

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE LA SALUD EN BARCELONA. CAPÍTULO DE LOS TRABAJOS DE LA AGENDA 21 LOCAL

Josep Martí i Valls¹, Lucía Artazcoz Lazcano¹⁻²

¹CAPS. Centro de Análisis y Programas Sanitarios . ²IMS. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

QUÉ ES LA AGENDA 21 LOCAL

La Agenda 21 fue uno de los documentos aprobados por los representantes de los gobiernos de los estados asistentes a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo en Río de Janeiro en junio de 1992, conocida también como "Cumbre de la Tierra".

Se trata de un plan de acción global para afrontar los retos ambientales de hoy. Es una guía que ha de inspirar las políticas gubernamentales, privadas e individuales, a lo largo de los próximos años.

El capítulo 28 de la Agenda 21 se titula "Iniciativas de las autoridades locales en soporte de la Agenda 21" y dice: "Antes de finales de 1996, la mayor parte de las autoridades locales de cada país tienen que haber realizado un proceso consultivo con su ciudadanía, con las organizaciones ciudadanas y con las empresas privadas y haber conseguido un consenso sobre la Agenda 21 local para su comunidad".

Para llevar a cabo estos acuerdos se reunió, convocada por el Departamento de Asuntos Ambientales y Urbanos de la ciudad de Aalborg (Dinamarca), la Conferencia Europea sobre Ciudades y Pueblos Sostenibles, con la participación de 600 representantes de entidades locales de Europa y se aprobó la "Carta de Pueblos y Ciudades Europeas hacia la Sostenibilidad". Éste fue el principio de elaboración de la Agenda 21 local. Pronto fueron 250 ciudades de treinta países las que ya tenían su Agenda 21.

Tres años más tarde (octubre de 1996) se reunieron en Lisboa más de 2000 participantes en la segunda Conferencia de Ciudades y Pueblos Sostenibles. En esta ciudad se aprobó el "Plan de Acción de Lisboa: de la Carta a la Acción".^{1,2}

En marzo de 1998 el Ajuntament de Barcelona, después de un largo proceso, constituyó el Consejo Municipal de Medio Ambiente y Sostenibilidad, que tiene como primer objetivo la elaboración de la Agenda 21 local de Barcelona. Finalmente, en el mes de febrero del 2000 se reunió en Hannover la III Conferencia Europea de Ciudades Sostenibles, en la que se aprobó la "Resolución de Hannover" que suscribieron municipios de 36 países europeos.

La Agenda 21 en Barcelona El trabajo de la Comisión de Salud

Esta comisión, formada por políticos municipales, técnicos/as y representantes de organizaciones empresariales, de servicios, sindicales, ciudadanas y ecologistas, se planteó analizar la situación de la salud en Barcelona para poder presentar unas propuestas de intervención con objetivos cuantificables en el tiempo. El texto que aquí presentamos es la primera parte del trabajo de la comisión: El diagnóstico de la situación. Los autores que firman el artículo fueron los ponentes que presentaron los datos técnicos a la comisión.

El análisis se dividió en cuatro apartados:

- A. La salud de los ciudadanos
- B. El medio físico y la salud
- C. El medio personal y social
- D. Los servicios sanitarios

LA SALUD DE LOS CIUDADANOS DE BARCELONA

El nivel de salud general de la población de Barcelona es bueno si lo comparamos con otras comunidades de nuestro entorno. A continuación se muestran algunos indicadores:

Estado de salud autopercebido

- Definición: Respuesta a la pregunta “¿Cómo considera que es su estado de salud en general?”, con cinco categorías de respuesta desde "muy buena a muy mala". Éste es uno de los mejores indicadores de salud, mejor predictor de mortalidad que el diagnóstico médico, del que se han descrito sesgos según el sexo, edad, clase social, aspecto físico o raza.³
- Porcentaje de personas con un estado de salud bueno o muy bueno, según género:
 - Hombres: 82%
 - Mujeres: 73%
- Porcentaje de personas con un estado de salud bueno o muy bueno según clase social ocupacional:

Clase social	Hombres	Mujeres
I. Directivos de la Administración y de las empresas (excepto los incluidos en el grupo II). Altos funcionarios. Profesiones liberales. Técnicos superiores	88	84
I.I Directivos y propietarios-gerentes del comercio y de los servicios personales Otros técnicos no superiores. Artistas y deportistas		
III. Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios en general. Personal de los servicios de protección y de seguridad	88	83
IV a) Trabajadores manuales cualificados de la industria, el comercio y los servicios	77	66
IV b) Trabajadores manuales semicalificados de la industria, el comercio y los servicios	76	71
V. Trabajadores no cualificados	77	54

En este cuadro se observan ya diferencias claras en los niveles de salud autopercebidos siendo los trabajadores manuales, los no cualificados y las mujeres quienes refieren peor estado de salud.

Mortalidad (1995) ⁴

Esperanza de vida al nacer

- Definición: Número medio de años que un recién nacido puede vivir
 - Hombres: 73,5
 - Mujeres: 81,2

Esperanza de vida según distrito

Distritos	Hombres	Mujeres
Ciutat Vella	66,1	77,1
Eixample	74,7	83,0
Sants-Montjuïc	72,9	81,5
Les Corts	72,3	80,9
Sarrià-Sant Gervasi	76,4	82,9
Gràcia	73,6	81,4
Horta-Guinardó	73,8	81,4
Nou Barris	72,7	81,1
Sant Andreu	73,6	81,1
Sant Martí	73,2	81,3

Tasa de mortalidad infantil

- Definición: (Muertos menores de 1 año/Nacidos vivos)*100.000
 - 4,8 per 1000 nacidos vivos

Primeras causas de mortalidad (%)

	Hombres		Mujeres
Enf. isquémica del corazón	11,9	Enf. cerebrovascular	12,68
T. m. pulmón	8,75	Enf. isquémica del corazón	10,33
M. cerebrovascular	8,62	Trast. mentales	4,99
Causas externas	5,03	T.m. mama	4,43
SIDA	4,07	Causas externas	3,15

CONCLUSIÓN I

Según los datos precedentes **se constatan diferencias en los niveles de salud por causas socioeconómicas y de género**

Mortalidad evitable

- Definición: Muertes por determinadas causas que tienen una prevención, un diagnóstico y /o un tratamiento de eficacia probada
- En el año 1995 se produjeron en Barcelona 990 muertes sanitariamente evitables, lo que representa el 6% de todas las defunciones acontecidas en la ciudad. Las primeras causas de mortalidad evitable son

	Hombres*		Mujeres*
Mortalidad perinatal	880,28	Mortalidad perinatal	621,74
Tumor maligno pulmón (5-64	37,25	Cirrosis	15,03

a.)			
Cirrosis (15-74 a.)	30,9	Hipertensión y enf. cereb.	11,55
Hipertensión y enf. Cerebrovascular	30,39	Acc. vehículo motor	6,22
Acc. Vehículo de motor	11,6	T.m.pulmón	6,07

* Tasas por 100.000

Mortalidad prematura (años potenciales de vida perdidos)

- Definición: Muertos entre 1 y 70 años.

	Hombres*		Mujeres*
SIDA	22,1	C. externas	16,8
C. externas	19,4	SIDA	13,6
Tumor maligno pulmón	7,5	Tumor maligno mama	13,2
Enf. isquémica corazón	6,4	Enf. cerebrovascular	3,3
Cirrosis	4,5	Cirrosis	3,1

- Tasas por 100.000

CONCLUSIÓN 2

Existen posibilidades de intervención para disminuir las muertes evitables y prematuras.

EL MEDIO FÍSICO Y LA SALUD

Calidad sanitaria del agua de consumo

El tratamiento aplicado al agua de consumo doméstico la esteriliza eliminando bacterias, de modo que en ningún caso es una fuente de enfermedades transmisibles. A pesar de esto, a veces sucede que determinados productos utilizados en los procesos de desinfección del agua, al reaccionar con los correspondientes precursores pueden generar los llamados subproductos, orgánicos o inorgánicos, de la desinfección.⁵ La formación de alguno de estos subproductos, por su presumible capacidad carcinogénica, teratogénica o mutagénica, manifiesta hasta ahora sólo por experimentación animal a dosis altas, ha de ser minimizada durante los procesos de tratamiento del agua con el objetivo de evitar algún efecto sobre la salud a largo plazo.

CONCLUSION 3

Puesto que los subproductos derivados de la desinfección dependen de la calidad del agua en origen, deben estimularse las estrategias para mejorar ésta. Además hay que buscar, siempre que sea posible, procesos alternativos de tratamiento del agua a los utilizados convencionalmente para evitar al mínimo su formación, sin comprometer la desinfección eficaz del agua de consumo. Será necesario hacer un seguimiento más preciso de la administración sobre las compañías suministradoras

La contaminación del aire

Las medias de contaminación por SO₂ y humos, en estos últimos años en Barcelona, son inferiores a los valores considerados perjudiciales para la salud. Las partículas grandes

(sedimentables) algunas veces superan los valores admisibles de referencia. En estos momentos no se miden partículas menores de clara importancia sanitaria (de 10 micras e incluso de 2,5 micras). En la nueva legislación europea, en curso de aprobación, se contemplan nuevos criterios de control de todos los parámetros atmosféricos y en especial de las partículas pequeñas.

El plomo, el CO i el NO₂ se mantienen por debajo de los valores límite. Por el contrario, la contaminación secundaria, de origen fotoquímico, es bastante significativa. Su causa principal es el tráfico de vehículos a motor, el principal indicador es el ozono (O₃) y los compuestos orgánicos volátiles, en la época estival (en situaciones de inversión térmica) se producen episódicamente periodos de superación de los límites establecidos de umbral de información en la población. Este problema parece que puede ir en aumento si sigue incrementándose el tráfico con vehículo privado.⁶

CONCLUSION 4

Será necesario medir los parámetros propuestos por la nueva Directiva Europea. Deberán establecerse estrategias para reducir la contaminación secundaria de origen fotoquímico, fundamentalmente derivada del tráfico de vehículos de motor.

El ruido

Barcelona es una ciudad con alta densidad, muchos servicios, y gran actividad económica e industrial lo cual se traduce en un alto nivel de ruido que no se distribuye de forma homogénea. El ruido provoca irritabilidad y reduce la concentración, obliga a la gente a estar en casa con las ventanas cerradas, sea cual sea la temperatura ambiental, problema especialmente importante para los que viven en calles transitadas en las que son frecuentes problemas de sueño. Cuando el tráfico es continuo, interrumpe la fase REM del sueño y es subjetivamente molesto y cuando es intermitente, tiende a producir un sueño ligero..

CONCLUSION 5

En definitiva, el nivel de ruido es importante en relación a la proximidad con la población. Será pues, necesario regularlo y disminuirlo en las zonas de viviendas y servicios próximos al ciudadano, así como incrementar los sistemas de vigilancia y disciplina para el cumplimiento de la ordenación municipal.

Los alimentos

Hoy en día ha cambiado radicalmente el planteamiento del control de la higiene y salubridad de los alimentos. Del control de mataderos y mercados para controlar enfermedades transmisibles en alimentos frescos se ha pasado al control sanitario de la industria productora o transformadora de alimentos, con control de sustancias para el crecimiento, aditivos, pesticidas, disruptores endocrinos, cancerígenos, etc.

CONCLUSIÓN 6

Este problema sobrepasa las competencias y posibilidades municipales y muchas veces también las competencias nacionales, y deberemos basarnos en legislaciones internacionales y

sistemas de vigilancia sanitaria transnacional. Estos nuevos sistemas de control deberán plantearse también los nuevos riesgos derivados de las tecnologías de manipulación genética.

EL MEDIO PERSONAL Y SOCIAL

1. Hábitos relacionados con la salud

Tabaquismo

- Prevalencia de tabaquismo según el sexo

- Hombres: 44%
- Mujeres: 23%

Prevalencia de tabaquismo según edad y sexo

	Hombres	Mujeres
15-24	40	38
25-34	58	53
35-44	51	33
45-54	41	12
55-64	45	8
>64	24	3

CONCLUSION 7

Se observa un aumento de los fumadores jóvenes y sobre todo en las mujeres. Serán necesarios programas específicos de prevención del tabaquismo y de otras sustancias tóxicas de uso personal (alcohol y drogas ilegales).

Práctica de ejercicio físico en tiempo de ocio

- Prevalencia de actividad física en el tiempo de ocio según sexo
 - Hombres: 31%
 - Mujeres: 23%

- Prevalencia de actividad física en el tiempo de ocio según edad y sexo:

	Hombres	Mujeres
15-24	55	46
25-34	37	28
35-44	32	21
45-54	24	20
55-64	22	17
>64	15	10

CONCLUSIÓN 8:

Se observa una práctica muy reducida de actividad física en tiempo de ocio que disminuye con la edad, en especial entre las mujeres.

Consumo de drogas ilegales

- Prevalencia de usuarios de drogas por vía parenteral según distrito (1995)

	Tasa por 10000 (referido a población de 15 a 49 años)*
Ciutat Vella	364,0
Eixample	129,3
Sants-Montjuïc	183,7
Les Corts	86,3
Sarrià Sant- Gervasi	94,7
Gràcia	116,9
Horta- Guinardó	126,4
Nou Barris	156,2
Sant Andreu	147,8
Sant Martí	134,4

*Distrito desconocido en 775 casos (6,2% del total)

CONCLUSIÓN 9:

Alta prevalencia de usuarios de drogas parenterales concentrada en el distrito de Ciutat Vella.

Medio social

- Estructura sociodemográfica:

Analizando la pirámide de edad de la población de Barcelona y su evolución en los últimos decenios podemos sentar la siguiente conclusión:

CONCLUSIÓN 10

En Barcelona hay una ligera mayoría de mujeres (53%) y una alta proporción de personas mayores de 64 años (11% de los hombres y 17% de las mujeres), lo cual condicionará las políticas de prevención y de asistencia en el futuro.

Indicadores sociales con influencia en la salud

	Índice de envejecimiento (1)	Índice de sobreenvejecimiento (2)	Índice de soledad de la gente mayor (3)	Tasa de instrucción insuficiente (16y más años) (4)	Tasa de titulados superiores (20 y más años)	Índice de inmigración (5)
Total	174	42,1	21,2	15,8	10,5	32,5
Ciutat Vella	281	50,2	29,4	24,4	4,4	40,7
Eixample	230	52,6	23,5	11,1	15,4	27,4
Sants-Montjuïc	162	45,7	22	18,4	6,4	31,7
Les Corts	125	45,7	17,8	9,1	19,2	28,2
Sarrià Sant Gervasi	165	49,7	20,3	6,1	27,3	22,4
Gràcia	210	51,1	23,3	12,3	13,3	26,2
Horta-Guinardó	159	43,7	18,5	18,6	7	37,2
Nou Barris	161	39,9	17,9	23,7	3,6	42,7
Sant Andreu	135	0,4	18,4	15,7	6	33,8
Sant Martí	145	0,4	19	17,7	6	34,5

1. Índice de envejecimiento = (Población de 65 o más años / población de 0-14 años) x 100
2. Índice de sobreenvejecimiento = (Población total de 75 o más años / Población total de 65 o más años) x 100
3. Índice de soledad = (Población que vive sola de 65 o más años / población total de 65 o más años) x 100
4. Tasa de instrucción insuficiente = (Población de 16 o más años analfabeta + población de 16 o más años sin estudios / población total de 16 o más años) x 100.
5. Índice de emigración = (Población no nacida en Cataluña / Población total) x 100¹

CONCLUSIÓN 11

Serán necesarios programas sociosanitarios específicos por distritos, ya que existe problemática específica en cada uno de ellos.

¹ Fuente: Ajuntament de Barcelona. Departament d'Estadística.

Depresión

- Prevalencia de depresión ³
 - Hombres: 8,4%
 - Mujeres 15,1%
- Prevalencia de depresión según edad y sexo (%)

	Hombres	Mujeres
0-14	2	3
15-44	7	10
45-64	12	22
>=65	14	24

CONCLUSIÓN 12

Se constata una mayor prevalencia de síndromes depresivos (el doble) en las mujeres, que aumenta con la edad.

Será necesario incrementar la investigación sobre los factores asociados a la depresión en nuestro entorno e imponer medidas preventivas en los factores de riesgo de esta patología.

LOS SERVICIOS SANITARIOS

- Barcelona tiene una buena dotación hospitalaria que da cobertura también a parte del territorio de Catalunya.
- La implantación de la reforma en Atención Primaria de salud está, por el contrario, muy retrasada (ver tabla):

Distrito	Implantación ABS			% Población
	Previstas	En marcha	%	Cubierta
TOTAL	66	31	47	42,7
1. Ciutat Vella	5	5	100	100
2. Eixample	10	3	30	34,2
3. Sants-Montjuïc	7	1	14,3	18,4
4. Les Corts	3	1	33,3	37,5
5. Sarrià-Sant Gervasi	5	0	0	0
6. Gràcia	4	0	0	0
7. Horta-Guinardó	7	4	57,1	51,8
8. Nou Barris	9	3	33,3	27,1
9. Sant Andreu	6	5	83,3	76,8
10. Sant Martí	10	9	90	87,2

Fuente: Consorci Sanitari de Barcelona. Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya.

CONCLUSIÓN 13

La capacidad resolutive de problemas de salud en la asistencia primaria es aún insuficiente, posiblemente por falta de recursos para esta atención.

Sobre el grado de calidad de los servicios sanitarios existe la percepción que se ha ido deteriorando en los últimos años: aumento de las listas de espera por visitas, exploraciones complementarias y procedimientos quirúrgicos, saturación permanente de los servicios de urgencias hospitalarias, masificación y trato poco personalizado en el sector público, gran variabilidad en los procedimientos, en los resultados y en los distintos tipos de complicaciones.

Mentalidad o cultura consumista de usuarios y profesionales: de fármacos, de pruebas complementarias de diagnóstico, etc.

Los servicios de atención socio-sanitaria y domiciliaria son insuficientes.

Es necesaria una mayor educación y participación ciudadana.

BIBLIOGRAFIA

¹ Rodríguez P. Ciudad y desarrollo sostenible: acotaciones a la Agenda Local. Quadern CAPS 1996; 24:59-61

² Sureda V. El Foro Barcelona Sostenible: una propuesta de participación ciudadana. Quadern CAPS 1996; 24:62-63

³ Borrell C, Arias A, Baranda L, Lozares C. Enquesta de Salut de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Àrea de Salut Pública 1992.

⁴ Estadístiques de salut. Mortalitat i Natalitat a la ciutat de Barcelona, 1995. Barcelona: Àrea de Salut Pública 1995.

⁵ . Salud Pública. En: Comisión Política Mediambiental y Sostenibilidad. Materials per al debat. Ajuntament de Barcelona 1997

⁶ Pla de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona, 1996-1998. Barcelona: Servei Català de la Salut 1996.