

ESTRATÈGIES DE SALUT
PER A L'ANY 2010

Síntesi del Pla de salut
de la Regió Sanitària
Barcelona Ciutat
2002-2005



C S B Consorci Sanitari de Barcelona

Índex

Índex	1
Crèdits	3
1. La salut i els seus determinants en la població de Barcelona en la dècada dels 90	5
1.1. Població, treball i medi ambient	5
1.2. La salut maternoinfantil	5
1.3. La salut percebuda	6
1.4. Les conductes relacionades amb la salut	6
1.5. La mortalitat	6
1.6. Problemes de salut específics	7
1.6.1. La tuberculosi	7
1.6.2. La sida	7
1.6.3. L'ús de drogues no institucionalitzades	7
1.6.4. La prevalença de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en població usuària de drogues per via injectada (UDIs)	7
1.6.5. L'evolució de la incidència de les pneumònies per <i>Legionella Pneumòphila</i> a la ciutat de Barcelona els anys 1989-2001	8
1.6.6. Els accidents de trànsit. Característiques dels lesionats per accident de trànsit residents a la ciutat de Barcelona. Evolució 1997-2001	8
1.6.7. Les toxiinfeccions alimentàries (TIA)	8
1.6.8. Salut i treball	8
1.6.9. La salut mental	9
1.6.10. Les desigualtats socials en salut	9
2. Els serveis sanitaris i sociosanitaris a la ciutat de Barcelona	10
2.1. L'atenció primària de salut	10
2.2. L'atenció domiciliària	10
2.3. L'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)	11
2.4. L'atenció especialitzada extrahospitalària	11
2.5. L'atenció especialitzada hospitalària	12
2.6. L'atenció a les urgències	12
2.7. L'atenció sociosanitària	13
2.8. L'atenció a la salut mental	13
2.9. Els serveis de salut pública	14
2.10. El Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona	15
2.11. L'atenció a les drogodependències. Pla d'acció sobre drogues de Barcelona	15
2.12. La Unitat de Salut Laboral	16
2.13. La utilització de medicaments	16
2.14. L'opinió dels ciutadans	17
3. La situació dels objectius generals de salut per a l'any 2000	18
4. Objectius i intervencions sobre problemes de salut	19
4.1. Promoció d'hàbits saludables	19
4.1.1. Consum de tabac	19
4.1.2. Hàbits alimentaris	19
4.1.3. Exercici físic	19
4.2. Prevenció i control de les malalties cròniques i els accidents	22
4.2.1. Malalties cardiovasculars	22
4.2.2. Càncer	22
4.2.3. Malalties respiratòries	23
4.2.4. Lesions produïdes per accidents i violències	23
4.2.5. Problemes de salut mental	24
4.2.6. Diabetis mellitus	24

4.2.7.	Obesitat	25
4.2.8.	Consum excessiu d'alcohol	25
4.2.9.	Consum de drogues no institucionalitzades	25
4.2.10.	Salut bucodental	26
4.2.11.	Problemes de salut de l'aparell locomotor	26
4.2.12.	Problemes de salut laboral	26
4.3.	Malalties transmissibles	27
4.3.1.	Malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions	27
4.3.2.	Infecció per HIV	27
4.3.3.	Malalties de transmissió sexual	27
4.3.4.	Tuberculosi	28
4.3.5.	Infeccions nosocomials	28
4.4.	Millora de la salut maternoinfantil	29
4.5.	Envel·liment saludable	30
4.6.	L'àmbit de la protecció de la salut	31
4.6.1.	Salut ambiental	31
4.6.2.	Salubritat	31
4.6.3.	Seguretat alimentària	31
4.7.	Problemes de salut emergents	32
4.7.1.	Toxiinfeccions alimentàries	32
4.7.2.	Legionel·losi	32
4.7.3.	Encefalopaties espongiformes transmissibles	32
4.8.	El bon ús dels medicaments	33
4.9.	Desigualtats en la salut	35
4.9.1.	Tuberculosi, infecció per l'HIV i la sida, i consum de drogues	35
4.9.2.	Salut maternoinfantil	35
4.9.3.	La salut dels immigrants	35
5.	Àmbits clau d'actuació a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat per al període 2002-2005	35

Crèdits

Gerent del Consorci Sanitari de Barcelona

Josep Mañach i Serra

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Joan Guix i Oliver

Adjunt a la Gerència del Consorci Sanitari de Barcelona

Josep Farrés i Quesada

Adjunt a la Gerència de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Joan R. Villalbí Hereter

Direcció del Projecte

Àlex Guarga i Rojas. Director de Planificació i Avaluació del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)

Antoni Plasència i Taradach. Director de l'Institut de Medicina i Salut de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB)

Coordinació general del projecte

Carmen Medina Molina. CSB

Coordinació tècnica

Carmen Medina Molina. CSB

M Isabel Pasarín i Rúa. ASPB

Carme Borrell i Thió. ASPB

Equip de treball

Consorci Sanitari de Barcelona:

Carmen Medina, Àlex Guarga, Corinne Zara, Elvira Torné, Aina Plaza, M. Angeles Antón, Alfonso Pozuelo

Institut de Medicina i Salut (IMS):

Carles Ariza, Lucia Artazcoz, Carme Borrell, M. Teresa Brugal, Joan A. Caylà, Immaculada Cortès, Elia Díez, Josep M Jansà, Rocío Maldonado, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Patrícia G de Olalla, Angels Orcau, M Isabel Pasarín, Helena Pañella, Catherine Pérez, Antoni Plasència, Isabel Ricart, Joaquín Salvador, Francesca Sánchez.

Institut per a la Prevenció i Atenció a les Drogodependències:

Alícia Rodríguez-Martos, Lluís Torralba

Institut de Seguretat Alimentària i de Salubritat:

Josep Arqués, Xavier Llebaria, Samuel Portaña, Montserrat Ramoneda.

Direcció de Serveis d'Iniciatives i Vigilància Ambiental:
Ricard Alsina, José Gracia, Margarida Parés, Pau Rodríguez.

Altres professionals que hi han col·laborat:

Xavier Altimiras i Barnet. CSB
Jaume Estany i Ricart. CSB
Sofia Ferré de Diego. CSB
Montserrat García Triviño. CSB
Jordi Goixens i Muñoz. CSB
Esther Jordà i Sampietro. CSB
Josep Martín Leoz. CSB
Cristina Minguell i Comas. CSB
Vicenç Perelló i Ferret. CSB
Anna Carol Pèrez i Segarra. CSB
Marcel·la Miró i Sabaté. CSB

Cartografia, edició i transcripció del text

Carolina Pijem i Serra. CSB
Esther Trincado i Olivares. CSB
Maribel Urgellés i Raulera. ASPB

Coordinació lingüística i editorial

Marià Jiménez Albaladejo. CSB

També hi ha col·laborat les Institucions i organismes següents:

Ajuntament de Barcelona
Gerència d'Àmbit Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut
Centres d'atenció primària no ICS de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat
Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat
Xarxa sanitària de serveis socio-sanitaris de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat
Xarxa sanitària de serveis en salut mental de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat

El nostre especial agraïment a tots els professionals que treballen a Barcelona en l'àmbit de la salut, per l'esforç en facilitar les dades necessàries per elaborar la informació que s'aporta al document, i perquè amb la seva feina de cada dia i la seva professionalitat contribueixen a millorar la salut de la població.

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

1.1. Població, treball i medi ambient

En la dècada dels 90 ha continuat la tendència a l'increment del pes relatiu de la gent gran a la ciutat (11,6% dels homes i 17,7% de les dones l'any 1986, i 18,1% dels homes i 25,3% de les dones l'any 2000).

L'any 2000, el 48,6% de la població major de 16 anys era població activa, un 89,8% ocupada. L'atur es va situar en el 10,2 % de la població major de 16 anys representant una disminució respecte a la dels darrers anys.

Respecte a la contaminació atmosfèrica, l'any 2000 continuaven mantenint-se força baixos els contaminants tradicionals (SO₂ i fums) així com la concentració de partícules i els contaminants secundaris CO i ozó. L'NO₂ va superar els valors guia en quatre estacions, tal com va succeir l'any 1999.

Pel que fa a la contaminació acústica, durant l'any 2000 es va aprovar i desenvolupar la zonificació acústica de la ciutat, de tal forma que va quedar dividida la ciutat en 5 zones de sensibilitat acústica i en cada una d'elles es van establir uns nivells de soroll guia que no es poden sobrepassar i per tant condicionaran les activitats que s'hi vulguin instal·lar.

1.2. La salut maternoinfantil

Continua la tendència estable pel que fa a les taxes de natalitat i fecunditat, així com l'increment de les dones majors de 34 anys que tenen fills (l'any 2000 un 27% dels nascuts eren de mares majors de 34 anys, en front del 14% l'any 1990). Tanmateix s'han incrementat els nascuts de pares originaris de fora d'Espanya (18,5% dels nascuts l'any 2000 tenen un dels pares o tots dos de fora d'Espanya).

El control de l'embaràs ja havia assolit indicadors satisfactoris en la mesura que la gran majoria de gestants fan la primera visita a l'obstetra durant el primer trimestre de l'embaràs i se'ls fa l'ecografia al 5è o 6è mes, moment idoni per detectar defectes congènits. Tanmateix, es continua mantenint una xifra elevada del nombre d'ecografies fetes al llarg de tot l'embaràs (al voltant de 5, quan se'n recomanen de 2 a 3). S'observa un increment de dones embarassades que es sotmeten a una prova invasiva per fer un cariotip fetal (16,2% l'any 1992 i 33,2% l'any 2000).

1.3. La salut percebuda

L'Enquesta de Salut de Barcelona realitzada l'any 2000 (ESB-2000) va aportar informació important respecte a salut percebuda i conductes relacionades amb la salut.

L'estat de salut percebut

El 80% dels homes i 71% de les dones més grans de 14 anys varen declarar una salut molt bona o bona, essent els percentatges més baixos en les persones de major edat i en les de classes socials més desavantajoses.

Els trastorns crònics

El 56,2% dels homes i el 68% de les dones varen declarar patir com a mínim un trastorn crònic, essent els més declarats en els homes els problemes de visió, el mal d'esquena i el dolor cervical, i en les dones el dolor cervical, el mal d'esquena i l'artrosi o reumatisme.

1.4. Les conductes relacionades amb la salut

El 34% de la població major de 14 anys es declara sedentària durant el temps de lleure i un 36,2% durant l'activitat laboral o domèstica. Els més actius són en tots dos casos els homes i respecte a les classes socials, les més benestants són més actives en activitat física de lleure i les menys benestants en l'activitat física laboral o domèstica.

El 35,3% dels homes i 23% de les dones són fumadors habituals, això representa una disminució en els homes i un increment en les dones respecte a les dades de les enquestes realitzades des de l'any 1986. En els joves entre 14 i 24 anys fumen més les noies (39%) que les nois (37%), però en la resta de grups l'hàbit segueix sent més freqüent en els homes. Per classes socials, la prevalença de tabaquisme és més alta a les menys benestants pel que fa als homes (44,2% les classes IV i V, i 29% les classes I i II). En les dones no s'observen diferències per classe.

Al voltant del 21% de la població més gran de 14 anys, tant en homes com en dones, presenta excés de pes. El 14% dels homes i el 21% de les dones d'aquest grup d'edat declaren estar fent una dieta en el moment de l'enquesta.

1.5. La mortalitat

La taxa de mortalitat estandarditzada per edats ha disminuït al llarg de la dècada (del 1990 al 1999) i la mortalitat prematura, molt influïda per la mortalitat per sida, també ha disminuït des del 1995. De manera congruent, l'esperança de vida ha augmentat de 72,7 a 74,7 anys en els homes i de 80,2 a 82,2 anys en les dones. L'esperança de vida sense incapacitat també s'ha incrementat de 46,1 a 47,5 anys en els homes i de 60,2 a 61,7 anys en les dones.

De la mortalitat per causes específiques per grups d'edat cal destacar el canvi de patró en les principals causes de mort en el grup de població entre 15 i 44, sobre tot els homes, ja que l'any 2000 les lesions per accidents de trànsit han estat la primera causes de mort, seguida de les sobredosi i la sida. Aquest gran canvi és degut a la important davallada de la mortalitat per la sida.

En el grup de 45–64 anys les primeres causes de mort segueixen essent el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones, i en els més grans de 65 anys prenen major rellevància les malalties cardiovasculars.

1.6. Problemes de salut específics

1.6.1. La tuberculosi

L'any 2000 ha continuat disminuint la incidència de tuberculosi que va ser màxima l'any 1992, resultat de la implantació d'estratègies orientades a facilitar el diagnòstic precoç i altres per incrementar les taxes de compliment del tractament.

1.6.2. La sida

La incidència de sida l'any 2000 també disminueix respecte a la dels anys anteriors, tendència que es va iniciar l'any 1995. El determinant principal del canvi de tendència i de l'increment de la supervivència ha estat la introducció de noves teràpies antiretrovirals en pacients infectats pel VIH.

1.6.3. L'ús de drogues no institucionalitzades

Les dades de l'any 2000 confirmen el fet que la cocaïna està prenent major protagonisme com a droga il·legal que els derivats opiàcics. El sistema d'informació de drogues de Barcelona ha detectat l'any 2000 més usuaris de cocaïna que d'opiàcics, quan fins l'any 1998 la relació era inversa i s'havia igualtat l'any 1999.

1.6.4. La prevalença de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV) en població usuària de drogues per via injectada (UDIs)

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

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

1.6.5. L'evolució de la incidència de les pneumònies per *Legionella Pneumòphila* a la ciutat de Barcelona els anys 1989-2001

S'ha produït un increment dels casos de pneumònies per *Legionella Pneumòphila* detectats pels sistema de vigilància que pot ser conseqüència d'una major incidència de la malaltia però també d'una major detecció per la introducció de l'antigenuria. Aquest augment ha comportat alguns canvis en el patró epidemiològic de la malaltia, de manera que han augmentat el casos en la població més jove que abans no es detectaven, la letalitat de la malaltia ha disminuït considerablement i per últim els casos deguts a exposicions comunitàries han augmentat, com també l'aparició de brots.

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

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

1.6.7. Les toxiinfeccions alimentàries (TIA)

El fet que des del 1982 els brots epidèmics siguin Malalties de Declaració Obligatòria (MDO) junt amb la millora progressiva del sistema de Vigilància Epidemiològica, s'ha traduït en un increment en el nombre de TIA notificats, així com a un augment en la proporció de brots sense agent causal conegut.

A Barcelona el 50% de brots de TIA declarats en els darrers anys han estat per *Salmonella* i en un 42% no es va conèixer l'agent causal. L'any 2001 els brots amb agent causal desconegut va ser del 22%.

1.6.8. Salut i treball

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

Pel que fa als accidents laborals greus i mortals, l'any 2000 va suposar un canvi en la tendència darrerament observada, ja que va disminuir el nombre d'accidents laborals greus

per primer cop en els darrers anys. L'any 2000 es van produir 502 accidents laborals greus a Barcelona, 122 menys que l'any 1999. També ha disminuït el nombre d'accidents morts (51 al 2000, respecte a 60 al 1998 i 54 al 1999).

1.6.9. La salut mental

A l'ESB 2000 es van entrevistar 8.538 subjectes majors de 14 anys. Un 14,3% (d.e. = 0,74) presentaven trastorns mentals no severos recents. Un 10% dels homes i un 17,7% de les dones presentaven aquests trastorns, els quals augmentaven amb l'edat, sobretot en les dones. Tant en homes com en dones, els trastorns mentals no severos recents eren superiors en les persones separades, vídues, de classes socials menys afavorides (17,2% en les classes socials IV-V) o en situació d'atur. Les persones amb una pitjor percepció del seu estat de salut eren les que presentaven també més problemes de salut mental. En relació a la utilització dels serveis sanitaris, un 6% de la població declarava haver visitat a algun professional de la salut mental en els darrers 12 mesos. Un 14% de la població també declarava haver pres algun tranquil·litzant en els últims quinze dies previs a l'entrevista i un 5,5% antidepressius.

1.6.10. Les desigualtats socials en salut

A Barcelona existeixen desigualtats en mortalitat, morbiditat i estat de salut percebut segons la classe social el gènere i el territori, essent les classes socials més avantatjades i de territoris més benestants els que presenten millors indicadors de salut. El registre de mortalitat i l'enquesta de salut són instruments que permeten el coneixement i el seguiment d'aquestes desigualtats. Algunes de les principals conclusions que es poden extreure són:

- Les dones, les classes socials més desavantatjades i les persones residents en els Districtes de Ciutat Vella i Nou Barris presenten pitjor estat de salut percebut
- El Districte amb major mortalitat és Ciutat Vella, però en l'anàlisi per barris apareixen altres barris de la ciutat. Ha hagut especial impacte de les desigualtats en la mortalitat per sida i per sobredosi de drogues. Les desigualtats en mortalitat entre els barris de baix nivell socioeconòmic (Barceloneta, Parc, Gòtic, Raval, Montjuïc, Zona Franca, Roquetes, Ciutat Meridiana, Bon Pastor, Trinitat Vella i Besòs) de la resta de barris s'han mantingut.
- Les classes socials més desavantatjades són les que en major proporció tenen només cobertura sanitària pública. No obstant, no s'observen diferències en la utilització de serveis sanitaris segons classe social.
- La cobertura poblacional de mamografia periòdica és més elevada en els districtes on va començar abans el Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona (Ciutat Vella i Sant Martí). Per classe social s'observa que han disminuït les desigualtats entre l'observat l'any 1992 i el 2000.

2. Els serveis sanitaris i sociosanitaris a la ciutat de Barcelona

2.1. L'atenció primària de salut

La cobertura poblacional de la reforma de l'atenció primària (RAP) ha arribat al 100% durant el primer semestre del 2003.

Hi ha una diversitat de fórmules de gestió: el 25% dels EAP són no ICS. D'altra banda es detecta un 31% de doble cobertura.

Des del 1999 s'ha millorat el cribratge i control dels principals factors de risc i malalties cròniques.

Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona-2000 (ESB-2000) més del 90% de la població consultada reconeix un metge de capçalera com a font d'atenció habitual. Al voltant del 70% declaren tenir el mateix metge en els últims 3 anys.

2.2. L'atenció domiciliària

Dins de la xarxa sanitària, l'atenció domiciliària s'ofereix en l'àmbit de l'atenció primària bé a través dels EAP, bé a través dels PADES -recursos de la xarxa sociosanitària- (Programa d'atenció domiciliària equip de suport).

Respecte el sistema social, els centres municipals de serveis socials també ofereixen serveis d'atenció domiciliària: ajuda a domicili, bugaderia, menjar, neteja, parament de la llar, alarma telefònica i arranament de l'habitatge.

Durant el període 1999-2001 s'ha incrementat un 8% el nombre de pacients atesos en ATDOM (total 13.535) amb una cobertura del 13% en majors de 74 anys.

Quasi el 80% dels pacients atesos al Programa ATDOM tenen més de 74 anys i el gruix de l'assistència: (80% l'any 2001) és per patologia crònica.

L'any 2001 hi havia 35 persones > 64 anys en atenció domiciliària per cada 1000 habitants d'aquest grup d'edat. En el cas dels majors de 74 anys la taxa era de 48,5.

La cobertura al 2001 d'atenció domiciliària en gent gran fràgil major de 74 anys s'estima entre un 22 i un 32%.

2.3. L'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)

Al gener del 2000 es va finalitzar el desplegament dels ASSIR en 17 CAP.

L'any 2002 es van atendre 190.452 persones, que van originar 267.713 visites. La població de 25 a 49 anys va representar el 56,1% del total de població atesa.

Dels 5229 joves de menys de 20 anys atesos, un 50% han rebut informació sobre orientació i planificació familiar i l'altre 50% tractaments d'anticoncepció d'emergència.

En relació a les activitats de detecció precoç de càncer de *cèrvix*, l'any 2002 es van practicar 78.452 citologies (0,48 citologies per dona).

D'altra banda, l'any 2001 es van atendre als hospitals 266 dones residents a la ciutat on el diagnòstic principal a l'alta va ser càncer de *cèrvix* (un 41% *in situ*).

D'altra banda, entre un 70-80% de les dones majors de 20 anys entrevistades a l'ESB-2000 i a l'ESCA 2002 van declarar que es feien una citologia preventiva anual.

L'any 2002 s'han atès als equips ASSIR 11.914 dones embarassades, de les que un 21,6% van ser ateses en el puerperi i el 3,7% tenien menys de 20 anys.

2.4. L'atenció especialitzada extrahospitalària

La cobertura poblacional de la RAE és d'un 24,6% i hi participen 4 hospitals de la ciutat.

La capacitat resolutiva dels EAP és d'un 69,6%, i la dels especialistes extrahospitalaris RAE és d'un 86,2%. Tot plegat, la capacitat resolutiva de l'RAP+RAE és d'un 93,7%.

Les especialitats on els EAP deriven més pacients són: traumatologia, dermatologia, oftalmologia i ORL (66%).

Tanmateix, la capacitat resolutiva del metge d'atenció primària és molt diferent segons especialitats amb més derivació. Per exemple, mentre que a l'oftalmologia es deriven 5 persones de cada 6 (83%), en dermatologia també es deriven 5, però de cada 28 que consulten a l'atenció primària (17,9%).

Les derivacions a l'hospital representen el 13,8% (inclou les derivacions de l'EAP i l'especialista extrahospitalari), un 30% menys que en el model tradicional.

Segons l'ESB-2000 el professional més consultat en els últims 15 dies va ser un metge especialista en el cas de les visites no finançades públicament i majoritàriament el metge de capçalera en el sector públic.

2.5. L'atenció especialitzada hospitalària

L'any 1999 hi havia a Barcelona 63 centres hospitalaris d'aguts (públics i privats), la qual cosa representa el 35% del total català. El total de llits corresponents a aquests centres és de 9.544, 32,7% del total de llits d'hospitals d'aguts de Catalunya.

Del total d'altres generades a la XHUP l'any 2001, un 67% eren de població resident a Barcelona, mentre que un 32,4% corresponien a pacients de fóra de Barcelona.

El 23,7% van ser generades als hospitals privats de Barcelona: l'11,8% per població resident a Barcelona, i l'11,9% per població de fóra de Barcelona.

Els ingressos hospitalaris de residents als hospitals públics de Barcelona presenten una piràmide d'edat més envellida que la dels no residents (51% vs 27%).

La taxa d'hospitalització global va ser de 137 per 1000 h (públics 99,9) El grup de >de 64 anys presenta les taxes més altes: 249 les dones i 344 els homes.

L'any 2001, les tres primeres causes d'hospitalització van ser les malalties de l'aparell circulatori, aparell digestiu i les de l'aparell respiratori en els homes (41,2% dels ingressos), mentre que en les dones són les malalties del sistema nerviós, l'atenció al part i les malalties de l'aparell circulatori (37,4% dels ingressos). Les neoplàsies ocupen el 4t lloc en ambdós sexes.

L'any 2001 l'índex de substitució de la cirurgia major ambulatòria a la XHUP era del 51% (procediments amb CMA respecte del total de procediments): representa el 25% de tots els procediments quirúrgics. El 37% de la CMA es realitza en un sol hospital.

2.6. L'atenció a les urgències

L'any 1999 es va dissenyar el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC).

L'any 2001 es van atendre 696.864 urgències hospitalàries (un 6,8% més que el 1999). La mitjana d'urgències ingressades es manté al llarg dels anys entre un 11-11,5.

El 77% dels pacients ingressats l'hivern 2001-2002 eren >64 anys i més del 80% va ser per patologia de l'aparell respiratori (56,4%) i de l'aparell circulatori (26%).

L'any 2001 el Servei coordinador d'urgències de Barcelona SA 061 (SCUBSA 061) va rebre 631,142 trucades i va mobilitzar 215.408 serveis.

D'altra banda, el 2001 es van produir 106.960 domicilis d'aguts a l'atenció primària (taxa bruta de 70,7 visites /1000 habitants). La demanda és superior als Districtes de Nou Barris, Sants-Montjuïc i Sant Andreu.

L'any 2001 es van realitzar 188.442 visites als centres d'atenció continuada de Barcelona, la qual cosa va representar una mitjana de 516 visites/dia.

2.7. L'atenció sociosanitària

Durant el període 1999-2001 s'han incrementat en un 15,5% el nombre de places d'internament, bàsicament a expenses dels llits de llarga estada i convalsència.

El nombre de places d'hospital de dia ha crescut un 34,8% durant el 1999-2001.

Des de l'any 2000, els recursos sociosanitaris a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat se sectoritzen en quatre àrees sociosanitàries per millorar la gestió:

1. Ciutat Vella i Sant Martí
2. Sants-Montjuïc, les Corts i Sarrià-Sant Gervasi
3. Eixample i Gràcia
4. Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu.

Les taxes de població atesa per 1000 habitants > 64 anys s'han doblat en tots els tipus de recurs durant el període 1999-2002, excepte a les unitats de llarga estada.

El Programa de Psicogeriatria ocupa una part molt important de l'activitat contractada amb alguns centres. L'any 2002 van ser atesos 718 pacients, que van generar 81.621 estades. El perfil d'aquesta població atesa és una dona, major de 74 anys que presenta malaltia d'Alzheimer.

Els diagnòstics principals que motiven l'ingrés dels pacients varia segons el tipus de recurs: *Llarga estada*: trastorns mentals i AVC. *Convalsència*: AVC i fractures de fèmur. *Cures pal·liatives*: neoplàsies. *Hospital de dia*: trastorns mentals, malaltia de Parkinson i demències.

Als diferents recursos es detecta una població sobreenvellida (70% tenen més de 75 anys), un 60-70% són dones i entre un 60-80% tenen dificultat per realitzar les AVD. Es tracta de pacients amb patologia crònica múltiple, demència o en situació de cures pal·liatives. Un 34-43% també són atesos per serveis socials.

2.8. L'atenció a la salut mental

Entre el 1999-2001 hi va haver un augment d'un 16,4% del nombre de places dels recursos alternatius a l'internament, bàsicament l'hospitalització de dia. Les places dels centres de dia representen un 80% del total de places de no internament.

L'any 2000 es van atendre 5.950 pacients als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), amb 44.803 visites. El 46,6% van ser casos nous. Respecte l'any 1999 hi ha hagut un increment del 13,9%.

Als CSMIJ l'ansietat i trastorns de la personalitat, adaptatius, del desenvolupament, depressió i trastorns afectius representen el 57% de la morbiditat atesa.

El mateix any, 27.703 pacients van ser atesos als centres de salut mental d'adults (CSMA); van ocasionar 172.882 visites. El 38,9% d'aquests pacients van ser casos nous. Respecte l'any anterior hi ha hagut un augment del 3,3%.

Als CSMA les depressions i els trastorns afectius, els trastorns per ansietat i de la personalitat i l'esquizofrènia representen l'any 2000 el 67,4% de la demanda.

L'any 2001 es van atendre a Barcelona 15.907 urgències psiquiàtriques, de les que el 83,6% es van donar en població resident a la ciutat. Si es mesuren les taxes ajustades de freqüentació per 1000 habitants, el Districte de Ciutat Vella el que presenta una taxa molt per sobre de la mitjana de Barcelona (1,75).

L'any 2001 es van produir a Barcelona 3.274 altes d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts, de les que el 87,5% van ser en població resident a Barcelona (es detecten increments a Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i Les Corts).

A l'hospitalització de subaguts es van produir 690 altes (92% en població resident).

Pel que fa a l'hospitalització les causes més freqüents són els trastorns esquizofrènics (33%), trastorns afectius (15%) i trastorns de la personalitat (12%).

2.9. Els serveis de salut pública

El 2003 es constitueix l'Agència de Salut Pública de Barcelona. Té la responsabilitat sobre l'atenció a la salut pública de la ciutat que es desenvolupa bàsicament a través de les següents línies d'actuació:

1. Anàlisi de la situació de salut de la població, amb detecció i seguiment de problemes relacionats amb la salut així com les desigualtats en salut (socials, territorials, de gènere).
2. Vigilància epidemiològica i intervenció sobre certs problemes de salut: 3690 contactes de Tb cribrats.
3. Prevenció de malalties i promoció de la salut: 71 centres vacunals, fins 144 programes en escoles.
4. Seguretat i higiene alimentària: 4031 mostres.
5. Control de zoonosi i vectors.
6. Laboratori de Salut Pública: 9770 mostres i 53.724 paràmetres.

Els serveis d'atenció primària assumeixen algunes activitats de salut comunitària, preventives i d'educació sanitària.

2.10. El Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona

L'any 2002 es va finalitzar la implantació del Programa a Barcelona adreçat a 200.000 dones entre 50-69 anys.

L'any 2001 es van convocar un total de 41.417 dones, de les que van participar el 53%. Tanmateix, el 83,2% (taxa de cobertura o participació corregida) de les dones del grup diana s'havien fet una mamografia.

Es van reconvocar per estudis addicionals un 5,95% de les dones que s'havien fet mamografies i un 2,24% van ser sotmeses a proves invasives. Es van detectar 85 càncers, que representa una taxa de detecció de 3,86 per 1000 dones cribrades.

En més del 60-70% es va fer cirurgia conservadora i un 70-80% no tenien afectació ganglionar. Aquestes xifres són força superiors als casos habituals.

La implantació del programa ha facilitat la incorporació dels quatre principals hospitals públics de la ciutat en la gestió del programa a nivell territorial.

2.11. L'atenció a les drogodependències. Pla d'acció sobre drogues de Barcelona

Les prestacions bàsiques que es porten a terme a través dels centres de tractament a les drogues (CAS) són:

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

L'any 2000 la cobertura de places per al conjunt de Programes ofertats des dels centres va ser del 76%: 59% alcohol; 95% Programa de manteniment amb metadona (PMM); 75% Programa lliure de drogues (PLD). El Pla d'acció de drogues de Barcelona va sol·licitar als centres 4.205 places per el conjunt de Programes: 1125 alcohol; 1.570 PMM, i 1.510 PLD.

2.12. La Unitat de Salut Laboral

La Unitat de Salut Laboral (USL) de Barcelona va començar a funcionar com a tal a finals de l'any 2000 i la seva activitat s'estructura al voltant de tres línies de treball:

1. Sistema de vigilància de malalties relacionades amb el treball "Treball al CAP", basat en el sistema de metges sentinelles a l'atenció primària
2. Assessorament i gestió de casos
3. Sistema d'informació en salut laboral.

2.13. La utilització de medicaments

Els medicaments d'ús hospitalari van presentar un increment d'un 22,7% durant el període 2000-01. Com a responsables de l'increment són: els antineoplàsics i els antiinfecciosos (81,9% d'augment); l'eritropoietina (17,7%), els antiretrovirals (7,7%) i l'interferó amb un 7,02% d'increment.

L'any 2001, el nombre de receptes per habitant va ser de 17,2. El 32,86% dels usuaris de Barcelona disposen de farmàcia gratuïta i consumeixen el 75,44% de les receptes i el 79,46% de l'import líquid.

Cinc grups terapèutics representen el 73,13% dels envasos i el 71,77% de l'import: cardiovascular, sistema nerviós central, digestiu i metabolisme, sang i òrgans hematopoètics i respiratori.

L'any 2001 el percentatge d'envasos de valor intrínsec elevat ha estat del 86,54% per el global de Barcelona. La prescripció de genèrics va ser del 7,4% sobre el total d'especialitats farmacèutiques.

Els antidepressius són els que presenten un percentatge superior del PVP respecte la despesa total d'especialitats (8%), mentre que els inhibidors de l'agregació plaquetària són els que més s'han incrementat respecte l'any 2000 (46%).

L'any 2001 hi havia 115.142 pacients en el sistema de renovació de tractaments crònics de 32 EAP, el 19,34 del total de població > de 14 anys.

Entre un 72 i un 88% de les persones entrevistades a ESB-2000 que van declarar prendre medicació crònica (per la TA, el colesterol, el cor, l'asma, la diabetis i la depressió), van manifestar que feia més de 12 mesos que en prenen.

2.14. L'opinió dels ciutadans

Un 82.2% de les persones entrevistades a l'ESB-2000 van manifestar que al sistema sanitari a Barcelona li calen canvis.

Un 39,9% dels homes i un 45,1% de les dones entrevistades a l'ESCA-2002 (dades per Barcelona), van manifestar que el principal problema de salut era el càncer.

El major grau de satisfacció amb el metge de capçalera declarat per les persones entrevistades a l'ESB-200 respon a un home o dona > de 64 anys, de les classes socials I a III. Les xifres són molt similars si s'ha visitat per un metge o metgessa privat, de la mútua obligatòria o de la RAP.

Respecte la satisfacció de la població en la darrera visita, la comparació de l'ESCA-94 i l'ESCA-2002 (dades per Barcelona) posa de manifest un descens del grau de satisfacció de la població, i molt especialment pel que fa els tràmits burocràtics i el temps d'espera.

A 31 de desembre de 2002 havia a Barcelona 11.800 pacients en llista d'espera per els 14 procediments quirúrgics monitoritzats.

Aquests 14 procediments quirúrgics són: colecistectomia, alliberament del canal capiana, prostatectomia, cataractes, pròtesi de maluc, pròtesi de genoll, artroscòpia, varices, amigdalectomia, vasectomia, histerectomia, herniorràfia, septoplàstia i circumcisió.

El temps mig de resolució de 4 mesos i 15 dies que hi havia l'any 2001 per el conjunt de Barcelona, es va reduir a 3 mesos i 8 dies l'any 2002 (27,3% de reducció). El nombre de pacients en llista d'espera es va reduir en 2.683 (19% de reducció).

Els procediments amb major llista d'espera (>6 mesos) són l'artroscòpia i la pròtesi de genoll.

El nombre de reclamacions efectuades pels usuaris del CatSalut el 2001 va ser de 1149 a l'atenció primària i 4444 als hospitals. D'aquestes, el major percentatge de reclamacions correspon a aspectes relacionats amb organització i tràmits, si be a l'atenció primària s'ha reduït en un 25% respecte a l'any anterior, en els hospitals han augmentat un 21%.

Als centres de salut mental, la major part de les reclamacions són per aspectes de caràcter assistencial.

3. La situació dels objectius generals de salut per a l'any 2000

Dels objectius en salut que estaven definits en els plans de salut de la dècada dels 90 a assolir l'any 2000 sobre els que es disposa informació (48), es consideren assolits el 79%, els 10 restants que no han estat assolits i només 1 es considera que podria ser assolit en pocs anys (el referent a la mortalitat per reacció adversa a drogues).

Els 9 objectius que no es consideren assolibles amb els esforços actuals són els referents a:

- la reducció de la mortalitat per càncer en els menors de 65 anys, causa de mort que segueix una tendència incremental,
- la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori, també amb tendència a l'increment,
- la incidència d'hepatitis B que no ha assolit el grau de reducció desitjada,
- la prevalença de prematuritat al néixer, que també és incremental,
- els embarassos en noies de 14 a 17 anys,
- els factors de risc com el tabaquisme i el sobrepès, i
- per últim, no s'ha aconseguit l'eliminació de *l'oftàlmia neonatorum*

4. Objectius i intervencions sobre problemes de salut

4.1. Promoció d'hàbits saludables

4.1.1. Consum de tabac

L'abordatge de l'hàbit tabàquic és multisectorial i avarca diferents nivells de prevenció:

- De promoció de la salut
- De detecció dels fumadors habituals i consell antitabac i tractament, si s'escau, així com protecció de la salut dels fumadors passius. Especial importància els grups professionals amb paper exemplar i la població femenina
- De desenvolupament de polítiques d'espais sense fum i aplicació de la normativa vigent.

S'actua tant en l'àmbit escolar, com a associacions, àmbit laboral i comunitari. Especial atenció en els àmbits de treball més emblemàtics: centres sanitaris, centres docents i administracions públiques.

4.1.2. Hàbits alimentaris

Les intervencions prioritàries s'adrecen a:

- Avaluació de l'estat nutricional de la població
- Edició i implantació de guies alimentàries
- Edició i implantació de manuals i protocol dietètics des de l'atenció primària
- Edició i implantació de manuals sobre consell dietètic i nutricional des de les oficines de farmàcia
- Realització i implantació de guies alimentàries en tots els sectors implicats en la cadena alimentària, com també als centres sanitaris i escolars
- Monitorització de la prevalença d'obesitat en la població de Barcelona.

4.1.3. Exercici físic

Fonamentalment:

- Promoure la cooperació intersectorial i la participació en activitats de lleure que impliquin activitat física, sobre tot en la gent gran
- Continuar la monitorització del grau d'activitat física en la població de Barcelona, i en els principals grups d'edat i socials.

4.2. Prevenció i control de les malalties cròniques i els accidents

4.2.1. Malalties cardiovasculars

Les intervencions i accions proposades se centren fonamentalment en:

- Actuació sobre els principals factors de risc: hipertensió arterial, hàbit tabàquic, educació física, alimentació i nutrició, hipercolesterolèmia i diabetis *mellitus*
- Atenció immediata al dolor toràcic
- Tractament de la cardiopatia isquèmica
- Seguiment de la cardiopatia isquèmica, rehabilitació cardíaca i prevenció del reinfart.

Les actuacions sobre els factors de risc passen tant per la promoció i educació sanitària en quan als hàbits i estils de vida, com per la incorporació d'activitats de detecció, control, seguiment i tractament dels factors de risc des dels centres assistencial, bàsicament a través de l'atenció primària.

4.2.2. Càncer

Les actuacions sobre el càncer es basen amb els continguts del Pla operatiu d'atenció al càncer a Barcelona 2002-2004, i són de caràcter integral, intersectorial i multidisciplinari.

Així mateix, són intervencions que abarquen totes les fases de la malaltia:

- Protecció de salut. Cancerigens en els aliments
- Promoció de la salut i l'educació sanitària pel que fa els hàbits i estils de vida: especialment hàbit tabàquic, activitat física, exposició solar i alimentació i nutrició
- Prevenció secundària: accions per reduir el nombre de fumadors en població i professions exemplaritzants. Incorpora activitats de detecció precoç: molt especialment adreçades al càncer de mama -a través del Programa de detecció precoç de càncer de mama de Barcelona-, càncer de *cèrvix* i càncer de colon.
- Prevenció terciària: amb activitats de tractament immediat dels casos diagnosticats, i desenvolupament d'una atenció oncològica de qualitat, facilitant polítiques de cooperació interinstitucional.

Les intervencions en relació al càncer, pel seu caràcter multidisciplinari i intersectorial es porten a terme des de diferents àmbits: comunitari, escolar, laboral, serveis sanitaris (atenció primària, hospital i sociosanitari).

Altres línies d'actuació fan referència a:

- Creació d'un registre poblacional de tumors a Barcelona
- Constitució d'un comitè de coordinació oncològica en l'àmbit de la Regió Sanitària

- Definició i implantació d'un protocol de garantia de qualitat de tot el procés de cribatge per el cas del càncer de mama i de *cèrvix*
- Avaluació cost-efectiva del Programa poblacional de detecció precoç del càncer de mama de Barcelona.

4.2.3. Malalties respiratòries

les intervencions prioritàries s'adrecen bàsicament cap als malalts amb MPOC i asma infantil. Així:

- Detecció, diagnòstic, control, seguiment i tractament des de l'atenció primària tant de l'MPOC com de l'asma infantil
- Assegurar la vacunació antigripal i antipneumocòccica
- Impulsar programes d'hospitalització a domicili per a malalts amb MPOC
- Difondre pautes de comportament saludable per els malalts amb MPOC: molt especialment en relació a l'abandonament de l'hàbit tabàquic
- Establir pautes de maneig des de l'atenció primària de nens amb asma infantil aguditzada.

4.2.4. Lesions produïdes per accidents i violències

Les intervencions s'agrupen segons:

- Lesions per col·lisió de trànsit
- Lesions a l'edat infantil
- Lesions en la gent gran
- Lesions per violències: els maltractaments

Les accions prioritàries s'orienten cap a:

- Promoció d'hàbits i estils de vida saludables
- Promoció d'accions per el compliment de la normativa legal en seguretat viària
- Impulsar mesures de prevenció dels accidents més freqüents en població infantil i juvenil i gent gran
- Millorar l'atenció urgent als accidentats i la prevenció i atenció integral de les discapacitats i seqüeles derivades dels accidents
- Definició i implantació d'un sistema d'informació rutinari per tal de conèixer les variables més freqüents relacionades amb els accidents de trànsit: dades demogràfiques dels accidentats, circumstàncies de l'accident i característiques de les discapacitats resultants

- Definició i implantació d'un sistema centralitzat de casos de violència domèstica, que interconnecti els sectors de justícia, serveis socials i xarxa sanitària
- Definició i implantació de circuits de derivació de casos de lesions per violència.

Les intervencions que es proposen, pel seu caràcter intersectorial i multidisciplinari, s'han de dur a terme des de diferents àmbits: comunitari, escolar, laboral, serveis socials, justícia i serveis sanitaris (atenció primària, hospital i sociosanitari).

4.2.5. Problemes de salut mental

Les intervencions prioritàries s'orienten a:

- Potenciar la capacitat i les habilitats dels professionals d'atenció primària en la detecció precoç i l'atenció als problemes de salut mental més freqüents
- Desplegar mesures per fomentar l'atenció integral a les persones amb patologia dual
- Millorar la detecció i el tractament dels trastorns mentals en persones amb retard mental
- Elaboració de recomanacions per a l'atenció als pacients atesos per temptativa de suïcidi
- Promoció de la salut mental i detecció de situacions de risc a la infància i adolescència
- Implantar programes específics per a l'atenció a infants i adolescents amb trastorns mentals greus, i a la població adulta amb trastorns mentals severes
- Continuar desenvolupant el Programa interdepartamental sobre els trastorns de la conducta alimentària
- Elaboració d'un informe sobre la salut mental de la població de Barcelona.

Els problemes de salut mental requereixen d'una col·laboració molt estreta entre els centres d'atenció primària i els centres de salut mental.

Així mateix, és important el treball intersectorial especialment amb el Departament d'Ensenyament, Benestar i Família, Justícia i Presidència, així com amb les associacions de familiars de malalts, per tal de dur a terme activitats de prevenció i atenció als trastorns mentals.

4.2.6. Diabetis mellitus

Les accions prioritàries se centren fonamentalment en:

- Detecció, diagnòstic, control, seguiment i tractament de la malaltia i les seves complicacions
- Detecció i control d'altres factors de risc cardiovascular en els malalts
- Educació sanitària als malalts.

4.2.7. Obesitat

Les intervencions prioritàries s'orienten cap a:

- Educació sanitària a la comunitat, amb especial atenció amb l'àmbit escolar i de l'atenció primària
- Detecció i tractament si s'escau, des de l'atenció primària de les persones obeses
- Aplicació de protocols dietètics en l'àmbit de l'atenció primària
- Realització de consells dietètics i nutricionals des de les oficines de farmàcia.

4.2.8. Consum excessiu d'alcohol

Les principals intervencions s'adrecen a:

- Prevenir l'inici del consum d'alcohol en la població més jove
- Disminuir el consum de risc d'alcohol en la població general
- Cessar el consum en els pacients diagnosticats de dependència a l'alcohol
- Continuar amb la monitorització de la prevalença i patrons de consum
- Promoció i educació per a la salut des de diferents àmbits, especialment les escoles, l'àmbit laboral i l'atenció primària
- Facilitar a l'atenció primària les eines de detecció precoç i intervenció breu en el bevedors de risc.

4.2.9. Consum de drogues no institucionalitzades

Les intervencions adreçades a l'abordatge del consum de drogues il·legals s'orienten conjuntament amb la infecció pel VIH/sida i la tuberculosi.

És per això que una de les accions prioritàries consisteix a aconseguir una adequada coordinació de les institucions i organitzacions implicades: sanitàries i no sanitàries; molt especialment els centres penitenciaris, els centres de drogues i les oficines de farmàcia.

Altres accions prioritàries s'orienten a:

- Promoció de la salut i educació sanitària adreçada a la població general, però especialment a joves i adolescents
- Detecció precoç i consell preventiu per a l'abstinència i disminució de riscos
- Millorar l'accessibilitat i cobertura dels programes de drogues
- Promoure una atenció de qualitat tant pel que fa la drogoaddicció com en relació a les patologies associades
- Desenvolupar estratègies per fer front a les noves drogues.

4.2.10. Salut bucodental

Les accions prioritàries s'orienten bàsicament a:

- L'aplicació del programa marc de salut bucodental a l'atenció primària
- Accions preventives i d'educació sanitària en la població escolar, tot millorant el compliment del Programa de glopeigs de solucions fluorades
- Avaluació de l'estat de salut bucodental dels escolars de Barcelona
- Tractament des de l'atenció primària de la patologia diagnosticada mitjançant les revisions escolars.

4.2.11. Problemes de salut de l'aparell locomotor

Les accions prioritàries són:

- Definir recomanacions per tal de millorar la detecció, el tractament i el control dels problemes de salut més prevalents de l'aparell locomotor
- Educació sanitària a la població, a través dels centres d'atenció primària, fent especial èmfasi en el caràcter crònic de gran part d'aquestes malalties, la complexitat del seu tractament i les possibilitats de millora
- Potenciar el paper del nivell especialitzat, per tal de millorar la capacitat resolutiva de l'atenció primària.

4.2.12. Problemes de salut laboral

Les intervencions prioritàries passen sobre tot per:

- Augmentar la cobertura de la declaració de malalties professionals
- Detecció, diagnòstic tractament i declaració de la patologia professional i malalties relacionades amb el treball de les persones ateses a l'atenció primària
- Desplegament d'activitats preventives i de promoció de la salut adreçades als treballadors i a les empreses
- Difusió de les dades del sistema d'informació en salut laboral de Barcelona.

4.3. Malalties transmissibles

4.3.1. Malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions

Les intervencions prioritàries fan referència a:

- Establir un registre nominal de vacunacions d'àmbit poblacional a nivell de tota la Regió Sanitària
- Posada en marxa a nivell de la Regió Sanitària del Centre Regional de distribució de vacunes
- Modificar el calendari vacunal, en el sentit d'incorporar: la vacuna antipoliomelítica inactiva, i (si s'aproven per la Comissió de Salut Pública del Consell Interterritorial) incorporar les vacunes antipneumocòccica conjugada heptavalent (2-4-6 mesos i 15-18 mesos) i antivaricel·la i les vacunes Tdpa als 14 i 16 anys
- Continuar vacunant a la població de risc amb les vacunes de la grip, pneumònia pneumocòccica i hepatitis B tant des dels serveis sanitaris com en l'àmbit laboral.

4.3.2. Infecció per HIV

Les accions prioritàries s'adrecen a reduir la taxa d'infecció. És per això, que es proposa:

- Seguir reforçant la prevenció de la propagació de la infecció i molt especialment en col·lectius d'especial vulnerabilitat (treballadors/treballadores del sexe comercial, col·lectiu gai i immigrants i minories ètniques, i usuaris de drogues per via parenteral (UDVP)
- Aconseguir que la infecció pel VIH sigui una malaltia de declaració obligatòria
- Activitats d'educació sanitària a la població general, i molt especialment en els joves i adolescents i en les dones en edat fèrtil
- Millorar el procés assistencial, mitjançant l'adequació de recursos sanitaris i socials de les persones afectades i suport emocional als malalts i familiars
- Continuar oferint des dels centres sanitaris el tractament de la infecció tuberculosa latent a tots els infectats pel VIH amb prova de la tuberculina positiva
- Monitoritzar les resistències als tractaments antiretrovirals
- Monitorar la prova de la tuberculina i les serologies d'hepatitis B i C en els infectats

4.3.3. Malalties de transmissió sexual

Les intervencions prioritàries s'orienten a:

- Promoció de la salut i educació sanitària en determinats grups de població: joves i adolescents en l'àmbit escolar i associacions juvenils de lleure, així com homes i dones amb comportaments de risc

- Cribratge d'MTS en grups de població amb comportaments de risc i dones embarassades
- Control dels contactes sexuals dels malalts
- Establir criteris per la prevenció, diagnòstic i tractament de grups d'alt risc
- Informació i sensibilització dels professionals sanitaris en relació a la notificació d'aquestes malalties

4.3.4. Tuberculosi

Les intervencions s'orienten bàsicament a disminuir les fonts de contagi i la transmissió del bacil en la comunitat. És per això que es proposa:

- Cribratge de la malaltia en grups de risc
- Tractament directament observat en població amb factors de risc associats a l'incompliment
- Recerca activa del infectats en grups de risc i realització d'estudi de contactes
- Promoció i educació per la salut dels malalts i els seus contactes.

4.3.5. Infeccions nosocomials

Les intervencions prioritàries s'adrecen a:

- Continuar mantenint el sistema de vigilància epidemiològica als centres de la XHUP, amb especial atenció a la detecció de microorganismes amb resistències singulars
- Consolidació de l'estratègia de vigilància epidemiològica als centres sociosanitaris
- Implantació de guies i protocols de control de la infecció basades en l'evidència científica.
- Millora dels sistemes d'informació necessaris per a la realització de la vigilància epidemiològica.

4.4. Millora de la salut maternoinfantil

De forma prioritària cal:

- Millorar la detecció i tractament precoç dels problemes de salut en la gestació i període perinatal d'acord amb criteris homologats
- Promoure els hàbits saludables en l'etapa gestacional i infantil i la prevenció de riscos
- Incrementar l'accessibilitat dels adolescents i joves als serveis sanitaris d'atenció a la salut sexual i reproductiva
- Definir estratègies per reduir els embarassos no desitjats
- Incrementar el paper referent dels ASSIR en tota la cadena assistencial: promoció, prevenció i atenció als diferents col·lectius
- Augmentar el cribatge de problemes auditius i visuals en els infants
- Desenvolupar actuacions per reduir les desigualtats en l'atenció maternoinfantil especialment en grups vulnerables (immigrants...).

4.5. Envel·liment saludable

Les intervencions prioritàries són:

- Detectar les persones amb major risc de pèrdua d'autonomia, comorbiditat i síndromes geriàtrics (pacients fràgils)
- Facilitar l'accessibilitat de les persones que viuen soles i tenen dificultats per realitzar les activitats de la vida diària.
- Implantar mesures preventives i de promoció de la salut per reduir la discapacitat
- Desenvolupar un tractament actiu per controlar els símptomes i millorar la qualitat de vida
- Establir estratègies i mecanismes de cooperació entre els nivells assistencials i també socials
- Assegurar l'expertesa necessària dels serveis sanitaris en l'atenció a la gent gran i organitzar els serveis en funció d'aquesta realitat.

4.6. L'àmbit de la protecció de la salut

4.6.1. Salut ambiental

Línies d'actuació centrades en:

- Establir sistemes d'autocontrol per part de les entitats gestores del subministrament de les aigües i constituir un sistema de vigilància de la qualitat
- Avaluar el risc sanitari de la reutilització de les aigües residuals
- Controlar l'estat higienico-sanitari dels càmping, cases de colònies, centres lúdics i centres de tatuatge i piercing
- Implantar sistemes de gestió de residus químics, biocontaminants i citotòxics
- Consolidar el sistema de seguiment dels efectes sobre la salut de la contaminació atmosfèrica.

4.6.2. Salubritat

Les intervencions s'adrecen a:

- Desenvolupàr un sistema informatitzat de notificació i gestió de malalties veterinàries
- Censar els gossos de la ciutat
- Desenvolupar estudis per el control de les poblacions de coloms

4.6.3. Seguretat alimentària

Cal potenciar línies d'actuació per:

- Mantenir el sistema de vigilància i control de residus en els animals sacrificats
- Estendre els sistemes d'autocontrol basat en el sistema d'anàlisi de perills i punts de control crítics
- Garantir la formació dels manipuladors d'aliments millorant el nivell
- Mantenir els sistemes de control sanitari oficial i especialment en aquells d'un major risc
- Establir mecanismes més ràpids per al gestió d'alertes alimentàries
- Consolidar els sistemes de detecció de la triquina i la brucel·losi.

4.7. Problemes de salut emergents

4.7.1. Toxiinfeccions alimentàries

Fonamentalment cal:

- Elaborar una guia d'actuació per la prevenció i control adreçada als professionals sanitaris
- Reforçar els mecanismes de declaració immediata (<24h)
- Assegurar la formació dels manipuladors, informar sobre les operacions de risc i l'obligació dels establiments de disposar de sistemes d'autocontrol
- Intensificar les inspeccions, el compliment de la normativa i les sancions
- Informar els consumidors de les regles bàsiques per evitar casos familiars.

4.7.2. Legionel·losi

Les intervencions s'orienten a:

- Informar als recursos sanitaris sobre la necessitat en tècniques diagnòstiques, protocols, dispositius de cultiu, transport de mostres i remissió de resultats
- Desenvolupar eines de cooperació per augmentar els controls i la detecció de focus de risc
- Establir mecanismes normatius per assegurar els controls, la prevenció i les actuacions per reduir el risc
- Creació d'un registre de soques clíniques i ambientals
- Establir els circuits de comunicacions entre els recursos assistencials i de salut pública.

4.7.3. Encefalopaties espongiformes transmissibles

Les línies d'actuació van cap el:

- Control i eliminació de material especificat de risc
- Manteniment d'un sistema de vigilància epidemiològica per un seguiment exhaustiu dels casos.

4.8. El bon ús dels medicaments

Les intervencions s'orienten a:

- Mantenir les línies de treball basades en el seguiment de la prescripció segons criteris de qualitat, eficiència i seguretat
- Desenvolupar actuacions coordinades amb les oficines de farmàcia, les residències geriàtriques i d'altres
- Implantar continguts sobre el bon ús dels medicaments a través de programes d'educació per la salut a la població escolar
- Desenvolupar iniciatives per detectar i prevenir els errors de medicació
- Fomentar la declaració de reaccions adverses als medicaments.

4.9. Desigualtats en la salut

4.9.1. Tuberculosi, infecció per l'HIV i la sida, i consum de drogues

Prioritàriament:

- Mantenir els programes de prevenció de la sida, alcohol, tabac i drogues en l'àmbit escolar
- Intensificar les accions pel control de la tuberculosi a Ciutat Vella així com concentrar esforços en el compliment del tractament i estudi de contactes
- Incrementar la incorporació d'usuaris de drogues en programes de control, especialment els casos en situació de marginació
- Afavorir l'accessibilitat d'aquest col·lectius als serveis sanitaris.

4.9.2. Salut maternoinfantil

Les intervencions es fonamenten en:

- Detectar i orientar les situacions de risc per els fills en casos de drogoaddicció, marginació, sida.
- Promoure intervencions preventives des dels serveis sanitaris i socials.
- Detectar i millorar l'accessibilitat de les gestants i puerperas als serveis sanitaris en aquells casos que estan fora dels circuits habituals.

4.9.3. La salut dels immigrants

Les línies d'actuació centrades en:

- Vigilància de la mortalitat materna, perinatal i infantil en immigrants en raó dels canvis demogràfics que s'estan produint
- Quan s'hagi elaborat difondre la guia per l'atenció de l'infant immigrant
- Facilitar l'accessibilitat dels immigrants sense recursos als serveis sanitaris més adients.

5. Àmbits clau d'actuació a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat per al període 2002-2005

Complementàriament a les estratègies per desenvolupar les polítiques de salut fixades pel DSSS i recollides en el Pla de salut de Catalunya, com també la política de serveis del CatSalut per desenvolupar-les, el Consorci Sanitari de Barcelona proposa un conjunt d'àmbits clau d'actuació per a l'assoliment dels objectius del Pla de salut de la ciutat.

Les estratègies proposades són:

1. Fixar criteris que guiïn l'ordenació i el funcionament dels serveis, preservant els equilibris territorials i corregin les desigualtats
2. Donar més pes a l'enfoc comunitari de les actuacions
3. Implicar als professionals en les diferents fases dels canvis
4. Avaluar els resultats obtinguts implicant en el procés els diferents agents
5. Potenciar la transparència dels resultats
6. Promoure una visió interdisciplinària de la salut i augmentar la col·laboració intersectorial
7. Facilitar la participació dels ciutadans
8. Estimular la cooperació entre xarxes assistencials

Així mateix, la pròpia dinàmica del sistema sanitari a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat, com també el ritme d'implantació dels processos de reordenació de serveis, l'evolució dels problemes de salut i el canvi dels patrons de morbimortalitat, com la fluida mobilitat sociodemogràfica a la ciutat, determinen que certs àmbits tinguin un pes específic més elevat o que requereixin una especial consideració, i per tant, un abordatge específic.

És per tot això que s'identifiquen els següents àmbits clau d'actuació, molts ja iniciats en anteriors plans de salut de la ciutat:

1. Intervenir per reduir les desigualtats en l'accés i qualitat dels serveis
2. Orientar la RAP, ja finalitzada, cap a objectius de resultats i el desenvolupament de les prestacions a les poblacions més vulnerables amb criteris d'equitat
3. Transformar els serveis assistencials i orientar els esforços i transformació dels de les xarxes cap el envelliment i la dependència
4. Progressar en la reordenació dels dispositius de salut mental i sociosanitaris promovent les interaccions amb la xarxa social
5. Concentrar esforços en les actuacions per frenar el tabaquisme i abordatge integral del problema
6. Desenvolupar el pla operatiu d'atenció al càncer de Barcelona 2002-2005
7. Intensificar les actuacions sobre els factors de risc i les malalties cardiovasculars
8. Adaptar els dispositius a l progressiu increment dels trastorns cognitius
9. Avançar en el desplegament de la reordenació de l'atenció especialitzada
10. Reforçar i desenvolupar les intervencions intersectorials i multidisciplinàries sobre accidents i maltractaments
11. Actuar sobre la variabilitat en la prestació de serveis i introduir la cultura d'actuacions basades en la millor evidència

12. Consolidar el desplegament de l'ASPB, la interrelació amb els serveis assistencials i la seva presència territorial
13. Primar l'accessibilitat als serveis amb criteris d'eficiència i qualitat, tot tenint en compte les necessitats i opinions dels ciutadans
14. Potenciar els espais de coordinació i cooperació entre institucions i xarxes per facilitar intervencions integrades i eficients
15. Planificar i coordinar actuacions especialment sobre poblacions vulnerables: maternoinfantil, immigrants, gent gran
16. Continuar en les actuacions sobre les drogues, SIDA i tuberculosi
17. Adaptar els mecanismes de resposta ràpida de les organitzacions a les malalties emergents
18. Avançar en les línies de treball d'abordatge de les malalties transmissibles: extensió del calendari vacunal, millora de la notificació de les malalties de declaració obligatòria
19. Identificar, desenvolupar i integrar informació orientada a donar suport a la planificació, gestió i pràctica assistencial
20. Estendre iniciatives vinculades a potenciar la salut en el treball
21. Col·laborar amb les Institucions amb competències en política mediambiental i de protecció de la salut i integrar les intervencions que calgui als serveis sanitaris
22. Potenciar la participació ciutadana i la implicació dels professionals, així com els grups d'ajuda mútua i els promotors de millores en la salut.