



## La salut a Barcelona 2015



**La salut a Barcelona 2015**

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 Rua**

Cap del Servei de Sistemes d'Informació Sanitària  
**Catherine Pérez González**

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 6005-2017

Desembre 2016

Paper offset ecològic certificat pel  **PEFC**

## La salut a Barcelona 2015

### 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*

Miguel Alarcón (ASPB), Alba Benaque (CSB), Montse Bartrolí (ASPB), Josep Benet (CSB), Carme Beni (CSB), Patricia Bernaus (CSB), Joan Artur Caylà (ASPB), Anna Coma (CSB), Imma Cortès (ASPB), Ester Cros (CSB), Èlia Díez (ASPB), Júlia Duran (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Manuel Fernández (ASPB), Anna Garcia (CSB), Patricia Garcia de Olalla (ASPB), Alex Guarga (CSB), Josep Gómez (DRiC), Davide Malmusi (DSS), Silvia Martín (ASPB), Tomas Montalvo (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), Ramon Pablo (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Montse Puigdollers (CSB), Toñi Salazar (CSB), Elvira Torné (CSB), Imma Vallverdú (CSB), Corinne Zara (CSB).

#### *El context físic*

Anna Gómez (ASPB), Arantxa Millas (DRCA), Ana M. Novoa (ASPB), Marc Rico (ASPB), Montserrat Ramoneda (ASPB), Laura Zapata (DRCA).

#### *Els comportaments relacionats amb la salut*

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

#### *La salut*

Carles Ariza (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Carme Borrell (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), M. Jesús Calvo (DGTP), Joan Artur Caylà (ASPB), Berta Cormenzana (AEU), Imma Cortès (ASPB), Èlia Díez (ASPB), Cynthia Echave (AEU), Albert Espelt (ASPB), Patricia Garcia (ASPB), Josep Gómez (DRiC), Ana M. Novoa (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Montserrat Pallarés (DRC), Catherine Pérez (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Maica Rodríguez-Sanz (ASPB), Elena Santamariña (ASPB).

#### Monogràfics

*Impacte de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona en la salut*  
Mar Álvarez (ISG), Mark Nieuwenhuijsen (ISG), Jordi Sunyer (ISG).

#### *L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu*

Lucía Baranda, Marina Bosque-Prous (ASPB), Maria Teresa Brugal (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Joan R. Villalbí (ASPB).

#### *Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona*

Joan Artur Caylà (ASPB), Esteve Camprovi (ASPB), Patricia Garcia de Olalla (ASPB), Sandra Manzanares (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Cristina Rius (ASPB).

---

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona

CSB: Consorci Sanitari de Barcelona

DRiC: Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona

DSS: Direcció de Serveis de Salut de l'Ajuntament de Barcelona  
DRCA: Departament de Reducció de la Contaminació Acústica de l'Ajuntament de Barcelona. Direcció d'Energia i Qualitat Ambiental (Gerència d'Ecologia, Urbanisme i Mobilitat) de l'Ajuntament de Barcelona

ISG: Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal)

DGTP: Departament d'Estudis i Programació, Gabinet Tècnic de Programació, Ajuntament de Barcelona

AEU: Agència d'Ecologia Urbana



# Índex: La salut a Barcelona 2015

<b>Presentació</b>	<b>7</b>	5
<b>Resum executiu</b>	<b>8</b>	
<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>12</b>	
<b>Executive Summary</b>	<b>16</b>	
<b>Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes</b>	<b>20</b>	
<b>El context socioeconòmic</b>	<b>23</b>	
Les condicions sociodemogràfiques .....	24	
L'entorn domèstic: la violència masclista .....	25	
L'entorn econòmic .....	25	
Les condicions de vida: l'atenció a les persones amb dependència .....	27	
La participació de la comunitat.....	28	
Els serveis sanitaris .....	29	
Les accions en salut pública.....	36	
<b>El context físic</b>	<b>39</b>	
Les condicions de l'habitatge .....	40	
La seguretat alimentària .....	41	
La qualitat de l'aire .....	43	
La qualitat de l'aigua.....	45	
La contaminació acústica .....	48	
<b>La salut</b>	<b>51</b>	
L'esperança de vida .....	52	
L'estat de salut percebut .....	52	
La mobilitat.....	53	
L'alimentació saludable .....	54	
L'obesitat i l'excés de pes .....	54	
La salut laboral.....	55	
La salut sexual i reproductiva.....	58	
La salut mental i les addiccions.....	60	
Els trastorns crònics.....	63	
Les lesions per col·lisió de trànsit .....	65	
Les malalties transmissibles .....	67	
Les infeccions per VIH/sida.....	67	
Les altres infeccions de transmissió sexual.....	68	
La tuberculosi.....	70	
La mortalitat .....	72	
Les desigualtats en salut als barris .....	74	
<b>Monogràfics</b>	<b>81</b>	
Impacte en salut de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona .....	82	
L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu .....	85	
Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona .....	87	
<b>La salut en xifres</b>	<b>91</b>	







# Presentació

L'Informe de Salut presenta els determinants de la salut, l'estat de salut i la desigualtat en salut als barris de Barcelona i constitueix a dia d'avui una eina bàsica per al monitoratge i el disseny de polítiques de promoció de la salut. L'edició de l'any anterior ens va servir per identificar els barris amb més necessitats, en els quals durant el 2015 es van intensificar els programes de salut als barris i es van prioritzar els recursos, noves inversions sanitàries i línies prioritàries d'acció que s'han incorporat al Programa d'Actuació Municipal i al Pla de Salut de Barcelona com la salut mental, sexual, ambiental i laboral.

L'informe que es presenta aquest any continua l'esforç de renovació i adaptació als nous reptes de la ciutat. Vull destacar l'aprofundiment monogràfic en l'impacte de la contaminació atmosfèrica en la salut i l'ampliació de la informació sobre determinants de la salut com l'habitatge, la mobilitat o el soroll, i la incorporació per primer cop d'indicadors de qualitat, d'ús per districtes i de privatització en l'apartat de serveis sanitaris.

L'informe mostra com, malgrat els bons nivells de salut que hi ha al conjunt de la ciutat, persisteixen àrees de millora. En la qualitat de l'aire s'observa un canvi de tendència vers l'increment dels valors dels contaminants de partícules  $PM_{10}$  i  $NO_2$  coincidint amb la recuperació econòmica. L'anàlisi de l'aigua a les aixetes de la ciutadania en edificacions antigues continua assenyalant l'excés de plom com a primera incidència. La ciutat té uns nivells importants de soroll, per causa principalment del tràfic rodat al matí i de l'oci nocturn durant la nit.

Entre els resultats en salut, aquest any l'esperança de vida es manté sense canvis significatius i continua la tendència a la baixa de la mortalitat en la majoria de causes amb algunes excepcions, com el càncer de pulmó en dones; en canvi la mortalitat prematura experimenta un lleuger increment. Continua la reducció en la incidència de la tuberculosi, i la incidència d'infecció pel VIH es manté alta en alguns grups de risc, igual que la incidència de les infeccions de transmissió sexual. L'atur, el nivell d'ocupació, les condicions laborals i les desigualtats de gènere afecten la salut mental.

En conjunt, les fortes desigualtats de diversos indicadors de salut i els seus determinants socioeconòmics entre els districtes i barris de la ciutat ens marquen la necessitat de continuar aprofundint en les mesures de disminució d'aquestes desigualtats.

**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 cedides per l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2015 la població de Barcelona ha estat de 1.609.468 persones, 762.517 homes (47,4%) i 846.951 dones (52,6%). S'ha continuat reduint el nombre de persones d'entre 15 i 44 anys, aproximadament un 10% els darrers 10 anys. Un 22,3% de les persones ha nascut fora de l'Estat espanyol, amb una procedència molt diferent segons el districte. L'any 2015, 20.410 homes i 68.302 dones de 65 anys o més vivien sols, i també vivien sols el 55,0% dels homes i el 68,5% de les dones de 75 anys o més. Segueix la tendència d'anys anteriors de reducció del percentatge de persones amb estudis primaris o menys i d'augment del d'aquelles amb estudis universitaris.

### L'entorn domèstic: la violència masclista

L'any 2015 s'ha atès 1.725 unitats familiars (unipersonals o de diverses persones), cosa que representa un increment del 15% respecte del 2014, d'aquestes unitats familiars s'han atès 1.483 dones que viuen o han viscut violència masclista, que representa un increment del 9,7% respecte del 2014. En el 72,2% dels casos la procedència de les dones ha estat l'Estat espanyol i en el 27,8%, altres països.

### L'entorn econòmic

El 2015 ha disminuït la taxa d'atur al 13,3% en homes i al 14,6% en dones (2014: 16,9% i 17,1%, respectivament), i ha augmentat la taxa d'ocupació, en part motivada per la disminució de la població activa. Tanmateix hi ha hagut un increment de les persones aturades que no han cobrat cap prestació econòmica i s'evidencien indicis d'abandonament del mercat de treball de persones aturades que no han trobat feina. D'altra banda, s'ha produït un increment de les desigualtats de gènere, que es posen de manifest en l'augment de les diferències entre homes i dones quant a l'ocupació, l'atur i les jornades parcials.

### Les condicions de vida: l'atenció a les persones amb dependència

Des de l'any 2007, l'Ajuntament de Barcelona

s'encarrega de l'elaboració del Pla Individual d'Atenció dels ciutadans i ciutadanes amb grau de dependència reconegut. L'any 2015 s'ha atès 32.188 persones al programa (2014: 34.681), amb diferències segons el districte: per sota d'1,8 persones ateses per cada 100 habitants a Sarrià - Sant Gervasi, Les Corts, Ciutat Vella, Gràcia i Sants-Montjuïc; entre 1,8 i 2,2 a l'Eixample, Sant Andreu i Sant Martí, i per sobre de les 2,2 persones a Nou Barris i Horta-Guinardó.

### La participació de la comunitat

Es fa esment del procés de participació per a l'elaboració del nou Pla d'Actuació Municipal 2016-2019 de l'Ajuntament de Barcelona. El procés ha recollit propostes de la ciutadania a través d'una plataforma en línia, decidim.barcelona, amb més de 22.600 usuaris registrats, i a través d'un total de 428 cites/debats presencials, 24 dels quals s'han referit específicament a l'àmbit de la salut.

### Els serveis sanitaris

En conjunt s'observa com els districtes amb indicadors socioeconòmics més desfavorables presenten valors d'ús de serveis sanitaris més elevats, i les dones també presenten valors d'ús superiors als dels homes.

En el primer nivell d'accés a l'assistència sanitària, l'atenció primària ha donat cobertura al 74% de la població infantil i al 70% de l'adulta. Cal destacar l'alta utilització dels serveis d'urgències. Pel que fa a l'atenció especialitzada, els darrers cinc anys s'ha reduït un 98% el nombre de persones que esperen més de sis mesos per un procediment quirúrgic garantit i un 67% les que esperen més d'un any per un procediment amb temps de referència. Es consolida la tendència a impulsar l'atenció subaguda com a alternativa a l'hospitalització convencional.

### Les accions en salut pública

De les diverses accions i els diversos programes empresos enguany per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), es resumeixen en aquest informe tres intervencions en què l'Agència ha participat o que ha difós, i que fan servir de manera eficaç les xarxes socials com a vehicle de comunicació amb la ciutadania: Sortim Barcelona, per a la prevenció de conductes de risc en joves; MosquitAlert, per a la prevenció de la plaga de mosquits, i una aplicació per a la promoció de les proves del VIH i altres malalties de transmissió sexual.

## El context físic

### Les condicions de l'habitatge

Les condicions de l'habitatge repercuteixen en la salut, un fet rellevant en l'actual situació d'emergència habitacional. L'any 2015 s'han produït a la ciutat de Barcelona 5.036 procediments judicials lligats al lloguer (un 6,7% menys que l'any 2014) i 1.113 per execució hipotecària (un 61,3% menys que l'any anterior). També s'ha comptabilitzat un total de 2.799 persones sense llar i 53.889 persones (un 3,3% de la població) inscrites al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protec-

ció Oficial de Barcelona. Per donar resposta a la situació d'emergència habitacional a la ciutat, s'han impulsat els ajuts al lloguer (augment del 68,5% respecte al 2014), els habitatges per a emergències socials (augment del 61,1%) i la disponibilitat de parc de lloguer protegit (augment del 0,9%).

### La seguretat alimentària

L'any 2015 s'ha fet un total de 482 actuacions de control als dos grans mercats centrals de la ciutat (Mercat Central del Peix i Mercat Central de Fruïtes i Hortalisses). Les actuacions han consistit en inspeccions d'instal·lacions, autocontrols, processos i producte. S'ha mostregjat un total de 153 productes, i en 15 d'aquestes mostres s'ha detectat alguna no conformitat amb la normativa. A l'escorxador, s'han inspeccionat 69.799 bovins, 317.300 petits remugants i 2.006 equins. Els percentatges per mil de decomisos totals han estat d'un 0,4‰ en boví, un 0,3‰ en oví, un 0,6‰ en cabrit i un 4,0‰ en equí. S'ha pres un total de 354 mostres per a la investigació de residus, amb resultat conforme en el 100% de les mostres analitzades.

### La qualitat de l'aire

L'avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona l'any 2015 mostra un empitjorament significatiu respecte a l'any anterior. Les mitjanes anuals de la ciutat s'han incrementat per als contaminants crítics: un 11% en el cas del diòxid de nitrogen (NO<sub>2</sub>), de 38,7 a 42,9 µg/m<sup>3</sup>, un 13% per a les partícules PM<sub>10</sub>, de 24,5 a 27,7 µg/m<sup>3</sup>, i un 16% per a les partícules més fines (PM<sub>2,5</sub>), de 14,7 a 17,1 µg/m<sup>3</sup>. Aquest empitjorament de la qualitat de l'aire és en part atribuïble a l'increment de la mobilitat urbana i de l'activitat econòmica en general respecte a l'any anterior. Cal afegir-hi també que en el cas del benzè i del benzo(a)pirè, dos carcinògens reconeguts, es complien els valors objectius establerts per la Unió Europea però se superaven els nivells de referència de l'OMS en les estacions properes a les emissions de trànsit.

### La qualitat de l'aigua

Durant aquest 2015 s'ha realitzat un total de 312 controls de desinfectant a la xarxa pública d'abastament, s'han recollit 151 mostres de verificació i no s'ha observat cap incompliment de

la normativa. També s'han realitzat 349 controls a aixetes d'habitatges i locals. L'incompliment detectat amb un 21% ha estat l'excés de plom a l'aigua de consum dels habitatges a causa d'instal·lacions amb canonades antigues (2014: 38%). Durant el 2015 l'ASPB ha revisat i actualitzat el cens de fonts naturals de la ciutat, majoritàriament situades a la zona de Collserola. Els controls realitzats a les 31 fonts naturals han mostrat incidències microbiològiques en un 87% dels casos, i excés de nitrats en el 16%, fet que les fa no adequades per al consum humà.

### La contaminació acústica

Barcelona, com altres ciutats europees, té uns nivells apreciables de soroll, fruit de la convivència d'usos, d'un ús intensiu del carrer i, sobretot, del trànsit de vehicles de motor durant el dia i de l'oci nocturn durant la nit. El Mapa de soroll de Barcelona s'actualitza cada cinc anys i l'últim disponible correspon a l'any 2012. L'Eixample era el districte exposat a nivells més alts de trànsit pel fet de ser l'eix bàsic de mobilitat a la ciutat. La proporció de població exposada a nivells de soroll mitjans i alts va disminuir entre el 2009 i el 2012 tant pel que fa al dia (-3%, de 43,6 a 40,2 decibels) com a la nit (-4%, de 59,8 a 56,2 decibels).

### La salut

#### L'esperança de vida

L'any 2014 l'esperança de vida va ser de 80,5 anys en els homes i de 86,7 anys en les dones (era de 80,7 anys en els homes i 86,6 anys en les dones el 2013), lleugerament per sobre de la de Catalunya (80,5 i 86,1 anys, respectivament) i la de l'Estat espanyol (80,1 i 85,7 anys). En conjunt l'esperança de vida el 2014 era de 83,9 anys (2013: 83,8). Es mantenen les diferències en l'esperança de vida per barris.

#### L'estat de salut percebut

El percentatge de persones majors de 15 anys que han declarat tenir una salut regular o dolenta en el període 2011-2015 ha estat del 16,5% en homes i del 20,8% en dones (2011-2014: 15,8% i 20,8%, respectivament). Les diferències en la mala salut autopercebuda en les persones desocupades en ambdós sexes han estat el doble que les de les persones ocupades pel mateix període.

#### La mobilitat

El transport actiu (a peu i en bicicleta) permet incorporar més activitat física a la vida diària de les persones, cosa que suposa beneficis directes sobre la salut. Segons les dades de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona (EMEF) l'ús dels modes de transport actius varia entre districtes. Els districtes que tenen una elevada mobilitat interna en transports actius han estat: Sants-Montjuïc i Sant Andreu amb una elevada mobilitat a peu i en bicicleta; Ciutat Vella, Les Corts, Nou Barris i Gràcia amb una elevada mobilitat a peu, i l'Eixample i Sant Martí amb una elevada mobilitat en bicicleta. Els districtes que tenen una elevada mobilitat de connexió en transport actiu són: Ciutat Vella i Gràcia amb una elevada mobilitat a peu i en bicicleta; l'Eixample i Sant Andreu amb

# Resum executiu

10

una elevada mobilitat a peu, i Sants-Montjuïc i Sant Martí amb una elevada mobilitat en bicicleta.

## L'alimentació saludable

Durant el període 2011-2015, en ambdós sexes en la població infantil i adolescent de Barcelona menys d'1 de cada 10 persones ha complert la recomanació de prendre 5 o més racions de fruites i verdures, segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA). Això suposa un baix compliment de l'hàbit nutricional. En la població adulta les prevalences no han superat el 10% en els homes i el 15% en les dones. Es tracta de valors molt baixos i que fan recomanable la insistència dels programes i les campanyes nutricionals.

## L'obesitat i l'excés de pes

L'excés de pes segueix sent un indicador important de morbiditat i mortalitat en el nostre entorn. A la vegada, la promoció i el manteniment d'un normopès es revela com una de les principals pràctiques saludables. Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), en el període que va del 2011 al 2015, el sobrepès en els homes s'ha mantingut en el 19-20% i l'obesitat en el 14-15% (2011-2014: 19,9% i 13,8%, respectivament). En les dones el sobrepès ha pujat al 29-30%, mentre que l'obesitat s'ha mantingut pels volts del 13%. En els homes hi ha hagut una tendència a l'augment del normopès en aquest període, fins a xifres del 65-66% (2011-2014: 25% i 12,2%, respectivament).

## La salut laboral

De les persones assalariades, el 16% ha declarat percebre inseguretats laborals, més freqüent entre les persones joves que tenien contractes temporals i les que treballaven sense contracte. La insatisfacció amb les condicions de treball ha estat molt superior en les persones amb relacions laborals inestables. Les jornades parcials han estat més freqüents en les dones, mentre que les jornades que superen les 40 hores setmanals ho han estat en els homes i les persones més grans. Hi ha hagut pocs canvis en els indicadors de salut laboral, que en general han tendit a disminuir, excepte les lesions per accidents de treball mortals (de 17 a 25 morts, molt influïdes, però, per un accident aeri) i les malalties relacionades amb

el treball (de 465 a 531), que han seguit la tendència a l'augment dels darrers anys.

## La salut sexual i reproductiva

L'any 2015 s'han produït 14.451 naixements, amb una taxa de fecunditat de 37,1 naixements per 1.000 dones en edat fèrtil (2014: 13.984 i 36,6, respectivament). La fecunditat global no mostra canvis els darrers anys, tanmateix des del 2003 la fecunditat de les dones de 35 a 44 anys s'ha incrementat, mentre que la de les dones de 20 a 34 anys ha disminuït. Els naixements de les dones adolescents també han anat disminuint, sobretot des de la crisi econòmica, i als districtes de Ciutat Vella i Sants-Montjuïc, tot i que continuen sent alts a Nou Barris.

## La salut mental i les addiccions

### La salut mental

Segons la situació laboral, ha declarat tenir un grau entre moderat i molt alt d'ansietat o sentir-se deprimida el 4,4% dels homes i el 7,3% de les dones que treballaven, mentre que entre les persones aturades ho ha declarat el 10,8% dels homes i el 7,1% de les dones. Els districtes amb menor renda tenen un percentatge més elevat de persones que declaren sentir-se ansioses o deprimides (dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya, 2011-2015).

L'any 2015 als centres d'atenció primària de la ciutat s'han notificat 375 casos de trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona (317 casos el 2014). Es tracta de trastorns majoritàriament de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (66,9%).

Als centres de salut mental d'adults s'ha atès 44.953 persones i als centres de salut mental infantil i juvenil 12.066 (2014: 42.704 i 10.517, respectivament). Entre els anys 2005 i 2015 ha augmentat el percentatge de persones adultes ateses amb trastorn mental greu; s'ha passat d'un 22,2% a un 32% del total de persones ateses als centres de salut mental. En la població infantil i juvenil s'ha passat d'un 4,2% el 2005 a un 10,05% el 2015.

### Les addiccions

A la xarxa pública de centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) de Barcelona s'ha registrat un total de 4.430 inicis de tractament l'any 2015 (4.252 inicis de tractament el 2014). La principal substància per la qual es demana tractament als CAS de la xarxa pública de Barcelona és l'alcohol amb un 48%, seguit dels trastorns per consum d'heroïna i altres opiacis o el trastorn per consum de cocaïna amb un 16% dels inicis cadascun. S'han registrat 34 sobredosis mortals, un 38% menys que l'any anterior. Existeixen diferències entre els barris pel que fa a la problemàtica del consum de drogues, que tendeix a concentrar-se a la zona est, nord-est, el litoral de Ciutat Vella i la Zona Franca.

### Els trastorns crònics

D'entre els trastorns més prevalents han destacat, segons l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona, la pressió arterial alta (25,5% en homes i 21,8% en dones) i el colesterol elevat en sang (20,7% homes i 19,1% en dones), el mal d'esquena lumbar amb el 16,1% en homes i el 28,1% en dones. Entre els infants de menys de 15 anys els principals trastorns crònics han estat la bronquitis crònica (10%), l'otitis de repetició i l'enuresi (8,0% cadascun) i les al·lèrgies cròniques (7%). Es constata un gradient socioeconòmic en el fet de tenir com a mínim un trastorn crònic. Les persones de classe ocupacional més desfavorida són les que en presenten un major percentatge, especialment les dones. S'observen també diferències per districte en la distribució de risc alt i moderat en la multimorbiditat crònica.

### Les lesions per col·lisió de trànsit

L'any 2015 s'han produït a la ciutat de Barcelona 9.098 col·lisions de trànsit, que han ocasionat víctimes i han tingut com a conseqüència 11.793 persones lesionades i 27 mortes durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. El nombre de persones lesionades ha augmentat un 3,6% respecte a l'any 2014 (d'11.411 a 11.819), en canvi el nombre de persones mortes ha disminuït un 12,9% (s'ha passat de 31 el 2014 a 27 el 2015).

### Les malalties transmissibles

#### Les infeccions per VIH/sida

A Barcelona, des de l'any 2012 la incidència de la infecció per VIH es manté, el 2015 se situa en 23,4 casos per 100.000 habitants (2014: 23,3). Malgrat això continua sent molt alta i és la tercera malaltia de declaració obligatòria més freqüent a la ciutat, després de la gonocòccia i de la sífilis. Afecta de manera desproporcionada homes joves amb relacions homosexuals. L'any 2015, el 39% de les persones diagnosticades de VIH tenien un recompte de CD4 per sota de 350

cèl·lules/mm<sup>3</sup> (2014: 36%), i això s'associa amb una major mortalitat i morbiditat. Un repte important a la nostra ciutat continua sent el diagnòstic precoç de la infecció per VIH, per tal de millorar la qualitat de vida de les persones afectades i evitar noves transmissions. Hi ha una necessitat urgent d'augmentar les oportunitats per oferir les proves del VIH i millorar l'estudi de les parelles sexuals.

#### Les altres infeccions de transmissió sexual

Des de l'any 2007 s'observa una tendència creixent de la incidència de la sífilis (una taxa de 31,3 casos per 100.000 habitants el 2015 i 31,1 el 2014), la gonocòccia (36,5 el 2015 i 35,1 el 2014), i el limfogranuloma (14,3 el 2015 i 14,2 el 2014 en homes). La major part dels casos ocorren en homes joves amb relacions homosexuals. La prevenció i el control d'aquestes infeccions requereixen una resposta coordinada des de l'assistència, amb major implicació dels serveis de salut pública i de la iniciativa social a fi de reforçar les intervencions per reduir exposicions de risc i augmentar el diagnòstic i el tractament precoç.

#### La tuberculosi

Durant l'any 2015 s'han detectat 280 casos de tuberculosi en persones residents a la ciutat, 183 homes i 97 dones. La incidència ha disminuït més d'un 6% respecte a l'any anterior (de 18,6 per 100.000 habitants el 2014 a 17,4 el 2015), i és en la població immigrant on la davallada ha estat més important. La malaltia ha estat més freqüent a Ciutat Vella, en població immigrant i en els barris amb renda més baixa.

#### La mortalitat

La taxa de mortalitat continua amb la tendència decreixent dels anys anteriors en ambdós sexes (de 1.084,2 per 100.000 habitants el 2013 en homes a 1.076,3 el 2014, i en dones de 611 a 607,8). Per contra, la mortalitat prematura ha experimentat un lleuger augment respecte a l'any anterior, tot i que la tendència dels darrers anys és decreixent. La mortalitat també s'ha reduït en tots els grups d'edat i per a la majoria de causes. No obstant això, algunes causes presenten una tendència creixent, com el tumor maligne de pulmó en dones de 45 a 74 anys i la demència senil i la malaltia d'Alzheimer en persones de 75 anys i més.

#### Les desigualtats en salut als barris

L'any 2014 la matriu Urban HEART Barcelona va permetre identificar els 18 barris de Barcelona amb una major problemàtica. En el present Informe de Salut es presenta la matriu amb l'actualització de dades per a l'any 2015. S'observa que en els 18 barris millora el 58,8% dels indicadors mentre que en els 55 barris restants millora el 60,3% dels indicadors, fet que suposa que les desigualtats en salut per barris es mantenen.



# Resumen ejecutivo

12

## El contexto socioeconómico

### Las condiciones sociodemográficas

Según datos del Padrón Municipal de Habitantes cedidas por el Ayuntamiento de Barcelona, en el año 2015 la población de Barcelona ha sido de 1.609.468 personas, 762.517 hombres (47,4%) y 846.951 mujeres (52,6%). Se ha seguido reduciendo la cifra de personas de entre 15 y 44 años, aproximadamente un 10% en los últimos 10 años. Un 22,3% de las personas ha nacido fuera del Estado español, con una procedencia muy diferente según el distrito. En 2015, 20.410 hombres y 68.302 mujeres de 65 años o más vivían solos, y también vivían solos el 55,0% de los hombres y el 68,5% de las mujeres 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 aquellas con estudios universitarios.

### El entorno doméstico: la violencia machista

En 2015 han recibido atención 1.725 unidades familiares (unipersonales o de varias personas), lo que representa un incremento del 15% respecto al 2014, de estas unidades familiares se ha atendido a 1.483 mujeres que viven o han vivido violencia machista, lo que representa un incremento del 9,7% respecto al año 2014. En el 72,2% de los casos la procedencia de las mujeres ha sido el Estado español y en el 27,8%, otros países.

### El entorno económico

En 2015 la tasa de paro ha disminuido al 13,3% en hombres y al 14,6% en mujeres (2014: 16,9% y 17,1%, respectivamente), y ha aumentado la tasa de empleo, en parte motivado por la disminución de la población activa. Sin embargo ha habido un incremento de las personas paradas que no han cobrado ninguna prestación económica y se evidencian indicios de abandono del mercado laboral de personas desempleadas que no han encontrado trabajo. Por otro lado, se ha producido un incremento de las desigualdades de género, que se ponen de manifiesto en el aumento de las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al empleo, el paro y las jornadas parciales.

### Las condiciones de vida: la atención a las personas con dependencia

Desde el año 2007, el Ayuntamiento de Barce-

lona se encarga de la elaboración del Plan Individual de Atención de los ciudadanos con grado de dependencia reconocido. En 2015 se ha atendido a 32.188 personas en el programa (2014: 34.681 personas), con diferencias según el distrito: por debajo de 1,8 personas atendidas por cada 100 habitantes en Sarrià - Sant Gervasi, Gràcia, Ciutat Vella, Gràcia y Sants-Montjuïc; entre 1,8 y 2,2 en el Eixample, Sant Andreu y Sant Martí, y por encima de las 2,2 personas en Nou Barris y Horta-Guinardó.

### La participación de la comunidad

Se hace mención del proceso de participación para elaborar el nuevo Plan de Actuación Municipal 2016-2019 del Ayuntamiento de Barcelona. El proceso ha recogido propuestas de la ciudadanía a través de una plataforma en línea, decidim.barcelona, con más de 22.600 usuarios registrados, y a través de un total de 428 citas/debates presenciales, 24 de los cuales se han referido específicamente al ámbito de la salud.

### Los servicios sanitarios

En conjunto se observa que los distritos con indicadores socioeconómicos más desfavorables presentan valores de uso de servicios sanitarios más elevados, y las mujeres también presentan valores de uso superiores a los de los hombres. En el primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria, la atención primaria ha dado cobertura al 74% de población infantil y al 70% de la adulta. Cabe destacar la alta utilización de los servicios de urgencias. En cuanto a la atención especializada, los últimos cinco años se ha reducido un 98% el número de personas que esperan más de seis meses para un procedimiento quirúrgico garantizado, y un 67% las que esperan más de un año por un procedimiento con tiempo de referencia. Se consolida la tendencia a impulsar la atención subaguda como alternativa a la hospitalización convencional.

### Las acciones en salud pública

De las distintas acciones y los distintos programas emprendidos este año por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), en este informe se resumen tres intervenciones en las que la Agencia ha participado o que ha difundido, y que utilizan de forma eficaz las redes sociales como vehículo de comunicación con la ciudadanía: Sortim Barcelona, para la prevención de conductas de riesgo en jóvenes; MosquitAlert, para la prevención de la plaga de mosquitos, y una aplicación para la promoción de las pruebas del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

## El contexto físico

### Las condiciones de la vivienda

Las condiciones de la vivienda repercuten en la salud, un hecho relevante en la actual situación de emergencia habitacional. En 2015 se han producido en la ciudad de Barcelona 5.036 procedimientos judiciales ligados al alquiler (un 6,7% menos que en 2014) y 1.113 por ejecución hipotecaria (un 61,3% menos que el año anterior). También se ha contabilizado un total de 2.799 personas sin hogar y 53.889 personas (un 3,3% de la población) inscritas en el Registro de Solicitantes de Vivienda

de Protección Oficial de Barcelona. Para dar respuesta a la situación de emergencia habitacional en la ciudad, se han impulsado las ayudas al alquiler (aumento del 68,5% respecto al 2014), las viviendas para emergencias sociales (aumento del 61,1%) y la disponibilidad de parque de alquiler protegido (aumento del 0,9%).

### La seguridad alimentaria

En el año 2015 se ha llevado a cabo un total de 482 actuaciones de control en los dos grandes mercados centrales de la ciudad (Mercado Central del Pescado y Mercado Central de Frutas y Hortalizas). Las actuaciones han consistido en inspecciones de instalaciones, autocontroles, procesos y producto. Se ha muestreado un total de 153 productos, y en 15 de estas muestras se ha detectado alguna no conformidad con la normativa. En el matadero, se han inspeccionado 69.799 bovinos, 317.300 pequeños rumiantes y 2.006 equinos. Los porcentajes por mil de decomisos totales han sido de un 0,4 ‰ en bovino, un 0,3 ‰ en ovino, un 0,6 ‰ en cabrito y un 4,0 ‰ en equino. Se ha tomado un total de 354 muestras para la investigación de residuos, con resultado conforme en el 100% de las muestras analizadas.

### La calidad del aire

La evaluación de la calidad del aire en la ciudad de Barcelona en el año 2015 muestra un empeoramiento significativo respecto al año anterior. Las medias anuales de la ciudad se han incrementado para los contaminantes críticos: un 11% en el caso del dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), de 38,7 a 42,9 µg/m<sup>3</sup>, un 13% para las partículas PM<sub>10</sub>, de 24,5 a 27,7 µg/m<sup>3</sup>, y un 16% para las partículas más finas (PM<sub>2,5</sub>), de 14,7 a 17,1 µg/m<sup>3</sup>. Este empeoramiento de la calidad del aire es en parte atribuible al incremento de la movilidad urbana y de la actividad económica en general con respecto al año anterior. Hay que añadir también que en el caso del benceno y del benzo(a)pireno, dos carcinógenos reconocidos, se cumplían los valores objetivos establecidos por la Unión Europea pero se superaban los niveles de referencia de la OMS en las estaciones cercanas a las emisiones de tráfico.

### La calidad del agua

Durante este 2015 se ha realizado un total de 312 controles de desinfectante en la red pública de abastecimiento, se han recogido 151 mues-

tras de verificación y no se ha observado ningún incumplimiento de la normativa. También se han realizado 349 controles en grifos de viviendas y locales. El incumplimiento detectado con un 21% ha sido el exceso de plomo en el agua de consumo de las viviendas debido a instalaciones con tuberías antiguas (2014: 38%). Durante el 2015 la ASPB ha revisado y actualizado el censo de fuentes naturales de la ciudad, en su mayoría situadas en la zona de Collserola. Los controles realizados en las 31 fuentes naturales han mostrado incidencias microbiológicas en un 87% de los casos, y exceso de nitratos en el 16%, lo que las hace no adecuadas para el consumo humano.

### La contaminación acústica

Barcelona, como otras ciudades europeas, tiene unos niveles apreciables de ruido, fruto de la convivencia de usos, de un uso intensivo de la calle y, sobre todo, del tráfico de vehículos de motor durante el día y del ocio nocturno durante la noche. El Mapa de ruido de Barcelona se actualiza cada cinco años y el último disponible corresponde al año 2012. El Eixample era el distrito expuesto a niveles más altos de tráfico por ser el eje básico de movilidad en la ciudad. La proporción de población expuesta a niveles de ruido medios y altos disminuyó entre 2009 y 2012 tanto durante el día (-3%, de 43,6 a 40,2 decibelios) como por la noche (-4%, de 59,8 a 56,2 decibelios).

### La salud

#### La esperanza de vida

En el año 2014 la esperanza de vida fue de 80,5 años en los hombres y de 86,7 años en las mujeres (era de 80,7 años en los hombres y 86,6 años en las mujeres en 2013), ligeramente por encima de la de Cataluña (80,5 y 86,1 años, respectivamente) y la de España (80,1 y 85,7 años). En conjunto en 2014 la esperanza de vida era de 83,9 años (2013: 83,8). Se mantienen las diferencias en la esperanza de vida por barrios.

#### El estado de salud percibido

El porcentaje de personas mayores de 15 años que han declarado tener una salud regular o mala en el período 2011-2015 ha sido del 16,5% en hombres y del 20,8% en mujeres (período 2011-2014: 15,8% y 20,8%, respectivamente). Las diferencias en la mala salud autopercibida en las personas desocupadas en ambos sexos han sido el doble que las de las personas empleadas en el mismo período.

#### La movilidad

El transporte activo (a pie y en bicicleta) permite incorporar más actividad física en la vida diaria de las personas, lo que supone beneficios directos sobre su salud. Según los datos de la Encuesta de Movilidad en Día Laborable de Barcelona (EMEF), el uso de los modos de transporte activos varía entre distritos. Los distritos que tienen una elevada movilidad interna en transportes activos han sido: Sants-Montjuïc y Sant Andreu con una elevada movilidad a pie y en bicicleta; Ciutat Vella, Eixample, Nou Barris y Gràcia con una elevada movilidad a pie, y el Eixample y

## Resumen ejecutivo

14

Sant Martí con una elevada movilidad en bicicleta. Los distritos que tienen una elevada movilidad de conexión en transporte activo son: Ciutat Vella y Gràcia con una elevada movilidad a pie y en bicicleta; el Eixample y Sant Andreu con una elevada movilidad a pie, y Sants-Montjuïc y Sant Martí con una elevada movilidad en bicicleta.

### La alimentación saludable

Durante el período 2011-2015, en ambos sexos en la población infantil y adolescente de Barcelona menos de 1 de cada 10 personas ha cumplido la recomendación de tomar 5 o más raciones de frutas y verduras, según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA). Esto supone un bajo cumplimiento del hábito nutricional. En la población adulta las prevalencias no han superado el 10% en los hombres y el 15% en las mujeres. Se trata de valores muy bajos y que hacen recomendable la insistencia de los programas y las campañas nutricionales.

### La obesidad y el sobrepeso

El exceso de peso sigue siendo un indicador importante de morbilidad y mortalidad en nuestro entorno. A la vez, la promoción y el mantenimiento de un normopeso se revela como una de las principales prácticas saludables. Según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA), en el período que va de 2011 a 2015, el sobrepeso en los hombres se ha mantenido en el 19-20% y la obesidad en el 14-15% (2011-2014: 19,9% y 13,8%, respectivamente). En las mujeres el sobrepeso ha subido al 29-30%, mientras que la obesidad se ha mantenido alrededor del 13%. En los hombres ha habido una tendencia al aumento del normopeso en este período, hasta cifras del 65-66% (2011-2014: 25% y 12,2%, respectivamente).

### La salud laboral

El 16% de las personas asalariadas ha declarado que percibe inseguridad laboral, más frecuente entre las personas jóvenes que tenían contratos temporales y las que trabajaban sin contrato. La insatisfacción con las condiciones de trabajo ha sido muy superior en las personas con relaciones laborales inestables. Las jornadas parciales han sido más frecuentes en las mujeres, mientras que las jornadas que superan las 40 horas semanales lo han sido en los hombres y las personas mayores. Ha habido pocos cambios en los indicadores

de salud laboral, que en general han tendido a disminuir, excepto las lesiones por accidentes de trabajo mortales (de 17 a 25 personas muertas, muy influidas, sin embargo, por un accidente aéreo) y las enfermedades relacionadas con el trabajo (de 465 a 531), que han seguido la tendencia al aumento de los últimos años.

### La salud sexual y reproductiva

En 2015 se han producido 14.451 nacimientos, con una tasa de fecundidad de 37,1 nacimientos por 1.000 mujeres en edad fértil (2014: 13.984 y 36,6, respectivamente). La fecundidad global no muestra cambios en los últimos años, sin embargo desde el año 2003 la fecundidad de las mujeres de 35 a 44 años se ha incrementado, mientras que la de las mujeres de 20 a 34 años ha disminuido. Los nacimientos de las mujeres adolescentes también han ido disminuyendo, sobre todo desde la crisis económica, y en los distritos de Ciutat Vella y Sants-Montjuïc, aunque siguen siendo altos en Nou Barris.

### La salud mental y las adicciones

#### La salud mental

Según la situación laboral, ha declarado tener un grado entre moderado y muy alto de ansiedad o sentirse deprimido el 4,4% de los hombres y el 7,3% de las mujeres que trabajaban, mientras que entre las personas paradas lo ha declarado el 10,8% de los hombres y el 7,1% de las mujeres. Los distritos con menor renta tienen un porcentaje más elevado de personas que declaran sentirse ansiosas o deprimidas (datos de la Encuesta de Salud de Cataluña, 2011-2015).

En 2015 en los centros de atención primaria de la ciudad se han notificado 375 casos de trastornos de salud mental relacionados con el trabajo en la Unidad de Salud Laboral de Barcelona (317 casos en 2014). Se trata de trastornos mayoritariamente de tipo ansioso y depresivo, la mayoría de los cuales han afectado a mujeres (66,9%). En los centros de salud mental de adultos se ha atendido a 44.953 personas y en los centros de salud mental infantil y juvenil 12.066 (2014: 42.704 y 10.517, respectivamente). Entre los años 2005 y 2015 ha aumentado el porcentaje de personas adultas atendidas con trastorno mental grave; se ha pasado de un 22,2% a un 32% del total de personas atendidas en los centros de salud mental. En la población infantil y juvenil se ha pasado de un 4,2% en 2005 a un 10,05% en 2015.

#### Las adicciones

En la red pública de centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS) de Barcelona se ha registrado un total de 4.430 inicios de tratamiento en el año 2015 (4.252 inicios de tratamiento en 2014). La principal sustancia por la que se solicita tratamiento en los CAS de la red pública de Barcelona es el alcohol, con un 48%, seguido de los trastornos por consumo de heroína y otros opiáceos o el trastorno por consumo de cocaína, con un 16% de los inicios cada uno. Se han registrado 34 sobredosis mortales, un 38% menos que el año anterior.

Existen diferencias entre los barrios con respecto a la problemática del consumo de drogas, que tiende a concentrarse en la zona este, noreste, el litoral de Ciutat Vella y la Zona Franca.

### Los trastornos crónicos

De entre los trastornos más prevalentes han destacado, según la Encuesta de Salud de Cataluña por Barcelona, la presión arterial alta (25,5% en hombres y 21,8% en mujeres) y el colesterol elevado en sangre (20,7 % hombres y 19,1% en mujeres), el dolor de espalda lumbar con el 16,1% en hombres y el 28,1% en mujeres. Entre los niños menores de 15 años los principales trastornos crónicos han sido la bronquitis crónica (10%), la otitis de repetición y la enuresis (8,0% cada uno) y las alergias crónicas (7%). Se constata un gradiente socioeconómico en el hecho de tener al menos un trastorno crónico. Las personas de clase ocupacional más desfavorecida son las que presentan un mayor porcentaje de ellos, especialmente las mujeres. Se observan también diferencias por distrito en la distribución de riesgo alto y moderado en la multimorbilidad crónica.

### Las lesiones por colisión de tráfico

En el año 2015 se han producido en la ciudad de Barcelona 9.098 colisiones de tráfico, que han ocasionado víctimas y han tenido como consecuencia 11.793 personas lesionadas y 27 muertes durante las primeras 24 horas después de la colisión. El número de personas lesionadas ha aumentado un 3,6% respecto al año 2014 (de 11.411 a 11.819), en cambio el número de personas muertas ha disminuido un 12,9% (se ha pasado de 31 en 2014 a 27 en 2015).

### Las enfermedades transmisibles

#### Las infecciones por VIH/sida

En Barcelona, desde el año 2012 la incidencia de la infección por VIH se mantiene, en 2015 se sitúa en 23,4 casos por 100.000 habitantes (2014: 23,3 casos por 100.000 habitantes). A pesar de ello sigue siendo muy alta y es la tercera enfermedad de declaración obligatoria más frecuente en la ciudad, después de la gonococia y de la sífilis. Afecta de forma desproporcionada a hombres jóvenes con relaciones homosexuales. En 2015, el 39% de las personas diagnosticadas de VIH tenían

un recuento de CD4 por debajo de 350 células/mm<sup>3</sup> (2014: 36%), y esto se asocia con una mayor mortalidad y morbilidad. Un reto importante en nuestra ciudad sigue siendo el diagnóstico precoz de la infección por VIH, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y evitar nuevas transmisiones. Hay una necesidad urgente de aumentar las oportunidades para ofrecer las pruebas del VIH y mejorar el estudio de las parejas sexuales.

#### Las otras infecciones de transmisión sexual

Desde el año 2007 se observa una tendencia creciente de la incidencia de la sífilis (una tasa de 31,3 casos por 100.000 habitantes en 2015 y de 31,1 en 2014), la gonococia (36,5 casos por 100.000 habitantes en 2015 y 35,1 en 2014), y el linfogranuloma (14,3 casos por 100.000 habitantes en 2015 y 14,2 en 2014 en hombres). La mayor parte de los casos ocurren en hombres jóvenes con relaciones homosexuales. La prevención y el control de estas infecciones requieren una respuesta coordinada desde la asistencia, con mayor implicación de los servicios de salud pública y de la iniciativa social a fin de reforzar las intervenciones para reducir exposiciones de riesgo y aumentar el diagnóstico y el tratamiento precoz.

#### La tuberculosis

Durante el año 2015 se han detectado 280 casos de tuberculosis en personas residentes en la ciudad, 183 hombres y 97 mujeres. La incidencia ha disminuido más de un 6% respecto al año anterior (de 18,6 casos por 100.000 habitantes en 2014 a 17,4 en 2015), y es en la población inmigrante donde el descenso ha sido más importante. La enfermedad ha sido más frecuente en Ciutat Vella, en población inmigrante y en los barrios con menor renta.

#### La mortalidad

La tasa de mortalidad sigue con la tendencia decreciente de los años anteriores en ambos sexos (de 1.084,2 casos por 100.00 habitantes en 2013 en hombres a 1.076,3 en 2014, y en mujeres de 611 a 607,8). Por el contrario, la mortalidad prematura ha experimentado un ligero aumento respecto al año anterior, aunque la tendencia de los últimos años es decreciente. La mortalidad también se ha reducido en todos los grupos de edad y para la mayoría de causas. Sin embargo, algunas causas presentan una tendencia creciente, como el tumor maligno de pulmón en mujeres de 45 a 74 años y la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer en personas de 75 años y más.

#### Las desigualdades en salud en los barrios

En el año 2014 la matriz Urban HEART Barcelona permitió identificar los 18 barrios de Barcelona con una mayor problemática. En el presente Informe de Salud se presenta la matriz con la actualización de datos para el año 2015. Se observa que en los 18 barrios mejora el 58,8% de los indicadores mientras que en los 55 barrios restantes mejora el 60,3% de los indicadores, lo que supone que las desigualdades en salud por barrios se mantienen.



# Executive Summary

16

## The socioeconomic context

### Sociodemographic conditions

According to the Municipal Population Census released by Barcelona City Council, Barcelona was home to 1,609,468 people in 2015: 762,517 men (47.4%) and 846,951 women (52.6%). The number of people aged between 15 and 44 has continued to decrease, by approximately 10% over the last 10 years. Around 22.3% of people were born outside of Spain, with very different origins depending on the district. In 2015, 20,410 men and 68,302 women aged 65 or over lived alone, and 55.0% of men and 68.5% of women aged 75 or over also lived alone. The trend from previous years continued: a drop in the percentage of people with primary-level studies or less, and a rise in those with university-level studies.

### The domestic context: violence against women

In 2015, 1,725 families were seen (consisting of one person or of several people), representing a 15% increase from 2014. Of these, 1,483 women were seen who either experience or have experienced domestic violence, representing a 9.7% increase from 2014. In 72.2% of the cases the women were of Spanish nationality, and 27.8% were from other countries.

### The economic context

In 2015, the unemployment rate fell to 13.3% in men and 14.6% in females (2014: 16.9 and 17.1% respectively) and the employment rate rose, partly due to the decrease in the working-age population. Nevertheless, there has been an increase in unemployed people who have not received any type of economic benefit, and the signs suggest that unemployed people who have not found work are dropping out of the labour market. There has also been an increase in gender inequality, shown through the widening gap between men and women regarding employment, unemployment and part-time jobs.

### Living conditions: caring for vulnerable people

Since the year 2007, Barcelona City Council has been producing the Individual Care Plan for citi-

zens with a recognised degree of dependency. In 2015, 32,188 people benefitted from the programme (2014: 34,681), with differences according to the district: under 1.8 people per every 100 inhabitants in Sarrià - Sant Gervasi, Les Corts, Ciutat Vella, Gràcia and Sants-Montjuïc; between 1.8 and 2.2 in Eixample, Sant Andreu and Sant Martí, and over 2.2 people in Nou Barris and Horta-Guinardó.

### Community participation

Barcelona City Council's has undertaken a public consultation to draft its new Municipal Action Plan for 2016-2019. The process gathered proposals from citizens through an online platform, [decidim.barcelona](http://decidim.barcelona), with more than 22,600 registered users, and through a total of 428 appointments/face-to-face discussions; 24 of which referred specifically to the field of health.

### Healthcare services

Overall, it can be seen how the districts with the lowest socioeconomic indicators use healthcare services more frequently, and also that women use them more often than men.

In the healthcare system's first point of contact with patients, primary healthcare has provided coverage to 74% of the child population and 70% of the adult population. The high usage of emergency services should also be mentioned. Regarding specialist attention, over the last five years there has been a 98% decrease in the number of people waiting more than six months for a guaranteed surgical procedure, and a 67% reduction in those waiting for over a year for a procedure with a given time. The push to promote subacute care as an alternative to conventional hospitalisation has been strengthened.

### Public health measures

Of the several measures and programmes undertaken by the Barcelona Public Health Agency (ASPB) over the year, this report summarises three interventions which the Agency has participated in or publicised, and which have made effective use of social media as a vehicle to communicate with the public: *Sortim Barcelona*, for the prevention of risk behaviour in young people; *MosquitAlert*, for the prevention of mosquito infestations, and an application which promotes tests for HIV and other sexually transmitted diseases.

### The physical context

#### Housing conditions

Housing conditions affect health; a relevant fact in the current housing crisis. In 2015, there were 5,036 legal proceedings relating to rent (6.7% less than in 2014) and 1,113 foreclosures (61.3% less than the previous year) in the city of Barcelona. There was also a recorded total of 2,799 homeless people and 53,889 people (3.3% of the population) registered on the Barcelona Register of Applicants for Social Housing. In response to the city's housing crisis, there has been a boost in hou-

sing benefit (an increase of 68.5% compared to 2014), emergency social housing (an increase of 61.1%) and the availability of protected rental properties (increase of 0.9%).

### Food safety

In 2015 there were a total of 482 inspections in the city's two large central markets (Central Fish Market and Central Fruit and Vegetable Market). These inspections included the examination of facilities, quality control systems, processes and products. A total of 153 products were sampled; 15 of which were shown to breach regulations. In the abattoir, 69,799 cattle, 317,300 small ruminants and 2,006 horses were inspected. The total percentages of confiscation per thousand were: 0.4‰ in cattle, 0.3‰ in sheep, 0.6‰ in kid goats and 4.0‰ in horses. A total of 354 samples were taken for the investigation of waste, with compliance in 100% of the analysed samples.

### Air quality

The assessment of air quality in Barcelona in 2015 shows a significant worsening compared to the year before. There were increases in the yearly averages of critical pollutants in the city: 11% in nitrogen dioxide (NO<sub>2</sub>), from 38.7 to 42.9 µg/m<sup>3</sup>, 13% in PM<sub>10</sub> particles, from 24.5 to 27.7 µg/m<sup>3</sup>, and 16% in the finest particles (PM<sub>2.5</sub>), from 14.7 to 17.1 µg/m<sup>3</sup>. This deterioration in air quality is partly attributable to the increase in urban mobility and general economic activity with regards to the previous year. It should also be added that the levels of benzene and benzo(a)pyrene, two recognised carcinogens, met the targets established by the European Union. However, in the test stations close to traffic emissions, the levels were above those recommended by the WHO.

### Water quality

During 2015 a total of 312 disinfections were carried out in the public supply network; 151 test samples were collected and not a single breach of the regulations was recorded. Furthermore, 349 inspections were made on taps in homes and commercial premises. The 21% which were found to be breaching regulations were due to excessive levels of lead in water destined for housing, as a result of old pipework (2014: 38%). During 2015 the ASPB revised and updated the

city's inventory of natural springs, the majority of which are located in the Collserola area. The tests carried out on the 31 natural springs revealed 87% to have microbiological issues and 16% to have excess nitrates, making them unsafe for human consumption.

### Noise pollution

Barcelona, like other European cities, has considerably high noise levels. This is a result of the wide range of activities, intensive road use and, above all, motor vehicle traffic during the day and the city's nightlife. The Barcelona noise map is updated every five years, with the latest available version corresponding to the year 2012. Eixample was the district exposed to the highest levels of traffic, as it is the city's main axis of mobility. The proportion of the population exposed to average and high noise levels decreased between 2009 and 2012, both during the day (dropping by 3%, from 43.6 to 40.2 decibels) and during the night (falling by 4%, from 59.8 to 56.2 decibels).

### Health

#### Life expectancy

In 2014, life expectancy was 80.5 years for men and 86.7 years for females (it was 80.7 years for men and 86.6 years for females in 2013), slightly above that of Catalonia (80.5 and 86.1 years, respectively) and Spain (80.1 and 85.7 years). On average, the life expectancy in 2014 was 83.9 years (2013: 83.8). There are still differences in life expectancy rates between districts.

#### Perceived state of health

The percentage of people older than 15 that declared themselves as having regular or poor health in the period 2011-2015 was 16.5% in men and 20.8% in women (2011-2014: 15.8% and 20.8% respectively). Rates of poor self-perceived health in unemployed people of both sexes were double that of employed people during the same period.

#### Mobility

Active transport (walking or cycling) allows people to include more physical activity into their daily lives, which has direct health benefits. According to information contained in the Workday Mobility Survey (EMEF), the use of different types of active transport varies between districts. The districts with high levels of internal mobility using active forms of transport were: Sants-Montjuïc and Sant Andreu, with high levels of walking and cycling; Ciutat Vella, Les Corts, Nou Barris and Gràcia with high levels of walking, and Eixample and Sant Martí with high levels of cycling. The districts with high levels of connective mobility in active transports are: Ciutat Vella and Gràcia, with high levels of walking and cycling; Eixample and Sant Andreu, with high levels of walking, and Sants-Montjuïc and Sant Martí with high levels of cycling.

#### Healthy diet

Between 2011 and 2015, in both sexes of the child and teenage po-

# Executive Summary

18

pulations in Barcelona, less than 1 in every 10 people met the recommended amount of 5 portions of fruit and vegetables per day, according to the Catalonia Health Survey (ESCA). This suggests poor nutritional habits. In the adult population, no more than 10% of men and 15% of women met these recommendations. These are very low figures, so it would be recommendable to insist on nutritional programmes and campaigns.

## Obesity and excess weight

Excess weight continues to be an important indicator of morbidity and mortality in our surrounding area. Meanwhile, the promotion and maintenance of a normal weight is revealed as one of the main healthy practices. According to the Catalonia Health Survey (ESCA), in the period from 2011 to 2015, excess weight in men remained at 19-20% and obesity at 14-15% (2011-2014: 19.9% and 13.8%, respectively). In women, excess weight has risen to 29-30%, while obesity has stayed at around 13%. During this period a growing trend was seen for normal weight in men, with figures of 65-66% (2011-2014: 25% and 12,2% respectively).

## Occupational health

Of salaried people, 16% declared that they feel job insecurity, most frequently young people with temporary contracts and those working without contracts. Dissatisfaction with working conditions was much higher in people with unstable working relations. Part time jobs were more commonly held by women, while those working for more than 40 hours a week were men and older people. There have been few changes in the occupational health indicators, which have generally had a downward trend, except for fatal work-related accidents (from 17 to 25 deaths, however this was heavily influenced by a plane crash) and work-related diseases (from 465 to 531), which have followed the upward trend of recent years.

## Sexual and reproductive health

In 2015 there were 14,451 births, with a fertility rate of 37.1 births per 1,000 women of fertile age (in 2014, this was 13,984 and 36.6 respectively). The global fertility rate has not changed in recent years. However, since 2003, fertility in

women aged between 35 and 44 has increased, while that of women aged between 20 and 34 years old has decreased. There has also been a downward trend in teenage pregnancies, especially since the economic crisis, and in the districts of Ciutat Vella and Sants-Montjuïc, although the levels in Nou Barris remain high.

## Mental health and addictions

### Mental health

Regarding the employment situation, 4.4% of working men and 7.3% of working women declared that they have a moderate to high degree of anxiety or depression, whereas this was declared by 10.8% of unemployed men and 7.1% of unemployed women. The lowest income districts register a higher percentage of people who describe themselves as anxious or depressed (data from the Catalonia Health Survey, 2011-2015).

In 2015, the city's primary healthcare centres informed the Barcelona Occupational Health Unit of 375 cases of work-related mental health disorders (317 cases in 2014). The majority of these disorders are related to anxiety and depression, and mostly affect women (66.9%). In total, 44,953 people have been seen by adult mental health centres, and 12,066 people have been attended to by children's and youth mental health centres (2014: 42,704 and 10,517, respectively). Between 2005 and 2015, there was an increase in the percentage of adults sufferers of serious mental health conditions who have received care; this has risen from 22.2% to 32% of the total people receiving care at mental health centres. In the children and youth population, this rose from 4.2% in 2005 to 10.05% in 2015.

### Addictions

In Barcelona's public network of Care and Follow-up Centres (CAS) for drug dependency, there was a recorded total of 4,430 people beginning treatment in the year 2015 (4,252 people beginning treatment in 2014). The main substance requiring treatment in Barcelona's public CAS was alcohol, at 48%, followed by conditions relating to the use of heroin and other opiates or to cocaine use, both standing at 16%. Thirty-four cases of fatal overdoses were recorded, 38% less than the previous year. There are differences between districts in terms of drug abuse issues, which tend to be concentrated in areas in the East, North East, the coastal area of Ciutat Vella and Zona Franca.

### Chronic conditions

According to the Catalonia Health Survey for Barcelona, the most relevant conditions are high blood pressure (25.5% in men and 21.8% in women), high blood cholesterol (20.7% in men and 19.1% in women) and lower back pain, in 16.1% of men and 28.1% of women. Among children under the age of 15, the main chronic illnesses are chronic bronchitis (10%), recurrent otitis and enuresis (8.0% each) and chronic allergies (7%). There is a socioeconomic link with people having at least

one chronic condition. The most disadvantaged working class people are those with the highest percentages, especially women. Differences were also noted between districts in the distribution of high and moderate risk of chronic multimorbidity.

### **Injuries due to road traffic accidents**

In 2015 in the city of Barcelona, there were 9,098 road traffic accidents involving victims, resulting in 11,793 injuries and 27 deaths within the first 24 hours of the accident. The number of injured people rose by 3.6% compared to the year 2014 (from 11,411 to 11,819), whereas the number of deaths was reduced by 12.9% (from 31 in 2014 to 27 in 2015).

### **Communicable diseases**

#### **HIV/aids infections**

In Barcelona, the incidence of HIV infection has remained the same since 2012. In 2015, this stands at 23.4 per 100,000 inhabitants (2014: 23.3). However this still remains very high, being the third most common notifiable disease in the city, after gonorrhoea and syphilis. It disproportionately affects young men who have same-sex relations. In 2015, 39% of people diagnosed with HIV had a CD4 count of under 350 cells/mm<sup>3</sup> (2014: 36%), which is associated with greater mortality and morbidity. Early diagnosis for HIV infection continues to be a major challenge for our city, if we are to improve the quality of life of affected people and prevent new transmissions. There is an urgent requirement to provide more opportunities for HIV tests and to improve the study of sexual partners.

#### **Other sexually transmitted diseases**

Since the year 2007 there has been an upwards trend in the incidence of syphilis (a rate of 31.3 cases per 100,000 in 2015 and 31.1 in 2014), of gonorrhoea (36.5 in 2015 and 35.1 in 2014) and of Lymphogranuloma Venereum (14.3 in 2015 and 14.2 in 2014, in men). Most cases are found in young men who have same-sex relations. The prevention and control of these infections requires a coordinated response from the moment at which the individual seeks help. This would involve greater involvement from public health care services and social initiatives to provide stronger

interventions, with the aim of reducing exposure to risk and increasing early diagnosis and treatment.

### **Tuberculosis**

During 2015, 280 cases of tuberculosis were detected in people resident in the city; 183 of them male and 97 female. This represents a decrease of more than 6% compared to the previous year (18.6 per 100,000 inhabitants in 2014 to 17.4 in 2015), with the biggest decline seen in the immigrant population. The disease was most common in Ciutat Vella, in the immigrant population and in low-income districts.

### **Mortality**

A downward trend in mortality rate has continued for both sexes (in men, from 1,084.2 per 100,000 inhabitants in 2013 to 1,076.3 in 2014, and from 611 to 607.8 in women). On the other hand, there has been a slight increase in premature deaths compared to last year, although in previous years there has been a downward trend. Mortality has also reduced in all age groups, and for the majority of causes. Despite this, some causes are showing an upward trend, such as malignant lung tumours in women between the ages of 45 and 74, and senile dementia and Alzheimer's disease in people aged 75 and older.

### **Health inequalities between districts**

In 2014, the Urban HEART Barcelona matrix identified the 18 Barcelona districts facing the biggest problems. In this Health Report, the matrix is presented with updated information for 2015. It shows that, in the 18 districts, there have been improvements in 58.8% of the indicators. Meanwhile, in the 55 other districts there have been improvements in 60.3% of the indicators, indicating that health inequalities between neighbourhoods remain.



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

20

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.

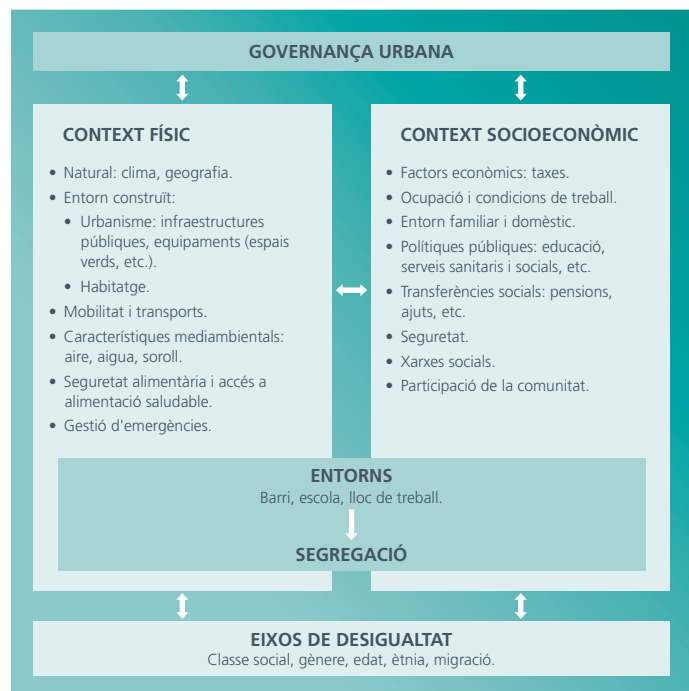
## Context socioeconòmic

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)<sup>4</sup>.

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.

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

<sup>2</sup>Vlahov 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.

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

<sup>4</sup>Borrell C et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health.* 2015; 67:5 389-91.









# El context socioeconòmic

## 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: l'atenció a les persones amb dependència

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

## El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

## La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

La mobilitat

L'alimentació saludable

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les altres infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

## Monogràfics

Impacte en salut de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona

L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu

Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona

## La salut en xifres

# Les condicions sociodemogràfiques

24

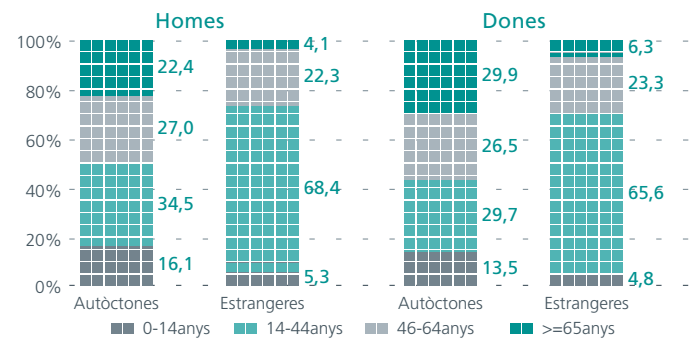
Segons dades del Padró Municipal d'Habitants de Barcelona, l'any 2015 la població de Barcelona ha estat de 1.609.468 persones, 762.517 homes (47,4%) i 846.951 dones (52,6%). Pel que fa a la distribució de la població de la ciutat per edat i sexe, i la seva evolució en el temps, cal destacar que s'ha continuat reduint el nombre de persones d'entre 15 i 44 anys, tant en homes com en dones: els darrers 10 anys s'ha reduït un 10,2% i un 8,8%, respectivament. Per contra, els altres grups d'edat han augmentat: un 7,1% els infants menors de 15 anys, un 5,7% les persones de 45 a 64 anys i un 4,8% les persones de 65 anys o més (vegeu la taula 1 de l'annex La salut en xifres, pàgina 92).

Les persones nascudes fora de l'Estat espanyol han representat el 22,3% (358.396 persones) de la població de Barcelona. La majoria d'aquestes persones (dues terceres parts aproximadament) tenen entre 15 i 44 anys d'edat, essent molt més joves que les persones autòctones (figura 1). Només el 10,2% dels homes i l'11,9% de les dones estrangeres no es troben en edat de treballar, enfront del 39,4% i el 44,2% de persones autòctones, respectivament. Pel que fa a la procedència, hi ha hagut diferències importants segons el districte: els districtes de Sarrà - Sant Gervasi i Gràcia han estat els districtes amb més persones procedents de països de la Unió Europea dels 15

i altres països desenvolupats, mentre que Nou Barris i Sant Andreu han estat els districtes amb menor representació de persones d'aquestes regions (4,7% i 7,5%, respectivament). Ciutat Vella ha estat el districte amb major proporció de persones procedents d'Àsia i Oceania (exclous els països desenvolupats), i dues terceres parts de les persones estrangeres d'Horta-Guinardó, Nou Barris i Sant Andreu són nascudes en algun país d'Amèrica Central i del Sud (figura 2).

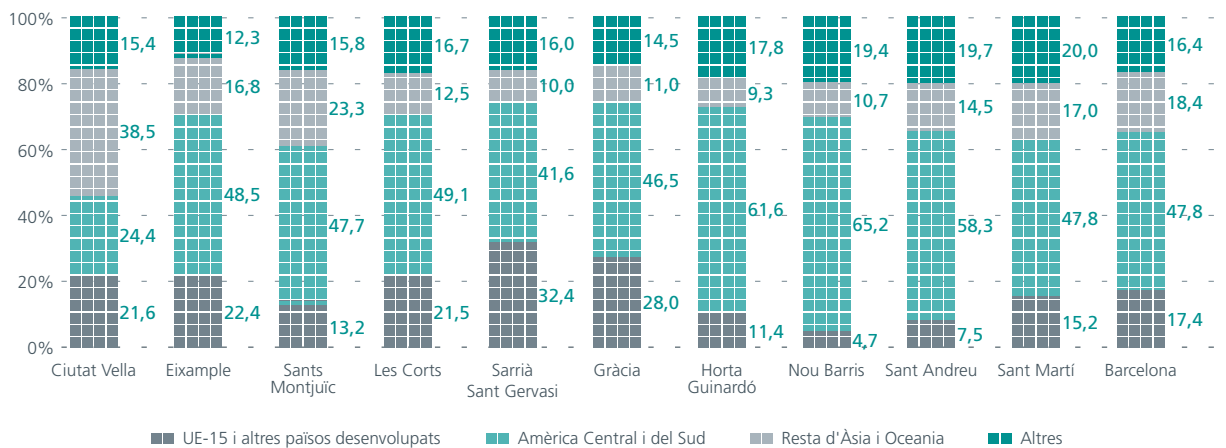
L'any 2015 20.410 homes i 68.302 dones de 65 anys o més vivien sols, i també hi vivien un 55,0% dels homes i un 68,5% de les dones de 75 anys o més. Aquest nombre ha anat augmentant amb el temps, un 19,3% en homes i un 4,0% en dones els darrers 10 anys, essent aquest increment especialment important en persones de 85 anys i més

**Figura 1.** Distribució de les persones autòctones i estrangeres per edat i sexe. Barcelona, 2015.



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

**Figura 2.** Distribució de les persones nascudes a l'estranger segons la regió de procedència i el districte. Barcelona, 2015.



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



(41,8% i 34,5%, respectivament). 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 2015, el 28,6% dels homes i el 30,1% de les dones tenien titulació universitària i el 22,4% i 26,8%, respectivament, tenien estudis primaris o menys (vegeu la taula 1 de l'annex La salut en xifres, pàgina 92).

## L'entorn domèstic: la violència masclista

El Servei d'Atenció, Recuperació i Acollida (SARA) és un servei ambulatori d'àmbit de ciutat i de titularitat municipal que presta atenció bàsica específica a persones víctimes de situacions de violència masclista (dones, infants i adolescents, altres persones majors d'edat i persones del seu entorn proper directament afectades per aquesta violència), i que proporciona assessorament a professionals i a persones de l'entorn de les vícti-

mes. L'any 2015 s'ha atès un total de 1.725 unitats familiars (unipersonals o de diverses persones), cosa que representa un increment del 15% respecte del 2014. S'ha atès també 1.483 dones que viuen o han viscut violència masclista, el que representa un increment del 9,4% respecte del 2014. La procedència de les dones ha estat la següent: el 72,2% són de l'Estat espanyol i el 27,8% d'altres països (51,8% d'Amèrica Llatina, 20,1% d'Europa, 16,2% del Magrib, 8,5% de països asiàtics i 3,4% d'altres països). Aquestes proporcions són similars a les del 2014: el 71,9% de les dones eren de l'Estat espanyol i el 28,1% d'altres països.

## L'entorn econòmic

Enguany cal destacar l'evolució positiva de dos dels indicadors socioeconòmics: la disminució de la taxa d'atur i l'augment de la taxa d'ocupació. Tot i que aquests resultats s'observen en ambdós sexes, la situació ha estat més favorable per als homes que per a les dones, de manera que s'han incrementat les diferències entre uns i altres en

ambdós indicadors. En relació amb l'atur, sembla consolidar-se una taxa superior en les dones, de manera similar als anys anteriors a la crisi. D'altra banda, la taxa d'activitat ha disminuït en ambdós sexes, seguint la tendència dels anys anteriors (vegeu el quadre 1, pàgina 26).

L'evolució del nombre de persones en activitat, ocupació i atur suggereix que la gran majoria de les persones que han deixat d'estar aturades

## L'entorn econòmic

26

no han aconseguit un treball sinó que han abandonat el mercat laboral (vegeu el quadre 2).

L'atur de llarga durada ha disminuït molt lleugerament respecte a l'any anterior, de manera que el desembre del 2015 el 39,1% dels homes i el 44,7% de les dones aturades feia més d'un any que no tenien feina (l'any 2014 en van ser el 40,8% i el 46,4%, respectivament). Aquests percentatges han estat superiors en les persones més grans, de manera que els homes de 45 anys i més n'eren el 56,1% i les dones el 62,0%. La major proporció de persones en atur de més d'un any de durada el desembre del 2015 es trobava al districte de Sant Andreu (45,4% de les persones aturades), seguit dels d'Horta-Guinardó (43,8%), Sant Martí (43,5%) i Nou Barris (43,1%)<sup>a</sup>.

Quant a la cobertura econòmica de l'atur, ha seguit disminuint el darrer any, de manera que el desembre del 2015 menys de la meitat de les persones aturades (49,2%) percebia alguna prestació o subsidi d'atur (l'any anterior era el 52,4%).

Segons les dades del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya, la nova contractació segueix sent majoritàriament temporal, tot i que, seguint la tendència de l'any anterior, ha disminuït lleugerament la proporció de nous contractes d'aquest tipus (han passat de ser el 87,5% el 2014 al 86,7% el 2015). Cal tenir en compte, però, que la durada més freqüent dels contractes temporals d'enguany ha estat de fins a un mes (45,8%), seguits dels de durada indeterminada (30,9%).

**Quadre 2. Diferència entre el nombre de persones actives, ocupades i aturades entre el 2014 i el 2015 segons la situació laboral i el sexe. Barcelona, 2015.**

	Persones actives	Persones ocupades	Persones aturades
Homes	-9.400	+6.550	-16.000
Dones	-9.850	+1.875	-11.600

Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Dades mitjanes anuals calculades a partir de les dades trimestrals. Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística (INE).  
Nota: el signe + indica un increment i el signe - indica una disminució.

Les diferències entre homes i dones amb relació a les jornades a temps parcial s'han incrementat, atès que han disminuït en els primers i augmentat en les segones (segons l'EPA el 2014 eren un 10,0% els homes amb jornada parcial i el 2015 un 8,4%, mentre que les dones n'eren el 20,8% i el 27,8% respectivament). També el salari posa en evidència les desigualtats de gènere en el mercat de treball: el 2014 (últimes dades disponibles) el salari mitjà brut<sup>b</sup> dels homes afiliats al Règim General de la Seguretat Social va ser de 32.868 € i el de les dones de 24.618 €.

**Quadre 1. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur per sexe. Barcelona, 2002-2015.**

Any	Taxa d'activitat		Taxa d'ocupació		Taxa d'atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
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
2015	64,7	55,8	56,1	47,6	13,3	14,6

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

<sup>a</sup>A diferència de les dades de l'EPA que es refereixen a l'atur declarat (a partir de les quals 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 el treball, 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 perquè hi ha persones aturades que han deixat de buscar feina perquè consideren que no en poden trobar i que per tant no es comptabilitzen com a aturades en el registre de les OTG.

<sup>b</sup>Salari brut anual de les persones assalariades del Règim General de la Seguretat Social, amb l'excepció de les persones treballadores de la llar, amb contracte vigent a final d'any. Font: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona a partir de la Mostra contínua de vides laborals de l'INSS.

## Les condicions de vida: l'atenció a les persones amb dependència

L'aprovació de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), al final de l'any 2006, va suposar un avenç molt important en l'estat del benestar, ja que reconeix un nou dret universal de la ciutadania en l'àmbit de l'atenció social. Aquesta Llei té com a objecte regular les condicions bàsiques per garantir la igualtat en l'exercici del dret subjectiu a la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència. La Llei especifica que la situació de dependència es classifica en tres graus. Grau I, dependència moderada: si la persona necessita ajuda per dur a terme diverses activitats bàsiques de la vida diària com a mínim un cop al dia o té necessitats de suport intermitent o limitat per a la seva autonomia personal. Grau II, dependència severa: si la persona necessita ajuda per dur a terme diverses activitats bàsiques de la vida diària dos o tres cops al dia i no requereix la presència permanent d'un cuidador o té necessitats de suport extern per a la seva autonomia personal. Grau III, gran dependència: si la persona necessita ajuda per dur a terme diverses activitats

bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessita el suport indispensable i continuat d'una altra persona o té necessitats de suport generalitzat per a la seva autonomia.

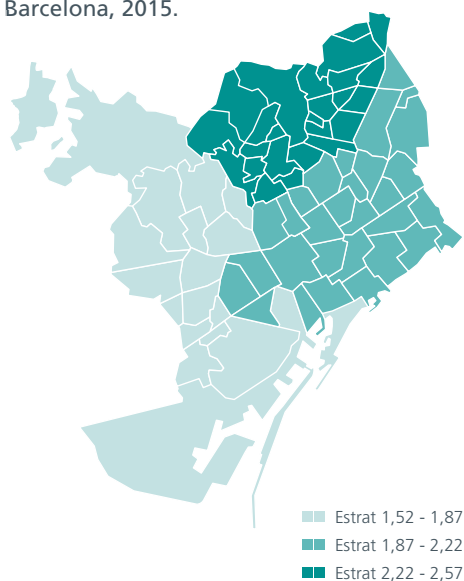
Es va definir un model de desplegament progressiu de la Llei, que preveia implantar-se al llarg del període 2007-2015. L'any 2007, a l'inici de l'aplicació de la Llei, la població diana van ser les persones amb gran dependència (grau III, nivells I i II), un grup de població que, en termes relatius, té una baixa prevalença però que presenta una gran complexitat pel que fa a les necessitats d'atenció. Gradualment s'hi va anar incorporant la població en situació de dependència severa (grau II), en el període 2008-2010. Es va finalitzar per complet el període d'implantació de la Llei el juliol del 2015, amb la incorporació de la dependència moderada (grau I). La implantació progressiva va permetre plantejar un procés dinàmic de planificació i ordenació dels serveis socials, adaptant de manera coordinada la capacitat dels serveis socials a les necessitats de la població. Tot i això, tal com s'explica més endavant, la implantació ha patit aturades i endarreriments importants.

El procediment de sol·licitud de l'ajut per les persones interessades contempla dues accions: la valoració de la dependència de la qual es desprèn el grau (I, II o III) (competència de la Generalitat de Catalunya) i la resolució de reconeixement de les prestacions corresponents, establertes en el Programa Individual d'Atenció (PIA), en què es determinen les prestacions més adequades per a l'atenció de la persona amb discapacitat (competència municipal).

Des de l'any 2007, l'Ajuntament de Barcelona s'encarrega de l'elaboració dels PIA dels ciutadans i les ciutadanes amb grau de dependència reconegut. L'evolució del nombre de persones en els PIA actius a Barcelona ha respost principalment a dos factors. El primer fa referència al gran volum de persones beneficiàries de la Llei i que no van rebre assistència fins a la implantació de la mateixa. A 31 de desembre de 2008 (primer any d'implantació), el nombre de persones amb PIA actius va ser de 7.938. Fins a l'any 2012 el nombre de persones amb PIA actius va augmentar gairebé 8.000 persones per any, fins a situar-se a 31 de desembre de 2012 en 42.869 (valor màxim entre els anys 2008-2015). En segon lloc, el calendari d'implantació de la Llei ha determinat clarament el nombre de PIA actius.

El calendari inicial preveia la incorporació de les persones dependents valorades amb grau I (dependència moderada) a partir de l'any 2011. Tanmateix, l'Estat va modificar aquesta previsió per falta de recursos econòmics, i es va endarrerir la incorporació d'aquestes persones al sistema d'ajuts fins a mitjan 2015. El descens en el nombre de PIA actius entre els anys 2012 i 2013 (7.344 PIA actius menys) i l'estabilització posterior s'explica en bona mesura per dos motius: el primer, pel fet que entre els anys 2011 (data inicialment prevista per a la incorporació de les persones dependents valorades amb grau I) i el 2015 el gruix de

**Figura 3.** Prevalença de programes individuals d'atenció (PIA) actius per districte. Barcelona, 2015.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Servei d'Atenció a la Dependència (SADEP) de l'Ajuntament de Barcelona. Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona.  
Nota: Unitats: persones ateses per cada 100 habitants.

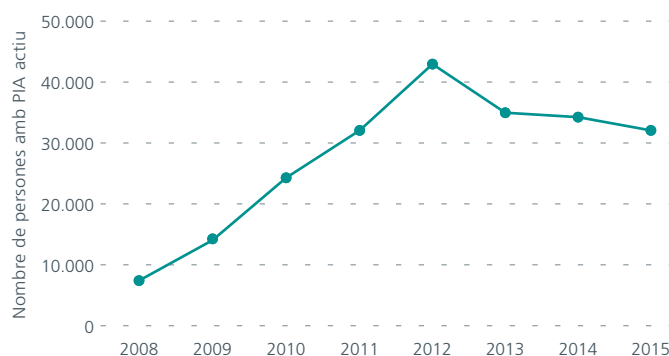
## Les condicions de vida: l'atenció a les persones amb dependència

28

persones dependents de grau I resten encara a l'espera de poder incorporar-se al sistema, i en segon lloc per la mortalitat associada a aquest col·lectiu (figura 4).

La distribució territorial de les persones amb PIA actiu permet diferenciar clarament tres zones a la ciutat de Barcelona. La primera la formen els districtes de Sarrià - Sant Gervasi, Les Corts, Ciutat Vella, Gràcia i Sants-Montjuïc, on trobem una taxa de menys d'1,87 persones ateses per cada 100 habitants. La segona zona integra els territoris de l'Eixample, Sant Andreu i Sant Martí, on per cada 100 habitants, hi ha entre 1,87 i 2,22 persones amb PIA actiu. Finalment, a la tercera zona hi ha els districtes de Nou Barris i Horta-Guinardó, amb una prevalença per sobre de 2,22 persones per cada 100 habitants (vegeu la figura 3, pàgina 27).

**Figura 4.** Nombre de persones amb programa individual d'atenció (PIA). Barcelona, 2008-2015.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Servei d'Atenció a la Dependència (SADEP) de l'Ajuntament de Barcelona. Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona.

## La participació de la comunitat

Aquest any mereix un esment especial el procés de participació per a l'elaboració del nou Pla d'Actuació Municipal (PAM) 2016-2019 de l'Ajuntament de Barcelona. El procés ha recollit propostes de la ciutadania a través d'una plataforma en línia, decidim.barcelona, amb més de 22.600 usuaris registrats, i en un total de 428 cites/debats presencials, 24 de les quals es van referir específicament a l'àmbit de la salut (vegeu el quadre 3, pàgina 29). Algunes d'aquestes cites es van desenvolupar com a sessions extraordinàries d'espais de participació ja establerts com ara els consells de salut dels districtes i els grups de treball del Consell Municipal de Benestar Social, i altres van ser debats oberts organitzats específicament amb aquest propòsit.

Les cites de salut han tingut de mitjana pels volts de 25 participants, i algunes han tingut una participació especialment destacada, com el debat conjunt sobre la sanitat, amb 70 persones, o el debat sobre salut als barris i desigualtats, amb 55 persones.

Del total de 10.680 propostes recollides en tot el procés participatiu a la ciutat, 623 van correspondre a l'àmbit de sanitat i salut: 381 d'elles referides a tota la ciutat i la resta a aspectes concrets de barris i districtes. Finalment, 402 d'aquestes propostes, que han acumulat un total de 2.909 suports d'usuaris registrats a decidim.barcelona, han quedat vinculades a 18 grans actuacions que constitueixen el PAM en l'àmbit de sanitat i salut. Exemples d'aspectes que s'han inclòs al PAM arran del procés participatiu són la posada en marxa d'òrgans de participació a les àrees bàsiques de salut, la millora dels canals de reclamació i proposta sobre la qualitat dels serveis, l'ampliació de recursos per a l'accés gratuït a prestacions sanitàries com l'odontologia o la podologia, i la prevenció de les addiccions a noves tecnologies.

**Quadre 3.** Debats presencials sobre el Pla d'Actuació Municipal 2016-2019 en l'àmbit de la salut. Barcelona, 2015.

Debats oberts a la ciutadania
Com creem salut als barris per reduir desigualtats
Com millorem la salut de les dones
Com millorem la salut de les persones en situació de pobresa
Com millorem la salut de la població d'origen divers
La sanitat a Barcelona: la visió dels proveïdors de serveis
La sanitat a Barcelona: la visió dels professionals
La sanitat a Barcelona: la visió de la ciutadania
La sanitat a la ciutat de Barcelona: debat conjunt
Pla de Salut Mental: la visió dels sectors professionals
Pla de Salut Mental: la visió dels afectats i familiars
Necessitats de les associacions de persones malaltes i familiars
Salut comunitària (districte de l'Eixample)
Debats en consells formals de participació
Sessions extraordinàries dels 10 consells de salut de districte
Sessió extraordinària conjunta dels Grups de Treball de Salut i de Drogodependències del Consell Municipal de Benestar Social
Debats oberts a treballadors i treballadores municipals
La salut mental en la infància i adolescència
Sanitat i salut (obert a treballadors i treballadores de l'ASPB)

Font: elaboració pròpia a partir de [www.decidim.barcelona](http://www.decidim.barcelona). Servei de Salut Comunitària, Agència de Salut Pública de Barcelona, i Direcció de Serveis de Salut. 'Ajuntament de Barcelona.

## Els serveis sanitaris

Els serveis sanitaris de la ciutat contempnen diverses línies d'actuació: l'atenció primària, les urgències, l'atenció hospitalària, els serveis socio-sanitaris i la salut mental i les addiccions.

Aquest fet està relacionat amb els nivells de morbiditat i les necessitats en salut de la població i amb el tipus de cobertura sanitària (exclusivament pública o bé mixta). Segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), a Barcelona, l'any 2015, el 37,7% de la població té doble cobertura sanitària i el 62,3% cobertura

exclusivament pública, però la variabilitat entre districtes és molt alta (rang de cobertura exclusivament pública entre el 32,9% a Sarrià - Sant Gervasi i el 81,3% a Ciutat Vella).

El 72% dels pressupostos de contractació de serveis sanitaris per a la ciutat de Barcelona (1.919 milions d'euros) es destina a l'atenció hospitalària i especialitzada, la resta es destina a l'atenció primària (14,1%), l'atenció socio-sanitària (5,6%), la salut mental (4,5%) i altres (4%). La provisió de serveis la realitza en un 34% dels casos l'Institut Català de la Salut (ICS), en un 45% altres empreses públiques, en un 9,4% entitats privades sense ànim de lucre i en un 11,5% entitats privades amb ànim de lucre.



# Els serveis sanitaris

30

## L'atenció primària

Aquest és el primer nivell d'accés de la ciutadania a l'assistència sanitària. L'any 2015 el 74% dels menors de 14 anys i el 70% dels majors d'aquesta edat han estat atesos a l'atenció primària pública; això representa un total de 160.253 i 1.048.588 persones respectivament. Aquesta població atesa ha estat diferent per districte i per sexe, tal com es mostra al quadre 4 i al quadre 5. La major utilització de serveis es presenta en el districte de Nou Barris, amb un 89% de nens i un 88% de nenes en la població infantil i, pel que fa a la població adulta, amb un 71,9% d'homes i un 83,4% de dones.

El 10% de la població més gran de 75 anys –que representa un total de 18.118 persones– ha estat inclosa en el Programa d'Atenció Domiciliària (ATDOM), sent més grans els percentatges de dones (11,9%) que d'homes (7,4%), diferència en gran part motivada per la major esperança de vida de les dones i, per tant, amb una mitjana d'edat més gran en aquest grup.

De l'atenció primària, en aquest Informe de Salut destaquem alguns indicadors relacionats amb el tipus d'accés, com l'atenció odontològica, per a la qual hi ha una cartera de serveis més limitada en

el sistema públic. Com es pot veure al quadre 6 (pàgina 31) en el conjunt de la població, tant adulta com infantil, l'ús global de serveis odontològics és de prop del 7% (6,3% homes i 6,9% dones), amb un rang entre districtes del 3% a Sarrià - Sant Gervasi al 10,8% de Ciutat Vella. Pel que fa a la població infantil, de 6 a 7 anys, edat on segons l'ampliació de la cartera de serveis l'any 2010 inclou revisió anual, mesures preventives i/o assistencials si escau, és del 33,4% (33% nens i 33,9% nenes).

Un altre indicador és la demora en la resposta a la demanda d'atenció quan hi ha un problema de salut (vegeu el quadre 6, pàgina 31). L'objectiu és conèixer la demora en programar visita amb el metge de família. No contempla les sol·licituds urgents, ja que si la demanda és per un tema urgent, l'atenció és immediata encara que no sigui el mateix metge de família que correspon.

Així, quan hi ha una necessitat d'atenció per un problema de salut nou o reaguditzat, no urgent, que pot ser atès pel mateix metge o metgesa d'atenció primària perquè no cal atenció immediata, és objectiu del sistema poder atendre'l en una visita presencial en el centre en menys de 48 hores. L'any 2015, el 78,2% de visites demanades a l'atenció primària s'han donat per un període inferior a les 48 hores, però el rang entre districtes és del 68% a Horta-Guinardó al 91,4% a Ciutat Vella. Cal tenir en compte que en el cas de la cita de menys de 48 hores, s'està mesurant el temps de programació de la visita sol·licitada al metge de família que li correspon, no s'han considerat els problemes que es resolen de forma no presencial, o a través del 061 Catsalut Respon.

I finalment, una millora introduïda recentment, que facilita l'accés a l'atenció primària i a la informació personal sobre salut, s'ha fet a través

**Quadre 5.** Població de 75 anys o més atesa en atenció domiciliària per districte i sexe, en percentatge. Barcelona, 2015.

Districtes	Homes	Dones	Total
Ciutat Vella	7,3	13,2	11,2
Eixample	8,6	13,7	12,0
Sants-Montjuïc	6,6	9,9	8,7
Les Corts	5,7	7,9	7,0
Sarrià - Sant Gervasi	8,8	15,2	11,9
Gràcia	10,6	17,3	15,7
Horta-Guinardó	5,8	9,2	7,9
Nou Barris	6,0	9,9	8,4
Sant Andreu	6,0	10,2	8,6
Sant Martí	6,4	10,7	9,1
<b>Totals</b>	<b>7,4</b>	<b>11,9</b>	<b>10,4</b>

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Atenció Primària (CMBDAP), Registre Central d'Assegurats (RCA) per EAP i INTEGRAP (integració de dades d'atenció primària provinents del proveïdor), 2015. Regió Sanitària Barcelona - Consorci Sanitari Barcelona (RSB-CSB). CatSalut.

**Quadre 4.** Població atesa per l'atenció primària per districte, sexe i grup d'edat, en percentatge. Barcelona, 2015.

Districtes	De 0 a 14 anys		15 anys o més		Total	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Ciutat Vella	81,2	80,7	64,3	75,0	66,3	75,6
Eixample	60,6	60,0	59,4	70,4	59,6	69,3
Sants-Montjuïc	79,3	78,8	67,6	78,5	69,3	78,6
Les Corts	61,7	59,7	57,3	67,6	57,7	67,0
Sarrià - Sant Gervasi	53,1	51,6	56,4	67,4	55,9	65,2
Gràcia	66,0	66,0	59,9	67,0	63,0	66,4
Horta-Guinardó	82,5	82,3	67,8	78,2	69,7	78,7
Nou Barris	89,0	88,1	71,9	83,4	74,4	84,0
Sant Andreu	84,9	84,2	70,0	80,3	72,0	80,8
Sant Martí	83,0	82,7	68,3	79,6	70,5	79,9
<b>Total</b>	<b>74,0</b>	<b>73,3</b>	<b>64,0</b>	<b>74,7</b>	<b>65,8</b>	<b>74,6</b>

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Atenció Primària (CMBDAP), Registre Central d'Assegurats (RCA) per EAP i INTEGRAP (integració de dades d'atenció primària provinents del proveïdor), 2015. Regió Sanitària Barcelona - Consorci Sanitari Barcelona (RSB-CSB). CatSalut.

**Quadre 6.** Indicadors de població atesa, en el programa d'atenció odontològica als infants de 6 a 7 anys, de la cita prèvia programada al centre d'atenció primària del servei de medicina de família en menys de 48 h i de la població més gran de 18 anys que ha accedit al seu espai al portal La meva salut, en percentatge. Barcelona, 2015.

Districtes	Atenció odontològica						Cita prèvia	La meva salut
	Població general			Població de 6 a 7 anys				
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total		
Ciutat Vella	10,0	11,8	10,8	50,0	57,1	53,3	91,4	0,3
Eixample	4,3	4,6	4,5	21,4	22,4	21,8	75,7	1,2
Sants-Montjuïc	6,5	7,3	6,9	40,0	40,8	40,4	78,3	0,5
Les Corts	3,7	4,2	4,0	18,6	20,2	19,3	89,6	1,1
Sarrià - Sant Gervasi	3,0	3,0	3,0	13,8	11,2	12,6	79,7	0,2
Gràcia	4,4	4,8	4,6	19,7	18,9	19,3	78,9	0,7
Horta-Guinardó	6,7	7,5	7,1	31,7	34,8	33,2	68,1	0,6
Nou Barris	9,0	10,2	9,6	50,7	50,4	50,6	74,5	0,3
Sant Andreu	7,1	7,5	7,3	40,8	42,3	41,5	70,0	0,6
Sant Martí	7,4	8,4	7,9	38,4	38,3	38,4	76,0	0,9
<b>Total</b>	<b>6,3</b>	<b>6,9</b>	<b>6,6</b>	<b>33,0</b>	<b>33,9</b>	<b>33,4</b>	<b>78,2</b>	<b>0,7</b>

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Atenció Primària (CMBDAP), Registre Central d'Assegurats (RCA), Sistema Integrat d'Informació de Salut (SIS) cita prèvia i portal La meva salut (LMS). Regió Sanitària Barcelona - Consorci Sanitari Barcelona (RSB-CSB). CatSalut.

del portal web La meva salut. L'any 2015, menys de l'1% de la població major de 18 anys havia accedit al seu espai personal del portal. S'espera que en el futur aquesta implantació es vagi incrementant, tot i que caldrà vigilar i contrastar l'aparició de desigualtats per nivell socioeconòmic o edat, vinculades a barreres d'accés a la tecnologia (vegeu el quadre 6).

### L'atenció a les urgències

La ciutat de Barcelona disposa d'una sèrie de centres que donen resposta a la demanda d'atenció immediata a la ciutadania. La demanda pot ser molt variada, des de situacions de molta complexitat, com ara les emergències amb risc vital, fins a consultes per problemes que no necessiten una atenció urgent. Dins l'atenció a les urgències cal diferenciar l'àmbit hospitalari i l'extrahospitalari amb els dispositius d'atenció primària i el servei d'emergències mèdiques -061 CatSalut Respon.

En l'àmbit extrahospitalari s'atenen les urgències que acudeixen als centres d'atenció primària en horari habitual, es disposa també de punts

d'atenció continuada que donen atenció fora de l'horari normal dels centres d'atenció primària i dels centres que presten servei les 24 hores del dia i que disposen de recursos més complexos, com les proves del diagnòstic per la imatge i les analítiques. Aquests centres s'anomenen CUAP (centres d'urgències d'atenció primària). En les properes edicions de l'informe es disposarà de dades sistematitzades d'ús també per aquest àmbit.

Analitzant l'atenció hospitalària urgent, amb una taxa de 365 homes i 335 dones per 1.000 habitants, en hospitals de la xarxa pública, segons el districte de procedència, les xifres són variades, tal com mostra la figura 5 (pàgina 32). Les taxes més elevades les presenten Ciutat Vella (502) i Horta-Guinardó (442), mentre que el territori que menys fa servir els serveis públics d'urgències és Sarrià - Sant Gervasi (209), seguit de Les Corts (246). Globalment les dones presenten taxes més elevades que els homes i les freqüentacions més altes estan en les franges d'edat extremes, infants i persones majors de 64 anys.

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 l'any 2015 ha ingressat un 13,3% de totes les persones ateses d'urgències. S'observa que les xifres més elevades corresponen a la gent gran, de més de 65 anys, una quarta part de les quals requereix ser ingressada (24,1%). Les xifres van disminuint en la població més jove, i són d'un 9,6% en els adults i d'un 5,8% en els infants.

# Els serveis sanitaris

32

**Figura 5.** Urgències hospitalàries per renda de districte i sexe, taxes per 1.000 habitants estandarditzades per edat. Barcelona, 2015.



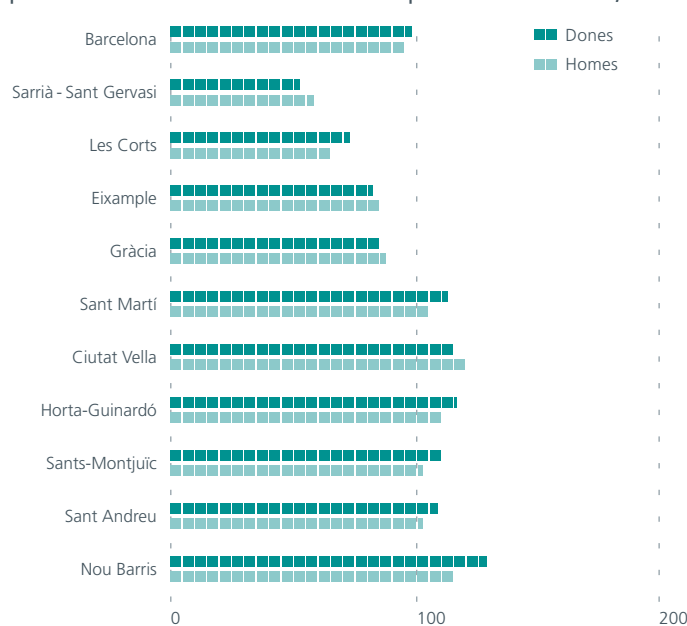
Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) d'urgències. SIIS. Regió Sanitària Barcelona - Consorci Sanitari Barcelona (RSB-CSB). CatSalut.

## L'atenció especialitzada hospitalària

La ciutat de Barcelona disposa de 9 hospitals d'atenció pública amb un total de de 3.705 llits disponibles per donar cobertura a tota la ciutat, dels quals 3.411 es contracten tot l'any, 171 de forma estacional i de 123 se n'està avaluant la possibilitat d'utilització, i estan distribuïts de manera força equidistant en el territori. Tres són centres d'alta tecnologia, dotats de totes les especialitats i els mitjans diagnòstics més avançats, la qual cosa fa que també donin assistència a població de fora de la ciutat amb necessitats assistencials d'alta complexitat. L'activitat realitzada l'any 2015 ha estat de 196.424 altes, molt similar a l'any anterior i superior al 2013.

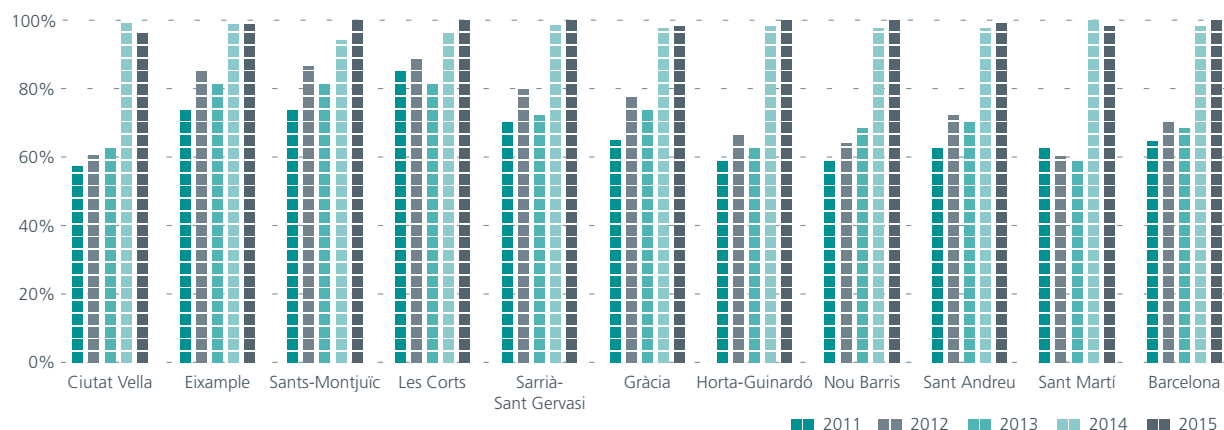
Un 24% de les assistències són de persones que tenen la residència fora de Barcelona, mentre que un 6% de la població resident a Barcelona acudeix a centres de fora de la ciutat. La taxa d'hospitalització és de 98,2 per mil habitants, i és superior en les dones (99,6) que en els homes (96,6), tal com mostra la figura 6.

**Figura 6.** Hospitalització segons renda del districte i el sexe, taxes per 1.000 habitants estandarditzades per edat. Barcelona, 2015.



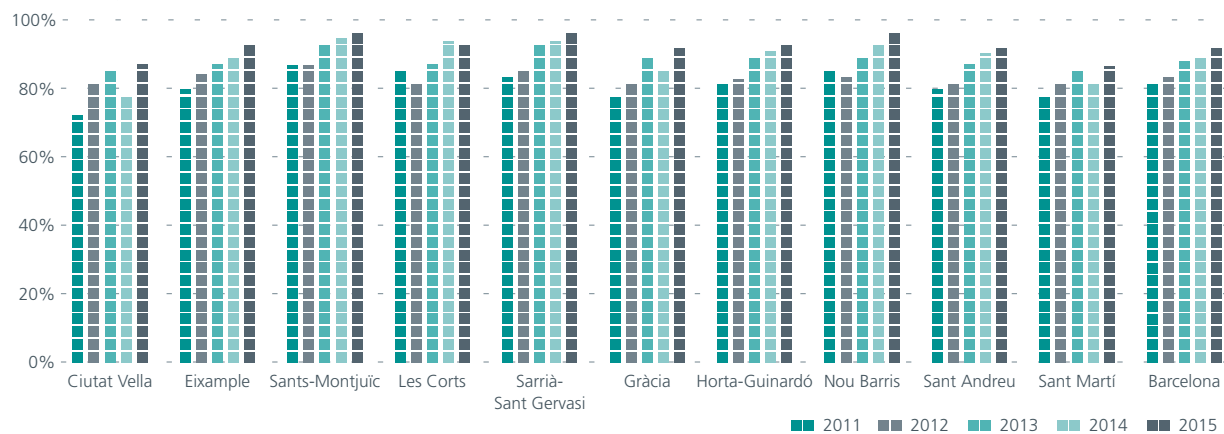
Font: CMBD-AH 2015. Regió Sanitària Barcelona - Consorci Sanitari Barcelona (RSB-CSB). CatSalut.

**Figura 7.** Persones que estan en llista d'espera ateses els primers 180 dies per als procediments garantits, en percentatge. Barcelona, 2011-2015.



Font: Registre de llistes d'espera quirúrgiques RSB-CSB. CatSalut. <http://catsalut.gencat.cat/es/ciudadania/serveis-atencio-salut/com-accedeix/llistes-espera/>  
 Nota: el nombre de casos es comptabilitza a desembre de cada any. Procediments garantits de cataractes, genoll i maluc.

**Figura 8.** Persones que estan en llista d'espera ateses els primers 365 dies per als procediments de referència, en percentatge. Barcelona, 2011-2015.



Font: Registre de llistes d'espera quirúrgiques. RSB-CSB - CatSalut. <http://catsalut.gencat.cat/es/ciudadania/serveis-atencio-salut/com-accedeix/llistes-espera/>  
 Nota: el nombre de casos és comptabilitza a desembre de cada any. 56 procediments de referència del quadre 24 de l'Annex.

**Quadre 7.** Persones en llista d'espera quirúrgica superior a 180 dies en els casos de procediments garantits i superior a 365 dies amb procediments de referència. Barcelona, 2011-2015.

Nombre de casos totals	2011	2012	2013	2014	2015	Variació 2011-2015
> 180 dies procediments garantits	2.526	2.253	2.621	156	51	-98,0%
> 365 dies procediments de referència	4.692	3.827	2.914	2.491	1.584	-66,2%

Font: Registre de llistes d'espera quirúrgiques. RSB-CSB - CatSalut.

## Els serveis sanitaris

34

La taxa d'hospitalització és de 98 per 1.000 habitants (2014: 88) però amb variacions per districte de residència: Nou Barris (123,9) i Ciutat Vella (116,4) són els que presenten les xifres més elevades, mentre que Sarrià - Sant Gervasi i Les Corts tenen els valors més baixos (55,4 i 69,4 respectivament). Els resultats per districtes mostren que els barris amb indicadors socioeconòmics més desfavorables tenen valors d'utilització de serveis més elevats. En la majoria de districtes les dones presenten valors superiors als homes i les hospitalitzacions augmenten amb l'edat.

Les causes d'hospitalització més freqüents en els homes són les malalties de l'aparell circulatori (13,9 per 100.000 habitants), seguides de les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits (13,2). En les dones ocupen el primer lloc les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits (15,9) i les de l'aparell circulatori són lleugerament inferiors (11,6). A la taula 14 de la Salut en xifres (pàgina 100) es pot visualitzar la resta de malalties per districte i sexe.

Quant als procediments quirúrgics, les operacions de l'aparell cardiocirculatori, de l'aparell digestiu, del sistema musculoesquelètic, les operacions d'ulls, bàsicament cataractes, i els procediments obstètrics són els que ocupen els cinc primers llocs quant a freqüència. A la taula 15 de la Salut en xifres (pàgina 101) es presenten les taxes d'hospitalització per cirurgia segons els districtes i el sexe. La meitat de les intervencions

quirúrgiques es realitzen amb cirurgia major ambulatoria (CMA): és una tendència que s'ha anat incrementant els darrers anys, ja que aporta molts avantatges sobre la cirurgia amb ingrés, de les quals destacaríem que afavoreix la recuperació de les persones i dona uns resultats de cost-efectivitat superiors a les intervencions amb ingrés.

L'accessibilitat als centres és un aspecte clau en el qual els professionals i tot el sistema sanitari inverteixen molts esforços. La figura 7 (pàgina 33) mostra l'evolució positiva de l'espera de les persones ateses per als 3 procediments garantits (cataractes, genoll i maluc) els darrers cinc anys. L'any 2011, en els primers 180 dies s'atenia entre un 57% i un 82% de les persones en llista d'espera, segons el districte, mentre que el 2015 s'ha atès gairebé la totalitat de les persones, entre un 98% i un 100%.

L'evolució de la totalitat dels procediments (56 procediments –vegeu la taula 16 de la Salut en xifres, pàgina 102) amb temps de referència inferior a 365 dies en llista d'espera és favorable: l'any 2011 s'atenia entre un 72% i un 86% dels pacients, i l'any 2015 s'ha arribat a donar atenció a entre un 86% i un 96% dels pacients (a la figura 8 es presenten les dades per districte). Conseqüentment, ha anat disminuït el nombre de persones en llista d'espera que superen els temps de garantia i de referència, tal com es mostra a les figures 7 i 8 (pàgina 33).

La reducció ha estat molt notable, d'un 98% per als garantits i d'un 66,2% per als de referència pels anys 2011-2015, tal com mostra el quadre 7 (pàgina 33). Els factors que han contribuït directament a aquesta reducció han estat, principalment, la prioritització clínica, juntament amb l'increment de la cirurgia major ambulatoria (CMA), i també un augment d'activitat en els procediments garantits, que ha estat en global d'un 3,3% els darrers 5 anys.

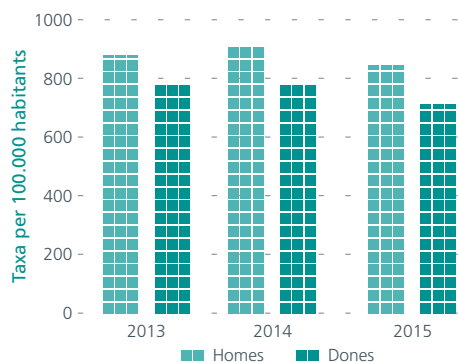
L'indicador d'hospitalitzacions potencialment evitables mesura aquelles que es produeixen per problemes de salut previsibles i controlables des de l'atenció primària, tot i que hi influeixen també les característiques de les persones, la variabilitat de la pràctica hospitalària o les polítiques d'admissió dels centres. L'any 2015, a Barcelona, aquest indicador ha estat de 777 hospitalitzacions per 100.000 habitants, un 4,7% inferior al 2013. A la figura 9 es presenten les taxes dels darrers 3 anys segons el sexe.

### L'atenció sociosanitària

Es consolida la tendència dels darrers anys a impulsar l'atenció subaguda com a alternativa a l'hospitalització convencional, ja que és més adequada des del punt de vista assistencial per al col·lectiu de malalts crònics i més eficient per al sistema de salut.

Respecte a les altres línies d'internament, malgrat que no s'ha incrementat globalment el nombre de places, sí que ha augmentat el nombre de persones ateses, un 18,4%, cosa que es pot interpretar com

**Figura 9. Hospitalitzacions potencialment evitables per sexe, taxa estandarditzada. Barcelona, 2013-2015.**



Font: CMBD-AH 2012-2015. RSB-CSB. CatSalut. Hospitalitzacions evitables segons els indicadors de la qualitat de la prevenció (IQP).



una millora de l'efectivitat d'aquests dispositius. Durant l'any 2015, 2.447 persones (64% dones i 36% homes) han estat ingressades en unitats de subaguts de la ciutat de Barcelona, 4.843 en llarga estada (61% de dones i 39% d'homes), 8.506 en convalescència (60% de dones i 40% d'homes) i 2.339 en cures pal·liatives (32% de dones i 68% d'homes).

Els equips del Programa d'Atenció Domiciliària Equips Especialitzats (PADES), van atendre un total de 4.371 persones (52% dones i 48% homes) i les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS) van atendre 4.408 persones, de perfil geriàtric (57% dones i 43% homes) i les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries (UFISS) van atendre 4.408 persones, 3.550 de perfil geriàtric (57% dones i 43% homes) i 858 de perfil pal·liatiu (44% dones i 56% homes).

### El consum de fàrmacs

Segons l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), a Barcelona (període 2011-2015), el 62,6% de la població declarava haver pres algun medicament en els dos dies previs a l'enquesta, amb importants diferències entre homes (55,9%) i dones (69,2%). Els més freqüents són els antiinflamatoris i altres medicaments per al dolor i/o la febre, medicaments per a la tensió arterial alta, el colesterol alt i per a problemes d'estómac, seguits per tranquil·litzants i sedants, medicaments per a dormir i antidepressius (vegeu el quadre 8).

Aquests darrers grups de medicaments s'associen a un major risc de caigudes en la població major de 74 anys. Al quadre 9 es mostra com ha evolucionat la dispensació els darrers 5 anys. S'observa que els valors de la dosi diària definida (dosi mitjana diària de manteniment) per 1.000 habitants i dia (DHD) en les dones són sempre superiors, fins i tot s'arriben a doblar, com en el cas dels antidepressius, i pràcticament també en els hipnòtics-sedants i els ansiolítics. L'evolució en termes generals és d'una lleugera reducció en la dispensació d'aquests fàrmacs, a excepció dels antipsicòtics.

**Quadre 8.** Persones que declaren haver pres medicaments els darrers dos dies, en percentatge. Barcelona, 2011-2015.

Tipus de medicaments	En total		Receptats pel metge o metgessa	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Antitèrmics, antiàlgics i/o antiinflamatoris	18,4	30,7	11,3	18,8
Per a la tensió arterial alta	21,3	18,3	21,3	18,3
Per al colesterol alt	13,8	12,2	13,8	12,1
Per a l'estómac	10,7	13,2	10,6	12,6
Tranquil·litzants i sedants	7,6	10,9	7,4	10,6
Per a dormir	6,1	10,9	5,7	10,5
Antidepressius	5,3	10,3	5,3	10,2
Vitamines i minerals	5,0	12,7	3,1	9,4
Per al cor	8,3	5,0	8,3	5,0

Font: ESCA contínua, mostra de l'any 2011-2015, dades de Barcelona.

**Quadre 9.** Evolució de la dosi de determinats grups farmacològics per habitant i dia, en població major de 74 anys, per sexe. Barcelona, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Hipnòtics sedants</b>					
Home	65	59,7	57,8	58,8	59
Dona	110,6	106,3	104,6	105,3	105,8
<b>Antipsicòtics</b>					
Home	12,2	11,4	11,2	12,1	13,2
Dona	17	16,5	17	18,5	19,5
<b>Ansiolítics</b>					
Home	95	85,4	82	83,2	83,7
Dona	168,6	152,5	147,2	149,1	148,7
<b>Antidepressius</b>					
Home	123,6	114,5	110,6	112,6	117,2
Dona	255,4	239,3	237,2	243	252,3

Font: Datamart® Transversal CatSalut. RSB-CSB.  
Notes: DHD: dosi/1.000 habitant/dia.

## Les accions en salut pública

36

De les diverses accions i els diversos programes empresos enguany per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) destaquen a continuació tres intervencions en què l'ASPB participa o que difon i que, de manera eficaç, fan servir les xarxes socials com a vehicle de comunicació amb la ciutadania: Sortim Barcelona, per a la prevenció de conductes de risc en joves; MosquitAlert, per a la prevenció de la plaga de mosquits, i una aplicació per a la promoció de les proves del VIH i altres malalties de transmissió sexual.

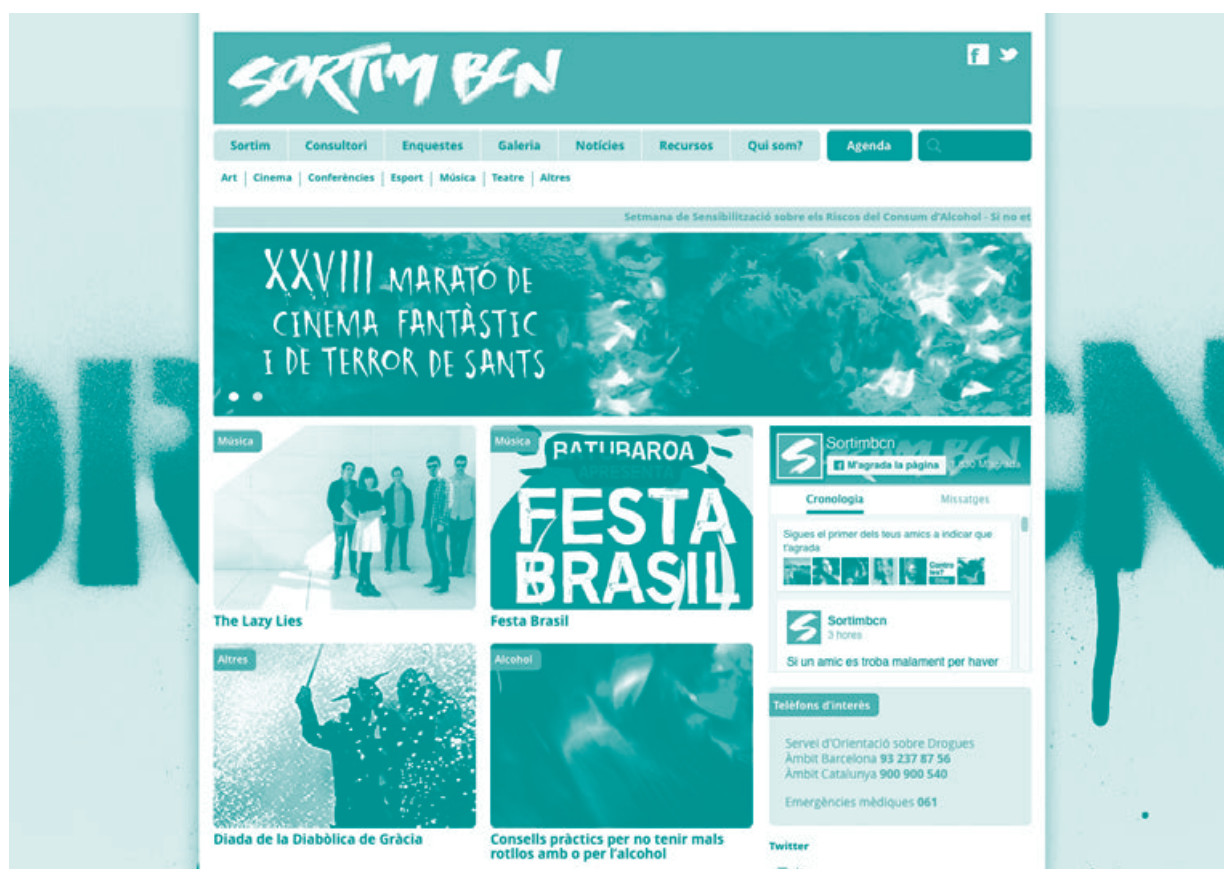
### Sortim Barcelona

Sortimbcn és un lloc web que engloba el portal (www.sortimbcn.cat) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, una pàgina de Facebook (www.

facebook.com/sortimbcn/) i un compte de Twitter (@sortimbcn). Es va posar en funcionament el 20 de novembre de 2014, per promoure l'oci saludable i prevenir les conductes de risc per a la salut entre la població jove de la ciutat de Barcelona (figura 10). Els joves hi poden trobar una agenda completa d'activitats que s'organitzen a la ciutat, notícies, enquestes, una galeria per compartir-hi fotos i vídeos, i un consultori en línia, entre altres apartats. El web inclou informació sobre drogues utilitzades en entorns de festa i problemes derivats del seu ús, així com aspectes d'interès relacionats amb la sexualitat i altres temes de salut. Diàriament s'hi difonen missatges de tipus preventiu adaptats al públic que consulta aquesta plataforma combinats amb informació d'oci de la ciutat.

Des del seu funcionament el portal web ha publicat 4.055 activitats diferents a l'agenda i ha tingut 35.161 visites, amb una mitjana mensual de 1.600 visites. Un 64% d'aquestes són de la ciutat de Barcelona i un 61% són de persones d'entre 18 i 34 anys. Les seccions més visitades són SORTIM, AGENDA i NOTÍCIES. A la secció SORTIM, que és on es pu-

Figura 10. Pàgina web de Sortimbcn.cat



bliquen els missatges de prevenció de consum de drogues, el més consultat va ser la informació relacionada amb els porros (25%) i/o amb l'alcohol (20%). A 18 de juliol de 2016 els comptes de Facebook i Twitter de Sortimbcn tenien 1.785 i 1.411 seguidors respectivament. Al Facebook s'havien publicat 1.078 apunts, 308 dels quals amb informació preventiva relacionada amb el consum de drogues, mentre que a Twitter s'hi havien publicat 8.497 piulades (incloent-hi tant repiulades com piulades originals), 2.464 de les quals eren piulades amb informació preventiva.

### L'ús de noves tecnologies per al control dels mosquits

Els programes de vigilància i control de mosquits necessiten noves eines que col·laborin de manera activa a la solució dels problemes que es plantegen a escala global. Sens dubte el risc de transmissió d'arbovirusos com el dengue, el chikungunya o el zika plantegen un nou escenari epidemiològic que necessita àrees de millora en el control vectorial.

És per això que l'Agència de Salut Pública de Barcelona col·labora des de fa dos anys amb una nova plataforma de ciència ciutadana, es tracta de MosquitAlert, una aplicació gratuïta (per a Android i iOS) que està revolucionant el sistema de seguiment i control de mosquits transmissors de malalties, amb un paquet de noves tecnologies que permet obtenir dades de forma massiva alhora que sensibilitza i dóna poder a la població en aquesta causa.

La participació de veïns i veïnes a través dels seus dispositius mòbils permet descobrir molts més detalls dels llocs on pot criar el mosquit tigre als diversos districtes de la ciutat, i especialment en quins espais de la via pública es detecten larves, principalment en embornals i/o fonts ornamentals.

El programa MosquitAlert, impulsat principalment per l'Obra Social "La Caixa", i que consisteix en l'aplicació de mòbil, un mapa web i la presència en xarxes socials, està creant una comunitat sòlida d'usuaris. Aquests, de forma voluntària, hi aporten dades útils en temps real, amb fotografies georeferenciades sobre la

presència d'exemplars adults o de llocs de cria, fotografies que són validades per experts i són posades a disposició dels diversos agents responsables de la gestió, com l'ASPB a la ciutat de Barcelona.

L'Agència de Salut Pública de Barcelona ha incorporat part del seu equip directament en la validació experta de les dades ciutadanes de MosquitAlert i les està fent servir per millorar el control del mosquit tigre a Barcelona. El 2015 s'han rebut més de 375 informes. El 20% d'aquests informes ha estat inclòs en el programa de vigilància i control, col·laborant així a reduir la presència de mosquit tigre; en la resta ja s'hi està treballant, millorant la qualitat de vida de la ciutadania i minimitzant el risc de transmissió de malalties.

### Ús d'aplicacions per a mòbil per promoure les proves del VIH i altres malalties de transmissió sexual

De principis del desembre del 2015 a finals de març del 2016 s'ha dut a terme un projecte pilot de promoció de les proves del VIH, la sífilis i l'hepatitis C en homes que tenen relacions sexuals amb homes mitjançant aplicacions per a mòbil. Aquestes aplicacions, que faciliten les relacions sexesocials, són àmpliament utilitzades pels homes que tenen relacions sexuals amb homes, i segons diversos estudis i recomanacions, poden arribar a ser una eina preventiva de gran utilitat.

En aquest estudi s'han fet servir les aplicacions més utilitzades en el nostre entorn. Aquestes aplicacions funcionen amb sistemes de geolocalització, que determinen la localització dels usuaris, que poden ser contactats en un perímetre limitat en funció de la proximitat a l'equip investigador. Amb un missatge personalitzat es convida l'usuari a fer-se les proves i se'ls ofereix la vacunació contra l'hepatitis A i B. A més del consell assistit pre i post, s'ha administrat una enquesta que recollia les característiques sociodemogràfiques, de conductes sexuals i d'ús d'aplicacions dels participants. En cas de resultats reactius a les proves, s'ha derivat els usuaris als centres sanitaris de referència.

Amb el projecte s'han enviat missatges a 2.656 usuaris. El 40% (1.019) dels usuaris ha respost als missatges enviats. D'aquests, un 83% (846) ha valorat positivament la intervenció. Dels 108 susceptibles de fer-se les proves, 79 homes (73%) han concertat visita per fer-se-les. El 79% d'ells ha fet servir aplicacions per buscar sexe, un 51% ha practicat sexe anal desprotegit amb una parella ocasional durant el darrer any, i un 52% ha declarat que consumia drogues i estimulants sexuals.

L'elevada acceptació, així com la vulnerabilitat de les persones contactades, indiquen que, en el nostre entorn, aquesta intervenció és una eina útil per facilitar l'accés a les proves del VIH i altres malalties de transmissió sexual i promoure la salut sexual.







# El context físic

## 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: l'atenció a les persones amb dependència

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

## El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

## La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

La mobilitat

L'alimentació saludable

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les altres infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

## Monogràfics

Impacte en salut de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona

L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu

Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona

## La salut en xifres



## Les condicions de l'habitatge

40

L'evidència científica demostra que les condicions de l'habitatge poden repercutir en la salut, tant física com mental, de les persones. L'impacte de l'habitatge sobre la salut es pot explicar per diversos factors, com ara l'assequibilitat de l'habitatge, les condicions físiques i les característiques físiques i socials del barri.

A la ciutat de Barcelona, i en general a tot l'Estat espanyol, existeix una situació d'emergència habitacional que genera un important nombre de famílies amb problemes per fer front als pagaments del lloguer o de la hipoteca. Segons dades del Consell General del Poder Judicial, l'any 2015 s'han produït a la ciutat de Barcelona 5.036 procediments judicials lligats al lloguer (un 6,7% menys que l'any 2014) i 1.113 per execució hipotecària (un 61,3% menys que el 2014). Tot i que els llançaments derivats de la Llei d'arrendaments urbans també s'han reduït a 2.581, un 4,7% menys que l'any anterior, han

augmentat els derivats d'execució hipotecària a 381, un 9,5% més<sup>a</sup>. Les dades de les Oficines d'Habitatge suggereixen que la distribució dels desnonaments a la ciutat no és homogènia per districtes, i que el districte de Nou Barris és el més afectat (vegeu-ne la distribució per districtes al quadre 1).

Pel que fa a les persones sense llar, segons l'informe anual de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar (XAPSLL) de Barcelona, l'any 2015 s'ha comptabilitzat a la ciutat un total de 2.799 persones sense llar, 1.672 de les quals allotjades en recursos assistencials de la XAPSLL, 693 que dormien al carrer i 434 que residien en assentaments (vegeu-ne la distribució per districtes al quadre 1). L'evolució en el temps d'aquestes dades ens indica que el sensellarisme a la ciutat de Barcelona s'ha mantingut relativament estable els darrers anys, amb una disminució de les persones que dormen al carrer (17,3% de reducció des del 2011) compensat per un augment de les persones allotjades en recursos residencials de la XAPSLL (32,9% d'augment des del 2011). El nombre d'inscripcions al Registre de Sol·licitants d'Habitatges de Protecció Oficial de Barcelona a finals del 2015 ha estat de 28.238 (un 5% menys que l'any anterior), el que suposa un total de 53.889 persones si se sumen tots els membres de la unitat familiar (el 3,3% de la població de la ciutat, amb diferències segons el districte). Un 17,5% d'aquestes famílies (4.936) té uns ingressos anuals inferiors als 4.000€. També cal destacar que, segons un informe elaborat pel Gabinet Tècnic

<sup>a</sup>Dades referides a qualsevol tipus d'immoble.

**Quadre 1.** Indicadors relacionats amb l'habitatge, segons els districtes. Barcelona, 2015.

Casos de desnonaments gestionats a les Oficines d'Habitatge <sup>1</sup>	Persones que dormen al carrer <sup>2</sup>		Persones o famílies inscrites al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial de Barcelona <sup>3</sup>		Variació anual (2014-2015) del preu de lloguer i percentatge d'habitatges principals en règim de lloguer <sup>4</sup>		Ajuts per rehabilitació <sup>5</sup> d'edificis d'habitatges <sup>3</sup>			
	%	n	%	% sobre població del districte	Variació anual del preu del lloguer (%)	Habitatges principals en lloguer (%)	Nombre d'expedients	Nombre d'habitatges	Subvenció	
Ciutat Vella	12	155	22,4	6.275	6,0	5,8	56,6	92	948	2.712.048,51€
Eixample	7	99	14,3	5.471	2,2	6,7	37,0	118	2.138	3.558.154,78€
Sants-Montjuïc	20	113	16,3	6.197	3,3	4,7	29,6	62	910	1.449.356,42€
Les Corts	2	32	4,6	1.380	1,7	8,7	24,8	18	491	807.293,67€
Sarrià-Sant Gervasi	3	53	7,6	1.437	1,1	6,9	34,4	55	759	1.572.781,56€
Gràcia	5	23	3,3	2.839	2,8	6,3	37,2	55	749	1.187.521,25€
Horta-Guinardó	9	23	3,3	5.828	3,8	3,6	23,6	69	883	1.597.105,35€
Nou Barris	22	38	5,5	7.920	4,9	4,2	19,6	83	2.048	12.998.730,42€
Sant Andreu	9	26	3,8	5.547	4,0	5,8	22,9	28	435	631.171,01€
Sant Martí	11	131	18,9	9.134	4,1	8,6	22,0	55	997	1.142.122,13€
<b>Total Barcelona</b>	<b>100</b>	<b>693</b>	<b>100</b>	<b>53.889*</b>	<b>3,4</b>	<b>6,6</b>	<b>30,1</b>	<b>635</b>	<b>10.358</b>	<b>27.656.285,10€</b>

Fonts: <sup>1</sup>Oficines d'Habitatge, 2015. <sup>2</sup>Equip de Detecció dels Serveis d'Inserció Social (SIS), 2015. <sup>3</sup>Memòria del Consorci de l'Habitatge de Barcelona, 2015. <sup>4</sup>Preu de lloguer dels habitatges de Barcelona. Informe elaborat pel Gabinet Tècnic de Programació de l'Ajuntament de Barcelona, gener 2016. <sup>5</sup>Inclou instal·lació d'ascensors i altres ajudes.

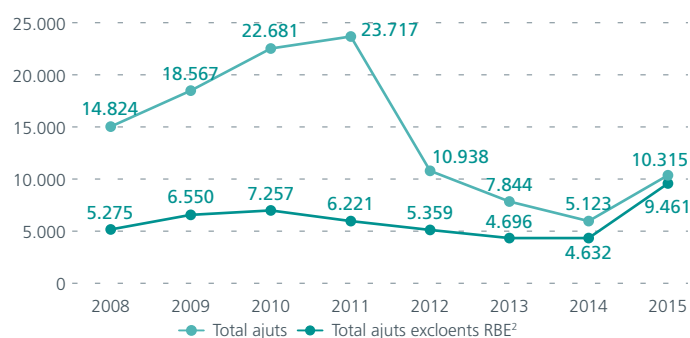
Nota: \*per a 1.861 persones no consta l'adreça d'empadronament o no estan empadronades.

de Programació de l'Ajuntament, els preus de lloguer a la ciutat han augmentat un 6,6% el darrer any, trencant definitivament la tendència a la reducció dels darrers anys. Aquesta dada és especialment preocupant tenint en compte el context econòmic actual i el fet que el 30% dels habitatges de Barcelona són en règim de lloguer (molt per sobre d'altres ciutats espanyoles), amb importants diferències per districtes.

A la ciutat de Barcelona, s'ha posat en marxa una sèrie de mesures per donar resposta a aquesta situació. En primer lloc, s'ha posat en marxa un nou ajut al lloguer, que s'afegeix a un altre amb recursos del Ministeri de Foment. En conjunt, l'any 2015 s'ha atorgat un total de 10.315 ajuts al pagament del lloguer (i hipoteca), el que suposa un 68,5% més que l'any 2014 i un canvi considerable de tendència respecte a anys anteriors (figura 1). També s'estan posant en marxa polítiques per augmentar el parc de lloguer protegit de la ciutat, que a finals del 2015 era de 10.522 habitatges, un 0,9% més que l'any anterior. Durant l'any 2015 s'han adjudicat 532 habitatges de protecció oficial (HPO) i 319 habitatges per a emergències socials (persones amb data de llançament per impagament d'hipoteca o lloguer), un 61,1% més que l'any anterior.

A banda d'intentar donar resposta a la situació d'emergència habitacional, s'han impulsat altres programes, com ara la rehabilitació. Així doncs, el 2015 s'inverteix la tendència negativa dels ajuts a la rehabilitació dels darrers anys (una reducció del 85% des del 2010), i augmenta més d'un 500% des del darrer any (27,6 M€ en comparació amb els 4,4 M€ del 2014), arribant a 10.358 habitatges (un 400% més que l'any anterior).

**Figura 1.** Nombre total d'ajuts<sup>1</sup> al lloguer i a la hipoteca concedits a persones residents a Barcelona. Barcelona, 2008-2015.



Font: Memòria del Consorci de l'Habitatge de Barcelona, 2015.

Notes: <sup>1</sup>Inclou Lloguer Just, ajuts d'especial urgència, subvencions per al pagament del lloguer (Ministeri de Foment), subvencions per al pagament del lloguer (Ajuntament de Barcelona), expedients vigents de la RBE (derogada a finals del 2011), ajuts per al pagament de la fiança i el primer mes de lloguer d'habitatges de la Borsa de Lloguer i ajuts al lloguer d'habitatges dotacionals per a gent gran. <sup>2</sup>RBE: renda bàsica d'emancipació.

## La seguretat alimentària

El control oficial dels establiments alimentaris a la ciutat de Barcelona es planifica i s'executa sobre la base de diferents programes de vigilància i control, que apliquen a la gran diversitat i quantitat d'establiments: bars, restaurants, escoles, universitats, escoles bressol, geriàtrics, hospitals, menjadors laborals, comerç minorista, distribuïdors i importadors, mercats centrals,

escorxador i altres. Tots són sotmesos a actuacions de control oficial, per comprovar el compliment dels requisits d'higiene i les diferents normes sanitàries que se'ls apliquen. Per les seves peculiaritats, els mercats centrals i l'escorxador disposen de programes específics.

Barcelona disposa de dos grans mercats centrals a la unitat alimentària de Mercabarna: el Mercat Central del Peix i el Mercat Central de Fruites i Hortalisses. Aquests dos grans mercats proveeixen de producte fresc

## La seguretat alimentària

42

altres establiments de la ciutat, però també de tot Catalunya. Pels volts de 60.000 tones de peix fresc i 11.000 tones de peix congelat i 1.000.000 tones de fruites i hortalisses es comercialitzen cada any a través d'aquests dos grans mercats. Un total de 56 i 165 empreses alimentàries operen en un mercat i l'altre. Les activitats de vigilància i control comprenen inspeccions d'infraestructures i equipaments, dels processos i productes, i l'avaluació dels autocontrols.

Al Mercat Central del Peix, durant el 2015 s'han efectuat actuacions de vigilància i/o control en el 87,5% dels operadors, amb un total de 240 actuacions. La majoria d'actuacions ha consistit en controls efectuats sobre el producte, ja sigui en el marc de programes de vigilància o mostres de control. S'han detectat 11 no conformitats del total de 83 productes de la pesca mostrejats. Les no conformitats han consistit en nivells elevats d'histamina en tonyina o altres escòmbrids (5 mostres no conformes), additius no declarats i/o no autoritzats (5 mostres no conformes) i presència de salmonel·la en una mostra de mol·luscos bivalves. A més, a banda de les actuacions de control programades, es du a terme un control diari de les condicions organolèptiques dels productes de la pesca que s'exposen per a la venda, així com de les condicions d'higiene.

Al Mercat Central de Fruites i Hortalisses, les actuacions realitzades durant el 2015 han estat 242, efectuades en un 55,7% dels operadors del mercat. S'ha mostrejat un total de 70 productes vegetals, en el marc dels programes de vigilància, i s'han detectat 4 no conformitats (2 per residus de plaguicides per sobre dels límits admesos, 1 per metalls pesants i 1 per nitrats).

Pel que fa a l'escorxador, ubicat també a Mercabarna, les actuacions de control són permanents. Comporten una inspecció de tots i cadascun dels animals abans del seu sacrifici (inspecció *antemortem*) i una inspecció detallada de les carns que se n'obtenen (inspecció *postmortem*), per acabar dictaminant l'aptitud o no per al consum. A més, mentre l'animal està viu i fins que se'l condueix al sacrifici, el personal d'inspecció vetlla per tal que es complexin en tot moment les normes de benestar animal.

**Quadre 2.** Nombre de decomisos totals per causes i per espècies. Barcelona, 2015.

	Boví	Equí	Xai	Cabrits
Abscés/pièmia			1	
Anomalies organolèptiques greus		1	3	
Artritis			22	13
Caquèxia	5		3	6
Carns febrils	6		9	2
Cisticercosi			2	1
Icterícia		1	12	2
Melanosi		2		1
Procés inflamatori generalitzat	15	1	2	
Sarcosporidiosi				
Traumatismes/hemorràgies	1	2	32	4
Manca d'identificació		1		
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>86</b>	<b>29</b>

Font: Servei de Control Alimentari de Mercats Centrals.

**Quadre 3.** Mostres investigades per paràmetre i espècie. Barcelona, 2015.

	Boví	Equí	Oví
Aminoglucòsids			20
Antibacterians	10	5	52
Anticoccidians			10
Antitiroidals	20	5	5
$\beta$ -agonsites	57	5	
Cloranfenicol	9		8
Còrtics	35		
Elements químics	11		8
Esteroides	8	2	1
Estilbens	7	2	1
Nitrofurans	15	3	
Nitroimidazols	3	4	10
Organoclorats			8
RAL (lactones de l'àcid resorclíc)	7	2	1
Tranquil·litzants	15	5	
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>33</b>	<b>124</b>

Font: Servei de Control Alimentari de Mercats Centrals.

A l'escorxador de Mercabarna s'hi sacrificuen bovins, equins, ovins i caprins.

L'evolució del sacrifici aquests darrers anys, en termes generals, ha anat decreixent de manera similar a altres escorxadors que sacrificuen aquestes espècies (d'elevat valor econòmic), tot i que en el cas dels petits remugants (ovins/cabrum) des de l'any 2012 ha experimentat un lleuger augment.

Els percentatges per mil de decomisos totals (canals senceres, amb totes les seves despulles que han estat dictaminades com a no aptes per

al consum) han estat d'un 0,4‰ en boví, 0,3‰ en oví, 0,6‰ en cabrit i 4,0‰ en equí. Al quadre 2 (pàgina 42) es poden veure les causes que han motivat aquests decomisos per cadascuna de les espècies. En general, els percentatges de decomisos totals es mantenen en xifres baixes, molt similars a les dels anys anteriors, la qual cosa posa de manifest la premissa que els animals amb signes clars de malalties transmissibles a persones o altres animals no són sacrificats per al consum humà.

S'ha investigat un total de 354 animals en el marc del Programa d'Investigació de Residus en Aliments d'Origen Animal, amb resultat conforme en el 100% de les mostres analitzades. Al quadre 3 (pàgina 42) es pot veure el nombre de mostres en cada espècie per cada paràmetre analitzat.

## La qualitat de l'aire

L'avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona per a l'any 2015 mostra un empitjorament significatiu respecte a l'any anterior. Les mitjanes anuals de la ciutat s'han incrementat per als contaminants crítics: un 11% en el cas del diòxid de nitrogen ( $\text{NO}_2$ ), un 13% per a les partícules  $\text{PM}_{10}$  i un 16% per a les partícules més fines ( $\text{PM}_{2,5}$ ). Aquest empitjorament de la qualitat de l'aire podria ser atribuïble a una major intensitat de les activitats econòmiques, que sembla que inicien una recuperació des del període de crisi. Cal afegir també que en el cas del benzè i el benzo(a)pirè, dos carcinògens reconeguts, es compleixen els valors objectius establerts per la Unió Europea (UE) però se superen els nivells de referència de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en les estacions properes a les emissions de trànsit. D'altra banda, s'ha tornat a superar a la ciutat el llindar d'informació a la població per a l'ozó, fet que no succeïa des de l'any 2003. La resta de

contaminants avaluats, com els metalls pesants, el monòxid de carboni i el diòxid de sofre, es mantenen en nivells inferiors als respectius valors límit o objectiu de la normativa europea i als nivells de referència de l'OMS.

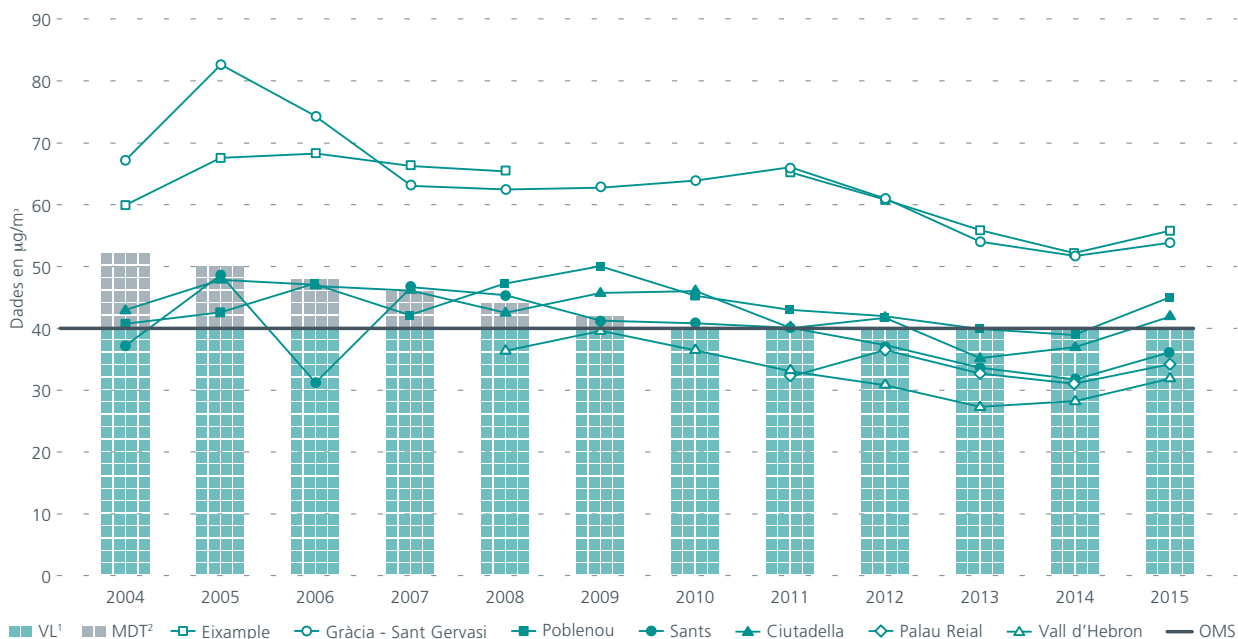
Les mitjanes anuals d' $\text{NO}_2$  superen el valor límit anual de la UE i el nivell de referència de l'Organització Mundial de la Salut ( $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ) tant a les estacions de trànsit –estacions de mesura de la qualitat de l'aire properes al trànsit rodant– (Eixample, Gràcia - Sant Gervasi i Poblenou) com a les de fons urbà (Ciutadella), fet que posa de manifest que el problema de l' $\text{NO}_2$  a la ciutat no està restringit als entorns amb més intensitat de trànsit (vegeu la figura 2, pàgina 44).

Respecte al material particulat cal precisar que els valors límit de la UE són molt més permissius que els nivells de referència de l'OMS (vegeu la figura 3, pàgina 44). L'any 2015 es compleix el valor límit anual ( $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ) i el valor límit diari per a les partícules  $\text{PM}_{10}$  a totes les estacions de la ciutat però, per contra, si prenem de referència el nivell de l'OMS, se'n supera tant la mitjana anual ( $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ) com el màxim diari ( $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ) a totes les estacions de la ciutat. Aquesta mateixa avaluació es repeteix amb les partícules  $\text{PM}_{2,5}$ , per a les quals durant l'any 2015 es

# La qualitat de l'aire

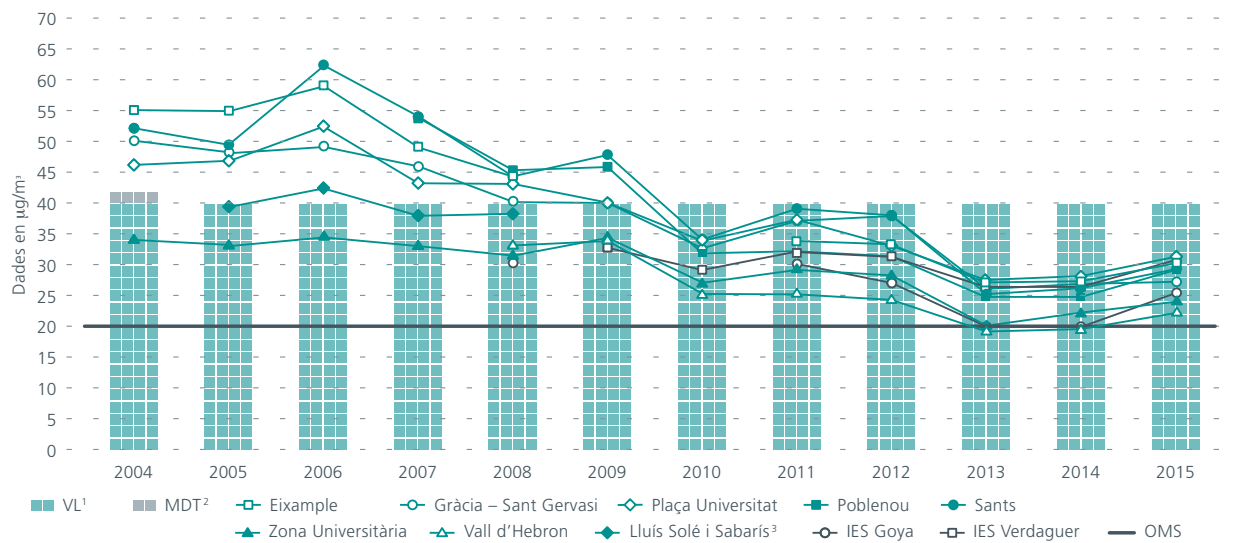
44

**Figura 2.** Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen (NO<sub>2</sub>) per estació de mesurament. Barcelona, 2004-2015.



Font: Direcció de Protecció de la Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona.  
 Notes: <sup>1</sup>Valor límit (VL) = 40 µg/m<sup>3</sup>. <sup>2</sup>MDT (marge de tolerància). Nivell de referència OMS = 40 µg/m<sup>3</sup>.

**Figura 3.** Evolució de la mitjana anual de partícules PM<sub>10</sub> per estació de mesurament. Barcelona, 2004-2015.



Font: Direcció de Protecció de la Salut. Agència de Salut Pública de Barcelona.  
 Notes: <sup>1</sup>Valor límit (VL) = 40 µg/m<sup>3</sup>. <sup>2</sup>MDT (marge de tolerància). Nivell de referència OMS = 20 µg/m<sup>3</sup>.



compleix el valor límit anual de la UE (25 µg/m<sup>3</sup>), però se supera a totes les estacions el nivell de referència de l'OMS, tant la mitjana anual (10 µg/m<sup>3</sup>) com el màxim diari (25 µg/m<sup>3</sup>).

Respecte a l'avaluació anual de benzè i el benzo(a)pirè, novament els valors objectiu de la UE són molt més permissius que els nivells de referència de l'OMS. Malgrat l'increment de les concentracions de benzè observades durant el 2015, es compleix el valor límit de la UE (5 µg/m<sup>3</sup>). Tanmateix, els nivells de les estacions orientades al trànsit (Eixample, Gràcia-Sant Gervasi i Poblenou) se situen per sobre del nivell de referència de l'OMS (1,7 µg/m<sup>3</sup>). En el cas del

benzo(a)pirè, les concentracions anuals se situen entre 5 i 10 vegades per sota del valor objectiu de la UE (1 ng/m<sup>3</sup>). Tanmateix, se supera el nivell de referència de l'OMS (0,12 ng/m<sup>3</sup>) a les estacions de trànsit i fins i tot a l'estació de fons urbà situada al Parc de la Ciutadella.

Quant a l'ozó, contaminant secundari amb efectes nocius per a la salut per a curtes exposicions de temps, s'han superat els nivells de referència de l'OMS a totes les estacions de la ciutat i per primera vegada des de l'any 2003 s'ha superat el límit establert per la UE per informar la població (180 µg/m<sup>3</sup>) a l'estació situada al Parc de la Ciutadella.

Pel que fa a la resta de contaminants avaluats, es compleixen els respectius valors límit o objectiu establerts al Reial Decret 102/2011 i a la Directiva 2008/50/CE, així com els nivells de referència de l'OMS marcats per als gasos (CO i SO<sub>2</sub>) i els metalls pesants (Pb, Cd, Ni i As).

## La qualitat de l'aigua

### La vigilància de la qualitat sanitària de l'aigua de consum humà

Són diversos els mecanismes que garanteixen que l'aigua de consum humà que es distribueix a la xarxa pública d'abastament de Barcelona és sanitàriament adequada i compleix els estàndards de qualitat establerts a la normativa<sup>1</sup>. La gestió del subministrament a Barcelona es fa indirectament a través de l'empresa Aigües de Barcelona, que serveix diàriament l'aigua a la ciutadania i aplica un programa d'autocontrol preventiu per garantir-ne la qualitat. L'ASPB supervisa que els programes i les actuacions aplicades per Aigües

de Barcelona siguin correctes i verifica la qualitat de l'aigua mitjançant un programa de vigilància anual. Durant aquest 2015 s'ha realitzat un total de 312 controls de desinfectant a la xarxa i s'han recollit 151 mostres de verificació, 130 en els dipòsits d'emmagatzematge de la ciutat i 21 en punts aleatoris de la xarxa pública de distribució. Més del 99% del total de controls de desinfectant han estat correctes (entre 0,2 i 1 mg/l) i no s'ha observat cap incompliment de la normativa sanitària respecte a la qualitat de l'aigua (vegeu el quadre 4, pàgina 46) ni tampoc cap superació dels valors fixats com a guia per l'OMS.

### El plom a les aixetes de la ciutadania

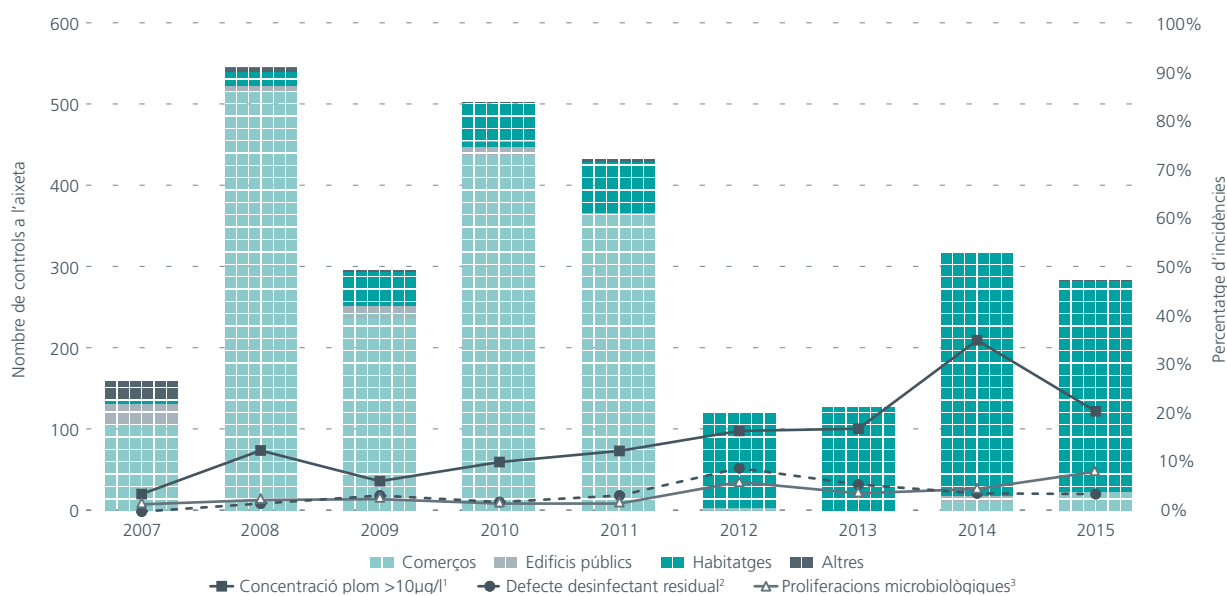
A banda de verificar l'aigua a la xarxa de distribució de la ciutat, l'ASPB fa també controls a les aixetes dels habitatges i locals per comprovar que els materials i l'estat de conservació de les instal·lacions interiors dels edificis no afecten negativament la qualitat de l'aigua que consumeix la ciutadania. Durant el 2015 s'han dut a terme controls en un total de 349 aixetes d'habitatges particulars i 243 reinspeccions amb remostreig per causa de la detecció d'incidències. El 75% dels controls s'ha fet en habitatges particulars (vegeu la figura 4, pàgina 46) com a resposta a peticions ciutadanes (20% del total).

<sup>1</sup>Directiva 98/86/2003 del Consell, de 3 de novembre de 1998, relativa a la qualitat de les aigües destinades al consum humà (Diari Oficial núm. L 330 de 05/12/1998, p. 32-54) i 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 45, de 21/02/2003).

# La qualitat de l'aigua

46

**Figura 4.** Nombre de controls, tipologia d'edifici mostrejat i percentatges de les incidències més importants trobades en el programa de vigilància de la qualitat de l'aigua en les aixetes. Barcelona, 2007-2015.



Font: Servei de Qualitat i Intervenció Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: ¹Incompliment per plom: concentracions superiors als 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.

**Quadre 4.** Resultats d'una selecció de paràmetres mesurats a la xarxa pública de distribució d'aigua de consum en les tres zones d'abastament de la ciutat. Barcelona, 2015.

	Límit UE	Límit OMS	Zona B¹	Zona D¹	Zona E¹
Amoni (mg/l) n=16	0,50	-	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Alumini (µg/l) n=16	200	-	< 20 - 50,7	< 20 - 58,0	30,2 - 53,0
Arsènic (µg/l) n=16	10	10	< 1 - 1,5	< 1 - 1,7	< 1 - 1,7
Benzè (µg/l) n=16	1,0	10	< 0,5	< 0,5	< 0,5
Benzo(a)pirè (µg/l) n=16	0,010	0,7	< 0,005	< 0,005	< 0,005
Clorurs (mg/l) n=23	250	-	49,8 - 180,0	21,1 - 96,3	21,8 - 180,9
<i>Escherichia coli</i> (ufc/100mL) n=16	0	0	< 1	< 1	< 1
Enterococ (ufc/100mL) n=16	0	0	< 1	< 1	< 1
Mercuri (µg/l) n=16	1,0	6	< 0,2	< 0,2	< 0,2
Nitrat (mg/l) n=16	50	50	4,5 - 7,2	< 4 - 8,4	< 4 - 8,6
Trihalometans (µg/l) n=33	100		18 - 53	45 - 92	52 - 72
Bromoform		100	3,7 - 37,3	< 2 - 43,7	< 2 - 45
Bromodiolclorometà		60	< 2 - 7,9	2,7 - 17,7	2,1 - 11,0
Cloroform		300	< 2 - 33,5	< 2 - 49,1	< 2 - 58,7
Dibromodiolclorometà		100	3,0 - 12,2	2,1 - 22,2	< 2 - 15,8
Plom (µg/l)	10	10	< 1 - 1,4	< 1	< 1

Font: Servei de Qualitat i Intervenció Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: n: nombre de mostres. Límit UE: Límits de qualitat de l'aigua segons la Directiva 98/86/2003 i el RD 140/2003. Límit OMS: Valors guia de qualitat de l'aigua segons l'OMS. Guidelines for Drinking-water Quality. Fourth Edition. 2011.

¹La divisió en zones es correspon amb l'origen i la distribució següents:

Zona	Origen majoritari de l'aigua	Distribució geogràfica
Zona B	Llobregat	Part del districte de Sants-Montjuïc (~ 4 consum 2014)
Zona E	Ter	Part dels districtes de Nou Barris i Sant Andreu (~ 8 consum 2014)
Zona D	Llobregat + Ter	Resta de la ciutat (~ 87 consum 2014)

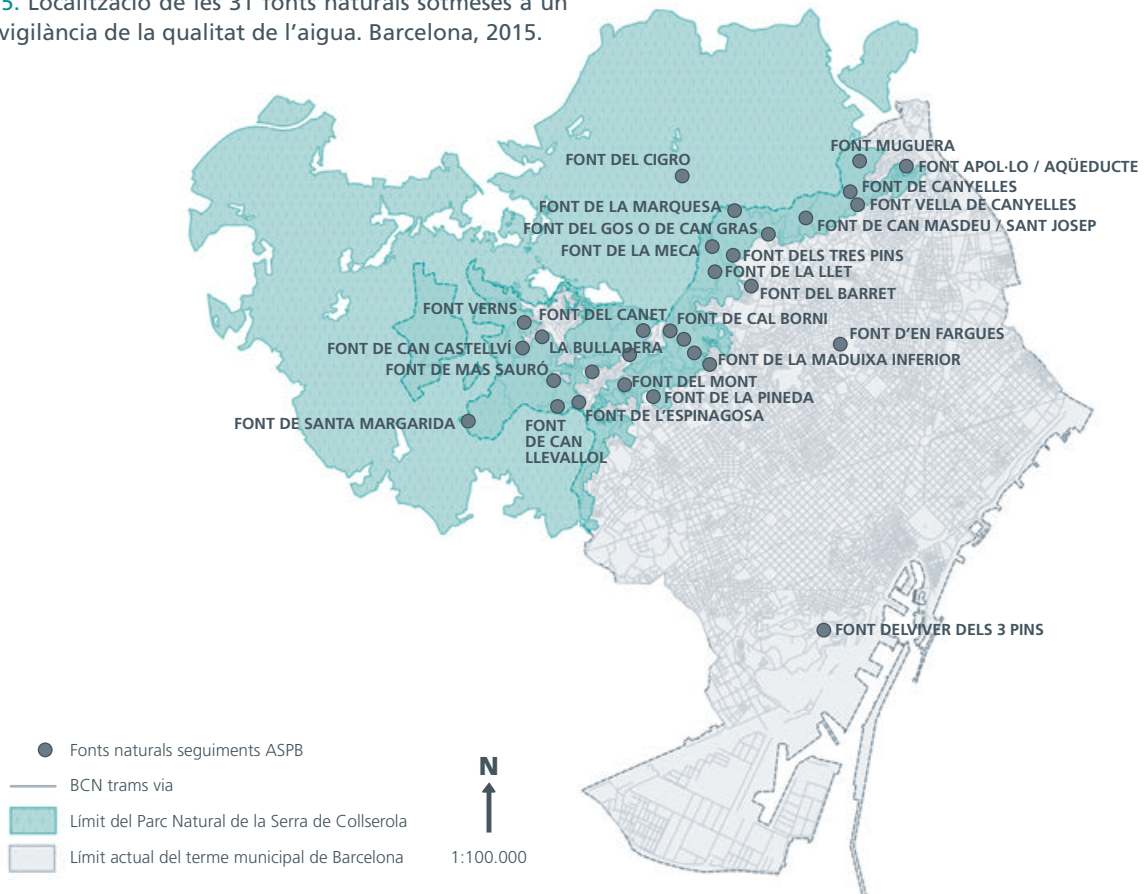
L'incompliment detectat amb més freqüència és l'excés de plom a l'aigua de consum dels habitatges (21% controls el 2015, figura 4, pàgina 46). Des de l'any 2012, l'ASPB ha centrat el programa de vigilància a les aixetes d'habitatges particulars mitjançant l'oferiment de controls gratuïts sota petició o la realització de controls d'ofici en aquelles finques on algun control previ havia identificat un incompliment per plom a l'aigua.

Aquest programa està destinat a protegir la ciutadania de l'exposició al plom a través de l'aigua de consum humà. El plom és un metall tòxic que provoca efectes negatius sobre la salut (efectes neurològics, cardiovasculars, insuficiència renal i problemes reproductius), sobretot en poblacions sensibles com els infants i les dones embarassades<sup>2,3</sup>. El plom s'incorpora a l'aigua per causa de la corrosió dels materials que en contenen (bàsicament canonades). Va ser un metall molt emprat fins als anys vuitanta i encara està molt present en molts habitatges i edificis antics.

<sup>2</sup>Lanphear BP, Hornung R, Khoury J, et al. Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: an international pooled analysis. *Environ Health Perspect.* 2005;113:894-9.  
<sup>3</sup>Lockitch G. Perspectives on lead toxicity. *Clin Biochem.* 1993;26:371-81.

Altres incidències detectades estan relacionades amb proliferacions microbiològiques positives (8% controls) i el defecte de la concentració de desinfectant residual (3% controls). En un elevat percentatge dels casos (aproximadament el 90%), les incidències són degudes a contaminacions de les mostres i/o aixetes o a lleus fluctuacions del desinfectant que no es confirmen amb l'anàlisi de control posterior.

**Figura 5.** Localització de les 31 fonts naturals sotmeses a un pla de vigilància de la qualitat de l'aigua. Barcelona, 2015.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona.

### Les fonts naturals de Barcelona

Durant el 2015 l'ASPB ha revisat i actualitzat el cens de fonts naturals de la ciutat. La zona de Collserola és molt rica en aquestes surgències d'aigua freàtica que sovint es troben en entorns boscosos o d'esbarjo aprofitats per al descans i temps lliure de la ciutadania de Barcelona. S'ha identificat un total de 31 fonts naturals amb un règim normal de cabal d'aigua. Es troben relativament properes a nuclis poblats i/o disposen d'una bona accessibilitat per

a caminants (vegeu la figura 5, pàgina 47). L'ASPB realitza visites periòdiques d'inspecció a aquestes fonts, en què en revisa l'estat de manteniment i la senyalització, i recull mostres d'aigua per a la vigilància analítica. Els controls duts a terme en aquestes emanacions d'aigua natural mostren incidències microbiològiques en el 87% de les fonts. Així doncs, no és recomanable consumir l'aigua d'aquestes fonts ja que no està desinfectada i pot tenir contaminacions per microorganismes patògens que poden provocar malalties als consumidors. Pel que fa a la qualitat química de les fonts naturals del municipi, en el 16% de les fonts censades l'aigua conté un excés de nitrats (> 50 mg/l), fet que les fa no adequades per al consum, sobretot en els cas de grups més vulnerables.

## La contaminació acústica

La Comissió Europea és l'administració que marca els estàndards de qualitat acústica que han de complir les ciutats i, per tant, també els llindars de soroll recomanables. La tendència durant els últims anys és a definir nivells cada vegada més restrictius, com en la resta d'indicadors relacionats amb la qualitat de l'aire.

El Mapa de soroll de Barcelona s'actualitza aproximadament cada cinc anys i l'últim disponible correspon a l'any 2012. Aquest mapa, entre altres dades, quantifica el percentatge de trams de carrers i la quantitat de població afectada per diferents nivells de soroll: <60 dB(A), 60-65 dB(A), 65-75 dB(A) i >75 dB(A). Es fa difícil dir a partir de quins nivells de soroll es generen molèsties, perquè això depèn de molts factors, però ja que l'indicador de l'Agenda 21 pren com a referència 65 dB de dia i 55 dB de nit, podem prendre el mateix.

L'Eixample és el districte exposat a nivells més alts de soroll pel trànsit, ja que es considera l'eix bàsic de mobilitat a la ciutat. La resta de districtes amb valors alts de soroll són districtes amb pas de grans infraestructures pels seus carrers, com ara les rondes i la Meridiana.

La proporció de població exposada a nivells de soroll mitjans i alts ha disminuït entre el 2009 i el 2012 tant pel que fa al dia (-3%, ha passat del 43,6% al 40,2%) com a la nit (-4%, ha passat del 59,8% al 56,2%). Els districtes en què s'ha reduït més la proporció de població exposada a nivells de soroll mitjans i alts durant el dia han estat Sant Andreu (-14,6%) i Nou Barris (-14,0%); i durant la nit Horta-Guinardó (-4%) i Nou Barris (-7,7%).

La figura 6 (pàgina 49) mostra la proporció de la població exposada als diferents nivells de soroll de nit per cadascun dels deu districtes de la ciutat; s'hi inclouen també les dades de l'anterior Mapa de soroll, que correspon a l'any 2009. Els districtes amb valors alts de soroll de nit són districtes amb oferta d'oci nocturn important (com ara Ciutat Vella) o amb el pas de les grans infraestructures viàries.



Per tant, Barcelona, com altres ciutats europees, té uns nivells apreciables de soroll, fruit de la convivència d'usos, d'un ús intensiu del carrer i, sobretot, del trànsit de vehicles de motor durant el dia i de l'oci nocturn durant la nit. El

Pla per a la Reducció de la Contaminació Acústica 2010-2020 és un document marc que es nodreix d'accions de moltes àrees municipals (la mobilitat, per exemple, és bàsica) amb l'objectiu general que els carrers tinguin una qualitat acústica adequada en funció dels usos (residencial, comercial, industrial, etc.).

**Figura 6.** Proporció de la població exposada als diferents nivells sonors de nit, per districte. Barcelona, 2009 i 2012.



Font: Departament de Reducció de la Contaminació Acústica de l'Ajuntament de Barcelona. Direcció d'Energia i Qualitat Ambiental (Gerència d'Ecologia, Urbanisme i Mobilitat) de l'Ajuntament de Barcelona.





# La salut

## 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: l'atenció a les persones amb dependència

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

## El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

## La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

La mobilitat

L'alimentació saludable

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

    Les infeccions per VIH/sida

    Les altres infeccions de transmissió sexual

    La tuberculosi

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

## Monogràfics

Impacte en salut de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona

L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu<sup>9</sup>

Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona

## La salut en xifres

# L'esperança de vida

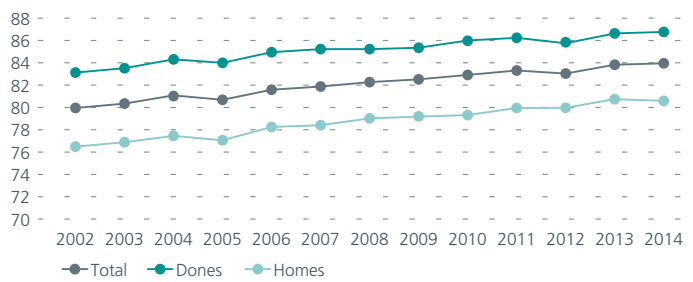
52

L'esperança de vida a la ciutat de Barcelona el 2014 va ser de 80,5 anys en homes i de 86,7 anys en dones (any 2013: 80,7 anys en homes i 86,6 en dones), lleugerament per sobre de la de Catalunya (80,5 i 86,1 anys, respectivament) i la de l'Estat espanyol (80,1 i 85,7 anys). En conjunt l'esperança de vida del 2014 ha estat de 83,9 anys (2013: 83,8 anys). L'esperança de vida ha tingut una tendència creixent en ambdós sexes, ja que el 2005 era de 77,1 anys en homes i s'ha passat a 80,5, un increment de 3,4 anys, i en les dones s'ha passat de 84,4 anys a 86,7 durant el mateix període, amb un increment de 2,4 anys. No s'observen diferències en la tendència abans i després de la crisi econòmica (figura 1).

Existeixen, però, diferències entre districtes i barris. Quant a les diferències per districtes, l'any 2014 la menor esperança de vida es dona a Ciutat Vella,

amb 77,5 anys en homes i 85,7 en dones, i la més alta a Les Corts, amb 83,3 anys en homes i 88,2 en dones. Tanmateix, els districtes on més s'incrementa l'esperança de vida entre el 2005 i el 2014 són els districtes amb menor nivell socioeconòmic, concretament a Nou Barris, amb 4 anys d'increment en ambdós sexes.

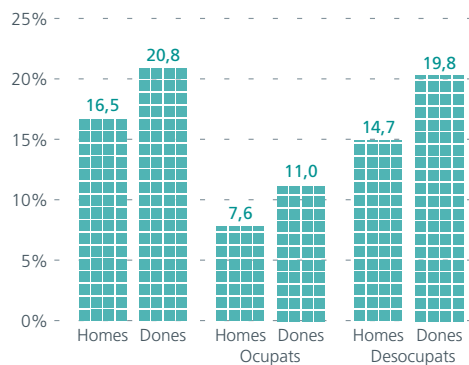
**Figura 1. Esperança de vida per sexe. Barcelona, 2002-2014.**



Font: Servei de Sistemes d'Informació Sanitàries. Agència de Salut Pública de Barcelona.

# L'estat de salut percebut

**Figura 2. Estat de salut autopercebut regular o dolent en percentatge en majors de 15 anys, per sexe i situació laboral. Barcelona, 2011-2015.**



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

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. L'estat de salut autopercebut es relaciona amb les dimensions física i mental de la salut. La pregunta sobre la salut autopercebuda contempla 5 possibles respostes: excel·lent, molt bona, bona, regular o dolenta.

Les dones presenten cada any un percentatge major de salut regular o dolenta que els homes. En els homes aquest percentatge es manté pels volts del 16,5%, mentre que en les dones és del 20,8%. Existeixen diferències segons la situació laboral. En els homes ocupats la mala salut autopercebuda es manté amb oscil·lacions pels volts del 8%, mentre que les prevalències en els homes aturats doblen les dels ocupats (14,7%). En les dones ocupades la mala salut autopercebuda és de l'11,0% i, del 19,8% en les desocupades (figura 2).



# La mobilitat

El transport actiu (a peu i en bicicleta) permet incorporar activitat física en la vida de les persones, ja que s'han de desplaçar per dur a terme les tasques quotidianes. Existeix evidència dels beneficis directes de l'activitat física sobre la salut: disminueix el risc de malalties cardiovasculars, diabetis tipus 2 o obesitat. L'ús dels diversos modes de transport varia en els desplaçaments interns i de connexió. Segons les dades de l'Enquesta de Mobilitat en Dia Feiner de Barcelona, realitzada anualment per l'Ajuntament de Barcelona als residents de l'àmbit territorial del Sistema Tarifari Integrat majors de 15 anys, l'any 2015 s'han dut a terme diàriament 6,8 milions de desplaçaments amb origen o destí a la ciutat. D'aquests, el 73,1% han estat interns (amb origen i destí Barcelona) i el 26,9% de connexió (amb origen o destí fora de Barcelona). En els desplaçaments interns, el 56,0% ha estat a peu o en bicicleta, el 29,6% en transport públic i el 14,4% en transport privat. En canvi, en els desplaçaments de connexió, el 50,0% ha estat en transport públic, el 47,1% en transport privat i el 2,9% a peu o en bicicleta.

En els desplaçaments interns pels districtes, el percentatge mitjà de desplaçaments a peu és del 80%, en bicicleta de l'1,2%, en transport públic

de l'11,4%, en motocicleta o ciclomotor (moto) del 2,2% i en turisme del 5,1%. En els desplaçaments entre districtes el percentatge mitjà de desplaçaments a peu és del 18,4%, en bicicleta del 1,9%, en transport públic del 49,1%, en moto del 8,5% i en turisme del 21,8% (vegeu el quadre 1).

Es considera mobilitat elevada una proporció de desplaçaments igual o per sobre de la mitjana. Els districtes que tenen una mobilitat interna elevada en transports actius són: Sants-Montjuïc i Sant Andreu, amb una elevada mobilitat a peu i en bicicleta; Ciutat Vella, Les Corts, Nou Barris i Gràcia, amb una mobilitat a peu elevada; i l'Eixample i Sant Martí amb una mobilitat en bicicleta elevada. No obstant això, els districtes de Gràcia i de l'Eixample també tenen una mobilitat interna en moto elevada.

Respecte als desplaçaments de connexió, els districtes que tenen una mobilitat elevada en transports actius són: Ciutat Vella i Gràcia, amb una mobilitat a peu i en bicicleta elevada; l'Eixample i Sant Andreu, amb una mobilitat a peu elevada; i Sants-Montjuïc i Sant Martí, amb una mobilitat en bicicleta elevada. Tanmateix, el districte de Gràcia també té una mobilitat de connexió en moto elevada, i els districtes de Sant Andreu, Sants-Montjuïc i Sant Martí també tenen una mobilitat de connexió en turisme elevada.

Els districtes d'Horta-Guinardó i Sarrià - Sant Gervasi tenen una mobilitat interna i de connexió elevada només en modes de transport no actius. I els districtes de Les Corts i Nou Barris tenen una mobilitat de connexió elevada només en modes de transport no actius.

**Quadre 1.** Desplaçaments interns i de connexió en un dia feiner pels districtes de Barcelona realitzats pels residents a l'àmbit territorial del Sistema Tarifari Integrat majors de 15 anys, segons el mode de transport, el nombre i els percentatges. Barcelona, 2015.

Districte	Total				A peu		En bicicleta		Transport públic		Motocicleta o ciclomotor		Turisme	
	Int. N	Int. %	Con. N	Con. %	Int.	Con.	Int.	Con.	Int.	Con.	Int.	Con.	Int.	Con.
Ciutat Vella	149	20,8	567	79,2	82,7	20,6	0,4	3,9	12,1	56,0	0,4	7,7	3,6	11,9
Eixample	581	28,1	1.485	71,9	72,1	20,1	2,3	1,6	16,9	54,8	5,4	8,2	3,2	15,2
Sants-Montjuïc	254	26,5	706	73,5	83,3	17,3	2,9	2,2	8,3	44,6	1,8	6,6	3,7	28,8
Les Corts	152	20,5	588	79,5	83,0	15,0	1,0	1,7	9,8	51,8	1,3	9,9	5,0	21,5
Sarrià - Sant Gervasi	246	28,8	607	71,2	71,7	14,0	0,3	1,5	12,8	48,2	5,9	11,7	9,0	23,8
Gràcia	148	23,4	482	76,6	80,3	27,3	1,1	2,0	10,3	43,1	4,1	11,1	4,1	15,9
Horta-Guinardó	262	33,5	520	66,5	75,1	17,8	0,0	0,8	10,9	46,6	1,9	8,5	12,1	25,7
Nou Barris	277	46,0	325	54,0	90,1	16,6	0,5	0,7	7,4	48,0	0,0	6,3	2,0	28,3
Sant Andreu	246	37,5	410	62,5	82,0	19,9	1,3	1,1	11,7	47,3	0,0	6,4	5,0	24,9
Sant Martí	387	34,9	721	65,1	79,7	15,6	1,6	3,0	14,0	50,5	1,1	8,2	3,2	21,9

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).

Nota: nombre de desplaçaments en milers.

Interns (Int.): desplaçaments amb origen i destí dins de cada districte.

Connexió (Con.): desplaçaments amb origen en un districte i destí en un altre districte.

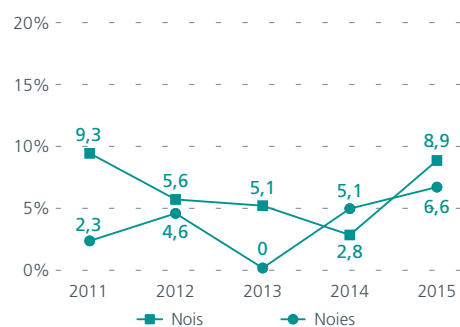
La suma dels desplaçaments dels 10 districtes és superior al nombre de desplaçaments a Barcelona ja que un desplaçament amb origen en un districte i destí en un altre districte es compta com a dos desplaçaments, un a cada districte.

## L'alimentació saludable

54

Un dels hàbits nutricionals més expressius de la qualitat del contingut de la dieta és el nombre de racions de fruites i verdures diàries, tant pel que fa a la seva contribució a l'equilibri calòric de la dieta, com per la seva aportació de vitamines i antioxidants. Segons dades extretes de la població infantil i adolescent de Barcelona en l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) anual feta el 2015, un 8,9% dels nois i un 6,6% de les noies compleixen la recomanació de prendre 5 o més racions de fruites i verdures. Quan s'observa

**Figura 3.** Infants i joves d'entre 3 i 14 anys que prenen 5 racions de fruites o verdures diàriament. Barcelona, 2011-2015.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2011-2015 (extracció de dades de Barcelona-ciutat).

l'evolució durant el període 2011-2015 (figura 3), sembla que la tendència en ambdós sexes no acaba de superar aquests percentatges, que varien al llarg dels anys entre els dos sexes i que mostren un baix compliment de l'hàbit nutricional, tot i això tenint en compte les campanyes específiques i els esforços dels programes educatius per millorar aquesta pràctica.

Quan s'observen aquestes dades per la població de 15 anys o més, on hi ha incloses les persones adultes que han de ser model per a infants i adolescents en la introducció d'aquest hàbit (quadre 2), es pot observar que el consum de 5 racions diàries de fruites i verdures en el total del període del 2011 al 2014 és del 8,2% per als homes i del 14,3% per a les dones. Malgrat que en aquest cas la pràctica és superior en les dones respecte dels homes, les prevalències en ambdós sexes es mantenen en el 10-15% de compliment de l'hàbit. Es tracta de valors molt baixos i que fan recomanable la insistència dels programes i les campanyes nutricionals de cara a la recuperació d'una pràctica que ha estat sempre pròpia de la dieta mediterrània.

**Quadre 2.** Prevalença de prendre 5 racions de fruites o verdures o més (persones de 15 o més anys), en percentatges. Barcelona, 2011-2014.

	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Homes	10,1	8,9	4,7	9,1	8,2
Dones	13,6	15,4	13,0	15,2	14,3

Font: Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2011-2014 (extracció de dades de Barcelona-ciutat).

## L'obesitat i l'excés de pes

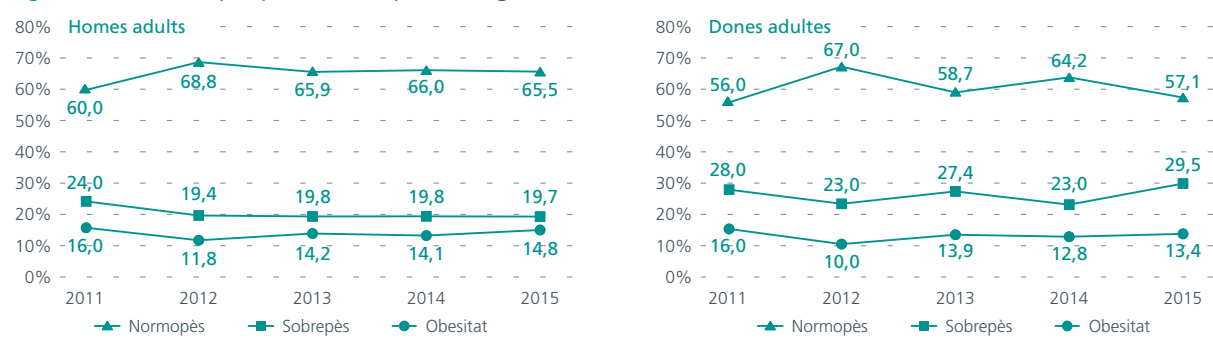
L'excés de pes segueix sent un indicador important de morbiditat i mortalitat en el nostre entorn. A la vegada, la promoció i el manteniment d'un normopès es revela avui com una de les principals pràctiques saludables. A la figura 4 (pàgina 55) es mostra l'evolució de l'excés de pes en la població

adulta de Barcelona, amb dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) anual en el període que va del 2011 al 2015. Es pot apreciar que en els homes hi ha hagut una tendència a l'augment del normopès en aquest període, fins a xifres del 65-66% de la població masculina, que sembla mantenir-se en els darrers anys. El sobrepès es manté en el 19-20% i l'obesitat en el 14-15%.

En el cas de les dones, les xifres són més oscil·lants durant el mateix període, amb tendència a mantenir-se xifres de normopès en el 57-58% de la població femenina. El sobrepès puja al 29-

30%, mentre que l'obesitat es manté pels volts del 13%. Globalment, un 29,5% de dones, enfront d'un 19,7% d'homes, ha presentat sobrepès l'any 2015, mentre que en el cas de l'obesitat, els valors són superiors en els homes (14,8%) que en les dones (13,4%).

Figura 4. L'excés de pes per sexe, en percentatges. Barcelona, 2011-2015.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2011-2015 (extracció de dades de Barcelona-ciutat).

## La salut laboral

### Condicions de treball

Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) pel període 2013 a 2015, la major part de les persones que treballen a Barcelona són assalariades (78,7% dels homes i 88,2% de les dones) i és més freqüent que els homes treballin pel seu compte, ja sigui com a autònoms (15,7% dels homes ocupats i 10,3% de les dones ocupades) o com a empresaris (5,7% dels homes i 1,5% de les dones).

El 16,3% de les persones assalariades treballen amb un contracte temporal (14,0%) o sense contracte (2,3%), mentre que la percepció d'inseguretat

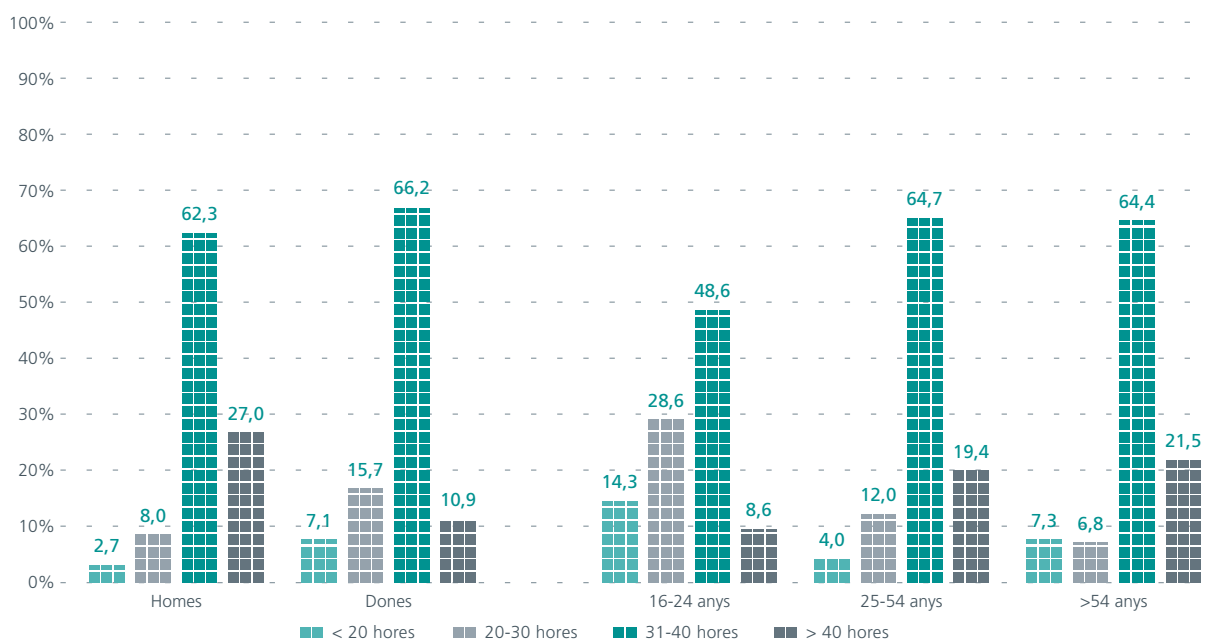
laboral (persones que consideren que és probable que perdin la seva feina en els sis mesos següents) és del 16,5%. Aquests indicadors d'inestabilitat laboral són més freqüents entre les persones més joves, que són les que tenen més contractes temporals (41,7%), treballen més sense contracte (13,3%) i tenen major percepció d'inseguretat (29,3%).

Les jornades parcials són més freqüents entre les dones i les persones joves, mentre que les jornades llargues ho són entre els homes i augmenten amb l'edat. A la figura 5 (pàgina 56) s'observa la distribució de la durada de la jornada laboral en persones assalariades segons el sexe i l'edat. El 14,6% fa jornada irregular o variable segons els dies, cosa que és més freqüent entre els homes (16,7% dels homes i 12,4% de les dones). El 10,1% de les persones ocupades estan insatisfetes amb les seves condicions de treball, sobretot les que tenen un contracte temporal (21,7%) i les que treballen sense contracte (25,0%).

# La salut laboral

56

Figura 5. Hores de treball setmanal segons el sexe i l'edat, en percentatges. Barcelona, 2013-2015.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2013-2015. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

## Lesions per accident de treball

L'any 2015 s'han produït 29.920 lesions per accident de treball amb baixa laboral, de les quals 203 han estat greus i 25 mortals. Respecte al 2014 hi ha hagut un lleuger augment del total de lesions per accident de treball i de les lesions lleus (1,9% en ambdós casos), una disminució de les lesions greus (3,8%) i un increment important de les lesions mortals, que han passat de 17 a 25 (un 47,1% més). Pel que fa a la taxa d'incidència<sup>a</sup>, ha estat la següent: 3.466,3 per 100.000 persones afiliades (total de lesions per accident de treball), 3.439,9 lleus, 23,5 greus i 2,0 mortals. En tots els casos hi ha hagut una disminució de la incidència respecte al 2014 (encara que molt lleugera en el cas de les lesions lleus i del total de lesions per accident de treball), excepte en les lesions mortals, que han passat de 2,0 a 2,9 per 100.000 persones afiliades<sup>b</sup>.

El 56,4% dels accidentats han estat homes, que han patit més freqüentment les lesions més

greus (67,5% de les greus i 84,0% de les mortals). Entre les dones, les lesions per accident de treball de més gravetat (greus i mortals) més freqüents han estat les *in itinere* (56,1% de les greus i 50,0% de les mortals) i en el cas de les mortals també les de trànsit en jornada laboral (50,0%). Entre els homes, les més freqüents han estat també les *in itinere* (43,1% de les greus i 28,6% de les mortals), però seguides a poca distància per les traumàtiques en jornada (40,1% i 28,6%, greus i mortals, respectivament). En el cas de les mortals, les lesions per accident de treball no traumàtiques en jornada van ser tan freqüents com les dues anteriors (28,6%) (vegeu la taula 11 de la Salut en xifres, pàgina 98).

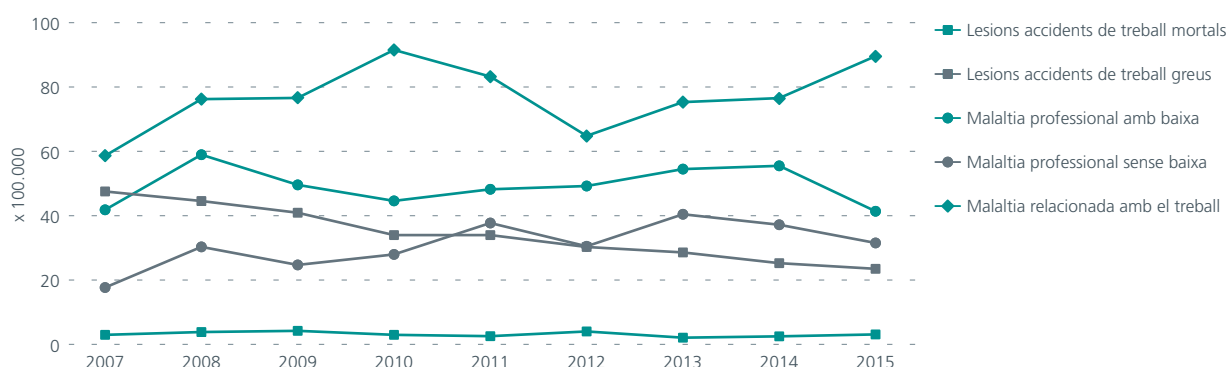
## Malalties professionals

El 2015 s'han declarat 637 malalties professionals, de les quals el 56,8% ha cursat amb baixa. La incidència ha estat de 73,8 malalties per 100.000 persones afiliades (41,9 i 31,9 per 100.000 amb baixa i

<sup>a</sup> El denominador de la incidència és el nombre de persones afiliades al Règim General de la Seguretat Social (mitjana anual).

<sup>b</sup> Cal tenir en compte que part d'aquestes lesions es van produir en un accident aeri ocorregut el mes de març.

**Figura 6.** 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, 2007-2015.



Font: elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Empresa i Ocupació, 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 greus; i unitats en 10.000 persones ocupades en el cas de les malalties relacionades amb el treball.

sense baixa, respectivament). Seguint la tendència de l'any anterior, ha disminuït el nombre i la incidència de les malalties professionals (el 2014 van ser 765 malalties professionals declarades, amb una incidència de 91,6 malalties per 100.000 persones afiliades). S'han produït més malalties professionals en les dones (347) que en els homes (290), tant pel que fa a les que han cursat amb baixa (205 dones i 157 homes) com les que ho han fet sense (142 casos femenins i 133 masculins).

La patologia més freqüent ha estat la musculoesquelètica, sobretot les malalties per fatiga de les beines tendinoses, que han constituït el 74,5% i el 42,9% de les malalties professionals amb baixa, en homes i dones, respectivament, i el 52,6% i el 44,4% d'un i altre sexe, respectivament, quant a les malalties professionals sense baixa. Cal esmentar que el 2015 s'ha declarat una malaltia per agents carcinògens (vegeu la taula 12 de la Salut en xifres, pàgina 99).

### Malalties relacionades amb el treball

L'any 2015 els Equips d'Atenció Primària (EAP) han notificat 531 malalties relacionades amb el treball (MRT) a la Unitat de Salut Laboral (USL) de Barcelona, un 14,2% més que l'any anterior. L'increment ha estat superior en els homes,

s'ha passat de 158 a 191. En les dones s'ha passat de 307 a 340. La incidència també ha seguit el mateix patró ascendent, ja que s'ha passat de 76,9 malalties relacionades amb el treball per 100.000 persones assalariades el 2014 a 89,4 malalties relacionades amb el treball per 100.000 persones assalariades el 2015<sup>c</sup>.

Com en anys anteriors, els trastorns ansiosos i depressius han estat els més freqüents (64,9% dels casos masculins i 73,8% dels femenins), seguits dels musculoesquelètics (21,5% en homes i 14,7% en dones). Respecte a l'any anterior ha augmentat lleugerament el percentatge de trastorns ansiosodepressius en ambdós sexes (el 2014 van ser el 60,4% dels casos ocorreguts en homes i el 72,0% dels ocorreguts en dones). En canvi, els musculoesquelètics han disminuït també en ambdós sexes (l'any anterior van ser el 24,5% dels casos masculins i el 17,3% dels femenins). A la figura 6 s'observa l'evolució dels tres indicadors de salut analitzats en aquest apartat.

<sup>c</sup>El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de MRT notificades en persones assalariades, respecte a la mitjana anual de persones assalariades, segons l'Enquesta de Població Activa. Atès que el 2014 va canviar la base poblacional, les incidències dels anys anteriors s'han calculat amb la nova base de població, per poder establir comparacions.



# La salut sexual i reproductiva

58

L'any 2015 s'han produït 14.451 naixements, amb una taxa de fecunditat de 37,1 naixements per 1.000 dones en edat fèrtil a la ciutat de Barcelona. La fecunditat global mostra una evolució mantinguda al llarg dels darrers anys. En les dones de 15 a 19 anys i de 20 a 24 anys, la fecunditat disminueix a partir del 2008. En les dones de 25 a 29 anys també disminueix el 2008 i s'estabilitza en els anys posteriors. Al grup d'edat de 30 a 34 anys, que és on es produeixen més naixements, la disminució de la fecunditat es frena l'any 2009. En canvi, les dones de 35 a 39 anys mostren un creixement progressiu de la fecunditat, que s'atura el 2008. En ambdós grups d'edat es produeix una recuperació dels naixements a partir del 2013 (vegeu la figura 7). Igual que la fecunditat del grup de dones de 35 a 39 anys, la del grup de dones de 40 a 44 anys mostra una tendència creixent des del 2003 i no es veu afectada pels canvis econòmics del 2008 en endavant.

## Distribució territorial de la fecunditat en les adolescents

La prevenció dels embarassos no previstos permet a les adolescents que acabin l'educació i adquireixin els coneixements fonamentals per al creixement personal. Tenir un fill o filla en l'adolescència comporta tenir més limitades les oportunitats laborals i econòmiques en el futur i serioses dificultats materials i socials.

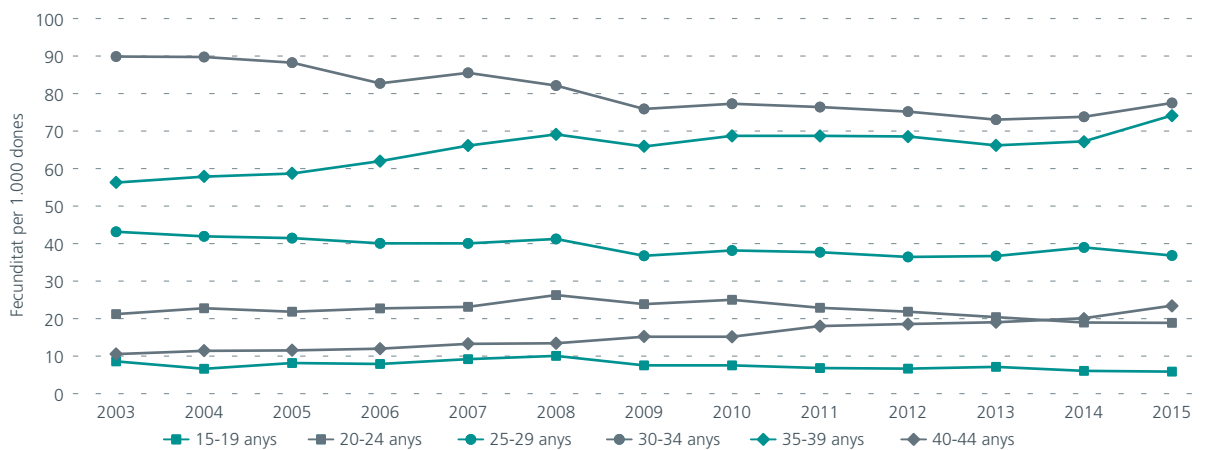
Des de l'any 2003 i fins al 2015, en conjunt a Barcelona s'observa una disminució dels naixements en dones adolescents, sobretot a partir de l'any 2008 (figura 7). Per districtes, la fecunditat de l'any 2015 mostra una distribució desigual, essent els districtes de Nou Barris i Ciutat Vella els que tenen més naixements de dones adolescents (vegeu la figura 8, pàgina 59).

Pel que fa a la distribució entre aquests anys, l'any 2003 la fecunditat més alta en dones adolescents es va observar al districte de Ciutat Vella, que l'any 2015 mostra una disminució del 50%. Al districte de Sants-Montjuïc també es redueix la fecunditat adolescent durant aquests anys, passa a ser inferior que la dels districtes d'Horta-Guinardó, Sant Andreu i Sant Martí. El districte de Nou Barris també mostrava una alta fecunditat adolescent l'any 2003, que s'ha reduït molt lleugerament fins a l'any 2015. D'altra banda, els districtes amb menys fecunditat adolescent eren i són Sarrià - Sant Gervasi, Les Corts i l'Eixample, en què tot i la baixa fecunditat en l'adolescència, segueix reduint-se (vegeu la figura 8, pàgina 59).

## Distribució territorial dels resultats adversos de l'embaràs

El baix pes en néixer per l'edat gestacional en el percentil 10 està fortament associat al creixement intrauterí i, per tant, a la salut fetal i neonatal, i és un bon indicador de l'estat de salut de la població general. L'any 2015, la prevalença de baix pes per edat gestacional en dones en edat fèrtil a Barcelona s'ha situat pels volts del 7 per 100 nadons nascuts vius, i ha mostrat un lleuger descens respecte a la del 2003. La distribució per districtes és desigual: a Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, Gràcia i Nou Barris la prevalença de baix pes en néixer per edat gestacional és superior a la de la ciutat i a la d'altres districtes com el de Sarrià - Sant Gervasi (vegeu la figura 9, pàgina 59).

Figura 7. Evolució de la fecunditat per 1.000 dones segons el grup d'edat. Barcelona, 2003-2015.

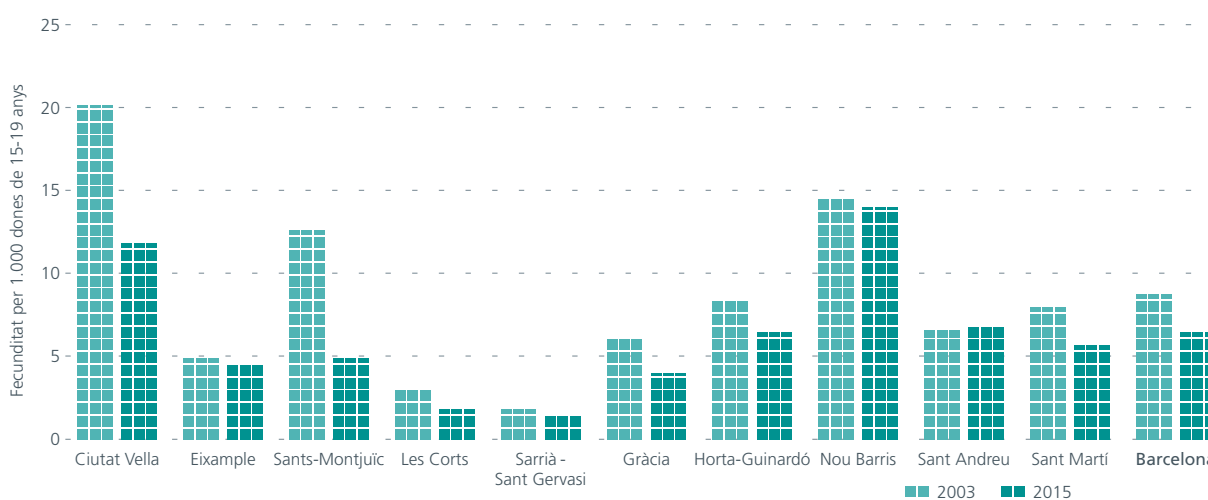


Font: elaboració pròpia a partir de diverses fonts. Sistemes d'Informació Sanitària. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Pel que fa a la distribució entre el 2003 i el 2015, en tots els districtes de la ciutat la prevalença de baix pes per edat gestacional ha disminuït

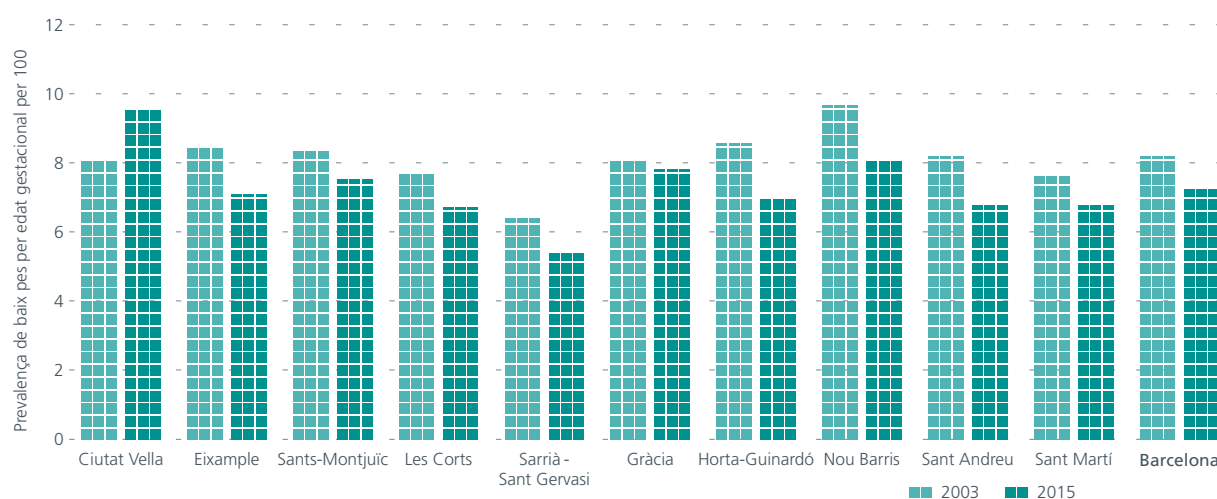
excepte al districte de Ciutat Vella, on ha augmentat fins a ser de 9,54 per 100 nadons nascuts vius l'any 2015.

**Figura 8.** Distribució de la fecunditat en dones de 15 a 19 anys, per districtes. Barcelona, 2003 i 2015.



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

**Figura 9.** Distribució del baix pes per edat gestacional en els naixements de dones de 15 a 49 anys, per districtes. Barcelona, 2003 i 2015.



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

Nota: baix pes per edat gestacional en el percentil 10.

# La salut mental i les addiccions

60

## La salut mental

El percentatge de treballadors que declaren sentir-se de moderadament a molt ansiosos o deprimits mostra diferències segons la classe social ocupacional: entre els treballadors manuals declaren que ho estan el 5,1% dels homes i el 8,7% de les dones, mentre que en les ocupacions directives aquest percentatge és del 4,1% i el 4,5% respectivament (dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya, 2011-2015). Segons la situació laboral, declaren sentir-se ansiosos o deprimits el 4,4% dels homes que treballen i el 7,3% de les dones que treballen, mentre que entre els aturats ho declaren el 10,8% dels homes i el 7,1% de les dones. Per districtes s'observa un gradient segons la renda del barri, els districtes amb menor renda tenen un percentatge més elevat de ciutadans ansiosos o deprimits.

A continuació es descriuen els principals trastorns de salut mental relacionats amb el treball que atén la Unitat de Salut Laboral de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, i en segon lloc, la situació dels trastorns de salut mental greus als centres de serveis sanitaris especialitzats.

### Els trastorns de salut mental relacionats amb el treball

L'any 2015 els centres d'atenció primària de la ciutat han notificat 375 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. Respecte a l'any anterior, enguany han augmentat els casos un 18,3% (l'any 2014 hi va haver 317 casos), sobretot en els homes (els casos masculins han augmentat un 29,2%, passant de 96 a 124, i els femenins han tingut un augment del 13,6%, passant de 221 a 251). També ha augmentat la taxa d'incidència<sup>d</sup>, que ha passat de 52,4 per 100.000 persones assalariades el 2014 a 63,4 per 100.000 persones assalariades el 2015.

<sup>d</sup>El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de trastorns de salut mental notificats en persones assalariades, respecte a la mitjana anual de persones assalariades, segons l'Enquesta de Població Activa. Els nombres absoluts es refereixen a tots els casos notificats.

Es tracta de trastorns majoritàriament de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (66,9%). L'edat mitjana ha estat de 42,7 anys, sense diferències entre sexes. El personal de serveis i comerç ha estat el més afectat per aquests trastorns, en ambdós sexes (el 28,1% dels homes i el 29,6% de les dones) i l'activitat de l'empresa amb més casos ha estat el comerç a l'engròs i al detall i la reparació de vehicles, també en ambdós sexes (el 17,5% dels casos masculins i el 18,0% dels femenins). El 22,8% de les persones que han patit aquests problemes de salut havia nascut fora de l'Estat espanyol, sobretot en països sud-americans (13,6%). La situació laboral més freqüent ha estat la contractació indefinida (84,0%). Cal comentar que el 21,2% treballava en empreses de fora de la ciutat. El 82,9% dels casos notificats estava de baixa en el moment de la notificació, mentre que només el 42,0% havia estat visitat per la mútua d'accidents de treball i malalties professionals.

El factor de risc més freqüentment implicat en els casos estudiats ha estat la manca de suport dels superiors (79,9% dels casos estudiats), seguit de les altes exigències psicològiques, com ara l'elevat volum de feina i la pressió de temps (23,5%), i la manca d'autonomia (21,6%).

### L'atenció a la salut mental dels serveis sanitaris

Els serveis d'atenció a la salut mental presten atenció ambulatoria especialitzada i de suport a l'atenció primària. D'una banda hi ha els centres de salut mental d'adults (CSMA) per a la població més gran de 18 anys, i de l'altra els centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) per a l'atenció ambulatoria especialitzada en salut mental i de suport a l'atenció primària per a la població fins als 18 anys. En tots els casos aquests dispositius estan formats per equips multidisciplinaris integrats bàsicament per personal de psiquiatria, psicologia, infermeria i de treball social.

A Barcelona, l'any 2015, s'ha atès 44.953 persones als centres de salut mental d'adults, i 12.066 als centres de salut mental infantil i juvenil. A la figura 10 (pàgina 61) es pot observar l'evolució del percentatge de persones ateses amb trastorns mentals greus i s'aprecia que, entre els anys 2005 i 2015, ha augmentat el percentatge de persones adultes ateses amb trastorn mental greu, que han passat de ser un 22,2% a un 32,0% del total de persones ateses als centres de salut mental. En la població infantil i juvenil s'ha passat d'un 4,2% el 2005 a un 10,0% el 2015.

A la figura 11 (pàgina 61) es visualitza l'increment acumulat de la població atesa als centres de salut mental del 2001 al 2015. Es pot observar que la població infantil i juvenil atesa s'ha incrementat un 127,5%, i la població adulta un 57,5%. L'any 2015, de les persones ateses als centres de salut mental infantil i juvenil, el 61,7% eren nois i el 38,3% eren noies, un perfil diferent del de les persones ateses als centres de salut mental d'adults, en què el 59,9% eren dones i el 40,1% homes.

L'activitat duta a terme en el marc del suport de salut mental a l'atenció primària ha augmentat en termes generals, tant en la població adulta com en la infantil i juvenil. A Barcelona la cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària es va consolidant progressivament. L'increment progressiu de l'accessibilitat als CSMA i als CSMIJ per a l'abordatge de patologies mentals greus ha estat en part afavorit gràcies a la detecció precoç i al nou model de salut mental en l'atenció primària.

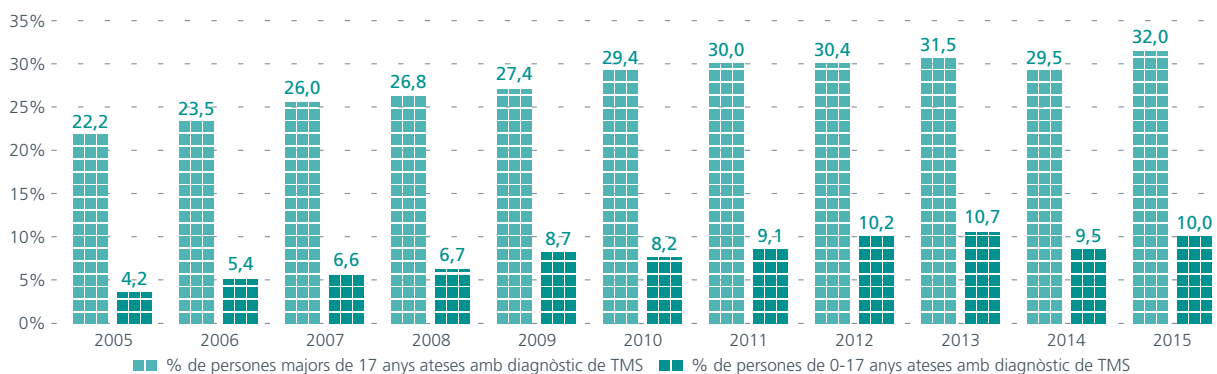
### Les addiccions

La principal substància per la qual es demana tractament a la xarxa pública de centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) de Barcelona és l'alcohol. En els 14 CAS es va registrar un total de 4.430 inicis de

tractament l'any 2015, 178 més que l'any anterior (CAS Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital de Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, CECAS i Lluís Companys) (quadre 3, pàgina 62). L'any 2015, un 48% dels inicis de tractament ha estat per trastorn de consum d'alcohol seguit del trastorn per consum d'heroïna i altres opiacis i el trastorn per consum de cocaïna, amb un 16% dels inicis cadascun. Les dones representen el 27% dels inicis de tractament per trastorn d'ús de substàncies, i l'alcohol és la substància per la qual inicia tractament una major proporció de dones (2,5 homes per cada dona), mentre que l'heroïna i altres opiacis i la cocaïna són les que causen l'inici de tractament amb una major proporció d'homes (4 homes per cada dona).

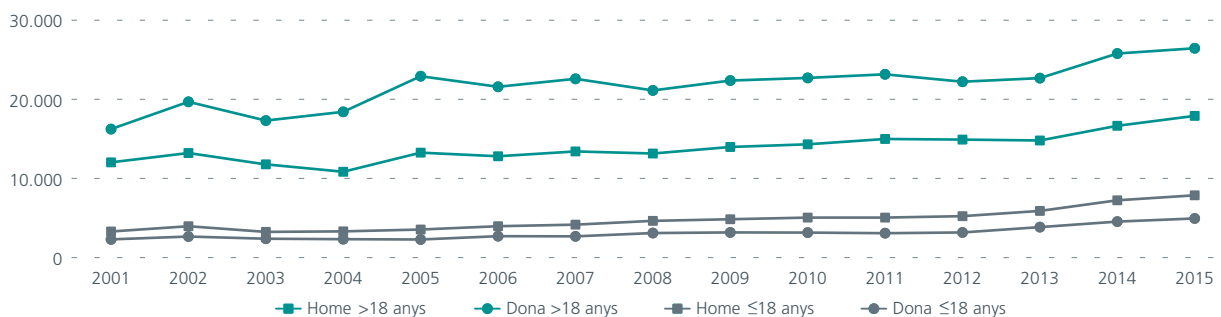
L'any 2015, igual com l'any anterior, el percentatge d'inicis de tractament dels centres d'atenció i seguiment de gestió municipal suposa prop del 60% dels inicis de tractament de tota la xarxa pública de la ciutat, i comparteix una tipologia de substàncies molt similar. L'any 2015 han estat en tractament 6.451 persones, un 75% de les quals eren homes. El nombre

**Figura 10.** Persones ateses amb diagnòstic de trastorn mental greu (TMG) del total de persones ateses segons el grup d'edat, en percentatges. Barcelona, 2005-2015.



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

**Figura 11.** Població atesa als centres de salut mental segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2001-2015.

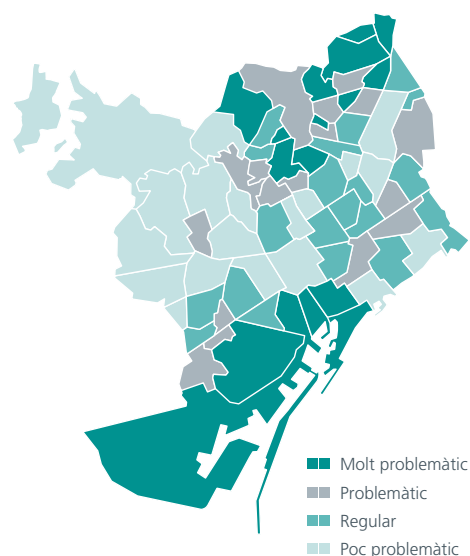


Font: conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM). CatSalut.

# La salut mental i les addiccions

62

**Figura 12.** Distribució de l'índex de consum problemàtic de drogues a la ciutat de Barcelona segons el barri. Barcelona, 2015.



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

de visites de seguiment que han fet les persones usuàries dels CAS municipals de Barcelona l'any 2015 ha estat de 84.043, un 0,9% menys que l'any 2014. En general, cada persona visitada l'any 2015 ha generat 13 visites de seguiment (quadre 3). Els CAS tenen diferents programes de Reducció de Danys. Es tracta de programes i intervencions destinats a minimitzar les conseqüències adverses que el consum de substàncies psicoactives ocasiona sobre la salut de l'individu i la societat. L'any 2015 s'ha dut a terme una mitjana de 11.152 visites al mes a Reducció de Danys (sales de calor-cafè, visites socioeducatives i sanitàries, ús d'espais de venopunció assistida i d'espais d'inhalació assistida, que corresponen a 878 usuaris diferents al mes. En ambdós centres s'ha registrat una mitjana mensual de 2.029 i 450 visites, respectivament, que correspon a una mitjana mensual de 242 i 85 usuaris diferents, respectivament.

**Quadre 3.** Persones amb inici de tractament als centres d'atenció i seguiment (CAS) de Barcelona i en tractament, primeres visites i visites successives als CAS de titularitat municipal segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2014-2015.

Inici de tractament CAS xarxa pública de Barcelona <sup>1</sup>				
Substància per la qual inicia tractament	2014		2015	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiàcis	564	149	568	143
Cocaïna	567	160	557	139
Cànnabis	314	115	343	102
Alcohol	1.418	514	1.541	605
Tabac	134	103	140	110
Altres <sup>4</sup>	124	90	107	75
<b>Total</b>	<b>3.121</b>	<b>1.131</b>	<b>3.256</b>	<b>1.174</b>

CAS de titularitat de l'ASPB <sup>2</sup>				
Substància per la qual inicia tractament	2014		2015	
	Homes	Dones	Homes	Dones
<b>Persones en tractament</b>				
Heroïna i altres opiàcis	1.325	352	1.346	344
Cocaïna	863	231	844	223
Cànnabis	411	118	451	116
Alcohol	1.713	712	1.943	777
Tabac	129	118	124	115
Altres <sup>4</sup>	86	52	105	63
<b>Total</b>	<b>4.527</b>	<b>1.583</b>	<b>4.813</b>	<b>1.638</b>

Inici de tractament				
Substància per la qual inicia tractament	2014		2015	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiàcis	311	90	319	70
Cocaïna	389	104	331	77
Cànnabis	238	73	257	62
Alcohol	754	297	889	330
Tabac	91	89	79	76
Altres <sup>4</sup>	37	16	46	35
<b>Total</b>	<b>1.820</b>	<b>669</b>	<b>1.921</b>	<b>650</b>

Visites successives <sup>3</sup>				
Substància per la qual inicia tractament	2014		2015	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiàcis	20.683	5.871	18.346	5.935
Cocaïna	12.609	4.319	10.931	3.593
Cànnabis	3.572	1.009	3.614	1.226
Alcohol	22.127	11.487	23.533	13.408
Tabac	809	727	785	787
Altres <sup>4</sup>	1.112	504	1.119	766
<b>Total</b>	<b>60.912</b>	<b>23.917</b>	<b>58.328</b>	<b>25.715</b>

Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).  
 Notes: <sup>1</sup> CAS xarxa pública de Barcelona: Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital de Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, Caritas, Lluís Companys. <sup>2</sup> Centres d'Atenció i Seguiment de titularitat de l'ASPB: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Baluard i Vall d'Hebron. <sup>3</sup> Les 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 ni la dispensació de metadona i les analítiques de sang i/o orina). <sup>4</sup> Altres: no reportat, amfetamines, drogues de disseny i benzodiazepines.



Les sobredosis mortals per reacció adversa al consum de drogues segueixen disminuint. L'any 2014 es van produir 34 sobredosis mortals, un 38% menys que l'any anterior. De fet, s'ha passat de 84 morts per sobredosi l'any 2009 a les 34 de l'any 2014. L'índex de consum problemàtic de drogues és un indicador compost que mesura la problemàtica del consum de drogues als diversos barris de Barcelona a partir d'informació

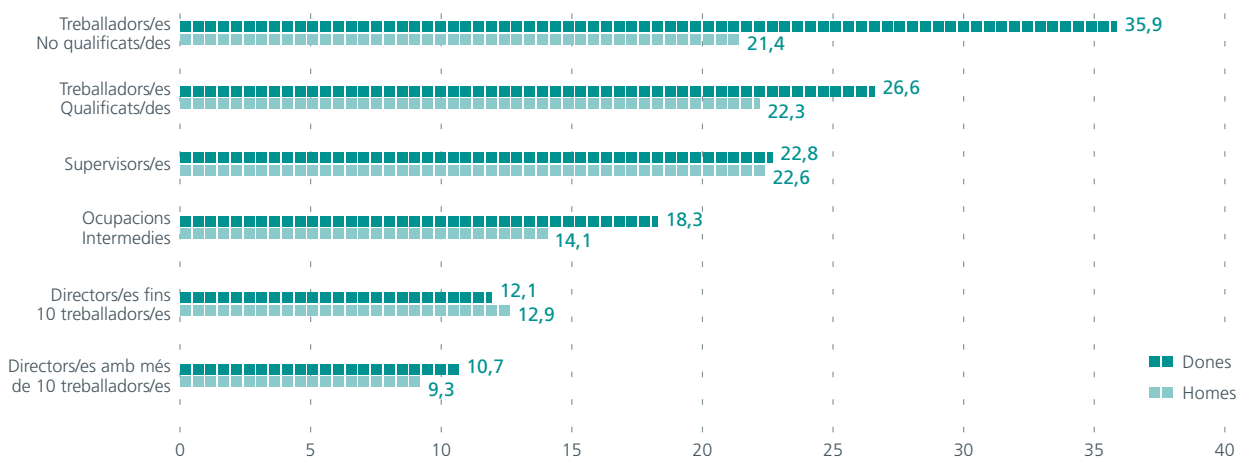
de diversos indicadors, com ara la taxa d'inici de tractament, la taxa d'urgències hospitalàries, la taxa de mortalitat per sobredosi i la taxa de xeringues abandonades al carrer. A Barcelona els barris que presenten una major problemàtica del consum de drogues són els de la Marina del Prat Vermell, el Poble-sec, el Raval, el Barri Gòtic, Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera, la Barceloneta, el Besòs i el Maresme, Baró de Viver, la Trinitat Vella i Nova, Vallbona, Ciutat Meridiana, Torre Baró, Canyelles, Verdun, Can Peguera, Montbau i el Carmel (vegeu la figura 12, pàgina 62).

## Els trastorns crònics

Els trastorns crònics inclouen malalties i factors de risc. Segons les dades de l'Enquesta Continua de Salut de Catalunya per Barcelona per al període 2011-2015 (vegeu el quadre 4, pàgina 64), d'entre els trastorns més prevalents en adults destaquen la tensió arterial alta (25,5% en homes i 21,8% en dones) i el colesterol en sang elevat (20,7% en

homes i 19,1% en dones). També són importants els trastorns crònics que limiten funcionalment, tots ells amb diferències per sexe, com el mal d'esquena lumbar (16,1% en homes i 28,1% en dones), cervical (10,5% en homes i 23,7% en dones), i l'artrosi (15,2% en homes i 29,0% en dones). La depressió i/o ansietat és el cinquè trastorn i la prevalença que té en les dones duplica la dels homes (11,9% en homes i 21,8% en dones).

Figura 13. Tenir com a mínim un trastorn crònic per classe i sexe, en percentatges. Barcelona, 2011-2015.

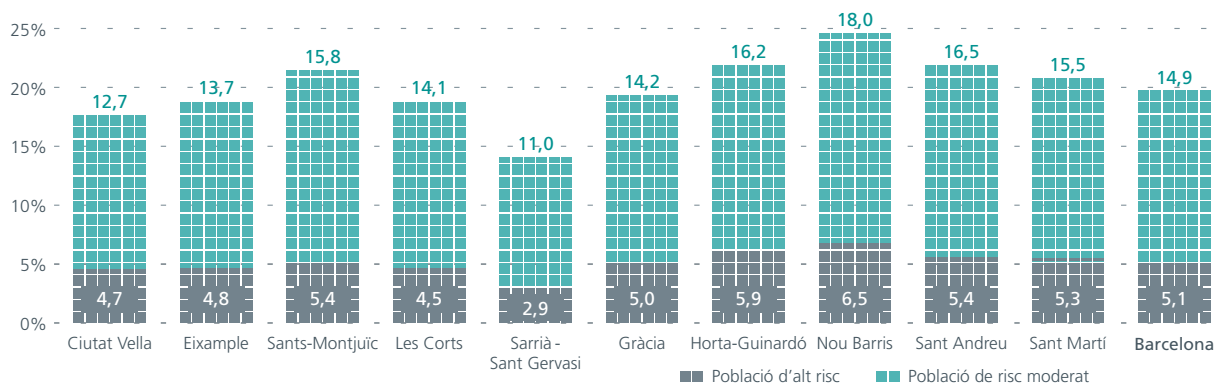


Font: elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya per Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

# Els trastorns crònics

64

**Figura 14.** Valoració del risc de morbiditat, alt i moderat, en funció dels grups de morbiditat ajustats (GMA), per districtes. Barcelona, 2015.



Font: mòduls per al seguiment d'Indicadors de Qualitat MSIQ 2015. Divisió d'Anàlisi de Demanda i d'Activitat. SCS. Departament de Salut.

Entre les persones de menys de 15 anys, els principals trastorns crònics són la bronquitis crònica (12,0% en nois i 8,6% en noies) i, amb una prevalença de pels volts del 8%, l'otitis de repeticició, l'enuresi i les al·lèrgies cròniques. Per sota del 5% de prevalença trobem les deficiències visuals, la hiperactivitat i l'asma, entre d'altres, amb poques diferències per sexe (quadre 4). S'observa un gradient en tenir algun trastorn crònic segons la classe social ocupacional, especialment en les dones: del 35,9% de les dones en treballs no qualificats al 10,7% en les dones directives amb més de 10 treballadors. En homes, tenir algun trastorn crònic és més freqüent entre les classes manuals i supervisors, amb una prevalença de pels volts del 20%, que disminueix fins al 9,3% en els homes amb ocupacions directives amb més de 10 treballadors (vegeu la figura 13, pàgina 63). La multimorbiditat es pot mesurar segons l'índex de grups de morbiditat ajustada (GMA), segons la complexitat crònica que tenen les persones, a partir de les dades de visites a atenció primària, les hospitalitzacions (urgents i programades), la despesa en farmàcia (ambulatoria i hospitalària) i la mortalitat. A la figura 14 es presenta la distribució de la població en funció del risc en salut alt i moderat, segons aquest índex. Es posa de manifest que un 5,1% presenta un risc alt i un 14,9% moderat en el global de la ciutat. En l'anàlisi territorial, les xifres presenten

oscil·lacions, en què destaquen els districtes amb un risc alt superior al global de la ciutat, com Nou Barris i Horta-Guinardó, i altres que hi estan per sota, entre els quals destaca Sarrià - Sant Gervasi.

**Quadre 4.** Principals trastorns crònics declarats en adults i infants per sexe, en percentatges. Barcelona, 2011-2015.

Adults	Homes	Dones
Tensió arterial alta	25,5	21,8
Mal d'esquena lumbar crònic	16,1	28,1
Artrosi, artritis o reumatisme	15,2	29,0
Colesterol elevat	20,7	19,1
Depressió i/o ansietat	11,9	21,8
Mal d'esquena cervical crònic	10,5	23,7
Cataractes	11,4	12,6
Migranya o mal de cap freqüent	7,5	19,5
Al·lèrgies cròniques	13,0	15,3
Varius	7,3	19,1
Infants	Nois	Noies
Bronquitis cròniques	12,0	8,6
Otitis de repeticició	8,1	8,5
Enuresi	8,2	7,9
Al·lèrgies cròniques	8,6	7,1
Deficiència visual	3,6	4,9
Hiperactivitat	4,7	3,2
Asma	3,7	2,9

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

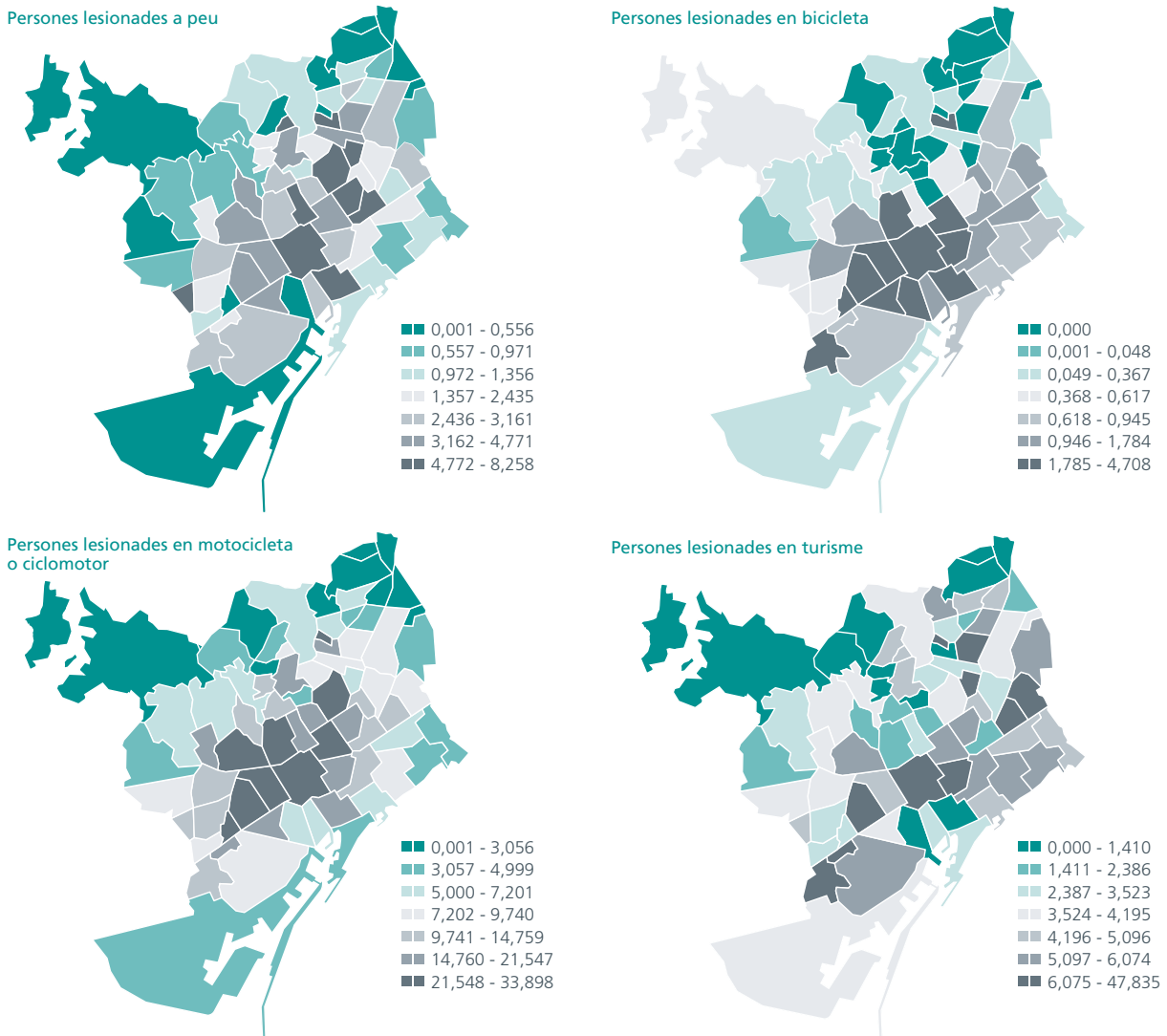
# Les lesions per col·lisió de trànsit

Segons la Guàrdia Urbana de Barcelona, l'any 2015 s'han produït a Barcelona 9.098 col·lisions de trànsit amb víctimes, que han tingut com a conseqüència 11.793 persones lesionades (7.370 homes i 4.423 dones) i 27 mortes (25 homes i 2 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 36 anys en els homes i de 37 anys en les dones.

Les lesions per trànsit disminueixen fins al 2011, i partir d'aquí segueixen una tendència a l'alça. El nombre de persones lesionades augmenta un 3,6% respecte a l'any 2014, particularment en els homes, en què augmenta un 5,7%; en canvi en les dones l'augment és menor. El nombre de persones mortes globalment disminueix un 12,9%, però

**Figura 15.** Nombre de persones lesionades per 10 milions de vehicles - km recorreguts (risc), segons el mode de transport i el barri. Barcelona, 2015.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona. SeSIS (Agència de Salut Pública de Barcelona).

# Les lesions per col·lisió de trànsit

66

augmenta en els homes un 4,2% (de 24 a 25) i disminueix en les dones un 71,4% (es passa de 7 dones mortes el 2014 a 2 dones mortes el 2015) (vegeu la figura 16).

La motocicleta i el turisme són les dues principals causes de lesions. La majoria d'homes lesionats eren usuaris de motocicleta (més de 5 de cada 10), i de turisme (3 de cada 10). En les dones 4 de cada 10 lesionades eren de motocicleta i 3 de cada 10 de turisme, però també 2 de cada 10 eren vianants. Pel que fa a les defuncions d'homes, el 64% eren usuaris de motocicleta, el 12% usuaris de cotxe, i el 2% vianants. De les 2 dones mortes, una era vianant i l'altra usuària de cotxe (vegeu la taula 13, pàgina 99).

Segons el mitjà de transport, s'observa un augment del 5,7% de les víctimes usuàries de motocicleta, del 6,9% de víctimes ciclistes, especialment dones (4,4% en homes i 12,8% en dones), de l'11,7% de víctimes passatgers d'autobús lesionats, i un 29,5% d'ocupants de camions lesionats, també s'observa un increment

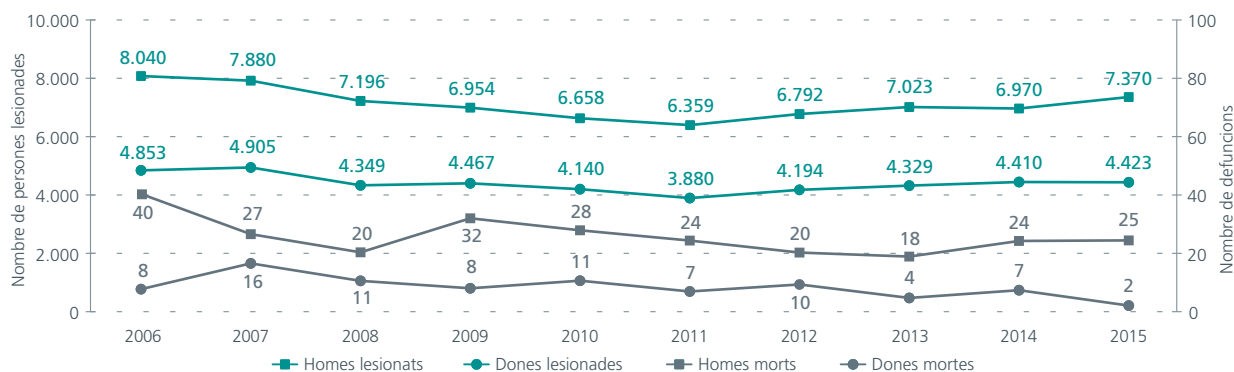
del 2,9% de víctimes ocupants de turisme, però una disminució del 15,1% d'usuàries de ciclomotor.

## Risc de lesions per trànsit als barris

S'ha estimat el risc de lesió per trànsit segons el barri i el mode de transport que s'usava en el moment de la col·lisió (a peu, en bicicleta, en motocicleta o ciclomotor i en turisme, i en funció del nombre de vehicles – quilòmetres recorreguts). A la figura 15 es pot observar el risc de lesió segons el mode de transport i la mobilitat motoritzada al barri. Tenen un major risc de lesió:

- com a vianants, els dels barris del Congrés i els Indians, del Camp de l'Arpa, del Clot, el Turó de la Peira, la Clota, el Guinardó, el Camp d'en Grassot i Gràcia Nova, i la Dreta de l'Eixample;
- com a ciclistes: tots els dels barris de l'Eixample, Hostafrancs, la Vila de Gràcia, i la Clota;
- com a motoristes: els de la Sagrada Família, la Dreta de l'Eixample, l'Antiga Esquerra de l'Eixample, la Nova Esquerra de l'Eixample, Hostafrancs, Sant Gervasi – Galvany, la Vila de Gràcia, el Guinardó i Can Peguera;
- com a usuaris de turisme: els de Can Peguera, Porta, la Font de la Guatlla, la Marina del Port, la Nova Esquerra de l'Eixample, la Dreta de l'Eixample i el Fort Pienc.

Figura 16. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit, per sexe. Barcelona, 2006-2015.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona. SeSIS, Agència de Salut Pública de Barcelona.

# Les malalties transmissibles

## Les infeccions per VIH/sida

L'any 2015 es van detectar 405 nous casos d'infecció per VIH a Barcelona<sup>e</sup>, dels quals el 92,8% (376) residien a la ciutat. Això representa una taxa de 23,4 casos per 100.000 habitants (2014: 23,3). El 93,4% (351) dels casos eren homes d'entre 17 i 70 anys (mediana de 34 anys). Les edats de les 25 dones infectades per VIH oscil·laven entre els 17 i els 61 anys (mediana de 33 anys). La raó home-dona va ser de 15,6.

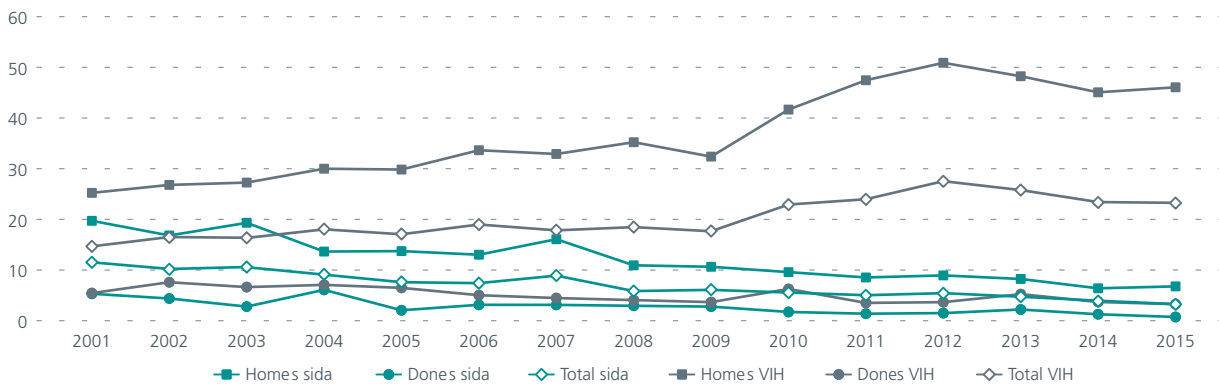
<sup>e</sup> Les dades d'aquest apartat són provisionals i estan subjectes a canvis a causa del retard en la notificació.

El 50,7% (178) dels homes i el 52,0% (13) de les dones eren nascuts a l'Estat espanyol. La figura 17 mostra les taxes d'incidència per 100.000 habitants segons el sexe.

La via de transmissió més freqüent en els nous casos de VIH entre els homes van ser les relacions homosexuals, amb el 83,8% (294) dels casos, seguides de les heterosexuals, amb el 13,4% (47) dels casos. Entre les dones, les relacions heterosexuals van ser la via més freqüent (92,0%) (figura 17). L'estudi de les parelles sexuals es va dur a terme solament en el 53,2% dels casos (54,4% dels homes i 36,0% de les dones). Aquesta dada ha millorat de manera global respecte a l'any passat, però encara és clarament insuficient.<sup>e</sup>

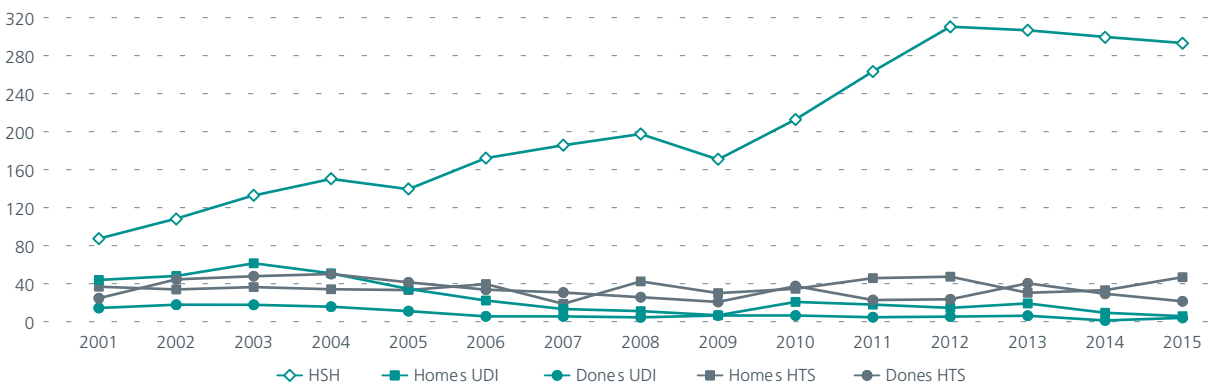
Pel que fa a la sida, aquest 2015 se n'han detectat 68 casos, dels quals el 85,3% (58) eren persones residents a Barcelona, cosa que representa

Figura 17. Evolució de la infecció per VIH i de sida per sexe, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 2001-2015.



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

Figura 18. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció per VIH, per sexe i via de transmissió. Barcelona, 2001-2015.



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

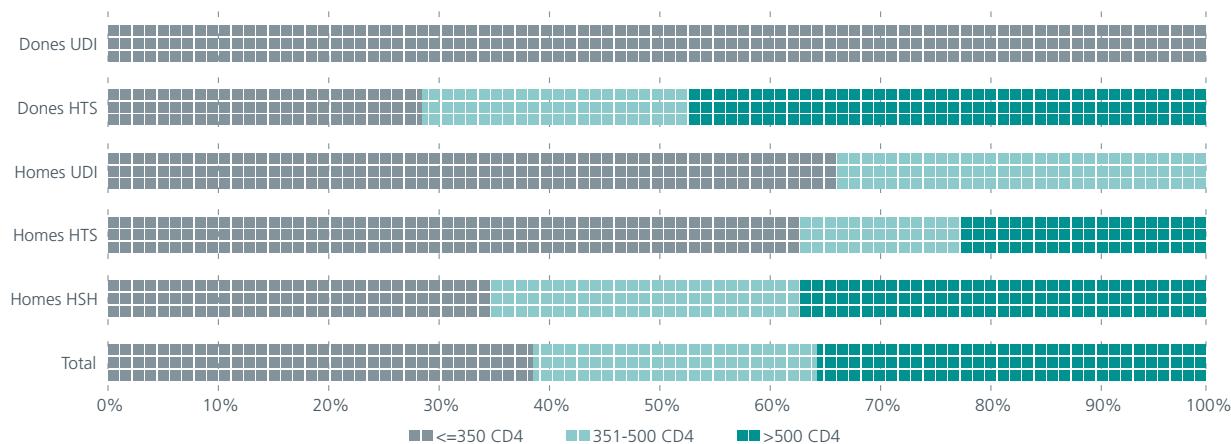
Nota: HSH: homes que tenen relacions sexuals amb homes. HTS: relacions heterosexuals. UDI: usuaris de drogues intravenoses.



## Les malalties transmissibles

68

**Figura 19.** Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció per VIH, per sexe i via d'infecció. Barcelona, 2015.



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

Notes: nivell de limfòcits per mm<sup>3</sup>. UDI: usuaris de drogues intravenoses; HTS: relacions heterosexuals; HSH: homes que tenen sexe amb homes.

una taxa de 3,6 casos per 100.000 habitants (6,8 casos per 100.000 habitants en homes i 0,7 casos per 100.000 habitants en dones) i un lleuger decrement respecte al 2014 (vegeu la figura 18, pàgina 67). El 89,7% (52) dels casos han estat homes d'entre 21 i 71 anys (mediana de 41 anys). Les edats de les 6 dones han oscil·lat entre els 33 i els 60 anys (mediana de 52 anys).

Les relacions sexuals no protegides han estat la via de transmissió més freqüent dels casos de sida. Així, entre els homes aquesta via ha representat el 84,7% dels casos (53,9% per relacions homosexuals i 30,8% heterosexuals). En les 6 dones, la via de transmissió de les relacions heterosexuals representa el 66,7%. L'ús de drogues injectades com a via de transmissió s'ha identificat en l'11,5% dels homes i en 2 dones. En homes, les malalties indicatives de sida més freqüents han estat el sarcoma de Kaposi (26,9%), la pneumònia per *P. jirovecii* (17,3%) i la tuberculosi (15,4%). En el cas de les dones cap malaltia no ha presentat un patró predominant.

Pel que fa a l'estat immunitari, el 39,0% dels nous casos d'infecció per VIH presentaven menys de 350 limfòcits CD4/mm<sup>3</sup> en el moment del diagnòstic, fet que segurament indica un retard en el diagnòstic. Aquest retard ha estat del

29,4% en el cas de les dones heterosexuals, del 63,4% entre els homes heterosexuals i del 35,0% en els homosexuals. A la figura 19 es mostra el percentatge de nous diagnòstics de VIH segons el nivell de CD4 i la via de transmissió del VIH.

### Les altres infeccions de transmissió sexual

La informació epidemiològica sobre les infeccions de transmissió sexual (ITS) s'obté a través del Sistema de Malalties de Declaració Obligatòria. L'any 2015, les ITS sotmeses a vigilància epidemiològica individualitzada a Catalunya han estat la sífilis, la gonocòccia i el limfogranuloma veneri.

### Sífilis

L'any 2015 s'han detectat 619 casos de sífilis infecciosa, el 81,3% dels quals (503) eren persones que residien a Barcelona, el que suposa una taxa de 31,3 casos per 100.000 habitants. S'observa una tendència a l'augment d'aquesta malaltia des de l'any 2007, amb estabilització els últims anys (vegeu la figura 20, pàgina 69). Els homes han estat el 95,0% (478) dels casos, el que representa una taxa de 62,7 casos per 100.000 habitants, i amb una edat d'entre 18 i 86 anys (mediana de 36,0 anys). Les 25 dones afectades tenien entre 20 i 75 anys (mediana de 38,5 anys), amb una taxa de 3,0 casos per 100.000 habitants. La raó home-dona ha estat de 21,2. El 54,6% dels homes i el 36,0% de les dones eren nascuts a l'Estat espanyol. Entre els homes, el 73,2%

<sup>1</sup>Documento de consenso de GeSida/PNS sobre TAR (enero 2016): <http://gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2016/gesida-guiasclinicas-2016-tar.pdf>

haviem mantingut relacions homosexuals, i entre les dones, el 52% heterossexuals. No es disposa d'aquesta informació en 97 homes (20,3%) i en 10 dones (10%) (vegeu la figura 21).

Entre els homes es disposa d'informació sobre la coinfecció amb el VIH en el 78,5% dels casos. D'aquests, el 35,6% estava coinfectat. D'entre les 15 dones amb aquesta informació, el 13,3% (2) presentava coinfecció. Cal ressaltar que en el 21,5% dels homes i en el 40,0% de les dones no figura aquesta informació, bé perquè la prova no es va dur a terme, bé perquè no es va registrar. L'estudi dels contactes sexuals s'ha dut a terme només en el 40,6% dels casos (41,8% dels homes i 16,0% de les dones). Aquesta dada ha millorat de manera global respecte a l'any passat, però encara és clarament insuficient.

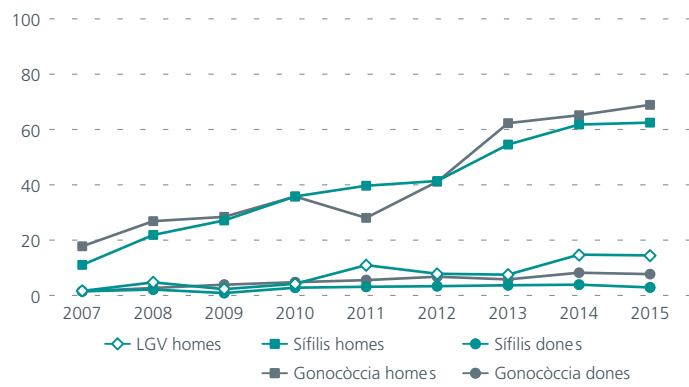
**Gonocòccia**

L'any 2015 s'han detectat 712 infeccions gonocòcciques, de les quals el 82,4% (587) eren persones residents a Barcelona. Igual que en el cas de la sífilis, s'observa una tendència a l'augment d'aquesta malaltia des del 2007, amb una taxa de 36,5 casos per 100.000 habitants (69,2 casos en homes i 7,0 en dones), el que representa un increment del 3,8% respecte a l'any anterior (figura 20). El 89,9% (528) són homes, amb edats entre els 16 i els 80 anys (mediana de 32 anys), mentre que l'edat de les 59 dones afectades oscil·la entre els 14 i 55 anys (mediana de 28 anys). El 58,3% dels homes i el

49,1% de les dones són nascuts a l'Estat espanyol. Entre els homes el 61,9% eren homosexuals, mentre que el 72,9% de les dones es van considerar heterossexuals (figura 21).

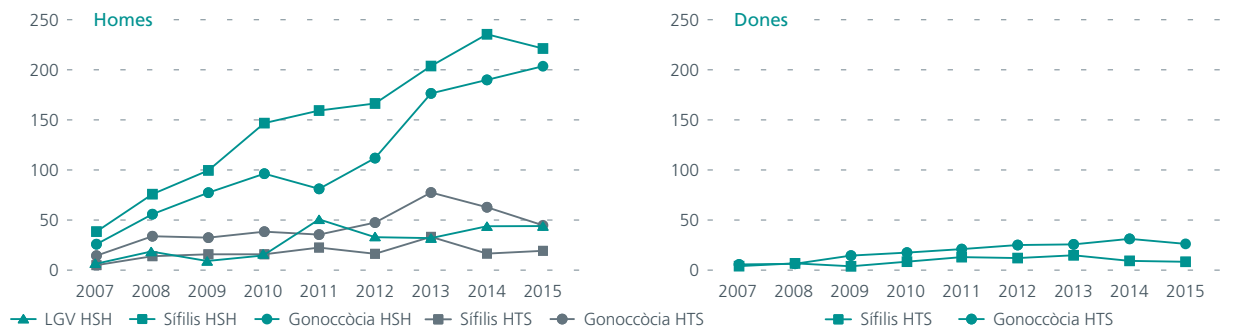
Entre els homes, es disposava d'informació sobre la coinfecció amb el VIH en el 74,1% dels casos; d'aquests el 33,8% està coinfectat. Entre les 35 dones amb aquesta informació, el 5,7% són VIH positives. En el 25,9% dels homes i en el 40,7% de les dones no figura aquesta informació, bé perquè la prova no es va dur a terme, bé perquè no es va registrar. L'estudi de contactes s'ha iniciat en el 48,2% dels casos (46,2% dels homes i 66,1% de les dones). Aquest indicador ha millorat respecte a l'any passat, probablement per la creació de programes específics creats en alguns centres de la ciutat i gràcies a la col·laboració de personal de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 20.** Incidència de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri (LGV) per sexe, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 2007-2015.



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

**Figura 21.** Distribució dels casos de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri per sexe i conducta sexual. Barcelona, 2007-2015.



Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Notes: HSH: relacions sexuals entre homes. HTS: relacions heterossexuals. LGV: limfogranuloma veneri.

# Les malalties transmissibles

70

## Limfogranuloma veneri

Se n'han detectat 115 casos, tots eren homes, i tenien entre 20 i 72 anys (mediana 37 anys). El 92,2% (106) són residents a Barcelona, el que representa una taxa de 14,3 casos per 100.000 habitants homes (figura 20). El 43,5% dels casos són nascuts a l'Estat espanyol, 21,3% a Europa occidental i 29,3% a l'Amèrica Llatina. Dels 74 casos enquestats, el 90,5% (67) són homosexuals i el 63,5% (47) estan coinfectats pel VIH. Aquest any solament figura la realització de l'estudi de contactes en el 47,3% dels casos, fet que marca un gran retrocés si comparem aquesta dada amb la de l'any 2012, en què es va fer en el 81% dels casos.

## La tuberculosi

L'any 2015 s'han detectat a Barcelona 436 casos de tuberculosi, dels quals 280 són persones residents a la ciutat, cosa que representa una incidència de 17,4 casos per 100.000 habitants, una dada un 6,5% inferior a l'any anterior. La malaltia ha davallat en ambdós sexes, però

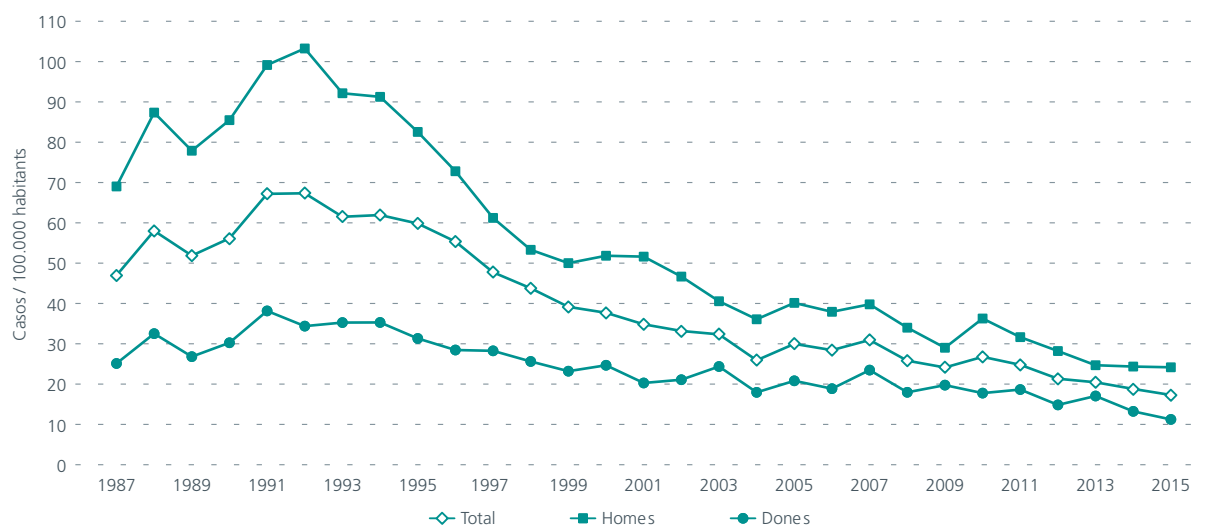
sobretot en dones. La reducció mitjana anual des de l'any 2000, tant en homes com en dones, ha estat d'un 3,6%. La malaltia és més freqüent en els homes (183 casos) que en les dones (93 casos) (figura 22).

La forma clínica més freqüent ha estat la tuberculosi pulmonar, tant en homes (73%) com en dones (65%). De les 280 persones, 74 han presentat la forma més contagiosa de la malaltia, sent doncs la taxa de tuberculosi bacil·lífera de 4,6 casos per 100.000 habitants, més d'un 20% superior a la de l'any anterior.

La reducció de la incidència des de l'any 2002 ha estat diferent segons l'origen dels casos. En les dones immigrants, la caiguda ha arribat al 16% i en els homes al 7%. En les dones autòctones la caiguda ha estat del 13%, però en els homes la incidència ha augmentat un 3%. Des de l'inici de la crisi econòmica, la velocitat de la caiguda de la incidència en homes i dones immigrants ha estat superior que en homes i dones autòctones (vegeu la figura 23, pàgina 71).

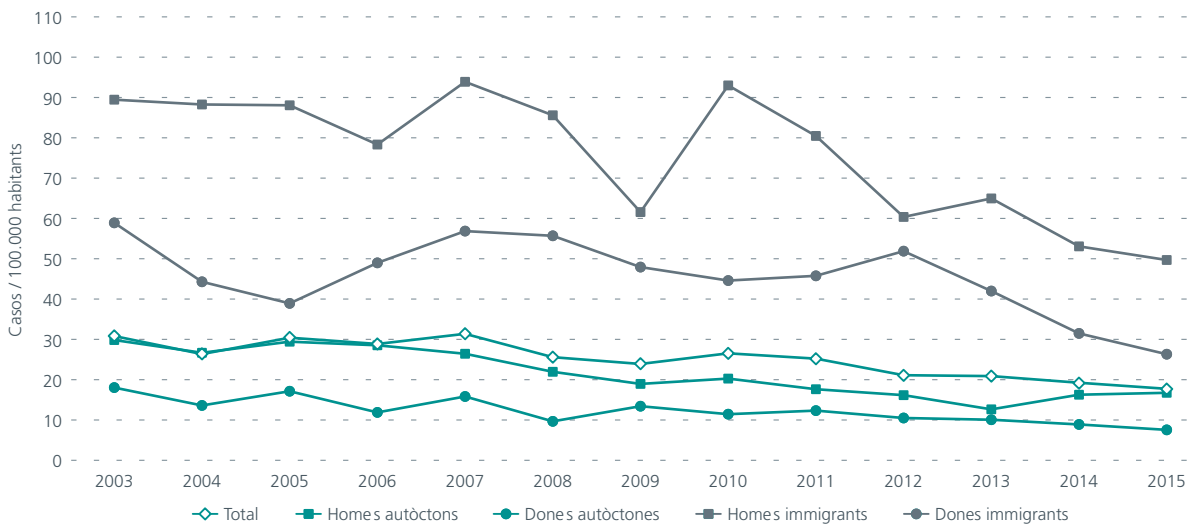
El districte de la ciutat amb la incidència més elevada de tuberculosi ha estat Ciutat Vella, seguit de Sants-Montjuïc en homes, i de Nou Barris en dones. Agrupant els barris de la ciutat per la renda familiar disponible, observem que la malaltia és més freqüent en els barris de renda baixa, i la freqüència va disminuint a mesura que augmenta la renda, tant en homes com en dones (vegeu la figura 24, pàgina 71).

Figura 22. Evolució de les taxes de tuberculosi per sexe, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 1987-2015.



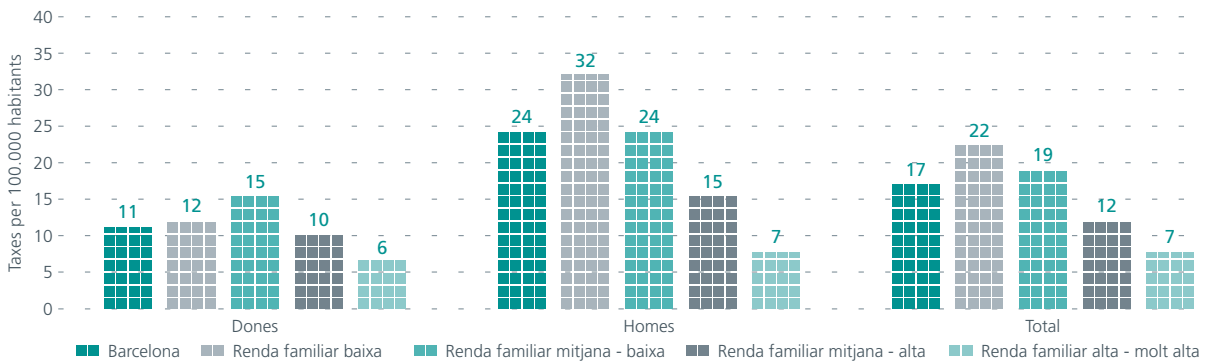
Font: Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 23.** Incidència de la tuberculosi per sexe i país de naixement, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 2003-2015.



Font: Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

**Figura 24.** Incidència de la tuberculosi agrupant els barris segons la renda familiar disponible<sup>1</sup>, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 2015.



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

Nota: <sup>1</sup>L'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.

# La mortalitat

72

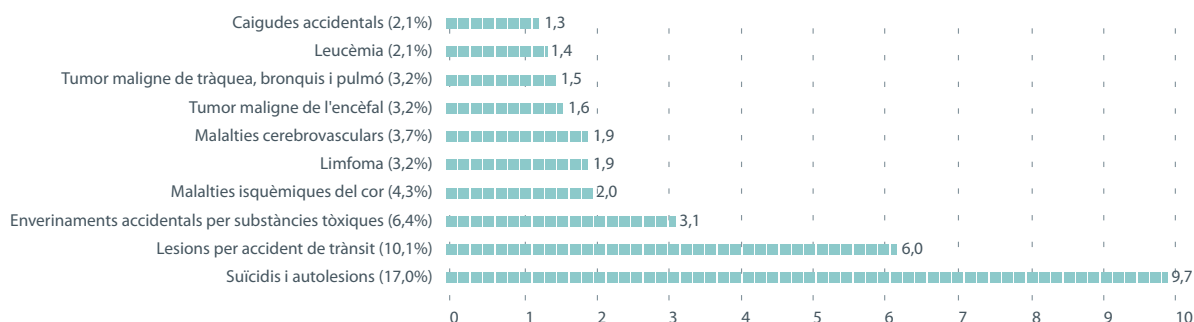
Segons el Registre de Mortalitat, l'any 2014 es van produir 15.244 defuncions de persones residents a la ciutat de Barcelona, 7.238 homes i 8.006 dones. La taxa de mortalitat va continuar la tendència decreixent dels anys anteriors, tant en homes com en dones (de 1.084,2 per 100.000 habitants el 2013 en homes a 1.076,3 el 2014, i en dones de 611 a 607,8). Per contra, la mortalitat prematura va experimentar un lleuger

augment respecte a l'any anterior, tot i que la tendència dels darrers anys és decreixent. Les causes principals de mort per grups d'edat i sexe es mostren a les figures 25 i 26, excloent-ne aquells grups de causes no específiques o que inclouen causes mal definides.

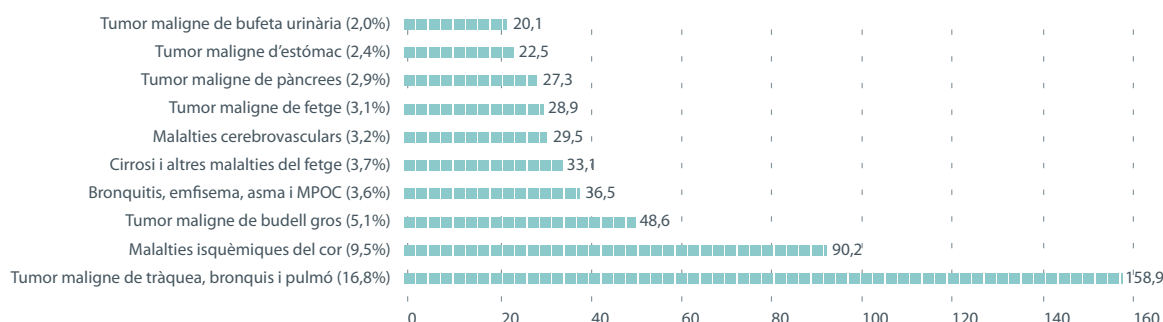
L'any 2014 la taxa de mortalitat en la població de 15 a 44 anys va ser de 54,6 i 32,8 per 100.000 habitants, en homes i dones respectivament. Entre les principals causes de mort hi ha el suïcidi (17,0%), les lesions de trànsit (10,1%) i la sobredosi de drogues (6,4%) en homes, i el tumor

**Figura 25. Principals causes de mortalitat en homes segons el grup d'edat. Barcelona, 2014.**

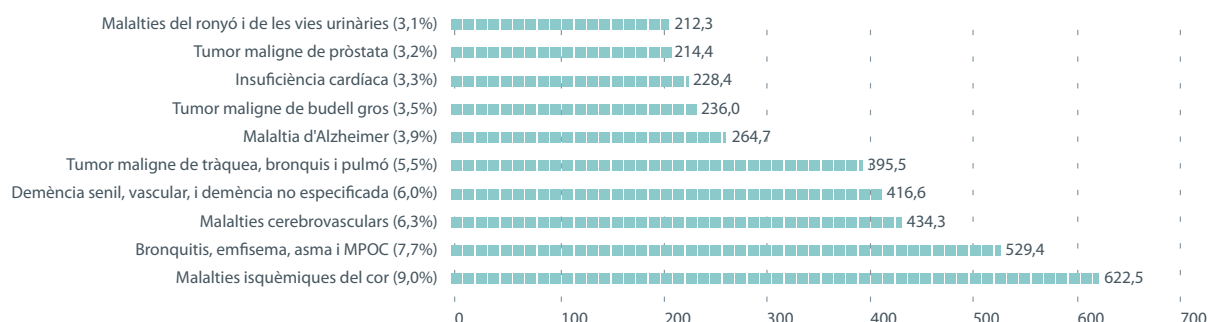
**Homes de 15 a 44 anys**



**Homes de 45 a 74 anys**



**Homes de 75 anys i més**



Font: Registre de mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona.  
Notes: Taxes de mortalitat estandarditzades per edat per 100.000 habitants.



maligne de mama (15,9%), les lesions de trànsit (6,2%) i el suïcidi (6,2%) en dones.

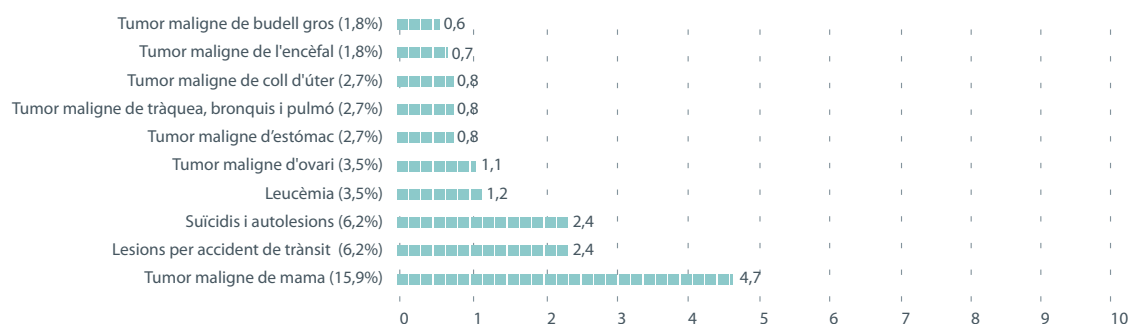
En conjunt, el 41,5% de les morts en homes d'aquest grup d'edat (de 15 a 44 anys) eren per causes externes de mortalitat, seguides d'un 25,5% de morts causades per tumors malignes. En canvi, en dones la proporció va ser a la inversa (un 46,0% per tumors malignes i un 17,7% per

causes externes). Com es mostra al quadre 29 de l'annex La salut en xifres, la mortalitat en aquest grup d'edat s'ha reduït de forma considerable els darrers 10 anys, gràcies a la disminució de la mortalitat per la majoria de les causes.

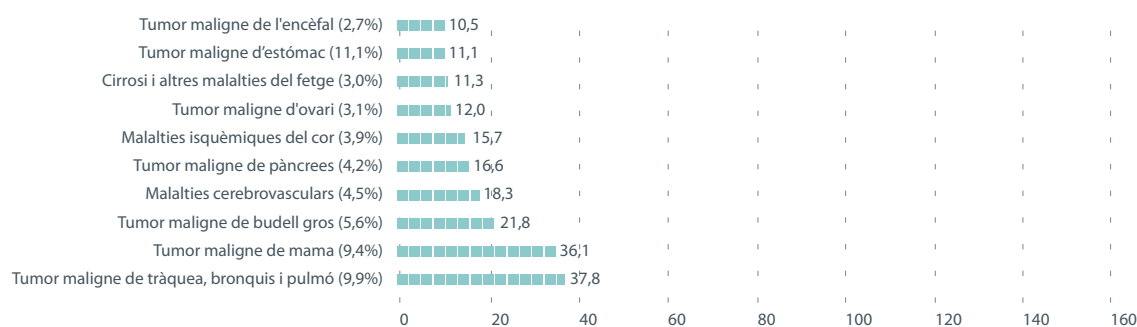
En la població de 45 a 74 anys, la taxa de mortalitat va ser de 949,1 defuncions per 100.000 habitants en homes, i de 391,9 en dones. La principal causa de mort, tant en homes com en dones, va ser el tumor maligne de pulmó (16,8% i 9,9%, respectivament). En conjunt, els tumors

**Figura 26.** Principals causes de mortalitat en dones segons el grup d'edat. Barcelona, 2014.

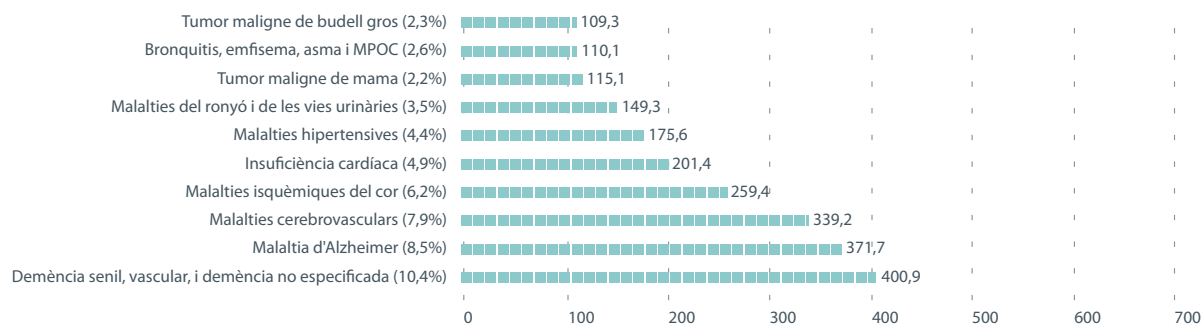
#### Dones de 15 a 44 anys



#### Dones de 45 a 74 anys



#### Dones de 75 anys i més



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

Notes: Taxes de mortalitat estandarditzades per edat per 100.000 habitants.

## La mortalitat

74

malignes van ser la principal causa de mortalitat en aquest grup d'edat, tant en homes (51,1%) com en dones (55,2%). La mortalitat global i per la majoria de causes en aquest grup d'edat també mostra una tendència a la disminució en el temps, amb l'excepció del tumor maligne de pulmó en dones, que mostra una tendència creixent i que ha superat per primer cop la mortalitat per tumor maligne de mama (vegeu la taula 5 de l'annex La salut en xifres, pàgina 96).

Pel que fa a la població de 75 anys o més, la mortalitat va ser de 6.930,4 defuncions per 100.000 habitants en homes, i de 4.421,0 en

dones. Les principals causes de mort en homes van ser les malalties isquèmiques del cor (9,0%), la malaltia pulmonar obstructiva crònica (7,7%) i les malalties cerebrovasculars (6,3%). En dones les principals causes van ser la demència senil (10,4%), la malaltia d'Alzheimer (8,5%) i les malalties cerebrovasculars (7,9%). En conjunt, una quarta part de les causes en homes (28,1%) van ser malalties del sistema circulatori i una proporció similar de tumors malignes (26,5%). En dones van predominar les malalties del sistema circulatori (31,7%) per sobre dels tumors malignes (17,6%). Com per a altres grups d'edat, la mortalitat global en aquesta població mostra una tendència decreixent en el temps. La mortalitat per la majoria de causes també mostra una tendència decreixent. Destaca, però, la tendència creixent o estable de la demència senil i la malaltia d'Alzheimer.

## Les desigualtats en salut als barris

A partir de la selecció dels 18 barris de Barcelona amb una major problemàtica de desigualtats en salut identificats el 2014, s'han prioritzat alguns barris per dur-hi a terme intervencions per reduir les desigualtats en salut en funció de diversos criteris:

- 1) Valor de l'índex de privació en salut.
- 2) No tenir implantat el programa Salut als Barris a Barcelona (SaBB).
- 3) Estar seleccionat pel projecte COMSalut (de salut comunitària des dels centres d'atenció primària).
- 4) Nombre d'habitants.
- 5) Tenir un Pla de Desenvolupament Comunitari.

D'acord amb aquests criteris, s'han seleccionat set barris: Verdun, el Carmel, Can Peguera, el Turó de la Peira, la Trinitat Nova, la Trinitat Vella i el Gòtic. Després dels acords polítics pertinents,

s'han dut a terme els diagnòstics de salut d'aquests set barris, a partir dels quals prioritzar les intervencions.

Per als onze barris que ja tenien el programa implementat, l'any 2015, a més, s'ha seguit fent el programa Salut als Barris en fase intensiva als barris de Besòs-Maresme, la Verneda, la Pau i la Trinitat Nova, i en fase de manteniment a la resta de barris desfavorits. S'hi ha estès les Escoles de Salut per la Gent Gran, els programes de lleure i inserció laboral d'adolescents, els programes d'habilitats parentals per a mares i pares, el programa d'activitat física a l'aire lliure Activa't als Parcs, i s'han pilotat noves iniciatives com ara un programa de lleure per a joves pakistaneses, o de salut mental per a persones adultes. S'han posat en marxa, o reforçat si ja hi existien, taules comunitàries de salut per intervenir-hi, seguint les fases sistemàtiques del SaBB.

### Actualització de la matriu Urban HEART

A l'anterior Informe de Salut de Barcelona es va presentar per primer cop la matriu Urban HEART Barcelona, una eina desenvolupada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS)<sup>2</sup> que té per objectiu ajudar a la presa de decisions sobre la implementació de polítiques dirigides a

promoure l'equitat en salut urbana. La matriu va permetre identificar els 18 barris de Barcelona amb una major problemàtica i per tant prioritzar-los per tal de portar a terme intervencions per reduir les desigualtats en salut a la ciutat. Aquests barris van ser inclosos en el Programa Salut als Barris de Barcelona de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Alguns barris (11) ja tenien el Programa implementat, el qual es revisarà i s'intensificarà en cas que sigui necessari. Per als restants 7 barris es va dur a terme el diagnòstic de salut, a partir del qual es prioritzaran les intervencions a implementar.

La matriu presentada l'any passat contenia 12 indicadors de salut i dels seus determinants pels 73 barris de la ciutat de Barcelona (vegeu el quadre 6), on es mostraven 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 s'han hagut de modificar respecte dels originals: color vermell per gris fosc i color groc per gris clar).

En el present Informe de Salut es presenta la matriu amb l'actualització de dades per a l'any 2015 (vegeu el quadre 5, pàgines 76 a 79). Els colors de la matriu es pinten segons els mateixos punts de tall utilitzats l'any 2014, per tal de poder observar si els indicadors han millorat o empitjorat respecte a l'any anterior. S'observa que en els 18 barris milloren el 58,8% dels indicadors mentre que en els 55 barris restants milloren el 60,3% dels indicadors, fet que indica que les desigualtats en salut per barris es mantenen.

<sup>2</sup>World Health Organisation. Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool. Kobe: The WHO Centre for Health Development; 2010.

**Quadre 6.** 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 <sup>1</sup>
% 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: <sup>1</sup>estimació per barris a partir de dades facilitades per codis postals.

## Les desigualtats en salut als barris

76

**Quadre 5.** Matriu Urban HEART de Barcelona. Diferències entre barris<sup>1</sup> per a una selecció d'indicadors de salut<sup>2</sup> i de determinants de la salut. Barcelona, 2015.

Districte	Barri	Índex sobre- envelliment, any 2015	% persones 75 anys o més que viuen soles, any 2015	Índex renda familiar disponible, any 2014*	% persones 15 anys o més amb estudis primaris o menys, any 2015
Ciutat Vella	El Raval	54,3	38,4	65,9	40,0
	El Barri Gòtic	54,8	33,1	98,5	22,9
	La Barceloneta	59,3	36,1	84,5	32,4
	Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera	55,5	38,9	92,5	25,0
Eixample	El Fort Pienc	53,0	31,0	104,5	19,1
	La Sagrada Família	55,7	33,3	92,4	20,8
	La Dreta de l'Eixample	55,1	30,8	165,3	12,9
	L'Antiga Esquerra de l'Eixample	56,3	32,5	127,8	14,2
	La Nova Esquerra de l'Eixample	52,5	32,9	109,1	17,3
	Sant Antoni	56,8	35,3	97,8	22,3
Sants- Montjuïc	Poble-sec	55,4	35,9	66,3	32,8
	La Marina del Prat Vermell	61,8	31,2	39,4	54,2
	La Marina del Port	53,8	30,1	72,0	37,8
	La Font de la Guatlla	51,2	31,2	77,6	26,0
	Hostafrancs	50,3	32,2	76,8	27,6
	La Bordeta	53,2	26,2	76,0	28,8
	Sants-Badal	50,4	31,3	79,6	30,6
	Sants	54,3	33,7	85,8	25,2
Les Corts	Les Corts	48,5	30,9	125,4	16,6
	La Maternitat i Sant Ramon	48,2	29,0	112,6	20,1
	Pedralbes	52,6	24,6	251,7	10,5
Sarrià- Sant Gervasi	Vallvidrera, el Tibidabo i les Planes	49,1	14,0	162,8	15,9
	Sarrià	55,3	24,5	195,2	12,5
	Les Tres Torres	52,8	23,0	217,8	9,7
	Sant Gervasi - la Bonanova	54,2	25,9	191,8	11,2
	Sant Gervasi - Galvany	54,9	32,2	192,1	10,4
	El Putxet i el Farró	50,3	33,0	140,2	11,0
Gràcia	Vallcarca i els Penitents	50,6	29,0	101,6	17,5
	El Coll	47,6	29,1	81,6	23,3
	La Salut	50,5	30,7	107,3	17,3
	La Vila de Gràcia	57,9	34,9	118,1	18,0
	El Camp d'en Grassot i Gràcia Nova	51,6	33,4	103,7	17,5
Horta- Guinardó	El Baix Guinardó	57,2	29,3	86,6	22,5
	Can Baró	52,4	31,7	77,4	28,1
	El Guinardó	53,9	32,6	82,0	23,6
	La Font d'en Fargues	47,1	22,5	102,0	21,5
	El Carmel	49,0	29,3	56,6	38,5

Notes: \*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.

<sup>1</sup>En els barris amb menys de 3.000 persones, s'ha substituït el valor dels indicadors de la dimensió de salut (excepte l'índex de consum problemàtic de drogues) pel del barri del districte amb la renda familiar disponible més similar.

<sup>2</sup>Per tal de disposar d'un nombre suficient de casos, els indicadors de la dimensió de salut, amb excepció de l'índex de consum problemàtic de drogues, fan referència al darrer trienni, la resta d'indicadors són anuals.

	% d'atur registrat 16-64 anys, any 2015	% abstenció municipals, any 2015	Esperança de vida en néixer, període 2010-2014	Raó de mortalitat comparativa, període 2010-2014*	Raó d'anys potencials de vida perduts, període 2010-2014*	Taxa tuberculosi, període 2011-2015	Taxa fecunditat adolescent, període 2011-2015	Prevalença baix pes en néixer, període 2011-2015
	12,3	54,9	80,6	119,6	145,9	98,5	13,1	6,7
	10,0	50,1	81,4	118,2	120,0	46,6	5,2	5,3
	11,9	52,9	80,3	125,1	168,5	44,0	3,7	8,5
	10,7	49,6	82,0	109,7	133,5	29,1	11,1	7,3
	8,2	36,0	84,3	99,0	80,6	11,9	2,1	6,2
	8,2	38,0	84,6	95,6	82,3	14,3	3,6	6,5
	6,4	35,0	82,9	111,0	86,7	10,6	2,6	4,9
	7,3	36,8	84,2	98,7	88,3	8,6	2,3	7,7
	7,9	36,7	85,1	90,5	84,8	9,7	2,7	6,5
	8,6	38,6	84,1	97,1	99,4	17,3	4,0	5,7
	11,4	46,6	82,8	107,1	108,6	37,7	7,8	7,5
	20,0	64,8	83,6	170,6	285,4	88,9	20,4	11,3
	11,8	44,5	83,9	99,4	107,5	22,4	7,1	6,3
	11,7	41,7	81,7	122,5	99,4	9,7	3,3	6,4
	8,9	41,2	83,8	102,0	86,6	30,1	9,0	5,8
	9,5	38,9	83,8	96,9	99,2	19,5	6,7	7,6
	8,0	41,2	85,2	88,5	92,1	23,0	10,6	6,5
	8,8	37,1	84,1	100,4	86,6	22,3	6,2	6,0
	8,5	33,8	85,5	90,7	70,6	14,2	1,4	5,8
	8,6	35,4	86,4	82,5	67,4	6,7	4,9	7,7
	4,2	35,7	86,2	85,1	78,2	3,4	1,8	5,2
	3,9	36,8	80,6	127,5	126,2	0,0	1,7	6,5
	4,2	33,3	84,5	96,1	87,7	9,8	3,4	5,8
	4,4	31,7	86,3	84,3	64,9	4,9	0,0	3,9
	5,1	35,4	84,9	94,6	68,7	8,0	0,3	5,1
	5,1	33,3	84,7	92,5	81,8	10,7	0,7	6,6
	7,2	34,0	85,6	88,5	86,5	8,2	1,2	5,9
	8,8	35,6	83,9	99,6	91,8	10,3	2,8	6,6
	7,5	42,3	85,2	91,2	90,7	5,5	5,7	7,4
	8,6	37,0	82,6	106,7	118,7	27,2	1,6	4,8
	8,1	36,7	83,4	101,2	91,0	18,9	8,0	7,5
	8,2	32,9	84,7	96,4	81,5	18,6	2,7	6,9
	8,5	39,2	84,2	99,3	91,0	17,1	6,8	6,7
	8,9	41,1	84,1	98,5	92,7	11,2	2,3	5,2
	9,6	39,5	84,4	93,6	102,1	16,8	7,0	5,9
	11,8	35,8	83,5	109,9	96,4	10,6	0,0	6,8
	11,7	47,9	83,8	96,3	129,4	13,8	12,5	8,3

Quadre 5. (continuació) &gt;



## Les desigualtats en salut als barris

78

**Quadre 5. (continuació)** Matriu Urban HEART de Barcelona. Diferències entre barris<sup>1</sup> per a una selecció d'indicadors de salut<sup>2</sup> i de determinants de la salut. Barcelona, 2015.

Districte	Barri	Índex sobre- envelliment, any 2015	% persones 75 anys o més que viuen soles, any 2015	Índex renda familiar disponible, any 2014*	% persones 15 anys o més amb estudis primaris o menys, any 2015
Horta- Guinardó	La Teixonera	50,2	29,6	69,6	34,7
	Sant Genís dels Agudells	61,0	26,7	80,0	34,2
	Montbau	74,7	27,9	70,0	31,1
	La Vall d'Hebron	48,3	30,8	86,9	24,8
	La Clota	68,5	31,1	90,1	26,2
	Horta	53,5	27,5	82,2	30,9
Nou Barris	Vilapicina i la Torre Llobeta	54,9	31,6	64,0	29,4
	Porta	55,1	29,9	58,3	35,3
	El Turó de la Peira	72,3	34,6	50,6	38,8
	Can Peguera	64,2	29,2	51,0	45,2
	La Guineueta	52,9	29,0	56,0	33,1
	Canyelles	44,9	27,6	61,0	40,2
	Les Roquetes	47,6	32,3	50,8	44,4
	Verdun	55,2	32,2	50,8	41,4
	La Prosperitat	52,6	30,8	53,7	40,2
	La Trinitat Nova	62,6	35,2	34,7	44,9
	Torre Baró	49,4	23,0	45,6	48,1
	Ciutat Meridiana	45,1	28,7	39,2	48,1
	Vallbona	63,8	10,5	39,9	47,4
	Sant Andreu	La Trinitat Vella	48,3	27,4	45,9
Baró de Viver		55,4	36,6	60,5	47,0
El Bon Pastor		51,3	27,7	59,6	39,0
Sant Andreu		48,1	31,6	76,6	26,4
La Sagrera		48,8	29,0	74,9	27,2
El Congrés i els Indians		62,5	35,2	72,7	27,1
Navas		51,7	30,9	83,3	25,7
Sant Martí	El Camp de l'Arpa del Clot	50,4	32,9	80,9	24,0
	El Clot	49,5	30,4	81,0	25,8
	El Parc i la Llacuna del Poblenou	49,5	31,0	88,6	22,5
	La Vila Olímpica del Poblenou	36,8	29,8	150,8	12,1
	El Poblenou	55,3	33,2	95,4	24,3
	Diagonal Mar i el Front Marítim del Poblenou	46,7	23,9	168,8	19,6
	El Besòs i el Maresme	62,1	31,4	58,9	44,1
	Provençals del Poblenou	52,9	29,3	91,7	28,2
	Sant Martí de Provençals	54,0	29,4	67,6	33,0
	La Verneda i la Pau	52,3	26,7	57,2	37,8

Notes: \*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.

<sup>1</sup>En els barris amb menys de 3.000 persones, s'ha substituït el valor dels indicadors de la dimensió de salut (excepte l'índex de consum problemàtic de drogues) pel del barri del districte amb la renda familiar disponible més similar.

<sup>2</sup>Per tal de disposar d'un nombre suficient de casos, els indicadors de la dimensió de salut, amb excepció de l'índex de consum problemàtic de drogues, fan referència al darrer trienni, la resta d'indicadors són anuals.

	% d'atur registrat 16-64 anys, any 2015	% abstenció municipals, any 2015	Esperança de vida en néixer, període 2010-2014	Raó de mortalitat comparativa, període 2010-2014*	Raó d'anys potencials de vida perduts, període 2010-2014*	Taxa tuberculosi, període 2011-2015	Taxa fecunditat adolescent, període 2011-2015	Prevalença baix pes en néixer, període 2011-2015
	9,4	45,6	84,0	98,7	106,8	27,7	9,5	9,0
	10,4	43,9	83,8	103,1	107,7	20,4	3,0	9,4
	10,4	42,2	80,9	132,4	115,9	15,7	3,7	8,0
	9,4		83,3	102,6	92,0	21,7	0,0	5,2
	5,6	42,6	81,4	128,5	107,6	0,0	19,6	2,8
	11,9	38,8	83,6	104,3	93,4	23,9	6,0	7,7
	11,4	38,6	83,6	102,8	98,3	16,5	5,6	6,5
	11,8	42,6	84,5	92,4	107,5	16,2	10,3	5,9
	11,8	48,7	85,6	87,7	87,6	22,0	16,9	8,3
	11,0	54,1	80,0	112,4	198,3	8,8	16,8	6,7
	14,5	38,1	84,2	97,1	114,0	23,8	2,8	7,8
	14,3	38,8	83,1	100,8	141,1	8,5	2,8	10,5
	13,1	51,5	81,9	112,6	134,9	19,0	29,9	8,3
	13,3	48,1	83,2	99,4	129,5	21,1	14,9	9,3
	12,6	42,4	84,6	92,2	103,0	15,2	9,2	7,2
	18,7	55,0	80,1	124,8	149,1	34,5	36,1	7,7
	13,1	60,2	77,2	138,9	289,0	0,0	28,0	16,1
	19,6	51,5	83,7	96,9	119,8	49,4	23,5	8,6
	17,6	52,8	77,3	156,3	201,8	14,8	35,5	8,7
	17,3	50,7	85,0	87,8	124,5	32,8	14,5	7,8
	10,4	56,4	80,3	113,2	192,5	41,0	23,5	13,3
	12,0	46,9	82,2	116,0	115,1	12,4	13,8	8,5
	10,7	35,3	84,7	92,6	89,6	16,7	4,2	8,1
	9,6	37,1	85,4	89,8	86,0	9,7	6,3	6,2
	9,9	38,3	84,8	89,8	89,8	24,1	3,3	6,8
	9,6	36,3	86,3	84,5	77,6	14,6	5,1	5,0
	10,0	37,4	85,0	91,4	88,9	20,5	8,7	6,0
	9,5	37,8	85,1	91,3	84,9	13,3	4,0	7,3
	8,3	37,8	83,1	109,0	88,3	18,0	1,7	6,1
	8,4	29,3	85,4	88,7	62,9	6,4	0,0	5,8
	8,5	37,9	83,5	104,0	93,1	17,6	4,4	6,8
	10,9	37,7	85,3	89,0	75,9	15,4	2,2	6,0
	14,0	49,3	83,1	102,9	120,7	42,7	18,1	5,9
	10,1	39,8	85,1	89,9	102,5	22,9	6,7	6,0
	11,9	38,7	83,9	96,1	123,6	19,9	6,5	7,5
		42,2	83,9	99,6	94,5	14,5	5,6	6,9







# Monogràfics

## 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: l'atenció a les persones amb dependència

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

## El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

## La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

La mobilitat

L'alimentació saludable

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les altres infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

## Monogràfics

Impacte en salut de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona

L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu

Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona

## La salut en xifres

# Impacte en salut de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona

82

La contaminació atmosfèrica és un dels determinants més importants de la salut de les persones a les nostres ciutats, fins al punt que es considera el principal risc ambiental per a la salut a escala mundial (Lim et al. 2012<sup>1</sup>). Les malalties cardiovasculars i cerebrovasculars són les causes més freqüents (aproximadament el 80%) de les morts prematures atribuïbles a la contaminació atmosfèrica, seguides de les malalties respiratòries i del càncer de pulmó (WHO 2014<sup>2</sup>). A part de ser una causa de morts prematures, la contaminació atmosfèrica incrementa la incidència i severitat d'un ventall ampli de malalties (asma, malaltia pulmonar crònica, pneumònia, insuficiència cardíaca, insuficiència coronària, hipertensió arterial i diabetis, entre altres), amb efectes tant a curt com a llarg termini. Tant la contaminació atmosfèrica en general com el material particulat han estat classificats com a carcinogènics per als humans (IARC 2016<sup>3</sup>).

Nombrosos estudis han posat de manifest el risc per a la salut derivat de l'exposició a la contaminació atmosfèrica, alguns dels quals s'han centrat en la ciutat de Barcelona i el seu entorn. A la ciutat de Barcelona, els contaminants més problemàtics són els òxids de nitrogen i el material particulat. L'NO<sub>2</sub> a la ciutat està marcadament lligat al trànsit i per a tot el període 2000-2015 se'n va superar el valor límit de protecció de la salut de la UE i el nivell de referència de l'OMS a les estacions de trànsit molt intens –estacions de mesura de la qualitat de l'aire properes al trànsit– (Eixample i Gràcia - Sant Gervasi), i també d'una forma significativa i general a l'estació de trànsit moderat de Poblenou i a la de fons urbà de Ciutadella (ASPB 2016<sup>4</sup>). Respecte a la fracció PM<sub>10</sub> del material particulat, des de l'any 2010 es compleix el valor límit anual de la UE a totes les estacions de la ciutat, però en canvi se supera per a tota la sèrie històrica (2002-2015) el valor de referència de l'OMS tant a les estacions de trànsit com a les de fons urbà. Respecte a les partícules PM<sub>2,5</sub>, es compleix el valor límit anual vigent a partir de l'any 2015, però per contra se supera el valor de referència de l'OMS en totes les estacions de la ciutat.

En aquest context, és vital avançar en l'estudi aplicat dels efectes de la contaminació atmosfèrica

sobre la ciutadania de Barcelona. A continuació segueixen alguns dels estudis més importants fets darrerament a l'Institut de Salut Global de Barcelona (ISGlobal, anteriorment CREAL) sobre nous impactes de la contaminació atmosfèrica en la salut a Barcelona.

## Els efectes de la contaminació de l'aire a curt termini

Un estudi fet a diverses ciutats del sud d'Europa, entre elles Barcelona (projecte MED-Particles), va identificar augments d'un 0,5% en la mortalitat diària per causes cardiovasculars i en el nombre d'hospitalitzacions per causes cardiorespiratòries quan la concentració de PM<sub>2,5</sub> augmentava 10µg/m<sup>3</sup> (Samoli et al. 2013<sup>5</sup>; Stafoggia et al. 2013<sup>6</sup>). L'augment d'hospitalitzacions es detectava tant per increments de les partícules fines (PM<sub>2,5</sub>) com per increments de les partícules de més grandària (PM<sub>2,5-10</sub>). L'estudi també va quantificar que un 13% dels dies de l'any, Barcelona està afectada per intrusió de pols sahariana, que provoca augments de 13 µg/m<sup>3</sup> i 9,7 µg/m<sup>3</sup> en les concentracions de PM<sub>10</sub> i PM<sub>2,5</sub>, respectivament. Els efectes de les partícules sobre les hospitalitzacions era similar en els dies amb o sense aquestes intrusions de partícules d'origen saharià (Stafoggia et al. 2016<sup>7</sup>). Pel que fa a la composició de les partícules, la concentració d'alguns elements químics va estar més associada a augments del nombre d'hospitalitzacions (Basagaña et al. 2015<sup>8</sup>). Entre ells el carboni elemental, el sulfat, el ferro, el zinc, el coure, el titani, el manganès, el vanadi i el níquel, que provenen majoritàriament del trànsit i les emissions dels vaixells.

## L'efecte de la contaminació de l'aire en el desenvolupament neurològic dels infants

El projecte BREATHE (BRain dEvelopment and Air polluTion ultrafine particles in scHool childrEn) és un estudi poblacional que va avaluar si l'exposició dels infants als contaminants de l'aire relacionats amb el trànsit (TRAPS) a les escoles afecta negativament el seu desenvolupament neurològic. Hi van participar 2.987 infants de 7 a 10 anys de 39 escoles de Barcelona i Sant Cugat del Vallès amb nivells alts i baixos de contaminants, aparellades pel nivell socioeconòmic (Sunyer et al. 2015<sup>9</sup>).

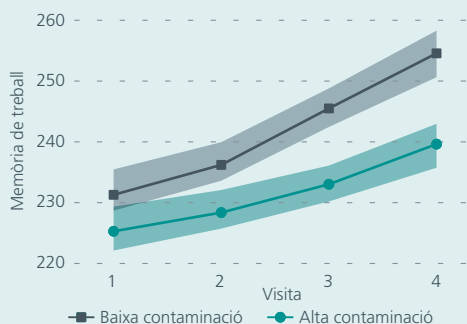
Durant l'any 2012 es va mesurar la contaminació de l'aire (diòxid de nitrogen (NO<sub>2</sub>), el nombre de partícules ultrafines i la matèria particulada (PM<sub>2,5</sub>) durant dues campanyes d'una setmana cadascuna, tant dins de l'aula com a fora al pati, de forma simultània en cada parell d'escoles. Es va recollir un total de 1.092 filtres en els quals es van analitzar la matèria particulada, elements com el carboni elemental, i els hidrocarburs. Es va trobar una gran variabilitat de concentracions de TRAPS entre les escoles participants. Algun dels contaminants va mostrar una alta penetració a l'interior de les aules. Els nivells de partícules a l'interior van ser més alts que a l'exterior, per causa de la resuspensió de les partícules minerals i perquè a l'interior s'hi originen partícules orgàniques i calcàries. El soroll a l'aula provinent del trànsit i la intensitat del trànsit a l'entrada de l'escola es van mesurar



directament. El desenvolupament de la memòria de treball, l'atenció executiva i selectiva i la impulsivitat van ser avaluats a través de quatre proves computeritzades entre el gener del 2012 i el març del 2013. Els infants van fer un total de 10.973 proves cognitives. Els problemes de conducta (Qüestionari de Capacitats i Dificultats) van ser reportats pels pares i la simptomatologia de dèficit d'atenció i hiperactivitat pels mestres. Es va fer ressonància magnètica funcional i estructural a uns 300 infants, i una anàlisi genètica en el 80% dels infants per poder avaluar la interacció entre gens i ambient.

El desenvolupament cognitiu dels infants va millorar, de mitjana, entre el 15,2% i el 19,0% durant el període de seguiment d'un any, però aquest creixement va ser menor en els infants d'escoles altament contaminades respecte al dels infants de les escoles amb els nivells més baixos (per exemple, un 14,3% enfront d'un 19,0% de creixement en la memòria de treball), tant en els models crus com en els ajustats. A més, a major nivell de carboni elemental, NO<sub>2</sub> i partícules ultrafines, menor va ser el creixement anual en totes les funcions cognitives mesurades; per exemple, un increment en un interquartil de carboni elemental reduïa el guany anual en la memòria de treball un 13,8% (figura 1). Les associacions es van mantenir en les anàlisis estratificades i després d'ajustar-les per variables addicionals.

**Figura 1.** Desenvolupament de la memòria de treball a les escoles amb alta i baixa contaminació (i bandes amb d'interval de confiança del 95%).



Font: Sunyer et al. Association between Traffic-Related Air Pollution in Schools and Cognitive Development in Primary School Children: A Prospective Cohort Study.

Nota: Ajustat per edat, sexe, educació de la mare, nivell socioeconòmic al barri de residència i exposició a la contaminació de l'aire a la casa de residència; escola i subjecte com a efectes aleatoris en 2.715 infants de 39 escoles i 10.112 tests en total.

D'altra banda, els nivells diaris tant d'NO<sub>2</sub> com de carboni elemental van tenir un efecte negatiu en tots els processos d'atenció (per exemple, els infants en el quartil inferior de nivells d'exposició diària a NO<sub>2</sub> van respondre 14,82 ms més ràpid (interval de confiança del 95%, 11,25 – 18,40) que aquells en el quartil superior d'exposició diària, el que equivaldria a un retard d'1,1 mesos (0,84-1,37) en el desenvolupament. Resultats similars es van obtenir després d'ajustar pels nivells mitjans a l'interior de l'aula. Aquesta associació va ser igual pel carboni elemental.

Pel que fa a l'efecte de la contaminació en la funció i estructura del cervell mesurada amb ressonància magnètica en 263 dels infants, un major contingut de contaminants es va associar amb una menor integració i segregació funcional en les xarxes cerebrals rellevants per als processos mentals interns (la xarxa en manera automàtica) i les operacions mentals d'estímul auditiu i visual (Pujol et al. 2016<sup>10</sup>). És important destacar que part de l'efecte de la contaminació de l'aire és atenuat per la presència de vegetació a l'escola (Dadvand et al. 2015<sup>11</sup>). En conclusió, la contaminació de l'aire urbà sembla que afecta adversament la maduració del cervell en una edat crítica, amb canvis que afectarien el domini funcional.

### L'efecte de la contaminació de l'aire en la fertilitat

Es va avaluar l'associació entre els índexs de contaminació de l'aire relacionats amb el tràfic i els índexs de fertilitat a Barcelona durant els anys 2011-2012. Es va calcular la taxa de fecunditat general, que és el nombre de nadons nascuts vius per cada 1.000 dones entre les edats de 15 i 44 anys per cada secció censal i es va usar una estimació de les concentracions de contaminació de l'aire (partícules, NO<sub>x</sub> / NO<sub>x</sub>) per sectors censals. Les anàlisis van mostrar una reducció estadísticament significativa del 13% de les taxes de fertilitat amb l'augment en els nivells de contaminació de l'aire relacionada amb el trànsit, sobretot per a la fracció gruixuda de matèria particulada, després d'ajustar per una sèrie de possibles factors de confusió, com ara l'edat materna i el nivell socioeconòmic de la zona (Nieuwenhuijsen et al. 2014<sup>12</sup>).

### L'efecte de la contaminació de l'aire en les anomalies congènites

A partir del registre de defectes congènits de l'ASPB per al període 1994-2006 es van seleccionar 2.247 casos de defectes congènits no cromosòmics i 2.991 casos com a controls. L'exposició a la contaminació de l'aire relacionada amb el trànsit es va assignar geogràficament a les adreces residencials en néixer per estimar l'exposició espacial a diversos contaminants (NO<sub>x</sub>, NO<sub>2</sub>, PM<sub>10</sub>, PM<sub>coarse</sub>, PM<sub>2.5</sub> i l'absorbència de PM<sub>2.5</sub>). En els models d'exposició espai-temporal es van trobar associacions entre un defecte cardíac (la coartació de l'aorta) i l'NO<sub>2</sub>, així com un augment del 15% dels defectes del sistema digestiu i de l'11% dels defectes de la paret abdominal. Els resultats en general, però, no indiquen una associació entre la contaminació de l'aire relacionada amb el trànsit i els defectes congènits en conjunt (Schembari et al. 2014<sup>13</sup>).

# Impacte en salut de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona

84

## Els efectes de la contaminació de l'aire en l'activitat física

En sèries de curt termini (exposició de 2 hores) es van comparar les respostes pulmonar i inflamatòria a l'exposició a la contaminació atmosfèrica al costat d'una de les rondes i en una zona no contaminada pel trànsit, amb o sense activitat física (Kubesch et al. 2015)<sup>14</sup>. El grau d'obstrucció bronquial (raó FEV1 / FVC) es va associar als nivells de contaminació. No així la resta de mesures de la funció pulmonar o de marcadors d'inflamació en la sang perifèrica. L'efecte de la contaminació de l'aire no va empitjorar en funció de l'activitat física. En un segon estudi (Kubesch et al. 2015b)<sup>15</sup> van trobar que una major exposició a la contaminació de

l'aire s'associa amb una major pressió arterial diastòlica (1.11 mm / Hg,  $p = 0,002$ ) després de l'exposició, independentment de l'exercici. Així mateix, la variabilitat del ritme cardíac disminueix significativament amb l'increment del rang interquartil de partícules ultrafines ( $\beta = -17\%$ ; IC del 95%: -26, -8,5%),  $PM_{2.5}$  (-14; -24, -3,5%) i  $NO_x$  (-9.8; -20, -0.01%) (Cole-Hunter 2015)<sup>16</sup>.

## Els efectes en la salut d'una mobilitat activa i menys contaminant

En una sèrie d'estudis d'avaluació de l'impacte en la salut que examinen els efectes del canvi de l'ús del cotxe per l'ús del transport públic i actiu (a peu o en bicicleta) (Rojas-Rueda et al. 2011, 2012 i 2013)<sup>17, 18, 19</sup> es va trobar que, en general, els beneficis positius per a la salut de l'activitat física superaven el risc d'un augment de la inhalació de la contaminació de l'aire i el risc d'accidents, tant per a la mortalitat com per a la morbiditat. Per exemple, l'impacte anual en la salut d'un canvi del 40% dels viatges en cotxe, començant i acabant a la ciutat

<sup>1</sup> Lim, S.S., Vos, T., Flaxman, A.D. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380(9859): 2224-60.

<sup>2</sup> World Health Organization. 2014. [http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/AAP\\_BoD\\_results\\_March2014.pdf](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf)

<sup>3</sup> IARC. Outdoor Air Pollution. Volume 109. International Agency for Research on Cancer (IARC) Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. 2016. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol109/mono109.pdf>

<sup>4</sup> ASPB. Avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona. Any 2015. Agència de Salut Pública de Barcelona. 2016. [http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/Informe\\_Qualitat\\_Aire\\_2015.pdf](http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/Informe_Qualitat_Aire_2015.pdf)

<sup>5</sup> Samoli E, Stafoggia M, Rodopoulou S, et al. Associations between fine and coarse particles and mortality in Mediterranean cities: results from the MED-PARTICLES project. *Environ Health Perspect*. 2013;121(8):932-8.

<sup>6</sup> Stafoggia M, Samoli E, Alessandrini E, et al.. Short-term associations between fine and coarse particulate matter and hospitalizations in Southern Europe: results from the MED-PARTICLES project. *Environ Health Perspect*. 2013;121(9):1026-33. WHO. Burden of disease from Ambient Air Pollution for 2012 – Summary of results.

<sup>7</sup> Stafoggia M, Zauli-Sajani S, Pey J, et al.. Desert Dust Outbreaks in Southern Europe: Contribution to Daily  $PM_{10}$  Concentrations and Short-Term Associations with Mortality and Hospital Admissions. *Environ Health Perspect*. 2016;124(4):413-9.

<sup>8</sup> Basagaña X, Jacquemin B, Karanasiou A, et al.. Short-term effects of particulate matter constituents on daily hospitalizations and mortality in five South-European cities: results from the MED-PARTICLES project. *Environ Int*. 2015;75:151-8.

<sup>9</sup> Sunyer J, Esnaola M, Alvarez-Pedrerol M, et al. Association between Traffic-Related Air Pollution in Schools and Cognitive Development in Primary School Children: A Prospective Cohort Study. *PLoS Med* 2015; 12(3): e1001792.

<sup>10</sup> Pujol J, Martínez-Vilavella G, Macià D, et al. Traffic pollution exposure is associated with altered brain connectivity in school children. *Neuroimage*. 2016;129:175-184.

<sup>11</sup> Dadvand P, Nieuwenhuijsen MJ, Esnaola M, et al.. Green spaces and cognitive development in primary schoolchildren. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2015; 112: 7937-7942.

<sup>12</sup> Nieuwenhuijsen MJ, Basagaña X, Dadvand P, et al. Original Research Article *Environment International*, 2014; 70: 9-14.

<sup>13</sup> Schembari A, Nieuwenhuijsen MJ, Salvador J, et al.. Traffic-related air pollution and congenital anomalies in Barcelona. *Environ Health Perspect*. 2014;122(3):317-23.

<sup>14</sup> Kubesch NJ, de Nazelle A, Westerdahl D, et al.. Respiratory and inflammatory responses to short-term exposure to traffic-related air pollution with and without moderate physical activity. *Occup Environ Med*. 2015; 72(4): 284-93.

<sup>15</sup> Kubesch N, De Nazelle A, Guerra S, et al.. Arterial blood pressure responses to short-term exposure to low and high traffic-related air pollution with and without moderate physical activity. *Eur J Prev Cardiol*. 2015b; 22(5): 548-57.

<sup>16</sup> Cole-Hunter T, Weichenthal S, Kubesch N, et al.. Impact of traffic-related air pollution on acute changes in cardiac autonomic modulation during rest and physical activity: a cross-over study. *J Expo Sci Environ Epidemiol*. 2015

<sup>17</sup> Rojas-Rueda D, de Nazelle A, Tainio M, NIEUWENHUIJSEN MJ. Bike sharing system (bicing) in barcelona, spain; a description and estimated health impacts. *BMJ* 2011;343:d452

<sup>18</sup> Rojas-Rueda D, de Nazelle A, Teixidó O, Nieuwenhuijsen MJ. Replacing car trips by increasing bike and public transport in the greater Barcelona metropolitan area: A Health Impact Assessment Study. *Environ Int* 2012; 49: 100-109

<sup>19</sup> Rojas-Rueda D, de Nazelle A, Teixidó O, Nieuwenhuijsen M. Health impact assessment of increasing public transport and cycling use in Barcelona: A morbidity and burden of disease approach. *Prev Med*. 2013 57(5):573-9

<sup>20</sup> Mueller N, Rojas-Rueda D, Basagaña X, et al.. Urban and Transport Planning Related Exposures and Mortality: A Health Impact Assessment for Cities. *Environ Health Perspect*. 2016 Jun 27. [Epub ahead of print]

de Barcelona, en bicicleta ( $n = 141.690$ ) evitaria, per als viatgers que canvien de mode, 1,15 morts addicionals causades per la contaminació de l'aire, 0,17 morts addicionals per accident mortal de trànsit per carretera i 67,46 morts per l'activitat física, amb un total de 66 morts

evitades. Un altre estudi avalua l'impacte que tindria assolir a la ciutat de Barcelona els criteris recomanats de qualitat urbana. L'impacte en el nombre de morts reduïdes seria de 1.154 persones per any, si s'assolissin els nivells d'activitat física recomanats, 659 persones per any si els nivells de  $PM_{2,5}$  es reduïssin als recomanats i 599 si ho fessin els nivells de soroll (Mueller et al. 2016<sup>20</sup>).

## L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu

Les normes socials percebudes influeixen en els patrons de consum d'alcohol. La publicitat i el consum d'alcohol als espais públics contribueixen a crear una imatge d'acceptació social, de forma que les seves regulacions poden tenir un important valor preventiu. Els terapeutes de persones amb dependència de l'alcohol atribueixen moltes recaigudes als efectes de la publicitat. Com que els darrers anys s'ha documentat una tendència a l'increment de les intoxicacions per alcohol en els adolescents i joves del país, des dels sectors sanitaris hi ha un interès creixent per adoptar mesures preventives<sup>1</sup>. Tot i això, les resistències dels grups d'interès implicats han impedit els intents legislatius realitzats els darrers anys<sup>2</sup>.

A Catalunya la normativa pionera del 1985 (Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència) va limitar la presència de la publicitat i la promoció de les begudes alcohòliques. La prohibició de la publicitat d'alcohol d'alta graduació a la via pública va ser recorreguda als tribunals per la indústria, i va arribar fins a la Cort Europea de Justícia, que va donar la raó al govern de Catalunya. Durant un temps, aquesta publicitat va desaparèixer de l'espai públic, fins que es van anar introduint nous elements promocionals més subtils, basats en el patrocini i la publicitat indirecta. Actualment, la pressió publicitària és notable<sup>3</sup>. La per-

cepció de molts professionals avui dia és que la promoció de l'alcohol té un paper important en l'inici del consum i en el seu manteniment. Altrament, el fet que el comerç de begudes alcohòliques al nostre medi no necessita una llicència específica i se sol fer en el comerç alimentari, juntament amb la desregulació dels horaris comercials, ha portat a un increment general de la disponibilitat de begudes alcohòliques a baix cost en el medi urbà, especialment de nit i els dies festius.

### Estudiant la ciutat

Per documentar aquestes percepcions i disposar d'informació empírica de base, es va plantejar un treball observacional descriptiu que permetés tenir dades representatives de la ciutat. Aquest estudi descriu la presència visible d'alcohol en l'entorn urbà, que es considera que pot servir d'estímul al seu consum. L'estudi se centra a valorar tres aspectes respecte a les begudes alcohòliques: els establiments que les ofereixen, els elements de publicitat i promoció visibles i els indicis de consum en l'espai públic.

L'estudi es va dur a terme el darrer trimestre del 2015. Es va basar en un mostreig per conglomerats, prenent com a unitat de mostreig la secció censal. La selecció va ser bietàpica: dos barris per a cadascun dels deu districtes en funció dels seus indicadors socioeconòmics i la seva població. A cadascun dels 20 barris es va seleccionar de forma aleatòria una secció censal (que típicament correspon a uns 1.000 electors; a l'Eixample sol ser una illa de cases). Els observadors, prèviament entrenats, van dur a terme les observacions en tres franges horàries (matutina, vespertina i nocturna) mitjançant un formulari normalitzat de registre. Els elements atípics van ser fotografiats per poder decidir-ne posteriorment la classificació apropiada juntament amb els responsables del projecte.

# L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu

86

## Quantificant la realitat de l'alcohol

Oferta i disponibilitat. En les 20 seccions censals estudiades es va identificar un total de 306 establiments que oferien begudes alcohòliques (una mitjana de 15,3 per secció, i oscil·lant entre 3 i 51). El 66,7% eren locals de venda i consum (predomini de bars i cafeteries) i el 26,4% establiments de venda sense consum (predomini de supermercats i comerç alimentari). Els locals de venda i consum presentaven més activitat en les franges horàries matutina (85%) i vespertina (77%), però molts eren oberts en horari nocturn (47%). Pel que fa als locals de venda sense consum, malgrat que el 96% eren oberts al matí i el 79% al vespre, un 26% eren oberts també en horari nocturn. La distribució territorial d'aquests establiments era desigual: gairebé la meitat (46,3%) està en seccions censals dels barris dels dos districtes més cèntrics, com es veu a la figura 1.

Publicitat i promoció. Els observadors van identificar 72 elements de promoció i publicitat de begudes alcohòliques a la via pública en aquestes seccions, hi destaca el pes dels que es presenten com a patrocinadors d'activitats musicals per marques de begudes. A banda d'aquests elements, s'observen nombrosos ítems promocionals vinculats als locals de venda i consum. Així per exemple, el 61,4% dels locals amb terrassa hi tenen situats elements de foment de l'alcohol (es tracta principalment d'elements del mobiliari amb

logotips o marques impreses). A més, el 91,3% dels locals de comerç que venen alcohol tenen a la vista elements que poden considerar-se estímuls per a la venda o el consum de begudes. El quadre 1 (pàgina 87) presenta aquesta informació desglossada per districtes, i suggereix una major concentració de la publicitat i la promoció a Ciutat Vella i l'Eixample. Es van observar, a més, cinc persones que feien venda ambulants d'alcohol o promoció de locals de consum interpellant els vianants amb ofertes, totes elles dins dels límits del districte de Ciutat Vella.

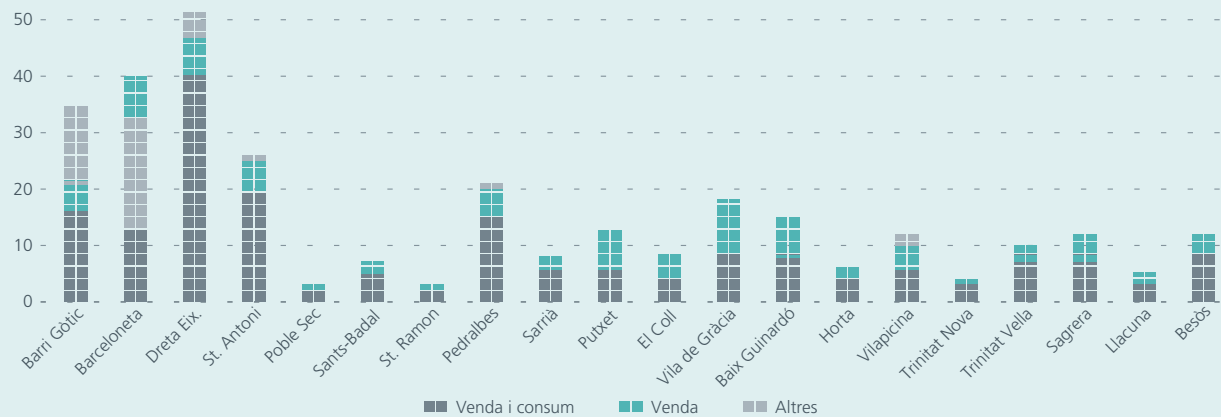
Consum a l'espai públic. A cada franja horària es van localitzar entre 39 i 52 elements considerats com a indicis de consum a la via pública en les zones estudiades. La majoria eren envasos de cervesa abandonats. Hi havia més indicis de consum a la franja horària nocturna, i eren més freqüents a les seccions estudiades dels barris del districte de Ciutat Vella.

## Conclusions i perspectives

En conclusió, el medi urbà de Barcelona està caracteritzat per la forta presència d'elements que estimulen el consum d'alcohol amb una especial concentració en algunes zones. La disponibilitat d'alcohol és molt elevada, fins i tot en horari nocturn, i especialment als barris més cèntrics. Els elements promocionals i de publicitat són molt abundants. Hi ha una forta presència d'indicis de consum a l'espai públic, i molts reflecteixen infraccions de les normatives vigents que prohibeixen el consum amb envasos de llauna o vidre a l'espai públic i també el fet d'abandonar residus a la via pública.

No es poden comparar aquestes troballes amb altres ciutats del nostre entorn per manca de dades comparatives, de manera que ignorem si la nostra situació és actualment millor o pitjor que la d'altres territoris. Alguns elements, com les ordenances municipals de terrasses i de la convivència ciutadana o la legislació catalana sobre venda d'alcohol,

Figura 1. Establiments que venen begudes alcohòliques a les seccions censals analitzades, per barri. Barcelona, 2015.



Font: Elaboració pròpia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

poden estar tenint una influència favorable a la ciutat. En tot cas, una regulació més rigorosa de la promoció, la disponibilitat i el consum d'alcohol, i accions que en garanteixin el compliment podrien reduir el nombre d'estímul visual associats a les begudes alcohòliques. Això podria canviar l'actual imatge social de l'alcohol, que sembla afavorir que la població en faci un major consum, especialment els joves i els menors.

<sup>1</sup>Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. Rev Esp Salud Pública. 2014;88(4):493-513.

<sup>2</sup>Villalbí JR, Granero L, Brugal MT. Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Sup1):79-85.

<sup>3</sup>De Bruijn A, van den Wildenberg E, van den Broeck A. Commercial promotion of drinking in Europe. Key findings of independent monitoring of alcohol marketing in five European countries. Utrecht: European Centre for Monitoring Alcohol Marketing. 2012.

**Quadre 1.** Elements de publicitat i promoció de les begudes alcohòliques observats a la via pública a les seccions censals estudiades, per districte. Barcelona, 2015.

Districte	Elements promocionals de begudes alcohòliques observats				Total d'elements promocionals	
	(1)	(2)	(3)	(4)		
Ciutat Vella	13	8	18	12	51	19,8%
Eixample	26	14	15	10	65	25,2%
Sants-Montjuïc	3	3	2	3	11	4,3%
Les Corts	13	4	6	6	29	11,2%
Sarrià - Sant Gervasi	1	2	4	9	16	6,2%
Gràcia	3	4	0	8	15	5,8%
Horta-Guinardó	4	3	1	9	17	6,6%
Nou Barris	3	5	5	5	18	7,0%
Sant Andreu	4	5	4	8	21	8,1%
Sant Martí	2	6	3	4	15	5,8%
Barcelona	72	54	58	74	258	100%

(1) Publicitat a la via pública. Inclou publicitat directa, indirecta i patrocini.

(2) Terrasses de locals amb elements promocionals.

(3) Altres elements en locals de consum.

(4) Elements promocionals en locals de venda.

## Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona

En l'àmbit de les malalties infeccioses els contactes dels casos tenen una incidència i una prevalença de malaltia molt superior a les de la població general. Aquest fet és degut que els casos índex poden haver transmès la infecció al seu entorn, o bé que casos i contactes comparteixen els mateixos factors que afavoreixen l'adquisició i el desenvolupament de la malaltia, com ara les condicions socioeconòmiques o les mesures de prevenció i control inadequades, entre altres<sup>1</sup>. Per aquest motiu l'estudi de contactes és una estratègia fonamental en la prevenció i el control de moltes malalties infeccioses.

L'estudi de contactes té per objectiu facilitar el diagnòstic precoç i el tractament oportú dels nous casos, reduir la transmissió en l'àmbit comunitari, identificar els brots i implementar les mesures de prevenció i control adequades per evitar casos secundaris entre els contactes<sup>2</sup>. També té un component ètic, ja que permet que les persones exposades puguin exercir el seu dret a conèixer la seva situació de risc i puguin beneficiar-se d'un tractament precoç, cosa que reduirà el risc de noves transmissions.

En funció de les característiques i la contagiositat de cada infecció, es determina el nombre de contactes a estudiar, així com l'àmbit d'actuació (família, parelles sexuals, escola, hospital, empresa i altres). Els serveis de salut pública són els encarregats de determinar els contactes de risc i d'indicar l'extensió de les mesures de control. Un dels principis fonamen-



## Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona

88

tals de l'estudi de contactes és que la confidencialitat de la font s'ha de mantenir rigorosament.

L'efectivitat o el rendiment d'aquests estudis pot ser molt variable, i depèn de les prioritats i l'extensió de l'estudi. En el cas de la tuberculosi, es considera que als països amb baixa endèmia tuberculosa es podria detectar fins a un 30% dels contactes infectats si els estudis estiguessin ben organitzats i es prioritzessin adequadament<sup>3</sup>.

A la malaltia meningocòccica (MM), en què la majoria dels casos són esporàdics i el risc d'aparició d'un cas secundari és baix, l'objectiu de l'estudi de contactes és detectar els contactes tan aviat com sigui possible, idealment en les primeres 24 hores, a fi de recomanar la quimioprofilaxi necessària per reduir la probabilitat de presentar la malaltia. En casos deguts a soques que es poden prevenir per vacunació, l'administració de la vacuna oferirà protecció a més llarg termini<sup>4</sup>.

En relació amb l'hepatitis A, es recomana dur a terme l'estudi de contactes per oferir gammaglobulina inespecífica abans de les dues setmanes postexposició als contactes domiciliaris i sexuals. Aquesta recomanació s'ampliarà a tots els contactes quan el cas aparegui en una llar d'infants. Quan es tracta d'un manipulador d'aliments, l'administració de la gammaglobulina es farà extensiva a la resta del personal que manipula els aliments<sup>5</sup>.

En les malalties immunoprevenibles la vacunació sistemàtica ha permès disminuir molt la incidència en països amb bones cobertures vacunals i també plantejar estratègies d'eliminació. Davant l'aparició d'un cas, la identificació dels contactes de risc permet establir quimioprofilaxi precoçment i indicar la vacunació corresponent<sup>6</sup>.

A Europa l'estudi de contactes en les infeccions de transmissió sexuals (ITS), també anomenat notificació a la parella, s'ha utilitzat com a mesura de control des de finals del segle XIX<sup>7</sup>. Actualment, l'estudi de contactes és una pràctica recomanada tant en l'àmbit nacional<sup>8</sup> com internacional<sup>9</sup>. No obstant això, hi ha una considerable variació en la manera com s'implementa. Entre els factors que contribueixen a aquesta variació es troben

les diferències en lleis, polítiques, regulacions i guies clíniques pròpies de cada país<sup>10</sup>.

A Catalunya, ja l'any 1981, al Manual de Prevenció i Control de les Malalties Venèries publicat per la Secretaria General Tècnica del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, quedaven recollides les mesures de control i els procediments per a la realització de l'estudi de contactes en el cas de les ITS. L'Organització Mundial de la Salut defineix l'estudi de contactes en ITS com un procés en el qual les parelles sexuals de les persones que han estat diagnosticades amb una ITS són informades de la seva exposició perquè puguin buscar assessorament, diagnòstic i tractament<sup>11</sup>.

L'estudi de contactes és una intervenció que forma part dels programes de prevenció i control de les ITS i suposa beneficis per al cas índex (prevenció de la reinfecció, i reducció d'infeccions futures mitjançant l'assessorament apropiat), beneficis per a les parelles (facilita el diagnòstic i el tractament precoç, prevé complicacions, detecta altres ITS concomitants i possibilita la realització de consell sanitari), i beneficis per a la salut pública, en reduir la incidència de les ITS a la comunitat.

A Barcelona l'estudi de contactes de les ITS es porta a terme de la manera següent:

- 1) Una vegada confirmada la infecció del cas índex, el personal assistencial li explica de forma clara quin és l'objectiu de l'estudi de contactes, els beneficis, els possibles efectes adversos i li informa que la seva col·laboració és voluntària.
- 2) Si el cas accedeix a participar en l'estudi de contactes, el personal assistencial o el personal del Servei d'Epidemiologia de l'Agència de Salut Pública de Barcelona recull la informació per elaborar el cens de contactes, que consta de les dades de les parelles durant el període de transmissibilitat de la infecció (nombre de parelles, sexe de les parelles, lloc del contacte i informació per poder localitzar-les –només el nom de pila o àlies i un número de telèfon– en el cas que el pacient índex no accepti o no vulgui contactar amb elles directament).
- 3) El professional de salut pacta amb el cas índex l'estratègia de notificació per a cadascun dels contactes identificats. En la notificació a les parelles es fan servir tres enfocaments principals:
  - a. El personal de salut pública realitza la notificació a les parelles sexuals (*provider referral*).
  - b. El cas índex es compromet a informar les seves parelles sexuals de la exposició i de la necessitat de què acudeixin als serveis sanitaris (*patient referral*).
  - c. El cas índex i el personal de salut informen conjuntament les parelles sexuals (*dual referral*).
- 4) Quan és el cas índex el que ha fet la notificació, es recomana que després d'un període acordat, el professional sanitari es posi en contacte de nou amb ell a fi de fer el seguiment i conèixer el resultat de l'estudi de contactes.

Entre els indicadors per avaluar l'efectivitat de l'estudi de contactes en les malalties transmissibles troben el percentatge de casos amb contactes estudiats, el nombre de contactes identificats, el nombre de contactes cribrats, el nombre de nous diagnòstics o el nombre de contactes tractats, entre altres. També es pot comparar el cost relatiu per contacte identificat segons diferents estratègies. Al quadre 1 es presenta el percentatge de casos amb contactes estudiats i el nombre de nous diagnòstics realitzats a partir de l'estudi de contactes de les malalties de declaració obligatòria (MDO) més freqüents a Barcelona<sup>12</sup>. Aquests són indicadors bàsics d'avaluació dels programes de prevenció i control de les malalties transmissibles; com a norma s'hauria de dur a terme l'estudi de contactes en cada cas d'una malaltia transmissible. De manera global, a Barcelona, s'ha de millorar la cobertura de l'estudi de contactes en les MDO, atès l'elevat rendiment que té.

Les perspectives a curt-mitjà termini de l'estudi de contactes passen per una renovació profunda amb la incorporació de noves estratègies, programes que fan servir les noves tecnologies i les xarxes socials, que s'han demostrat factibles i acceptables quan es fan servir juntament amb els mètodes tradicionals (estudis en raïm, de cercles concèntrics, transmissibilitat, risc i altres). Per aconseguir-ho s'hauria de disposar de guies específiques, i els programes de prevenció i control

haurien de tenir els recursos suficients (unitats d'estudi de contactes adequades, infermeria de salut pública, agents de salut per contactar millor amb poblacions immigrants, registres informàtics de casos relacionats amb contactes, disponibilitat de tècniques diagnòstiques...) i treballar en estreta col·laboració amb els clínics.

En definitiva, l'estudi de contactes és una intervenció prioritària i per al control de les malalties transmissibles i s'ha demostrat efectiva per reduir la seva incidència i prevalença. L'avaluació anual és necessària per veure si l'evolució de les cobertures de l'estudi de contactes va millorant any rere any, fins arribar a un desitjable 90%.

**Quadre 1. Malalties de declaració obligatòria a Barcelona: nombre de casos amb estudis de contactes realitzats i nous diagnòstics a partir dels estudis de contactes (EC). Barcelona, 2014-2015.**

Malaltia	Any	Casos	Casos amb EC realitzat <sup>1</sup>	Nous diagnòstics <sup>2</sup>
Meningitis	2014	10	10 (100)	
Hepatitis A	2014	27	13 (48,1)	
Hepatitis B	2014	28	11 (39,3)	
Hepatitis C	2014	37	7 (18,9)	
Tos ferina	2015	595	456 (76,6)	3,6
Tuberculosi	2014	189 <sup>3</sup>	153 (81,0)	0,8
Sífilis	2015	503	192 (38,2)	32,7
Gonocòccia	2015	587	259 (44,1)	33,3
VIH	2015	376	200 (53,2)	11,5

Font: Registre de malalties de declaració obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: <sup>1</sup>Percentatge de casos amb estudis de contactes sobre el total dels casos.

<sup>2</sup>Percentatge de nous diagnòstics sobre el total de contactes que es realitzen les proves diagnòstiques. <sup>3</sup>Casos amb tuberculosi pulmonar.

<sup>1</sup>Heymann DL. Control of communicable diseases manual. 20th Ed. Washington: American Public Health Association, 2015.

<sup>2</sup>Nelson KE. Surveillance. In: Nelson KE, Williams CM, Graham Neil MH, editors. Infectious disease epidemiology. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc., 2001;97-117.

<sup>3</sup>Bothamley GH(1), Ditiu L, Migliori GB, Lange C; TBNET contributors. Active case finding of tuberculosis in Europe: a Tuberculosis Network European Trials Group (TBNET) survey. Eur Respir J. 2008 ct;32(4):1023-30.

<sup>4</sup>Caylà JA, Orcau A. Estudio de contactos en el siglo XXI: se precisan innovaciones. Med Clin (Barc) 2003;121(13):494-5.

<sup>5</sup>Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol d'actuació per al control i prevenció de l'hepatitis A. En:

[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/vigilancia\\_epidemiologica/documents/arxiu/prothehepatitis2009.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/vigilancia_epidemiologica/documents/arxiu/prothehepatitis2009.pdf).

<sup>6</sup>Regional Office for Europe, World Health Organization. Measles elimination. En: <http://who.dk/eprise/main/pros/MEP>.

<sup>7</sup>Cowan FM, French R, MJohnson A. The role and effectiveness of partner notification in STD control: a review. Genitourin Med 1996;72:247-52.

<sup>8</sup>Grupo de trabajo sobre ITS. Infecciones de transmisión sexual: Diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Madrid, 2011. A: <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DocITS2011.pdf>.

<sup>9</sup>UNAIDS. WHO. Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care.

En: [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub04/una97-6\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub04/una97-6_en.pdf).

<sup>10</sup>European Centre for Disease Prevention and Control. Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV. Stockholm: ECDC; 2013.

<sup>11</sup>Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015: breaking the chain of transmission World Health Organization 2007 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43853/1/9789241563475\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43853/1/9789241563475_eng.pdf)

<sup>12</sup>Garcia de Olalla P, Molas E, Barberà MJ, Martín S, Arellano E, Gosch M, et al. Effectiveness of a pilot partner notification program for new HIV cases in Barcelona, Spain. PLoS One. 2015 Apr 7;10(4):e0121536.







# 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: l'atenció a les persones amb dependència

La participació de la comunitat

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

## El context físic

Les condicions de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

## La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

La mobilitat

L'alimentació saludable

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

Les altres infeccions de transmissió sexual

La tuberculosi

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

## Monogràfics

Impacte de la contaminació atmosfèrica a la ciutat de Barcelona en la salut

L'alcohol en el medi urbà: allò que es veu que es beu

Estudi de contactes de les malalties transmissibles a Barcelona

## La salut en xifres

## El context socioeconòmic

92

**Taula 1.** Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1991-2015.

		1991		2001		2014		2015	
<b>Població</b>									
0-14 anys	Homes	121.726	15,7%	88.592	12,6%	103.825	13,6%	104.099	13,7%
	Dones	115.104	13,3%	84.543	10,6%	98.554	11,6%	98.620	11,6%
15-44 anys	Homes	352.714	45,5%	317.954	45,1%	327.201	42,7%	322.024	42,2%
	Dones	356.504	41,1%	318.161	39,8%	321.987	37,9%	317.866	37,5%
45-64 anys	Homes	193.872	25,0%	172.202	24,4%	196.163	25,7%	197.778	25,9%
	Dones	218.143	25,1%	196.389	24,6%	219.644	25,9%	220.895	26,1%
65-74 anys	Homes	68.244	8,8%	74.974	10,6%	71.001	9,3%	71.543	9,4%
	Dones	97.166	11,2%	99.508	12,5%	89.873	10,6%	90.972	10,7%
75 anys o més	Homes	39.432	5,1%	51.502	7,3%	66.400	8,7%	67.073	8,8%
	Dones	80.639	9,3%	100.059	12,5%	118.633	14,0%	118.598	14,0%
Total	Homes	775.988	100%	705.224	100%	764.590	100%	762.517	100%
	Dones	867.554	100%	798.660	100%	848.691	100%	846.951	100%
<b>Índex de dependència senil<sup>1</sup></b>	Homes		19,7%		25,8%		26,3%		26,7%
	Dones		30,9%		38,8%		38,5%		38,9%
<b>Índex de sobreenvelliment<sup>2</sup></b>	Homes		36,6%		29,6%		48,3%		48,4%
	Dones		45,3%		50,1%		56,9%		56,6%
<b>Gent gran que viu sola</b> 65-74 anys	Homes	4.518	6,6%	7.081	9,2%	9.121	12,8%	9.190	12,8%
	Dones	23.015	23,7%	24.854	24,2%	21.284	23,7%	21.538	23,7%
75-84 anys	Homes	3.277	10,0%	5.274	13,3%	7.111	14,6%	7.042	14,6%
	Dones	18.580	30,1%	29.113	40,4%	28.163	37,2%	27.130	36,6%
85 anys o més	Homes	827	12,3%	2.095	21,1%	3.954	22,2%	4.178	22,3%
	Dones	3.837	20,2%	10.502	38,3%	18.958	44,2%	19.634	44,2%
<b>Nivell d'instrucció<sup>3</sup></b>									
Sense estudis	Homes		20,5%		11,7%		5,6%		3,1%
	Dones		29,6%		17,5%		8,2%		5,4%
Estudis primaris	Homes		28,2%		26,9%		16,8%		19,3%
	Dones		30,1%		29,4%		18,8%		21,3%
Estudis secundaris	Homes		16,3%		18,7%		22,6%		22,0%
	Dones		15,0%		17,5%		20,4%		19,8%
Batxillerat i FPII	Homes		21,4%		24,6%		27,2%		27,0%
	Dones		15,5%		19,5%		23,4%		23,3%
Universitaris	Homes		12,8%		17,7%		27,8%		28,6%
	Dones		9,3%		15,7%		29,2%		30,1%
No consta	Homes		0,8%		0,4%		0,0%		0,0%
	Dones		0,5%		0,5%		0,0%		0,0%
<b>Població nascuda a l'estranger</b>		45.417	2,7%	101.947	6,8%	358.798	22,2%	358.398	22,3%

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 2015. Ajuntament de Barcelona.

Notes: ND: <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Es mostren els resultats per a l'any 2000. <sup>4</sup>Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.



Taula 2. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2008-2015.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Atenció primària de salut</b>								
Visites per habitant i any	5,4	5,8	5,4	5,2	5,1	5,2	5,3	5,4
Cobertura vacunació antigripal en persones de 60 anys o més	51,5%	53,2%	47,8%	47,4%	48,8%	47,8%	48,1%	45,5%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	5,6%	7,1%	6,5%	6,3%	6,0%	6,1%	5,9%	5,7%
<b>Atenció a les urgències</b>								
<b>Urgències hospitalàries</b>								
Nombre d'urgències ateses	717.035	698.467	679.192	649.957	629.919	627.296	638.968	671.298
<b>Activitat SEM-061<sup>1</sup></b>								
Nombre d'urgències a domicili	40.448	36.728	32.958	33.563	34.678	32.575	37.529	32.745
Nombre d'emergències	191.460	201.550	197.604	194.558	192.458	183.750	208.413	221.253
<b>Atenció especialitzada hospitalària</b>								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants <sup>2</sup>	2,6	2,3	2,4	2,3	2,2	2,0	2,2	2,0
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a Barcelona <sup>3</sup>	89,2	88,7	89,4	87,3	89,7	90,0	88	98,2
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària <sup>3</sup>	7,8%	7,4%	8,0%	7,4%	6,6%	6,2%	6%	6,2%
Altes als hospitals de la XHUP de Barcelona de no residents a la ciutat	31,3%	30,7%	29,0%	27,6%	26%	25,5%	23,6%	24,2%
<b>Atenció socio sanitària</b>								
Llits de llarga estada	1.482	1.317	1.382	1.466	1.434	1.248	1.124	1.090
Llits de convalsència	724	876	970	930	912	845	788	791
Llits de cures pal·liatives	94	116	109	104	114	100	115	128
Llits d'unitats de sida	35	35	35	35	20	19	19	19
Places en hospitals de dia	396	411	371	446	443	410	398	399
Nombre d'equips PADES	20	29	32	18	18	20	20	20
Nombre d'equips UFISS hospitalària	12	12	12	9	9	9	9	9
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	7	8	8	8	8	7	7	7
Núm. pacients llits llarga estada	3.127	2.775	3.211	2.186	4.180	4.293	5.157	4.843
Nombre de pacients unitats convalsència	4.716	5.187	6.458	6.473	6.373	7.048	7.021	8.506
Nombre de pacients unitats cures pal·liatives	1.098	1.193	1.351	1.328	1.719	1.911	1.871	2.339
Nombre de pacients unitats hospital de dia	902	1.082	977	1.075	1.231	1.456	1.398	1.381

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

Notes: <sup>1</sup>A 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. <sup>2</sup>A partir de l'any 2006 la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. <sup>3</sup>A 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 a 2006: 11,2%), a partir de l'any 2006 s'utilitza la població RCA per fer els càlculs de les taxes.

Taula 2. (continuació) >

## El context socioeconòmic

94

**Taula 2. (continuació) Indicators de serveis sanitaris. Barcelona, 2008-2015.**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Atenció socio sanitària</b>								
PADES (inclou ETODA) <sup>4</sup>	4.362	3.364	3.727	3.875	3.765	4.018	4.070	4.371
UFISS	ND	ND	5.776	4.760	4.785	5.374	4.675	4.408
EAlA (processos) <sup>5</sup>	ND	ND	ND	11.562	11.924	11.077	11.971	9.681
<b>Atenció a la salut mental Ambulatori</b>								
Nombre de centres d'adults (CSMA <sup>6</sup> )	16	16	16	16	16	14	14	15
Nombre de llits d'hospitalització psiquiàtrica	574	577	577	579	593	578	ND	633
Nombre de centres infantils i juvenils (CSMIJ <sup>7</sup> )	11	11	11	10	10	9	9	10
Nombre de places d'hospitals de dia	574	577	577	579	593	578	573	349
<b>Rehabilitació</b>								
Nombre de places en centres de dia	706	706	706	671	671	673	673	673
<b>Nombre de persones ateses</b>								
Centres d'adults (CSMA <sup>6</sup> )	34.898	34.925	36.083	37.092	34.518	37.894	42.704	44.953
Centres infantils i juvenils (CSMIJ <sup>7</sup> )	6.953	7.239	7.669	7.657	7.875	8.071	10.517	12.066
Hospitals i altres	ND	4.829	5.337	4.478	4.531	4.469	5.188	4.778
Centres de dia	1.516	1.504	1.641	1.539	1.716	1.756	1.792	1.752

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

Notes: <sup>4</sup>PADES: a partir de l'any 2007 la font de dades és el CMBD – SS; abans els mateixos centres facilitaven la informació. <sup>5</sup>EAlA: Equips d'avaluació integral ambulatoria (nou recurs del 2003). <sup>6</sup>Els anys 2005 i 2006 falta Sant Martí Nord (ABS 10D,10E, 10F10G, 10H, 10I i 10J). L'any 2007 no es disposa de les dades del CSMA Hospitalet 2. <sup>7</sup>Els 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.

Acronims: SEM: Servei d'Emergències Mèdiques. XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. PADES: Programa d'Atenció Domiciliaria d'Equips de Suport. UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Socio sanitària. 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, 2005-2014<sup>1</sup>.

Homes	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Defuncions	8.342	7.664	7.758	7.483	7.455	7.439	7.258	7.572	7.194	7.238
Taxa bruta per 100.000 hab.	1.087,9	989,5	1.020,4	965,7	958,4	970,1	942,1	984,3	939,9	946,7
Taxa estandarditzada <sup>2</sup> per 100.000 hab.	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	1.076,3
Taxa APVP <sup>3</sup> estandarditzada <sup>2</sup>	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	3.338,9
Esperança de vida en néixer	77,1	78,3	78,3	79,0	79,2	79,2	80,0	79,9	80,7	80,5
Dones										
Defuncions	8.577	7.975	8.130	8.232	8.196	7.848	7.938	8.325	7.905	8.006
Taxa bruta per 100.000 hab.	1.014,5	932,8	964,6	964,5	957,9	921,1	934,0	979,2	931,6	943,3
Taxa estandarditzada <sup>2</sup> per 100.000 hab.	692,1	617,1	626,8	628,1	613,5	576,9	561,6	655,7	611,0	607,8
Taxa APVP <sup>3</sup> estandarditzada <sup>2</sup>	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	1.684,1
Esperança de vida en néixer	84,4	85,4	85,2	85,2	85,3	85,9	86,2	85,7	86,6	86,7

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

Notes: <sup>1</sup>Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte a informes anteriors. <sup>2</sup>La població de referència per a estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants del 2001. <sup>3</sup>APVP: 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 estandarditzades<sup>1</sup> per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Barcelona, 2005-2014<sup>2</sup>.

Homes	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Suïcidi	11,1	7,0	7,9	6,9	8,3	9,1	9,8	8,9	7,9	9,7
Sobredosi	13,4	11,3	7,9	3,7	10,2	10,1	7,0	7,0	4,0	3,1
Lesions per accident de trànsit	10,6	7,2	8,2	4,9	5,0	4,4	4,7	4,9	4,7	6,0
Sida	8,4	6,5	5,2	4,0	3,3	4,9	3,2	1,8	2,8	0,8
Malaltia isquèmica del cor	5,7	4,7	3,6	2,4	4,9	2,6	2,1	2,8	2,9	2,0
Cirrosi	3,1	4,1	3,1	2,2	2,4	1,9	1,8	2,6	1,8	0,9
<b>Totes les causes</b>	<b>104,0</b>	<b>87,1</b>	<b>82,4</b>	<b>69,7</b>	<b>70,8</b>	<b>71,2</b>	<b>63,6</b>	<b>63,1</b>	<b>52,3</b>	<b>54,6</b>
Dones										
Càncer de mama	4,8	3,3	5,2	4,0	2,7	6,1	2,7	2,4	3,2	4,7
Suïcidi	3,9	3,7	3,9	2,0	5,8	1,7	4,1	4,5	3,6	2,4
Sida	3,1	2,0	2,2	1,6	0,8	0,5	1,7	0,3	0,0	0,3
Malaltia cerebrovascular	0,6	1,7	1,8	0,8	0,5	0,6	1,7	0,5	0,0	0,5
Càncer de pulmó	1,4	2,8	1,1	1,1	1,1	1,4	1,1	1,3	1,8	0,8
Cirrosi	1,4	1,9	0,3	0,8	1,3	1,9	1,1	0,5	0,6	0,3
<b>Totes les causes</b>	<b>47,6</b>	<b>42,6</b>	<b>43,5</b>	<b>38,7</b>	<b>41,7</b>	<b>36,6</b>	<b>35,4</b>	<b>36,9</b>	<b>26,9</b>	<b>32,8</b>

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

Notes: <sup>1</sup>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 del 2001.

<sup>2</sup>Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte a informes anteriors.



# La salut

96

**Taula 5.** Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades<sup>1</sup> per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Barcelona, 2005-2014<sup>2</sup>.

Homes	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Càncer de pulmó	193,0	189,8	184,2	174,2	160,5	168,3	160,7	147,9	157,6	158,9
Malaltia isquèmica del cor	132,8	117,6	109,3	104,1	102,9	107,6	92,8	105,7	87,7	90,2
Càncer de còlon	51,7	52,7	50,8	40,2	46,6	45,0	50,8	43,6	43,6	48,6
Cirrosi	40,9	43,5	38,8	33,9	40,6	42,9	36,3	39,0	31,1	33,1
Malaltia cerebrovascular	57,2	57,5	43,4	44,6	48,1	43,4	35,4	39,7	28,0	29,5
<b>Totes les causes</b>	<b>1.264,7</b>	<b>1.172,8</b>	<b>1.131,7</b>	<b>1.065,3</b>	<b>1.046,6</b>	<b>1.067,6</b>	<b>985,4</b>	<b>958,2</b>	<b>951,7</b>	<b>949,1</b>
Dones										
Càncer de mama	45,9	46,0	45,3	49,8	40,8	46,6	43,1	35,0	43,4	36,1
Càncer de pulmó	30,6	26,1	28,1	33,0	32,8	39,7	35,2	35,2	38,3	37,8
Càncer de còlon	25,0	26,2	25,1	27,6	19,6	20,3	22,4	25,5	26,6	21,8
Malaltia cerebrovascular	22,4	18,3	19,4	27,0	23,8	21,0	18,9	23,1	19,2	18,3
Malaltia isquèmica del cor	27,5	23,3	23,5	18,4	16,0	19,0	15,4	18,3	18,9	15,7
<b>Totes les causes</b>	<b>493,6</b>	<b>435,0</b>	<b>439,5</b>	<b>467,2</b>	<b>438,0</b>	<b>440,3</b>	<b>421,4</b>	<b>422,1</b>	<b>413,9</b>	<b>391,9</b>

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

Notes: <sup>1</sup> 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 del 2001.

<sup>2</sup> Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte a informes anteriors.

**Taula 6.** Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades<sup>1</sup> per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Barcelona, 2005-2014<sup>2</sup>.

Homes	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Malaltia isquèmica del cor	870,8	817,0	867,9	860,8	769,7	671,5	661,0	835,7	676,0	622,5
Bronquitis, asma i MPOC <sup>3</sup>	758,3	645,0	621,5	554,0	635,5	491,5	495,8	555,0	469,4	395,5
Malaltia cerebrovascular	767,1	687,9	657,4	552,2	570,3	503,2	480,4	467,4	474,7	434,3
Càncer de pulmó	447,7	475,0	498,7	511,7	451,1	497,7	462,0	423,9	455,3	395,5
Demència senil	381,3	388,7	356,7	323,3	329,8	343,8	346,7	385,3	394,1	416,6
<b>Totes les causes</b>	<b>9.303,9</b>	<b>8.324,3</b>	<b>8.542,4</b>	<b>8.168,0</b>	<b>7.937,8</b>	<b>7.535,9</b>	<b>7.324,8</b>	<b>7.734,7</b>	<b>7.026,7</b>	<b>6.930,4</b>
Dones										
Demència senil	397,2	379,5	358,2	349,2	340,7	358,3	362,1	416,6	376,5	400,9
Malaltia cerebrovascular	604,5	497,4	544,5	489,4	439,5	389,3	353,5	385,8	344,0	339,2
Malaltia d'Alzheimer	267,4	270,1	308,0	286,5	291,5	309,4	356,0	355,5	323,4	371,7
Malaltia isquèmica del cor	489,5	400,9	350,4	404,7	354,9	318,2	301,1	356,5	318,8	259,4
Insuficiència cardíaca	447,0	380,5	373,5	341,7	267,0	228,5	245,3	262,3	198,8	201,4
<b>Totes les causes</b>	<b>5.779,7</b>	<b>5.272,0</b>	<b>5.259,6</b>	<b>5.139,7</b>	<b>5.034,3</b>	<b>4.640,7</b>	<b>4.558,6</b>	<b>4.755,0</b>	<b>4.390,4</b>	<b>4.421,0</b>

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

Notes: <sup>1</sup> 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 del 2001.

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

**Taula 7.** Evolució de les taxes de mortalitat infantil i perinatal. Barcelona, 2006-2014<sup>1</sup>.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Mortalitat infantil</b>									
Defuncions infantils a 0 anys	41	44	50	39	47	40	38	28	33
Taxa de mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius	2,8	2,9	3,2	2,6	3,1	2,7	2,6	2,0	2,4
<b>Mortalitat perinatal</b>									
Defuncions perinatals (= >500 g)	70	61	66	60	63	66	67	50	50
Taxa de mortalitat perinatal per 1.000 (= >500 g)	4,7	4,0	4,2	4,0	4,2	4,4	3,5	3,6	3,6

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

Nota: <sup>1</sup>Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte a d'informes anteriors.

**Taula 8.** Incidència de la tuberculosi segons país de naixement i sexe. Taxes estandarditzades<sup>1</sup> per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2015.

Homes	2012	2013	2014	2015
Autòctons	15,8	11,4	11,4	15,5
Immigrants	60,4	57,7	44,1	36,8
<b>Total</b>	<b>27,7</b>	<b>24,6</b>	<b>23,7</b>	<b>23,7</b>
<b>Dones</b>				
Autòctones	10,0	9,6	13,3	7,1
Immigrants	51,4	62,1	27,7	26,0
<b>Total</b>	<b>15,3</b>	<b>16,1</b>	<b>13,3</b>	<b>12,2</b>

**Taula 9.** Incidència de VIH segon país de naixement i sexe en edats de 15 a 64 anys. Taxes estandarditzades<sup>1</sup> per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2015.

Homes	2012	2013	2014	2015
Autòctons	43,7	48,3	41,5	51,0
Immigrants	84,8	85,2	92,3	96,7
<b>Total</b>	<b>54,5</b>	<b>59,4</b>	<b>56,9</b>	<b>65,3</b>
<b>Dones</b>				
Autòctones	2,0	5,4	2,6	3,4
Immigrants	9,7	15,5	12,3	6,7
<b>Total</b>	<b>4,9</b>	<b>8,7</b>	<b>5,5</b>	<b>4,5</b>

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



# La salut

98

**Taula 10.** Evolució de les malalties professionals segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2012-2015.

	Homes				Dones			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Malalties per agents químics <sup>1</sup>	10,9	8,0	6,5	3,8	3,7	6,9	8,9	8,8
Malalties per fatiga de beines tendinoses	67,7	70,0	65,7	74,5	55,8	50,6	53,1	42,9
Malalties per paràlisi dels nervis causada per pressió	7,8	13,5	9,5	5,7	20,7	21,1	17,1	19,5
Malalties per altres agents físics	6,8	4,5	8,0	10,2	4,1	10,1	7,4	5,9
Malalties per agents biològics	1,6	1,0	3,5	1,9	3,7	4,5	8,5	14,6
Malalties de la pell	4,7	3,0	6,5	3,2	12,0	6,9	5,0	8,3
Malalties per agents carcinògens	0,5	-	0,5	0,6	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>200</b>	<b>201</b>	<b>157</b>	<b>217</b>	<b>247</b>	<b>258</b>	<b>205</b>

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

L'any 2007 va entrar en vigor un nou quadre de malalties professionals i va canviar el sistema de notificació. Tot i que no hi ha hagut modificacions respecte a la classificació en grans grups, sí que s'ha produït una ampliació de les malalties reconegudes com a professionals, fet que cal tenir en compte en la comparació amb anys anteriors. El grup "Malalties per agents biològics" correspon al grup "Malalties infeccioses i parasitàries" en les dades anteriors al 2007 i el grup "Malalties per agents carcinògens" al grup "Malalties sistèmiques".

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 11.** 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, 2012-2015.

	Homes				Dones			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
<b>Lesions greus per accidents de treball</b>								
<i>In itinere</i>	44,3	48,4	43,3	43,1	54,7	52,9	59,3	56,1
En jornada laboral:								
No traumàtiques	7,1	9,3	9,6	7,3	4,7	2,9	3,7	6,1
De trànsit	9,8	4,3	8,3	9,5	7,8	2,9	1,9	3,0
Resta traumàtiques	38,8	37,9	38,9	40,1	32,8	41,4	35,2	34,8
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>161</b>	<b>157</b>	<b>137</b>	<b>64</b>	<b>70</b>	<b>54</b>	<b>66</b>
<b>Lesions mortals per accidents de treball</b>								
<i>In itinere</i>	30,8	46,7	30,8	28,6	60,0	100,0	75,0	50,0
En jornada laboral:								
No traumàtiques	19,2	26,7	30,8	28,6	20,0	-	-	-
De trànsit	3,8	13,3	23,1	14,3	20,0	-	-	50,0
Resta traumàtiques	46,2	13,3	15,4	28,6	-	-	25,0	-
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>

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

Notes: 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 12.** Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2012-2015.

	Homes				Dones			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	20,1	29,0	24,7	21,5	19,7	15,6	17,3	14,7
Malalties del sistema respiratori	4,0	1,2	3,8	1,6	2,4	2,4	2,3	3,2
Trastorns mentals i del comportament	56,4	58,6	60,1	64,9	65,4	72,5	72,0	73,8
Malalties del sistema nerviós	4,0	1,2	1,3	2,1	3,5	2,7	1,6	2,6
Traumatismes i enverinaments	5,4	2,5	4,4	2,1	3,9	1,4	1,3	2,1
Altres	10,1	7,4	5,7	7,9	5,1	5,4	5,5	3,5
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>162</b>	<b>158</b>	<b>191</b>	<b>254</b>	<b>295</b>	<b>307</b>	<b>340</b>

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 13.** Persones lesionades per col·lisió de trànsit segons el sexe, el grup d'edat i el vehicle. Barcelona, 2015.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Camió /Autobús		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Homes</b>																
0 a 13 anys	71	4,2	22	0,5	2	0,3	5	1,4	12	6,9	0	0,0	96	16,8	208	2,8
14 a 17 anys	15	0,9	30	0,7	22	3,8	27	7,5	1	0,6	0	0,0	28	4,9	123	1,7
18 a 29 anys	456	27,2	1.126	28,0	268	46,5	121	33,7	8	4,6	1	10,0	86	15,0	2.066	27,9
30 a 44 anys	610	36,4	1.682	41,8	198	34,4	144	40,1	34	19,4	8	80,0	116	20,3	2.792	37,8
45 a 64 anys	390	23,2	1.069	26,6	75	13,0	56	15,6	50	28,5	1	10,0	127	22,2	1.768	23,9
65 a 74 anys	53	3,2	63	1,6	9	1,6	2	0,6	25	14,3	0	0,0	45	7,9	197	2,7
74 anys o més	31	1,8	12	0,3	1	0,2	2	0,6	44	25,1	0	0,0	62	10,8	152	2,1
Desconegut	52	3,1	21	0,5	1	0,2	2	0,6	1	0,6	0	0,0	12	2,1	89	1,2
<b>Total</b>	<b>1.678</b>	<b>100</b>	<b>4.025</b>	<b>100</b>	<b>576</b>	<b>100</b>	<b>359</b>	<b>100</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>572</b>	<b>100</b>	<b>7.395</b>	<b>100</b>
<b>Dones</b>																
0 a 13 anys	66	5,4	19	1,2	1	0,2	3	1,8	5	1,4	1	11,1	39	5,7	134	3,0
14 a 17 anys	18	1,5	18	1,2	11	2,5	6	3,6	1	0,3	0	0,0	35	5,1	89	2,0
18 a 29 anys	335	27,3	515	33,6	227	51,1	57	34,1	18	5,0	2	22,2	124	18,2	1.278	28,9
30 a 44 anys	424	34,5	642	41,8	142	32,0	66	39,5	59	16,5	2	22,2	118	17,3	1.453	32,8
45 a 64 anys	272	22,1	328	21,4	60	13,5	31	18,6	118	32,9	0	0,0	169	24,8	978	22,1
65 a 74 anys	55	4,5	7	0,5	1	0,2	2	1,2	60	16,8	2	22,2	97	14,2	224	5,1
74 anys o més	41	3,3	1	0,1	0	0,0	1	0,6	82	22,9	2	22,2	95	13,9	222	5,0
Desconegut	18	1,5	5	0,3	2	0,5	1	0,6	15	4,2	0	0,0	5	0,7	46	1,0
<b>Total</b>	<b>1.229</b>	<b>100</b>	<b>1.535</b>	<b>100</b>	<b>444</b>	<b>100</b>	<b>167</b>	<b>100</b>	<b>358</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>682</b>	<b>100</b>	<b>4.424</b>	<b>100</b>

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

# La salut

100

**Taula 14.** Taxes d'hospitalització per 100.000 habitants. Grans grups diagnòstics, segons el districte i el sexe. Barcelona, 2015.

	Malalties de l'aparell circulatori	Malalties de l'aparell digestiu	Malalties de l'aparell respiratori	Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits	Neoplàsies
<b>Homes</b>					
Ciutat Vella	19,5	15,5	16,6	15,6	10,6
Eixample	13,0	10,9	9,7	9,7	9,1
Sants-Montjuïc	15,8	14,4	13,5	13,1	10,2
Les Corts	9,2	8,7	7,8	8,1	7,3
Sarrià - Sant Gervasi	7,7	7,6	6,2	6,7	7,4
Gràcia	12,0	10,4	12,0	11,2	9,2
Horta-Guinardó	16,4	13,5	16,7	15,8	11,1
Nou Barris	15,8	15,8	19,3	15,4	12,7
Sant Andreu	14,6	13,9	14,6	15,8	11,2
Sant Martí	14,5	13,1	13,8	18,5	10,9
<b>Barcelona</b>	<b>13,9</b>	<b>12,5</b>	<b>13,1</b>	<b>13,3</b>	<b>10,1</b>
<b>Dones</b>					
Ciutat Vella	12,9	11,3	10,5	20,3	7,7
Eixample	9,1	7,4	7,6	11,1	7,8
Sants-Montjuïc	13,6	10,5	10,4	16,7	8,6
Les Corts	9,4	6,1	6,1	10,2	6,9
Sarrià - Sant Gervasi	6,2	4,6	4,7	7,6	6,2
Gràcia	9,7	6,4	8,2	13,7	8,5
Horta-Guinardó	13,4	10,7	11,2	18,4	10,3
Nou Barris	15,5	12,4	13,0	19,9	11,5
Sant Andreu	12,6	10,5	10,4	19,5	9,5
Sant Martí	13,3	10,0	9,4	21,4	9,1
<b>Barcelona</b>	<b>11,6</b>	<b>9,0</b>	<b>9,2</b>	<b>15,9</b>	<b>8,7</b>

Font: CMBD-AH 2015. RSB-CSB. CatSalut.

**Taula 15.** Taxes d'hospitalització per 100.000 habitants. Grans grups de procediments quirúrgics, segons el districte i el sexe. Barcelona, 2015.

	Operacions de l'aparell cardiorcirculatori	Operacions de l'aparell digestiu	Operacions del sistema musculoesquelètic	Operacions d'ulls	Procediments obstètrics
<b>Homes</b>					
Ciutat Vella	10,8	16,6	8,7	16,6	-
Eixample	7,3	11,3	7,1	8,0	-
Sants Montjuïc	8,9	15,2	9,3	11,4	-
Les Corts	5,7	9,9	5,8	6,5	-
Sarrià - Sant Gervasi	4,8	8,2	6,6	6,2	-
Gràcia	7,0	10,9	7,8	9,4	-
Horta-Guinardó	9,4	12,9	10,4	13,6	-
Nou Barris	8,9	15,4	10,3	13,0	-
Sant Andreu	8,2	13,0	8,7	13,6	-
Sant Martí	8,7	14,0	8,7	17,9	-
<b>Barcelona</b>	<b>8,0</b>	<b>12,8</b>	<b>8,5</b>	<b>11,7</b>	<b>-</b>
<b>Dones</b>					
Ciutat Vella	6,5	10,8	12,6	19,7	18,1
Eixample	3,9	6,9	9,8	9,0	11,7
Sants Montjuïc	6,4	10,4	12,7	13,8	17,3
Les Corts	3,9	6,0	8,6	8,8	10,1
Sarrià - Sant Gervasi	2,8	4,4	6,5	6,2	6,7
Gràcia	4,3	6,1	9,6	12,0	12,1
Horta-Guinardó	5,4	8,9	13,9	16,0	15,5
Nou Barris	6,6	10,6	14,4	17,5	19,5
Sant Andreu	5,0	8,9	11,8	17,3	15,7
Sant Martí	6,3	9,6	13,4	19,5	15,0
<b>Barcelona</b>	<b>5,1</b>	<b>8,3</b>	<b>11,5</b>	<b>13,8</b>	<b>14,3</b>

Font: CMBD-AH 2015. RSB-CSB. CatSalut.

# La salut

102

**Taula 16.** Llistat de procediments amb temps de referència.

Llistat de procediments amb temps de referència	
Alliberament canal carpiana	Intervenció del quist o si pilonidal
Altres operacions d'estructures articulars	Obesitat mòrbida
Altres	Operacions de parpella i conjuntiva
Altres operacions de nas i sins paranasals	Operacions de fetge, pàncrees i vies biliars
Altres operacions d'orella	Operacions de musculatura ocular i globus
Altres operacions ORL	Operacions d'òrgans sexuals femenins
Altres operacions del sistema nerviós perifèric	Operacions d'òrgans sexuals masculins
Altres procediments diagnòstics	Operacions de tub digestiu inferior i altres
Amigdalectomia/adenoidectomia	Operacions del pterigi i altres operacions de còrnia
Artroscòpia	Operacions de l'aparell urinari
Cateterisme cardíac	Operacions de mama
Circumcisió	Operacions de retina i iris
Cirurgia cardíaca	Operacions de tub digestiu superior
Cirurgia instrumentada del raquis	Operacions d'orella mitjana i interna
Cirurgia maxil·lofacial	Operacions d'os
Cirurgia reparadora pell i teguments	Operacions hematològiques
Cirurgia toràcica	Operacions de múscul, tendó i fàscia mà
Cirurgia vascular	Operacions del sistema endocrí
Colecistectomia	Operacions del sistema nerviós central
Excisió de lesió cutània	Patologia intervertebral i radicular no instr
Excisió lesió parts toves aparell locomotor	Procediments de trastorns conducció cardíaca
Extracció quirúrgica de dent	Procediments d'hemorroides (quiròfan)
Fistulització aparell lacrimal cavitat nasal	Procediments per incontinència urinària
Galindons i altres deformitats dit peu	Prostatectomia
Hèrnies umbilical, incisional i altres	Reparacions articulars
Herniorràfia inguinal/femoral	Septoplàstia, rinoplàstia i int. pl. nas
Histerectomia	Variús
Incisió o excisió de fistula anal	Vasectomia

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.





## La salut a Barcelona 2015



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

Àrea de Recerca, Docència i Comunicació  
difusio@aspb.cat

També us podeu descarregar aquest Informe de la pàgina web de l'ASPB: [www.aspb.cat](http://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 2015*, 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 2015.  
Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2016.

**C S B** Consorci Sanitari  
de Barcelona

**+** **B** Agència  
de Salut Pública

