

La salut a Barcelona 2018



©2019 Agència de Salut Pública de Barcelona

Tots els drets reservats. No es permet la reproducció total ni parcial
de les imatges o els textos d'aquesta publicació sense prèvia autorització.

<https://www.aspb.cat/>

Aquesta publicació està sota una llicència

Creative Commons Reconeixement – NO Comercial – Compartir igual (BY-NC-ND)

<https://creativecommons.org/>



La salut a Barcelona 2018

Presidenta de l'Agència de Salut Pública i Regidora de Salut de l'Ajuntament de Barcelona

Gemma Tarafa i Orpinell

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Carme Borrell i Thió

Directora de l'Observatori de Salut Pública de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Maribel Pasarín Rua

Cap del Servei de Sistemes d'Informació en Salut

Catherine Pérez

Coordinació general de l'informe

Xavier Bartoll

Redacció

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

Carme Borrell

El context socioeconòmic

Judit Antràs,¹ Jordi Armengol,¹ Xavier Bartoll, Carles Benet,¹ Carme Beni,¹ Patricia Bernaus,¹ Esther Colell,¹ Anna Coma,¹ Imma Cortès, Jaume Estany, Josep Gómez,² Davide Malmusi,³ Tomàs Montalbo, Pere Moreno,¹ Esther Sánchez, Laia Palència, Tània Rodríguez,¹ Imma Vallverdú,¹ Roser Vicente¹

El context físic

Anna Gómez, Laia Font, Begoña Landa, Montserrat Ramoneda, Marc Rico

La salut

Lola Álamo, Xavier Bartoll, Gabriela Barbaglia, Montse Bartoli, Aurora Canales, Catrina Clotas, Xavier Continente, Núria Cortés, Imma Cortès, Laia Font, Carmen Gallego, Patricia Garcia, Amaia Garrido, Patricia Garcia, Mercè Gotsens, M. José López, Lilas Mercuriali, Joan-Pau Millet, Cèlia Sánchez, Esther Sánchez, Àngels Orcau, Laia Palència, Oleguer Parés, Catherine Pérez, Daniela Pérez, Glòria Pérez, Cristina Rius

Monogràfics

Innovant els programes de promoció de la salut a l'escola

Olga Juárez, María Salvador, Francesca Sánchez, Lucía Artazcoz i equip d'infermeria del Servei de Salut Comunitària

Salut als carrers: avaluant els efectes en salut de les superilles

Laia Palència, Catherine Pérez, Brenda Biaani León-Gómez i grup de treball Salut als Carrers

Condicions de vida i salut de les persones grans de Barcelona

Lucia Artazcoz, Carles Ariza, Xavier Bartoll, Catherine Pérez, Rosa Puigpinós

Amb els aliments, seguretat és salut

Esther Garcia, Samuel Portaño

Canvi climàtic i alimentació

Carles Ariza

Brot de gastroenteritis a la font del parc Antoni Santiburcio: anàlisi i implicacions

Joan-Pau Millet, Anna Gómez, Anna de Andrés, Cristina Rius

Avaluació del Pla de Salut 2016-2020

Glòria Pérez, Catherine Pérez, Maribel Pasarín

¹ Consorci Sanitari de Barcelona

² DRIC: Departament de Recerca i Coneixement, Ajuntament de Barcelona

³ DSS: Direcció de Serveis de Salut, Ajuntament de Barcelona

La resta d'autors tenen afiliació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Índex: La salut a Barcelona 2018

Presentació	4
Resum executiu	5
Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes	12
El context socioeconòmic	15
La població	15
L'entorn econòmic	16
Les condicions de vida	17
La participació de la comunitat	19
Els serveis sanitaris	20
Les accions en salut pública	28
El context físic	30
La qualitat de l'aire	30
La qualitat de l'aigua	32
La contaminació acústica	35
La seguretat alimentària	36
Resultats en salut	38
L'esperança de vida	38
La salut laboral	39
La salut sexual i reproductiva	41
La salut mental i les addiccions	45
Les lesions per col·lisió de trànsit	50
La salut ambiental	52
Les malalties transmissibles	54
La mortalitat	63
Les desigualtats en salut	67
Monogràfics	69
Innovant els programes de promoció de la salut a l'escola	69
Salut als Carrers: avaluant els efectes en salut de les superilles	73
Condicions de vida i salut de les persones grans de Barcelona	79
Amb els aliments, seguretat és salut	84
Canvi climàtic i alimentació	87
Brot de gastroenteritis a la font del parc Antoni Santiburcio: anàlisi i implicacions	90
Seguiment del Pla de Salut 2016-2020 a la ciutat de Barcelona	94

Presentació

Com cada tardor presentem l'Informe de Salut amb la finalitat de conèixer l'estat de salut de la ciutadania i identificar les àrees que requereixen més incidència. Permet prioritzar polítiques orientades a millorar la salut i el benestar de les persones. Aquest informe és també sensible a les noves problemàtiques i als seus impactes en la salut i en les desigualtats.

Es mostra un lleuger increment de la població de la ciutat, també en el nombre de població estrangera, i continua la tendència a la disminució de l'atur.

Quant als determinants ambientals es continuen superant els nivells de contaminació, tot i que s'ha observat una disminució de la població exposada i es manté la mortalitat atribuïble per contaminació de partícules fines.

Els resultats en salut mostren indicadors que segueixen una evolució favorable: la tuberculosi, la infecció per VIH/sida, tot i que continua alta, i les dades de salut reproductiva de les dones joves. Els indicadors de mortalitat prematura i esperança de vida experimenten una lleuger empitjorament. Les desigualtats en l'esperança de vida per renda de barri es mantenen en homes i empitjoren lleugerament en dones, però en canvi es redueixen en la mortalitat prematura. D'altra banda, durant els darrers anys s'observa entre els homes un increment en el nombre d'inicis de tractament per cocaïna, i en el darrer any, per alcohol i cànnabis, però disminueix per opiàcis. Cal continuar fent un especial èmfasi en la prevenció de les infeccions de transmissió sexual, que continuen amb una incidència creixent tant en homes com en dones, tal com s'observa en altres ciutats.

A l'apartat de monogràfics volem fer esment dels nous reptes que suposa el canvi climàtic. Es parla de la síndrome global que inclou la malnutrició, i en especial l'obesitat, però també la desnutrició i el canvi climàtic. En concret, l'obesitat en infants i el patró de distribució territorial a l'eix del Besòs, principalment, constitueixen accions de millora per als propers anys. L'avaluació dels efectes en salut i mediambientals de la implantació de les superilles amb l'estudi Salut als Carrers mostra una disminució significativa de la contaminació a Sant Antoni. Un capítol monogràfic destaca les condicions de vida i l'estat de salut de les persones grans, la seva percepció d'aïllament i en alguns casos d'exclusió.

Els resultats en salut dels impactes mediambientals, la situació d'emergència climàtica i l'impacte en les desigualtats posen de relleu la necessitat de treballar per la salut des de tots els àmbits, ja que Barcelona és un referent d'accions de salut en totes les polítiques.

Gemma Tarafa i Orpinell

*Regidora de Salut, Envel·liment i Cures i
presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona*

Resum executiu

EL CONTEXT SOCIOECONÒMIC

La població

La població s'ha incrementat respecte de l'any anterior i ha arribat a 1.641.548 persones (2017: 1.617.455), un increment de l'1,5%. Un 18% dels homes i un 24,3% de les dones tenia 65 anys o més, dels quals 21.369 homes i 68.580 dones vivien sols/es (el 15,3 i el 32,6%, respectivament). Per primer cop, la població resident nascuda a l'estranger supera les 400.000 persones (416.776), i se situa en un quart de la població resident (25,4%), de les quals el 51,8% són dones. El districte de residència amb més població estrangera és l'Eixample (75.053 persones); tanmateix, el percentatge de població estrangera és més alt a Ciutat Vella, on suposa el 55,2% de la població.

L'entorn econòmic

Els indicadors de l'atur han seguit una evolució positiva en ambdós sexes: ha disminuït la taxa d'atur, en homes s'ha situat a un 9,3% (una reducció del 12,2%), i en les dones, en un 10,2% (una reducció del 9,7%), però l'atur de llarga durada ha augmentat, tot i que molt lleugerament. Ha augmentat lleugerament el percentatge de persones a l'atur que cobrava una prestació o subsidi (del 48,2% el 2017 al 49,0% el 2018). Els indicadors d'ocupació, en canvi, han tingut una evolució més negativa, concretament, en els homes, en què ha disminuït la taxa d'ocupació i ha augmentat la temporalitat. Les dones segueixen tenint una situació més desfavorida en relació amb tots els indicadors analitzats (taxa d'atur superior, taxes d'ocupació i activitat inferiors, més atur de llarga durada, més temporalitat i amb més freqüència treballen a temps parcial).

Les condicions de vida

Les prestacions i transferències públiques van reduir el risc de pobresa severa del 30,3% al 7,3%, segons els càlculs per Barcelona de l'Enquesta Metropolitana de Condicions de Vida 2016-17. La reducció de pobresa més rellevant s'ha degut a les prestacions per pensions i desocupació en el grup d'edat d'adults i de persones grans, i ha deixat els menors més dependents de la protecció social a càrrec municipal. El risc de pobresa severa en les famílies amb infants sense tenir en compte el cost de l'habitatge és del 8,4%, però comptant la sobrecàrrega de l'habitatge passa al 28,2%.

La participació de la comunitat

L'estratègia de salut comunitària Barcelona Salut als Barris (BSaB) es duu a terme des del 2007 als barris més desfavorits de la ciutat amb l'objectiu de millorar la salut i reduir les desigualtats. Un dels principals elements de BSaB és la participació comunitària en totes les fases del programa. Com a exemple de participació en BSaB es presenta l'experiència del barri Gòtic. La diagnosi comunitària de salut del Gòtic va identificar necessitats relacionades amb el turisme massiu al barri com la pressió immobiliària sobre l'habitatge o l'ocupació de l'espai públic, entre d'altres. Per tal de fer-hi front, un bon nombre de veïnes i veïns del barri van decidir sensibilitzar la població sobre aquestes

problemàtiques amb un projecte de fotoveu que va implicar un destacat actiu del barri: l'arxiu fotogràfic.

Els serveis sanitaris

Atenció primària

Durant l'any 2018, els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona han atès el 75,2% de la població general (2017: 74%), un increment de l'1,6%. El districte on s'ha atès una proporció de persones més elevada ha estat Nou Barris (83,6%), mentre que a Sarrià-Sant Gervasi s'ha atès un 59,4%.

La taxa bruta de visites per 1.000 habitants a Barcelona ciutat ha estat de 543,4. Registren els valors més alts els districtes de Nou Barris i Sant Martí (660,3 i 613,9, respectivament), mentre que a Sarrià-Sant Gervasi la taxa és de 337,2.

Atenció hospitalària

Barcelona ciutat disposava de nou hospitals d'atenció pública amb un total de 3.567 llits (2017: 3.465 llits), un increment del 2,9% respecte de l'any anterior. L'activitat de l'any 2018 ha estat de 223.734 altes (2017: 213.151 altes), cosa que suposa un augment del 4,9%. La cirurgia major ambulatoria representa el 47,7% dels contactes quirúrgics, dels quals 59.830 (47,7%) corresponien a cirurgia major ambulatoria (CMA).

La taxa d'hospitalització va ser de 97,8 per 1.000 habitants (2017: 106,8), una disminució del 8,4%, i va ser lleugerament superior en les dones (99) que en els homes (96,6). Nou Barris (150,2) i Horta-Guinardó (138) són els que van presentar les xifres més elevades, mentre que Sarrià-Sant Gervasi i les Corts tenien els valors més baixos (68,8 i 83,9, respectivament).

Durant l'any 2018 ha augmentat l'activitat quirúrgica en nombre d'intervencions en un 7,5% i ha disminuït un 7,4% el nombre de pacients en llista d'espera.

Atenció urgències

La taxa d'urgències a nivell hospitalari va ser de 357,6 per 1.000 habitants en homes i de 397,1 en dones, taxes superiors al 2017, que va ser de 340,5 i 378,3, respectivament, fet que suposa un increment del 5 i el 4,9%, respectivament. Les taxes més elevades d'utilització dels serveis d'urgències les presenta Horta-Guinardó (487,2), seguit Nou Barris (469,1), mentre que el districte de Sarrià-Sant Gervasi en té les xifres més baixes (246,8).

Atenció intermèdia - serveis sociosanitaris

La ciutat de Barcelona disposava de 2.184 llits d'internament. Amb aquests dispositius, que inclouen pacients subaguts, durant l'any 2018, s'han atès 19.550 persones, 3,5% més que l'any anterior (any 2017: 18.847)

Farmàcia

El consum d'ansiolítics i el d'hipnòtics i sedants continua baixant per arribar a 41,3 dosis per cada 1.000 habitants i per dia (DHD) en ansiolítics, i els hipnòtics i sedants, a 23,0 DHD. La disminució es deu sobretot a la població més consumidora d'aquests fàrmacs, que és la franja d'edat de persones

més grans de 44 anys. L'ús dels antidepressius (81,5 DHD) i els antipsicòtics (15,5 DHD) ha augmentat en els darrers anys i continua creixent, especialment els antidepressius en els majors de 75 anys. S'han observat diferències importants segons el sexe, amb un consum més elevat per part de les dones. Per exemple, les dones consumeixen gairebé el doble d'antidepressius i ansiolítics.

Les accions en salut pública

Enguany destaquem una acció innovadora de vigilància i control de les plagues urbanes a la ciutat de Barcelona: el mosquit tigre (*Aedes albopictus*). Des de fa anys s'ha incorporat al programa la col·laboració amb la ciutadania a través de l'app Mosquito Alert, de manera que la ciutadania aporta informació útil per a les tasques de gestió. Amb l'objectiu d'acostar l'activitat de vigilància al públic jove (estudiants d'educació secundària obligatòria) es fan tallers educatius sobre mosquits amb una participació que enguany ha estat al voltant de 400 alumnes.

EL CONTEXT FÍSIC

La qualitat de l'aire

L'any 2018 es continuaven superant a la ciutat els nivells de referència de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per al NO₂, partícules (PM₁₀ i PM_{2,5}), benzè, ozó i benzo(a)pirè. També es va superar el valor límit anual de la UE per al NO₂ a les estacions de trànsit.

Un 48% de la població de la ciutat estava potencialment exposada a nivells per sobre dels definits per l'OMS en el cas del NO₂ i en un 95% en el cas de les partícules PM₁₀.

En el marc del projecte TackSHS de mesura del fum ambiental de tabac en espais exteriors, s'ha trobat fum ambiental de tabac al 15% dels parcs infantils estudiats i a un 50% a l'exterior de les escoles de primària estudiades, i també s'ha trobat fum ambiental del tabac en totes les terrasses de bar estudiades, amb una mediana de concentració de nicotina de 0,867 µg/m³.

La qualitat de l'aigua

Durant el 2018 es van fer 8.500 determinacions de verificació de la qualitat de l'aigua de consum de Barcelona (2017: 8.172), amb un grau de compliment del 100%. Tanmateix, un elevat percentatge de la ciutadania (59,6%) continuava consumint aigua envasada per beure.

Durant el 2018 es van fer 143 controls a les aixetes d'escoles/centres educatius i habitatges particulars, i es va trobar un 11,9% d'incompliments per excés de plom a l'aigua.

La contaminació acústica

A tots els districtes, la majoria de la població s'exposa a nivells nocturns de soroll per sobre dels recomanats, de manera que el màxim es troba a l'Eixample (78%) i el mínim, a Ciutat Vella (60%). Aquestes dades s'expliquen pel fet que el trànsit és la font principal de soroll a la ciutat tant de dia com de nit, molt per sobre d'altres fonts de soroll com l'oci nocturn. No obstant això, Ciutat Vella era el districte amb més població exposada a l'excés de soroll de l'oci nocturn i amb més proporció de persones que estan d'acord o molt d'acord que al seu barri hi ha molt soroll. Aquestes dades indiquen que la percepció de soroll a Barcelona va molt lligada a l'oci nocturn, mentre que la principal font principal de soroll total és el trànsit.

La seguretat alimentària

Durant el procés de sacrifici dels animals a l'escorxador, l'equip veterinari ha de fer una inspecció acurada, abans i després (inspecció *ante mortem* i *post mortem*) que permeti confirmar que la carn no presenta risc per a la salut. Amb aquestes inspeccions s'aconsegueix, entre d'altres qüestions, el control de les malalties parasitàries transmissibles a través del consum de la carn. A l'escorxador de Mercabarna, el 2018, es van fer 65.067 inspeccions a bovins i 1.552 a equins amb la finalitat de controlar malalties com la cisticercosi i la triquinosi, respectivament, i no es va trobar cap animal infestat per aquests paràsits.

RESULTATS EN SALUT

L'esperança de vida

L'any 2017 l'esperança de vida va ser de 80,7 anys per als homes i de 86,7 anys per a les dones residents de la ciutat de Barcelona (2016: 81,2 en homes i 86,9 en dones), una reducció del 0,6 i el 0,2%, respectivament. Aquestes xifres, però, van presentar desigualtats segons la zona de la ciutat. El districte de Ciutat Vella té l'esperança de vida més baixa, de 76,7 anys en homes i 84,4 en dones, mentre que a les Corts és de 83,3 i 89,3, respectivament.

La salut laboral

Les lesions greus per accident de treball han seguit disminuint en ambdós sexes (fins a 131 en homes i 45 en dones, cosa que representa una disminució del 12,1% i el 29,7%, respectivament), mentre que han augmentat les mortals en els homes i disminuït en dones (fins a 22 en homes i només una en dones, la qual cosa suposa un increment del 83,3%, i una reducció del 66,7%, respectivament). Les lesions per accidents *in itinere* segueixen sent les més freqüents de les greus i les mortals, sobretot en les dones, mentre que en els homes també destaquen les lesions greus per accidents traumàtics durant la jornada laboral. D'altra banda, han augmentat les malalties professionals amb baixa i sense baixa en les dones, mentre que en els homes s'han incrementat les que cursen sense baixa i s'han mantingut estables les que ho fan amb baixa. Les malalties relacionades amb el treball notificades pels CAPs s'han mantingut estables.

La salut sexual i reproductiva

El 2018 van nàixer 13.172 nadons de dones de 15 a 49 anys, 694 menys que en 2017. Els embarassos i la fecunditat en les dones adolescents disminueixen a la ciutat. La taxa d'embarassos ha estat de 16 per 1.000 dones de 15 a 19 anys (2017: 16,7 per 1.000 dones), fet que suposa una disminució del 4,2%. La fecunditat s'ha situat en 4,3 (2017: 4,8), una reducció d'un 11,6%. Pel que fa a la salut maternoinfantil, cal destacar que una quarta part de les dones tenen sobrepès abans de l'embaràs i més de la meitat d'aquestes dones van tenir un guany de pes per sobre de l'adequat durant l'embaràs.

La salut mental i les addiccions

L'atenció a la salut mental en els serveis

L'any 2018 s'han atès 48.017 persones als centres de salut mental d'adults i 12.974 als centres de salut mental infantil i juvenil (2017: adults 47.001 i infantil 12.493), fet que representa un increment

del 2,1 i el 3,8%, respectivament. Del total de persones adultes ateses, el 32,2% patien trastorns greus, i en la població infantil i juvenil, el 12,5%.

Els trastorns de salut mental relacionats amb el treball

El 2018 s'han notificat 443 trastorns de salut mental relacionats amb el treball, un menys que el 2017. L'evolució ha estat diferent segons el sexe: han disminuït en els homes i han augmentat en les dones. El personal de serveis i comerç ha estat l'ocupació més freqüentment notificada. Quant a l'activitat econòmica, la més freqüent ha estat el comerç al major i al detall i la reparació de vehicles. El factor de risc laboral més freqüentment implicat ha estat la manca de suport dels superiors.

Les addiccions

L'any 2018 s'han produït 4.479 inicis de tractament per consum de substàncies addictives (3.307 homes i 1.172 dones), amb un increment del 10,2% respecte de l'any 2017. L'alcohol ha estat la substància que més inicis de tractament ha causat (1.391 inicis de tractament, quan el 2017 n'eren 1.290, un increment del 7,8%), seguit de la cocaïna. D'altra banda, l'any 2017 es van produir 62 morts per reacció adversa al consum de drogues (48 homes i 14 dones), 8 morts més que l'any 2016, un increment del 14,8%. Les substàncies més freqüentment detectades en aquestes morts han estat els opiacis, la cocaïna i les benzodiazepines.

Les lesions per col·lisió de trànsit

Segons el Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona, l'any 2018 es van produir 9.188 accidents que van deixar 11.877 persones lesionades o mortes (39,1% dones). D'aquestes, 21 van morir, 236 van patir ferides greus i 11.620 ferides lleus. Després d'un augment continuat des de l'any 2012, canvia la tendència i l'any 2017 s'observa una reducció del 2,5% en el nombre de persones lesionades.

La salut ambiental

L'impacte en salut de la contaminació de l'aire a la ciutat és molt considerable i es dona principalment per l'exposició crònica als nivells habituals de contaminació i no pels episodis de contaminació. L'any 2018 la mortalitat atribuïble a l'exposició crònica als nivells habituals de contaminació de l'aire es va estimar en, com a mínim, 351 morts (els mateixos que el 2017), mentre que no es pot atribuir un augment de la mortalitat a curt termini a l'únic episodi de contaminació que es va declarar a Barcelona durant aquest any.

Les malalties transmissibles

VIH/sida

L'any 2018 es van detectar 332 noves persones amb infecció pel VIH (2017: 371), amb una taxa de 39,2 i de 3,1 casos per 100.000 habitants en homes i dones, respectivament, la qual cosa representa una taxa global de 20,2 casos per 100.000 habitants i un descens de l'11,8% respecte de l'any anterior (2017: 22,9). El 91,9% dels casos eren homes. Gairebé la meitat dels nous diagnòstics de VIH es van fer amb retard. Quant a la sida, aquest any s'han detectat 37 casos que residien a Barcelona (2017: 51), és a dir, una taxa de 2,3 casos per 100.000 habitants (4,1 en homes i 0,6 en dones) i un decrement del 28,5% respecte de 2017.

Infeccions de transmissió sexual

L'any 2018 es continuava observant una tendència creixent de la sífilis, una taxa de 161,9 per 100.000 homes i 12,2 en dones, fet que suposa un increment del 24% en homes i es manté igual en dones; de la gonocòccia, amb taxes de 273,3 en homes i 39,8 en dones, la qual cosa implica un increment del 21% en homes i del 38% en dones; del limfogranuloma veneri, 22,4 casos per 100.000 en homes (no se'n va detectar cap cas en dones), amb un increment del 7,1%, i de la infecció per *Chlamydia trachomatis*, fins a 171,9 en homes i 156,3 en dones, valors que suposen un increment de 48,4% en homes i 39,8% en dones. La major part dels casos van tenir lloc en homes joves amb relacions homosexuals, excepte en la infecció per *Chlamydia trachomatis*, per a la qual la proporció d'homes i de dones era similar.

La malaltia meningocòccica invasiva

El 2018 es van notificar 24 casos de malaltia meningocòccica invasiva, fet que suposa una incidència d'1,5 casos per 100.000 habitants (1,6 en homes i 1,4 en dones) i una disminució del 12% respecte de l'any anterior. No se'n va detectar cap brot. El 58,3% dels homes eren nens que tenien entre 0 i 5 anys, mentre que en el cas de les dones el 41,6% eren majors de 70 anys. Pel que fa a la distribució dels casos segons el serogrup, el B ha estat el més freqüent, seguit del C i el W. La mortalitat associada als casos de malaltia meningocòccica invasiva va ser d'un 16%.

La tuberculosi

Durant el 2018 s'han detectat 257 casos de tuberculosi en residents a la ciutat (2017: 267), 149 homes i 108 dones. La incidència ha disminuït gairebé un 5% respecte de l'any anterior. La malaltia continua sent més freqüent en homes i dones immigrants i destaca l'exclusió social com a factor de risc, sobretot en homes.

La mortalitat

L'any 2017 es van produir 16.170 defuncions de residents a la ciutat de Barcelona: 7.675 homes i 8.493 dones. Les taxes de mortalitat i de mortalitat prematura van augmentar lleugerament respecte de l'any anterior (taxa de mortalitat 2017: 1.080,3 homes i 611,4 dones per 100.000 habitants; 2016: 1.043,7 homes i 600,6 dones per 100.000 habitants). La mortalitat prematura va augmentar a 3.250,1 anys en homes i 1.602 en dones (2016: 3.003,9 i 1.529,7 en homes i dones respectivament). En homes de 15 a 44 anys, les primeres causes de mortalitat van ser els suïcidis i els enverinaments accidentals per substàncies tòxiques. En dones, d'aquest grup d'edat la primera causa va ser el tumor maligne de mama. En persones de 45 a 74 anys, el tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó va ser la primera causa de mortalitat per a ambdós sexes. En el grup de 75 anys i més, les malalties del cor i la demència senil van ser les causes més freqüents en homes, mentre que en les dones ho van ser les demències. En la mortalitat prematura destaca la reducció per tumor maligne de tràquea, de bronquis i pulmó en homes.

Les desigualtats en salut

S'ha mesurat l'evolució de les desigualtats socials entre barris de Barcelona per a dos indicadors de salut. En el període 2015-2017 s'ha observat una diferència en l'esperança de vida entre els barris amb nivell socioeconòmic més i menys afavorit de 5,2 anys en homes i de 0,7 anys en dones. En homes, aquestes diferències són lleugerament inferiors en comparació amb el període 2012-2014,

però en dones són lleugerament superiors. En el cas de la mortalitat prematura es van observar desigualtats en el període 2012-2014 que han tendit a disminuir en el període 2015-2017 en ambdós sexes.

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

Hi ha diferents marcs conceptuals per explicar la influència dels factors socials sobre la salut i les desigualtats en salut de les poblacions. Les ciutats o àrees urbanes tenen característiques específiques que les diferencien d'altres àmbits d'actuació, com ara el país o la comunitat autònoma. El marc conceptual de la Figura 1 descriu 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 la governança, el context físic, el context socioeconòmic, els entorns i els eixos de desigualtat.

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 d'organitzacions i agents socials.

El context físic

El context físic es refereix al context natural (el clima o la geografia) i 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, habitatge cooperatiu en cessió d'ús i altres) poden fer-lo més assequible, 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, tant la de vianants com la possibilitat de fer servir 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 el soroll, 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.

El context socioeconòmic

Aquesta secció es refereix a diversos aspectes, com ara els factors econòmics, l'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 diversos actors de la ciutat tenen capacitat d'intervenció.

Els entorns

Els entorns són els espais on les persones interactuen i on es creen o es resolen problemes relacionats amb la salut. Exemples d'entorns són els barris, les escoles o els llocs de treball (Vlahov, D., *et al.*, 2007; Diez Roux, A.V., i Mair, C., 2010). Tant el context físic com 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 menys 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 diversos 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 (Who/UnHABITAT, 2016).

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.

Els indicadors de salut són desiguals segons aquests eixos, desigualtat que es fa palesa en forma de gradient. Així, per exemple, els indicadors de salut van empitjorant a mesura que disminueix el nivell de la classe social.

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



Font: Elaborat per al projecte Ineq-cities: <https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/> (Borrell, Pons-Vigués, Morrison & Díez, 2013).

El context socioeconòmic

La població

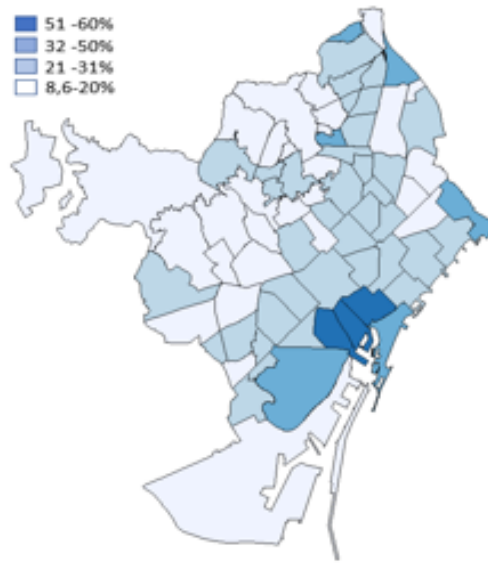
Segons dades del padró municipal d'habitants de Barcelona (Quadre A 1 de l'annex), l'any 2018 la població de Barcelona s'ha incrementat fins a 1.641.548 persones (el 2017 era d'1.617.455 persones), fet que suposa un augment de l'1,5%. El 52,6% són dones (863.694).

El grup d'edat més nombrós és el de 15 a 44 anys, amb 652.310 persones (un 49,9% del total d'homes i un 50,1% del total de dones). L'any 2018, un 18% dels homes i un 24,3% de les dones tenia 65 anys o més, dels quals 21.369 homes i 68.580 dones vivien sols, el 15,3 i 32,6%, respectivament. El 8,7% dels homes i el 13,5% de les dones tenen 75 anys o més, dels quals viuen sols el 17% i el 39,6%, respectivament.

Per primer cop, la població resident nascuda a l'estranger supera les 400.000 persones (416.776) i se situa en un quart de la població resident (25,4%), i a la vegada hi ha més dones de nacionalitat estrangera que homes (51,8% dones). D'entre la població estrangera són persones universitàries el 35,8% dels homes i el 40,7% de les dones, valors més alts que els dels autòctons. El districte amb més població estrangera és l'Eixample (75.053 persones); tanmateix, el percentatge de població estrangera és més alt a Ciutat Vella, on suposa el 55,2% de la població; a Sants Montjuïc i l'Eixample representen el 28% a cadascun, seguit de Nou Barris i Sant Martí, on més del 23% de la població ha nascut en un altre país. Hi ha diferències per barris. La Figura 2 mostra la distribució de la població estrangera per barris en quatre categories.¹ Al districte de Ciutat Vella destaca el Raval, el barri Gòtic, i St. Pere, Sta. Caterina i la Ribera; a Nou Barris, el barri del Turó de la Peira i Ciutat Meridiana, i a Sant Andreu, Trinitat Vella i el Besòs i el Maresme com els barris amb un percentatge més elevat de població estrangera. El país d'origen més freqüent és el Perú, amb el 6%, seguit de l'Argentina, l'Equador i Colòmbia, que tots tres junts arriben al 22,9%, el Pakistan (5%), Itàlia (4,8%) i la Xina (4,5%).

¹Les quatre categories (*clusters*) s'han construït procurant la màxima homogeneïtat dintre dels grups i la màxima diferència entre grups a partir de les distàncies en el percentatge de població estrangera.

Figura 2. Distribució de la població estrangera per barris,¹ Barcelona 2018.



Font: Padró municipal d'habitants de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

¹ Percentatge de població estrangera en quatre categories del 8,6% a més del 51,6% de la població del barri.

L'entorn econòmic

L'indicador més positiu de 2018 ha estat la taxa d'atur, que ha seguit la tendència decreixent dels darrers anys en ambdós sexes (en homes s'ha situat al 9,3%, una reducció del 12,2%, i en les dones, en el 10,2%, una reducció del 9,7%). En canvi, la taxa d'activitat (entesa com el percentatge de la població de 16 anys o més ocupada o disposada a treballar i que busca feina activament) ha disminuït també en ambdós sexes, però sobretot en els homes, en què també ha disminuït la taxa d'ocupació (Quadre A 2 de l'annex). Malgrat l'evolució menys desfavorable per a les dones en els tres indicadors, elles segueixen tenint una taxa d'atur superior i taxes més baixes d'activitat i ocupació.

L'atur de llarga durada (més de 12 mesos) ha seguit la tendència decreixent dels darrers anys en ambdós sexes: ha passat del 35,5% dels aturats el 2017 al 33,4% el 2018 en el cas dels homes i del 42,1 al 40,1% en les dones. Tot i així, durant el 2018 la meitat del homes més grans de 44 anys a l'atur i el 57,5% de les dones del mateix grup d'edat estaven sense feina des de feia més d'un any.

Pel que fa a la cobertura econòmica de l'atur,^{2,3} ha augmentat lleugerament (el percentatge de persones a l'atur que cobrava una prestació o subsidi ha passat del 48,2% el 2017 al 49,0% el 2018), i ha canviat la tendència a la disminució que s'observava des de 2011.

La contractació temporal ha seguit sent superior en les dones, però ha disminuït la diferència entre ambdós sexes, atès que l'evolució ha estat menys favorable en el cas dels homes: els homes assalariats amb contracte temporal han passat del 16,7 al 20,5%, mentre que les dones han disminuït lleugerament, del 22,9 al 22,0%.

D'altra banda, la jornada parcial ha disminuït lleugerament en dones (on és més freqüent), mentre que pràcticament no s'ha modificat en els homes (segons l'Enquesta de Població Activa en les dones ha passat del 19,1 al 18,6%, i en els homes, del 9,4 al 9,3%).

Les condicions de vida

L'impacte de les transferències socials en el benestar infantil

El benestar dels infants i la cobertura de les seves necessitats estan subjectes principalment a la relació dels seus progenitors amb el mercat laboral i el grau de desenvolupament i generositat de les polítiques públiques orientades a la població general i, especialment, a les famílies. El paper del sistema de prestacions i deduccions públiques és cabdal per minimitzar el possible impacte negatiu del baix nivell de participació en el mercat laboral de les persones integrants d'una família. Prova d'això és la capacitat del conjunt de transferències socials per reduir la taxa de risc de pobresa.

Les dades de l'Enquesta Metropolitana de Condicions de Vida (EMCV 2016-2017) mostren aquesta capacitat de reducció i fan que la taxa de risc de pobresa severa es redueixi fins a 23 punts percentuals en el conjunt de la població de Barcelona. Es va passar d'un 30,3% de risc de pobresa severa abans de tenir en compte les transferències socials al 7,3% després de comptar-les. Però aquest impacte no té la mateixa intensitat segons el col·lectiu d'edat analitzat. El Quadre 1 fa evident l'accent més fort que ha tingut tradicionalment el sistema de prestacions en les persones de 65 o més anys (principalment mitjançant les pensions) i en menor mesura les llars amb població jove o amb infants. Aquesta atenció més baixa que han rebut aquests perfils de llars es tradueix en el fet que infants i joves tinguin taxes de risc de pobresa severa més elevades que altres grups d'edat.

² A diferència de les dades de l'EPA, que es refereixen a l'atur declarat (a partir del qual s'ha obtingut la taxa d'atur), les dades sobre la durada de l'atur i el cobrament de prestacions es refereixen a l'atur registrat, que correspon a les demandes d'ocupació a les oficines de treball de la Generalitat (OTG) pendents de cobrir l'últim dia de cada mes, excloent-ne les persones treballadores ocupades que volen canviar de feina, les persones treballadores que no tenen disponibilitat immediata per treballar o amb una situació que hi és incompatible, les persones treballadores que demanen una ocupació d'unes característiques determinades i les persones treballadores eventuais agràries beneficiàries del subsidi especial d'atur. Cal tenir en compte que en fer comparacions entre grups (per exemple, entre districtes), hi podria haver un biaix degut al fet que hi ha persones aturades que han deixat de buscar feina perquè consideren que no en poden trobar, i no es comptabilitzen com a aturades en el registre de les OTG.

³ Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. Elaboració del Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Quadre 1. Taxa de risc de pobresa infantil severa abans i després de transferències socials. Barcelona, 2016-2017.

	Taxa de risc de pobresa abans de totes les transferències socials (%)	Taxa de risc de pobresa després de transferències socials (%)	Reducció total del risc de pobresa per transferències socials (variació %)
De 0 a 17 anys	20,4	8,5	-58,3
De 18 a 34 anys	17,9	10,3	-42,4
De 35 a 64 anys	18,9	6,3	-66,6
65 anys o més	72,2	5,5	-92,5
Total	30,3	7,3	-76,0

Font: Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona. Estadístiques metropolitanes sobre condicions de vida a partir de l'Institut d'Estadística de Catalunya, Enquesta de Condicions de Vida.

Nota: pobresa severa definida per sota del 40% de la mediana.

Un dels trets que caracteritzen els sistemes de protecció social dels règims del benestar familiaristes⁴ (com el cas espanyol o el català) és l'elevada proporció de despesa social que es dedica a pensions de jubilació i de supervivència, la qual cosa es tradueix en una reducció del risc de pobresa molt significativa entre la població de més edat. En canvi, les famílies amb infants actualment només accedeixen a prestacions familiars de caràcter molt selectiu, a complements per fills/es a càrrec que contemplin algunes prestacions —com les rendes mínimes o garantides d'origen autonòmic o els subsidis assistencials d'atur— i a deduccions o desgravacions fiscals en la base imposable de les que escassament es beneficien les de rendes més baixes (Fernández *et al.*, 2015). Tanmateix, la lògica contributiva que caracteritza el disseny del sistema de protecció social —sobretot en el cas de les prestacions per desocupació i per jubilació, dues de les prestacions socials més importants en termes d'intensitat protectora—, juntament amb la feblesa del vessant assistencial, provoca el trasllat a l'àmbit de la protecció social de gran part de les desigualtats que es generen en l'àmbit laboral.

Les dades mostren que el manteniment d'elevades taxes de pobresa infantil no només s'explica per les vicissituds del mercat de treball, sinó sobretot per l'escassa capacitat i el caràcter poc redistributiu del sistema de protecció social espanyol vers els infants. Segons les dades d'Eurostat,⁵ la pobresa severa infantil generada pel mercat laboral (abans de transferències socials) a la mitjana de la UE27 és equiparable a la de l'estat espanyol o la de Barcelona (21,7 i 20,4%, respectivament), mentre que la mitjana europea després de l'impacte de les transferències socials és substancialment inferior que a l'estat espanyol, però no tant a Barcelona. La mitjana de la UE27 se situaria en el 6,9%, mentre que a l'estat espanyol és del 15,5%, i a Barcelona, del 8,5%.

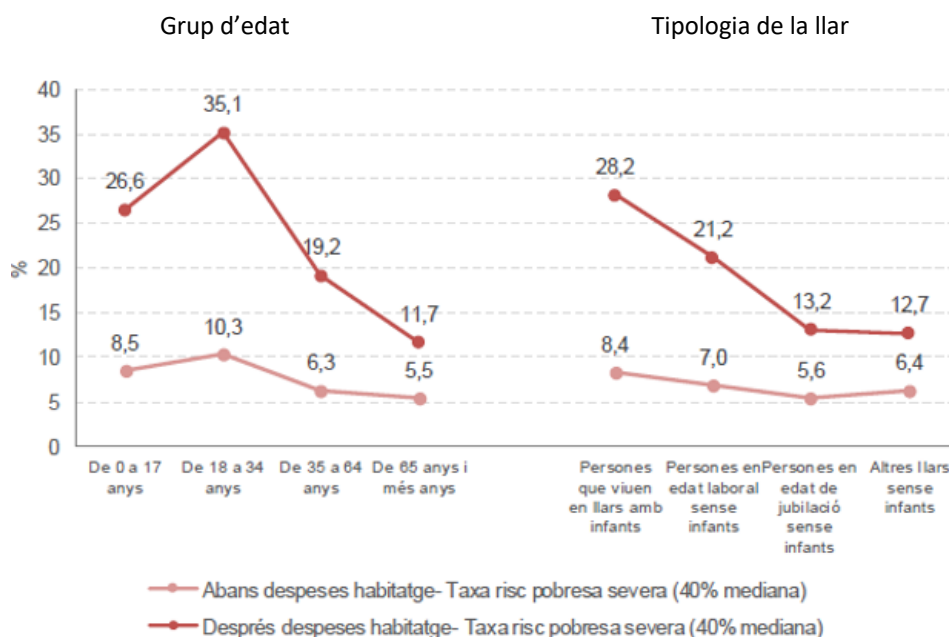
⁴ Els models de benestar familiaristes es caracteritzen principalment per deixar que les famílies siguin les que s'ocupin principalment de la gran part de les càrregues de cura i benestar dels seus integrants, mentre que les polítiques públiques de suport són escasses o d'impacte reduït.

⁵ Dades referents a l'any 2017.

El pes de l'habitatge en el benestar infantil

La pobresa induïda per les despeses de l'habitatge —fruit de l'exercici de simular l'impacte del cost de l'habitatge en la renda de les llars— és especialment intensa per a les famílies amb infants de la ciutat. En la mesura que pràcticament quatre de cada 10 infants viuen en habitatges de lloguer i una tercera part en habitatges de propietat amb pagaments pendents, les despeses mensuals associades a l'habitatge consumeixen una part elevada dels seus ingressos i, comparativament, són superiors als que destinen per a aquest concepte les llars sense infants. En termes de pobresa això es tradueix en un eixamplament de les distàncies constatades amb anterioritat respecte d'altres grups d'edat. L'augment de la vulnerabilitat econòmica dels infants és sobretot visible en termes de risc de pobresa severa (Figura 3), per exemple, la taxa de risc de pobresa de les persones que viuen en llars amb infants passa de 8,4 al 26,6%, si comptem les despeses de l'habitatge.

Figura 3. Taxes de risc de pobresa severa abans (esquerra) i després de descomptar les despeses d'habitatge (dreta) segons grups d'edat/tipus de llars. Barcelona, 2016-2017.



Font: Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona. Estadístiques metropolitanes sobre condicions de vida a partir de l'Institut d'Estadística de Catalunya, Enquesta de Condicions de Vida.

La participació de la comunitat

El fotoveu del barri Gòtic: una reflexió crítica sobre el turisme i la salut

La diagnosi comunitària de salut del Gòtic va identificar necessitats relacionades amb el turisme massiu al barri com la pressió immobiliària sobre l'habitatge o l'ocupació de l'espai públic, entre d'altres. Per tal de fer-hi front, un bon nombre veïnes i veïns del barri van decidir sensibilitzar la població sobre aquestes problemàtiques amb un projecte de fotoveu que va implicar un destacat actiu del barri: l'arxiu fotogràfic.

L'any 2018, 13 veïnes i veïns de l'Espai Social del Gòtic-La Negreta i del Casal de Gent Gran Pati Llimona van dur a terme el projecte "Turisme i qualitat de vida del veïnat del Gòtic: aproximació

participativa des de la fotografia”. Mitjançant la selecció i discussió de les seves pròpies fotografies, van analitzar l’impacte de la turistització del barri en la seva vida quotidiana (per exemple, Figura 4). Les seves experiències i sabers van permetre construir un relat sobre la transformació del barri i elaborar un seguit de recomanacions que van lliurar a la Regidoria de Ciutat Vella a principis del 2019. Alguns dels factors descrits van ser la pèrdua del teixit social i dels comerços de proximitat, l’ocupació de l’espai públic, la contaminació o la pressió sobre l’habitatge.

Les conclusions del projecte es van difondre en una publicació, disponible en línia,⁶ i en una mostra fotogràfica que recull la selecció final de fotografies fetes pel veïnat. La mostra ja s’ha exposat en diferents espais del barri com el Centre Cívic Pati Llimona, la Biblioteca Andreu Nin, l’Espai Social La Negreta i el Centre d’Atenció Primària Gòtic.

Figura 4. Sessió de categorització del projecte de Fotoveu del Gòtic.



Font: Servei d'Intervencions i Programes Preventius, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Els serveis sanitaris

Els serveis sanitaris de la ciutat contemplen diverses línies d’actuació: l’atenció primària, les urgències, l’atenció hospitalària, els serveis d’atenció intermèdia i la salut mental i addiccions. Quan es descriuen els resultats per a cadascun dels districtes, s’observa que, de forma global, els barris amb indicadors socioeconòmics més desfavorables tenen valors d’utilització de serveis més elevats. Aquest fet està relacionat amb les necessitats en salut de la població i amb el tipus de cobertura sanitària.

⁶ Consultable a: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2019/03/Fotoveu-gotic-190321.pdf>

Quant a la població adulta, la utilització de serveis sanitaris, tant pel que fa a les visites a l'atenció primària com a les taxes d'hospitalització, les dones presenten valors superiors als dels homes a la majoria de districtes de la ciutat.

El pressupost públic per a la ciutat de Barcelona destinat a la contractació de serveis sanitaris és de 2.028 milions d'euros, dels quals el 73,2% es destina a l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts, el 13,5% als equips d'atenció primària, el 5,6% a l'atenció intermèdia sociosanitària, el 5,3% a la salut mental i addiccions i el 2,4% a altres conceptes.

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés de la ciutadania a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona es fan als centres d'atenció primària de les 68 àrees bàsiques de salut, on treballen els equips de professionals. Durant l'any 2018 han atès el 75,2% de la població general (2017: 74%), fet que suposa un increment de l'1,6%. El districte on s'han atès més persones ha estat Nou Barris (cobertura de 83,6%), mentre que al districte de Sarrià-Sant Gervasi la cobertura ha estat del 59,4% (Quadre 2). La mitjana de visites per persona-any en la població adulta és més alta en dones que en homes (7,2 i 6,6, respectivament). Pel que fa a la població infantil és molt similar en nens i nenes (Quadre 3).

Quadre 2. Utilització dels serveis d'atenció primària de finançament CatSalut. Barcelona, 2018.

	Visites	Persones ateses	Residents	Taxa bruta de visites*	% cobertura**
Ciutat Vella	583.948	76.258	100.447	581,3	75,9
Eixample	1.295.795	190.398	266.824	485,6	71,4
Sants-Montjuïc	1.066.638	142.074	181.420	587,9	78,3
Les Corts	374.828	54.481	80.859	463,6	67,4
Sarrià-St. Gervasi	482.843	85.114	143.199	337,2	59,4
Gràcia	562.431	87.985	121.342	463,5	72,5
Horta-Guinardó	994.833	134.795	169.401	587,3	79,6
Nou Barris	1.120.994	141.915	169.758	660,3	83,6
Sant Andreu	860.531	117.549	148.496	579,5	79,2
Sant Martí	1.438.585	183.950	234.340	613,9	78,5
Total	8.781.426	1.214.519	1.616.086	543,4	75,2

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) d'Atenció Primària i Registre Central d'Assegurats (RCA).

Nota: *Taxa bruta de visites: visites corresponents a residents de cada districte per cada 100 habitants;

**Cobertura %: Persones ateses/Residents per cada 100 habitants.

Quadre 3. Mitjana de visites per persona, edat i sexe. Barcelona, 2018.

Visites per persona			
Edat	Home	Dona	Total
0-14 anys	5,6	5,5	5,5
15 anys o més	6,6	7,2	6,9

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) d'Atenció Primària i Registre Central d'Assegurats (RCA).

Motius de consulta més freqüents

En el cas de les persones adultes les consultes més freqüents són les relacionades amb l'activitat preventiva, la hipertensió arterial i els trastorns endocrins i metabòlics (proporció similar homes i dones). Destaquen també les consultes per trastorns osteoarticulars, que són més freqüents en dones al voltant dels 50 anys (Quadre 4).

Quadre 4. Motius més freqüents de consulta a l'atenció primària en persones majors de 14 anys. Barcelona, 2018.

Categories diagnosticades	Persones ateses	Visites totals	Visites dones	Visites homes	Dones (%)	Edat mitjana (anys)
Examen/avaluació mèdica	290.009	475.624	280.618	195.006	59,0	52
Hipertensió essencial	284.597	1.440.191	790.665	649.526	54,9	74
Altres trastorns nutricionals, endocrins i metabòlics	246.288	893.014	515.269	377.745	57,7	68
Immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses	201.253	221.164	127.169	93.995	57,5	66
Espondilosi, trastorns del disc intervertebral i altres trastorns d'esquena	156.351	377.331	241.492	135.839	64,0	57
Altres infeccions respiratòries de vies altes	140.759	323.880	210.198	113.682	64,9	58
Hiperlipidèmia	139.240	447.722	256.992	190.730	57,4	70
Altres malalties del teixit connectiu	136.613	208.344	129.798	78.546	62,3	50
Diabetis <i>mellitus</i> sense menció de complicacions	124.821	621.777	296.588	325.189	47,7	71
Admissió administrativa/social	113.916	258.135	178.113	80.022	69,0	51

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) de l'Atenció Primària.

Quadre 5. Motius més freqüents de consulta a l'atenció primària en persones menors de 14 anys. Barcelona, 2018.

Categories diagnosticades (CCS) ⁷	Persones ateses	Visites totals	Visites nenes	Visites nens	Nenes (%)	Edat mitjana (anys)
Examen/avaluació mèdica	106.087	280.984	137.401	143.583	48,9	4,1
Immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses	77.963	121.387	59.844	61.543	49,3	5,6
Altres infeccions respiratòries de vies altes	58.250	111.926	54.508	57.418	48,7	4,6
Infeccions víriques	33.755	51.862	25.205	26.657	48,6	5,3
Reaccions al·lèrgiques	23.893	45.320	22.887	22.433	50,5	5
Admissió administrativa/social	23.223	43.878	21.061	22.817	48	6,1
Bronquitis aguda	16.976	45.136	19.724	25.412	43,7	3,1

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) de l'Atenció Primària.

L'atenció especialitzada hospitalària

El 2018 Barcelona disposava de nou hospitals d'atenció pública amb un total de 3.567 llits estables (2017: 3.465 llits), fet que suposa un increment d'un 2,9% respecte de l'any 2017, per donar cobertura a tota la ciutat, distribuïts de manera força equidistant en el territori. Tres són centres d'alta tecnologia, dotats de totes les especialitats i mitjans diagnòstics més avançats. Això implica que també donin assistència a població de fora de la ciutat amb necessitats assistencials d'alta complexitat. L'activitat realitzada l'any 2018 ha estat de 223.734 altes (2017: 213.151). Dels contactes d'hospitalització quirúrgics, gairebé la meitat (47,7%) corresponen a cirurgia major ambulatoria (Quadre 6).

Quadre 6. Contactes d'hospitalització d'aguts segons tipus d'alta. Barcelona, 2018.

Tipus activitat	Tipus d'alta			
	Mèdica	Obstètrica	Quirúrgica	Total
Hospitalització convencional	86.654	10.491	65.416	162.561
Hospitalització domiciliària	1.343	--	--	1.343
Cirurgia major ambulatoria	--	208	59.622	59.830
Total	87.997	10.699	125.038	223.734

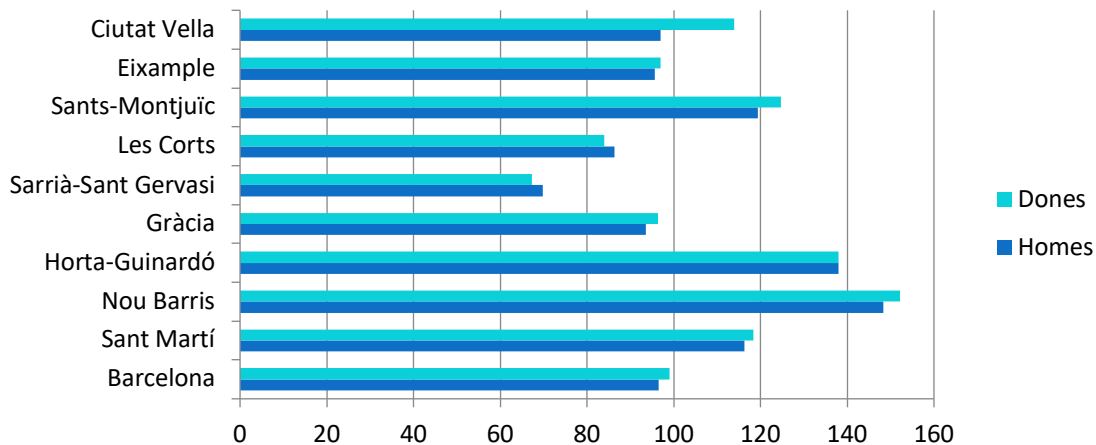
Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) dels hospitals d'aguts.

Els hospitals de la ciutat atenen la població de la ciutat i de fora que precisin atenció sanitària; un 79% de les assistències van ser de pacients amb residència a Barcelona i el 21% restant a residents de fora de Barcelona. Quant als contactes hospitalaris fets pels residents de Barcelona, el 94,4% van anar a hospitals de la ciutat i un 5,6% a centres de fora de Barcelona.

⁷ Clinical Classification Software (CCS), de l'Agency for Healthcare Research and Quality (HRQ) del govern dels Estats Units, que agrupa tots els codis de la CIM-9-MC en 285 categories de diagnòstics.

La taxa d'hospitalització va ser de 97,8 per 1.000 habitants (2017: 106,8), una disminució del 8,4%, superior en les dones (99) que en els homes (96,6) (Figura 5). Hi ha variacions en les taxes d'hospitalització segons districte de residència: Nou Barris i Horta-Guinardó van presentar les xifres més elevades (150,2 i 138, respectivament) mentre que Sarrià-Sant Gervasi i les Corts van tenir els valors més baixos (68,8 i 83,9, respectivament).

Figura 5. Hospitalització segons districte i sexe, taxes per 1.000 habitants. Barcelona, 2018.



Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) d'atenció hospitalària. SIIS. Regió Sanitària Barcelona - Consorci Sanitari Barcelona (RSB-CSB). CatSalut

Atenció a les urgències

L'atenció a les urgències dels serveis sanitaris públics té com a finalitat donar una resposta adequada a les demandes d'atenció immediata de la població. Abasten situacions de complexitats diferents, des d'emergències amb risc vital fins a consultes per problemes banals o que no necessiten una atenció urgent, i es produeixen amb una intensitat variable en diferents moments. Aquesta diversificació de situacions demana també respostes diferents, de manera que s'han dissenyat mecanismes per classificar la demanda i establir circuits per dirigir les urgències al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada.

La taxa d'urgències a nivell hospitalari va ser de 357,6 per 1.000 habitants en homes i de 397,1 en dones, taxes superiors al 2017, que va ser de 340,5 i 378,3 respectivament, fet que suposa un increment del 5 i 4,9%, respectivament.

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. A banda que cada centre assistencial atén les urgències que li arriben, a més de la resta de serveis habituals, Barcelona disposa d'11 centres d'urgència d'atenció primària d'alta tecnologia (CUAP) i nou serveis d'urgències hospitalàries. La taxa d'urgències ateses en aquests dispositius és de 538,9 per 1.000 habitants, superior a les 514,5 de 2017 (Quadre 7), un 4,7% més.

A més, a les nits, festius i caps de setmana es disposa del servei d'atenció continuada urgent a domicili que s'activa a través del 061, que ha suposat l'any 2018 un total de 40.546 atencions a domicili, de les quals 1.865 van ser d'infermeria i el 60%, a pacients majors de 80 anys.

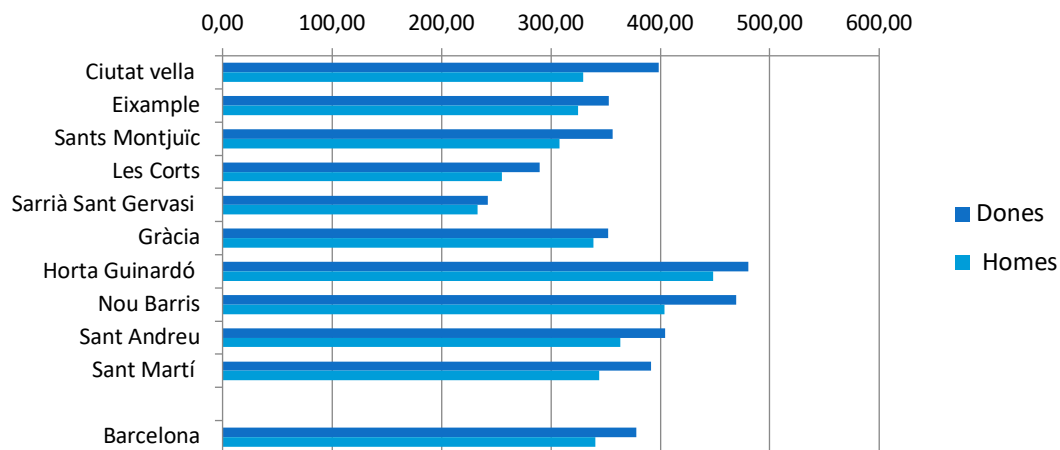
Quadre 7. Urgències hospitalàries i en centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), taxes per 1.000 habitants, segons el sexe. Barcelona, 2016-2018.

	Homes			Dones			Total		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Hospital	342,0	340,5	357,6	380,1	378,3	397,1	362,1	360,4	378,4
CUAP	147,5	150,3	157,5	152,5	157,5	163,2	150,2	154,1	160,5
Total	489,5	490,8	515,1	532,6	535,8	560,2	512,3	514,5	538,9

Font: Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) d'urgències. SIIS. Regió Sanitària Barcelona - Consorci Sanitari Barcelona (RSB-CSB). CatSalut

L'atenció hospitalària urgent en hospitals de la xarxa pública varia segons el districte de procedència. Les taxes més elevades les presenten Horta-Guinardó (487,2 visites per cada 1.000 habitants) i Nou Barris (469,1 per cada 1.000 habitants), mentre que el territori que menys utilitza els serveis públics d'urgències ha estat Sarrià-Sant Gervasi (246,8), seguit de les Corts (289,2). Les dones presenten taxes més elevades que els homes (Figura 6).

Figura 6. Urgències hospitalàries segons districte i sexe, taxes per 1.000 hab. Barcelona, 2018.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) d'urgències. SIIS. Regió Sanitària Barcelona - Consorci Sanitari Barcelona (RSB-CSB). CatSalut

Atenció intermèdia sociosanitària

La ciutat de Barcelona disposa de 2.184 llits d'internament, 1.105 dels quals són llits de llarga estada, 852 de convalsència i 25 d'estada mitjana polivalent, 111 de cures pal·liatives i 91 de subaguts, distribuïts en 20 dispositius d'atenció intermèdia sociosanitària. Aquestes xifres són similars a les de l'any anterior. Pel que fa als equipaments d'hospital de dia sociosanitari, n'hi ha 11 a la ciutat i una oferta de 399 places. Aquests dispositius inclouen subaguts.

S'han atès 19.550 persones, el 3,5% més que l'any anterior (any 2107: 18.847): 4.615 en unitats de llarga estada (amb els trastorns cognitius com a principal diagnòstic; 59% dones); 8.457 de convalsència i estada mitjana polivalent (destacant la fractura de coll de fèmur; 61% dones); 3.224

en unitats de subaguts (destacant la insuficiència cardíaca i la insuficiència urinària; 66% dones); 2.311 en dispositius de cures pal·liatives (54% dones), i 943 en hospitals de dia (60% dones).

Llistes d'espera

Llistes d'espera quirúrgiques per a procediments garantits

Segons dades dels serveis sanitaris públics, ha augmentat l'activitat quirúrgica en nombre d'intervencions en un 7,5% i ha disminuït un 7,4% el nombre de pacients en llista d'espera (Quadre 8).

Quadre 8. Llistes d'espera quirúrgiques per a procediments garantits. Barcelona, Barcelona, 2017 i 2018.

	Persones en llista d'espera		Activitat		Temps mitjà d'espera*	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Cirurgia oncològica	501	511	6.928	6.580	21	22
Cirurgia cardíaca	159	161	1.060	1.167	36	36
Cataractes, pròtesis maluc, pròtesis genoll	6.324	5.558	20.367	22.981	66	65
Resta de procediments	26.236	26.742	68.773	73.707	124	126
Altres	0	0	4	0	0	0
Total	33.220	32.972	97.132	104.435	111	114

*Dades expressades en dies.

Font d'informació: Datamart transversal. Informes predefinits. Memòria CatSalut (RS). Atenció a la ciutadania

Llistes d'espera per a proves diagnòstiques i consultes externes

Pel que fa a les proves diagnòstiques globals, tant l'activitat com el volum de pacients s'ha mantingut estable respecte de l'any 2017. El nombre de pacients en llista d'espera a les consultes externes ha seguit disminuint (2,3% en relació amb el 2017).

El consum de fàrmacs

El 2018 els dos grups farmacològics amb més consum en envasos han estat el grup del sistema nerviós i el del sistema cardiovascular, amb un 28,4 i un 26,7%, respectivament, sobre el total dels envasos de les especialitats farmacèutiques. Els grups que representen el percentatge més alt en import han estat els del sistema nerviós (28,7%), l'aparell digestiu i metabolisme (15,9%) i l'aparell cardiovascular (14,6%).

Al Quadre 9 es presenta l'evolució de les dosis per cada 1.000 habitants i per dia (DHD) durant els anys de 2013 a 2018 dels subgrups farmacològics del sistema nerviós més freqüents en salut mental: ansiolítics, hipnòtics i sedants, antidepressius i antipsicòtics (psicofàrmacs). El consum més alt ha estat el dels antidepressius (81,5 DHD), seguit dels ansiolítics (41,3), els hipnòtics i sedants (23,0) i per últim, els antipsicòtics (15,5). Les DHD de tots aquests fàrmacs són més altes en la població més gran (especialment en els majors de 75 anys). S'ha observat que el consum d'ansiolítics i el d'hipnòtics i sedants continua baixant, sobretot en la població més consumidora d'aquests fàrmacs, que és la franja d'edat de més grans de 44 anys, possiblement degut, entre altres factors, a les

accions i les iniciatives dutes a terme en el marc del Consorci Sanitari de Barcelona des de fa un temps (formació, jornades, indicadors de seguiment i altres). L'ús dels antidepressius i els antipsicòtics ha augmentat en els darrers anys i continua creixent, especialment els antidepressius en els majors de 75 anys.

Quadre 9. Evolució de les dosis receptades de psicofàrmacs per habitant i dia, i per grup d'edat (dosi per 1.000 habitants i per dia). Barcelona, 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ansiolítics	47,3	47,6	46,4	44,7	43,1	41,3
0 - 14 anys	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8
15 - 44 anys	16,6	16	15,1	14,2	13,5	12,6
45 - 64 anys	63,6	63	60,8	58,1	55,4	52,7
65 - 74 anys	104,5	105,9	99,5	97	93,2	88,5
75 anys o més	123,7	125,3	125,2	119,6	116	111,8
Hipnòtics i sedants	24,9	25,1	24,7	24	23,5	23,0
0 - 14 anys	0	0	0	0	0,00	0,0
15 - 44 anys	4,7	4,6	4,4	4,3	4,1	4,2
45 - 64 anys	27,6	27,3	26,6	25,6	25,1	24,3
65 - 74 anys	61,3	62,1	58,4	56,4	54,8	52,7
75 anys o més	87,9	88,5	88,8	85,1	82,9	80,9
Antidepressius	76,2	77,8	78,9	79,3	80,3	81,5
0 - 14 anys	1,1	1,2	1,1	0,9	0,9	1,0
15 - 44 anys	32,2	32,3	32,1	31,7	31,4	32,0
45 - 64 anys	105,5	106,6	107,4	106,6	106,4	106,8
65 - 74 anys	145,9	149,9	145,6	147,3	148,9	147,8
75 anys o més	191,6	195,9	203,5	204,9	210,4	214,5
Antipsicòtics	13,9	14,6	15	15,2	15,5	15,51
0 - 14 anys	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3
15 - 44 anys	13,1	13,3	13,4	13,2	12,9	12,6
45 - 64 anys	21,2	22,6	23,5	24	24,6	25,0
65 - 74 anys	12,6	13,4	13,5	14,3	14,6	15,1
75 anys o més	15	16,2	17,3	17,7	18,7	18,7

Font: Datamart® Transversal, SIIS, CatSalut.

Nota: DHD: dosi/1.000 habitants/dia

Per a les quatre especialitats el consum és superior entre les dones, sobretot per als antidepressius. La magnitud d'aquestes diferències varia segons el districte de residència. La diferència més àmplia es troba en els antidepressius en el grup de les dones, amb una diferència de 76,1 DHD entre el

districte de Sant Martí, que té el valor més alt (295,5), i el de Sarrià-Sant Gervasi, amb el valor més baix (219,4). Aquestes diferències són similars a les d'altres anys. S'observa també en el grup dels homes una diferència de 38,8 DHD entre districtes, en què el valor més alt es troba a Gràcia (135,1) i el més baix correspon a Ciutat Vella (97,1) (Quadre 10).

Quadre 10. Consum de psicofàrmacs per població de 75 anys o més (dosi per 1.000 habitants i dia). Barcelona, 2017.

	Antipsicòtics		Antidepressius		Hipnòtics i sedants		Ansiolítics	
	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona
Ciutat Vella	14,5	20,3	97,1	226,1	50,5	94,0	71,8	121,2
Eixample	13,7	19,1	130,0	295,5	48,6	86,3	64,2	118,4
Sants-Montjuïc	11,4	19,2	129,6	268,0	63,5	92,3	91,1	149,2
Les Corts	15,9	20,3	108,7	247,2	54,6	106,9	73,9	132,5
Sarrià-Sant Gervasi	12,4	26,9	116,0	219,4	61,2	86,0	94,0	139,4
Gràcia	14,5	22,8	130,6	261,4	58,0	89,7	80,0	137,4
Horta-Guinardó	12,7	20,5	136,0	282,3	47,8	102,2	74,1	138,3
Nou Barris	16,7	27,1	126,6	292,3	54,4	107,0	67,5	138,6
Sant Andreu	12,9	18,6	115,2	271,1	51,0	103,6	60,1	132,2
Sant Martí	10,9	16,1	120,0	284,4	49,7	99,8	68,8	134,4

Font: Datamart® Transversal, SIIS, CatSalut.

Les accions en salut pública

Enguany, es destaca en aquest apartat una acció del camp de la vigilància de les plagues urbanes amb l'ús de noves tecnologies i la col·laboració ciutadana.

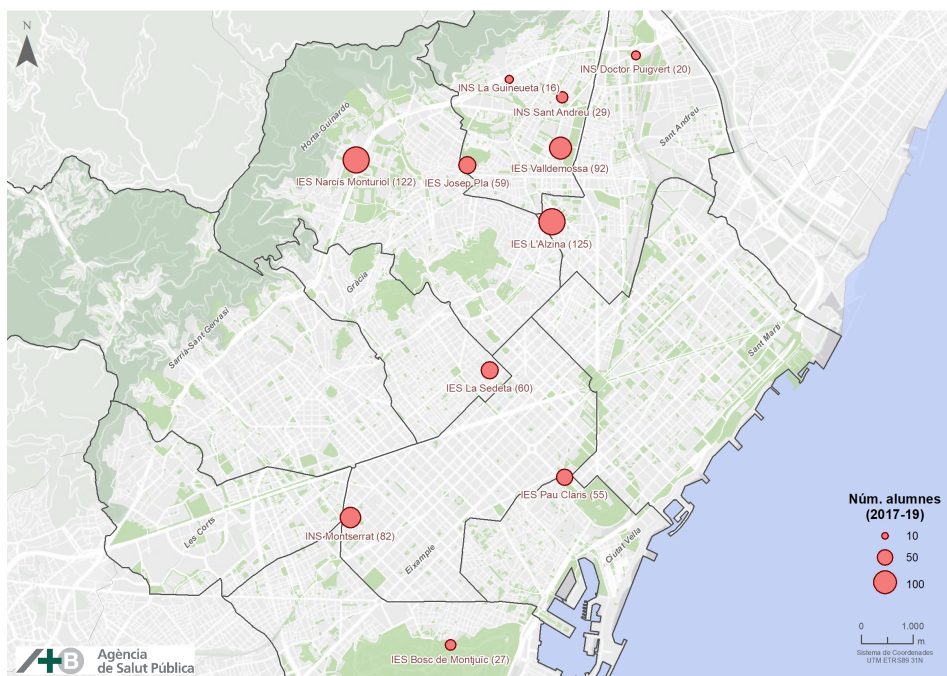
Tallers sobre mosquits: ciència ciutadana i gestió al servei de la salut pública

L'ASPB s'encarrega de vigilar i controlar les plagues urbanes, com ara la del mosquit tigre (*Aedes albopictus*). La seva activitat segueix diferents línies de treball, com és la vigilància de zones de risc, l'atenció a les incidències ciutadanes i la vigilància dels casos de malalties importades que poden representar un risc per a la salut de les persones. Des de fa anys s'ha incorporat al programa la col·laboració amb la ciutadania a través de l'app Mosquito Alert, de manera que els mateixos ciutadans aporten informació útil per a la gestió.

Amb l'objectiu d'acostar la intervenció al públic jove (estudiants d'educació secundària obligatòria) es duen a terme els tallers educatius sobre mosquits (Figura 7). La idea clau és capacitar els alumnes per utilitzar l'aplicació mòbil de manera que puguin enviar les dades de punts de cria o mosquits adults a l'ASPB i millorar així el programa de vigilància i control de mosquits.

La primera aplicació del projecte educatiu a la ciutat de Barcelona es va dur a terme el curs 2016/17, i actualment arriba a més de 400 alumnes amb la finalitat de conjugar el coneixement de la ciutadania amb la gestió dels mosquits.

Figura 7. Mapa de centres educatius participants i nombre d'alumnes. Barcelona, curs 2017 i 2018.



Font: Servei de Vigilància i Control de Plagues Urbanes. Agència de Salut Pública de Barcelona

El context físic

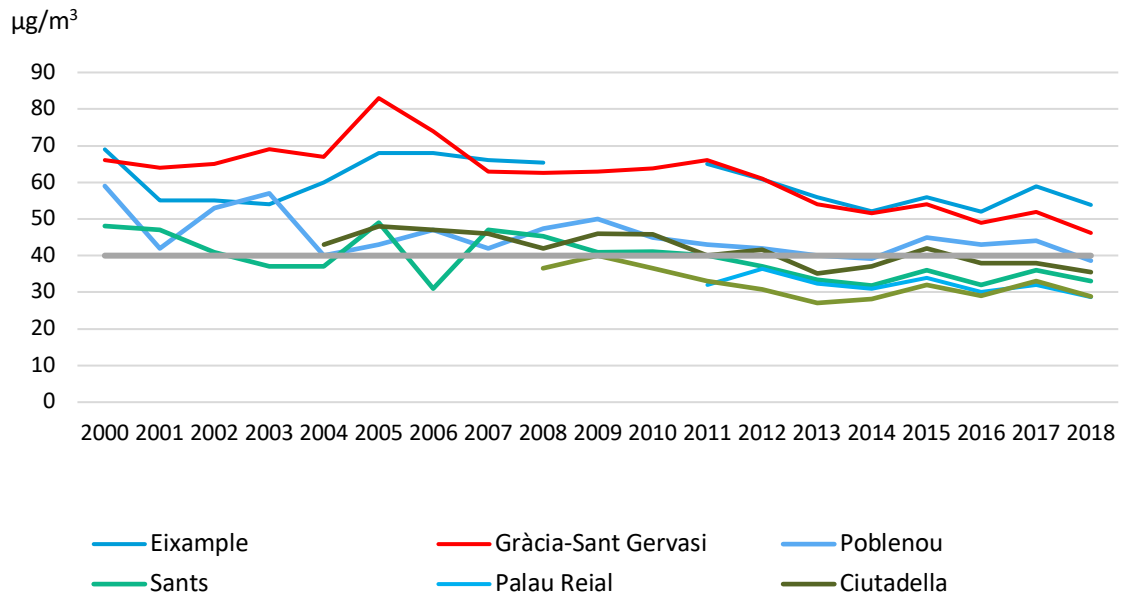
La qualitat de l'aire

L'avaluació de la qualitat de l'aire del 2018 constata que se segueixen superant a la ciutat els nivells de referència de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) per als contaminants NO₂, material particulat (PM₁₀ i PM_{2,5}), benzè, ozó i benzo(a)pirè, així com el valor límit anual de protecció de la salut per l'NO₂, establert a la directiva 2008/50/CE de la Unió Europea (UE).

La superació d'aquests nivells de referència a la ciutat es manté durant tot el període 2000-2018 (Figura 9), amb superacions sistemàtiques dels nivells anuals per aquests contaminants, especialment per al NO₂ i les partícules en suspensió (PM₁₀ i PM_{2,5}). Durant l'any 2018 s'han seguit superant de mitjana a les estacions de trànsit en un 20% (NO₂), en un 70% (PM_{2,5}) i en un 30% en el cas de les partícules PM₁₀. Aquestes superacions es relacionen amb efectes negatius en la salut de la població, així com amb mortalitat prematura (vegeu l'apartat de contaminació ambiental).

El model d'immissions, les dades de les estacions de mesurament fix de la xarxa de vigilància i previsió de la contaminació atmosfèrica a la ciutat i els estudis de control atmosfèric fets anualment amb la unitat mòbil de control atmosfèric permeten estimar la població exposada a aquests contaminants. S'estima que el 2018 un 48% de la població de la ciutat ha estat potencialment exposada al seu lloc de residència a nivells per sobre dels de referència de l'OMS en el cas del NO₂ (el 2017 era un 70%) i en un 95% en el cas de les partícules PM₁₀ (el 2017 era un 98%). Territorialment, els nivells anuals de NO₂ se superen en el 41% de la longitud lineal dels carrers de la ciutat i en un 88% en el cas de les PM₁₀. Per districtes, el de l'Eixample és el que presenta un percentatge amb més exposició potencial per sobre dels nivells de referència de l'OMS per aquests dos contaminants (Figura 8 i Figura 9).

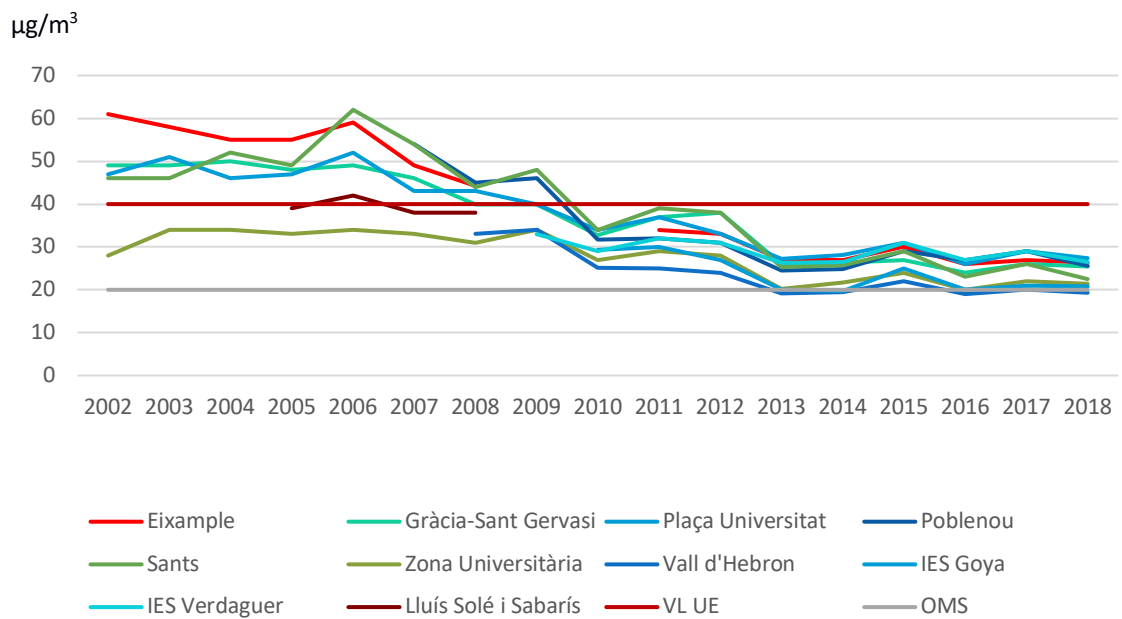
Figura 8. Evolució de la mitjana anual de NO₂ per estació de mesurament. Barcelona, 2009-2018.



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

Notes: Valor Límit UE i Nivell de referència OMS (VL UE/OMS) = 40 µg/m³

Figura 9. Evolució de la mitjana anual de PM₁₀ per estació de mesurament. Barcelona, 2009-2018.



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

Notes: Nivell de referència OMS = 20 µg/m³; valor límit UE = 40 µg/m³

La qualitat de l'aigua

Qualitat i garantia sanitària de l'aigua de consum de Barcelona

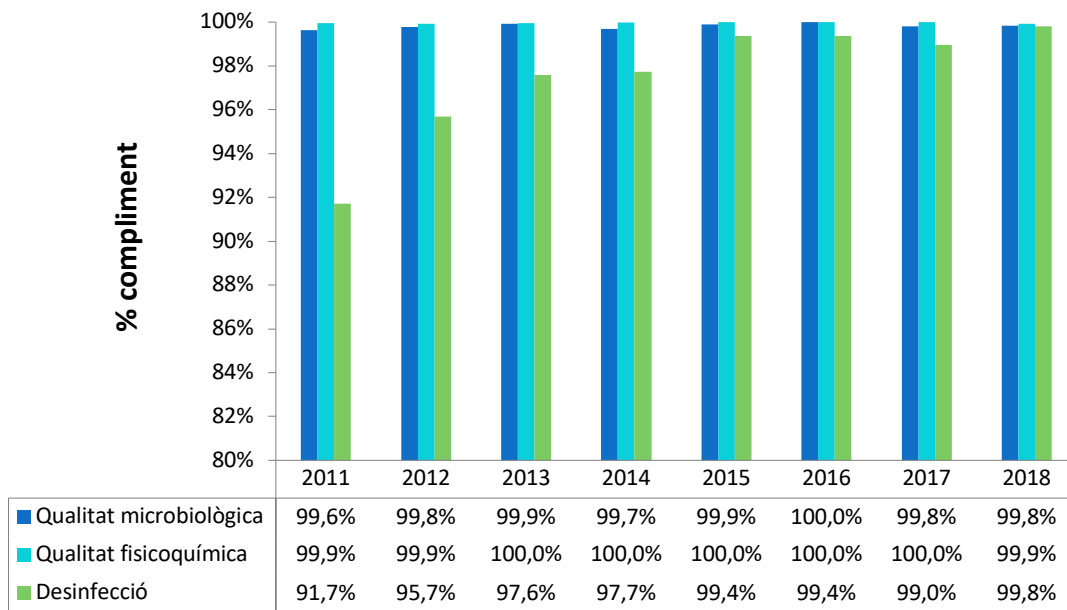
L'aigua és un recurs fonamental per a la vida i la salut de les persones, però sense un tractament i una protecció adequades pot arribar a ser una font de transmissió de microorganismes o substàncies que podrien ser perjudicials per a la salut. Els sistemes de subministrament d'aigua de consum disposen de diversos nivells de control que se superposen amb l'objectiu de garantir al màxim la innocuïtat i la garantia sanitària de l'aigua distribuïda. El primer nivell de control és el que fa l'entitat gestora del subministrament a Barcelona, i, paral·lelament, l'ASPB realitza també activitats de vigilància i control mitjançant inspeccions sanitàries i mostrejos i controls de verificació. Durant el 2018 s'han fet un total de 8.500 controls (2017: 8.172), dels quals, 2.592 són determinacions de paràmetres microbiològics a l'aigua, 4.137 determinacions de paràmetres fisicoquímics i 1.591 controls del desinfectant residual.

A la Figura 10 es mostra l'evolució temporal durant els darrers vuit anys del percentatge de compliment dels paràmetres fisicoquímics, microbiològics i els relatius a la desinfecció de l'aigua servida a la ciutat d'acord amb la normativa aplicable⁸ i a les guies de protecció de la salut elaborades per l'Organització Mundial de la Salut.⁹ Durant el 2018 el grau de compliment de les tres variables és pràcticament del 100%, i les incidències detectades, degudes a problemes concrets dels punts de mostreig, van ser seguides fins a la seva resolució. Els percentatges de compliment de la qualitat de l'aigua es mantenen força estables des de l'any 2013, moment en què s'assoleix pràcticament el 100%. En el cas de la desinfecció, a partir del 2015 van disminuir les incidències i el grau de compliment se situa també proper al 100% durant els últims quatre anys (Quadre 11).

⁸ Directiva 98/83/CE, relativa a la qualitat de les aigües destinades al consum humà. Reial decret 140/2003, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà i les seves modificacions.

⁹ Guidelines for drinking-water quality, 4th Edition, incorporating the 1st addendum. 2017. World Health Organization (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/drinking-water-quality-guidelines-4-including-1st-addendum/en/)

Figura 10. Percentatges de compliment¹ de paràmetres microbiològics, fisicoquímics i de la desinfecció de l'aigua de consum. Barcelona, 2011-2018.



Font: Elaboració pròpia a partir dels controls fets per Aigües de Barcelona i per l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota 1: Compliment es defineix com a nombre d'incidències sobre nombre de determinacions analítiques.

Al Quadre 11 es mostra un resum dels resultats obtingut el 2018 per una selecció dels paràmetres segons les tres zones de subministrament de la ciutat (zones B1, D i E). Novament s'observa el compliment dels límits normatius així com dels valors guia per a tots els paràmetres determinants. Tanmateix, les dades de l'última enquesta de salut feta per l'ASPB (2016) mostren que més de la meitat de la ciutadania (59,6%) beu habitualment aigua envasada. Les característiques organolèptiques de l'aigua, sobretot les relacionades amb el gust, com ara el contingut de clor, clorurs, sodi o el contingut en sals, influeixen en l'elecció de la ciutadania de Barcelona per beure aigua mineral envasada o aigua de l'aixeta. Molts d'aquests paràmetres (com ara clorurs, conductivitat, sodi, etc.) mostren resultats diferents segons les tres zones d'abastament, fet que evidencia que les característiques organolèptiques de l'aigua són diferents segons la zona geogràfica de la ciutat. Les zones de Barcelona amb valors més elevats d'aquests paràmetres (zona B1) són justament les zones on s'observa més consum d'aigua envasada (Font-Ribera, Cotta, Gómez-Gutiérrez & Villanueva, 2017).

Quadre 11. Paràmetres de qualitat de l'aigua recollida en punts aleatoris de la xarxa de distribució de l'aigua de consum de les tres zones d'abastament de la ciutat. Barcelona, 2018

	Límit normatiu (1)	Guia OMS (2)	Zona B1	Zona D	Zona E
Amoni (mg/l) (n=44)	0,50	-	<0,1	<0,1	<0,1
Alumini (µg/l) (n=20)	200	-	<20	<20 - 74	35 - 51
Arsènic (µg/l) (n=20)	10	10	<1	<1 - 1,1	<1 - 1,7
Benzè (µg/l) (n=20)	1,0	10	<0,5	<0,5	<0,5
Benzo(a)pirè (µg/l) (n=20)	0,010	0,7	<0,005	<0,005	<0,005
Clorurs (mg/l) (n=20)	250	-	75 - 249	24 - 242	28 - 39
Conductivitat (µS/cm) (n=20)	2.500	-	673 - 1.311	367 - 1.276	365 - 435
<i>Escherichia coli</i> (ufc/100mL) (n=20)	0	0	<1	<1	<1
Enterococ (ufc/100mL) (n=20)	0	0	<1	<1	<1
Mercuri (µg/l) (n=20)	1,0	6	<0,2	<0,2	<0,2
Nitrat (mg/l) (n=20)	50	50	5,7 - 15,0	<4 - 15,1	<4 - 10,7
Plom (µg/l) (n=20)	10	10	<1 - 2,5	<1 - 5,0	<1 - 3,3
Sodi (mg/l) (n=20)	200	-	44 - 156	19 - 152	17 - 61
Trihalometans (µg/l) (n=20)	100		36 - 105	11 - 87	36 - 52
<i>Bromoform</i>		100	16,1 - 62,8	<2 - 53,5	<2 - 2,2
<i>Bromodiolclorometà</i>		60	<2 - 9,1	<2 - 17	8,1 - 12,8
<i>Cloroform</i>		300	<2 - 8,9	<2 - 27,6	19,4 - 35,7
<i>Dibromoclorometà</i>		100	6,1 - 31,5	<2 - 32,9	<2 - 6,3

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

n: nombre de mostres.

Nota:

Zona	Origen majoritari aigua	Distribució geogràfica
Zona B1	Llobregat	Part del districte de Sants Montjuïc (~ 18% consum)
Zona E	Ter	Part dels districtes de Nou Barris i Sant Andreu (~ 12% consum)
Zona D	Llobregat + Ter	Reste de la ciutat (~ 71% consum)

El plom i l'aigua de consum

El plom és un metall tòxic amb múltiples efectes negatius sobre la salut. Els infants són especialment vulnerables a aquest metall, atesa l'evidència que poden patir efectes neurològics negatius, fins i tot amb concentracions ambientals baixes (Lanphear *et al.*, 2005). El límit actual de plom a l'aigua és de 10 µg/l, però la revisió feta a la directiva europea sobre aigües de consum probablement el reduirà a

5 µg/l.¹⁰ El plom entra a l'aigua de consum per cessió de les canonades i la seva ocurrència a l'aigua de consum de Barcelona està bàsicament provocada per la cessió des de les instal·lacions interiors dels edificis antics on encara existeixen canonades de plom. L'ASPB fa controls de plom d'ofici a les aixetes de les llars d'infants, escoles i centres educatius de la ciutat, i sota sol·licitud, als habitatges particulars de la ciutadania. Durant el 2018 s'han fet 143 controls a les aixetes d'escoles/centres educatius (66%) i habitatges particulars (33%). A l'11,9% dels controls la concentració de plom a l'aigua ha superat el llindar dels 10 µg/l (16%, en relació amb la proposta de nou llindar de 5 µg/l), de manera que és la incidència més freqüent que es troba en la qualitat de l'aigua a les aixetes domiciliàries. No es va detectar cap superació en escoles i centres educatius, i tots els incompliments van ser d'habitatges particulars. Cal que els propietaris dels edificis i habitatges antics siguin conscients que cal substituir qualsevol tram de plom de les canonades antigues, ja que aquest metall pot causar efectes negatius sobre la salut.

La contaminació acústica

Segons les dades del mapa estratègic de soroll de Barcelona de 2017, el 56% de la ciutadania està exposada a nivells de soroll que superen el límit recomanat per l'OMS durant el dia, que és de 55dB(A). La contaminació acústica durant la nit és encara més problemàtica, a la ciutat, quan el 70% de la ciutadania s'exposa a nivells superiors al màxim recomanat de 40dB(A).

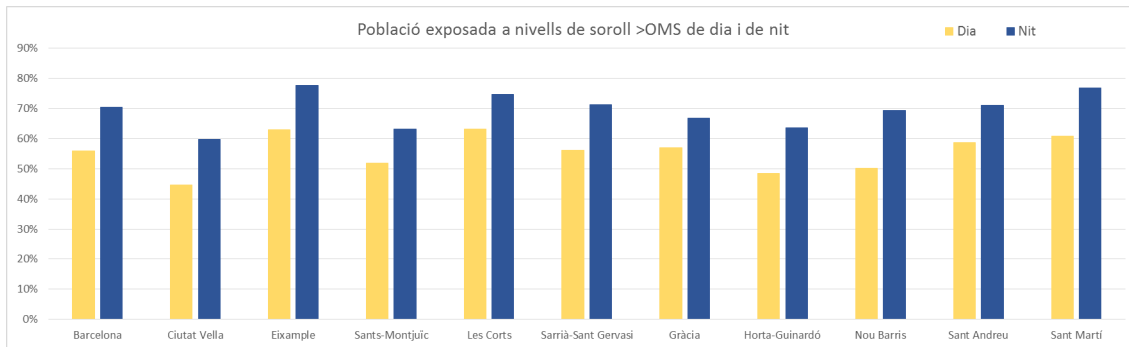
La prevalença d'exposició varia en funció del districte (Figura 11). Durant el dia, la població exposada a nivells superiors als recomanats varia entre el 63% a l'Eixample i a les Corts i el 45% a Ciutat Vella. A tots els districtes, la majoria de la població s'exposa a nivells nocturns de soroll per sobre dels recomanats, de manera que el màxim es troba a l'Eixample (78%), i el mínim, a Ciutat Vella (60%). Aquestes dades s'expliquen pel fet que el trànsit és la font principal de soroll a la ciutat tant de dia com de nit, molt per sobre d'altres fonts de soroll, com l'oci nocturn.

És interessant la comparació d'aquestes dades de població exposada amb les de percepció del soroll. Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona del 2016, el 48% de la ciutadania declarava que estava d'acord o molt d'acord que al seu barri hi havia molt soroll, amb els màxims a Ciutat Vella (76%) i l'Eixample (69%).¹¹ Ciutat Vella lidera la percepció de districte molt sorollós, alhora que té el mínim de població exposada al soroll total de dia i de nit i el màxim de població exposada al soroll de l'oci nocturn (el 21% versus el 5% de mitjana de la ciutat). Aquestes dades indiquen que la percepció de soroll a Barcelona va molt lligada a l'oci nocturn (més problemàtic a Ciutat Vella), mentre que la font principal de soroll total és el trànsit (més problemàtic a l'Eixample).

¹⁰ Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the quality of water intended for human consumption. COM/2017/0753 final – 2017/0332 (COD).
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1519210589057&uri=CELEX:52017PC0753>

¹¹ La salut a Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2017

Figura 11. Població exposada a nivells de soroll per sobre dels recomanats per l'OMS durant el dia i durant la nit. Barcelona, 2017.



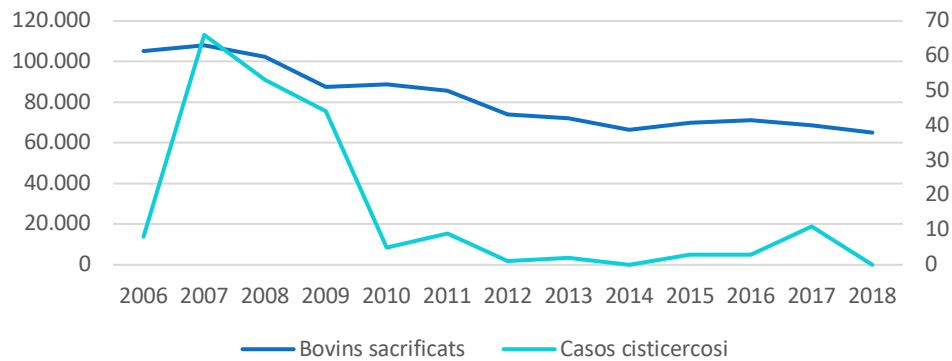
Font: Mapa estratègic de soroll de Barcelona. Ajuntament de Barcelona
El límit recomanat per l'OMS és de 55dB(A) durant el dia i 40dB(A) durant la nit.

La seguretat alimentària

La cisticercosi bovina està causada pel *Cysticercus bovis*, la forma larvària de la *Taenia saginata*. L'hoste intermediari és el boví, i el definitiu, l'humà. És una zoonosi que es contrau en ingerir carn de boví poc cuïta o crua amb cisticercs viables, els quals arriben a l'intestí prim, on es desenvolupa la forma adulta i provoca la teniasi humana. Durant la inspecció dels bovins a l'escorxador es fan de manera sistemàtica exàmens visuals, palpacions i incisions de diversos teixits musculars per tal de detectar-la. Malgrat que es tracta d'una zoonosi poc rellevant des del punt de vista de la salut pública (poc freqüent i generalment asimptomàtica i de fàcil tractament amb antihelmíntics), l'impacte econòmic és important, en el sector boví (Laranjo-González *et al.*, 2018).

La detecció d'aquest paràsit en la inspecció *post mortem* ha sofert un descens progressiu aquests darrers anys, atribuïble en bona mesura a les actuacions dutes a terme a les granges a partir dels casos positius detectats als escorxadors. Les inspeccions sistemàtiques realitzades sobre 65.067 bovins durant el 2018 no van detectar cap animal infestat per aquest paràsit, en la línia de la prevalença detectada des del 2010 (entre un 0 i un 0,16‰) i molt per sota del pic detectat en l'interval dels anys 2007-2009 (entre un 0,5 i un 0,6‰) (Figura 12).

Figura 12. Nombre de bovins i casos de cisticercosi detectats en bovins sacrificats a l'escorxador de Mercabarna. Barcelona, 2006-2018.



Font: Registre de notificacions de cisticercosi dels serveis veterinaris oficials de l'escorxador de Mercabarna. Direcció de Seguretat Alimentària, Agència de Salut Pública de Barcelona

La investigació de triquina es realitza sobre el 100% dels equins sacrificats. Els cavalls, malgrat que són animals herbívors, també poden infestar-se amb triquina. Per aquest motiu, la carn de cavall i altres equins, de la mateixa manera que passa amb la carn de porc, ha de ser sotmesa a un control de triquines abans de lliurar-la al consum humà. Durant el 2018 es va fer un control de triquina a un total de 1.552 equins sacrificats a l'escorxador de Mercabarna, i no es va detectar cap animal infestat.

Resultats en salut

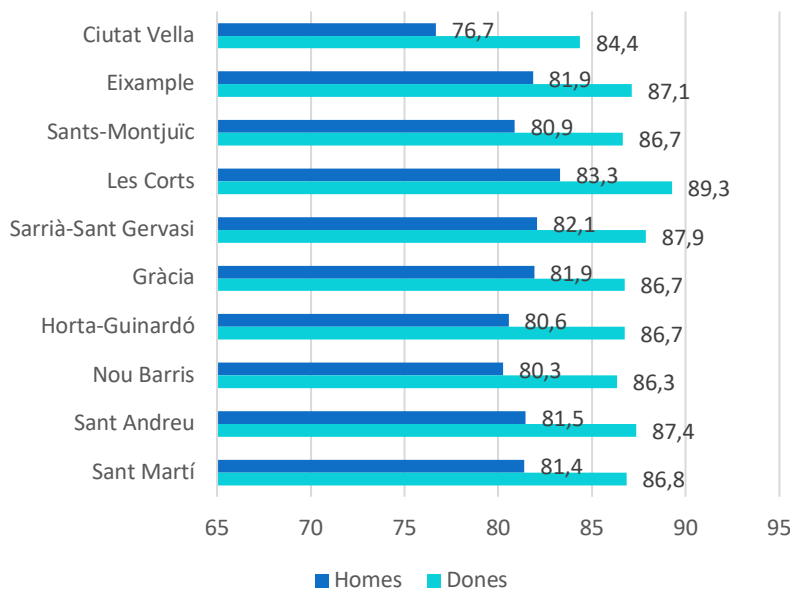
L'esperança de vida

Segons el Registre de Mortalitat de la ciutat de Barcelona, l'any 2017 l'esperança de vida va ser de 80,7 anys per als homes i de 86,7 anys per a les dones (2016: 81,2 en homes i 86,9 en dones), fet que suposa una reducció de 0,6 i 0,2 anys en homes i en dones (el 0,8 i el 0,4%, respectivament).

Aquestes xifres situen l'esperança de vida de les persones residents a Barcelona en la línia de les xifres de Catalunya (80,7 i 86,2 anys, respectivament) i de l'estat espanyol (80,6 i 86,1 anys).

L'esperança de vida a la ciutat de Barcelona presenta desigualtats entre els seus districtes i barris. A la Figura 13 es mostren les diferències en aquest indicador als districtes de la ciutat segons sexe. En homes, les Corts i Sarrià-Sant Gervasi van ser els districtes amb una esperança de vida més elevada, mentre que Ciutat Vella i Nou Barris van presentar la més baixa. En les dones s'observa el mateix patró: els districtes de les Corts i Sarrià-Sant Gervasi van ser els que van presentar l'esperança de vida més alta, i Ciutat Vella la més baixa. A l'apartat de les desigualtats en salut d'aquest informe s'analitzen les desigualtats socioeconòmiques en l'esperança de vida.

Figura 13. Esperança de vida en néixer segons sexe i districte de residència. Barcelona, 2017.



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

Nota: Des de l'any 2016 el Registre de Mortalitat de Barcelona inclou les defuncions de persones residents a Barcelona produïdes fora de Catalunya, així com aquelles defuncions judicials que segons el Registre de Mortalitat Judicial de l'ASPB eren residents a Barcelona, encara que no figurin com a tal al Registre de Mortalitat de Catalunya. Exclou les defuncions en què s'ha indicat Barcelona com a municipi de residència, però en georeferenciar l'adreça postal es comprova que pertanyen a un altre municipi. Tot i que aquests canvis afecten un nombre petit de defuncions, podria explicar alguns canvis en les tendències de les dades; en tot cas, farien baixar l'esperança de vida, i no és el cas.

La salut laboral

Les lesions per accident de treball

L'any 2018 es van produir 32.238 lesions per accident de treball amb baixa, de les quals 176 van ser greus i 23 mortals. En relació amb l'any 2017 hi va haver una disminució del 17,4% de les lesions greus similar a la que es va observar el 2017 en relació al 2016. En canvi, les lesions mortals, que el 2017 havien disminuït respecte de 2016 (havien passat de 31 a 15), van tornar a augmentar el 2018, tot i que en menor mesura (van passar de 15 a 23). El 57,6% de les persones lesionades van ser homes, que van patir més freqüentment les lesions més greus (74,4% de les greus i 95,7% de les mortals). L'evolució en relació amb l'any 2017 també va ser més desfavorable per als homes, en què destaca l'augment de les lesions mortals, que van passar de 12 a 22 (

Quadre 12). Pel que fa a la incidència,¹² va seguir la mateixa evolució que el nombre: disminució de les lesions greus (19,8% menys) d'una magnitud similar al descens de 2016 a 2017 i augment de les mortals, tot i que inferior al de l'any anterior (3,5 × 100.000 persones afiliades el 2016, 1,6 el 2017 i 2,4 el 2018). Al

Quadre 12 s'observa el nombre, la incidència i la variació d'ambdós indicadors en relació amb el 2017.

Les lesions de més gravetat (greus i mortals) més freqüents van ser les degudes a accidents *in itinere*, sobretot en les dones (71,1% de les greus i l'única mortal). En els homes cal destacar també les lesions greus per accidents traumàtics en jornada laboral (40,5%) (Quadre A 4 de l'annex).

Quadre 12. Lesions per accident de treball amb baixa. Nombre, incidència i variació respecte de 2017, segons gravetat. Barcelona, 2018.

	Nombre		Variació 2017-2018 (%)		Incidència*	Variació 2017-2018 (%)
	Homes	Dones	Homes	Dones		Total
Lleus	18.414	13.625	1,8	0,7	3.343,4	-1,6
Greus	131	45	-12,1	-29,7	18,4	-19,8
Mortals	22	1	83,3	-66,7	2,4	48,8
TOTAL	18.567	13.671	1,8	0,6	3.364,2	-1,7

*Taxa per 100.000 persones afiliades

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya i Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

¹² El denominador de la incidència és el nombre de persones afiliades al Règim General de la Seguretat Social (mitjana anual). No es disposa de dades separades per sexe, per la qual cosa no es poden calcular les incidències d'homes i dones.

Les malalties professionals

L'any 2018 es van declarar 704 malalties professionals (regulades al reial decret 1299/2006), de les quals el 45,5% han cursat amb baixa. La incidència¹² ha estat de 73,5 per 100.000 persones afiliades (33,4 malalties professionals amb baixa per 100.000 i 40,1 malalties professionals sense baixa per 100.000). A diferència dels darrers anys, el 2018 hi ha hagut un augment del nombre i la incidència de malalties professionals (el 2017 en van ser 550, amb una incidència de 59,1 × 100.000 persones afiliades). Així com l'any anterior s'observava una evolució diferent segons si es tractava de malalties professionals amb baixa o sense baixa (van disminuir les malalties professionals amb baixa i van augmentar les malalties professionals sense baixa), el 2018 han augmentat els dos tipus de malalties professionals, sobretot les malalties professionals sense baixa que van passar de 271 a 384 i d'una incidència de 29,1 a 40,1 × 100.000 persones afiliades. Les dones han tingut més malalties professionals que els homes (252 els homes i 452 les dones).

Les malalties professionals amb baixa més freqüents van ser les malalties per fatiga de beines tendinoses en ambdós sexes (62,2% de les ocorregudes en homes i 36,3% en dones). Enguany, a més, destaquen en les dones les malalties per agents biològics (29,9%) (Quadre A 5 de l'annex).

Les malalties relacionades amb el treball

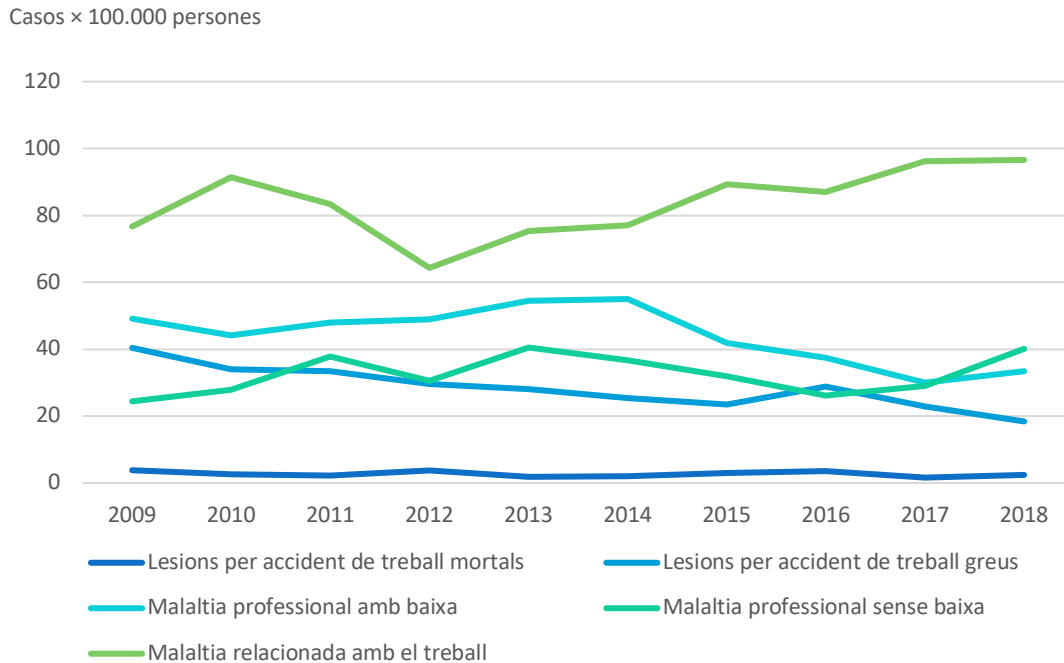
El nombre de casos i la incidència¹³ de trastorns de salut relacionats amb el treball que van notificar els Centres d'Atenció Primària a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona el 2018 han estat molt similars el 2017 (611 casos el 2017 i 613 el 2018, mentre que les incidències respectives van ser de 96,2 i 96,6 × 100.000 persones assalariades). Les malalties relacionades amb el treball han estat més freqüents en les dones (se n'han notificat 215 en homes i 398 en dones) (Quadre A 6 de l'annex).

Com en anys anteriors, els trastorns mentals i del comportament (fonamentalment de tipus ansiós i depressiu) han estat els més freqüents (65,6% dels casos masculins i 75,9%, dels femenins), seguits dels musculoesquelètics (20,0% en homes i 14,6% en dones) (Quadre A 6).

A la Figura 14 s'observa l'evolució de la incidència dels tres indicadors de salut analitzats en aquest apartat.

¹³ El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de malalties relacionades amb el treball notificades en persones assalariades, respecte de la mitjana anual de persones assalariades, segons l'Enquesta de Població Activa.

Figura 14. 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, 2009-2018



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

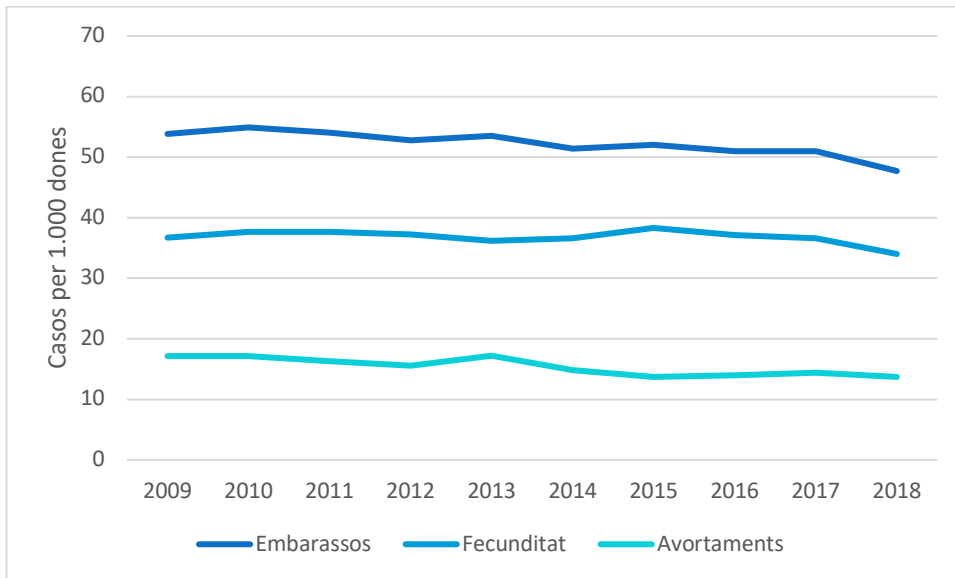
Nota: unitats per cada 100.000 persones ocupades donades d'alta al Règim General de la Seguretat Social en el cas de malalties professionals i lesions mortals greus, i unitats per cada 10.000 persones ocupades en el cas de les malalties relacionades amb el treball. No es disposa de denominadors separats per sexe, per la qual cosa no es poden calcular les incidències segons el sexe.

La salut sexual i reproductiva

L'any 2018 es van produir 18.466 embarassos en dones en edat fèrtil (taxa de 47,7 embarassos per 1.000 dones de 15 a 49 anys, el 2017 era de 51), dels quals 13.172 (71,5%) van ser naixements (taxa de 34 naixements per 1.000 dones) i 5.249 (28,6%) van ser avortaments (taxa de 13,7 per 1.000 dones). El percentatge d'avortament de tots els embarassos mostra un patró lligat a l'edat, ja que en les dones adolescents el 72,2% dels embarassos acaben en avortament, mentre en les dones de 45 a 49 anys representa el 15%.

Des del 2003, els avortaments mostren una evolució força estable. Els embarassos s'estabilitzen en els dos darrers anys i la fecunditat mostra una reducció aquest darrer any (Figura 15).

Figura 15. Evolució de la fecunditat, els avortaments i els embarassos en dones en edat fèrtil. Barcelona, 2009-2018.

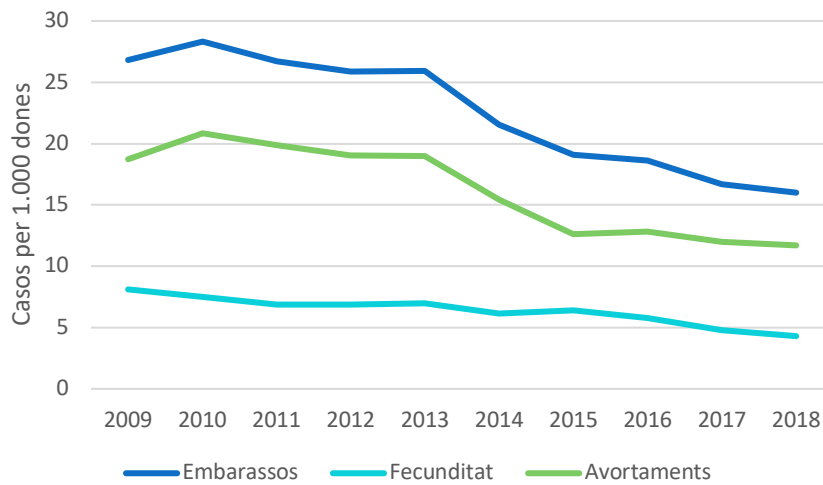


Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya i el registre d'Interrupció Voluntària de l'Embaràs del Departament de Salut. Serveis de Sistemes d'Informació Sanitària, Agència de Salut Pública de Barcelona.

L'any 2018 s'han produït 529 embarassos en dones adolescents (taxa de 16 per 1.000), vuit menys que l'any 2017 (una taxa el 2017 de 16,7). D'aquests, 143 van donar lloc a un naixement (taxa de 4,3 per 1.000 en dones adolescents, el 2017 era de 4,8) i 382 van acabar en un avortament (taxa de 11,7 per 1.000 en dones adolescents, el 2017 era de 12). Des de l'any 2013 s'observa un descens mantingut tant dels embarassos com dels avortaments en les dones adolescents (Figura 16).

En les dones adolescents, el 72,2% dels embarassos van acabar en avortament. En les dones originàries de països de rendes baixes, el 63% dels embarassos van acabar en avortament, mentre que aquest percentatge va ser del 77% en les dones originàries de l'estat espanyol.

Figura 16. Evolució de la fecunditat, els avortaments i els embarassos en dones de 15 a 19 anys. Barcelona, 2009-2018



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya i el registre d'Interrupció Voluntària de l'Embaràs del Departament de Salut. Serveis de Sistemes d'Informació Sanitària, Agència de Salut Pública de Barcelona.

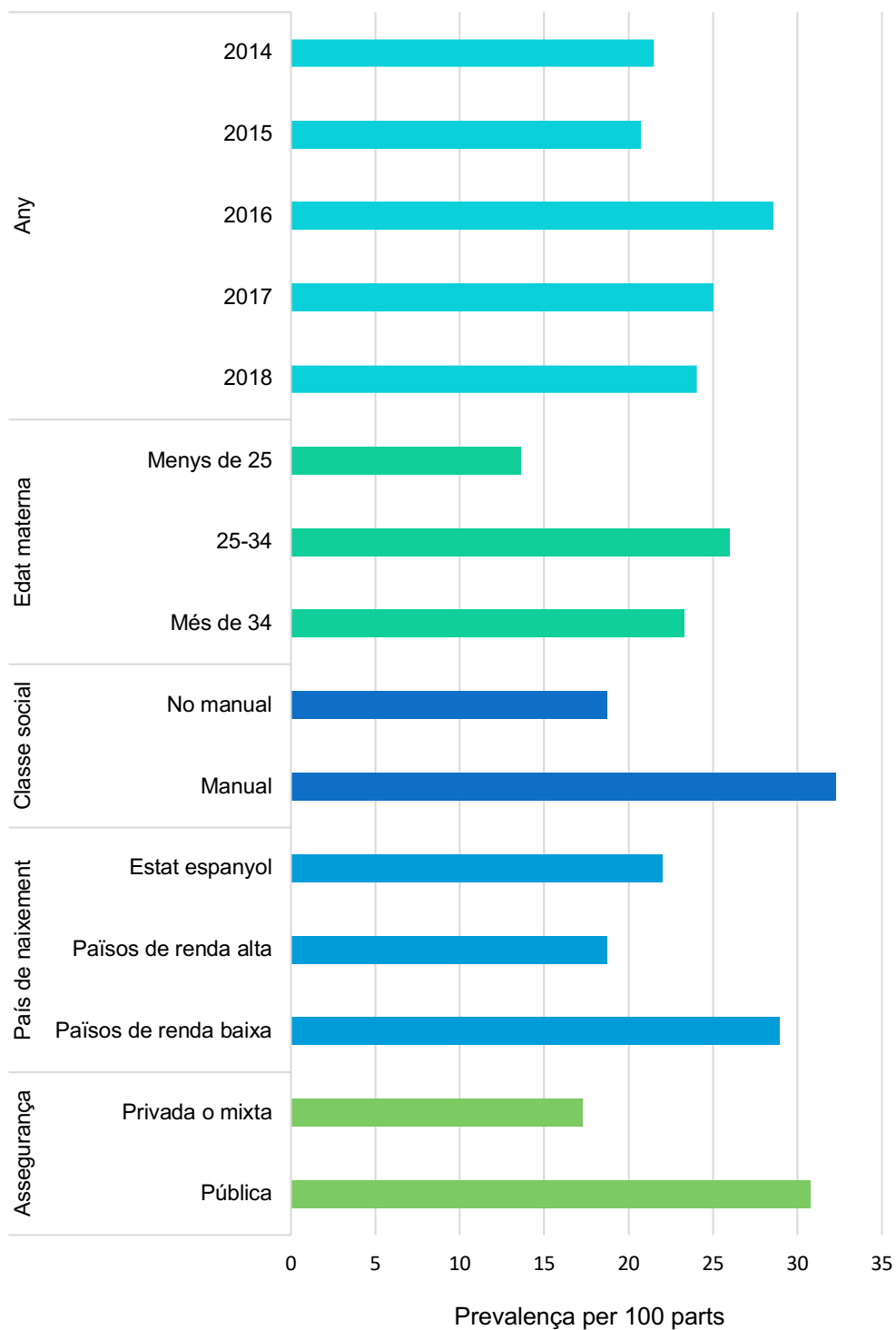
Obesitat i sobrepès abans de l'embaràs

El sobrepès i l'obesitat abans i durant l'embaràs contribueix a l'augment de la morbiditat i la mortalitat materna amb afectacions com el tromboembolisme, la diabetis gestacional, la preeclàmpsia, l'hemorràgia postpart, les infeccions de ferides i el part per cesària. En els fetus hi ha un risc més elevat d'anomalies congènites, mort fetal i mort neonatal. L'augment adequat de pes matern protegeix la salut de la dona i del fetus.

Segons l'enquesta de salut maternoinfantil de la ciutat de Barcelona de l'any 2018, el 17% de les dones tenien sobrepès i el 7% tenien obesitat abans de l'embaràs. Un 55% de les dones que tenien sobrepès abans de l'embaràs van tenir un guany de pes per sobre de l'adequat durant l'embaràs. Aquesta proporció és més alta que en les dones sense sobrepès, en les quals el guany de pes per sobre de l'adequat es va produir en el 23% de les dones.

Hi ha desigualtats socials en les dones amb sobrepès abans de l'embaràs, de manera que en les dones de nivell socioeconòmic més baix la prevalença de sobrepès és més elevada (Figura 17).

Figura 17. Prevalença de sobrepès en dones abans de l'embaràs segons característiques de la dona i tipus d'assegurança. Barcelona, 2014-2018.



Font: Enquesta de salut maternoinfantil. Servei d'Informació en Salut, Agència de Salut Pública de Barcelona

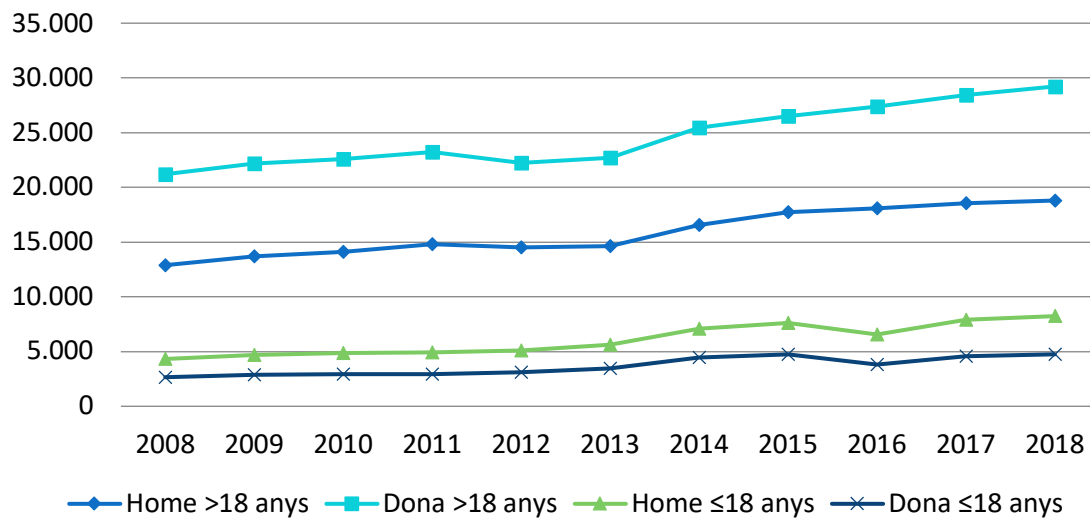
La salut mental i les addiccions

L'atenció a la salut mental en els serveis sanitaris

L'any 2018 s'han atès 48.017 persones als centres de salut mental d'adults (2017: 47.011) i 12.974 als centres de salut mental infantil i juvenil (2017: 12.493). La Figura 18 mostra la tendència de la població que ha estat atesa als centres de salut mental durant el període 2009-2018, amb un increment del 71,9% en les persones menors de 18 anys i d'un 33,9% en les adultes. La majoria de les persones que han estat ateses als centres de salut mental infantil i juvenil eren homes (63,5%), mentre que als centres de salut mental d'adults eren dones (60,8%).

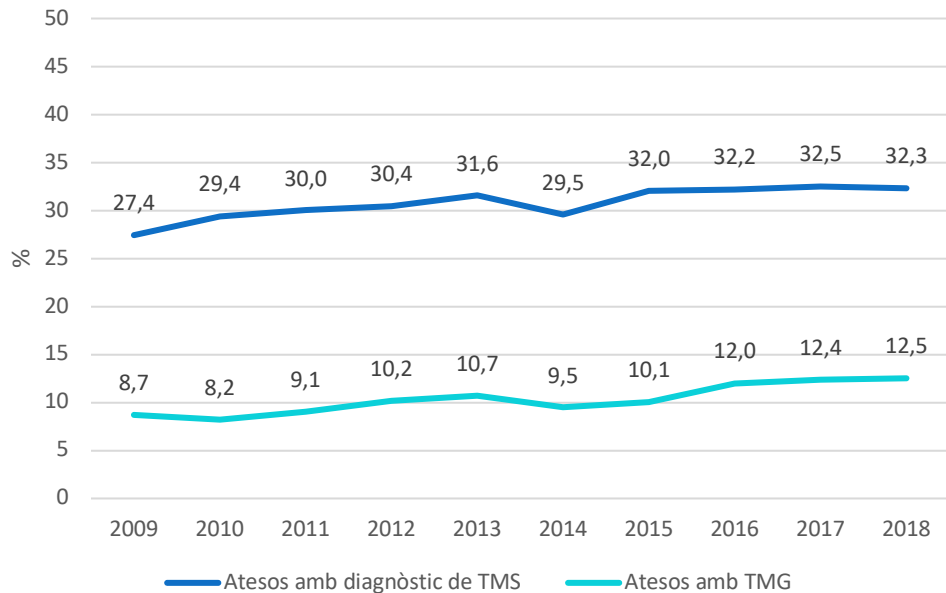
A la Figura 19 s'observa l'evolució, en percentatge, de l'atenció a les persones amb trastorns mentals greus i severos del conjunt de persones ateses. En les persones adultes, del 22,8% amb trastorns greus atesos el 2008 s'ha arribat al 32,3% el 2018. En la població infantil i juvenil, del 6,7% d'infants i joves amb trastorns greus atesos el 2008 s'ha arribat al 12,5% el 2018. Aquest increment es deu en part a l'augment de la detecció precoç i el treball conjunt en el marc del nou model de salut mental en l'atenció primària.

Figura 18. Població atesa als centres de salut mental segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2009-2018.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) de salut mental. CatSalut.

Figura 19. Percentatge de persones amb diagnòstic de trastorn mental sever (TMS) en adults i trastorn mental greu (TMG) en població infantil i juvenil del total atesos als CSMA i CSMIJ. Barcelona, 2009-2018.



Font: Conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) de salut mental. CatSalut.

Nota: CSMA: Centres de Salut Mental d'Adults; CSMIJ: Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil.

Els trastorns de salut mental relacionats amb el treball

L'any 2018 els Centres d'Atenció Primària de Barcelona han notificat 443 trastorns de salut mental (majoritàriament de tipus ansiós i depressiu) relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, un menys que l'any 2017. L'evolució ha estat diferent segons el sexe: ha disminuït en els homes tant el nombre com la incidència¹⁴ (han passat de 162 casos a 141 i de 53,0 a 44,8 per 100.000 assalariats) i han augmentat en les dones també en nombre i incidència (de 282 casos a 302 i de 86,4 a 95,1 per 100.000 assalariades) (Figura 20).

L'edat mitjana ha estat de 44,3 anys, sense diferències entre sexes. El 26,1% dels homes i el 31,5% de les dones havien nascut fora de l'estat espanyol, sobretot en països sud-americans (11,4 i 14,3%, homes i dones, respectivament).

D'entre els casos notificats, les ocupacions més freqüents han estat personal de serveis i comerç i professionals de la ciència i intel·lectuals (21,6 i 20,9% d'una i altra ocupació en el cas dels homes i 28,9 i 22,1% en el cas de les dones en les mateixes ocupacions, respectivament).

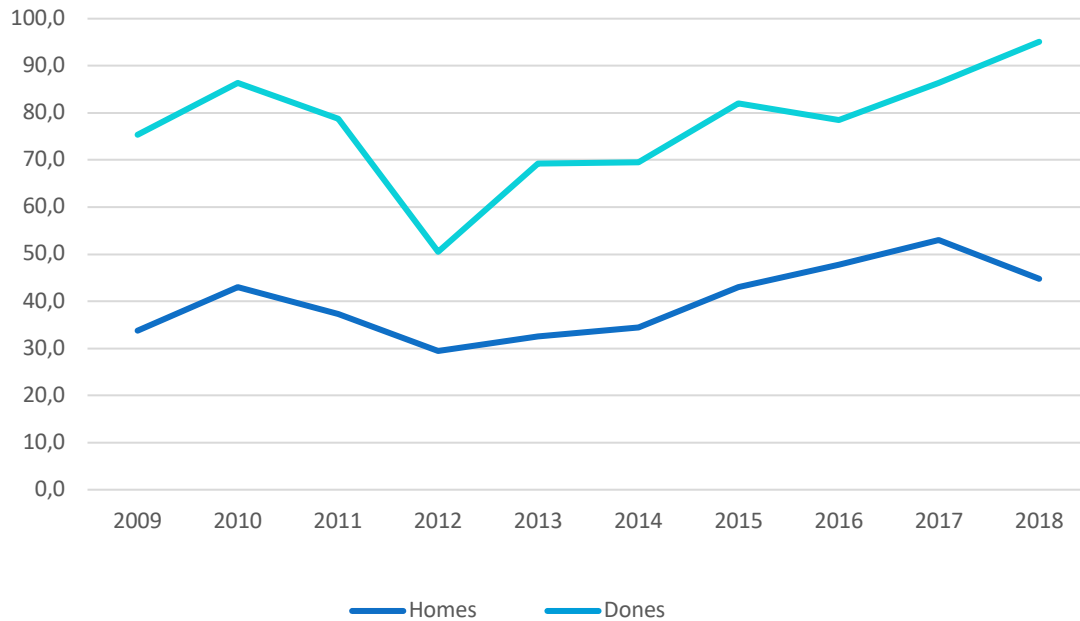
Pel que fa a l'activitat econòmica, la que ha aportat més casos ha estat el comerç al major i al detall, reparació de vehicles en ambdós sexes (23,3% del casos masculins i 22,9% dels femenins), seguida de les activitats administratives també en ambdós sexes (13,5% en els homes i 12,3% en les dones), que

¹⁴ El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de trastorns mentals notificats en persones assalariades respecte de la mitjana anual de persones assalariades, segons l'Enquesta de Població Activa. Els nombres absoluts es refereixen a tots els casos notificats.

en el cas de les dones ha tingut el mateix nombre de casos que les activitats sanitàries i de serveis socials (12,3%).

El factor de risc més freqüentment implicat en els casos estudiats ha estat la manca de suport dels superiors (51,1% en els casos masculins i 51,3% en els femenins), seguit de les elevades exigències psicològiques, l'elevat volum de feina i la pressió de temps (22,7% homes, 16,8% dones).

Figura 20. Evolució de la incidència dels trastorns de salut mental relacionats amb el treball notificats pels CAPs a l'ASPB, segons el sexe. Barcelona, 2009-2018.



Font: Servei d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Agència de Salut Pública de Barcelona

Les addiccions

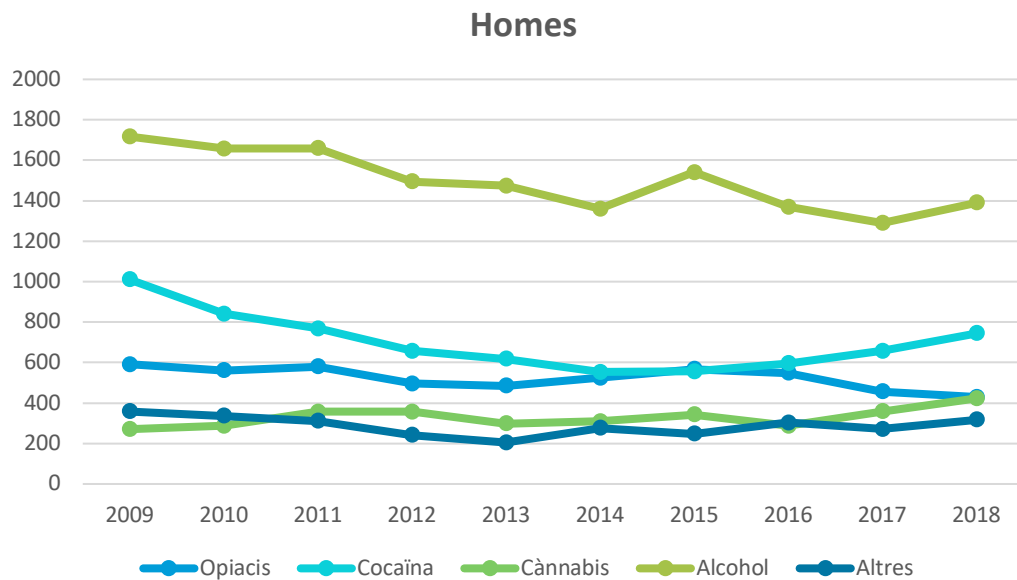
L'any 2018 4.479 persones van iniciar tractament (3.307 homes i 1.172 dones) als centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) de la xarxa pública de Barcelona.¹⁵ Aquest nombre suposa un increment del 10,2% respecte de l'any 2017 (4.062). Aproximadament el 26% dels inicis de tractament s'han produït en dones, xifra que s'ha mantingut constant des de l'any 2007. L'alcohol ha estat la substància que més inicis per consum de substàncies addictives ha causat (42,1% en els homes i 49,7% en les dones l'any 2018), seguit de la cocaïna (22,5% en els homes i 15,3% en les dones l'any 2018). Des de l'any 2015 s'ha observat una disminució dels inicis de tractament per consum d'heroïna i altres opiacis, i un lleuger augment d'inicis de tractament per consum de cocaïna, cànnabis i també de l'alcohol (1.391 inicis de tractament, el 2017 n'eren 1.290, un increment del 7,8%) (Figura 41).

15 (CAS Baluard, Lluís Companys, Barceloneta, CECAS, Unitat d'addiccions de l'Hospital Clínic, Sants, les Corts, Sarrià, Gràcia, Unitat de Psiquiatria Clínica de l'Hospital Sant Pau, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Nou Barris, Garbívent i Fòrum.

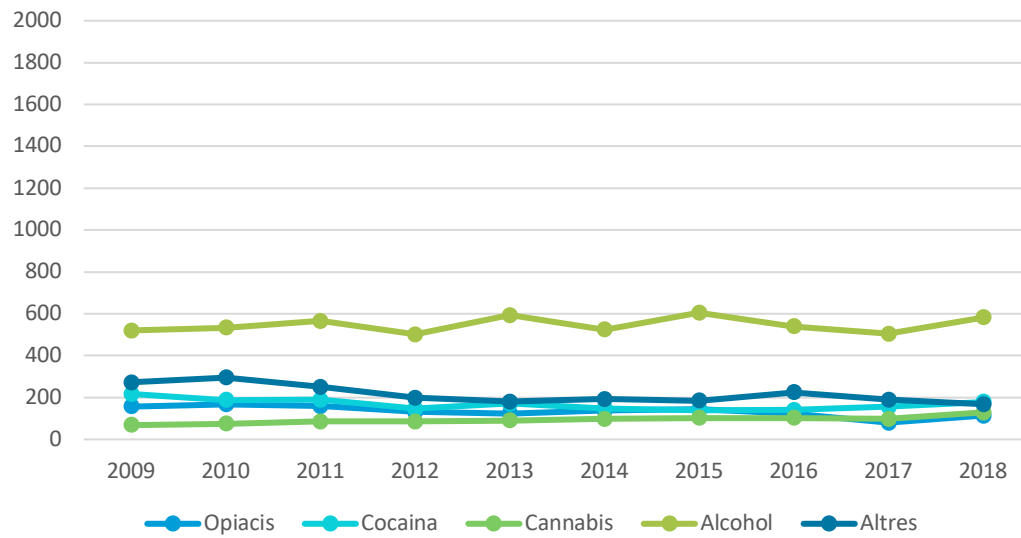
El percentatge d'inicis de tractament dels CAS de gestió municipal (CAS Garbivent, Nou Barris, Sarrià, Sants, Horta-Guinardó i Baluard) corresponen aproximadament al 50% dels inicis de tractament de tota la xarxa pública de Barcelona. La tipologia de substàncies ha sigut molt semblant a la de la resta de la xarxa pública de tota la ciutat. L'any 2018, als centres de tractament de gestió municipal es van atendre 5.863 persones, la majoria de les quals estaven en tractament per alcohol o per heroïna i altres opiàcis (Quadre A 7 de l'annex).

Respecte a la mortalitat per reacció aguda adversa a drogues, l'any 2018 es van produir 62 morts (48 homes i 14 dones), vuit morts més que l'any 2017. Les substàncies més detectades, soles o combinades, van ser els opiàcis (62,9%), seguits de la cocaïna (58,1%) i les benzodiazepines (56,5%). Així i tot, des de l'any 2012 es constata una disminució en la detecció d'opiàcis i un augment de la presència de benzodiazepines.

Figura 21. Evolució del nombre d'inicis de tractament per consum de substàncies addictives segons substància que motiva l'inici per sexe. Barcelona, 2009-2018.



Dones



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Servei de prevenció i atenció a les drogodependències. Agència de Salut Pública de Barcelona

Les lesions per col·lisió de trànsit

Segons el Registre d'Accidents de la Guàrdia Urbana de Barcelona, l'any 2018 es van produir 9.188 accidents que van deixar 11.877 persones lesionades o mortes (39,1% dones). Van morir 21 persones (23,8% dones), 236 persones van patir ferides greus (34,4% dones) i 11.620, ferides lleus (39,2% dones). Les cinc dones mortes eren vianants, mentre el 68,8% dels homes eren motoristes. Després d'una tendència d'augment continuat des de l'any 2012, és el primer cop que canvia la tendència decreixent: en conjunt, respecte a l'any 2017 s'ha produït una reducció del 2,5% en el nombre de persones lesionades (-2,6% de persones amb ferides lleus, -2,1% ferides greus) i un augment del nombre de persones mortes (el 2017 van morir 12 persones).

Més de la meitat de les persones lesionades o mortes eren ocupants de motocicleta (48,7%) o ciclomotor (7,1%), el 23,2% de cotxe, el 9,7% vianants, el 4,9% ciclistes, el 4,8% d'autobús i l'1,5% d'altres vehicles (Figura 22). Respecte de l'any anterior, s'ha produït una reducció en el nombre de persones lesionades ocupants de ciclomotor (-15%), motocicleta (-1,5%), de cotxe (-4%), de ciclistes (-7%) i de vianants (-6,3%). Augmenta el nombre de persones lesionades usuàries d'altres vehicles. L'any 2018 es van notificar 130 persones lesionades usuàries de vehicles de mobilitat personal (inclou el patinet) amb motor (31,1% dones) i 12 sense motor (66,7% dones). La meitat tenien entre 18 i 34 anys (62 i 41,8% d'homes i dones, respectivament), i un terç entre 35 i 64 anys (29 i 40%, respectivament).

Al Quadre A 9 de l'annex es mostra la distribució de les persones lesionades o mortes el 2018 segons vehicle, grup d'edat i sexe.

Pla Local de Seguretat Viària 2013-2018

El Pla Local de Seguretat Viària 2013-2018, desenvolupat de forma integrada amb el Pla de Mobilitat Urbana 2012-2018, és l'instrument que vetlla i promou una mobilitat més segura, amb la definició de l'espai públic, del sistema viari i de la mobilitat. Es va establir com a objectiu a l'horitzó 2018 la reducció d'un 30% del nombre de persones mortes i d'un 20% del nombre de persones ferides greus. Durant aquest període el nombre de persones mortes s'ha reduït un 30%, en què la reducció en dones és més alta que en homes (-20% en homes, -50% en dones). S'assoleix, per tant, l'objectiu del Pla quant a la mortalitat.

El percentatge de reducció de persones ferides greus ha estat del 5,2%, i s'ha observat una reducció del 10,4% en homes, però un augment del 6,6% en dones. En part, aquest augment en les dones pot venir determinat per un augment del nombre de dones lesionades usuàries de motocicletes o bicicletes. Respecte de l'any 2012 el nombre de dones lesionades usuàries de motocicletes ha augmentat un 34,6% i en els homes un 21,7%; en ciclistes ha augmentat un 24% en dones, en canvi, en homes, un 1%. El nombre de vianants atropellats disminueix en homes un 6,2%, mentre que en dones augmenta un 2,2%. Cal assenyalar que entre l'any 2012 i l'any 2017 el nombre total de desplaçaments a la ciutat ha augmentat un 8,8%, en transport públic un 2,2%, en transport privat un 5,8%, a peu un 45,2% i en bicicleta un 6,7%. Això suposa alhora una exposició a la mobilitat més elevada i, per tant, al risc d'accident.

Figura 22. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit, segons el mitjà de transport. Barcelona, 2009-2018



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona

La salut ambiental

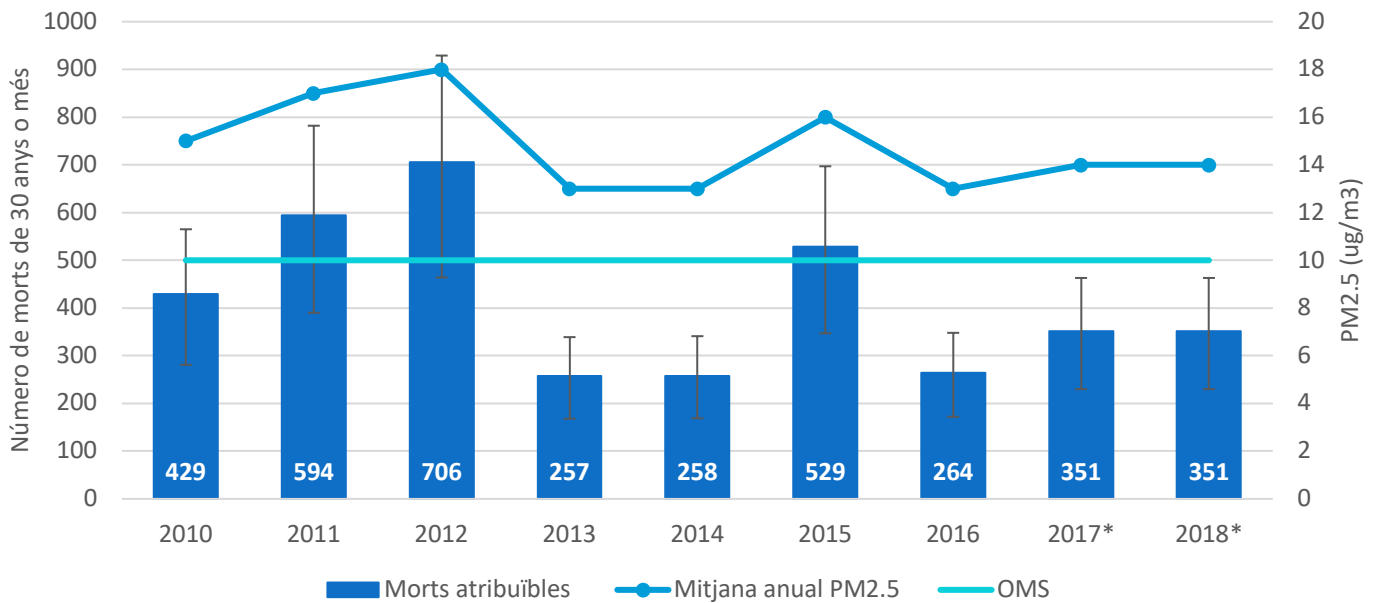
La contaminació de l'aire és el factor ambiental que més perjudica la salut de la població de Barcelona i contribueix a augmentar principalment les malalties cardiovasculars i respiratòries, així com la mortalitat total. El sistema de vigilància de l'impacte sobre la salut de la contaminació de l'aire a Barcelona (VISCAB), de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, permet estimar la mortalitat atribuïble a la contaminació de l'aire a la ciutat tant per l'exposició crònica als nivells habituals com pels episodis de contaminació.¹⁶

L'any 2018 la mortalitat atribuïble a l'exposició crònica a un excés de $PM_{2.5}$ s'estima que va ser del 2% en residents de 30 anys o més, fet que representa 351 morts (interval de confiança al 95% [IC95%] entre 230 i 463 morts) (Figura 23). Aquesta mortalitat és la mateixa que l'estimada per a l'any 2017, ja que la mitjana anual de $PM_{2.5}$ es va mantenir estable en els dos anys a $14 \mu g/m^3$.

Durant el 2018 es va declarar un episodi de contaminació de l'aire per excés de PM_{10} del 25 al 27 d'abril. S'ha estimat que aquest excés puntual de contaminació de l'episodi no va augmentar la mortalitat a curt termini atribuïda a la contaminació, de manera que no es pot atribuir cap mort a l'episodi. L'impacte en salut de l'exposició crònica als nivells habituals de contaminació de l'aire és molt considerable, mentre que l'impacte dels episodis de contaminació a Barcelona és molt menor.

¹⁶ Valero, N.; Font-Ribera, L.; Pérez, G.; Marí-Dell'Olmo, M.; Bianni, B.; Rico, M.; Pañella, H.; Pérez, C.; Pasarín, M.; Gómez, A. 2018. Sistema de vigilància de l'impacte sobre la salut de la contaminació de l'aire de Barcelona (VISCAB). Monogràfic. La salut a Barcelona 2017. Agència de Salut Pública de Barcelona. Disponible a: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2018/11/Informe-Salut-2017-web.pdf>

Figura 23. Nivells anuals de PM_{2,5} en l'aire i mortalitat atribuïble. Barcelona, 2010-2018.



Font: Sistema de Vigilància de l'Impacte sobre la Salut de la Contaminació de l'Aire a Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: Mortalitat total (excloent causes externes) en persones de 30 anys o més i interval de confiança al 95%, atribuïbles a superar 10µg/m³ en la mitjana anual de PM_{2,5} (valor límit recomanat OMS). Mitjanes anuals de PM_{2,5} en les estacions de fons de la ciutat. * Pel càlcul de la mortalitat atribuïble dels anys 2017 i 2018 s'ha utilitzat la taxa de mortalitat del 2016.

Les malalties transmissibles

Infecció pel VIH/sida

L'any 2018 es van detectar 332 noves persones residents a la ciutat amb infecció pel VIH (2017: 371), la qual cosa representa una taxa de 20,2 casos per 100.000 habitants i un descens de l'11,8% respecte de l'any anterior (2017: 22,9). En els homes la taxa va ser de 39,2 i en les dones de 3,1 casos per 100.000 habitants (Figura 24). El 91,9% dels casos eren homes entre 18 i 82 anys (mediana de 32,8 anys). Les edats de les 27 dones oscil·laven entre 21 i 66 anys (mediana de 35,6 anys).

El 67,5% dels homes i el 70,4% de les dones amb la infecció van néixer a l'estranger. Segons la via de transmissió entre els homes, el 83,3% van ser homes que tenien relacions sexuals amb altres homes, el 10,2% homes amb relacions heterosexuals, el 3,6% eren persones usuàries de drogues injectades i en el 2,9% no es coneixia la via de transmissió. Entre les dones, el 88,1% van ser degudes a relacions heterosexuals, el 7,4% a l'ús de drogues injectades i en un cas no es coneixia la via de transmissió (Figura 25).

Els districtes amb les taxes més altes de nous diagnòstics de VIH van ser Ciutat Vella i l'Eixample (57,8 i 42,2 casos per 100.000 habitants, respectivament). Agrupant els barris per l'índex de la renda familiar disponible¹⁷ s'observa que en els homes les taxes més elevades de VIH es corresponien amb els barris amb rendes altes, mentre que en les dones no s'aprecia aquesta diferència (Font: Registre de la infecció pel VIH/sida. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona).

Figura 26).

L'estudi de les parelles sexuals té com a principals objectius facilitar el diagnòstic precoç i el tractament oportú per tal de reduir la transmissió en l'àmbit comunitari. Aquest any, l'estudi de les parelles sexuals es va iniciar en el 41,2% dels casos (en el 42,4% dels homes i el 31,7% de les dones).

En relació amb l'estat immunitari, el 46,5% dels nous diagnòstics de VIH tenien 350 limfòcits CD4/ μ l o menys i tres casos presentaven sida amb CD4 superiors a 350 cels/ μ l al moment del diagnòstic del VIH.

Quant a la sida, s'han detectat 37 persones que residien a Barcelona (2017: 51), fet que representa una taxa de 2,3 casos per 100.000 habitants (4,1 en homes i 0,6 en dones) i un decrement del 28,5% respecte de 2017 (Figura 24). El 86,5% dels casos i eren homes d'entre 20 i 82 anys (mediana de 38 anys). Les edats de les cinc dones oscil·laven entre 38 i 75 anys (mediana de 57 anys). El 20,0% de les dones i el 75,0% dels homes van néixer a l'estranger.

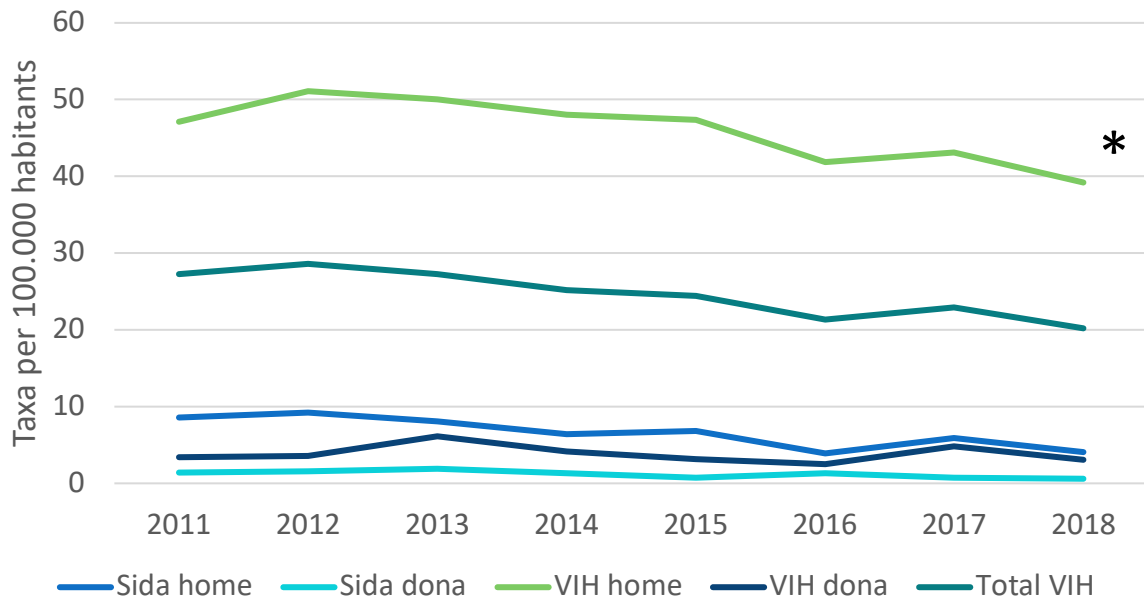
Entre els homes, el 62,5 i el 25,0% van ser homes amb relacions sexuals amb homes i heterosexuals, respectivament. En les dones, les relacions heterosexuals representaven el 60,0% (3). L'ús de drogues injectades es va identificar en un home i en dues dones.

Els districtes amb les taxes més elevades van ser Sant Martí i Ciutat Vella (15,5 i 6,7 casos per 100.000 habitants, respectivament).

L'estudi de les parelles sexuals es va realitzar en el 18,9% dels casos, és a dir, solament en 7 persones.

¹⁷ 1. Distribució territorial de la renda familiar disponible per càpita a Barcelona (2017). Oficina Municipal de Dades. Ajuntament de Barcelona. A: https://ajuntament.barcelona.cat/barcelonaeconomia/sites/default/files/RFD_2017_BCN.pdf

Figura 24. Incidència de la infecció pel VIH i de la sida per a dones i homes. Barcelona, 2011-2018.

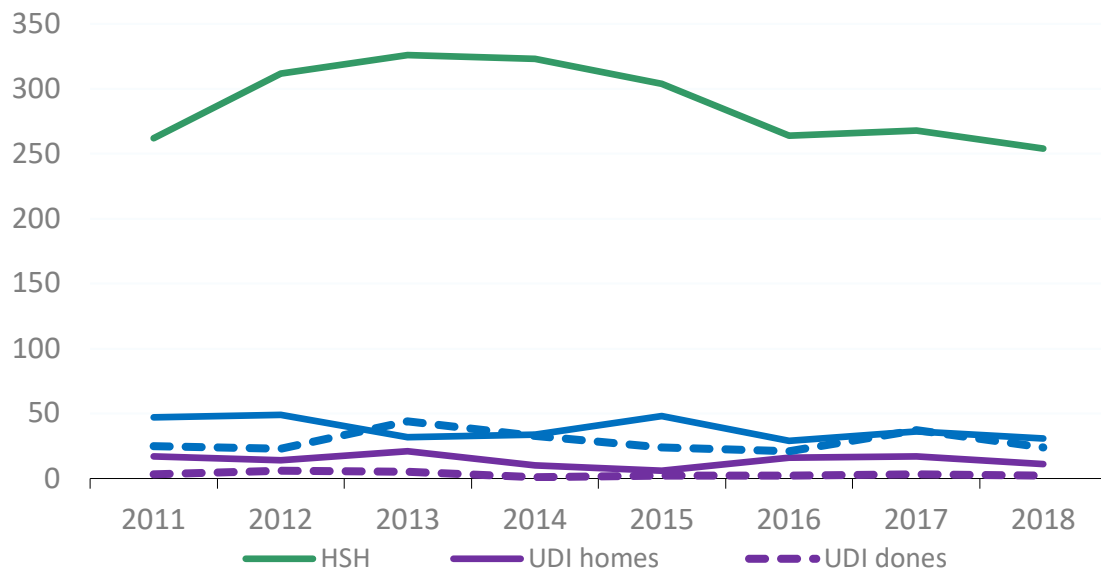


Font: Registre de la infecció pel VIH/sida. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

* Actualització de les dades l'agost de 2019. Dades susceptibles a canvis.

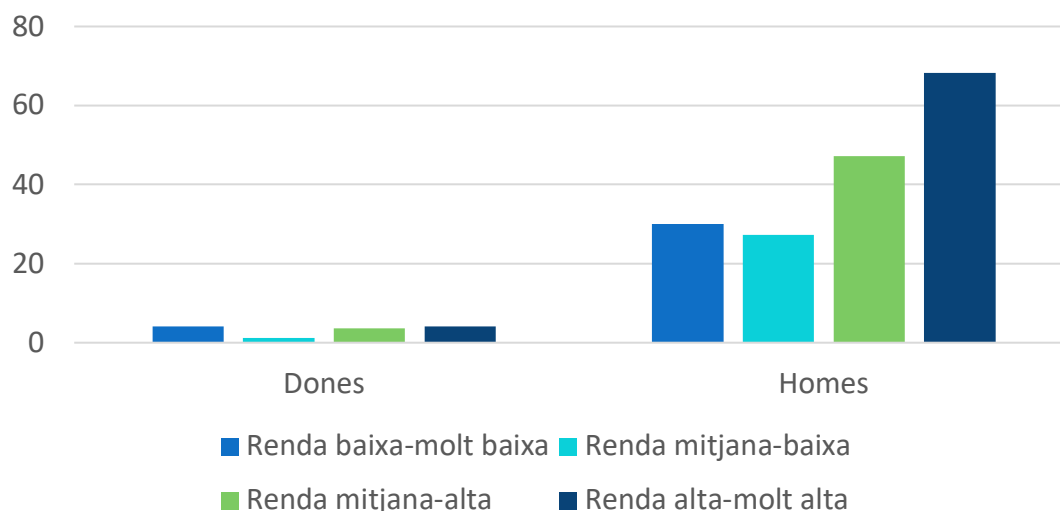
Figura 25. Evolució dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH sens sexe i via de transmissió. Barcelona, 2011-2018.

Nombre de casos



Font: Registre de la infecció pel VIH/sida. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 26. Nous diagnòstics de VIH agrupats per l'índex de renda familiar disponible dels barris segons sexe. Barcelona, 2018



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

Actualització a 23 d'agost de 2019 (nombre de casos: 317).

HSH: homes que fan sexe amb homes; HTS: contactes heterossexuals; UDI: usuaris de drogues intravenoses.

Renda disponible: Distribució territorial de la renda familiar disponible per càpita a Barcelona 2016. Gabinet Tècnic de Programació. Departament d'Estudis i Programació.

Les infeccions de transmissió sexual

La informació epidemiològica sobre les infeccions de transmissió sexual (ITS) s'obté a través del sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO) i des de l'any 2016 del sistema de notificació microbiològica (SNMC). Les ITS sotmeses a vigilància epidemiològica individualitzada a Catalunya són la sífilis infecciosa, la gonocòccia, el limfogranuloma veneri (LGV) i la infecció per *Chlamydia trachomatis* des de l'any 2016.

Sífilis

L'any 2018 es van notificar 1.364 casos de sífilis infecciosa en persones residents a Barcelona, fet que correspon a una taxa de 83,1 casos per 100.000 habitants (161,9 en homes i 12,2 en dones) i un increment del 22,3% respecte de l'any 2017 (24% en homes i cap increment en dones) (Figura 27).

De les 873 persones a les quals se'ls va fer l'enquesta epidemiològica, el 93,0% eren homes, el 6,1% dones i el 0,9% dones transsexuals. Els homes tenien entre 16 i 73 anys (mediana de 37,0 anys); les dones, entre 16 i 73 anys (mediana de 32,0 anys), i les dones transsexuals, entre 28 i 43 anys (mediana 34,5 anys). El 36,4% havien nascut a l'estranger, el 34,4% a l'estat espanyol, i en un 29,2% se'n desconeixia el país d'origen. Dels 590 homes i les 28 dones amb informació sobre el país de naixement, el 51,2% dels homes i el 57,1% de les dones havien nascut a l'estranger.

Entre els homes, el 66,1% havien mantingut relacions sexuals amb homes, el 5,3% mantenien relacions heterossexuals i en el 28,6% no constava aquesta informació. En les dones, el 45,3% es declaraven heterossexuals, el 5,7% mantenien relacions sexuals amb dones, i en 26 casos no es disposava d'aquesta informació. Totes les dones transsexuals mantenien relacions amb homes. Dels 543 homes amb informació sobre la coinfecció amb el VIH, el 52,9% estava coinfectat. Entre les vuit dones transsexuals amb informació, el 37,5% estaven coinfectades, i entre les nascudes dones (21), cap estava coinfectada.

L'estudi dels contactes sexuals es va iniciar en el 48,1% dels casos (48,8% d'homes, 37,7% de dones i 50% de dones transsexuals), cosa que significa una reducció respecte de l'any anterior (2017: 51,9% contactes infectats; 52,2% en homes i 45,5% en dones) i posa de manifest la necessitat de millorar les eines disponibles per dur a terme aquesta intervenció davant l'augment de casos.

Els districtes amb les taxes més altes han estat Ciutat Vella i l'Eixample, amb 259,9 i 139,2 casos per 100.000 habitants, respectivament, fet que representa més de tres vegades la taxa global de la ciutat en el cas de Ciutat Vella. La infecció en les dones és més freqüent als districtes amb renda mitjana-baixa, mentre que en els homes les taxa més elevada s'observa als districtes amb renda mitjana-alta (Figura 28).

Gonocòccia

L'any 2018 es van detectar 2.470 casos de gonocòccia, dels quals el 85,7% eren homes, el 13,9% dones i el 0,4% dones transsexuals. S'observa una tendència a l'augment, amb una taxa de 150,5 casos per 100.000 habitants (273,3 en homes i 39,8 en dones), fet que suposa un increment global del 22,7%, del 21% en homes i del 38% en les dones de l'any 2017 (225,3 en homes i 28,9 en dones). Els homes tenien entre 15 i 77 anys (mediana de 32 anys) i les dones, entre 14 i 63 anys (mediana de 28 anys).

Dels 887 homes i les 165 dones amb informació sobre el país de naixement, el 52,3% dels homes i el 55,8% de les dones havien nascut a l'estranger.

Es coneixia la conducta sexual en 851 homes i 172 dones. D'aquests, el 84,3% eren homes amb relacions amb homes i el 15,7%, heterossexuals. Entre les dones el 91,3% eren heterossexuals, i la resta, dones que tenien relacions amb dones o bisexuals. Les tres dones transsexuals per a les quals es disposava d'aquesta informació mantenien relacions amb homes. Dels 768 homes amb informació sobre la coinfecció amb el VIH, el 31,8% estava coinfectat, mentre que entre les 110 dones amb aquesta informació, cinc (4,5%) eren VIH positives.

L'estudi de les parelles sexuals constava en només el 32,3% d'homes, el 43,0% de dones i la meitat de les dones transsexuals. Aquest percentatges són inferiors als valors assolits l'any anterior (2017: 41,4% en homes i 51,4% en dones).

Els districtes amb les taxes més altes han estat Ciutat Vella i l'Eixample (355,8 i 254,9 casos per 100.000 habitants, respectivament), fet que representa més de dues vegades la taxa global de la ciutat en el cas de Ciutat Vella. La infecció en les dones és més freqüent als districtes amb renda baixa-molt baixa o mitjana-baixa, mentre que en els homes les taxa més elevada s'observa als districtes amb renda mitjana-alta (Figura 28).

Limfogrànuloma veneri (LGV)

A Barcelona es van detectar 201 casos en homes, dels quals el 86,7% (173) eren residents a la ciutat, fet que representa una taxa de 10,6 casos per 100.000 habitants i una taxa de 22,4 casos per 100.000 homes (Figura 27). Tenien entre 20 i 62 anys (mediana 36 anys). Dels 140 homes dels quals es coneixia el país de naixement, el 52,8% van néixer a l'estat espanyol. En el 64,9% dels casos es disposava d'informació sobre la conducta sexual. D'aquests, 99,1% eren homes que tenien sexe amb homes, un cas es va declarar heterossexual. El 69,8% estaven coinfectats pel VIH i, solament, en el 37,9% dels casos figurava que l'estudi de contactes s'havia realitzat.

Els districtes amb les taxes més altes han estat Ciutat Vella i l'Eixample (61,8 i 52,0 casos per 100.000 homes, respectivament), fet que representa gairebé tres vegades la taxa global de la ciutat. En els homes les taxes més elevades corresponen als districtes de renda mitjana-alta (Figura 28).

Infecció per *Chlamydia trachomatis*

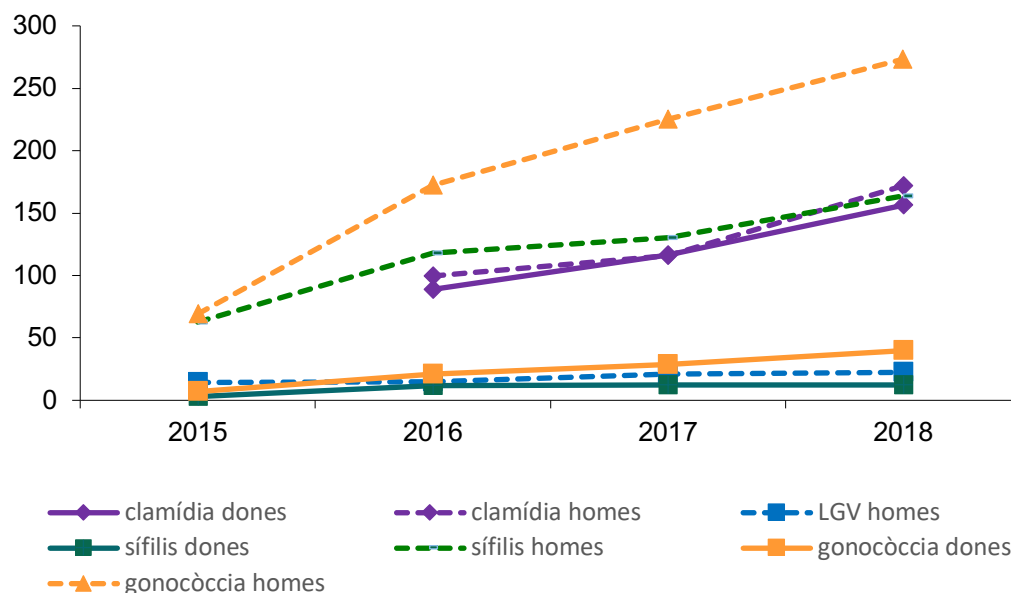
A Barcelona es van notificar 2.916 casos d'infeccions per *Chlamydia trachomatis*, de les quals 2.687 eren en persones residents en Barcelona, fet que suposa una taxa de 163,7 casos per 100.000 habitants (171,9 en homes i 156,3 en dones) (Figura 27). El 50,2% eren dones, amb edats entre 13 i 64 anys (mediana de 25 anys), mentre les edats en els homes oscil·laven entre 15 i 65 anys (mediana de 32 anys). El 74,0% de les dones tenia menys de 30 anys i un 22,9%, menys de 20. En els homes aquestes proporcions van ser del 46,9 i del 6,3%, respectivament. De les 503 dones i dels 544 homes amb informació sobre el país de naixement, el 64,4% (324) de les dones i el 78,9% (429) dels homes van néixer a l'estat espanyol.

Es disposava d'informació sobre la conducta sexual en 493 dones i en 371 homes. Entre les dones, el 92,7% eren dones heterosexuales, 6,1% bisexuals i 1,2% dones que tenien sexe amb dones. Dels homes, el 43,4% eren heterosexuales, 52,3% homes que fan sexe amb homes i 4,3% bisexuals. Dels 192 homes amb informació sobre la coinfecció amb el VIH, el 29,7% (57) estava coinfectat. Entre les 315 dones amb aquesta informació, 13 casos (4,1%) van ser VIH positius. L'estudi de les parelles sexuals s'havia iniciat en el 27,9% de les dones i en el 14,1% dels homes.

Els districtes amb les taxes més altes han estat Ciutat Vella, l'Eixample i Nou Barris (341,4, 212,0 i 173,9 casos per 100.000 habitants, respectivament). Si s'agrupen els districtes per l'índex de renda familiar disponible s'observa que en els homes les taxes més elevades corresponen als districtes de renda mitjana-alta, mentre que entre les dones les taxes més elevades s'observen en els districtes amb rendes baixes (Figura 28).

Figura 27. Incidència de sífilis infecciosa, limfogranuloma veneri (LGV), clamídia i gonocòccia segons sexe al naixement. Barcelona, 2015-2018.

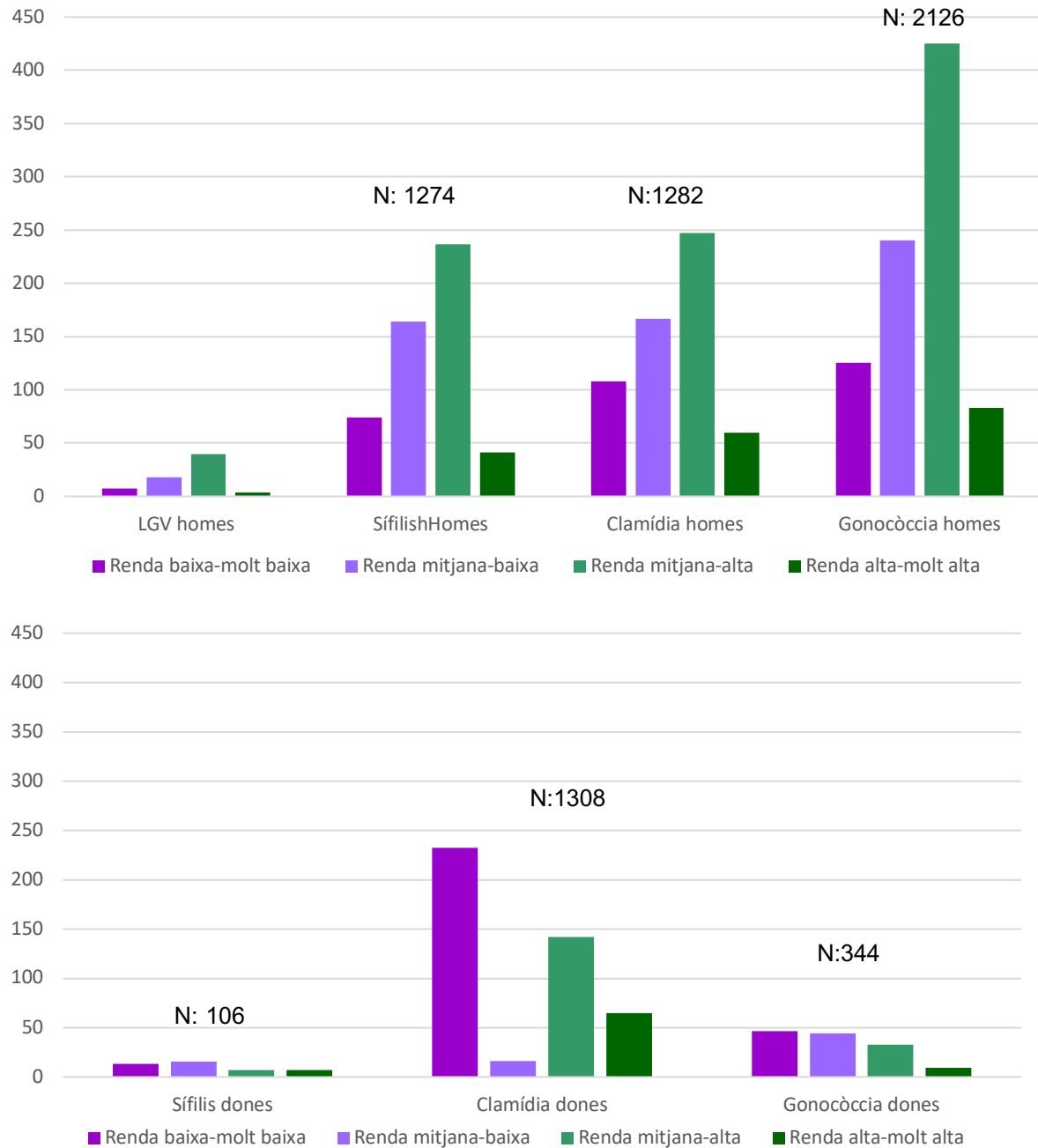
Casos per 100.00 habitants



Font: Registre d'Infeccions de Transmissió Sexual. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 28. Incidència de sífilis infecciosa, limfogranuloma veneri (LGV), clamídia i gonocòccia segons l'índex de renda familiar disponible dels barris de residència per sexe. Barcelona, 2018.

Casos per 100.000 habitants



IRDF: índex de renda familiar disponible. Distribució territorial de la renda familiar disponible per càpita a Barcelona 2016. Gabinet Tècnic de Programació. Departament d'Estudis i Programació de l'Ajuntament de Barcelona. barcelonaeconomia.bcn.cat.

Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona i Departament d'Estudis i Programació de l'Ajuntament de Barcelona.

La malaltia meningocòccica invasiva

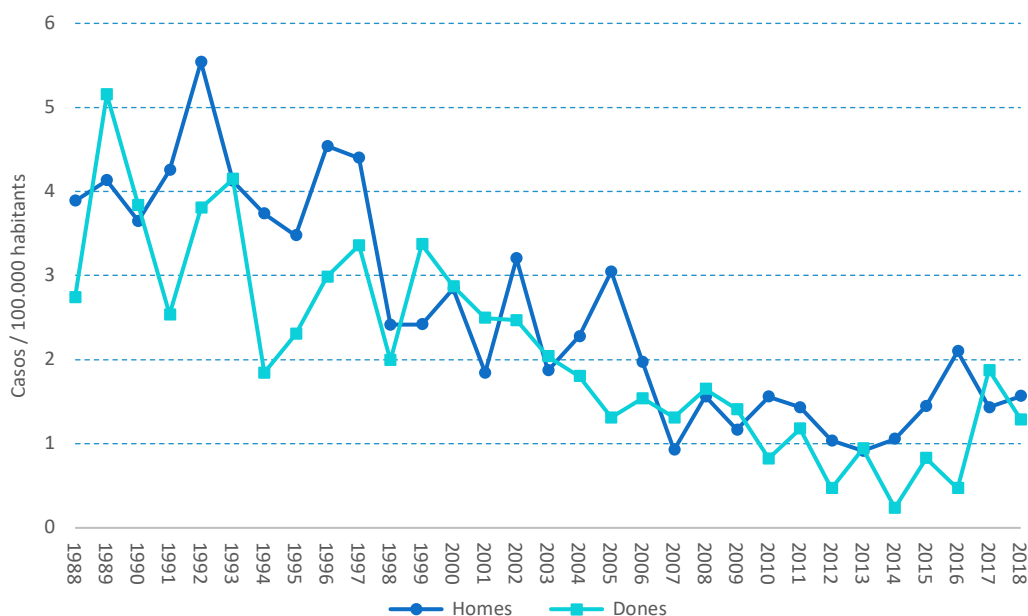
L'any 2018 s'han registrat 41 notificacions de malaltia meningocòccica invasiva a Barcelona, de les quals 29 eren residents a la ciutat. D'aquestes, 24 es van confirmar per laboratori, xifra que representa una incidència d'1,5 casos per 100.000 habitants (1,6 en homes i 1,4 en dones), com es pot observar a la Figura 29. Aquesta incidència representa una disminució del 12% respecte de l'any anterior. La mortalitat a l'any 2018 ha estat del 16% (4), similar a la de l'any 2017, que va ser del 15% (4).

Tots els casos van ser aïllats i no se'n va detectar cap brot. El 50% (12) eren homes. El 58,3% dels homes eren nens que tenien entre 0 i 5 anys. En el cas de les dones, no hi havia cap cas entre 0 i 5 anys, mentre que el 41,6% eren majors de 70 anys. Entre els homes amb la informació sobre el país de naixement, el 72,7% havia nascut a l'estat espanyol. En el cas de les dones, del 83,3%, 10 eren nascudes a l'estat espanyol i 2 a l'estranger. Els districtes de la ciutat amb la incidència més elevada han estat Sants-Montjuïc i Horta-Guinardó.

Pel que fa a la distribució dels casos segons el serogrup, el més freqüent a la nostra població continua sent el B, tal com es pot observar a la Figura 30. Cal destacar que en els últims anys s'ha observat un canvi de patró en la distribució dels serogrupos. Des de la introducció de la vacuna antimeningococ C conjugada, les taxes per serogrup C han disminuït paulatinament. El nombre de casos del serogrup C l'any 2008 representava un 26,9%, mentre que el 2018 no va arribar al 5%. Pel que fa al serogrup W, a partir del 2015 se n'han tornat a detectar casos (1 a 3 anualment).

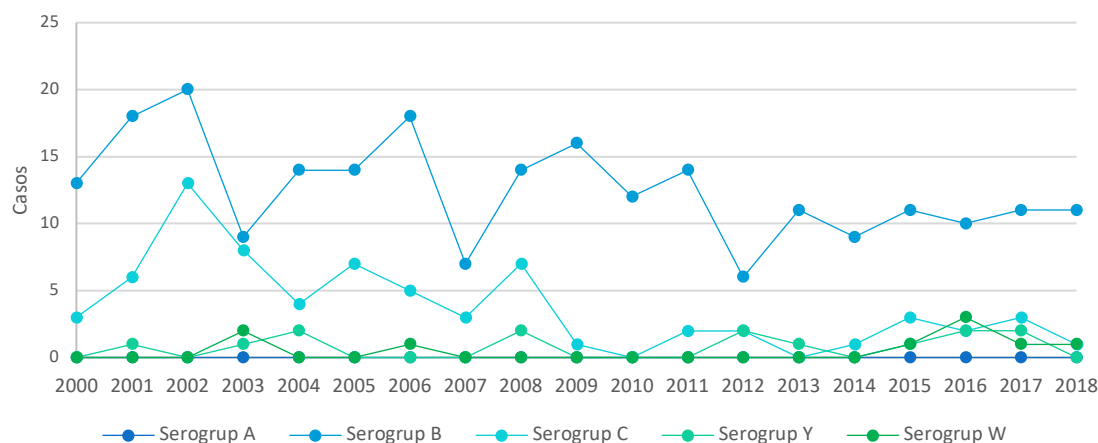
Entre totes les actuacions que es fan arran d'un cas sospitós, s'han dut a terme un total de 6 intervencions a escoles i escoles bressol a la ciutat. En aquestes actuacions s'han indicat 277 quimioprofilaxis als contactes dels casos sospitosos per tal d'evitar l'aparició de casos secundaris.

Figura 29. Evolució de la incidència de malaltia meningocòccica invasiva segons sexe. Barcelona, 2009-2018.



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

Figura 30. Evolució de la distribució dels casos de malaltia meningocòccica invasiva segons serogrup. Barcelona, 2009-2018.

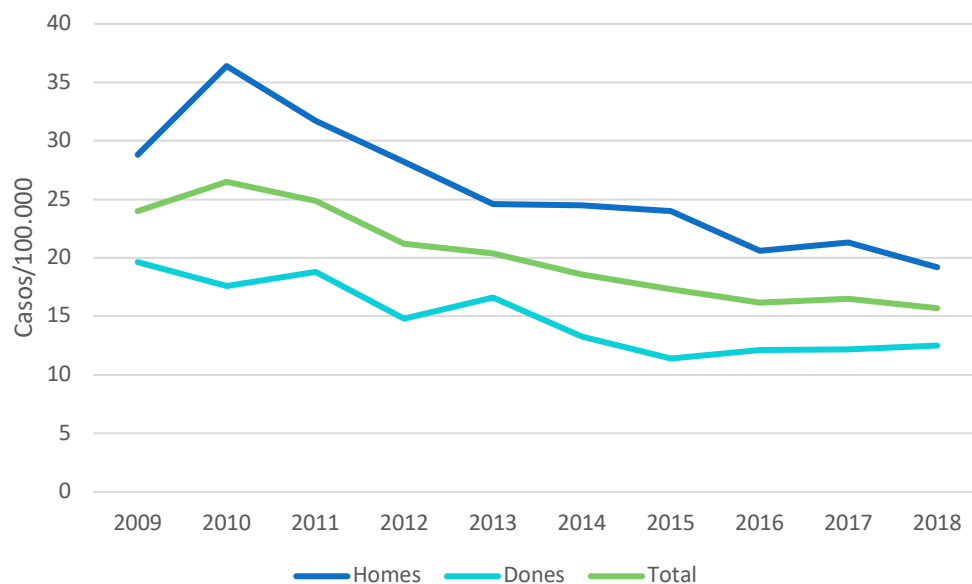


Font: Registre de malalties de declaració obligatòria. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona

La tuberculosi

L'any 2018 s'han detectat a Barcelona 417 casos de tuberculosi (TB), dels quals 257 eren residents a la ciutat (2017: 267), i han representat una incidència de 15,7 casos per 100.000 habitants, gairebé un 4,8% inferior a l'any anterior (2017: 16,5). Respecte de 2017, la malaltia ha disminuït en homes (9,9%) i ha augmentat lleugerament en dones (2,4%). La malaltia és més freqüent en els homes (149 casos, 58%) que en les dones. La reducció mitjana anual des de l'any 2000 en homes ha estat del 3,3%, i en dones, del 2,6% (Figura 31).

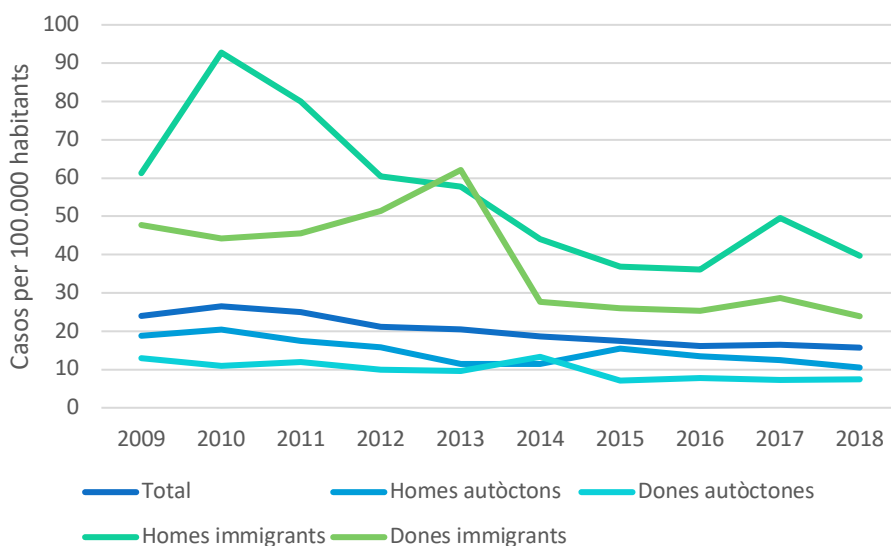
Figura 31. Incidència de la tuberculosi segons sexe. Barcelona, 2009-2018



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

En població autòctona, el darrer any, la malaltia continua mostrant una davallada en homes (15%), mentre que en dones ha augmentat (4,2%). En població immigrant s'observa un descens de la incidència del 20% en homes i del 16% en dones. Per períodes, en el període 2003-2010 hi va haver un augment del 3,5% en homes i una disminució del 25% en dones, mentre que en el període 2011-2018 la reducció de la incidència en homes immigrants va ser del 50,4%, i del 47,6% en dones (Figura 32).

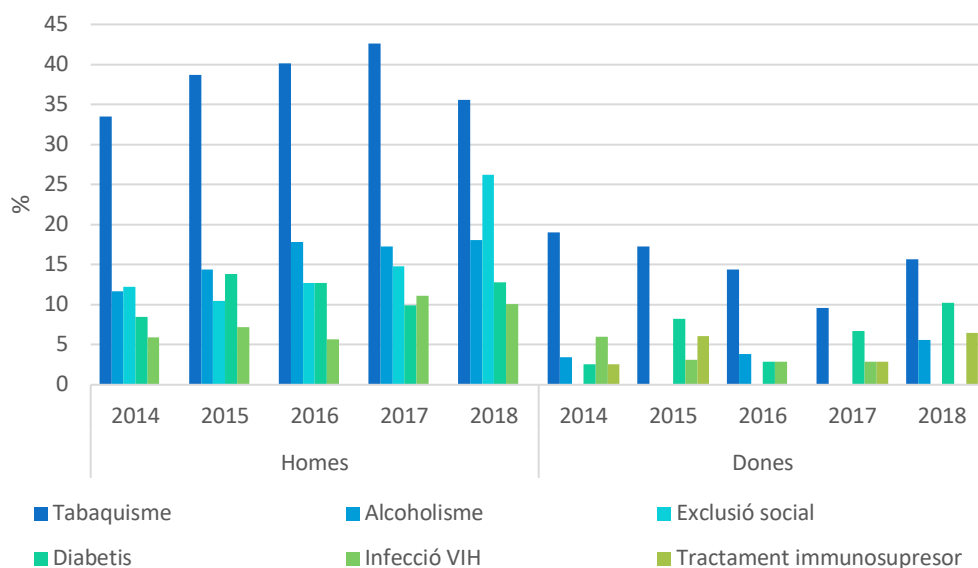
Figura 32. Incidència de tuberculosi segons país de naixement i sexe. Barcelona, 2009-2018.



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

Hi ha diferència en homes i dones respecte als factors de risc individuals. Mentre que en homes els més freqüents van ser tabaquisme (35,6%), exclusió social (26,2%), abús d'alcohol (18,1%), diabetis (12,8%) i la infecció pel VIH (10,1%), en dones van ser tabaquisme (15,7%), diabetis (10,2%), tractament immunosupressor (6,5%) i abús d'alcohol (5,6%) (Figura 33).

La forma clínica més freqüent ha estat la tuberculosi pulmonar, tant en homes (70%) com en dones (55%). Dels 257 pacients amb tuberculosi pulmonar, 54 presentaren la forma més contagiosa de la malaltia, i la taxa de tuberculosi bacil·lífera és de 3,3 c/100.000 habitants, un 17% inferior a la de l'any anterior.

Figura 33. Factors de risc individuals de la tuberculosi per sexe. Barcelona, 2018.

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

La mortalitat

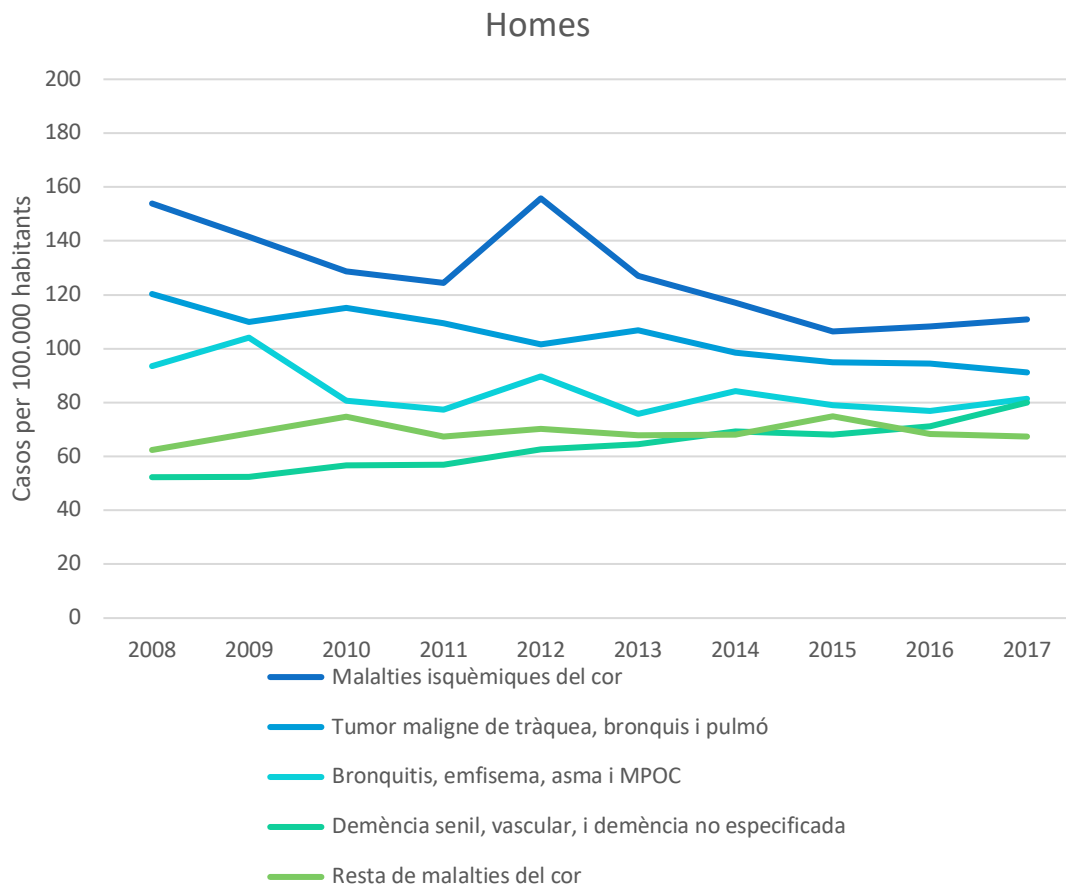
Segons el Registre de Mortalitat, l'any 2017 es van produir 16.170 defuncions de persones residents a la ciutat de Barcelona: 7.675 homes i 8.493 dones. La taxa de mortalitat estandarditzada per l'edat va augmentar lleugerament respecte de l'any anterior; en homes, de 1.043,7 el 2016 a 1.080,3 el 2017, i en dones, de 600,6 a 611,4, respectivament. Segons l'evolució de les primeres causes de mortalitat, en els homes pugen lleugerament les malalties isquèmiques del cor (la primera causa) i les respiratòries (la bronquitis, emfisema, asma i MPOC), i en les dones la primera causa és la demència senil, que també puja lleugerament el darrer any (Figura 34). La taxa de mortalitat prematura (el nombre d'anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys) també va augmentar lleugerament respecte de l'any anterior; en homes, de 3.003,9 el 2016 a 3.250,1 el 2017, i en dones, de 1.529,7 el 2016 a 1.602,0 el 2017, i destaca la disminució dels tumors de tràquea, bronquis i pulmó en els homes (Figura 35). Tant les taxes de mortalitat global com les de mortalitat prematura van ser més elevades en els homes que en les dones (Quadre A 12 de l'annex). La mortalitat infantil continua essent molt baixa a la ciutat, amb una taxa de 2 defuncions per cada 1.000 nadons vius en néixer (2016: 1,5).

Causes principals de mortalitat segons edat i sexe

Del Quadre A 13 al Quadre A 15 de l'annex es mostren les principals causes de mortalitat segons grups d'edat i sexe. En homes de 15 a 44 anys, les principals causes van ser els suïcidis i les autolesions i els enverinaments accidentals per substàncies tòxiques. En dones d'aquest grup d'edat, la primera causa de mortalitat va ser el tumor maligne de mama i la segona, els suïcidis i les autolesions, tot i que la taxa de suïcidis és gairebé la meitat que la dels homes. En el grup de 45 a 74 anys, el tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó va ser la primera causa de mortalitat en ambdós sexes, tot i que els homes van presentar una taxa molt superior (2,7 vegades més) a la de les dones. La segona causa de mortalitat en aquest grup d'edat van ser les malalties isquèmiques del cor en homes i el càncer de mama en dones. Finalment, en el grup de 75 anys i més, les malalties del cor i la demència senil van ser les causes més freqüents en homes; en dones, ho van ser la

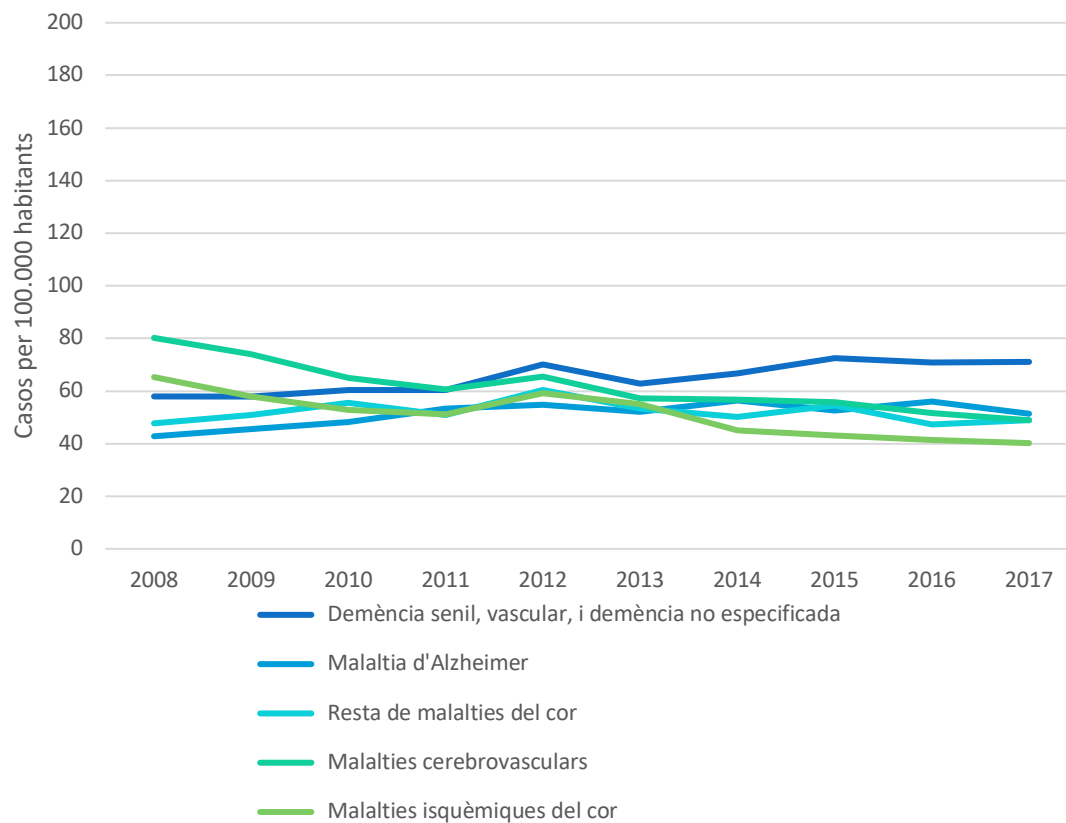
demència senil i la malaltia d'Alzheimer. Novament, les taxes de mortalitat van ser superiors en homes que en dones. Les taxes d'aquestes causes van mostrar importants diferències segons districte i els patrons de gènere són diferents¹⁸.

Figura 34. Evolució de les cinc principals causes* de mortalitat en homes i dones. Barcelona, 2008-2017



¹⁸ Les taxes estandarditzades de mortalitat estan ajustades per tenir en compte les diferències en les estructures d'edat de les poblacions.

Dones



* Taxes estandarditzades segons la població del padró municipal d'habitants de Barcelona de l'any 2016.

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

Figura 35. Evolució de les 5 principals causes* de mortalitat prematura en homes i dones. Barcelona, 2008-2017.



* Taxes estandarditzades segons la població del padró municipal d'habitants de Barcelona de l'any 2016.

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

Les desigualtats en salut

En aquest apartat es descriu l'evolució de les desigualtats socials en la salut entre barris de Barcelona a partir de dos indicadors rellevants: l'esperança de vida i la taxa de mortalitat prematura.

Com a indicador de nivell socioeconòmic del barri s'ha utilitzat l'índex de renda familiar disponible (IRFD)¹⁹ de l'any 2012. Per a cada indicador de salut i període de temps analitzat, s'han calculat dues mesures de desigualtat, una d'absoluta i una de relativa.²⁰ La mesura absoluta es pot interpretar com la diferència (resta) entre el valor de l'indicador de salut en els barris amb menys IRFD i el valor en els barris amb més IRFD. La mesura relativa és el quocient entre aquests valors.

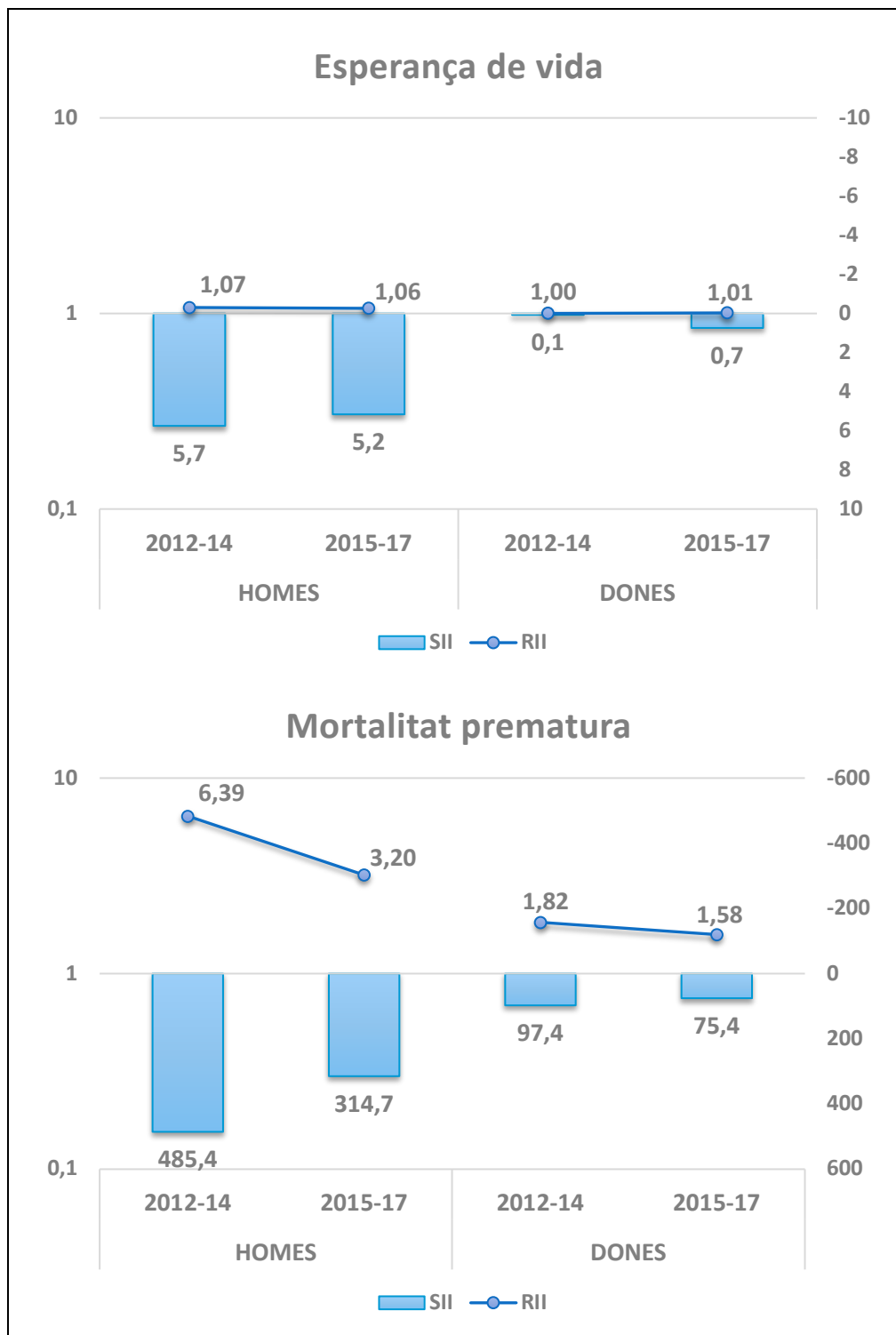
Les desigualtats en l'esperança de vida són molt més marcades entre els homes. Com es pot observar a la Figura 36, en el període 2012-2014 la diferència en l'esperança de vida entre els barris amb nivells socioeconòmics més i menys afavorits va ser de 5,7 anys en els homes i 0,1 anys en les dones. Aquestes diferències van disminuir lleugerament en el període 2015-2017 en els homes, amb un valor de 5,2 anys, però en les dones van augmentar lleugerament, van passar a ser de 0,7 anys. Les desigualtats relatives, en canvi, es van mantenir bastant estables amb valors, en ambdós períodes; en homes, d'1,07, i d'1,06 en el primer i segon període, respectivament, mentre que en dones no hi va haver desigualtats significatives en cap dels períodes.

També les desigualtats en la mortalitat prematura van ser molt més accentuades entre els homes. En el període 2012-2014 la taxa de mortalitat dels barris amb nivell socioeconòmic menys afavorit va ser 6,4 vegades i 1,8 vegades més elevada que en barris amb nivell socioeconòmic més afavorit, en homes i dones, respectivament. Aquestes desigualtats van disminuir en el període 2015-2017, en ambdós sexes, però sobretot en homes, on es va reduir a la meitat. La mesura absoluta també va disminuir considerablement.

¹⁹ Índex elaborat pel Gabinet Tècnic de Programació de l'Ajuntament de Barcelona i que combina variables relatives al nivell d'estudis de la població resident al barri, la situació laboral, les característiques del parc de turismes i els preus del mercat residencial.

²⁰ La metodologia utilitzada, igual que la de l'informe "La salut a Barcelona 2017" es pot interpretar com la comparació entre els dos barris de renda familiar disponible més alta i més baixa, però tenint en compte la informació de tota la resta de barris, amb un pes proporcional a la seva població. A més, el nou mètode té en compte el nivell socioeconòmic dels barris, cosa que permet una aproximació més acurada a les desigualtats socioeconòmiques en salut.

Figura 36. Evolució de les desigualtats socioeconòmiques entre barris de l'esperança de vida i la taxa de mortalitat prematura segons sexe. Barcelona, 2012-2017.



Font Registre de Mortalitat, Agència de Salut Pública de Barcelona

Nota: RII: Mesura relativa (Relative Index of Inequality) i absoluta SII (Slope Index of Inequality)

Monogràfics

Innovant els programes de promoció de la salut a l'escola

La població infantil i adolescent passa una quantitat considerable de temps a l'escola, per la qual cosa els centres educatius poden exercir un paper únic en la formació dels coneixements, actituds, comportaments i resultats en salut, així com en la reducció de desigualtats en la salut.

Els programes de promoció de la salut a l'escola basats en l'evidència són un determinant important de la salut dels infants i els adolescents. La recerca ha documentat l'efectivitat d'una varietat d'intervencions d'educació per a la salut, com els programes de promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física, de la salut afectiva i sexual, del benestar psicològic o els de prevenció del consum de tabac, alcohol i drogues il·legals (Kann, Telljohann, & Wooley, 2007). Tanmateix, en l'actualitat hi ha reptes importants que l'educació per a la salut a l'escola ha d'afrontar. Per exemple, amb molta freqüència els programes no són adequats per a les escoles en situació més desfavorida o no adopten una perspectiva interseccional que tingui en compte els diversos eixos de desigualtat (gènere, classe social, ètnia, país d'origen i diversitat funcional, entre d'altres). També s'ha assenyalat que els programes escolars multicomponent de prevenció de l'obesitat, que se centren en la promoció de l'activitat física, l'alimentació saludable i l'entorn alimentari escolar són més efectius que els programes d'un sol component (Foster *et al.*, 2008).

L'ASPB actualitza regularment els seus programes d'educació per a la salut a l'escola per tal d'adaptar-se als canvis socials i a la nova evidència científica. En els últims anys, ha actualitzat el programa de salut bucodental adreçat a l'educació primària recollint el nou estat del coneixement, ha desenvolupat intervencions multicomponent per a la prevenció del sobrepès i l'obesitat en la infància (Ariza *et al.*, 2019) i ha incorporat una perspectiva interseccional en un programa de promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física adreçat a l'adolescència. A més, per tal d'incrementar la cobertura a les escoles dels barris en situació més desfavorida ha creat adaptacions per facilitar que el programa d'educació sexual i afectiva "Parlem-ne; no et tallis!" respongui de manera adequada a la diversitat de l'alumnat, del professorat i dels centres escolars, i s'està treballant perquè la promoció de la salut a l'escola estigui cada vegada més integrada en l'estratègia de salut comunitària Barcelona Salut als Barris (BSaB) com un actiu més de la comunitat. Finalment, aquest any s'ha publicat la segona memòria de promoció de la salut a l'escola a Barcelona en format breu de lectura fàcil per millorar-ne la difusió.

L'objectiu d'aquest capítol és presentar aquestes innovacions, així com la cobertura dels programes de promoció de la salut a l'escola comparant els barris inclosos a l'estratègia de BSaB amb els de la resta de la ciutat.

Els programes de promoció de la salut a l'escola de l'ASPB

D'acord amb els resultats d'enquestes escolars periòdiques, d'indicadors sociodemogràfics i epidemiològics, dels avenços científics en educació, promoció de la salut (De Silva-Sanigorski *et al.*, 2012) i assistència sanitària, així com de les opinions de professionals procedents de diversos sectors i entitats ciutadanes, l'ASPB dissenya intervencions per promoure la salut de la població escolar de Barcelona, n'avalua l'efectivitat i les ofereix gratuïtament a tots els centres escolars de la ciutat.

Els programes de promoció de la salut a l'escola impulsats per l'ASPB aborden la salut bucodental ('Bon dia, somriu!'), la promoció de l'alimentació saludable i l'activitat física ('Creixem sans', 'Creixem més sans' i 'Canvis'), la prevenció del consum de substàncies addictives ('PASE.bcn', 'Classe sense fum' i 'Sobre canyes i petes') i l'educació sexual i afectiva ('Parlem-ne; no et tallis!').

Salut bucodental

El programa 'Bon dia, somriu!', té com a objectiu reduir el consum de sucre, consolidar una tècnica correcta de raspallat de les dents i millorar la coordinació entre els professionals de diferents recursos que treballen per millorar la salut bucodental dels infants de 1r d'educació primària. L'actualització d'aquest programa ha estat basada en la darrera revisió de la Cochrane (De Silva-Sanigorski *et al.*, 2012), que conclou que les intervencions comunitàries de promoció de la salut bucodental que combinen l'educació sobre la salut bucal amb el raspallat supervisat o les revisions bucals preventives poden reduir les càries dentals entre els infants.

'Creixem sans' i 'Creixem més sans'

Els programes 'Creixem sans' i 'Creixem més sans', que tenen com a objectiu prevenir l'obesitat infantil, s'adrecen a l'alumnat de 4t i de 6è curs d'educació primària, respectivament. Neixen a partir del projecte de prevenció de l'obesitat infantil a Barcelona (POIBA), que va dissenyar i avaluar l'efectivitat d'una intervenció multicomponent per prevenir el sobrepès i l'obesitat entre escolars de 8 a 12 anys d'edat, contemplant les desigualtats de gènere i de nivell socioeconòmic (Ariza *et al.*, 2019). La intervenció contempla la millora dels hàbits alimentaris, l'augment de l'activitat física, la reducció del temps dedicat al visionament de pantalles i l'augment de les hores de son dels escolars.

'Canvis'

La 14a edició del programa 'Canvis', publicada l'octubre de 2017, fa una revisió i actualització exhaustiva dels continguts i incorpora diverses novetats com a resposta als suggeriments del professorat que ha desenvolupat el programa, l'alumnat que hi ha participat i els equips de salut comunitària de l'ASPB, així com a la voluntat d'incorporar el nou estat del coneixement.

En primer lloc, s'han introduït de manera transversal les perspectives de gènere i de diversitat cultural i s'han incorporat consells per al professorat que implementa el programa d'acord amb les característiques del seu alumnat. En aquesta línia s'ha posat èmfasi en la utilització de metodologies que facilitin la participació de l'alumnat, a més de propiciar el diàleg entre les diverses opinions de l'alumnat, fugint d'una mirada única hegemònica. Per al contingut i el disseny del format dels materials s'han tingut en compte els criteris de persones expertes en diversitat funcional.

Aquesta actualització també ha volgut recollir les diverses realitats dels centres educatius de Barcelona i fer més flexible la implementació del programa. A més, s'ha complementat amb materials audiovisuals i apps. El 2019, el programa 'Canvis' amb l'actualització va obtenir el reconeixement de Bones Pràctiques de l'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona.

Adaptacions als territoris

Aquestes adaptacions són intervencions que complementen el programa 'Parlem-ne; no et tallis!' en alguns barris de BSaB. S'utilitzen activitats, metodologies d'aprenentatge i missatges adaptats als contextos socioeconòmics i culturals de l'alumnat, el seu desenvolupament i la seva experiència sexual, amb l'objectiu de disminuir les desigualtats en salut sexual i afectiva.

Les adaptacions són diverses, tant pel que fa al nivell de continguts (adaptació de alguna sessió del mateix programa o sessions extres amb continguts específics segons les necessitats detectades), com de millora de les competències del professorat (apropament de la formació al territori, reforç pedagògic o assessorament) o de coordinació amb altres entitats o programes.

Entre les adaptacions destaquen, entre d'altres, 'Opcions', per reduir el tabú associat al fet de parlar sobre sexualitat en determinats col·lectius; 'Diver sex', per facilitar al professorat el desenvolupament d'activitats centrades en la diversitat sexual, i 'Creixent en salut', per augmentar la cobertura del programa als barris en els què és baixa.

Impuls de la promoció de la salut a l'escola a Barcelona Salut als Barris

En els últims anys, s'ha buscat una millor integració entre BSaB i els programes de promoció de la salut a l'escola, considerat com un dels actius de la comunitat, ja que els centres educatius proporcionen un escenari que, potencialment, pot reduir les desigualtats en la salut.

Això s'ha traduït, entre altres coses, en un increment en la cobertura de les escoles als 25 barris de BSaB, que són els de situació socioeconòmica més desfavorida, seguint el principi d'universalisme proporcional que estableix que les intervencions de salut pública han de ser universals, però amb una escala i intensitat proporcionals al nivell de desavantatge (Carey, Crammond & De Leeuw, 2015) (Quadre 13).

Quadre 13. Cobertura dels programes de promoció de la salut a l'escola (%). Barcelona, curs 2017-2018.

	BSaB	Resta de barris de Barcelona
Cobertura global		
Primària	41	16
Secundària	67	39
Creixem sans	37	14
Creixem més sans	23	7
PASE.bcn	31	16
Canvis	46	32
Sobre canyes i petes	33	19
Parlem-ne; no et tallis	52	24

Font: Elaboració pròpia.

Conclusió

Els programes de promoció de la salut a l'escola han d'actualitzar-se d'acord amb les noves necessitats i avenços en el coneixement, i adaptar-se, a través de diverses perspectives, a les característiques dels col·lectius als quals s'adrecen des d'abordatges de desigualtats, intersectorials i participatius. A més, d'acord amb el principi d'universalisme proporcional, és important impulsar-los, sobretot, als territoris més desfavorits, com ara els barris de BSaB.

Agraïments

Agraïm especialment la contribució als/a les professionals d'infermeria que han participat activament als grups de treball que han fet possible el desenvolupament d'aquesta tasca:

Andrea Bastida, Gemma Castillo, Neus Ferrer, Raquel Gallardo, Imma González, Kilian González, Daniel Moreno, Gemma Páez, Cristina Rey, Iolanda Robles, Llanos Roldán, Natalia Sagarra i Noèlia Vázquez.

Salut als Carrers: avaluant els efectes en salut de les superilles

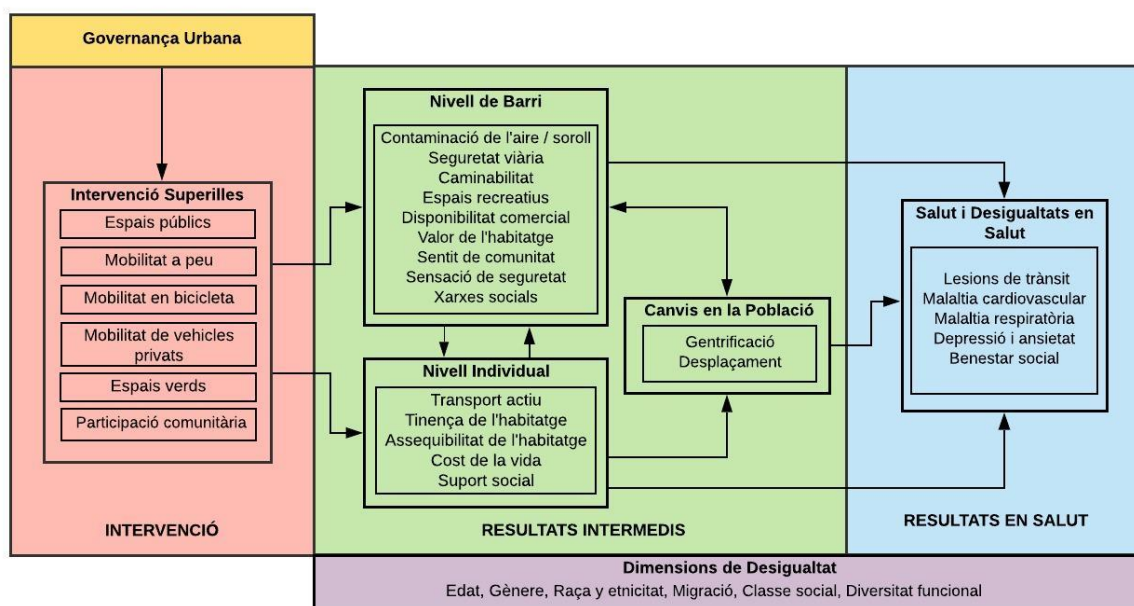
La ciutat de Barcelona presenta nombrosos reptes socials, mediambientals i de salut. Alguns són els alts nivells de soroll i de contaminació de l'aire, la manca d'espais verds, el comportament sedentari de la població i les lesions causades pel trànsit. Els darrers anys, l'Ajuntament de Barcelona ha implementat el model de superilles en diferents barris de la ciutat dins de la mesura de govern 'Omplim de vida els carrers'. L'objectiu d'aquest programa és millorar l'habitabilitat de l'espai públic, avançar en la mobilitat sostenible, augmentar i millorar el verd urbà i la diversitat i promoure la participació i corresponsabilitat ciutadana (Ajuntament de Barcelona, 2016).

Per tal d'avaluar els efectes en salut d'aquest programa, s'està duent a terme un projecte, liderat per l'ASPB, amb mètodes tant quantitatius com qualitius i amb la participació de professionals de diferents àrees i institucions.* Aquest projecte rep el nom de 'Salut Als Carrers (SAC)', i el seu objectiu és avaluar els efectes mediambientals i en salut del model de superilles amb una perspectiva d'equitat.

En primer lloc s'ha desenvolupat un marc conceptual específic per a l'avaluació de les superilles (Figura 37). Aquest model mostra com la governança urbana, a través de la intervenció de superilles, pretén impactar en l'espai públic, els diversos tipus de mobilitat, els espais verds i la participació comunitària. Aquesta intervenció s'espera que tingui uns efectes a nivell de barri (disminució de la contaminació de l'aire i soroll, augment de la seguretat viària i creació d'entorns que facilitin l'hàbit de caminar, entre d'altres) i a nivell individual (augment del transport actiu i suport social, i altres), però també podria comportar un augment del cost de la vida i, així, l'expulsió d'alguns veïns i veïnes del barri. Aquestes accions poden tenir conseqüències sobre la salut i, si els efectes varien segons els diferents eixos de desigualtat, en les desigualtats socials en salut.

* Equip de Salut als Carrers: Catherine Pérez (ASPB), Laia Palència (ASPB), Brenda Biaani León-Gómez (ASPB), Laura Bordera (CIBERESP), Xavier Bartoll (ASPB), Juli Carrere (ABD), Elia Díez (ASPB), Laia Font (ASPB), Anna Gómez (ASPB), María José López (ASPB), Marc Marí (ASPB), Roshanak Mehdipanih (UMICH), Marta Olabarría (ASPB), Gloria Pérez (ASPB), Anna Puig (UVIC), Marc Rico (ASPB), David Rojas-Rueda (COLOSTATE), Hugo Vásquez-Vera (IIB Sant Pau)

Figura 37. Model conceptual per a l'avaluació dels efectes de les superilles en la salut.



Font: Traduït de Mehdipanaha, R. et al. 2018 (Mehdipanaha *et al.*, 2018).

L'avaluació s'ha plantejat als barris del Poblenou, Sant Antoni i Horta, tenint en compte els moments d'implantació de les superilles. A continuació es descriuen les intervencions que s'estan avaluant i els mètodes utilitzats, així com alguns resultats preliminars.

La superilla del Poblenou

Va ser inaugurada el setembre de 2016 i va ser la primera creada pel govern de Barcelona en Comú. Es tracta de la pacificació del trànsit motoritzat, prioritzant els vianants i les bicicletes, en una àrea de 3 x 3 illes. Així, la superilla comprèn la creació de nous espais d'estada en trams dels antics carrers i les seves confluències alliberades de trànsit, amb taules de pícnic, recorreguts literaris, espais per a mercats eventuais i zones esportives i de jocs.

Quan es va iniciar el projecte SAC, aquesta superilla ja s'havia implantat. Per aquesta raó, es va portar a terme un estudi qualitatiu amb l'objectiu de determinar la percepció dels veïns i les veïnes sobre els efectes de la superilla en l'espai públic, la mobilitat i la salut de les persones que viuen al barri o que fan ús de la superilla, tenint en compte la perspectiva de gènere. Es van formar sis grups de discussió, de 8 a 10 persones cadascun, que pel seu perfil podien fer una utilització diferent de la superilla: 1) pares i mares d'infants; 2) adolescents que estudien a la superilla; 3) persones grans; 4) persones adultes que estudien o treballen a la superilla; 5) dones; 6) altres persones adultes no incloses a cap dels grups anteriors. A través de la dinamització dels grups, una persona moderadora de la Fundació Pere Tarrés va proposar diversos temes relacionats amb els efectes en: a) l'ús de l'espai; b) la mobilitat; c) el benestar físic i mental; d) la cohesió social i e) l'economia del barri, tenint sempre present la perspectiva de gènere. Aquests grups es van fer durant els mesos de febrer a juny de 2019.

La superilla de Sant Antoni

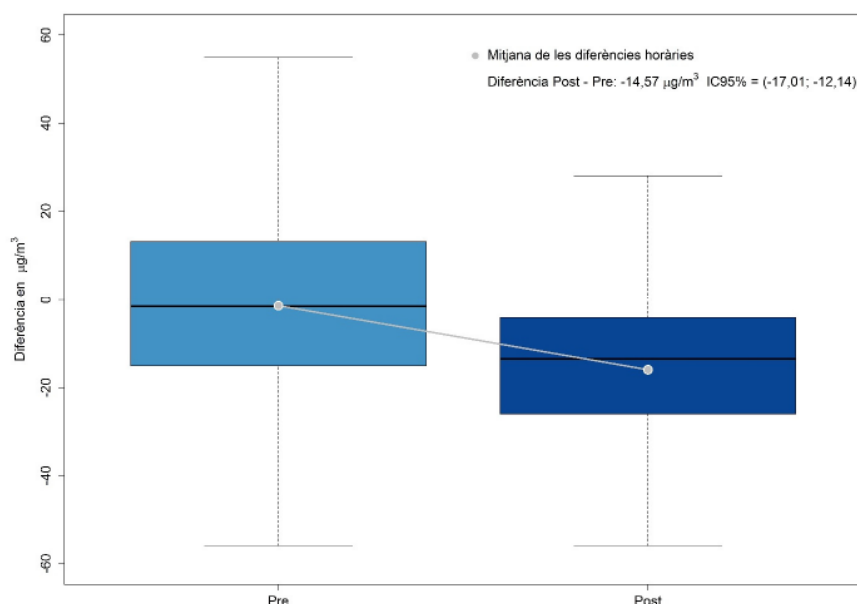
La primera fase de la superilla de Sant Antoni consisteix en la reurbanització de l'espai públic a l'entorn del nou mercat de Sant Antoni. En concret, la pacificació del carrer Comte Borrell entre Floridablanca i Manso i la del carrer Tamarit entre Viladomat i Comte Urgell. Això representa la creació d'una gran plaça pública a l'encreuament dels carrers, així com la creació de nous espais d'estada i més presència de verd als carrers pacificats.

En aquesta superilla, com a part del projecte SAC, s'han fet tres estudis. El primer és una auditoria per avaluar els efectes de la superilla en els patrons d'activitat física de les persones usuàries de la superilla amb una eina que es diu SOPARC (Mckenzie, Cohen, Amber Sehgal, Stephanie Williamson & Daniela Golinelli, 2006). L'objectiu és saber si el patró d'activitat física (sedentari, caminant, vigorós) s'ha modificat des de la implementació de la superilla i si varia entre la superilla i una cruïlla comparable abans de la intervenció. Les dades d'aquest estudi s'estan analitzant actualment.

El segon estudi és una "guerrilla etnogràfica", un estudi qualitatiu que combina l'observació amb entrevistes individuals o grupals semiestructurades. També es recullen dades multimèdia, com fotografies i vídeos. Es van fer tres sessions de cinc hores cadascuna on es van entrevistar 74 persones en 45 entrevistes. Els resultats mostren que en general es valora de manera molt positiva la reforma del voltant del mercat (no sempre coneguda com a superilla), amb una valoració global d'un 8 sobre 10. L'aspecte positiu més anomenat és la prioritització del vianant vers el cotxe, ja que aporta una experiència més segura i còmoda, així com l'espai obert i lluminós, net i atractiu. Com a negatius, que encara hi ha massa trànsit, el mal estat d'algunes jardineres, la poca zona verda, alguns usos considerats problemàtics, la presència de tanques provisionals, l'absència de zona de joc i massa bicicletes i patinets. A la superilla s'hi troba diversitat d'usos i, en general, un increment de l'ús de l'espai; es reporten beneficis en la salut emocional, més bon descans, menys contaminació i més socialització; hi ha molta presència de persones grans, però no tanta de jove, i les famílies amb infants consideren que és un espai que permet circular còmodament però que genera estrès, ja que fa una sensació de falsa seguretat.

Tot i que a la majoria de superilles s'han pres mesures ambientals, a Sant Antoni ja es disposa de resultats. Amb una unitat mòbil de l'ASPB es van prendre mesures de NO₂, PM₁₀ i PM_{2,5} abans i després de la intervenció, per analitzar els canvis en la qualitat de l'aire. Es van mesurar dades tant de l'interior de la superilla com del perímetre i es van calcular diferències amb una estació fixa control fora de la superilla. La mitjana de les diferències en el període postintervenció es va comparar amb la mitjana preintervenció, per veure si la superilla havia tingut un efecte en els nivells de contaminació. Com es pot veure a la Figura 38, per a NO₂ els nivells de contaminants han disminuït amb la implementació de la superilla (el resultat per als altres contaminants és similar).

Figura 38. Diferència (post i pre) de la mitjana de les diferències horàries de NO₂ a la superilla de Sant Antoni (unitat mòbil) i l'Eixample (estació fixa de control).



Font: Elaboració pròpia. Sistemes de Informació Sanitària, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La superilla d'Horta

La Superilla d'Horta va començar les obres l'octubre de 2018, després de dos anys de procés participatiu per elaborar un pla d'acció per a la millora de la mobilitat i la qualitat de vida a Horta. Les actuacions es basen en la reurbanització del carrer de Fulton i part del carrer d'Horta (plataforma única i límit de velocitat de 10 km/h), de part dels carrers Chapí i Feliu Codina (plataforma única i reducció d'aparcament) i del carrer Eduard Toda (reducció d'aparcament i creació de zones d'estada), a part de la reurbanització de dues cantonades.

En el cas de la superilla d'Horta s'han plantejat diversos estudis d'avaluació pre i post amb una enquesta de salut específica, amb mesures ambientals i amb un índex de "caminabilitat". En tots els casos es van prendre mesures entre maig i setembre de 2018 i es tornaran a prendre quan acabin les obres.

L'enquesta de salut es va efectuar d'acord amb la metodologia de l'Enquesta de Salut de Barcelona. Es van enquestar 1.200 persones residents a Horta a través d'una mostra del padró. El qüestionari constava de 141 preguntes sobre salut percebuda, qualitat de vida, suport social, salut mental, mobilitat, activitat física, característiques del barri i habitatge. A la Figura 39 es mostra una infografia, amb alguns resultats, que es va enviar a les persones enquestades com a retorn per la seva participació. També es va elaborar un informe que es troba al web de l'Agència (www.aspb.cat). L'any 2020 es tornarà a contactar amb les persones que van respondre l'enquesta per avaluar els canvis en les variables de salut abans i després de la intervenció, i si aquests varien segons característiques socioeconòmiques. També es farà un estudi qualitatiu, concretament, una guerrilla etnogràfica, que ajudarà a interpretar els resultats de l'enquesta.

Figura 39. Infografia amb alguns dels resultats principals de l'enquesta preintervenció de Salut als Carrers, Horta, 2018.



Pel que fa a les mesures ambientals també s'han pres mesures de NO₂, PM₁₀ i PM_{2,5} (amb la mateixa metodologia que a Sant Antoni) així com mesures de carboni negre, un component de la matèria particulada fina que es produeix a través de la combustió incompleta de combustibles fòssils, biocombustibles i biomassa. Aquestes últimes s'han pres en tres tipus de carrers: carrers intervinguts, on les intervencions relacionades amb la superilla s'han portat a terme; carrers afectats indirectament, és a dir, carrers no intervinguts però on s'espera que es produeixin canvis en el trànsit, i carrers no afectats, on no s'esperen canvis. A cada tipus de carrer s'han pres mesures en 7 punts diferents.

Finalment, a Horta també es mesurarà si les intervencions milloren la caminabilitat dels carrers. S'avaluaran característiques de l'entorn construït considerades rellevants per als vianants amb una eina que es diu MAPS (Microscale Audit of Pedestrian Streetscapes) (Millstein *et al.*, 2013). Aquestes característiques inclouen detalls sobre els carrers, les voreres, els encreuaments i el disseny (passos de vianants, arbrat, carrils bici, vorades), així com les característiques de l'entorn social (grafitis, escombraries).

Finalment, a totes les superilles implementades es portarà a terme un estudi quasiexperimental amb grup de comparació, amb l'objectiu d'avaluar l'efectivitat de les superilles en la reducció de les lesions de trànsit. El grup d'intervenció seran les superilles ja implementades, i el de comparació les àrees planificades per a futures superilles. A partir de les dades de lesions de trànsit proveïdes per la Guàrdia Urbana es podran identificar les col·lisions que van tenir lloc a les àrees intervingudes i en comparació des de 2002. Es farà una anàlisi pre i post on els resultats seran el nombre total de col·lisions, el nombre de persones lesionades i el nombre de vianants lesionats. En els models es tindrà en compte el volum de trànsit i les característiques del carrer.

Conclusions

Aquest projecte aportarà informació sobre l'impacte real de la implantació de les superilles en la qualitat de l'aire, la percepció de salut i qualitat de vida, la salut mental, el suport social, l'activitat física i les lesions per trànsit, amb una perspectiva de gènere i desigualtats socials. Avaluarà l'efectivitat d'una política pública en la millora de la salut i la reducció de les desigualtats en salut.

Resultats preliminars indiquen que, almenys a la superilla de Sant Antoni, han disminuït els nivells de contaminants a les zones intervingudes i el seu perímetre. A més, els veïns i les veïnes valoren beneficis en el seu benestar, tot i que també identifiquen alguns aspectes a millorar.

Condicions de vida i salut de les persones grans de Barcelona

Per primera vegada a la història, la majoria de les persones poden aspirar a viure més enllà dels 60 anys i molts anys amb bona salut i qualitat de vida, fet que als països d'ingressos alts es deu, sobretot, al descens de la mortalitat entre les persones grans. Durant els pròxims anys, la proporció de persones grans continuarà augmentant, cosa que té profundes conseqüències per a la salut i per als sistemes de salut. Nombrosos estudis demostren que la pèrdua de capacitat generalment associada a l'envelliment no depèn només de l'edat cronològica de les persones, sinó que es relaciona amb les seves condicions de vida actuals i les que han tingut al llarg de la seva vida. Contràriament al que sol suposar-se, l'envelliment té molta menys influència en la despesa sanitària que altres factors, com l'alt cost de les noves tecnologies mèdiques (Organització Mundial de la Salut, 2015). A més, en aquesta etapa de la vida persisteixen desigualtats socials en la salut (Rueda, Artazcoz & Navarro, 2008) sobre les quals es pot actuar a través d'estratègies de salut en totes les polítiques (Artazcoz, Pérez, Rueda, Rodríguez & González, 2009).

L'objectiu d'aquest capítol és descriure les condicions de vida i l'estat de salut de les persones grans (65 anys i més) de la ciutat. Les dades sociodemogràfiques procedeixen del padró municipal d'habitants; la resta són de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016.

Característiques sociodemogràfiques

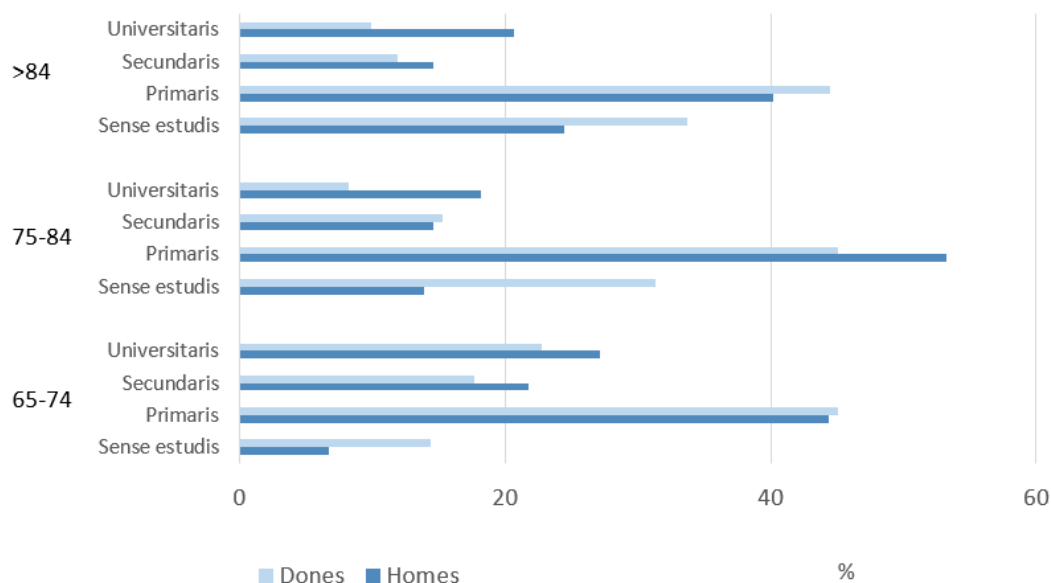
Sexe i edat

Segons el padró municipal d'habitants de Barcelona, l'any 2018 vivien a Barcelona 349.922 persones majors de 64 anys, al voltant d'una cinquena part de la població de la ciutat, de les quals el 60% eren dones. La proporció de dones s'incrementa gradualment amb l'edat, de manera que si entre els homes la proporció de majors de 64 anys és del 18,2%, entre les dones puja al 24,3%.

Nivell d'estudis

El nivell d'estudis s'associa de manera consistent i amb un gradient amb l'estat de salut (Rueda *et al.*, 2008). A Barcelona, el nivell d'estudis és superior entre els homes i entre les persones més joves. La majoria de la població de 65 anys i més té només estudis primaris o menys (Figura 40).

Figura 40. Nivell d'estudis de les persones grans segons el sexe i l'edat. Barcelona, 2016-2017.



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

Districte de residència

Ciutat Vella és el districte més jove, amb només un 13,3% de població amb més 64 anys, mentre que a la resta dels districtes la proporció se situa entre el 20 i el 25%, i a les Corts arriba al 25,7%. L'Eixample és el districte on viuen més persones grans (16,9% del total de Barcelona), seguit per Sant Martí (13,9%).

Context familiar

Habitatge

Les tres quartes parts de les persones grans viuen en habitatges de propietat; el 36% afirma que no disposa de calefacció central o individual, i el 42%, que no té cap aparell per escalfar alguna habitació, sense diferències de gènere. Un 7,1% no té ni una cosa ni l'altra, sense diferències entre homes i dones. El 17% no té ascensor, també independentment del sexe. No obstant, el fet de no tenir aire condicionat és més freqüent entre les dones (el 48,7% versus el 36,7%).

Dificultats econòmiques

Les dificultats econòmiques s'associen a una major mortalitat, així com amb diversos problemes de salut, com mal estat de salut percebut, insuficiència coronària, hipertensió arterial, depressió o problemes de son (Kahn & Pearlin, 2006).

A Barcelona, les dificultats econòmiques són més freqüents entre les dones. Entre les persones de 65 anys i més, la tercera part no pot anar de vacances almenys una setmana l'any, mentre que la proporció corresponent entre els homes és del 22,6%. Un 4,2% de les persones grans no pot fer un àpat de carn, pollastre o peix (o l'equivalent vegetarià) almenys cada dos dies, sense diferències de gènere. El 7,1% dels homes i gairebé el doble de dones (13,1%) no es poden permetre mantenir l'habitatge amb temperatura adequada els mesos freds. Proporcions similars (8,6% dels homes i 15,1% de les dones) no es poden permetre mantenir

l'habitatge amb temperatura adequada els mesos càlids. El 29,7% dels homes i el 40,5% de les dones arriben amb algun grau de dificultat a final de mes (el 2,4% dels homes i el 6,3% de les dones, amb molta dificultat).

Suport social

Nombrosos estudis han mostrat la relació entre el suport social i l'estat de salut físic i mental entre les persones grans (Rueda & Artazcoz, 2009). A Barcelona, el 14,8% dels homes i gairebé el doble de dones (27,8%) viuen sols. La percepció de soledat és superior entre les dones. El 16,6% dels homes i el 30,5% de les dones afirmen que en els últims 12 mesos han sentit que els falta companyia sovint o algunes vegades, i el 9% dels homes i el 19,5% de les dones s'han sentit exclosos del que passa al seu entorn. El 42,4% han assistit a activitats organitzades en grup els darrers 12 mesos (46 i 40%, respectivament).

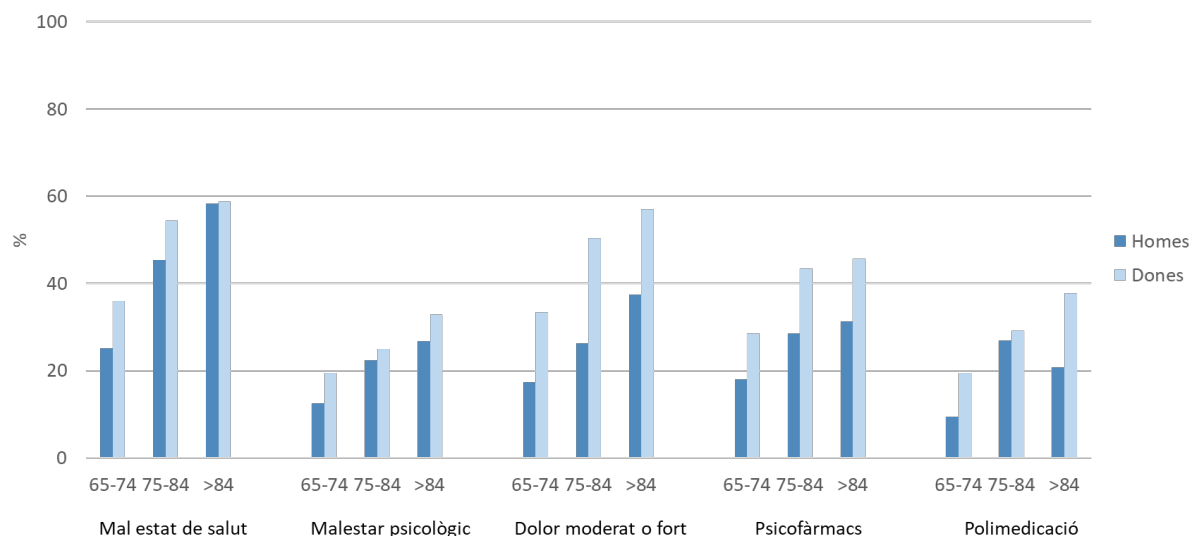
Cura de persones amb dependència

Hi ha molta evidència sobre la relació de l'estat de salut físic i mental amb la convivència amb persones amb dependència i amb la seva cura (Rueda & Artazcoz, 2009). A Barcelona, el 12,5% de les persones grans viuen amb alguna persona que requereix algun tipus de dedicació especial per tenir algun tipus de dependència, sense diferències de gènere. Les dones són responsables de la cura d'aquestes persones amb més freqüència que els homes. El 30,6% de les dones afirmen que cuiden soles aquestes persones, mentre que el percentatge corresponent entre els homes és al voltant de la meitat (16,7%). D'altra banda, el 24,2% dels homes assenyalen que és la seva parella qui s'encarrega de la cura, mentre la proporció corresponent entre les dones és del 13,6%.

Salut

Globalment, l'estat de salut és pitjor entre les dones i empitjora amb l'edat (Figura 41). La prevalença de mal estat de salut percebut és del 36,8% entre els homes i 47,4% entre les dones. Els percentatges corresponents són 17,5 i 23,8% per al malestar psicològic; 23,1 i 44,3% per al dolor fort o moderat; 23,5 i 37,6% per al consum de psicofàrmacs (antidepressius, ansiolítics i somnífers), i 16,9 i 26,9% per a la polimediació (consum diari de cinc o més fàrmacs prescrits) (Masnoon, Shakib, Kalisch-Ellett & Caughey, 2017), respectivament.

Figura 41. Estat de salut i consum de medicació prescrita segons sexe i edat. Barcelona, 2016-2017.



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

Com s'aprecia a la Quadre 14 quasi tots els trastorns crònics són més freqüents entre les dones. Ressalta l'alta prevalença d'artrosi, artritis i reumatisme, hipertensió, hipercolesterolèmia i cataractes (Bartoll, X & Puigpinós, 2017).

Quadre 14. Prevalença de trastorns crònics segons el sexe en població majors de 64 anys. Barcelona, 2016-2017.

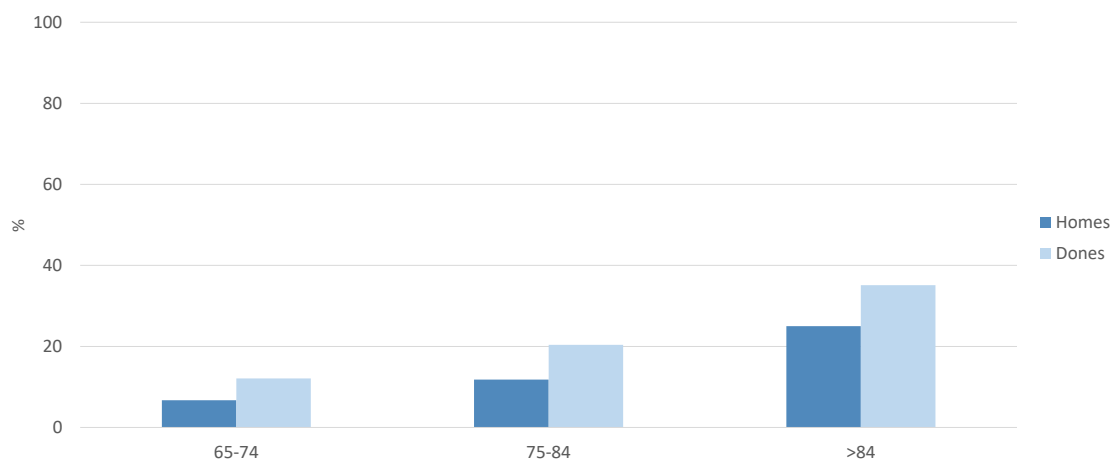
	Homes	Dones
Artrosi, artritis o reumatisme	30,5	61
Osteoporosi	5,3	29,7
Hipertensió	44	51,4
Infart agut de miocardi	8,6	5,1
Ictus	9,6	4,5
Colesterol elevat	30,2	34,7
Diabetis	17,9	17,6
Tumors malignes	10,1	10,4
Cataractes	30,1	36,5
Problemes de pròstata	32	--
Incontinència urinària	18	25,1

Font: Bartoll, X.; Puigpinós, R. Determinants de salut. A: Les condicions de vida de les persones grans a Barcelona: una anàlisi des de la perspectiva de l'envelliment actiu. Barcelona: Àrea de Drets Socials. Ajuntament de Barcelona; 2017

Les caigudes de les persones grans són un problema de salut de primer ordre. A banda dels problemes de salut immediats com les fractures o la mort, les caigudes poden tenir també conseqüències a mitjà i llarg termini que inclouen dependència, pèrdua d'autonomia, confusió, immobilització, aïllament per por a noves caigudes (Lavedán *et al.*, 2018), depressió i institucionalització prematura (Hartholt *et al.*, 2011). És important destacar que, entre altres factors, la polimedicació i el consum de psicofàrmacs s'associen amb un risc més elevat de caigudes entre les persones grans (Park, Satoh, Miki, Urushihara & Sawada, 2015).

A Barcelona, l'11% dels homes i el 20% de les dones van experimentar una caiguda durant l'últim any. La freqüència augmenta amb l'edat i la prevalença és superior entre les dones en tots els grups d'edat (Figura 42).

Figura 42. Caigudes en l'últim any segons grup d'edat i sexe. Barcelona, 2016-2017.



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

Conclusió

A Barcelona, al voltant de la cinquena part de la població té 65 anys o més, i el 60% són dones. Globalment, les condicions de vida i l'estat de salut és pitjor entre les dones. A més, el consum de fàrmacs és molt alt i també superior entre les dones. És important desenvolupar una estratègia de ciutat d'envelliment actiu i saludable que abordi els determinants de la salut i les desigualtats en aquest grup d'edat.

Amb els aliments, seguretat és salut

La Direcció de Seguretat Alimentària de l'ASPB té encomanades les funcions de vigilància i control sanitari oficial dels aliments i establiments alimentaris de la ciutat de Barcelona. Aquestes activitats es duen a terme sobre tots els establiments i activitats de producció i comercialització d'aliments de la ciutat: indústries, distribuïdors majoristes, importadors, magatzems, comerços, bars, restaurants, menjadors escolars, etc.

El control es fa mitjançant les inspeccions sanitàries de les activitats i establiments alimentaris per comprovar que els operadors compleixen amb les condicions i requisits fixats per la normativa vigent per evitar els riscos per a la salut. Igualment, amb les auditories sanitàries es valora la gestió de la seguretat alimentària.

A part de les activitats de control, també es fan programes de vigilància dels aliments. Destaca el programa d'investigació en la qualitat sanitària dels aliments amb què es valora la presència o el nivell de diferents contaminants químics o microbiològics dels aliments produïts o comercialitzats a la ciutat.

A més d'aquestes activitats, el personal inspector també realitza una tasca de promoció de la seguretat alimentària mitjançant la informació, l'assessorament, l'educació o la sensibilització adreçada als operadors i a la ciutadania en general.

L'abordatge de la seguretat alimentària mitjançant les activitats de control, vigilància i promoció constitueix l'estratègia d'intervenció de la seguretat alimentària a la ciutat de Barcelona. La coordinació entre aquests tres tipus d'activitats persegueix la millora dels resultats de l'actuació de l'ASPB en seguretat alimentària. Així, unes bones activitats de promoció milloren els coneixements sanitaris dels operadors/ores i manipuladors/ores alimentaris i, per tant, milloren les condicions sanitàries i els resultats de les accions de control i vigilància.

Els resultats obtinguts de les inspeccions i auditories, així com de les activitats de mostreig i anàlisi dels aliments, han d'orientar les activitats de promoció cap a les pràctiques, els establiments i les activitats on es detecten necessitats de millora més elevades. A més a més, aquestes accions han de reduir les desigualtats existents amb intervencions sobre els col·lectius o operadors amb més mancances o problemàtiques per complir amb les condicions sanitàries.

Els resultats del control i la vigilància mostren indicadors de seguretat alimentària pitjors en el sector minorista comercial, integrat per comerços alimentaris de venda al detall com bars i restaurants. En aquests establiments el personal inspector té més dificultats per fer complir les condicions sanitàries que estableix la normativa vigent, atès el gran nombre d'establiments (més de 14.000), i altres aspectes com ara el nivell de formació, de professionalització i el mateix bagatge cultural i/o origen geogràfic de les persones que hi treballen.

Amb l'objectiu de promocionar la seguretat alimentària neix una acció general amb el títol 'Amb els aliments, seguretat és salut'. A l'hora d'abordar aquesta acció es va plantejar iniciar un procés de col·laboració amb totes les parts interessades per recollir les dificultats, les necessitats i els suggeriments per a la millora de la seguretat alimentària a la ciutat.

Inicialment, es van mantenir contactes amb els gremis alimentaris per tractar la situació relativa a la formació del personal manipulador dels aliments. Posteriorment, amb la col·laboració de la Direcció de Comerç de l'Ajuntament de Barcelona, es van fer reunions amb representats de persones de la comunitat xinesa relacionades amb establiments alimentaris de la ciutat per analitzar les necessitats i les dificultats que detecta el nostre personal inspector. A partir d'aquesta anàlisi vàrem reflexionar sobre com podíem comunicar-nos millor amb els operadors per fer-los comprendre els aspectes legals que han de complir i millorar les condicions sanitàries d'establiments on es van repetint deficiències. Arran d'aquestes reunions van sorgir diferents

propostes, entre les quals, elaborar material didàctic accessible i comprensible, concretament la creació d'una sèrie de vídeos per a la promoció de la seguretat alimentària.

Els vídeos divulgatius de seguretat alimentària

L'objectiu general de l'acció 'Amb els aliments, seguretat és salut', de la campanya de promoció i dels vídeos és millorar les condicions sanitàries dels comerços alimentaris i establiments de restauració de la ciutat i les pràctiques de treball dels operadors alimentaris.

Els objectius específics són:

1. Informar de les condicions sanitàries i les pràctiques de treball necessàries per al funcionament correcte dels seus negocis, així com de la regulació normativa i el funcionament del control oficial.
2. Promoure l'autogestió de la seguretat alimentària, especialment la implementació dels sistemes d'autocontrol sanitari.
3. Minimitzar les diferències sanitàries per motius culturals i idiomàtics.
4. Enfortir la cultura de seguretat alimentària, contribuint a la millora de la seva professionalització i competitivitat del seu negoci.
5. Augmentar l'efectivitat i millorar els resultats de les activitats de control sanitari, reduint les mesures sancionadores i cautelars.
6. Impulsar la intervenció municipal preventiva i millorar l'efectivitat dels recursos destinats al control oficial en seguretat alimentària participant a les accions comunicatives amb repercussió en un nombre d'establiments més elevat.
7. Millorar la imatge i la percepció de la ciutadania sobre la seguretat alimentària dels establiments de la ciutat.
8. Millorar i difondre el coneixement de la seguretat alimentària entre les persones consumidores.

Es van elaborar vídeos amb una durada i format que en facilita la difusió. Són vídeos musicals cantats en català, presentats amb un títol propi i amb un estil musical desenfadat i positiu. Els vídeos no tenen un contingut profund i exhaustiu de la matèria, ja que s'ha buscat un format àgil, simpàtic i fresc amb la intenció que siguin atractius i de màxima difusió. A més de la versió original catalana, tots els vídeos es presenten subtitulats en 5 idiomes (català, castellà, anglès, xinès i urdú).

Els 5 vídeos tracten diferents aspectes de la seguretat alimentària:

- **PREPARA'T**

Parla dels aspectes que cal considerar quan es vol començar un negoci a la ciutat. Inclou temes administratius, estructurals i d'equipament necessaris per desenvolupar les activitats alimentàries. El missatge que vol transmetre és que no es pot improvisar i que, abans de tot, cal revisar la normativa sanitària i complir amb els requisits necessaris que s'exigeixen per evitar problemes en el futur.

- **PARLEM D'HIGIENE**

Tracta de la neteja de les mans, les superfícies de treball, les instal·lacions, la higiene i la salut del personal, i la gestió de residus.

- **CAL TENIR-HO CLAR**

S'ocupa de les bones pràctiques d'higiene en aquests establiments. Aquest vídeo està dirigit específicament al comerç minorista d'alimentació.

- ELS XEFS

Explica les bones pràctiques higièniques, en aquest cas, referides específicament a bars i restaurants.

- ELS AUTOCONTROLS

Tracta sobre els plans d'autocontrols a implementar en aquests establiments, tant dels documents necessaris com del registres i mesures que cal efectuar per garantir una correcta gestió de la seguretat alimentària.

Presentació i campanya de difusió

La presentació oficial es va fer a les instal·lacions de Barcelona Activa, al barri del Poblenou de Barcelona, el 14 de novembre de 2018. Es van convidar persones representants dels diferents gremis dels sectors alimentaris de Barcelona, organismes públics, operadors i manipuladors/ores de les empreses que hi van participar.

Es va aprofitar l'acte de presentació pública dels vídeos per fer una enquesta entre els assistents, que van contestar 26 persones, i se'n van obtenir els resultats següents:

- Els vídeos van tenir molt bona acceptació i van agradar a tothom. El 77% van valorar que els havien agradat molt. Valoren la col·laboració de l'administració per fer arribar la informació als comerciants i que el missatge sigui clar, proper i positiu.
- El que els va agradar més dels vídeos va ser: que el missatge és senzill, fresc, proper i clar, que són informals, dinàmics, amb humor. D'altra banda, van manifestar que era molt positiu que estiguessin traduïts en cinc idiomes.
- Pel que fa a aspectes que es podrien millorar van comentar:
 - Disposar de més informació per aprofundir el missatge dels vídeos.
 - Disposar d'algun lloc per poder consultar per escrit les indicacions dels vídeos.
 - Facilitar els vídeos en el moment de rebre el permís d'activitat de l'Ajuntament de Barcelona.

Després de la presentació es va iniciar la campanya de difusió dels vídeos, que va incloure també la difusió entre la comunitat xinesa relacionada amb els establiments alimentaris gràcies a la intervenció de persones que treballen en aquesta comunitat per a la Direcció de Comerç.

La sèrie de vídeos es va publicar el 13 de novembre de 2018 al canal de YouTube de l'ASPB; es va difondre al web, amb 3.661 interaccions; al butlletí corporatiu, amb 484 lectures, i a les xarxes socials sota el *hashtag* [#BCNalimentssegurs](#). També es va publicar una nota de premsa i va hi haver una aparició a la televisió local de Barcelona Betevé, de manera que el 28 de juny de 2019 s'han registrat 8.988 visualitzacions dels vídeos divulgatius de seguretat alimentària de la campanya 'Amb els aliments, seguretat és salut'.

Canvi climàtic i alimentació

La relació i l'impacte que el canvi climàtic té sobre l'alimentació humana i, consegüentment, sobre la salut, ha estat un tema controvertit en els darrers anys. Arran de la crisi climàtica, no obstant, el debat revifa sobre les primeres evidències de les quals es fa ressò aquest capítol.

Actualment està fora de dubte l'impacte directe que el canvi climàtic, a través dels diferents tipus de fenòmens meteorològics extrems (inundacions, canvis en el ritme i magnitud de les precipitacions i altres), té sobre l'agricultura i la producció local d'aliments. En molts casos, i en especial als països de renda més baixa, el canvi climàtic incrementa la desnutrició, com a principal forma de malnutrició.

A més, la importància de l'epidèmia mundial d'obesitat posa de manifest la importància que la distribució de recursos en el territori i, sobretot, els canvis en la productivitat alimentària tenen sobre l'alimentació i la salut humana. És perceptible una transformació des d'una alimentació i una producció d'aliments localitzada i basada en els recursos locals a la creació d'empreses d'alimentació cada vegada més grans, processadores d'aliments més energètics i a un menor cost, que es relacionen amb el problema de l'obesitat. Les empreses manufactureres d'aliments rics en sucres refinats, sal i greixos en són un bon exemple. D'altra banda, la creació cada cop més estesa de grans cadenes de supermercats, afavorides per la globalització, ha suposat també una amenaça cap al comerç i l'alimentació de proximitat i l'augment de dietes menys saludables, relacionades amb l'obesitat.

Darrerament, en l'anàlisi de la influència del canvi climàtic sobre la salut pública i l'alimentació com a part implicada, es destaquen els beneficis sobre la salut de la reducció de l'emissió de gasos d'efecte hivernacle generats per la ramaderia de boví i derivats d'un excés tant en la producció com en la distribució dels productes càrnics (tant de carn vermella com de carn processada), especialment entre els productes de menjar ràpid.

De tot això es fa ressò aquest capítol, estructurat en una primera part per l'anàlisi de les vies d'impacte del canvi climàtic en l'alimentació, seguida d'algunes recomanacions i dels principals indicadors disponibles per fer el seguiment.

Vies d'impacte del canvi climàtic en l'alimentació

Hi ha diverses vies per categoritzar l'impacte en salut del canvi climàtic. Butler & Harley, 2010, diferencien entre impactes directes o primaris, com aquells que resulten de les comunitats o grups directament exposats als efectes produïts per fenòmens meteorològics extrems, onades de calor i la contaminació, i impactes indirectes, ecològicament mediat, de les condicions climàtiques, que inclourien els canvis en la freqüència i estacionalitat d'algunes malalties transmissibles, però també la disminució de la producció d'aliments i de l'alimentació humana, entre d'altres.

Hi ha tres tipus principals de canvis derivats del canvi climàtic que impacten en la salut humana. En primer lloc, els canvis físics, com els canvis en el clima, que inclouen la disminució de les precipitacions regionals i la contracció de les glaceres de muntanya, que poden reduir els fluxos d'aigua dolça i comprometre la higiene domèstica, la seguretat de l'aigua potable, la producció local d'aliments i la hidratació personal. Les inundacions, també previstes com a més probables a causa d'un canvi climàtic, poden comprometre la qualitat de l'aigua i fins i tot fer malbé la infraestructura del clavegueram.

El segon grup de canvis es refereix als canvis mediat a través dels ecosistemes i els canvis ambientals: Són els canvis en la producció dels aliments i, per tant, en els preus d'aquests aliments i la seva disponibilitat, en els estats nutricionals i en la salut infantil i adulta.

Històricament, el sistema que regulava l'oferta i la demanda dinàmica d'aliments era una ecologia cultural i ambiental local basada en l'intercanvi intergeneracional del coneixement alimentari, els ingredients preferits relacionats amb les condicions estacionals i locals i en les habilitats per a la cuina. El subministrament d'aliments industrials i més econòmics trenca aquest sistema, i va ser reemplaçat per l'aparició de la cultura de la conveniència, juntament amb l'"elecció" del producte, que ha estat defensat pels supermercats com a emblema del consum modern. En la configuració de la naturalesa i el contingut de les xarxes globals d'aliments i cultures culinàries, els supermercats no han consolidat només la deslocalització entre la societat i la naturalesa, sinó que també contribueixen a una profunda pertorbació en el metabolisme humà, ja que fomenten el consum excessiu de menjar i energia (McMichael, Butler & Dixon, 2015).

En contrast, els sistemes alimentaris industrials i urbans ara es caracteritzen per "ecologies a distància": on els nutrients, la força de treball i els riscos ambientals s'intercanvien a nivell mundial. Aquest fet està facilitat pel dogma del mercat neoliberal, que afavoreix agroecologies cada vegada més esgotades i mercats saturats en un sistema alimentari mercantilitzat. Actualment, sota el sistema alimentari hi ha el control de les cadenes de supermercats, que han expandit el seu abast territorial i estan provocant efectes perjudicials sobre entorns supervivents rics en nutrients. Alhora, ha expandit la producció massiva de mercaderies per a la classe mitjana. Aquesta expansió ha implicat sistemes logístics d'ús intensiu d'energia. Els supermercats i les forces socials i culturals que els sustenten han alterat efectivament la producció i l'intercanvi d'aliments dels seus contextos biosfèrics i socioculturals. Els principals venedors d'aliments del món exerceixen avui una profunda influència global sobre les ecologies agrícoles i humanes.

El tercer grup de canvis, els canvis o impactes socials i econòmics, són més complexos, emergeixen més lentament i afecten els suports fonamentals de les relacions socials i institucions, i inclouen els trastorns emocionals i les conseqüències sobre la salut dels desplaçaments i relocalitzacions de les comunitats.

En relació amb l'alimentació, el principal impacte sobre la salut humana és la malnutrició en totes les seves formes, tal com la Lancet Commission sol·licita que es considerin des de tots els nivells d'acció els problemes ocasionats pel canvi climàtic (Swinburn *et al.*, 2019). En aquesta accepció s'inclouen l'obesitat, la desnutrició i els canvis en els patrons dietètics. L'obesitat es deu al fet que el context i el patró de la vida diària i les opcions de consum promogudes comercialment han canviat molt en les darreres dècades, de manera que, de mitjana, les persones consumeixen més energia a partir dels aliments de la que necessiten per a un treball modern, actualment de menor exigència en la despesa d'energia. D'altra banda, els dispositius que estalvien esforç a la llar i a la feina, el transport privat i el consum cada vegada més gran de dietes processades amb alt contingut energètic, especialment greixos i sucres, han estat els principals contribuents a l'augment de l'obesitat i posteriorment de diabetis tipus II.

En aquesta línia, la Lancet Commission ha definit la síndrome global com el conjunt de tres pandèmies (obesitat, desnutrició i canvi climàtic) que afecten la majoria de la gent de tots els països i regions del món (Swinburn *et al.*, 2019). Segons aquesta comissió, els principals conductors de la síndrome global són l'alimentació i l'agricultura, el transport, el disseny urbà i l'ús del territori. Aquesta comissió proposa alhora que les accions per fer front a aquesta síndrome global contemplin un mínim de dos o tres dimensions alhora per fer front conjuntament els tres elements citats de la síndrome: l'obesitat, la desnutrició i el canvi climàtic.

L'informe de la Lancet Commission considera que la producció d'aliments és un dels principals factors que contribueixen al canvi climàtic. L'agricultura hi contribueix directament amb el 15-23% de totes les emissions de l'efecte hivernacle, comparable al transport. Però quan es tenen en compte els processos més amplis del sistema alimentari, incloent-hi el malbaratament alimentari, la contribució total dels aliments a les emissions pot arribar fins al 29% (Hertwich, Van der Voet & Tukker, 2010; Vermeulen, Campbell & Ingram, 2012). La

producció mundial de carn ha augmentat 4-5 vegades, ha passat de 71 milions de tones anuals el 1961 a 318 milions de tones el 2014, i es preveu que augmenti fins a 455 milions de tones el 2050. Aquesta progressió reflecteix el creixement de la demanda de l'augment de la població global i un augment del consum per càpita de 20 a 43 kg per persona i any des de 1961 a 2014, vinculat al creixement dels ingressos i al canvi de preferències dietètiques (Ritchie & Roser, 2017). Els gasos d'efecte hivernacle estan relacionats amb les emissions de metà procedents de la fermentació entèrica, les emissions d'òxids nitrosos procedents de l'aplicació de fems i fertilitzants, i les aportacions considerables necessàries per conrear cultius de cereals i plantes oleaginoses per utilitzar-los com a alimentació per al bestiar en ramaderia industrial. La ramaderia també fa servir aproximadament el 70% de les terres agrícoles mundials, i és un dels principals motors de la desforestació (Ritchie & Roser, 2017).

D'altra banda, en zones de nivell socioeconòmic desfavorit, les verdures, fruites i aliments d'origen animal solen ser costosos o inaccessibles, la qual cosa produeix dietes monòtones amb un nivell nutritiu de baixa qualitat. A més, els aliments ultraprocessats són un motor clau en la pandèmia global de l'obesitat; prop de 2.000 milions de persones tenen sobrepès o obesitat (Afshin *et al.*, 2017).

Recomanacions

Algunes recomanacions per abordar el canvi climàtic i l'alimentació a nivell local són:

1. Contribuir a canviar les percepcions de la comunitat que encara creu que l'abundància calòrica promou la salut. Un exemple es visualitza en la carn, que és un aliment d'alt valor nutricional, però que ha de menjar-se no més de dos cops per setmana, d'acord amb les recomanacions de la dieta mediterrània, que la integra al costat d'aliments com les fruites i verdures, l'oli d'oliva, els llegums i el peix.²¹
2. Fomentar el consum de productes de proximitat, ja que tenen un baix impacte d'emissions pel transport, tant amb esforços de comunicació i sensibilització al públic com amb la promoció de fires de pagès i activitats similars als barris, així com amb les polítiques de compra dels menjadors escolars i altres espais de consum on l'Ajuntament pot tenir influència.
3. Millorar la composició nutricional i la varietat d'aliments disponibles a un preu assequible, de manera que el sistema alimentari contribueixi a reduir la prevalença d'obesitat i una distribució més justa de la salut i els seus determinants.

²¹ Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). L'AECOSAN aconsella mantenir les recomanacions de salut pública sobre el consum moderat de carn, 14 de maig de 2018.
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/noticias_y_actualizaciones/temas_de_interes/carne.htm.

Brot de gastroenteritis a la font del parc Antoni Santiburcio: anàlisi i implicacions

A diverses ciutats europees, dels Estats Units o el Canadà, cada vegada està més estès l'ús de les fonts ornamentals transitables perquè la població les utilitzi com a espais de relació i esbarjo, especialment en èpoques estivals, on les persones n'aprofiten l'ús per refrescar-se. Tot i els evidents avantatges per a la població, poden suposar un risc per a la salut i ser focus d'infeccions transmeses per l'aigua quan no hi ha un tractament adequat que n'asseguri la innocuïtat microbiològica (Hlavsa *et al.*, 2011). A continuació exposem l'estudi i els resultats de la investigació d'un brot de gastroenteritis aguda (GEA) a la ciutat de Barcelona i les seves implicacions per a la salut pública.

El dia 30 d'agost de 2018 notifiquen al Servei d'Epidemiologia (SEPID) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) una sospita de brot de GEA amb un antecedent comú, el bany a la font de jocs d'aigua del parc d'Antoni Santiburcio, al barri de Sant Andreu de Barcelona. El mateix dia s'inicia la investigació en col·laboració amb el Servei de Qualitat i Intervenció Ambiental (SEQUIA), el Servei de Microbiologia (SMICRO) de l'ASPB i el laboratori d'Aigües de Barcelona.

Investigació epidemiològica i ambiental

El dia de la notificació, personal del SEQUIA es va desplaçar a la font per a la investigació ambiental. Es tracta d'una instal·lació ubicada a l'aire lliure, transitable sense cap tancament perimetral i amb més de 200 brolladors d'aigua d'altures canviants. Des dels brolladors hi ha un sistema de bombeig cap als vasos de la font i un sistema de recollida de l'aigua dels vasos per gravetat cap al dipòsit, on es localitzava un sistema de filtració i desinfecció automàtica amb hipoclorit sòdic. Durant la primera inspecció sanitària, atesa la sospita de brot, es van recollir diverses mostres d'aigua, es va ordenar la clausura de la font i una neteja i desinfecció de tota la instal·lació. Posteriorment es van realitzar dues noves inspeccions sanitàries de comprovació i de recollida de noves mostres. Les mostres es van portar al SMICRO per a l'anàlisi de patògens i indicadors de contaminació fecal, i també al laboratori d'Aigües de Barcelona, per a l'anàlisi dels paràsits *Giardia* i *Cryptosporidium*.

Des del SEPID es va definir la població d'estudi com totes les persones que es van banyar com a mínim una vegada a la font durant el període entre el 10 i el 30 d'agost de 2018 (Figura 43). Es va fer l'enquesta epidemiològica i es va gestionar la recollida de mostres de femta dels afectats per remetre-les a analitzar al SMICRO. Es van considerar casos primaris totes aquelles persones de la població d'estudi amb clínica gastrointestinal compatible amb infecció per *Clostridium perfringens* (diarrea i dolor abdominal) que apareixia en menys de 24 hores des de l'exposició o simptomatologia gastrointestinal que apareixia a partir de les 24 hores del bany compatible amb *Cryptosporidium* (diarrea, dolor abdominal, febre, nàusees i vòmits). Es van considerar casos secundaris aquells que després d'un contacte amb un cas simptomàtic i sense antecedent de bany, iniciaven GEA en els següents 10-12 dies.

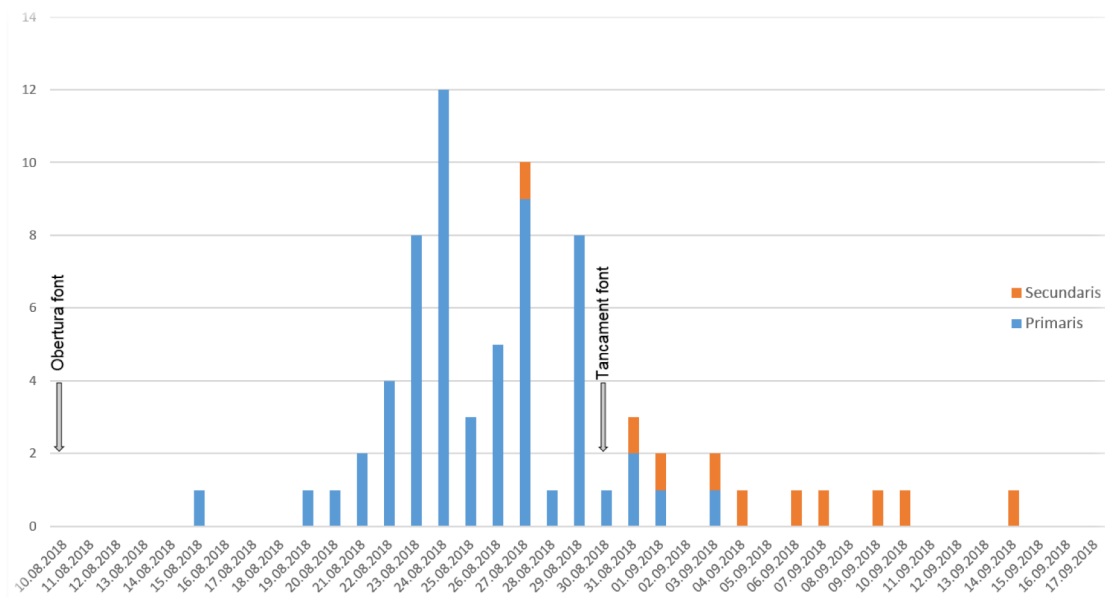
Per completar el nombre de casos possibles, es va fer una cerca activa de casos a través dels laboratoris de microbiologia de la ciutat i es va contactar amb els centres d'atenció primària de la zona, per informar sobre la situació i demanar col·laboració per a la detecció de nous casos.

Resultats

Entre les 71 persones afectades (61 casos primaris i 10 de secundaris), la mitjana d'edat va ser de 7 anys (rang d'1-47), de les quals 39 (54,9%) casos van ser dones. La principal simptomatologia presentada va ser diarrea (97,2%), dolor abdominal (71,8%), nàusees (29,6%), vòmits (29,6%) i febre (19,7%). Un total de 27 casos (38%)

van necessitar assistència sanitària, i tres (4,2%) van requerir ingrés hospitalari. El període d'incubació mitjà va ser de dos dies (rang de 1-8), i la mitjana de durada de símptomes va ser de 4,5 dies (rang d'1-20).

Figura 43. Corba epidèmica amb la distribució temporal dels casos primaris i secundaris. Barcelona, 2018.



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

Les característiques de la instal·lació fan que tingui una probabilitat elevada d'entrada i proliferació de microorganismes fecals a l'aigua, atès el trànsit d'animals o persones, la recirculació de l'aigua al sistema i la incapacitat de la instal·lació de filtrar i desinfectar la totalitat de l'aigua abans d'entrar en contacte amb els usuaris a través dels brolladors. Així, es va considerar que era plausible que fos l'origen del brot. La cerca bibliogràfica va trobar brots similars que van ajudar en la identificació de patògens a cercar microbiològicament.

Les visites i inspeccions sanitàries van evidenciar la no aptitud de l'aigua de la font per al bany, atesa l'elevada torbesa (>5 UNF) i una desinfecció inadequada (valors de clor lliure residual oscil·lants i clor lliure combinat >0,6 ppm). Els resultats de les mostres d'aigua analitzades pel SMICRO van confirmar aquesta desinfecció inadequada donada la detecció de contaminació fecal de l'aigua de la font: presència de microorganismes aerobis (>3.000 ufc/L) al 100% de les mostres recollides, presència de coliformes (des de presència fins a 200 NMP/100 mL al 75% de les mostres), presència de *Clostridium perfringens* (50% mostres) i presència de *Pseudomonas aeruginosa* (50-200 UFC/100 mL, 100% mostres). Els resultats de les mostres d'aigua del 30/08/18 i analitzades al laboratori d'Aigües de Barcelona van confirmar també la presència de *Cryptosporidium spp* i *Giardia*. En el cas de les mostres clíniques, es van analitzar mostres de femta de 25 casos (35,2%), de les quals 19 (76%) van ser positives. Nou (36%) van mostrar presència de *Cryptosporidium* i *C. perfringens* simultàniament, una (4%) va ser positiva per a *Cryptosporidium* i *Giardia lamblia*, set (28%) mostres van ser positives només per a *Cryptosporidium*, i dues (8%) mostres van ser positives només per a *C. perfringens*. El brot es va considerar causat pels patògens identificats a l'aigua i la femta dels casos, vehiculat per l'aigua d'una font la instal·lació de la qual no permetia una desinfecció adequada abans d'entrar en contacte amb els usuaris.

Mesures de control

La primera mesura de control que es va dur a terme va ser el tancament de les instal·lacions el mateix dia de la declaració de sospita del brot. Des del tancament de la font el 30 d'agost i tenint en compte el període d'incubació dels gèrmens responsables, no va aparèixer cap altre cas primari. Aquest fet dona suport a la hipòtesi que les instal·lacions van ser la font d'infecció. També es va facilitar informació a tothom sobre les mesures higièniques universals per evitar l'aparició de casos nous; es va recomanar no anar a l'escola i la restricció de l'ús d'instal·lacions aquàtiques a tots els nens que presentaven un coprocultiu positiu a *Cryptosporidium* fins com a mínim 15 dies després de l'inici de símptomes, i es va realitzar una vigilància de les escoles per detectar de forma precoç l'aparició de brots o més casos secundaris.

Implicacions

En els últims anys s'han detectat altres brots de patologies infeccioses en aquest tipus d'instal·lacions (spas, piscines, llacs i parcs aquàtics), on *Cryptosporidium* ha estat el principal patògen relacionat amb l'aigua (Jones *et al.*, 2006; Sorvillo *et al.*, 1992). La càrrega de malaltia a nivell europeu produïda per la criptosporidiosi és difícil d'estimar a causa de la manca de sistemes de vigilància i monitorització estandarditzats, però la creixent ocurrència de brots d'origen alimentari i hídric suggereixen que la presència del paràsit està estesa. Arreu del món s'han descrit diversos brots de criptosporidiosi associats a fonts transitables i interactives similars a la font del parc d'Antoni Santiburcio, incloent-hi un brot que va tenir lloc a Nova York i on es van detectar milers d'afectats (Russell *et al.*, 2017; CDC 2016). Tanmateix, el segon patògen implicat en aquest brot, *C. perfringens*, s'ha vinculat principalment a brots d'origen alimentari, i és la primera vegada que es descriu un brot en fonts d'aigua.

Les fonts transitables són altament susceptibles a la contaminació fecal de l'aigua, atès que les persones i els animals poden circular lliurement per la seva superfície i l'aigua de l'escorrentia urbana també pot penetrar a la instal·lació. A més, els usuaris d'aquestes instal·lacions tendeixen a ser infants petits, incloent-hi nadons amb bolquers i un grau d'incontinència més elevat, fet que incrementa la probabilitat de contaminació fecal. Aquests mateixos usuaris són també susceptibles d'emmalaltir a causa de l'aigua contaminada, ja que tendeixen a beure l'aigua d'aquests tipus de fonts durant el joc. Aquestes circumstàncies no serien cap problema si l'aigua que surt pel brollador fos directa d'una font amb garantia sanitària i no existís una recirculació. Tanmateix, l'aprofitament de l'aigua és imprescindible en situació d'escassetat, fet que propicia que aquests tipus d'instal·lacions sovint incorporin una recirculació i un emmagatzematge en un dipòsit. En aquests casos cal assegurar un bon tractament de l'aigua, amb sistemes efectius de filtració i desinfecció, abans que pugui entrar en contacte novament amb l'usuari. Encara més, atesa l'elevada resistència a la desinfecció dels oocists de *Cryptosporidium*, en alguns països amb més experiència en l'ús d'aquest tipus d'instal·lacions hi ha guies que recomanen l'ús de llum ultraviolada com a desinfecció secundària i addicional al clor.

El tancament perimetral de les instal·lacions i la recomanació de mesures higièniques adequades prèvies al bany, com l'ús de dutxes, calçat i vestimenta adequada, serien mesures complementàries. Per tot això, s'haurien de crear guies a nivell nacional o autonòmic o adaptar la legislació aplicable a les piscines i aigües recreatives, de manera que s'incloguin aquest tipus d'instal·lacions i es pugui dur a terme una gestió correcta que garanteixi la qualitat de l'aigua per al bany, tal com es fa en altres països. És imprescindible que hi hagi una normativa o guia específica per a les fonts destinades al bany, ja que són cada vegada més freqüents al nostre entorn. A la ciutat de Barcelona, per exemple, està previst construir aquest tipus d'instal·lacions a molts barris de la ciutat, en el marc d'una nova política municipal per mitigar els efectes del canvi climàtic i les onades de calor entre la població, denominats "refugis climàtics".

En el futur, després de l'obertura de qualsevol font d'aquestes característiques, es consultaran els serveis de salut pública per tal de garantir l'aptitud de l'aigua per al bany i la seguretat dels usuaris/àries.

Seguiment del Pla de Salut 2016-2020 a la ciutat de Barcelona

Des de l'any 1993, el Pla de Salut ha estat un dels marcs de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut a la ciutat de Barcelona, on el Consorci Sanitari de Barcelona, constituït per la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, conjuntament amb l'ASPB, ha elaborat periòdicament el seu Pla de Salut.

El Pla de Salut 2016-2020 marca els objectius orientats a reforçar el sistema sanitari català universal, públic i equitatiu i la reducció de les desigualtats socials en salut, prioritzant les actuacions en grups de població més desfavorits, les intervencions comunitàries i el reforç de la salut pública i la potenciació de la innovació.

Avaluació del Pla de Salut 2016-2020

Durant l'any 2019 s'han recollit els indicadors fonamentalment de procés de les 10 actuacions estratègiques del Pla de Salut per a la ciutat de Barcelona que es descriuen al Quadre 15.

Les actuacions fetes a la línia estratègica 1 mostren un increment del nombre de ciutadania participant, així com el nombre d'accions. Pel que fa a la línia estratègica 2, s'ha iniciat el desplegament del COMSalut en diversos equips d'atenció primària de la ciutat. La millora de la transparència mostra tant l'increment en el nombre de reclamacions com en la seva resolució. Cal destacar que la majoria de reclamacions són per motius de tràmits.

El programa 'Parlem-me', com a acció de la línia estratègica 5, mostra un augment de la participació de l'alumnat de secundària i una bona valoració per part del professorat.

S'ha iniciat el desplegament del Pla de Salut Mental (línia estratègica 6) amb una bona part dedicada a la promoció de la salut mental i amb accions dirigides amb més freqüència a la infància i l'adolescència. Pel que fa a la línia estratègica 7, s'han identificat els punts febles i les necessitats dels diferents serveis de salut implicats en el circuit de violència masclista (BCN-VM). El sistema de vigilància dels efectes en la salut de la contaminació de l'aire proporciona els indicadors anuals de mortalitat originats per la contaminació de l'aire. Pel que fa a les actuacions de salut laboral, millorar la salut i el benestar de les persones en relació amb el treball, s'han iniciat accions per a la millora de la comunicació amb els professionals de la salut d'atenció primària. Finalment, a la línia estratègica 10, s'han dissenyat i actualitzat diverses eines de visualització d'indicadors de salut i de determinants de la salut en barris i districtes.

Quadre 15. Avaluació dels objectius del Pla de Salut de Barcelona 2016-2020.

Accions estratègiques	Acció	Tipus d'indicadors	2017	2018
Actuació estratègica 1. Reduir les desigualtats en salut prioritzant accions als barris identificats amb els pitjors indicadors socioeconòmics i de salut.	Salut als barris	Barris participants	23	25
		Intervencions desenvolupades	167	183
		Agents que han dut a terme les intervencions	350	460
		Persones participants a les intervencions	11.718	13.613
Actuació estratègica 2. Incloure l'abordatge comunitari per a la millora de la salut reorientant el model d'atenció primària que afavoreixi la dimensió comunitària i contemplant les actuacions de salut pública, el treball intersectorial i la participació comunitària.	COMSalut	Nombre d'EAPS on s'ha desplegat el COMSalut	Desplegant-se a 7 EAPS	
Actuació estratègica 3. Una sanitat pública universal, equitativa i de qualitat.	Publicació de les actuacions per millorar la transparència: reclamacions i llista d'espera.	Nombre de reclamacions	10.197	11.738
		Temps de resolució de les reclamacions	El 82,7% han estat resoltes en menys de 30 dies	El 80,7% han estat resoltes en menys de 30 dies
		Pacients en llista d'espera de procediments garantits	Nombre de pacients: 6.324 Activitat: 20.367	Nombre de pacients: 5.558 Activitat: 22.981
		Temps d'espera (dies) a la llista d'espera	Procediments garantits: 66 Consultes externes: 117 Proves diagnòstiques: 75	Procediments garantits: 65 Consultes externes: 73 Proves diagnòstiques: 51
Actuació estratègica 4. Garantir una atenció integrada social i sanitària.	Presa de decisions conjunta entre el Consorci Sanitari de Barcelona i els Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona per a l'intercanvi de dades	Nombre de consultes fetes des dels serveis socials bàsics a l'atenció primària	356 consultes corresponents a CIP de persones diferents des dels equips d'atenció primària als	

La salut a Barcelona 2018

Accions estratègiques	Acció	Tipus d'indicadors	2017	2018
	socials i sanitàries. En el marc del projecte entre el Departament de Salut i l'Ajuntament de Barcelona per compartir dades socials i sanitàries a través d'HC3 ('Intercanvi de dades HC3-SIAS'), que està funcionant des del 15 de novembre de 2018.	Nombre de consultes fetes des de l'atenció primària als serveis socials bàsics		serveis d'informació d'atenció social (SIAS) 109 consultes de serveis socials bàsics (SCC) a història clínica compartida (HC3)
Actuació estratègica 5. Introduir accions orientades a la millora de la salut sexual i reproductiva i a la prevenció i atenció de les malalties de transmissió sexual.	Programa 'Parlem-ne, no et tallis'		Curs 2016-2017	Curs 2017-2018
		Nombre de centres escolars	37 (34% dels centres d'ESO de Barcelona)	68 (30% dels centres d'ESO de Barcelona)
		Nombre d'escolars participants	4.604	5.027
		Opinió professorat (puntuació sobre 10)		
		Participació	7,8	7,8
		Contingut	7,5	8,0
		Satisfacció	7,8	7,7
Actuació estratègica 6. Definir accions orientades a la millora de la salut mental de la població, així com a l'atenció de les persones afectades de problemes de salut mental, incloent-hi les addiccions.	Desplegament del Pla de Salut Mental.	Distribució de les accions implementades (n [%]):		
		Promoció	124 (53,2%)	
		Tractament	91 (39,1%)	
		Desestigmatització	6 (2,6%)	
		Governança	12 (5,2%)	
		Accions dirigides a infància i adolescència*	74 (39,4%)	
		Accions dirigides a gent gran*	18 (9,6%)	
		Accions dirigides a gènere/LGTBI*	28 (14,9%)	
		Accions dirigides a Immigració*	8 (4,3%)	

La salut a Barcelona 2018

Accions estratègiques	Acció	Tipus d'indicadors	2017	2018
		*Respecte a les accions de les quals s'ha obtingut informació (N=188)		
Actuació estratègica 7. Millorar el model de prevenció, detecció, atenció i recuperació de la violència de gènere, dels infants i de la gent gran.	Identificació dels punts febles i les necessitats respecte de l'abordatge de la violència masclista dels diferents serveis de salut implicats al Circuit BCN-VM.	Actuacions en curs definides a la taula institucional respecte a l'abordatge de la violència masclista		Posada en marxa de la revisió de la codificació del registre de casos de violència masclista.
		Nombre de professionals implicats en el circuit de violència masclista de Barcelona (BCN-VM)		104 professionals implicats en els circuits BCN-VM que han estat reconeguts per part de les institucions als quals s'han lliurat els certificats corresponents a la seva participació.
	Consens en l'elaboració de procediments específics davant el maltractament a la gent gran.	Elaboració del procediment específic d'actuació davant el maltractament a les persones grans pels serveis socials bàsics i els serveis de salut.		Procediment específic d'actuació davant el maltractament a les persones grans elaborat i en fase de difusió
	Consens en la elaboració del protocol d'actuació davant els maltractaments a la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut.	Elaboració del protocol		Elaboració del protocol
Actuació estratègica 8. Reforçar les accions vers la millora de la salut ambiental. Control i anàlisi dels diferents elements que la conformin i establir mecanismes de comunicació i difusió cap a la població.	Disseny i implementació del sistema de vigilància dels efectes en la salut de la contaminació de l'aire.	Elaboració del protocol		Sí
		Nombre de morts anuals (superació de la mitjana anual NO ₂)	926	757
		Nombre de morts anuals (superació de la mitjana anual PM _{2,5})	351	351
Actuació estratègica 9. Avançar en les actuacions de salut laboral per tal de millorar la salut i el benestar de	Sistema d'informació en salut i treball.	Millora dels informes d'indicadors de salut laboral i de la seva difusió		Ampliació de l'informe al treball domèstic i de cures no remunerat amb infografia

La salut a Barcelona 2018

Accions estratègiques	Acció	Tipus d'indicadors	2017	2018
les persones en relació amb el treball, i contribuir a crear un entorn laboral que protegeixi la salut de les persones, faciliti i reforci les eleccions saludables i assegurui un tracte respectuós i just.	Promoció de la salut mental i prevenció de problemes de salut relacionats amb el treball.	Implementació del programa adreçat a la millora del benestar emocional de les persones en atur de llarga durada.		Document: 'Intervencions per a la millora del benestar emocional de les persones a l'atur'.
	Enfortir el paper de l'atenció primària en la identificació de malalties relacionades amb el treball i contribuir a la seva prevenció, així com a l'atenció per part del nivell corresponent del sistema sanitari.	Millora de la comunicació amb els i les professionals dels EAP.		Distribució als EAP de Barcelona del pòster 'Sospites que el teu/la teva pacient té una malaltia relacionada amb la seva feina'? Elaboració i difusió del document divulgatiu: 'Incapacitats temporals'. Elaboració i difusió de 4 butlletins "Treball al CAP" i 3 fulls informatius de la Unitat de Salut laboral.
Actuació estratègica 10. Avançar en la millora dels sistemes d'informació amb eines tecnològiques de manera que permetin monitorar la salut, prioritzar i avaluar les intervencions i comunicar millor i amb transparència els resultats.	Disseny i implementació dels sistemes de visualització d'indicadors de salut i de determinants de la salut.	Disseny Infobarris	Sí	Sí
		Actualització dades Infobarris	Sí	Sí
		Disseny Infodistrictes		En curs
		Visualització interactiva dades Enquesta de salut		En curs

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

Referències

- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., ... Murray, C. J. L. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Ariza, C., Sánchez-Martínez, F., Serral, G., Valmayor, S., Juárez, O., Pasarín, M. I., ... López, M. J. (2019). The Incidence of Obesity, Assessed as Adiposity, Is Reduced after 1 Year in Primary Schoolchildren by the POIBA Intervention. *Journal of Nutrition*. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy259>
- Artazcoz, L., Pérez, G., Rueda, S., Rodríguez, M., & González, G. (2009). *Bases per a un Envel·liment Actiu i Saludable a Barcelona*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Bartoll, X., & Puigpinós, R. (2017). Determinants de salut. In *Les condicions de vida de les persones grans a Barcelona: una anàlisi des de la perspectiva de l'envel·liment actiu*. Barcelona: Àrea de Drets Socials. Ajuntament de Barcelona.
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J., & Díez, È. (2013). Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(5), 389–391. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-202014>
- Butler, C. D., & Harley, D. (2010). Primary, secondary and tertiary effects of eco-climatic change: The medical response. *Postgraduate Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2009.082727>
- Carey, G., Crammond, B., & De Leeuw, E. (2015). Towards health equity: A framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*, 14(81). <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>
- de Silva-Sanigorski, A., Prosser, L., Hegde, S., Gussy, M. G., Calache, H., Boak, R., ... Barrow, S. (2012). Community-based, population level interventions for promoting child oral health. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009837>
- Diez Roux, A.V.; Mair, C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*. 2010; 1186:125-45.
- Fernández, G. (Coord.), Aguilar, M., Arriba, A., Ayala, L. i Zalakain, J. (2015). *Hacia un sistema más inclusivo de garantía de rentas en España: diferentes alternativas de desarrollo*. Madrid: Fundación FOESSA.
- Font-Ribera, L., Cotta, J. C., Gómez-Gutiérrez, A., & Villanueva, C. M. (2017). Trihalomethane concentrations in tap water as determinant of bottled water use in the city of Barcelona. *Journal of Environmental Sciences*, 58, 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.jes.2017.04.025>
- Foster, G. D., Sherman, S., Borradaile, K. E., Grundy, K. M., Vander Veur, S. S., Nachmani, J., ... Shults, J. (2008). A Policy-Based School Intervention to Prevent Overweight and Obesity. *PEDIATRICS*. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1365>
- Hartholt, K. A., Van Beeck, E. F., Polinder, S., Van Der Velde, N., Van Lieshout, E. M. M., Panneman, M. J. M., ... Patka, P. (2011). Societal consequences of falls in the older population: Injuries, healthcare costs, and long-term reduced quality of life. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181f6f5e5>
- Hertwich, E. G., van der Voet, E., & Tukker, A. (2010). *Assessing the Environmental Impacts of Consumption and Production. Priority Products and Materials. A Report of the Working Group on the Environmental Impacts of Products and Materials to the International Panel for Sustainable Resource Management*.
- Hlavsa, M. C., Roberts, V. A., Anderson, A. R., Hill, V. R., Kahler, A. M., Orr, M., ... Yoder, J. S. (2011). Surveillance for waterborne disease outbreaks and other health events associated with recreational water - United States, 2007-2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(SS-12), 1–32.
- Jones, M., Boccia, D., Kealy, M., Salkin, B., Ferrero, A., Nichols, G., & Stuart, J. M. (2006). Cryptosporidium outbreak linked to interactive water feature, UK: importance of guidelines. *Euro Surveillance : Bulletin*

- Européen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin*, 11(4), 126–128.
- Kahn, J. R., & Pearlin, L. I. (2006). Financial strain over the life course and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 47(1), 17–31. <https://doi.org/10.1177/002214650604700102>
- Kann, L., Telljohann, S. K., & Wooley, S. F. (2007). Health education: Results from the school health policies and programs study 2006. *Journal of School Health*. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00228.x>
- Lanphear, B. P., Hornung, R., Khoury, J., Yolton, K., Baghurst, P., Bellinger, D. C., ... Roberts, R. (2005). Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: An international pooled analysis. *Environmental Health Perspectives*, 113(7), 894–899. <https://doi.org/10.1289/ehp.7688>
- Laranjo-González, M., Devleeschauwer, B., Jansen, F., Dorny, P., Dupuy, C., Requena-Méndez, A., & Allepuz, A. (2018). Epidemiology and economic impact of bovine cysticercosis and taeniosis caused by *Taenia saginata* in northeastern Spain (Catalonia). *Parasites and Vectors*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13071-018-2931-4>
- Lavedán, A., Viladrosa, M., Jürschik, P., Botigué, T., Nuín, C., Masot, O., & Lavedán, R. (2018). Fear of falling in community-dwelling older adults: A cause of falls, a consequence, or both? *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194967>
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Cughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Mckenzie, T. L., Cohen, D. A., Amber Sehgal, Stephanie Williamson, & Daniela Golinelli. (2006). SOPARC (System for Observing Play and Recreation in Communities): Description and Procedures Manual SOPARC (System for Observing Play and Recreation in Communities) PURPOSE. *Journal of Physical Activity and Health*, 3, S208–S222. Retrieved from <https://activelivingresearch.org/soparc-system-observing-play-and-recreation-communitieshttps://activelivingresearch.org/soparc-system-observing-play-and-recreation-communities>
- McMichael, A. J., Butler, C. D., & Dixon, J. (2015). Climate change, food systems and population health risks in their eco-social context. *Public Health*, 129(10), 1361–1368. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.11.013>
- Mehdipanaha, R., Novoa, A., León-Gómez, B., López, M. J., Palència, L., Vàsquez, H., ... Pérez, C. (2018). The effects of Superblocks on health and health inequities: a proposed framework for evaluation. *Journal of Epidemiology & Community Health*, submitted.
- Millstein, R. A., Cain, K. L., Sallis, J. F., Conway, T. L., Geremia, C., Frank, L. D., ... Saelens, B. E. (2013). Development, scoring, and reliability of the Microscale Audit of Pedestrian Streetscapes (MAPS). *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-403>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.483.211-a>
- Park, H., Satoh, H., Miki, A., Urushihara, H., & Sawada, Y. (2015). Medications associated with falls in older people: Systematic review of publications from a recent 5-year period. *European Journal of Clinical Pharmacology*. <https://doi.org/10.1007/s00228-015-1955-3>
- Ritchie, H., & Roser, M. (2017). Meat and seafood production and consumption. <https://doi.org/10.1088/1748-9326/aa6cd5>
- Rueda, S., & Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing and Society*, 29, 625. <https://doi.org/10.1017/S0144686X08008349>
- Rueda, S., Artazcoz, L., & Navarro, V. (2008). Health inequalities among the elderly in western Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 492–498. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.059279>
- Sorvillo, F. J., Fujioka, K., Nahlen, B., Tormey, M. P., Kebabjian, R., & Mascola, L. (1992). Swimming-associated

cryptosporidiosis. *American Journal of Public Health*, 82(5), 742–744.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.82.5.742>

Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., ... Dietz, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

Vermeulen, S. J., Campbell, B. M., & Ingram, J. S. I. (2012). Climate Change and Food Systems. *Annual Review of Environment and Resources*, 37(1), 195–222. <https://doi.org/10.1146/annurev-environ-020411-130608>

Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi, V., & Galea, S. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84(SUPPL. 1). <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9169-3>

World Health Organization & UN-Habitat. (2016). Global report on urban health: equitable healthier cities for sustainable development. World Health Organization

Annex La Salut en Xifres

Quadre A 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1996-2018.

		1996		2001		2006		2011		2017		2018	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Població													
Homes	0-14 anys	92.093	13,1	88.592	12,6	105.597	13,8	102.173	13,3	105.597	13,8	105.874	13,6
	15-44 anys	314.536	44,6	317.954	45,1	318.097	41,6	343.349	44,6	318.097	41,6	325.893	41,9
	45-64 anys	178.844	25,4	172.202	24,4	201.839	26,4	191.834	24,9	201.839	26,4	206.172	26,5
	65-74 anys	76.425	10,8	74.974	10,6	72.115	9,4	66.731	8,7	72.115	9,4	72.257	9,3
	75 anys i més	43.087	6,1	51.502	7,3	67.278	8,8	66.335	8,6	67.278	8,8	67.658	8,7
	Total	704.985	100	705.224	100	764.926	100	770.422	100	764.926	100	777.854	100
Dones	0-14 anys	87.544	10,9	84.543	10,6	99.864	11,7	96.931	11,4	99.864	11,7	100.278	11,6
	15-44 anys	320.916	39,9	318.161	39,8	319.249	37,5	331.367	39	319.249	37,5	326.417	37,8
	45-64 anys	203.061	25,3	196.389	24,6	223.824	26,3	217.042	25,5	223.824	26,3	226.992	26,3
	65-74 anys	104.124	13	99.508	12,5	92.766	10,9	84.218	9,9	92.766	10,9	93.334	10,8
	75 anys i més	88.175	11	100.059	12,5	116.826	13,7	120.312	14,2	116.826	13,7	116.673	13,5
	Total	803.820	100	798.660	100	852.529	100	849.870	100	852.529	100	863.694	100

La salut a Barcelona 2018

Índex de dependència senil¹				1996		2001		2006		2011		2017		2018	
Homes				24,2		25,8		26,8		24,9		26,8		26,3	
Dones				36,7		38,8		38,6		37,3		38,6		37,9	
Índex de sobreenvelliment²															
Homes				36		29,6		48,3		49,9		48,3		48,4	
Dones				45,8		50,1		55,7		58,8		55,7		48,4	
Gent gran que viu sola³															
Homes	65-74 anys	5.901	7,7	7.081	9,2	9.716	13,5	8.319	12,5	9.716	13,5	9.834	13,6		
	75-84 anys	3.836	11,1	5.274	13,3	6.941	14,7	7.245	14,3	6.941	14,7	6.887	14,7		
	85 anys i més	1.376	16,1	2.095	21,1	4.529	22,6	3.385	21,6	4.529	22,6	4.648	22,4		
Dones	65-74 anys	25.379	24,4	24.854	24,2	22.282	24,0	20.073	23,8	22.282	24,0	22.374	24,0		
	75-84 anys	23.371	36	29.113	40,4	25.570	36,2	30.737	38	25.570	36,2	25.171	36,0		
	85 anys i més	6.307	27,1	10.502	38,3	20.802	45,1	16.948	43	20.802	45,1	21.035	44,9		

La salut a Barcelona 2018

Nivell d'instrucció ⁴		1996	2001	2006	2011	2017	2018				
Homes	Sense estudis	14,8	11,7	1,6	9,2	1,6	1,4				
	Estudis primaris	27,9	26,9	16,4	21,3	16,4	15,7				
	Estudis secundaris	18,6	18,7	23,0	19,9	23,0	22,5				
	Batxillerat i FP II	23,4	24,6	27,2	25,2	27,2	27,3				
	Universitaris	14,5	17,7	30,4	24,4	30,4	31,4				
	No consta	0,8	0,4	1,4	0,1	1,4	1,7				
Nivell d'instrucció ⁴		1996	2001	2006	2011	2017	2018				
Dones	Sense estudis	22	17,5	3,6	11,8	3,6	3,2				
	Estudis primaris	30,5	29,4	18,8	22,3	18,8	17,9				
	Estudis secundaris	17,2	17,5	20,9	19	20,9	20,3				
	Batxillerat i FP II	17,8	19,5	22,7	21,8	23,6	23,8				
	Universitaris	11,7	15,7	19,7	25,2	32,3	33,5				
	No consta	0,8	0,5	0,1	0,1	1,0	1,2				
Població estrangera		54.652	3,4	101.947	6,8	286.265	17,8	348.305	21,5	23,7	25,4

Quadre A 2. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur segons el sexe, en percentatges. Barcelona, 2004-2018.

Any	Activitat		Ocupació		Atur	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
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
2016	66,6	56,8	59,2	49,0	11,2	13,8
2017	67,0	56,1	59,9	49,8	10,6	11,3
2018	65,1	55,4	59,1	49,7	9,3	10,2

Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Institut Nacional d'Estadística (INE)

Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Nota 1: Mitjanes anuals calculades a partir de dades trimestrals.

Nota 2: L'any 2014 ha canviat la base poblacional. Les dades del període 2002-2013 s'han revisat amb la base de població nova per poder establir comparacions, però no són comparables a les dels anys anteriors.

Quadre A 3. Evolució dels indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2005-2018.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Atenció primària de salut														
Visites per habitant i any	5,7	5,6	5,6	5,4	5,8	5,4	5,2	5,1	5,2	5,3	5,4	5,3	5,3	5,6
Cobertura de vacunació en persone de 60 anys o més	54,20%	55,70%	51,20%	51,50%	53,20%	47,80%	47,40%	48,80%	47,80%	48,10%	45,50%	44,30%	44,71%	47%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	5,80%	5,80%	5,40%	5,60%	7,10%	6,50%	6,30%	6,00%	6,10%	5,90%	5,70%	5,50%	5,25%	-----
Atenció a les urgències														
Nombre d'urgències ateses als hospitals	728.806	727.310	737.325	717.035	698.467	679.192	649.957	629.919	627.296	638.968	671.298	659.088	651.665	682,030
Activitat SEM-061 ¹														
Nombre d'urgències a domicili	60.074	59.475	49.895	40.448	36.728	32.958	33.563	34.678	32.575	37.529	32.745	33.908	40.000	36.466
Atenció especialitzada hospitalària														
Nombre de llits públics d'aguts per 1.000 habitants ²	3,3	2,6	2,6	2,6	2,3	2,4	2,3	2,2	2	2,2	2	2,1	2,3	2,1
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 h./any dels residents a BCN ³	101,9	90,6	89,7	89,2	88,7	89,4	87,3	89,7	90	88	98,2	99,1	99,3	112,4
Residents a Barcelona que s'atenen en hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària ³	8,90%	8,60%	8,20%	7,80%	7,40%	8,00%	7,40%	6,60%	6,20%	6%	6,20%	6,20%	6,20%	5,6%
Altes als hospitals de la XHUP de Barcelona de no residents a la ciutat	33,10%	33,40%	31,40%	31,30%	30,70%	29,00%	27,60%	26%	25,50%	23,60%	24,20%	23,80%	21,05%	21,1%

La salut a Barcelona 2018

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ⁸	2014	2015	2016	2017	2018
Atenció sociosanitària														
Llits de llarga estada	1.329	1.359	1.392	1.482	1.317	1.382	1.466	1.434	1.248	1.124	1.090	1.062	1.081	1.105
Llits de convalsència		719	666	724	876	970	930	912	845	788	791	832	834	825
Llits de cures pal·liatives	107	87	87	94	116	109	104	114	100	115	128	115	111	11
Llits d'unitats de sida	35	35	35	35	35	35	35	20	19	19	19	19	19	
Places en hospitals de dia	337	369	369	396	411	371	446	443	410	398	399	408	398	399
Nombre d'equips PADES	19	20	20	20	29	32	18	18	20	20	20	19	47	45
Nombre d'equips UFISS hospitalària	12	12	12	12	12	12	9	9	9	9	9	9	6	6
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	5	7	7	7	8	8	8	8	7	7	7	8	7	7
Nombre de persones en llits de llarga estada	2.832	2.523	2.346	3.127	2.775	3.211	2.186	4.180	4.293	5.157	4.843	4.627	4.365	4.615
Nombre de persones en unitats de convalsència	4.551	4.022	4.709	4.716	5.187	6.458	6.473	6.373	7.048	7.021	8.506	6.942	8.112	8.457
Nombre de persones en unitats de cures pal·liatives	1.059	869	806	1.098	1.193	1.351	1.328	1.719	1.911	1.871	2.339	2.050	2.286	2.311
Nombre de persones en unitats d'hospital de dia	700	693	760	902	1.082	977	1.075	1.231	1.456	1.398	1.381	882	925	943
PADES (inclou ETODA) ⁴	6.832	6.553	3.235	4.362	3.364	3.727	3.875	3.765	4.018	4.070	4.371	4.748	4.380	4.265
UFISS	8.907	3.062	3.587	ND	ND	5.776	4.760	4.785	5.374	4.675	4.408	4.507	N/D	5.569
EAIA (processos) ⁵	ND	3.491	3.568	ND	ND	ND	11.562	11.924	11.077	11.971	9.681	14.470	N/D	ND

La salut a Barcelona 2018

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ⁸	2014	2015	2016	2017	2018
Atenció a la salut mental														
Ambulatori														
Nombre de centres d'adults (CSMA ⁶)	16	16	16	16	16	16	16	16	14	14	15	15	15	15
Nombre de llits d'hospitalització psiquiàtrica	473	490	511	574	577	577	579	593	578	ND	633	624	651	651
Nombre de centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	11	11	11	11	11	11	10	10	9	9	10	10	10	10
Nombre de places d'hospitals de dia	473	490	511	574	577	577	579	593	578	573	349	367	408	408
Rehabilitació														
Nombre de places en centres de dia	657	690	706	706	706	706	671	671	673	673	673	673	822	822
Nombre de persones ateses														
Centres d'adults (CSMA ⁶)	40.474	34.223	44.758	34.898	34.925	36.083	37.092	34.518	37.894	42.704	44.953	45.394	47.011	48.017
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	5.937	6.256	6.269	6.953	7.239	7.669	7.657	7.875	8.071	10.517	12.066	11.455	12.493	12.974
Hospitals i altres	4.647	4.765	4.803	ND	4.829	5.337	4.478	4.531	4.469	5.188	4.778	4.940	5.769	5.760
Centres de dia	713	1.339	1.395	1.516	1.504	1.641	1.539	1.716	1.756	1.792	1.752	1.854	1982	2.134

Font: Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), CatSalut

Notes: 1 A partir de l'any 2007, el nombre d'emergències inclou tots els serveis de mobilitat, 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 la classificació emprada utilitzava criteris diferents. 2 A partir de l'any 2006, la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM, anteriorment la donaven els mateixos centres. 3 A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable "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 a fer els càlculs de les taxes. 4 PADES: a partir de l'any 2007, la font de dades és el CMBD-SS; abans els mateixos centres facilitaven la informació. 5 EAIA: Equips d'avaluació integral ambulatoria (recurs nou del 2003). 6 Els anys 2005 i 2006 falta Sant Martí Nord (ABS 10D, 10E, 10F, 10G, 10H, 10I i 10J). L'any 2007 no es disposa de les dades del CSMA Hospitalet 2. 7 Els anys 2005 i 2006 no es disposa de les dades del CMIJ Ciutat Vella ni del CSMIJ Sant Martí. L'any 2007 no es disposa de les dades del CSMIJ Ciutat Vella. 8 El 2013, el CSMA / CSMIJ La Mina s'han integrat al CSMA Sant Martí Nord i CSMIJ Sant Martí Sud. El CSMA Maragall s'integra el 2013 al CSMA Dreta Eixample.

ND: no disponible.

Acrònims: SEM: Servei d'Emergències Mèdiques; XHUP: Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública; PADES: Programa d'Atenció Domiciliària d'Equips de Suport; UFISS: Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària; ETODA: Equips de Teràpia en Observació Directa Ambulatoria

Quadre A 4. Evolució de les lesions greus i mortals per accident de treball, segons el tipus de lesió i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2009-2018.

Homes	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Lesions greus										
Total (N)	283	226	217	183	161	157	137	183	149	131
<i>In itinere (%)</i>	43,5	38,9	36,4	44,3	48,4	43,3	43,1	50,8	48,3	41,2
<i>En jornada laboral:</i>										
No traumàtiques (%)	4,2	7,1	4,1	7,1	9,3	9,6	7,3	4,9	7,4	10,7
De trànsit (%)	8,5	9,3	10,6	9,8	4,3	8,3	9,5	9,3	6,0	7,6
Resta traumàtiques (%)	43,8	44,7	48,8	38,8	37,9	38,9	40,1	35,0	38,3	40,5
Lesions mortals										
Total (N)	28	20	19	26	15	13	21	25	12	22
<i>In itinere (%)</i>	35,7	35,0	31,6	30,8	46,7	30,8	28,6	20,0	58,3	36,4
<i>En jornada laboral:</i>										
No traumàtiques (%)	35,7	25,0	26,3	19,2	26,7	30,8	28,6	28	25,0	31,8
De trànsit (%)	-	25,0	10,5	3,8	13,3	23,1	14,3	8,0	-	4,5
Resta traumàtiques (%)	28,6	15,0	31,6	46,2	13,3	15,4	28,6	44,0	16,7	27,3

La salut a Barcelona 2018

Dones	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Lesions greus										
Total (Nombre)	75	69	68	64	70	54	66	76	64	45
<i>In itinere (%)</i>	54,7	66,7	51,5	54,7	52,9	59,3	56,1	57,9	59,4	71,1
<i>En jornada laboral:</i>										
No traumàtiques (%)	-	1,4	1,5	4,7	2,9	3,7	6,1	2,6	3,1	2,2
De trànsit (%)	9,3	7,2	5,9	7,8	2,9	1,9	3,0	6,6	4,7	-
Resta traumàtiques (%)	36,0	24,6	41,2	32,8	41,4	35,2	34,8	32,9	32,8	26,7
Lesions mortals										
Total (Nombre)	6	3	1	5	1	4	4	6	3	1
<i>In itinere</i>	66,7	66,7	100,0	60,0	100,0	75,0	50,0	33,3	33,3	100,0
<i>En jornada laboral:</i>										
No traumàtiques	16,7	-	-	20	-	-	-	50	33,3	-
De trànsit	-	-	-	20	-	-	50	-	-	-
Resta traumàtiques	16,7	33,3	-	-	-	25	-	16,7	33,3	-

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 de 2011.

Quadre A 5. Evolució de les malalties professionals amb baixa, segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2009-2018.

Homes	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total (Nombre)	189	171	187	192	200	201	157	128	119	119
Malalties per agents químics ¹ (%)	7,4	5,8	7,0	10,9	8,0	6,5	3,8	6,3	15,1	9,2
M. per fatiga de beines tendinoses (%)	69,8	59,1	71,1	67,7	70,0	65,7	74,5	63,3	59,7	62,2
M. per paràlisi dels nervis degut a pressió (%)	5,3	17,5	11,2	7,8	13,5	9,5	5,7	11,7	7,6	11,8
M. per altres agents físics (%)	6,9	7,0	2,7	6,8	4,5	8,0	10,2	6,3	7,6	5,0
M. per agents biològics (%)	5,3	1,8	1,6	1,6	1,0	3,5	1,9	5,5	5,9	8,4
M. de la pell (%)	4,8	8,2	5,3	4,7	3,0	6,5	3,2	7,0	4,2	3,4
M. per agents carcinògens (%)	0,5	0,6	1,1	0,5	-	0,5	0,6	-	-	-

La salut a Barcelona 2018

Dones	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total (nombre)	246	213	222	217	247	258	205	207	160	201
Malalties per agents químics ¹ (%)	5,3	10,8	6,8	3,7	6,9	8,9	8,8	9,2	11,3	4,0
M. per fatiga de beines tendinoses (%)	53,3	61,0	59,0	55,8	50,6	53,1	42,9	44,9	45,0	36,3
M. per paràlisi dels nervis degut a pressió (%)	15,0	12,2	19,4	20,7	21,1	17,1	19,5	12,1	10,6	17,9
M. per altres agents físics (%)	4,1	9,9	3,2	4,1	10,1	7,4	5,9	10,1	11,3	7,0
M. per agents biològics (%)	15,4	2,3	7,2	3,7	4,5	8,5	14,6	12,1	14,4	29,9
M. de la pell (%)	6,9	3,8	4,5	12,0	6,9	5,0	8,3	11,1	7,5	5,0
M. per agents carcinògens (%)	-	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-

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 de comunicació de enfermedades profesionales en la Seguridad Social (CEPROSS).

Nota: ¹El 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 quadre nou de malalties professionals i va canviar el sistema de notificació. Tot i que no hi ha hagut modificacions respecte de 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 per a la comparació amb anys anteriors. El grup "Malalties per agents biològics" correspon al grup "Malalties infeccioses i parasitàries" en les dades anteriors a 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.

Quadre A 6. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2009-2018.

Homes	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total (Nombre)	177	228	195	149	162	160	192	191	212	215
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu (%)	20,9	22,4	23,1	20,1	29,0	25,0	21,4	18,3	14,6	20,0
M. del sistema respiratori (%)	2,3	4,4	2,1	4,0	1,2	3,8	1,6	2,1	1,9	2,8
Trastorns mentals i del comportament (%)	62,1	61,4	61,5	56,4	58,6	60,0	64,6	71,7	76,4	65,6
M. del sistema nerviós (%)	2,3	0,4	2,1	4,0	1,2	1,3	2,6	1,6	0,5	2,3
Traumatismes i enverinaments (%)	3,4	4,8	6,7	5,4	2,5	4,4	2,1	3,1	3,3	2,8
Altres (%)	9,0	6,6	4,6	10,1	7,4	5,6	7,8	3,1	3,3	6,5

Dones	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total (Nombre)	332	361	334	253	297	308	339	355	399	398
M. del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu (%)	16,3	17,2	12,6	19,8	15,5	17,2	14,7	16,1	16,3	14,6
M. del sistema respiratori (%)	1,8	1,1	3,3	2,8	2,4	2,3	3,2	2,3	1,8	1,3
Trastorns mentals i del comportament (%)	73,2	74,0	74,3	65,2	73,1	72,1	74,0	73,0	70,7	75,9
M. del sistema nerviós (%)	1,2	1,4	2,4	3,6	2,7	1,6	2,4	3,7	2,5	2,3
Traumatismes i enverinaments (%)	2,1	3,0	1,8	3,6	1,0	1,3	2,1	2,0	2,5	1,0
Altres (%)	5,4	3,3	5,7	5,1	5,4	5,5	3,5	3,1	6,3	5,0

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

Nota: 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. Nota: 1 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 quadre nou de malalties professionals i va canviar el sistema de notificació. Tot i que no hi ha hagut modificacions respecte de 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 per a la comparació amb anys anteriors. El grup "Malalties per agents biològics" correspon al grup "Malalties infeccioses i parasitàries" en les dades anteriors a 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.

Quadre A 7. Evolució recent dels indicadors de salut sexual i reproductiva en les dones en edat fèrtil (15-49 anys) i per grups d'edat. Barcelona, 2013-2018.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	8,6	8,7	8,9	8,7	8,5	8,04
Dones 15-49 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	13.972	13.984	14.442	13.947	13.866	13.172
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	36,2	36,6	38,3	37,1	36,6	34,01
Taxa d'e fecunditat de les dones autòctones (per 1000 dones)	35,0	35,8	37,9	36,3	35,4	33,1
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	40,2	40,2	40,2	39,7	39,9	36,6
Nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)	6.646	5.658	5.164	5.251	5.467	5.294
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	17,2	14,8	13,7	14,0	14,4	13,7
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1000 dones)	13,2	12,2	9,9	10,2	10,5	9,9
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	28,0	22,1	22,3	22,2	22,2	20,7
Nombre d'embarassos	20.618	19.642	19.606	19.198	19.333	18.466
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	53,5	51,4	51,9	51,0	51,0	47,7
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1000 dones)	48,2	48,0	47,7	46,5	45,9	42,9
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	68,2	62,3	62,4	61,8	62,0	57,2
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	32,2	28,8	26,3	27,4	28,3	28,7
Resultats de l'embaràs						
% naixements amb el pare o la mare de fora de l'estat espanyol	14,9	15,9	8,2	16,3	15,5	16,3
% naixements amb el pare i la mare de fora de l'estat espanyol	28,0	28,1	29,1	28,7	32,2	31,2

La salut a Barcelona 2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% naixements amb baix pes al néixer (<2500g.)	7,3	7,4	9,8	7,5	7,1	7,4
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	6,4	6,5	8,2	6,3	5,8	6,5
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,5	6,8	7,2	6,5	6,7	7,2
Adolescents (dones 15-19 anys)						
Fecunditat						
Nombre de naixements	213	188	199	184	155	143
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	7,0	6,1	6,4	5,4	4,8	4,3
Taxa d'e fecunditat de les dones autòctones (per 1000 dones)	3,6	3,5	3,4	3,4	2,8	2,5
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	19,1	15,5	17,8	15,2	12,5	11,2
Nombre d'IVE	579	472	393	402	382	386
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	19,0	15,4	12,7	12,8	11,9	11,7
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1000 dones)	13,6	12,0	10,3	9,9	9,2	9,1
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	38,3	28,2	21,7	23,1	21,1	21,4
Nombre d'embarassos	792	660	592	586	537	529
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	26,0	21,5	19,1	18,7	16,7	16,0
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1000 dones)	17,3	15,5	13,7	13,2	12,0	11,5
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	57,4	43,7	39,5	38,3	33,6	32,7
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	73,1	71,5	75,4	68,6	71,1	72,9
Resultats de l'embaràs						
% naixements amb el pare o la mare de fora de l'estat espanyol	15,0	11,7	12,4	18,9	11,0	18,9

La salut a Barcelona 2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% naixements amb el pare i la mare de fora de l'estat espanyol	40,8	34,6	47,7	49,0	55,5	48,1
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,1	8,5	8,0	8,2	9,7	9,1
Dones 20-34 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	7.822	7.726	7.554	7.474	7.259	6.961
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	48,2	48,9	48,9	48,7	46,7	43,1
Taxa d'e fecunditat de les dones autòctones (per 1000 dones)	47,1	48,8	49,0	47,6	44,9	42,4
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	55,1	55,6	53,7	55,2	54,6	48,8
Nombre d'IVE	4.404	3.617	3.458	3.504	3.583	3.543
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	27,1	22,9	22,4	22,9	23,1	22,0
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1000 dones)	22,6	20,1	17,1	17,5	17,7	17,1
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	38,7	30,7	32,7	33,2	32,2	30,0
Nombre d'embarassos	12.226	11.343	11.012	10.978	10.842	10.504
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	75,4	71,8	71,3	71,6	69,8	65,1
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1000 dones)	69,7	68,9	66,1	65,2	62,6	59,4
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	93,9	86,3	86,4	88,3	86,8	78,8
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	36,0	32,0	26,0	31,9	33,1	33,7
Resultats de l'embaràs						
% naixements amb el pare o la mare de fora de l'estat espanyol	13,7	14,6	15,3	17,3	14,8	15,5

La salut a Barcelona 2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% naixements amb el pare i la mare de fora de l'estat espanyol	35,2	34,7	19,8	19,6	40,0	57,8
% naixements amb baix pes al néixer (<2500g.)	6,5	7,1	8,2	7,3	6,6	6,0
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	5,8	6,1	6,8	5,8	4,8	6,5
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,4	6,6	7,0	6,4	6,8	7,1
Dones 35-49 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	5.937	6.070	6.689	6.289	6.452	6.068
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	30.8	31.4	34.8	32.8	33.7	31,5
Taxa d'e fecunditat de les dones autòctones (per 1000 dones)	32.2	32.8	36.7	34.8	35.5	33,1
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	26.0	27.0	29.2	27.3	28.4	26,8
Nombre d'IVE	1.663	1.569	1.313	1.345	1.502	1.365
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	8.6	8.1	6.8	7.0	7.8	7,1
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1000 dones)	6.7	6.9	4.9	5.4	5.9	5,1
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	14.5	12.2	11.7	11.1	12.2	10,9
Nombre d'embarassos	7.600	7.639	8.002	7.634	7.954	7.433
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	39.4	39.5	41.7	39.8	41.5	38,5
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1000 dones)	38.9	39.7	41.6	40.2	41.3	38,2
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	40.4	39.1	40.9	38.4	40.6	37,7
Embarassos no planificats (% IVE sobre total d'embarassos)	21,9	20.5	16.4	17.6	18.9	18,4
Resultats de l'embaràs						

La salut a Barcelona 2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
% naixements amb el pare o la mare de fora de l'estat espanyol	16.5	17.6	17.1	17.3	16.5	40.3
% naixements amb el pare i la mare de fora de l'estat espanyol	18.0	19.2	19.8	19.6	23.0	23.6
% naixements amb baix pes al néixer (<2500g.)	8.4	7.6	11.7	7.8	7.1	7,0
% naixements prematurs (<37 set. gestació)	7.1	7.0	9.8	6.9	6.9	8,5
% baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6.7	7.0	7.4	6.6	6.6	7,4

Les fonts de dades per l'elaboració del Quadre són: 1) Registre de Interrupció voluntària de l'embaràs de Catalunya, del Departament de Salut; 2) Registre de Parts i Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya; 3) Padró de població del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Quadre A 8. Persones en tractament i amb inicis de tractament als Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) de titularitat de l'ASPB¹ segons substància per la que s'inicia el tractament per sexe. Barcelona, 2016-2018.

Substància per la que inicia tractament	2016		2017		2018	
Persones en tractament	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiacis	1.203	272	1.141	259	1.152	261
Cocaïna	747	181	780	178	880	197
Cànnabis	361	118	416	105	466	144
Alcohol	1572	706	1528	689	1597	722
Altres ²	251	189	263	185	271	173
Total	4.134	1.466	4.128	1.416	4.366	1.497
Indicadors de reducció de danys	2016		2017		2018	
Usuaris diferents centres REDAN	3.448		3.788		4.025	
Visites als centres REDAN	155.490		159.164		175.023	
Total visites sales consum	34.499		29.134		50.020	
Nº xeringues recollides carrer	24.297		30.949		29.776	

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

Notes: 1 CAS de titularitat de l'ASPB: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris i Baluard. L'any 2017 el CAS Vall d'Hebron ha deixat de ser de titularitat de l'ASPB per tal de fer la sèrie comparable s'han calculat els indicadors dels anys 2015-2016 sense aquest CAS. 2 Inclou les amfetamines, les drogues de disseny, les benzodiazepines i les substàncies no reportades.

Quadre A 9. Persones lesionades per col·lisió de trànsit segons grup d'edat, vehicle en el que circulava i sexe. Barcelona, 2018.

	Turisme		Motocicleta		Ciclomotor		Bicicleta		Autobús		Camió		Altres		Vianant		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Homes																		
0 a 13 anys	66	4,4	12	0,3	3	0,7	5	1,3	13	8,6	0	0,0	0	0,0	77	15,0	176	2,4
14 a 17 anys	14	0,9	34	0,8	8	1,7	18	4,6	1	0,7	0	0,0	0	0,0	21	4,1	96	1,3
18 a 30 anys	385	25,8	1308	31,9	221	48,3	145	37,3	7	4,6	4	12,1	44	46,8	105	20,4	2219	30,7
31 a 45 anys	540	36,2	1581	38,6	153	33,4	144	37,0	23	15,2	18	54,5	38	40,4	92	17,9	2589	35,8
46 a 65 anys	397	26,6	1085	26,5	68	14,8	61	15,7	32	21,2	11	33,3	10	10,6	113	21,9	1777	24,6
66 a 98 anys	77	5,2	74	1,8	5	1,1	16	4,1	75	49,7	0	0,0	2	2,1	106	20,6	355	4,9
Desconegut	12	0,8	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	14	0,2
Total	1491	100	4095	100	458	100	389	100	151	100	33	100	94	100	515	100	7226	100
																	0	
Dones																		
0 a 13 anys	59	4,7	15	0,9	3	0,8	3	1,5	7	1,7	0	0,0	2	3,8	42	6,6	131	2,8
14 a 17 anys	31	2,5	11	0,7	4	1,0	1	0,5	4	1,0	0	0,0	2	3,8	24	3,8	77	1,7
18 a 30 anys	376	29,8	618	36,7	206	53,8	82	42,1	31	7,4	1	20,0	19	35,8	127	19,8	1460	31,4
31 a 45 anys	419	33,2	628	37,3	117	30,5	71	36,4	63	15,0	2	40,0	20	37,7	129	20,2	1449	31,2
46 a 65 anys	289	22,9	406	24,1	52	13,6	38	19,5	136	32,4	2	40,0	6	11,3	154	24,1	1083	23,3
66 a 98 anys	83	6,6	5	0,3	1	0,3	0	0,0	173	41,2	0	0,0	4	7,5	163	25,5	429	9,2
Desconegut	6	0,5	1	0,1	0	0,0	0	0,0	6	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2	14	0,3
Total	1263	100	1684	100	383	100	195	100	420	100	5	100	53	100	640	100	4643	100

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona

Quadre A 10. Evolució de la incidència de la tuberculosi segons el país de naixement i el sexe. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2018.

HOMES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Autòctons	15,8	11,4	11,4	15,5	13,4	10,9	10,5
Immigrants	60,4	57,7	44,1	36,8	36,1	44,1	39,7
Total	27,7	24,6	23,7	23,7	20,5	21,4	19,2
DONES							
Autòctones	10,0	9,6	13,3	7,1	7,8	7,6	7,5
Immigrants	51,4	62,1	27,7	26,0	25,4	29,6	23,9
Total	15,3	16,1	13,3	12,2	12,4	13,0	12,5

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

Nota: 1 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.

Quadre A 11. Evolució de la incidència de VIH segon el país de naixement i el sexe en edats de 15 a 64 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2018.

HOMES	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Autòctons	43,7	48,3	41,5	51,0	42,9	43,2	29,2
Immigrants	84,8	85,2	92,3	96,7	92,7	96,6	108,1
Total	54,5	59,4	56,9	65,3	59,5	61,4	58,47
DONES							
Autòctones	2,0	5,4	2,6	3,4	1,7	3,9	1,9
Immigrants	9,7	15,5	12,3	6,7	8,3	13,5	10,1
Total	4,9	8,7	5,5	4,5	3,8	7,6	4,9

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: 1 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.

Quadre A 12. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura. Barcelona, 2008-2017.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Homes										
Nombre de defuncions	7.483	7.455	7.439	7.528	7.572	7.194	7.230	7.370	7.310	7.675
Taxa de mortalitat	974,3,1	958,4	970,1	942,1	984,3	939,9	945,6	966,5	960,7	1.003,4
Taxa estandarditzada de mortalitat	1.121,4	1.097,1	1.070,5	1.017,0	1.164,0	1.084,2	1.075,3	1.068,2	1.043,7	1.080,3
Taxa estandarditzada de mortalitat prematura	3.965,0	3.892,4	3.903,6	3.522,1	3.617,1	3.617,1	3.338,9	3.155,8	3.003,9	3.250,1
Dones										
Nombre de defuncions	8.232	8.196	7.848	7.938	8.325	7.905	8.008	8.384	8.241	8.493
Taxa de mortalitat	964,5	957,9	921,1	934,0	979,2	931,6	943,6	989,9	972,0	996,2
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat	628,1	613,5	576,9	561,6	655,7	611,0	608,1	6114	600,6	611,4
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat prematura ²	1.907,7	1.977,8	1.869,0	1.759,9	1.943,5	1.943,5	1.684,1	1.694,7	1.529,7	1.602,0

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

Notes: 1 La població de referència per a estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants del 2001. 2 APVP: anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys.

Quadre A 13. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Barcelona, 2005, 2010, 2015 i 2017.

	2005		2010		2015		2016		2017	
Homes	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Suïcidis i autolesions	40	11,1	33	9,1	33	9,9	29	8,1	42	12,4
Enverinaments accidentals per substàncies tòxiques	49	13,4	37	10,1	15	4,2	17	5,0	13	3,7
Resta de malalties sistema nerviós i òrgans dels sentits	8	2,3	9	2,6	7	2,0	6	1,6	11	3,5
Resta de malalties del cor	9	2,5	16	4,3	17	4,9	9	2,8	11	2,8
Insuficiència cardíaca	2	0,6	2	0,5	7	1,9	3	0,8	8	2,3
Totes les causes	371	104,0	258	71,2	183	52,6	178	50,8	188	53,9
Dones										
Tumor maligne de mama	17	4,8	23	6,1	11	3,0	17	4,5	18	4,8
Suïcidis i autolesions	13	3,9	6	1,7	11	3,2	10	2,9	7	2,2
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	5	1,4	5	1,4	6	1,7	3	0,8	5	1,3
Tumor maligne de pell i tumor maligne de teixits tous	4	1,1	3	0,8	3	0,8	1	0,3	5	1,4
Tumor maligne de coll d'úter	2	0,6	4	1,1	2	4,5	1	0,3	5	1,3
Totes les causes	167	47,6	132	36,6	103	29,7	98	27,7	96	26,9

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

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

Quadre A 14. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Barcelona, 2005, 2010, 2015 i 2016 i 2017.

Homes	2005		2010		2015		2016		2017	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	465	193,0	391	168,3	351	145,3	365	151,2	318	131,1
Malalties isquèmiques del cor	315	132,8	245	107,6	208	85,4	158	64,4	197	77,7
Resta de malalties del cor	130	54,0	113	48,5	102	41,2	102	41,2	117	46,6
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	141	61,4	73	33,8	80	34,8	77	34,0	97	40,8
Tumor maligne de budell gros	74	25,0	101	45,0	102	43,2	77	32,3	92	37,8
Cirrosi i altres malalties del fetge	100	40,9	104	42,9	86	34,3	61	23,8	82	31,7
Malalties cerebrovasculars	134	57,2	98	43,4	80	32,9	75	31,17	77	31,5
Tumor maligne de pàncreas	66	27,2	87	36,8	88	37,4	84	34,1	74	29,2
Resta de malalties sistema nerviós i òrgans dels sentits	46	19,9	50	22,4	68	28,0	70	28,7	71	28,9
Tumor maligne de fetge	81	33,4	80	35,1	62	25,0	78	32,4	69	28,7
Totes les causes	3.017	1.264,7	2.467	1.067,6	2.195	906,6	2.179	900,1	2.253	911,0

La salut a Barcelona 2018

Dones	2005		2010		2015		2016		2017	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	92	30,6	117	39,7	138	44,9	130	42,3	142	45,9
Tumor maligne de mama	138	45,9	136	46,6	95	31,5	113	37,1	109	34,4
Resta de malalties del cor	67	22,5	67	23,6	51	17,4	67	22,9	56	18,5
Malalties cerebrovasculars	68	22,4	60	21,0	55	19,0	53	18,2	52	17,4
Tumor maligne de budell gros	74	25,0	58	20,3	62	20,8	68	22,9	51	16,9
Tumor maligne de pàncreas	42	14,0	34	12,2	47	16,0	53	17,9	49	16,2
Resta de malalties sistema nerviós i òrgans dels sentits	33	11,2	165	15,9	51	17,3	41	13,7	44	15,0
Malalties isquèmiques del cor	82	27,5	53	19,0	30	10,2	39	13,3	43	14,4
Tumor maligne d'ovari	50	16,6	40	13,9	46	15,0	36	11,6	40	13,1
Tumor maligne de l'encèfal	30	10,1	34	11,9	28	9,3	18	6,0	38	12,5
Totes les causes	1.473	493,6	1.255	440,3	1.186	397,5	1.218	406,6	1.292	425,7

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

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

Quadre A 15. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants de més de 74 anys. Barcelona, 2005, 2010, 2015 i 2016 i 2017.

Homes	2005		2010		2015		2016		2017	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Malalties isquèmiques del cor	470	870,8	421	671,5	394	563,5	422	615,9	432	594,2
Demència senil, vascular, i demència no especificada	187	381,3	201	343,8	311	433,8	312	416,8	373	501,3
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	395	758,3	304	491,5	345	485,7	333	457,8	346	469,7
Resta de malalties del sistema respiratori	378	310,6	335	238,6	237	336,3	228	309,6	266	354,5
Malalties cerebrovasculars	398	767,1	312	503,2	298	411,2	243	336,7	263	352,6
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	258	447,7	325	497,7	268	397,6	256	375,4	275	400,0
Resta de malalties del cor	236	435,5	237	387,7	297	418,4	273	374,8	259	356,6
Malaltia d'Alzheimer	115	218,0	157	256,6	204	276,9	192	252,3	198	266,2
Resta de malalties sistema nerviós i òrgans dels sentits	119	215,4	115	176,2	68	28,0	177	250,2	192	261,2
Insuficiència cardíaca	220	449,7	152	265,2	188	264,0	174	234,9	184	243,4
Totes les causes	4.911	9.303,9	4.674	7.535,9	4.958	7.013,2	4.929	6.812,9	5.201	7.112,3

La salut a Barcelona 2018

Dones	2005		2010		2015		2016		2017	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Demència senil, vascular i demència no especificada	500	397,2	539	358,3	789	431,8	784	425,7	804	428,3
Malaltia d'Alzheimer	317	267,4	437	309,4	553	333,1	597	356,5	550	333,4
Resta de malalties del cor	437	362,7	449	327,8	519	317,3	434	264,3	473	293,3
Malalties cerebrovasculars	720	604,5	547	389,3	529	334,7	496	316,9	472	291,9
Malalties isquèmiques del cor	584	489,5	443	318,2	426	265,1	410	247,4	397	230,3
Insuficiència cardíaca	552	447,0	339	228,5	394	231,6	371	212,4	391	210,4
Resta de malalties del sistema respiratori	378	310,6	335	238,6	392	239,1	336	204,9	388	228,8
Malalties hipertensives	196	160,8	333	228,2	280	166,8	292	163,9	353	194,1
Resta de malalties del sistema digestiu	212	178,3	232	167,5	286	181,7	238	146,0	275	166,8
Malalties del ronyó i de les vies urinàries	203	170,7	199	139,8	242	143,1	231	134,3	250	151,7
Totes les causes	6.909	5.779,7	6.433	4.640,7	7.075	4.480,0	6.913	4.328,2	7.091	4.366,3

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

Notes: 1 La població de referència per a estandarditzar les taxes ha estat la població de Barcelona (d'homes i de dones), segons el padró municipal d'habitants de 2001. 2 MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Quadre A 16. Evolució de les taxes de mortalitat infantil i perinatal. Barcelona, 2008-2017¹.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mortalitat infantil²										
Defuncions infantils a 0 anys	50	39	47	40	38	28	33	32	21	28
Taxa de mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius	3,2	2,6	3,1	2,7	2,6	2,0	2,4	2,2	1,5	2,0
Mortalitat perinatal³										
Defuncions perinatals (>=500g)	66	60	63	66	67	50	50	42	37	35
Taxa de mortalitat perinatal per 1.000 (>=500g)	4,2	4,0	4,2	4,4	3,5	3,6	3,6	2,1	2,6	2,5

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

Notes: 1 Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors.; La mortalitat infantil inclou els nascuts vius i morts abans de l'any d'edat; 3. La mortalitat perinatal inclou els nascuts morts o els nascuts vius i morts abans dels 8 dies de vida i amb un pes igual o superior als 500 gr.