

La salut a Barcelona 2014



La salut a Barcelona 2014

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Gemma Tarafa i Orpinell

Gerenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Carne Borrell i Thió

Directora de l'Observatori de Salut Pública de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Maribel Pasarín i Rua

Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica
Disseny gràfic:
Estudi muto
Fotografies:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Fredi Roig
Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona
Impressió:
Impremta Pagès

Dipòsit Legal: B. 29455-2015

Desembre 2015

Paper offset ecològic certificat pel  **PEFC**

La salut a Barcelona 2014

Coordinació general de l'Informe

Xavier Bartoll (ASPB).

Redacció

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

Carme Borrell (ASPB).

El context socioeconòmic

Lucía Artazcoz (ASPB), Carme Beni (CSB), Montserrat Casamitjana (CSB), Imma Cortès (ASPB), Ester Cros (CSB), Ferran Daban (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Júlia Duran (ASPB), Ana García (CSB), Mireia García (ASPB), Josep Gómez (DRIC), Ana M. Novoa (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Montse Puigdollers (CSB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB), Esther Trincado (CSB), Elvira Torné (CSB), Imma Vallverdú (CSB), Corinne Zara (CSB).

El context físic

Júlia Duran (ASPB), Anna Gómez (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Marc Rico (ASPB), Verónica Trabado (ASPB).

Els comportaments relacionats amb la salut

Carles Ariza (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Elena Santamariña (ASPB).

La salut

Carles Ariza (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Carme Borrell, (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Joan Artur Caylà (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB), Marta Olabarria (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB).

Monogràfics

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Glòria Pérez (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Olga Juárez (ASPB), Patricia García de Olalla (ASPB).

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Mireia Fontcuberta (ASPB), Samuel Portaño (ASPB), Santiago Rodellar (ASPB), Julia Durán (ASPB).

Vigilància i control de l'arbovirus

Tomás Montalvo (ASPB), Lidia Fernández, Sandra Franco (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Esteve Camprubí (ASPB), Roser González (ASPB), Albert Prats (ASPB), Pilar Gorrindo (ASPB), Joan Caylà (ASPB).

Índex: La salut a Barcelona 2014

Presentació	7
Resum executiu	8
Resumen ejecutivo	12
Executive Summary	17
Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes	22
 El context socioeconòmic	 25
Les condicions sociodemogràfiques	26
L'entorn domèstic: la violència masclista	27
L'entorn econòmic	28
Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil	29
Les accions en salut pública	31
La participació de la comunitat	33
Els serveis sanitaris	34
 El context físic	 39
Les condicions de l'habitatge	40
La seguretat alimentària	41
La qualitat de l'aire	43
La qualitat de l'aigua	45
 Els comportaments relacionats amb la salut	 49
La mobilitat	50
L'alimentació saludable	51
 La salut	 53
L'esperança de vida i la mortalitat	54
Les malalties transmissibles	56
Les infeccions per VIH/sida	56
Les infeccions de transmissió sexual	57
La tuberculosi	58
Els trastorns crònics	60
L'estat de salut percebut	60
L'obesitat i l'excés de pes	61
La salut sexual i reproductiva	62
La salut mental i les addiccions	64
La salut laboral	68
Les lesions per col·lisió de trànsit	70
Les desigualtats en salut als barris	71
 Monogràfics	 79
Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona	80
Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona	82
Vigilància i control de l'arbovirus	86
 La salut en xifres	 91



Presentació

7

Des de fa 31 anys, l'informe de salut presenta els determinants de la salut i l'estat de salut de la ciutadania de Barcelona i constitueix a dia d'avui una eina d'anàlisi i planificació de primera importància de la ciutat. Aquest any cal destacar l'esforç realitzat per presentar les desigualtats en salut als barris de la ciutat, fent servir una eina que promou l'Organització Mundial de la Salut (Urban Health Equity Assessment and Response Tool). Aquesta eina ens mostra com, malgrat els bons nivells de salut que hi ha al conjunt de la ciutat, existeixen importants desigualtats entre barris i com els situats al sud-est i al nord de la ciutat són els que tenen indicadors més desfavorables. L'acció per reduir aquestes desigualtats constitueix una de les prioritats que volem impulsar des de l'Ajuntament.

Quant al context sociodemogràfic cal ressaltar que es manté el nombre d'habitants, el percentatge d'immigrants i també la tendència creixent en el nombre de persones grans que viuen soles. El context econòmic continua sent advers: es manté la desocupació i s'incrementa la contractació temporal i la població desocupada sense prestació d'atur.

Respecte a la qualitat de l'aire ens preocupen els alts valors d'NO₂. Cal continuar fent esforços intersectorials per acostar-se a les recomanacions d'organismes com l'Organització Mundial de la Salut, que, basant-se de forma més directa en l'impacte sobre la salut, recomanen nivells més restrictius de diferents contaminants. L'anàlisi de l'aigua a les aixetes de la ciutadania en edificacions antigues assenyalava l'excés de plom com a primera incidència. D'altra banda, seguim tenint un bon nivell de seguretat dels aliments.

Entre els resultats en salut, aquest any augmenta l'esperança de vida, millora l'estat de salut autodeclarat i continua la reducció en la incidència de la tuberculosi, tot i que cal mantenir els esforços en els grups de població més exposats. La incidència d'infecció pel VIH, tot i que disminueix, continua sent alta en el grup de persones que practiquen relacions sexuals de risc, i es confirma la importància de les accions de prevenció i de detecció precoç, igual que en les infeccions de transmissió sexual, que continuen estenent-se. Quant als serveis sanitaris, caldrà incorporar a les properes edicions de l'informe indicadors de qualitat assistencial i satisfacció ciutadana.

Vull agrair a totes les persones que han fet possible aquest informe. Aquesta anàlisi de la situació de salut a la ciutat ens permet prioritzar les polítiques públiques a implementar durant els propers anys.

Gemma Tarafa i Orpinell
*Comissionada de Salut
i Presidenta de l'Agència de
Salut Pública de Barcelona*

Resum executiu

8

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants la població de Barcelona el 2014 ha estat de 1.613.281 persones, 764.590 homes (47,4%) i 848.691 dones (52,6%). S'ha continuat reduint el nombre de persones d'entre 15 i 44 anys. Pel que fa al nombre de persones estrangeres, s'ha mantingut relativament estable els darrers anys, tot i que destaca un augment continuat d'aquelles nascudes a Europa i altres països desenvolupats i una reducció de les nascudes a països d'Amèrica del Sud i Amèrica Central, després d'anys d'increment. L'any 2014, 20.186 homes i 68.405 dones de 65 anys o més vivien sols, d'aquests, un 54,8% i un 68,9%, respectivament, tenien una edat de 75 anys o més. Se segueix la tendència d'anys anteriors de reducció del percentatge de persones amb estudis primaris o menys i d'augment del de persones amb estudis universitaris.

L'entorn domèstic: la violència masclista

El servei municipal ambulatori d'atenció específica a les dones que viuen violència masclista i que pot afectar els seus fills i filles ha atès 1.345 dones (15% més que el 2012). La procedència de les dones en el 58% dels casos era l'Estat espanyol, xifra similar a la del 2012, i en el 42% restant era majoritàriament Amèrica Llatina i, en menor percentatge, el Magrib.

L'entorn econòmic

L'atur i la taxa d'ocupació han disminuït lleugerament en els homes i s'han incrementat en les dones, mentre que en ambdós sexes ha disminuït la població activa. Tanmateix l'atur continua sent alt. L'atur de llarga durada ha augmentat i afecta més les persones més grans, sobretot les dones. El 2014 hi havia més persones aturades que no cobraven cap prestació o subsidi d'atur (el desembre del 2014 eren el 47,6% de totes les persones aturades). Paral·lelament, la nova contractació ha continuat sent majoritàriament

temporal, amb una lleugera disminució respecte al 2013 i amb major presència entre les dones i les persones més joves.

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

La situació de les llars amb menors és molt diferent en funció del nivell de renda, el lloc de residència, la situació laboral o el nivell acadèmic dels progenitors. La desigualtat territorial pren rellevància en les carències materials. El conjunt de barris amb ingressos baixos té fins a 7,4 vegades més carències materials severes que el conjunt de barris amb rendes altes.

Les accions en salut pública

Vacunacions

S'ha dut a terme el traspàs de la vacunació escolar als equips d'atenció primària. L'avaluació de la prova pilot sobre la base de les taxes de cobertura ha considerat que el traspàs havia estat adequat, si bé s'ha recomanat fer un seguiment més intens de les escoles amb cobertures inferiors al 77%.

Programa «Salut als Barris»

El programa ha ajudat a consolidar o, en alguns casos, a establir grups motors a cada barri on s'ha desenvolupat. S'han posat en marxa intervencions per a infants, joves, adults i gent gran, fent servir els actius locals i d'acord amb priorititzacions participatives. S'han dut a terme a 13 barris dels 73 de la ciutat: el Poble-sec; les Roquetes; Ciutat Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; el Bon Pastor; Baró de Viver; la Barceloneta; el Raval; el Besòs i el Maresme; la Verneda i la Pau i Trinitat Nova.

Programa de cribatge de càncer de mama

La participació s'ha mantingut pels volts del 50%, però amb moltes diferències en funció del nivell socioeconòmic del barri i, per tant, de la presència de doble cobertura sanitària que hi hagi. S'ha diagnosticat un càncer a 4,9 dones de cada 1.000 a qui se'ls ha fet una mamografia.

La participació de la comunitat

La participació de la comunitat és convenient i necessària per al bon funcionament de l'acció de salut pública. En estratègies comunitàries, com les promogudes a Barcelona pel programa «Salut als Barris», la participació és un element clau del procés, juntament amb la intersectorialitat. A 24 barris de la ciutat l'ASPB està implicada en els grups d'acció comunitària orientats a promoure la salut. També són necessaris espais de debat i diàleg que impliquin serveis públics i entitats, per conèixer les necessitats de salut i decidir-ne l'abordatge. L'ASPB participa en els 10 consells de salut de la ciutat així com en 13 grups de participació d'àmbit de ciutat.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària han donat cobertura al 70,1% del total de la població assignada (65,2% d'homes i 74,6% de dones), amb una mitjana de 3,4 visites de metge de família i pediatria per persona i any.

L'atenció a les urgències

L'activitat realitzada l'any 2014 ha estat de 638.968 urgències ateses, una xifra un 2% superior a la de l'any 2013. La taxa global d'urgències és de 341 (338 l'any 2013). Barcelona gaudeix d'un pla d'urgències amb mecanismes per classificar la demanda i establir circuits per dirigir les urgències al recurs més adient, hospitalari o extrahospitalari, segons les necessitats individuals. La implementació de protocols o codis d'actuació, com els codis infart, ictus, politrauma i altres, contribueix a millorar l'atenció immediata i el seguiment de les persones afectades.

L'atenció especialitzada hospitalària

Les causes d'hospitalització més freqüents entre la població de Barcelona continuen sent les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits i les malalties de l'aparell circulatori. En les dones cal destacar els ingressos per causa obstètrica, que ocupen el tercer lloc. El 55% de les altes són de pacients que han ingressat per sotmetre's a procediments quirúrgics, i la meitat s'intervenien per cirurgia major ambulatoria, una disciplina creixent que confereix major qualitat al pacient i millora l'eficiència del procediment.

L'atenció sociosanitària

Com a continuació del procés d'adaptació de la xarxa sociosanitària, es consoliden i augmenten les unitats de subaguts on es presta atenció integral a persones amb una malaltia crònica coneguda i evolucionada que, a causa d'una reagudització o un empitjorament de l'estat de salut del pacient, requereix hospitalització amb una intensitat de recursos intermedis. Aquesta atenció està destinada a persones que necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica

continuada. L'objectiu d'aquesta atenció ha de ser l'estabilització clínica i la rehabilitació integral.

La prestació farmacèutica

L'Àrea Integral de Salut (AIS) Dreta és el territori amb major percentatge d'ús de receptes electròniques (96,5%), seguit de l'AIS Nord (93,5%), l'AIS Litoral Mar (93,47%) i l'AIS Esquerra (93,2%).

Els grups amb major despesa són els antipsicòtics (6,8%), els inhaladors adrenèrgics (5,7%) i els antiepilèptics (5,4%). Els deu primers principis actius en receptes representen un 31,4% de les receptes de les especialitats farmacèutiques.

El context físic

Les condicions de l'habitatge

Les condicions de l'habitatge i de l'accés a un habitatge digne poden repercutir sobre l'estat de salut tant físic com mental de les persones i poden generar desigualtats en salut. L'any 2014 s'han produït a la ciutat de Barcelona 3.055 llançaments, la majoria en habitatges de lloguer. S'ha reduït el nombre de persones que dormen al carrer i que resideixen en assentaments, però a causa d'un augment dels recursos assistencials. Un 3,4% de la població de Barcelona (54.290 persones) està inscrit al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial (HPO), i algunes de les persones inscrites al Registre s'han pogut beneficiar de les 527 adjudicacions d'HPO. Ha continuat la reducció en el nombre d'ajuts a la rehabilitació d'edificis així com en el nombre d'ajuts al lloguer a través del programa Lloguer Just. No obstant això, els ajuts d'especial urgència han augmentat, en incloure-s'hi ajuts a persones amb atur de llarga durada.

La seguretat alimentària

L'any 2014 s'han investigat 62 alertes alimentàries (47 el 2013) per evitar riscos de salut pública produïts per la presència de perills físics, químics o biològics en aliments o en materials en contacte amb els aliments. Els aliments més freqüentment implicats han estat els productes de la pesca amb contaminació química. Els perills més habituals han estat els químics (mercuri, cadmi, amines aromàtiques, aflatoxines o plom) seguits dels biològics (salmonel·la, *Listeria*, *Escherichia coli*...).

La qualitat de l'aire

La qualitat ambiental és un determinant important de la salut, ja que l'entorn físic influeix en les condicions de vida de les persones. L'ASPB porta a terme la vigilància continuada dels principals paràmetres de qualitat de l'aire a la ciutat, activant els circuits indicats en casos

Resum executiu

10

d'alerta per contaminació o episodis determinats i elaborant l'Informe anual de qualitat de l'aire a Barcelona. En aquest marc, es porta a terme el control i registre de l'evolució de 12 contaminants atmosfèrics, amb els requisits que estableix la legislació ambiental estatal i europea. Els resultats indiquen que hi continua havent problemes de contaminació de l'aire a la ciutat, sobretot els referits als alts nivells d'NO₂. Per tant, cal reforçar les mesures per reduir la contaminació a través de la disminució de la principal font contaminat, el trànsit, no tan sols per tal de no superar els valors límit legalment establerts sinó per apropar-se als valors recomanats per l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

La qualitat de l'aigua

El desenvolupament dels programes de vigilància i control de la qualitat de l'aigua de consum humà permeten classificar les variables avaluades (desinfecció, condicions sanitàries de les instal·lacions i programes d'autocontrol) com a correctes i qualificar les tres zones d'abastament de Barcelona amb valors de qualitat conformes a la normativa.

Enguany, la reducció normativa de la concentració màxima de plom permesa a l'aigua de consum, que ha passat de 25 µg/l a 10 µg/l, ha suposat l'augment del nombre d'incidències detectades per aquest metall. Qualsevol persona resident a Barcelona pot verificar si l'aigua del seu habitatge conté un excés de plom sol·licitant una analítica de control gratuïta a l'ASPB.

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

Segons l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona (EMEF) l'any 2014 s'han dut a terme diàriament 6,6 milions de desplaçaments per Barcelona. El 72,2% han estat desplaçaments interns i el 27,8% de connexió. El 78,3% han estat realitzats pels residents a la ciutat. Tant en homes com en dones, el 60% dels desplaçaments interns per Barcelona es fan per mobilitat ocupacional (el 40% restant per motius personals). El

80% dels desplaçaments de connexió són per mobilitat ocupacional. El mitjà de transport més usat en els desplaçaments interns és caminar, 51% en homes i 56% en dones. En canvi, en els desplaçaments de connexió el mitjà de transport més usat pels homes és el transport privat (54%) i el mitjà més usat per les dones és el transport públic (64%).

L'alimentació saludable

En el període del 2011 al 2014, un 3,9% dels nois i un 6,6% de les noies no esmorzen abans de sortir de casa, amb una tendència en ambdós sexes a la reducció d'aquests percentatges.

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

L'any 2013 en els homes la principal causa de mort prematura, i evitable, continua sent el càncer de pulmó, però amb tendència a disminuir. En les dones el càncer de mama continua sent la primera causa, en canvi, la mortalitat per càncer de pulmó mostra una tendència creixent i continuada els darrers anys. D'altra banda, cal destacar el suïcidi, que se situa com la tercera causa de mort prematura en ambdós sexes.

L'esperança de vida ha augmentat a 80,7 anys en els homes i a 86,6 anys en les dones (era de 79,9 anys en els homes i de 85,7 anys en les dones el 2012). L'esperança de vida de la població sense estudis és d'aproximadament 4 anys menys respecte al total. D'altra banda, també s'observen desigualtats entre districtes: l'esperança de vida és molt inferior a Ciutat Vella respecte a tot Barcelona, gairebé 3 anys menys en els homes i 2 anys menys en les dones.

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Els dos últims anys s'observa un descens en la incidència del VIH, malgrat això l'afectació continua sent molt alta i és la tercera malaltia de declaració obligatòria més freqüent a Barcelona, després de la gonocòccia i de la sífilis. Afecta en major mesura homes que tenen relacions homosexuals. Continua observant-se la disminució dels casos diagnosticats amb retard, així com la tendència al descens dels casos de sida.

Les infeccions de transmissió sexual

Des de l'any 2007 s'observa una tendència creixent de la sífilis, la gonocòccia i el limfogranuloma veneri. La major part dels casos ocorren en homes joves que tenen relacions homosexuals.

La tuberculosi

Durant l'any 2014 s'han detectat 300 casos de tuberculosi en persones

residents a la ciutat, 187 homes i 113 dones. La incidència ha disminuït gairebé un 9% respecte a l'any anterior. La malaltia és més freqüent a Ciutat Vella, en població immigrant i en els barris amb rendes més baixes.

Els trastorns crònics

D'entre els trastorns més prevalents destaquen, segons l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona, la pressió arterial alta (25,2% de la població) i el colesterol elevat en sang (21,2% de la població). També són importants els trastorns crònics que limiten la capacitat funcional, com ara el mal d'esquena lumbar (23,5%), cervical (18,0%) i l'artrosi (23,2%); la prevalença d'aquests trastorns en les dones duplica la dels homes. La depressió i/o ansietat és el cinquè trastorn (18,2%) i la seva prevalença en les dones duplica la dels homes. Entre els infants de menys de 15 anys els principals trastorns crònics són la bronquitis crònica (9,5%), l'otitis de repetició (8,8%), l'enuresi (8,0%), les al·lèrgies cròniques (6,2%) i les deficiències visuals (5,0%), totes elles amb poques diferències per sexe.

L'estat de salut percebut

Es manté la mala salut autopercebuda durant el període 2011-2014. En els homes el percentatge es manté pels volts del 14,5% i en les dones s'estabilitza els dos darrers anys pels volts del 20%. Tanmateix les diferències en la mala salut autopercebuda entre persones ocupades i desocupades en ambdós sexes s'amplien els darrers dos anys.

L'obesitat i l'excés de pes

El sobrepès en el període 2011-2014 és del 19,8% en els homes i del 25,9% en les dones, mentre que en obesitat, els valors són lleugerament superiors en els homes (13,8%) que en les dones (12,8%). S'observa una tendència a l'augment del normopès en ambdós sexes. L'excés de pes en infants i joves d'edats compreses entre els 0 i els 18 anys ha estat superior entre els nois, amb un 25,2%, enfront del 17,6% de les noies.

La salut sexual i reproductiva

Des de la davallada que es va produir l'any 2009, la fecunditat de les dones en edat fèrtil s'ha mantingut estable, fins a aquest any, en què s'ha observat un lleuger descens de la fecunditat. En canvi, els avortaments havien crescut fins l'any 2008 i s'havien mantingut estables fins a aquest any 2014, en què han disminuït.

En les adolescents, tant els avortaments com la fecunditat han disminuït l'any 2014 i s'han situat en taxes inferiors a les dels anys 2003 i 2004. Tot i aquesta disminució global, els embarassos adolescents es distribueixen de forma desigual als barris de la ciutat i mostren un patró associat a la pobresa dels barris.

La salut mental i les addiccions

La salut mental

Els centres de salut mental d'adults han atès 42.704 persones, i els centres de salut mental infantil i juvenil 10.517. El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 prioritza la prevenció del suïcidi fent èmfasi en la millora de les patologies cròniques que en són un factor de risc, com ara la depressió. Dins aquest marc s'ha elaborat el codi risc de suïcidi, que es va posar en marxa el juny del 2014. El desplegament progressiu de les rutes assistencials està permetent fonamentar l'atenció amb un maneig compartit entre tots els serveis de salut del territori.

Amb les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona, s'observen diferències en la mala salut mental entre persones ocupades i aturades, especialment en els homes: els darrers tres anys la prevalença de mala salut mental dels aturats triplica la dels ocupats. En les dones aquestes diferències no segueixen un patró tan clar i són més pronunciades els anys 2011 i 2013.

Els centres d'atenció primària han notificat 317 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, sense variació respecte de l'any anterior. Es tracta de trastorns majoritàriament de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (69,7%).

Les addiccions

Als centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS) es va registrar un total de 4.252 inicis de tractaments. La majoria d'inicis de tractament corresponen a homes (73,4%). Seguint la tendència dels darrers anys, la principal substància per la qual es va demanar tractament als CAS de la xarxa pública de Barcelona va ser l'alcohol (45%), seguit de la cocaïna (17%), l'heroïna i altres opiacis (17%) i el cànnabis (10%). Malgrat que els darrers anys el nombre de sobredosis mortals per reacció aguda adversa a drogues ha anat disminuint, s'han endegat

Resum executiu

12

mesures per reduir-les encara més, ja que un 5% de les sobredosis que inicialment no són mortals, acaben finalment produint la mort.

La salut laboral

Els indicadors de salut laboral s'han estabilitzat respecte de l'any 2014. Les lesions per accidents de treball greus han disminuït i les lleus han augmentat, seguint les tendències dels darrers anys. Les malalties professionals han variat molt poc, amb un lleuger augment de les que van cursar amb baixa i un lleuger descens de les que ho van fer sense. Les malalties relacionades amb el treball s'han mantingut estables. Les lesions per accidents de treball *in itinere* segueixen sent les més freqüents de les lesions greus i mortals. La patologia musculoesquelètica és la més habitual de les malalties professionals, i els trastorns ansiosos i depressius són les malalties relacionades amb el treball que més sovint s'identifiquen als centres d'atenció primària.

Les lesions per col·lisió de trànsit

L'any 2014 s'han produït a la ciutat de Barcelona 8.766 col·lisions de trànsit, que han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 11.380 persones lesionades i 31 mortes durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. Globalment, no s'observen canvis importants en el nombre de persones lesionades, en canvi el nombre de persones mortes augmenta un 40,9% (ha passat de 22 el 2013 a 31 el 2014).

Les desigualtats en salut als barris

Una de les estratègies per reduir les desigualtats en salut consisteix a focalitzar les polítiques en els grups més desfavorits. L'Urban HEART és un instrument que permet obtenir una matriu d'indicadors que resumeixen en un format visual molt senzill i intuïtiu –sobre la base dels colors dels semàfors– les desigualtats entre àrees, i que s'ha aplicat als barris amb diferents indicadors de salut i dels seus determinants. A la matriu es pot observar com en alguns barris predominen els indicadors amb resultats més favorables (color verd), com a la majoria dels barris del districte de Sarrià-Sant Gervasi, mentre que en altres predomina el color vermell, com a la majoria dels barris del districte de Nou Barris. Aquest instrument permetrà identificar aquells barris amb pitjors indicadors de salut i els seus determinants per tal de posar-hi el focus amb l'objectiu de reduir les desigualtats en salut.

Resumen ejecutivo

El contexto socioeconómico

Las condiciones sociodemográficas

Según datos del Padrón Municipal de Habitantes, la población de Barcelona en 2014 ha sido de 1.613.281 personas, 764.590 hombres (47,4%) y 848.691 mujeres (52,6%). Se ha seguido reduciendo el número de personas de entre 15 y 44 años. En cuanto al número de personas extranjeras, se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, aunque destaca un aumento continuado de las nacidas en Europa y otros paí-

ses desarrollados y una reducción de las nacidas en países de América del Sur y América Central, después de años de incremento. En 2014, 20.186 hombres y 68.405 mujeres de 65 años o más vivían solos; de estos, un 54,8% y un 68,9%, respectivamente, tienen una edad de 75 años o más. Sigue la tendencia de años anteriores de reducción del porcentaje de personas con estudios primarios o menos y de aumento del de personas con estudios universitarios.

El entorno doméstico: la violencia machista

El servicio municipal ambulatorio de atención específica a las mujeres que viven violencia machista y que puede afectar a sus hijos ha atendido a 1.345 mujeres (15% más que en 2012). La procedencia de las

mujeres en el 58% de los casos era España, una cifra similar a la de 2012, y en el 42% restante era mayoritariamente América Latina y, en menor porcentaje, el Magreb.

El entorno económico

El paro y la tasa de ocupación han evolucionado de manera positiva en los hombres y de manera negativa en las mujeres, mientras que en ambos sexos ha disminuido la población activa. El paro de larga duración ha aumentado y afecta más a las personas más mayores, sobre todo a las mujeres. En 2014 había más personas desempleadas que no cobraban ninguna prestación o subsidio de desempleo (en diciembre de 2014 eran el 47,6% de todas las personas desempleadas). Paralelamente, la nueva contratación ha seguido siendo mayoritariamente temporal, con una ligera disminución respecto al año 2013 y con mayor presencia entre las mujeres y las personas más jóvenes.

Las condiciones de vida: la vulnerabilidad infantil

La situación de los hogares con menores es muy diferente en función del nivel de renta, el lugar de residencia, la situación laboral o el nivel académico de los progenitores. La desigualdad territorial adquiere relevancia en las carencias materiales. El conjunto de barrios con bajos ingresos tiene hasta 7,4 veces más carencias materiales severas que el conjunto de barrios con rentas altas.

Las acciones en salud pública

Vacunaciones

Se ha llevado a cabo el traspaso de la vacunación escolar a los equipos de atención primaria. La evaluación de la prueba piloto en base a las tasas de cobertura ha considerado que el traspaso había sido adecuado, si bien se ha recomendado hacer un seguimiento más intenso de las escuelas con coberturas inferiores al 77%.

Programa «Salud en los Barrios»

El programa ha ayudado a consolidar o, en algunos casos, a establecer grupos motores en todos los barrios en los que se ha desarrollado. Se han puesto en marcha intervenciones dirigidas a ni-

ños, jóvenes, adultos y personas mayores, utilizando los activos locales y de acuerdo con priorizaciones participativas. Se han llevado a cabo en 13 barrios de los 73 de la ciudad: el Poble Sec; les Roquetes; Ciudad Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; el Bon Pastor; Baró de Viver; la Barceloneta; el Raval; el Besòs i el Marresme; la Verneda i la Pau y Trinitat Nova.

Programa de cribado de cáncer de mama

La participación se ha mantenido alrededor del 50%, pero con muchas diferencias en función del nivel socioeconómico del barrio y, por tanto, de la presencia de doble cobertura sanitaria que exista. Se ha diagnosticado un cáncer a 4,9 mujeres de cada 1.000 a quienes se les ha hecho una mamografía.

La participación de la comunidad

La participación de la comunidad es conveniente y necesaria para el buen funcionamiento de la acción de salud pública. En estrategias comunitarias, como las promovidas en Barcelona por el programa «Salud en los Barrios», la participación es un elemento clave del proceso, junto con la intersectorialidad. En 24 barrios de la ciudad la ASPB está implicada en los grupos de acción comunitaria orientados a promover la salud. También son necesarios espacios de debate y diálogo que impliquen a servicios públicos y entidades, para conocer las necesidades de salud y decidir cómo abordarlas. La ASPB participa en los 10 consejos de salud de la ciudad así como en 13 grupos de participación de ámbito de ciudad.

Los servicios sanitarios

La atención primaria

La atención primaria de la salud es el primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria. Los servicios de atención primaria han dado cobertura al 70,1% del total de la población asignada (65,2% de hombres y 74,6% de mujeres), con una media de 3,4 visitas de médico de familia y pediatría por persona y año.

La atención a las urgencias

La actividad realizada en el año 2014 ha sido de 638.968 urgencias atendidas, una cifra un 2% superior a la del año 2013. La tasa global de urgencias es de 341 (338 en 2013). Barcelona disfruta de un plan de urgencias con mecanismos para clasificar la demanda y establecer circuitos para dirigir las urgencias al recurso más adecuado, hospitalario o extrahospitalario, según las necesidades individuales. La implementación de protocolos o códigos de actuación, como los códigos infarto, ictus, politrauma y otros, contribuye a mejorar la atención inmediata y el seguimiento de las personas afectadas.

La atención especializada hospitalaria

Las causas de hospitalización más frecuentes entre la población de

Resumen ejecutivo

14

Barcelona siguen siendo las enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos y las enfermedades del aparato circulatorio. En las mujeres hay que destacar los ingresos por causa obstétrica, que ocupan el tercer lugar. El 55% de los ingresos son para realizar procedimientos quirúrgicos, y la mitad se intervienen mediante cirugía mayor ambulatoria, una disciplina creciente que confiere mayor calidad al paciente y mejora la eficiencia del procedimiento.

La atención sociosanitaria

Como continuación del proceso de adaptación de la red sociosanitaria, se consolidan y aumentan las unidades de subagudos en las que se presta atención integral a personas con una enfermedad crónica conocida y evolucionada que, debido a una reagudización o a un empeoramiento del estado de salud del paciente, requieren hospitalización con una intensidad de recursos intermedios. Esta atención está destinada a personas que precisan la continuación de un tratamiento o una supervisión clínica continuada. El objetivo de esta atención debe ser la estabilización clínica y la rehabilitación integral.

La prestación farmacéutica

El Área Integral de Salut (AIS) Dreta es el territorio con mayor porcentaje de uso de recetas electrónicas (96,5%), seguido de la AIS Nord (93,5%), el AIS Litoral Mar (93, 47%) y el AIS Esquerra (93,2%).

Los grupos con mayor gasto son los antipsicóticos (6,8%), los inhalatorios adrenérgicos (5,7%) y los antiepilépticos (5,4%). Los diez primeros principios activos en recetas representan un 31,4% de las recetas de las especialidades farmacéuticas.

El contexto físico

Las condiciones de vivienda

Las condiciones de la vivienda y del acceso a una vivienda digna pueden repercutir en el estado de salud tanto físico como mental de las personas y pueden generar desigualdades en salud. En 2014 se produjeron en la ciudad de Barcelona 3.055 lanzamientos, la mayoría en viviendas de alquiler.

Se ha reducido la cifra de personas que duermen en la calle y que residen en asentamientos, pero debido a un aumento de los recursos asistenciales. Un 3,4% de la población de Barcelona (54.290 personas) está inscrita en el Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial (VPO), y algunas de las personas inscritas en el Registro han podido beneficiarse de las 527 adjudicaciones de VPO. Ha proseguido la reducción del número de ayudas a la rehabilitación de edificios así como del número de ayudas al alquiler a través del programa Lloguer Just. Sin embargo, las ayudas de especial urgencia han aumentado, al incluir en él ayudas a personas con paro de larga duración.

La seguridad alimentaria

En el año 2014 se han investigado 62 alertas alimentarias (47 en 2013) para evitar riesgos de salud pública producidos por la presencia de peligros físicos, químicos o biológicos en alimentos o en materiales en contacto con los alimentos. Los alimentos más frecuentemente implicados han sido los productos de la pesca con contaminación química. Los peligros más habituales han sido los químicos (mercurio, cadmio, aminas aromáticas, aflatoxinas o plomo), seguidos de los biológicos (salmonela, *Listeria*, *Escherichia coli*...).

La calidad del aire

La calidad ambiental es un determinante importante de la salud, ya que el entorno físico influye en las condiciones de vida de las personas. La ASPB lleva a cabo la vigilancia continuada de los principales parámetros de calidad del aire en la ciudad, y activa los circuitos indicados en casos de alerta por contaminación o episodios determinados y elabora el Informe anual de calidad del aire en Barcelona. En este marco, se lleva a cabo el control y registro de la evolución de 12 contaminantes atmosféricos, con los requisitos que establece la legislación ambiental estatal y europea. Los resultados indican que sigue habiendo problemas de contaminación del aire en la ciudad, sobre todo los referidos a los altos niveles de NO₂. Por lo tanto, es necesario reforzar las medidas para reducir la contaminación a través de la disminución de la principal fuente contaminante, el tráfico, no sólo para no superar los valores límite legalmente establecidos sino para acercarse a los valores recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La calidad del agua

El desarrollo de los programas de vigilancia y control de la calidad del agua de consumo humano permite clasificar las variables evaluadas (desinfección, condiciones sanitarias de las instalaciones y programas de autocontrol) como correctas y calificar las tres zonas de abastecimiento de Barcelona con valores de calidad conformes a la normativa.

Este año, la reducción normativa de la concentración máxima de plomo permitida en el agua de consumo, que ha pasado de 25 µg/l a

10 µg/l, ha supuesto el aumento del número de incidencias detectadas por este metal. Cualquier persona residente en Barcelona puede verificar si el agua de su vivienda contiene un exceso de plomo solicitando una analítica de control gratuita en la ASPB.

Los comportamientos relacionados con la salud

La movilidad

Según la Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona de Barcelona (EMEF) en el año 2014 se han llevado a cabo diariamente 6,6 millones de desplazamientos por Barcelona. El 72,2% han sido desplazamientos internos y el 27,8% de conexión. El 78,3% han sido realizados por personas residentes en la ciudad. Tanto en hombres como en mujeres, el 60% de los desplazamientos internos por Barcelona se hacen por movilidad ocupacional (el 40% restante por motivos personales). El 80% de los desplazamientos de conexión son por movilidad ocupacional. El medio de transporte más utilizado en los desplazamientos internos es caminar, 51% en hombres y 56% en mujeres. En cambio, en los desplazamientos de conexión el medio de transporte más utilizado por los hombres es el transporte privado (54%) y el medio más utilizado por las mujeres es el transporte público (64%).

La alimentación saludable

En el período de 2011 a 2014, un 3,9% de los chicos y un 6,6% de las chicas no desayunan antes de salir de casa, con una tendencia en ambos sexos a la reducción de estos porcentajes.

La salud

La esperanza de vida y la mortalidad

En 2013 en los hombres la principal causa de muerte prematura, y evitable, sigue siendo el cáncer de pulmón, pero con tendencia a disminuir. En las mujeres, en cambio, la mortalidad por cáncer de pulmón muestra una tendencia creciente y continuada en los últimos años. Por

otra parte, cabe destacar el suicidio, que se sitúa como la tercera causa de muerte prematura en ambos sexos.

La esperanza de vida ha aumentado a 80,7 años en los hombres y a 86,6 años en las mujeres (era de 79,9 años en los hombres y de 85,7 años en las mujeres en 2012). La esperanza de vida de la población sin estudios es de aproximadamente 4 años menos respecto al total. Por otra parte, también se observan desigualdades entre distritos: la esperanza de vida es muy inferior en Ciutat Vella respecto a toda Barcelona, casi 3 años menos en los hombres y 2 años menos en las mujeres.

Las enfermedades transmisibles

Las infecciones por VIH/sida

Los dos últimos años se observa un descenso en la incidencia del VIH, a pesar de ello la afectación sigue siendo muy alta y es la tercera enfermedad de declaración obligatoria más frecuente en Barcelona, tras la gonococia y la sífilis. Afecta en mayor medida hombres que tienen relaciones homosexuales. Continúa observándose la disminución de los casos diagnosticados con retraso, así como la tendencia al descenso de los casos de sida.

Las infecciones de transmisión sexual

Desde el año 2007 se observa una tendencia creciente de la sífilis, la gonococia y el linfogranuloma venéreo. La mayor parte de los casos ocurren en hombres jóvenes que tienen relaciones homosexuales.

La tuberculosis

Durante el año 2014 se han detectado 300 casos de tuberculosis en personas residentes en la ciudad, 187 hombres y 113 mujeres. La incidencia ha disminuido casi un 9% respecto al año anterior. La enfermedad es más frecuente en Ciutat Vella, en población inmigrante y en los barrios con rentas más bajas.

Los trastornos crónicos

De entre los trastornos más prevalentes destacan, según la Enquesta de Salut de Catalunya por Barcelona, la tensión arterial alta (25,2% de la población) y el colesterol elevado en sangre (21,2% de la población). También son importantes los trastornos crónicos que limitan la capacidad funcional, como el dolor de espalda lumbar (23,5%), cervical (18,0%) y la artrosis (23,2%); la prevalencia de estos trastornos en las mujeres duplica la de los hombres. La depresión y/o ansiedad es el quinto trastorno (18,2%) y su prevalencia en las mujeres duplica la de los hombres. Entre los niños menores de 15 años los principales trastornos crónicos son la bronquitis crónica (9,5%), la otitis de repetición (8,8%), la enuresis (8,0%), las alergias crónicas (6,2%) y las deficiencias visuales (5,0%), todas ellas con pocas diferencias por sexo.

Resumen ejecutivo

16

El estado de salud percibido

Se mantiene la mala salud autopercebida durante el período 2011-2014. En los hombres el porcentaje se mantiene alrededor del 14,5% y en las mujeres se estabiliza durante los dos últimos años alrededor del 20%. Sin embargo las diferencias en la mala salud autopercebida entre personas ocupadas y desocupadas en ambos sexos se amplían durante los últimos dos años.

La obesidad y el sobrepeso

El sobrepeso en el período 2011-2014 es del 19,8% en los hombres y del 25,9% en las mujeres, mientras que en obesidad, los valores son ligeramente superiores en los hombres (13,8%) que en las mujeres (12,8%). Se observa una tendencia al aumento del normopeso en ambos sexos. El exceso de peso en niños y jóvenes de edades comprendidas entre los 0 y los 18 años ha sido superior entre los chicos, con un 25,2%, frente al 17,6% de las chicas.

La salud sexual y reproductiva

Desde la bajada que se produjo en el año 2009, la fecundidad de las mujeres en edad fértil se ha mantenido estable, hasta este año, en que se ha observado un ligero descenso de la fecundidad. En cambio, los abortos habían crecido hasta el año 2008 y se habían mantenido estables hasta este año 2014, en que han disminuido.

En las adolescentes, tanto los abortos como la fecundidad han disminuido en 2014 y se han situado en tasas inferiores a las de los años 2003 y 2004. A pesar de esta disminución global, los embarazos adolescentes se distribuyen de forma desigual en los barrios de la ciudad y muestran un patrón asociado a la pobreza de los barrios.

La salud mental y las adicciones

La salud mental

Los centros de salud mental de adultos han atendido a 42.704 personas, y los centros de salud mental infantil y juvenil a 10.517. El Pla de Salut

de Catalunya 2011-2015 prioriza la prevención del suicidio poniendo énfasis en la mejora de las patologías crónicas que son factor de riesgo de suicidio, tales como la depresión. Dentro de este marco se ha elaborado el código riesgo de suicidio, que se puso en marcha en junio de 2014. El despliegue progresivo de las rutas asistenciales está permitiendo fundamentar la atención con un manejo compartido entre todos los servicios de salud del territorio.

Con los datos de la Enquesta de Salut de Catalunya por Barcelona, se observan diferencias en la mala salud mental entre personas ocupadas y desempleadas, especialmente en los hombres: en los últimos tres años la prevalencia de mala salud mental de los desempleados triplica la de los ocupados. En las mujeres estas diferencias no siguen un patrón tan claro y son más pronunciadas en los años 2011 y 2013.

Los centros de atención primaria han notificado 317 trastornos de salud mental relacionados con el trabajo a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, sin variación respecto al año anterior. Se trata de trastornos mayoritariamente de tipo ansioso y depresivo, la mayoría de los cuales han afectado a mujeres (69,7%).

Las adicciones

En los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS) se ha registrado un total de 4.252 inicios de tratamientos. La mayoría de inicios de tratamiento corresponden a hombres (73,4%). Siguiendo la tendencia de los últimos años, la principal sustancia por la que se pidió tratamiento en los CAS de la red pública de Barcelona fue el alcohol (45%), seguido de la cocaína (17%), la heroína y otros opiáceos (17%) y el cannabis (10%). A pesar de que en los últimos años la cifra de sobredosis mortales por reacción aguda adversa a drogas ha ido disminuyendo, se han tomado medidas para reducirlas aún más, ya que un 5% de las sobredosis que inicialmente no son mortales acaban finalmente produciendo la muerte.

La salud laboral

Los indicadores de salud laboral se han estabilizado respecto al año 2014. Las lesiones por accidentes de trabajo graves han disminuido y las leves han aumentado, siguiendo las tendencias de los últimos años. Las enfermedades profesionales han variado muy poco, con un ligero aumento de las que cursaron con baja y un ligero descenso de las que lo hicieron sin baja. Las enfermedades relacionadas con el trabajo se han mantenido estables. Las lesiones por accidentes de trabajo *in itinere* siguen siendo las más frecuentes entre las lesiones graves y mortales. La patología musculoesquelética es la más habitual de las enfermedades profesionales, y los trastornos ansiosos y depresivos son las enfermedades relacionadas con el trabajo que más a menudo se identifican los centros de atención primaria.

Las lesiones por colisión de tráfico

En 2014 se han producido en la ciudad de Barcelona 8.766 colisiones de tráfico, que han ocasionado víctimas y han tenido como consecuencia 11.380 personas lesionadas y 31 personas muertas durante las primeras 24 horas después de la colisión. Globalmente, no se observan cambios importantes en la cifra de personas lesionadas, en cambio la de personas muertas aumenta un 40,9% (ha pasado de 22 en 2013 a 31 en 2014)

Las desigualdades en salud en los barrios

Una de las estrategias para reducir las desigualdades en salud consiste en focalizar las políticas en los grupos más desfavorecidos. El Urban HEART es un instrumento que permite obtener una matriz de indicadores que resumen en un formato visual muy sencillo e intuitivo –en base a los colores de los semáforos– las desigualdades entre áreas, y que se ha aplicado a los barrios con distintos indicadores de salud y de sus determinantes. En la matriz se puede observar como en algunos barrios predominan los indicadores con resultados más favorables (color verde), como en la mayoría de los barrios del distrito de Sarrià-Sant Gervasi, mientras que en otros predomina el color rojo, como en la mayoría de los barrios del distrito de Nou Barris. Este instrumento permitirá identificar aquellos barrios con peores indicadores de salud y sus determinantes para poner allí el foco con el objetivo de reducir las desigualdades en salud.

Executive Summary

The socioeconomic context

Sociodemographic conditions

According to the Municipal Population Census, in 2014, Barcelona was home to 1,613,281 people: 764,590 men (47.4%) and 848,691 women (52.6%). The number of people aged between 15 and 44 continued to fall. The number of people from other countries has remained relatively stable in recent years, although there is an ongoing increase in the number of people born in Europe and other developed countries and a decrease in those born in South and Central America, after some years of growth for the latter two groups. In 2014, 20,186 men and 68,405 women aged 65 or over lived alone; of these, 54.8% and 68.9% respectively were aged 75 or over. The percentage of people with

primary-level studies continues to drop and that with university-level studies continues to rise, following the trends from previous years.

The domestic context: violence against women

The municipal service that provides specific care for women who are the victims of domestic violence that may also affect their children has attended to 1,345 women (15% more than in 2012). In 58% of the cases, the women were of Spanish nationality, a similar figure to 2012, and the remaining 42% were mainly from Latin America and, to a lesser degree, Northwest Africa.

The economic context

The employment rate and the percentage of people receiving unemployment benefit have decreased slightly for men and increased for women, while the active population has fallen for both men and women, and unemployment levels continue to be high. Long-term unemployment has increased and is more common among older people,

Executive Summary

18

particularly women. In 2014, there were more unemployed people not receiving any type of benefit or support (in December 2014, this was 47.6% of all unemployed people). At the same time, new contracts were mainly temporary, with a slight decrease in temporary contracts compared to 2013 and more of these among women and younger people.

Living conditions: child vulnerability

The situation of families with young children varies greatly depending on the level of income, the place of residence, the employment situation and the parents' level of studies. Inequality between different areas can clearly be seen in terms of material deprivation, as severe material deprivation is 7.4 times higher overall in low-income districts than in the high-income districts grouped together.

Public health measures

Vaccinations

School vaccination programmes have been transferred to primary healthcare teams. The assessment of the pilot scheme using vaccination rates showed the transfer to have been successful, although with a recommendation for closer monitoring of schools where the coverage is below 77%.

"Salut als Barris" (Healthy Districts) Programme

The programme has helped to consolidate or, in some cases, to establish, initiative groups in each district where it has been introduced. Campaigns have been launched for children, young people, adults and the elderly, exploiting local assets and with a focus on participation. They have been carried out in 13 of the city's 73 districts: Poblesec; Les Roquetes; Ciutat Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; Bon Pastor; Baró de Viver; Barceloneta; El Raval; El Besòs i el Maresme; La Verneda i la Pau and Trinitat Nova.

Breast cancer screening programme

Participation has remained at around 50%, but with large differences according to the district's

socioeconomic level, i.e. the presence of double health coverage (private and public). Cancer was diagnosed in 4.9 women for every 1,000 who came for a mammogram.

Community participation

Community participation is not only advisable, but also necessary for the success of public health measures. For community strategies such as those implemented in Barcelona through the "Salut als Barris" programme, participation is a key part of the process, together with collaboration between different sectors. In 24 of the city's districts, the *Agència de Salut Pública de Barcelona* (ASPB) is involved in community action aimed at promoting health. Spaces for debate and dialogue that involve public services and organisations are also needed in order to ascertain health needs and decide how to tackle them. The ASPB participates in the city's 10 health councils, as well as in 13 city steering groups.

Healthcare services

Primary healthcare

Primary healthcare is the healthcare system's first point of contact with patients. Primary healthcare services provided coverage to 70.1% of the total assigned population (65.2% of men and 74.6% of women), with an average of 3.4 GP and paediatrician appointments per person per year.

Emergency healthcare

In 2014, 638,968 emergencies were dealt with, 2% more than in 2013. The overall emergency rate was 341 (338 in 2013). Barcelona has an emergency healthcare plan with mechanisms to classify the demand and implement circuits that channel emergencies to the most suitable hospital or outpatient centre, in accordance with the needs of each case. The implementation of protocols and of codes such as 'heart attack', 'stroke' and 'multiple trauma' help to improve immediate care and follow-up of affected patients.

Specialised hospital care

In Barcelona, the most common causes of hospitalisation are still diseases of the nervous system and sensory organs and circulatory system disorders. Among women, obstetrics admissions are also a major cause and the third most common. In terms of admissions, 55% are for surgical procedures, and half of these are major outpatient surgery, a growing area that offers greater quality to patients and improved efficiency.

Social-healthcare

Continuing with the process of adapting the social-healthcare network, efforts have been made to consolidate and increase subacute units which provide integrated assistance to people with known long-term chronic illnesses, who require hospitalisation and increased in-

intermediate resources due to acute exacerbations or a worsening of their condition. This care is provided for people who are receiving ongoing treatment or require ongoing clinical supervision, with the objective of clinical stabilisation and integrated rehabilitation.

Pharmaceutical services

The *Àrea Integral de Salut* (AIS) Dreta is the area with the highest percentage of electronic prescription use (96.5%), followed by AIS Nord (93.5%), and then by AIS Litoral Mar (93.47%) and AIS Esquerra (93.2%).

The groups of pharmaceuticals with the highest number of prescriptions are antipsychotics (6.8%), adrenergic inhalants (5.7%) and antiepileptics (5.4%). The top ten active substances in prescriptions represent 31.4% of prescriptions of medicinal products.

The physical context

Housing conditions

Housing conditions and access to decent housing can affect both physical and mental health and give rise to health inequalities. In 2014, there were 3,055 evictions in the city of Barcelona, the majority from rented accommodation. The number of people sleeping on the streets and living in squatter settlements has fallen, although this has been due to an increase in resources for these groups. In Barcelona, 3.4% of the population (54,290 people) are on the *Habitatge de Protecció Oficial* (HPO) waiting list, and some of these people have benefited from the 527 homes provided by the HPO. The number of people receiving building renovation grants has continued to fall, as has the number of people receiving housing benefits through the *Lloguer Just* (Fair Rental) programme. However, emergency grants have increased as this area now includes benefits for the long-term unemployed.

Food safety

In 2014, 62 food alerts were investigated (compared to 47 in 2013) to avoid public health risks as a result of physical, chemical or biological ha-

zards in food or materials in contact with food. The foods most commonly involved were fishery products with chemical contaminants. The most common hazards were chemical (mercury, cadmium, aromatic amines, aflatoxins and lead) followed by biological hazards (salmonella, *Listeria*, *Escherichia coli*, etc.).

Air quality

Environmental quality is also another important factor with a bearing on health, as people's physical surroundings have an impact on their quality of life. The ASPB monitors the city's main air quality parameters on an ongoing basis, activating the necessary mechanisms in the case of pollution alerts or particular situations, and drawing up the annual air quality report for Barcelona. Within this framework, work is done to control and record the 12 atmospheric pollutants, in accordance with the requirements laid down by state and European law. The results show that the city continues to experience problem levels of pollutants, especially as regards the high levels of NO₂. Measures must therefore be reinforced to reduce pollution by reducing the main source — traffic — not only to bring it within the legally-established limits but also to reach the values recommended by the World Health Organisation (WHO).

Water quality

Drinking water monitoring and quality control programmes have been developed to make it possible to establish whether the different variables (disinfection, sanitary conditions of facilities and self-control programmes) are adequate and to assign quality indicators to Barcelona's three water supply areas in accordance with legislation.

Again in 2014, the legislative reduction in the maximum allowed concentration of lead in drinking water, which went from 25 µg/l to 10 µg/l, meant an increase in the number of incidents detected for this metal. Barcelona residents may check that the levels of lead in their drinking water fall within safe values by requesting a free analysis from the ASPB.

Behaviour with an impact on health

Mobility

According to *Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner* (EMEF) for Barcelona, in 2014 there were 6.6 million journeys each day in the city. Of these, 72.2% were journeys inside Barcelona and 27.8% beyond the city. 78.3% of the journeys were made by city residents. Both for men and women, 60% of internal journeys were for work, and the remaining 40% for personal reasons. 80% of journeys beyond the city were for work reasons. The most common means for internal journeys was walking; 51% for men and 56% for women. Meanwhile, for journeys beyond the city, the most common means used by men was private transport (54%) while for women it was public transport (64%).

Executive Summary

20

Healthy diet

Between 2011 and 2014, 3.9% of boys and 6.6% of girls did not have breakfast before leaving home, although both of these percentages are on a downward trend.

Health

Life expectancy and mortality

In 2013, the main cause of avoidable premature death for men continued to be lung cancer, but with a downward trend. For women, breast cancer continued to be the leading cause, while lung cancer shows a continued growing trend over recent years. Suicide was also an important factor and the third most common cause of premature death among both males and females.

Life expectancy has increased to 80.7 years for men and 86.6 for women (in 2012, these figures were 79.9 and 85.7 respectively). The life expectancy for the least-educated population is approximately 4 years lower than the overall figure. Furthermore, there are also inequalities between districts: the life expectancy is significantly lower in Ciutat Vella compared to Barcelona as a whole; almost 3 years lower for men and 2 for women.

Communicable diseases

HIV/aids infections

Although a drop in the incidence of HIV has been observed over the past two years, the number of cases remains very high and it is the third most common notifiable disease in Barcelona, after gonorrhoea and syphilis. The population most affected is men who have same-sex relations. There continues to be a decrease in late testers and in cases of AIDS.

Sexually transmitted diseases

Since 2007, there has been a growing trend in syphilis, gonorrhoea and lymphogranuloma venereum. Most cases occur in young men who have same-sex relations.

Tuberculosis

During 2014, 300 cases of tuberculosis were detected in people resident in the city; 187 of them male and 113 female. This represents a decrease of almost 9% compared to the previous year. The disease is most common in Ciutat Vella, among the immigrant population and in low-income districts.

Chronic illnesses

According to the Catalonia Health Survey for Barcelona, the most relevant illnesses are high blood pressure (25.2% of the population) and high blood cholesterol (21.2 percent of the population). Chronic illnesses with an impact on functional capacity are also significant, such as lower back pain (23.5%), neck pain (18.0%) and osteoarthritis (23.2%), with double the amount of cases in women compared to men. Depression and/or anxiety is the fifth most common disorder (18.2%), also twice as common in women compared to men. Among children under the age of 15, the main chronic illnesses are chronic bronchitis (9.5%), recurrent otitis (8.8%), enuresis (8.0%), chronic allergies (6.2%) and sight impairments (5.0%), none of which show significant gender differences.

Perceived State of Health

The levels of poor perceived state of health remained stable in the period 2011-2014. Among men, the percentage remained at around 14.5% and among women it has levelled off at around 20% over the past two years. However, the differences in poor self-perceived health between the employed and the unemployed, both men and women, have widened over the past two years.

Obesity and overweight

In the period 2011-2014, overweight stood at 19.8% for males and 25.9% for women, while obesity levels were slightly higher for men (13.8%) than for women (12.8%). A growing trend was seen in normal weight for both males and females. Overweight in children and adolescents aged 0 to 18 years was higher in boys, at 25.2%, compared to 17.6% for girls.

Sexual and reproductive health

Since the drop seen in 2009, pregnancies in women of fertile age had remained stable until this year, when a slight decrease has been observed. Abortions rose until 2008 and then remained stable until 2014, when there was a decrease.

In adolescents, both abortions and pregnancies dropped in 2014 and are currently at levels lower than those seen in 2003 and 2004. Despite this overall drop, adolescent pregnancies are unequally distributed among the city's districts and a correlation can be seen with poverty levels.

Mental health and addictions

Mental health

Adult mental health centres have attended to 42,704 people, and child and juvenile mental health centres to 10,517 people. The 2011-2015 Health Plan for Catalonia prioritises suicide prevention, stressing the importance of improving chronic illnesses that are risk factors, such as depression. The suicide risk code, implemented in June 2014, was developed within this context. The progressive implementation of clinical pathways is making it possible to promote shared healthcare between all the region's health services.

The data from the Catalonia Health Survey for Barcelona show differences in mental health between employed and unemployed people, especially among men: in recent years, poor mental health has been three times as high amongst unemployed compared to employed men. This pattern is not as clear for women, with the most pronounced difference seen in 2011 and 2013.

Primary healthcare centres have informed the Barcelona Occupational Health Unit of 317 work-related mental health disorders, with no variation compared to the previous year. These disorders are mainly anxiety and depression, and mostly affect women (69.7%).

Addictions

The Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) for drug dependency recorded a total of 4,252 people beginning treatment, most of whom were men (73.4%). Following the trend of recent years, the main substance requiring treatment in Barcelona's public CAS was alcohol (45%), followed by cocaine (17%), heroine and other opiates (17%) and cannabis (10%). Despite the

fact that in recent years the number of fatal overdoses due to adverse drug reactions has decreased, measures have been implemented to reduce the numbers even further, as 5% of initially non-fatal overdoses result in death.

Occupational health

Occupational health indicators remained stable for 2014. There was a decrease in serious occupational accidents and an increase in minor accidents, following the trend over recent years. There was very little variation as regards occupational diseases, with a slight increase in those which result in time off work and a slight decrease in those which do not. Work-related diseases remained stable. Injuries sustained on the way to and from work continue to be the most common type of serious and fatal injury. Musculoskeletal disorders continue to be the most common type of occupational disease, while anxiety and depression are the work-related illnesses most frequently identified in primary healthcare centres.

Injuries due to road traffic accidents

In 2014 in the city of Barcelona, there were 8,766 road traffic accidents involving victims, resulting 11,380 injuries and 31 deaths within the first 24 hours of the accident. Overall, there were no significant differences in the number of people injured, although the number of deaths has increased to 40.9% (this figure has grown from 22% in 2013 and 31% in 2014).

Health inequalities between neighbourhoods

One of the strategies used to reduce health inequalities is to focus policies on the most disadvantaged groups. Urban HEART is an instrument that uses different health indicators and their determinants to produce a matrix which can be applied to districts and provides a simple, easy to understand visual summary (using traffic light colours) of the inequalities between areas. The matrix shows a prevalence of indicators with favourable results (those in green) in certain districts, such as most of the those in the Sarrià-Sant Gervasi area, while others, for example most of the neighbourhoods in the Nou Barris area, show mainly red indicators. This instrument makes it possible to identify districts with the worst health indicators and their determinants, in order to focus policies on these areas with the aim of reducing health inequalities.

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

22

Existeixen diferents marcs conceptuals que intenten posar en evidència els factors socials que tenen relació amb la salut i les desigualtats en salut de les poblacions. Les ciutats o àrees urbanes tenen característiques específiques que les diferencien dels altres àmbits d'actuació, com ara el país o la comunitat autònoma. El marc conceptual de la figura 1 intenta descriure els factors relacionats amb la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes, molts dels quals són responsabilitat dels governs municipals. Les seccions principals del marc són:

Governança

La governança es refereix no només al govern (local, regional, nacional), sinó també a altres actors que tenen un paper important a les ciutats, com ara el sector privat i la societat civil a través de les organitzacions i els agents socials.

Context físic

Es refereix al context natural (el clima o la geografia) i a altres factors físics, com ara el medi construït basat en la planificació urbana i la política d'habitatge, que depenen parcialment de les autoritats locals. La urbanització i l'urbanisme estan determinats per les infraestructures públiques (comunicacions, sistema de clavegueram), per les reglamentacions generals (en relació amb els edificis i l'ús de l'espai públic) i pels equipaments dels barris (instal·lacions esportives, sanitàries i educatives, mercats, biblioteques, etc.). Les polítiques d'habitatge (impostos, habitatge social de lloguer o de venda) poden fer-lo assequible a tothom i, sobretot, a les persones de les llars amb ingressos baixos, i l'absència d'aquestes polítiques converteix l'habitatge en un bé d'especulació, tal com ha passat en la crisi econòmica actual. Un altre aspecte del context físic és la mobilitat, que afecta tant la mobilitat de vianants com la possibilitat d'usar el transport públic o el privat. Els factors esmentats poden, a més, influir en les característiques ambientals, com ara la qualitat de l'aigua i de l'aire i la contaminació acústica, que són determinants importants de la salut a les zones urbanes. Finalment, també es té en compte l'accessibilitat a aliments saludables

(disponibilitat i preu) i la gestió de les emergències que pot haver-hi en una ciutat.

Context socioeconòmic

Aquesta secció es refereix a diversos aspectes, com ara els factors econòmics, d'ocupació i les condicions de treball, l'entorn domèstic i familiar, els serveis públics (educació, salut, serveis per ajudar les famílies, etc.) i les transferències socials (pensions, prestacions per atur, etc.). Tot i que la majoria d'aquests factors són responsabilitat del govern del país, els governs de les ciutats tenen la capacitat de modificar-los. Altres aspectes inclosos són la seguretat, les xarxes socials i la participació de la comunitat, en què els diferents actors de la ciutat tenen capacitat d'intervenció.

Els entorns

Els entorns són els espais on les persones interactuen i on es creen o resolen problemes relacionats amb la salut. Exemples d'entorns són els barris, les escoles o els llocs de treball. Tant el context físic com

Figura 1. Model de determinants de la salut i desigualtats en salut a les àrees urbanes.



Font: elaborat pel projecte Ineq-cities: <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/> (Borrell C et al. JECH)⁴.

el socioeconòmic estan relacionats amb aquests entorns, tal com s'observa a la figura 1. Així, per exemple, les característiques del medi construït i el context socioeconòmic influeixen en la segregació residencial de la població, fet que implica que les persones de classes socials desfavorides o immigrants de països de renda baixa tendeixin a viure en barris amb habitatges de menor valor i amb concentració de persones del mateix origen. Moltes ciutats arreu del món estan altament segregades per barris, amb múltiples barreres històriques, logístiques i pràctiques que impedeixen la relació entre els diferents grups socials. Aquesta segregació residencial determina les característiques socials de la població del barri i, per tant, es relaciona amb les desigualtats en salut entre diverses zones.

Els entorns són espais idonis per portar a terme accions per promoure la salut, accions que poden adoptar moltes formes, com ara l'accessibilitat a espais públics per fer activitat física (per exemple, àrees verdes o instal·lacions esportives) o accions per promoure la seguretat i el foment de les xarxes socials i la participació.

Eixos de desigualtat

Els factors comentats anteriorment poden variar d'acord amb els diferents eixos de desigualtat, com la classe social, el gènere, l'edat, l'origen ètnic o la migració, eixos que determinen l'estructura social.

¹Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci.* 2010; 1186: 125-45.

²Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. *J Urban Health.* 2007; 84(3 Suppl):16-26.

³WHO/UN-HABITAT. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: World Health Organization; 2010.

⁴Borrell C et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health.* 2014; 67:5 389-91.





El context socioeconòmic

25

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn domèstic: la violència masclista

L'entorn econòmic

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

Les accions en salut pública

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

Els trastorns crònics

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Vigilància i control de l'arbovirus

La salut en xifres

Les condicions sociodemogràfiques

26

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants cedides per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2014 la població de Barcelona ha estat de 1.613.281 persones, 764.590 homes (47,4%) i 848.691 dones (52,6%). Pel que fa a la distribució de la població de la ciutat per edat i sexe i a la seva evolució en el temps, cal destacar que s'ha continuat reduint el nombre de persones d'entre 15 i 44 anys, tant homes com dones, i de forma similar en persones nascudes a l'Estat espanyol i nascudes a l'estranger (amb l'excepció d'aquelles procedents d'Europa o d'altres països desenvolupats, que va continuar augmentant). D'aquesta manera, el percentatge de persones de 15 a 44 anys s'ha anat reduint any rere any, i l'any 2014 s'ha situat en un 42,7% dels homes i un 37,9% de les dones, uns 4 i 3 punts

percentuals menys, respectivament, que l'any 2006. De forma similar, la raó de persones de 65 anys o més respecte a aquelles d'entre 15 i 64 anys (índex de dependència senil) també ha crescut, tot i l'augment de persones d'entre 45 i 64 anys (vegeu la taula 1, pàgina 92).

Les persones nascudes fora de l'Estat espanyol han representat el 22,2% (358.798 persones) de la població de Barcelona. Tot i que els darrers anys el nombre de persones estrangeres s'ha mantingut relativament estable, no ha estat així pel que fa a la distribució segons el país de procedència. Destaca un augment continuat de persones nascudes a Europa i altres països desenvolupats (97.575 el 2014, 89.008 el 2009), mentre que les nascudes a països d'Amèrica del Sud i Amèrica Central s'han anat reduint (171.061 el 2014, 176.444 el 2009) després d'anys d'incrementar-se (vegeu la figura 1).

L'any 2014, 20.186 homes i 68.405 dones de 65 anys o més vivien sols, d'aquest, un 54,8% i un 68,9%, respectivament, tenen una edat

Figura 1. Evolució del nombre d'homes i dones nascuts a l'estranger. Barcelona, 2005-2014.



Font: Padró Municipal d'Habitants de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

de 75 anys o més. Respecte a l'any anterior, s'ha reduït el nombre d'homes i dones d'entre 75 i 84 anys que vivien sols (7.302 homes l'any 2013 i 7.111 l'any 2014; 29.472 dones l'any 2013 i 28.163 l'any 2014), tot i que aquesta xifra ha augmentat entre les persones de 85 anys i més (3.763 homes l'any 2013 i 3.954 l'any 2014; 18.357 dones l'any 2013 i 18.958 l'any 2014). El nombre de dones grans que viuen soles ha continuat sent molt superior al d'homes que viuen sols, gairebé quatre vegades superior entre les persones d'entre 75 i 84 anys i gairebé cinc vegades superiors entre les persones de 85 anys i més.

Pel que fa al nivell d'estudis de les persones empadronades a la ciutat de Barcelona, ha continuat la reducció del percentatge de persones sense estudis o amb estudis primaris i l'augment del percentatge d'aquelles amb estudis universitaris, tant en homes com en dones i en tots els districtes de la ciutat. L'any 2014, una de cada quatre persones tenia titulació universitària (27,7% dels homes i 29,1% de les dones), amb diferències importants segons els districtes (la meitat a Sarrià –52,3% dels homes i 45,7% de les dones– i una de cada deu a Nou Barris –10,4% i 13%, respectivament). També, una de cada quatre persones tenia estudis primaris o menys (22,5% dels homes i 27% de les dones), essent també aquesta xifra molt diferent segons els districtes de la ciutat (7,3% dels homes i 11,3% de les dones de Sarrià i 35,2% i 41%, respectivament, a Horta).

L'entorn domèstic: la violència masclista

Les dades que es mostren a continuació són dels equips d'atenció a les dones (EAD), el servei municipal ambulatori d'atenció específica a les dones que han patit violència masclista elles mateixes i/o els seus fills i filles a la ciutat^a. El 2013 es va atendre 1.345 dones (15% més que el 2012). Les dones ateses per primera vegada van ser 552, cosa que representa el 41% del total, amb un increment del 10% respecte a l'any 2012. Les dones accedeixen als EAD de forma directa, 418 dones (68%), o bé hi són derivades des d'altres serveis municipals, Mossos d'Esquadra, Justícia, xarxa sanitària, entitats, etc. (196 dones, el 32%). Un 58% de les dones ateses procedia de l'Estat espanyol, una xifra similar a la del 2012, i el 42% restant procedia majoritàriament d'Amèrica Llatina i, en menor percentatge, del Magrib.

Segons el registre de mortalitat judicial de Barcelona de l'ASPB, l'any 2014 es van produir 8 homicidis de dones de la ciutat, 3 dels quals van ser per agressió de la parella. La mortalitat per violència masclista està segurament infradeclarada en aquest registre. Caldria millorar la declaració d'aquests casos des de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya. A més, des de l'ASPB s'estan impulsant altres iniciatives que podrien pal·liar en els pròxims anys l'escassetat d'informació sobre la magnitud de la violència masclista a la ciutat. En primer lloc, la inclusió de preguntes sobre violència masclista a l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB 2016), de la qual obtindrem resultats l'any 2017, i, en segon lloc, l'obtenció de les dades d'atenció hospitalària i d'urgències de dones amb lesions per violència masclista.

^a Serveis municipals d'atenció per violència masclista dependents de la Direcció de Dona. Informe 2013. accessible a: w110.bcn.cat/Dones/Continguts/Documents/Informe%20violencia%202013.pdf

L'entorn econòmic

28

El 2014 hi ha hagut una evolució més favorable en els homes que en les dones, en relació amb dos dels indicadors del mercat de treball analitzats. La taxa d'atur masculina ha disminuït i la taxa d'ocupació ha augmentat lleugerament, però el nombre d'homes ocupats ha disminuït: ha passat de 344.425 el 2013 a 332.075 el 2014. Contràriament, en el cas de les dones la taxa d'ocupació ha disminuït i la d'atur ha augmentat moderadament, de manera que enguany ha estat lleugerament superior que la dels ho-

mes. En ambdós sexes, però, ha disminuït la taxa d'activitat, seguint la tendència dels darrers anys en el cas dels homes i per primer cop en les dones (des del 2002 només havia disminuït l'any 2010) (vegeu el quadre 1).

En analitzar el moviment del mercat de treball en relació amb el nombre de persones destaca, de manera similar a l'any anterior, la disminució del nombre de persones actives, sobretot entre els homes, que han passat de 423.200 el 2013 a 399.800 el 2014. Entre les dones també hi ha hagut una disminució de l'activitat, encara que més moderada (s'ha passat de 404.250 dones actives el 2013 a 401.600 el 2014)^b.

Malgrat la disminució de l'atur masculí, les taxes en ambdós sexes continuen sent altes i enguany s'ha mantingut la tendència a l'augment de dues de les característiques de l'atur que s'associen a un pitjor estat de salut: l'atur de llarga durada i la manca de prestacions econòmiques. El desembre del 2014 el 40,8% dels homes i el 46,4% de les dones aturades feia més d'un any que no tenien feina, percentatges que eren superiors en les persones més grans, de manera que els homes de 45 anys i més n'eren el 58,2% i les dones el 63,7%. La major proporció

Quadre 2. Proporció de contractes temporals per sexe, edat, nivell d'estudis i ocupació. Barcelona, 2014.

Grup	%
Sexe	
Homes	87,1
Dones	88,7
Edat	
< 20 anys	92,3
20-24 anys	92,4
25-29 anys	88,1
30-44 anys	86,2
45 anys i més	86,3
Nivell d'estudis	
Sense estudis	82,9
Estudis primaris	84,7
Programes de formació professional	92,6
Educació general	89,8
Tècnics – professionals superiors	88,3
Universitaris de 1r cicle	93,0
Universitaris de 2n i 3r cicle	77,2
Ocupació	
Direcció i gerència d'empreses	27,7
Professionals de la ciència i intel·lectuals	91,4
Professionals de suport	83,7
Personal administratiu	79,1
Personal de serveis i comerç	90,4
Personal d'agricultura i pesca	87,5
Personal d'indústria i construcció	86,8
Operadors/es d'instal·lacions i maquinària	80,0
Ocupacions elementals	89,7

Font: Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. Elaboració del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Quadre 1. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur per sexe. Barcelona, 1995-2014.

Any	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
1995	63,4	42,1	53,2	31,9	16,1	24,4
1996	61,0	41,5	49,8	32,3	18,5	22,2
1997	60,6	41,9	51,4	32,9	15,3	21,5
1998	62,6	40,8	55,5	31,8	11,4	22,1
1999	59,1	39,0	53,5	32,4	9,5	16,8
2000	59,1	39,0	53,5	34,2	9,6	12,3
2001	63,8	44,0	58,4	38,4	8,6	12,7
2002	64,3	46,3	57,8	40,1	10,2	13,4
2003	67,9	47,8	60,8	41,6	10,5	13,0
2004	69,6	49,9	62,2	43,8	10,7	12,2
2005	70,5	50,5	66,0	46,2	6,4	8,6
2006	70,6	52,8	66,9	48,7	5,3	8,0
2007	68,6	52,8	64,3	49,4	6,1	6,5
2008	70,7	54,5	65,4	50,6	7,5	7,2
2009	69,3	56,5	59,6	49,2	14,0	12,9
2010	68,9	55,9	57,0	47,6	17,2	15,0
2011	69,6	57,4	57,9	48,9	16,8	14,7
2012	69,1	57,7	55,6	48,2	19,4	16,4
2013	67,3	57,8	54,8	48,1	18,6	16,9
2014	66,2	57,0	55,0	47,3	16,9	17,1

Font: elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Dades de promig anual calculades a partir de dades trimestrals. Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística.

Nota: l'any 2014 ha canviat la base poblacional. Les dades del període 2002-2013 s'han revisat amb la nova base de població, per poder establir comparacions. No són comparables, però, amb les dels anys anteriors.

de persones en atur de més d'un any de durada el darrer mes del 2014 es trobava al districte de Sant Andreu (el 47,0% de les persones aturades), seguit dels d'Horta-Guinardó (45,5%), Nou Barris (45,4%) i Sant Martí (45,2%)^c.

Quant a la cobertura econòmica de l'atur, ha continuat disminuint el darrer any, de manera que el desembre del 2014 només el 52,4% de les persones aturades percebia alguna prestació o subsidi d'atur, mentre que l'any anterior en percebia el 55,0% (cal tenir en compte que el 2009 era el 71,1%)^d.

Pel que fa a la nova contractació, segueix sent majoritàriament temporal, tot i que el 2014 ha disminuït lleugerament la proporció de contractes d'aquest tipus (el 2013 van ser el 89,0% dels contractes i enguany el 87,5%). La temporalitat es distribueix, però, de forma desigual entre diversos grups, de manera que és superior entre les dones i les persones joves. També és diferent segons el nivell d'estudis i l'ocupació. En el primer cas és superior en les

persones amb estudis universitaris de primer cicle i les que han seguit programes de formació professional, i inferior en les que han cursat estudis universitaris de segon i tercer cicle. Pel que fa a l'ocupació, les persones professionals de la ciència i intel·lectuals, el personal de serveis i comerç i les persones que treballen en ocupacions elementals són els grups amb major temporalitat dels contractes. A l'altre extrem hi trobem les persones directores i gerents, on la temporalitat va ser molt inferior (vegeu el quadre 2, pàgina 28).

^b Dades de mitjana anual calculades a partir de dades trimestrals. Font: EPA. Instituto Nacional de Estadística. Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

^c A diferència de les dades de l'EPA, que es refereixen a l'atur declarat (a partir del qual s'ha obtingut la taxa d'atur), les dades sobre la durada de l'atur i el cobrament de prestacions es refereixen a l'atur registrat, que correspon a les demandes d'ocupació a les oficines de treball de la Generalitat (OTG) pendents de cobrir l'últim dia de cada mes, excloent-ne els treballadors ocupats que volen canviar de feina, els treballadors que no tinguin disponibilitat immediata per treballar o amb una situació que és incompatible amb la feina, els treballadors que demanin una ocupació d'unes característiques determinades i els treballadors eventuais agraris beneficiaris del subsidi especial d'atur. Cal tenir en compte que, en fer comparacions entre grups (per exemple entre districtes), hi podria haver un biaix pel fet que hi ha persones aturades que han deixat de buscar feina perquè consideren que no en poden trobar i que no es comptabilitzen com a aturades en el registre de les OTG.

^d Font: Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. Elaboració del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

L'any 2014 a la ciutat hi ha 214.931 infants d'entre 0 i 15 anys, que representen el 13,3% de la població. Aquets menors resideixen en 139.293 llars, que constitueixen el 21,2% de les llars de la ciutat. El 12,6% d'aquestes llars són monoparentals. La situació de les llars amb menors és molt diferent en funció del nivell de renda, del lloc de residència, i de la situació laboral o el nivell acadèmic dels progenitors. Segons les dades del Baròmetre d'Infància i Famílies, el

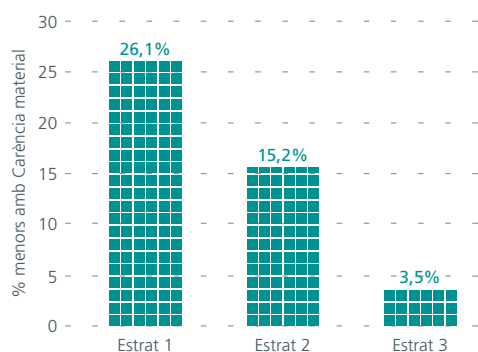
10% de les llars amb més ingressos tenen el 24,1% dels ingressos totals de les llars, pràcticament igual que el 50% de les llars amb menys ingressos i 14 vegades més que el 10% de les llars amb menys ingressos (vegeu la figura 2, pàgina 30). El 28% de les unitats familiars de la ciutat reconeixen tenir dificultats per arribar a finals de mes, percentatge que creix fins a prop del 50% quan es tracta de famílies amb un sol progenitor.

Respecte a la situació laboral, el 8,1% de les llars amb menors de 16 anys no tenen cap dels progenitors o responsables treballant, xifra que

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

30

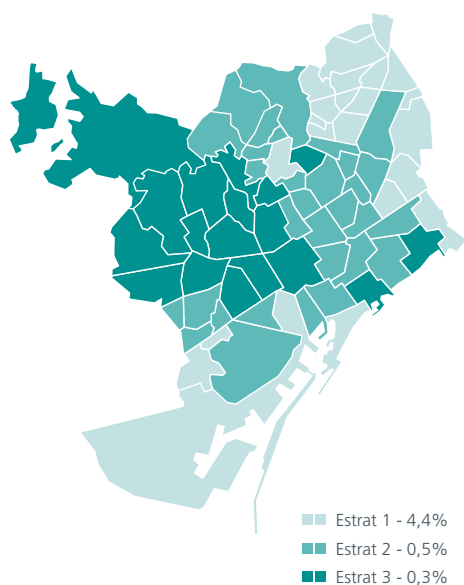
Figura 3. Percentatge de menors de 16 anys amb carència material severa (estratègia Europa 2020), per estrats de renda familiar disponible. Barcelona, 2014.



Font: elaboració pròpia a partir del Baròmetre de la Infància i les Famílies a Barcelona (BIFAB 2014).

Nota: els estrats corresponen a tres trams de renda familiar disponible, de la renda més baixa (estrat 1) a la renda més alta (estrat 3).

Figura 4. Menors de 16 anys que viuen en llars on no es poden permetre un àpat de carn, pollastre o peix (o equivalent vegetarià) almenys cada dos dies. Barcelona, 2014.

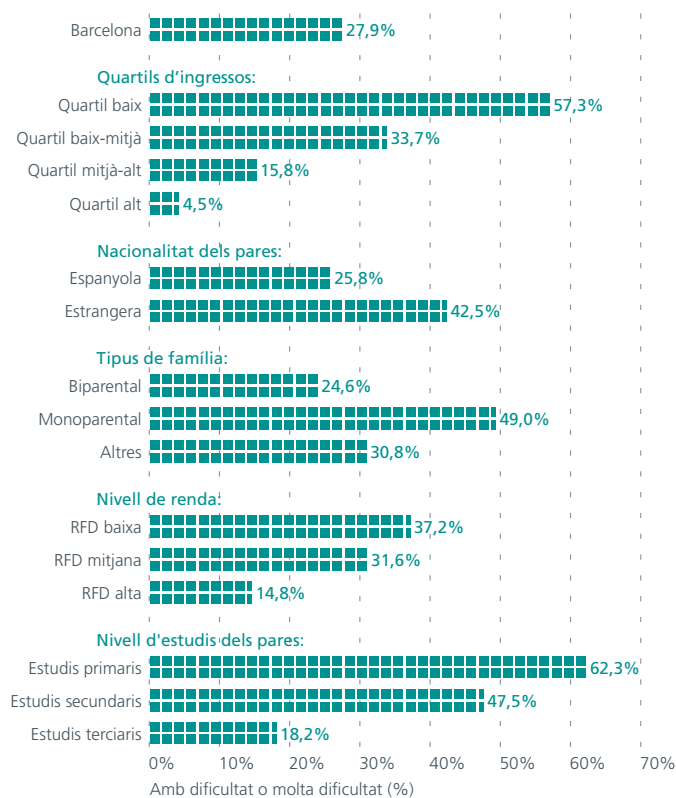


Font: elaboració pròpia a partir del Baròmetre de la Infància i les Famílies a Barcelona (BIFAB 2014).

s'incrementa fins al 12% en els barris amb rendes baixes i es redueix fins al 3,9% en els barris més benestants. El 13,4% de les llars amb menors han tingut algun endarreriment a l'hora de pagar l'import mensual de la hipoteca o el lloguer en els darrers 12 mesos. En el cas de les llars monoparentals aquest percentatge arriba al 20,5% i en el cas de les llars de persones de nacionalitat estrangera al 31,8%.

Als barris de rendes més baixes la proporció de famílies que manifesten que tenen dificultats per arribar a final de mes és del 37,2%, en contrast amb els barris de rendes més altes, on la xifra baixa fins al 14,8% (vegeu la figura 2). La desigualtat territorial pren rellevància en les carències materials. El conjunt de barris amb ingressos baixos té fins a 7,4 cops més carències materials severes que el conjunt de barris amb rendes altes (vegeu la figura 3). El 13,3% dels menors de 16 anys de la ciutat viuen en llars on no poden mantenir l'habitatge a una temperatura adequada durant els mesos d'hivern i, als barris de rendes més baixes, aquest percentatge arriba fins al 25,9%.

Figura 2. Capacitat de les llars amb menors de 16 anys d'arribar a final de mes segons les característiques socioeconòmiques. Barcelona, 2014.



Font: elaboració pròpia a partir del Baròmetre de la Infància i les Famílies a Barcelona (BIFAB 2014).

Nota: els estrats corresponen a tres trams de renda familiar disponible, de la renda més baixa (estrat 1) a la renda més alta (estrat 3).

Al conjunt de la ciutat l'11% dels menors de 16 anys no pot gaudir d'activitats d'oci i esport de forma regular, no poden fer-ho el 19,6% dels infants que resideixen en els barris de rendes baixes, ni tampoc el 4% dels infants dels barris amb majors ingressos. La prevalença de l'obesitat, reflex de la impossibilitat de seguir una

dieta adequada, també és més elevada als territoris de rendes baixes (16%) que als territoris de rendes altes (6,6%). L'1,4% dels menors de 16 anys viu en llars on no es poden permetre un àpat de carn, pollastre o peix (o equivalent vegetarià) almenys un cop cada dos dies. En funció del barri de residència aquesta privació pot variar del 0,3% al 4,4% (vegeu la figura 4, pàgina 30).

Les accions en salut pública

Vacunació escolar des de l'atenció primària

Des que el 1980 es va aprovar el Decret del Programa de Salut Escolar, l'Ajuntament de Barcelona, a través de l'ASPB, ha estat responsable i ha dut a terme la vacunació i el seguiment dels infants i joves a les escoles. Tot i que el Decret 155/1993 d'actualització del Programa de Salut Escolar contemplava l'execució de la vacunació escolar pels equips d'atenció primària de salut (EAP), l'Ajuntament i l'ASPB van continuar liderant i acomplint aquestes activitats, a diferència del model de la resta de Catalunya.

A partir del curs 2014-2015 els equips d'atenció primària (EAP) de Barcelona han realitzat la vacunació escolar, administrant totes les vacunes en edat escolar incloses en el calendari de vacunacions sistemàtiques de Catalunya. El curs anterior, com a prova pilot del projecte, es va iniciar la vacunació a segon curs de l'educació secundària obligatòria (ESO), en què només s'administra la vacuna del tètanus i la diftèria.

El traspàs ha estat liderat pel CSB, amb el suport de l'ASPB. Des del moment de la planificació s'ha comptat amb la participació dels EAP implicats, amb els quals es van fer reunions informatives i

organitzatives. Així mateix, s'han portat a terme reunions de seguiment per valorar el procediment i proposar-hi millores.

Una de les accions de seguiment ha estat avaluar els resultats de la vacunació escolar de tètanus i diftèria en la fase pilot a segon d'ESO durant el curs 2013-2014, concretament en relació amb les cobertures vacunals escolars, les absències o la falta d'informació, i les negatives familiars per escoles. Els resultats s'han comparat amb les dades de cursos anteriors (2010-2011, 2011-2012 i 2012-2013).

El curs 2013-2014 la cobertura vacunal escolar ha estat del 83,2%, la negativa familiar del 3,3% i les absències o la falta d'informació del 12,7% (vegeu la figura 5, pàgina 32). En comparació amb els cursos anteriors, la cobertura ha baixat tres punts, les absències o la falta d'informació han pujat quatre punts i les negatives familiars s'han mantingut estables. En els cursos anteriors, els equips municipals de vacunació escolar feien repesques en aquelles escoles en què les absències o la falta d'informació eren elevades, fet que explicaria les diferències en aquest indicador. Tot i les bones cobertures globals, hi ha àrees bàsiques de salut en què les cobertures escolars han baixat força, descens també relacionat amb l'elevat nombre d'absències o de falta d'informació.

Atesos aquests resultats, s'ha considerat que el procediment de vacunació escolar pels EAP havia estat adequat, ja que ha assolit unes cobertures similars a les de cursos anteriors. S'ha decidit promoure que els absents compleixin la vacunació als seus centres d'atenció primària en comptes de fer repesques a l'escola. També s'ha recomanat fer un seguiment més estret de les escoles amb cobertures baixes, especial-

Les accions en salut pública

32

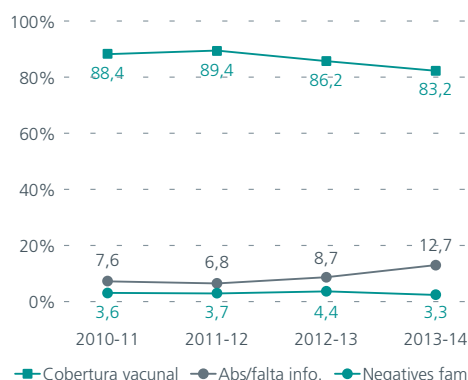
ment les inferiors al 77%, la mitjana estatal. La falta d'informació no és equivalent a no estar vacunat, ja que aquests joves podrien haver estat vacunats fora de l'àmbit escolar i no haver-ne informat. Per aquest motiu, es treballa també per accedir a la informació poblacional, via història clínica compartida, per determinar les cobertures vacunals reals de tètanos i diftèria de la població de 14 anys de la ciutat de Barcelona.

Programa «Salut als Barris»

L'any 2004 la Generalitat de Catalunya va aprovar la Llei de barris amb l'objectiu de millorar les condicions de vida als territoris més fràgils. El 2005 el Departament de Salut va desenvolupar el programa «Salut als Barris» per tal de reduir, mitjançant l'acció comunitària, les desigualtats socials en salut en els barris beneficiats per la Llei de barris. El programa «Salut als Barris» a Barcelona és coliderat per l'ASPB, el CSB i els respectius districtes municipals. El programa es desenvolupa en 5 fases:

1. Aliances polítiques i grup motor: es crea un acord polític entre l'ASPB, el CSB i el districte municipal per decidir a quin barri s'inicià el programa. Posteriorment, es creen aliances entre els diversos agents comunitaris amb l'objectiu de desenvolupar el programa.

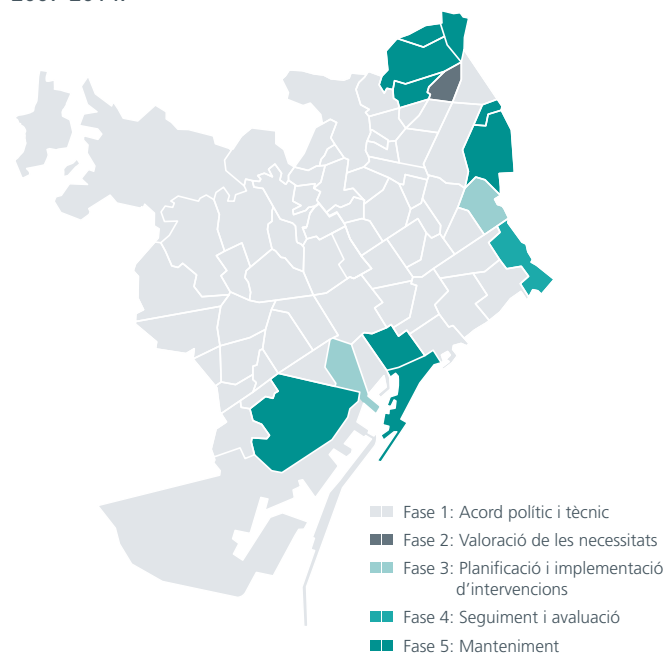
Figura 5. Cobertures vacunals escolars, absència o falta d'informació i negatives familiars a la vacunació escolar amb tètanos i diftèria a segon d'ESO. Barcelona, 2010-2014.



Font: Servei de Programes i Intervencions Preventives. Agència de Salut Pública de Barcelona.

2. Coneixement de les necessitats del barri en salut: es fa un estudi quantitatiu a partir de la informació disponible sobre la població resident a cada barri i un estudi qualitatiu per conèixer les percepcions relacionades amb la salut de les persones que viuen i/o treballen al barri.
3. Priorització de problemes i intervencions: a partir d'una jornada de priorització comunitària es prioritzen les necessitats en salut destacades. Es duu a terme una revisió bibliogràfica de les intervencions comunitàries més efectives pel que fa a aquestes necessitats i, paral·lelament, es duu a terme un mapatge per conèixer quines intervencions ja treballen aquestes necessitats al barri.
4. Pla d'intervenció: el grup motor comunitari estableix unes línies d'acció a partir de la priorització de les necessitats. Posteriorment es creen grups de treball per a desenvolupar les intervencions.
5. Avaluació: s'avalua l'estructura, el procés i els resultats en salut per a les intervencions iniciades i la implementació de la globalitat del programa.
6. Manteniment: es vetlla pel manteniment del grup comunitari de salut i de les intervencions iniciades, juntament amb el desenvolupament de noves intervencions.

Figura 6. Barris i fases d'intervenció de la Llei de barris. Barcelona, 2007-2014.



Font: Servei de Programes i Intervencions Preventives. Agència de Salut Pública de Barcelona.

El programa «Salut als Barris» de Barcelona es duu a terme a 13 dels 73 barris de la ciutat: el Poble-sec; les Roquetes; Ciutat Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; el Bon Pastor; Baró de Viver; la Barceloneta; el Raval; el Besòs i el Maresme; la Verneda i la Pau, i Trinitat Nova (vegeu la figura 6, pàgina 32).

El programa ha ajudat a consolidar o, en alguns casos, a establir grups motors a cada barri on s'ha desenvolupat. S'han posat en marxa intervencions adreçades a infants, joves, adults i gent gran, fent servir els actius locals i d'acord amb priorititzacions participatives. Gairebé totes les intervencions s'han avaluat i han mostrat resultats favorables en relació amb la salut. Per exemple, un programa per reduir l'aïllament en persones grans, el programa Baixem al Carrer, ha millorat un 24% la salut mental i un 21% l'estat de salut percebut de les persones participants. El programa d'Habilitats Parentals, consistent a incrementar les capacitats de comunicació eficaç entre pares i fills, ha fet augmentar un 26% les competències de criança i habilitats de les mares i els pares que hi van participar. Pel que fa als joves, el programa de consell contraceptiu a menors de

20 anys va fer augmentar un 18% els coneixements sobre on trobar anticoncepció d'emergència i un 10% l'ús de mètodes contraceptius segurs en la darrera relació sexual. El programa «Salut als Barris» ha esdevingut una metodologia d'intervenció comunitària a estendre progressivament a les àrees barcelonines desfavorides.

Programa de cribatge de càncer de mama

El programa de cribatge de càncer de mama convoca les dones d'entre 50 i 69 anys a fer-se una mamografia cada dos anys. L'any 2014, es van citar gairebé 99.726 dones i hi van participar 52.960, és a dir, un 53,1%, de manera que s'ha mantingut una participació molt estable al llarg dels anys, de pels volts del 50%. Si es revisa la participació pel col·lectiu de dones de nacionalitat estrangera, ens trobem amb una participació també del 51%. En xifres globals de Barcelona, la participació canvia molt en funció del nivell socioeconòmic del barri i, per tant, de la presència de doble cobertura sanitària que hi hagi. Així, ha oscil·lat entre un 32,8% a Sarrià-Sant Gervasi o un 43,7% a Les Corts, i un 62,5% a Sant Andreu o un 61,6% a Sant Martí. I de la mateixa manera, quan parlem del col·lectiu de dones estrangeres, hi incloem totes les nacionalitats i tots els nivells socials. Quant als resultats del cribatge, un 98,2% de les dones cribrades realitzen controls rutinaris al cap de dos anys, a un 1,2% se'ls recomana realitzar un control en un període més curt, al cap de l'any i a 261 dones se'ls diagnostica un càncer. Això representa 4,9 dones de cada 1.000 a qui se'ls va fer la mamografia.

La participació de la comunitat

La participació en salut pot desenvolupar-se de diferents maneres, des de tan sols l'ús dels serveis, passant per la cooperació —participant de diverses maneres en accions però sense que s'estableixi un alt grau de coresponsabilitat—, fins a la participació en la planificació, l'administració i l'execució d'actuacions. Per al desenvolupament de la salut pública a la ciutat es considera necessari ser present en diferents estratègies i

models participatius tant del model de cooperació com del de la màxima participació. En aquest últim model, hi incloem els grups comunitaris que promouen l'estratègia «Salut als Barris» així com els plans de desenvolupament comunitari. En aquests casos, serveis públics i entitats decideixen i desenvolupen actuacions i programes per promoure la salut, a partir d'una anàlisi de necessitats priorititzades, que es planifiquen des dels mateixos grups. Així, l'any 2014 des de l'ASPB es va participar en grups de salut comunitària o similars de 22 dels 73 barris de la ciutat⁶.

La participació de la comunitat

34

Un altre tipus de participació es dona en els espais de diàleg entre administració pública, entitats i grups de veïns i veïnes. Uns estan més lligats al territori i, en aquest cas, des de l'ASPB es participa en tots els consells de salut de cadascun dels deu districtes de la ciutat. Altres estan relacionats amb col·lectius socials específics; l'ASPB ha participat l'any 2014 en un total de 13 grups de participació, que s'enumeren al quadre 3. Ressaltem els diversos grups que formen part del Consell de Benestar social de l'Ajuntament de Barcelona, així com els que promouen accions per a la millora de la qualitat de vida i la salut de col·lectius específics. En tots aquests espais, serveis públics, entitats i representants de col·lectius es posen en comú i es debaten tant les necessitats com les formes d'intervenció per abordar-les.

*Barceloneta, Casc Antic –Santa Caterina, Sant Pau i la Ribera–, Raval, Nova Esquerra de l'Eixample, Sagrada Família, Poble-sec, la Marina del Port, la Marina del Prat Vermell, el Carmel, Can Peguera, Turó de la Peira, la Guineueta, les Roquetes, Zona Nord –Ciutat Meridiana, Torre Baró i Vallbona–, la Trinitat Nova, el Bon Pastor, Baró de Viver, el Poblenou, el Besòs i el Maresme, la Verneda i la Pau.

Quadre 3. Grups de participació d'àmbit de ciutat en què està involucrada l'ASPB. Barcelona, 2014.

En el marc del Consell Municipal de Benestar Social de Barcelona
Grup de salut
Grup de drogo dependències
Grup d'acció comunitària
Orientats a col·lectius específics
Xarxa de Suport a Entitats de Famílies Cuidadores
Projecte Educatiu de Ciutat
Consell Municipal de Gais, Lesbianes i dones i homes Transsexuals
Consell Assessor de Salut Laboral
Federació Catalana de Drogo dependències
Altres
Grup de Treball en Promoció de la Salut de la Federació de Municipis de Catalunya
Federació Espanyola de Municipis i Províncies
Consell Econòmic i Social de Barcelona
Grup INWAT (Xarxa Internacional de Dones enfront del Tabac)
Comissions de seguiment de Plans de Barri (Llei de barris)

Font: elaboració pròpia. Servei de Salut Comunitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària

L'atenció primària de la 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 duen a terme en els centres d'atenció primària de les 68 àrees bàsiques de salut, on treballen els equips de professionals que durant l'any 2014 han donat cobertura al 70,1% del total de la població assignada (65,2% homes

i 74,6% dones), amb una mitjana de 3,4 visites de metge de família i pediatra per persona i any. La menor cobertura s'ha donat al districte de Sarrià-Sant Gervasi (53,4%) i la major a Nou Barris (77,4%). L'atenció domiciliària ha assolit un nivell de cobertura del 10,1%. Les diferents cobertures per sexe i grup d'edat i districte es mostren al quadre 4 (pàgina 35).

Dels resultats de l'avaluació de la compra de serveis, el *benchmarking* i les dades que aporta l'observatori BOTSS (Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris) es desprèn informació sobre la qualitat i activitat resolutiva dels equips d'atenció primària, entre altres aspec-

tes. Així, tenim que aquest any 2014, del total de les persones hipertenses ateses, el 55,3% ho ha estat amb un control òptim de la tensió arterial (valor superior al 35%, recomanat pel Pla de Salut de Catalunya). D'altra banda, de les persones diabètiques ateses, el 53,7% ha estat ben controlat, i se situa per sota de l'estàndard establert. Pel que fa a la cobertura de la vacuna antigripal en població de més de 59 anys, els valors es mantenen respecte a l'any 2013 en ambdós sexes i queda palès que cal un esforç de millora per assolir els estàndards establerts per la regió sanitària (60,0%) (vegeu el quadre 5).

L'atenció a les urgències

Dins l'atenció a les urgències cal diferenciar l'àmbit extrahospitalari de l'hospitalari i del servei d'emergències mèdiques –061 CatSalut Respon.

En l'àmbit extrahospitalari s'atenen les urgències de les persones que acudeixen als centres d'atenció primària en horari habitual. Es disposa de punts d'atenció continuada (PAC), que donen atenció fora de l'horari, i de centres d'urgències d'atenció primària (CUAP) oberts 24 hores al dia i dotats de recursos més complexos, com ara proves de diagnòstic per la imatge i analítiques.

En l'àmbit hospitalari, l'activitat realitzada l'any 2014 ha estat de 638.968 urgències, un 2% superior a l'any 2013. La població que més freqüenta aquests centres és la major de 64 anys, amb una taxa de 513 visites per 1.000 habitants, després la població pediàtrica, amb 366 visites per 1.000 habitants, i finalment la població adulta (de 15 a 64 anys), amb una taxa de 280 visites per 1.000 habitants i any. La xifra global de la ciutat de Barcelona és de 341 visites per 1.000 habitants i any (338 l'any 2013), tot i que presenta oscil·lacions en funció de la zona de residència; així, la zona Barcelona Esquerra és el territori que menys utilitza els serveis públics d'urgències, i la zona Barcelona Dreta la que té les taxes més elevades de visites, mentre que la resta del territori presenta xifres intermèdies.

La demanda urgent ve motivada per diverses causes; un dels indicadors que aporta més informació sobre la gravetat del procés és la necessitat

d'ingrés a l'hospital. A Barcelona ingressa un 15% de totes les urgències hospitalàries ateses. S'observa que les xifres més elevades corresponen a la gent gran, de més de 65 anys, de les quals una quarta part requereix ser ingressada (25%); les xifres van disminuint en la població més jove, i són d'un 11% en els adults i d'un 7% en els infants.

Quadre 4. Cobertura poblacional de l'atenció primària per sexe, districte i grup d'edat. Barcelona, 2014.

	Cobertura poblacional				Atenció domiciliària	
	0 a 14 anys		15 anys o més		75 anys o més	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Ciutat Vella	74,3	74,7	60,8	73,1	7,4	13,9
Eixample	70,4	69,3	58,2	68,5	10,1	14,8
Sants-Montjuïc	67,5	67,6	65,4	77,0	6,8	10,3
Les Corts	67,5	67,6	55,5	65,5	5,2	8,9
Sarrià-Sant Gervasi	52,3	50,6	48,4	58,1	7,7	13,4
Gràcia	69,7	68,3	61,8	72,0	9,6	17,3
Horta-Guinardó	81,5	81,0	66,3	76,8	6,5	10,0
Nou Barris	87,3	86,5	69,7	81,4	5,8	10,3
Sant Andreu	82,3	81,7	81,8	96,1	4,6	8,1
Sant Martí	81,6	81,4	67,0	78,5	6,5	10,9
Barcelona	73,9	73,3	63,8	74,8	7,1	11,8

Font: avaluació d'atenció primària INTEGRAP.

Quadre 5. Indicadors de qualitat de l'atenció primària per sexe, districte i grup d'edat. Barcelona, 2014.

	Control òptim de la tensió arterial		Control acceptable de la diabetis		Cobertura vacunació antigripal	
	15 anys o més		15 anys o més		59 anys o més	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Ciutat Vella	45,5	74,0	46,8	50,2	42,6	43,4
Eixample	42,0	69,2	50,4	48,8	46,3	45,8
Sants-Montjuïc	44,9	67,1	54,2	54,6	46,2	44,5
Les Corts	54,0	73,6	65,9	62,5	47,6	46,9
Sarrià-Sant Gervasi	52,5	84,9	79,6	96,2	45,1	45,2
Gràcia	45,4	82,9	59,0	58,0	42,8	42,6
Horta-Guinardó	45,4	69,1	56,7	55,1	47,0	44,0
Nou Barris	42,6	72,2	55,1	56,5	49,1	46,1
Sant Andreu	33,5	49,6	41,7	42,2	47,2	45,4
Sant Martí	47,0	69,0	52,7	52,6	48,5	47,6
Barcelona	44,2	69,2	53,6	54,0	46,7	45,4

Font: avaluació d'atenció primària INTEGRAP i observatori BOTSS (Barcelona Observatori de Tendències de Serveis Sanitaris).

Els serveis sanitaris

36

La creació de protocols d'actuació i seguiment de pacients davant patologies agudes urgents, és a dir els anomenats «codis», com ara el codi infart, ictus, politrauma, intoxicació, risc de suïcidi i actualment el codi sepsis, han contribuït a potenciar l'efectivitat de les actuacions immediates, aconseguint uns resultats molt satisfactoris i una resolució favorable en la majoria dels casos.

L'atenció especialitzada hospitalària

Barcelona disposa d'un important nombre d'hospitals públics per atendre la població de la ciutat o de fora que requereixi atenció urgent. Hi ha tres centres d'alta tecnologia, dotats de totes les especialitats i dels mitjans diagnòstics més avançats. Tots ells tenen en comú una part d'hospitalització, a banda de les consultes externes, un servei permanent d'urgències, un hospital de dia i altres peculiaritats pròpies de cada centre.

L'activitat realitzada l'any 2014, que es mostra al quadre 6, ha estat molt similar a la d'anys anteriors. La causa d'hospitalització més freqüent és el grup de malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, seguit de les de l'aparell circulatori, les de l'aparell digestiu, les de l'aparell respiratori i les neoplàsies. En el grup de les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, un 64% són intervencions de cataractes, que en la majoria dels casos es fan per cirurgia major ambulatoria. Quan s'analitzen les dades per sexe, destaquen en els homes les malalties de l'aparell circulatori seguides de les de l'aparell respiratori i digestiu, mentre que en les dones destaquen les hospitalitzacions per malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, les de l'aparell circulatori i les complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi, en tercer lloc.

De totes les altes hospitalàries, el 55% de les persones ingressades ho fan per algun procediment quirúrgic, els més freqüents són les operacions oculars, les de l'aparell digestiu i les del sistema musculoesquelètic en els homes. En les dones també destaquen en primer lloc les operacions oculars, les del sistema musculoesquelètic i les de l'aparell digestiu.

L'activitat global feta pels hospitals del sistema sanitari integrat d'ús públic de Catalunya (SISCAT) de la ciutat de Barcelona l'any 2014 ha estat de 195.719 contactes, una xifra similar a la dels darrers anys i que inclou l'hospitalització convencional més la cirurgia major ambulatoria. Una quarta part de la població que s'ha atès és de fora de la ciutat, atesa l'oferta altament especialitzada que ofereixen els hospitals de Barcelona. D'altra banda, el percentatge de població resident a Barcelona que acudeix a hospitals de fora de la ciutat és baix, d'un 6%.

Analitzant les intervencions quirúrgiques, s'observa que la meitat es fan amb cirurgia major ambulatoria. Es una tendència que s'ha anat incrementant els darrers anys, ja que aporta molts avantatges, dels quals en destacariem que afavoreix la recuperació dels pacients i que dona uns resultats cost-efectius superiors a les intervencions amb ingrés.

L'atenció sociosanitària

Durant l'any 2014, s'han implementat i consolidat les línies estratègiques que emanen del Pla de Salut 2011-2015. Les accions en què es concreten aquestes estratègies han determinat que la xarxa sociosanitària s'hagi d'adaptar per donar resposta a les necessitats de la ciutadania i del sistema de salut.

S'ha desenvolupat una nova línia de servei, l'atenció subaguda, orientada a pacients, generalment persones grans fràgils, amb malaltia crònica evolucionada (majoritàriament respiratòria i cardíaca) que pateixen una reagudització o descompensació de la malaltia principal o una complicació que hi està relacionada i que acostuma a cursar amb risc de davallada funcional i requereix hospitalització. L'hospitalització de subaguts és una alternativa a l'hospitalització convencional que ofereix plans terapèutics interdisciplinaris i que va més enllà de la gestió de la malaltia.

Altres línies ja existents, com la llarga estada i la convallescència, també estan en procés de reordenació atesos els canvis que es produeixen en

Quadre 6. Activitat de la xarxa d'hospitalització pública. Barcelona, 2011-2014.

Any	Total altes	Primeres visites	Visites totals	Urgències	Hospital de dia	Cirurgia menor ambulatoria
2011	196.836	910.141	2.587.922	644.440	308.317	69.716
2012	196.341	916.931	2.569.834	629.919	320.535	65.832
2013	191.026	959.459	2.685.274	627.296	333.900	71.480
2014	195.719	982.741	2.726.398	638.968	344.173	74.508

Font: Memòries del Consorci Sanitari de Barcelona 2011-2014 (CatSalut).

la demanda. En el cas de la convalescència, s'ha produït un increment progressiu de la demanda, mentre que en el cas de la llarga estada la situació és la inversa.

S'ha atès 5.157 persones en llarga estada, 7.021 en convalescència, 1.871 en cures pal·liatives i 1.398 a l'hospital de dia (vegeu la figura 7). Pel que fa als equips de suport especialitzat, els programes d'atenció domiciliària (PADES) han atès 4.070 persones i han donat 3.209 altes. A les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) de geriatría i pal·liatius s'han atès 3.477 i 1.198 persones, respectivament, i s'han donat d'alta 2.306 i 1.159 persones.

La prestació farmacèutica

L'increment en la prescripció de receptes mèdiques del CatSalut respecte a l'any 2013 ha estat d'un 1,2% en receptes i d'un 1,1% en import. Els tres subgrups de medicaments que representen un percentatge major en import sobre el total de les especialitats farmacèutiques són els antipsicòtics (6,8%), els inhaladors adrenèrgics (5,7%) i els antiepileptics (5,4%). Els deu primers principis actius en receptes representen el 31,4% de les receptes de les especialitats farmacèutiques (vegeu el quadre 7).

Indicadors d'ús de recepta electrònica

Pel que fa als resultats en l'ús de la recepta electrònica per línia assistencial a finals del 2014, en l'àmbit de l'atenció primària s'ha obtingut un

valor del 97,5%. La incorporació de la xarxa especialitzada (68,6%), la salut mental (81,4%) i l'atenció sociosanitària (63,8%) han estat els àmbits que més han contribuït a augmentar els resultats globals respecte a l'any anterior. Per àrea integral de salut (AIS), els valors més alts d'ús es troben a l'AIS Dreta (96,5%). Dos hospitals de l'AIS Esquerra i un de l'AIS Litoral obtenen valors baixos en la implantació de la recepta electrònica.

Harmonització de tractaments farmacològics

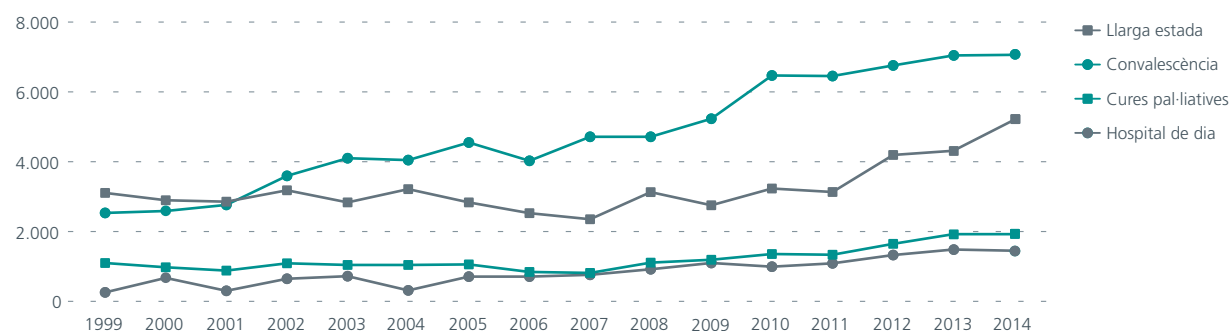
Davant la rellevància del maneig farmacològic de les quatre malalties prioritzades en el Pla de Salut 2011-2015 i integrades en el Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat (PPAC), diabetis mellitus tipus 2, insuficiència cardíaca, depressió major i malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), des de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries es van elaborar unes pautes d'harmonització del tractament farmacoterapèutic amb l'objectiu de generar unes recomanacions de referència que promoguin la qualitat, la seguretat i l'eficiència en la prescripció. Durant l'any 2014 s'han presentat als proveïdors per tal que les incorporin a les rutes assistencials corresponents i s'han fet reunions de seguiment sobre l'ús dels fàrmacs en aquestes patologies.

Quadre 7. Percentatge de receptes dels deu primers principis actius sobre el total de receptes d'especialitats farmacèutiques. Barcelona, 2014.

Principi actiu	%	Principi actiu	%
Omeprazol	6,9	Metformina	2,2
Paracetamol	5,1	Lorazepam	2,1
Simvastatina	4,3	Hidroclorotiazida	1,8
Àcid acetilsalílic	3,1	Atorvastatina	1,6
Enalapril	2,5	Ibuprofè	1,6

Font: apartador de dades de prestació farmacèutica del CatSalut.

Figura 7. Evolució del nombre de persones ateses als centres sociosanitaris. Barcelona, 1999-2014.



Font: conjunt mínim bàsic de dades de recursos sociosanitaris (CMDB-SS). CatSalut.



El context físic

39

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn domèstic: la violència masclista

L'entorn econòmic

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

Les accions en salut pública

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

Els trastorns crònics

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Vigilància i control de l'arbovirus

La salut en xifres

Les condicions de l'habitatge

40

Segons dades del Consell General del Poder Judicial, l'any 2014 s'han produït a la ciutat de Barcelona 5.339 procediments judicials lligats al lloguer (un 5,7% més que l'any 2013) i 1.795 per execució hipotecària (un 6,5% menys que l'any anterior). S'han produït també 3.055 llançaments (un 1,1% menys que l'any 2013), el 89,6% derivats de la Llei d'arrendaments urbans^a.

L'any 2014 s'ha comptabilitzat a la ciutat de Barcelona un total de 2.778 persones sense llar. D'aquestes, 1.640 persones han estat allotjades en recursos assistencials de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar, i s'han detectat 715 persones que dormien al carrer i 423 persones que residien en assentaments (vegeu la distribució per districtes al quadre 1). Tot i que el nombre de persones sense sostre i que resideix en assentaments ha disminuït respecte a l'any anterior, aquesta disminució ha tingut més a veure amb un augment dels recursos assistencials que amb una disminució de l'exclusió residencial.

L'any 2014 s'han acabat 378 habitatges de protecció oficial (HPO) i s'han concedit llicències per construir-ne 252 més. Tot i que això suposa un

increment respecte a l'any anterior, aquestes xifres encara queden lluny de les xifres d'anys previs (vegeu la figura 1, pàgina 41). En total, i segons dades del Consorci d'Habitatge de Barcelona, a finals del 2014 la ciutat de Barcelona disposava de 10.426 HPO de lloguer (1,3% del parc d'habitatges), xifres encara molt allunyades de les d'altres països europeus (pels volts del 20% en països com Dinamarca, França o el Regne Unit i de fins al 35% a Holanda).

El nombre d'inscripcions al Registre de Sol·licitants d'HPO de Barcelona a finals del 2014 era de 29.725 (un 4% més que l'any anterior). Això suposa un total de 54.290 persones, si se sumen tots els membres de la unitat familiar, el 3,4% de la població de la ciutat, amb diferències segons el districte (vegeu el quadre 1). Durant l'any 2014 s'han adjudicat 537 HPO: 275 noves adjudicacions i 262 segones adjudicacions. També s'han adjudicat 198 habitatges per a emergències socials (persones amb data de llançament per impagament d'hipoteca o lloguer) (vegeu-ne la distribució per districtes al quadre 1).

Pel que fa a les ajudes al pagament del lloguer, si en restem la renda bàsica d'emancipació, la normativa de la qual va ser derogada a finals de l'any 2011, l'any 2014 s'ha concedit un total de 4.796 ajudes al lloguer (un 2,1% més que l'any anterior). D'aquestes, 2.535 van ser del programa Lloguer Just, cosa que suposa un 15% menys que l'any 2013, seguint la tendència a la reducció dels darrers anys. S'han donat 1.032

^aDades referides a qualsevol tipus d'immoble.

Quadre 1. Indicadors relacionats amb l'habitatge, segons els districtes. Barcelona, 2014.

	Ajuts per a la rehabilitació ¹ d'edificis d'habitatges ²			Persones o famílies inscrites al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial de Barcelona ²			Habitatges adjudicats per a emergències socials ²		Persones que dormen al carrer ³	
	Nombre d'edificis	Nombre d'habitatges	Subvenció	Nombre d'expedients	Nombre de persones a la unitat familiar	% sobre la població del districte	n	%	n	%
Ciutat Vella	22	167	392.462,77€	2.989	6.259	6,0	35	17,7	126	17,6
Eixample	14	149	190.359,60€	3.612	5.816	2,2	15	7,6	121	16,9
Sants-Montjuïc	12	131	248.284,99€	3.204	6.047	3,3	24	12,1	113	15,8
Les Corts	4	77	75.012,54€	903	1.393	1,7	3	1,5	35	4,9
Sarrià-Sant Gervasi	8	79	188.688,83€	1.085	1.564	1,1	4	2,0	71	9,9
Gràcia	4	110	66.230,28€	2.175	3.358	2,8	7	3,5	21	2,9
Horta-Guinardó	13	169	102.532,89€	3.486	6.450	3,8	25	12,6	35	4,9
Nou Barris	31	873	2.785.684,87€	3.928	8.054	4,9	32	16,2	31	4,3
Sant Andreu	7	75	79.348,52€	3.181	5.845	4,0	14	7,1	48	6,7
Sant Martí	12	238	323.131,78€	5.162	9.504	4,1	39	19,7	114	15,9
Barcelona	127	2.068	4.451.737,07€	29.725	54.290	3,4	198	100	715	100

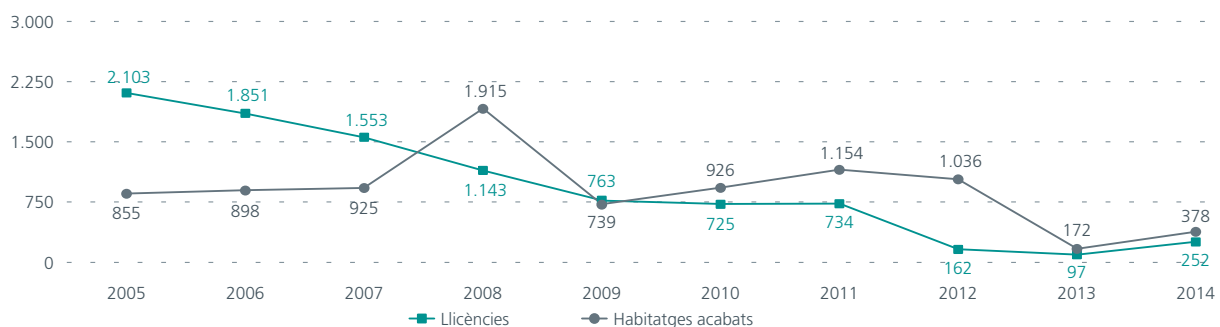
Fonts: cens de població i habitatges 2011. Instituto Nacional de Estadística. Memòria del Consorci d'Habitatge de Barcelona, 2014.

Notes: ¹Inclou instal·lació d'ascensors i altres ajudes. ²Memòria del Consorci de l'Habitatge de Barcelona, 2014. ³Equip de Detecció dels Serveis d'Inserció Social (SIS), 2014.

ajuts d'especial urgència (un 111% més que l'any anterior) per donar resposta a dificultats de pagament puntuals de lloguer –la majoria– o d'hipoteca, que inclouen com a novetat ajudes a persones amb atur de llarga durada. També s'han concedit 19 ajuts per al pagament de la fiança i el primer mes de lloguer i 1.210 ajuts al lloguer d'habitatges dotacionals.

Ha continuat la tendència a la reducció de les ajudes a la rehabilitació d'edificis. Segons dades del Consorci d'Habitatge de Barcelona, l'any 2014 es van donar 4,5 milions d'euros de subvenció pública per a la rehabilitació (instal·lació d'ascensors i altres ajudes) (un 44,7% menys que l'any anterior) a un total de 127 edificis (2.068 habitatges) (vegeu-ne la distribució per districtes al quadre 1, pàgina 40).

Figura 1. Nombre de llicències per construir habitatges de protecció oficial i habitatges de protecció oficial acabats. Barcelona, 2005-2014.



Font: Patronat Municipal d'Habitatge de Barcelona.

La seguretat alimentària

Una alerta alimentària és una situació de risc per a la salut pública provocada per la presència d'un perill físic, químic o biològic en un aliment o en un material en contacte amb aliments. Requereix actuacions immediates per poder localitzar els productes afectats i retirar-los de la comercialització. Els inspectors de l'ASPB s'asseguren que els operadors d'empreses alimentàries reben la informació relacionada amb l'alerta, demanen la

distribució dels productes venuts i verifiquen que els productes s'han retirat de la venda. Comproven que els productes afectats es destrueixen o es retornen a l'origen i, si el producte ha estat elaborat a Barcelona, investiguen les causes de la incidència per evitar que es torni a produir i, si escau, s'incoa un expedient sancionador.

Per determinar el nivell d'urgència i prioritzar les actuacions, els expedients es classifiquen d'acord amb les característiques del perill, l'origen i la distribució de l'aliment en cinc nivells: els nivells 1 i 2

La seguretat alimentària

42

corresponen a riscos greus i immediats i el 3 i 4 a altres riscos. El nivell 5 correspon a les alertes informatives, notificacions en què no hi ha possibilitat que el producte es trobi als circuits de comercialització nacional. Pel que fa a aquests tipus d'expedients, el 2014, s'ha gestionat un total de 62 notificacions, que representen el

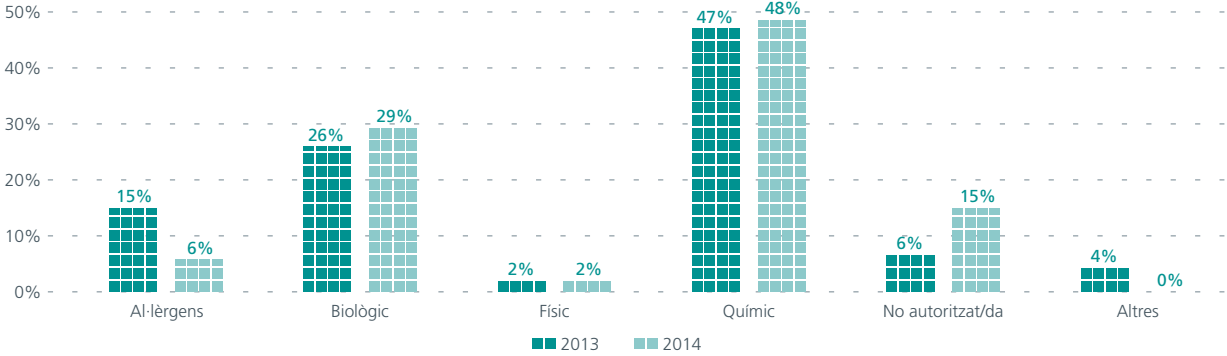
47,3% de les alertes que s'han tramitat a tot Catalunya (dades de l'aplicatiu Sistema Coordinat d'Intercanvi Ràpid d'Informació (SCIRI) del portal d'aplicacions del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya). El nombre d'alertes que han requerit intervenció el 2014 s'ha incrementat respecte al 2013 (n=47), tot i que es manté la tendència dels últims anys (de l'any 2011 al 2014 es gestionen anualment de 50 a 65 alertes).

Quadre 2. Nombre i percentatge d'alertes segons la categoria d'aliments implicats. Barcelona, 2013-2014.

Classificació segons categoria	2013		2014	
	Núm. notificacions	%	Núm. notificacions	%
Carns i derivats	2	4	3	5
Cereals, farines i derivats	5	11	4	6
Complements alimentaris	1	2	10	16
Additius / preparats enzimàtics	2	4	2	3
Espècies i condiments	1	2	2	3
Fruïtes, hortalisses, verdures, lleguminoses, tubercles i derivats	5	11	4	6
Fruits secs	2	4	0	0
Llet i derivats	4	9	6	10
Material en contacte amb aliments	1	2	4	6
Pesca i derivats	24	51	19	31
Begudes alcohòliques	0	0	1	2
Olis vegetals	0	0	1	2
Caramels	0	0	3	5
Preparats especials (aliments infantils, alimentació enteral)	0	0	2	3
Plats preparats	0	0	1	2
Total	47	100	62	100

Font: Registre d'alertes del 2014, Direcció de Seguretat Alimentària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 2. Nombre d'alertes segons el tipus de perill detectat. Barcelona, 2013-2014.



Font: Registre d'alertes del 2014, Direcció de Seguretat Alimentària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'origen majoritari dels productes implicats en les alertes rebudes a Barcelona ha estat la Unió Europea, especialment Espanya (39%) i França (11%). Els aliments més freqüentment implicats, d'acord amb el quadre 2 (pàgina 42), han estat els productes de la pesca contaminats amb químics, les notificacions de complements alimentaris elaborats amb ingredients no autoritzats i formatges de pasta tova amb contaminants biològics. Els perills més habituals han estat els químics (mercuri, cadmi, amines aromàtiques, aflatoxines o plom) seguits dels biològics (salmonel·la, *Listeria*, *Escherichia coli*...). Amb menor freqüència han aparegut els perills físics i

la presència d'al·lèrgens o de substàncies no autoritzades en aliments (vegeu la figura 2, pàgina 42).

D'altra banda, s'han notificat expedients que, malgrat que no estaven considerats com a alertes alimentàries, s'han gestionat de manera similar per controlar-ne els perills alimentaris. S'han notificat 4 rebutjos d'aliments introduïts a la Unió Europea per operadors de Barcelona que han resultat no ser conformes als controls realitzats en els punts d'inspecció fronterers. A més s'han notificat 23 expedients classificats com a diversos, només informatius, majoritàriament per presència de substàncies no autoritzades en complements alimentaris. Aquesta informació s'ha traslladat als inspectors per tal que, si detectessin aliments implicats en els establiments inspeccionats, fessin actuacions de control i retirada.

La qualitat de l'aire

En les grans ciutats, el trànsit és una de les principals fonts de contaminants i Barcelona és una de les ciutats europees amb major densitat de vehicles. L'efecte del trànsit és tan directe que viure en un carrer amb molt de trànsit pot incrementar, per exemple, el risc de tenir problemes respiratoris en els infants, risc que disminueix si la distància respecte a entorns de trànsit elevat s'amplia. Per tant, les mesures que aconseguixin fer disminuir el transport motoritzat a la ciutat tindran impacte en la reducció de la contaminació ambiental i en la millora de la salut de la població. Per exemple, aquests esforços han comportat una reducció del 30% de les emissions d'NO₂ durant el període 2003-2012 a les principals àrees urbanes de la Unió Europea, i s'ha aconseguit que la meitat de la població hi estigui exposada per sota dels 30 µg/m³. Quant als efectes de la reducció dels nivells de PM₁₀ en la salut, diversos estudis coincideixen a assenyalar la reducció de la mortalitat i l'augment de l'esperança de vida (reduccions de 20 µg/m³

incrementarien 14 mesos l'esperança de vida a la regió metropolitana de Barcelona).

Tal com s'ha comentat anteriorment, la qualitat de l'aire a la ciutat ha de millorar, malgrat que sovint es compleixen els límits recomanats per la Unió Europea. Destaquem, però, que cal continuar fent accions que acostin la qualitat de l'aire de la ciutat a les recomanacions d'organismes com l'OMS, que, basant-se de forma més directa en l'impacte sobre la salut, recomana nivells més restrictius en els valors límit de diferents contaminants.

Respecte als límits establerts per la Unió Europea cal assenyalar que després de la millora detectada l'any 2013 en els contaminants crítics de la ciutat (NO₂ i material particulat), s'ha produït una estabilització general dels nivells anuals de qualitat de l'aire a la ciutat. L'avaluació per a l'any 2014 indica que la situació es manté estable respecte a l'any anterior per a tots els contaminants, només se supera el valor límit anual d'NO₂ a les estacions orientades al trànsit molt intens i pel que fa a la resta de contaminants es compleix la resta de valors límit o objectiu establerts a la Directiva 2008/50/CE i al Reial Decret 102/2011. Respecte al NO₂, s'ha produït una evolució divergent dels nivells anuals. Les estacions orientades al trànsit han mantingut la tendència als des-

La qualitat de l'aire

44

Figura 3. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen (NO_2) per estació de mesurament. Barcelona, 2003-2014.

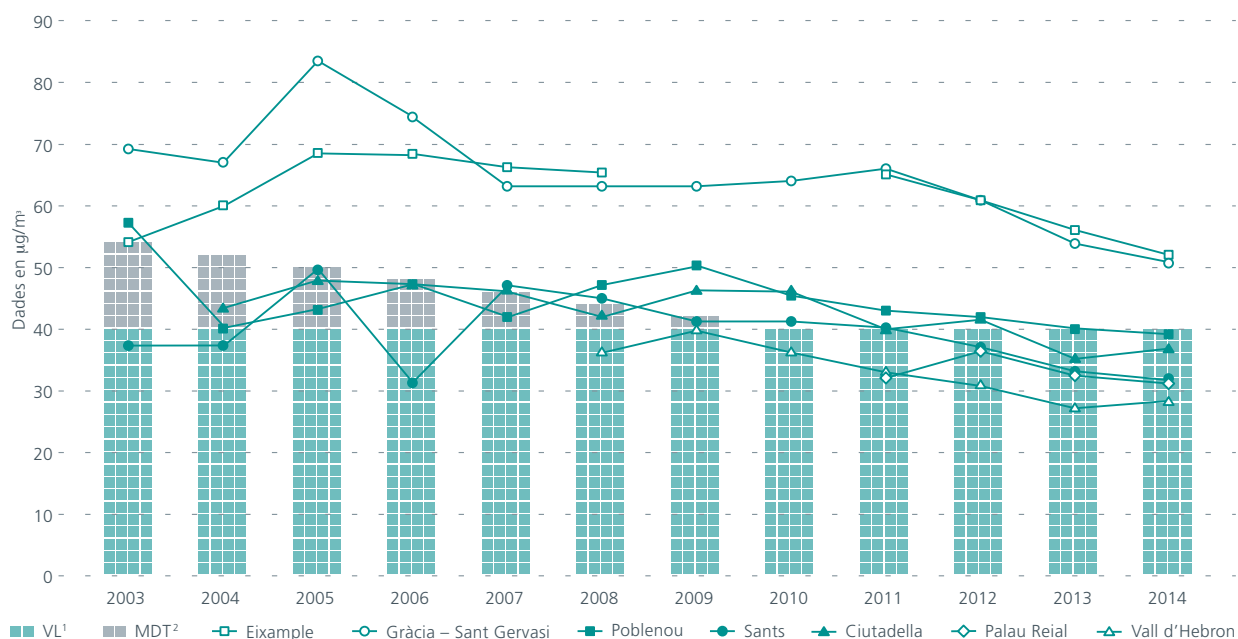
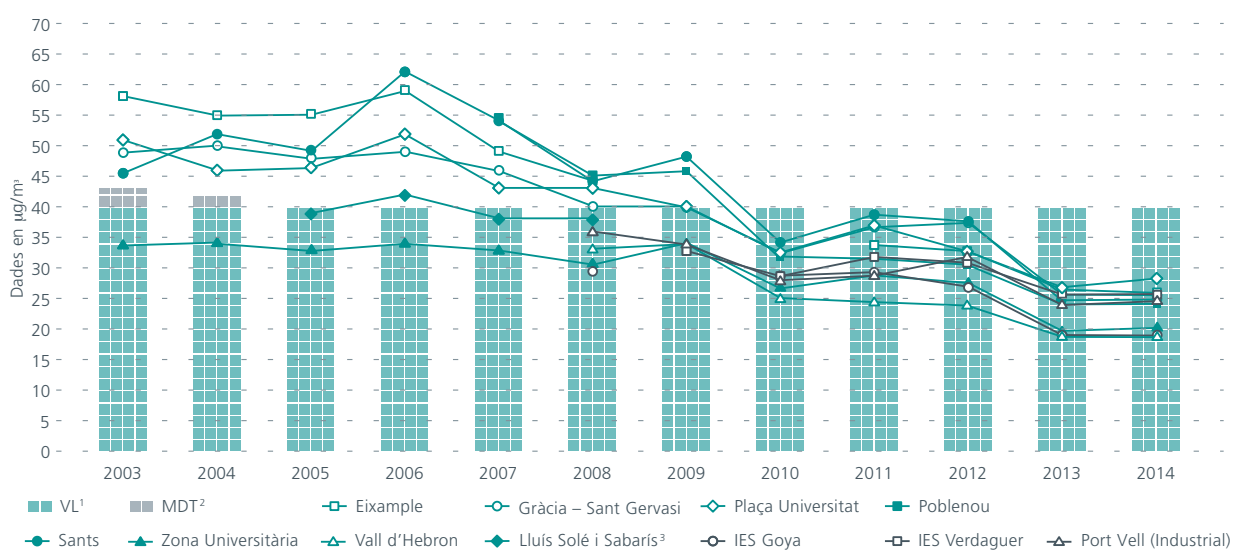


Figura 4. Evolució de la mitjana anual de partícules PM_{10} per estació de mesurament. Barcelona, 2003-2014.



cens dels nivells anuals d'NO₂, i acumulen des de l'any 2011 un descens de la mitjana anual de fins al 22% a l'estació de Gràcia-Sant Gervasi. Per contra, l'any 2014, els nivells anuals de fons urbà s'han incrementat entre un 4 i un 5% respecte a l'any anterior. Respecte a les superacions del valor límit horari, només s'ha produït una superació a l'estació de Gràcia-Sant Gervasi. Així, l'evolució per a aquest contaminant es manté estable respecte a l'any anterior: el valor límit anual (40 µg/m³) se supera a les estacions de l'Eixample (52 µg/m³) i de Gràcia-Sant Gervasi (52 µg/m³), i es compleix a la resta d'estacions de la ciutat, que presenten uns nivells entre els 28 µg/m³ de l'estació de fons urbà del Parc de la Vall d'Hebron i els 39 µg/m³ de l'estació de trànsit moderat de Poblenou (vegeu la figura 3, pàgina 44).

Pel que fa a les partícules PM₁₀, cal destacar l'increment en el nombre de superacions del valor límit diari a totes les estacions de la ciutat. Tanmateix, no s'ha superat, per segon any consecutiu, el nombre de superacions permeses (35 dies a l'any) a cap de les estacions de la ciutat. L'estació amb major nombre de superacions ha estat la de Gràcia – Sant Gervasi, amb 19 superacions, afectada durant el primer semestre de

l'any per les obres d'urbanització de la plaça Gal·la Plàcidia. Per contra, les mitjanes anuals es mantenen pràcticament estables entre els 20 µg/m³ de les estacions de fons urbà de l'IES Goya i Vall d'Hebron i els 28 µg/m³ de l'estació de trànsit molt intens de Plaça Universitat. Respecte a aquests nivells anuals, cal destacar els 27 µg/m³ de l'estació de fons urbà de l'IES Verdaguer, ubicada al Parc de la Ciutadella, fet que posa de manifest la importància de la contribució d'altres fonts diferents del trànsit per aquest contaminant (vegeu la figura 4, pàgina 44).

Quant a les partícules PM_{2,5}, els nivells anuals també s'han mantingut estables respecte a l'any anterior, i s'han situat entre els 12,5 µg/m³ de l'estació de fons urbà del Parc de la Vall d'Hebron i els 17,0 µg/m³ de l'estació de trànsit molt intens de Plaça Universitat. En cap de les estacions de la ciutat no se supera el valor límit anual establert per a l'any 2015 (25 µg/m³) i fins i tot el valor límit anual previst per a l'any 2020 (20 µg/m³).

La resta de contaminants segueix complint els corresponents valors límit o valors objectiu establerts al Reial Decret 102/2011 per als gasos (CO, SO₂ i O₃), els metalls (Cd, Ni, As i Pb), els hidrocarburs aromàtics policíclics (benzo[a]pirè) i els compostos orgànics volàtils (benzè).

Per tant, cal reforçar les mesures per reduir la contaminació a través de la disminució de la principal font contaminat, el trànsit, per tal no tan sols de no superar els valors límit legalment establerts sinó d'acostar-se als valors recomanats per l'OMS.

La qualitat de l'aigua

La vigilància i el control de l'aigua de proveïment públic

L'ASPB, com a autoritat sanitària competent a Barcelona, desenvolupa els programes autonòmics de vigilància de la qualitat sanitària de l'aigua de consum, del control de la desinfecció i del con-

trol i supervisió de l'entitat gestora (Aigües de Barcelona) que, per gestió indirecta, s'encarrega de la distribució de l'aigua de consum humà. Aquests programes impliquen la recollida de mostres en punts representatius de la xarxa de distribució i l'anàlisi de tots els paràmetres de qualitat de l'aigua legistats^b, la realització de determinacions del desinfectant residual i les visites d'inspecció a l'entitat gestora. Al quadre 3 (pàgina 46) es mostren les principals activitats de vigilància i control, així com els

La qualitat de l'aigua

46

resultats analítics per una selecció dels paràmetres representatius de la qualitat de l'aigua de la ciutat. La classificació, segons els criteris dels programes autonòmics, és de classe 1, xarxes amb una desinfecció correcta, instal·lacions en condicions sanitàries correctes, programes d'autocontrol correctes i zones d'abastament amb valors paramètrics conformes.

El control a l'aixeta del consumidor

L'ASPB realitza, des del 2004, controls de la qualitat de l'aigua als punts de consum, les aixetes ciutadanes, per verificar que el pas de l'aigua per les instal·lacions interiors de locals i habitatges no en modifica la qualitat^c. Durant el 2014 s'han recollit mostres en un total de 325 aixetes ciutadanes (17% sol·licituds i 83% d'ofici) dins

de 115 edificis. El 38% dels controls presentaven alguna incidència, fet que ha provocat que l'ASPB realitzi 123 reinspeccions. La figura 5 (pàgina 47) mostra la tipologia d'edifici mostrejat pel període temporal 2010-2014. Durant el 2014 s'ha produït un ascens molt important del percentatge de controls realitzats als habitatges particulars (92% del total). S'indiquen també les tres incidències de la qualitat de l'aigua que s'observen amb més freqüència. La incidència més detectada és l'excés de plom a l'aigua a causa de la cessió d'aquest metall des de les canonades internes (53% controls al 2014). En segon lloc, la concentració insuficient del desinfectant residual (4%) en instal·lacions extenses que sovint disposen de dipòsits interns d'acumulació d'aigua i, en tercer lloc, les proliferacions de microorganismes (4%) que es deuen a contaminacions puntuals de les aixetes i/o dels aparells domèstics de tractament de l'aigua.

El plom a les instal·lacions interiors

Durant el 2014 ha entrat en vigor la reducció normativa de la concentració màxima permesa de plom a l'aigua de consum, que ha passat de 25 µg/l a 10 µg/l^d. L'exposició al plom està associada a diferents efectes negatius sobre la salut, incloent-hi efectes neurològics, cardiovasculars (increment de la pressió arterial i incidència de la hipertensió), insuficiència renal i problemes reproductius, essent les dones embarassades, els nadons i els infants els grups d'especial risc^{1,2,3}. La disminució normativa del límit màxim ha provocat un augment molt

^b Reial Decret 140/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà (BOE núm. 45, de 21-2-2003).

^c Article 20 del Reial Decret 140/2003.

^d Annex I del Reial Decret 140/2003.

Quadre 3. Activitats realitzades i principals resultats obtinguts en el desenvolupament dels programes de vigilància i control de l'aigua de consum humà que realitza l'ASPB a la ciutat. Barcelona, 2014.

	Total Barcelona	Zona B (n=4)	Zona D (n=10)	Zona E (n=4)
Programa de vigilància sanitària				
Nombre de determinacions analítiques xarxa distribució	1946	388	970	388
Clorurs (límit 250 mg/l) ¹	(22 - 151) 76	(138 - 151) 150	(23 - 138) 76	(22 - 61) 23
Trihalometans (límit 150 mg/l) ¹	(11 - 73) 52	(11 - 53) 30	(39 - 73) 57	(39 - 81) 53
Plom (límit 10 µg/l)	< 1	< 1	< 1	< 1
Nitrat (límit 50 mg/l) ¹	(4 - 10) 5	(5 - 9) 6	(4 - 10) 5	4
<i>Escherichia coli</i> (límit 0 ufc/100 ml)	< 1	< 1	< 1	< 1
Enterococ (límit 0 ufc/100 ml)	< 1	< 1	< 1	< 1
Programa control desinfecció				
Nombre de controls desinfectant xarxa distribució	210	50	140	20
Programa control i supervisió				
Nombre de visites d'inspecció	29	5	15	9

Font: Direcció de Protecció de la Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Resultats expressats en: (mín. - màx.) mediana:

Origen majoritari de l'aigua

Zona B: Llobregat

Zona E: Ter

Zona D: Llobregat + Ter

Distribució geogràfica

Part del Districte de Sants-Montjuïc (~ 4% consum 2014)

Part dels Districtes de Nou Barris i Sant Andreu (~ 8% consum 2014)

Reste de la ciutat (~ 87% consum 2014)

n= nombre de mostres recollides.

considerable del percentatge de controls en què es detecten incompliments el 2014 (35%) respecte als anys previs (<10%, vegeu la figura 5). Tanmateix, aquests percentatges no són representatius de tota la ciutat sinó que estan sobreestimats, ja que en el mostreig d'ofici sempre es prioritzen les zones urbanes amb edificis antics. Durant el 2014 els controls realitzats d'ofici (83% total) s'han dirigit molt a habitatges on es preveia l'existència de canonades de plom: punts on l'ASPB històricament havia recollit mostres i la concentració de plom era inferior a 25 µg/l però superior a 10 µg/l (43% d'incidències per plom) i controls preventius a locals/habitatges de finques on un control inicial havia trobat un incompliment per plom (49% d'incidències).

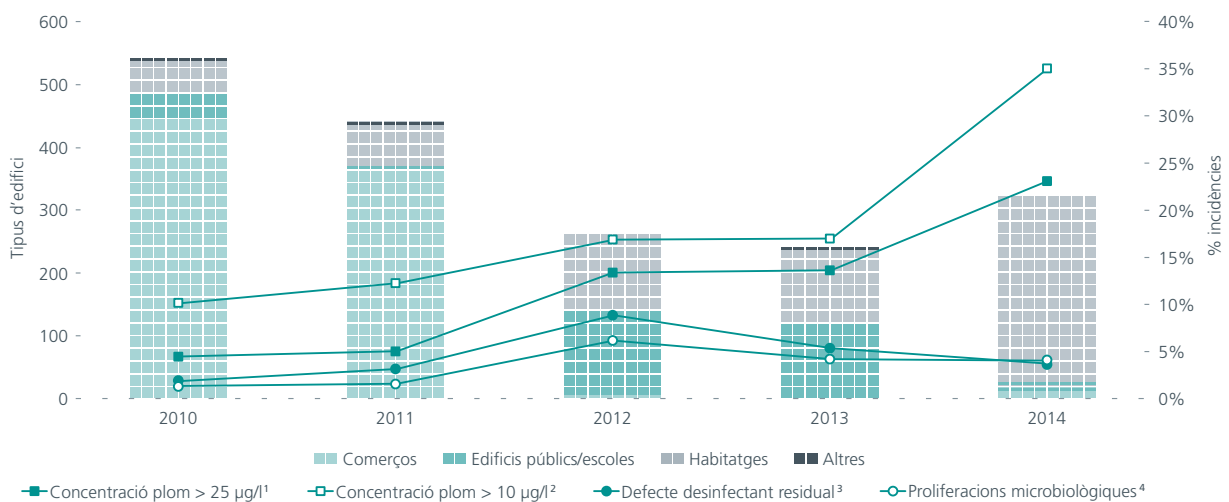
La millor manera de comprovar si existeix una exposició al plom per l'aigua de consum és realitzar una analítica de plom a l'aigua de l'aixeta. Qualsevol persona resident a Barcelona pot sol·licitar a l'ASPB la realització d'una anàlisi gratuïta de l'aigua del seu local/habitatge. Per corregir l'excés de plom caldrà substituir les canonades antigues de plom per canonades d'un altre material.

¹ EPA. Learn about Lead. Environmental Protection Agency. 2015. <http://www2.epa.gov/lead/learn-about-lead#exposed>

² Lanphear BP, Hornung R, Khoury J, Yolton K, Banhurst P, Bellinger DC, et al. Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: an international pooled analysis. *Environmental Health Perspectives*. 2005; 113: 894-99.

³ WHO. Lead in drinking-water. Background document for development of WHO Guidelines for Drinking-water Quality. Geneva, Switzerland; 2011.

Figura 5. Nombre de controls i percentatge d'incidències a l'aixeta del consumidor i distribució en funció del tipus d'edifici mostrejat. Barcelona, 2010-2014.



Font: Direcció de Protecció de la Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Incompliment per plom: concentracions superiors als 25 µg/l excepte en el 2014 on s'aplica la nova reducció del nivell màxim de 10 µg/l. ²Defecte desinfectant residual: concentracions de clor lliure residual inferiors als 0,2 mg/l. ³Proliferacions microbiològiques: recompte de coliformes i/o *Escherichia coli* > 0 UFC/100mL.



Els comportaments relacionats amb la salut

49

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn domèstic: la violència masclista

L'entorn econòmic

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

Les accions en salut pública

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

Els trastorns crònics

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Vigilància i control de l'arbovirus

La salut en xifres

La mobilitat

50

Segons les dades de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona, realitzada anualment per l'Ajuntament de Barcelona als residents en l'àmbit territorial del Sistema Tarifari Integrat majors de 15 anys, l'any 2014 s'han realitzat diàriament en dies feiners 6,6 milions de desplaçaments amb origen o destí a la ciutat (independentment del mitjà de transport). D'aquests, 4,7 milions (72,2%) eren interns (amb origen i destinació a Barcelona) i 1,8 milions (27,8%) eren de connexió (amb origen o destinació fora de Barcelona) (vegeu el quadre 1). Els residents a la ciutat van fer el 78,3% dels desplaçaments per Barcelona, el 96,7% dels desplaçaments interns i el 30,8% dels desplaçaments de connexió. En els desplaçaments interns una major proporció van ser realitzats per dones (54%), en canvi en els de connexió una major proporció van ser realitzats per homes (55,4%).

Pel que fa al motiu dels desplaçaments, en dia feiner, el 60% dels desplaçaments interns per la ciutat són per mobilitat ocupacional, en ambdós sexes, i el 40% per mobilitat personal, compres, visita mèdica, visita a un amic o familiar, acompanyament a altres persones, gestions personals, oci, diversió, àpats, esport o passeig. En els desplaçaments de connexió la mobilitat ocupacional arriba al 80% tant en homes com en dones.

L'ús dels diferents modes de transport en dia feiner varia segons si els desplaçaments són interns o de connexió. El mode de transport més usat en els interns és caminar. El 51% dels desplaçaments interns en homes i el 56% en dones són a peu. El segon mode de transport més usat en els desplaçaments interns és el transport públic, 26% en homes i 32% en dones. En tercer lloc es troba el transport privat, amb un ús del 20% en homes i de l'11% en dones. L'ús de la bicicleta és del 4% en homes i de l'1% en dones. En canvi, en els desplaçaments de connexió, el mode de transport més usat en homes és el transport privat (54%) i en segon lloc el transport públic (43%). En les dones ocorre al revés, el mode més usat en els desplaçaments de connexió és el transport públic (64%) i en segon lloc el transport privat (32%). Caminar i desplaçar-se en bicicleta són modes de transport poc usats en els desplaçaments de connexió.

Quadre 1. Nombre de desplaçaments en un dia feiner per Barcelona realitzats pels residents majors de 15 anys en l'àmbit territorial del Sistema Tarifari Integrat. Barcelona, 2014.

Mode de transport	Homes				Dones			
	Interns ¹		Connexió ²		Interns ¹		Connexió ²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A peu	1.102.386	50,6	26.413	2,6	1.421.184	55,6	32.507	4,0
Bicicleta	82.985	3,8	3.714	0,4	26.947	1,1	0	0,0
Transport públic	565.364	26,0	436.974	43,2	823.177	32,2	518.796	63,8
Vehicle privat	425.778	19,6	544.995	53,8	284.702	11,1	262.010	32,2
Motiu del desplaçament								
Mobilitat ocupacional ³	1.297.959	59,6	809.931	80,0	1.458.586	57,1	647.985	79,7
Mobilitat personal ⁴	878.554	40,4	202.164	20,0	1.097.423	42,9	165.328	20,3
Total	2.176.512	46,0	1.012.096	55,4	2.556.010	54,0	813.313	44,6

Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner (EMEF), una estadística de periodicitat anual promoguda per l'Autoritat del Transport Metropolità (ATM), l'Ajuntament de Barcelona i l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB).

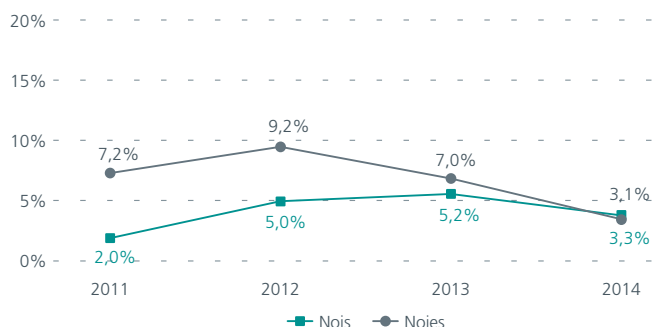
Notes: ¹Interns: desplaçaments amb origen i destí a la ciutat de Barcelona. ²Connexió: desplaçaments amb origen o destí fora de la ciutat de Barcelona. ³Motiu ocupacional: desplaçaments per motius relacionats amb la feina i les respectives tornades a casa. ⁴Motiu personal: desplaçaments per compres, visita mèdica, visita a un amic o familiar, acompanyament a altres persones, gestions personals, oci, diversió, àpats, esport o passeig i les respectives tornades a casa.

L'alimentació saludable

Alguns dels comportaments relacionats amb l'alimentació que tenen una influència més gran en la població infantil i adolescent són el compliment adient de l'esmorzar i la ingesta només ocasional (algun cop per setmana) dels aliments menys saludables. Segons dades extretes de la població infantil i adolescent de Barcelona de l'Enquesta de Salut de Catalunya anual en el període que va del 2011 al 2014, un 3,9% dels nois i un 6,6% de les noies no esmorzen abans de sortir de casa. En canvi, quan s'observa l'evolució durant el període (vegeu la figura 1), sembla que la tendència en ambdós sexes és a la reducció d'aquests percentatges, de forma considerable entre les noies (3,3% el 2014), que, fins ara, sempre s'han mostrat més reticents al compliment de l'hàbit en aquesta i altres enquestes anteriors.

Quan, entre les dades de la mateixa enquesta, s'analitza la freqüència d'ingesta setmanal d'alguns dels aliments menys saludables (vegeu el quadre 2), es pot apreciar que el consum superior a l'ocasional (algun cop per setmana) que assenyalen les recomanacions oscil·la entre el 9% i el 10% per als aperitius i entre el 10% i el 15% per als dolços. El consum de begudes ensucrades és superior entre els nois (13,3%) que entre les noies (10,7%), mentre que el consum de dolços és més alt en les noies (15%) que en els nois (10,2%). Anar a establiments de menjar ràpid amb freqüència superior a l'ocasional (vegeu el quadre 2) és una conducta molt minoritària (4,2% dels nois i 2,5% de les noies) entre els infants i joves de la mostra.

Figura 1. Infants i joves d'entre 3 i 18 anys que no esmorzen abans de sortir de casa. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2011-2014.

Quadre 2. Freqüència d'ingesta setmanal d'aliments poc saludables en infants i joves per sexe. Barcelona, 2011-2014.

	2011-2014 Nois		2011-2014 Noies	
	n	(%)	n	(%)
Menjar ràpid	9,6	(4,2)	5,7	(2,5)
Begudes amb sucre	30,1	(13,3)	24,7	(10,7)
Productes amb sucre (dolços)	23,2	(10,2)	34,4	(15,0)
Snacks o menjars salats (aperitius)	22,2	(9,8)	20,6	(9,0)

Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2011-2014.

Nota: freqüència superior a "ocasionalment" (més de 3 cops per setmana).



La salut

53

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn domèstic: la violència masclista

L'entorn econòmic

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

Les accions en salut pública

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

Els trastorns crònics

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Vigilància i control de l'arbovirus

La salut en xifres

L'esperança de vida i la mortalitat

54

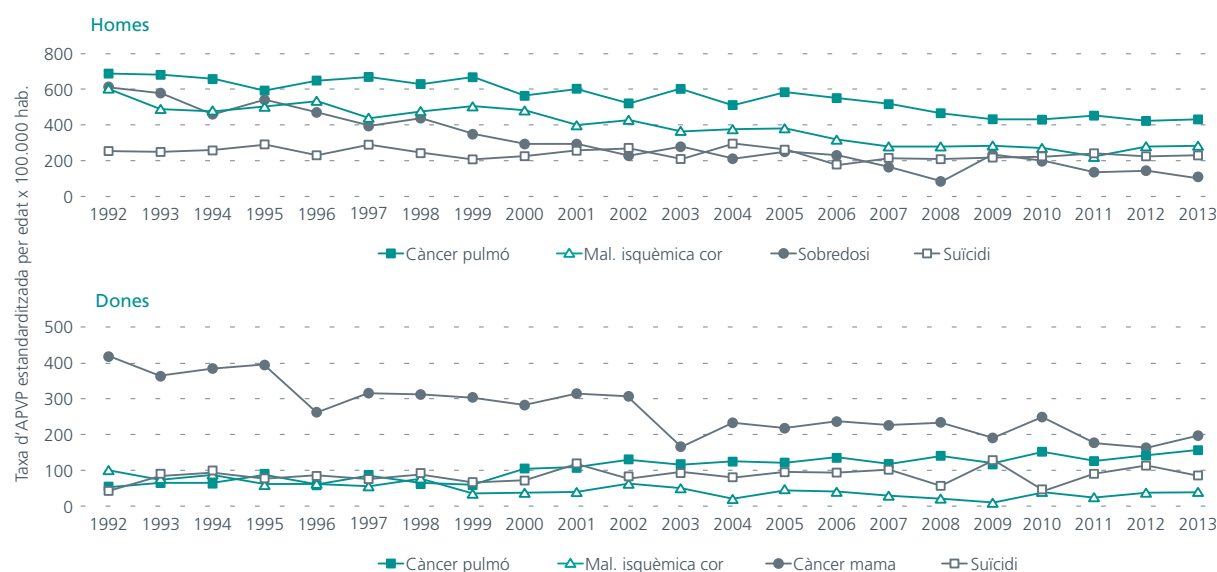
L'evidència dels impactes de les crisis econòmiques, que afecten les condicions de vida i treball de les poblacions, no és consistent pel que fa a la mortalitat. Si bé alguns estudis han mostrat un efecte positiu sobre la mortalitat, de manera que aquesta disminueix, altres estudis apunten a un efecte negatiu en algunes causes de mort concretes, com ara les causes externes i les malalties cardiovasculars, entre altres, o en els grups de població més vulnerables, amb un augment de les desigualtats en la mortalitat.

En general, la mortalitat a Barcelona segueix una tendència decreixent, i l'esperança de vida, que és alta, continua augmentant. No obstant això, els darrers anys, a partir de l'inici de la crisi econòmica que va començar a finals del 2008, alguns indicadors han interromput aquesta tendència positiva, com és el cas de la mortalitat prematura. A més, les desigualtats socioeconòmiques en la mortalitat persisteixen a la ciutat, de manera que les persones de nivell socioeconòmic baix, i les residents en àrees amb més privació socioeconòmica, presenten més risc de mortalitat.

Mortalitat prematura i evitable

A continuació, es presenta l'evolució entre els anys 1992 i 2013 de les principals causes de mort prematura (vegeu la figura 1), mesurada amb els anys potencials de vida perduts d'1 a 70 anys (APVP). En els homes la principal causa de mort prematura, i evitable, continua sent el càncer de pulmó, que, si bé mostrava una tendència decreixent des del 1992 que es va accelerar a partir del 2006 coincidint amb la nova Llei del tabac, a partir de l'any 2009 s'ha mantingut estable. En les dones, en canvi, la mortalitat per càncer de pulmó mostra una tendència creixent i continuada en tot el període, de manera que ha passat a ser una de les primeres causes de mort prematura, i evitable, juntament amb el càncer de mama, que malgrat la disminució observada durant la dècada dels noranta, resta força estable a partir del 2004. Altres causes de mort prematura, i evitable, eren la malaltia isquèmica del cor i les lesions per accident de trànsit, que, si bé mostraven una tendència decreixent en ambdós sexes, igual que la mortalitat per sobredosi de drogues en els homes, a partir dels anys 2008-2009 interrompen la tendència positiva que duïen, coincidint amb la crisi econòmica. D'altra banda, cal destacar el suïcidi, que, atesa la disminució de la mortalitat per algunes altres causes, com ara les lesions per accident de trànsit i la sobredosi de drogues en els homes, se situa com la tercera causa de mort prematura en ambdós sexes, si bé es manté força estable.

Figura 1. Principals causes de mortalitat prematura en homes i dones. Barcelona, 1992-2013.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

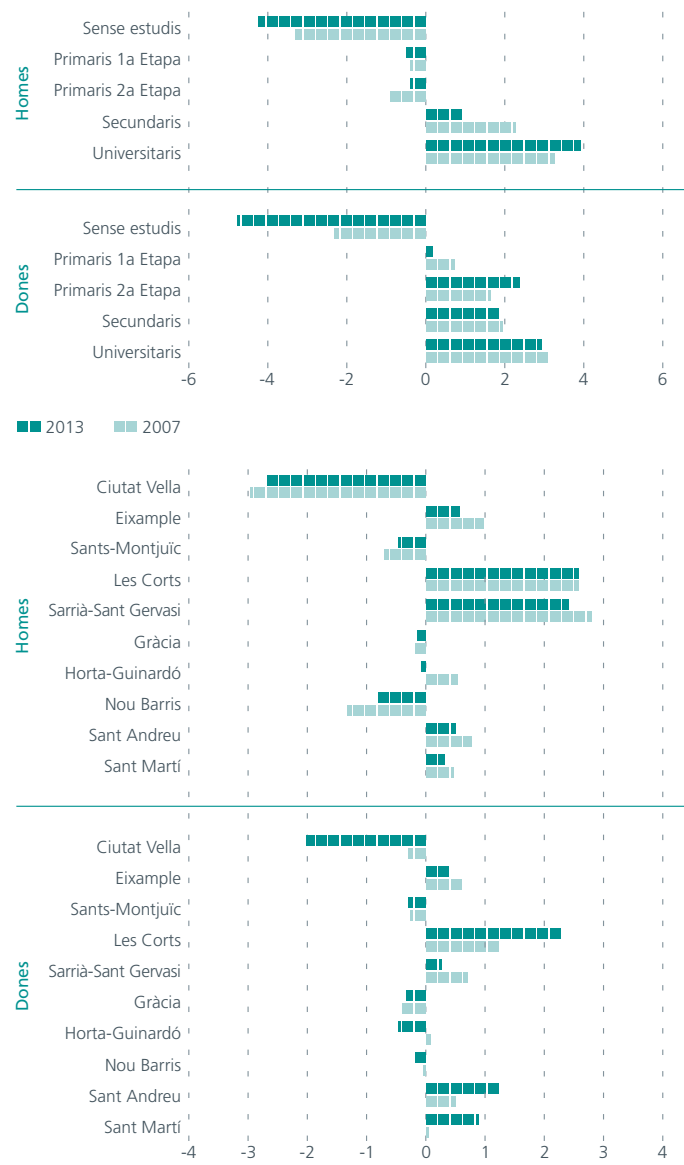
Desigualtats socioeconòmiques en l'esperança de vida

L'any 2013 l'esperança de vida va augmentar a 80,7 anys en els homes i a 86,6 anys en les dones (79,9 anys en homes i 85,7 anys en les dones el 2012), de manera que ha augmentat 2,4 anys en els homes i 1,4 anys en les dones respecte al 2007. Aquest increment, però, no ha estat igual en els diferents grups socials, de manera que les desigualtats tendeixen a augmentar. En aquest sentit, es mostra la diferència en l'esperança de vida en néixer segons el nivell d'estudis i segons el districte de residència respecte al total de Barcelona, en homes i dones, entre els anys 2007 i 2013 (vegeu la figura 2). Segons el nivell d'estudis s'observa un gradient, en què l'esperança de vida de la població sense estudis era menor respecte al total (d'aproximadament 4 anys l'any 2013), i, al contrari, en què l'esperança de vida era molt superior en la població amb estudis universitaris (uns 4 anys en els homes i 2 anys en les dones el 2013). Val a dir que les desigualtats descrites l'any 2013 han augmentat, respecte al 2007, principalment per l'augment de les diferències en la població sense estudis. D'altra banda, també s'observen desigualtats entre districtes, de manera que l'esperança de vida era molt inferior a Ciutat Vella el 2013 (gairebé 3 anys en els homes i 2 anys en les dones) i, al contrari, va ser molt superior a les Corts en ambdós sexes, i també a Sarrià-Sant Gervasi en el cas dels homes (més de 2 anys de diferència respecte al total). Entre el 2007 i el 2013, si bé les desigualtats entre districtes en l'esperança de vida dels homes va disminuir lleugerament, en gran part per la millora a Ciutat Vella i Nou Barris, en les dones, en canvi, les diferències respecte al total de la ciutat van augmentar notablement, tant a Ciutat Vella com a les Corts, fent augmentar així les desigualtats.

És important conèixer i vigilar la mortalitat i les desigualtats en la mortalitat per tal de poder actuar i prioritzar les actuacions sobre aquells grups de població i aquelles àrees més necessitades, sobretot davant d'una situació de risc com ara l'actual recessió econòmica juntament amb la pèrdua de protecció social de la població. A Barcelona, els darrers anys, coincidint amb la crisi

econòmica, la tendència decreixent de la mortalitat s'ha interromput, i les desigualtats socioeconòmiques tendeixen a augmentar. Davant d'aquesta situació, calen esforços per a mitigar els efectes negatius de l'actual crisi econòmica, que poden estar incidint més en les persones i en els barris més desafavorits.

Figura 2. Diferència en l'esperança de vida respecte al total, en homes i dones, per nivell d'estudis i per districte. Barcelona, 2007 i 2013.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les malalties transmissibles

56

Les infeccions per VIH/sida

L'any 2014 es van notificar 357 nous casos de VIH a Barcelona^a, el 93% dels quals (332) residien a la ciutat, cosa que representa una taxa de 20,6 casos per 100.000 habitants i un descens del 19,2% respecte a l'any 2013, encara que no són dades definitives. El 91% dels casos (302) eren homes entre els 15 i els 75 anys (mediana de 34 anys), i les edats de les 30 dones oscil·laven entre els 22 i els 64 anys (mediana de 31,5 anys). La raó home/dona va ser d'11,2. El 51% (154) dels homes eren nascuts a l'Estat espanyol, així com el 33,3% (10) de les dones. La figura 3 mostra les taxes d'incidència per 100.000 habitants segons el sexe. La via de transmissió més freqüent entre els homes van ser les relacions homosexuals (HSH), seguides de les heterosexuals (HTS) amb el 86,6% (258) i el 10,7% (32) dels casos, respectivament (en 4 casos no es coneixia el grup

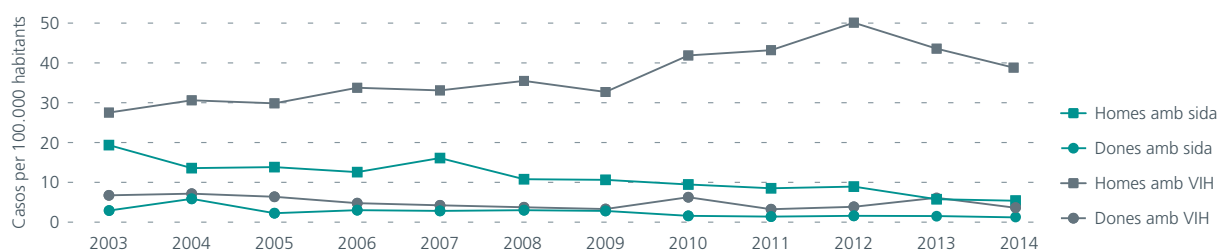
de risc). Entre les dones les relacions HTS van ser la via més freqüent de transmissió (96,7%).

Pel que fa a la sida, aquest any 2014 se n'han detectat 64 casos, el 89,1% dels quals (57) residien a Barcelona, cosa que representa una taxa de 3,5 casos per 100.000 habitants (6,0 casos per 100.000 habitants en els homes i 1,3 casos per 100.000 habitants en dones) i un decrement del 12,2% respecte al 2013 (vegeu la figura 4). El 80,7% dels casos (46) eren homes entre els 25 i els 70 anys (mediana de 40 anys). Les edats de les 11 dones oscil·laven entre els 27 i els 62 anys (mediana de 44 anys). Les relacions sexuals no protegides van ser-ne la via de transmissió més freqüent. En els homes això va representar el 82% dels casos –64% a causa de relacions HSH i 18% a causa de relacions HTS. En el cas de les dones, les HTS representaven el 91%. L'ús de drogues injectades es va identificar en el 18% dels homes i en 1 dona. En homes les malalties indicatives de sida més freqüents van ser la pneumònia per *P. Jirovecii* (32,6%), el sarcoma de Kaposi (17,4%) i la tuberculosi (17,3%), i en les dones la tuberculosi (27,3%), la toxoplasmosi cerebral (18,2%) i la pneumònia per *P. Jirovecii* (18,2%).

En relació amb el pronòstic, el retard en el diagnòstic, que implica més risc de transmissió de la infecció, més morbiditat i pitjor supervivència, va ser del 36%, molt inferior a l'observat en l'àmbit de l'Estat espanyol i de la resta de Catalunya (47%¹ i 42%², respectivament). Aquest any

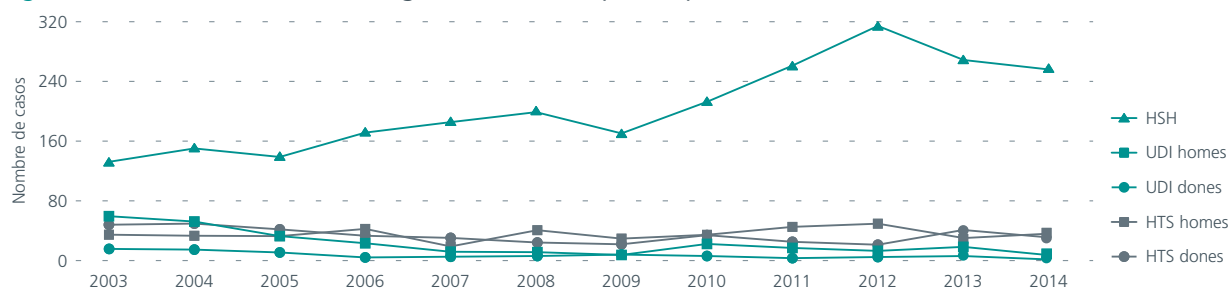
^a Les dades d'aquest apartat són provisionals i estan subjectes a canvis a causa del retard en la notificació.

Figura 3. Evolució de les taxes d'infecció pel VIH i de sida per sexe. Barcelona, 2003-2014.



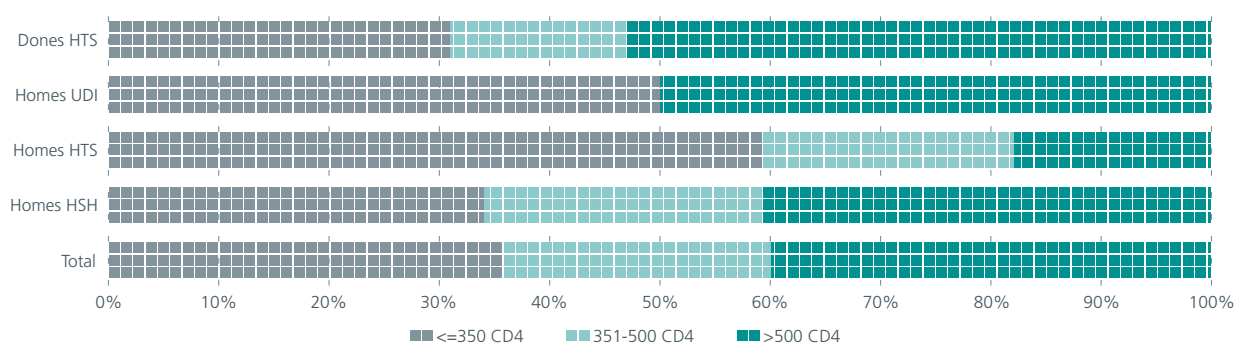
Font: Registre de sida i de VIH de Barcelona. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 4. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH per sexe i via de transmissió. Barcelona, 2003-2014.



Font: Sistema d'informació del VIH. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: HSH: homes que tenen relacions sexuals amb homes. HTS: relacions heterosexuals. UDI: usuaris de drogues intravenoses.

Figura 5. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH, per sexe. Barcelona, 2014.

Font: Registre de VIH/sida. Servei d'Epidemiologia (actualització a 20 de novembre de 2014). Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: nivell de limfòcits per mm³.

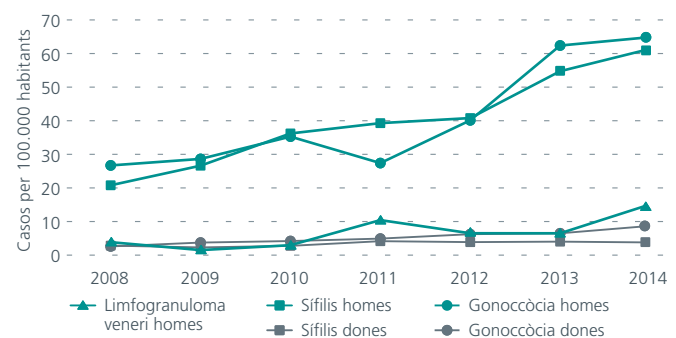
s'observa que el retard en el cas de les dones HTS va ser del 31%, en els homes HSH de 34% i en els homes HTS del 59% (vegeu la figura 5), fet que implica més risc de transmissió de la infecció, més morbiditat i pitjor supervivència.

Les infeccions de transmissió sexual

La informació epidemiològica sobre les infeccions de transmissió sexual (ITS) s'obté a través del Sistema de Malalties de Declaració Obligatoria. Les ITS sotmeses a vigilància epidemiològica individualitzada a Catalunya (i a Barcelona) són, a més de la infecció pel VIH: la sífilis, la infecció gonocòccica i el limfogranuloma veneri.

Sífilis

L'any 2014 es van detectar 566 casos de sífilis infecciosa, el 88,5% dels quals (501) residien a Barcelona. S'observa una tendència a l'augment des de l'any 2007, amb una taxa de 31,1 el 2014, cosa que suposa un increment del 10,3% respecte al 2013 (vegeu la figura 6). Se n'ha detectat un major nombre de casos entre els homes que entre les dones. El 2014, els homes representaven el 94,0% (471) dels casos i tenien entre 18 i 75 anys (mediana de 37 anys), amb una taxa de 61,8 casos per 100.000 habitants. Les 30 dones tenien entre 20 i 59 anys (mediana de 38,5 anys), amb una taxa de 3,5 casos per 100.000 habitants. La raó home/dona va ser de 17,5. Tant en homes com en dones el grup d'edat més afectat va ser

Figura 6. Incidència de sífilis, gonocòccica i limfogranuloma veneri per sexe. Barcelona, 2007-2014.

Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: LGV: limfogranuloma veneri.

el de 30 a 39 anys, amb el 39,9% i 46,7% dels casos, respectivament. El 60,4% dels homes i el 40,1% de les dones eren nascuts a l'Estat espanyol. Entre els homes el 80,4% havien mantingut relacions homosexuals (HSH) i entre les dones el 60,0% havien tingut relacions heterosexuals (HTS) (vegeu la figura 7, pàgina 58). S'ha de ressaltar que el 41,1% (197) dels homes i el 16,7% (5) de les dones estaven

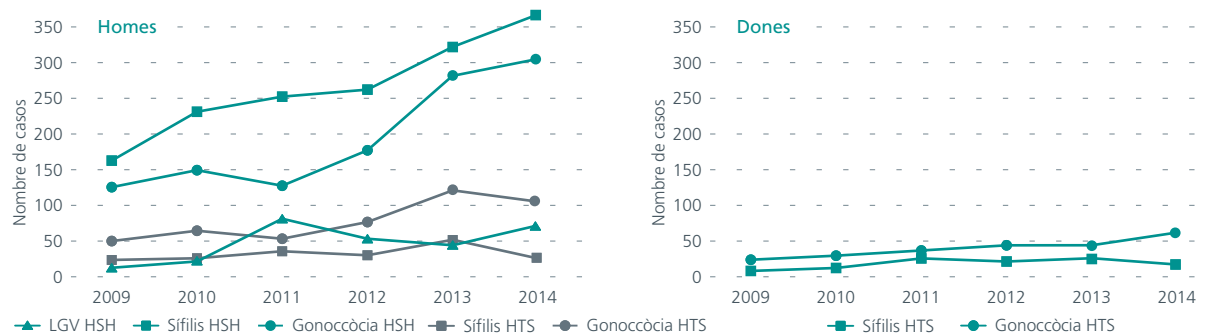
¹ Àrea de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida – S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid; Madrid; Nov 2014.

² Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida a Catalunya. Actualització a 31 de desembre de 2014. Badalona: CEEISCAT; 2015.

Les malalties transmissibles

58

Figura 7. Distribució dels casos de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri per sexe i conducta sexual. Barcelona, 2008-2014.



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

Notes: HSH: relacions sexuals entre homes. HTS: relacions heterosexuals. LGV: limfogranuloma veneri.

coinfectats pel VIH en el moment del diagnòstic, factor associat a l'increment de la transmissió del VIH. L'estudi dels contactes sexuals es va realitzar solament en el 38,5% dels casos (38,4% dels homes i 45,5% de les dones). Aquesta dada ha empitjorat respecte a l'any passat, ja que el 2013 s'havia iniciat l'estudi de contactes sexuals en el 44,4% dels casos.

Gonocòccia

Es van detectar 684 casos de gonocòccia, el 82,7% dels quals (566) residien a Barcelona. Igual que en la sífilis, s'observa una tendència a l'augment des del 2007, amb una taxa de 35,1 el 2014 (64,9 casos per 100.000 habitants en els homes i 8,4 casos per 100.000 habitants en les dones), cosa que representa un increment del 6,2% respecte a l'any anterior (vegeu la figura 6, pàgina 57). El 87,5% (495) eren homes, amb edats entre els 15 i els 74 anys (mediana de 33 anys), mentre que l'edat de les 71 dones oscil·lava entre els 16 i els 66 anys (mediana de 29 anys). El 57,7% dels homes i el 60,6% de les dones eren nascuts a l'Estat espanyol. Entre els homes el 60,8% eren HSH, mentre que el 78,9% de les dones eren HTS (vegeu la figura 7). La coinfecció pel VIH es va observar en 26,7% (132) dels homes i en 1 dona. L'estudi de contactes sexuals es va iniciar en el 44% dels casos (41,1% dels homes i 59,2% de les dones); com en el cas de la sífilis, aquest indicador és baix i ha empitjorat lleugerament respecte a l'any passat.

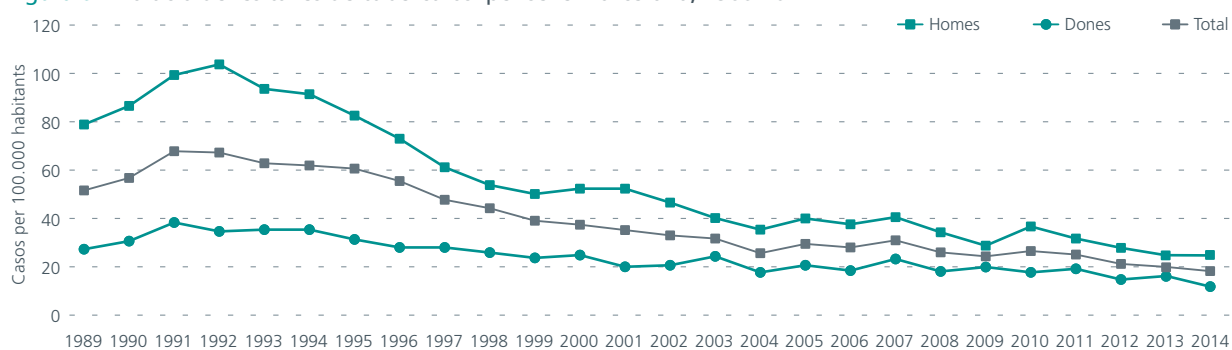
Limfogranuloma veneri

Es van detectar 124 casos de limfogranuloma veneri, el 87,1% dels quals (108) eren homes residents a Barcelona. S'observa un increment de la incidència d'aquesta malaltia, amb una taxa de 6,7 casos per 100.000 habitants, cosa que representa un increment del 116% respecte a l'any 2013 (vegeu la figura 6, pàgina 57). Tots els casos eren homes, entre 20 i 67 anys (mediana 38 anys), el 50% dels quals s'inclouen en el grup de 30 a 39 anys. Dels 74 casos en què es té informació sobre les pràctiques sexuals, el 97,2% (72) eren HSH. I el 82,4% (61) estaven coinfectats pel VIH. El 43,5% dels casos eren nascuts a Espanya, el 24,1% a Europa occidental i el 19,4% a l'Amèrica Llatina. Aquest any només figura la realització de l'estudi de contactes en el 48,6% dels casos, fet que marca un gran retrocés si comparem aquesta data amb la de l'any 2012, en què aquest estudi es va dur a terme en el 81% dels casos.

La tuberculosi

L'any 2014 s'han detectat a Barcelona 444 casos de tuberculosi, 300 dels quals eren residents a la ciutat, cosa que representa una incidència de 18,6 casos per 100.000 habitants, una xifra gairebé un 9% inferior a l'any anterior. La malaltia ha davallat en ambdós sexes, però sobretot en dones. El declivi mitjà anual des de l'any 2000 en homes ha estat del 3,7%, i en dones del 3,3%. La malaltia és més freqüent en els homes (187 casos) que en les dones (113 casos) (vegeu la figura 8, pàgina 59).

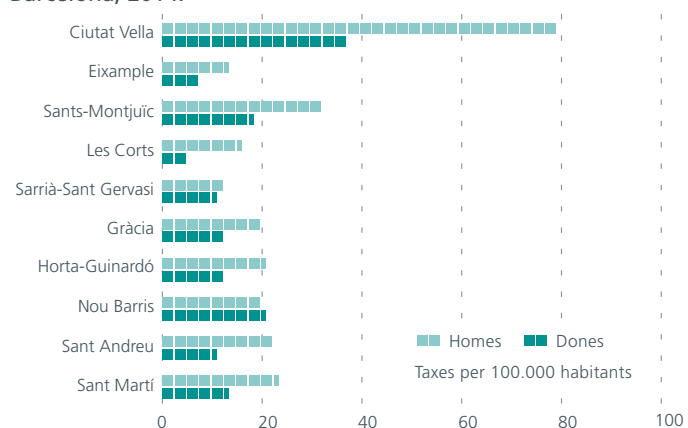
De les 113 dones amb tuberculosi, 58 eren nascudes fora de l'Estat espanyol (51,3%), sobretot al Perú i Bolívia. Pel que fa als 187 homes, 93 eren immigrants (49,7%), d'entre les procedències destacava el Pakistan, amb 28 persones, i les Filipines. Els pacients immigrants amb tuberculosi procedien de 32 països diferents. La incidència de la malaltia és més freqüent en persones immigrants que en autòctones, tant en homes com en dones.

Figura 8. Evolució de les taxes de tuberculosi per sexe. Barcelona, 1988-2014.

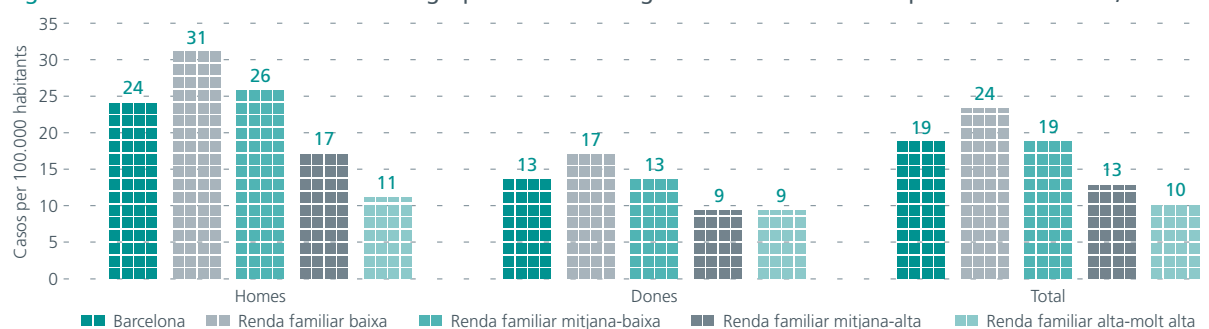
Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La forma clínica més freqüent de la malaltia ha estat la tuberculosi pulmonar, tant en homes (64%) com en dones (62%). De les 300 persones, 61 han presentat la forma més contagiosa de la malaltia; la taxa de tuberculosi bacil·lífera ha estat de 3,8 casos per 100.000 habitants, gairebé un 6% inferior a la de l'any anterior. El districte de la ciutat amb la incidència més elevada de tuberculosi ha estat Ciutat Vella, seguit de Sants-Montjuïc, en homes, i de Nou Barris, en dones (vegeu la figura 9).

Agrupant els barris de la ciutat per la renda familiar disponible, observem que la malaltia és més freqüent en els barris amb rendes baixes, i la freqüència va disminuint a mesura que augmenta la renda, tant en homes com en dones (vegeu la figura 10).

Figura 9. Incidència de la tuberculosi per districtes segons el sexe. Barcelona, 2014.

Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 10. Incidència de la tuberculosi agrupant els barris segons la renda familiar disponible¹. Barcelona, 2014.

Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹L'índex de renda familiar disponible és una macromagnitud que mesura els ingressos de què disposen els residents d'un territori per destinar-los a consum o estalvi. Actualització 2013.

Els trastorns crònics

60

Entre els infants de menys de 15 anys els principals trastorns crònics són la bronquitis crònica (9,5%), l'otitis de repetició (8,8%), l'enuresi (8,0%), les al·lèrgies cròniques (6,2%) i les deficiències visuals (5,0%), totes elles amb poques diferències per sexe (vegeu el quadre 1). Els trastorns crònics inclouen malalties i factors de risc. Segons les dades de l'Enquesta contínua de Catalunya per Barcelona per al període 2011-2014 (vegeu el quadre 2), d'entre els trastorns més prevalents en adults destaquen la tensió arterial alta (25,2%

Quadre 1. Principals trastorns crònics en infants per sexe, en percentatges. Barcelona, 2011-2014.

	Nois	Noies	Total
Bronquitis cròniques	10,8	8,2	9,5
Otitis de repetició	8,4	9,2	8,8
Enuresi	7,7	8,3	8,0
Al·lèrgies cròniques	5,8	6,6	6,2
Deficiència visual	4,5	5,5	5,0

Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

de la població) i el colesterol en sang elevat (21,2%). També són importants els trastorns crònics que limiten funcionalment, com ara el mal d'esquena lumbar (23,5%), cervical (18,0%) i l'artrosi (23,2%), en què la prevalença en les dones més que duplica la prevalença en els homes. La depressió i/o ansietat és el cinquè trastorn (18,2%) i la prevalença que té en les dones duplica la dels homes.

Quadre 2. Principals trastorns crònics en adults per sexe, en percentatges. Barcelona, 2011-2014.

	Homes	Dones	Total
Tensió arterial alta	24,2	26,1	25,2
Mal d'esquena lumbar crònic	15,9	31,0	23,5
Artrosi, artritis o reumatisme	13,4	32,9	23,2
Colesterol elevat	19,9	22,4	21,2
Depressió i/o ansietat	12,2	24,0	18,2
Mal d'esquena cervical crònic	9,9	26,1	18,0
Mala circulació	12,0	23,8	18,0
Migranya o mal de cap freqüent	8,3	21,1	14,8
Al·lèrgies cròniques	13,5	15,4	14,5
Variats	6,7	22,0	14,4

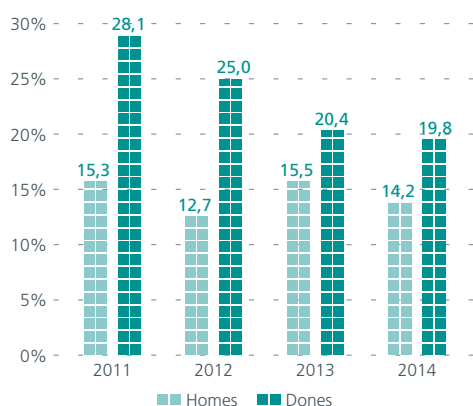
Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'estat de salut percebut

L'Enquesta contínua de salut de Catalunya feta als residents de Barcelona permet conèixer l'evolució de l'estat de salut declarat per les persones entrevistades. La salut autopercebuda es relaciona amb les dimensions física i mental de la salut. La pregunta sobre l'estat de salut autopercebuda contempla 5 possibles respostes: excel·lent, molt bona, bona, regular o dolenta. La figura 11 (pàgina 61) mostra l'evolució del percentatge de persones amb salut regular o dolenta. Les dones presenten tots els anys un percentatge major de mala salut autopercebuda que

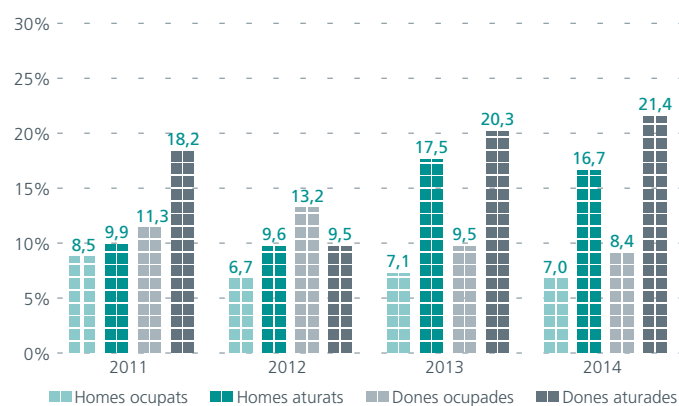
els homes. En els homes es manté pels volts del 14,5%, mentre que en les dones s'observa una disminució, ja que es passa del 28,1% el 2011 al 19,8% el 2014, tot i que s'estabilitza els dos darrers anys. Tanmateix existeixen diferències segons la situació laboral (vegeu la figura 12, pàgina 61). En els homes ocupats la mala salut autopercebuda es manté amb oscil·lacions pels volts del 7,3%, mentre que les prevalences en els homes aturats doblen les dels ocupats els dos darrers anys. En les dones ocupades la mala salut autopercebuda presenta una tendència a la baixa els tres darrers anys, tot i que amb valors superiors als dels homes en mitjana. Destaca també la major proporció de mala salut autopercebuda de les dones aturades respecte de les ocupades els dos darrers anys i també per sobre de la dels homes desocupats.

Figura 11. Estat de salut percebut regular o dolent en majors de 15 anys per sexe, percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 12. Evolució de l'estat de salut percebut regular o dolent per situació laboral i per sexe, percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'obesitat i l'excés de pes

L'excés de pes és un indicador important de l'estat de salut de la població general per la seva vinculació amb els principals factors de risc i les patologies generadores de mortalitat en el nostre entorn. A la figura 13 (pàgina 62) es mostra l'evolució de l'excés de pes en població adulta de Barcelona, amb dades extretes de l'Enquesta de Salut de Catalunya anual en el període que va del 2011 al 2014. Es pot observar que en els homes hi ha una tendència a l'augment del normopès, en detriment del sobrepès, que ha tingut una disminució del 4,5% en el període esmentat. La disminució de l'obesitat és menor, d'1,5 punts percentuals. En el cas de les dones també hi ha un augment del

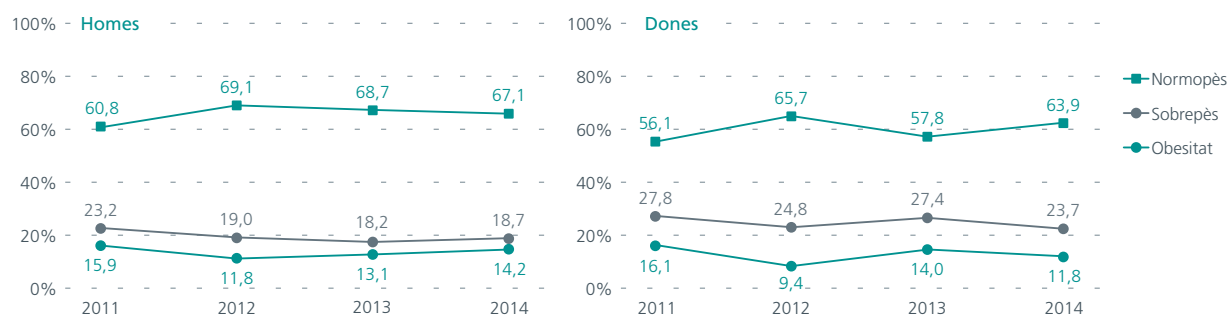
normopès en el període, si bé les dades presenten majors fluctuacions que en els homes. Hi ha una disminució del 4,1% en el sobrepès i del 5,7% en l'obesitat. El sobrepès és més alt en les dones que en els homes, si bé les diferències només són estadísticament significatives en les dades per al 2013 ($p=0,008$). Globalment, el 19,8% dels homes i el 25,9% de les dones presentaven sobrepès en aquest període, mentre que en el cas de l'obesitat, els valors són lleugerament superiors en els homes (13,8%) que en les dones (12,8%)

D'altra banda, amb dades de la mateixa enquesta, l'excés de pes en infants i joves d'edats compreses entre els 0 i els 18 anys era superior entre els nois, amb un 25,2%, que entre les noies, amb un 17,6%, sense que les diferències siguin estadísticament significatives.

L'obesitat i l'excés de pes

62

Figura 13. Evolució de l'excés de pes, per sexes. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2011-2014.

La salut sexual i reproductiva

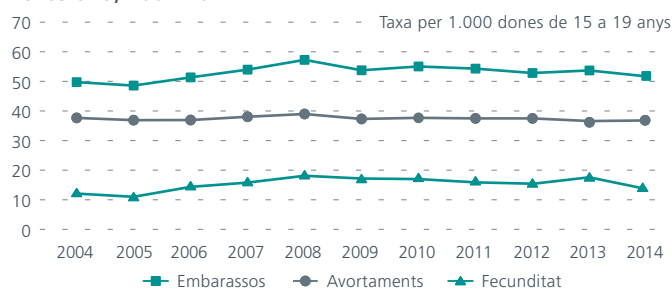
Fecunditat, avortaments i embaràs en l'edat fèrtil

L'any 2014 s'han produït 19.642 embarassos en dones en edat fèrtil (51,4 embarassos per 1.000 dones de 15 a 49 anys) 13.984 dels quals han conclòs amb naixements (36,6 naixements per 1.000 dones en edat fèrtil) i 5.658 han conclòs amb avortaments (14,8 per 1.000 dones en edat fèrtil). Des de la dècada dels 80, la fecunditat s'ha mantingut estable, fins a aquest any, en què se n'ha observat un lleuger descens. En canvi, els avortaments havien crescut fins a l'any 2008 i s'havien mantingut estables des de llavors fins a aquest any, en què han disminuït. Caldrà veure com evolucionen els indicadors els pròxims anys.

Pel que fa a la planificació de l'embaràs, el 29% dels embarassos en les dones en edat fèrtil acaben en avortament, percentatge inferior al

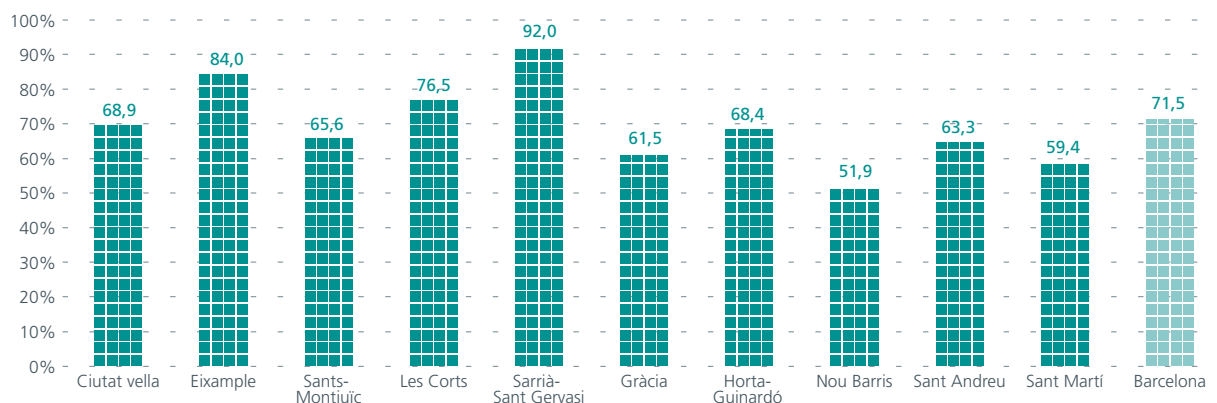
del 2013 (32%). La fecunditat i els avortaments disminueixen sobretot a causa de la disminució que s'ha produït entre les dones provinents de països de rendes baixes, entre les quals la fecunditat ha passat de 44,5 per 1.000 dones l'any 2010 a 40,2 l'any 2014 i els avortaments de 32,9 per 1.000 dones l'any 2010 a 22,1 el 2014 (vegeu la taula 10, pàgina 98).

Figura 14. Evolució de la fecunditat, les interrupcions voluntàries dels embarassos i els embarassos en dones d'entre 15 i 19 anys. Barcelona, 2004-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 15. Distribució de les interrupcions voluntàries de l'embaràs sobre el total d'embarassos en dones d'entre 15 i 19 anys, per districtes. Barcelona, 2014.



Font: elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

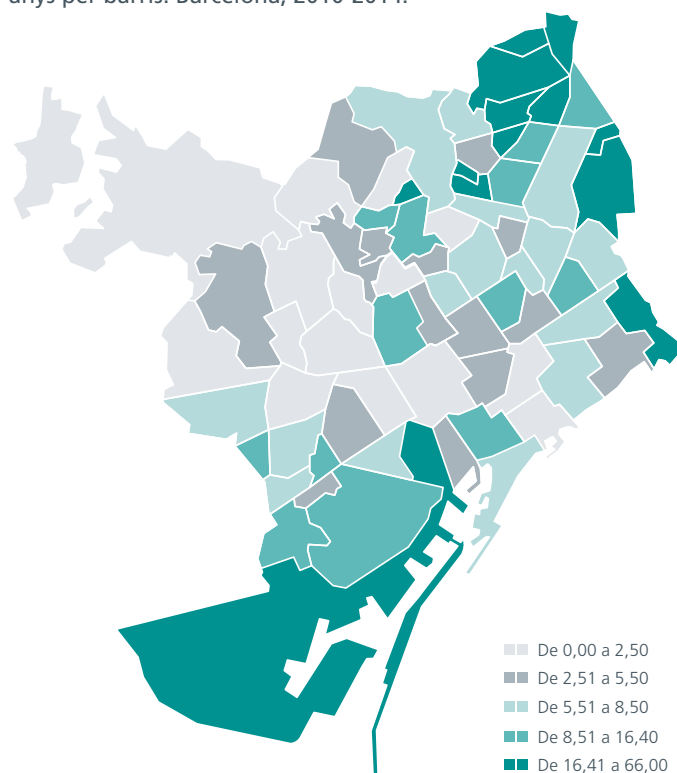
Fecunditat, avortaments i embaràs en l'adolescència

En les dones adolescents, tant els avortaments com la fecunditat han disminuït l'any 2014 i s'han situat en taxes inferiors a les dels anys 2003 i 2004. La taxa d'avortaments ha estat de 15,4 per 1.000 dones de 15 a 19 anys i la de fecunditat de 6,1 per 1.000 dones de 15 a 19 anys. La disminució dels avortaments no ha anat seguida d'un augment de la fecunditat; és a dir, les dones adolescents han reduït els embarassos no planificats (vegeu la figura 14, pàgina 62).

En les adolescents de la ciutat, el 71,5% dels embarassos han estat no planificats i acaben en un avortament. Per districtes, hi ha una forta variabilitat: al districte de Sarrià-Sant Gervasi, el 92% dels embarassos en dones adolescents ha acabat en un avortament, mentre que al districte de Nou Barris hi han acabat el 52% dels embarassos adolescents no planificats (vegeu la figura 15).

Una altra conseqüència de la manca de planificació de l'embaràs són els naixements amb mares adolescents. Bona part d'aquests naixements serien d'embarassos no planificats. La distribució de la fecunditat en dones adolescents no és homogènia a la ciutat, i mostra un patró lligat a la pobresa dels barris. Els barris de Vallbona, Torre Baró,

Figura 16. Distribució de la fecunditat en dones d'entre 15 i 19 anys per barris. Barcelona, 2010-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Servei de Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La salut sexual i reproductiva

64

Trinitat Nova, Ciutat Meridiana i les Roquetes del districte de Nou Barris, els barris de Baró de Viver a Sant Andreu, el barri de la Marina del Prat Vermell al districte de Sants-Montjuïc i el barri del Besòs i el Maresme al districte de Sant Martí són els que presenten una major freqüència de naixements en dones adolescents (vegeu la figura 16, pàgina 63).

L'ús ineficax de mètodes anticonceptius durant el coit fa augmentar el risc d'un embaràs no desitjat i no planificat. Segons la UNICEF, la prevenció dels embarassos no desitjats permet a les adolescents finalitzar l'educació i adquirir els coneixements fonamentals per al creixement personal.

A la darrera enquesta FRESC del 2012³ es va observar un descens en l'ús del preservatiu en l'adolescència. Recentment hem pogut descriure

com aquest descens és major en els nois i noies de les classes socials més desfavorides de la ciutat de Barcelona.

Distribució territorial dels resultats adversos de l'embaràs

El baix pes en néixer és un bon indicador de l'estat de salut de la població general i està fortament associat amb la mortalitat fetal i neonatal. La prevalença de baix pes en néixer en els naixements en dones en edat fèrtil de Barcelona és de pels volts de 7 per 100 nadons nascuts vius, xifra estable al llarg del temps. En canvi, existeixen desigualtats territorials en el baix pes en néixer, de manera que els barris de Vallbona i Torre Baró del districte de Nou Barris, els barris del Baró de Viver i del Bon Pastor del districte de Sant Andreu i el barri de la Marina del Prat Vermell dels districte de Sants-Montjuïc tenen una prevalença de baix pes en néixer de 10 o més per 100 nadons nascuts vius de dones en edat fèrtil.

³ Vegeu-ne els resultats a: www.aspb.cat/quefem/docs/Informe_FRESC_2012.pdf

La salut mental i les addiccions

La salut mental

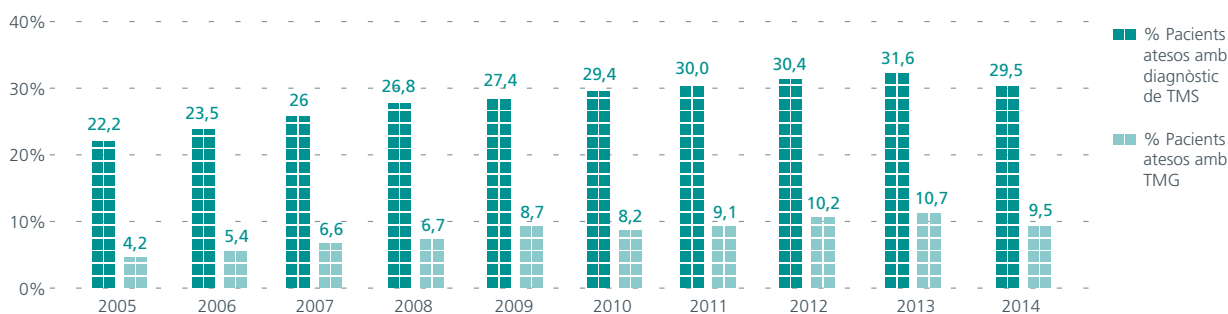
L'atenció a la salut mental dels serveis sanitaris

L'any 2014 s'han atès 42.704 persones als centres de salut mental d'adults (CSMA) i 10.517 als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ). Dins el marc del programa de suport de serveis de salut mental a l'atenció primària de salut, el 2014 s'han desplegat per a l'abordatge de la població adulta mensualment: 1.250 hores de psiquiatria, 498 hores de psicologia i 329 hores de professionals d'infermeria de salut mental. Per a l'abordatge de la població infantil i juvenil amb problemes de salut mental en l'atenció

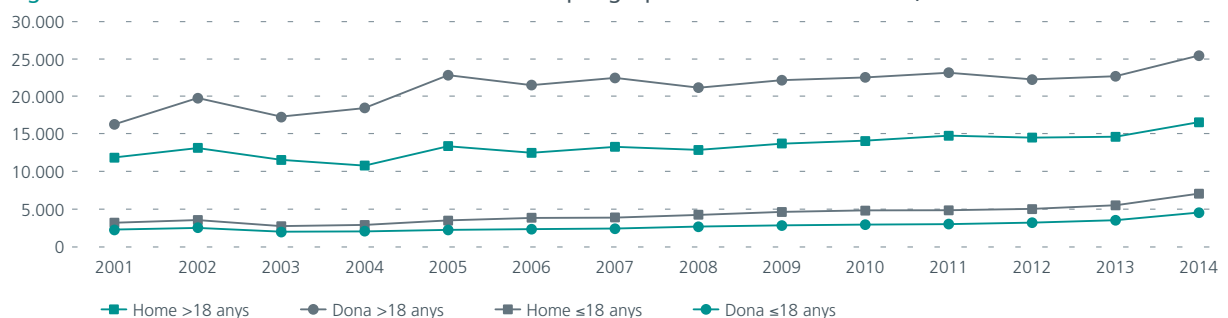
primària de salut, s'han desplegat a Barcelona mensualment: 180 hores de psiquiatria i 366 hores de psicologia.

L'activitat realitzada en el marc del suport de salut mental a l'atenció primària ha augmentat en termes generals tant en la població adulta com infantil i juvenil. A Barcelona la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària s'ha anat consolidant progressivament.

A la figura 17 (pàgina 65) s'observa l'evolució de l'atenció a persones amb trastorns mentals greus. Del 22,2% de persones adultes amb trastorns severos atesos el 2005 s'ha arribat al 29,5% el 2014. En total, el 2014, han estat ateses als CSMA 42.704 persones amb problemes de salut mental, 12.619 de les quals tenien patologies mentals severes. Entre les patologies severes destaca el trastorn esquizofrènic, amb el 12,7% (5.454 persones ateses) i la depressió major, amb el 6,6% (2.841 persones ateses). També destaca com a patologia emergent el

Figura 17. Percentatge de persones ateses als centres de salut mental amb trastorn mental greu (TMG) i trastorn mental sever (TMS). Barcelona, 2005-2014.

Font: conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM). CatSalut.

Figura 18. Població atesa als centres de salut mental per grup d'edat i sexe. Barcelona, 2001-2014.

Font: conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM). CatSalut.

trastorn alimentari, amb 295 persones ateses als CSMA (0,7%), el 92,2% de les quals són dones (272) i el 7,8% homes (23).

En la població infantil i juvenil, del 4,2% d'infants i joves amb trastorns greus atesos el 2005, s'ha arribat al 9,5% el 2014. En total, el 2014, han estat ateses als CSMIJ 10.517 persones amb problemes de salut mental, 997 de les quals han estat diagnosticades de patologies mentals greus. Entre els problemes de salut mental en població infantil, destaca el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat, amb el 16,1% (1.691 persones ateses), altres psicosis de la infància, amb el 3,6% (380 persones ateses), el trastorn mixt del desenvolupament, amb el 2,7% (282 persones ateses), els trastorns alimentaris, amb el 1,7% (181 persones ateses), i els trastorns autístics, amb l'1,1% (119 persones ateses).

A la figura 18 es visualitza l'increment acumulat de la població atesa als centres de salut mental del període 2001 al 2014, amb un 112,0% d'augment de població infantil i juvenil i un 49,6% d'augment en la població adulta. De les persones ateses als centres de salut mental infantil i juvenil, el 61,5% eren de sexe masculí i el 38,5% eren de sexe femení. En comparació, de les persones ateses als centres de salut mental d'adults, el 60,6% eren dones i el 39,4% eren homes.

La mitjana de visites anuals als CSMIJ ha estat de 8,7 visites per pacient/any, una xifra lleugerament superior a la de la resta de la regió sanitària de Barcelona (7,3 visites pacient/any). Així mateix, la mitjana de visites anuals als CSMA ha estat de 8,1 visites per pacient/any, lleugerament superior a la resta de la regió sanitària de Barcelona (7,7 visites pacient/any).

S'han generat 5.188 altes a les unitats d'hospitalització de salut mental, 4.488 de les quals han estat altes d'aguts i 700 altes de subaguts, davant de les 4.469 altes globals generades el 2013. En conjunt, els recursos implicats són 14 centres mentals d'adults, 9 centres mentals infantils i juvenils, 7 hospitals / serveis d'urgències en salut mental, 4

La salut mental i les addiccions

66

hospitals de dia i 1 una unitat mòbil amb equip multidisciplinari de suport especialitzat en salut mental.

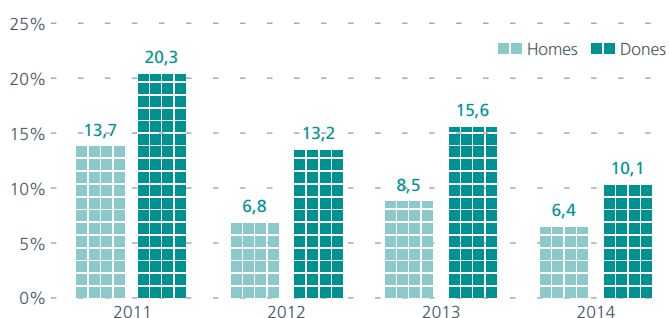
El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 prioritza la prevenció del suïcidi, fent èmfasi en la millora de les patologies cròniques que en són un factor de risc, com ara la depressió. Dins aquest marc s'ha elaborat el codi risc de suïcidi (CRS), que s'ha posat en marxa el juny del 2014. Resumidament, el CRS comprèn un conjunt d'actuacions assistencials protocol·litzades adreçades a millorar l'atenció urgent i la prevenció secundària en aquelles persones amb un risc de suïcidi elevat. Inclou una estratègia per reforçar la coordinació de serveis i un seguiment post alta hospitalària de major o menor intensitat durant 12 mesos, en funció de l'evolució del risc de suïcidi.

El desplegament progressiu de les rutes assistencials, la millora de l'abordatge integral de les patologies severes en salut mental a la xarxa especialitzada, l'augment del suport a l'atenció primària per a l'abordatge de la patologia mental lleu i moderada, la implantació de la història clínica compartida, la recepta electrònica, el codi risc de suïcidi, la millora en l'abordatge de patologies emergents com ara la psicosi incipient, el trastorn d'espectre autista, els trastorns de la conducta alimentària i el trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat, estan permetent fonamentar l'atenció amb un maneig compartit entre tots els serveis de salut del territori.

La salut mental poblacional a l'Enquesta de salut

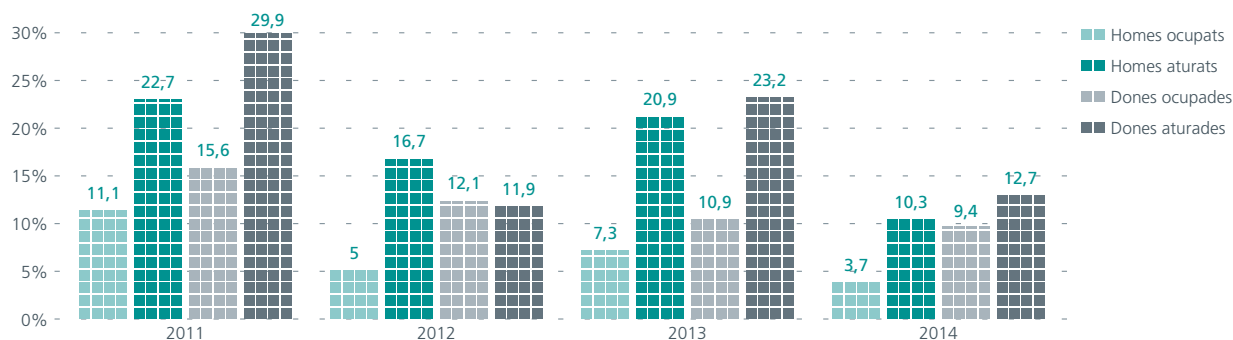
Les dades de l'Enquesta contínua de Catalunya feta als residents de Barcelona permet conèixer l'evolució de la seva salut mental. Es fa servir un instrument de cribatge poblacional sobre la base de 12 preguntes que detecta la presència de potencials problemes d'ansietat i depressió o altres de similars, que requeririen un diagnòstic mèdic posterior per a la seva confirmació. La figura 19 mostra com, un any rere l'altre, les dones presenten una major prevalença de mala salut mental que els homes. Si ens fixem en l'evolució d'aquesta dada, s'observa un perfil similar en ambdós sexes, una prevalença més alta el 2011 i una forma acampanada per als anys següents. Si desglossem la mala salut mental per situació laboral s'observen diferències entre persones ocupades i aturades, especialment en els homes: en els darrers tres anys la prevalença de mala salut mental en les persones aturades triplica la de les persones ocupades (vegeu la figura 20). En les dones aquestes

Figura 19. Evolució de la mala salut mental per sexe, en percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. Servei de Sistemes d'Informació Sanitària.

Figura 20. Evolució de la mala salut mental per situació laboral i sexe, percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2011-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

diferències no segueixen un patró tan clar i són més pronunciades el 2011 i el 2013.

Els trastorns de salut mental relacionats amb el treball

L'any 2014, els centres d'atenció primària han notificat 317 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Es tracta de trastorns majoritàriament de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (69,7%). L'edat mitjana ha estat de 42,5 anys, sense diferències entre sexes. Els professionals de suport i el personal de serveis i comerç són les dues ocupacions més freqüents en ambdós sexes (23,2% dels homes i 26,9% de les dones en el primer cas i 22,1% dels homes i 25,1% de les dones en el segon). Pel que fa a l'activitat de l'empresa, la més freqüent en els homes eren els restaurants i establiments de menjars (7,3%) i en les dones, les activitats de neteja (8,1%). El 17,7% de les persones que han tingut aquests problemes de salut havien nascut fora de l'Estat espanyol, sobretot en països sud-americans (9,6%). La situació laboral més freqüent ha estat la contractació indefinida amb el 86,7%; el 21,2% treballava en empreses de fora de la ciutat. El 81,8% dels casos notificats estava de baixa en el moment de la notificació, mentre que només el 38,1% havia estat visitat per la mútua d'accidents de treball i malalties professionals.

El factor de risc més freqüentment implicat ha estat la manca de suport dels superiors (40,1% dels casos estudiats), seguit de la manca d'autonomia (28,4%) i les altes exigències psicològiques com ara l'elevat volum de feina i la pressió de temps (16,7%).

En relació amb l'any anterior pràcticament no hi ha hagut canvis ni en el nombre ni en la incidència dels casos. S'ha notificat un cas més en homes (en van ser 95 el 2013 i enguany han

estat 96) i quatre més en dones (217 el 2013 i 221 el 2014). Quant a la incidència^b ha augmentat lleugerament en els homes (ha passat de 25,8 per 100.000 ocupats el 2013 a 27,4 el 2014) i ha disminuït lleugerament en les dones (de 59,2 per 100.000 ocupades el 2013 a 61,0 el 2014).

Les addiccions

A la xarxa pública de centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) de Barcelona s'ha registrat un total de 4.252 inicis de tractaments l'any 2014 (CAS Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, Càrites i Lluís Companys). La majoria d'inicis de tractament corresponen a homes (73,4%). Seguint la tendència dels darrers anys, la principal substància per la qual s'ha demanat tractament als CAS de la xarxa pública de Barcelona és l'alcohol (45%) seguit de la cocaïna (17%), l'heroïna i altres opiacis (17%) i el cànnabis (10%).

Els centres d'atenció i seguiment de gestió municipal (CAS Garbivent, Sarrià, Sants, Nou Barris, Horta-Guinardó, Vall d'Hebron i Baluard) inicien un 59% dels inicis de tractament de tota la ciutat. La tipologia de substàncies per les quals s'ha demanat tractament és molt semblant a la resta de xarxa pública de la ciutat, sent-ne l'alcohol (42%), la cocaïna (20%), l'heroïna i altres opiacis (16%) i el cànnabis (13%) les principals. El nombre de visites successives –és a dir, la seqüència de visites amb el metge o metgessa, visites amb el treballador o treballadora social, visites amb el psicòleg o psicòloga, visites amb personal d'infermeria, visites grupals i/o atencions familiars i/o en crisi– que han fet les persones usuàries dels centres d'atenció i seguiment municipals de Barcelona ha estat de 84.829. En general, cada pacient visitat al centre ha generat una mitjana de 14 visites de seguiment. Les substàncies que més visites per persona atesa han generat són l'heroïna i altres opiacis i la cocaïna (amb una mitjana de 16 visites per persona atesa) (vegeu el quadre 3, pàgina 68).

Malgrat que els darrers anys el nombre de sobredosis mortals per reacció aguda adversa a drogues ha anat disminuint a la ciutat de Barcelona (84 l'any 2009, 70 l'any 2010, 60 l'any 2011, 64 l'any 2012 i 55 l'any 2013), la taxa de letalitat per sobredosi continua sent no menyspreable (pels volts del 5% del total de sobredosis no mortals s'acaben en la mort del consumidor d'heroïna a Barcelona). Per aquesta raó, i atès que les sobredosis són evitables, des de l'ASPB conjuntament amb la Subdirecció de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya s'han engegat uns tallers de prevenció de sobredosis per augmentar el coneixement sobre com prevenir una sobredosi entre els consumidors de drogues. Aquests tallers han demostrat que augmenten el coneixement sobre com prevenir una sobredosi entre els usuaris de drogues de la ciutat de Barcelona. Finalment, un altre focus important d'atenció són les morts prematures de persones addictes a l'alcohol. Tal com s'ha vist, de totes les substàncies per les quals es demana un inici de tractament

^bEl càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de trastorns de salut mental notificats en persones ocupades, respecte a la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de Població Activa. Els nombres absoluts es refereixen a tots els casos notificats.

La salut mental i les addiccions

68

a Barcelona, l'alcohol és la més important i s'ha vist que els pacients que demanen iniciar un tractament per consum d'alcohol tenen una probabilitat elevada de morir durant els primers

anys de tractament. De les persones que acaben morint després d'un inici de tractament a la ciutat de Barcelona, aproximadament el 35% dels menors de 35 anys i el 60% de les dones ho fan durant el primer any d'inici de tractament.

Quadre 3. Persones amb inici de tractament als centres d'atenció i seguiment (CAS) de Barcelona i en tractament, primeres visites i visites successives¹ als CAS de titularitat municipal² segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2014.

	Inicis de tractament CAS Barcelona ³		Persones en tractament		Inicis de tractament		Visites successives	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiacis	564	149	1.325	352	311	90	20.683	5.871
Cocaïna	567	160	863	231	389	104	12.609	4.319
Cànnabis	314	115	411	118	238	73	3.572	1.009
Alcohol	1.418	514	1.713	712	754	297	22.127	11.487
Tabac	134	103	129	118	91	89	809	727
Altres	124	90	86	52	37	16	1.112	504
Total	3.121	1.131	4.527	1.583	1.820	669	60.912	23.917

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

Notes: ¹Les visites successives compten les visites de metge, psicòleg, infermera, treballador social, visites familiars, atenció en crisi, educació sanitària, realització d'estudis i sessions de grup. (No es tenen en compte les primeres visites generals, la dispensació de metadona ni les analítiques de sang i/o orina.) ²Centres d'atenció i seguiment: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Baluard i Vall d'Hebron. ³CAS de Barcelona: Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, Càritas, Lluís Companys. ⁴Altres: no reportat, amfetamines, drogues de disseny i benzodiazepines.

La salut laboral

Lesions per accident de treball

L'any 2014 s'han produït 29.355 lesions per accident de treball amb baixa, un 4,9% més que l'any anterior. La incidència també va ser superior a la de 2013 (3.405,9 lesions i 3.514,8 lesions per 100.000 persones afiliades els anys 2013 i 2014, respectivament). Aquest augment, que és degut a l'increment de lesions lleus (han passat de 27.746 el 2013 a 29.127 el 2014, amb unes taxes respectives de 3.375,8 i 3.487,5 per

100.000 persones afiliades), i la disminució del nombre i la incidència de les lesions per accident de treball greus, fa que continuï la tendència dels darrers anys. Quant a les lesions per accident de treball mortals, s'han mantingut estables (una més que el 2013). A la figura 21 (pàgina 69) s'observa l'evolució de la incidència de les lesions més greus (greus i mortals) des del 2007.

Les lesions *in itinere* han estat les lesions per accident de treball greus més freqüents en ambdós sexes (43,3% i 59,3% de les lesions per accident de treball greus masculines i femenines, respectivament). També ho han estat les lesions per accident de treball mortals entre les dones

Quadre 4. Malalties professionals segons cursin amb baixa o no per classe social ocupacional i sexe. Barcelona, 2014.

	Sexe				Classe social ocupacional						Total	
	Homes		Dones		No manual		Manual		Perduts		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Amb baixa (%)	201	59,5	258	60,4	91	58,3	356	63,8	12	23,5	459	60,0
Sense baixa (%)	137	40,5	169	39,6	65	41,7	202	36,2	39	76,5	306	40,0
Total (N)	338	100,0	427	100,0	156	100,0	558	100,0	51	100,0	765	100,0

Font: elaboració pròpia i del Departament d'Empresa i Ocupació, Generalitat de Catalunya – Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral a partir de les dades del Sistema CEPROSS.

(75,0%), mentre que entre els homes aquests tipus de lesions han estat tan freqüents com les no traumàtiques en jornada (30,8% en ambdós casos). Pel que fa al tipus d'ocupació, les lesions per accident de treball *in itinere* també han estat les més freqüents de les lesions greus i mortals en les ocupacions no manuals (63,5% i 60,0%, respectivament); en canvi, en les ocupacions manuals, les lesions greus més freqüents han estat les traumàtiques en jornada (51,2%) i les lesions mortals més freqüents, també les traumàtiques en jornada juntament amb les lesions *in itinere* (33,3% en cada cas). Respecte al 2013 destaquen les lesions per accident de treball greus de trànsit en jornada, atès que tot i el baix nombre de casos, ha estat l'únic grup de lesions greus que ha augmentat (han passat de 9 a 14 (3,9% a 6,6%)). A la taula 12 (pàgina 100) s'observa l'evolució de les lesions per accident de treball greus i mortals segons el tipus de lesió i sexe des del 2005.

Malalties professionals

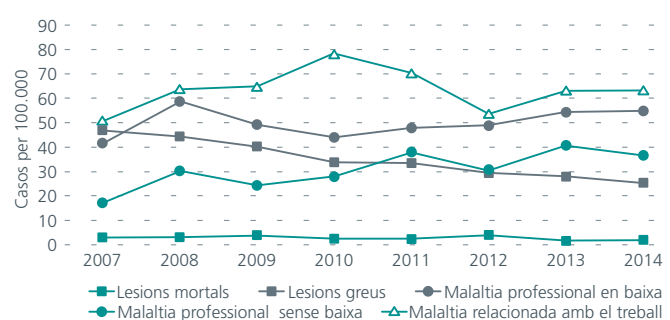
L'any 2014 s'han declarat 765 malalties professionals, el 60,0% de les quals van ser amb baixa. La incidència va ser de 91,6 malalties professionals per 100.000 persones afiliades (55,0 i 36,6 per 100.000 amb baixa i sense baixa, respectivament). En relació amb el 2013 ha disminuït el nombre i la incidència de les malalties professionals (l'any anterior van ser-ne 780, amb una incidència de 94,9 malalties professionals per 100.000 persones afiliades); les que han cursat sense baixa han disminuït (han passat de 333 a 306, i de 40,5 casos a 36,6 per 100.000 persones afiliades), mentre que les que han requerit una baixa han augmentat lleugerament (de 447 a 459, i de 54,4 casos a 55,0 per 100.000 persones afiliades). En la Figura 21 s'observa l'evolució de la incidència de les

malalties professionals amb baixa i sense des de 2007. Tal com s'observa al quadre 4, les malalties professionals han estat més freqüents en dones i en persones amb ocupacions manuals, tant les que van cursar amb baixa com les que ho van fer sense. Respecte al 2013 han augmentat les malalties professionals amb baixa entre les dones i en les ocupacions no manuals (han passat de 247 a 258 en les dones i de 71 a 91 en les ocupacions no manuals, mentre que en homes i en ocupacions manuals els increments han estat d'1 i 3, respectivament).

La patologia més freqüent ha estat la musculoesquelètica, sobretot les malalties per fatiga de les beines tendinoses, que ha constituït el 65,7% i el 53,1% de les malalties professionals amb baixa en homes i en dones, respectivament, i el 53,3% i el 43,2% de les malalties professionals sense baixa d'un i altre sexe, respectivament. Cal esmentar que el 2014 s'han declarat tres malalties per agents carcinògens, de les quals dues van cursar sense baixa. Vegeu l'evolució de les malalties professionals amb baixa dels darrers deu anys segons el diagnòstic i el sexe a la taula 11, pàgina 100.

Malalties relacionades amb el treball

L'any 2014 els centres d'atenció primària van notificar 465 malalties relacionades amb el treball (MRT) a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona.

Figura 21. Evolució de la incidència de les lesions per accident de treball greus i mortals, malalties professionals amb baixa i sense baixa i malalties relacionades amb el treball. Barcelona, 2007-2014.

Font: elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya i del registre de malalties relacionades amb el treball de la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: unitats en 100.000 persones ocupades donades d'alta al règim general de la Seguretat Social en el cas de malalties professionals i lesions mortals i greus; i 100.000 persones ocupades en el cas de les malalties relacionades amb el treball.

La salut laboral

70

Respecte al 2013 hi va haver poques variacions: un discret augment de 6 casos en el total, amb una lleugera disminució en els homes i un lleuger augment en les dones (vegeu la taula 12, pàgina 100). La incidència ha seguit el mateix patró: en els homes ha passat de 44,1 casos per 100.000 ocupats el 2013 a 43,4 casos per 100.000 ocupats el 2014; i en les dones, de 82,7 casos per 100.000 ocupades el 2013 a 83,2 casos per 100.000 ocupades el 2014^c. A la figura 21 (pàgina 69) s'observa l'evolució de la incidència de les malalties relacionades amb el treball des del 2007.

Com en anys anteriors, s'han notificat més casos en dones (66,0%), i els trastorns ansiosos i

depressius han estat els més freqüents (60,1% dels casos masculins i 72,0% dels femenins), seguits dels músculoesquelètics (24,7% en homes i 17,3% en dones). La distribució segons el diagnòstic ha estat molt similar a la de l'any anterior, tot i que cal assenyalar la disminució dels trastorns músculoesquelètics entre els homes (del 29,0% al 24,7%) i el lleuger ascens d'aquests trastorns entre les dones (del 15,5% al 17,3%). A la taula 12 (pàgina 100) s'observa l'evolució de les malalties relacionades amb el treball en el darrer decenni segons el diagnòstic i el sexe.

^cEl càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de malalties relacionades amb el treball notificades en persones ocupades, respecte a la mitjana anual de persones ocupades, segons l'Enquesta de Població Activa. Atès que el 2014 ha canviat la base poblacional, les incidències del 2013 s'han calculat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.

Les lesions per col·lisió de trànsit

Segons la Guàrdia Urbana de Barcelona, l'any 2014 s'han produït a Barcelona 8.766 col·lisions de trànsit amb víctimes, que han tingut com a conseqüència 11.380 persones lesionades (6.970 homes i 4.410 dones) i 31 mortes (24 homes i 7 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. La mediana d'edat de les persones lesionades ha estat de 36 anys tant en els homes com en les dones, mentre que en les defuncions ha estat de 44 anys en els homes i de 41 anys en les dones. Globalment, l'any 2014, respecte del 2013, no s'observen canvis importants en el nombre de persones lesionades; en canvi el nombre de persones mortes augmenta un 40,9%; 33,3% homes (de 18 el 2013 a 24 el 2014) i 75,0% dones (de 4 dones el 2013 i 7 el 2014).

El 54% dels homes lesionats eren usuaris de motocicleta; el 9,5%, de ciclomotor; el 22% de turisme; el 4,9% de bicicleta; l'1,4% d'autobús; el 0,7% d'altres tipus de vehicles, i el 7,5% de vianants. El 29,2% de les dones lesionades eren usuàries de

turisme; el 33,7%, de motocicleta; el 12,2%, de ciclomotor; el 6,6%, d'autobús; el 3,4%, de bicicleta; el 0,4%, d'altres vehicles, i el 14,6%, vianants. Pel que fa a les defuncions d'homes, el 41,7% eren usuaris de motocicleta; el 8,3% usuaris de ciclomotor, i el 33,3% vianants. De les set dones mortes, 2 eren vianants i 5 usuàries de motocicleta (3 conductores i 2 passatgeres) (vegeu la taula 14, pàgina 101).

Segons el mitjà de transport, s'observa una disminució del 9,9% del nombre de víctimes ocupants de turisme (del 12,3% en homes i del 6,7% en dones), del 9,2% (18,3% homes i 5,6% dones) de víctimes passatgers d'autobús lesionats, i un 20,6% d'ocupants de camions lesionats (28 conductors i 4 passatgers homes, cap dona). D'altra banda, augmenta un 5,3% el nombre de víctimes usuàries de motocicleta (4,1% en homes i 8,5% en dones), i d'usuàries de ciclomotor (9,4% i 1,5% respectivament). També augmenta el nombre de dones ciclistes lesionades (13,8%). El nombre de vianants atropellats globalment augmenta el 2,6%, però en homes disminueix el 2,8%, mentre que en dones augmenta el 7,5%.

La figura 22 (pàgina 71) mostra l'evolució del nombre de víctimes de l'any 2004 al 2014. Des de l'any 2012 s'observa un augment anual en el nombre d'homes i de dones lesionats i, des del 2013 en el nombre de persones mortes.

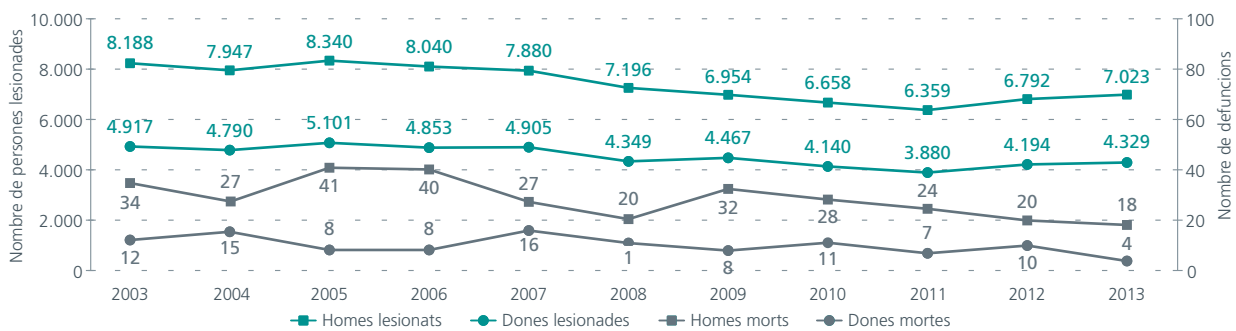
Benefici econòmic i en salut de polítiques de transport

En els últims anys, s'han adoptat mesures per reduir l'ús del vehicle privat i per promoure el transport públic i el transport actiu (caminar o anar en bicicleta). Segons l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner (EMEF), el nombre de persones de 20 a 74 anys que fan desplaçaments a peu de més de 5 minuts a Barcelona ha augmentat un 26,7% del 2009 al 2013. D'altra banda, durant el mateix període, el nombre de persones de 20 a 64 anys que fan desplaçaments en bicicleta ha augmentat un

72,5%. Això implica que l'any 2013 hi ha 83.493 persones més que han fet desplaçaments a peu, i 19.864 en bicicleta que l'any 2009. Fent servir l'eina Health and Economic Assessment Tool^d, s'ha estimat que aquest augment en el nombre de persones que fan desplaçaments caminant o en bicicleta comporta que anualment s'evitin 94,4 morts. Tenint en compte el valor estadístic d'una vida i una taxa de descompte del 5%, això implicaria un estalvi mitjà anual d'entre 136 i 151 milions d'euros.

^dLa Health and Economic Assessment Tool (HEAT) és una eina desenvolupada per l'Organització Mundial de la Salut per estimar els beneficis en salut i econòmics com a resultat de polítiques que promoguin els desplaçaments en bicicleta i a peu (<http://www.heatwalkingcycling.org/>).

Figura 22. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit. Barcelona, 2003-2013.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona.

Les desigualtats en salut als barris

Les desigualtats socials en salut són aquelles diferències en salut injustes i evitables entre grups poblacionals definits socialment, econòmicament, demogràficament o geogràficament. Tenen un impacte molt important en la salut de la població, i els col·lectius socialment menys afavorits són els que presenten pitjor salut⁴.

Una de les estratègies per reduir les desigualtats en salut consisteix a focalitzar les polítiques en els

grups més desafavorits. L'Urban HEART (Urban Health Equity Assessment and Response Tool), un instrument per a l'avaluació de l'equitat en salut i per a la resposta en àrees urbanes, ha estat desenvolupat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i altres actors, i permet identificar i analitzar desigualtats en salut entre persones que viuen

⁴Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Abril 2010.

Les desigualtats en salut als barris

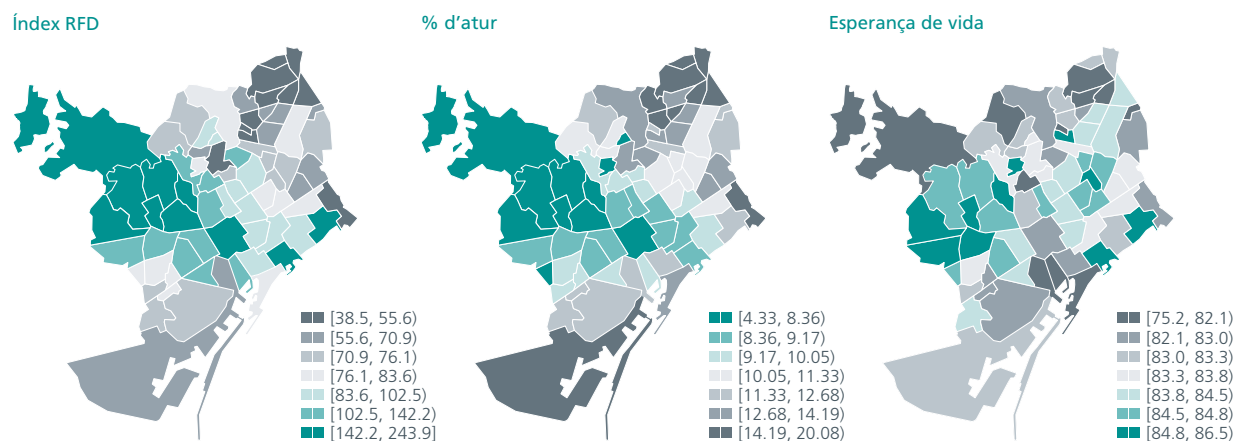
72

Quadre 5. Descripció dels indicadors emprats a la matriu Urban HEART de Barcelona.

Indicador	Descripció
Índex de sobreenvelliment	Proporció de persones de 75 anys o més sobre el nombre de persones de 65 anys o més.
% de persones de 75 anys o més que viuen soles	Percentatge de persones de 75 anys o més que viuen soles.
Índex de renda familiar disponible (RFD)	Indicador sintètic resultant de la combinació de diverses variables. Pretén ser una aproximació a la renda disponible mitjana de les famílies residents a l'àrea (el barri, en aquest cas). Es presenta en format de raó entre la renda del barri i la mitjana per al conjunt de Barcelona (índex RFD de Barcelona = 100).
% de persones de 15 anys o més amb estudis primaris o menys	Percentatge de persones de 15 anys o més que, com a molt, han acabat els estudis primaris.
% d'atur registrat en persones de 16 a 64 anys	Percentatge de persones d'entre 16 i 64 anys registrades a les Oficines de Treball de la Generalitat sobre el nombre de persones de 16 a 64 anys ¹ .
% d'abstenció a les darreres municipals	Percentatge de persones que no han participat en la convocatòria electoral de les darreres eleccions municipals.
Esperança de vida en néixer	Esperança de vida en néixer, calculada a partir de taules de vida i mortalitat.
Raó de mortalitat comparativa	Raó entre les taxes de mortalitat estandarditzades per edat del barri i la del conjunt de Barcelona.
Raó d'anys potencials de vida perduts	Raó entre les taxes de mortalitat prematura (morts entre 1 i 70 anys) estandarditzades per edat del barri i la del conjunt de Barcelona.
Taxa de tuberculosi	Nombre de nous casos de tuberculosi diagnosticats per 10.000 habitants.
Taxa de fecunditat en adolescents	Nombre de naixements de noies d'entre 15 i 19 anys per 1.000 noies d'entre 15 i 19 anys.
Prevalença de baix pes en néixer	Nombre de nadons nascuts amb un pes que se situa per sota del percentil 10 de la seva edat gestacional sobre el total de naixements.

Nota: ¹estimació per barris a partir de dades facilitades per codis postals.

Figura 23. Distribució pels barris de Barcelona de (a) l'índex de renda familiar disponible, any 2013; (b) el percentatge d'atur registrat en persones de 16 a 64 anys, any 2014; (c) l'esperança de vida en néixer, període 2009-2013; i (d) la taxa de tuberculosi, període 2008-2012.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona.

en diferents àrees de la ciutat o que pertanyen a diversos grups socioeconòmics per tal de facilitar la presa de decisions d'estratègies efectives per reduir aquestes desigualtats⁵. Aquest instrument permet obtenir una matriu d'indicadors que resumeixen en un format visual molt senzill i intuïtiu les desigualtats entre àrees.

S'ha aplicat aquest instrument (vegeu la figura 24, pàgines 74 i 75) per identificar les desigualtats en salut i els seus determinants entre els diversos barris de la ciutat, amb l'objectiu de facilitar la presa de decisions sobre la posada en marxa de polítiques orientades a disminuir les desigualtats en salut a la ciutat.

La matriu mostra indicadors de salut i indicadors de determinants de la salut (vegeu el quadre 5, pàgina 72) pels 73 barris de la ciutat de Barcelona. Entre els determinants de salut se n'han fet servir alguns que reflecteixen situacions relacionades amb la composició demogràfica de la població del barri i que incrementen els riscos de determi-

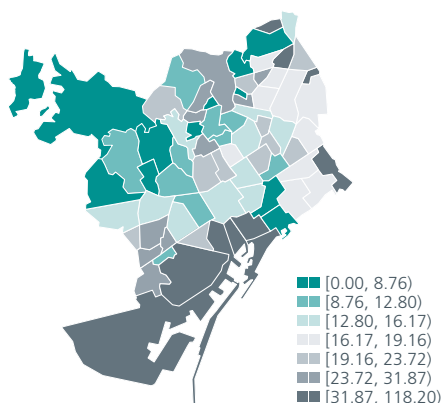
⁵World Health Organisation. Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Kobe: The WHO Centre for Health Development; 2010.

nants negatius per a la salut (índex de sobreenvelliment, percentatge de persones de 75 anys o més que viuen soles), altres de relacionats amb el nivell socioeconòmic (índex de renda familiar disponible, percentatge de persones de 15 anys o més amb estudis primaris o menys), i encara altres com el percentatge de persones aturades d'entre 16 i 64 anys o el percentatge d'abstenció a les darreres eleccions. Entre els indicadors de salut s'hi han inclòs l'esperança de vida en néixer, la raó de mortalitat comparativa, la raó d'anys potencials de vida perduts, la taxa de tuberculosi, la taxa de fecunditat adolescent i la prevalença de naixements amb baix pes al néixer. A la matriu, es mostren els resultats dels indicadors en color verd, groc o vermell per tal d'identificar, per a cada indicador, els barris amb resultats més favorables (verd) o menys favorables (vermell), considerant com a punts de tall els percentils 25 i 75. Com que el document està imprès a dues tintes, els colors de la matriu de la figura 24 s'han hagut de modificar respecte dels originals: color vermell per gris fosc i color groc per gris clar. A la figura 23 (pàgina 72) es representen 4 dels indicadors en mapes per barris segons la seva distribució en septils (7 categories).

Tant a la matriu com als mapes destaca que hi ha uns barris de la ciutat que sistemàticament presenten pitjors resultats en els diversos indicadors (color vermell a la matriu), principalment els situats al sud-est i al nord de la ciutat (que corresponen majoritàriament als districtes de Ciutat Vella i Nou Barris, i una part de Sants-Montjuïc i Sant Andreu). Per contra, en altres barris de la ciutat la majoria d'indicadors són favorables (hi predomina el color verd), com a la majoria dels barris del districte de Sarrià-Sant Gervasi i de les Corts. Alguns districtes, com Sant Martí, presenten una barreja de barris predominantment vermells (el Besòs i el Maresme) i d'altres predominantment verds (la Vila Olímpica del Poblenou). També destaca la presència d'alguns barris amb una combinació d'indicadors favorables i desfavorables, com la Salut o Vallvidrera, el Tibidabo i les Planes.

Per primer cop s'ha fet servir a la ciutat de Barcelona la matriu Urban HEART, que permetrà identificar els barris amb pitjors indicadors de salut i els seus determinants per tal de posar el focus en aquests barris. No obstant això, també és important tenir present la resta de barris de la ciutat, atès que existeix un gradient social en salut segons el qual les diferències en salut no es donen només entre els barris amb indicadors millors i pitjors, sinó que aquells situats entre els extrems també presenten diferències en salut respecte als barris amb millors resultats. Per tant, també serà necessari posar en marxa polítiques que actuïn sobre el conjunt de la població de la ciutat per tal d'assolir un major impacte en la reducció de les desigualtats en salut.

Taxa de tuberculosi



Les desigualtats en salut als barris

74

Figura 24. Matriu Urban HEART de Barcelona. Diferències entre barris per a una selecció d'indicadors de salut i de determinants de la salut. Barcelona, 2014.

Districte	Barri	Índex sobre- envelliment, any 2014	% persones 75 anys o més que viuen soles, any 2014	Índex de renda familiar disponible, any 2013*	% persones 15 anys o més amb estudis primaris o menys, any 2014
Ciutat Vella	El Raval	55,1	38,6	60,3	40,6
	El Barri Gòtic	56,4	33,6	103,6	23,5
	La Barceloneta	58,7	37,5	82,1	33,2
	Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera	56,7	39,4	91,2	25,4
Eixample	El Fort Pienc	53,7	30,2	99,0	19,3
	La Sagrada Família	56,3	33,5	97,5	20,8
	La Dreta de l'Eixample	55,8	31,1	165,7	12,7
	L'Antiga Esquerra de l'Eixample	56,4	33,2	125,1	14,3
	la Nova Esquerra de l'Eixample	52,8	33,0	108,6	17,3
	Sant Antoni	57,2	34,9	102,5	22,5
Sants- Montjuïc	Poble-sec	55,5	35,3	71,0	33,3
	La Marina del Prat Vermell	61,9	33,6	59,1	54,3
	La Marina del Port	53,6	30,0	70,9	37,6
	La Font de la Guatlla	51,5	30,2	77,8	26,4
	Hostafrancs	51,7	33,2	77,2	28,3
	La Bordeta	53,1	26,8	71,4	29,3
	Sants-Badal	50,8	31,5	76,6	30,6
	Sants	54,5	33,9	82,6	25,5
	Les Corts	48,8	30,9	124,8	16,6
Les Corts	La Maternitat i Sant Ramon	48,2	29,0	118,7	20,2
	Pedralbes	51,9	23,9	243,9	10,1
	Vallvidrera, el Tibidabo i les Planes	50,3	13,5	177,8	15,9
Sarrià- Sant Gervasi	Sarrià	55,5	25,1	196,1	12,0
	Les Tres Torres	52,0	23,3	224,0	8,7
	Sant Gervasi - la Bonanova	53,8	26,3	189,6	11,0
	Sant Gervasi-Galvany	55,1	32,2	195,6	9,8
	El Putxet i el Farró	50,0	34,2	142,2	10,5
Gràcia	Vallcarca i els Penitents	51,3	30,0	103,9	17,2
	El Coll	47,0	29,2	83,1	23,3
	La Salut	49,9	32,0	113,5	17,3
	La Vila de Gràcia	58,6	35,3	109,5	18,2
	El Camp d'en Grassot i Gràcia Nova	52,1	33,3	101,0	17,5
Horta- Guinardó	El Baix Guinardó	57,9	29,0	83,6	22,8
	Can Baró	51,7	33,4	74,2	28,5
	El Guinardó	53,9	33,0	86,4	23,6
	La Font d'en Fargues	47,8	22,6	108,6	21,1
	El Carmel	48,3	30,1	54,4	38,6

Nota: *en base 100 pel total de Barcelona; gris fosc correspon al 25% amb pitjor indicador, verd al 25% amb millor indicador i gris clar al 50% restant.

	% d'atur registrat 16-64 anys, any 2014	% abstenció municipals, any 2015	Esperança de vida en néixer, període 2009-2013	Raó de mortalitat comparativa, període 2009-2013*	Raó d'anys potencials de vida perduts, període 2009-2013*	Taxa tuberculosi, període 2010-2014	Taxa fecunditat adolescent, període 2010-2014	Prevalença baix pes en néixer, període 2010-2014
	12,4	54,9	80,3	119,8	149,8	118,2	17,5	5,3
	9,8	50,1	81,3	115,7	118,7	42,3	3,8	3,9
	12,8	52,9	80,4	118,6	163,9	44,8	7,9	8,0
	11,4	49,6	82,4	104,3	126,2	31,9	16,4	6,0
	8,7	36,0	84,3	97,2	72,7	13,1	2,6	6,2
	8,7	38,0	84,3	94,2	82,1	15,4	4,7	6,3
	7,1	35,0	82,9	109,0	81,2	13,0	1,0	4,8
	8,4	36,8	83,8	99,2	89,1	11,0	2,5	6,5
	8,6	36,7	84,6	92,2	85,3	12,8	3,5	6,2
	9,5	38,6	83,8	96,8	103,6	19,4	6,1	5,8
	11,8	46,6	82,6	106,2	106,9	41,3	12,8	6,6
	20,1	64,8	83,1	274,1	566,5	69,8	33,6	10,8
	12,1	44,5	84,0	96,3	110,8	25,1	10,2	5,8
	12,4	41,7	82,3	110,8	96,4	11,7	2,8	7,3
	9,4	41,2	82,6	109,5	92,0	23,9	11,6	6,5
	10,0	38,9	83,3	97,6	110,2	23,7	8,1	6,6
	8,3	41,2	84,5	92,0	88,3	22,2	14,7	5,1
	9,3	37,1	83,7	101,1	89,7	24,1	8,5	6,5
	8,9	33,8	85,3	89,8	71,4	15,0	1,6	5,5
	9,1	35,4	85,8	83,0	75,0	15,2	5,9	8,5
	4,3	35,7	86,5	80,8	78,6	6,8	2,3	5,2
	4,4	36,8	80,1	134,7	125,5	4,6	2,4	5,9
	4,4	33,3	84,6	94,5	74,3	12,4	3,9	5,9
	5,0	31,7	85,9	84,5	67,9	5,0	0,0	4,1
	5,4	35,4	84,7	94,4	65,8	7,3	0,0	4,9
	5,7	33,3	84,6	91,2	82,9	12,1	1,1	6,7
	7,8	34,0	85,3	87,5	86,4	8,8	2,3	5,3
	9,5	35,6	83,6	101,8	86,0	14,2	4,3	6,6
	8,2	42,3	85,0	91,6	78,7	8,3	3,5	7,3
	9,3	37,0	81,8	107,1	132,3	24,2	1,0	5,0
	8,9	36,7	83,0	102,4	94,2	19,2	8,7	7,1
	8,7	32,9	84,8	94,6	77,4	20,3	3,6	6,6
	9,2	39,2	84,2	96,9	87,8	17,8	8,0	5,9
	9,8	41,1	83,6	99,0	102,5	8,9	2,9	5,3
	10,7	39,5	84,1	95,0	98,9	15,7	7,7	5,9
	12,9	35,8	82,8	113,7	97,4	12,6	1,3	8,6
	12,7	47,9	83,4	98,8	122,7	12,5	16,0	9,2

Figura 24. (continuació) >

Les desigualtats en salut als barris

76

Figura 24. (continuació) Matriu Urban HEART de Barcelona. Diferències entre barris per a una selecció d'indicadors de salut i de determinants de la salut. Barcelona, 2014.

Districte	Barri	Índex sobre- envelliment, any 2014	% persones 75 anys o més que viuen soles, any 2014	Índex de renda familiar disponible, any 2013*	% persones 15 anys o més amb estudis primaris o menys, any 2014
Horta- Guinardó	La Teixonera	50,0	29,9	69,0	35,0
	Sant Genís dels Agudells	60,2	26,3	74,8	34,3
	Montbau	72,0	27,7	71,5	31,3
	La Vall d'Hebron	46,7	30,6	87,7	25,5
	La Clota	63,8	23,3	85,1	28,9
	Horta	53,0	28,6	83,1	31,0
Nou Barris	Vilapicina i la Torre Llobeta	54,8	31,1	71,1	29,4
	Porta	55,1	30,0	61,3	36,0
	El Turó de la Peira	72,4	33,9	51,6	39,7
	Can Peguera	61,9	29,4	53,1	44,8
	La Guineueta	52,2	28,7	54,5	33,5
	Canyelles	45,0	28,3	57,0	40,7
	Les Roquetes	47,3	33,5	50,4	44,7
	Verdun	54,5	31,8	55,6	42,1
	La Prosperitat	50,7	32,0	56,3	40,8
	La Trinitat Nova	64,4	35,2	38,5	45,8
	Torre Baró	49,1	22,5	44,7	48,2
	Ciutat Meridiana	43,1	30,4	43,2	48,2
	Vallbona	62,0	10,0	41,7	47,4
	La Trinitat Vella	47,0	29,5	53,5	44,7
Sant Andreu	Baró de Viver	52,7	38,9	61,9	47,0
	El Bon Pastor	50,6	26,8	71,8	39,1
	Sant Andreu	48,2	31,6	79,3	26,4
	La Sagrera	49,4	29,0	74,3	27,4
	El Congrés i els Indians	63,1	36,8	73,7	27,5
	Navas	51,8	30,9	75,4	25,8
	El Camp de l'Arpa del Clot	51,2	32,7	76,5	24,1
Sant Martí	El Clot	50,4	29,7	76,9	25,5
	El Parc i la Llacuna del Poblenou	50,5	30,8	93,7	22,3
	La Vila Olímpica del Poblenou	37,3	29,4	151,6	10,8
	El Poblenou	56,3	33,6	89,6	24,7
	Diagonal Mar i el Front Marítim del Poblenou	45,7	21,9	150,1	19,3
	El Besòs i el Maresme	63,1	31,0	53,0	44,6
	Provençals del Poblenou	53,5	29,2	76,1	28,4
	Sant Martí de Provençals	53,8	30,1	66,2	33,1
	La Verneda i la Pau	51,6	27,0	56,1	37,8

Nota: *en base 100 pel total de Barcelona; gris fosc correspon al 25% amb pitjor indicador, verd al 25% amb millor indicador i gris clar al 50% restant.

	% d'atur registrat 16-64 anys, any 2014	% abstenció municipals, any 2015	Esperança de vida en néixer, període 2009-2013	Raó de mortalitat comparativa, període 2009-2013*	Raó d'anys potencials de vida perduts, període 2009-2013*	Taxa tuberculosi, període 2010-2014	Taxa fecunditat adolescent, període 2010-2014	Prevalença baix pes en néixer, període 2010-2014
	10,0	45,6	83,2	101,2	111,8	25,6	11,0	9,0
	11,0	43,9	83,2	102,8	115,7	22,9	2,0	10,4
	11,7	42,2	80,0	133,7	129,4	11,6	5,4	9,3
	10,3	34,3	83,2	103,1	81,3	25,2	0,0	2,4
	7,8	42,6	83,3	118,3	106,3	0,0	25,0	3,6
	12,7	38,8	82,8	110,0	94,0	25,1	6,1	8,9
	12,1	38,6	83,5	101,9	91,0	15,7	7,3	6,7
	12,8	42,6	84,0	93,5	116,4	16,6	13,0	6,1
	12,8	48,7	84,8	90,3	91,4	26,0	22,4	7,5
	12,0	54,1	78,1	119,1	261,4	0,0	20,2	7,4
	15,3	38,1	83,2	101,8	120,7	21,1	4,4	7,6
	14,5	38,8	83,0	100,0	159,4	8,4	6,8	9,7
	13,6	51,5	81,4	115,2	138,8	18,9	37,4	8,7
	14,2	48,1	82,5	104,9	125,6	29,3	17,7	8,6
	13,4	42,4	84,0	95,1	99,0	18,2	11,8	7,2
	19,1	55,0	79,8	124,8	156,3	36,7	36,5	6,7
	17,6	60,2	75,2	155,8	326,3	0,0	44,4	15,6
	19,4	51,5	83,0	98,1	131,0	52,7	29,2	7,6
	18,4	52,8	83,0	139,9	134,0	15,0	66,0	7,8
	17,4	50,7	83,8	92,7	137,8	23,2	15,8	8,2
	11,4	56,4	78,2	122,8	232,3	33,0	35,4	9,2
	12,6	46,9	82,1	115,5	114,5	16,7	16,9	8,2
	11,2	35,3	83,9	97,0	86,0	18,9	5,8	8,5
	10,1	37,1	84,8	90,8	92,7	14,5	8,5	6,2
	10,8	38,3	84,7	88,9	74,1	21,4	4,2	7,1
	10,4	36,3	85,4	87,7	87,7	20,2	5,8	5,2
	10,8	37,4	84,6	91,0	88,5	21,6	11,4	5,7
	10,0	37,8	84,5	93,9	86,3	11,0	5,5	7,0
	9,0	37,8	83,4	102,9	90,8	8,5	1,1	6,1
	9,1	29,3	85,6	83,6	61,5	8,6	0,0	5,8
	9,3	37,9	83,0	104,7	100,3	17,9	7,6	6,4
	11,3	37,7	85,0	91,3	68,6	16,2	3,0	5,5
	14,4	49,3	82,4	104,6	121,9	51,1	23,0	5,9
	10,7	39,8	83,6	98,4	111,3	19,2	7,3	6,6
	12,8	38,7	83,4	98,9	120,3	20,7	9,4	7,5
	12,9	42,2	83,3	101,2	101,7	16,5	8,1	7,0



Monogràfics

79

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn domèstic: la violència masclista

L'entorn econòmic

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

Les accions en salut pública

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

Els trastorns crònics

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Vigilància i control de l'arbovirus

La salut en xifres

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

80

L'Informe de salut del 2013 va assenyalar la necessitat de millorar els resultats en salut sexual i reproductiva. El juliol del 2014 es va aprovar la Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva, promoguda per la Delegació de Salut, la Regidoria de Dona i Drets Civils i la Regidoria d'Adolescència i Joventut.

El procés d'elaboració va emfatitzar la participació d'entitats ciutadanes que treballen en aquest àmbit juntament amb els organismes municipals responsables de l'àmbit de la salut i els determinants. Reforçant la perspectiva intersectorial, la mesura constitueix una taula formada per totes les parts i liderada i coordinada per l'àmbit de Salut de l'Ajuntament i l'ASPB amb la finalitat de desenvolupar, concretar, temporalitzar les accions i fixar les bases d'avaluació del conjunt de les mesures i fer el seguiment del seu desenvolupament. La representació institucional inclou la Direcció del Programa de Salut de l'Ajuntament, l'ASPB, el CSB, el Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR), i les Direccions dels Programes de Dona, Joventut i Drets Civils, així com del Consorci d'Educació i l'Institut Municipal d'Educació de Barcelona. La representació associativa comprèn el Consell de la Joventut de Barcelona, el Consell de les Dones, dues societats científiques, associacions de l'àmbit educatiu, el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat, cinc entitats de l'àmbit de la salut sexual i reproductiva (joves, immigració, col·lectiu LGTB i altres) i la Plataforma Unitària d'ONG Sida de Catalunya.

La Mesura contempla dos elements clau: 1) un mapa d'actius, que inclou les activitats que tenen lloc a la ciutat en el camp de l'acció, independentment de la propietat pública o privada, l'abast i l'impacte que tenen en la població; 2) una definició anual de les línies estratègiques i els objectius que determinen l'acció.

Les línies estratègiques

Línia 1: àmbit educatiu

L'objectiu d'aquesta línia és augmentar la cobertura de les activitats d'educació afectivosexual i de l'atenció personalitzada a la perspectiva de

gènere, la diversitat sexual, els valors culturals diversos com a base per a la prevenció de les violències (violència masclista, *bulling* homofòbic...).

- + Augmentar la cobertura de les activitats d'educació afectivosexual incorporant-hi la perspectiva de gènere, la diversitat sexual, els valors culturals diversos com a base per a la prevenció de les violències (violència masclista, *bulling* homofòbic...)
- Augmentar la informació en matèria de salut sexual i reproductiva en adolescents i joves, incidint en tots els factors que influeixen en les conductes de risc (consum de substàncies...).
- Facilitar formació continuada a mestres i professorat en l'àmbit afectivosexual i de salut sexual i reproductiva.
- + Augmentar la cobertura de l'atenció personalitzada a adolescents i joves, en temes de salut sexual i reproductiva des d'una perspectiva integral, de gènere, de respecte per la diversitat i de prevenció de la violència.

Línia 2: àmbit comunitari i familiar

L'objectiu general d'aquesta línia és millorar la cobertura de les accions de sensibilització sobre la salut sexual i reproductiva, la prevenció i detecció de les infeccions de transmissió sexual (ITS) en col·lectius de major vulnerabilitat.

- + Millorar la cobertura dels programes comunitaris de desenvolupament integral, en especial en zones socialment desfavorides per tal de disminuir les desigualtats.
- Impulsar l'oferta de programes d'habilitats de criança per a famílies.
- Desenvolupar activitats de formació continuada sobre sexualitat per a agents comunitaris.
- + Millorar la cobertura de les accions de sensibilització sobre la salut sexual i reproductiva, la prevenció i detecció de les infeccions de transmissió sexual en col·lectius de major vulnerabilitat.
- Impulsar la detecció precoç i la prevenció de les ITS, com el VIH/sida, a través de l'oferta de proves i la vacunació.
- Incrementar l'oferta de tallers de sexualitat per a diversos grups d'edat (adolescents i gent gran), dones, col·lectius LGTB i col·lectius amb diversitat funcional, incorporant-hi la perspectiva de gènere, de diversitat sexual i diversitat cultural, així com la relació entre el consum de substàncies i la salut sexual.
- Dur a terme consell contraceptiu individual i de salut sexual i reproductiva en col·lectius específics.
- Facilitar l'accés als preservatius i a altres mètodes contraceptius d'acord amb les necessitats.

Línia 3: àmbit d'atenció

L'objectiu general d'aquesta línia és «promoure l'abordatge integral de les situacions complexes en relació amb la salut sexual i reproductiva». Els seus objectius operatius són:

- + Facilitar l'accés als mètodes contraceptius, especialment els de llarga durada, com els implants o el dispositiu intrauterí, i continuar garantint l'accés a la contracepció d'urgència.
- + Facilitar l'accés als mètodes de barrera per a la prevenció de les ITS, especialment en col·lectius vulnerables.
- + Reforçar els programes de detecció precoç i la vacunació, especialment en el col·lectiu d'homes que tenen relacions sexuals amb homes.
- + Facilitar l'accés al dispositiu especialitzat en atenció a les víctimes d'agressions sexuals.
- + Facilitar formació continuada als i les professionals de la salut sobre la salut sexual i reproductiva i l'afectivosexual, incorporant-hi la perspectiva de gènere, la diversitat sexual i cultural.

Línia 4. Àmbit de la salut pública

L'objectiu general d'aquesta línia és enfortir els sistemes d'informació sobre salut sexual i reproductiva i la vigilància epidemiològica, incloent-hi la millora de les enquestes poblacionals i els estudis qualitius. Els objectius operatius prioritzats han estat:

- + Impulsar la recerca en els àmbits comunitari, sanitari i educatiu.
- + Impulsar l'avaluació de programes, l'avaluació de necessitats i l'impacte de les actuacions.

Pel que fa a la vigilància epidemiològica, des de l'ASPB s'ha posat en marxa una sèrie d'actuacions a fi de millorar la prevenció i el control de les ITS a la ciutat, entre les quals destaquen: la intervenció activa en els casos d'ITS diagnosticats en menors de 18 anys (consell sanitari i acompanyament als menors i les seves famílies), també s'està reforçant la promoció de l'estudi de les parelles sexuals i el seguiment dels casos fins a la seva curació.

Pel que fa a la millora de la informació sobre la salut sexual i reproductiva, les actuacions ende-

gades per l'ASPB són: 1) la incorporació a l'Enquesta de Salut de Barcelona de preguntes sobre violència masclista, sobre identitat, orientació i conducta sexual i sobre discriminació; 2) s'han inclòs a l'Enquesta FRESC preguntes sobre violència masclista, sobre identitat, orientació i conducta sexual i sobre discriminació.

Línia 5. Àmbit comunicació

L'objectiu general d'aquesta línia és desenvolupar accions comunicatives i de sensibilització que reforcin les relacions igualitàries i respectuoses; així com el respecte als drets sexuals i reproductius. Els dos objectius operatius prioritzats són:

- + Reforçar i millorar la informació sobre salut sexual i reproductiva i fer-la més accessible a tots els grups de població.
- + Impulsar l'ús de les TIC per afavorir la comunicació, especialment amb adolescents i joves.

Priorització de les actuacions

El grup de treball proposa prioritzar per a l'any 2015 les actuacions corresponents a la línia d'actuació 2, àmbit comunitari i familiar, i a la línia d'actuació 3, àmbit d'atenció. En concret, es prioritzen els objectius generals següents:

+ Línia 2

Millorar la cobertura de programes comunitaris de desenvolupament integral, en especial en zones socialment desfavorides per tal de disminuir les desigualtats.

Millorar la cobertura de les accions de sensibilització sobre la salut sexual i reproductiva, la prevenció i la detecció de les ITS en col·lectius de major vulnerabilitat.

+ Línia 3

Promoure l'abordatge integral de les situacions complexes en relació amb la salut sexual i reproductiva.

Pla de treball

El Pla de Treball per al 2015 s'orienta a les àrees següents:

- + Desenvolupament del sistema d'indicadors a partir de les línies prioritzades.
- + Aprofundir en les línies d'actuació prioritzades mitjançant la identificació d'elements centrals que ajudin a identificar bones pràctiques i conceptes comuns per al desenvolupament de les accions.
- + Desenvolupament de les accions pròpies de cada entitat i institució.
- + Completar el Mapa d'Actius amb totes les dades que s'han definit a l'apartat corresponent per permetre conèixer l'impacte real de les accions que s'estan desenvolupant.

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

82

- + Proposar la incorporació d'una línia d'actuació específica dedicada als Programes en Salut Sexual i Reproductiva en convocatòries futures de subvencions de l'Ajuntament de Barcelona.
- + Desenvolupament i actualització de la base de dades.
- + Cerca i identificació de recomanacions per a la intervenció i l'establiment de criteris de bones pràctiques.

La concreció de la mesura en objectius i accions específiques és l'encàrrec principal de la Taula

per a la Salut Sexual i Reproductiva. Tal i com queda explicat, els dos elements claus de la Mesura de govern són el Mapa d'Actius i les línies d'actuació.

Durant el 2015, la Taula per a la Salut Sexual i Reproductiva té previst acordar la realització d'un procés de treball conjunt mitjançant dos grups de treball amb dues finalitats principals: complementar el Mapa d'Actius, tant conceptualment (informació rellevant per a la identificació de les actuacions que s'estan desenvolupant) com materialment (complementant-lo amb les activitats no incloses i actualitzant l'estat de les activitats); i prioritzar les línies d'actuació. També s'han fixat les bases per a l'elaboració, en el darrer quadrimestre del 2015, del pla de treball per al 2016, tal com es preveu a la Mesura.

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Introducció

Dins del sistema global de gestió del risc de l'ASPB, hom disposa del Programa d'Investigació de la Qualitat Sanitària dels Aliments (IQSA) des del 1984, com a eina per a la vigilància de determinats contaminants químics i microbiològics en aliments comercialitzats a la ciutat.

El programa IQSA no realitza un mostreig representatiu de tots els aliments comercialitzats a la ciutat, ja que representaria un tasca inabastable. Cada edició del programa efectua una recollida a l'atzar d'un nombre relativament reduït de mostres de diferents aliments, a manera de grups diana en què investigar determinats paràmetres

analítics. Els resultats obtinguts permeten tenir una visió puntual dels nivells de determinats contaminants en els aliments posats a disposició del consumidor, així com detectar situacions anòmales i avaluar tendències amb la valoració dels resultats acumulats.

La característica fonamental en què es basa el programa és el seu caràcter obert i dinàmic, que permet la incorporació o eliminació de contaminants o aliments a investigar en cada edició del programa. Aquesta flexibilitat ha permès, al llarg dels seus trenta anys d'activitat, reflectir els nous perills que van apareixent com a conseqüència dels canvis continus en els estils de vida, les actituds dels consumidors i els operadors de seguretat alimentària, la tecnificació de la indústria o l'evolució constant de la legislació. Així doncs, alguns paràmetres s'han mantingut des dels inicis del programa, cosa que ha permès fer una anàlisi de tendències de vint o trenta anys; mentre que d'altres són incorporacions més recents.

En aquests trenta anys s'han analitzat més de 42.000 mostres d'aliments, que han donat prop de 280.000 resultats analítics de paràmetres de composició, additius i contaminants abiòtics i biòtics. Aquests resultats s'han difós tant localment com internacionalment i per a diversos públics, contribuint així en diverses funcions i mostrant com és possible desenvolupar un sistema de vigilància local però amb un abast global i amb informació útil per a gestors, científics, tècnics, operadors econòmics i consumidors.

Metodologia del programa

Durant la planificació del programa (vegeu la figura 1), es decideixen quins aliments i paràmetres s'investigarán en l'edició següent del programa, en funció de les fonts d'informació següents:

- + Resultats d'anys anteriors del programa i propostes dels serveis de control alimentari i del laboratori de l'ASPB.
- + Normatives o recomanacions que fixen límits legals obligatoris o recomanats per a determinats contaminants.
- + Estudis prenatalius a escala europea amb recopilació de dades per l'Autoritat Europea de Seguretat Alimentària.
- + Incidències alimentàries (alertes, denúncies, toxiinfeccions) que es transmeten a través de les xarxes d'alerta alimentària tant en l'àmbit

de la Unió Europea (Food & Feed Safety Alerts, RASFF) com estatal (Sistema Coordinat d'Intercanvi d'Informació, SCIRI).

- + Informació científica d'articles, jornades o estudis d'altres organitzacions que posen en relleu possibles perills poc estudiats.

Un cop dissenyat el protocol d'aplicació, que descriu el tipus de productes i les determinacions que cal realitzar, comença l'operatiu de recollida de mostres dissenyat per obtenir una visió de la qualitat sanitària de diversos tipus d'aliments comercialitzats, independentment del seu origen. Les mostres es recullen en els establiments minoristes de la ciutat i en algunes indústries i s'envien al laboratori de l'ASPB per a analitzar-les.

Els resultats obtinguts s'exploten estadísticament i es publiquen sistemàticament a la pàgina web de l'ASPB. Alguns resultats es traslladen a altres administracions i els més rellevants es difonen entre els professionals de la salut pública a través de jornades, congressos o articles en revistes especialitzades.

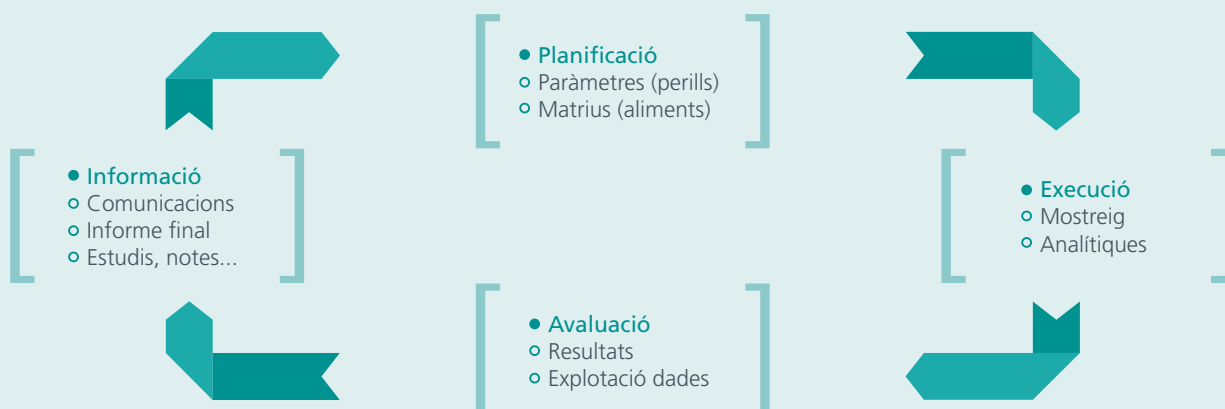
Evolució del programa: d'allò més consumit a allò més sensible

El programa IQSA es va iniciar el 1984 amb l'objectiu de canviar el sistema de vigilància existent aleshores i que tenia un enfocament puntual a un altre sistema de caire global i preventiu. Des de llavors, els objectius, la metodologia i l'abast del programa s'han revisat en diverses ocasions cosa que ha donat origen a tres grans etapes.

Primera etapa (1984-1990): identificació de les anomalies de la dieta bàsica

El programa es va iniciar amb la intenció d'obtenir resultats representatius de les anomalies que poguessin presentar els aliments més con-

Figura 1. Esquema de la metodologia de treball del programa IQSA. Barcelona, 2014.



Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

84

sumits a la ciutat de Barcelona. Aquesta metodologia comportava un gran volum de mostres i determinacions anuals, així com la implicació d'un nombrós equip tècnic.

A més, a banda de l'estudi de paràmetres de seguretat alimentària (additius i contaminants abiòtics i microbiològics), durant aquest període s'analitzaven les anomalies administratives, organolèptiques i de composició dels aliments (vegeu la figura 2, pàgina 85).

Segona etapa (1991-1998): estudi en profunditat de poques mostres

El mostreig durant aquest període ja no se centrava en els aliments més consumits sinó que es prioritzaven alguns productes concrets per obtenir una visió global de la seva situació sanitària en un període de temps curt. Per a cada aliment s'analitzava una àmplia bateria de paràmetres, de manera que se seguia mantenint un alt percentatge de determinacions.

Tercera etapa (1999-2014): control dels paràmetres d'interès

En aquesta etapa es va consolidar el model actual del programa, en què el disseny s'elabora sobre la base dels perills microbiològics o químics que es volen estudiar i, posteriorment, se seleccionen els aliments susceptibles de contenir-los. Es focalitza en aspectes lligats a la seguretat alimentària i es redueix el nombre de mostres i el de determinacions per mostra.

Usos del programa

Tal i com s'ha comentat, l'objectiu principal del programa és fer una avaluació prospectiva de la presència de determinats contaminants en els aliments. No obstant això, i dins d'un marc global de protecció de la salut, els resultats obtinguts permeten contribuir a diverses funcions, com ara:

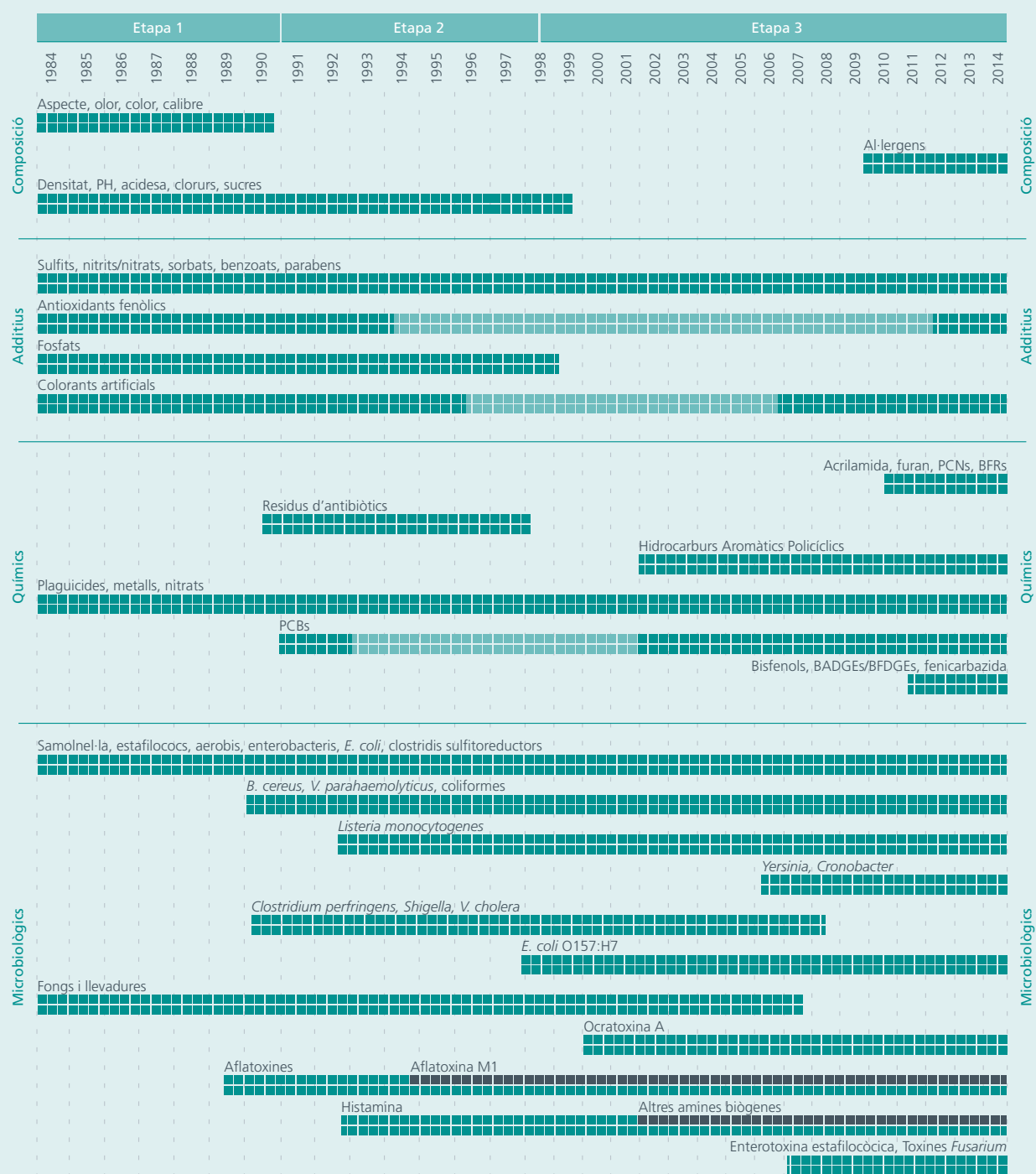
- + Protegir la seguretat del consumidor i la qualitat dels aliments: l'avaluació dels resultats del programa permet valorar si, un cop al mercat, els aliments compleixen amb l'absència i/o els nivells de tolerància establerts per a determinats paràmetres.

- + Avaluar tendències, realitzar càlculs d'ingesta per valorar l'exposició a baixes concentracions de contaminants acumulatius o avaluar l'efectivitat de noves normatives. Per a alguns paràmetres, l'estudi requereix considerar l'exposició de la població a llarg termini. Així mateix, l'impacte potencial de les accions per reduir-ne la presència també s'ha de valorar a llarg termini. Els sistemes de vigilància, tant ambientals com en els aliments, són especialment indicats per verificar-ho.
- + Proporcionar resposta a la petició de dades de programes estatals o europeus. Els resultats del programa es transmeten al nivell intern, i anualment es traslladen a l'Administració autonòmica i, a través d'aquesta, a l'Administració estatal i europea. Així, els resultats de l'IQSA formen part del conjunt de dades que conformen les diferents publicacions que aquestes administracions porten a terme sobre contaminants.
- + Gestió de les discrepàncies detectades i planificació de programes de control. Amb l'anàlisi de dades es detecten els resultats discrepàncies, és a dir, que superen els límits legiscats o recomanats en vigor. Amb els resultats discrepàncies que són imputables a establiments de la ciutat, es posen en marxa els mecanismes de control sanitari per a la seva correcció a través dels serveis de control de l'ASPB (inspecció, presa de mostra reglamentària o mesures cautelars). En cas que la imputació correspongui a establiments de fora de la ciutat, es posa en coneixement de les autoritats sanitàries competents (comunicació d'irregularitats).
- + Informació per a la indústria i la ciutadania. Tal com s'ha comentat, els informes finals de cada edició del programa es publiquen sistemàticament a la pàgina web de l'ASPB. Aquesta transparència contribueix a basar les opcions de consum en l'evidència científica i a ressaltar la importància dels autocontrols i les bones pràctiques en la indústria i la restauració, que afecten directament els resultats obtinguts en molts dels paràmetres investigats.

El programa segueix evolucionant però la retrospectiva dels usos del programa posa en evidència la gran utilitat que té i algunes peculiaritats del mateix. D'una banda, els trenta anys acumulats proporcionen sèries temporals molt llargues i aporten una visió històrica de molts perills. A més, destaca la capacitat d'innovació del programa, amb la investigació primerenca de perills no regulats. L'estreta col·laboració interdepartamental, en concret, entre els serveis de control i els serveis del laboratori de l'ASPB, és sens dubte un fort estímul de debat per a la prioritització o la posada en marxa de nous reptes dins el programa.

Finalment, cal destacar que, malgrat que es tracta d'un programa municipal s'aconsegueix una exigència i una cobertura globals (pel que fa a mostres, tipus de paràmetres, i altres).

Figura 2. Paràmetres estudiats al llarg dels trenta anys del programa IQSA. Barcelona, 1984-2014.



Font: Programa IQSA. Direcció de Seguretat Alimentària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: PCNs: naftalens policlorats. BFRs: retardants de flama bromats. PCBs: bifenils policlorats. BADGEs/BFDGEs: bisfenol «A» diglicidil èter / bisfenol «F» diglicidil èter.

Vigilància i control de l'arbovirosi

86

Antecedents

Es parla d'arbovirus (*Arthropod-Borne Virus*) per referir-se a aquells virus que requereixen l'acció hematofàgica d'un artròpode per a la transmissió entre hostes. Entre aquests artròpodes vectors, els mosquits culícids (dípters culícids) ocupen un lloc preferent a causa de la seva hematofàgia obligada, la màxima adaptabilitat a múltiples ambients en diferents latituds i altituds, i una gran variabilitat d'hostes preferents dels quals alimentar-se i en els quals disseminar els virus. Malgrat la naturalesa majoritàriament zoonòtica que caracteritza els arbovirus, almenys en un 25% del total catalogat per aquest grup s'ha pogut evidenciar afeccions humanes de diversos graus de severitat. L'emergència i/o reemergència d'algunes de les malalties infeccioses que provoquen aquests agents vírics suposa una de les més grans preocupacions per a la salut pública mundial.

En aquest sentit tant el virus del Nil occidental (*West Nile Virus*), com el dengue o el chikungunya són algunes de les més importants arboviroses de l'últim segle, que han causat quantioses pèrdues personals i econòmiques. A Europa en els últims anys el brot de chikungunya a Itàlia el 2007, el brot de dengue a Madeira el 2014 o els casos autòctons de dengue i chikungunya a França són exemples importants d'aquest fenomen. Encara que els factors que influeixen en l'aparició de casos de transmissió autòctona d'arbovirus són múltiples, dos elements són indispensables: la presència d'un hoste que aculli el virus (fase de virèmia) i la presència d'un vector competent que pugui ser infectat i començar la transmissió. Aquests elements, que a priori poden semblar difícils de fer coincidir, no ho són tant, ja que en un món globalitzat com el nostre, en què es facilita el transport de béns materials, persones i altres animals, no és estrany que també s'afavoreixi la dispersió dels mosquits i els patògens i que puguin coincidir en el mateix temps i territori (vegeu la figura 1, pàgina 87). En aquest sentit, l'*Aedes albopictus* i l'*Aedes aegypti* són exemples paradigmàtics d'aquesta difusió.

En els cicles de transmissió urbans, amb l'home com a hoste definitiu habitual, poden ocasionar epidèmies explosives que afectin fins al 70-80%

de la població d'una àrea determinada. El temps d'incubació, des de la inoculació del virus després de la picada del mosquit fins a la manifestació de símptomes, pot oscil·lar des dels 2 o 3 dies fins a un màxim de 14 dies, la qual cosa, després d'un hipotètic brot de la malaltia en una regió concreta, aixecaria les sospites del seu origen en persones arribades recentment a aquesta zona. A aquesta situació, caldria afegir-hi que una gran part de casos de dengue importat pot romandre sense diagnosticar, ja que la gran part d'infeccions per dengue cursen de manera asimptomàtica o subclínica.

Davant d'aquest escenari, els programes actuals de vigilància i control d'arboviroses en països com França o Itàlia inclouen la detecció dels casos importats, la valoració del risc en funció de la presència d'un vector transmissor, mesures de control vectorial, la detecció de possibles casos autòctons i el seguiment continu dels casos, és a dir una vigilància humana i vectorial coordinada.

Programa de vigilància i control d'arboviroses a la ciutat de Barcelona

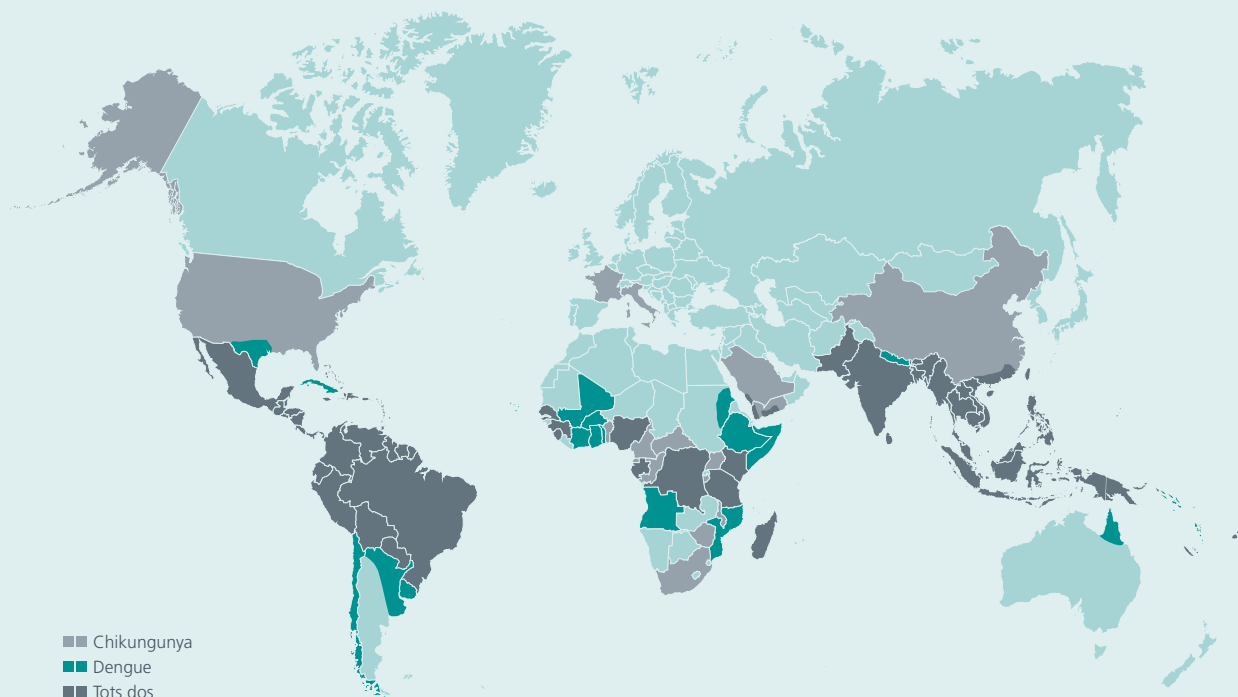
Des de l'ASPB l'any 2013 es va engegar juntament amb l'Hospital Clínic de Barcelona un projecte pilot innovador amb l'objectiu d'implantar un sistema de vigilància d'arboviroses en el nostre medi de cara a reduir el risc de transmissió d'aquestes malalties, establint una vigilància organitzada al nivell humà i vectorial, i tenint en compte els factors associats que podien intervenir en la dinàmica de transmissió.

El bon funcionament d'aquest projecte, juntament amb la publicació per la Generalitat de Catalunya del Protocol per a la vigilància i control d'arboviroses a Catalunya, va fer que el 2014 s'implantés a tot Catalunya el sistema d'una manera consolidada i coordinada amb els diversos agents implicats. Un altre fet que sens dubte col·laborarà a la millora en la comunicació dels casos ha estat la publicació del Reial Decret 203/2015 de 15 de setembre, pel qual es crea la Xarxa de Vigilància Epidemiològica i es regulen els sistemes de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics, mitjançant el qual el dengue i el chikungunya passen a ser malalties de declaració obligatòria a Catalunya.

L'aparició constant de casos importats de dengue i chikungunya al nostre territori, juntament amb la detecció de casos autòctons a França molt a prop de la nostra frontera, encara ha posat més de manifest la necessitat d'engegar aquest tipus de protocol arreu del territori. El protocol requereix accions de vigilància virològica, detecció precoç i confirmació diagnòstica ràpida dels casos, així com una bona vigilància entomològica i animal per tal de conèixer i determinar el nivell de risc per a la salut humana i per poder emprendre mesures d'intervenció immediates. Per això, és imprescindible la coordinació entre totes les parts implicades, és a dir: entomòlegs, sanitat animal, epidemiòlegs, clínics i virolegs, que impulsin:

Figura 1. Cicles endèmics d'arbovirus, possibilitat de transmissió a partir d'un cas importat.

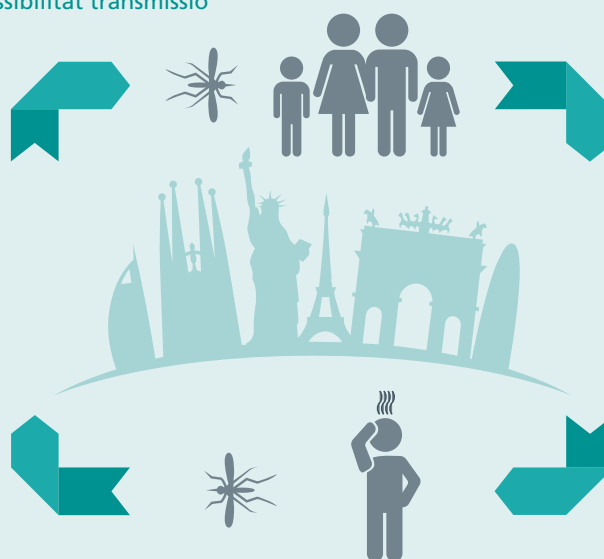
Cicles endèmics d'arbovirus



Cas importat



Possibilitat transmissió



Font: Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes (SVIPLA).

Vigilància i control de l'arbovirosi

88

- + Programes de vigilància virològica – humana – epidemiològica.
- + Programes de vigilància i control de vectors.
- + Resposta ràpida dels serveis de salut envers l'aparició d'un brot per arbovirus.
- + Seguiment continuat dels casos a tots els nivells.

Seguint aquestes pautes, el sistema de vigilància i control d'arbovirosi que es porta a terme a la ciutat de Barcelona consta de dos elements clau en el procés:

D'una banda el Servei d'Epidemiologia és l'encarregat en un primer terme de filtrar els casos de pacients amb dengue o chikungunya que arriben a la nostra ciutat en fase de virèmia, és a dir, en el període en què hi ha prou virus en sang perquè un mosquit vector (*Aedes albopictus*), si pica aquesta persona pugui transmetre la malaltia a una persona sana.

En un segon terme, a partir del conjunt de casos s'efectua una enquesta epidemiològica que inclou un conjunt de recomanacions i recull informació que permetrà donar continuïtat a les accions que cal dur a terme i al seguiment posterior del pacient: dades personals, llocs on ha viatjat, antecedents de picades, llocs visitats en el període de virèmia, etc.

Un cop efectuada l'enquesta epidemiològica, els casos que han arribat en fase de virèmia són comunicats al Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes (SVIPLA), que és l'encarregat de contactar amb la persona per tal de reforçar les recomanacions de prevenció i protecció, efectuar una inspecció entomològica en el seu domicili i a la via pública adjacent, i valorar la realització d'altres inspeccions en funció dels llocs que hagi visitat i el temps de permanència durant el període de virèmia: domicili de familiars i/o amics, lloc de treball, llocs d'esbarjo, etc.

L'objectiu d'aquestes accions és, d'una banda, detectar la presència del vector competent i, de l'altra, reduir la seva presència en aquestes zones per minimitzar un possible episodi de transmissió, atès que aquesta mesura, juntament

amb la protecció personal que pugui fer el pacient, són les úniques mesures que es poden prendre per prevenir la possible aparició de casos autòctons. En paral·lel a aquestes tasques també es monitoritzen els llocs inspeccionats amb trapes o elements de captura, per tal d'analitzar els mosquits i descartar la possible circulació de virus en el vector, factor que faria augmentar el possible risc de transmissió. En qualsevol dels casos, si es detecta presència de mosquits i/o circulació de virus s'efectuen tasques de control: larvicida i/o adulticida, i es programen seguiments periòdics a la zona fins a l'absència d'activitat vectorial. El conjunt d'accions efectuades des del SVIPLA es comunica al Servei d'Epidemiologia per tal de completar el seguiment del cas.

Resultats del programa

El 2014 han arribat 70 casos d'arbovirosi importats a la ciutat de Barcelona, 50 corresponien a casos de dengue i 20 a casos de chikungunya.

En el cas del dengue, els casos es troben distribuïts globalment, l'explicació rau en què es tracta d'una malaltia de la qual es té evidència en 128 països, i en què el 40% de la població mundial es troba en zones de risc de patir la malaltia, i que la WHO estima que es produeixen 50-100 milions de casos anuals, amb més de 25.000 morts a l'any; tot això provoca que puguin arribar viatgers a les nostres latituds des de quasi qualsevol país amb risc de malaltia. L'aparició dels casos importats ha ocorregut entre els mesos de juny i novembre, amb un període més marcat al setembre. Tot sembla indicar un patró relacionat, sobretot, amb els viatges en el període vacacional (vegeu la figura 2, pàgina 89).

Pel que fa a la procedència dels casos per país visitat, en el cas del chikungunya ha estat molt centrat en l'Amèrica del Sud, ja que la República Dominicana i Haití han agrupat quasi el 70% dels casos totals. Aquest fet té la seva raó de ser en el brot epidèmic que s'ha produït al Carib durant el 2014, amb més de 30.000 casos confirmats que ha provocat que una gran quantitat de viatgers que han visitat aquestes zones contraguessin la malaltia, fins i tot ocasionant casos autòctons en els seus països, com va ser el cas dels Estats Units. L'aparició dels casos importats ha estat molt relacionada amb el comportament de l'aparició dels casos al Carib, de manera que sobretot el 80% dels casos s'han donat sobretot al juny i, en menor mesura, entre setembre i octubre (vegeu la figura 3, pàgina 89).

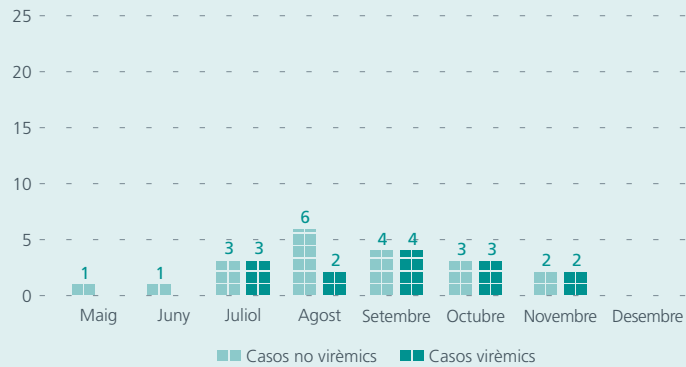
De tots els casos importats, des del Servei d'Epidemiologia de l'ASPB s'han efectuat les enquestes epidemiològiques i s'han comunicat al SVIPLA aquells casos que havien estat virèmics a la ciutat. De manera que dels 70 casos importats, 29 han arribat en fase virèmica, és a dir, amb prou virus en sang perquè si un vector (mosquit tigre) els pica pugui transmetre la malaltia a una persona sana. D'aquests, 15 van correspondre a casos de dengue i 14 a casos de chikungunya.

En total es van fer 29 inspeccions entomològiques corresponents a casos de pacients virèmics (15 de dengue i 14 de chikungunya), amb els següents resultats:

- + Propietat privada: no s'ha detectat activitat vectorial en cap cas.
- + Via pública: s'ha detectat activitat vectorial en 7 dels 29 casos i s'han iniciat actuacions de control fins a l'absència d'activitat del vector.

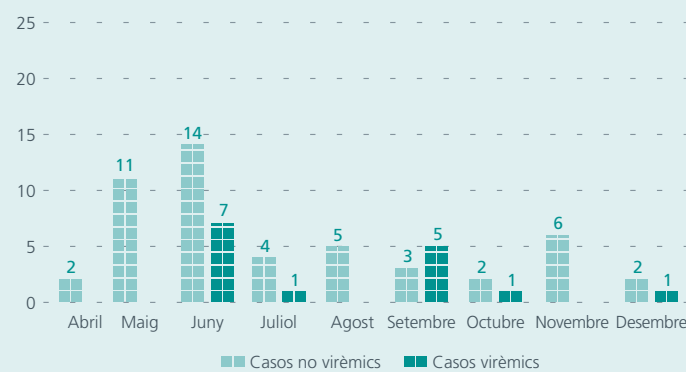
En conclusió, la situació actual posa de manifest el risc real de transmissió autòctona per la coincidència de pacients en fase virèmica i la presència d'*Aedes albopictus*, de manera que l'execució d'aquest tipus de protocols és fa imprescindible per poder detectar en una fase inicial arbovirus en àrees no endèmiques, estimar-ne el risc de transmissió, i reduir el risc mitjançant actuacions de vigilància i control en el territori.

Figura 2. Casos no virèmics i virèmics de dengue. Barcelona, 2014.



Font: Servei d'Epidemiologia (SEPID) i Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes (SVIPLA).

Figura 3. Casos no virèmics i virèmics de chikungunya. Barcelona, 2014.



Font: Servei d'Epidemiologia (SEPID) i Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes (SVIPLA).



La salut en xifres

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

L'entorn domèstic: la violència masclista

L'entorn econòmic

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

Les accions en salut pública

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

L'alimentació saludable

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

Els trastorns crònics

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut laboral

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

Mesura de govern per promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona

Programa IQSA: 30 anys de vigilància sanitària dels aliments a Barcelona

Vigilància i control de l'arbovirus

La salut en xifres

Els determinants socioeconòmics

92

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1991-2014.

1991				2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	121.726	15,7%	88.592	12,6%	103.329	13,5%	103.825	13,6%
	Dones	115.104	13,3%	84.543	10,6%	98.004	11,6%	98.554	11,6%
15-44 anys	Homes	352.714	45,5%	317.954	45,1%	332.030	43,4%	327.201	42,7%
	Dones	356.504	41,1%	318.161	39,8%	325.318	38,3%	321.987	37,9%
45-64 anys	Homes	193.872	25,0%	172.202	24,4%	194.334	25,4%	196.163	25,7%
	Dones	218.143	25,1%	196.389	24,6%	218.644	25,8%	219.644	25,9%
65-74 anys	Homes	68.244	8,8%	74.974	10,6%	68.447	8,9%	71.001	9,3%
	Dones	97.166	11,2%	99.508	12,5%	86.166	10,2%	89.873	10,6%
75 anys o més	Homes	39.432	5,1%	51.502	7,3%	67.242	8,8%	66.400	8,7%
	Dones	80.639	9,3%	100.059	12,5%	120.395	14,2%	118.633	14,0%
Total	Homes	775.988	100%	705.224	100%	765.382	100%	764.590	100%
	Dones	867.554	100%	798.660	100%	848.527	100%	848.691	100%
Índex de dependència senil¹	Homes		19,7%		25,8%		25,8%		26,3%
	Dones		30,9%		38,8%		38,0%		38,5%
Índex de sobreenvelliment²	Homes		36,6%		29,6%		49,6%		48,3%
	Dones		45,3%		50,1%		58,3%		56,9%
Gent gran que viu sola 65-74 anys	Homes	4.518	6,6%	7.081	9,2%	8.703	12,7%	9.121	12,8%
	Dones	23.015	23,7%	24.854	24,2%	20.410	23,7%	21.284	23,7%
75-84 anys	Homes	3.277	10,0%	5.274	13,3%	7.302	14,5%	7.111	14,6%
	Dones	18.580	30,1%	29.113	40,4%	29.472	37,4%	28.163	37,2%
85 anys o més	Homes	827	12,3%	2.095	21,1%	3.763	22,2%	3.954	22,2%
	Dones	3.837	20,2%	10.502	38,3%	18.357	44,0%	18.958	44,2%
Nivell d'instrucció³									
Sense estudis	Homes		20,5%		11,7%		6,2%		5,6%
	Dones		29,6%		17,5%		8,9%		8,2%
Estudis primaris	Homes		28,2%		26,9%		17,4%		16,8%
	Dones		30,1%		29,4%		19,3%		18,8%
Estudis secundaris	Homes		16,3%		18,7%		22,3%		22,6%
	Dones		15,0%		17,5%		20,1%		20,4%
Batxillerat i FPII	Homes		21,4%		24,6%		27,3%		27,2%
	Dones		15,5%		19,5%		23,5%		23,4%
Universitaris	Homes		12,8%		17,7%		26,8%		27,8%
	Dones		9,3%		15,7%		28,1%		29,2%
No consta	Homes		0,8%		0,4%		0,0%		0,0%
	Dones		0,5%		0,5%		0,0%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		45.417	2,7%	101.947	6,8%	357.510	22,2%	358.798	22,2%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

Notes: ND: ¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) x 100. ²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants. ³Es mostren els resultats per a l'any 2000. ⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Taula 2. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2007-2014.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Atenció primària de salut								
Visites per habitant i any	5,6	5,4	5,8	5,4	5,2	5,1	5,2	5,3
Cobertura vacunació antigripal en persones de 60 anys o més	51,2%	51,5%	53,2%	47,8%	47,4%	48,8%	47,8%	48,1%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	5,4%	5,6%	7,1%	6,5%	6,3%	6,0%	6,1%	5,9%
Atenció a les urgències								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses	737.325	717.035	698.467	679.192	649.957	629.919	627.296	638.968
Activitat SEM-061¹								
Nombre d'urgències a domicili	49.895	40.448	36.728	32.958	33.563	34.678	32.575	37.529
Nombre d'emergències	179.918	191.460	201.550	197.604	194.558	192.458	183.750	208.413
Activitat als centres d'atenció continuada /dispensaris parahospitalaris								
Nombre de visites de metge	228.458	211.966	338.619	ND	333.009	ND	ND	ND
Domicilis d'aguts a l'assistència primària de salut								
Nombre de domicilis d'aguts	98.094	94.377	95.225	ND	ND	37.808	ND	ND
Atenció especialitzada hospitalària								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants ²	2,6	2,6	2,3	2,4	2,3	2,2	2,0	2,2
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 h./any dels residents a BCN ³	89,7	89,2	88,7	89,4	87,3	89,7	90,0	88,0
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària ³	8,2%	7,8%	7,4%	8,0%	7,4%	6,6%	6,2%	6,0%
Altes als hospitals de la XHUP de BCN de no residents a la ciutat	31,4%	31,3%	30,7%	29,0%	27,6%	26%	25,5%	23,6%
Atenció sociosanitària								
Llits de llarga estada	1.392	1.482	1.317	1.382	1.466	1.434	1.248	1.124
Llits de convallescència	666	724	876	970	930	912	845	788
Llits de cures pal·liatives	87	94	116	109	104	114	100	115
Llits d'unitats de sida	35	35	35	35	30	20	19	19
Places en hospitals de dia	369	396	411	371	446	443	410	398
Nombre d'equips PADES	20	20	29	32	18	18	20	20
Nombre d'equips UFISS hospitalària	12	12	12	12	9	9	9	9
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	7	7	8	8	8	8	7	7

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), CatSalut.

Notes: ¹A partir de l'any 2007, el nombre d'emergències inclou tots els serveis mobilitzats, tant els bàsics com els avançats, i l'atenció continuada s'identifica com la domiciliària. S'ha de tenir en compte a l'hora de comparar-ho amb anys anteriors, ja que en la classificació emprada s'utilitzaven criteris diferents. ²A partir de l'any 2006 la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. ³A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable d'alta hospitalària de finançament públic 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 per fer els càlculs de les taxes.

Taula 2. (continuació) >

Els determinants socioeconòmics

94

Taula 2. (continuació) Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2007-2014.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Atenció sociosanitària								
Núm. pacients llits llarga estada	2.346	3.127	2.775	3.211	2.186	4.180	4.293	5.157
Núm. pacients unitats convalsència	4.709	4.716	5.187	6.458	6.473	6.373	7.048	7.021
Núm. pacients unitats cures pal·liatives	806	1.098	1.193	1.351	1.328	1.719	1.911	1.871
Núm. pacients unitats hospital de dia	760	902	1.082	977	1.075	1.231	1.456	1.398
PADES (inclou ETODA) ⁴	3.235	4.362	3.364	3.727	3.875	3.765	4.018	4.070
UFISS	3.587	ND	ND	5.776	4.760	4.785	5.374	4.675
EAIA (processos) ⁵	3.568	ND	ND	ND	11.562	11.924	11.077	11.971
Atenció a la salut mental Ambulatori								
Núm. centres d'adults (CSMA ⁶)	16	16	16	16	16	16	14	14
Núm. centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	11	11	11	11	10	10	9	9
Núm. places d'hospitals de dia	511	574	577	577	579	593	578	573
Rehabilitació								
Núm. places en centres de dia	706	706	706	706	671	671	673	673
Nombre de persones ateses								
Centres d'adults (CSMA ⁶)	44.758	34.898	34.925	36.083	37.092	34.518	37.894	42.704
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	6.269	6.953	7.239	7.669	7.657	7.875	8.071	10.517
Hospitals i altres	4.803	ND	4.829	5.337	4.478	4.531	4.469	5.188
Centres de dia	1.395	1.516	1.504	1.641	1.539	1.716	1.756	1.792

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), CatSalut.

Notes: ⁴PADES: a partir de l'any 2007 la font de dades és el CMBD – SS; abans els mateixos centres facilitaven la informació. ⁵EAIA: Equips d'avaluació integral ambulatoria (nou recurs del 2003). ⁶Els 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. ⁷Els anys 2005 i 2006 no es disposa de les dades del CMIJ Ciutat Vella i CSMIJ Sant Martí. L'any 2007, no es disposa de les dades del CSMIJ Ciutat Vella. ND: no disponible.

Acrònims: SEM: Servei d'Emergències Mèdiques. XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. PADES: Programa d'Atenció Domiciliària d'Equips de Suport. UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària. ETODA: Equips de teràpia en observació directa ambulatoria.

La salut

Taula 3. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona, 2004-2013¹.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	7.688	8.342	7.664	7.758	7.483	7.455	7.439	7.258	7.572	7.194
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.024,3	1.087,9	989,5	1.020,4	965,7	958,4	970,1	942,1	984,3	939,9
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.219,7	1.300,8	1.165,7	1.185,9	1.121,4	1.097,1	1.070,5	1.017,0	1.164,0	1.084,2
Taxa APVP ³ estandarditzada ²	4.667,2	4.899,6	4.428,1	4.385,3	3.965,0	3.892,4	3.903,6	3.522,1	3.617,1	3.617,1
Esperança de vida en néixer	77,7	77,1	78,3	78,3	79,0	79,2	79,2	80,0	79,9	80,7
Dones										
Defuncions	7.877	8.577	7.975	8.130	8.232	8.196	7.848	7.938	8.325	7.905
Taxa bruta x 100.000 hab.	942,2	1.014,5	932,8	964,6	964,5	957,9	921,1	934,0	979,2	931,6
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	651,2	692,1	617,1	626,8	628,1	613,5	576,9	561,6	655,7	611,0
Taxa APVP ³ estandarditzada ²	1.915,1	2.033,2	1.882,9	1.888,4	1.907,7	1.977,8	1.869,0	1.759,9	1.943,5	1.943,5
Esperança de vida en néixer	84,8	84,4	85,4	85,2	85,2	85,3	85,9	86,2	85,7	86,6

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

Notes: ¹Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte informes anteriors. ²La 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 2001. ³APVP: Anys Potencials de Vida Perduts entre 1 i 70 anys.

Taula 4. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Barcelona, 2004-2013².

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	11,7	11,1	7,0	7,9	6,9	8,3	9,1	9,8	8,9	7,9
Sobredosi	10,9	13,4	11,3	7,9	3,7	10,2	10,1	7,0	7,0	4,0
Lesions per accident de trànsit	7,0	10,6	7,2	8,2	4,9	5,0	4,4	4,7	4,9	4,7
Sida	7,6	8,4	6,5	5,2	4,0	3,3	4,9	3,2	1,8	2,8
Malaltia isquèmica del cor	4,9	5,7	4,7	3,6	2,4	4,9	2,6	2,1	2,8	2,9
Cirrosi	4,3	3,1	4,1	3,1	2,2	2,4	1,9	1,8	2,6	1,8
Totes les causes	94,8	104,0	87,1	82,4	69,7	70,8	71,2	63,6	63,1	52,3
Dones										
Càncer de mama	4,3	4,8	3,3	5,2	4,0	2,7	6,1	2,7	2,4	3,2
Suïcidi	3,7	3,9	3,7	3,9	2,0	5,8	1,7	4,1	4,5	3,6
Sida	2,0	3,1	2,0	2,2	1,6	0,8	0,5	1,7	0,3	0,0
Malaltia cerebrovascular	0,3	0,6	1,7	1,8	0,8	0,5	0,6	1,7	0,5	0,0
Càncer de pulmó	1,4	1,4	2,8	1,1	1,1	1,1	1,4	1,1	1,3	1,8
Cirrosi	0,9	1,4	1,9	0,3	0,8	1,3	1,9	1,1	0,5	0,6
Totes les causes	39,6	47,6	42,6	43,5	38,7	41,7	36,6	35,4	36,9	26,9

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

Notes: ¹La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2001.

²Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte informes anteriors.



La salut

96

Taula 5. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Barcelona, 2004-2013².

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	173,0	193,0	189,8	184,2	174,2	160,5	168,3	160,7	147,9	157,6
Malaltia isquèmica del cor	131,9	132,8	117,6	109,3	104,1	102,9	107,6	92,8	105,7	87,7
Càncer de còlon	52,6	51,7	52,7	50,8	40,2	46,6	45,0	50,8	43,6	43,6
Cirrosi	51,2	40,9	43,5	38,8	33,9	40,6	42,9	36,3	39,0	31,1
Malaltia cerebrovascular	48,0	57,2	57,5	43,4	44,6	48,1	43,4	35,4	39,7	28,0
Totes les causes	1.201,8	1.264,7	1.172,8	1.131,7	1.065,3	1.046,6	1.067,6	985,4	958,2	951,7
Dones										
Càncer de mama	51,1	45,9	46,0	45,3	49,8	40,8	46,6	43,1	35,0	43,4
Càncer de pulmó	27,1	30,6	26,1	28,1	33,0	32,8	39,7	35,2	35,2	38,3
Càncer de còlon	22,9	25,0	26,2	25,1	27,6	19,6	20,3	22,4	25,5	26,6
Malaltia cerebrovascular	22,9	22,4	18,3	19,4	27,0	23,8	21,0	18,9	23,1	19,2
Malaltia isquèmica del cor	20,8	27,5	23,3	23,5	18,4	16,0	19,0	15,4	18,3	18,9
Totes les causes	463,7	493,6	435,0	439,5	467,2	438,0	440,3	421,4	422,1	413,9

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2001.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte informes anteriors.

Taula 6. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Barcelona, 2004-2013².

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	898,7	870,8	817,0	867,9	860,8	769,7	671,5	661,0	835,7	676,0
Bronquitis, asma i MPOC ³	608,2	758,3	645,0	621,5	554,0	635,5	491,5	495,8	555,0	469,4
Malaltia cerebrovascular	764,6	767,1	687,9	657,4	552,2	570,3	503,2	480,4	467,4	474,7
Càncer de pulmó	462,7	447,7	475,0	498,7	511,7	451,1	497,7	462,0	423,9	455,3
Demència senil	343,5	381,3	388,7	356,7	323,3	329,8	343,8	346,7	385,3	394,1
Totes les causes	8.639,3	9.303,9	8.324,3	8.542,4	8.168,0	7.937,8	7.535,9	7.324,8	7.734,7	7.026,7
Dones										
Demència senil	389,2	397,2	379,5	358,2	349,2	340,7	358,3	362,1	416,6	376,5
Malaltia cerebrovascular	593,3	604,5	497,4	544,5	489,4	439,5	389,3	353,5	385,8	344,0
Malaltia d'Alzheimer	233,8	267,4	270,1	308,0	286,5	291,5	309,4	356,0	355,5	323,4
Malaltia isquèmica del cor	489,5	489,5	400,9	350,4	404,7	354,9	318,2	301,1	356,5	318,8
Insuficiència cardíaca	405,6	447,0	380,5	373,5	341,7	267,0	228,5	245,3	262,3	198,8
Totes les causes	5.431,4	5.779,7	5.272,0	5.259,6	5.139,7	5.034,3	4.640,7	4.558,6	4.755,0	4.390,4

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2001.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte informes anteriors. ³ MPOC: Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica.

Taula 7. Evolució de les taxes de mortalitat infantil i perinatal. Barcelona, 2005-2013¹.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mortalitat infantil									
Defuncions infantils a 0 anys	53	41	44	50	39	47	40	38	28
Taxa de mortalitat infantil x 1.000 nascuts vius	3,6	2,8	2,9	3,2	2,6	3,1	2,7	2,6	2,0
Mortalitat perinatal									
Defuncions perinatals (= >500 g)	92	70	61	66	60	63	66	67	50
Taxa de mortalitat perinatal x 1.000 (= >500 g)	6,2	4,7	4,0	4,2	4,0	4,2	4,4	3,5	3,6

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

Nota: ¹Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors.**Taula 8.** Incidència de la tuberculosi segons país de naixement, districte i sexe. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2014.

Homes	2012	2013	2014
Autòctons	15,8	11,4	11,4
Immigrants	60,4	57,7	44,1
Total	27,7	24,6	23,7
Dones			
Autòctones	10,0	9,6	13,3
Immigrants	51,4	62,1	27,7
Total	15,3	16,1	13,3

Taula 9. Incidència de VIH segon país de naixement i sexe en edats de 15 a 64 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2014.

Homes	2012	2013	2014
Autòctons	43,7	48,3	41,5
Immigrants	84,8	85,2	92,3
Total	54,5	59,4	56,9
Dones			
Autòctones	2,0	5,4	2,6
Immigrants	9,7	15,5	12,3
Total	4,9	8,7	5,5

Font: Registre de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'informació de drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹La població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona segons el padró municipal d'habitants de 1996.

La salut

98

Taula 10. Evolució dels indicadors de salut reproductiva per grups d'edat materna. Barcelona, 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	9,1	8,9	8,6	8,7
Dones 15 a 49 anys				
Fecunditat				
Nombre de naixements	14.754	14.498	13.972	13.984
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	37,7	37,2	36,2	36,6
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	36,7	36,3	35,0	35,8
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	41,8	40,4	40,2	40,2
Nombre d'IVE ¹	6.367	6.088	6.646	5.658
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	16,3	15,6	17,2	14,8
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	11,7	11,9	13,2	12,2
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	28,2	25,6	28,0	22,1
Nombre d'embarassos	21.121	20.586	20.618	19.642
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	54,0	52,8	53,5	51,4
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	48,5	48,2	48,2	48,0
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	70,0	65,9	68,2	62,3
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	30,1%	29,6%	32,2%	28,8%
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora de l'Estat espanyol	14,4%	14,7%	14,9%	15,9%
% naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	27,7%	27,9%	28,0%	28,1%
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g)	7,1%	8,1%	7,3%	7,4%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,2%	7,8%	6,4%	6,5%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,4%	6,5%	6,5%	6,8%
Adolescents (dones de 15 a 19 anys)				
Fecunditat				
Nombre de naixements	214	212	213	188
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	6,9	6,9	7,0	6,1
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	3,9	3,1	3,6	3,5
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	17,7	20,2	19,1	15,5
Nombre d'IVE	619	589	579	472
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	19,9	19,0	19,0	15,4
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	14,7	14,6	13,6	12,0
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	39,1	35,7	38,3	28,2
Nombre d'embarassos	833	801	792	660
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	26,7	25,9	26,0	21,5
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	18,7	17,7	17,3	15,5
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	56,8	55,9	57,4	43,7
Embarassos no planificats (% d'IVE sobre total d'embarassos)	74,3%	73,5%	73,1%	71,5%
Resultats de l'embaràs²				
% naixements amb només un dels pares de fora de l'Estat espanyol	16,5%	13,1%	15,0%	11,7%
% naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	53,5%	58,1%	40,8%	34,6%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,5%	10,8%	6,1%	8,5%

Font: Registre de naixements, Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Registre de naixements de l'IDESCAT, Generalitat de Catalunya. Padró de població, Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Notes: ¹ IVE: Interrupció voluntària de l'embaràs.

Taula 10. (continuació) >

Taula 10 (continuació). Evolució dels indicadors de salut reproductiva per grups d'edat materna. Barcelona, 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014
Dones de 20 a 34 anys				
Fecunditat				
Nombre de naixements	8.643	8.254	7.822	7.726
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	50,8	49,3	48,2	48,9
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	50,4	48,7	47,1	48,8
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	57,7	55,6	55,1	55,6
Nombre d'IVE ¹	4.326	4.129	4.404	3.617
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	25,4	24,6	27,1	22,9
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	19,4	20,3	22,6	20,1
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	38,3	35,1	38,7	30,7
Nombre d'embarassos	12.969	12.383	12.226	11.343
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	76,2	73,9	75,4	71,8
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	69,7	69,0	69,7	68,9
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	96,1	90,7	93,9	86,3
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	33,4%	33,3%	36,0%	32,0%
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora l'Estat espanyol	13,0%	13,6%	13,7%	14,6%
% naixements amb tots dos pares de fora l'Estat espanyol	35,7%	35,3%	35,2%	34,7%
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g)	5,9%	7,1%	6,5%	7,1%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	4,8%	6,7%	5,8%	6,1%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,2%	6,5%	6,4%	6,6%
Dones de 35 a 49 anys				
Fecunditat				
Nombre de naixements	5.897	6.032	5.937	6.070
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	31,0	31,5	30,8	31,4
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	32,6	33,4	32,2	32,8
Taxa de fecunditat de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	25,0	24,7	26,0	27,0
Nombre d'IVE	1.422	1.370	1.663	1.569
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	7,5	7,1	8,6	8,1
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	5,7	5,5	6,7	6,9
Taxa d'IVE de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	13,7	12,6	14,5	12,2
Nombre d'embarassos	7.319	7.402	7.600	7.639
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	38,5	38,6	39,4	39,5
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	38,3	38,8	38,9	39,7
Taxa d'embarassos de les dones de països en vies de desenvolupament (per 1.000 dones)	38,7	37,3	40,4	39,1
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	19,4%	18,5%	21,9%	20,5%
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora l'Estat espanyol	16,6%	16,3%	16,5%	17,6%
% naixements amb tots dos pares de fora l'Estat espanyol	16,7%	16,8%	18,0%	19,2%
% naixements amb baix pes en néixer (<2.500 g)	8,9%	9,3%	8,4%	7,6%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	8,2%	9,1%	7,1%	7,0%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,8%	6,5%	6,7%	7,0%

Font: Registre de naixements, Agència de Salut Pública de Barcelona. Registre d'IVE, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Registre de naixements de l'IDESCAT, Generalitat de Catalunya. Padró de població, Departament d'Estadística, Ajuntament de Barcelona.

Nota: ¹ IVE: Interrupció voluntària de l'embaràs.

La salut

100

Taula 11. Evolució de les malalties professionals segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona 2011-2014.

	Homes				Dones			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Malalties per agents químics ¹	7,0	10,9	8,0	6,5	6,8	3,7	6,9	8,9
Malalties per fatiga de beines tendinoses	71,1	67,7	70,0	65,7	59,0	55,8	50,6	53,1
Malalties per paràlisi dels nervis deguda a pressió	11,2	7,8	13,5	9,5	19,4	20,7	21,1	17,1
Malalties per altres agents físics	2,7	6,8	4,5	8,0	3,2	4,1	10,1	7,4
Malalties per agents biològics	1,6	1,6	1,0	3,5	7,2	3,7	4,5	8,5
Malalties de la pell	5,3	4,7	3,0	6,5	4,5	12,0	6,9	5,0
Malalties per agents carcinògens	1,1	0,5	-	0,5	-	-	-	-
Total	187	192	200	201	222	217	247	258

Font: Elaboració pròpia i del Departament d'Empresa i Ocupació de la Generalitat de Catalunya - Subdirecció General de Seguretat i Salut Laboral a partir de les dades del Sistema Comunicació de enfermedades profesionales en la Seguridad Social (CEPROSS).

Notes: ¹ El grup de malalties per agents químics inclou les malalties causades per inhalació de substàncies i agents no compresos en altres apartats.

Taula 12. 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, 2011-2014.

	Homes				Dones			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Lesions greus per accidents de treball								
<i>In itinere</i>	36,4	44,3	48,4	43,3	51,5	54,7	52,9	59,3
En jornada laboral:								
No traumàtiques	4,1	7,1	9,3	9,6	1,5	4,7	2,9	3,7
De trànsit	10,6	9,8	4,3	8,3	5,9	7,8	2,9	1,9
Resta traumàtiques	48,8	38,8	37,9	38,9	41,2	32,8	41,4	35,2
Total	217	183	161	157	68	64	70	54
Lesions mortals per accidents de treball								
<i>In itinere</i>	31,6	30,8	46,7	30,8	100,0	60,0	100,0	75,0
En jornada laboral:								
No traumàtiques	26,3	19,2	26,7	30,8	-	20,0	-	-
De trànsit	10,5	3,8	13,3	23,1	-	20,0	-	-
Resta traumàtiques	31,6	46,2	13,3	15,4	-	-	-	25,0
Total	19	26	15	13	1	5	1	4

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 del 2004. Atès que durant el 2003 van coexistir ambdós models, les lesions per accidents de trànsit que es mostren en la taula són les que es van notificar amb l'antic sistema. A partir del 2005 es torna a comptar amb aquesta informació, tot i que la variable analitzada no és la mateixa.

² La categoria «resta traumàtiques» inclou els accidents de trànsit notificats el 2003 amb el nou sistema d'informació i tots els del 2004. A partir de l'informe de salut de 2012 es publiquen les dades de l'últim decenni; la informació dels anys anteriors es pot consultar en l'informe de salut del 2011.

Taula 13. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2011-2014.

	Homes				Dones			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	23,7	20,1	29,0	24,7	12,6	19,7	15,6	17,3
Malalties del sistema respiratori	2,1	4,0	1,2	3,8	3,3	2,4	2,4	2,3
Trastorns mentals i del comportament	60,8	56,4	58,6	60,1	74,3	65,4	72,5	72,0
Malalties del sistema nerviós	2,1	4,0	1,2	1,3	2,4	3,5	2,7	1,6
Traumatismes i enverinaments	6,7	5,4	2,5	4,4	1,8	3,9	1,4	1,3
Altres	4,6	10,1	7,4	5,7	5,7	5,1	5,4	5,5
Total	196	149	162	158	334	254	295	307

Font: Registre de malalties relacionades amb el treball. Unitat de Salut Laboral de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: A partir de l'informe de salut del 2012 es publiquen les dades de l'últim decenni; la informació dels anys anteriors es pot consultar en l'informe de salut del 2011.

Taula 14. Persones lesionades per col·lisió de trànsit segons el sexe, el grup d'edat i el vehicle. Barcelona, 2014.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Camión/Autobús		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																
0 a 13 anys	60	3,9	18	0,5	9	1,4	1	0,3	7	5,4	1	7,1	101	18,9	197	2,8
14 a 17 anys	16	1,0	21	0,6	21	3,2	26	7,6	0	0,0	0	0,0	19	3,6	103	1,5
18 a 29 anys	391	25,4	1.048	27,8	365	55,0	124	36,0	10	7,7	4	28,6	74	13,9	2.016	28,8
30 a 44 anys	561	36,5	1.593	42,3	195	29,4	113	32,8	33	25,4	5	35,7	97	18,2	2.597	37,1
45 a 64 anys	375	24,4	972	25,8	67	10,1	67	19,5	33	25,4	4	33,3	119	22,3	1.637	23,4
65 a 74 anys	50	3,2	81	2,1	3	0,5	11	3,2	16	12,3	0	16,7	39	7,3	200	2,9
74 anys o més	30	1,9	12	0,3	1	0,2	2	0,6	31	23,8	0	16,7	77	14,4	153	2,2
Desconegut	56	3,6	25	0,7	3	0,5	0	0,0	0	0,0	0	16,7	7	1,3	91	1,3
Total	1.539	100	3.770	100	664	100	344	100	130	100	14	100	533	100	6.994	100
Dones																
0 a 13 anys	61	4,7	17	1,1	4	0,7	2	1,4	5	1,7	1	5,3	42	6,5	132	3,0
14 a 17 anys	33	2,6	14	0,9	14	2,6	8	5,4	2	0,7	2	10,5	25	3,9	98	2,2
18 a 29 anys	341	26,5	511	34,3	299	55,6	55	37,2	20	7,0	4	21,1	79	12,2	1.309	29,6
30 a 44 anys	418	32,5	590	39,6	155	28,8	63	42,6	38	13,2	3	15,8	120	18,6	1.387	31,4
45 a 64 anys	311	24,2	342	22,9	63	11,7	19	12,8	81	28,0	5	26,3	179	27,7	1.000	22,6
65 a 74 anys	60	4,7	10	0,7	0	0,0	1	0,7	57	19,7	2	10,5	82	12,7	212	4,8
74 anys o més	47	3,7	1	0,1	0	0,0	0	0,0	84	29,0	2	10,5	107	16,6	241	5,5
Desconegut	15	1,6	6	0,4	3	0,6	0	0,0	2	0,7	0	0,0	12	1,9	38	0,9
Total	1.286	100	1.491	100	538	100	148	100	309	100	8	100	602	100	4.417	100

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

La salut a Barcelona 2014



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.: 932 384 545
Fax: 932 173 197
A/e: paltimir@aspb.cat

També us podeu descarregar aquest Informe de la pàgina web de l'ASPB: www.aspb.cat



Podeu trobar dades addicionals de l'Informe de Salut en el document annex *La salut en xifres a Barcelona. Districtes i àrees integrals de salut 2014*, disponible al web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.



Si voleu citar dades d'aquest Informe, us demanem que ho feu de la manera següent:

Agència de Salut Pública de Barcelona. La salut a Barcelona 2014.
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2014.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

+B Agència
de Salut Pública



La salut en xifres a Barcelona. Districtes i àrees integrals de salut 2014



Realització:
Margarida Mas i Sardà
Galènia comunicació mèdica

Disseny gràfic:
Estudi muto

Edita:
Agència de Salut Pública de Barcelona

La salut a Barcelona 2014

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Gemma Tarafa i Orpinell

Gerenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Carme Borrell i Thió

Directora de l'Observatori de Salut Pública de l'Agència de Salut Pública de Barcelona
Maribel Pasarín i Rua



Index: La salut en xifres a Barcelona. Districtes i àrees integrals de salut 2014

Presentació	7
Resum executiu	8
Resumen ejecutivo	12
Executive Summary	17
Indicadors per districtes: metodologia	22

5

Evolució dels indicadors per districte de població i mortalitat	25
Districte I. Ciutat Vella	26
Districte II. Eixample.....	29
Districte III. Sants-Montjuïc	32
Districte IV. Les Corts	35
Districte V. Sarrià-Sant Gervasi	38
Districte VI. Gràcia	41
Districte VII. Horta-Guinardó.....	44
Districte VIII. Nou Barris	47
Districte IX. Sant Andreu.....	50
Districte X. Sant Martí.....	53

Indicadors per districte de tuberculosi, VIH, salut sexual i reproductiva de 2014	57
--	-----------

Àrees integrals de salut	65
Els determinants socioeconòmics	66
La salut: mortalitat i salut sexual i reproductiva	68



Presentació

Des de fa 31 anys, l'informe de salut presenta els determinants de la salut i l'estat de salut de la ciutadania de Barcelona i constitueix a dia d'avui una eina d'anàlisi i planificació de primera importància de la ciutat. Aquest any cal destacar l'esforç realitzat per presentar les desigualtats en salut als barris de la ciutat, fent servir una eina que promou l'Organització Mundial de la Salut (Urban Health Equity Assessment and Response Tool). Aquesta eina ens mostra com, malgrat els bons nivells de salut que hi ha al conjunt de la ciutat, existeixen importants desigualtats entre barris i com els situats al sud-est i al nord de la ciutat són els que tenen indicadors més desfavorables. L'acció per reduir aquestes desigualtats constitueix una de les prioritats que volem impulsar des de l'Ajuntament.

Quant al context sociodemogràfic cal ressaltar que es manté el nombre d'habitants, el percentatge d'immigrants i també la tendència creixent en el nombre de persones grans que viuen soles. El context econòmic continua sent advers: es manté la desocupació i s'incrementa la contractació temporal i la població desocupada sense prestació d'atur.

Respecte a la qualitat de l'aire ens preocupen els alts valors d'NO₂. Cal continuar fent esforços intersectorials per acostar-se a les recomanacions d'organismes com l'Organització Mundial de la Salut, que, basant-se de forma més directa en l'impacte sobre la salut, recomanen nivells més restrictius de diferents contaminants. L'anàlisi de l'aigua a les aixetes de la ciutadania en edificacions antigues assenyalava l'excés de plom com a primera incidència. D'altra banda, seguim tenint un bon nivell de seguretat dels aliments.

Entre els resultats en salut, aquest any augmenta l'esperança de vida, millora l'estat de salut autodeclarat i continua la reducció en la incidència de la tuberculosi, tot i que cal mantenir els esforços en els grups de població més exposats. La incidència d'infecció pel VIH, tot i que disminueix, continua sent alta en el grup de persones que practiquen relacions sexuals de risc, i es confirma la importància de les accions de prevenció i de detecció precoç, igual que en les infeccions de transmissió sexual, que continuen estenent-se. Quant als serveis sanitaris, caldrà incorporar a les properes edicions de l'informe indicadors de qualitat assistencial i satisfacció ciutadana.

Vull agrair a totes les persones que han fet possible aquest informe. Aquesta anàlisi de la situació de salut a la ciutat ens permet prioritzar les polítiques públiques a implementar durant els propers anys.

Gemma Tarafa i Orpinell
*Comissionada de Salut
i Presidenta de l'Agència de
Salut Pública de Barcelona*

Resum executiu

8

El context socioeconòmic

Les condicions sociodemogràfiques

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants la població de Barcelona el 2014 ha estat de 1.613.281 persones, 764.590 homes (47,4%) i 848.691 dones (52,6%). S'ha continuat reduint el nombre de persones d'entre 15 i 44 anys. Pel que fa al nombre de persones estrangeres, s'ha mantingut relativament estable els darrers anys, tot i que destaca un augment continuat d'aquelles nascudes a Europa i altres països desenvolupats i una reducció de les nascudes a països d'Amèrica del Sud i Amèrica Central, després d'anys d'increment. L'any 2014, 20.186 homes i 68.405 dones de 65 anys o més vivien sols, d'aquests, un 54,8% i un 68,9%, respectivament, tenien una edat de 75 anys o més. Se segueix la tendència d'anys anteriors de reducció del percentatge de persones amb estudis primaris o menys i d'augment del de persones amb estudis universitaris.

L'entorn domèstic: la violència masclista

El servei municipal ambulatori d'atenció específica a les dones que viuen violència masclista i que pot afectar els seus fills i filles ha atès 1.345 dones (15% més que el 2012). La procedència de les dones en el 58% dels casos era l'Estat espanyol, xifra similar a la del 2012, i en el 42% restant era majoritàriament Amèrica Llatina i, en menor percentatge, el Magrib.

L'entorn econòmic

L'atur i la taxa d'ocupació han disminuït lleugerament en els homes i s'han incrementat en les dones, mentre que en ambdós sexes ha disminuït la població activa. Tanmateix l'atur continua sent alt. L'atur de llarga durada ha augmentat i afecta més les persones més grans, sobretot les dones. El 2014 hi havia més persones aturades que no cobraven cap prestació o subsidi d'atur (el desembre del 2014 eren el 47,6% de totes les persones aturades). Paral·lelament, la nova contractació ha continuat sent majoritàriament

temporal, amb una lleugera disminució respecte al 2013 i amb major presència entre les dones i les persones més joves.

Les condicions de vida: la vulnerabilitat infantil

La situació de les llars amb menors és molt diferent en funció del nivell de renda, el lloc de residència, la situació laboral o el nivell acadèmic dels progenitors. La desigualtat territorial pren rellevància en les carències materials. El conjunt de barris amb ingressos baixos té fins a 7,4 vegades més carències materials severes que el conjunt de barris amb rendes altes.

Les accions en salut pública

Vacunacions

S'ha dut a terme el traspàs de la vacunació escolar als equips d'atenció primària. L'avaluació de la prova pilot sobre la base de les taxes de cobertura ha considerat que el traspàs havia estat adequat, si bé s'ha recomanat fer un seguiment més intens de les escoles amb cobertures inferiors al 77%.

Programa «Salut als Barris»

El programa ha ajudat a consolidar o, en alguns casos, a establir grups motors a cada barri on s'ha desenvolupat. S'han posat en marxa intervencions per a infants, joves, adults i gent gran, fent servir els actius locals i d'acord amb priorititzacions participatives. S'han dut a terme a 13 barris dels 73 de la ciutat: el Poble-sec; les Roquetes; Ciutat Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; el Bon Pastor; Baró de Viver; la Barceloneta; el Raval; el Besòs i el Maresme; la Verneda i la Pau i Trinitat Nova.

Programa de cribatge de càncer de mama

La participació s'ha mantingut pels volts del 50%, però amb moltes diferències en funció del nivell socioeconòmic del barri i, per tant, de la presència de doble cobertura sanitària que hi hagi. S'ha diagnosticat un càncer a 4,9 dones de cada 1.000 a qui se'ls ha fet una mamografia.

La participació de la comunitat

La participació de la comunitat és convenient i necessària per al bon funcionament de l'acció de salut pública. En estratègies comunitàries, com les promogudes a Barcelona pel programa «Salut als Barris», la participació és un element clau del procés, juntament amb la intersectorialitat. A 24 barris de la ciutat l'ASPB està implicada en els grups d'acció comunitària orientats a promoure la salut. També són necessaris espais de debat i diàleg que impliquin serveis públics i entitats, per conèixer les necessitats de salut i decidir-ne l'abordatge. L'ASPB participa en els 10 consells de salut de la ciutat així com en 13 grups de participació d'àmbit de ciutat.



Els serveis sanitaris

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària han donat cobertura al 70,1% del total de la població assignada (65,2% d'homes i 74,6% de dones), amb una mitjana de 3,4 visites de metge de família i pediatria per persona i any.

L'atenció a les urgències

L'activitat realitzada l'any 2014 ha estat de 638.968 urgències ateses, una xifra un 2% superior a la de l'any 2013. La taxa global d'urgències és de 341 (338 l'any 2013). Barcelona gaudeix d'un pla d'urgències amb mecanismes per classificar la demanda i establir circuits per dirigir les urgències al recurs més adient, hospitalari o extrahospitalari, segons les necessitats individuals. La implementació de protocols o codis d'actuació, com els codis infart, ictus, politrauma i altres, contribueix a millorar l'atenció immediata i el seguiment de les persones afectades.

L'atenció especialitzada hospitalària

Les causes d'hospitalització més freqüents entre la població de Barcelona continuen sent les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits i les malalties de l'aparell circulatori. En les dones cal destacar els ingressos per causa obstètrica, que ocupen el tercer lloc. El 55% de les altes són de pacients que han ingressat per sotmetre's a procediments quirúrgics, i la meitat s'intervenien per cirurgia major ambulatoria, una disciplina creixent que confereix major qualitat al pacient i millora l'eficiència del procediment.

L'atenció sociosanitària

Com a continuació del procés d'adaptació de la xarxa sociosanitària, es consoliden i augmenten les unitats de subaguts on es presta atenció integral a persones amb una malaltia crònica coneguda i evolucionada que, a causa d'una reagudització o un empitjorament de l'estat de salut del pacient, requereix hospitalització amb una intensitat de recursos intermedis. Aquesta atenció està destinada a persones que necessiten continuació d'un tractament o supervisió clínica

continuada. L'objectiu d'aquesta atenció ha de ser l'estabilització clínica i la rehabilitació integral.

La prestació farmacèutica

L'Àrea Integral de Salut (AIS) Dreta és el territori amb major percentatge d'ús de receptes electròniques (96,5%), seguit de l'AIS Nord (93,5%), l'AIS Litoral Mar (93,47%) i l'AIS Esquerra (93,2%).

Els grups amb major despesa són els antipsicòtics (6,8%), els inhaladors adrenèrgics (5,7%) i els antiepilèptics (5,4%). Els deu primers principis actius en receptes representen un 31,4% de les receptes de les especialitats farmacèutiques.

El context físic

Les condicions de l'habitatge

Les condicions de l'habitatge i de l'accés a un habitatge digne poden repercutir sobre l'estat de salut tant físic com mental de les persones i poden generar desigualtats en salut. L'any 2014 s'han produït a la ciutat de Barcelona 3.055 llançaments, la majoria en habitatges de lloguer. S'ha reduït el nombre de persones que dormen al carrer i que resideixen en assentaments, però a causa d'un augment dels recursos assistencials. Un 3,4% de la població de Barcelona (54.290 persones) està inscrit al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial (HPO), i algunes de les persones inscrites al Registre s'han pogut beneficiar de les 527 adjudicacions d'HPO. Ha continuat la reducció en el nombre d'ajuts a la rehabilitació d'edificis així com en el nombre d'ajuts al lloguer a través del programa Lloguer Just. No obstant això, els ajuts d'especial urgència han augmentat, en incloure-s'hi ajuts a persones amb atur de llarga durada.

La seguretat alimentària

L'any 2014 s'han investigat 62 alertes alimentàries (47 el 2013) per evitar riscos de salut pública produïts per la presència de perills físics, químics o biològics en aliments o en materials en contacte amb els aliments. Els aliments més freqüentment implicats han estat els productes de la pesca amb contaminació química. Els perills més habituals han estat els químics (mercuri, cadmi, amines aromàtiques, aflatoxines o plom) seguits dels biològics (salmonel·la, *Listeria*, *Escherichia coli*...).

La qualitat de l'aire

La qualitat ambiental és un determinant important de la salut, ja que l'entorn físic influeix en les condicions de vida de les persones. L'ASPB porta a terme la vigilància continuada dels principals paràmetres de qualitat de l'aire a la ciutat, activant els circuits indicats en casos

Resum executiu

10

d'alerta per contaminació o episodis determinats i elaborant l'Informe anual de qualitat de l'aire a Barcelona. En aquest marc, es porta a terme el control i registre de l'evolució de 12 contaminants atmosfèrics, amb els requisits que estableix la legislació ambiental estatal i europea. Els resultats indiquen que hi continua havent problemes de contaminació de l'aire a la ciutat, sobretot els referits als alts nivells d'NO₂. Per tant, cal reforçar les mesures per reduir la contaminació a través de la disminució de la principal font contaminat, el trànsit, no tan sols per tal de no superar els valors límit legalment establerts sinó per apropar-se als valors recomanats per l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

La qualitat de l'aigua

El desenvolupament dels programes de vigilància i control de la qualitat de l'aigua de consum humà permeten classificar les variables avaluades (desinfecció, condicions sanitàries de les instal·lacions i programes d'autocontrol) com a correctes i qualificar les tres zones d'abastament de Barcelona amb valors de qualitat conformes a la normativa.

Enguany, la reducció normativa de la concentració màxima de plom permesa a l'aigua de consum, que ha passat de 25 µg/l a 10 µg/l, ha suposat l'augment del nombre d'incidències detectades per aquest metall. Qualsevol persona resident a Barcelona pot verificar si l'aigua del seu habitatge conté un excés de plom sol·licitant una analítica de control gratuïta a l'ASPB.

Els comportaments relacionats amb la salut

La mobilitat

Segons l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona (EMEF) l'any 2014 s'han dut a terme diàriament 6,6 milions de desplaçaments per Barcelona. El 72,2% han estat desplaçaments interns i el 27,8% de connexió. El 78,3% han estat realitzats pels residents a la ciutat. Tant en homes com en dones, el 60% dels desplaçaments interns per Barcelona es fan per mobilitat ocupacional (el 40% restant per motius personals). El

80% dels desplaçaments de connexió són per mobilitat ocupacional. El mitjà de transport més usat en els desplaçaments interns és caminar, 51% en homes i 56% en dones. En canvi, en els desplaçaments de connexió el mitjà de transport més usat pels homes és el transport privat (54%) i el mitjà més usat per les dones és el transport públic (64%).

L'alimentació saludable

En el període del 2011 al 2014, un 3,9% dels nois i un 6,6% de les noies no esmorzen abans de sortir de casa, amb una tendència en ambdós sexes a la reducció d'aquests percentatges.

La salut

L'esperança de vida i la mortalitat

L'any 2013 en els homes la principal causa de mort prematura, i evitable, continua sent el càncer de pulmó, però amb tendència a disminuir. En les dones el càncer de mama continua sent la primera causa, en canvi, la mortalitat per càncer de pulmó mostra una tendència creixent i continuada els darrers anys. D'altra banda, cal destacar el suïcidi, que se situa com la tercera causa de mort prematura en ambdós sexes.

L'esperança de vida ha augmentat a 80,7 anys en els homes i a 86,6 anys en les dones (era de 79,9 anys en els homes i de 85,7 anys en les dones el 2012). L'esperança de vida de la població sense estudis és d'aproximadament 4 anys menys respecte al total. D'altra banda, també s'observen desigualtats entre districtes: l'esperança de vida és molt inferior a Ciutat Vella respecte a tot Barcelona, gairebé 3 anys menys en els homes i 2 anys menys en les dones.

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Els dos últims anys s'observa un descens en la incidència del VIH, malgrat això l'afectació continua sent molt alta i és la tercera malaltia de declaració obligatòria més freqüent a Barcelona, després de la gonocòccia i de la sífilis. Afecta en major mesura homes que tenen relacions homosexuals. Continua observant-se la disminució dels casos diagnosticats amb retard, així com la tendència al descens dels casos de sida.

Les infeccions de transmissió sexual

Des de l'any 2007 s'observa una tendència creixent de la sífilis, la gonocòccia i el limfogranuloma veneri. La major part dels casos ocorren en homes joves que tenen relacions homosexuals.

La tuberculosi

Durant l'any 2014 s'han detectat 300 casos de tuberculosi en persones

residents a la ciutat, 187 homes i 113 dones. La incidència ha disminuït gairebé un 9% respecte a l'any anterior. La malaltia és més freqüent a Ciutat Vella, en població immigrant i en els barris amb rendes més baixes.

Els trastorns crònics

D'entre els trastorns més prevalents destaquen, segons l'Enquesta de salut de Catalunya per Barcelona, la pressió arterial alta (25,2% de la població) i el colesterol elevat en sang (21,2% de la població). També són importants els trastorns crònics que limiten la capacitat funcional, com ara el mal d'esquena lumbar (23,5%), cervical (18,0%) i l'artrosi (23,2%); la prevalença d'aquests trastorns en les dones duplica la dels homes. La depressió i/o ansietat és el cinquè trastorn (18,2%) i la seva prevalença en les dones duplica la dels homes. Entre els infants de menys de 15 anys els principals trastorns crònics són la bronquitis crònica (9,5%), l'otitis de repetició (8,8%), l'enuresi (8,0%), les al·lèrgies cròniques (6,2%) i les deficiències visuals (5,0%), totes elles amb poques diferències per sexe.

L'estat de salut percebut

Es manté la mala salut autopercebuda durant el període 2011-2014. En els homes el percentatge es manté pels volts del 14,5% i en les dones s'estabilitza els dos darrers anys pels volts del 20%. Tanmateix les diferències en la mala salut autopercebuda entre persones ocupades i desocupades en ambdós sexes s'amplien els darrers dos anys.

L'obesitat i l'excés de pes

El sobrepès en el període 2011-2014 és del 19,8% en els homes i del 25,9% en les dones, mentre que en obesitat, els valors són lleugerament superiors en els homes (13,8%) que en les dones (12,8%). S'observa una tendència a l'augment del normopès en ambdós sexes. L'excés de pes en infants i joves d'edats compreses entre els 0 i els 18 anys ha estat superior entre els nois, amb un 25,2%, enfront del 17,6% de les noies.

La salut sexual i reproductiva

Des de la davallada que es va produir l'any 2009, la fecunditat de les dones en edat fèrtil s'ha mantingut estable, fins a aquest any, en què s'ha observat un lleuger descens de la fecunditat. En canvi, els avortaments havien crescut fins l'any 2008 i s'havien mantingut estables fins a aquest any 2014, en què han disminuït.

En les adolescents, tant els avortaments com la fecunditat han disminuït l'any 2014 i s'han situat en taxes inferiors a les dels anys 2003 i 2004. Tot i aquesta disminució global, els embarassos adolescents es distribueixen de forma desigual als barris de la ciutat i mostren un patró associat a la pobresa dels barris.

La salut mental i les addiccions

La salut mental

Els centres de salut mental d'adults han atès 42.704 persones, i els centres de salut mental infantil i juvenil 10.517. El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 prioritza la prevenció del suïcidi fent èmfasi en la millora de les patologies cròniques que en són un factor de risc, com ara la depressió. Dins aquest marc s'ha elaborat el codi risc de suïcidi, que es va posar en marxa el juny del 2014. El desplegament progressiu de les rutes assistencials està permetent fonamentar l'atenció amb un maneig compartit entre tots els serveis de salut del territori.

Amb les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona, s'observen diferències en la mala salut mental entre persones ocupades i aturades, especialment en els homes: els darrers tres anys la prevalença de mala salut mental dels aturats triplica la dels ocupats. En les dones aquestes diferències no segueixen un patró tan clar i són més pronunciades els anys 2011 i 2013.

Els centres d'atenció primària han notificat 317 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, sense variació respecte de l'any anterior. Es tracta de trastorns majoritàriament de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (69,7%).

Les addiccions

Als centres d'atenció i seguiment de les drogodependències (CAS) es va registrar un total de 4.252 inicis de tractaments. La majoria d'inicis de tractament corresponen a homes (73,4%). Seguint la tendència dels darrers anys, la principal substància per la qual es va demanar tractament als CAS de la xarxa pública de Barcelona va ser l'alcohol (45%), seguit de la cocaïna (17%), l'heroïna i altres opiacis (17%) i el cànnabis (10%). Malgrat que els darrers anys el nombre de sobredosis mortals per reacció aguda adversa a drogues ha anat disminuint, s'han endegat

Resum executiu

12

mesures per reduir-les encara més, ja que un 5% de les sobredosis que inicialment no són mortals, acaben finalment produint la mort.

La salut laboral

Els indicadors de salut laboral s'han estabilitzat respecte de l'any 2014. Les lesions per accidents de treball greus han disminuït i les lleus han augmentat, seguint les tendències dels darrers anys. Les malalties professionals han variat molt poc, amb un lleuger augment de les que van cursar amb baixa i un lleuger descens de les que ho van fer sense. Les malalties relacionades amb el treball s'han mantingut estables. Les lesions per accidents de treball *in itinere* segueixen sent les més freqüents de les lesions greus i mortals. La patologia musculoesquelètica és la més habitual de les malalties professionals, i els trastorns ansiosos i depressius són les malalties relacionades amb el treball que més sovint s'identifiquen als centres d'atenció primària.

Les lesions per col·lisió de trànsit

L'any 2014 s'han produït a la ciutat de Barcelona 8.766 col·lisions de trànsit, que han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 11.380 persones lesionades i 31 mortes durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. Globalment, no s'observen canvis importants en el nombre de persones lesionades, en canvi el nombre de persones mortes augmenta un 40,9% (ha passat de 22 el 2013 a 31 el 2014).

Les desigualtats en salut als barris

Una de les estratègies per reduir les desigualtats en salut consisteix a focalitzar les polítiques en els grups més desfavorits. L'Urban HEART és un instrument que permet obtenir una matriu d'indicadors que resumeixen en un format visual molt senzill i intuïtiu –sobre la base dels colors dels semàfors– les desigualtats entre àrees, i que s'ha aplicat als barris amb diferents indicadors de salut i dels seus determinants. A la matriu es pot observar com en alguns barris predominen els indicadors amb resultats més favorables (color verd), com a la majoria dels barris del districte de Sarrià-Sant Gervasi, mentre que en altres predomina el color vermell, com a la majoria dels barris del districte de Nou Barris. Aquest instrument permetrà identificar aquells barris amb pitjors indicadors de salut i els seus determinants per tal de posar-hi el focus amb l'objectiu de reduir les desigualtats en salut.

Resumen ejecutivo

El contexto socioeconómico

Las condiciones sociodemográficas

Según datos del Padrón Municipal de Habitantes, la población de Barcelona en 2014 ha sido de 1.613.281 personas, 764.590 hombres (47,4%) y 848.691 mujeres (52,6%). Se ha seguido reduciendo el número de personas de entre 15 y 44 años. En cuanto al número de personas extranjeras, se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, aunque destaca un aumento continuado de las nacidas en Europa y otros paí-

ses desarrollados y una reducción de las nacidas en países de América del Sur y América Central, después de años de incremento. En 2014, 20.186 hombres y 68.405 mujeres de 65 años o más vivían solos; de estos, un 54,8% y un 68,9%, respectivamente, tienen una edad de 75 años o más. Sigue la tendencia de años anteriores de reducción del porcentaje de personas con estudios primarios o menos y de aumento del de personas con estudios universitarios.

El entorno doméstico: la violencia machista

El servicio municipal ambulatorio de atención específica a las mujeres que viven violencia machista y que puede afectar a sus hijos ha atendido a 1.345 mujeres (15% más que en 2012). La procedencia de las

mujeres en el 58% de los casos era España, una cifra similar a la de 2012, y en el 42% restante era mayoritariamente América Latina y, en menor porcentaje, el Magreb.

El entorno económico

El paro y la tasa de ocupación han evolucionado de manera positiva en los hombres y de manera negativa en las mujeres, mientras que en ambos sexos ha disminuido la población activa. El paro de larga duración ha aumentado y afecta más a las personas más mayores, sobre todo a las mujeres. En 2014 había más personas desempleadas que no cobraban ninguna prestación o subsidio de desempleo (en diciembre de 2014 eran el 47,6% de todas las personas desempleadas). Paralelamente, la nueva contratación ha seguido siendo mayoritariamente temporal, con una ligera disminución respecto al año 2013 y con mayor presencia entre las mujeres y las personas más jóvenes.

Las condiciones de vida: la vulnerabilidad infantil

La situación de los hogares con menores es muy diferente en función del nivel de renta, el lugar de residencia, la situación laboral o el nivel académico de los progenitores. La desigualdad territorial adquiere relevancia en las carencias materiales. El conjunto de barrios con bajos ingresos tiene hasta 7,4 veces más carencias materiales severas que el conjunto de barrios con rentas altas.

Las acciones en salud pública

Vacunaciones

Se ha llevado a cabo el traspaso de la vacunación escolar a los equipos de atención primaria. La evaluación de la prueba piloto en base a las tasas de cobertura ha considerado que el traspaso había sido adecuado, si bien se ha recomendado hacer un seguimiento más intenso de las escuelas con coberturas inferiores al 77%.

Programa «Salud en los Barrios»

El programa ha ayudado a consolidar o, en algunos casos, a establecer grupos motores en todos los barrios en los que se ha desarrollado. Se han puesto en marcha intervenciones dirigidas a ni-

ños, jóvenes, adultos y personas mayores, utilizando los activos locales y de acuerdo con priorizaciones participativas. Se han llevado a cabo en 13 barrios de los 73 de la ciudad: el Poble Sec; les Roquetes; Ciudad Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; el Bon Pastor; Baró de Viver; la Barceloneta; el Raval; el Besòs i el Marresme; la Verneda i la Pau y Trinitat Nova.

Programa de cribado de cáncer de mama

La participación se ha mantenido alrededor del 50%, pero con muchas diferencias en función del nivel socioeconómico del barrio y, por tanto, de la presencia de doble cobertura sanitaria que exista. Se ha diagnosticado un cáncer a 4,9 mujeres de cada 1.000 a quienes se les ha hecho una mamografía.

La participación de la comunidad

La participación de la comunidad es conveniente y necesaria para el buen funcionamiento de la acción de salud pública. En estrategias comunitarias, como las promovidas en Barcelona por el programa «Salud en los Barrios», la participación es un elemento clave del proceso, junto con la intersectorialidad. En 24 barrios de la ciudad la ASPB está implicada en los grupos de acción comunitaria orientados a promover la salud. También son necesarios espacios de debate y diálogo que impliquen a servicios públicos y entidades, para conocer las necesidades de salud y decidir cómo abordarlas. La ASPB participa en los 10 consejos de salud de la ciudad así como en 13 grupos de participación de ámbito de ciudad.

Los servicios sanitarios

La atención primaria

La atención primaria de la salud es el primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria. Los servicios de atención primaria han dado cobertura al 70,1% del total de la población asignada (65,2% de hombres y 74,6% de mujeres), con una media de 3,4 visitas de médico de familia y pediatría por persona y año.

La atención a las urgencias

La actividad realizada en el año 2014 ha sido de 638.968 urgencias atendidas, una cifra un 2% superior a la del año 2013. La tasa global de urgencias es de 341 (338 en 2013). Barcelona disfruta de un plan de urgencias con mecanismos para clasificar la demanda y establecer circuitos para dirigir las urgencias al recurso más adecuado, hospitalario o extrahospitalario, según las necesidades individuales. La implementación de protocolos o códigos de actuación, como los códigos infarto, ictus, politrauma y otros, contribuye a mejorar la atención inmediata y el seguimiento de las personas afectadas.

La atención especializada hospitalaria

Las causas de hospitalización más frecuentes entre la población de

Resumen ejecutivo

14

Barcelona siguen siendo las enfermedades del sistema nervioso y los órganos de los sentidos y las enfermedades del aparato circulatorio. En las mujeres hay que destacar los ingresos por causa obstétrica, que ocupan el tercer lugar. El 55% de los ingresos son para realizar procedimientos quirúrgicos, y la mitad se intervienen mediante cirugía mayor ambulatoria, una disciplina creciente que confiere mayor calidad al paciente y mejora la eficiencia del procedimiento.

La atención sociosanitaria

Como continuación del proceso de adaptación de la red sociosanitaria, se consolidan y aumentan las unidades de subagudos en las que se presta atención integral a personas con una enfermedad crónica conocida y evolucionada que, debido a una reagudización o a un empeoramiento del estado de salud del paciente, requieren hospitalización con una intensidad de recursos intermedios. Esta atención está destinada a personas que precisan la continuación de un tratamiento o una supervisión clínica continuada. El objetivo de esta atención debe ser la estabilización clínica y la rehabilitación integral.

La prestación farmacéutica

El Área Integral de Salut (AIS) Dreta es el territorio con mayor porcentaje de uso de recetas electrónicas (96,5%), seguido de la AIS Nord (93,5%), el AIS Litoral Mar (93, 47%) y el AIS Esquerra (93,2%).

Los grupos con mayor gasto son los antipsicóticos (6,8%), los inhalatorios adrenérgicos (5,7%) y los antiepilépticos (5,4%). Los diez primeros principios activos en recetas representan un 31,4% de las recetas de las especialidades farmacéuticas.

El contexto físico

Las condiciones de vivienda

Las condiciones de la vivienda y del acceso a una vivienda digna pueden repercutir en el estado de salud tanto físico como mental de las personas y pueden generar desigualdades en salud. En 2014 se produjeron en la ciudad de Barcelona 3.055 lanzamientos, la mayoría en viviendas de alquiler.

Se ha reducido la cifra de personas que duermen en la calle y que residen en asentamientos, pero debido a un aumento de los recursos asistenciales. Un 3,4% de la población de Barcelona (54.290 personas) está inscrita en el Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial (VPO), y algunas de las personas inscritas en el Registro han podido beneficiarse de las 527 adjudicaciones de VPO. Ha proseguido la reducción del número de ayudas a la rehabilitación de edificios así como del número de ayudas al alquiler a través del programa Lloguer Just. Sin embargo, las ayudas de especial urgencia han aumentado, al incluir en él ayudas a personas con paro de larga duración.

La seguridad alimentaria

En el año 2014 se han investigado 62 alertas alimentarias (47 en 2013) para evitar riesgos de salud pública producidos por la presencia de peligros físicos, químicos o biológicos en alimentos o en materiales en contacto con los alimentos. Los alimentos más frecuentemente implicados han sido los productos de la pesca con contaminación química. Los peligros más habituales han sido los químicos (mercurio, cadmio, aminas aromáticas, aflatoxinas o plomo), seguidos de los biológicos (salmonela, *Listeria*, *Escherichia coli*...).

La calidad del aire

La calidad ambiental es un determinante importante de la salud, ya que el entorno físico influye en las condiciones de vida de las personas. La ASPB lleva a cabo la vigilancia continuada de los principales parámetros de calidad del aire en la ciudad, y activa los circuitos indicados en casos de alerta por contaminación o episodios determinados y elabora el Informe anual de calidad del aire en Barcelona. En este marco, se lleva a cabo el control y registro de la evolución de 12 contaminantes atmosféricos, con los requisitos que establece la legislación ambiental estatal y europea. Los resultados indican que sigue habiendo problemas de contaminación del aire en la ciudad, sobre todo los referidos a los altos niveles de NO₂. Por lo tanto, es necesario reforzar las medidas para reducir la contaminación a través de la disminución de la principal fuente contaminante, el tráfico, no sólo para no superar los valores límite legalmente establecidos sino para acercarse a los valores recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La calidad del agua

El desarrollo de los programas de vigilancia y control de la calidad del agua de consumo humano permite clasificar las variables evaluadas (desinfección, condiciones sanitarias de las instalaciones y programas de autocontrol) como correctas y calificar las tres zonas de abastecimiento de Barcelona con valores de calidad conformes a la normativa.

Este año, la reducción normativa de la concentración máxima de plomo permitida en el agua de consumo, que ha pasado de 25 µg/l a

10 µg/l, ha supuesto el aumento del número de incidencias detectadas por este metal. Cualquier persona residente en Barcelona puede verificar si el agua de su vivienda contiene un exceso de plomo solicitando una analítica de control gratuita en la ASPB.

Los comportamientos relacionados con la salud

La movilidad

Según la Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona de Barcelona (EMEF) en el año 2014 se han llevado a cabo diariamente 6,6 millones de desplazamientos por Barcelona. El 72,2% han sido desplazamientos internos y el 27,8% de conexión. El 78,3% han sido realizados por personas residentes en la ciudad. Tanto en hombres como en mujeres, el 60% de los desplazamientos internos por Barcelona se hacen por movilidad ocupacional (el 40% restante por motivos personales). El 80% de los desplazamientos de conexión son por movilidad ocupacional. El medio de transporte más utilizado en los desplazamientos internos es caminar, 51% en hombres y 56% en mujeres. En cambio, en los desplazamientos de conexión el medio de transporte más utilizado por los hombres es el transporte privado (54%) y el medio más utilizado por las mujeres es el transporte público (64%).

La alimentación saludable

En el período de 2011 a 2014, un 3,9% de los chicos y un 6,6% de las chicas no desayunan antes de salir de casa, con una tendencia en ambos sexos a la reducción de estos porcentajes.

La salud

La esperanza de vida y la mortalidad

En 2013 en los hombres la principal causa de muerte prematura, y evitable, sigue siendo el cáncer de pulmón, pero con tendencia a disminuir. En las mujeres, en cambio, la mortalidad por cáncer de pulmón muestra una tendencia creciente y continuada en los últimos años. Por

otra parte, cabe destacar el suicidio, que se sitúa como la tercera causa de muerte prematura en ambos sexos.

La esperanza de vida ha aumentado a 80,7 años en los hombres y a 86,6 años en las mujeres (era de 79,9 años en los hombres y de 85,7 años en las mujeres en 2012). La esperanza de vida de la población sin estudios es de aproximadamente 4 años menos respecto al total. Por otra parte, también se observan desigualdades entre distritos: la esperanza de vida es muy inferior en Ciutat Vella respecto a toda Barcelona, casi 3 años menos en los hombres y 2 años menos en las mujeres.

Las enfermedades transmisibles

Las infecciones por VIH/sida

Los dos últimos años se observa un descenso en la incidencia del VIH, a pesar de ello la afectación sigue siendo muy alta y es la tercera enfermedad de declaración obligatoria más frecuente en Barcelona, tras la gonococia y la sífilis. Afecta en mayor medida hombres que tienen relaciones homosexuales. Continúa observándose la disminución de los casos diagnosticados con retraso, así como la tendencia al descenso de los casos de sida.

Las infecciones de transmisión sexual

Desde el año 2007 se observa una tendencia creciente de la sífilis, la gonococia y el linfogranuloma venéreo. La mayor parte de los casos ocurren en hombres jóvenes que tienen relaciones homosexuales.

La tuberculosis

Durante el año 2014 se han detectado 300 casos de tuberculosis en personas residentes en la ciudad, 187 hombres y 113 mujeres. La incidencia ha disminuido casi un 9% respecto al año anterior. La enfermedad es más frecuente en Ciutat Vella, en población inmigrante y en los barrios con rentas más bajas.

Los trastornos crónicos

De entre los trastornos más prevalentes destacan, según la Enquesta de Salut de Catalunya por Barcelona, la tensión arterial alta (25,2% de la población) y el colesterol elevado en sangre (21,2% de la población). También son importantes los trastornos crónicos que limitan la capacidad funcional, como el dolor de espalda lumbar (23,5%), cervical (18,0%) y la artrosis (23,2%); la prevalencia de estos trastornos en las mujeres duplica la de los hombres. La depresión y/o ansiedad es el quinto trastorno (18,2%) y su prevalencia en las mujeres duplica la de los hombres. Entre los niños menores de 15 años los principales trastornos crónicos son la bronquitis crónica (9,5%), la otitis de repetición (8,8%), la enuresis (8,0%), las alergias crónicas (6,2%) y las deficiencias visuales (5,0%), todas ellas con pocas diferencias por sexo.

Resumen ejecutivo

16

El estado de salud percibido

Se mantiene la mala salud autopercebida durante el período 2011-2014. En los hombres el porcentaje se mantiene alrededor del 14,5% y en las mujeres se estabiliza durante los dos últimos años alrededor del 20%. Sin embargo las diferencias en la mala salud autopercebida entre personas ocupadas y desocupadas en ambos sexos se amplían durante los últimos dos años.

La obesidad y el sobrepeso

El sobrepeso en el período 2011-2014 es del 19,8% en los hombres y del 25,9% en las mujeres, mientras que en obesidad, los valores son ligeramente superiores en los hombres (13,8%) que en las mujeres (12,8%). Se observa una tendencia al aumento del normopeso en ambos sexos. El exceso de peso en niños y jóvenes de edades comprendidas entre los 0 y los 18 años ha sido superior entre los chicos, con un 25,2%, frente al 17,6% de las chicas.

La salud sexual y reproductiva

Desde la bajada que se produjo en el año 2009, la fecundidad de las mujeres en edad fértil se ha mantenido estable, hasta este año, en que se ha observado un ligero descenso de la fecundidad. En cambio, los abortos habían crecido hasta el año 2008 y se habían mantenido estables hasta este año 2014, en que han disminuido.

En las adolescentes, tanto los abortos como la fecundidad han disminuido en 2014 y se han situado en tasas inferiores a las de los años 2003 y 2004. A pesar de esta disminución global, los embarazos adolescentes se distribuyen de forma desigual en los barrios de la ciudad y muestran un patrón asociado a la pobreza de los barrios.

La salud mental y las adicciones

La salud mental

Los centros de salud mental de adultos han atendido a 42.704 personas, y los centros de salud mental infantil y juvenil a 10.517. El Pla de Salut

de Catalunya 2011-2015 prioriza la prevención del suicidio poniendo énfasis en la mejora de las patologías crónicas que son factor de riesgo de suicidio, tales como la depresión. Dentro de este marco se ha elaborado el código riesgo de suicidio, que se puso en marcha en junio de 2014. El despliegue progresivo de las rutas asistenciales está permitiendo fundamentar la atención con un manejo compartido entre todos los servicios de salud del territorio.

Con los datos de la Enquesta de Salut de Catalunya por Barcelona, se observan diferencias en la mala salud mental entre personas ocupadas y desempleadas, especialmente en los hombres: en los últimos tres años la prevalencia de mala salud mental de los desempleados triplica la de los ocupados. En las mujeres estas diferencias no siguen un patrón tan claro y son más pronunciadas en los años 2011 y 2013.

Los centros de atención primaria han notificado 317 trastornos de salud mental relacionados con el trabajo a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, sin variación respecto al año anterior. Se trata de trastornos mayoritariamente de tipo ansioso y depresivo, la mayoría de los cuales han afectado a mujeres (69,7%).

Las adicciones

En los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS) se ha registrado un total de 4.252 inicios de tratamientos. La mayoría de inicios de tratamiento corresponden a hombres (73,4%). Siguiendo la tendencia de los últimos años, la principal sustancia por la que se pidió tratamiento en los CAS de la red pública de Barcelona fue el alcohol (45%), seguido de la cocaína (17%), la heroína y otros opiáceos (17%) y el cannabis (10%). A pesar de que en los últimos años la cifra de sobredosis mortales por reacción aguda adversa a drogas ha ido disminuyendo, se han tomado medidas para reducirlas aún más, ya que un 5% de las sobredosis que inicialmente no son mortales acaban finalmente produciendo la muerte.

La salud laboral

Los indicadores de salud laboral se han estabilizado respecto al año 2014. Las lesiones por accidentes de trabajo graves han disminuido y las leves han aumentado, siguiendo las tendencias de los últimos años. Las enfermedades profesionales han variado muy poco, con un ligero aumento de las que cursaron con baja y un ligero descenso de las que lo hicieron sin baja. Las enfermedades relacionadas con el trabajo se han mantenido estables. Las lesiones por accidentes de trabajo *in itinere* siguen siendo las más frecuentes entre las lesiones graves y mortales. La patología musculoesquelética es la más habitual de las enfermedades profesionales, y los trastornos ansiosos y depresivos son las enfermedades relacionadas con el trabajo que más a menudo se identifican los centros de atención primaria.



Las lesiones por colisión de tráfico

En 2014 se han producido en la ciudad de Barcelona 8.766 colisiones de tráfico, que han ocasionado víctimas y han tenido como consecuencia 11.380 personas lesionadas y 31 personas muertas durante las primeras 24 horas después de la colisión. Globalmente, no se observan cambios importantes en la cifra de personas lesionadas, en cambio la de personas muertas aumenta un 40,9% (ha pasado de 22 en 2013 a 31 en 2014)

Las desigualdades en salud en los barrios

Una de las estrategias para reducir las desigualdades en salud consiste en focalizar las políticas en los grupos más desfavorecidos. El Urban HEART es un instrumento que permite obtener una matriz de indicadores que resumen en un formato visual muy sencillo e intuitivo –en base a los colores de los semáforos– las desigualdades entre áreas, y que se ha aplicado a los barrios con distintos indicadores de salud y de sus determinantes. En la matriz se puede observar como en algunos barrios predominan los indicadores con resultados más favorables (color verde), como en la mayoría de los barrios del distrito de Sarrià-Sant Gervasi, mientras que en otros predomina el color rojo, como en la mayoría de los barrios del distrito de Nou Barris. Este instrumento permitirá identificar aquellos barrios con peores indicadores de salud y sus determinantes para poner allí el foco con el objetivo de reducir las desigualdades en salud.

Executive Summary

The socioeconomic context

Sociodemographic conditions

According to the Municipal Population Census, in 2014, Barcelona was home to 1,613,281 people: 764,590 men (47.4%) and 848,691 women (52.6%). The number of people aged between 15 and 44 continued to fall. The number of people from other countries has remained relatively stable in recent years, although there is an ongoing increase in the number of people born in Europe and other developed countries and a decrease in those born in South and Central America, after some years of growth for the latter two groups. In 2014, 20,186 men and 68,405 women aged 65 or over lived alone; of these, 54.8% and 68.9% respectively were aged 75 or over. The percentage of people with

primary-level studies continues to drop and that with university-level studies continues to rise, following the trends from previous years.

The domestic context: violence against women

The municipal service that provides specific care for women who are the victims of domestic violence that may also affect their children has attended to 1,345 women (15% more than in 2012). In 58% of the cases, the women were of Spanish nationality, a similar figure to 2012, and the remaining 42% were mainly from Latin America and, to a lesser degree, Northwest Africa.

The economic context

The employment rate and the percentage of people receiving unemployment benefit have decreased slightly for men and increased for women, while the active population has fallen for both men and women, and unemployment levels continue to be high. Long-term unemployment has increased and is more common among older people,

Executive Summary

18

particularly women. In 2014, there were more unemployed people not receiving any type of benefit or support (in December 2014, this was 47.6% of all unemployed people). At the same time, new contracts were mainly temporary, with a slight decrease in temporary contracts compared to 2013 and more of these among women and younger people.

Living conditions: child vulnerability

The situation of families with young children varies greatly depending on the level of income, the place of residence, the employment situation and the parents' level of studies. Inequality between different areas can clearly be seen in terms of material deprivation, as severe material deprivation is 7.4 times higher overall in low-income districts than in the high-income districts grouped together.

Public health measures

Vaccinations

School vaccination programmes have been transferred to primary healthcare teams. The assessment of the pilot scheme using vaccination rates showed the transfer to have been successful, although with a recommendation for closer monitoring of schools where the coverage is below 77%.

"Salut als Barris" (Healthy Districts) Programme

The programme has helped to consolidate or, in some cases, to establish, initiative groups in each district where it has been introduced. Campaigns have been launched for children, young people, adults and the elderly, exploiting local assets and with a focus on participation. They have been carried out in 13 of the city's 73 districts: Poblesec; Les Roquetes; Ciutat Meridiana; Torre Baró; Vallbona; Santa Caterina, Sant Pere i la Ribera; Bon Pastor; Baró de Viver; Barceloneta; El Raval; El Besòs i el Maresme; La Verneda i la Pau and Trinitat Nova.

Breast cancer screening programme

Participation has remained at around 50%, but with large differences according to the district's

socioeconomic level, i.e. the presence of double health coverage (private and public). Cancer was diagnosed in 4.9 women for every 1,000 who came for a mammogram.

Community participation

Community participation is not only advisable, but also necessary for the success of public health measures. For community strategies such as those implemented in Barcelona through the "Salut als Barris" programme, participation is a key part of the process, together with collaboration between different sectors. In 24 of the city's districts, the *Agència de Salut Pública de Barcelona* (ASPB) is involved in community action aimed at promoting health. Spaces for debate and dialogue that involve public services and organisations are also needed in order to ascertain health needs and decide how to tackle them. The ASPB participates in the city's 10 health councils, as well as in 13 city steering groups.

Healthcare services

Primary healthcare

Primary healthcare is the healthcare system's first point of contact with patients. Primary healthcare services provided coverage to 70.1% of the total assigned population (65.2% of men and 74.6% of women), with an average of 3.4 GP and paediatrician appointments per person per year.

Emergency healthcare

In 2014, 638,968 emergencies were dealt with, 2% more than in 2013. The overall emergency rate was 341 (338 in 2013). Barcelona has an emergency healthcare plan with mechanisms to classify the demand and implement circuits that channel emergencies to the most suitable hospital or outpatient centre, in accordance with the needs of each case. The implementation of protocols and of codes such as 'heart attack', 'stroke' and 'multiple trauma' help to improve immediate care and follow-up of affected patients.

Specialised hospital care

In Barcelona, the most common causes of hospitalisation are still diseases of the nervous system and sensory organs and circulatory system disorders. Among women, obstetrics admissions are also a major cause and the third most common. In terms of admissions, 55% are for surgical procedures, and half of these are major outpatient surgery, a growing area that offers greater quality to patients and improved efficiency.

Social-healthcare

Continuing with the process of adapting the social-healthcare network, efforts have been made to consolidate and increase subacute units which provide integrated assistance to people with known long-term chronic illnesses, who require hospitalisation and increased in-

intermediate resources due to acute exacerbations or a worsening of their condition. This care is provided for people who are receiving ongoing treatment or require ongoing clinical supervision, with the objective of clinical stabilisation and integrated rehabilitation.

Pharmaceutical services

The *Àrea Integral de Salut* (AIS) Dreta is the area with the highest percentage of electronic prescription use (96.5%), followed by AIS Nord (93.5%), and then by AIS Litoral Mar (93.47%) and AIS Esquerra (93.2%).

The groups of pharmaceuticals with the highest number of prescriptions are antipsychotics (6.8%), adrenergic inhalants (5.7%) and antiepileptics (5.4%). The top ten active substances in prescriptions represent 31.4% of prescriptions of medicinal products.

The physical context

Housing conditions

Housing conditions and access to decent housing can affect both physical and mental health and give rise to health inequalities. In 2014, there were 3,055 evictions in the city of Barcelona, the majority from rented accommodation. The number of people sleeping on the streets and living in squatter settlements has fallen, although this has been due to an increase in resources for these groups. In Barcelona, 3.4% of the population (54,290 people) are on the *Habitatge de Protecció Oficial* (HPO) waiting list, and some of these people have benefited from the 527 homes provided by the HPO. The number of people receiving building renovation grants has continued to fall, as has the number of people receiving housing benefits through the *Lloguer Just* (Fair Rental) programme. However, emergency grants have increased as this area now includes benefits for the long-term unemployed.

Food safety

In 2014, 62 food alerts were investigated (compared to 47 in 2013) to avoid public health risks as a result of physical, chemical or biological ha-

zards in food or materials in contact with food. The foods most commonly involved were fishery products with chemical contaminants. The most common hazards were chemical (mercury, cadmium, aromatic amines, aflatoxins and lead) followed by biological hazards (salmonella, *Listeria*, *Escherichia coli*, etc.).

Air quality

Environmental quality is also another important factor with a bearing on health, as people's physical surroundings have an impact on their quality of life. The ASPB monitors the city's main air quality parameters on an ongoing basis, activating the necessary mechanisms in the case of pollution alerts or particular situations, and drawing up the annual air quality report for Barcelona. Within this framework, work is done to control and record the 12 atmospheric pollutants, in accordance with the requirements laid down by state and European law. The results show that the city continues to experience problem levels of pollutants, especially as regards the high levels of NO₂. Measures must therefore be reinforced to reduce pollution by reducing the main source — traffic — not only to bring it within the legally-established limits but also to reach the values recommended by the World Health Organisation (WHO).

Water quality

Drinking water monitoring and quality control programmes have been developed to make it possible to establish whether the different variables (disinfection, sanitary conditions of facilities and self-control programmes) are adequate and to assign quality indicators to Barcelona's three water supply areas in accordance with legislation.

Again in 2014, the legislative reduction in the maximum allowed concentration of lead in drinking water, which went from 25 µg/l to 10 µg/l, meant an increase in the number of incidents detected for this metal. Barcelona residents may check that the levels of lead in their drinking water fall within safe values by requesting a free analysis from the ASPB.

Behaviour with an impact on health

Mobility

According to *Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner* (EMEF) for Barcelona, in 2014 there were 6.6 million journeys each day in the city. Of these, 72.2% were journeys inside Barcelona and 27.8% beyond the city. 78.3% of the journeys were made by city residents. Both for men and women, 60% of internal journeys were for work, and the remaining 40% for personal reasons. 80% of journeys beyond the city were for work reasons. The most common means for internal journeys was walking; 51% for men and 56% for women. Meanwhile, for journeys beyond the city, the most common means used by men was private transport (54%) while for women it was public transport (64%).

Executive Summary

20

Healthy diet

Between 2011 and 2014, 3.9% of boys and 6.6% of girls did not have breakfast before leaving home, although both of these percentages are on a downward trend.

Health

Life expectancy and mortality

In 2013, the main cause of avoidable premature death for men continued to be lung cancer, but with a downward trend. For women, breast cancer continued to be the leading cause, while lung cancer shows a continued growing trend over recent years. Suicide was also an important factor and the third most common cause of premature death among both males and females.

Life expectancy has increased to 80.7 years for men and 86.6 for women (in 2012, these figures were 79.9 and 85.7 respectively). The life expectancy for the least-educated population is approximately 4 years lower than the overall figure. Furthermore, there are also inequalities between districts: the life expectancy is significantly lower in Ciutat Vella compared to Barcelona as a whole; almost 3 years lower for men and 2 for women.

Communicable diseases

HIV/aids infections

Although a drop in the incidence of HIV has been observed over the past two years, the number of cases remains very high and it is the third most common notifiable disease in Barcelona, after gonorrhoea and syphilis. The population most affected is men who have same-sex relations. There continues to be a decrease in late testers and in cases of AIDS.

Sexually transmitted diseases

Since 2007, there has been a growing trend in syphilis, gonorrhoea and lymphogranuloma venereum. Most cases occur in young men who have same-sex relations.

Tuberculosis

During 2014, 300 cases of tuberculosis were detected in people resident in the city; 187 of them male and 113 female. This represents a decrease of almost 9% compared to the previous year. The disease is most common in Ciutat Vella, among the immigrant population and in low-income districts.

Chronic illnesses

According to the Catalonia Health Survey for Barcelona, the most relevant illnesses are high blood pressure (25.2% of the population) and high blood cholesterol (21.2 percent of the population). Chronic illnesses with an impact on functional capacity are also significant, such as lower back pain (23.5%), neck pain (18.0%) and osteoarthritis (23.2%), with double the amount of cases in women compared to men. Depression and/or anxiety is the fifth most common disorder (18.2%), also twice as common in women compared to men. Among children under the age of 15, the main chronic illnesses are chronic bronchitis (9.5%), recurrent otitis (8.8%), enuresis (8.0%), chronic allergies (6.2%) and sight impairments (5.0%), none of which show significant gender differences.

Perceived State of Health

The levels of poor perceived state of health remained stable in the period 2011-2014. Among men, the percentage remained at around 14.5% and among women it has levelled off at around 20% over the past two years. However, the differences in poor self-perceived health between the employed and the unemployed, both men and women, have widened over the past two years.

Obesity and overweight

In the period 2011-2014, overweight stood at 19.8% for males and 25.9% for women, while obesity levels were slightly higher for men (13.8%) than for women (12.8%). A growing trend was seen in normal weight for both males and females. Overweight in children and adolescents aged 0 to 18 years was higher in boys, at 25.2%, compared to 17.6% for girls.

Sexual and reproductive health

Since the drop seen in 2009, pregnancies in women of fertile age had remained stable until this year, when a slight decrease has been observed. Abortions rose until 2008 and then remained stable until 2014, when there was a decrease.

In adolescents, both abortions and pregnancies dropped in 2014 and are currently at levels lower than those seen in 2003 and 2004. Despite this overall drop, adolescent pregnancies are unequally distributed among the city's districts and a correlation can be seen with poverty levels.

Mental health and addictions

Mental health

Adult mental health centres have attended to 42,704 people, and child and juvenile mental health centres to 10,517 people. The 2011-2015 Health Plan for Catalonia prioritises suicide prevention, stressing the importance of improving chronic illnesses that are risk factors, such as depression. The suicide risk code, implemented in June 2014, was developed within this context. The progressive implementation of clinical pathways is making it possible to promote shared healthcare between all the region's health services.

The data from the Catalonia Health Survey for Barcelona show differences in mental health between employed and unemployed people, especially among men: in recent years, poor mental health has been three times as high amongst unemployed compared to employed men. This pattern is not as clear for women, with the most pronounced difference seen in 2011 and 2013.

Primary healthcare centres have informed the Barcelona Occupational Health Unit of 317 work-related mental health disorders, with no variation compared to the previous year. These disorders are mainly anxiety and depression, and mostly affect women (69.7%).

Addictions

The *Centres d'Atenció i Seguiment* (CAS) for drug dependency recorded a total of 4,252 people beginning treatment, most of whom were men (73.4%). Following the trend of recent years, the main substance requiring treatment in Barcelona's public CAS was alcohol (45%), followed by cocaine (17%), heroine and other opiates (17%) and cannabis (10%). Despite the

fact that in recent years the number of fatal overdoses due to adverse drug reactions has decreased, measures have been implemented to reduce the numbers even further, as 5% of initially non-fatal overdoses result in death.

Occupational health

Occupational health indicators remained stable for 2014. There was a decrease in serious occupational accidents and an increase in minor accidents, following the trend over recent years. There was very little variation as regards occupational diseases, with a slight increase in those which result in time off work and a slight decrease in those which do not. Work-related diseases remained stable. Injuries sustained on the way to and from work continue to be the most common type of serious and fatal injury. Musculoskeletal disorders continue to be the most common type of occupational disease, while anxiety and depression are the work-related illnesses most frequently identified in primary healthcare centres.

Injuries due to road traffic accidents

In 2014 in the city of Barcelona, there were 8,766 road traffic accidents involving victims, resulting 11,380 injuries and 31 deaths within the first 24 hours of the accident. Overall, there were no significant differences in the number of people injured, although the number of deaths has increased to 40.9% (this figure has grown from 22% in 2013 and 31% in 2014).

Health inequalities between neighbourhoods

One of the strategies used to reduce health inequalities is to focus policies on the most disadvantaged groups. Urban HEART is an instrument that uses different health indicators and their determinants to produce a matrix which can be applied to districts and provides a simple, easy to understand visual summary (using traffic light colours) of the inequalities between areas. The matrix shows a prevalence of indicators with favourable results (those in green) in certain districts, such as most of the those in the Sarrià-Sant Gervasi area, while others, for example most of the neighbourhoods in the Nou Barris area, show mainly red indicators. This instrument makes it possible to identify districts with the worst health indicators and their determinants, in order to focus policies on these areas with the aim of reducing health inequalities.

Indicadors per districtes: metodologia

22

La salut en xifres

Aquest document incorpora les dades específiques, corresponents a la salut global a la ciutat de Barcelona per l'any 2014. Les dades apareixen en el mateix ordre en què s'ordena la informació a l'Informe *La salut a Barcelona 2014: el context socioeconòmic, el context físic i els comportaments relacionats amb la salut i la salut*.

A continuació hi ha la informació detallada corresponent a tots els deu districtes de Barcelona i detallada també per àrees integrals de salut (AIS).

Els indicadors de població

A partir de les dades dels padrons municipals d'habitants es calculen els indicadors següents:

- Nombre d'habitants segons el sexe i el grup d'edat.
- Índex de dependència senil: població de 65 anys o més dividit per la població d'entre 15 i 64 anys i multiplicat per 100.
- Índex de sobreenvelliment: població de 75 anys o més dividit per la població de 65 anys o més i multiplicat per 100.
- Nombre i percentatge de gent gran que viu sola segons el sexe i el grup d'edat.
- Percentatge de població segons el nivell d'instrucció, per persones de 16 anys i més.

Sobre aquest últim indicador, l'any 2007 hi va haver un canvi en la codificació del nivell d'estudis i totes les dades s'han tornat a calcular sobre aquesta nova codificació. S'ha fet l'equivalència dels codis antics als nous per anys anteriors al 2007.

La salut reproductiva

A partir del registre de naixements de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), es calculen els indicadors següents:

- Taxa de natalitat per 1.000 habitants: nombre de naixements dividit pel total de la població i multiplicat per 1.000.
- Taxa de fecunditat per 1.000 dones (en diferents grups d'edat): nombre de naixements dividit pel nombre de dones del grup d'edat i multiplicat per 1.000.

Es presenten també indicadors de naixements en dones de menys de 15-49 anys, en dones de més de 15-19 anys, amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol, amb pare o mare de fora de l'Estat espanyol, amb baix pes en néixer i amb prematuritat, i per edat gestacional). Per als denominadors s'ha utilitzat 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 a 2014 per a aquests anys.

La tuberculosi

Es presenten les taxes segons el sexe i estandarditzades per edat (mètode directe) per 100.000 habitants diferenciant tres grups: tuberculosi autòctons, tuberculosi immigrants i tuberculosi total. La font d'informació utilitzada és el registre de tuberculosi de l'ASPB del 2014. La població de referència utilitzada per a estandarditzar les taxes és la del padró municipal d'habitants de l'any 1996.

EI VIH

Es presenten les taxes segons el sexe i estandarditzades per edat per 100.000 habitants. Es diferencien tres grups: VIH autòctons, VIH immigrants i VIH total. La font d'informació utilitzada és el registre de VIH de l'ASPB del 2014. La població de referència utilitzada per a estandarditzar les taxes és la del padró municipal d'habitants de l'any 1996.



La mortalitat

Els indicadors calculats són els següents:

- Taxa bruta de mortalitat per 100.000 habitants.
- Taxa estandarditzada per edat (mètode directe) de mortalitat per 100.000 habitants.
- Taxa estandarditzada per edat (mètode directe) d'anys potencials de vida perduts (APVP) per (100.000) habitants entre 1 i 70 anys.
- Esperança de vida en néixer.

Es presenten també les taxes estandarditzades per edat (mètode directe) de les quatre primeres causes de mortalitat per sexes, en tres grups d'edat: de 15 a 44 anys, de 45 a 74 anys i de 75 anys o més. La font d'informació utilitzada és el registre de mortalitat de l'ASPB. A partir del 2003 les dades provenen del Departament de Salut. La població de referència utilitzada per a estandarditzar les taxes per edat és la del padró municipal d'habitants de l'any 2001. Per als denominadors de les taxes dels anys interpadronals s'han utilitzat estimacions de la població. Les estimacions dels indicadors han estat realitzades mitjançant l'aplicació SISALUT i poden presentar variacions respecte a informes anteriors.

Àrees integrals de salut

Barcelona s'organitza en quatre àrees integrals de salut (AIS) per tal de millorar l'assistència sanitària: Barcelona Nord, Dreta, Mar i Esquerra. Es presenten també les taules seguint un esquema similar a les dels districtes.



Evolució dels indicadors per districte de població i mortalitat

Presentació
Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
Indicadors per districtes: metodologia

25

Evolució dels Indicadors per districte de població i mortalitat

Districte I. Ciutat Vella
Districte II. Eixample
Districte III. Sants-Montjuïc
Districte IV. Les Corts
Districte V. Sarrià-Sant Gervasi
Districte VI. Gràcia
Districte VII. Horta-Guinardó
Districte VIII. Nou Barris
Districte IX. Sant Andreu
Districte X. Sant Martí

Indicadors per districte de Tuberculosi, VIH, salut sexual i reproductiva de 2014

Àrees integrals de salut

Els determinants socioeconòmics
La salut: mortalitat i salut sexual i reproductiva

Districte I. Ciutat Vella

26

Districte I. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Ciutat Vella, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	5.031	11,9%	4.309	10,2%	5.799	10,5%	5.707	10,6%
	Dones	4.586	9,5%	3.947	9,2%	5.313	10,9%	5.273	10,9%
15-44 anys	Homes	17.425	41,2%	21.280	50,3%	30.930	56,2%	30.077	55,7%
	Dones	15.921	32,9%	17.730	41,3%	24.163	49,4%	23.740	49,2%
45-64 anys	Homes	11.425	27,0%	9.272	21,9%	12.227	22,2%	12.299	22,8%
	Dones	12.311	25,5%	8.517	19,9%	10.367	21,2%	10.402	21,6%
65-74 anys	Homes	5.214	12,3%	4.297	10,2%	3.067	5,6%	3.024	5,6%
	Dones	8.315	17,2%	5.761	13,4%	3.368	6,9%	3.400	7,0%
75 anys o més	Homes	3.174	7,5%	3.120	7,4%	2.980	5,4%	2.863	5,3%
	Dones	7.210	14,9%	6.944	16,2%	5.717	11,7%	5.452	11,3%
Total	Homes	42.269	100%	42.278	100%	55.003	100%	53.970	100%
	Dones	48.343	100%	42.899	100%	48.928	100%	48.267	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		29,1%		24,3%		14,0%		13,9%
	Dones		55,0%		48,4%		26,3%		25,9%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		37,8%		42,1%		49,3%		48,6%
	Dones		46,4%		54,6%		62,9%		61,6%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	629	12,1%	861	17,7%	713	23,2%	690	22,8%
	Dones	2.569	30,9%	1.870	28,5%	924	27,4%	937	27,6%
75-84 anys	Homes	441	16,5%	529	19,9%	540	23,9%	520	24,3%
	Dones	2.350	41,5%	2.585	46,3%	1.418	40,0%	1.337	40,0%
85 anys o més	Homes	92	18,5%	181	27,0%	210	29,2%	207	28,8%
	Dones	506	32,8%	1.047	49,9%	1.133	52,2%	1.076	51,0%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		30,2%		16,0%		6,3%		5,8%
	Dones		42,2%		24,4%		9,7%		8,9%
Estudis primaris	Homes		35,0%		37,4%		29,1%		28,3%
	Dones		33,1%		35,0%		23,3%		22,7%
Estudis secundaris	Homes		13,9%		16,2%		21,1%		21,2%
	Dones		10,5%		14,0%		18,5%		18,7%
Batxillerat i FP II	Homes		14,3%		18,3%		19,9%		20,0%
	Dones		9,1%		14,6%		19,4%		19,5%
Universitaris	Homes		5,8%		11,4%		23,6%		24,7%
	Dones		4,5%		11,3%		29,0%		30,2%
No consta	Homes		0,8%		0,7%		0,0%		0,0%
	Dones		0,6%		0,7%		0,0%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		4.222	4,3%	18.775	21,1%	51.178	49,2%	51.159	50,0%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte I. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Ciutat Vella, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	573	647	516	546	530	421	489	467	457	400
Taxa bruta x 100.000 hab.	982,4	1.071,4	838,9	898,7	893,6	721,8	885,5	848,5	820,6	727,2
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.595,4	1.818,1	1.550,6	1.564,0	1.612,7	1.287,8	1.497,9	1.463,2	1.443,8	1.268,9
Taxa APVP ³ estandarditzada	7.497,2	7.975,5	5.483,8	6.146,9	5.640,3	4.917,6	6.101,7	4.934,8	5095	4.215,6
Esperança vida en néixer	74,3	73,1	76,3	75,2	75,1	77,7	75,8	76,7	77,0	78,0
Dones										
Defuncions	549	530	509	483	504	456	497	437	454	451
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.063,7	1.004,2	962,0	913,6	958,6	879,7	993,0	889,3	916,9	921,8
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	834,6	812,8	781,8	731,7	782,3	708,5	825,6	708,2	742,4	752,7
Taxa APVP ³ estandarditzada	2.823,2	2.735,5	2.687,4	1.871,9	2.344,9	2.212,4	2.417,0	2.722,2	2.722,2	2.106,0
Esperança vida en néixer	82,8	83,2	83,8	84,9	84,0	84,9	83,6	84,8	84,0	84,5

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte I. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Ciutat Vella, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	11,2	6,1	10,2	5,1	11,4	16,8	6,7	5,0	11,4	7,7	3,5
Sobredosis	38,4	32,0	21,6	21,5	8,6	10,4	12,3	17,4	9,6	18,2	5,6
Accidents de trànsit	9,6	3,7	7,5	5,4	13,1	5,3	4,3	5,3	2,4	3,1	6,1
Sida	22,9	28,8	38,9	8,8	14,0	8,7	8,7	18,8	0,0	8,6	11,7
Malaltia isquèmica del cor	0,0	11,9	2,1	0,0	11,5	5,0	0,0	2,6	0,0	0,0	8,9
Cirrosis	3,7	6,2	5,8	8,1	5,7	3,1	3,1	5,8	3,2	2,5	0,0
Totes les causes	169,3	143,6	155,3	97,6	128,4	101,8	66,9	96,5	84,0	92,0	76,7
Dones											
Càncer de mama	0,0	4,1	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	3,7	0,0	3,7	4,3
Suïcidi	13,5	4,5	0,0	3,1	0,0	4,3	6,6	0,0	6,9	0,0	0,0
Sida	35,6	11,6	7,5	8,2	12,2	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	4,5	0,0	0,0
Càncer de pulmó	0,0	4,5	0,0	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0
Cirrosis	8,6	4,1	4,4	8,5	0,0	0,0	2,9	8,9	3,6	0,0	4,3
Totes les causes	100,9	58,3	64,4	63,3	44,7	49,1	52,8	27,4	53,5	51,3	35,0

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte I. Ciutat Vella

28

Districte I. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Ciutat Vella, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	143,9	311,1	195,7	214,0	262,4	235,1	242,0	242,1	168,9	264,5
Malaltia isquèmica del cor	176,1	154,2	131,8	112,9	181,1	126,4	206,3	110,7	199,6	107,4
Càncer de còlon	41,8	36,0	31,6	20,7	35,8	39,1	52,6	30,9	54,5	35,6
Cirrosi	122,9	83,1	103,7	48,3	123,0	106,1	87,6	93,7	112,0	54,9
Malaltia cerebrovascular	60,5	97,0	77,0	78,2	27,8	85,2	91,6	21,3	96,5	54,0
Totes les causes	1.753,5	1.946,4	1.493,7	1.564,2	1.685,7	1.435,3	1.786,8	1.434,3	1.454,8	1.412,2
Dones										
Càncer de mama	47,0	24,9	59,8	13,7	34,3	35,7	66,4	76,3	48,6	41,4
Càncer de pulmó	31,9	60,1	34,8	37,0	39,4	30,3	78,1	52,7	48,9	75,7
Càncer de còlon	27,1	35,6	19,6	8,9	33,1	28,4	15,7	24,1	7,5	32,8
Malaltia cerebrovascular	21,6	24,7	14,2	42,9	66,7	0,0	32,4	28,2	19,4	44,6
Malaltia isquèmica del cor	14,7	37,9	52,4	44,1	37,9	33,1	24,4	28,1	18,9	28,5
Totes les causes	600,6	640,0	590,7	521,8	548,7	492,7	740,9	553,7	565,9	618,1

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte I. Taula V. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Ciutat Vella, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	793,2	1.001,8	1.320,1	890,3	852,1	566,1	559,9	552,9	1.286,0	855,8
Bronquitis i MPOC	562,1	768,0	936,3	1.104,5	837,6	385,9	738,5	871,3	660,4	754,6
Malaltia cerebrovascular	883,9	957,1	748,4	953,4	748,6	415,5	377,0	516,3	595,7	472,8
Càncer de pulmó	484,5	657,1	399,5	557,1	348,6	388,1	472,9	379,9	459,6	501,8
Demència senil	149,5	214,8	388,9	349,9	213,7	246,8	642,2	625,9	358,3	363,5
Totes les causes	8.793,7	10.251,0	9.495,1	9.211,6	9.343,3	7.217,5	7.945,6	8.850,4	8.603,2	7.036,1
Dones										
Demència senil	406,3	329,9	380,4	370,1	419,2	303,1	452,2	349,3	387,7	448,7
Malaltia cerebrovascular	559,5	553,0	465,4	494,3	419,3	473,9	343,2	307,5	337,0	331,3
Malaltia d'Alzheimer	171,5	199,3	159,0	134,6	310,7	234,4	225,1	366,4	189,9	197,9
Malaltia isquèmica del cor	532,0	384,7	491,1	321,5	619,0	280,9	463,4	323,3	437,6	340,9
Insuficiència cardíaca	363,3	418,2	435,0	396,2	278,8	387,8	130,8	268,1	518,3	313,4
Totes les causes	5.733,4	5.388,5	5.286,7	5.107,1	5.495,2	4.958,6	5.360,2	4.722,7	5.008,3	5.030,5

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte II. Eixample

Districte II. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Eixample, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	17.673	14,2%	13.835	12,2%	14.769	12,1%	14.860	12,1%
	Dones	16.701	11,1%	13.376	9,7%	14.024	9,8%	14.075	9,9%
15-44 anys	Homes	54.986	44,2%	50.427	44,3%	54.085	44,2%	53.967	43,9%
	Dones	57.161	38,2%	52.156	38,0%	54.881	38,5%	54.615	38,4%
45-64 anys	Homes	29.958	24,1%	27.626	24,3%	31.683	25,9%	31.951	26,0%
	Dones	36.785	24,6%	33.241	24,2%	37.122	26,1%	37.188	26,1%
65-74 anys	Homes	12.678	10,2%	11.874	10,4%	10.720	8,8%	11.310	9,2%
	Dones	19.719	13,2%	17.111	12,5%	14.278	10,0%	14.896	10,5%
75 anys o més	Homes	9.196	7,4%	10.082	8,9%	11.140	9,1%	10.877	8,8%
	Dones	19.425	13,0%	21.322	15,5%	22.178	15,6%	21.564	15,1%
Total	Homes	124.491	100%	113.844	100%	122.397	100%	122.965	100%
	Dones	149.791	100%	137.206	100%	142.483	100%	142.338	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		25,8%		28,1%		25,5%		25,8%
	Dones		41,7%		45,0%		39,6%		39,7%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		42,0%		45,9%		51,0%		49,0%
	Dones		49,6%		55,5%		60,8%		59,1%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	884	7,0%	1.215	9,8%	1.567	14,6%	1.685	14,9%
	Dones	4.891	24,8%	4.711	25,9%	3.758	26,3%	3.946	26,5%
75-84 anys	Homes	748	10,1%	1.005	13,2%	1.241	15,7%	1.188	15,7%
	Dones	4.431	30,5%	6.213	41,3%	5.255	38,9%	4.867	38,2%
85 anys o més	Homes	216	12,2%	503	21,6%	703	21,6%	694	20,9%
	Dones	1.113	22,8%	2.732	41,2%	3.806	44,0%	3.889	44,1%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		13,4%		7,4%		3,8%		3,2%
	Dones		23,0%		12,4%		5,6%		5,0%
Estudis primaris	Homes		22,5%		19,9%		11,1%		10,6%
	Dones		28,3%		26,0%		15,5%		15,0%
Estudis secundaris	Homes		15,6%		16,3%		17,3%		17,6%
	Dones		15,6%		16,8%		17,2%		17,3%
Batxillerat i FP II	Homes		26,7%		29,0%		29,9%		29,5%
	Dones		19,0%		22,6%		25,0%		24,6%
Universitaris	Homes		20,1%		27,0%		37,9%		39,1%
	Dones		13,6%		21,7%		36,8%		38,1%
No consta	Homes		1,7%		0,4%		0,0%		0,0%
	Dones		0,5%		0,5%		0,0%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		9.134	3,2%	18.953	7,6%	63.707	24,1%	64.717	24,4%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte II. Eixample

30

Districte II. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Eixample, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	1.365	1.448	1.320	1.315	1.285	1.227	1.296	1.217	1.292	1.245
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.145,6	1.203,9	1.081,9	1.094,4	1.052,6	991,9	1.057,6	993,0	1.053,0	1.017,2
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.323,7	1.390,6	1.260,1	1.264,0	1.209,6	1.144,8	1.193,4	1.087,7	1.140,0	1.092,1
Taxa APVP ³ estandarditzada	4.025,2	4.130,4	3.799,8	3.698,0	3.496,3	3.574,0	3.006,7	3.589,8	2.876,9	2.715,8
Esperança vida en néixer	78,4	78,2	79,0	79,2	79,4	79,9	79,8	80,4	80,6	81,2
Dones										
Defuncions	1.678	1.786	1.706	1.619	1.677	1.601	1.607	1.554	1.599	1540
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.173,1	1.244,3	1.182,1	1.138,4	1.166,5	1.103,9	1.117,2	1.087,2	1.119,3	1.080,8
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	739,4	771,4	723,8	676,9	693,3	661,5	647,3	620,1	630,6	597,4
Taxa APVP ³ estandarditzada	1.912,2	1.611,3	1.914,0	1.610,0	1.362,0	1.895,7	1.740,8	1.655,2	1.641,9	1.365,4
Esperança vida en néixer	84,8	84,8	85,2	85,8	85,9	85,8	85,9	86,5	86,3	86,9

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte II. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Eixample, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	3,9	13,7	12,7	3,5	13,8	3,5	6,3	10,7	17,0	11,3	10,6
Sobredosis	7,0	1,7	10,8	8,4	6,8	1,8	13,7	4,2	3,7	1,7	1,5
Accidents de trànsit	0,0	7,4	10,7	5,7	1,7	6,3	3,4	1,8	9,9	1,5	3,2
Sida	9,1	1,8	5,4	7,0	1,6	3,2	1,4	3,3	0,0	1,5	4,7
Malaltia isquèmica del cor	7,2	1,9	7,2	10,6	1,8	6,8	3,4	0,0	4,8	1,7	1,7
Cirrosis	0,0	1,9	0,0	5,2	1,7	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Totes les causes	81,0	83,0	87,6	75,4	51,7	59,2	68,5	40,5	67,9	55,0	42,4
Dones											
Càncer de mama	3,3	1,7	5,0	6,6	5,0	3,4	5,0	6,5	0,0	1,5	0,0
Suïcidi	8,4	1,7	4,0	3,2	3,3	0,0	3,7	3,4	3,2	3,3	5,8
Sida	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	0,0	0,0	1,6	4,9	0,0	0,0	0,0	1,5	1,6	1,7	0,0
Càncer de pulmó	5,0	3,4	1,7	5,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	1,7	1,5
Cirrosis	1,7	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	1,6	0,0
Totes les causes	55,5	26,7	30,0	36,5	30,6	16,5	34,8	33,6	33,6	28,0	12,3

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte II. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Eixample, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	167,9	158,8	174,2	164,0	145,8	119,1	172,8	156,6	140,6	123,8
Malaltia isquèmica del cor	147,6	118,8	108,1	77,3	91,4	136,6	97,5	88,4	90,2	86,0
Càncer de còlon	62,2	46,2	52,0	50,5	34,7	46,5	49,2	45,5	43,6	38,4
Cirrosi	49,2	41,9	21,6	33,5	34,5	37,7	46,4	44,1	10,4	21,9
Malaltia cerebrovascular	46,7	54,8	53,9	35,1	46,9	52,4	38,4	44,2	37,4	18,4
Totes les causes	1.184,9	1.171,8	1.078,4	1.096,6	1.010,5	1.059,9	1.101,0	949,6	822,7	860,8
Dones										
Càncer de mama	50,1	51,0	42,0	56,1	52,6	42,6	57,9	45,8	36,9	64,1
Càncer de pulmó	35,4	23,4	19,8	20,8	42,1	48,6	42,4	38,3	37,6	56,0
Càncer de còlon	27,2	26,5	29,4	25,2	30,6	25,4	27,9	16,5	29,6	30,5
Malaltia cerebrovascular	23,4	21,3	27,7	24,2	19,6	12,8	23,3	19,8	16,9	8,5
Malaltia isquèmica del cor	30,1	13,1	21,6	10,8	12,7	11,2	11,1	12,5	21,9	12,5
Totes les causes	474,7	443,4	429,1	395,1	440,2	432,9	416,7	442,3	392,0	409,5

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.**Districte II. Taula V.** Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Eixample, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	889,0	746,6	877,6	879,6	947,4	797,8	807,3	587,4	1.024,7	674,0
Bronquitis i MPOC	491,2	651,8	593,5	609,8	514,9	530,2	357,8	432,9	405,1	430,7
Malaltia cerebrovascular	620,8	759,9	682,6	594,7	525,2	444,5	633,2	501,2	473,1	641,2
Càncer de pulmó	436,3	380,5	392,5	471,6	515,8	377,6	409,4	505,6	473,6	422,5
Demència senil	320,5	395,1	333,5	372,7	391,5	347,3	373,3	300,8	347,1	446,3
Totes les causes	8.407,4	9.116,5	8.200,4	8.280,1	7.984,3	7.152,8	7.601,1	6.997,0	8.009,9	7.485,5
Dones										
Demència senil	345,1	345,6	438,6	415,1	428,5	284,5	374,0	359,8	413,3	360,7
Malaltia cerebrovascular	561,0	640,1	527,6	587,3	473,5	404,9	454,1	339,5	424,2	314,4
Malaltia d'Alzheimer	248,7	244,8	262,6	299,2	276,0	257,4	302,8	370,4	338,0	289,4
Malaltia isquèmica del cor	495,8	518,2	412,6	308,7	377,6	293,7	304,1	302,9	357,1	340,7
Insuficiència cardíaca	367,4	492,7	404,0	334,7	305,8	302,6	182,6	219,9	181,1	180,9
Totes les causes	54.20,8	5.866,9	5.406,9	5.091,6	5.173,5	4.784,7	4.699,8	4.365,7	4.662,9	4.346,7

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte III. Sants-Montjuïc

32

Districte III. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Sants-Montjuïc, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	13.883	16,3%	9.867	12,5%	10.979	12,6%	11.064	12,7%
	Dones	13.070	13,9%	9.383	10,7%	10.267	10,8%	10.376	10,9%
15-44 anys	Homes	38.428	45,0%	35.913	45,6%	39.518	45,2%	38.854	44,4%
	Dones	38.699	41,1%	36.160	41,1%	37.893	40,0%	37.257	39,4%
45-64 anys	Homes	21.217	24,9%	19.067	24,2%	22.467	25,7%	22.737	26,0%
	Dones	23.057	24,5%	20.831	23,7%	25.115	26,5%	25.336	26,7%
65-74 anys	Homes	7.540	8,8%	8.424	10,7%	7.320	8,4%	7.661	8,8%
	Dones	10.748	11,4%	11.200	12,7%	8.928	9,4%	9.340	9,9%
75 anys o més	Homes	4.257	5,0%	5.435	6,9%	7.203	8,2%	7.120	8,1%
	Dones	8.566	9,1%	10.468	11,9%	12.636	13,3%	12.456	13,1%
Total	Homes	85.325	100%	78.706	100%	87.487	100%	87.436	100%
	Dones	94.140	100%	88.042	100%	94.839	100%	94.765	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		19,8%		25,2%		23,4%		24,0%
	Dones		31,3%		38,0%		34,2%		34,8%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		36,1%		39,2%		49,6%		48,2%
	Dones		44,3%		48,3%		58,6%		57,1%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	530	7,0%	890	10,2%	973	13,3%	1.028	13,4%
	Dones	2.656	24,7%	2.837	24,5%	2.114	23,7%	2.173	23,3%
75-84 anys	Homes	380	10,5%	665	15,5%	870	15,8%	842	15,9%
	Dones	2.228	33,2%	3.391	43,3%	3.198	37,5%	3.039	37,2%
85 anys o més	Homes	86	13,4%	226	23,7%	418	24,4%	448	24,4%
	Dones	408	22,1%	1.152	41,6%	1.899	46,2%	1.968	45,9%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		24,4%		13,0%		6,6%		6,1%
	Dones		35,1%		19,9%		9,6%		9,0%
Estudis primaris	Homes		31,8%		31,0%		22,5%		21,7%
	Dones		32,3%		33,2%		23,9%		23,4%
Estudis secundaris	Homes		16,9%		20,8%		24,6%		25,2%
	Dones		14,2%		18,2%		21,6%		21,9%
Batxillerat i FP II	Homes		19,2%		23,5%		26,4%		26,3%
	Dones		12,2%		17,2%		21,9%		22,0%
Universitaris	Homes		7,1%		11,2%		19,9%		20,7%
	Dones		5,6%		11,0%		22,8%		23,7%
No consta	Homes		0,6%		0,5%		0,0%		0,0%
	Dones		0,6%		0,5%		0,1%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		3.738	2,1%	11.424	6,8%	46.115	25,3%	45.978	25,2%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte III. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Sants-Montjuïc, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	851	872	863	861	764	791	786	805	875	808
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.008,1	1.023,6	995,8	1.008,7	876,0	895,3	895,5	911,0	990,1	923,6
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.417,1	1.430,0	1.391,0	1.371,5	1.184,0	1.208,2	1.177,2	1.185,5	1.256,1	1.122,9
Taxa APVP ³ estandarditzada	4.224,6	4.650,1	4.488,4	4.448,6	4.425,1	4.382,0	3.739,4	3.305,0	3.903,7	3.677,1
Esperança vida en néixer	77,5	77,6	78,0	77,5	78,9	79,0	79,7	79,8	79,2	80,21
Dones										
Defuncions	843	895	807	888	859	866	804	876	865	832
Taxa bruta x 100.000 hab.	909,5	961,0	857,7	953,4	911,9	908,0	841,2	919,9	908,4	877,3
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	764,5	801,9	709,8	760,0	738,8	720,4	660,2	691,3	682,8	636,0
Taxa APVP ³ estandarditzada	1.883,0	2.588,9	2.100,0	2.028,6	2.256,7	1.897,8	1.730,0	1.818,4	2.204,3	1.407,4
Esperança vida en néixer	84,5	83,7	85,2	84,9	84,8	84,9	85,9	85,4	85,1	86,28

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte III. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Sants-Montjuïc, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	7,7	7,7	7,1	9,9	2,4	14,6	7,6	7,8	7,5	4,4	12,7
Sobredosis	10,2	7,8	4,6	6,8	9,0	4,3	6,1	15,9	6,4	8,6	9,6
Accidents de trànsit	20,3	2,3	11,0	5,2	6,6	2,4	5,4	0,0	0,0	0,0	5,2
Sida	12,5	5,0	2,4	4,4	7,4	11,7	2,3	2,1	2,3	4,6	0,0
Malaltia isquèmica del cor	5,2	0,0	0,0	4,6	2,4	0,0	11,3	2,1	0,0	0,0	5,2
Cirrosis	7,8	0,0	4,9	2,4	2,4	9,5	2,3	0,0	0,0	0,0	4,5
Totes les causes	124,3	53,2	85,7	80,4	83,4	91,3	81,9	69,7	43,6	58,3	46,5
Dones											
Càncer de mama	2,4	4,9	2,4	4,8	2,4	7,2	4,7	2,4	2,4	7,2	4,8
Suïcidi	5,0	2,5	5,7	0,0	2,3	2,4	4,8	0,0	4,7	3,5	0,0
Sida	2,4	0,0	2,4	0,0	7,1	2,4	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	0,0	0,0	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Càncer de pulmó	2,4	2,5	4,7	7,2	7,4	0,0	2,2	0,0	0,0	2,4	2,2
Cirrosis	2,5	0,0	7,2	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Totes les causes	42,7	37,8	62,5	50,7	51,2	44,2	32,5	24,0	35,3	42,5	13,8

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte III. Sants-Montjuïc

34

Districte III. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Sants-Montjuïc, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	209,9	208,6	192,9	144,8	155,9	171,8	171,8	154,7	185,4	153,0
Malaltia isquèmica del cor	116,5	132,0	123,3	96,7	94,4	102,8	109,9	92,4	90,7	92,0
Càncer de còlon	58,1	42,2	33,5	76,4	62,5	55,7	28,9	34,6	53,9	17,3
Cirrosi	62,7	38,1	32,2	31,9	36,8	26,7	26,4	21,4	37,1	35,0
Malaltia cerebrovascular	66,5	52,0	69,0	72,9	69,5	52,0	44,4	32,2	36,4	26,0
Totes les causes	1.270,8	1.229,5	1.184,5	1.131,1	1.072,6	1.073,4	978,4	1.053,9	1.104,1	948,3
Dones										
Càncer de mama	42,6	34,1	45,2	52,9	45,4	43,6	26,3	48,3	35,3	60,1
Càncer de pulmó	12,3	31,3	26,7	26,7	37,4	33,6	43,9	62,9	35,6	26,3
Càncer de còlon	32,2	25,6	47,8	15,0	22,2	13,0	16,7	9,4	30,3	18,2
Malaltia cerebrovascular	18,4	30,3	32,1	19,0	26,3	44,2	24,5	6,9	40,8	14,2
Malaltia isquèmica del cor	29,3	40,3	18,2	27,1	36,0	24,0	19,8	20,4	16,0	34,4
Totes les causes	454,4	524,0	458,6	447,7	562,9	468,4	481,0	470,2	480,1	444,0

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte III. Taula V. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Sants-Montjuïc, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	1.085,2	990,3	662,9	1.093,2	787,0	632,3	624,3	823,7	913,9	854,0
Bronquitis i MPOC	588,8	836,6	719,7	343,9	347,7	680,2	424,1	631,6	488,4	452,2
Malaltia cerebrovascular	961,5	896,2	627,3	863,1	589,4	672,9	539,9	539,4	521,5	439,4
Càncer de pulmó	386,2	356,0	705,1	554,4	545,4	495,8	461,7	419,1	460,0	684,1
Demència senil	358,9	386,9	495,8	292,5	283,0	287,0	271,9	398,6	341,5	281,6
Totes les causes	9.115,3	9.298,9	9.109,4	9.013,4	7.382,5	7.680,5	7.777,0	7.675,9	8.149,2	7.446,7
Dones										
Demència senil	374,3	378,6	281,1	337,4	211,2	384,0	300,7	463,0	500,5	383,5
Malaltia cerebrovascular	615,1	430,7	494,6	568,0	591,5	431,0	318,8	357,5	412,8	391,6
Malaltia d'Alzheimer	267,2	315,4	264,4	283,2	183,7	291,8	278,7	334,7	418,2	356,1
Malaltia isquèmica del cor	454,8	446,4	389,7	385,1	458,6	396,2	237,1	317,2	348,3	308,4
Insuficiència cardíaca	414,0	399,1	290,7	401,1	295,7	229,4	241,5	231,0	275,9	121,7
Totes les causes	5.686,4	5.728,5	5.105,6	5.668,0	5.063,7	5.218,3	4.656,7	4.945,2	4.768,9	4.568,2

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte IV. Les Corts

Districte IV. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Les Corts, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	7.571	17,6%	5.015	13,3%	5.067	13,3%	5.085	13,4%
	Dones	7.239	15,5%	4.663	10,9%	4.762	11,0%	4.835	11,1%
15-44 anys	Homes	20.191	46,9%	16.007	42,3%	14.972	39,3%	14.792	38,9%
	Dones	21.253	45,5%	16.829	39,2%	15.174	34,9%	15.037	34,6%
45-64 anys	Homes	10.648	24,7%	10.390	27,5%	9.816	25,8%	9.731	25,6%
	Dones	11.375	24,3%	12.231	28,5%	12.142	27,9%	11.997	27,5%
65-74 anys	Homes	2.953	6,9%	3.839	10,1%	4.377	11,5%	4.578	12,0%
	Dones	3.904	8,4%	4.652	10,8%	5.343	12,3%	5.683	13,0%
75 anys o més	Homes	1.660	3,9%	2.578	6,8%	3.888	10,2%	3.860	10,1%
	Dones	2.956	6,3%	4.526	10,5%	6.032	13,9%	6.006	13,8%
Total	Homes	43.023	100%	37.829	100%	38.120	100%	38.046	100%
	Dones	46.727	100%	42.901	100%	43.453	100%	43.558	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		15,0%		24,3%		33,3%		34,4%
	Dones		21,0%		31,6%		41,6%		43,2%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		35,9%		40,3%		47,0%		45,7%
	Dones		43,1%		49,3%		53,0%		51,4%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	137	4,6%	329	8,6%	481	11,0%	501	10,9%
	Dones	812	20,8%	1.053	22,3%	1.173	22,0%	1.225	21,6%
75-84 anys	Homes	114	8,1%	209	10,9%	369	12,9%	368	13,2%
	Dones	560	24,6%	1.171	37,4%	1.413	36,0%	1.381	36,1%
85 anys o més	Homes	31	12,3%	89	17,8%	198	19,4%	215	20,2%
	Dones	99	14,7%	378	32,1%	874	41,4%	927	42,5%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		11,5%		7,2%		4,0%		3,5%
	Dones		19,0%		11,1%		5,7%		5,1%
Estudis primaris	Homes		21,6%		19,0%		9,7%		9,3%
	Dones		26,0%		23,9%		14,2%		13,7%
Estudis secundaris	Homes		14,7%		13,7%		15,6%		15,9%
	Dones		16,9%		16,3%		16,9%		17,2%
Batxillerat i FP II	Homes		27,3%		28,6%		30,4%		29,8%
	Dones		21,9%		24,8%		27,1%		26,7%
Universitaris	Homes		24,3%		31,0%		40,3%		41,5%
	Dones		15,6%		23,4%		36,1%		37,3%
No consta	Homes		0,6%		0,5%		0,0%		0,0%
	Dones		0,6%		0,5%		0,1%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		3.598	4,0%	5.080	6,2%	13.091	16,1%	12.963	15,9%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'Índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'Índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte IV. Les Corts

36

Districte IV. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Les Corts, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	320	365	396	355	385	323	383	347	355	344
Taxa bruta x 100.000 hab.	821,9	941,0	1.021,2	933,0	999,7	823,1	1.006,9	897,1	923,0	902,4
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.117,6	1.210,9	1.242,0	1.133,1	1.190,6	953,6	1.094,4	962,1	945,6	900,4
Taxa APVP ³ estandarditzada	3.458,1	3.395,5	4.130,6	3.311,7	3.593,6	2.762,2	3.173,0	1.780,4	2.887,9	2.309,9
Esperança vida en néixer	80,5	79,8	79,2	80,8	79,9	82,2	81,0	83,1	81,9	83,2
Dones										
Defuncions	322	385	361	358	406	338	387	353	381	346
Taxa bruta x 100.000 hab.	728,5	873,1	819,6	823,0	924,6	765,9	886,1	805,8	870,7	796,3
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	647,5	730,1	651,4	636,8	703,3	570,5	609,2	550,3	577,8	507,2
Taxa APVP ³ estandarditzada	1.812,8	1.625,5	1.268,9	1.886,8	1.776,9	1.954,3	1.602,2	1.380,2	1.768,8	877,3
Esperança vida en néixer	86,6	85,2	86,4	86,4	85,6	87,2	86,5	87,7	87,1	88,9

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte IV. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Les Corts, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	0,0	6,7	18,1	5,7	0,0	12,8	0,0	12,8	0,0	12,3	6,7
Sobredosis	11,8	0,0	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	18,9	0,0	5,9	0,0
Accidents de trànsit	33,2	7,0	19,3	11,5	6,7	12,4	12,6	6,4	0,0	0,0	0,0
Sida	7,0	12,9	0,0	0,0	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malaltia isquèmica del cor	6,4	13,6	0,0	6,8	13,6	6,5	6,4	0,0	0,0	6,0	6,4
Cirrosis	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,5	0,0	0,0
Totes les causes	110,5	111,6	89,4	94,7	59,8	76,5	37,3	83,8	23,9	49,6	37,7
Dones											
Càncer de mama	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	5,9	6,3	12,4	0,0	0,0
Suïcidi	0,0	5,4	0,0	0,0	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	6,9	0,0
Sida	5,4	0,0	11,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	5,9	0,0	0,0	7,5	6,0	0,0
Càncer de pulmó	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	5,8	0,0	6,3	0,0	0,0	5,9
Cirrosis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totes les causes	38,6	51,3	41,4	11,7	48,2	35,6	47,4	31,2	26,1	25,6	5,9

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte IV. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Les Corts, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	108,7	128,6	176,4	131,7	156,6	156,2	153,0	127,6	145,0	100,2
Malaltia isquèmica del cor	97,1	107,5	71,0	98,4	68,4	106,5	97,7	71,5	68,3	55,1
Càncer de còlon	8,1	82,1	61,5	29,3	23,9	34,7	36,4	62,8	6,7	51,7
Cirrosi	8,6	44,8	27,0	26,7	15,8	39,2	34,9	37,7	20,8	28,0
Malaltia cerebrovascular	17,2	17,4	54,3	14,7	47,8	15,7	28,7	12,7	48,2	14,5
Totes les causes	748,5	907,1	1.105,3	802,5	821,4	857,3	842,7	716,4	720,0	636,1
Dones										
Càncer de mama	50,0	30,9	60,7	62,4	46,9	23,4	44,7	53,7	45,4	23,4
Càncer de pulmó	42,4	22,9	47,2	28,2	32,9	42,0	36,5	30,4	18,3	32,8
Càncer de còlon	17,9	25,2	18,8	41,5	28,0	10,8	5,2	19,1	29,8	37,9
Malaltia cerebrovascular	13,2	25,1	7,4	19,3	33,6	14,6	21,2	14,9	28,9	10,7
Malaltia isquèmica del cor	20,4	23,5	24,0	18,3	11,5	5,1	13,4	10,5	0,0	14,7
Totes les causes	433,7	424,5	395,1	366,5	450,0	340,7	362,2	380,0	399,4	326,8

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte IV. Taula V. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Les Corts, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	886,5	1.000,5	897,2	851,6	1.011,7	565,0	625,1	675,3	699,0	441,2
Bronquitis i MPOC	441,1	625,0	360,7	394,3	725,0	432,5	496,3	325,4	329,4	254,1
Malaltia cerebrovascular	447,2	371,4	548,2	619,4	490,3	341,0	486,0	423,9	391,5	350,7
Càncer de pulmó	466,1	507,1	400,1	631,7	444,0	401,7	492,0	252,0	313,8	325,6
Demència senil	282,2	351,4	480,3	332,2	234,8	321,6	391,1	353,0	290,3	372,7
Totes les causes	7.809,1	8.276,4	7.876,8	8.010,3	8.411,4	6.163,0	7.410,3	6.807,3	6.475,2	6.430,9
Dones										
Demència senil	325,8	239,3	333,9	367,2	300,1	387,0	419,9	202,1	286,9	224,7
Malaltia cerebrovascular	490,0	595,2	555,5	549,6	423,0	328,9	336,0	379,7	341,8	350,6
Malaltia d'Alzheimer	355,1	140,8	296,0	264,2	329,8	265,0	198,6	273,1	505,8	325,4
Malaltia isquèmica del cor	309,6	448,7	326,6	328,6	323,7	176,0	426,9	217,3	251,7	275,3
Insuficiència cardíaca	251,7	452,9	346,5	318,7	251,9	110,6	243,9	284,8	162,3	176,7
Totes les causes	4.610,5	5.468,2	4.924,7	4.728,4	5.142,4	4.149,5	4.521,8	3.922,2	4.127,4	3.798,8

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte V. Sarrià-Sant Gervasi

38

Districte V. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Sarrià-Sant Gervasi, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	10.335	15,1%	9.522	15,8%	11.787	17,7%	11.856	17,6%
	Dones	10.092	12,6%	9.405	13,0%	11.297	14,3%	11.371	14,3%
15-44 anys	Homes	32.183	47,1%	25.586	42,4%	25.773	38,6%	25.860	38,5%
	Dones	33.804	42,3%	27.367	37,8%	28.360	35,8%	28.314	35,6%
45-64 anys	Homes	16.272	23,8%	14.380	23,8%	17.098	25,6%	17.276	25,7%
	Dones	19.906	24,9%	17.953	24,8%	20.386	25,7%	20.483	25,8%
65-74 anys	Homes	5.806	8,5%	6.061	10,0%	6.051	9,1%	6.258	9,3%
	Dones	8.344	10,4%	8.169	11,3%	8.042	10,2%	8.428	10,6%
75 anys o més	Homes	3.755	5,5%	4.784	7,9%	6.065	9,1%	5.974	8,9%
	Dones	7.740	9,7%	9.557	13,2%	11.117	14,0%	10.935	13,7%
Total	Homes	68.351	100%	60.333	100%	66.774	100%	67.224	100%
	Dones	79.886	100%	72.451	100%	79.202	100%	79.531	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		19,7%		27,1%		28,3%		28,4%
	Dones		29,9%		39,1%		39,3%		39,7%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		39,3%		44,2%		50,1%		48,8%
	Dones		48,1%		53,9%		58,0%		56,5%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	309	5,3%	484	7,9%	769	12,7%	816	13,0%
	Dones	1.170	14,0%	1.913	22,8%	1.960	24,4%	2.054	24,4%
75-84 anys	Homes	260	8,5%	395	11,2%	528	12,2%	496	11,9%
	Dones	1.546	27,4%	2.379	36,7%	2.342	34,6%	2.229	34,4%
85 anys o més	Homes	90	12,6%	192	19,3%	326	18,6%	350	19,5%
	Dones	401	19,1%	1.098	38,8%	1.779	40,9%	1.826	41,0%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		6,6%		4,8%		3,2%		2,6%
	Dones		13,0%		7,6%		3,8%		3,2%
Estudis primaris	Homes		15,4%		11,9%		4,9%		4,6%
	Dones		21,1%		17,3%		8,7%		8,1%
Estudis secundaris	Homes		11,6%		10,3%		11,3%		11,7%
	Dones		15,6%		14,1%		13,4%		13,7%
Batxillerat i FP II	Homes		31,7%		28,9%		29,1%		28,7%
	Dones		29,0%		29,0%		29,7%		29,2%
Universitaris	Homes		34,1%		43,7%		51,6%		52,4%
	Dones		20,6%		31,4%		44,5%		45,8%
No consta	Homes		0,6%		0,4%		0,0%		0,0%
	Dones		0,7%		0,6%		0,1%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		7.980	5,3%	9.381	7,0%	23.043	15,8%	23.280	15,9%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'Índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'Índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte V. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Sarrià-Sant Gervasi, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	571	681	543	595	600	613	606	599	630	561
Taxa bruta x 100.000 hab.	897,7	1.062,0	844,6	927,9	922,3	927,5	923,2	902,1	948,6	840,1
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.114,5	1.329,8	1.027,1	1.096,1	1.067,1	1.074,3	1.039,4	1.011,9	1.032,0	902,2
Taxa APVP ³ estandarditzada	3.442,4	3.719,6	3.156,2	2.878,5	3.240,1	2.939,8	3.381,3	2.557	2.376,7	2.285,1
Esperança vida en néixer	80,2	78,7	81,2	81,0	80,5	81,3	81,1	81,8	81,7	83,1
Dones										
Defuncions	709	809	788	764	766	732	739	768	835	760
Taxa bruta x 100.000 hab.	930,5	1.051,7	1.018,5	994,1	988,1	932,6	941,8	976,7	1.057,7	959,6
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	662,7	734,8	701,6	670,1	645,0	610,1	597,0	587,5	630,5	580,8
Taxa APVP ³ estandarditzada	1.421,8	1.827,8	1.216,2	2.038,7	1.859,7	1.848,8	1.689,4	1.566,3	2.356,4	1.271,5
Esperança vida en néixer	86,4	85,2	85,7	85,8	86,2	86,3	86,8	86,8	85,6	86,8

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte V. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Sarrià-Sant Gervasi, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	10,7	7,2	0,0	15,4	10,7	7,0	10,2	6,7	0,0	11,6	14,8
Sobredosis	7,2	3,6	4,3	6,9	0,0	0,0	7,8	3,4	3,8	0,0	3,3
Accidents de trànsit	22,5	10,7	3,6	7,8	12,7	4,1	14,2	0,0	3,8	0,0	0,0
Sida	3,7	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	6,7	3,4	4,6	0,0	0,0
Malaltia isquèmica del cor	0,0	3,7	3,6	3,4	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cirrosis	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0
Totes les causes	92,0	57,6	48,5	59,6	62,5	50,0	62,8	50,9	35,3	27,1	53,9
Dones											
Càncer de mama	6,3	3,1	9,1	3,2	3,4	6,1	7,1	5,8	0,0	3,1	0,0
Suïcidi	6,3	0,0	3,3	6,9	13,4	0,0	9,7	0,0	2,9	7,3	2,9
Sida	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	6,3	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0
Càncer de pulmó	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cirrosis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totes les causes	38,4	25,9	42,8	22,6	51,9	43,1	39,9	30,9	20,6	47,9	17,5

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte V. Sarrià-Sant Gervasi

40

Districte V. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Sarrià-Sant Gervasi, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	129,8	190,0	92,8	126,8	141,4	98,1	182,9	144,8	90,9	127,2
Malaltia isquèmica del cor	102,0	109,8	131,1	52,6	103,8	71,7	121,1	52,0	105,1	95,0
Càncer de còlon	39,0	44,9	75,9	41,1	34,4	44,5	33,0	36,2	25,7	14,3
Cirrosi	56,0	22,0	16,7	10,7	12,8	31,9	21,5	11,4	36,3	18,4
Malaltia cerebrovascular	50,5	46,1	31,9	11,4	10,0	20,3	54,1	28,8	32,4	39,5
Totes les causes	895,9	1.170,7	918,1	898,8	799,0	730,3	952,8	837,7	813,1	673,1
Dones										
Càncer de mama	41,8	65,9	38,7	35,4	37,7	36,8	43,5	41,1	44,1	51,7
Càncer de pulmó	19,0	51,7	19,2	59,0	35,6	32,1	47,2	31,4	58,4	50,8
Càncer de còlon	8,3	27,3	28,1	30,6	22,2	3,2	6,4	42,1	26,6	29,4
Malaltia cerebrovascular	15,2	31,5	23,9	6,8	12,9	20,6	17,5	15,0	37,2	26,6
Malaltia isquèmica del cor	11,7	12,4	28,3	14,7	16,5	26,1	8,6	16,4	3,8	13,4
Totes les causes	407,2	484,9	431,7	408,1	373,8	425,7	384,7	389,3	394,7	425,6

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte V. Taula V. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Sarrià-Sant Gervasi, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	729,5	901,5	591,2	646,3	829,7	951,7	634,6	838,5	675,4	616,5
Bronquitis i MPOC	475,1	646,4	513,3	325,3	367,7	518,0	268,6	317,1	362,7	291,7
Malaltia cerebrovascular	899,9	609,3	598,1	415,7	560,4	571,2	459,5	350,4	521,1	433,2
Càncer de pulmó	467,8	387,4	344,9	410,9	296,6	457,1	420,8	491,2	393,0	393,4
Demència senil	338,3	293,0	314,1	176,4	359,5	341,2	289,4	268,3	252,9	384,3
Totes les causes	7.483,7	8.665,0	6.554,8	7.313,0	7.358,0	7.680,9	6.609,7	6.793,9	7.087,6	6.225,3
Dones										
Demència senil	373,8	490,4	291,3	354,3	289,2	357,2	317,3	393,0	436,2	447,7
Malaltia cerebrovascular	662,3	484,8	571,5	599,6	484,2	467,1	359,5	376,5	372,0	257,8
Malaltia d'Alzheimer	204,4	350,8	281,6	264,7	351,5	295,1	320,8	394,9	322,9	309,8
Malaltia isquèmica del cor	414,3	375,6	315,6	283,7	334,7	379,2	280,5	224,7	362,3	231,4
Insuficiència cardíaca	333,8	365,2	368,3	422,0	321,7	187,4	256,1	304,2	198,9	169,3
Totes les causes	4.958,9	5.321,2	5.232,9	4.911,9	4.821,5	4.270,2	4.359,9	4.271,1	4.559,0	4.057,8

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte VI. Gràcia

Districte VI. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Gràcia, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	8.794	14,9%	6.174	11,9%	7.343	13,2%	7.391	13,4%
	Dones	8.316	11,9%	5.971	9,5%	6.859	10,5%	6.900	10,5%
15-44 anys	Homes	26.498	45,0%	23.403	45,1%	24.657	44,4%	24.296	43,9%
	Dones	27.509	39,4%	24.226	38,7%	26.003	39,7%	25.925	39,6%
45-64 anys	Homes	14.201	24,1%	12.680	24,5%	13.746	24,8%	13.715	24,8%
	Dones	17.017	24,4%	15.608	25,0%	16.461	25,1%	16.416	25,0%
65-74 anys	Homes	5.495	9,3%	5.306	10,2%	4.956	8,9%	5.176	9,4%
	Dones	8.692	12,5%	7.661	12,2%	6.594	10,1%	6.900	10,5%
75 anys o més	Homes	3.875	6,6%	4.295	8,3%	4.806	8,7%	4.685	8,5%
	Dones	8.211	11,8%	9.074	14,5%	9.605	14,7%	9.439	14,4%
Total	Homes	58.863	100%	51.858	100%	55.508	100%	55.263	100%
	Dones	69.745	100%	62.540	100%	65.522	100%	65.580	100%
Índex de dependència senil¹	Homes		23,0%		26,6%		25,4%		25,9%
	Dones		38,0%		42,0%		38,1%		38,6%
Índex de sobreenvelliment²	Homes		41,4%		44,7%		49,2%		47,5%
	Dones		48,6%		54,2%		59,3%		57,8%
Gent gran que viu sola³ 65-74 anys	Homes	371	6,8%	537	9,7%	710	14,3%	722	13,9%
	Dones	2.188	25,2%	2.162	26,5%	1.793	27,2%	1.847	26,8%
75-84 anys	Homes	301	9,4%	452	13,7%	502	14,5%	492	14,9%
	Dones	2.011	32,2%	2.656	40,8%	2.363	39,6%	2.252	39,3%
85 anys o més	Homes	96	14,1%	234	22,3%	324	24,1%	323	23,5%
	Dones	452	23,1%	1.082	39,2%	1.615	44,4%	1.644	44,4%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		16,8%		8,4%		4,3%		3,7%
	Dones		26,5%		13,4%		6,0%		5,4%
Estudis primaris	Homes		24,1%		22,5%		11,4%		10,9%
	Dones		27,3%		27,2%		14,9%		14,4%
Estudis secundaris	Homes		17,1%		17,4%		18,1%		18,2%
	Dones		15,8%		16,7%		16,9%		17,0%
Batxillerat i FP II	Homes		24,9%		28,4%		29,9%		29,5%
	Dones		17,5%		21,6%		23,9%		23,6%
Universitaris	Homes		16,5%		22,9%		36,3%		37,7%
	Dones		12,3%		20,7%		38,3%		39,6%
No consta	Homes		0,6%		0,4%		0,0%		0,0%
	Dones		0,6%		0,4%		0,0%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		3.751	2,9%	7.346	6,4%	23.969	19,8%	24.135	20,0%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte VI. Gràcia

42

Districte VI. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Gràcia, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	573	620	616	589	554	588	541	543	550	537
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.052	1.131,4	1.112,2	1.075,4	991,4	1.031,5	968,9	968,4	984,3	967,4
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.288,8	1.383,3	1.358,0	1.278,2	1.192,6	1.240,5	1.138,1	1.143,8	1.139,4	1.097,1
Taxa APVP ³ estandarditzada	3.625,8	4.580,7	4.609,6	4.668,6	3.630,3	3.908,5	3.039,1	3.190,6	3.182,8	3.128,9
Esperança vida en néixer	78,8	77,6	77,7	78,0	79,8	79,3	79,6	80,2	80,2	80,5
Dones										
Defuncions	672	737	650	748	708	695	686	638	706	686
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.028,1	1.124,2	984,5	1.146,2	1.071,1	1.039,2	1.039,1	972,8	1.075,5	1.047,0
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	702,4	773,8	664,0	758,3	690,5	669,8	670,8	598,8	660,6	636,2
Taxa APVP ³ estandarditzada	1.443,1	2.226,9	1.643,2	2.023,7	1.957,9	2.020,0	1.855,3	1.539,8	1.990,4	1.424,2
Esperança vida en néixer	85,7	84,2	85,9	84,7	85,0	85,7	85,5	87,1	85,6	86,2

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte VI. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Gràcia, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	11,0	11,3	11,5	3,9	14,0	3,9	7,0	0,0	3,0	0,0	3,2
Sobredosis	7,5	8,0	19,1	7,4	3,7	0,0	3,8	7,0	7,6	0,0	3,2
Accidents de trànsit	13,3	0,0	17,4	5,3	3,9	0,0	0,0	3,2	4,2	5,3	3,2
Sida	7,9	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	3,1	0,0
Malaltia isquèmica del cor	3,9	4,2	9,0	0,0	4,0	0,0	3,8	3,9	0,0	0,0	0,0
Cirrosis	4,3	8,4	3,8	3,9	0,0	0,0	11,3	7,7	0,0	0,0	0,0
Totes les causes	87,8	59,5	104,4	64,6	64,8	56,6	60,2	29,5	64,1	39,1	38,6
Dones											
Càncer de mama	3,8	7,4	7,4	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	3,6	3,6	3,0
Suïcidi	0,0	0,0	0,0	3,6	3,5	2,9	3,3	3,2	7,4	3,1	0,0
Sida	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Càncer de pulmó	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cirrosis	3,5	0,0	0,0	3,6	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totes les causes	36,7	20,9	52,1	32,9	35,1	29,4	40,3	14,2	24,4	32,6	16,2

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte VI. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Gràcia, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	227,2	226,5	215,1	141,5	142,3	120,1	130,7	133,2	122,8	197,1
Malaltia isquèmica del cor	109,2	124,6	128,7	113,0	109,6	93,3	82,2	130,9	170,9	59,6
Càncer de còlon	89,2	33,7	71,3	57,3	49,2	42,8	22,1	43,2	22,5	72,7
Cirrosi	50,7	56,6	48,0	51,6	38,8	25,0	40,6	35,0	21,3	25,1
Malaltia cerebrovascular	17,6	54,0	79,5	32,1	25,5	32,6	34,4	33,9	45,8	41,6
Totes les causes	1.192,2	1.310,4	1.292,1	1.148,8	1.018,9	939,0	968,5	923,1	917,9	986,4
Dones										
Càncer de mama	62,4	67,9	34,2	66,6	39,7	36,7	18,8	33,8	30,0	41,7
Càncer de pulmó	25,8	36,1	43,6	35,7	33,0	45,2	62,8	32,2	33,1	38,1
Càncer de còlon	13,2	18,6	17,5	34,5	28,0	18,7	31,9	24,6	32,9	9,3
Malaltia cerebrovascular	25,2	16,5	8,3	12,8	19,0	13,7	4,9	21,7	13,9	9,0
Malaltia isquèmica del cor	17,3	32,1	26,8	23,2	9,2	4,1	26,6	17,9	28,3	15,1
Totes les causes	425,6	448,5	450,0	564,6	446,2	408,3	498,1	371,8	466,6	428,1

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte VI. Taula V. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Gràcia, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	932,4	822,4	887,2	693,4	724,0	802,6	667,9	737,2	700,1	719,2
Bronquitis i MPOC	424,7	434,4	614,9	585,0	470,2	410,4	487,6	507,2	560,2	442,5
Malaltia cerebrovascular	707,4	709,7	741,3	635,5	531,5	690,9	564,0	613,4	639,4	262,7
Càncer de pulmó	409,2	374,2	507,9	524,7	583,2	555,0	579,0	375,9	582,6	256,9
Demència senil	304,0	432,7	374,5	330,8	237,1	359,0	182,0	441,7	377,4	406,7
Totes les causes	8.122,7	8.444,1	8.422,2	8.086,3	7.857,6	8.550,9	7.490,6	7.649,2	7.710,9	7.077,8
Dones										
Demència senil	384,7	308,2	354,1	342,3	343,9	437,5	369,2	410,2	381,9	438,5
Malaltia cerebrovascular	533,4	612,1	425,8	455,6	565,9	414,1	439,3	351,4	314,1	454,3
Malaltia d'Alzheimer	221,1	339,5	194,7	382,9	288,9	287,9	301,4	332,6	307,9	430,1
Malaltia isquèmica del cor	419,8	434,0	313,3	296,9	379,8	342,7	336,2	315,6	362,5	417,4
Insuficiència cardíaca	643,2	500,7	411,3	403,9	444,6	279,9	290,9	236,7	271,9	189,1
Totes les causes	5.289,4	5.734,5	4.755,4	5.298,4	5.000,0	4.950,5	4.705,3	4.463,2	4.666,3	4.615,0

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte VII. Horta-Guinardó

Districte VII. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Horta-Guinardó, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	14.103	15,9%	9.534	12,1%	10.559	13,4%	10.612	13,5%
	Dones	13.306	13,9%	8.999	10,3%	10.095	11,4%	10.073	11,4%
15-44 anys	Homes	40.951	46,2%	35.927	45,4%	32.283	40,9%	31.532	40,0%
	Dones	41.316	43,1%	35.220	40,2%	32.006	36,0%	31.415	35,5%
45-64 anys	Homes	23.175	26,2%	19.510	24,7%	20.185	25,6%	20.413	26,0%
	Dones	25.201	26,3%	22.624	25,8%	23.007	25,9%	23.078	26,0%
65-74 anys	Homes	6.853	7,7%	8.871	11,2%	8.047	10,2%	8.171	10,4%
	Dones	9.232	9,6%	11.118	12,7%	10.160	11,4%	10.472	11,8%
75 anys o més	Homes	3.528	4,0%	5.228	6,6%	7.933	10,0%	7.909	10,1%
	Dones	6.892	7,2%	9.716	11,1%	13.654	15,4%	13.557	15,3%
Total	Homes	88.610	100%	79.070	100%	79.007	100%	78.637	100%
	Dones	95.947	100%	87.677	100%	88.922	100%	88.595	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		16,2%		25,4%		30,5%		31,0%
	Dones		24,2%		36,0%		43,3%		44,1%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		33,9%		37,1%		49,6%		49,2%
	Dones		42,7%		46,6%		57,3%		56,4%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	359	5,2%	653	7,4%	835	10,4%	874	10,7%
	Dones	1.977	21,4%	2.576	23,2%	2.264	22,3%	2.364	22,6%
75-84 anys	Homes	230	7,9%	466	11,7%	799	13,1%	772	13,0%
	Dones	1.271	24,5%	2.645	38,4%	3.375	36,7%	3.327	37,1%
85 anys o més	Homes	60	9,7%	159	17,0%	378	20,7%	422	21,3%
	Dones	231	13,6%	771	30,7%	1.812	40,6%	1.856	40,5%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		23,7%		14,3%		8,2%		7,6%
	Dones		32,1%		20,6%		11,7%		10,8%
Estudis primaris	Homes		31,6%		29,3%		18,3%		17,8%
	Dones		32,2%		30,7%		20,9%		20,4%
Estudis secundaris	Homes		17,1%		20,6%		26,3%		26,8%
	Dones		15,2%		18,3%		22,6%		23,0%
Batxillerat i FP II	Homes		18,9%		23,3%		28,1%		28,0%
	Dones		13,1%		17,8%		23,2%		23,3%
Universitaris	Homes		8,1%		12,1%		19,1%		19,8%
	Dones		7,0%		12,2%		21,6%		22,5%
No consta	Homes		0,6%		0,4%		0,0%		0,0%
	Dones		0,4%		0,4%		0,1%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		3.756	2,0%	7.548	4,5%	28.811	17,2%	28.416	17,0%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte VII. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Horta-Guinardó, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	811	882	787	856	787	826	834	800	813	822
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.012,5	1.101,1	983,8	1.081,7	981,3	1.015,2	1.043,5	997,8	1.025,1	1.040,4
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.358,4	1.472,0	1.250,9	1.358,9	1.199,9	1.247,1	1.205,1	1.117,0	1.118,1	1.105,9
Taxa APVP ³ estandarditzada	5.286	5.026,2	4.245,1	4.175,5	3.490,1	3.616,3	4.842,1	4.002,4	3.591,0	3.211,6
Esperança vida en néixer	77,3	77,4	78,8	78,7	79,5	79,5	78,6	79,8	80,5	80,6
Dones										
Defuncions	792	858	787	832	815	954	831	886	945	890
Taxa bruta x 100.000 hab.	884,2	958,9	879,7	937,8	909,4	1.057,8	924,9	987,0	1.060,1	1.000,9
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	744,5	777,8	682,3	714,6	687,5	755,9	641,4	654,8	677,9	622,1
Taxa APVP ³ estandarditzada	1.837,7	2.246,9	1.847,8	1.946,9	2.403,7	2.042,8	1.655,3	1.775,0	1.681,6	2.282,6
Esperança vida en néixer	84,5	84,1	85,7	85,2	85,1	84,9	86,1	86,1	85,8	86,1

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte VII. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Horta-Guinardó, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	5,1	14,6	10,9	5,4	2,4	0,0	5,5	7,6	12,7	8,8	4,9
Sobredosis	16,0	10,6	18,0	13,2	16,7	4,9	7,6	8,5	5,0	13,0	0,0
Accidents de trànsit	11,3	14,0	17,0	0,0	11,5	2,6	2,3	12,4	10,1	13,5	5,4
Sida	8,3	5,2	8,1	8,1	8,0	2,4	2,3	15,3	2,5	0,0	2,5
Malaltia isquèmica del cor	2,9	5,5	5,5	5,1	2,7	0,0	5,1	2,6	2,5	7,4	0,0
Cirrosis	5,6	5,4	2,7	7,8	8,1	2,6	0,0	0,0	5,0	5,1	0,0
Totes les causes	110,2	99,2	107,9	87,9	84,9	48,1	70,2	92,0	67,1	77,4	42,0
Dones											
Càncer de mama	0,0	5,7	5,4	2,5	13,0	2,6	0,0	2,5	2,6	0,0	7,6
Suïcidi	5,4	8,1	11,1	5,2	2,7	0,0	9,4	4,0	2,6	0,0	6,8
Sida	5,3	2,7	2,7	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	3,3	5,1	0,0	0,0
Càncer de pulmó	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,1	2,6	2,6	7,6
Cirrosis	0,0	2,7	0,0	2,6	0,0	2,5	2,5	5,1	0,0	0,0	3,8
Totes les causes	60,0	43,6	49,3	37,8	54,2	61,3	39,9	45,4	36,6	31,8	54,3

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte VII. Horta-Guinardó

46

Districte VII. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Horta-Guinardó, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	169,8	172,0	148,1	190,6	187,1	151,2	167,6	149,9	121,8	179,5
Malaltia isquèmica del cor	120,0	136,5	115,6	112,9	127,4	82,7	97,8	95,7	73,0	72,4
Càncer de còlon	75,4	47,8	75,4	48,0	56,2	47,7	76,4	65,5	37,9	46,6
Cirrosi	53,9	34,0	50,8	28,9	18,0	57,6	39,6	27,0	29,8	38,8
Malaltia cerebrovascular	60,0	46,2	51,3	41,6	50,5	61,5	61,2	38,7	41,9	33,7
Totes les causes	1.151,2	1.157,9	1.058,2	1.026,5	1.051,4	940,2	1.131,2	975,5	787,8	1.021,9
Dones										
Càncer de mama	62,0	25,7	49,2	35,2	57,8	31,4	33,5	44,2	38,5	20,9
Càncer de pulmó	32,9	30,3	29,8	12,1	16,6	33,6	34,1	33,4	16,7	44,8
Càncer de còlon	32,9	8,9	17,9	19,9	22,6	18,1	27,3	25,1	6,1	24,2
Malaltia cerebrovascular	29,3	20,4	8,7	26,5	24,0	24,5	18,6	30,7	5,8	28,0
Malaltia isquèmica del cor	25,8	15,3	16,9	24,1	18,2	17,8	9,1	3,1	20,0	15,2
Totes les causes	443,3	451,8	368,1	381,7	459,2	416,8	339,3	432,5	372,2	372,2

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte VII. Taula V. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Horta-Guinardó, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	1.073,4	889,3	844,9	1.062,4	645,7	878,6	607,4	576,4	715,4	599,0
Bronquitis i MPOC	823,1	1.118,1	615,8	711,4	565,3	683,5	496,5	414,1	590,7	431,5
Malaltia cerebrovascular	905,7	799,1	645,5	626,3	544,1	608,6	525,9	482,9	356,6	522,5
Càncer de pulmó	418,6	450,4	544,5	336,6	426,6	357,7	519,9	398,6	447,5	502,7
Demència senil	419,2	569,3	297,4	520,7	221,7	323,4	305,2	402,5	441,2	443,2
Totes les causes	8.760,8	9.865,1	8.107,4	9.351,4	7.804,2	8.588,7	7.378,2	7.182,4	7.840,9	7.031,4
Dones										
Demència senil	395,6	402,9	443,9	416,1	320,9	360,9	430,3	408,4	443,0	320,9
Malaltia cerebrovascular	523,2	680,9	517,7	451,2	471,2	523,9	454,8	375,8	437,0	377,2
Malaltia d'Alzheimer	230,2	297,7	283,5	391,6	248,7	368,3	363,0	394,4	405,6	286,2
Malaltia isquèmica del cor	650,4	631,6	418,0	434,5	347,7	446,8	374,4	309,7	401,3	288,4
Insuficiència cardíaca	446,6	482,4	455,0	377,9	336,0	337,9	203,3	186,0	349,6	279,6
Totes les causes	5.487,2	5.764,8	5.219,5	5.420,5	4.823,5	5.773,2	4.866,7	4.746,5	5.186,9	4.532,1

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte VIII. Nou Barris

Districte VIII. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Nou Barris, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	14.103	15,9%	9.534	12,1%	10.997	14,0%	11.047	14,1%
	Dones	13.306	13,9%	8.999	10,3%	10.636	12,2%	10.614	12,1%
15-44 anys	Homes	40.951	46,2%	35.927	45,4%	32.397	41,3%	31.645	40,5%
	Dones	41.316	43,1%	35.220	40,2%	32.015	36,6%	31.571	36,1%
45-64 anys	Homes	23.175	26,2%	19.510	24,7%	19.226	24,5%	19.622	25,1%
	Dones	25.201	26,3%	22.624	25,8%	21.477	24,6%	21.776	24,9%
65-74 anys	Homes	6.853	7,7%	8.871	11,2%	7.711	9,8%	7.830	10,0%
	Dones	9.232	9,6%	11.118	12,7%	9.877	11,3%	10.109	11,6%
75 anys o més	Homes	3.528	4,0%	5.228	6,6%	8.128	10,4%	8.066	10,3%
	Dones	6.892	7,2%	9.716	11,1%	13.372	15,3%	13.400	15,3%
Total	Homes	88.610	100%	79.070	100%	78.459	100%	78.210	100%
	Dones	95.947	100%	87.677	100%	87.377	100%	87.470	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		16,2%		25,4%		30,7%		31,0%
	Dones		24,2%		36,0%		43,5%		44,1%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		33,9%		37,1%		51,3%		50,7%
	Dones		42,7%		46,6%		57,5%		57,0%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	359	5,2%	653	7,4%	820	10,6%	858	11,0%
	Dones	1.977	21,4%	2.576	23,2%	2.166	21,9%	2.237	22,1%
75-84 anys	Homes	230	7,9%	466	11,7%	890	14,0%	890	14,3%
	Dones	1.271	24,5%	2.645	38,4%	3.556	37,4%	3.462	37,1%
85 anys o més	Homes	60	9,7%	159	17,0%	408	23,2%	436	23,7%
	Dones	231	13,6%	771	30,7%	1.761	45,7%	1.905	46,9%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		23,7%		14,3%		11,0%		10,4%
	Dones		32,1%		20,6%		15,8%		14,9%
Estudis primaris	Homes		31,6%		29,3%		25,3%		24,8%
	Dones		32,2%		30,7%		26,4%		26,0%
Estudis secundaris	Homes		17,1%		20,6%		30,7%		31,4%
	Dones		15,2%		18,3%		25,4%		26,2%
Batxillerat i FP II	Homes		18,9%		23,3%		23,0%		23,0%
	Dones		13,1%		17,8%		19,9%		19,9%
Universitaris	Homes		8,1%		12,1%		9,9%		10,4%
	Dones		7,0%		12,2%		12,5%		13,0%
No consta	Homes		0,6%		0,4%		0,0%		0,0%
	Dones		0,4%		0,4%		0,0%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		3.756	2,0%	7.548	4,5%	35.071	21,2%	35.289	21,3%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte VIII. Nou Barris

48

Districte VIII. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Nou Barris, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	868	922	788	899	899	854	841	847	898	829
Taxa bruta x 100.000 hab.	1.086,6	1.158,0	988,1	1.132,1	1.115,5	1.046,5	1.048,9	1.054,0	1.129,8	1.056,6
Taxa estandarditzada ⁴ x 100.000 hab.	1.440,5	1.473,4	1.249,4	1.384,1	1.396,9	1.287,8	1.237,7	1.183,7	1.259,1	1.133,1
Taxa APVP ⁵ estandarditzada	5.787,3	5.186,9	4.945,5	5.812,3	4.397,2	4.314,0	5.008,9	4.318,0	4.510,0	4175
Esperança vida en néixer	76,7	76,8	78,4	76,9	78,2	78,5	78,3	79,2	78,5	79,9
Dones										
Defuncions	736	808	709	731	758	791	700	786	820	772
Taxa bruta x 100.000 hab.	848,5	934,9	819,3	847,7	866,1	895,7	797,1	896,1	935,5	883,5
Taxa estandarditzada ⁴ x 100.000 hab.	784,4	830,7	707,6	710,8	704,0	713,9	614,3	653,8	663,6	610,6
Taxa APVP ⁵ estandarditzada	2.827,7	2.082,2	2.555,0	1.987	1.829,1	2.287,5	2.538,7	1.957,8	1.871,5	2.082,9
Esperança vida en néixer	83,7	83,8	84,7	85,1	85,4	85,2	86,0	85,9	85,7	86,3

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte VIII. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Nou Barris, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	13,7	5,1	22,1	5,5	13,2	2,3	11,0	4,9	7,7	7,9	16,9
Sobredosis	26,9	13,4	21,3	9,9	11,4	5,9	15,2	18,6	12,7	7,7	8,0
Accidents de trànsit	10,4	14,7	11,5	21,5	14,4	11,6	0,0	8,7	2,6	5,9	8,8
Sida	5,6	20,0	5,2	5,1	13,6	2,6	2,3	2,6	7,6	0,0	0,0
Malaltia isquèmica del cor	0,0	2,5	0,0	2,7	0,0	2,7	8,6	5,2	5,1	7,8	4,9
Cirrosis	3,1	6,1	2,9	2,8	2,7	0,0	0,0	5,2	2,4	7,4	2,4
Totes les causes	137,5	139,4	112,9	96,0	124,8	74,5	67,6	108,3	80,9	70,7	83,0
Dones											
Càncer de mama	3,1	5,9	2,7	11,3	8,4	5,2	2,6	10,4	5,2	2,6	0,0
Suïcidi	0,0	12,0	0,0	2,9	0,0	0,0	7,7	2,6	7,9	8,5	8,1
Sida	2,8	2,7	5,8	0,0	2,8	2,7	2,5	0,0	2,6	2,5	0,0
Malaltia cerebrovascular	9,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Càncer de pulmó	2,9	0,0	0,0	2,8	2,8	2,7	0,0	2,6	0,0	2,6	0,0
Cirrosis	3,1	3,1	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0
Totes les causes	55,6	81,8	52,1	69,5	37,4	43,2	72,7	59,7	49,6	36,1	39,7

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte VIII. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Nou Barris, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	186,0	192,3	222,6	250,9	193,0	147,9	193,0	199,6	163,9	194,6
Malaltia isquèmica del cor	144,9	157,4	118,8	158,2	111,6	101,9	107,6	123,9	109,5	78,9
Càncer de còlon	52,2	55,2	32,4	29,5	46,2	49,6	35,6	65,3	57,6	61,2
Cirrosi	52,3	43,9	43,3	70,4	32,2	35,3	66,4	33,8	69,3	64,3
Malaltia cerebrovascular	62,5	60,2	42,6	49,9	74,1	53,0	39,2	41,1	47,4	30,9
Totes les causes	1.282,4	1.304,7	1.184,0	1.294,9	1.149,3	1.115,9	1.150,2	1.070,1	1.196,4	1.019,4
Dones										
Càncer de mama	44,7	33,8	70,6	47,3	36,6	50,7	58,2	29,6	33,6	55,6
Càncer de pulmó	30,7	18,1	26,7	20,2	28,8	11,7	16,7	23,4	36,1	19,1
Càncer de còlon	20,5	30,8	23,8	27,5	28,5	18,7	13,1	19,3	32,4	19,4
Malaltia cerebrovascular	36,7	19,3	26,1	10,9	32,7	21,0	32,3	20,2	39,7	26,3
Malaltia isquèmica del cor	29,8	20,1	18,3	33,8	11,1	2,9	21,4	29,0	29,3	12,5
Totes les causes	491,0	486,7	433,6	445,5	396,3	385,3	401,0	397,8	429,0	427,8

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.**Districte VIII. Taula V.** Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Nou Barris, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	818,8	1.077,4	763,4	859,0	1.126,3	801,2	584,7	722,7	749,7	703,7
Bronquitis i MPOC	742,9	953,0	620,3	654,1	738,4	911,4	620,6	491,3	695,7	471,5
Malaltia cerebrovascular	680,5	722,1	747,2	706,6	633,3	656,9	372,3	470,4	457,1	401,9
Càncer de pulmó	494,1	397,2	457,1	552,0	561,4	568,8	585,6	599,1	393,8	543,9
Demència senil	451,6	290,0	385,7	447,0	375,4	296,0	375,1	338,8	620,1	385,0
Totes les causes	8.978,0	9.322,3	7.640,6	8.427,6	9.317,4	8.354,6	7.564,5	7.444,0	7.773,1	7.149,3
Dones										
Demència senil	598,7	605,0	400,9	213,4	362,3	398,3	315,2	357,7	426,2	396,9
Malaltia cerebrovascular	721,3	575,3	444,8	463,4	531,2	488,8	346,2	388,8	467,5	375,9
Malaltia d'Alzheimer	214,4	228,3	234,9	323,1	244,1	339,5	299,6	332,0	319,2	319,8
Malaltia isquèmica del cor	573,0	510,9	344,5	410,4	387,6	349,7	357,3	315,2	282,1	312,4
Insuficiència cardíaca	329,5	428,2	407,4	420,9	430,9	257,6	264,9	309,9	311,1	273,7
Totes les causes	5.555,3	6.172,4	5.080,4	5.200,3	5.303,7	5.325,6	4.323,3	4.774,9	4.803,9	4.291,1

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte IX. Sant Andreu

50

Districte IX. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Sant Andreu, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	12.401	17,7%	8.156	12,6%	9.959	14,3%	10.021	14,4%
	Dones	11.764	15,7%	7.797	10,9%	9.469	12,3%	9.582	12,4%
15-44 anys	Homes	32.623	46,7%	29.370	45,5%	29.069	41,7%	28.466	40,7%
	Dones	32.908	43,8%	29.601	41,4%	28.723	37,4%	28.330	36,7%
45-64 anys	Homes	16.893	24,2%	16.495	25,5%	18.373	26,4%	18.525	26,6%
	Dones	18.103	24,1%	18.105	25,3%	20.604	26,8%	20.742	26,9%
65-74 anys	Homes	5.351	7,7%	6.445	10,0%	6.540	9,4%	6.965	10,0%
	Dones	7.115	9,5%	8.351	11,7%	7.841	10,2%	8.398	10,9%
75 anys o més	Homes	2.654	3,8%	4.107	6,4%	5.780	8,3%	5.792	8,3%
	Dones	5.186	6,9%	7.597	10,6%	10.190	13,3%	10.121	13,1%
Total	Homes	69.922	100%	64.573	100%	69.721	100%	69.769	100%
	Dones	75.076	100%	71.451	100%	76.827	100%	77.173	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		16,2%		23,0%		26,0%		27,1%
	Dones		24,1%		33,4%		36,6%		37,7%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		33,1%		38,9%		46,9%		45,4%
	Dones		42,2%		47,7%		56,5%		54,7%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	323	6,0%	515	7,9%	694	10,6%	735	10,6%
	Dones	1.510	21,2%	2.005	23,5%	1.702	21,7%	1.827	21,8%
75-84 anys	Homes	220	10,0%	358	11,6%	617	14,0%	624	14,5%
	Dones	1.073	26,6%	2.107	39,2%	2.605	37,8%	2.481	37,2%
85 anys o més	Homes	55	12,0%	139	20,1%	296	21,5%	309	20,9%
	Dones	154	13,4%	619	33,7%	1.468	44,5%	1.572	45,5%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		21,5%		12,1%		6,7%		6,2%
	Dones		30,6%		18,2%		9,7%		9,0%
Estudis primaris	Homes		32,6%		30,7%		19,9%		19,5%
	Dones		34,4%		33,4%		22,6%		22,2%
Estudis secundaris	Homes		18,2%		22,1%		26,9%		27,4%
	Dones		16,0%		19,6%		23,8%		24,3%
Batxillerat i FP II	Homes		19,8%		24,5%		29,3%		29,2%
	Dones		12,5%		17,8%		23,4%		23,3%
Universitaris	Homes		7,2%		10,4%		17,2%		17,7%
	Dones		6,1%		10,7%		20,5%		21,2%
No consta	Homes		0,7%		0,2%		0,0%		0,0%
	Dones		0,4%		0,3%		0,0%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		2.580	1,8%	6.015	4,4%	25.423	17,4%	25.326	17,2%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2014. Ajuntament de Barcelona.

¹L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 65 anys i més / persones entre 15 i 64 anys) * 100.

²L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la següent fórmula: (persones de 75 anys i més / persones de 65 anys i més) x 100 habitants.

³Es mostren els resultats per a l'any 2000.

⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte IX. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Sant Andreu, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	637	715	648	627	614	681	618	599	598	597
Taxa bruta x 100.000 hab.	943,0	1.048,2	942,1	917,4	881,4	963,1	887,1	849,4	852,4	856,3
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.362,2	1.471,3	1.340,7	1.296,7	1.215,3	1.333,8	1.175,1	1.087,4	1.081,8	1.015,8
Taxa APVP ³ estandarditzada	4.224,1	5.434,5	3.917,8	3.915,5	4.153,2	4.354,9	3.228,5	3.516,3	3.007,7	3.446,5
Esperança vida en néixer	78,4	76,7	78,6	79,0	79,3	78,3	80,1	80,4	81,2	81,2
Dones										
Defuncions	541	655	572	611	619	675	556	597	615	586
Taxa bruta x 100.000 hab.	727,7	874,0	759,5	814,3	814,3	880,1	725,2	774,1	800,8	762,8
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	676,6	789,3	664,2	679,8	672,7	723,4	585,1	585,9	596,3	553,1
Taxa APVP ³ estandarditzada	1.199,5	1.686,2	1.960,1	1.651,4	1.598,2	1.890,2	2.013,9	1.772,4	1.273,1	1.399,6
Esperança vida en néixer	86,1	84,5	85,9	85,7	85,7	84,9	86,9	86,8	87,2	87,8

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte IX. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Sant Andreu, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	16,1	12,8	14,7	2,7	3,1	3,1	14,1	9,3	7,9	5,9	2,6
Sobredosis	3,2	6,1	22,2	6,4	6,2	3,9	11,5	8,3	14,7	0,0	5,7
Accidents de trànsit	25,1	9,3	6,0	6,5	10,9	0,0	2,6	6,5	3,7	9,4	0,0
Sida	0,0	6,9	6,6	3,3	0,0	6,3	2,6	2,7	2,6	0,0	2,6
Malaltia isquèmica del cor	10,3	6,2	10,0	3,1	0,0	0,0	3,1	5,5	2,8	5,9	7,5
Cirrosis	3,4	3,3	6,6	0,0	3,1	0,0	6,1	0,0	2,9	2,9	0,0
Totes les causes	121,9	80,7	117,6	79,8	67,9	68,2	69,3	59,4	65,9	52,9	48,4
Dones											
Càncer de mama	3,4	3,2	3,7	0,0	6,3	6,0	0,0	8,7	5,9	0,0	12,8
Suïcidi	0,0	0,0	3,2	3,1	3,1	0,0	8,9	3,0	3,9	0,0	0,0
Sida	0,0	0,0	3,2	3,2	0,0	0,0	0,0	3,0	2,8	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	0,0	0,0	0,0	3,1	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Càncer de pulmó	9,3	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0
Cirrosis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0
Totes les causes	38,1	13,0	28,8	48,8	31,2	14,8	41,5	51,7	33,8	17,2	25,7

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte IX. Sant Andreu

52

Districte IX. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Sant Andreu, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	139,8	174,5	227,8	177,1	180,9	186,9	125,1	182,6	122,7	136,2
Malaltia isquèmica del cor	105,2	130,6	127,3	109,1	98,7	152,3	78,3	72,6	94,4	108,2
Càncer de còlon	35,8	64,6	70,3	113,4	9,5	43,1	42,5	28,8	57,2	55,6
Cirrosi	23,0	36,3	34,3	45,3	33,4	31,4	40,6	46,6	41,1	19,7
Malaltia cerebrovascular	24,1	64,1	46,2	29,9	34,3	64,9	32,5	47,8	11,8	28,1
Totes les causes	1.079,9	1.250,6	1.120,3	1.086,7	1.086,0	1.203,6	837,1	891,4	857,3	923,1
Dones										
Càncer de mama	26,5	52,3	32,9	35,6	60,1	57,5	54,9	37,6	23,0	13,4
Càncer de pulmó	19,0	14,8	29,7	25,3	21,1	17,9	20,1	14,6	27,6	30,2
Càncer de còlon	19,2	19,1	27,1	33,5	16,9	23,7	25,6	23,9	23,3	21,1
Malaltia cerebrovascular	15,5	22,2	3,8	18,7	17,0	31,0	19,9	3,1	20,0	24,8
Malaltia isquèmica del cor	3,6	53,2	20,5	26,0	11,4	17,5	52,6	3,4	25,9	7,3
Totes les causes	409,3	523,7	374,7	444,1	458,0	488,8	455,4	334,7	407,1	366,7

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte IX. Taula V. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Sant Andreu, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	943,3	681,4	630,8	818,2	840,2	764,4	890,2	591,3	864,6	858,0
Bronquitis i MPOC	831,4	763,4	728,3	683,6	456,0	813,5	721,6	539,4	528,6	446,4
Malaltia cerebrovascular	828,3	901,9	858,7	776,8	559,3	550,5	593,9	520,3	448,4	568,1
Càncer de pulmó	590,1	602,2	394,0	454,5	515,9	432,0	538,0	411,6	289,1	346,2
Demència senil	315,4	418,7	643,6	406,2	362,1	253,7	298,6	216,4	321,5	283,6
Totes les causes	9.183,1	9.458,1	8.832,0	8.580,7	7.780,6	8.499,0	8.281,7	7.196,2	7.361,1	6.483,1
Dones										
Demència senil	344,5	496,2	356,2	377,5	302,3	329,6	293,7	312,7	406,0	324,9
Malaltia cerebrovascular	648,8	681,0	430,9	499,3	389,3	390,1	377,6	290,4	336,2	270,3
Malaltia d'Alzheimer	164,4	218,5	232,2	339,4	318,2	302,3	319,8	368,9	278,9	221,8
Malaltia isquèmica del cor	463,0	542,7	409,2	366,8	466,0	442,2	199,1	312,9	258,1	277,8
Insuficiència cardíaca	380,1	397,4	320,9	340,7	323,3	310,1	262,8	181,2	234,0	133,4
Totes les causes	5.114,2	5.748,9	4.970,7	4.950,2	4.872,3	5.152,4	3.893,1	4.382,1	4.317,1	4.014,9

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte X. Sant Martí

Districte X. Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Sant Martí, 1991-2014.

		1991		2001		2013		2014	
Població									
0-14 anys	Homes	17.224	16,7%	13.057	13,1%	16.070	14,2%	16.182	14,3%
	Dones	16.325	14,7%	12.244	11,3%	15.282	12,6%	15.455	12,7%
15-44 anys	Homes	47.395	46,0%	45.269	45,6%	48.346	42,8%	47.712	42,2%
	Dones	46.882	42,2%	44.981	41,4%	46.100	38,1%	45.783	37,8%
45-64 anys	Homes	25.530	24,8%	24.197	24,4%	29.513	26,1%	29.894	26,4%
	Dones	27.986	25,2%	26.238	24,1%	31.963	26,4%	32.226	26,5%
65-74 anys	Homes	8.759	8,5%	10.289	10,4%	9.658	8,6%	10.028	8,9%
	Dones	11.611	10,4%	13.384	12,3%	11.735	9,7%	12.247	10,1%
75 anys o més	Homes	4.163	4,0%	6.497	6,5%	9.319	8,3%	9.254	8,2%
	Dones	8.377	7,5%	11.824	10,9%	15.894	13,1%	15.703	12,9%
Total	Homes	103.071	100%	99.309	100%	112.906	100%	113.070	100%
	Dones	111.181	100%	108.671	100%	120.974	100%	121.414	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		17,7%		24,2%		24,4%		24,8%
	Dones		26,7%		35,4%		35,4%		35,8%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		32,2%		38,6%		49,1%		48,0%
	Dones		41,9%		46,9%		57,5%		56,2%
Gent gran que viu sola ³ 65-74 anys	Homes	541	6,2%	866	8,3%	1.141	11,8%	1.212	12,1%
	Dones	2.568	22,1%	3.127	22,9%	2.556	21,8%	2.674	21,8%
75-84 anys	Homes	330	9,3%	633	12,3%	946	13,3%	919	13,4%
	Dones	1.903	29,1%	3.299	38,4%	3.947	36,3%	3.788	36,3%
85 anys o més	Homes	58	9,7%	226	22,2%	502	22,6%	550	23,0%
	Dones	310	16,9%	985	34,7%	2.210	44,0%	2.295	43,6%
Nivell d'instrucció ⁴									
Sense estudis	Homes		25,1%		13,4%		7,0%		6,3%
	Dones		35,3%		20,2%		10,5%		9,6%
Estudis primaris	Homes		31,8%		30,4%		19,4%		18,9%
	Dones		32,1%		32,4%		21,3%		20,8%
Estudis secundaris	Homes		18,7%		22,0%		25,4%		25,8%
	Dones		15,4%		19,4%		22,4%		22,7%
Batxillerat i FP II	Homes		17,8%		23,2%		26,9%		27,0%
	Dones		11,5%		17,0%		22,4%		22,5%
Universitaris	Homes		6,0%		10,7%		21,3%		22,0%
	Dones		4,9%		10,7%		23,4%		24,4%
No consta	Homes		0,6%		0,3%		0,0%		0,0%
	Dones		0,8%		0,3%		0,0%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		3.673	1,7%	10.237	5,0%	47.102	20,1%	47.535	20,3%

Font: Cens de població de l'any 1991 i 2001, i lectura del padró continu dels anys 2011 i 2012. Ajuntament de Barcelona.

 Notes: ¹ L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 65 anys i més/ persones entre 15 i 64 anys) x 100. ² L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 75 anys i més/ persones de 65 anys i més) x 100 habitants. ³ Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Districte X. Sant Martí

54

Districte X. Taula II. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida segons el sexe. Sant Martí, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Defuncions	1.028	1.074	954	1.003	965	1.067	971	947	1.011	947
Taxa bruta x 100.000 hab.	979,7	1.008,8	886,3	933,7	881,2	957,5	870,1	843,6	895,9	838,8
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	1.403,7	1.435,2	1.242,2	1.290,3	1.215,5	1.302,1	1.153,1	1.106,0	1.139,7	1.041,6
Taxa APVP ³ estandarditzada	4.773,8	4.999,5	4.435,1	4.148,1	3.731,0	4.023,2	3.581,9	3.308,5	3.974,7	3.261,1
Esperança vida en néixer	77,4	77,1	78,7	78,7	79,5	78,8	79,9	80,5	79,9	81,0
Dones										
Defuncions	947	1032	907	983	1.010	1.005	993	976	1.009	922
Taxa bruta x 100.000 hab.	830,8	896,5	782,6	849,8	863,3	847,0	829,6	813,7	836,6	762,1
Taxa estandarditzada ² x 100.000 hab.	758,2	803,2	684,6	720,7	729,4	703,1	676,1	626,2	629,8	566,2
Taxa APVP ³ estandarditzada	1.892,5	2.101,1	1.564,1	2.115,6	1.924,5	1.857,4	2.009,8	1.589,6	1.948,2	1.530,7
Esperança vida en néixer	84,6	84,3	86,0	85,2	85,1	85,3	85,6	86,4	86,3	87,4

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

Notes: ¹ Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ² Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ³ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut. ⁴ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996. ⁵ APVP: anys potencials de vida perduts entre l'1 i els 70 anys.

Districte X. Taula III. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Sant Martí, 2003-2013.

Homes	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Suïcidi	5,9	14,6	1,9	9,4	3,6	7,6	8,6	13,8	11,0	13,2	1,9
Sobredosis	10,3	14,2	7,6	8,0	5,9	3,5	10,8	2,9	5,8	11,8	0,0
Accidents de trànsit	6,0	2,0	4,2	4,1	3,7	6,2	9,1	0,0	1,8	8,6	7,1
Sida	6,0	0,0	5,9	5,7	0,0	0,0	3,6	0,0	3,4	0,0	1,7
Malaltia isquèmica del cor	6,2	6,1	11,9	1,9	3,7	0,0	1,8	3,4	1,8	1,6	0,0
Cirrosis	4,1	6,1	2,0	1,9	1,9	1,8	3,5	1,8	1,6	1,6	3,4
Totes les causes	122,6	92,1	94,7	85,1	63,7	64,5	69,8	53,5	55,3	73,7	45,4
Dones											
Càncer de mama	3,9	4,0	5,7	0,0	3,7	5,5	0,0	9,0	1,7	1,8	2,0
Suïcidi	4,3	3,9	6,4	4,1	3,8	8,9	3,6	0,0	0,0	9,2	2,7
Sida	2,0	3,9	3,8	0,0	0,0	0,0	2,3	1,8	1,8	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	0,0	1,9	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Càncer de pulmó	0,0	2,0	0,0	1,9	0,0	3,7	3,7	1,8	1,7	0,0	0,0
Cirrosis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	3,7	0,0	3,5	1,8	0,0
Totes les causes	44,5	41,7	51,7	29,7	52,6	41,8	27,0	38,0	31,8	46,4	30,7

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.

² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.

Districte X. Taula IV. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Sant Martí, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Càncer de pulmó	182,7	201,0	177,3	215,2	181,5	220,3	154,3	138,9	174,5	142,3
Malaltia isquèmica del cor	156,4	122,6	105,2	140,3	86,5	66,2	109,1	79,3	111,1	95,6
Càncer de còlon	37,8	55,8	31,7	32,0	39,6	49,4	51,4	61,6	49,4	36,2
Cirrosi	29,0	36,6	64,3	34,6	20,1	41,9	31,7	23,9	43,9	21,0
Malaltia cerebrovascular	45,1	51,8	59,1	45,8	29,0	38,9	31,6	29,2	37,4	14,9
Totes les causes	1.213,2	1.087,0	1.071,4	984,6	1.093,1	1.000,0	952,0	977,2	940,9	967,6
Dones										
Càncer de mama	67,9	56,6	40,4	35,4	56,7	38,8	56,4	39,7	25,8	34,2
Càncer de pulmó	19,8	37,7	9,4	24,3	35,1	28,2	39,6	33,8	40,6	25,1
Càncer de còlon	22,2	34,0	20,2	16,8	35,4	28,7	20,4	20,8	22,4	36,8
Malaltia cerebrovascular	11,9	12,1	9,5	18,0	29,4	38,1	17,2	27,1	9,6	14,7
Malaltia isquèmica del cor	11,9	29,8	20,7	20,3	19,5	24,1	16,2	14,6	10,1	33,1
Totes les causes	463,1	517,6	393,9	398,9	485,4	440,2	455,3	399,0	350,2	366,4

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.**Districte X. Taula V.** Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Sant Martí, 2004-2013.

Homes	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Malaltia isquèmica del cor	781,0	710,0	677,9	751,5	751,7	678,5	564,5	525,4	750,9	474,3
Bronquitis i MPOC	647,0	692,8	685,9	752,3	637,8	782,4	518,4	569,1	789,6	655,8
Malaltia cerebrovascular	752,8	862,7	586,2	628,1	412,0	656,0	332,8	397,3	327,2	449,9
Càncer de pulmó	504,5	521,6	535,5	547,5	651,8	475,4	549,5	520,0	372,0	374,7
Demència senil	419,4	371,9	340,0	321,8	336,7	408,8	429,1	295,3	426,2	424,7
Totes les causes	9.008,3	9.322,9	7.930,1	8.548,2	8.151,0	8.601,0	7.496,6	7.208,7	7.391,9	6.577,3
Dones										
Demència senil	390,1	372,6	386,7	273,1	372,0	265,2	353,4	259,3	350,0	349,3
Malaltia cerebrovascular	592,4	688,4	417,1	591,9	480,4	407,7	339,6	339,9	275,1	297,5
Malaltia d'Alzheimer	243,0	229,2	395,2	300,3	349,9	287,0	375,5	351,2	407,9	388,2
Malaltia isquèmica del cor	499,8	503,3	387,1	334,4	355,6	349,3	328,5	328,3	372,9	315,0
Insuficiència cardíaca	433,4	443,6	241,5	308,2	338,7	204,6	236,3	272,0	254,8	172,7
Totes les causes	5.592,5	5.824,7	5.191,6	5.434,2	5.254,4	5.183,9	4.838,4	4.573,6	4.733,3	4.111,9

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

Notes: ¹ La població de referència per estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 1996.² Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ³ Les causes de mort són codificades amb la 10a revisió de la classificació internacional de malalties. ⁴ A partir de l'any 2003 les dades provenen del Departament de Salut.



Indicadors per districte de Tuberculosi, VIH, salut sexual i reproductiva de 2014

Presentació
Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
Indicadors per districtes: metodologia

57

Evolució dels Indicadors per districte de població i mortalitat

Districte I. Ciutat Vella
Districte II. Eixample
Districte III. Sants-Montjuïc
Districte IV. Les Corts
Districte V. Sarrià-Sant Gervasi
Districte VI. Gràcia
Districte VII. Horta-Guinardó
Districte VIII. Nou Barris
Districte IX. Sant Andreu
Districte X. Sant Martí

Indicadors per districte de Tuberculosi, VIH, salut sexual i reproductiva de 2014

Àrees integrals de salut

Els determinants socioeconòmics
La salut: mortalitat i salut sexual i reproductiva

Indicadors per districte de tuberculosi, VIH, salut sexual i reproductiva de 2014

58

Taula I. Incidència de tuberculosi segons país de naixement, sexe i districte de residència.
Taxes estandarditzades per edat. Barcelona, 2014.

		Tuberculosi autòctons	Tuberculosi immigrants	Tuberculosi total
Població				
Ciutat Vella	Homes	29,0	152,7	78,5
	Dones	21,9	90,3	36,8
Eixample	Homes	12,0	9,5	12,6
	Dones	3,8	10,9	6,3
Sants-Montjuïc	Homes	19,8	35,7	30,4
	Dones	5,6	56,5	17,3
Les Corts	Homes	14,8	15,8	14,5
	Dones	2,5	12,6	4,2
Sarrià-Sant Gervasi	Homes	3,8	26,9	10,5
	Dones	6,9	21,3	10,3
Gràcia	Homes	11,5	26,8	18,1
	Dones	9,0	9,5	11,0
Horta-Guinardó	Homes	15,9	21,2	20,2
	Dones	10,8	16,0	11,6
Nou Barris	Homes	13,7	27,2	19,1
	Dones	11,0	39,8	20,2
Sant Andreu	Homes	9,0	57,7	28,9
	Dones	8,5	19,7	9,8
Sant Martí	Homes	16,9	35,0	22,2
	Dones	8,2	27,2	12,8
Barcelona	Homes	11,4	44,1	23,7
	Dones	13,3	27,7	13,3

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

Taula II. Incidència de VIH segons país de naixement, sexe i districte de residència.
Taxes estandarditzades per edat. Barcelona, 2014.

		VIH autòctons	VIH immigrants	VIH total
Població				
Ciutat Vella	Homes	115,4	63,1	72,9
	Dones	0,0	23,2	12,9
Eixample	Homes	117,7	253,2	163,9
	Dones	3,2	14,8	6,8
Sants-Montjuïc	Homes	54,6	43,9	50,9
	Dones	5,9	33,8	13,8
Les Corts	Homes	24,4	61,9	36,9
	Dones	0,0	0,0	0,0
Sarrià-Sant Gervasi	Homes	11,9	21,9	14,6
	Dones	0,0	0,0	0,0
Gràcia	Homes	29,4	39,3	25,8
	Dones	12,4	4,8	10,1
Horta-Guinardó	Homes	14,2	6,0	12,1
	Dones	0,0	9,0	1,6
Nou Barris	Homes	14,1	47,3	24,9
	Dones	0,0	11,9	4,6
Sant Andreu	Homes	24,0	70,2	35,7
	Dones	5,9	6,0	5,9
Sant Martí	Homes	19,8	51,6	30,8
	Dones	1,4	0,0	1,1
Barcelona	Homes	41,5	92,3	56,9
	Dones	2,6	12,3	5,5

Indicadors per districte de tuberculosi, VIH, salut sexual i reproductiva de 2014

60

Taula III. Evolució dels indicadors de salut reproductiva per grups d'edat materna i districte de residència. Barcelona, 2014.

	Ciutat Vella	Eixample	Sants-Montjuïc	Les Corts
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	7,7	8,1	8,4	7,7
Fecunditat 15-49 anys				
Nombre de naixements	779	2.158	1.522	624
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	28,8	33,6	34,5	35,1
Nombre d'IVE	446	668	572	162
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	16,5	10,4	13,0	9,1
Nombre d'embarassos	1.225	2.826	2.094	786
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	45,3	44,0	47,4	44,2
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	36,4	23,6	27,3	20,6
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	14,8%	18,7%	14,2%	17,0%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	62,3%	28,2%	35,5%	15,0%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	8,1%	6,3%	8,3%	7,4%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,3%	6,2%	5,8%	7,7%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	7,6%	6,3%	6,7%	6,4%
Fecunditat 15-19 anys				
Nombre de naixements	14	8	21	4
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	9,4	1,8	6,3	2,4
Nombre d'IVE	13	21	24	9,0
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	20,8	9,2	12,1	7,9
Nombre d'embarassos	45	50	61	17
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	30,1	10,9	18,4	10,4
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	68,9	84,0	65,6	76,5
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	27,3%	14,3%	7,7%	33,3%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	54,5%	57,1%	84,6%	33,3%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	7,1%	0,0%	9,5%	0,0%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	7,1%	0,0%	4,8%	0,0%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	10,0%	25,0%	9,5%	25,0%

Nota: Per obtenir dades més detallades consultar la Web: http://www.aspb.cat/quefem/documents_estadistiques.htm

Taula III. (continuació) Evolució dels indicadors de salut reproductiva per grups d'edat materna i districte de residència. Barcelona, 2014.

	Sarrià-Sant Gervasi	Gràcia	Horta-Guinardó	Nou Barris
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	8,4	8,76	7,7	8,1
Fecunditat 15-49 anys				
Nombre de naixements	1.231	1.057	1.294	1.335
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	36,2	34,9	34,2	35,2
Nombre d'IVE	285	223	313	591
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	8,4	7,4	8,3	15,6
Nombre d'embarassos	1.516	1.280	1.607	1.926
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	44,5	42,2	42,4	50,9
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	18,8	17,4	19,5	30,7
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	18,1%	21,1%	13,6%	10,6%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	11,6%	19,0%	22,7%	38,7%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	5,9%	6,8%	7,4%	8,3%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	5,2%	6,0%	6,8%	7,5%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	5,4%	6,1%	7,3%	7,1%
Fecunditat 15-19 anys				
Nombre de naixements	2	10	18	49
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	0,5	5,1	5,7	14,7
Nombre d'IVE	17	12	22	20
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	6,0	8,1	12,3	15,9
Nombre d'embarassos	25	26	57	102
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	6,5	13,2	17,9	30,6
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	92,0	61,5	68,4	52,0
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	100%	0,0%	9,1%	13,2%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	0,0%	42,9%	63,6%	42,1%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	0,0%	20,0%	5,6%	18,4%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	0,0%	10,0%	5,6%	12,2%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	0,0%	20,0%	5,6%	8,2%

Nota: Per obtenir dades més detallades consultar la Web: http://www.aspb.cat/quefem/documents_estadistiques.htm

Indicadors per districte de tuberculosi, VIH, salut sexual i reproductiva de 2014

62

Taula III. (continuació) Evolució dels indicadors de salut reproductiva per grups d'edat materna i districte de residència. Barcelona, 2014.

	Sant Andreu	Sant Martí	Barcelona
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	8,9	9,0	8,7
Fecunditat 15-49 anys			
Nombre de naixements	1.304	2.098	13.984
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	38,6	38,3	36,6
Nombre d'IVE	329	588	5.658
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	9,7	10,7	14,8
Nombre d'embarassos	1.633	2.686	19.642
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	48,3	49,0	51,4
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	20,2	21,9	28,8
Resultats de l'embaràs			
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	13,6%	15,8%	15,9%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	24,1%	28,2%	28,1%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	8,1%	7,0%	7,4%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,7%	6,3%	6,5%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	8,9%	7,0%	6,8%
Fecunditat 15-19 anys			
Nombre de naixements	22	28	188
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	7,7	6,3	6,1
Nombre d'IVE	24	29	282
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	13,3	9,2	15,4
Nombre d'embarassos	60	69	660
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	21,0	15,5	21,5
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	63,3	59,4	71,5
Resultats de l'embaràs			
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	14,3%	14,3%	16,5%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	57,1%	42,9%	48,9%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	4,5%	0,0%	9,0%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	9,1%	7,1%	8,0%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	4,5%	0,0%	6,9%

Nota: Per obtenir dades més detallades consultar la Web: http://www.aspb.cat/quefem/documents_estadistiques.htm





Àrees integrals de salut

Presentació
Resum executiu
Resumen ejecutivo
Executive Summary
Indicadors per districtes: metodologia

65

Evolució dels Indicadors per districte de població i mortalitat

Districte I. Ciutat Vella
Districte II. Eixample
Districte III. Sants-Montjuïc
Districte IV. Les Corts
Districte V. Sarrià-Sant Gervasi
Districte VI. Gràcia
Districte VII. Horta-Guinardó
Districte VIII. Nou Barris
Districte IX. Sant Andreu
Districte X. Sant Martí

Indicadors per districte de Tuberculosi, VIH, salut sexual i reproductiva de 2014

Àrees integrals de salut

Els determinants socioeconòmics
La salut: mortalitat i salut sexual i reproductiva

Els determinants socioeconòmics

66

Taula I. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Àrees integrals de salut (AIS), 2014.

		AIS Litoral Mar		AIS Esquerra		AIS Dreta		AIS Nord	
Població									
0-14 anys	Homes	19.619	13,3%	33.049	13,6%	23.796	12,8%	27.361	14,6%
	Dones	18.497	12,5%	31.298	11,4%	22.463	10,4%	26.296	12,6%
15-44 anys	Homes	69.542	47,1%	102.638	42,3%	79.358	42,6%	75.663	40,3%
	Dones	61.345	41,5%	103.155	37,5%	82.217	37,9%	75.270	36,0%
45-64 anys	Homes	37.117	25,1%	62.714	25,8%	48.401	26,0%	47.931	25,5%
	Dones	36.759	24,9%	72.700	26,4%	56.772	26,2%	53.413	25,6%
65-74 anys	Homes	11.022	7,5%	22.992	9,5%	17.891	9,6%	19.096	10,2%
	Dones	13.142	8,9%	29.470	10,7%	23.147	10,7%	24.114	11,6%
75 anys o més	Homes	10.407	7,1%	21.541	8,9%	16.783	9,0%	17.669	9,4%
	Dones	18.081	12,2%	38.579	14,0%	32.218	14,9%	29.755	14,3%
Total	Homes	147.707	100%	242.934	100%	186.229	100%	187.720	100%
	Dones	147.824	100%	275.202	100%	216.817	100%	208.848	100%
Índex de dependència senil ¹	Homes		20,1%		26,9%		27,1%		29,7%
	Dones		31,8%		38,7%		39,8%		41,9%
Índex de sobreenvelliment ²	Homes		48,6%		48,4%		48,4%		48,1%
	Dones		57,9%		56,7%		58,2%		55,2%
Gent gran que viu sola 65-74 anys	Homes	1.640	14,9%	3.067	13,3%	2.346	13,1%	2.068	10,8%
	Dones	2.998	22,8%	7.158	24,3%	5.830	25,2%	5.298	22,0%
75-84 anys	Homes	1.255	16,1%	2.227	14,4%	1.762	14,8%	1.867	13,9%
	Dones	4.401	37,2%	8.852	36,9%	7.558	38,3%	7.352	36,4%
85 anys o més	Homes	623	23,8%	1.305	21,4%	1.074	22,0%	952	22,6%
	Dones	2.841	45,5%	6.526	44,7%	5.453	43,6%	4.138	43,2%
Nivell d'instrucció ³									
Sense estudis	Homes		6,4%		4,2%		4,2%		8,5%
	Dones		9,8%		6,0%		6,2%		12,0%
Estudis primaris	Homes		22,8%		13,2%		13,0%		20,6%
	Dones		21,6%		16,3%		17,0%		22,1%
Estudis secundaris	Homes		24,3%		18,8%		21,0%		27,9%
	Dones		21,5%		18,1%		19,4%		23,9%
Batxillerat i FP II	Homes		23,8%		28,2%		30,0%		25,6%
	Dones		21,2%		25,0%		24,2%		22,1%
Universitaris	Homes		22,6%		35,5%		31,8%		17,3%
	Dones		25,8%		34,6%		33,1%		19,8%
No consta	Homes		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
	Dones		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%
Població nascuda a l'estranger		89.624	30,3%	112.097	21,6%	85.392	21,2%	71.685	18,1%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 2010. Ajuntament de Barcelona.

Notes: ND: No disponible. ¹ L'índex de dependència senil indica la proporció que representen els pensionistes sobre el total de persones en edat de treballar. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 65 anys i més/ persones entre 15 i 64 anys) x 100. ² L'índex de sobreenvelliment indica la proporció de persones de 75 anys i més sobre el col·lectiu de 65 anys i més. Es calcula amb la fórmula següent: (persones de 75 anys i més/ persones de 65 anys i més) x 100 habitants. ³ Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Taula II. Indicadors de serveis sanitaris. AIS, 2014.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Atenció Primària de Salut				
Visites per habitant i any	6,1	4,8	4,9	5,9
Cobertura vacunació en persones de 60 anys o més	47,5	46,8	44,3	45,5
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	5,7	4,9	7,9	5,1
Atenció a les urgències				
Urgències hospitalàries				
Nombre d'urgències ateses	117.316	134.440	162.715	154.863
Atenció especialitzada hospitalària				
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a BCN	96,5	80,8	93,3	107,7
Altes de residents a BCN que ingressen a hospitals de la XHUP de fora ciutat a hospitals	6,5%	9,0%	5,0%	3,7%

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.(CSB), CatSalut.

Taula III. Incidència de tuberculosi segons país de naixement i sexe. Taxes estandarditzades per edat. AIS, 2014.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Homes				
Tuberculosi autòctons	19,9	12,6	12,5	13,4
Tuberculosi immigrants	93,3	20,5	9,4	34,7
Tuberculosi total	41,0	16,9	19,0	20,7
Dones				
Tuberculosi autòctons	12,8	4,6	5,3	11,7
Tuberculosi immigrants	68,2	26,6	22,2	26,7
Tuberculosi total	21,5	9,7	9,0	15,9

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

Taula IV. Incidència de VIH segons país de naixement i sexe. AIS, 2013.

	AIS Litoral Mar		AIS Esquerra		AIS Dreta		AIS Nord	
Homes	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
VIH autòctons	25	42,8	74	67,5	36	36,9	16	17,0
VIH immigrants	27	55,7	85	150,1	21	57,4	14	45,5
VIH total	52	45,8	159	94,5	57	42,5	30	24,8
Dones								
VIH autòctons	1	1,3	4	3,4	3	4,0	2	2,4
VIH immigrants	5	12,4	6	16,3	5	9,1	4	11,9
VIH total	6	5,5	10	6,2	8	5,7	6	4,9

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

Nota: Taxes estandarditzades per edat. En sis casos no es disposava de l'ABS de residència.

La salut: mortalitat i salut sexual i reproductiva

68

Taula V. La mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. AIS, 2013.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Homes				
Defuncions	1.189	2.255	1.796	1.850
Taxa bruta x 100.000 hab.	799,8	930,5	964,6	983,1
Taxa estandarditzada ¹ x 100.000 hab.	1.268,8	1.202,3	1.206,0	1.271,2
Taxa APVP ² estandarditzada	3.806,3	3.008,1	2.805,7	3.747,6
Esperança vida en néixer	79,8	81,4	81,3	80,5
Dones				
Defuncions	1.168	2.489	2.273	1.855
Taxa bruta x 100.000 hab.	788,9	905,7	1.048,0	888,5
Taxa estandarditzada ¹ x 100.000 hab.	741,3	696,1	745,9	747,7
Taxa APVP ² estandarditzada	1.807,9	1.223,0	1.520,2	2.061,1
Esperança vida en néixer	86,5	87,3	86,7	86,3

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

Notes: ¹La població de referència per a estandarditzar les taxes ha sigut la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2013.

²APVP: Anys Potencials de Vida Perduts entre 1 i 70 anys.

Taula VI. La mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades per edat¹ per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. AIS, 2014.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Homes				
Suïcidi	2,8	12,5	3,6	11,7
Sobredosis	2,7	4,9	2,4	6,2
Lesions per accidents de trànsit	5,9	3,9	3,7	5,0
Sida	6,9	3,0	0,0	2,5
Malaltia isquèmica del cor	3,0	3,0	2,6	3,7
Cirrosis	2,8	3,0	1,2	1,2
Totes les causes	66,8	50,2	35,9	70,1
Dones				
Càncer de mama	1,6	2,0	2,3	9,1
Suïcidi	1,5	1,0	3,8	5,1
Sida	0,0	0,0	0,0	0,0
Malaltia cerebrovascular	0,0	0,0	0,0	0,0
Càncer de pulmó	0,0	2,0	1,2	3,7
Cirrosis	1,6	0,0	0,0	1,4
Totes les causes	35,2	13,0	20,8	47,5

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

Notes: ¹ La població de referència per a estandarditzar les taxes ha sigut la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2013.

Taula VII. La mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades per edat¹ per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. AIS, 2013.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Homes				
Càncer de pulmó	156,7	121,6	144,4	160,6
Malaltia isquèmica del cor	97,3	80,5	61,5	81,4
Càncer de còlon	31,0	30,2	37,3	51,1
Cirrosi	28,1	28,5	20,0	42,7
Malaltia cerebrovascular	21,5	20,7	18,6	37,4
Totes les causes	1.018,3	754,8	814,9	898,2
Dones				
Càncer de mama	35,4	41,4	43,9	40,5
Càncer de pulmó	39,6	36,1	40,0	32,3
Càncer de còlon	29,2	23,4	30,1	16,0
Malaltia cerebrovascular	23,1	11,6	17,4	19,6
Malaltia isquèmica del cor	27,2	19,3	11,2	11,0
Totes les causes	400,0	357,3	379,0	374,6

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

Notes: ¹ La població de referència per a estandarditzar les taxes ha sigut la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2013.**Taula VIII.** La mortalitat en la població de 75 anys i més. Taxes estandarditzades per edat¹ per 100.000 habitants de 75 anys i més. AIS, 2013.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Homes				
Malaltia isquèmica del cor	708,6	824,0	690,5	806,9
Bronquitis, asma i MPOC ²	772,3	440,8	424,9	573,9
Càncer de pulmó	435,6	455,4	355,5	514,6
Malaltia cerebrovascular	490,6	554,5	556,2	505,7
Demència senil	481,9	437,0	480,7	503,1
Totes les causes	7.570,7	7.865,0	7.760,5	7.959,5
Dones				
Demència senil	435,7	459,7	472,5	451,6
Malaltia cerebrovascular	369,5	386,3	407,0	417,9
Malaltia d'Alzheimer	409,5	342,0	439,3	340,9
Malaltia isquèmica del cor	366,4	358,0	420,8	330,4
Insuficiència cardíaca	212,5	195,0	259,1	297,2
Totes les causes	5.020,1	4.830,0	5.182,2	5.098,1

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

Notes: ¹ La població de referència per a estandarditzar les taxes ha sigut la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2013.² MPOC: Malaltia pulmonar obstructiva crònica.

La salut: mortalitat i salut sexual i reproductiva

70

Taula IX. Mortalitat infantil i perinatal. AIS, 2013.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Mortalitat infantil				
Defuncions infantils a 0 anys	5	10	5	9
Taxa mortalitat infantil x 1.000 nascuts vius	2,0	2,4	1,5	1,8
Mortalitat perinatal				
Defuncions perinatals (= >500 g)	7	18	12	11
Taxa mortalitat perinatal x 1.000 (= >500 g)	2,7	4,3	3,6	3,3

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

Taula X. Evolució dels indicadors de salut reproductiva per grups d'edat materna. AIS, 2014.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	8,6	8,2	8,3	8,2
Fecunditat 15-49 anys				
Nombre de naixements	2.538	4.268	3.337	3.259
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	35,2	34,9	34,4	36,0
Nombre d'IVE	947	1.238	933	1.049
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	13,1	10,1	9,6	11,6
Nombre d'embarassos	3.485	5.506	4.270	4.308
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	48,3	45,0	44,0	47,6
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	27,2	22,5	21,9	24,4
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	15,5%	16,5%	17,8%	13,0%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	38,0%	24,5%	26,6%	26,9%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	7,3%	7,0%	6,9%	8,0%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,4%	6,0%	6,6%	6,7%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	7,1%	6,2%	6,7%	7,9%
Fecunditat 15-19 anys				
Nombre de naixements	36	31	32	77
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	6,9	3,0	4,5	9,5
Nombre d'IVE	64	84	83	103
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	12,3	8,2	11,7	12,8
Nombre d'embarassos	100	115	115	180
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	19,2	11,2	16,3	22,3
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	64,0	73,0	72,2	57,2
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	17,9%	14,3%	9,5%	15,8%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	42,9%	71,4%	66,7%	42,1%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	2,8%	6,5%	9,4%	13,0%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	8,3%	3,2%	6,3%	10,4%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	5,6%	16,1%	6,3%	7,8%
Fecunditat 20-24 anys				
Nombre de naixements	172	160	124	226
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	24,3	12,4	13,6	24,6
Nombre d'IVE	189	220	154	204
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	26,7	17,1	16,8	22,2
Nombre d'embarassos	361	380	278	430
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	51,1	29,5	30,4	46,8
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	52,4	57,9	55,4	47,4
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	16,0%	15,9%	11,9%	15,1%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	65,4%	67,4%	70,3%	53,3%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	11,1%	4,4%	7,3%	6,2%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	7,0%	3,8%	9,7%	4,9%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	8,1%	5,6%	8,1%	6,2%

Font d'informació: Les IVE del Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs del Departament de Salut. Els naixements de l'IDESCAT.

Taula X. (continuació) >

La salut: mortalitat i salut sexual i reproductiva

72

Taula X. (continuació) Evolució dels indicadors de salut reproductiva per grups d'edat materna. AIS, 2014.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Fecunditat 25-29 anys				
Nombre de naixements	438	548	402	617
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	41,1	30,9	27,9	55,5
Nombre d'IVE	236	279	200	214
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	22,2	15,7	13,9	19,2
Nombre d'embarassos	674	827	602	831
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	63,3	46,6	41,8	74,7
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	35,0	33,7	33,2	25,8
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	12,3%	15,9%	14,5%	13,4%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	57,8%	45,1%	52,3%	38,1%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	6,9%	6,8%	7,0%	9,2%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	5,7%	5,7%	5,0%	5,5%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	5,3%	5,8%	5,2%	8,9%
Fecunditat 30-34 anys				
Nombre de naixements	822	1.546	1.239	1.080
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	63,2	73,6	69,5	77,0
Nombre d'IVE	216	316	249	237
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	16,6	15,0	14,0	16,9
Nombre d'embarassos	1.038	1.862	1.488	1.317
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	79,8	88,7	83,5	93,9
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	20,8	17,0	16,7	18,0
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	14,4%	14,5%	16,8%	11,6%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	35,2%	22,4%	23,6%	26,3%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	6,2%	7,2%	6,1%	7,9%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,5%	6,0%	5,7%	7,0%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	7,3%	6,1%	6,3%	7,6%
Fecunditat 35-39 anys				
Nombre de naixements	828	1.528	1.185	992
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	61,9	71,3	65,2	59,7
Nombre d'IVE	174	248	170	193
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	13,0	11,6	9,4	11,6
Nombre d'embarassos	1.002	1.776	1.355	1.185
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	74,9	82,9	74,5	71,3
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	17,4	14,0	12,6	16,3
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	17,5%	17,8%	20,0%	13,1%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	27,8%	16,9%	19,0%	16,2%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	7,5%	6,9%	6,0%	7,5%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,5%	5,8%	6,7%	7,4%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	7,9%	6,7%	7,3%	8,2%

Font d'informació: Les IVE del Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs del Departament de Salut. Els naixements de l'IDESCAT.

Taula X. (continuació) Evolució dels indicadors de salut reproductiva per grups d'edat materna. AIS, 2014.

	AIS Litoral Mar	AIS Esquerra	AIS Dreta	AIS Nord
Fecunditat 40-44 anys				
Nombre de naixements	231	421	327	253
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	19,2	21,2	21,0	15,6
Nombre d'IVE	64	87	71	93
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	5,3	4,4	4,6	5,7
Nombre d'embarassos	295	508	398	346
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	24,5	25,6	25,6	21,3
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	21,7	17,1	17,8	26,9
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	17,6%	20,2%	20,8%	14,9%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	28,6%	17,1%	13,7%	19,8%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	8,7%	6,7%	10,1%	8,7%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,5%	6,9%	9,2%	6,7%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,9%	3,8%	7,7%	7,1%
Fecunditat 45-49 anys				
Nombre de naixements	11	34	28	14
Taxa de fecunditat (per 1.000 dones)	1,0	1,8	1,9	0,9
Nombre d'IVE	4	4	6	5
Taxa d'IVE (per 1.000 dones)	0,4	0,2	0,4	0,3
Nombre d'embarassos	15	38	34	19
Taxa d'embarassos (per 1.000 dones)	1,4	2,0	2,3	1,3
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	26,7	10,5	17,7	26,3
Resultats de l'embaràs				
% naixements amb només un dels pares de fora d'Espanya	12,5%	24,1%	11,5%	8,3%
% naixements amb tots dos pares de fora d'Espanya	12,5%	10,3%	26,9%	8,3%
% naixements amb baix pes en néixer (<2500 g)	27,3%	20,6%	32,1%	0,0%
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	0,0%	20,6%	21,4%	0,0%
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	9,1%	8,8%	3,6%	0,0%

Font d'informació: Les IVE del Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs del Departament de Salut. Els naixements de l'IDESCAT.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

+B Agència
de Salut Pública

