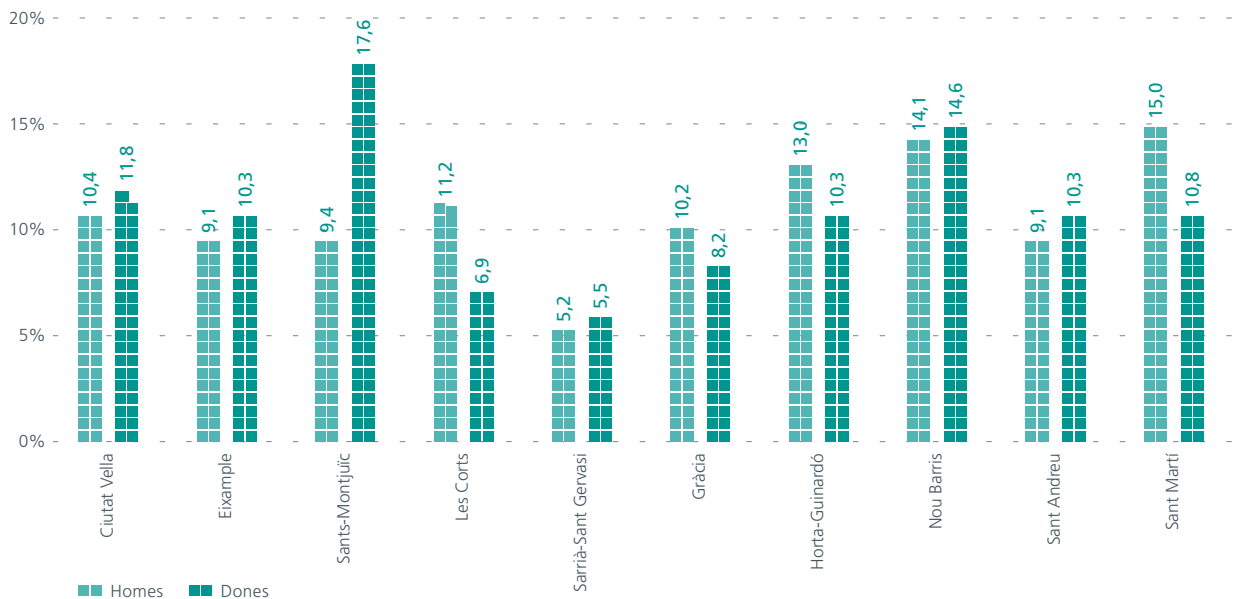
Figura 8. Població que no fa activitat física en el temps de lleure (amb l'exclusió de caminar) segons el districte i el sexe. Barcelona, 2006.



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

Nota: Percentatges estandaritzats per edat pel mètode directe i que utilitza com a referència el total de la mostra de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006.

Figura 9. Població obesa segons el districte i el sexe. Barcelona, 2006.



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

Nota: Percentatges estandaritzats per edat pel mètode directe i que utilitza com a referència el total de la mostra de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006.

El consum d'alcohol i altres drogues

Alcohol

L'alcohol continua essent la substància psicoactiva d'abús més estesa a la població de Barcelona. L'any 2006, la proporció de persones de 15 a 64 anys que declara haver consumit alguna vegada begudes alcohòliques en els darrers 12 mesos ha estat del 79% i, d'aquests, un 68,5% han consumit en els 30 dies previs a l'enquesta.

Quant a l'indicador de consum més problemàtic, un 6,4% s'ha emborratxat (5 o més consumicions de cop) com a mínim un cop al mes l'últim any i un 7,2% era bevedor de risc (280 o més g/setmana en homes i 170 o més g/setmana en dones).

Segons el sexe, veiem que el consum és més freqüent en homes que en dones per a tots els indicadors de consum. Si mirem el consum per tipus de beguda, els homes consumeixen quantitats més elevades tant en dies feiners com en cap de setmana, tot i que el consum de vi, cava i similars en cap de setmana és semblant en ambdós sexes.

Segons el grup d'edat s'aprecien importants diferències entre els joves amb relació al patró temporal de consum (cap de setmana o dies feiners). Els joves consumeixen més el cap de setmana (binge drinking o fartades) (vegeu la figura 10, pàgina 41). Així, el 11,4% dels joves

de 15 a 24 anys presenta un consum de risc i el 10,9% ha presentat un episodi de consum intensiu o -binge- (5 o més consumicions en una sola ocasió) com a mínim un cop al mes l'últim any. Cal destacar que, dins aquest grup d'edat, les noies presenten amb més freqüència un consum de risc els caps de setmana (14,2% vs. el 8,5% en els nois).

El consum en dies feiners (vegeu la figura 11, pàgina 41) és més habitual entre la població adulta, així, doncs, el grup d'edat de 15 a 44 anys presenta un consum moderat en dies feiners del 38,4% i un consum de risc del 1,7%, mentre que en el grup de 45 a 64 anys aquestes prevalences augmenten a 45,3% i 2,7% respectivament.

Segons la classe social veiem que les prevalences de consum d'alcohol setmanal són lleugerament superiors en les classes no manuals. Si analitzem el patró de consum veiem que el consum de cap de setmana presenta un patró semblant en els homes, independentment de la classe social. Però, en les dones, són les de classes privilegiades les qui presenten indicadors més alts (un consum de risc del 7,4% en les classes no manuals i del 3% en les classes manuals). Pel que fa al consum en dies feiners, les dones de classes privilegiades continuen tenint percentatges majors de consum, mentre que el consum moderat en els homes és més alt en les classes privilegiades (un 57,4% en no manuals i un 48,3% en manuals) i el consum de risc és més alt en les classes més desfavorides (un 1,7% en les classes no manuals i un 3,1% en les manuals).

Tranquil·litzants i/o hipnòtics sense recepta mèdica

L'any 2006, un 22,3% de la població entre 15 i 65 anys ha referit un consum esporàdic d'hipnosedants sense recepta mèdica. Un 8% de la població de Barcelona els havia consumit en el mes previ a l'enquesta, essent el consum en dones (10,4%) més elevat que en homes (5,5%) i major en el grup d'adults de 35 a 64 anys (9,9%) que en els joves de 15 a 34 anys (5,1%).

Si comparem les dades de l'Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) del Plan Nacional sobre Drogas, veiem que l'any 1997 el consum d'hipnosedants en els darrers 12 mesos va ser de 2,3%, mentre que en l'Enquesta de salut de Barcelona 2006 va ser del 12%. Aquest augment s'ha produït principalment en les dones de 15 a 24 anys.

Cànnabis

El cànnabis és la substància no institucionalitzada més consumida en el nostre entorn. L'any 2006, un 29,5% de la població de 15 a 65 anys l'havia consumit alguna vegada a la seva vida, un 11,9% en els últims 12 mesos i un 7,6% alguna vegada en els 30 dies anteriors a l'enquesta. Aquestes dades són similars a les obtingudes en l'EDADES.

Els principals nivells d'experimentació es troben en la població de 15 a 24 anys (38,7%) i disminueixen progressivament amb l'edat.

A Catalunya hi ha una elevada prevalença de consumidors d'alcohol entre la població general i els adolescents, que supera la mitjana de l'Estat espanyol, especialment en la prevalença del consum en els darrers 30 dies. Contràriament del què succeeix arreu de l'Estat espanyol, a Catalunya s'observa una tendència a l'increment del percentatge de consumidors, tant entre la població general com entre els adolescents de 14-18 anys.

Entre els adolescents i adults joves s'incrementa la pauta de consum més perillosa, la d'episodis de consum intensiu, especialment els caps de setmana.

Hi ha una tendència a la disminució del consum de vi, però augmenta el de cervesa i destil·lats.

El consum d'alcohol i altres drogues

40

L'índex de continuïtat (persones que experimenten i passen a un consum regular) és del 25,8%. En el grup de joves de 15 a 24 anys aquest índex és situa en el 49,6% i en el subgrup de nois augmenta fins al 57,5% (vegeu quadre 3).

Igual que succeeix en altres drogues, el consum és més elevat en homes que en dones per a tots els indicadors, però les diferències són menors entre els joves si es compara amb el grup de més edat.

Els joves de 15 a 34 anys refereixen consums més elevats en tots els indicadors: el 40,9% ha consumit alguna vegada a la seva vida, el 20,4% en els últims 12 mesos i 14,4% en els últims 30 dies. En el grup d'edat de 15 a 24 anys el consum durant els 30 dies previs a l'enquesta arriba a xifres del 19,2%. A banda d'això, existeix un percentatge no menyspreable de consum en el grup de 35 a 64 anys, sobretot entre els homes (4,6% d'ells referia consum en els 30 dies previs a l'enquesta).

El consum entre els homes no presenta cap patró segons la classe social, mentre que en les dones el consum esporàdic i el consum en els últims 12 mesos és més elevat entre les dones de classes no manuals (30,8% i 16,6%) per comparació a les classes manuals (10,7% i 6,1%).

En l'Enquesta de salut de Barcelona de l'any 2000 s'observa que la població que havia provat la droga alguna vegada era del 16%, mentre que l'any 2006 va ser del 29,5%. Les prevalències

L'any 2006 es va realitzar la darrera edició de l'Enquesta de salut de Barcelona. Si voleu informació detallada sobre la seva metodologia i els seus resultats podeu consultar:

Rodríguez-Sanz M, Morales E, Pasarín MI, Borrell C. *Enquesta de salut de Barcelona 2006*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

Quadre 3. Distribució de la prevalença de consum de cànnabis alguna vegada a la vida i continuïtat de consum segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2006.

Homes Grups d'edat	Prevalença de consum d'alguna vegada a la vida	Índex de continuïtat
15 a 24 anys	41,9%	57,5%
25 a 34 anys	47,9%	32,8%
35 a 64 anys	26,4%	17,4%
15 a 65 anys	34,6%	30,6%
Dones Grups d'edat	Prevalença de consum d'alguna vegada a la vida	Índex de continuïtat
15 a 24 anys	35,5%	40,0%
25 a 34 anys	36,0%	20,0%
35 a 64 anys	17,6%	8,0%
15 a 65 anys	24,5%	18,8%

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

de consum en els 30 dies previs a l'enquesta han passat d'un 4,5% l'any 2000 a un 7,6% l'any 2006.

Quant a l'índex de continuïtat, en els homes es manté estable, mentre que en les dones ha augmentat en el grup d'edat de 15 a 24 anys (35,2% vs. 40%) (vegeu el quadre 3). Segons els grups d'edat hi ha un gradient marcat, ja existent l'any 2000; així, doncs, el consum regular disminueix a mesura que augmenta l'edat.

Cocaïna

L'any 2006, un 8,7% de la població barcelonina de 16 a 64 anys declarava haver consumit aquesta substància alguna vegada a la seva vida, un 3,1% en els últims 12 mesos i un 1,3% en els últims 30 dies.

El consum experimental ha estat més elevat en el grup d'edat de 16 a 34 anys, un 12,6% ho ha provat alguna vegada a la seva vida, mentre que en el grup d'edat de 35 a 64 anys aquesta prevalença ha estat del 6,1%. Igual que en el cas del cànnabis, en tots els casos (consum alguna vegada, 12 últims mesos i 30 darrers dies) el consum de cocaïna era més prevalent en els homes que en les dones.

En el consum regular (12 últims mesos) les prevalències més altes s'han trobat entre els homes de 15 a 34 anys (7,7%) i les menors en les dones de 35 a 64 anys (0,5%).

L'índex de continuïtat ha estat del 14,9%, sense diferències segons el sexe. Per contra, sí que s'han apreciat diferències segons el grup d'edat, ja que en el grup de 15 a 24 anys va ser del 19,8% i en el grup de 25 a 64 anys de 9,8%. Quant a les diferències segon la classe social, en el cas d'aquesta substància no es va observar cap patró de classe.

Tot i que aquestes dades són autodeclarades, de la mateixa manera que a l'EDADES, a l'Enquesta de salut de Barcelona s'ha observat

un increment en la prevalença del consum de cocaïna d'alguna vegada a la vida entre l'any 2000 que va ser 3,4% i l'any 2006, en que aquesta prevalença ha estat d'un 8,7%.

Figura 10. Consum d'alcohol en cap de setmana segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2006.

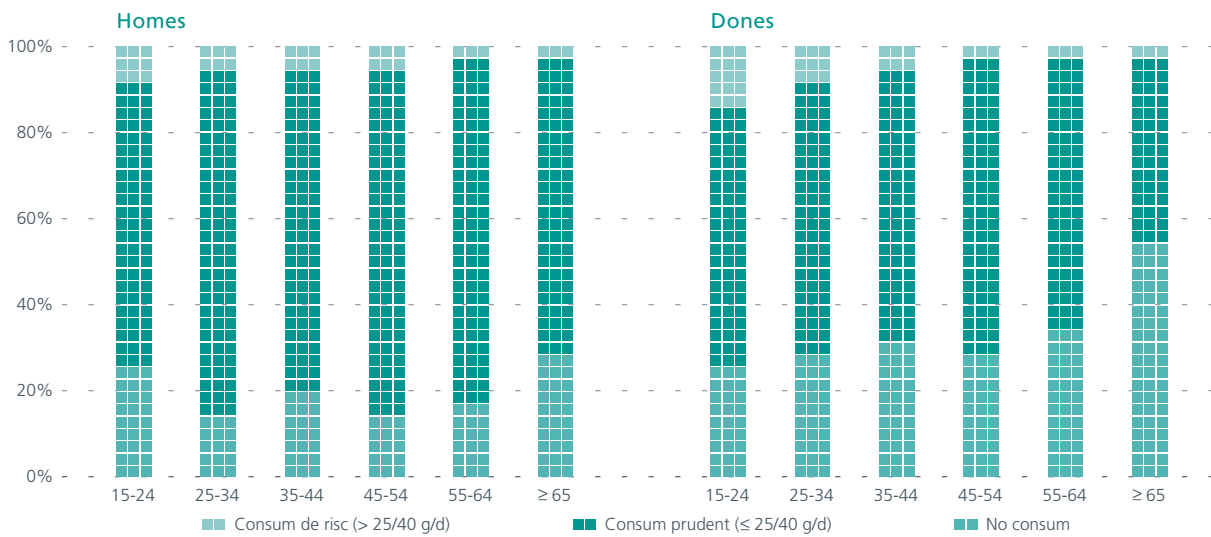
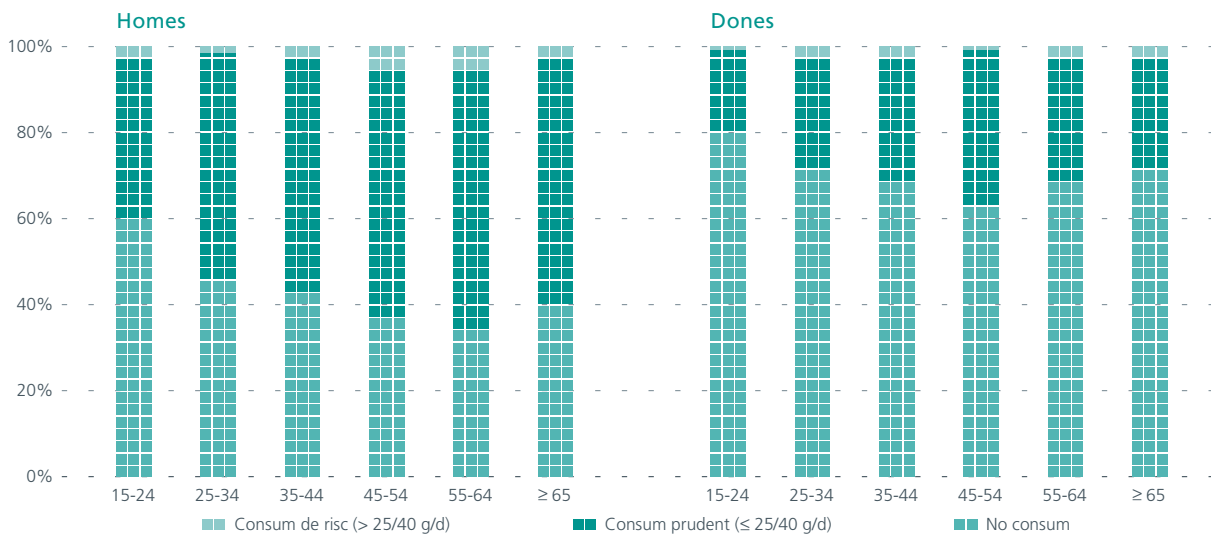


Figura 11. Consum d'alcohol en dia feiner segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2006.



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

La utilització de serveis sanitaris

42

A Catalunya, el 99% de la població té cobertura sanitària pública (Servei Català de la Salut o mútua obligatòria), però hi ha un percentatge important de la població que, a més, declara tenir cobertura sanitària privada, bé perquè paga una mútua voluntàriament, bé perquè paga una «iguala». Existeixen diferències, no tant entre sexes, sinó entre districtes de la ciutat (vegeu la figura 12). Ciutat Vella és el districte amb una proporció de població més alta amb cobertura sanitària exclusivament pública (el 89,7% dels homes i el 90,5% de les dones); en canvi, Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts són els districtes amb una proporció més baixa (el 40% dels homes i el 36,1% de les dones).

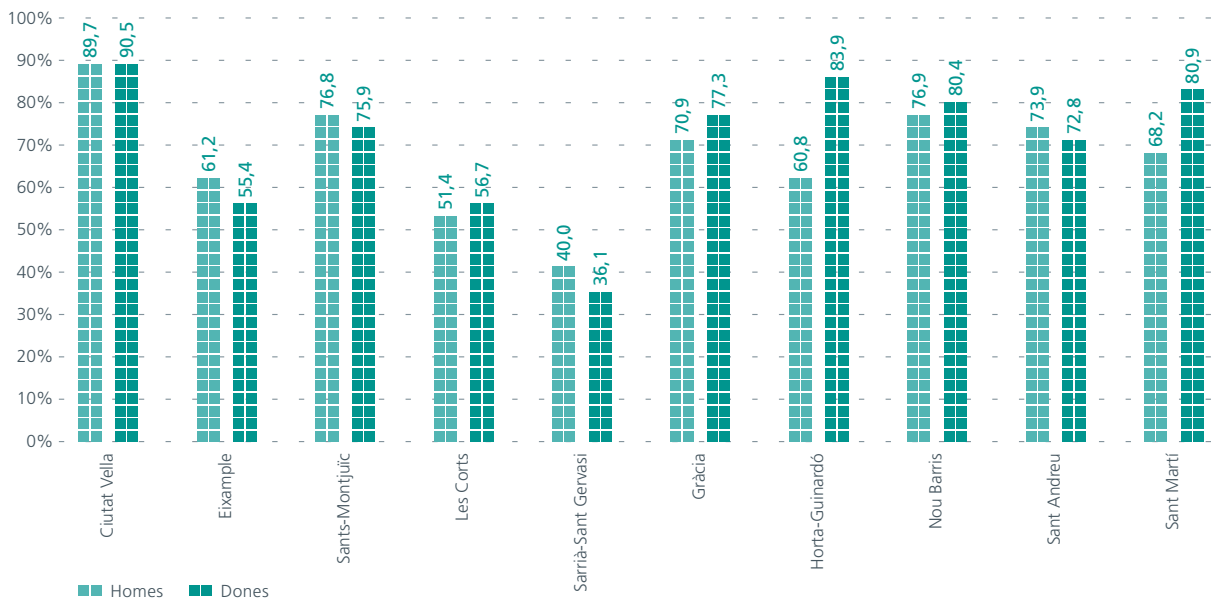
La desigual distribució de la cobertura sanitària afavoreix l'existència de diferències en l'atenció rebuda per part de la població. Així, per exemple, Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts són els districtes amb una proporció de població inferior que ha visitat el metge general durant el darrer any (el 56,5% dels homes i el 59,4% de les dones a

Les Corts, i el 61,2% dels homes i el 55,4% de les dones a Sarrià-Sant Gervasi) (vegeu la figura 13, pàgina 43); en canvi, són els qui més han visitat el metge especialista, sobretot les dones (el 87,9% a Les Corts i el 84,4% a Sarrià-Sant Gervasi) (vegeu la figura 14, pàgina 43).

L'any 2006 es va realitzar la darrera edició de l'Enquesta de salut de Barcelona. Si voleu informació detallada sobre la seva metodologia i els seus resultats podeu consultar:

Rodríguez-Sanz M, Morales E, Pasarín MI, Borrell C. *Enquesta de salut de Barcelona 2006*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

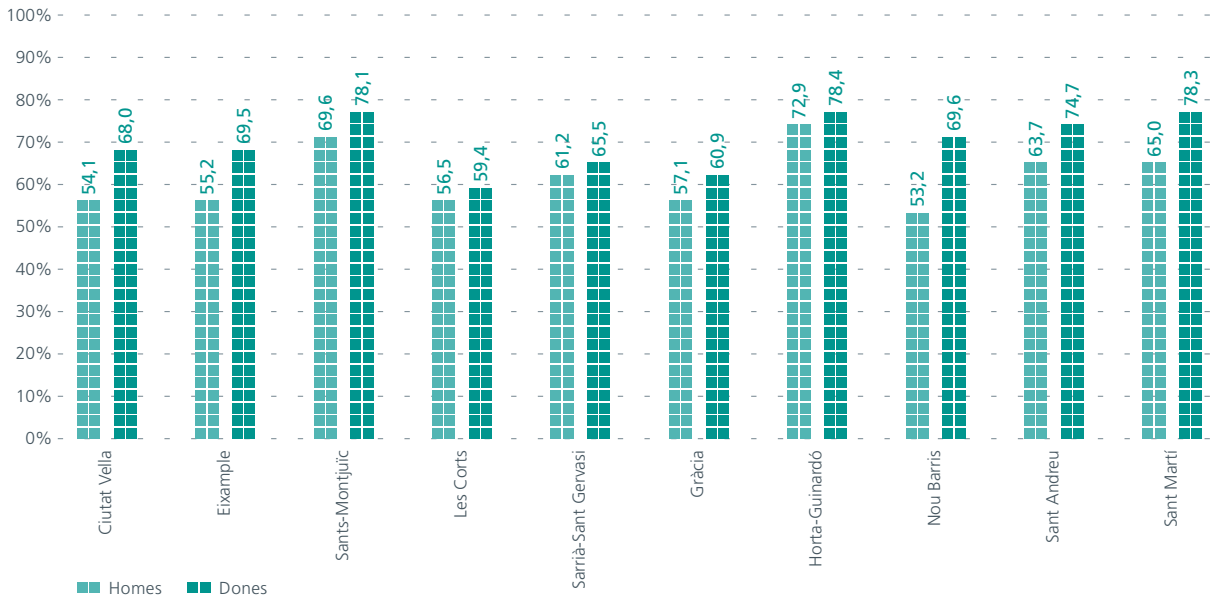
Figura 12. Població amb cobertura sanitària pública (excloent-hi la privada i mixta) segons el districte i el sexe. Barcelona, 2006.



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

Nota: Percentatges estandaritzats per edat pel mètode directe i que utilitza com a referència el total de la mostra de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006.

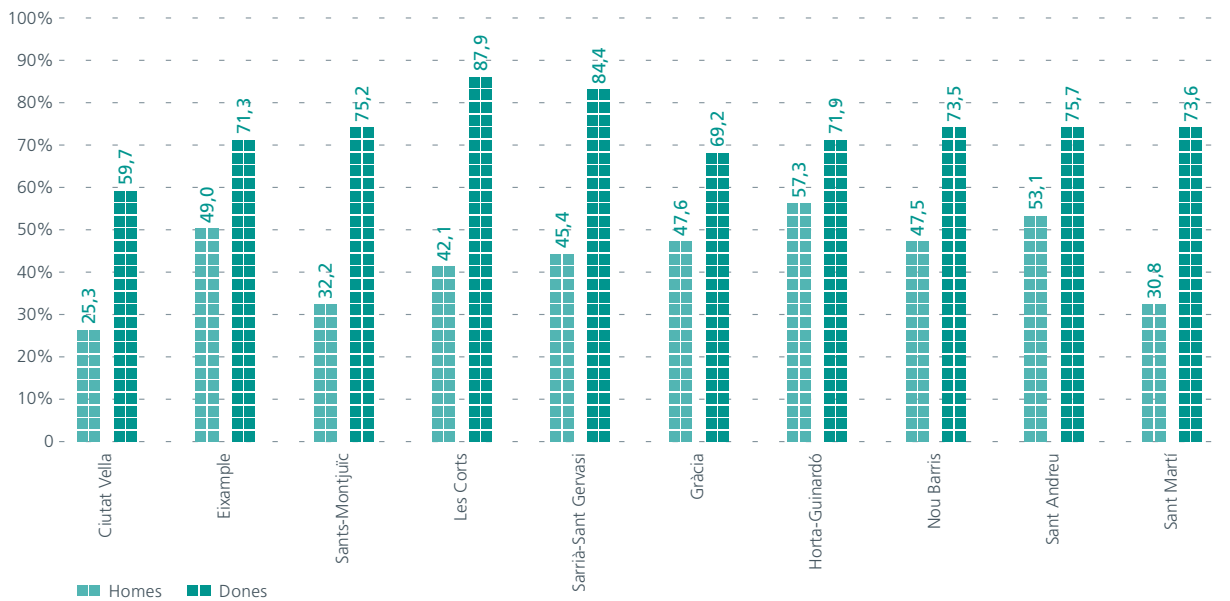
Figura 13. Població que ha visitat el metge de medicina general durant el darrer any segons el districte i el sexe. Barcelona, 2006.



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

Nota: Percentatges estandaritzats per edat pel mètode directe i que utilitza com a referència el total de la mostra de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006.

Figura 14. Població que ha visitat el metge especialista (excloent-hi dentista i oculista) durant el darrer any segons el districte i el sexe. Barcelona, 2006.



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

Nota: Percentatges estandaritzats per edat pel mètode directe i que utilitza com a referència el total de la mostra de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006.

L'atenció primària de salut

44

L'atenció primària de salut és el primer nivell d'accés dels ciutadans i ciutadanes a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona es realitzen en els centres d'atenció primària de les 66 ABS, on treballen els equips de professionals (EAP) que enguany han donat atenció al 67,9% del total de la població assignada amb una mitjana de 5,6 visites per persona i any (4,1 visites de metge de família, 4,5 visites de pediatre i 1,9 visites de professionals d'infermeria) (vegeu la taula 4, pàgina 85). Al quadre 4 s'observa el percentatge de població atesa pels equips d'atenció primària al llarg d'aquest any - als centres i al domicili a través del programa ATDOM- segons els districtes municipals.

A fi i efecte d'analitzar els objectius de salut i de qualitat dels serveis d'atenció primària en el marc de diferents dimensions (accessibilitat, capacitat resolutiva, efectivitat i eficiència) es disposa de diferents metodologies d'avaluació (objectius anuals de la part variable de compra de serveis del contracte, *benchmarking* i Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris o BOTSS). Dels resultats de l'avaluació del contracte es desprèn informació, entre altres aspectes, sobre la qualitat i activitat resolutiva dels EAP. Així, del total dels pacients hipertensos atesos aquest any, el 37,9% presenten un control òptim de la tensió arterial (valor superior al 35%, recomanat pel Pla de salut de Catalunya). Tanmateix, dels pacients diabètics atesos, el 61,6% estan ben controlats, xifra que va millorant i que està per sobre de l'estàndard establert (60% segons el Pla de salut de Catalunya). Pel que fa a la cobertura vacunal antigripal de la població de 60 anys o més, els

valors són força alts, però cal fer un esforç per arribar als estàndards recomanats (vegeu el quadre 5).

Entre les activitats comunitàries que els professionals dels EAP duen a terme, cal destacar aquest any les que fan referència al Programa de salut i escola on els professionals d'infermeria dels EAP, conjuntament amb el personal de salut comunitària de l'ASPB, s'han desplaçat als centres docents de referència per atendre la consulta oberta. Participen en aquest programa 106 professionals d'infermeria de 64 ABS, que donen cobertura al 66% dels centres docents d'ESO. Això ha suposat la participació del 63% dels alumnes de 3r i 4r d'ESO de la ciutat. Cal destacar que durant aquest any s'ha instaurat en el 44,4% dels EAP de la ciutat els Programes de salut mental de suport a la primària.

Quadre 4. Població atesa als centres d'atenció primària i al programa ATDOM segons el districte i el grup d'edat. Barcelona, 2007.

Districtes	Població atesa de 0 a 14 anys	Població atesa de 15 anys o més	Total de la població atesa	Població atesa de 75 anys o més al programa ATDOM
Ciutat Vella	62,8%	66,6%	66,1%	11,3%
Eixample	50,6%	66,4%	64,2%	12,8%
Sants-Montjuïc	65,8%	76,2%	75,4%	8,8%
Les Corts	49,1%	64,1%	62,3%	7,3%
Sarrià-Sant Gervasi	38,0%	57,4%	54,4%	15,3%
Gràcia	49,3%	68,0%	65,7%	11,8%
Horta-Guinardó	65,8%	68,6%	67,0%	7,6%
Nou Barris	76,2%	72,7%	73,2%	8,9%
Sant Andreu	72,4%	68,5%	67,9%	7,8%
Sant Martí	70,7%	74,1%	75,3%	7,7%
Total	61,3%	68,9%	67,9%	10,1%

Font: Avaluació AP-integrat, Regió Sanitària de Barcelona.

Quadre 5. Població atesa amb un control òptim de la tensió arterial, un control metabòlic de la diabetis i una cobertura de la vacuna antigripal en persones de 60 anys o més. Catalunya, 2006-2007.

	Control òptim de la tensió arterial		Control metabòlic de la diabetis		Cobertura de la vacuna antigripal	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Barcelona	39,0%	37,9%	58,7%	61,6%	51,2%	51,2%
Regió Sanitària de Barcelona	39,0%	37,6%	57,6%	61,1%	54,4%	54,0%
Catalunya	39,4%	ND	58,3%	ND	57,4%	ND

Font: Avaluació AP-integrat, Regió Sanitària de Barcelona.

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

ND: No disponible

L'atenció a les urgències

La demanda d'atenció urgent és un tema assistencial cabdal, especialment als hospitals, donada la quantitat d'afluència enregistrada. De les dades extretes de l'Enquesta de salut de Catalunya 2006, tres de cada deu persones de 15 anys o més declara haver visitat un servei d'urgències durant l'any anterior a l'entrevista. En els menors de 15 anys, aquesta proporció és més elevada, quatre de cada deu. Quan s'estudia el lloc d'atenció, els resultats que s'obtenen és que tres de cada quatre persones que consulten un servei d'urgències diu que ho ha fet en un hospital; el 62,6% declara haver-ho fet en un hospital públic i el 22,6% en un centre d'atenció primària.

Les urgències hospitalàries

El nombre total d'urgències ateses als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) de Barcelona ha estat de 737.325, gairebé un 2% superior a l'any 2005 (vegeu el quadre 6 i la taula 4, pàgina 85). El percentatge de les urgències ateses que ingressen en el mateix hospital gairebé no presenta variacions al llarg dels darrers anys, amb unes xifres entre el 9% i l'11%. La pressió d'urgències, definida com el nombre d'urgències ingressades en relació al nombre d'altres totals, també presenta poques variacions, i enguany ha suposat un 37,5% del total d'ingressos hospitalaris.

Les urgències extrahospitalàries

En l'àmbit extrahospitalari, els centres d'atenció primària donen atenció a les urgències de forma espontània. Els centres que disposen d'atenció continuada ho fan fora de l'horari habitual del centre, i molts d'ells amplien l'oferta horària durant el període d'hivern, per fer front a l'increment de la demanda, ocasionada per la desestabilització dels pacients amb malalties cròniques, bé sigui per la climatologia o per l'arribada d'una epidèmia gripal. Des de l'any 2005 les visites urgents realitzades als centres d'atenció primària, tant al mateix centre com al domicili, han disminuït, gràcies a la creació de programes d'atenció domiciliària i de seguiment per a pacients fràgils i pacients amb patologies cròniques. A més, tampoc no han estat anys amb especial incidència del virus de la grip (vegeu el quadre 7).

També es disposa, des de l'any 1991 del Centre Coordinador d'Urgències (CCU) que té funcions d'orientació, canalització i consultoria, així com de prestació de serveis. Les trucades de caire informatiu que es reben al CCU-061 són resoltes en el primer nivell d'atenció (nivell d'operador). La resta són derivades al metge consultor per a la seva resolució d'acord amb les característiques de la demanda. Aquesta resolució pot ser telefònica, mitjançant la derivació del pacient pels seus propis mitjans a l'hospital, al metge de capçalera o al centre d'atenció continuada, o pot implicar, si les circumstàncies així ho requereixen, la mobilització d'altres serveis (vegeu la figura 15, pàgina 46). El percentatge de trucades derivades al metge consultor es manté força estable al llarg dels anys, entre un 40% i un 45%.

Quadre 6. Activitat dels hospitals de la XHUP. Barcelona, 2005-2007.

Activitat hospitalària	2005	2006	2007	Variació del període 2005-2007
Urgències ateses	723.642	727.310	737.325	1,9%
Urgències ingressades	65.897	67.909	77.270	17,3%
Altes hospitalàries	204.475	206.744	205.902	0,7%
Pressió d'urgències	32,2%	32,8%	37,5%	ND
Urgències ateses amb ingrés	9,1%	9,3%	10,5%	ND

Font: Facturació del CatSalut, Regió Sanitària de Barcelona.
ND: No disponible

Quadre 7. Nombre de visites urgents als centres d'atenció primària. Barcelona, 2005-2007.

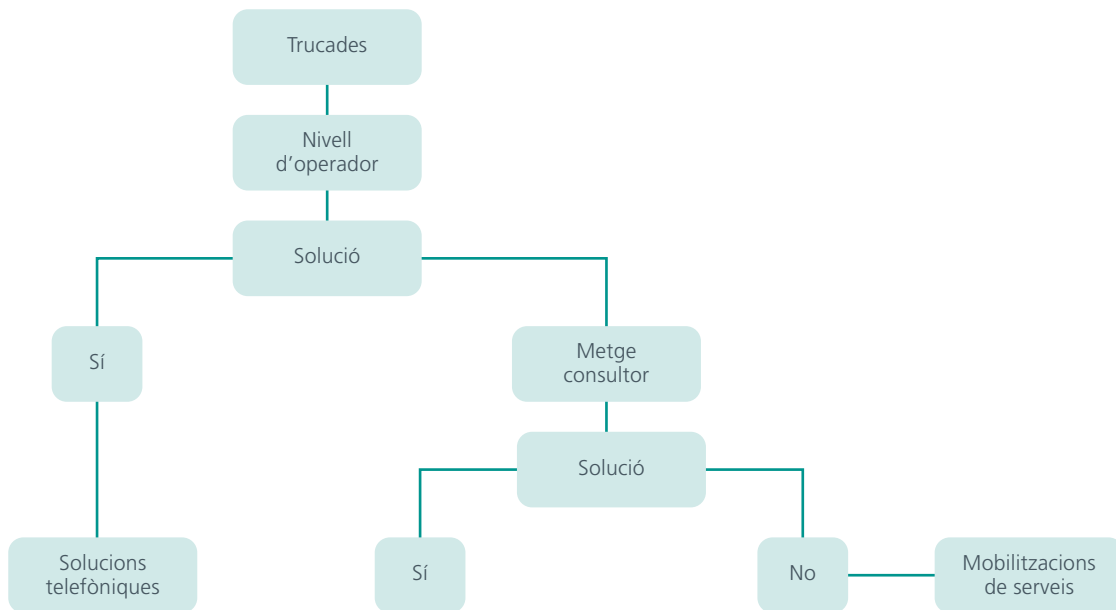
	2005	2006	2007
Visites als centres d'atenció primària i als centres d'atenció continuada	234.929	231.451	228.459
Visites a domicili	117.739	94.784	98.094

Font: Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), Regió Sanitària de Barcelona.

L'atenció a les urgències

46

Figura 15. Seqüència d'esdeveniments al Centre Coordinador d'Urgències (CCU-061) segons la seva resolució. Barcelona, 2007.



Font: Regió Sanitària de Barcelona.

L'atenció especialitzada hospitalària

L'atenció hospitalària és un dels àmbits fonamentals del sistema sanitari. A Barcelona hi ha un important nombre d'hospitals públics i privats amb característiques i tipologies diverses. L'activitat realitzada pels hospitals públics de Barcelona l'any 2007, on s'inclou l'hospitalització convencional més la cirurgia major ambulatoria als centres d'aguts que declaren al conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH), ha estat de 205.902 contactes dels quals 64.729 (31,4%) corresponen a població de fora de la ciutat o bé que no tenen enregistrada la residència.

Donada l'elevada mobilitat actual, no sempre la població d'un territori utilitza els recursos ubicats en aquest territori, i menys en l'àmbit de la salut. Si s'analitza el nombre de població resident a Barcelona que ha estat hospitalitzada a qualsevol centre públic de Catalunya, la xifra és de 153.834 contactes, un 8,2% dels quals s'ha atès en centres ubicats fora de Barcelona.

La taxa d'hospitalització als centres de la xarxa hospitalària d'utilització pública en la població resident a Barcelona l'any 2007 és de 89,7 per 1.000 habitants, similar a la dels darrers anys (90,6 l'any 2006) (vegeu la taula 4, pàgina 85). Els nens de 0-14 anys presenten un percentatge de contactes d'hospitalització superior al de les nenes de la mateixa edat. Les dones en edat fèrtil ingressen en major proporció que els homes i presenten taxes molt elevades, principalment per causes obstètriques; en el grup de 45 a 74 any el percentatge de

contactes és superior en els homes que en les dones, i en el grup de 75 anys o més la proporció és similar en ambdós sexes (vegeu la figura 16).

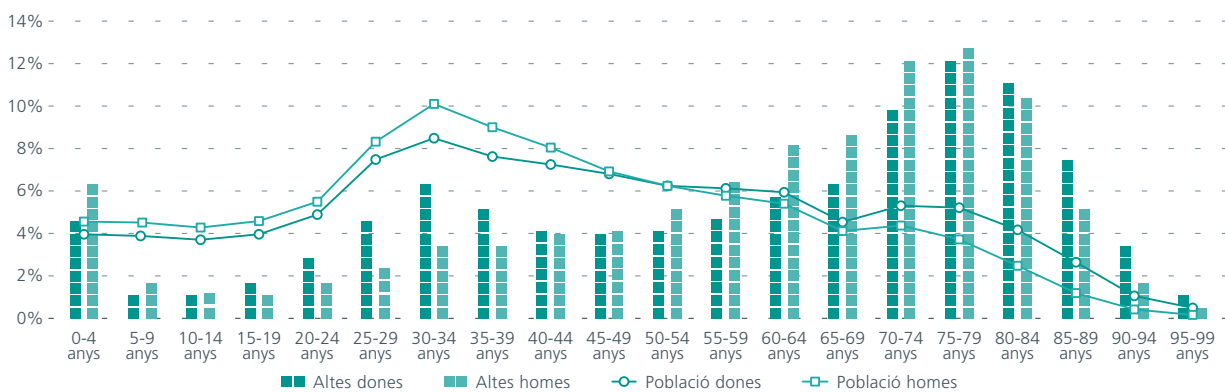
Un 50,5% de les causes d'hospitalització són d'etiologia mèdica i un 49,6% quirúrgica, de les quals un 44% corresponen a cirurgia major ambulatoria. Els diagnòstics mèdics més freqüents són les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, les malalties de l'aparell digestiu, les de l'aparell circulatori i, en quart lloc, les neoplàsies (vegeu el quadre 8). Amb relació als procediments quirúrgics, destaquen les operacions de cristal·lí en ambdós sexes, les operacions de cesària en les dones i les reparacions d'hèrnia inguinal i femoral en els homes.

Quadre 8. Distribució dels diagnòstics més freqüents d'hospitalització convencional i de cirurgia major ambulatoria en la població resident a Barcelona, segons el sexe. Barcelona, 2007.

Diagnòstic mèdic ¹	Homes	Dones	Total
Cataractes	3,6%	5,8%	9,4%
Hèrnia abdominal	2,1%	0,7%	2,8%
Insuficiència cardíaca congestiva, no hipertensiva	0,9%	1,3%	2,3%
Osteoartritis	0,6%	1,5%	2,1%
Fallida, insuficiència o aturada respiratòria (adults)	1,1%	0,8%	2,0%
Pneumònia (excloent-ne per tuberculosi i MTS)	1,1%	0,7%	1,8%
Malalties de vies bilials	0,7%	1,0%	1,8%
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquiectasi	1,3%	0,4%	1,7%
Infeccions de vies urinàries	0,6%	1,0%	1,6%
Aterosclerosi coronària	1,1%	0,4%	1,5%

Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH), Servei Català de la Salut. Nota: ¹Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).

Figura 16. Distribució del nombre de contactes d'hospitalització i de la població segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2007.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) i registre central d'assegurats (RCA), Regió Sanitària de Barcelona.

L'atenció socio sanitària

48

L'evolució demogràfica de la població de Catalunya tendeix, des de fa anys, al progressiu envelliment. Aquest allargament de l'esperança de vida també fa que hi hagi més possibilitats de patir malalties cròniques o d'altres relacionades amb l'exposició a un estil de vida o entorn determinat o al mateix envelliment, com la dependència. Això comporta modificacions importants en el patró de les necessitats específiques de col·lectius -cada cop més predominants en la nostra societat-, de persones grans malaltes, amb malalties cròniques evolutives i amb dependència funcional, amb síndromes de demència i malalts en situació terminal. A fi i efecte d'adaptar-se a les necessitats reals d'aquesta població, s'estan desenvolupant diverses actuacions específiques en tots els àmbits assistencials: atenció primària, atenció hospitalària i en els recursos específics socio sanitaris.

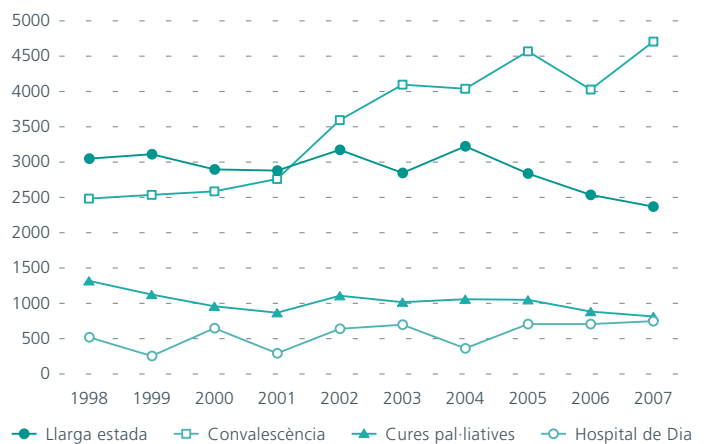
Amb aquesta visió transversal de l'atenció, les actuacions s'organitzen sobre la base de les necessitats específiques de determinats col·lectius de malalts, prioritzats segons la seva prevalença o per l'impacte que aquestes malalties o situacions vitals tenen en el mateix malalt, la seva família i la xarxa d'atenció a la salut. En aquest sentit, els serveis socio sanitaris han prioritzat aquest any la malaltia d'Alzheimer i altres demències, i els malalts en situació de final de la vida. La metodologia de treball s'ha plantejat en clau territorial, sobre la base de les quatre àrees funcionals de la ciutat i s'ha integrat en l'activitat que es duu a terme en les comissions de coordinació socio sanitàries.

Per altra banda, s'ha continuat el Pla de millora dels equipaments, s'ha contractat un nou equipament d'internament al districte de Nou Barris i s'han incrementat els recursos i equipaments de suport a la comunitat, com l'hospital de dia i els equips avaluadors especialitzats en geriatría i trastorns cognitius.

Aquest any s'han atès 7.055 persones en els recursos d'internament: 2.346 en llarga estada, 4.709 en convalsència i 806 en cures pal·liatives (vegeu la figura 17 i la taula 4, pàgina 85). L'estada mitjana ha estat de 163,8 dies en llarga

estada, de 65 dies en convalsència i de 43,1 dies en cures pal·liatives. A l'hospital de dia s'han atès 760 persones amb una estada mitjana de 312,2 dies. Pel que fa als equips de suport especialitzat, els PADES (programes d'atenció domiciliària, equips de suport) han atès 3.127 persones i les UFSS (unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries) de geriatría 3.587 pacients donats d'alta. L'edat mitjana de les persones ateses ha estat de 76 anys en llarga estada, 79,4 en convalsència i 74,6 en cures pal·liatives. Pel que fa a la distribució per sexes, un 61,3% dels pacients atesos han estat dones i un 38,7%, homes.

Figura 17. Evolució del nombre de persones ateses als centres socio sanitaris segons la línia de servei. Barcelona, 1998-2007.



Font: CMBD-SS 2007, CatSalut.

L'atenció a la salut mental

A Barcelona, l'any 2007, s'han atès als centres de salut mental d'adults (CSMA) 44.758 pacients, i 6.269 als centres de salut mental infantojuvenils (CSMIJ). L'increment progressiu de la implementació de la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut està permetent augmentar l'abast d'atenció a la població, i enguany s'observa un increment de 10.535 persones ateses respecte de l'any anterior (34.223 persones ateses l'any 2006 i 44.758 l'any 2007). En l'actualitat, a Barcelona hi ha implementats 5 CSMA (que donen serveis a 20 ABS) i 2 CSMIJ (que donen serveis a 16 ABS).

Globalment, les dones presenten percentatges de consulta als centres de salut mental més alts que els homes. Amb relació a l'edat, els percentatges més baixos apareixen a partir dels 65 anys (vegeu la figura 18). En la població atesa als CSMIJ, els trastorns més freqüents són: els trastorns preadults, la reacció d'adaptació i els trastorns emocionals específics en la infància i en l'adolescència. Un 61% de les persones ateses als CSMIJ són homes i un 39% són dones. En la població atesa als CSMA, els trastorns més freqüents són: els trastorns afectius, els trastorns esquizofrènics, la reacció d'adaptació i els trastorns d'ansietat. De les persones ateses, el 63% són dones i el 37% són homes.

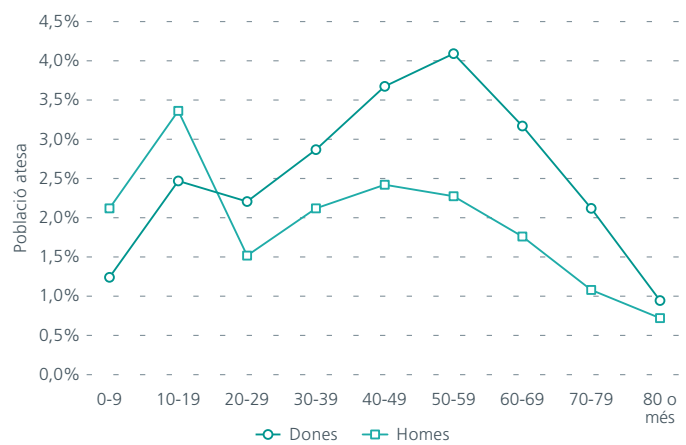
Està essent atesa a Barcelona un 2,4% de la població adulta i un 2,3% de la població infantil i juvenil per problemes de salut mental. Als CSMIJ la mitjana de visites totals és de 2,3, amb una mitjana de 4,4 visites successives. Als CSMA la mitjana de visites totals és de 3,4, amb una mitjana de 8 visites successives. Cal destacar també, que el global de visites successives generades a partir d'una primera visita a Barcelona se situa 1,5 punts per sobre del de Catalunya, que està en un valor de 5,5.

Quant a l'hospitalització, a la ciutat de Barcelona hi ha 511 llits d'hospitalització de salut mental, i s'estan incrementant les places dels hospitals de dia de salut mental; s'han assolit 296 places en l'actualitat. També s'estan incrementant progressivament els serveis de rehabilitació comunitària. Actualment, hi ha 706 places de centres de dia, amb una activitat de 1.395 persones

ateses aquest any. Les dades d'hospitalització d'enguany mostren un total de 1.814 altes d'hospitalització d'aguts, 590 de subaguts, 835 d'hospitalització parcial i 6.572 urgències de salut mental.

Aquest any s'han posat en marxa 3 comitès operatius de salut mental a: Barcelona Nord, Barcelona Dreta i Barcelona Esquerra, i en breu s'iniciarà el de Barcelona Mar. L'objectiu fonamental dels comitès operatius de salut mental és impulsar aliances estratègiques entre els proveïdors implicats, desenvolupar recursos i programes assistencials bàsics que garanteixin a tots els territoris l'atenció als problemes de menor complexitat i potenciar els recursos i procediments de major complexitat.

Figura 18. Població atesa als centres de salut mental segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2007.



Font: Avaluació 2007, Regió Sanitària de Barcelona.

L'atenció a les drogodependències

50

Els tractaments per abús o dependència de substàncies psicoactives

En el quadre 9 es pot veure l'activitat duta a terme als centres d'atenció i seguiment de les drogues (CAS) gestionats per l'ASPB. El nombre de pacients en tractament ha estat bàsicament per heroïna i alcohol i, en menor proporció per cocaïna i altres drogues (tabac, benzodiazepines, amfetamines, cànnabis, etc.), tot i que les primeres visites han estat fonamentalment per problemes amb l'alcohol i la cocaïna.

Pel que fa a l'activitat que s'hi ha dut a terme, el gran volum de visites segueix essent les visites de pacients d'heroïna que estan en tractament amb metadona. El 38,3% de les visites especialitzades -metge, psicòleg/psiquiatre i treballador social- que es fan als CAS són en usuaris d'heroïna; el 32%, en addictes a l'alcohol, i el 21,9%, en cocaïnòmans.

Les urgències hospitalàries en consumidors de drogues il·legals

Com es pot veure en el quadre 10 (pàgina 51), el nombre total d'urgències (5.353) i el nombre

de persones ateses (3.599) per consum de drogues es manté estable en els darrers anys. La proporció de les drogues implicades en les urgències també ha estat constant en els darrers anys. Així, aquesta estabilitat es constata en tots els perfils d'urgències (opiacis, cocaïna més opiacis, cocaïna sola i cànnabis).

Durant el període 2000-2007 s'observa una certa estabilitat en el nombre d'urgències per usuari. En aquest sentit, l'índex de freqüentació -nombre d'urgències per usuari- és més elevat en els usuaris que només consumeixen opiacis (1,74 visites) o opiacis conjuntament amb cocaïna (1,84). La substància que presenta una freqüentació més baixa és el cànnabis, amb 1,20 visites per usuari, mentre que els consumidors de cocaïna han causat 1,41 visites per usuari.

La mortalitat per reacció aguda adversa a drogues il·legals.

El nombre absolut de morts per reacció aguda adversa a drogues il·legals ha disminuït al llarg dels anys i ha passat de 101 morts l'any 2000 a 66 l'any 2007 (vegeu el quadre 11, pàgina 51). Aquesta disminució ve acompanyada per un canvi en el consum de substàncies. En aquest sentit, la proporció de defuncions amb presència d'algun opiaci (heroïna, metadona, etc.) ha passat de ser d'un 94,1% en les defuncions de l'any 2000 a un 65,2% en els morts del 2007. Contràriament, la presència de cocaïna sola sense estar acompanyada d'algun opiaci ha passat de ser d'un 3% l'any 2000 a un 22,7% l'any 2007. Un altre fet que cal destacar és la disminució de la presència

Quadre 9. Pacients en tractament, primeres visites i visites successives als centres d'atenció i seguiment de les drogues de titularitat municipal¹ segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2001-2007.

Pacients en tractament	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Alcohol	1.592	1.815	2.028	2.238	2.158	2.241	2.376
Heroïna	3.237	2.947	2.794	2.782	2.638	2.495	2.404
Cocaïna	764	783	937	1.109	1.234	1.311	1.325
Altres ²	396	619	1.129	1.319	1.216	1.258	1.190
Total pacients atesos	5.989	6.164	6.888	7.448	7.246	7.419	7.295
Primeres visites							
Alcohol	869	1.004	1.098	1.194	1.045	1.162	1.165
Heroïna	779	656	560	520	396	446	482
Cocaïna	453	489	590	716	732	671	738
Altres ²	198	453	821	730	634	608	510
Total primeres visites	2.299	2.602	3.069	3.160	2.807	2.887	2.895
Visites successives³							
Alcohol	36.396	45.020	58.576	54.270	49.409	54.861	65.408
Heroïna	121.724	125.729	164.685	164.015	90.509	73.242	78.357
Cocaïna	17.888	17.957	24.959	30.553	30.732	34.425	44.897
Altres ²	4.450	9.632	17.195	17.681	15.254	14.615	15.911
Total visites	180.458	198.338	265.415	266.519	185.904	177.143	204.573

Font: Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ CAS: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Vall d'Hebron i Barceloneta. ² Altres: cànnabis, amfetamines, drogues de disseny, tabac, benzodiazepines i altres substàncies psicoactives. ³ Les visites successives són sense tenir en compte la dispensació de metadona.

de benzodiazepines en les defuncions. Així, la combinació d'opiacis més cocaïna més benzodiazepines ha passat d'un 39,6% l'any

2000 (40 morts) a un 22,7% l'any 2007 (15 morts), mentre que la combinació d'opiacis més benzodiazepines ha passat d'un 24,8% l'any 2000 a un 12,1% l'any 2007.

Quadre 10. Nombre d'urgències en consumidors de drogues il·legals i de pacients atesos segons la substància consumida. Barcelona, 2001-2007.

Urgències segons substància ¹	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Opiacis	2.301	2.237	1.899	1.433	1.408	1.146	1.167
Opiacis i cocaïna	857	988	829	701	717	640	785
Cocaïna	1.155	1.351	1.523	1.751	2.100	2.121	2.261
Cànnabis	99	147	112	131	841	681	815
Altres ²	399	406	305	390	383	374	325
Total urgències	4.811	5.129	4.668	4.406	5.449	4.962	5.353
Nombre de pacients							
Opiacis	1.535	1.425	1.162	985	940	677	657
Opiacis i cocaïna	499	576	499	424	422	352	426
Cocaïna	881	1.022	1.173	1.354	1.610	1.528	1.607
Cànnabis	92	136	92	121	745	550	682
Altres ²	248	273	259	256	172	245	227
Total pacients atesos	3.255	3.432	3.185	3.140	3.889	3.352	3.599
Índex de freqüentació							
Opiacis	1,52	1,57	1,63	1,52	1,68	1,69	1,78
Opiacis i cocaïna	1,72	1,72	1,66	1,65	1,70	1,82	1,84
Cocaïna	1,31	1,32	1,30	1,29	1,30	1,39	1,41
Cànnabis	1,08	1,08	1,22	1,08	1,13	1,24	1,20
Altres ²	1,49	1,49	1,18	1,32	1,41	1,53	1,43
Índex total	1,48	1,49	1,47	1,40	1,40	1,48	1,49

Font: Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹ S'ha considerat una droga principal d'urgència; en cas que n'hi hagi més d'una, s'ha considerat la droga amb més risc. ² Altres: amfetamines, drogues de disseny, benzodiazepines i altres substàncies psicoactives.

Quadre 11. Nombre de defuncions a Barcelona per reacció aguda adversa a drogues il·legals segons la substància. Barcelona, 2000-2007.

Substància ¹	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Opiacis	10	16	16	13	15	14	17	10
Opiacis i benzodiazepines	25	25	9	14	10	16	13	8
Opiacis i cocaïna	20	14	18	21	26	16	12	10
Opiacis, cocaïna i benzodiazepines	40	26	14	16	12	19	16	15
Cocaïna	3	4	8	12	7	12	12	15
Altres ²	3	2	9	8	3	3	15	8
Total	101	87	74	84	73	80	85	66

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

Notes: ¹ S'ha considerat una droga principal d'urgència; en cas que n'hi hagi més d'una, s'ha considerat la droga amb més risc. ² Altres: amfetamines, drogues de disseny, benzodiazepines i altres substàncies psicoactives.

La prestació farmacèutica

52

L'increment en la prescripció de receptes mèdiques del CatSalut respecte de l'any anterior ha estat d'un 4,4% en envasos i un 2,1% en import. Aquest increment es justifica, en part, per la major detecció, prevenció i tractament de patologies, l'envelliment de la població i la utilització de teràpies combinades.

Pel que fa a la distribució dels envasos per edat i sexe, i a partir de la informació del codi d'identificació personal (CIP), observem que les dones reben un 61,7% dels envasos dispensats i que la població de 65 anys o més n'ha rebut un 64,9%. El percentatge d'envasos de genèrics dispensats ha estat d'un 25,1%, fet que representa un increment en envasos del 16,4% respecte de l'any anterior i d'un 4,8% en import.

Pel que fa a la proporció de població consumidora de productes farmacèutics (vegeu el quadre 12), els tres subgrups més importants són els productes antiinflamatoris i antireumàtics no esteroides, els altres analgèsics i antipirètics, i els agents contra l'úlcerà pèptica i el reflux gastroesofàgic. Pel que fa a l'anàlisi per gènere, les dones en la població general presenten uns percentatges més elevats de consum, situació que es reproduïx en les dones de 65 anys o més. Les principals diferències s'observen en els subgrups de productes antiinflamatoris i antireumàtics no esteroides, altres analgèsics i antipirètics i ansiolítics. La diferència de percentatge menor la trobem en el subgrup de fàrmacs hipoglucemians orals, amb un percentatge de consumidors molt similar en homes i dones. El grup de consum de 0 a 14 anys és l'únic grup en què el nombre d'homes consumidors de productes farmacèutics és superior o equivalent al de dones en tots els casos.

Quadre 12. Usuaris consumidors de productes farmacèutics segons el subgrup terapèutic, el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2007.

	Usuaris de 0 a 14 anys		Usuaris de 15 a 64 anys		Usuaris de 65 anys o més		Total d'usuaris	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
M01A Productes antiinflamatoris i antireumàtics no esteroides	1,19%	1,15%	6,52%	9,50%	3,25%	6,27%	10,96%	16,92%
N02B Altres analgèsics i antipirètics	0,86%	0,79%	4,92%	6,95%	3,83%	7,46%	9,61%	15,21%
A02B Agents contra l'úlcerà pèptica i el reflux gastroesofàgic	0,04%	0,04%	3,77%	5,13%	4,25%	7,36%	8,06%	12,53%
N05B Ansiolítics	0,25%	0,24%	2,63%	4,93%	2,21%	5,20%	5,10%	10,36%
C10A Reductors del colesterol i dels triglicèrids	0,01%	0,00%	2,00%	1,77%	3,07%	4,44%	5,08%	6,22%
B01A Agents antitrombòtics	0,00%	0,00%	1,37%	0,99%	3,52%	4,28%	4,89%	5,28%
N06A Antidepressius	0,02%	0,01%	1,70%	3,58%	1,19%	3,29%	2,91%	6,89%
C09A Inhibidors ECA, monofàrmacs	0,00%	0,00%	1,13%	0,84%	2,06%	2,79%	3,19%	3,64%
S01X Altres oftalmològics	0,02%	0,02%	0,53%	1,40%	1,24%	3,34%	1,80%	4,76%
A10B Fàrmacs hipoglucemians orals	0,00%	0,00%	0,68%	0,49%	1,38%	1,59%	2,07%	2,09%

Font: Datamart de farmàcia del CatSalut i registre central d'assegurats, Regió Sanitària de Barcelona.

Les accions en salut pública

Avaluació de l'efectivitat del programa «xkpts.com» de prevenció de consum de cànnabis

El programa «xkpts.com» és un programa de prevenció del consum de cànnabis de la Fundació Viure i Conviure de l'Obra Social de Caixa Catalunya, dirigit per l'ASPB. Es va dissenyar al llarg del curs 2004-2005, i es va implementar de forma pilot a 39 centres de la ciutat de Barcelona durant el curs següent. Al llarg d'aquesta prova pilot, es va avaluar l'efectivitat del programa als 39 centres escolars esmentats on es va aplicar (1.863 escolars). Aquests escolars es van comparar amb els escolars d'uns altres 47 centres (1.328 escolars) que no van aplicar el programa i que van servir de grup de control. Es va obtenir una mesura prèvia del consum i variables associades a tots dos grups abans de març de 2006 i una segona mesura dotze mesos després de la primera, entre l'abril i el juny de 2007.

L'anàlisi de les dades mostra que, d'entre tots els escolars que a l'inici de l'estudi no consumien cànnabis en els 30 darrers dies, un 8,3% dels corresponents al grup d'intervenció ho feia un any després, davant un 11,6% dels escolars del grup de control; fet que representa una diferència entre les incidències de nous consumidors del 3,3%, que és estadísticament significativa (vegeu el quadre 13). Quan aquestes dades es van valorar per als escolars que pertanyien a escoles que havien fet la intervenció correctament (almenys la meitat de les activitats proposades en el protocol), les incidències de nous

consumidors eren del 4,3% en el grup d'intervenció davant l'11,6% en el grup de control; fet que suposava una diferència d'incidències del 7,3%, resultat també estadísticament significatiu.

Paral·lelament, en la figura 19 (pàgina 54) es pot observar que la prevalença de consumir cànnabis en els 30 darrers dies en la part del grup d'intervenció que va aplicar el programa correctament s'incrementava del 3,1% a l'inici de l'estudi al 5,7% al final. En el grup de control l'augment va ser del 6,9% a l'inici i del 13,9% al final de l'estudi. La diferència de les prevalències en el grup control al final de l'estudi ha estat del 6,9%, mentre que en el grup d'intervenció correcte va ser del 2,6%. Ambdues diferències són estadísticament significatives.

El paper dels agents comunitaris de salut en el control de les malalties de declaració obligatòria a Barcelona

Durant els darrers anys, el nombre d'immigrants que arriben a Barcelona ha anat creixent de forma continuada. Aquest fet comporta un augment important en la proporció dels casos de malalties de declaració obligatòria que corresponen a immigrants i que, segons dades del 2007, en el cas de la tuberculosi arriba al 46%; en la sida, al 35%, i en la malària, al 66%. Aquesta nova situació ha fet necessari iniciar actuacions adreçades de forma específica a aquests col·lectius que, per les seves característiques (idioma, situació administrativa, precarietat econòmica, cultures diferents), fan que les intervencions dels programes de prevenció i control no els arribin de la mateixa manera que a la resta de la població.

Per afrontar aquesta nova situació, des de l'any 2003 l'ASPB ha estat capdavantera amb la incorporació d'agents comunitaris de salut a l'equip d'epidemiologia. Des d'aleshores, els agents comunitaris de salut han intervingut en més de 750 casos procedents de diferents països i han dut a terme accions de: traducció i interpretació, informació sanitària, mediació cultural, aconsellament, acompanyaments intra i extrahospitalaris, recerca activa de casos index i de contactes, visites

Quadre 13. Incidència de nous consumidors de cànnabis en els 30 darrers dies en els grups d'intervenció i de control un any després de la intervenció. Barcelona, 2006-2007.

A) Comparant tot el grup d'intervenció amb el control als 12 mesos				
Grup intervenció n (%)	Grup control n (%)	OR (IC 95%)	p-valor	
145 (8,3%)	143 (11,6%)	1,5 (1,1-1,9)	0,003	
B) Comparant només les escoles del grup intervenció que van aplicar el programa correctament (haver realitzat almenys la meitat de les activitats indicades) amb el control als 12 mesos				
Grup intervenció n (%)	Grup control n (%)	OR (IC 95%)	p-valor	
75 (4,3%)	143 (11,6%)	2,9 (2,2-3,9)	< 0,002	

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

Notes: OR: odds ratio; IC 95%: interval de confiança al 95%.

Les accions en salut pública

54

domiciliàries, assessorament i derivació a recursos socials, informació sobre vies de regularització i tràmit de la targeta sanitària, i elaboració i traducció de materials i textos dirigits a pacients i professionals sanitaris (vegeu la figura 21, pàgina 55).

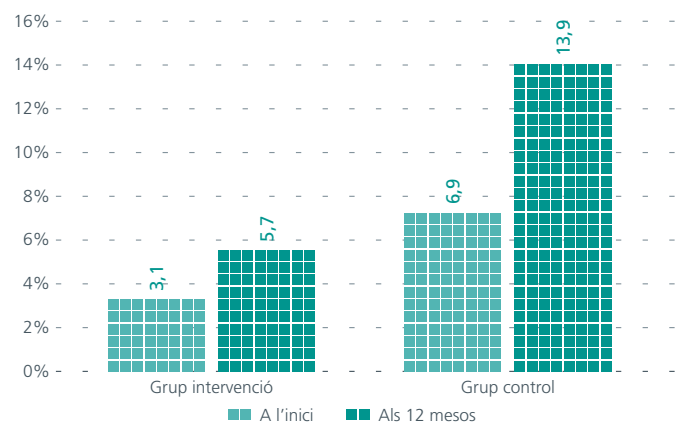
L'experiència d'aquests darrers anys posa de manifest l'efectivitat d'estratègies d'intervenció amb els agents comunitaris de salut en el control de les malalties de declaració obligatòria. Un bon exemple d'això és la influència favorable en relació amb la tuberculosi, on s'ha evidenciat un increment espectacular de l'estudi de contactes realitzats en població immigrant (vegeu la figura 20).

Grups de cessació tabàquica per a un grup exemplar: adults que treballen a les escoles

El curs 2006-2007 es va començar una nova oferta per a les escoles de la ciutat: oferir a les persones adultes fumadores la possibilitat d'integrar-se en un grup de cessació tabàquica. Es tracta d'un grup conduït per dues infermeres entrenades específicament en teràpia grupal per a

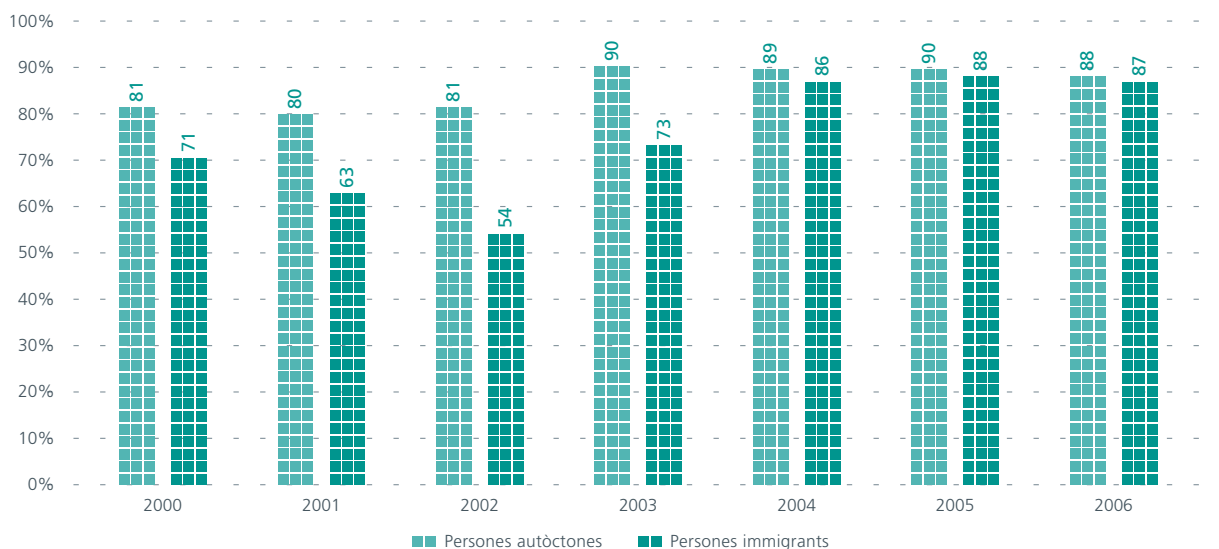
l'abandonament del tabac en què, tot reunint-se al llarg d'un any, en un total de 13 sessions, s'acompanya i facilita l'abandonament de l'hàbit. Les sessions són més freqüents els primers tres mesos i més espaciades

Figura 19. Evolució de la prevalença de consumidors habituals¹ en els grups d'intervenció i de control un any després d'haver realitzat una intervenció correcta. Barcelona, 2006-2007.



Font: Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: ¹ Haver consumit en els darrers 30 dies.

Figura 20. Estudi de contactes realitzats en pacients amb tuberculosi pulmonar bacil·lífera, segons la procedència. Barcelona 2000-2006.



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

a partir d'aleshores. La teràpia es pot reforçar amb tractament substitutiu amb nicotina, subvencionat per la Direcció General de Salut Pública. El curs 2006-2007 s'han constituït dos grups, de 13 i 10 participants respectivament i amb diferents perfils professionals (setze docents, dos conserges, quatre administratius i una monitora de menjador). En finalitzar la teràpia al cap de l'any, el 53,3% dels participants es mantenen abstinentes. El curs 2007-2008 s'han format tres grups, amb un total de 42 persones, de les quals, al cap de 3 mesos (moment que s'elabora aquest informe), es mantenen abstinentes el 62%.

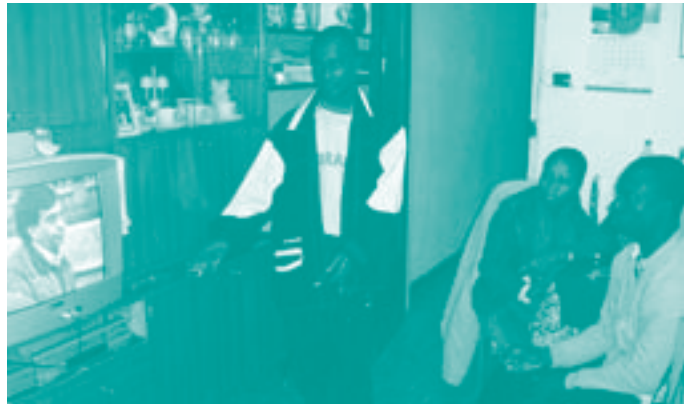
Aquesta intervenció en el col·lectiu de persones adultes que treballen en l'àmbit educatiu i, per tant, exemplars com a models per als infants i joves, s'ha plantejat com un reforç de la resta d'intervencions que s'ofereixen als centres educatius per fer prevenció del consum de tabac en els joves.

Programa Salut als Barris

La Llei de barris de 2004 és una llei de millora integral de barris i àrees urbanes amb condicions fràgils adreçada a evitar la degradació i facilitar la cohesió social. A Barcelona hi ha, de forma acumulativa des de la convocatòria de 2004, vuit barris beneficiaris: Santa Caterina, Roquetes, Poble Sec, Torre Baró-Ciutat Meridana, Trinitat Vella, el Coll, la Bordeta i la Barceloneta. A l'empara d'aquesta llei, el Departament de Salut va posar en marxa el 2007 el Programa Salut als Barris per introduir components explícits d'acció dirigits a reduir les desigualtats socials en salut en aquests barris. D'acord amb els municipis, el Programa Salut als Barris estudia les necessitats en salut i estableix i executa un pla d'acció local.

A Barcelona, l'ASPB, amb els respectius districtes municipals i el Consorci Sanitari de Barcelona, es fa càrrec d'endegar de forma esglaonada el Programa Salut als Barris. A les darreries del 2007 va començar el procés al Poble Sec, uns

Figura 21. Sessió educativa amb DVD de tuberculosi al domicili d'un pacient. Barcelona, 2007.



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

mesos més tard a Roquetes i properament començarà al de Santa Caterina. La metodologia té en compte la participació comunitària de ciutadans, entitats, treballadors socials i de salut en les diferents fases, que són: 1) cerca d'aliances polítiques i col·laboracions dels agents dels territoris, 2) valoració de les necessitats en salut del barri mitjançant estudis quantitativs, qualitativs i inventari de recursos, 3) prioritització de les necessitats, recull bibliogràfic de l'efectivitat de les intervencions i prioritització d'intervencions, i 4) disseny i implementació d'intervencions i avaluacions. Al Poble Sec i Roquetes s'han constituït sengles grups tècnics molt dinàmics que lideren el procés. El grup del Poble Sec ja ha arribat a decidir les accions que cal emprendre, entre les quals destaquen la promoció de l'activitat física en tots els grups d'edat. A Roquetes, en el moment de la redacció d'aquest informe, s'han prioritzat les necessitats en salut.

En aquest apartat es ressalten algunes de les recents intervencions de salut pública que s'han portat a terme a Barcelona l'any 2007. Per ampliar informació sobre la totalitat de les accions que va dur a terme l'ASPB, es pot consultar la memòria (www.aspb.cat).



La nostra salut

Presentació

Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica
La situació socioeconòmica
Les condicions de vida
La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient
L'aire
L'aigua
La seguretat alimentària
Els animals urbans
Els comportaments
Les conductes relacionades amb la salut
El consum d'alcohol i altres drogues
Els serveis sanitaris
La utilització de serveis sanitaris
L'atenció primària de salut
L'atenció a les urgències
L'atenció especialitzada hospitalària
L'atenció sociosanitària
L'atenció a la salut mental
L'atenció a les drogodependències
La prestació farmacèutica
Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut percebuda
La salut sexual i reproductiva
Els problemes de salut específics
La tuberculosi
La infecció per VIH-sida
Les lesions per col·lisions de trànsit
La salut laboral
La gent gran
La mortalitat

Monogràfics

La lipoatròfia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball
El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2007 en xifres

La salut percebuda

58

Els barcelonins i barcelonines declaraven en l'última enquesta de salut tenir un bon estat de salut percebut: un 37,3% declaraven un estat de salut percebut excel·lent o molt bo; un 40,5%, un bon estat de salut, i un 22,2%, un estat de salut regular o dolent. Ara bé, aquesta distribució varia entre els districtes de la ciutat i els sexes. Així, les dones de tots els districtes de la ciutat -excepte Sant Martí- declaraven un estat de salut pitjor que els homes. Els districtes de la ciutat amb una proporció més alta d'homes i dones que declaren un estat de salut excel·lent o molt bo són Les Corts (el 49,8% dels homes i el 40,7% de les dones) i Sarrià-Sant Gervasi (el 47,1% dels homes i el 40,7% de les dones); en canvi, el districte on aquesta proporció és més baixa és Nou Barris (el 31,1% dels homes i el 25,1% de les dones) (vegeu la figura 1).

Amb relació a la salut mental de la població de Barcelona, mesurada mitjançant l'índex GHQ12, de nou es pot veure com les dones tenen pitjor estat de salut: la proporció de dones amb risc de mala salut mental és més elevada que la dels homes a tots els districtes de la ciutat (vegeu la figura 2). La principal diferència entre sexes es dona al districte de Nou Barris, on un 19% de les dones tenen risc de mala salut mental, davant només un 9,9% dels homes. També hi ha diferències entre districtes: el 19,9% de les dones de Nou Barris tenen risc de mala salut mental davant l'11% de les dones de Sarrià-Sant Gervasi; el 14,3% dels homes de Sant Andreu tenen risc de mala salut mental davant el 6,1% dels homes de Les Corts.

L'any 2006 es va realitzar la darrera edició de l'Enquesta de salut de Barcelona. Si voleu informació detallada sobre la seva metodologia i els seus resultats, podeu consultar: Rodríguez-Sanz M, Morales E, Pasarín MI, Borrell C. *Enquesta de salut de Barcelona 2006*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

Figura 1. Població amb estat de salut percebut excel·lent o molt bo segons el districte i el sexe. Barcelona, 2006.

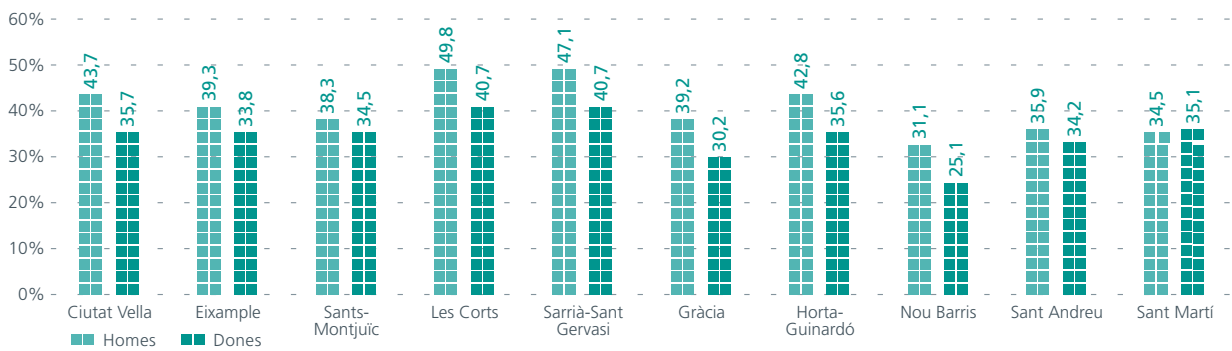
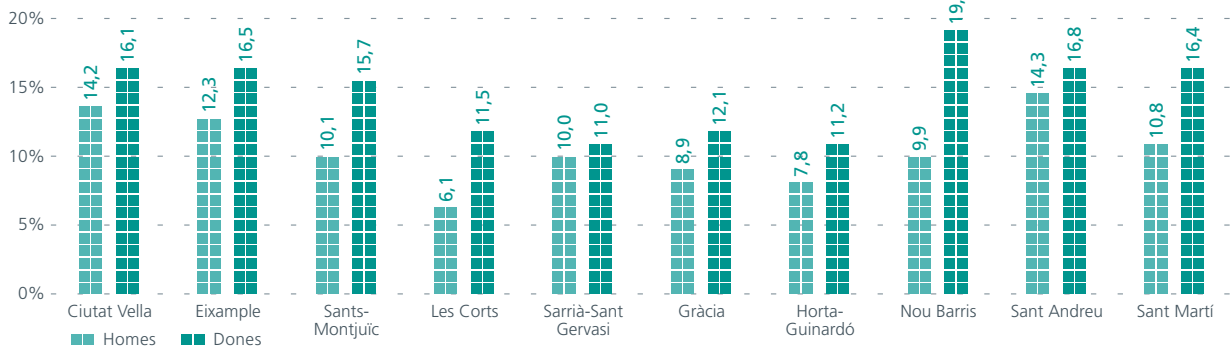


Figura 2. Població amb risc de patiment psicològic¹, segons el districte i el sexe. Barcelona, 2006.



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

Notes: Percentatges estandaritzats per edat pel mètode directe que utilitza com a referència el total de la mostra de l'Enquesta de salut de Barcelona 2006.

¹Es defineix risc de patiment psicològic quan la puntuació en l'índex GHQ12 és superior o igual a 3.

La salut sexual i reproductiva

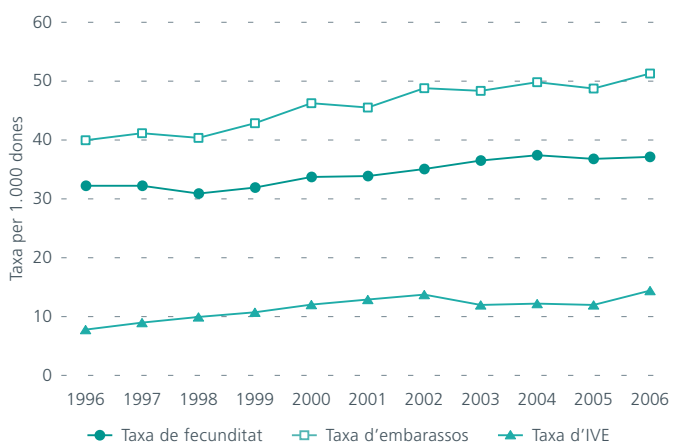
L'any 2005 va ser el primer any que el Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) del Departament de Salut va recollir el país d'origen de les dones que realitzaven una IVE. Aquesta millora, també fa que calgui interpretar amb cura aquests indicadors; en particular, es requereixen diversos anys per poder comprovar si les fluctuacions anuals estan associades a canvis en les poblacions, a canvis en els fenòmens mesurats o bé a l'exhaustivitat en la recollida de la informació.

Entre 1996 i 2006, el nombre d'embarassos en dones de 15 a 49 anys residents a la ciutat de Barcelona ha passat de 14.799 a 20.344. L'augment dels embarassos es tradueix tant en increment del nombre de naixements com de les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE). Així, la fecunditat ha passat de 32 per 1.000 dones, a l'inici de la dècada, a 37 l'any 2006, i la taxa d'IVE s'ha doblat, passant de 7,7 per 1.000 dones l'any 1996 a 14,3 el darrer any (vegeu la figura 3). La fecunditat sembla haver-se estabilitzat en els darrers quatre anys, mentre que les IVE van assolir el màxim l'any 2002. Posteriorment van disminuir, per tornar a augmentar en els darrers dos anys i sembla ser que es recupera la tendència de creixement que s'observava des de l'any 1996.

La fecunditat entre les dones de 15 a 49 anys, procedents de països en vies de desenvolupament sembla haver-se reduït lleugerament amb relació a la de l'any anterior, mentre que la taxa d'IVE ha augmentat (vegeu la taula 1, pàgina 87). Per grups d'edat, en les dones adolescents (de 14 a 17 anys) la taxa de fecunditat i la taxa d'IVE global es mantenen a nivells similars als del darrer any i, entre les dones de països en vies de desenvolupament, augmenta lleugerament la taxa de fecunditat i disminueix la taxa d'IVE. En el conjunt de les dones de 15 a 19 anys i en les dones de països en vies desenvolupament, la taxa de fecunditat disminueix i la d'IVE augmenta. En les dones de 35 a 49 anys la taxa de fecunditat i d'IVE global augmenta, mentre que en les dones de països en vies de desenvolupament la taxa de fecunditat disminueix i la d'IVE augmenta respecte de l'any anterior.

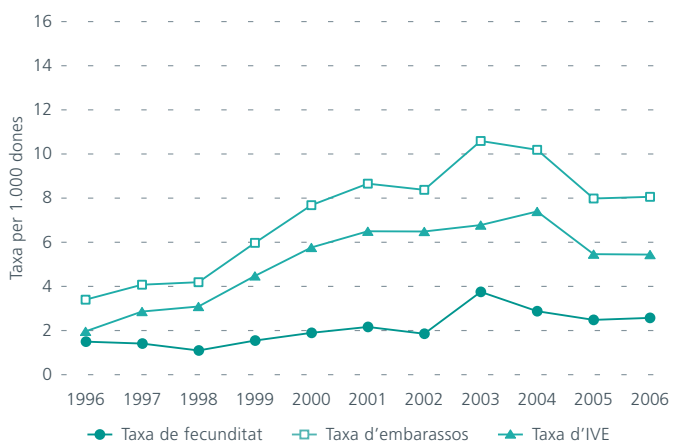
El grup de dones adolescents és el més vulnerable i és en aquest grup on s'observa una disminució de la taxa d'IVE i una estabilització de la taxa de fecunditat (vegeu la figura 4). És entre les dones adolescents on sembla que cal millorar l'accés als mitjans de prevenció de l'embaràs no desitjat.

Figura 3. Evolució de la natalitat i dels embarassos en les dones de 15 a 49 anys. Barcelona, 1996-2006.



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

Figura 4. Evolució de la natalitat i dels embarassos en les dones de 14 a 17 anys. Barcelona, 1996-2006.



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

La tuberculosi

60

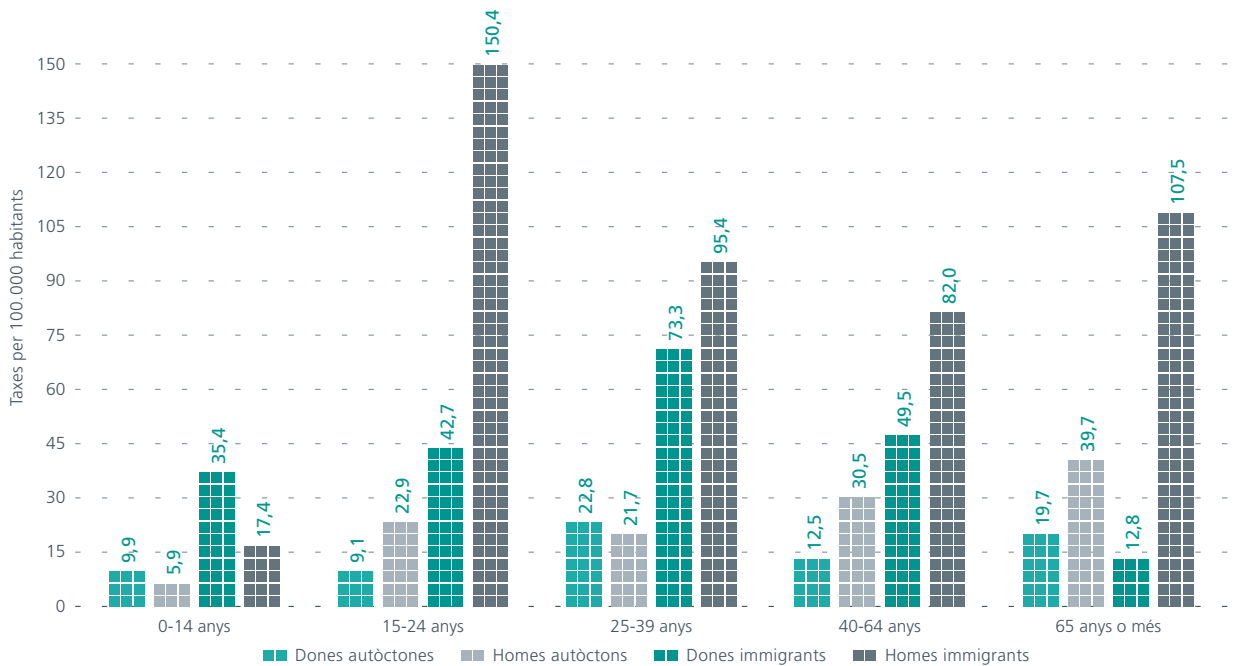
Durant l'any 2007 s'han detectat 760 casos de tuberculosi, dels quals 499 són residents a la ciutat i representen una incidència de 31,1 casos per 100.000 habitants (vegeu la taula 2, pàgina 89). Quant a l'any anterior, la taxa ha augmentat un 12,4%, i situa el descens mitjà i anual des del 2000 en un 2,3%, lluny de l'objectiu del 10% anual. Un any més han augmentat el nombre de pacients nascuts fora de l'Estat espanyol, que enguany representen un 46% del total de pacients (230 de 499). Es pot observar que la incidència de la tuberculosi entre les persones immigrades és més de tres vegades superior a la de les persones nascudes a l'Estat espanyol: 75,5 casos per 100.000 en immigrants i 19,1 en autòctons (vegeu la figura 5). L'augment de la incidència de la malaltia també ha estat diferent entre les dues comunitats i és del 8% en autòctons i de més del 20% en immigrants.

Figura 5. Evolució de la incidència de la tuberculosi segons el lloc de procedència. Barcelona, 2004-2007.



Font: Registre de la tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 6. Incidència de la tuberculosi segons el lloc de naixement, el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2007.



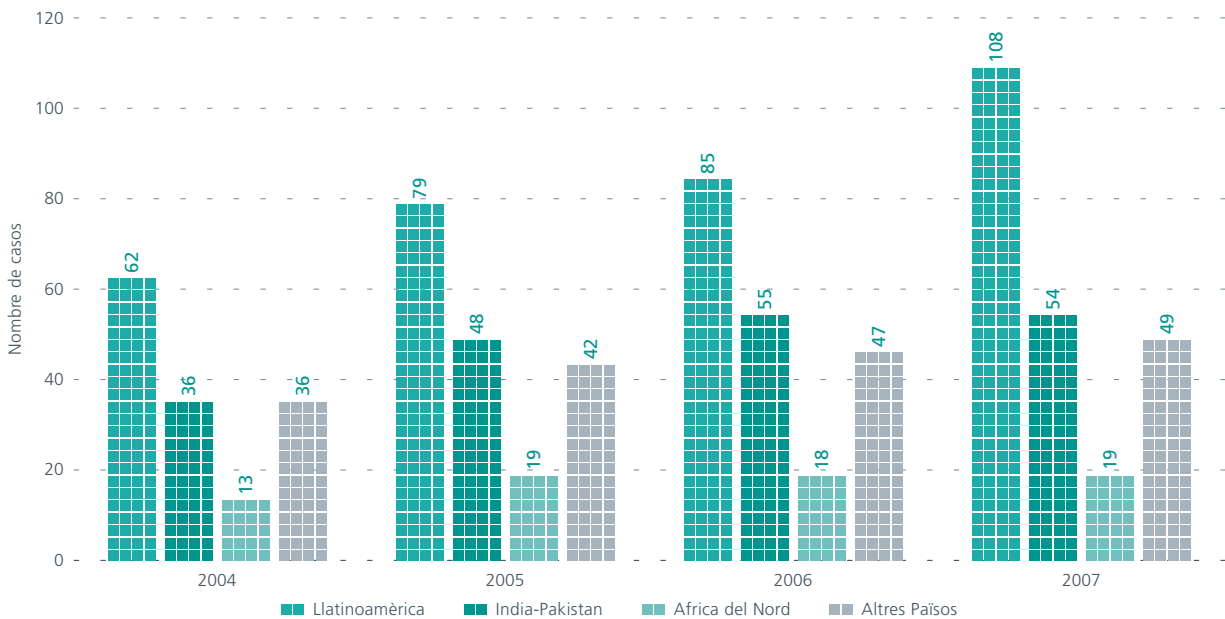
Font: Registre de tuberculosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La malaltia és més freqüent en homes, amb una incidència de 40,0 casos per 100.000 habitants (304 casos), que en dones (23,1 casos per 100.000 habitants, 195 casos). Si es compara la distribució segons el lloc de naixement, el grup d'edat i el sexe, es pot veure que la incidència més elevada en homes autòctons es troba en el grup de 65 anys o més, mentre que en dones es troba en el grup de 25 a 39 anys. En homes immigrants, en canvi, la malaltia és més freqüent entre els de 15 a 24 anys, i en dones, en el grup de 25 a 39 anys (vegeu la figura 6, pàgina 60). Les 230 persones diagnosticades nascudes fora de l'Estat espanyol eren de 46 països diferents, la majoria de Llatinoamèrica, sobretot de Bolívia, Equador i Perú. Destaquen també els pacients de Pakistan i l'Índia i els d'Àfrica del Nord (vegeu la figura 7).

La possibilitat de disposar de professionals d'infermeria de salut pública i d'agents comunitaris de salut ha permès un millor control d'aquests pacients, i aquest darrer any s'han obtingut resultats comparables als de la població autòctona, tant en la realització d'estudis de contactes com en el compliment del tractament. Malgrat això, el maneig de la tuberculosi a la ciutat és força complicat, tant per la varietat de procedències i cultures com pel progressiu augment de les resistències als fàrmacs. Això ha fet que en algunes ocasions, s'hagi hagut de recórrer a hospitalitzacions forçoses de pacients que es negaven a fer el tractament, amb la complexitat administrativa i jurídica que aquestes accions han comportat.

L'impacte de la immigració en l'epidemiologia de la tuberculosi a Barcelona és important, i ha calgut fer esforços per adaptar el Programa de prevenció i control a aquesta nova realitat. Sembla ser que en els propers anys, i tal com ha passat en altres països de l'Europa Occidental, la proporció de casos immigrants anirà augmentant i, per tant, els recursos específics per a aquest tipus de població s'han de mantenir i consolidar.

Figura 7. Evolució del nombre de casos de persones immigrants amb tuberculosi segons el lloc de naixement. Barcelona 2004-2007.



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

La infecció per VIH-sida

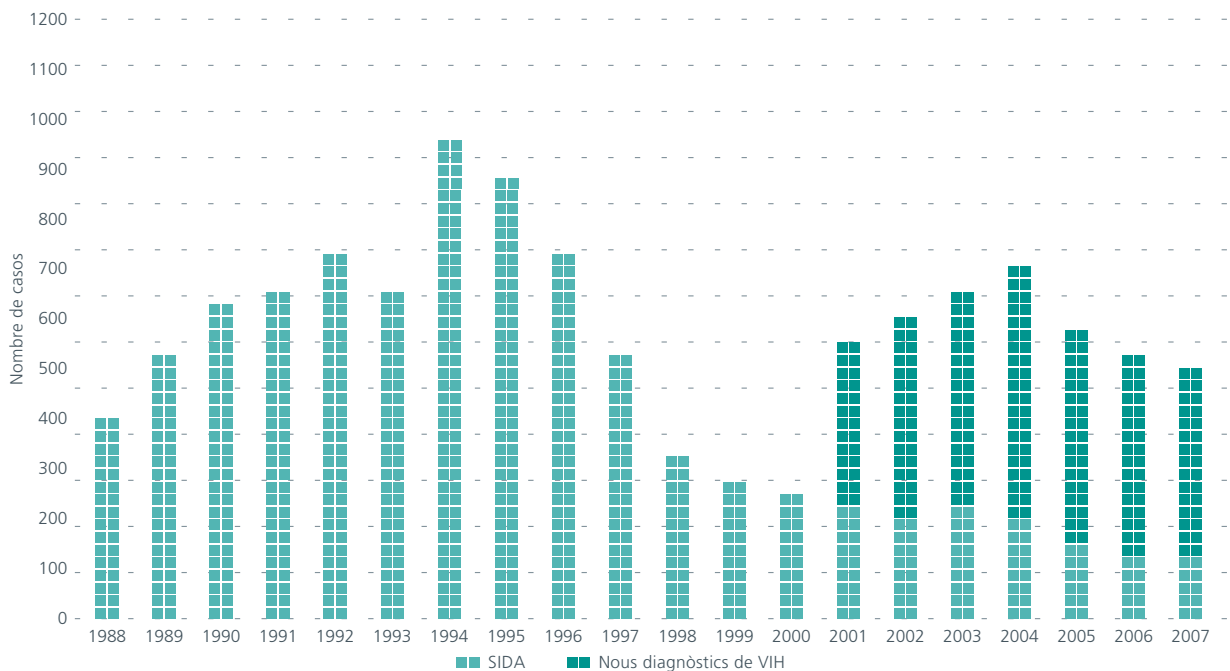
62

Durant l'any 2007 s'han detectat 133 casos de sida, dels quals 114 (86%) resideixen a Barcelona, cosa que representa un lleuger increment (5,6%) dels casos de sida si es compara amb l'any anterior (vegeu la figura 8). El 87% dels casos han estat homes (99 casos) entre els 24 i els 80 anys d'edat (mitjana de 42 anys). Les edats de les dones (15 casos) han oscil·lat entre els 26 i els 79 anys (mitjana de 47 anys). Les relacions sexuals no protegides han estat la via de transmissió més freqüent (62%): en els homes ha representat el 62% dels casos -42% per la transmissió en homes bisexuals i homosexuals i 19% per les relacions heterosexuals-, i, en el cas de les dones, les relacions heterosexuals han representat el 67% dels casos. L'ús de drogues per via intravenosa

(UDI) ha estat la causa de la infecció en el 24% dels homes i en el 27% de les dones. En la figura 9 (pàgina 63) es mostren les taxes d'incidència de la sida, segons la via de transmissió i el sexe. Així, amb relació a la sida, tant en els homes com en les dones, les taxes més elevades s'observen en el grup dels UDI, mentre que en el cas de la infecció pel VIH són els homes amb relacions homosexuals els qui presenten les taxes més elevades (vegeu la taula 2, pàgina 89).

La proporció de casos amb retard en el diagnòstic del VIH ha estat del 62%, és a dir, que el temps transcorregut entre el diagnòstic de la infecció i el de la malaltia ha estat inferior a un any, sense apreciar-se una diferència significativa entre homes i dones. Aquesta proporció és encara més elevada en les persones nascudes a l'estranger, que arriba al 79% dels casos. La tuberculosi continua essent la malaltia indicativa de sida més freqüent (39% dels casos), en què els casos respecte de l'any passat s'han duplicat, seguida per la pneumònia per

Figura 8. Casos de sida i d'infecció pel VIH diagnosticats a Barcelona. Barcelona, 1988-2007.



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

Nota: Els nous diagnòstics de VIH provenen d'un sistema d'informació voluntària i, per tant, representen una part del total.

P. jiroveci (17%). El districte de residència amb la taxa més elevada continua essent Ciutat Vella, amb 12,6 casos per 100.000 habitants, mentre que la taxa del total de la ciutat ha estat de 7,7 casos per 100.000 habitants.

Aquest any s'han notificat 363 nous diagnòstics de VIH (vegeu la figura 8, pàgina 62). El diagnòstic s'ha fet a l'hospital en el 63% dels casos (227); el 34% (133) a l'atenció primària i el 3% (13) a les institucions penitenciàries de Catalunya. El 84% han estat homes amb una edat mitjana de 36 anys; en les 59 dones, l'edat mitjana ha estat de 38 anys. Entre els casos en els quals el diagnòstic s'ha realitzat en un hospital de Barcelona, la via de transmissió han estat les

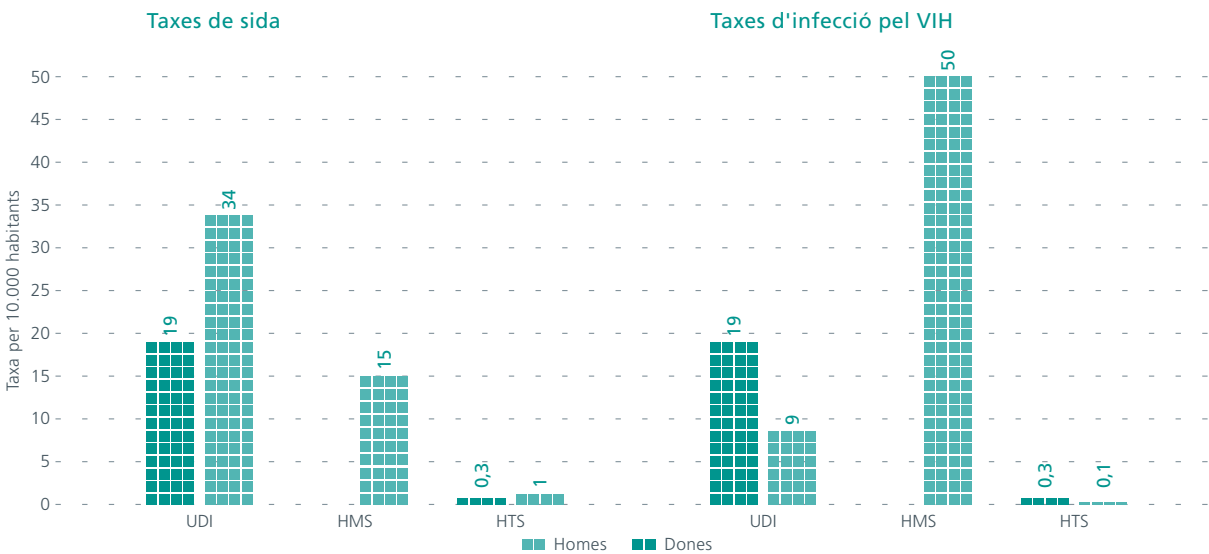
relacions homosexuals en el 78,5% (150) dels casos; les heterosexuales, en l'11,5% (22); l'UDI, en un 5,2% (9), i únicament en 9 casos es desconeixia la via de transmissió. Entre les dones, el 86,1% (31) han estat heterosexuales, el 13,9% (5) han estat UDI i en cap cas no es desconeixia la via de transmissió.

Referències bibliogràfiques

Servei d'Epidemiologia. Sida a Barcelona, vigilància epidemiològica. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008. <http://www.aspb.es/quefem/docs/sida78.pdf>.

Herida M, Alix J, Devaux I, Likatavicius G, Desenclos JC, Matic S, Ammon A, Nardone A. *HIV/AIDS in Europe: epidemiological situation in 2006 and a new framework for surveillance*. Euro Surveill 2007;12 (11): E071122.1.

Figura 9. Taxes de sida i de VIH en la població de Barcelona de 15 a 49 anys segons la via de transmissió i el sexe. Barcelona, 2007.



UDI: usuaris de drogues per via intravenosa; HMS: bisexuals i homosexuals; HTS: heterosexuales.

Font: Registre de la sida, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: S'estima que un 3% de la població d'homes entre 18 i 49 anys mantenen relacions homosexuals (Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003. Disponible a: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/saludyhs03/saludyhs03.htm>).

S'estima que la població d'injectors de drogues a Barcelona se situa entre les 8.000 i les 9.000 persones. Comunicació personal de M. Teresa Brugal (Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències. ASPB).

Les lesions per col·lisions de trànsit

64

Segons la Guàrdia Urbana, l'any 2007 s'han produït a la ciutat de Barcelona 9.787 col·lisions de trànsit, que han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 12.828 lesionats i 43 morts durant les primeres 24 hores després de la col·lisió (vegeu el quadre 1). Respecte de l'any anterior, ha disminuït un 0,1% el nombre d'accidents amb víctimes, un 0,9% el nombre de ferits i un 9,9% el nombre de morts.

La mediana d'edat dels lesionats és de 31 anys en els homes i de 32 anys en les dones; en els morts, és de 37 anys en els homes i de 32 anys en les dones.

En conjunt, el nombre de lesionats homes va ser més gran que el de lesionades: dos terços dels lesionats i morts van ser homes. El 41,1% dels homes lesionats eren usuaris de motocicletes; el 22,7%, usuaris de ciclomotor; el 22%, usuaris de turisme; el 8,9%, vianants; el 3,2%, ciclistes; l'1,3%, passatgers d'autobús, i el 0,9% usuaris d'altres tipus de vehicles. El 27,6% de les dones lesionades eren usuàries de turisme; el 22,8%, de motocicletes; el 23,4%, de ciclomotor; el 16,9%, vianants; el 6,7%, d'autobús; el 2,1%, de bicicleta, i el 0,5%, d'altres vehicles (vegeu la figura 10, pàgina 65). Pel que fa als morts, eren usuaris de motocicleta el 44,4% dels homes i els 31% de les dones, i vianants el 29,6% i el 50%, respectivament.

En la figura 10 (pàgina 65) es presenta l'evolució del nombre de lesionats segons el vehicle i el sexe. Destaca el notable augment del nombre de

lesionats homes usuaris de motocicletes, que supera de llarg el nombre de lesionats usuaris de turisme o ciclomotor. Els lesionats ocupants de turisme mostren una tendència decreixent continuada des de l'any 2002 en ambdós sexes. Els lesionats usuaris de ciclomotor també mostren una tendència a la disminució, però només en el cas dels homes, ja que en les dones es mostra estable. El nombre de ciclistes lesionats tendeix a un lleuger augment en homes i dones.

El perfil del lesionat és diferent segons el grup d'edat (vegeu la taula 3, pàgina 90). Els nois de 0 a 13 anys lesionats són principalment vianants (45,5%) i passatgers de turisme (34%). En les noies, tot i ser les categories més freqüents, s'inverteixen les proporcions (vianants 34,8% i turisme 41,6%). Els adolescents de 14 a 17 anys són sobretot usuaris de ciclomotor (69,2% els homes i 62,2% les dones); els joves de 18 a 29 anys ho són de ciclomotor (35,4% el homes i 39% les dones) i de motocicleta (35,4% i 24,8%, respectivament). En els adults homes de 45 a 64 anys predominen els usuaris de motocicleta (49,1%) i els usuaris de turisme (27,4%), mentre que en les dones hi ha una freqüència més gran d'usuàries de turisme (36,4%) i de vianants atropellades (26,2%). Pel que fa a les persones grans, són principalment vianants atropellats, usuaris de turisme, però destaca també l'elevat percentatge de lesionats que viatjaven en autobús, sobretot en les dones.

A Barcelona, durant els últims anys s'han adoptat mesures de mobilitat per reduir l'ús del vehicle privat, entre les quals s'inclouen l'establiment d'àrees verdes d'aparcament, l'ampliació d'espais per a vianants, l'ampliació de la xarxa de transport públic i la implantació del programa de bicicletes públiques (Bicing). L'ampliació de l'àrea blava d'aparcament, ha passat de 7.158 places el 2004 a 10.322 el 2007. L'àrea verda es va implantar el 2005 i l'any 2007 hi ha 25.184 places d'àrea verda preferent i 4.976 d'àrea verda resident. El nombre d'hectàrees destinades a vianants ha augmentat un 12,8% respecte de l'any 2004.

Amb el volum que ha assolit la mobilitat nocturna en cap de setmana a la ciutat, es va considerar necessari incrementar l'oferta de transport

Quadre 1. Evolució del nombre de lesionats per col·lisions de trànsit segons el sexe. Barcelona, 2002-2007.

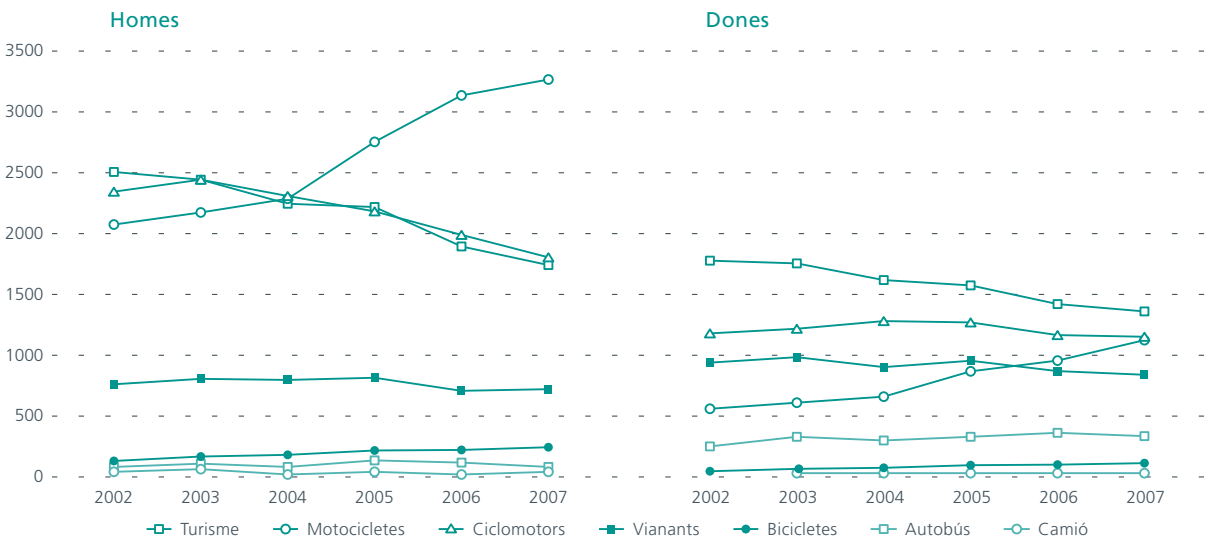
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Homes						
Lesionats	7.963	8.188	7.947	8.340	8.040	7.880
Morts	24	34	27	41	40	27
Total	7.987	8.222	7.974	8.381	8.080	7.907
Dones						
Lesionades	4.702	4.917	4.790	5.101	4.853	4.905
Mortes	10	12	15	8	8	16
Total	4.712	4.929	4.805	5.109	4.861	4.921

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

públic col·lectiu amb criteris d'eficiència. Durant els darrers anys ja s'havien adoptat mesures per reforçar i ampliar els serveis nocturns d'autobús urbà i interurbà de Barcelona, i també s'havia ampliat l'horari de funcionament del metro els caps de setmana fins les 2 de la matinada. A més, a la ciutat de Barcelona ja existien nombroses experiències d'ampliar l'horari operatiu del metro en dies festius especials, com són el cap d'any des de 1999, Sant Joan des de l'any 2002, i la festa de la Mercè des de l'any 2003. En aquest sentit, a partir de l'abril d'enguany, es va iniciar un servei ininterromput de metro els dissabtes a la nit i les vigílies de festiu durant 6 mesos; l'èxit de la mesura va impulsar la seva continuïtat un cop passat aquest període de temps.

El Bicing és el servei públic de compartició de bicicletes de la ciutat de Barcelona. Està finançat en part pels ingressos de l'àrea verda, les zones de regulació d'aparcament del centre de Barcelona i els abonaments dels usuaris. El Bicing funciona amb estacions distribuïdes arreu de la ciutat separades entre elles per uns 300-400 metres. Les estacions se situen en punts propers a les estacions de metro, tren, Ferrocarrils de la Generalitat i aparcaments públics. El servei es va inaugurar el 22 de març de 2007 i està previst que a la primavera del 2008 hi hagi 6.000 bicicletes a 400 estacions repartides a tots els districtes. A les darreries del 2007, aquesta iniciativa comptava amb gairebé 100.000 abonats: el 51% són homes, tenen entre 25 i 35 anys i el 92,6% resideixen a Barcelona. El districte amb més abonats és l'Eixample. La implantació d'aquest servei ha estimulat, a més, una major utilització de la bicicleta privada.

Figura 10. Evolució del nombre de lesionats segons el tipus de vehicle en què circulaven i el sexe. Barcelona, 2002-2007.



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

La salut laboral

66

Les lesions per accident de treball

Enguany s'han produït a Barcelona 42.609 lesions per accident de treball amb baixa, de les quals 448 van ser greus i 29 mortals. Dues terceres parts dels accidentats van ser homes, que també van patir les lesions més greus (el 79,5% de les lesions greus i el 93,1% de les mortals, de les quals només dues van pertocar a dones). Tres quartes parts es van produir en persones de classes socials manuals (el 79,2% dels homes i el 67% de les dones) (vegeu la taula 4, pàgina 91).

De la mateixa manera que a la resta de l'Estat espanyol, a Barcelona s'ha produït una disminució de la incidència de les lesions en els darrers anys. La taxa d'incidència de l'any 2000 va ser de 57,6 lesions per 1.000 persones afiliades a la Seguretat Social, mentre que enguany ha estat de 44,6.

En analitzar més detallament les lesions greus i mortals, s'observa la important disminució de les primeres en els 8 anys analitzats, mentre que les lesions mortals, en canvi, s'han mantingut força estables al voltant de 50 morts; tret dels dos darrers anys, amb un notable increment l'any 2006 i un descens encara més pronunciat el 2007 (59 i 29, respectivament) (vegeu la figura 11).

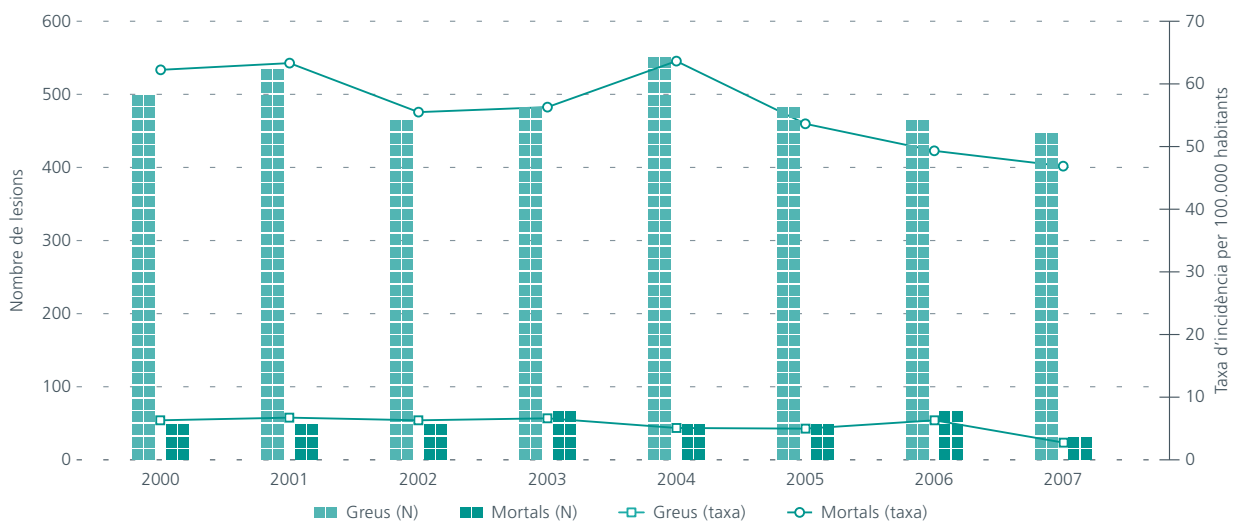
La distribució dels diferents tipus de lesions greus i mortals s'ha mantingut força estable des de l'any 1994 (vegeu la taula 4, pàgina 91). Cal destacar la important contribució de les lesions in itinere amb una proporció al voltant del 30% de greus i entre el 30% i 40% de mortals. D'altra banda les lesions no traumàtiques han constituït entre el 20% i 30% de les mortals, gairebé tots els anys. Les lesions més estretament relacionades amb les condicions del lloc de treball (les traumàtiques en jornada laboral) van suposar entre el 50% i el 60% de les lesions greus.

Les malalties professionals

L'any 2006 (últim any de què es disposa de dades de malalties professionals a Barcelona) es van notificar 617 malalties professionals amb baixa (taxa d'incidència de 66,6 per 10.000 persones afiliades a la Seguretat Social). El 52% van afectar homes i població ocupada de classe manual (el 91,6% dels homes i el 82,1% de les dones). El nombre i la incidència de malalties professionals ha experimentat una tendència decreixent des de l'any 2001, especialment marcada el 2006 (vegeu la figura 12, pàgina 67 i la taula 5, pàgina 92).

Les malalties per fatiga de les beines tendinoses han estat les més freqüents, amb un percentatge que ha augmentat des de l'any 1995 (58%) al 2006 (76,1%). També s'ha incrementat el percentatge de malalties per paràlisi dels nervis ocasionada per la pressió en les dones, mentre que ha disminuït el de les malalties de la pell en els homes i les infeccioses i parasitàries en les dones (vegeu la taula 5, pàgina 92).

Figura 11. Evolució de les lesions per accidents de treball greus i mortals. Barcelona, 2000-2007.



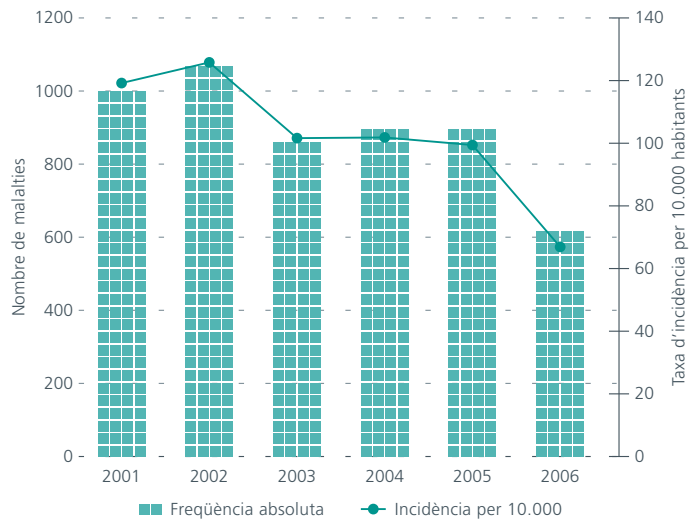
Font: Registre d'accidents de treball del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

Les malalties relacionades amb el treball

Dels 415 casos notificats enguany a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, gairebé dues terceres parts s'han produït en dones (63,8%). Un 60% dels casos ocorreguts en homes i un 47,4% dels ocorreguts en dones eren de classe manual.

Entre l'any 2001 i el 2007 els casos notificats s'han incrementat de 48 a 415, i són els trastorns de salut de tipus ansiodepressius els casos que més s'han notificat en ambdós sexes (el 2001 van ser el 10,6% dels casos notificats i el 2007 el 64,5%). Els trastorns musculoesquelètics han estat el segon grup més notificat des del 2002 en homes i dones, mentre que en els homes s'observa una disminució de la proporció de trastorns respiratoris (vegeu la taula 6, pàgina 92).

Figura 12. Evolució de les malalties professionals. Barcelona, 2001-2006.



Font: Registre de malalties professionals del Departament de Treball. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

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



La gent gran

68

L'envelliment actiu i saludable

L'envelliment saludable es defineix com el procés d'optimitzar les oportunitats de salut física, mental i social que permeten a la gent gran participar activament en la societat sense patir discriminació i gaudir d'una qualitat de vida bona i independent.

Està documentat l'efecte positiu que la participació i el suport social tenen sobre el benestar. A Barcelona, el 24% de les persones de 65 anys o més viu sola i aquesta situació és més freqüent entre les dones que entre els homes (31,7% vs. 11,6%). La incontinència urinària és un trastorn crònic que pot limitar les activitats i les relacions socials diàries de la gent gran. A la nostra ciutat, el 15,8% dels homes i el 32,4% de les dones afirmen tenir pèrdues d'orina de diferent gravetat. La incontinència urinària augmenta amb l'edat i sempre és més freqüent entre les dones (vegeu la figura 13).

Un dels principals problemes de salut mental que afecten les persones d'edat avançada és la depressió. A Barcelona, la prevalença de trastorns ansio-depressius entre les persones grans de Barcelona és d'un 17,4%, tot i que és més elevada entre les dones (21,8% vs. 10,7%) i no s'associa amb l'edat.

La nutrició inadequada entre les persones grans pot conduir a efectes adversos i complicacions sinèrgiques. El 9% de les persones grans de la ciutat afirma haver estat preocupat durant els 12 mesos previs per no poder menjar suficientment per manca de diners, sense diferències de gènere. D'altra banda, el 61% de la població gran resident a Barcelona té sobrepès o obesitat, i un 1,3% presenta baix pes. L'excés de pes és més freqüent entre els homes. A més, en les dones la prevalença és superior entre les de classes més desfavorides.

La pràctica d'exercici físic redueix el risc de desenvolupar malalties cardiovasculars, disminueix la pressió arterial, el risc d'accident cerebrovascular i de càncer colorectal i té un efecte positiu en la sensibilitat a la insulina. A Barcelona, l'activitat física més freqüent entre les persones grans és caminar. El 52,1% dels homes i el 43,2% caminen cada dia de la setmana com a mínim 30 minuts.

Les lesions per accidents entre la gent gran suposen un alt cost tant en termes humans com

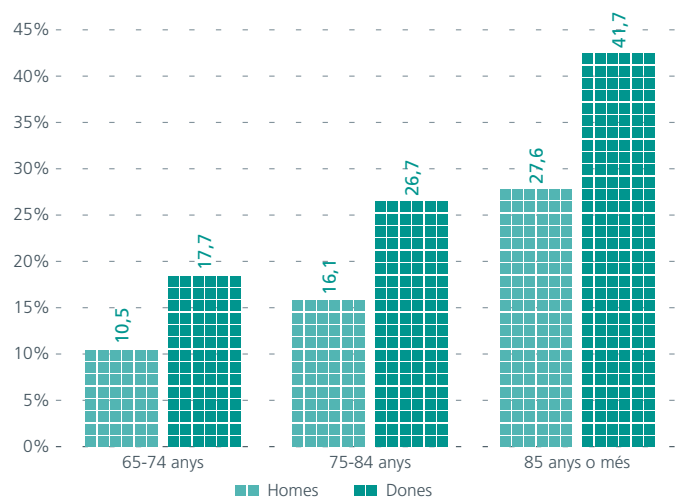
econòmics. A més, impliquen una amenaça per a la seva autonomia, mobilitat, capacitat funcional i per al seu estat de salut. A Barcelona, un 22,8% de la gent gran afirma haver patit algun tipus de lesió per accident l'últim any, un 56,7% de les quals es van produir al domicili i un 33,7% a la via pública.

A Barcelona, un 7,3% de la gent gran és fumadora habitual i el 2% és bevedora de risc. Aquestes conductes són més freqüents entre els homes i els grups d'edat més joves. Mentre que el tabaquisme és més freqüent entre els homes i en les persones de classes socials més desfavorides, en les dones succeeix el contrari. En ambdós sexes, el consum excessiu d'alcohol és més alt entre les persones de classes privilegiades.

Les persones grans són el col·lectiu d'edat amb més consum de fàrmacs. Entre els problemes associats al consum de fàrmacs cal destacar l'error o l'incompliment en la medicació, la prescripció inadequada, les interaccions entre fàrmacs, les reaccions adverses i l'ús insuficient per manca d'accés als serveis sanitaris o a les farmàcies. A Barcelona, un 38,2% de les persones grans prenen quatre o més fàrmacs, amb més freqüència entre les dones (46% vs. 25,4%). El consum de fàrmacs augmenta amb l'edat, de manera que un 32,2% dels homes i un 54,7% de les dones de 85 anys o més prenen quatre o més medicaments.

Algunes persones grans tenen problemes per accedir als serveis preventius. A Barcelona el 68,4% de la gent gran es vacuna de la grip, el 86,6% es controla la pressió arterial i el 77,9% es controla el colesterol.

Figura 13. Prevalença d'incontinència urinària segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2006.



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

La mortalitat

Els principals indicadors de mortalitat continuen la tendència experimentada els darrers anys: la taxa de mortalitat es manté estable en ambdós sexes, i és més elevada en els homes (vegeu el quadre 3). La mortalitat prematura, expressada en anys potencials de vida perduts, manté una gran diferència entre els homes i les dones, i s'observa un lleuger augment en els homes; en les dones, en canvi, continua disminuint seguint la tendència dels darrers anys. Les taxes de mortalitat infantil i perinatal segueixen essent baixes. I finalment, l'esperança de vida en néixer l'any 2006 és de 78,2 anys en els homes i de 84,8 anys en les dones, fet que representa des del 1994 un cúmul d'uns 4 anys més d'esperança de vida en els homes i uns 3 anys més en les dones. L'esperança de vida de la població barcelonina és similar a la de Catalunya de l'any 2006, que se situa en els 78,2 anys i els 84,5 anys en homes i dones, respectivament, i és superior a la de l'Estat espanyol de l'any 2005, que se situava en els 77 anys per als homes i en els 83,5 per a les dones.

La taxa de mortalitat en la població més jove, de 15 a 44 anys, va ser de 87,9 i 43,6 per 100.000 habitants, en homes i dones respectivament. Entre les principals causes de mort es troben la sobredosi i el suïcidi en ambdós sexes (el 20,7% de les defuncions d'homes i el 15,8% de les dones), seguides de les lesions per accident de trànsit i la sida en el cas dels homes, i el càncer

de mama i de pulmó en les dones (vegeu la figura 14 i la figura 15, pàgines 70 i 71). Cal destacar el descens de la mortalitat en la població més jove, gràcies a la disminució dels darrers anys de la mortalitat per sida, sobredosi i lesions per accident de trànsit.

La població adulta de 45 a 74 anys va presentar l'any 2006 una mortalitat de 1.119,5 defuncions per 100.000 habitants en homes i de 417,8 en dones. Les principals causes de mort en la població de 45 a 74 anys van ser el càncer: el càncer de pulmó en els homes (16,4%) i el càncer de mama en les dones (40,7%), i van representar les primeres causes de mort d'aquest grup d'edat. D'altra banda les malalties de l'aparell circulatori han experimentat una disminució els darrers anys (vegeu la figura 14 i la figura 15, pàgines 70 i 71).

La població de 75 anys o més registra la major mortalitat i representa l'any 2006 un total de 8.191,9 defuncions per 100.000 habitants en els homes i de 5.340,9 en les dones. Les principals causes de mortalitat en ambdós sexes van ser les malalties de l'aparell circulatori (un 26,8% de les defuncions d'homes, i un 31% de les de dones van ser per malaltia cerebrovascular, de la circulació pulmonar o isquèmica del cor). A banda del càncer de pulmó en els homes, els trastorns mentals o altres malalties del sistema nerviós van ser les causes més freqüents de defunció en la població més gran (el 9,5% en els homes i el 15% en les dones) (vegeu la figura 14 i la figura 15, pàgines 70 i 71). De la taula 7 a la 10, pàgines 93 i 94, es detalla l'evolució de la mortalitat de la població segons el grup d'edat.

Quadre 3. Indicadors de mortalitat segons el sexe. Barcelona 2006.

	Homes	Dones
Nombre de defuncions	7.664	7.975
Taxa bruta de mortalitat ¹	989,5	932,8
Taxa de mortalitat estandarditzada per edat ^{1,2}	1.304,5	738,8
Taxa d'APVP ³ estandarditzada per edat ^{1,2}	4.464,5	1.946,4
Esperança de vida en néixer	78,2	84,8
Nombre de defuncions infantils	19	22
Taxa de mortalitat infantil ⁴	2,5	3,1
Nombre de defuncions perinatals (>500 g)	35	34
Taxa de mortalitat perinatal (>500 g) ⁵	4,6	4,8

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

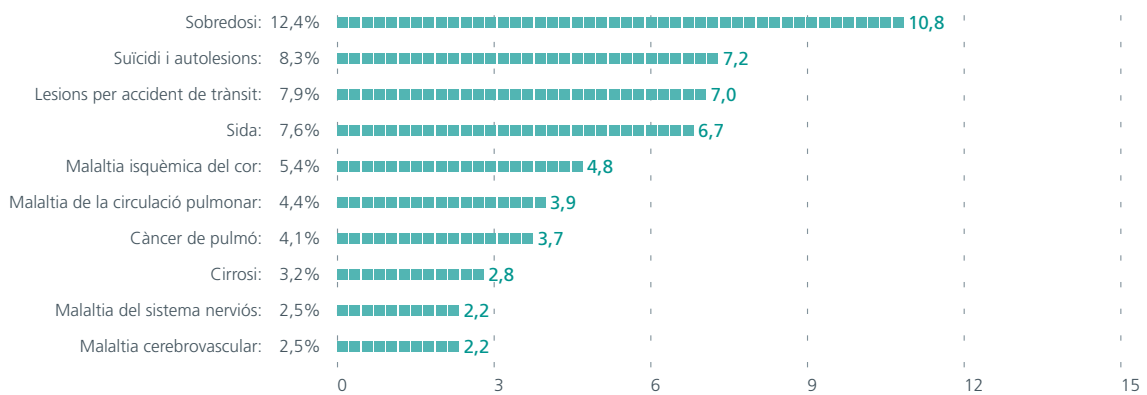
Notes: ¹ Taxes per 100.000 habitants. ² Estandardització pel mètode directe, que utilitza com a referència el total de la població de Barcelona al 2006. ³ APVP: anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys. ⁴ Taxes per 1.000 nascuts vius. ⁵ Taxes per 1.000 nascuts de més de 500 g.

La mortalitat

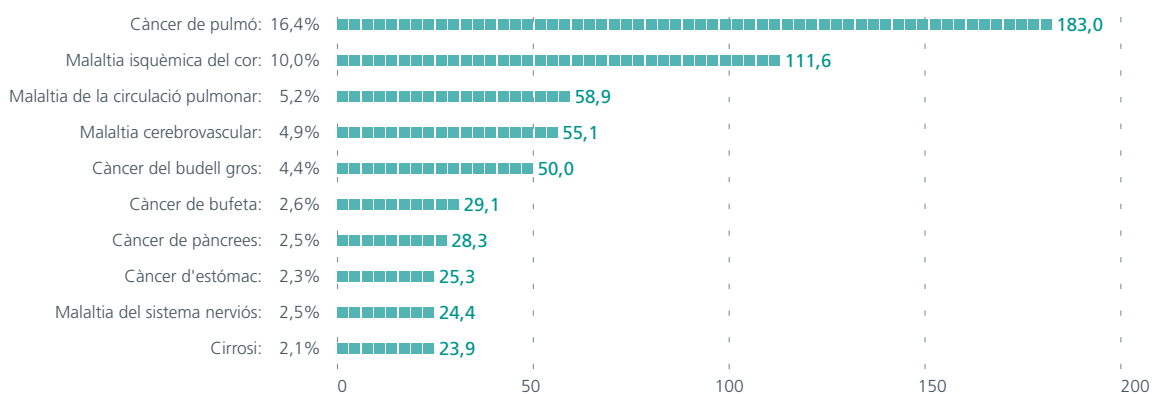
70

Figura 14. Principals causes de mortalitat en els homes segons grups d'edat. Barcelona, 2006.

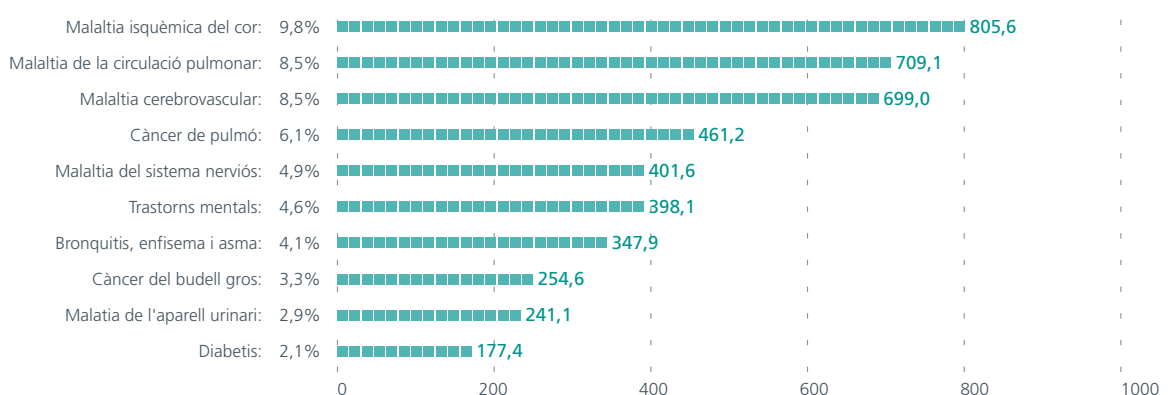
De 15 a 44 anys: 87,9 morts per 100.000 homes



De 45 a 74 anys: 1.119,5 morts per 100.000 homes



De 75 anys o més: 8.191,9 morts per 100.000 homes



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

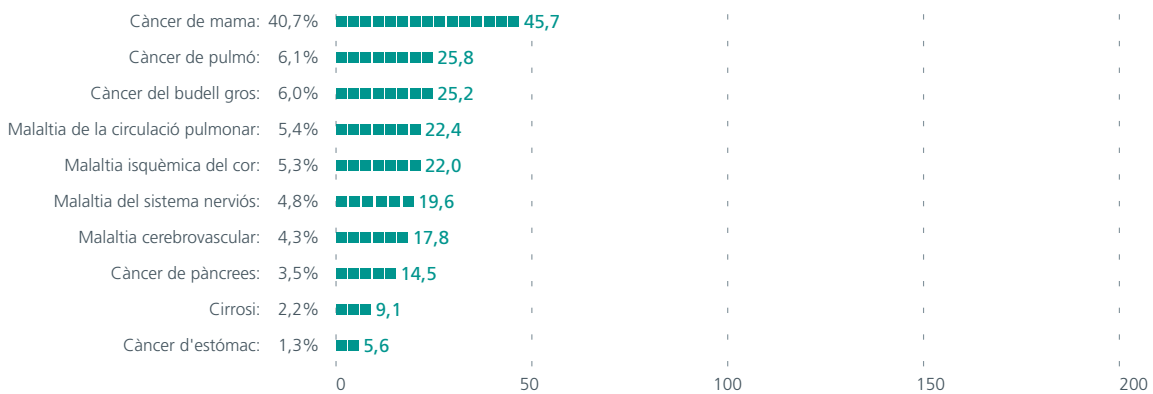
Nota: Taxes de mortalitat estandarditzades per edat per 100.000 habitants, utilitzant com a població de referència la de la lectura del padró continu de l'any 2006.

Figura 15. Principals causes de mortalitat en les dones segons els grups d'edat. Barcelona, 2006.

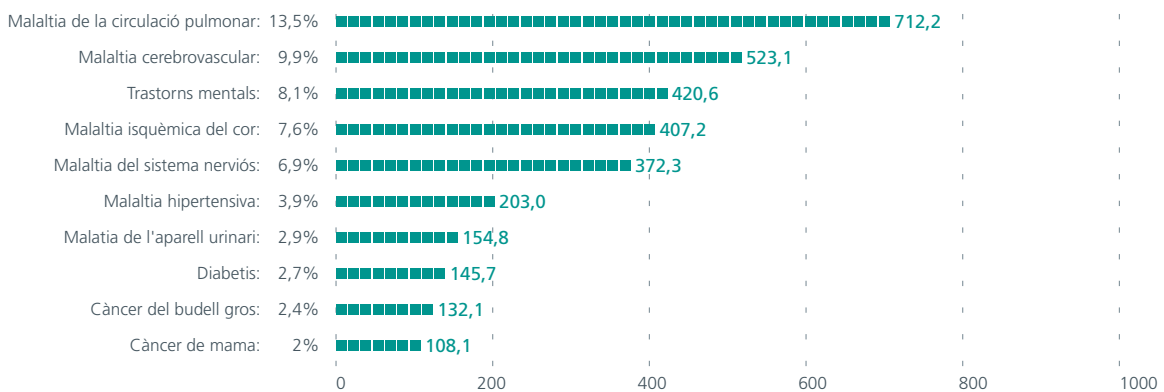
De 15 a 44 anys: 43,6 morts per 100.000 dones



De 45 a 74 anys: 417,8 morts per 100.000 dones



De 75 anys o més: 5.340,9 morts per 100.000 dones



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

Nota: Taxes de mortalitat estandarditzades per edat per 100.000 habitants, utilitzant com a població de referència la de la lectura del padró continu de l'any 2006.



Monogràfics

Presentació

- Resum executiu
- Resumen ejecutivo
- Executive Summary
- La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

- La situació demogràfica
- La situació socioeconòmica
- Les condicions de vida
- La mobilitat en dia feiner

Com vivim

- El medi ambient
 - L'aire
 - L'aigua
 - La seguretat alimentària
 - Els animals urbans
- Els comportaments
 - Les conductes relacionades amb la salut
 - El consum d'alcohol i altres drogues
- Els serveis sanitaris
 - La utilització de serveis sanitaris
 - L'atenció primària de salut
 - L'atenció a les urgències
 - L'atenció especialitzada hospitalària
 - L'atenció sociosanitària
 - L'atenció a la salut mental
 - L'atenció a les drogodependències
 - La prestació farmacèutica
 - Les accions en salut pública

La nostra salut

- La salut percebuda
- La salut sexual i reproductiva
- Els problemes de salut específics
 - La tuberculosi
 - La infecció per VIH-sida
- Les lesions per col·lisions de trànsit
- La salut laboral
- La gent gran
- La mortalitat

Monogràfics

- La lipoatròfia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball
- El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2007 en xifres

La lipoatròfia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball

74

La lipoatròfia semicircular (LS) s'ha definit com una atròfia del teixit adipós subcutani en forma de banda semicircular que s'ha de diferenciar, a través de la clínica, la histologia i l'evolució, d'altres tipus d'atròfies del teixit adipós, com l'anular o l'adquirida (1,2). El seguiment de diferents afectats mostra que es tracta d'una lesió localitzada i reversible. El seu diagnòstic és clínic, ja que l'ecografia superficial que s'ha utilitzat en ocasions per mesurar-ne la profunditat no disposa de capacitat per diferenciar-ne els afectats.

La LS s'ha descrit sobretot en dones que fan tasques administratives i que recolzen les cuixes en els cantells de les taules del despatx de diferents tipus d'oficines o en els cantells dels taulells de venda (2-6); l'alçada de la lesió des del terra, quan se situa a les cuixes, sol localitzar-se a 72 -73 cm (6). Malgrat que les causes de l'atròfia són encara desconegudes, aquestes descripcions han fet postular hipòtesis causals com les de microtraumatismes, els camps electromagnètics i, últimament, les descàrregues electrostàtiques.

Fins al moment actual, els llocs de treball on s'han identificat més casos de LS (més de 50) estan situats en edificis amb característiques similars: són edificis amb sistemes de climatització interns (fins a un 20% de renovació d'aire extern) que no poden o no obren les finestres per ventilar i on la humitat relativa és inferior al 35%. El mobiliari de treball està format per cadires folrades amb roba sintètica i amb rodes, taules d'estructura metàl·lica amb

superfícies de diferents materials, segons l'empresa (de resines fenòliques a conglomerats), amb un cantell de forma, en la majoria dels casos, prima i angular (fins a 7 mm de gruix), i amb una estructura que incorpora el pas del cablejat elèctric dels PC, telèfons, etc. En aquests mateixos edificis s'ha observat que en els llocs de treball on les taules tenien cantells angulars però més amples el nombre de casos de LS era inferior i, fins i tot, es deixaven d'observar casos en els llocs de treball on els cantells de les taules eren amples i arrodonits.

L'any 1995 a Bèlgica es va iniciar el brot de LS amb major nombre de casos (3.000 en 11 anys). En la seva descripció, Curvers estima el temps d'inducció de la lesió respecte de l'inici d'un conjunt d'exposicions laborals que la podrien causar en tres mesos del canvi d'edifici de 1.100 treballadors de banca (7). L'any 2007 l'ASPB, el Departament de Treball i la Inspecció de Treball van encarregar-se de la investigació d'un brot amb 263 casos (taxa de 28,3 per 100 treballadors) de LS en una empresa de la ciutat de Barcelona, després d'un canvi similar al descrit per Curvers. La investigació en aquesta empresa va estimar el temps d'inducció de la lesió en 103 dies de mediana (mínim de 36 dies i màxim de 213) del canvi d'edifici (8). En aquesta investigació es va dur a terme també un estudi amb 191 casos de LS i 191 controls que seguien la hipòtesi causal de les descàrregues electrostàtiques, i va identificar més risc de lesió entre les dones (respecte dels homes), entre treballadors en taules amb cantell prim i angular (respecte de taules amb cantell ample i arrodonit) i entre les persones que recolzaven la cuixa sempre o moltes vegades (respecte de les que no ho feien mai o ho feien alguna vegada) (vegeu el quadre 1). Les altres característiques del lloc de treball relacionades amb el fenomen de la càrrega i descàrrega electrostàtica no van mostrar diferències estadísticament significatives entre els casos i els controls.

Un dels resultats més importants de l'estudi va ser l'estimació del percentatge de casos que podia prevenir-se en modificar els cantells de

Quadre 1. Odds ratio crua i ajustada d'aparició de lipoatròfia semicircular, interval de confiança del 95% i fracció etiològica. Barcelona, 2007.

		OR crua	IC 95 %	OR ajustada	IC 95 %	FE
Sexe	Homes	1		1		
	Dones	9,20	5,61-15,11	5,78	2,90-11,52	
Taula de despatx	Cantell arrodonit i ample	1		1		90%
	Cantell prim i angular	8,25	1,75-53,38	11,31	2,10-60,87	
Freqüència de recolzament de la cuixa al cantell de la taula	Mai	1		1		
	Algunes vegades - De vegades	3,32	1,71-6,44	2,52	1,14-5,56	
	Sempre - Moltes vegades	19,08	7,99-45,55	16,51	5,80-47,03	30%
Localització de la lesió a la cuixa	Prop del genoll	1		1		
	Prop de l'engonal	4,81	3,12-7,43	1,88	0,98-3,59	-
Pes	Per sota de la mitjana segons el sexe	1		1		
	Per sobre de la mitjana segons el sexe	4,29	2,79-6,59	0,93	0,55-1,58	-

Font: Elaboració pròpia a partir de l'estudi de casos i controls, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: Hosmer Lemeshow: 0,475; predicció de casos 85,6%; total 74,4%. OR: odds ratio. IC 95%: interval de confiança al 95%. FE: fracció etiològica.

la taula (90%) per comparació al de modificar l'hàbit de recolzar-se (30%). La forma i grandària del cantell determina la intensitat en la transferència d'electrons que es produeix en una descàrrega electrostàtica (en el moment del contacte entre la

persona i el cantell de la taula). Aquesta forma i grandària determinarà l'amplada del camí per la que es transferiran aquests electrons de manera que com més estret és el camí, més gran serà la intensitat, i viceversa.

Les mesures de control més importants que es recomanen són: augmentar la humitat relativa al 50%, modificar els cantells en grandària (>5 cm) i forma (arrodonida), fer la posta a terra de les taules de treball, modificar l'organització de les taules de forma que el personal de neteja no hagi de recolzar-s'hi per netejar-les i informar-ne als treballadors per evitar el recolzament. Aquestes mesures es van recollir en un protocol que va ser presentat el mes de juny del 2007 i des d'aquell moment s'ha anat seguint l'evolució de nous casos en altres empreses, tot orientant les modificacions de l'ambient de treball. De moment, no s'han produït agrupacions diferents a les inicials i el nombre de casos en totes elles se situa entre els 2 i 89 casos per centre de treball.

Les mesures han estat avaluades a l'any de seguiment en les quatre empreses amb major nombre de casos. Cadascuna d'elles va incorporar totes les mesures del protocol, part d'elles o en van afegir altres que van considerar adients, en períodes de temps diferents. L'anàlisi ha permès establir que la combinació de mesures com mantenir una humitat relativa superior al 50%, la posta a terra de les taules, la modificació dels cantells, proporcionar informació als treballadors i l'aplicació de massatges de forma voluntària en la zona de la lesió, és una combinació de mesures amb un impacte significativament diferent entre elles. Així, l'única empresa que en finalitzar el seguiment d'un any havia establert aquestes mesures era la que presentava un 91% de curacions, i el temps de curació en la mediana de casos va ser de cinc mesos després d'haver modificat la humitat i la posta a terra, i de dos mesos després de la modificació de tots els cantells (vegeu el quadre 2). Entre les empreses que no van controlar durant tot el període de temps la humitat relativa o només van controlar la humitat relativa o van fer la posta a terra de les taules sense la modificació dels cantells, no hi va haver diferències en el percentatge de curacions ni en el temps en què es van produir. Per tant, 10 mesos després de la primera mesura, el percentatge de curacions se situava al voltant del 30% (vegeu el quadre 2).

Referències bibliogràfiques

- 1 Gschwandtner WR, Münzberger H. Lipoatrophia semicircularis. Ein Beitrag zu bandförmig-circulären Atrophien des subcutanen Fettgewebes im Extremitätenbereich. Der Hautarzt 1974;25:222-7.
- 2 Gschwandtner WR, Münzberger H. Lipoatrophia semicircularis. Wiener Klein. Wochenschr. 1975;87:164-8.
- 3 Hodak E, David M, Sandbank M. Semicircular lipoatrophy-a pressure-induced lipoatrophy? Clin Exp Dermatol. 1990;15:464-5.
- 4 Rex J, Ribera M, Bielsa I, Ferrandiz C. Semicircular lipoatrophy of the thighs. Actas Dermosifiliogr 2000;91:285-7.
- 5 Senecal S, Victor V, Choudat D, Hornez-Davin S, Conso F. Semicircular lipoatrophy: 18 cases in the same company. Contact Dermatitis.2000;42:101-2.
- 6 Gruber PC, Fuller LC. Lipoatrophy semicircularis induced by trauma. Clin Exp Dermatol. 2001;26:269-71.
- 7 Curvers B, Maes A. Lipoatrophia semicircularis: a new office disease? (2003) Disponible a: www.sfwler.com/esdjournal/lipoatrophia.htm
- 8 Pañella H. Primer informe del brot de lipoatròfia semicircular a l'empresa GN. Barcelona, 28 d'abril de 2007. Servei d'Epidemiologia de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (informe oficial).

Quadre 2. Evolució del percentatge de curacions segons el temps (mesos) i les mesures de control adoptades. Barcelona, 2007-2008.

Mesures a l'inici del seguiment	0-2 m	3 m	IM	4 m	5 m	6 m	7 m	8 m	IM	9 m	10 m	IM	11 m	12 m
PT+ HR+ C- n=258	0,03	0,08	C+	0,19	0,51	0,68	0,83	0,86		0,88	0,90		0,91	0,91
n=89	0	0,01		0,01	0,01	0,17	0,17	0,17		0,26	0,38	C+	0,38	0,38
HR- PT- C- n=18	0	0		0	0	0	0	0		0	0,17		0,17	0,17
HR+ PT-C' n=37	0	0		0	0,08	0,08	0,14	0,14	PT+	0,14	0,38		0,43	0,43

Font: Elaboració pròpia a partir de l'estudi d'avaluació, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Notes: Log Rank, comparació per mesures: p<0,0001. IM: incorporació nova mesura de control. PT+: posta a terra feta; PT-: no van fer la posta a terra. HR+: han mantingut la humitat relativa a més del 50%; HR-: HR que no han mantingut a més del 50%. C+: modificació dels cantells; C': cantells amples i angulars que no es va recomanar modificar; C-: cantells que no han estat modificats i calia.

El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona

76

És indubtable que l'emergència i reemergència de vectors s'ha consolidat com una realitat en l'àmbit internacional, de manera que els problemes derivats d'aquestes situacions representen un problema per a la salut pública i el medi ambient. En aquest sentit l'*Aedes albopictus* des de finals dels 70 es va detectar fora del seu hàbitat original en més de 25 països dels cinc continents. Va ser el 1979 quan es va detectar la seva presència a Europa, en concret, a Albània.

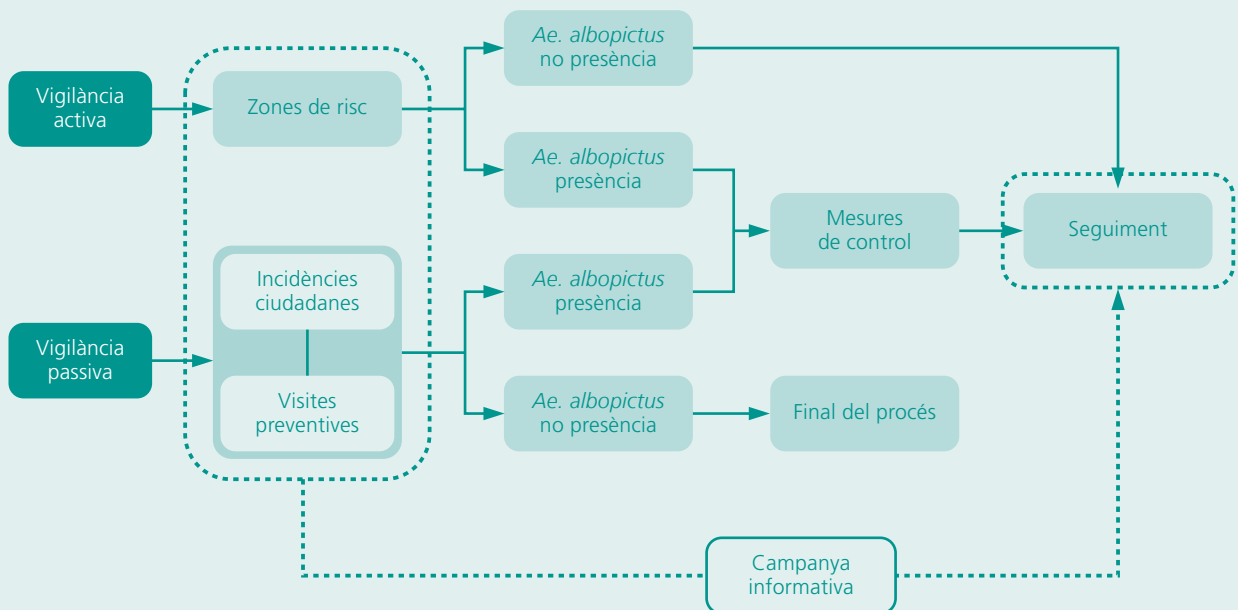
A banda de les molèsties que ocasiona la seva picada, que genera importants queixes per part de la ciutadania, la importància sanitària del mosquit tigre rau en el seu rol com a eficient vector d'arbovirus. En països tropicals i subtropicals és vector de malalties com el dengue, la febre groga, la febre del Nil occidental o el virus *chikungunya*, però al nostre país el mosquit tigre encara no és transmissor de malalties, encara que l'any 2007 a Itàlia va provocar un brot de *chikungunya*.

Des de la detecció del mosquit tigre a Sant Cugat del Vallès, les administracions públiques van iniciar estudis per determinar el seu front d'expansió a Catalunya, així com el seu grau d'afectació en diferents localitats. Els resultats dels estudis efectuats han portat a les administracions públiques a dirigir els seus esforços a establir sistemes de vigilància i control adreçats a compensar els efectes negatius d'aquestes situacions. En aquest marc, l'ASPB va elaborar el 2005 un programa de vigilància i control que enguany s'ha pogut desplegar en tots els seus components.

El Programa de vigilància i control

El programa va constar de dues parts diferenciades, vigilància activa i vigilància passiva, i aquesta última es recolzava amb un seguiment continuat (vegeu la figura 1). La vigilància passiva va consistir en l'atenció a les incidències que podien arribar pels diferents canals de comunicació establerts. Aquesta atenció es va traduir en una visita programada per tal de donar informació i assessorament al ciutadà o agent implicat (si és el cas) sobre les mesures que havien d'implementar per tal de solucionar el problema. Paral·lelament s'efectuava una petita enquesta per tal d'esbrinar l'impacte del mosquit sobre la salut de les persones. Cal dir que aquesta vigilància passiva tenia un caire preventiu, ja que la metodologia de treball consistia a visitar un àrea pròxima a la incidència comunicada (entre 500 i 1.000 m²).

Figura 1. Diagrama del programa de vigilància i control del mosquit tigre. Barcelona, 2007.



Font: Servei d'Higiene Pública i Zoonosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

a fi i efecte d'establir el grau d'afectació de la zona, per mitjà de la visita a habitatges, farmàcies i establiments propers.

La vigilància activa va consistir en visitar i inspeccionar les zones considerades de risc, per ser punts especialment sensibles per a la proliferació i/o l'establiment del mosquit tigre. En aquest sentit es van establir i visitar els punts de risc següents:

- + Cementiris de Barcelona
- + Parcs i jardins (prioritàriament en els quals s'hi pot acumular aigua)
- + Fonts ornamentals
- + Centres de jardineria i grans floristeries
- + Espais afectats en altres anys (2005 i 2006)
- + Àrees de gent afectada pel virus *chikungunya* importat
- + Vessant de Collserola (zones semirurals, amb gran quantitat d'horts)

En els llocs on la inspecció efectuada pels informadors ambientals va detectar focus de proliferació de mosquits, o que per les seves característiques eren considerats de risc, es programaven visites de seguiment, amb l'objectiu de controlar l'afectació de la zona i avaluar l'eficàcia de les mesures recomanades en la primera visita (vegeu el quadre 1).

Els recursos

Mitjançant la concessió d'un pla d'ocupació del Departament de Treball es va poder dur a terme el desplegament del programa de manera que abastés tots els components, intensificant les accions en el vessant de la conscienciació i la sensibilització ciutadana mitjançant la informació

porta a porta. En aquest sentit, es va poder comptar amb set informadores ambientals i una coordinadora. Tot l'equip estava sota la supervisió d'un responsable del projecte, encarregat de donar les directrius per desplegar i executar el programa a tot Barcelona.

Les mesures de control

Del conjunt de mesures de control que es poden fer servir per tal de solucionar el problema dels mosquits, en gairebé el 100% dels casos la primera mesura de control proposada va ser la mecànica, mitjançant l'eliminació dels llocs on els mosquits podien proliferar. Quan aquestes mesures no es podien aplicar, els tractaments larvaris bioracionals van ser l'opció proposada. Fins ara, la situació i el grau d'afectació no ha fet que es plantegés la possibilitat d'aplicar un tractament adulticida.

Pel que fa a l'àmbit competencial en l'aplicació de les mesures de control, cal tenir en compte que, a la via pública, les mesures eren assumides per l'ASPB o es requeria l'agent competent; a la propietat privada, la legislació determina que les mesures no són competència de l'Administració pública i que correspon als propietaris dur a terme aquesta tasca (o mitjançant la contractació de professionals del sector).

La campanya d'informació

L'experiència internacional indica que el control del mosquit tigre és principalment una qüestió d'acció social i d'implicació de la població, ja que la gran majoria de focus es troben en propietats privades, de manera que són els ciutadans els qui més a prop estan de l'origen del problema. Així mobilitzar la ciutadania i convertir-la en part activa en la solució del problema serà sempre l'acció més eficaç, i és precisament en això on s'han centrat més intensament els esforços mitjançant el desplegament d'informadors ambientals.

La seva tasca principal va ser la de sensibilitzar la població, en un procés d'informació porta a porta, sobre les mesures preventives per combatre el mosquit tigre de manera efectiva, a més de donar a conèixer als ciutadans les zones on viu i el seu cicle biològic. Cal tenir en compte que la informació i l'atenció als ciutadans té un efecte bàsic en el control de la població de mosquits, ja que una part

Quadre 1. Nombre de casos, inspeccions realitzades, campanyes informatives, casos positius d'*Aedes albopictus* i visites de seguiment. Barcelona, 2007.

	Casos	Inspeccions	Campanyes informatives	<i>Aedes albopictus</i> +	Mesures de control	Seguiment
Vigilància activa	483	334	159	26	26	306
Vigilància passiva						
Incidències ciutadanes	284	194	284	71	72	79
Visites preventives	1.296	853	1.296	200	200	250
Total	2.063	1.381	297	298	635	

Font: Servei d'Higiene Pública i Zoonosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona

78

significativa de l'hàbitat d'aquest insecte pot ser disminuïda d'acord amb petites modificacions en els seus hàbits i conductes. El programa ha posat de manifest la necessitat de realitzar campanyes d'acció social que incloguin accions educatives, tot incorporant-hi la figura de l'informador ambiental per portar a terme les tasques d'informació i d'assessorament porta a porta als barris afectats, per difondre la informació directament a les persones afectades i per actuar com a catalitzadors de la conscienciació i sensibilització ciutadana envers el problema.

D'altra banda, i paral·lelament, es va portar a terme una campanya informativa mitjançant la tramesa de material divulgatiu (tríptics) sobre la biologia del mosquit, el seu cicle biològic i les mesures preventives a fi i efecte d'evitar-ne l'establiment i la dispersió. El material es va fer arribar a tots els centres públics, centres sanitaris i a les persones de zones afectades i de zones considerades de risc.

L'intercanvi d'informació

En qualsevol situació problemàtica, la coordinació i l'intercanvi d'informació són elements clau per garantir l'èxit de les accions, i més si tenim en compte que la majoria de vegades aquestes solucions depenen de més d'un agent implicat. És per això que el programa va establir una sèrie de coordinacions, d'una banda, amb els gestors del territori per tal de comunicar les mesures mecàniques i/o de control de prevenció de l'establiment i la dispersió del mosquit i, de l'altra, amb els serveis sanitaris, per tal de rebre informació sobre les persones afectades per malalties en què l'*Aedes albopictus* pot ser-ne el vector, i efectuar una vigilància activa.

L'afectació

Les visites informatives i les inspeccions a les zones de risc han estat un bon indicador del grau d'afectació a la ciutat de Barcelona. L'espècie ha anat colonitzant la ciutat per contagi (taca d'oli) i/o per transports accidentals des de les zones afectades, cosa que ha propiciat que la totalitat de la ciutat es vegi afectada en aquells indrets en què l'espècie troba els seus requeriments ecològics (vegeu el quadre 2). Els llocs afectats més freqüentment es corresponen amb propietats privades, amb unes característiques estructurals similars: cases amb jardí o terrasses on s'hi poden trobar petits recipients que poden acumular aigua com ara galledes, plats sota els testos, desguassos, etc. Pel que fa a la via pública, l'afectació per ara no és rellevant, malgrat que l'impacte sobre els ciutadans sí que ho és pel fet que els espais afectats tenen una elevada concurrència pública (parcs, jardins, etc.).

A partir de l'enquesta realitzada durant les visites d'informació i/o assessorament s'ha pogut constatar que el 53,2% dels afectats per mosquit tigre va patir picades, i que un 7,6% va necessitar assistència sanitària (vegeu la figura 2, pàgina 79). Aquesta dada manifesta el grau de molèstia de la població, sobretot pel que fa als infants i la gent gran. Quant a la percepció de les farmàcies, cal destacar que les visites posen de manifest que més del 52% d'aquestes van rebre molts clients afectats per picades, especialment als districtes amb una major afectació, cosa que confirma les farmàcies com a indicadores del grau d'afectació del barri. Els resultats obtinguts fins a al data posen de manifest les molèsties i l'agressivitat de l'insecte, tot i que aquest fet no constitueix per si sol un greu problema de salut pública.

La conscienciació ciutadana

Les visites d'informació i d'assessorament evidencien que les persones desconeixien o no tenien informació de la biologia de l'insecte, ni tampoc de les mesures dirigides a evitar-ne l'establiment i la dispersió. En aquest sentit, cal destacar que només el 24% de les persones enquestades coneixia aquests aspectes. D'altra banda, el 20,4% de les persones visitades feia servir insecticides domèstics a fi de combatre els mosquits. Malgrat que el percentatge no és gaire alt, es torna a posar de manifest el desconeixement de la importància de l'eliminació dels focus de proliferació presents als habitatges envers l'ús i/o abús d'insecticides. Pel que fa a la utilització de repel·lents, el 12,9% de

Quadre 2. Nombre de punts de risc i de punts on es va detectar l'espècie a la via pública i a les propietats privades. Barcelona, 2007.

	Via pública			Propietats privades			Total
	Fonts	Clavegueram	Forats d'arbre	Galledes	Plats sota els testos	Desguassos	
<i>Aedes albopictus</i> +	9	5	4	17	12	8	55
Punts de risc	324	169	136	654	496	443	1.222

Font: Servei d'Higiene Pública i Zoonosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.

les persones visitades els feia servir, moltes vegades combinats amb la utilització ambiental d'insecticides domèstics, mentre que només el 23% de les persones afectades per picades els va fer servir.

Les mesures de control

El mosquit tigre es combat arreu del món amb informació i amb l'aplicació de mesures preventives. Només en els casos en què no es pot evitar la seva proliferació s'endeguen accions de control dirigides. En aquest sentit, les actuacions larvàries són les més utilitzades, seguides per les aplicacions adulticides (només en els casos en què es fonamenta tècnicament la seva aplicació).

D'altra banda, el programa ha posat de manifest la dificultat d'executar i d'avaluar l'efectivitat de les mesures de control utilitzades pel fet que, d'una banda, la majoria de punts de proliferació es corresponen amb propietats privades que queden fora de l'abast de l'administració i, de

l'altra, per la falta de coordinació d'alguns agents del territori a l'hora d'implementar les mesures recomanades, fet que va impedir solucionar part de les incidències que es donaven a la via pública.

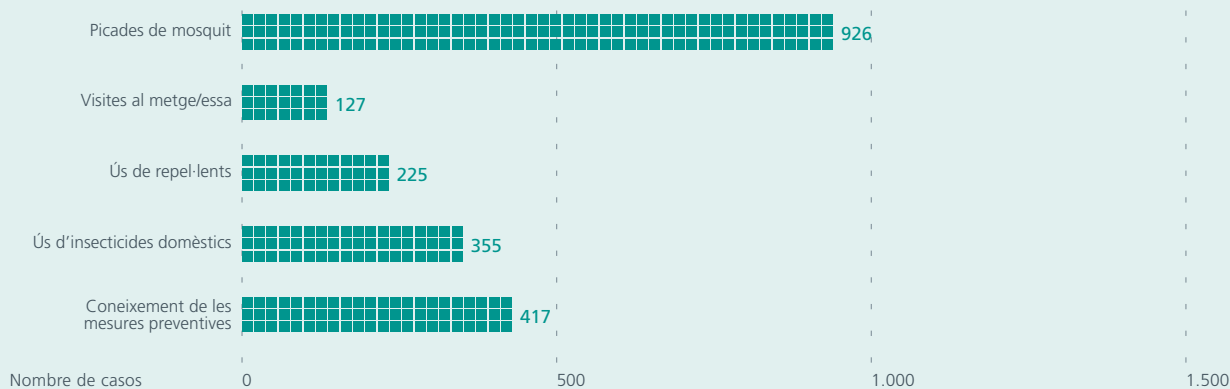
El programa va permetre conèixer les zones de proliferació de mosquits a la ciutat, element indispensable a fi de poder aplicar mesures de control dirigides a evitar-ne l'establiment i la dispersió.

L'espècie segueix colonitzant els hàbitats que li són favorables per al seu cicle biològic, amb una especial predilecció per les cases amb patis i jardins exteriors que tenen elements susceptibles de poder acumular aigua.

Les tasques de conscienciació social són imprescindibles per aconseguir alleugerir l'impacte de l'insecte sobre la població; no obstant això, s'ha de tenir en compte que és un procés a llarg termini que necessita un esforç continuat.

Cal establir xarxes de vigilància i control coordinades amb sistemes d'alerta sanitària per conèixer la presència de malalties que no són d'obligada comunicació, i dissenyar, elaborar i coordinar protocols per tal de determinar les accions que s'han de portar a terme en cada moment.

Figura 2. Impacte del mosquit tigre sobre la salut de la ciutadania, així com les mesures de control utilitzades i el desconeixement de les mesures preventives. Barcelona, 2007.



Font: Servei d'Higiene Pública i Zoonosi, Agència de Salut Pública de Barcelona.



La salut a Barcelona 2007 en xifres

Presentació

Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
La salut, els seus determinants i les desigualtats en salut

Qui som

La situació demogràfica
La situació socioeconòmica
Les condicions de vida
La mobilitat en dia feiner

Com vivim

El medi ambient
L'aire
L'aigua
La seguretat alimentària
Els animals urbans
Els comportaments
Les conductes relacionades amb la salut
El consum d'alcohol i altres drogues
Els serveis sanitaris
La utilització de serveis sanitaris
L'atenció primària de salut
L'atenció a les urgències
L'atenció especialitzada hospitalària
L'atenció sociosanitària
L'atenció a la salut mental
L'atenció a les drogodependències
La prestació farmacèutica
Les accions en salut pública

La nostra salut

La salut percebuda
La salut sexual i reproductiva
Els problemes de salut específics
La tuberculosi
La infecció per VIH-sida
Les lesions per col·lisions de trànsit
La salut laboral
La gent gran
La mortalitat

Monogràfics

La lipoatròfia semicircular: una nova afectació a l'entorn de treball
El mosquit tigre, un vector emergent: el programa de vigilància i control de la ciutat de Barcelona

La salut a Barcelona 2007 en xifres

Qui som

82

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1986-2007.

Població		1986	1991	1996	2001	2007
0-14	Homes	157.073	121.726	92.093	88.592	96.793
	Dones	148.243	115.104	87.544	84.543	92.402
15-44	Homes	354.869	352.714	314.536	317.954	349.732
	Dones	359.482	356.504	320.916	318.161	337.808
45-64	Homes	201.324	193.872	178.844	172.202	185.784
	Dones	228.532	218.143	203.061	196.389	211.765
65-74	Homes	59.021	68.244	76.425	74.974	67.068
	Dones	88.327	97.166	104.124	99.508	85.900
75 anys o més	Homes	34.345	39.432	43.087	51.502	60.932
	Dones	70.596	80.639	88.175	100.059	114.994
Total	Homes	806.632	775.988	704.985	705.224	760.309
	Dones	895.180	867.554	803.820	798.660	842.869
Població de 65 anys o més	Homes	11,6%	13,9%	16,9%	17,9%	16,8%
	Dones	17,7%	20,5%	23,9%	25,0%	23,9%
Índex de sobreenvelliment ¹	Homes	36,8	36,6	36,0	29,6	47,6
	Dones	44,4	45,3	45,8	50,1	57,2
Gent gran que viu sola 65-74 anys	Homes	ND	4.518 (6,6%)	5.901 (7,7%)	6.922 (9,2%)	7.406 (11,0%)
	Dones	ND	23.015 (23,7%)	25.379 (24,4%)	24.024 (24,1%)	20.736 (24,1%)
75-84 anys	Homes	ND	3.277 (10,0%)	3.836 (11,1%)	5.162 (16,4%)	6.806 (14,0%)
	Dones	ND	18.580 (30,1%)	23.371 (36,0%)	28.302 (28,3%)	31.662 (38,9%)
85 anys o més	Homes	ND	827 (12,3%)	1.376 (16,1%)	1.791 (18,1%)	2.526 (20,5%)
	Dones	ND	3.837 (20,2%)	6307 (27,1%)	9.338 (34,8%)	13.596 (40,5%)
Nivell d'instrucció (16 anys o més)						
Sense estudis i primària incompleta	Homes	ND	14,5%	12,0%	9,0%	10,4%
	Dones	ND	22,8%	19,0%	13,9%	14,1%
Primària completa	Homes	ND	26,2%	26,0%	17,3%	24,7%
	Dones	ND	29,2%	29,0%	21,3%	26,2%
Estudis secundaris	Homes	ND	39,0%	44,1%	51,2%	41,1%
	Dones	ND	31,3%	36,5%	44,6%	36,8%
Títol de grau mitjà	Homes	ND	6,4%	5,3%	8,6%	6,6%
	Dones	ND	6,9%	6,2%	9,1%	8,6%
Títol superior	Homes	ND	9,5%	11,9%	13,9%	15,4%
	Dones	ND	5,5%	8,4%	11,1%	13,2%
No conegut	Homes	ND	4,5%	0,7%	ND	1,5%
	Dones	ND	4,3%	0,8%	ND	1,2%
Població de nacionalitat estrangera		ND	1,4%	1,9%	4,9%	16,2%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1986 i 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001 i lectura del padró continu de l'any 2007. Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Notes: ND: No disponible. ¹L'índex de sobreenvelliment diferencia, del col·lectiu de 65 anys o més, aquells qui tenen 75 anys o més. Es presenta la proporció següent: (persones de 75 anys o més/ persones de 65 anys o més) x 100 habitants.

Com vivim

Taula 1. Resultats de la monitorització de components abiòtics realitzada pel programa IQSA. Barcelona, 2007.

Substàncies investigades	Aliments	Mostres analitzades	Presència constatada	Mostres per sobre del CMA ¹
Hidrocarburs Aromàtics Policíclics (HAP)	Productes carnis tractats per la calor, peix fumat, bivalves, olis vegetals, cereals i derivats, cafè	60	18 (30%)	0 (0,0%)
Micotoxines				
Aflatoxina B ₁ , B ₂ , G ₁ i G ₂	Cereals i derivats, aliments amb cereals per a lactants i nens de curta edat, fruita seca i condiments	55	7 (12,7%)	4 (3,6%)
Aflatoxina M ₁	Llets, preparats per a lactants i de continuació	20	2 (10,0%)	0 (0,0%)
Ocratoxina A	Cereals i derivats, aliments amb cereals per a lactants i nens de curta edat, fruita seca, condiments, cafè	65	29 (44,6%)	1 (1,5%)
Toxines de <i>Fusarium</i>	Cereals i derivats, aliments amb cereals per a lactants i nens de curta edat	25	2 (8,0%)	0 (0,0%)
Metalls pesants				
Mercuri	Peix fresc, conserves de peix, crustacis, cefalòpodes i bivalves	92	37 (40,2%)	1 (1,1%)
Cadmi	Carn fresca, despulles, peix fresc, conserves de peix, crustacis, cefalòpodes, bivalves, cereals i derivats, hortalisses	150	33 (22,0%)	0 (0,0%)
Plom	Carn fresca, despulles, llets, peix fresc, conserves de peix, crustacis, cefalòpodes, bivalves, cereals i derivats, hortalisses, condiments	175	12 (6,9%)	2 (1,1%)
PCB-7	Carn fresca, ous, ovoproductes, formatges, mantegues	43	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Peix fresc	27	6 (22,2%)	0 (0,0%)
Plaguicides	Carn fresca, productes carnis curats, formatges, mantegues	44	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Cereals i derivats	25	6 (24,0%)	0 (0,0%)
	Aliments amb cereals per a lactants i nens de curta edat, preparats per a lactants i de continuació	10	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Fruites	20	15 (75,0%)	2 (10,0%)
	Hortalisses	26	11 (42,3%)	1 (3,8%)
	Llegums	6	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Olis vegetals	12	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	Fruita seca	14	1 (7,1%)	1 (7,1%)
	Condiments	10	3 (30,0%)	3 (30,0%)
	Te i infusions	11	2 (18,0%)	0 (0,0%)

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹CMA: contingut màxim admès.



Com vivim

84

Taula 2. Resultats de la monitorització d'additius realitzada pel programa IQSA. Barcelona, 2007.

Substàncies investigades	Aliments	Mostres analitzades	Presència constatada	Mostres per sobre del CMA ¹
Colorants artificials	Condiments, salses vermelles	15	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Conservants				
SO ₂	Carns picades i preparats de carn	26	11 (42,3%)	0 (0,0%)
	Crustacis	14	8 (57,1%)	4 (28,6%)
	Fruita seca, llegums dessecades	21	1 (4,8%)	0 (0,0%)
Sorbats/benzoats	Salses	10	3 (30,0%)	0 (0,0%)
Nitrats/nitrits	Carns picades i preparats de carn, productes carnis	40	40 (100%)	6 (11,0%)
	Formatges	15	7 (46,7%)	0 (0,0%)

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹CMA: contingut màxim admès.

Taula 3. Resultats de la monitorització microbiològica realitzada pel programa IQSA. Barcelona, 2007.

	<i>Salmonella</i>	<i>E. Coli</i> O157	<i>Campylobacter</i>	<i>Listeria monocytogenes</i>	<i>Bacillus cereus</i>
Carns fresques	2/15 (13,3%)	1/15 (6,7%)	3/15 (20,0%)	-	-
Carns picades i preparats de carn	4/26 (15,4%)	2/26 (7,7%)	1/26 (3,8%)	-	-
Productes de xarcuteria	0/30 (0,0%)	-	-	0/30 (0,0%)	-
Formatges	0/25 (0,0%)	-	-	0/25 (0,0%)	-
Ous i ovoproductes	0/9 (0,0%)	-	-	-	-
Peix fresc	0/24 (0,0%)	-	-	-	-
Peix fumat	0/10 (0,0%)	-	-	0/10 (0,0%)	-
Crustacis, cefalòpodes, bivalves	0/55 (0,0%)	-	-	-	-
Preparats per a lactants	0/3 (0,0%)	-	-	-	-
Cereals i derivats	-	-	-	-	1/10 (10,0%)
Pastisseria farcida	0/16 (0,0%)	-	-	0/15 (0,0%)	1/9 (11,1%)
Menjars preparats grup A	0/10 (0,0%)	-	-	0/10 (0,0%)	0/8 (0,0%)
Menjars preparats grup B	0/24 (0,0%)	-	-	0/24 (0,0%)	0/20 (0,0%)
Total	6/247 (2,4%)	3/41 (7,3%)	4/41 (9,7%)	0/114 (0,0%)	2/47 (4,2%)

Font: Programa d'investigació de la qualitat sanitària dels aliments (IQSA), Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 4. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2000-2007.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atenció Primària de Salut								
Visites per habitant i any	5,6	5,6	6,0	4,9	5,4	5,7	5,6	5,6
Cobertura vacunació antigripal en persones de 60 anys o més (>64 anys abans del 2003)	56,7%	52,6%	57,5%	53,3%	51,3%	54,2%	55,7%	51,2%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	6,1%	6,1%	6,4%	6,1%	6,5%	5,8%	5,8%	5,4%
Atenció a les urgències								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses ¹	668.453	690.479	711.552	721.377	722.641	722.806	727.310	737.325
Activitat SCUB-061								
Nombre de trucades	625.583	631.142	677.982	686.169	626.905	670.939	684.860	ND
Nombre d'urgències a domicili	61.266	59.972	53.047	56.342	57.299	60.074	59.475	ND
Nombre d'emergències ²	71.115	72.258	78.024	160.490	154.651	164.624	157.980	ND
Activitat als centres d'atenció continuada/ dispensaris parahospitalaris								
Nombre de visites de metge	181.498	188.489	194.072	205.810	211.866	234.929	231.451	228.458
Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut								
Nombre de domicilis d'aguts	130.915	106.960	115.971	109.456	107.018	117.739	94.784	98.094
Atenció especialitzada hospitalària								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants ³	3,4	3,4	3,3	3,3	3,3	3,3	2,6	2,6
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./ any dels residents a BCN ⁴	91,0	89,6	103,96	102,5	100,8	101,9	90,6	89,7
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària	6,7%	7,3%	6,5%	8,6%	8,7%	8,9%	8,6%	8,2%
Altes als hospitals de la XHUP de BCN que són de no residents a la ciutat	33,6%	33,6%	31,6%	32,7%	33,9%	33,1%	33,4%	31,4%
Atenció sociosanitària								
Llits de llarga estada	1.046	1.116	1.151	1.239	1.222	1.329	1.359	1.392
Llits de convallescència	373	443	443	565	600	680	719	666
Llits de cures pal·liatives	95	105	107	107	107	107	87	87
Llits unitats de sida	35	35	35	35	35	35	35	35
Places en hospitals de dia	155	209	209	234	279	337	369	369
Nombre d'equips PADES	15	17	17	17	17	19	20	20
Nombre d'equips UFISS hospitalària	9	10	12	12	12	12	12	12
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA ⁵)	ND	ND	ND	5	5	5	7	7

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB).

Notes: ND: No disponible. ¹A partir de l'any 1999, en el nombre d'urgències hospitalàries ateses s'inclou l'Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron.

²A partir de l'any 2003, la informació sobre emergències realitzades pel SCUB-061 no es pot desglossar i inclou els serveis d'ambulància sanitariada + ambulància amb metge + metge d'emergències + transport urgent no sanitariat. La informació equivalent als anys 1999-2002 seria: 131.571, 133.083, 153.826 i 155.764 casos, respectivament. ³A partir de l'any 2006, la font dels llits públics d'aguts és l'enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. ⁴A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable alta hospitalària que utilitza el CatSalut. Atès l'increment poblacional (any 2000 vers 2006: 11,2%), a partir de l'any 2006 s'utilitza la població RCA 2006 per fer els càlculs de les taxes. ⁵EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria (nou recurs 2003).

Taula 1. (continuació) >

Com vivim

86

Taula 4. (continuació) Indicators de serveis sanitaris. Barcelona, 2000-2007.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atenció socio sanitària								
Núm. pacients llits llarga estada	2.897	2.858	3.163	2.838	3.217	2.832	2.523	2.346
Núm. pacients unitats convalsència	2.590	2.752	3.588	4.089	4.042	4.551	4.022	4.709
Núm. pacients unitats cures pal·liatives	949	872	1.087	1.028	1.044	1.059	869	806
Núm. pacients unitats de sida	156	140	136	57	14	ND	ND	ND
Núm. pacients unitats hospital de dia	658	281	644	703	347	700	693	760
PADES (inclou ETODA) ⁶	3.713	4.222	4.099	4.006	3.633	6.832	6.553	3.235
UFISS	5.741	7.137	9.572	5.204	4.221	8.907	3.062	3.587
EAIA ⁵ (processos)	ND	ND	ND	1.213	1.270	ND	3.491	3.568
Atenció a la salut mental								
Ambulatori								
Núm. centres d'adults (CSMA ⁷)	15	15	15	16	16	16	16	16
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁸)	10	10	10	11	11	11	11	11
Núm. llits d'hospitalització psiquiàtrica	380	345	406	359	367	473	490	511
Núm. places d'hospitals de dia	114	136	147	157	157	205	247	296
Rehabilitació								
Núm. places en centres de dia	499	572	632	632	632	657	690	706
Nombre de persones ateses								
Centres d'adults (CSMA ⁷)	27.703	ND	33.799	36.776	34.556	40.474	34.223	44.758
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁸)	5.950	ND	6.081	7.384	5.612	5.937	6.256	6.269
Hospitals i altes ⁹	4.489	4.504	4.552	4.706	4.436	4.647	4.765	4.803
Centres de dia	876	977	1.070	1.180	1.226	713	1.339	1.395

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB).

 Notes: ND: No disponible. ⁵EAIA: Equips d'Avaluació Integral Ambulatoria (nou recurs 2003). ⁶PADES: a partir de l'any 2007 la font de dades és el CMBD-SS, abans els propis centres facilitaven la informació. ⁷L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMA (població ABS 10E i 10F). L'any 2004, no es disposa de les dades de l'esquerra de l'Eixample i de Sant Martí. Els anys 2005 i 2006 falta Sant Martí Nord (ABS 10D,10E, 10F10G, 10H, 10I i 10J). L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMA Hospitalet 2. ⁸L'any 2003, no es disposa de les dades d'un CSMIJ (població ABS 10E i 10F). Els anys 2004 a 2006, no es disposa de les dades de Ciutat Vella i de Sant Martí. L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMIJ Ciutat Vella. ⁹L'any 2006, no es disposa de les dades de dos centres.

La nostra salut

Taula 1. Indicadors de salut sexual i reproductiva. Barcelona, 1997-2006.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	8,1	7,7	8,1	8,3	8,3	8,6	9,6	9,8	9,2	9,1
Dones de 15-49 anys										
Nombre d'embarassos	15.301	15.011	15.851	16.898	17.192	17.975	18.885	19.319	19.413	20.344
Nombre d'IVE	3.325	3.607	3.922	4.328	4.675	5.028	4.637	4.754	4.703	5.668
IVE sobre el total d'embarassos	21,4%	23,6%	24,2%	25,6%	27,1%	28,0%	24,6%	24,6%	24,2%	27,8%
Nombre de naixements	11.976	11.404	11.929	12.570	12.517	12.947	14.248	14.565	14.710	14.676
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	32,1	30,6	31,9	33,6	33,8	35,0	36,4	37,2	36,8	37,0
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	41,6	35,7
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	41,2	40,4	42,7	46,2	45,5	48,6	48,2	39	48,6	51,3
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	63,7	65,7
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	9,0	9,7	10,6	11,8	12,6	13,6	11,8	12,2	10,8	14,3
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament ²	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	22,8	29,9
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	4,8%	4,8%	5,3%	8,4%	7,4%	12,0%	14,4%	16,5%	19,1%	18,7%
Naixements amb només un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	8,4%	8,8%	9,0%	9,5%	9,1%	9,8%	8,9%	9,6%	11,7%	11,9%
Naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g) ³	6,1%	ND	6,8%	7,4%	7,1%	7,4%	8,2%	7,8%	7,7%	7,9%
Naixements prematurs (<37 setmanes de gestació) ³	3,8%	ND	4,9%	6,6%	7,5%	8,4%	7,4%	7,6%	6,9%	7,8%
Naixements amb baix pes per edat gestacional ⁴	4,4%	ND	4,0%	2,9%	2,5%	3,4%	2,8%	2,4%	3,0%	ND
Adolescents (dones de 14-17 anys)										
Nombre d'embarassos	174	185	200	190	219	212	264	261	290	293
Nombre d'IVE	132	152	152	143	163	164	169	188	200	198
IVE sobre total d'embarassos	69,1%	75,6%	70,7%	75,3%	74,4%	77,4%	64,0%	72,0%	68,9%	67,6%
Nombre de naixements	42	33	48	47	56	48	95	73	90	95
Naixements sobre el total de naixements	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,7%	0,5%	0,6%	0,6%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	1,4	1,1	1,6	1,9	2,2	1,9	3,8	2,9	2,5	2,6
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	8,7	9,4
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	4,1	4,2	6,0	7,7	8,7	8,4	10,6	10,2	8,0	8,1
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	25,9	19,3
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	2,9	3,1	4,5	5,8	6,5	6,5	6,8	7,4	5,5	5,5
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament ²	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	17,2	9,9
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	2,4%	12,1%	10,4%	10,6%	12,5%	52,1%	41,1%	38,4%	44,4%	45,8%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	4,8%	6,1%	4,2%	6,4%	10,7%	4,2%	5,3%	19,2%	23,3%	15,2%

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

Notes: Pel que fa als denominadors, s'ha utilitzat el padró municipal d'habitants del 1996 per als anys 1997 a 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per als anys 2001 i 2002, una estimació del cens de l'any 2001 per a l'any 2003, i les lectures del padró continu dels anys 2004, 2005 i 2006 per a aquests anys. ¹ Les dades a partir del 2003 provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), i no de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com en els anys anteriors. ² La taxa d'avortaments segons el país d'origen de la dona es va començar a recollir l'any 2005. Aquesta dada pot estar sotmesa a certa variabilitat en la recollida de dades. ³ Tant el baix pes en néixer com la prematuritat s'han calculat amb dades pròpies del Registre de Naixements de l'ASPB, connectades amb les dades de naixements del Programa de salut maternoinfantil de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, per omplir els valors on no constava informació dels anys 2003-2006. S'han recalculat totes les dades anuals, ja que aquesta serà la font d'informació que s'utilitzarà a partir d'ara i la que serà comparable al llarg del temps. ⁴ El baix pes per l'edat gestacional s'ha calculat per tots els anys utilitzant el percentil 3.

Taula 1. (continuació) >



La nostra salut

88

Taula 1. (continuació) Indicadors de salut sexual i reproductiva. Barcelona, 1997-2006.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ¹	2004	2005	2006
Adolescents (dones de 15-19 anys)										
Nombre d'embarassos	598	596	646	684	726	720	800	764	768	824
Nombre d'IVE	437	457	468	500	536	541	506	534	493	557
IVE sobre el total d'embarassos	73,7%	77,0%	73,9%	74,7%	74,5%	76,5%	63,3%	69,9%	64,2%	68,7%
Nombre de naixements	157	137	168	174	185	169	294	230	275	267
Naixements sobre el total de naixements	1,3%	1,2%	1,4%	1,4%	1,5%	1,3%	2,1%	1,6%	1,8%	1,8%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	3,4	2,9	3,6	3,7	4,9	4,6	8,7	6,8	8,6	8,4
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	29,6	24,8
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	13,9	13,8	15,0	20,3	20,9	21,2	23,5	23,1	24,2	26,1
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	40,5	62,3
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	10,1	10,6	10,9	14,9	15,6	15,7	14,9	16,2	15,5	17,6
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	31,9	37,5
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	11,5%	12,4%	11,3%	15,5%	14,1%	37,9%	40,8%	42,2%	44,7%	42,8%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	7,0%	8,8%	4,2%	6,9%	6,5%	7,7%	8,5%	14,3%	20,3%	18,4%
Dones de 35-49 anys										
Nombre d'embarassos	3.307	3.366	3.774	4.076	4.868	5.077	4.932	5.649	5.291	5.774
Nombre d'IVE	592	635	689	701	780	859	762	1.275	833	1.024
IVE sobre el total d'embarassos	17,9%	18,9%	18,3%	17,2%	16,0%	16,9%	15,5%	22,5%	15,7%	17,7%
Nombre de naixements	2.715	2.731	3.085	3.375	4.088	4.218	4.170	4.374	4.458	4.750
Naixements sobre el total de naixements	22,6%	24,0%	25,9%	26,9%	32,6%	32,5%	29,3%	30,0%	30,3%	32,3%
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	17,1	17,2	19,5	20,3	24,7	25,5	23,8	25,0	24,6	26,2
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	20,3	17,6
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	20,9	21,2	23,8	24,6	29,4	30,7	28,2	32,2	29,2	31,9
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	33,8	31,5
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	3,7	4,0	4,3	4,2	4,7	4,2	4,4	7,3	4,6	5,6
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	9,2	13,9
Naixements amb tots dos progenitors de fora de l'Estat espanyol	5,3%	4,5%	4,8%	5,7%	4,5%	6,9%	7,0%	8,9%	10,7%	10,0%
Naixements amb un dels progenitors de fora de l'Estat espanyol	9,3%	9,6%	10,0%	11,5%	10,2%	11,1%	8,1%	8,6%	11,6%	11,0%
Dones de 15-49 anys										
Dones amb visita obstètrica el 1r trimestre d'embaràs ⁵	96,3%	98,3%	98,2%	96,7%	96,6%	98,3%	96,6%	95,9%	97,9%	97,9%
Dones amb ecografia el 5è-6è mes d'embaràs ⁵	92,1%	92,5%	91,0%	89,4%	93,2%	96,9%	96,8%	98,7%	99,2%	98,7%
Mitjana del nombre d'ecografies obstètriques ⁵	5,6	5,4	5,4	5,3	5,3	5,7	5,5	5,7	5,5	5,6
Dones amb proves invasives per fer cariotip ⁵	27,4%	27,7%	30,6%	33,2%	34,3%	30,5%	30,6%	40,9%	32,9%	32,6%
Dones fumadores durant l'embaràs ⁵	46,2%	39,3%	45,1%	39,4%	28,8%	34,0%	31,5%	31,7%	32,9%	23,1%
Nascuts i IVE amb defectes congènits majors o múltiples ⁶	2,1%	2,1%	2,5%	2,1%	2,1%	2,1%	1,8%	2,2%	2,2%	1,8%

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

Notes: Pel que fa als denominadors, s'ha utilitzat el padró municipal d'habitants del 1996 per als anys 1997 a 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per als anys 2001 i 2002, una estimació del cens de l'any 2001 per a l'any 2003, i les lectures del padró continu dels anys 2004, 2005 i 2006 per a aquests anys. ¹ Les dades a partir de 2003 provenen de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), i no de l'Institut Municipal d'Informàtica (IMI), com en els anys anteriors. ⁵ Dades de la mostra de controls del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB). ⁶ Dades del Registre de defectes congènits de Barcelona (REDCB).

Taula 2. Evolució de la incidència de sida, tuberculosi i ús de drogues segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1998-2007.

Homes	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tuberculosi										
TBC no UDI ¹	48,94	43,59	46,30	46,66	39,24	35,22	31,88	35,42	33,91	35,85
TBC UDI (15-49 anys)	18,80	11,98	10,35	10,62	9,46	7,50	3,76	5,28	3,57	5,12
TBC total	58,72	50,03	51,74	52,25	44,48	39,07	34,02	38,57	36,12	38,78
Sida										
Sida heterosexuales (15 anys o més)	7,45	4,40	3,83	3,47	2,05	3,38	2,31	1,13	3,48	2,72
Sida homosexuals (15 anys o més)	7,38	7,00	5,82	6,54	5,36	5,53	5,83	3,81	6,27	5,60
Sida UDI (15-49 anys)	23,69	15,33	14,20	14,65	11,30	10,55	7,08	6,48	4,50	4,95
Sida total	26,78	19,87	17,65	16,63	12,78	14,93	11,98	9,67	10,88	12,10
Usuaris de drogues il·legals (15-49 anys)										
Heroïna	152,22	102,32	151,27	101,80	97,74	67,27	89,50	56,00	79,53	ND
Cocaïna	107,75	112,14	196,98	168,04	136,84	135,74	226,74	223,73	197,64	ND
UDI total	347,84	293,35	472,64	380,87	331,71	354,22	434,68	412,04	364,51	ND
Dones										
Tuberculosi										
TBC no UDI	28,12	21,60	23,67	18,37	19,58	22,52	16,32	19,81	18,15	22,19
TBC UDI (15-49 anys)	6,15	3,09	4,28	3,75	1,99	2,26	1,61	0,50	0,44	0,91
TBC total	30,98	23,04	25,66	20,12	20,50	23,57	17,09	20,13	18,36	22,60
Sida										
Sida heterosexuales (15 anys o més)	2,76	2,54	1,62	2,00	1,66	1,44	2,72	0,94	1,37	1,26
Sida UDI (15-49 anys)	6,24	5,09	5,84	5,30	3,49	2,80	3,85	0,89	0,95	0,91
Sida total	6,23	5,12	4,54	4,25	3,23	2,98	4,80	1,71	2,80	1,67
Usuàries de drogues il·legals (15-49 anys)										
Heroïna	41,42	28,27	41,22	29,14	19,22	15,73	20,30	19,81	17,70	ND
Cocaïna	34,13	32,36	66,22	53,94	42,72	42,40	64,13	64,16	74,01	ND
UDI total	104,42	81,15	145,38	126,48	99,88	97,60	129,80	126,71	123,78	ND

Font: Registres de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: La població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró municipal d'habitants de 1996. ¹ UDI: Usuari de drogues per via intravenosa. ND: no disponible.

La nostra salut

90

Taula 3. Nombre de lesionats per col·lisió de trànsit segons el tipus de vehicle en què circulaven, el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2007.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Camió/bus		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																
0 a 13	65	34,0	8	4,2	9	4,7	12	6,3	8	4,2	2	1,0	87	45,5	191	100
14 a 17	23	5,7	50	12,3	281	69,2	24	5,9	2	0,5	0	0,0	26	6,4	406	100
18 a 29	657	21,5	1.080	35,4	1.091	35,8	85	2,8	24	0,8	6	0,2	107	3,5	3.050	100
30 a 44	561	21,2	1.467	55,3	332	12,5	90	3,4	44	1,7	6	0,2	151	5,7	2.651	100
45 a 64	336	27,4	602	49,1	68	5,5	27	2,2	35	2,9	1	0,1	157	12,8	1.226	100
65 a 74	44	25,1	22	12,6	6	3,4	9	5,1	19	10,9	0	0,0	75	42,9	175	100
> 74	29	19,6	7	4,7	0	0,0	1	0,7	20	13,5	0	0,0	91	61,5	148	100
Desconeguda	24	40,0	13	21,7	2	3,3	2	3,3	5	8,3	0	0,0	14	23,3	60	100
Total	1.739	22,0	3.249	41,1	1.789	22,6	250	3,2	157	2,0	15	0,2	708	9,0	7.907	100
Dones																
0 a 13	67	41,6	15	9,3	5	3,1	3	1,9	6	3,7	9	5,6	56	34,8	161	100
14 a 17	23	12,8	13	7,2	112	62,2	2	1,1	2	1,1	0	0,0	28	15,6	180	100
18 a 29	469	25,6	454	24,8	713	39,0	53	2,9	16	0,9	3	0,2	121	6,6	1.829	100
30 a 44	393	28,4	482	34,8	267	19,3	33	2,4	48	3,5	4	0,3	158	11,4	1.385	100
45 a 64	305	36,4	146	17,4	46	5,5	11	1,3	109	13,0	1	0,1	219	26,2	837	100
65 a 74	50	23,4	4	1,9	1	0,5	0	0,0	60	28,0	1	0,5	98	45,8	214	100
> 74	32	12,3	0	0,0	1	0,4	1	0,4	82	31,4	0	0,0	145	55,6	261	100
Desconeguda	17	31,5	8	14,8	6	11,1	0	0,0	12	22,2	0	0,0	11	20,4	54	100
Total	1.356	27,6	1.122	22,8	1.151	23,4	103	2,1	335	6,8	18	0,4	836	17,0	4.921	100

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

Taula 4. Evolució de les lesions greus i mortals per accident de treball segons el tipus de lesió i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 1999-2007.

Lesions greus per accident de treball	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Homes									
<i>In itinere</i>	29,0	31,0	25,2	26,6	25,7	26,3	29,8	30,7	35,4
En jornada laboral									
No traumàtiques	4,9	4,8	7,2	6,4	2,2	4,3	1,6	3,8	3,9
De trànsit	15,6	15,2	12,7	12,3	0,5 ¹	0,0	5,9	7,9	8,4
Resta traumàtics	50,4	49,0	54,9	54,6	71,6 ²	69,4 ²	62,7	57,6	52,2
Total	486	394	417	357	405	415	373	368	356
Dones									
<i>In itinere</i>	50,0	50,9	49,5	42,5	50,7	50,4	50,5	47,2	37,0
En jornada laboral									
No traumàtiques	4,3	3,7	0,0	3,8	1,3	4,0	0,0	1,1	2,2
De trànsit	8,0	11,1	11,9	11,3	0,0	0,0	3,8	7,9	7,6
Resta traumàtics	37,7	34,3	38,5	42,5	48,0 ²	45,6 ²	45,7	43,8	53,3
Total	138	108	109	106	75	133	105	89	92
Total	624	502	526	463	480	548	478	457	448
Lesions mortals per accident de treball									
Homes									
<i>In itinere</i>	28,8	36,2	30,0	36,2	32,7	30,6	36,8	19,6	25,9
En jornada laboral									
No traumàtiques	25,0	31,9	30,0	21,3	10,2	27,8	7,9	29,4	18,5
De trànsit	21,2	10,6	14,0	25,5	0,0	0,0	23,7	9,8	11,1
Resta traumàtics	25,0	21,3	26,0	17,0	57,1 ²	41,7 ²	31,6	41,2	44,4
Total	52	47	50	47	49	40	38	51	27
Dones									
<i>In itinere</i>	50,0	75,0	80,0	33,3	87,5	50,0	66,7	75,0	0,0
En jornada laboral									
No traumàtiques	50,0	0,0	20,0	66,7	0,0	0,0	33,3	12,5	50,0
De trànsit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	50,0
Resta traumàtics	0,0	25,0	0,0	0,0	12,5 ²	50,0 ²	0,0	0,0	0,0
Total	2	4	5	6	8	7	6	8	2
Total	54	51	55	53	57	47	44	59	29

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

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

La nostra salut

92

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

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

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

Taula 6. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2001-2007.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Homes							
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	56,5	29,2	23,9	12,4	15,7	22,2	20,5
Malalties del sistema respiratori	21,7	12,5	7,5	2,2	3,7	4,9	2,0
Trastorns mentals i del comportament	4,3	37,5	50,7	71,9	66,7	63,9	66,9
Malalties del sistema nerviós	0,0	8,3	6,0	2,2	0,9	0,7	2,0
Traumatismes i enverinaments	0,0	4,2	4,5	4,5	10,2	3,5	2,6
Altres	17,4	8,3	7,5	6,7	2,8	4,9	6,0
Total	23	25	69	89	108	144	151
Dones							
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	58,3	26,0	21,5	7,9	18,2	16,3	20,9
Malalties del sistema respiratori	4,2	6,0	6,5	5,0	2,8	1,9	3,0
Trastorns mentals i del comportament	16,7	50,0	61,3	78,2	72,4	70,5	63,1
Malalties del sistema nerviós	8,3	8,0	1,1	2,0	1,9	3,5	3,4
Traumatismes i enverinaments	0,0	4,0	5,4	2,0	1,4	1,9	2,7
Altres	12,5	6,0	4,3	5,0	3,3	5,8	6,8
Total	25	51	93	103	214	258	266
Total	48	76	162	192	322	402	417

Font: Registre de trastorns de salut relacionats amb el treball. Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Taula 7. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida en nèixer segons el sexe. Barcelona, 1997-2006.

Homes	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 ²	2004 ²	2005 ²	2006 ²
Taxa bruta x 100.000	1.156,6	1.152,9	1.219,3	1.151,0	1.152,3	1.137,4	1.098,9	1.024,3	1.087,9	989,5
Taxa estandarditzada x 100.000 ¹	1.134,5	1.107,9	1.147,1	1.065,9	1.066,2	1.048,5	986,3	945,9	1.005,3	905,4
Taxa APVP estandarditzada ¹	6.318,9	5.789,6	6.017,7	5.730,1	5.547,9	5.333,5	4.938,6	4.564,6	4.796,2	4.330,6
Esperança de vida en nèixer	75,0	75,2	74,7	76,0	76,2	76,4	76,8	77,5	77,0	78,2
Dones										
Taxa bruta x 100.000	1.017,6	1.029,6	1.075,7	1.045,8	1.052,1	1.050,0	1.046,7	942,2	1.014,5	932,8
Taxa estandarditzada x 100.000 ¹	989,0	970,2	982,5	925,5	931,7	928,0	874,5	816,1	870,3	780,3
Taxa APVP estandarditzada ¹	2.743,0	2.593,9	2.425,0	2.355,0	2.629,0	2.624,9	2.196,3	1.949,6	2.072,7	1.917,2
Esperança de vida en nèixer	82,3	82,1	82,2	83,3	83,0	83,1	83,5	84,3	83,9	84,8

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

Notes: APVP: Anys potencials de vida perduts. ¹ La població de referència per a estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de l'any 1996. ² A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Taula 8. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1997-2006.

Homes	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹
Sida	23,6	16,1	13,7	16,5	14,4	14,4	8,1	6,7	7,2	5,6
Accident de trànsit	18,0	14,8	19,4	13,6	15,3	16,0	15,4	8,5	11,2	7,2
Sobredosi	17,6	20,4	16,4	13,2	13,7	10,3	11,3	9,2	11,5	9,3
Suïcidi	10,1	10,2	8,6	9,3	10,1	10,7	7,9	11,5	10,2	6,5
Totes les causes	156,8	137,8	144,5	129,8	122,9	119,6	109,5	88,2	95,1	79,4
Dones										
Sida	7,4	4,2	3,9	3,5	7,0	5,1	4,2	1,9	2,9	2,0
Accident de trànsit	5,3	2,8	4,0	3,7	5,5	3,7	4,2	2,5	1,8	0,8
Sobredosi	4,9	5,7	3,9	4,3	2,8	2,2	2,9	1,6	3,3	3,1
Suïcidi	2,5	4,3	2,8	3,0	5,1	3,3	4,5	3,4	4,0	3,6
Totes les causes	70,8	63,5	55,3	51,9	66,3	62,0	49,5	38,2	45,6	40,1

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

Notes: La població de referència utilitzada per a estandarditzar les taxes per edat és la del padró municipal d'habitants de l'any 1996. Els denominadors utilitzats han estat el padró municipal d'habitants del 1996 per a l'any 1996, estimacions del padró municipal d'habitants del 1996 i de la lectura del padró continu de l'any 2000 per als anys 1997 a 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per a l'any 2001, estimacions del cens de població del 2001 i de la lectura del padró continu del 2004 per als anys 2002 a 2003, i les lectures del padró continu del 2004 a 2006 per a aquests anys. ¹ A partir de 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. A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

La nostra salut

94

Taula 9. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 64 anys segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1997-2006.

Homes	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹
Càncer de pulmó	129,6	123,6	139,3	117,6	125,3	110,7	109,6	113,4	126,7	130,7
Malaltia isquèmica del cor	89,3	89,3	106,1	88,2	81,8	82,0	68,5	67,9	68,9	66,8
Malaltia cerebrovascular	37,6	30,0	35,6	42,9	27,1	31,3	22,3	23,3	23,3	27,9
Cirrosi	43,6	30,7	41,6	29,5	22,5	26,9	11,2	23,9	16,6	17,7
Totes les causes	809,3	746,8	798,1	790,7	783,7	728,1	641,2	693,4	728,2	685,9
Dones	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹
Càncer de pulmó	11,5	13,8	15,3	17,2	17,8	23,1	18,6	26,4	26,3	23,3
Càncer de mama	48,0	45,2	52,6	48,7	52,1	49,4	30,5	43,7	39,2	42,5
Malaltia isquèmica del cor	16,2	13,2	9,4	8,4	10,7	12,5	9,8	5,9	12,3	9,3
Malaltia cerebrovascular	16,2	16,3	11,9	19,8	14,9	13,8	9,7	7,5	14,4	9,2
Cirrosi	14,2	15,9	16,0	13,8	7,5	3,6	7,7	7,8	6,5	4,2
Totes les causes	311,4	308,1	299,1	297,8	306,4	321,3	254,5	275,0	280,6	257,9

Taula 10. Evolució de la mortalitat en la població de persones de 65 anys o més segons el sexe. Taxes estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 1997-2006.

Homes	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹
Càncer de pulmó	419,4	393,2	423,2	393,1	401,0	388,0	380,4	359,3	373,6	365,8
Malaltia isquèmica del cor	681,7	688,5	640,0	550,1	574,4	576,5	530,5	468,0	462,5	407,1
Malaltia cerebrovascular	466,3	427,3	438,1	429,1	409,3	382,9	332,9	327,1	338,0	308,1
Cirrosi	102,1	103,3	92,9	77,5	52,8	53,6	51,1	56,9	47,1	43,5
Totes les causes	5.034,9	5.008,4	5.152,7	4.730,1	4.766,6	4.747,0	4.524,2	4.276,7	4.560,8	4.078,8
Dones	1997	1998	1999	2000 ¹	2001 ¹	2002 ¹	2003 ¹	2004 ¹	2005 ¹	2006 ¹
Càncer de pulmó	40,9	45,7	36,6	37,4	41,2	47,9	43,1	49,9	46,2	40,9
Càncer de mama	114,4	102,6	104,0	105,1	96,1	101,7	95,2	88,0	87,4	78,8
Malaltia isquèmica del cor	408,3	418,4	377,4	340,7	334,0	319,3	293,4	259,9	264,1	217,3
Malaltia cerebrovascular	479,0	442,4	462,1	402,9	423,2	389,3	343,3	326,1	315,9	263,1
Cirrosi	70,0	53,7	61,5	49,1	36,7	28,4	24,0	29,9	36,3	24,4
Totes les causes	3.671,0	3.599,9	3.681,3	3.454,6	3.446,1	3.423,3	3.278,2	3.037,4	3.253,7	2.909,7

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

Notes: La població de referència utilitzada per a estandarditzar les taxes per edat és la del padró municipal d'habitants de l'any 1996. Els denominadors utilitzats han estat el padró municipal d'habitants del 1996 per a l'any 1996, estimacions del padró municipal d'habitants del 1996 i de la lectura del padró continu de l'any 2000 per als anys 1997 a 1999, la lectura del padró continu del 2000 per a l'any 2000, el cens de població del 2001 per a l'any 2001, estimacions del cens de població del 2001 i de la lectura del padró continu del 2004 per als anys 2002 a 2003, i les lectures del padró continu del 2004 a 2006 per a aquests anys. ¹ A partir de 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. A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

La salut a Barcelona 2007



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

Patricia Altimira
Agència de Salut Pública de Barcelona
Pl. Lesseps 1
08023 Barcelona
Tel.: 93-2384545
Fax: 93-2173197
e-mail: paltimir@aspb.cat

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



Si voleu citar dades d'aquest informe, us demanem ho feu de la següent manera:
Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2007.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2007.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**

