



La salut a Barcelona 2016



La salut a Barcelona 2016

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

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


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

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

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

Dipòsit Legal: B 4745-2018

Desembre 2017

Paper offset ecològic certificat pel  PEFC

Coordinació general de l'Informe

Xavier Bartoll (ASPB).

Redacció

Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes
Carme Borrell (ASPB).

El context socioeconòmic i demogràfic

Lucía Artazcoz (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Alba Benaque (CSB), Carme Beni (CSB), Josep Benet (CSB), Patricia Bernaus (CSB), Montserrat Casamitjana (CSB), Anna Coma (CSB), Imma Cortès (ASPB), Ester Cros (CSB), Anna García (CSB), Sandra Franco (ASPB), Josep Gómez (DRIC), Alex Guarga (CSB), Marc Marí (ASPB), Davide Malmusi (DSS), Ana M. Novoa (ASPB), M. Isabel Pasarín (ASPB), Víctor Peracho (ASPB), Andrés Peralta (ASPB), Montserrat Puigdollers (CSB), Toñi Salazar (CSB), Pilar Solanes (DSS), Elvira Torné (CSB), Imma Vallverdú (CSB), Corinne Zara (CSB).

El context físic

Assumpció Bolao (ASPB), Anna Gómez (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), Marc Rico (ASPB), Santiago Rodellar (ASPB), Ferran Tapia (ASPB), Vanessa Puig (ASPB).

Els comportaments relacionats amb la salut

M. Teresa Brugal (ASPB), Albert Espelt (ASPB), M. José López (ASPB), Marta Olabarria (ASPB), Oleguer Parés (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Francesca Sánchez (ASPB), Elena Santamariña (ASPB), Ester Teixidó (ASPB).

La salut

Carles Ariza (ASPB), Xavier Bartoll (ASPB), Teresa Brugal (ASPB), Joan A. Caylà (ASPB), Imma Cortès (ASPB), Albert Espelt (ASPB), Manuel Fernández (ASPB), Patricia García (ASPB), Anna Gómez (ASPB), Patricia González (CIBER), Mercè Gotsens (ASPB), Ana M. Novoa (ASPB), Marta Olabarria (ASPB), Àngels Orcau (ASPB), Helena Pañella (ASPB), Catherine Pérez (ASPB), Glòria Pérez (ASPB), Elena Puigdevall (CSB), Maribel Pasarín (ASPB), Vanessa Puig (ASPB), Elena Santamariña (ASPB), Gemma Serral (ASPB), Hugo Vázquez (ASPB).

Monogràfics

30 anys de vigilància i control de la tuberculosi i de la infecció per VIH/sida a Barcelona. Patricia García, Àngels Orcau, Joan A. Caylà. ASPB.

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama. Rosa Puigpinós, Gemma Serral. ASPB.

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent. Glòria Pérez, Elena Santamariña, Olga Juárez. ASPB.

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, 130 anys d'història. Francesc Centrich. ASPB.

Índex: La salut a Barcelona 2016

Presentació	7	5
Resum executiu	8	
Resumen ejecutivo	13	
Executive Summary	19	
Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes	24	
El context socioeconòmic	27	
La població	28	
L'entorn familiar	29	
L'entorn econòmic	30	
Les condicions de vida	31	
La participació per la salut col·lectiva	35	
Els serveis sanitaris	36	
Les accions en salut pública	43	
El context físic	47	
Les condicions físiques de l'habitatge	48	
La seguretat alimentària	49	
La qualitat de l'aire	50	
La qualitat de l'aigua	52	
La contaminació acústica	55	
Els comportaments relacionats amb la salut	57	
L'activitat física i la mobilitat	58	
L'alimentació saludable	59	
El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals	60	
La salut	63	
L'esperança de vida	64	
L'estat de salut percebut	65	
L'obesitat i l'excés de pes	66	
La salut laboral	67	
La salut sexual i reproductiva	69	
La salut mental i les addiccions	71	
Els trastorns crònics	77	
Les lesions per col·lisió de trànsit	79	
Les malalties transmissibles	81	
La mortalitat	86	
Les desigualtats en salut als barris	88	
Monogràfics	91	
30 anys de vigilància i control de la tuberculosi i de la infecció per VIH/sida a Barcelona	92	
Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama	95	
La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent	100	
Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, 130 anys d'història	103	
La salut en xifres	107	



Presentació

Seguint amb el compromís anual, com cada tardor disposem i presentem l'informe de salut de la ciutat. L'informe presenta informació sobre els determinants de la salut, l'estat de salut i les desigualtats en salut.

Enguany veiem que, tot i la millora en alguns indicadors socioeconòmics agregats com ara l'atur, una part de la ciutadania pateix alts valors de pobresa, tant material com energètica.

Entre els resultats en salut, aquest any l'esperança de vida es manté sense canvis significatius i continua la tendència a la baixa de la mortalitat en la majoria de causes, amb algunes excepcions com el càncer de pulmó en dones. S'incrementen les lesions greus per accident de treball, així com les lesions per col·lisions de trànsit. Continua la reducció en la incidència de la tuberculosi; la incidència d'infecció pel VIH es manté, però s'incrementen les altres infeccions de transmissió sexual com la gonocòccia i la sífilis, en part per millores de vigilància i control, però sense que se'n pugui descartar un increment real. Es confirma la disminució dels embarassos adolescents dels darrers anys en la majoria de districtes.

Quant a l'entorn físic, tot i la millora dels nivells de contaminants, el de les partícules de PM_{10} i el de l' NO_2 continuen essent alts. També una part important de la ciutadania declara patir nivells importants de soroll, sobretot en zones de trànsit intens al matí i d'oci nocturn durant la nit.

Es constata una desacceleració en la reducció tendencial del consum de tabac. I en els joves, observem positivament que l'edat mitjana d'inici de consum d'alcohol, tabac i cànnabis s'ha endarrerit en aproximadament nou mesos durant el període 2012-2016.

Continuem monitorant també les desigualtats. Sabem que requereixen temps de treball persistent, ja que no es resolen en pocs anys. Veiem que persisteixen desigualtats per sexe, socioeconòmiques i territorials en diversos indicadors de salut, per exemple en l'esperança de vida entre districtes, en l'estat de salut percebut segons nivell socioeconòmic, i en la salut mental, àmbit de la salut en el qual s'ha produït un increment de les desigualtats des de la crisi econòmica.

L'informe, any rere any, permet reflexionar sobre com evolucionen els indicadors relacionats amb les àrees de la salut que treballem amb més intensitat (per exemple, la salut mental, la salut sexual i reproductiva o el consum de drogues), però també fer una mirada global a la salut de la població, per tal d'estar amatents a possibles problemàtiques noves.

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



Resum executiu

8

El context socioeconòmic

La població

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants, l'any 2016, la població de Barcelona ha estat d'1.608.710 persones, 760.894 de les quals són homes (47,3%) i 847.816, dones (52,7%). Les persones nascudes fora de l'Estat espanyol han representat el 22,8% (366.096 persones) de la població. L'any 2016, 11.446 homes i 46.608 dones de 75 anys o més vivien sols/soles (representen el 16,9% dels homes i el 39,4% de les dones). El 29,4% dels homes i el 31,0% de les dones tenien titulació universitària. Nou Barris és el districte amb el percentatge més baix d'universitaris (13,3%), seguit de Sant Andreu, Sant Martí, i Sants-Montjuïc; aquests, per sobre del 20%.

L'entorn familiar

El nombre de llars unipersonals s'ha duplicat en els darrers 25 anys (de 104.446 llars l'any 1991 a 201.345 el 2016), i s'incrementen el 20% les llars amb dues persones (de 160.511 el 1991 a 192.448 el 2016) en detriment de les més nombroses. Respecte de les tasques domèstiques com ara netejar, planxar o cuinar, les dones hi dediquen una mitjana de 13,5 hores setmanals, mentre que la dedicació dels homes és de 7,1 hores, tot i que cal destacar que en les persones de 16 a 24 anys no hi ha diferències. Les desigualtats també es donen en la cura dels menors de 15 anys, les persones majors de 64 anys i les persones amb discapacitat (les dones que manifesten ocupar-se'n elles soles són el 33,9%, mentre que els homes en són el 24,4%).

L'entorn econòmic

El 2016 han augmentat les taxes d'activitat i ocupació i ha disminuït l'atur, però l'evolució ha estat més positiva per als homes que per a les dones (l'atur el 2016 és de l'11,2% per als homes i del 13,8% per a les dones, mentre que el 2015 era del 13,3% i el 14,6%, respectivament), fet que incrementa les desigualtats de gènere. Per contra, les desigualtats de gènere en la jornada parcial i el salari mig enguany han disminuït lleugerament en ambdós casos. La nova contractació continua essent majoritàriament temporal, amb predomini dels contractes de molt curta durada.

Les condicions de vida

La pobresa material severa

El 9% de les llars viuen en pobresa material severa. Segons la classe social, es concentra en les llars de classe més desfavorida en el 27,4%, mentre que és de l'1,2% en les classes més benestants. Per districtes, destaca Ciutat Vella (21,1%), seguit de Nou Barris (15,6%). L'Eixample (10,8%) se situa per davant de Sant Andreu (9,3%) i Sant Martí (9,2%).

La pobresa energètica

Un 10,6% de les llars de Barcelona pateixen pobresa energètica l'any 2016. Un 23,4% en les classes socials més desfavorides, enfront d'un 4,8% en les més benestants.

La situació de pobresa dels usuaris de serveis socials

Una enquesta realitzada a 6.623 llars usuàries de centres de serveis socials troba que un 70,2% de les persones entrevistades estan en situació de privació material severa, i el 53,9% no poden mantenir la llar a una temperatura adequada durant els mesos més freds.

Les condicions socioeconòmiques de l'habitatge

L'any 2016 es van produir a la ciutat de Barcelona 4.367 procediments judicials lligats al lloguer i 890 per execució hipotecària (un 13,3% i un 20% menys que l'any 2015, respectivament). També es comptabilitzen un total de 3.139 persones sense llar (un 12,2% més que l'any 2015), i 59.568 persones estan inscrites al Registre de Sol·licitants d'Habitatge de Protecció Oficial de Barcelona (un 3,7% de la població de Barcelona). Pel que fa als preus del lloguer, aquests continuen la tendència a l'alça, amb un augment del 15,7% respecte del 2014.

La participació per la salut col·lectiva

Treballar per la salut col·lectiva requereix fer-ho de manera intersectorial i amb la participació de la ciutadania i les entitats que treballen per col·lectius. És sobre la base de la intersectorialitat i la participació que a Barcelona s'han elaborat els acords, els plans i les estratègies per a millorar la salut mental, la salut sexual i reproductiva, les desigualtats i les drogodependències.

Els serveis sanitaris

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciutat de Barcelona durant l'any 2016 han atès el 70,4% del total de la població assignada més gran de 14 anys (64,6% homes i 75,6% dones) i un 76,2% de població de menys de 14 anys (76,6% nens i 75,7% nenes). Durant l'any 2015, la cobertura de la població assignada més gran de 14 anys era del 70%, mentre que la de la població de menys de 14 anys era del 73,1%. El 42,9% dels homes i els 39,7% de les dones entre els 15 i els 69 anys que van ser atesos als equips d'atenció primària i que

presentaven algun factor de risc cardiovascular segueixen una activitat física adequada durant un període de més de sis mesos i amb una freqüència d'almenys trenta minuts d'activitat física cinc o més dies a la setmana.

L'atenció a les urgències

La taxa d'urgències és del 342,0 per 1.000 habitants en homes, i del 380,1 en dones (2015: 365 i 335, respectivament). Les taxes més elevades les presenten Horta-Guinardó (463 per cada 1.000 habitants) i Nou Barris (435).

L'atenció hospitalària especialitzada

L'atenció especialitzada disposa de 3.444 llits (2015: 3.411). La taxa d'hospitalització és de 104 per 1.000 habitants i d'101,5 en els homes. Les taxes més elevades es presenten a Nou Barris (127,1), Ciutat Vella (122,5) i Sants-Montjuïc (120,1). Les llistes d'espera dels procediments garantits en cataractes, genoll i maluc i el temps d'espera garantit de 180 dies han disminuït un 99% en els darrers sis anys. La resta de procediments de referència, de temps superior a 365 dies en llista d'espera, s'han reduït un 68% i són similars en els districtes.

L'atenció sociosanitària

S'ha continuat desplegant l'atenció subaguda. Actualment hi ha sis unitats que duen a terme aquesta activitat, en les que s'han realitzat 2.888 altes durant l'any 2.016 (2015:2.447).

El consum de fàrmacs

Des del 2011 hi ha una lleugera disminució en el consum de les dosis per cada 1.000 habitants i per dia d'hipnòtics i sedants, i també dels ansiolítics, però un lleuger augment dels antipsicòtics i els antidepressius. Cal destacar que el consum d'aquests quatre grups de fàrmacs és elevat en la població de més de 75 anys, un grup que hi és especialment sensible pels efectes adversos que hi té, amb més freqüència en les dones.

Les accions en salut pública

De les accions i els diversos programes empresos l'any 2016 per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) destaquen a continuació tres intervencions de rellevància en dos àm-

bits diferents: les intervencions de control de plagues urbanes i l'actualització del Programa "Barcelona - Salut als Barris", així com l'avaluació de tallers de prevenció de sobredosi de drogues.

Les intervencions de control de múrids

Les intervencions (inspeccions i seguiments) associades al control de múrids han anat augmentant en els darrers anys. Les intervencions s'executen a la via pública (carrers, places, espais verds) i la xarxa de clavegueram. El control es basa en el concepte de *control integrat*, que busca la minimització dels riscos per a les persones i el medi ambient. Així, es desestimen les actuacions preventives de desratització, i les actuacions de control es fonamenten en les evidències o els indicis de la presència de múrids. Ciutat Vella i Sant Martí concentren el nombre més gran d'intervencions.

Barcelona - Salut als Barris (BSaB)

BSaB inicia el 2016 un caràcter nou d'estratègia de ciutat i un esforç municipal important per a estandarditzar-lo i estendre'l a la resta de barris amb indicadors de salut desfavorables. S'amplia l'abast de 13 a 21 barris. Durant aquest any, 310 agents d'entitats, equipaments de proximitat, ciutadania i serveis públics van coproduir 133 intervencions en les que van participar directament 9.961 persones.

Tallers de prevenció de sobredosi de drogues

Des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya es van dissenyar uns tallers per a formar les persones consumidores de drogues sobre els factors que podien provocar una sobredosi i què calia fer en cas de veure una persona que pateix una sobredosi. Aquests tallers han estat avaluats i han demostrat que augmenten el coneixement que les persones consumidores de drogues tenen sobre com prevenir i actuar enfront d'una sobredosi. A més, un 40% de persones que havien presenciat una sobredosi havia fet servir la naloxona en els dotze mesos següents.

El context físic

Les condicions de l'habitatge

Les condicions físiques dels habitatges poden influir en la salut de les persones que hi viuen. El 32,1% dels habitatges amb certificació energètica de la ciutat tenien el 2016 la certificació F o G (molt baixa eficiència energètica), i el 31,6% no disposaven d'ascensors. Aquestes xifres van presentar diferències importants segons el districte de la ciutat. L'any 2016 es va destinar un import similar a l'any 2015 per a la rehabilitació, que incloïa com a novetat la rehabilitació de l'interior dels habitatges.

La seguretat alimentària

S'han realitzat 326 auditories sanitàries en establiments alimentaris des de l'any 2009 fins al 2016, 196 de les quals són inicials o de renovació, i 130 de seguiment. L'evolució dels resultats favorables s'ha incrementat al llarg del període, i els desfavorables han disminuït, fet que mostra una

Resum executiu

10

resposta positiva a les no-conformitats inicials. Els establiments auditats han evolucionat de manera adequada en el disseny i la implementació dels sistemes d'autocontrol.

La qualitat de l'aire

L'any 2016 se superen els valors de referència de l'OMS per als contaminants NO₂, material particulat (PM₁₀ i PM_{2,5}), benzè, ozó i benzo(a)pirè. El 68% de la població de Barcelona està exposada a nivells superiors als que hi ha establerts per a l'NO₂ (tant els valors límits de la Unió Europea com els de referència de l'OMS), percentatge que per al material particulat s'incrementa fins al 97% de la població potencialment exposada a nivells superiors als de referència de l'OMS.

La qualitat de l'aigua

Més de la meitat de la ciutadania (59,6%) beu habitualment aigua envasada, mentre que la freqüència d'ús de l'aigua de la xarxa és d'un 26,9%. És força comú encara que les xarxes interiors de molts edificis i habitatges antics de Barcelona continguin trams de plom a les canonades i que la població pugui estar exposada a aquest metall tòxic pel consum de l'aigua. La ciutadania de Barcelona que sospiti que encara hi ha plom al seu habitatge o edifici, pot sol·licitar a l'ASPB una analítica de verificació gratuïta.

La contaminació acústica

El mapa de percepció de soroll a Barcelona per al 2016 mostra com Ciutat Vella és el districte més sorollós de Barcelona (seguit de prop per l'Eixample), amb un 74,2% de veïns i veïnes que declaren que al seu barri hi ha molt soroll. El districte de Ciutat Vella, que compta amb diversos sonòmetres per a mesurar l'impacte del soroll que es deriva de l'oci nocturn, va registrar durant el 2015 valors mitjans superiors als 55 decibels (dB(A)) durant les nits dels divendres i els dissabtes (de 23:00 h a 7:00 h) en la majoria de barris, i valors superiors als 70 dB(A) en les zones contigües de les Rambles. Segons l'Organització Mundial de la Salut, a partir dels 42 dB(A) es comencen a produir trastorns del son.

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona

de 2016, el 53,9% dels homes i el 62,5% de les dones residents s'han desplaçat a peu o amb bicicleta durant més de trenta minuts el dia anterior a l'entrevista. Tant en els nois com en les noies, el percentatge d'alumnat que usa un mitjà de transport actiu per a anar a l'escola, l'institut o el centre educatiu és més elevat en els barris desfavorits.

L'alimentació saludable

Només un 11,7% del total de la població de la ciutat segueix la recomanació alimentària de consumir cinc o més racions de fruita i/o verdura diàriament. Les dones segueixen aquesta recomanació amb més freqüència (13,7%) que els homes (9,3%). El grup de la població més jove, de 0 a 14 anys, és el que fa un seguiment més baix de la recomanació (el 6,6% dels nens i un 8,2% de les nenes). Aquestes dades mostren la necessitat de posar en pràctica accions que afavoreixin la recuperació del model de dieta mediterrània entre la nostra població més jove.

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

En relació amb el consum de tabac en la població adulta (de més de 15 anys) el 2016, s'observa una diferència entre el consum habitual d'homes i dones (23,6% i 16,2%, respectivament). Respecte del 2011, hi ha una disminució lleugera, però no significativa. El 9% dels homes i el 4% de les dones en edat adulta presenten un consum de risc d'alcohol. El cànnabis és la substància il·legal més consumida, un 6,8% dels homes i un 1,8% de les dones l'havien consumit en el darrer mes.

Segons dades de l'enquesta FRESC 2016, tant en nois com en noies d'educació secundària i batxillerat, l'edat mitjana a la que s'inicia el consum d'alcohol, tabac i cànnabis s'ha endarrerit en aproximadament nou mesos durant el període 2012-2016. Pel què fa a les borratxeres, s'hi observa una disminució, tant en nois com en noies, respecte de l'any 2012 (del 19% al 17% en el cas dels nois, i del 27% al 18% en el de les noies). En relació amb el consum de tabac setmanal, hi ha una disminució en les noies, però en els nois es manté constant. El consum de cànnabis els darrers trenta dies també disminueix i se situa en el 7% en el cas dels nois i en el 4% en el de les noies.

La salut

L'esperança de vida

L'esperança de vida l'any 2015 va ser de 80,8 anys en el cas dels homes i de 86,6 anys en el de les dones, xifres molt similars a les de l'any anterior (2014:80,5 i 86,7, respectivament). Es mantenen les desigualtats en l'esperança de vida als districtes de la ciutat, que presenten diferències de 6,4 anys en els homes i d'1,6 anys en les dones.

L'estat de salut percebut

El percentatge de persones de més de 15 anys que declaren tenir una salut regular o dolenta ha estat del 15,5% en els homes i del 22,6% en les dones. En les dones de la classe social més desfavorida, la mala salut percebuda se situa en el 41,7%, mentre que en les de classe

social més benestant, és de 10,6%; en els homes, aquests valors van del 24,7% al 12,3%. Aquestes desigualtats es produeixen també amb desigualtats segons la renda dels barris, atès que la prevalença de mala salut és superior en els barris més desfavorits.

L'obesitat i l'excés de pes

En els homes s'observa una tendència d'estabilitat en el pes normal i el sobrepès; en canvi, en el cas de l'obesitat, aquesta ha experimentat un augment de fins al 13,4% en el 2016 (2011: 10,7%). En les dones també hi ha una tendència d'estabilitat en el cas del pes normal i el sobrepès, que en el 2016 és del 48,0% i del 26,3%, respectivament. En les dones, l'obesitat ha augmentat del 10,3% l'any 2011 al 13,9% l'any 2016.

La salut laboral

Enguany han augmentat les lesions per accident de treball (de 29.920 el 2015 a 32.434 el 2016), sobretot les mortals (de 25 a 31) i les greus (de 203 a 259), aquestes darreres després de deu anys de descens mantingut. Les lesions greus més freqüents han continuat essent les *in itinere*. Contràriament, les malalties professionals han seguit disminuint, tant les que cursen amb baixa com les que ho fan sense, i també ho han fet les malalties relacionades amb el treball.

La salut sexual i reproductiva

L'any 2015, la fecunditat es manté estable en la taxa de 38,2 naixements per cada 1.000 dones en edat fèrtil (2014: 36,6), amb fluctuacions lleugeres segons l'edat de les dones. La taxa d'embaràs adolescent entre els 15 i els 19 anys és del 19,1 per 1.000 (el 2014, el 21,5). Això no obstant, hi ha desigualtats per país d'origen i territorials. Nou Barris és el districte amb més embarassos en dones adolescents (29,2 per cada 1.000 dones), seguit de Ciutat Vella (26,3), tot i la important reducció dels darrers anys.

La salut mental i les addiccions

La salut mental poblacional

El risc de mala salut mental de la classe social de treballadors manuals és de 21,6% en els homes i de 28,8% en les dones, mentre que en la classe social més avantatjada és de 9,6% en els homes

i d'11,3% en les dones. Es mostra com les desigualtats per classe social s'amplien entre 2006 i 2016: les diferències entre les dues classes passen de 6,6% a 12,0% en els homes, i de 10,5% a 17,5% en les dones entre els dos anys.

Els trastorns de salut mental relacionats amb el treball

L'any 2016, els centres d'atenció primària de la ciutat han notificat 395 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona (2015:375). Es tracta, sobretot, de trastorns de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (65,3%).

L'atenció a la salut mental en els serveis sanitaris

L'any 2016 s'han atès 45.394 persones als centres de salut mental d'adults i 11.455 als centres de salut mental infantil i juvenil. L'activitat realitzada en el marc del suport a la salut mental en l'Atenció Primària ha augmentat en termes generals, tant en la població adulta com en la infantil i juvenil, element clau que facilita un increment de l'atenció a les persones amb trastorns mentals greus. Del total de persones ateses l'any 2005, un 22,2% ho eren per trastorns greus, i aquest percentatge s'ha incrementat fins al 32,2% el 2016. En la població infantil i juvenil, ho eren el 4,2 d'infants i joves l'any 2005, per a arribar al 12,0% el 2016.

La salut mental en dos col·lectius vulnerables

Treball als barris és un programa de reinserció laboral implementat als barris amb taxes d'atur més elevades. L'avaluació de l'estat de salut de la població en situació d'atur de les persones participants en el programa "Treball als Barris" mostrava un gradient clar de la mala salut mental a mesura que empitjoren les condicions laborals i socials.

Les addiccions

La xarxa pública de centres d'atenció i seguiment (CAS) a les drogodependències de Barcelona consta de catorze centres. L'any 2016, el nombre d'inicis de tractament registrats als CAS ha estat de 4.242 (4.444 el 2015). El nombre més gran d'inicis de tractament per trastorn d'ús de substàncies es deu al consum d'alcohol (44% en els homes i 48% en les dones), seguit de la cocaïna (17%). Les dones continuen representant al voltant d'un quart dels inicis de tractament per trastorn d'ús de substàncies. Als CAS municipals (set dels catorze) es van registrar 36.538 accessos a les sales de consum supervisades i un total de 132.773 visites sanitàries i socioeducatives. També es van distribuir 260.312 xeringues, amb un retorn del 74%.

El Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022

El Pla de salut mental (PSM) 2016-2022 posa l'accent en els determinants i les desigualtats socials en la salut mental i adopta una perspectiva de curs de vida. Es desplega en quatre línies estratègiques: l'abordatge dels determinants socials de la salut mental; serveis i atenció accessibles per a tothom, sobretot per a les persones més vulnerables; respecte als drets i la bona governabilitat del Pla.

Resum executiu

12

Els trastorns crònics

Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016, els trastorns més prevalents en els adults de 15 anys i més han estat: el mal d'esquena lumbar (21,5% en els homes i 30,6% en les dones), la pressió arterial alta (19,2% en els homes i 22,0% en les dones) i el colesterol elevat en sang (17,9% en els homes i 19,5% en les dones). Entre els infants de menys de 15 anys, els principals trastorns crònics han estat les al·lèrgies cròniques (12,5% en els nois i 10,2% en les noies) i la bronquitis crònica (6,6% i 10,5%, respectivament), seguits de l'otitis de repetició i l'enuresi. Es constata un gradient socioeconòmic en el fet de tenir com a mínim un trastorn crònic. Les persones de classe ocupacional més desfavorida són les que en presenten un percentatge més elevat, especialment les dones.

Les lesions per col·lisió de trànsit

L'any 2016 s'han produït a la ciutat de Barcelona 9.345 col·lisions de trànsit (2015:9.098) que han ocasionat víctimes i que han tingut com a conseqüència 11.896 persones lesionades lleus, 192 de greus i 28 morts durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. El nombre de persones lesionades lleus ha augmentat un 2,6% respecte de l'any 2015, i l'augment ha estat superior en les dones (7,6% d'augment, respecte d'una disminució del 0,4% en els homes). El nombre de persones lesionades greus ha disminuït un 3,5%, i la disminució ha estat superior en les dones (4,7%, davant d'un 3,0% en els homes). El nombre d'homes morts disminueix un 36,0% i passa de 25 homes morts el 2015 a 16 el 2016; i en canvi, el nombre de dones mortes augmenta de 2 a 12.

Les malalties transmissibles

Les infeccions per VIH/sida

El 2016 es van detectar 310 casos de VIH (2015:376) i 38 casos de sida (2015:68) en residents a Barcelona. La infecció pel VIH continua afectant sobretot homes joves que tenen relacions sexuals amb homes, i es troba entre les malalties de declaració més freqüents a la ciutat. El percentatge de persones que en són diagnosticades amb retard continua essent elevat; per tant, a la nostra ciutat continua essent un repte augmentar les oportunitats d'actuació per a la reducció de la infecció.

Les altres infeccions de transmissió sexual

S'observa una tendència creixent de la sífilis i la gonocòccia i es manté el limfogranuloma veneri, en part degut a les millores en el sistema de vigilància i del diagnòstic, però també degut a un increment real de la incidència. La taxa de sífilis l'any 2016 és del 55,3 per cada 100.000 habitants (2015:31,3), la taxa de gonocòccia és de 67,1 (2015:36,5), i la del limfogranuloma veneri és de 13,9 (2015:14,3). La majoria dels casos ocorren en homes joves amb relacions homosexuals, excepte per la infecció per *C. trachomatis*, que afecta homes i dones en una proporció similar (una taxa de 94,0 casos per cada 100.000 habitants). La prevenció i el control d'aquestes infeccions requereixen una resposta coordinada des de l'assistència, amb més implicació dels serveis de salut pública i de la iniciativa social a fi de reforçar intervencions per a reduir exposicions de risc i augmentar el diagnòstic i el tractament precoç.

La tuberculosi

Durant l'any 2016 s'han detectat 260 casos de tuberculosi (2015:280) en residents a la ciutat, 157 homes i 103 dones. La incidència ha disminuït gairebé un 7% respecte de l'any anterior, i és en la població immigrant on la davallada ha estat més important. La malaltia és més freqüent a Ciutat Vella, en població immigrant i en els barris amb la renda més baixa.

La mortalitat

Les taxes estandarditzades de mortalitat prematura van continuar amb la tendència decreixent dels anys anteriors i es van situar en 1.068,2 homes per cada 100.000 habitants (2014:1.075,3), amb un petit augment en el cas de les dones fins el 614,5 (2014:608,1). La mortalitat global va tenir un lleuger increment, i es va situar en el 966,5 per cada 100.000 homes (2014:945,5) i en el 614,5 per cada 100.000 dones (2014:608,1). La majoria de les principals causes de mortalitat prematura mostren una tendència decreixent o estable tant en homes com en dones, amb l'excepció del suïcidi i les lesions de trànsit en els homes, i el càncer de pulmó i d'ovari en les dones. Es mantenen les desigualtats en la mortalitat prematura als districtes de la ciutat.

Les desigualtats en la salut als barris

S'ha mesurat l'evolució de les desigualtats socials en la salut als barris de Barcelona per a tres indicadors de salut. En el període 2013-2015 es va observar una diferència en l'esperança de vida entre els barris amb més i menys nivell socioeconòmic de 5,8 anys en els homes i de 0,4 anys en les dones. Aquestes diferències s'han mantingut estables en ambdós sexes en comparació amb el període 2010-2012. En el cas de la mortalitat prematura es van observar desigualtats, que van tendir a disminuir en el període 2013-2015 respecte del període 2010-2012 en ambdós sexes. Per contra, les desigualtats en la incidència de tuberculosi van tendir a augmentar lleugerament entre els períodes 2011-2013 i 2014-2016 en ambdós sexes.

Resumen ejecutivo

El contexto socioeconómico

La población

Según los datos del Padrón Municipal de Habitantes, la población de Barcelona ha sido de 1.608.710 personas en el año 2016, 760.894 de las cuales son varones (47,3%) y 847.816 son mujeres (52,7%). Las personas que han nacido fuera del Estado español han representado el 22,8% de la población (366.096 personas). En el año 2016, 11.446 varones y 46.608 mujeres de 75 años o más vivían solos/solas (representan el 16,9% de los varones y el 39,4% de las mujeres). El 29,4% de los varones y el 31,0% de las mujeres tenían titulación universitaria. Nou Barris es el distrito con el porcentaje menor de universitarios (13,3%), seguido de Sant Andreu, Sant Martí y Sants-Montjuïc; estos, por encima del 20%.

El entorno familiar

El número de hogares unipersonales se ha duplicado en los últimos 25 años (de 104.446 hogares en el año 1991 a 201.345, en el 2016) y se incrementan un 20% los hogares compuestos por dos personas (de 160.511 en el 1991 a 192.448, en el 2016), en detrimento de los que son más numerosos. Con respecto a las tareas domésticas, como limpiar, planchar o cocinar, las mujeres dedican a estas una media de 13,5 horas semanales, mientras que la dedicación de los varones es de 7,1 horas, aunque cabe destacar que no hay diferencias entre las personas de 16 a 24 años. Las desigualdades también se dan en el cuidado de los menores de 15 años, las personas mayores de 64 años y las personas con discapacidad (las mujeres que manifiestan ocuparse de estas ellas solas son el 33,9%, mientras que los varones son el 24,4%).

El entorno económico

En el 2016 han aumentado las tasas de actividad y ocupación y ha disminuido el paro, pero la evolución ha sido más positiva para los varones que para las mujeres (el paro en el 2016 es del 11,2% para los varones y del 13,8% para las mujeres, mientras que en el 2015 era del 13,3% y el 14,6%, respectivamente), lo que incrementa las desigualdades de género. Por el contrario, las desigualdades de género en la jornada parcial y el salario medio han disminuido este año

ligeramente en ambos casos. La contratación nueva continúa siendo mayoritariamente temporal, con predominio de los contratos de muy corta duración.

Las condiciones de vida

La pobreza material severa

El 9% de los hogares vive en pobreza material severa. Según la clase social, la pobreza material severa se concentra en el 27,4% de los hogares de clase más desfavorecida, mientras que es del 1,2% en las clases más acomodadas. Por distritos, destaca Ciutat Vella (21,1%), seguido de Nou Barris (15,6%). El Eixample (10,8%) se sitúa por delante de Sant Andreu (9,3%) y Sant Martí (9,2%).

La pobreza energética

Un 10,6% de los hogares de Barcelona padecen pobreza energética en el año 2016. Un 23,4% en las clases sociales más desfavorecidas, frente a un 4,8% en las más acomodadas.

La situación de pobreza de los usuarios de servicios sociales

Una encuesta efectuada en 6.623 hogares usuarios de centros de servicios sociales halla que un 70,2% de las personas entrevistadas están en situación de privación material severa, y el 53,9% no pueden mantener el hogar a una temperatura adecuada durante los meses más fríos.

Las condiciones socioeconómicas de la vivienda

En el año 2016 se efectuaron en la ciudad de Barcelona 4.367 procedimientos judiciales vinculados al alquiler, y 890 por ejecución hipotecaria (un 13,3% y un 20% menos que en el año 2015, respectivamente). También se contabilizaron un total de 3.139 personas sin hogar (un 12,2% más que en el año 2015) y 59.568 personas inscritas en el Registro de Solicitantes de Vivienda de Protección Oficial de Barcelona (un 3,7% de la población de Barcelona). Por lo que respecta a los precios del alquiler, estos continuaron la tendencia al alza, con un aumento del 15,7% con respecto al 2014.

La participación por la salud colectiva

Trabajar por la salud colectiva requiere hacerlo de manera intersectorial y con la participación de la ciudadanía y las entidades que trabajan por colectivos. Es sobre la base de la intersectorialidad y la participación que en Barcelona se han elaborado los acuerdos, planes y estrategias para mejorar la salud mental, la salud sexual y reproductiva, las desigualdades y las drogodependencias.

Los servicios sanitarios

La atención primaria

La atención primaria de la salud es el primer nivel de acceso a la asistencia sanitaria. Los servicios de atención primaria de la ciudad de Barcelona durante el año 2016 han atendido al 70,4% del total de la

Resumen ejecutivo

14

población asignada mayor de 14 años (64,6% varones y 75,6% mujeres) y a un 76,2% de la población menor de 14 años (76,6% niños y 75,7% niñas). Durante el año 2015, la cobertura de la población asignada mayor de 14 años era del 70%, mientras que la de la población menor de 14 años era del 73,1%. El 42,9% de los varones y el 39,7% de las mujeres entre los 15 y los 69 años que fueron atendidos en los equipos de atención primaria y que presentaban algún factor de riesgo cardiovascular siguieron una actividad física adecuada durante un periodo de más de seis meses y con una frecuencia de por lo menos treinta minutos de actividad física cinco o más días a la semana.

La atención de urgencias

La tasa de urgencias es del 342,0 por 1.000 habitantes en varones, y del 380,1 en mujeres (2015: 365 y 335, respectivamente). Las tasas más elevadas las presentan Horta-Guinardó (463 por cada 1.000 habitantes) y Nou Barris (435).

La atención hospitalaria especializada

La atención especializada dispone de 3.444 camas (2015: 3.411). La tasa de hospitalización es de 104 por 1.000 habitantes y de 101,5 en los varones. Las tasas más elevadas se presentan en Nou Barris (127,1), Ciutat Vella (122,5) y Sants-Montjuïc (120,1).

Las listas de espera de los procedimientos garantizados en cataratas, rodilla y cadera y el tiempo de espera garantizado de 180 días han disminuido un 99% en los últimos seis años. El resto de procedimientos de referencia, de tiempo superior a 365 días en lista de espera, se han reducido un 68%, y son similares en los distritos.

La atención sociosanitaria

Se ha continuado desplegando la atención subaguda. Actualmente hay seis unidades que llevan a cabo esta actividad, en las que se han registrado 2.888 altas durante el año 2016 (2015:2.447).

El consumo de fármacos

Desde el 2011 hay una disminución ligera en el consumo de las dosis por cada 1.000 habitantes y por día de hipnóticos y sedantes, y también de los ansiolíticos, pero un ligero aumento de los antipsicóticos y los antidepresivos. Cabe destacar

que el consumo de estos cuatro grupos de fármacos es elevado en la población de más de 75 años, un grupo que es especialmente sensible a estos por los efectos adversos que tiene en ellos, con mayor frecuencia en las mujeres.

Las acciones en salud pública

Entre las acciones y los diversos programas que la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) ha emprendido en el año 2016 destacan tres intervenciones de relevancia en dos ámbitos diferentes: las intervenciones de control de plagas urbanas y la actualización del Programa "Barcelona - Salud en los Barrios" así como la evaluación de talleres de prevención de sobredosis de drogas.

Las intervenciones de control de móridos

Las intervenciones (inspecciones y seguimientos) asociadas al control de móridos han ido aumentando en los últimos años. Las intervenciones se ejecutan en la vía pública (calles, plazas, espacios verdes) y la red de alcantarillado. El control se basa en el concepto de *control integrado*, que busca minimizar los riesgos para las personas y el medio ambiente. Así, se desestiman las actuaciones preventivas de desratización y las actuaciones de control se fundamentan en las evidencias o los indicios de la presencia de móridos. Ciutat Vella y Sant Martí concentran el mayor número de intervenciones.

Barcelona - Salud en los Barrios (BSaB)

BSaB inicia en el 2016 un nuevo carácter de estrategia de ciudad y un esfuerzo municipal importante para estandarizarlo y ampliarlo al resto de barrios que presentan indicadores de salud desfavorables. Se amplía el alcance de 13 a 21 barrios. Durante este año, 310 agentes de entidades, equipamientos de proximidad, ciudadanía y servicios públicos coprodujeron 133 intervenciones en las que participaron directamente 9.961 personas.

Talleres de prevención de sobredosis de drogas

Desde la Agencia de Salud Pública de Barcelona y el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña se diseñaron unos talleres para formar a las personas consumidoras de drogas acerca de los factores que podían provocar una sobredosis y qué hay que hacer en el caso de ver a una persona que sufre una sobredosis. Estos talleres han sido evaluados y han demostrado que incrementan el conocimiento que las personas consumidoras de drogas tienen acerca de cómo prevenir y actuar frente a una sobredosis. Además, un 40% de las personas que habían presenciado un caso de sobredosis, había utilizado la naloxona en los doce meses siguientes.

El contexto físico

Las condiciones de la vivienda

Las condiciones físicas de las viviendas pueden influir en la salud de las personas que viven en estas. El 32,1% de las viviendas con certificación

energética de la ciudad tenían en el 2016 la certificación F o G (una eficiencia energética muy baja), y el 31,6% no disponían de ascensores. Estas cifras presentaron diferencias importantes según el distrito de la ciudad. En el año 2016 se destinó un importe para la rehabilitación parecido al del año 2015, que incluía como novedad la rehabilitación del interior de las viviendas.

La seguridad alimentaria

Se han efectuado 326 auditorías sanitarias en establecimientos alimentarios desde el año 2009 hasta el año 2016, 196 de las cuales son iniciales o de renovación, y 130 de seguimiento. La evolución de los resultados favorables se ha incrementado durante el periodo, y los desfavorables han disminuido, lo que muestra una respuesta positiva a las no-conformidades iniciales. Los establecimientos auditados han evolucionado de un modo adecuado en el diseño y la implementación de los sistemas de autocontrol.

La calidad del aire

En el año 2016 se superaron los valores de referencia de la OMS para los contaminantes NO₂, material particulado (PM₁₀ y PM_{2,5}), benceno, ozono y benzo(a)pireno. El 68% de la población de Barcelona está expuesta a niveles superiores a los que están establecidos para el NO₂ (tanto los valores límite de la Unión Europea como los de referencia de la OMS), porcentaje que para el material particulado se incrementa hasta el 97% de la población potencialmente expuesta a niveles superiores a los de referencia de la OMS.

La calidad del agua

Más de la mitad de la ciudadanía (59,6%) bebe habitualmente agua envasada, mientras que la frecuencia de uso del agua de la red es de un 26,9%. Todavía es bastante común que las redes interiores de muchos edificios y viviendas antiguos de Barcelona contengan tramos de plomo en las cañerías y que la población pueda estar expuesta a este metal tóxico por el consumo del agua. La ciudadanía de Barcelona que sospecha que aún hay plomo en su vivienda o edificio, puede solicitar una analítica de verificación gratuita a la ASPB.

La contaminación acústica

El mapa de percepción de ruido en Barcelona para el 2016 muestra cómo Ciutat Vella es el

distrito más ruidoso de Barcelona (seguido de cerca por el Eixample), con un 74,2% de vecinos y vecinas que declaran que en su barrio hay mucho ruido. El distrito de Ciutat Vella, que cuenta con diversos sonómetros para medir el impacto del ruido que se deriva del ocio nocturno, registró durante el 2015 valores medios superiores a los 55 decibelios (dB(A)) durante las noches de los viernes y los sábados (de 23:00 h a 7:00 h) en la mayoría de barrios, y valores superiores a los 70 dB(A) en las zonas contiguas de las Rambles. Según la Organización Mundial de la Salud, a partir de los 42 dB(A) se empiezan a producir trastornos del sueño.

Los comportamientos relacionados con la salud

La actividad física y la movilidad

Según los datos de la Encuesta de salud de Barcelona de 2016, el 53,9% de los varones y el 62,5% de las mujeres residentes se desplazaron a pie o con la bicicleta durante más de treinta minutos el día anterior a la entrevista. Tanto en los chicos como en las chicas, el porcentaje del alumnado que usa un medio de transporte activo para ir a la escuela, el instituto o el centro educativo es más elevado en los barrios desfavorecidos.

La alimentación saludable

Solo un 11,7% del total de la población de la ciudad sigue la recomendación alimentaria de consumir cinco o más raciones de fruta y/o verdura diariamente. Las mujeres siguen esta recomendación con mayor frecuencia (13,7%) que los varones (9,3%). El grupo de la población más joven, de 0 a 14 años, es el que hace un seguimiento menor de la recomendación (el 6,6% de los niños y el 8,2% de las niñas). Estos datos muestran la necesidad de poner en práctica acciones que favorezcan la recuperación del modelo de dieta mediterránea entre nuestra población más joven.

El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales

En relación con el consumo de tabaco en la población adulta (mayor de 15 años), en el 2016 se observa una diferencia entre el consumo habitual de varones y de mujeres (23,6% y 16,2%, respectivamente). Hay una ligera disminución con respecto al 2011, pero no es significativa. El 9% de los varones y el 4% de las mujeres en edad adulta presentan un consumo de riesgo de alcohol. El cannabis es la sustancia ilegal más consumida, un 6,8% de los varones y un 1,8% de las mujeres lo habían consumido en el último mes.

Según datos de la encuesta FRESC 2016, tanto en chicos como en chicas de educación secundaria y bachillerato, la edad media a la que se inicia el consumo de alcohol, tabaco y cannabis se ha retrasado en aproximadamente nueve meses durante el periodo 2012-2016. Por lo que se refiere a las borracheras, se observa una disminución de las mismas, tanto en chicos como en chicas, con respecto al año 2012 (del 19% al 17% en el caso de los chicos, y del 27% al 18% en el de las chicas). En relación con el consumo de tabaco semanal, hay una

Resumen ejecutivo

16

disminución en las chicas, pero en los chicos se mantiene constante. El consumo de cánnabis en los últimos treinta días también disminuye y se sitúa en el 7% en el caso de los chicos, y en el 4% en el de las chicas.

La salud

La esperanza de vida

La esperanza de vida en el año 2015 fue de 80,8 años en el caso de los varones y de 86,6 años en el de las mujeres, cifras que son muy parecidas a las del año anterior (80,5 y 86,7 en el 2014, respectivamente). Se mantienen las desigualdades en la esperanza de vida en los distritos de la ciudad, que presentan diferencias de 6,4 años en los varones y de 1,6 años en las mujeres.

El estado de salud percibido

El porcentaje de personas de más de 15 años que declaran tener una salud regular o mala ha sido del 15,5% en los varones y del 22,6% en las mujeres. En las mujeres de la clase social más desfavorecida, la mala salud percibida se sitúa en el 41,7%, mientras que en las de clase social más acomodada es de 10,6%; en los varones, estos valores van del 24,7% al 12,3%. Estas desigualdades se producen también con desigualdades según la renta de los barrios, puesto que la prevalencia de mala salud es superior en los barrios más desfavorecidos.

La obesidad y el exceso de peso

En los varones se observa una tendencia de estabilidad en el peso normal y el sobrepeso; en cambio, en el caso de la obesidad, esta ha experimentado un aumento de hasta el 13,4% en los varones en el 2016 (2011: 10,7%). En las mujeres también hay una tendencia de estabilidad en el caso del peso normal y el sobrepeso, que en el 2016 es del 48,0% y el 26,3%, respectivamente. En las mujeres, la obesidad se ha incrementado del 10,3% en el año 2011 al 13,9% en el año 2016.

La salud laboral

Este año han aumentado las lesiones por accidente de trabajo (de 29.920 en el 2015 a 32.434 en el 2016), sobre todo las mortales (de 25 a 31) y las graves (de 203 a 259); estas

últimas, tras diez años de descenso mantenido. Las lesiones graves más frecuentes han continuado siendo las *in itinere*. Por el contrario, las enfermedades profesionales han seguido disminuyendo, tanto las que cursan con baja como las que lo hacen sin baja, y también lo han hecho las enfermedades relacionadas con el trabajo.

La salud sexual y reproductiva

En el año 2015 la fecundidad se mantiene estable en la tasa de 38,2 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil (2014: 36,6), con fluctuaciones ligeras según la edad de las mujeres. La tasa de embarazo adolescente entre los 15 y los 19 años es del 19,1 por 1.000 (en el 2014, el 21,5). No obstante, hay desigualdades por país de origen y territoriales. Nou Barris es el distrito con más embarazos en mujeres adolescentes (29,2 por cada 1.000 mujeres), seguido de Ciutat Vella (26,3), a pesar de la importante reducción de los últimos años.

La salud mental y las adicciones

La salud mental poblacional

El riesgo de mala salud mental de la clase social de trabajadores manuales es de 21,6% en los varones y de 28,8% en las mujeres, mientras que en la clase social más aventajada es de 9,6% en los varones y de 11,3% en las mujeres. Se muestra cómo las desigualdades por clase social se amplían entre el 2006 y el 2016: las diferencias entre las dos clases pasan de 6,6% a 12,0% en los varones, y de 10,5% a 17,5% en las mujeres entre los dos años.

Los trastornos de salud mental relacionados con el trabajo

En el año 2016, los centros de atención primaria de la ciudad han notificado 395 trastornos de salud mental relacionados con el trabajo a la Unidad de Salud Laboral de Barcelona (2015:375). Se trata sobre todo de trastornos de tipo ansioso y depresivo, la mayoría de los cuales han afectado a mujeres (65,3%).

La atención a la salud mental en los servicios sanitarios

En el año 2016 se han atendido a 45.394 personas en los centros de salud mental de adultos y a 11.455 en los centros de salud mental infantil y juvenil. La actividad, llevada a cabo en el marco del apoyo a la salud mental en la atención primaria, ha aumentado en términos generales, tanto en la población adulta como en la infantil y juvenil, elemento clave que facilita un incremento de la atención a las personas con trastornos mentales graves. Del total de personas que fueron atendidas en el año 2005, un 22,2% lo fueron por trastornos graves, y este porcentaje se ha incrementado hasta el 32,2% en el 2016. Entre la población infantil y juvenil, lo fueron el 4,2% de niños y jóvenes en el año 2005, hasta alcanzar el 12,0% en el 2016.

La salud mental en dos colectivos vulnerables

“Trabajo en los barrios” es un programa de reinserción laboral implementado en los barrios con tasas de paro más elevadas. La evaluación

del estado de salud mental de las personas en situación de paro de la ciudad y las participantes en el programa "Trabajo en los Barrios" mostraba un gradiente claro de la mala salud mental a medida que empeoran las condiciones laborales y sociales.

Las adicciones

La red pública de centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias de Barcelona consta de catorce centros. En el año 2016, el número de inicios de tratamiento registrados en los CAS ha sido de 4.242 (4.444 en el 2015). El número mayor de inicios de tratamiento por trastorno de uso de sustancias se debe al consumo de alcohol (44% en los varones y 48% en las mujeres), seguido de la cocaína (17%). Las mujeres continúan representando en torno a una cuarta parte de los inicios de tratamiento por trastorno de uso de sustancias. En los CAS municipales (siete de los catorce) se registraron 36.538 accesos a las salas de consumo supervisadas y un total de 132.773 visitas sanitarias y socioeducativas. También se distribuyeron 260.312 jeringuillas, con un retorno del 74%.

El Plan de salud mental de Barcelona 2016-2022

El Plan de salud mental (PSM) 2016-2022 incide en los determinantes y las desigualdades sociales en la salud mental y adopta una perspectiva de curso de vida. Se despliega en cuatro líneas estratégicas: el abordaje de los determinantes sociales de la salud mental; servicios y atención accesibles para todo el mundo, sobre todo para las personas más vulnerables; respeto a los derechos, y la buena gobernabilidad del Plan.

Los trastornos crónicos

Según la Encuesta de salud de Barcelona de 2016, los trastornos más prevalentes en los adultos de 15 años y más han sido: el dolor de espalda lumbar (21,5% en los varones y 30,6% en las mujeres), la presión arterial alta (19,2% en los varones y 22,0% en las mujeres), y el colesterol elevado en sangre (17,9% en los varones y 19,5% en las mujeres). Entre los niños de menos de 15 años, los trastornos crónicos principales han sido las alergias crónicas (12,5% en los chicos y 10,2% en las chicas) y la bronquitis crónica (6,6% y 10,5%, respectivamente), seguidos de

la otitis de repetición y la enuresis. Se constata un gradiente socioeconómico en el hecho de tener como mínimo un trastorno crónico. Las personas de clase ocupacional más desfavorecida son las que presentan un porcentaje más elevado de estos, especialmente las mujeres.

Las lesiones por colisión de tráfico

En el año 2016 se han producido en la ciudad de Barcelona 9.345 colisiones de tráfico (9.098 en el 2015) que han ocasionado víctimas y han tenido como consecuencia 11.896 personas lesionadas leves, 192 graves y 28 muertos durante las primeras 24 horas tras la colisión. El número de personas lesionadas leves ha aumentado en un 2,6% con respecto al año 2015, y el aumento ha sido superior en el caso de las mujeres (un aumento de 7,6%, con respecto a una disminución del 0,4% en el caso de los varones). El número de personas lesionadas graves ha disminuido en un 3,5%, y la disminución ha sido superior en las mujeres (un 4,7%, frente a un 3,0% en los varones). El número de varones muertos disminuye en un 36,0% y pasa de 25 varones muertos en el 2015 a 16 en el 2016; y en cambio, el número de mujeres muertas aumenta de 2 a 12.

Las enfermedades transmisibles

Las infecciones por VIH/sida

En el 2016 se detectaron 310 casos de VIH (2015:376) y 38 casos de sida (2015:68) en residentes en Barcelona. La infección por el VIH continúa afectando sobre todo a varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones, y se halla entre las enfermedades de declaración más frecuentes en la ciudad. El porcentaje de personas a las que se diagnostica con retraso continúa siendo elevado; por lo tanto, incrementar las oportunidades de actuación para la reducción de la infección sigue siendo un reto en nuestra ciudad.

Las otras infecciones de transmisión sexual

Se observa una tendencia creciente de la sífilis y la gonococia y se mantiene el linfogranuloma venéreo, en parte debido a las mejoras en el sistema de vigilancia y diagnóstico, pero también por un incremento real de la incidencia. La tasa de sífilis en el año 2016 es del 55,3 por cada 100.000 habitantes (31,3 en el 2015), la tasa de gonococia es de 67,1 (36,5 en el 2015), y la del linfogranuloma venéreo es de 13,9 (14,3 en el 2015). La mayoría de los casos ocurren en varones jóvenes con relaciones homosexuales, excepto para la infección por *C. trachomatis*, que afecta a varones y mujeres en una proporción semejante (una tasa de 94,0 casos por cada 100.000 habitantes). La prevención y el control de estas infecciones requiere una respuesta coordinada desde la asistencia, con una implicación mayor de los servicios de salud pública y de la iniciativa social con el fin de reforzar intervenciones para reducir exposiciones de riesgo y aumentar el diagnóstico y el tratamiento precoz.

La tuberculosis

Durante el año 2016 se han detectado 260 casos de tuberculosis (280 en 2015) en residentes en la ciudad: 157 varones y 103 mujeres.

Resumen ejecutivo

18

La incidencia ha disminuido casi en un 7% con respecto al año anterior, y es en la población inmigrante donde la mengua ha sido más importante. La enfermedad es más frecuente en Ciutat Vella, en población inmigrante, y en los barrios con la renda menor.

La mortalidad

Las tasas estandarizadas de mortalidad prematura continuaron con la tendencia decreciente de los años anteriores y se situaron en 1.068,2 varones por cada 100.000 habitantes (2014:1.075,3), con un pequeño aumento en el caso de las mujeres hasta el 614,5 (2014:608,1). La mortalidad global tuvo un ligero incremento y se situó en el 966,5 por cada 100.000 varones (2014:945,5) y en el 614,5 por cada 100.000 mujeres (2014:608,1). La mayoría de las causas principales de mortalidad

prematura muestran una tendencia decreciente o estable tanto en varones como en mujeres, con la excepción del suicidio y las lesiones de tráfico en los varones, y el cáncer de pulmón y de ovario en las mujeres. Se mantienen las desigualdades en la mortalidad prematura en los distritos de la ciudad.

Las desigualdades en la salud en los barrios

Se ha medido la evolución de las desigualdades sociales en la salud en los barrios de Barcelona para tres indicadores de salud. En el periodo 2013-2015 se observó una diferencia en la esperanza de vida entre los barrios con mayor y menor nivel socioeconómico de 5,8 años en los varones y de 0,4 años en las mujeres. Estas diferencias se han mantenido estables en ambos sexos en comparación con el periodo 2010-2012. En el caso de la mortalidad prematura se observaron desigualdades que en el periodo 2013-2015 tendieron a disminuir en ambos sexos con respecto al periodo 2010-2012. Por el contrario, las desigualdades en la incidencia de la tuberculosis tendieron a aumentar ligeramente en ambos sexos entre los periodos 2011-2013 y 2014-2016.

Executive Summary

The socioeconomic context

The population

According to the Municipal Population Census, in 2016 Barcelona was home to 1,608,710 people: 760,894 men (47.3%) and 847,816 women (52.7%). People born outside Spain represented 22.8% of the population (366,096 people). In 2016, 11,446 men and 46,608 women aged 75 or over lived alone (representing 16.9% of men and 39.4% of women). 29.4% of men and 31.0% of women had university degrees. Nou Barris was the district with the lowest percentage of university graduates (13.3%), followed by Sant Andreu, Sant Martí and Sants-Montjuïc, at over 20%.

The family setting

The number of people living alone has doubled over the last 25 years (from 104,446 single-person households in 1991 to 201,345 in 2016), and the number of two-person households has risen by 20% (from 160,511 in 1991 to 192,448 in 2016), at the expense of larger households. As regards domestic chores such as cleaning, ironing and cooking, women spend an average of 13.5 hours per week, while men spend 7.1 hours, although it is worth pointing out that in the 16 to 24 age group there is no difference. Inequalities are also seen in the care for children under 15 years of age, people over 64 years old and disabled people (33.9% of women are the sole carers, compared to 24.4% for men).

The economic context

In 2016 the activity and employment rates rose while unemployment fell, although there was more of a positive change for men than for women (unemployment in 2016 was 11.2% for men and 13.8% for women, while in 2015 it was 13.3% and 14.6%, respectively), a fact which widens the gender equality gap. However, with regards to part-time employment and average salary, this year the gender gap has narrowed slightly in both cases. New employment contracts continued to be mainly temporary, with a predominance of very short-term contracts.

Living conditions

Extreme material poverty

9% of households live in extreme material poverty. By social class, 27.4% belong to the most disadvantaged social class and 1.2% to the wealthiest classes. By districts, the highest percentage is in Ciutat Vella (21.1%), followed by Nou Barris (15.6%). Eixample (10.8%) is ahead of Sant Andreu (9.3%) and Sant-Martí (9.2%).

Energy poverty

10.6% of households in Barcelona suffered from energy poverty in 2016. 23.4% of these were in the most disadvantaged social classes and 4.8% in the wealthiest.

Poverty among social services users

A survey carried out on 6,623 households that use social services centres found that 70.2% of the people interviewed were in a situation of severe material poverty and 53.9% were unable to keep their homes warm enough during the coldest months.

Socioeconomic housing conditions

In 2016, there were 4,367 legal proceedings relating to rent and 890 foreclosures in the city of Barcelona (13.3% and 20% less than in 2015, respectively). There was also a recorded total of 3,139 homeless people (12.2% more than in 2015) and 59,568 people were registered on the official Barcelona Social Housing Applicants Register (3.7% of Barcelona's population). Rent prices continued to rise, with an increase of 15.7% compared to 2014.

Contributions towards public health

Working to improve public health requires inter-sectoral coordination and the participation of citizens and entities that work for different social groups. This inter-sectoral coordination and participation forms the basis for drawing up the agreements, plans and strategies for improving mental health, sexual and reproductive health, inequality and drug dependency.

Healthcare services

Primary healthcare

Primary healthcare is the healthcare system's first point of contact with patients. During 2016, the primary healthcare services in the city of Barcelona attended to 70.4% of the total assigned population over the age of 14 years (64.6% of men and 75.6% of women) and 76.2% of the population under 14 (76.6% of boys and 75.7% of girls). During 2015, coverage of the assigned population over the age of 14 years was 70% while for the population under 14 it was 73.1%. 42.9% of men and 39.7% of women aged between 15 and 69 years who were attended to in primary healthcare centres and who presented cardiovascular risk factors maintained suitable levels of physical activity over

Executive Summary

20

a period of more than six months and with a frequency of at least 30 minutes of physical activity five or more days a week.

Emergency care

The emergency rate per 1,000 inhabitants was 342.0 for men and 380.1 for women (2015: 365 and 335, respectively). The highest rates are seen in Horta-Guinardó (463 per every 1,000 inhabitants) and Nou Barris (435).

Specialist hospital care

There are 3,444 hospital beds for specialist care (2015: 3,411). The hospitalisation rate is 104 per every 1,000 inhabitants, and 101.5 in men. The highest rates are found in Nou Barris (127.1), Ciutat Vella (122.5) and Sants-Montjuïc (120.1). The waiting lists of guaranteed cataract, knee and hip procedures and the guaranteed waiting period of 180 days have decreased by 99% in the last six years. Other procedures with set maximum waiting periods of over 365 days have fallen by 68% and are similar across the districts.

Social-healthcare services

The provision of subacute care has continued to increase. There are currently six subacute care units, which admitted 2,888 patients in 2016 (2015: 2,447).

Drug use

Since 2011 there has been a slight decrease in the consumption of doses per 1,000 inhabitants per day of hypnotics, sedatives and anxiolytics, but a slight increase in antipsychotics and antidepressants. It must be noted that the consumption of these four groups of drugs is high in people over 75 years old, a group which is particularly sensitive to the drugs' adverse effects, especially women.

Public health measures

Of the different measures and programmes undertaken in 2016 by the Barcelona Public Health Agency (ASPB), there were three particularly noteworthy actions in two different areas: the urban pest control interventions, the updating of the "Barcelona - Salut als Barris" (Healthy Districts) programme and the evaluation of the drug overdose prevention workshops.

Rodent control measures

Rodent control measures (inspections and monitoring) have increased slightly in recent years. The measures are implemented in public spaces (streets, squares and green areas) and in the sewer system. The measures are based on the concept of *integrated control*, which aims to minimise the risks to people and the environment. This concept rules out preventive rodent eradication measures and focuses on evidence or signs of the presence of rodents. The highest number of interventions took place in Ciutat Vella and Sant Martí.

Barcelona - Salut als Barris (BSaB)

In 2016 BSaB was given a new focus that involved a city-wide strategy and significant municipal efforts to standardise the programme and extend it to the other districts with poor health indicators. The scope was increased from 13 to 21 districts. During this year, 310 agents from entities, neighbourhood centres, citizen's groups and public services were jointly responsible for 133 interventions that involved the direct participation of 9,961 people.

Drug overdose prevention workshops

The Barcelona Public Health Agency and the Health Department of the Catalan Government designed a series of workshops to inform drug users on factors that could lead to overdose and how to act in the event of seeing someone suffering an overdose. These workshops have been evaluated and they have been shown to improve the understanding of drug users on how to prevent and act in the event of an overdose. Furthermore, 40% of people who had witnessed an overdose used naloxone in the following 12 months.

The physical context

Housing conditions

The physical condition of housing can have an influence on the health of those who live there. In 2016, 32.1% of the city's homes with energy certificates had F or G certificates (very low energy efficiency), and 31.6% did not have lifts. There were significant differences in these figures depending on the district. In 2016, a similar amount was dedicated to building renovation as in 2015, although in 2016 it also included interior renovation.

Food safety

326 health audits were carried out in food establishments between 2009 and 2016, 196 of which were initial or renewal audits and 130 monitoring audits. Over this period there has been a positive evolution in the number of establishments passing the audits while the number of non-conformities has decreased, showing a positive response to initial nonconformities. The audited establishments have shown suitable progress as regards designing and implementing internal control systems.

Air quality

In 2016 the WHO reference values for the contaminants NO₂, particulate material (PM₁₀ and PM_{2.5}), benzene, ozone and benzo(a)pyrene were exceeded. 68% of Barcelona's population are exposed to unsafe levels of NO₂ (based on both the European Union limits and the WHO reference values), while for particulate matter 97% of the population is potentially exposed to levels above the WHO reference values.

Water quality

Over half the population (59.6%) regularly drinks bottled water, while the tap water consumption rate is 26.9%. It is still quite common for the interior piping inside old buildings and homes in Barcelona to contain sections of lead pipe, meaning the population may be exposed to this toxic metal via water consumption. Anyone in Barcelona who suspects that they still have lead pipes in their home or building can request a free analysis from the Barcelona Public Health Agency (ASPB).

Noise pollution

The Barcelona noise perception map for 2016 shows Ciutat Vella to be Barcelona's noisiest district (followed closely by Eixample), with 74.2% of neighbours stating that their district is very noisy. In 2015, the Ciutat Vella district, which has several sound level meters to measure the impact of noise from nightlife, recorded average values above 55 decibels (dB(A)) during Friday and Saturday nights (from 11 p.m. to 7 a.m.) in most of its neighbourhoods, and values of above 70 dB(A) in the areas next to Les Rambles. According to the World Health Organisation, noise levels of above 42 dB(A) can cause sleeping disorders.

Behaviour with an impact on health

Physical activity and mobility

Data from the 2016 Health Survey for Barcelona showed that, on the day prior to the survey, 53.9% of men and 62.5% of women resident in the city had walked or cycled for a period of over 30 minutes. Among both girls and boys, the percentage of students who use an active means of transport to get to their school, college or educational centre is higher in the more disadvantaged districts.

Healthy diet

Only 11.7% of the city's total population follows the nutritional recommendation of consuming five or more portions of fruit and/or vegetables per day. More women (13.7%) follow the recommendation than men (9.3%). The youngest age group, from 0 to 14 years, is the one that follows this recommendation the least (6.6% of boys and 8.2% of girls). These data show the need to implement actions to help recover a Mediterranean diet amongst the youngest members of the population.

Consumption of cigarettes, alcohol and illegal drugs

As regards habitual cigarette consumption in the adult population (over the age of 15) in 2016, a difference can be seen between men and women (23.6% and 16.2%, respectively). There is a slight but insignificant decrease with respect to 2011. 9% of adult men and 4% of adult women consume at-risk levels of alcohol. Cannabis is the most widely consumed illegal substance, with 6.8% of men and 1.8% of women and having consumed the drug in the last month.

According to data from the 2016 FRESC (Risk Factors in Secondary School Students) survey, among both boys and girls in secondary education and higher secondary education, the average age for commencing alcohol, cigarette and cannabis consumption rose by approximately nine months during the period 2012-2016. With regards to drunkenness, a decrease is observed among both boys and girls compared to 2012 (from 19% to 17% in the case of boys, and from 27% to 18% in the case of girls). Regarding weekly cigarette consumption, a decrease is seen among girls but the figure for boys remains constant. Cannabis consumption in the previous 30 days also dropped to 7% in the case of boys and 4% for girls.

Health

Life expectancy

In 2015, life expectancy was 80.8 years for men and 86.6 years for women, very similar figures to those of the previous year (2014: 80.5 and 86.7, respectively). The inequalities in life expectancy between the city's districts continue, with differences of 6.4 years for men and 1.6 years for women.

Perceived state of health

The percentage of people older than 15 that declared themselves as having average or poor health was 15.5% in men and 22.6% in women. In women from the most disadvantaged social class, perceived poor health was 41.7%, compared to 10.6% for the wealthiest social class, while for men, these figures were 24.7% and 12.3%, respectively. These inequalities are also in line with the income levels of the districts, given that there is a higher prevalence of poor health in the most disadvantaged districts.

Executive Summary

22

Obesity and excess weight

In men, a stable trend is observed as regards normal weight and overweight; however, the obesity rate rose to 13.4% in 2016 (2011: 10.7%). In women, a stable trend is also observed for normal weight and overweight, which in 2016 were 48.0% and 26.3%, respectively. In women, obesity rose from 10.3% in 2011 to 13.9% in 2016.

Occupational health

The number of injuries from occupational accidents rose in 2016 (from 29,920 in 2015 to 32,434 in 2016), with a particular increase in fatal accidents (from 25 to 31) and serious accidents (from 203 to 259), after a consistent ten-year downward trend in serious accidents. Injuries sustained on the way to and from work continued to be the most common type. In contrast, occupational diseases continued to decrease, both those which resulted in time off work and those which did not. This was also the case for work-related diseases.

Sexual and reproductive health

In 2015 fertility remained stable at a rate of 38.2 births per 1,000 women of fertile age (2014: 36.6), with slight fluctuations depending on the age of the women. The teenage pregnancy rate for women between 15 and 19 years was 19.1 per 1,000 (2014: 21.5). However, there are inequalities according to country of origin and district. Nou Barris is the district with the highest number of teenage pregnancies (29.2 per 1,000 women), followed by Ciutat Vella (26.3), even though there has been a significant reduction in recent years.

Mental health and addictions

Mental health in different populations

The risk of poor mental health among manual workers is 21.6% for men and 28.8% for women, while in the wealthiest social class the figures are 9.6% for men and 11.3% for women. The inequality between social classes is seen to increase between 2006 and 2016: the difference between the two classes went from 6.6% to 12.0% in men and from 10.5% to 17.5% in women between these two dates.

Work-related mental health disorders

In 2016, the city's primary healthcare centres informed the Barcelona Occupational Health Unit of 395 work-related mental health disorders. (2015:375). These disorders were mainly anxiety and depression, and mostly affected women (65.3%).

Mental health cases attended to by the healthcare services

In 2016, 45,394 people were attended to in adult mental healthcare centres and 11,455 in childhood and juvenile mental healthcare centres. In primary healthcare centres, the treatment given for mental health issues rose in general terms, both for the adult population and the child and juvenile population, a key element in helping to provide a higher level of care to people with serious mental disorders. Of the total number of people treated in 2005, 22.2% had serious disorders, a figure which increased to 32.2% in 2016. For children and young people, this figure was 4.2% in 2005 and 12.0% in 2016.

Work-related mental health disorders

In 2016, the city's primary healthcare centres informed the Barcelona Occupational Health Unit of 395 work-related mental health disorders. (2015:375). These disorders were mainly anxiety and depression, and mostly affected women (65.3%).

Employment instability

"Treball als Barris" (Work in the Districts) is a programme for reinsertion into the job market, implemented in the districts with the highest unemployment rates. The assessment of the state of mental health of unemployed people in the city and participants in the "Treball als Barris" programme showed a clear increase in poor mental health in line with worsening employment and social conditions.

Addictions

Barcelona's public network of Care and Follow-up Centres (CAS) for drug dependency has fourteen centres. In 2016, the number of people beginning treatment at the CASs was 4,242 (4,444 in 2015). Of these, the highest proportion was for alcohol consumption (44% in men and 48% in women), followed by cocaine (17%). Women continued to represent around a quarter of people beginning treatment for substance abuse disorders. In the municipal CASs (seven of the fourteen) 36,538 accesses were registered to the supervised consumption rooms, as well as a total of 132,773 healthcare and social-educational visits. Furthermore, 260,312 needles were provided with a return rate of 74%.

2016-2022 Barcelona Mental Healthcare Plan

The 2016-2022 Mental Healthcare Plan (PSM) focuses on the determining factors and social inequalities in the area of mental health and adopts a lifelong approach. This is implemented in four strategic areas: tackling the social causes of mental health; care services that are accessible to all, especially the most vulnerable; respect for people's rights; and good governance of the Plan.

Chronic conditions

According to the 2016 Health Survey for Barcelona, the most common illnesses in adults aged 15 and over were: lower back pain (21.5% in men and 30.6% in women), high blood pressure (19.2% in men and 22% in women), high blood cholesterol (17.9% in men and 19.5% in women). Among children under the age of 15, the main chronic illnesses were chronic allergies (12.5% in boys and 10.2% in girls) and chronic bronchitis (6.6% and 10.5%, respectively), followed by recurrent otitis and enuresis. There is a socioeconomic link with people having at least one chronic condition. The most disadvantaged working class people are those with the highest percentages, especially women.

Injuries due to road traffic accidents

In 2016 in the city of Barcelona, there were 9,345 road traffic accidents involving victims (2015: 9,098), resulting in 11,896 minor injuries, 192 serious injuries and 28 deaths within the first 24 hours of the accident. The number of people with minor injuries rose by 2.6% with respect to 2015, and this increase was higher in women (a 7.6% increase compared to a 0.4% decrease for men). The number of people with serious injuries dropped by 3.5%, with a greater decrease in women (4.7% compared to 3.0% for men). The number of deaths among men dropped by 36.0% from 25 deaths in 2015 to 16 in 2016; in contrast, the number of deaths among women rose from 2 to 12.

Communicable diseases

HIV/aids infections

In 2016, 310 cases of HIV (2015: 376) and 38 cases of AIDS (2015: 68) were detected in people resident in Barcelona. HIV continues to mainly affect young men who have homosexual relations, and is one of the most frequently declared diseases in the city. There continues to be a high percentage of people who receive a late diagnosis; therefore, Barcelona is still faced with the challenge of increasing opportunities for acting to reduce infection rates.

Other sexually transmitted diseases

A growing trend is seen for syphilis and gonorrhoea, while lymphogranuloma venereum remains at the same levels, partly due to improvements in vigilance and diagnosis, but also due to a real increase in the incidence. The rate of syphilis in 2016 was 55.3 cases per 100,000 inhabitants (2015: 31.3), the rate of gonorrhoea was 67.1 (2015: 36.5), and the figure for lymphogranuloma venereum was 13.9 (2015: 14.3). Most cases occur among young men who maintain homosexual relations, except for *C. trachomatis* infection, which affects a similar proportion of men and women (a rate of 94.0 cases per 100,000 inhabitants). The prevention and control of these infections requires a coordinated response from the moment at which the individual seeks help. This would involve greater involvement from public healthcare services and social initiatives to provide stronger interventions, with the aim of reducing exposure to risk and increasing early diagnosis and treatment.

Tuberculosis

During 2016, 260 cases of tuberculosis were detected in people resident in the city (2015: 280); 157 of them male and 103 female. This represents a decrease of almost 7% compared to the previous year, with the biggest decline seen in the immigrant population. The disease is most common in Ciutat Vella, among the immigrant population and in the districts with the lowest income.

Mortality

The standardised premature mortality rates continued the downward trend seen in previous years, with a figure of 1,068.2 men per 100,000 inhabitants (2014: 1,075.3), with a slight increase in the case of women to 614.5 (2014: 608.1). Global mortality saw a slight increase, reaching 966.5 per 100,000 men (2014: 945.5) and 614.5 per 100,000 women (2014: 608.1). Most of the main causes of premature mortality showed a downward or stable trend for both men and women, with the exception of suicide and traffic accidents for men and lung cancer and ovarian cancer for women. The inequalities in premature mortality rates between the city's districts are maintained.

Health inequalities between neighbourhood

The evolution of social inequalities in health has been measured in Barcelona's neighbourhoods for three health indicators. In the period 2013-2015, a difference in life expectancy of 5.8 years for men and 0.4 years for women was observed between the neighbourhoods with the highest and lowest socioeconomic levels. These differences remained stable for both sexes compared to the period 2010-2012. With regards to premature mortality, inequalities were seen to decrease for the period 2013-2015 compared to 2010-2012 for both sexes. However, inequalities in the incidence of tuberculosis showed a slight upward trend for the periods 2011-2013 and 2014-2016 for both sexes.

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

24

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

Governança

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

Context físic

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 d'usar el transport públic o el privat. Els factors esmentats poden, a més, influir en les característiques ambientals, com ara la qualitat de l'aigua i de l'aire, i 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.

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 a 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 resolen problemes relacionats amb la salut. Exemples d'entorns són

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



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

els barris, les escoles o els llocs de treball^{1,2}. 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 hi 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 zones³.

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

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

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

³Global report on urban Health: equitable, healthier cities for sustainable development. WHO/Un-HABITAT 2016.

⁴Borrell C et al. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health.* 2016; 67:5 389-91.





El context socioeconòmic

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

El context socioeconòmic

La població

L'entorn familiar

L'entorn econòmic

Les condicions de vida

La participació per la salut col·lectiva

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

El context físic

Les condicions físiques de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

30 anys de vigilància i control de la tuberculosi i de la infecció per VIH/sida a Barcelona

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública

de Barcelona, 130 anys d'història

La salut en xifres

La població

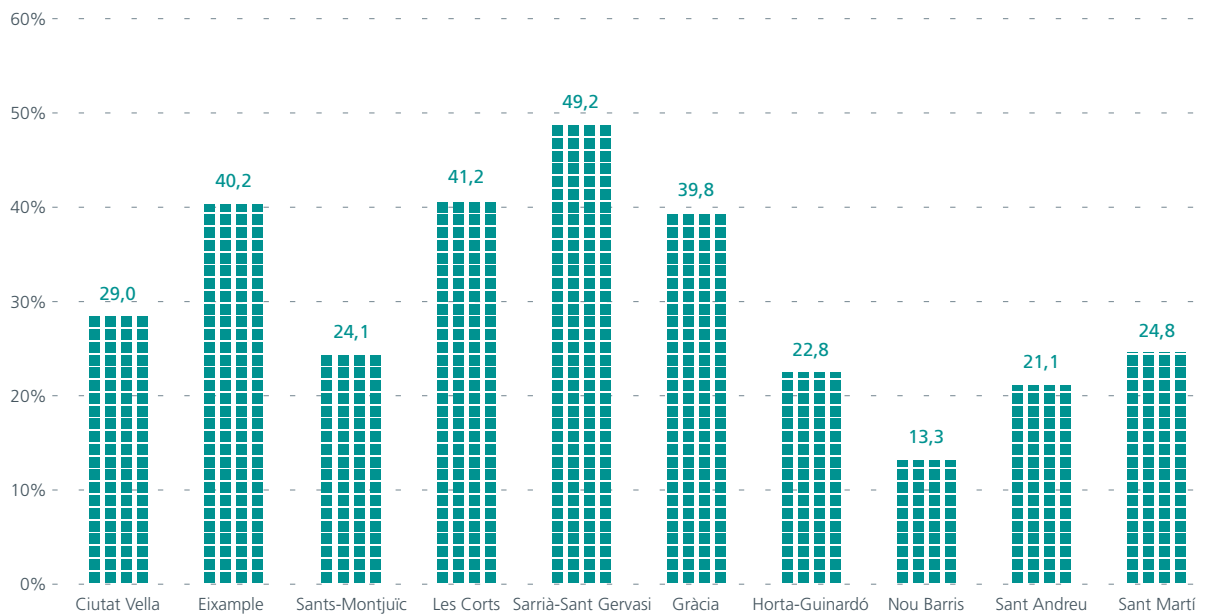
28

Segons dades del Padró Municipal d'Habitants de Barcelona, l'any 2016 la població de Barcelona ha estat d'1.608.710 de persones, 760.894 homes (47,3%) i 847.816 dones (52,7%). Aquesta xifra representa estabilitat després de les oscil·lacions dels darrers anys.

La piràmide d'edat de la població barcelonina mostra una estructura en forma de ceba, pròpia de les societats madures. Les cohorts més nombroses són les que es corresponen amb les d'adults joves, aproximadament entre 30 i 44 anys d'edat. Les persones més grans de 65 anys ja superen en nombre les de menys de 25 anys. En el grup de la gent gran, de més de 65 anys, hi ha un 50% més de dones que d'homes. Les persones nascudes fora de l'Estat espanyol representen el 22,8% de la població (366.096 persones).

L'any 2016 vivien sols 11.446 homes i 46.608 dones de 75 anys o més, que representen el 16,9% i el 39,4%, respectivament, de la població d'aquest grup d'edat. Aquest nombre ha anat augmentant amb el temps i aquest increment és especialment important en persones de 85 anys i més (4.384 homes i 20.222 dones). Pel que fa al nivell d'estudis de les persones empadronades a la ciutat de Barcelona, ha continuat la reducció del percentatge de persones sense estudis o amb estudis primaris i l'augment del percentatge d'aquelles que tenen estudis universitaris, tant en homes com en dones, i en tots els districtes de la ciutat. L'any 2016, el 29,4% dels homes i el 31,0% de les dones tenien titulació universitària, i el 20,0% i el 24,2%, respectivament, tenien estudis primaris o menys. Per districtes, es donen diferències notables en el percentatge de població universitària (vegeu la figura 1). Els valors més baixos es donen a Nou Barris (13,3%), seguit de Sant Andreu, Sant Martí i Sants-Montjuïc, per sobre del 20%.

Figura 1. Població amb estudis universitaris, per districte. Barcelona, 2016.



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

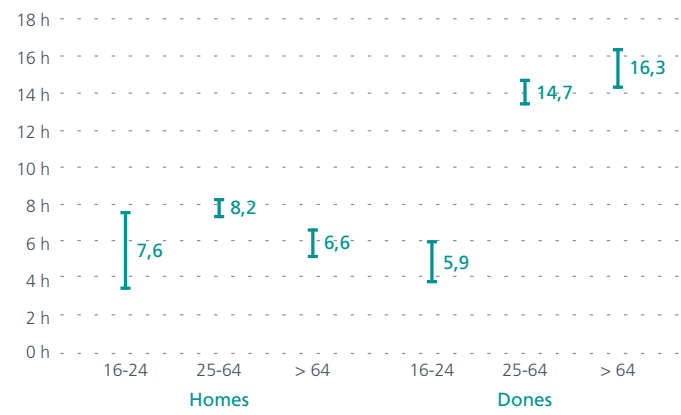
L'entorn familiar

El nombre de persones per domicili és un reflex dels canvis profunds que ha viscut la societat barcelonina pel que fa a l'estructura familiar. Segons les dades del cens de la població, el nombre de llars unipersonals s'ha duplicat (de 104.446 llars l'any 1991 a 201.345 el 2016) i s'incrementen el 20% les llars amb dues persones (de 160.511 el 1991 a 192.448 el 2016); increments que coincideixen amb el descens lent, però continuat, de les llars amb tres, quatre o cinc persones.

Un aspecte rellevant de la desigualtat de gènere el dona la distribució de les tasques domèstiques de la llar. Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016, les dones dediquen una mitjana de 13,5 hores setmanals a les tasques domèstiques, com ara netejar, planxar o cuinar, mentre que la dedicació dels homes és de 7,1 hores. En les persones més joves no hi ha diferències entre sexes; les desigualtats de gènere es fan paleses en el grup d'edats compreses entre els 25 i els 64 anys i en els més grans de 64 anys, tal com s'observa a la figura 2.

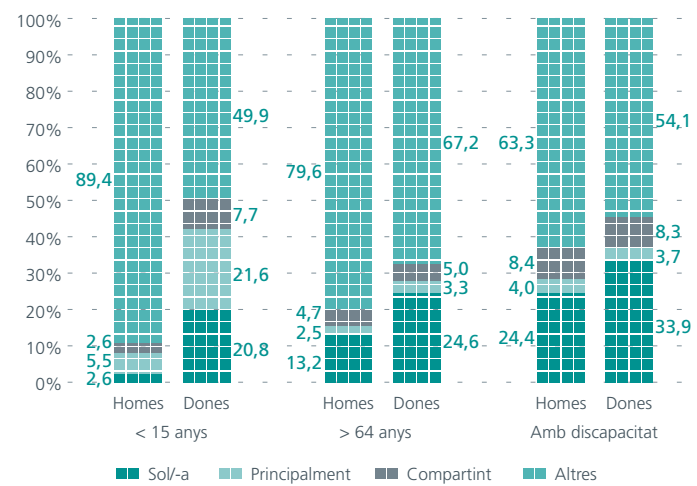
Pel que fa a la cura de les persones de la llar també s'observen desigualtats de gènere, de manera que són les dones les que, amb més freqüència, se n'ocupen elles soles (vegeu la figura 3). Tot i així, les desigualtats són més petites en la cura de les persones amb discapacitat (les dones que manifesten ocupar-se'n elles soles són el 33,9%, mentre que els homes en són el 24,4%), i més grans en l'atenció als menors de 15 anys: se n'ocupen elles soles, el 20,8% de les dones que viuen amb menors de 15 anys, mentre que els homes, en les mateixes circumstàncies, en són el 2,6%.

Figura 2. Mitjana d'hores (i intervals de confiança) setmanals de treball domèstic segons el sexe i l'edat. Barcelona, 2016.



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

Figura 3. Cura de les persones de la llar de menys de 15 anys, de més de 64 anys i amb discapacitat, segons la persona que en té cura, i el sexe. Barcelona, 2016.



L'entorn econòmic

30

El 2016 han evolucionat positivament els tres indicadors socioeconòmics analitzats: han augmentat les taxes d'activitat i ocupació i ha disminuït la taxa d'atur. Tot i que aquests resultats s'observen en ambdós sexes, la situació ha estat més favorable per als homes que per a les dones, de manera que s'han incrementat les desigualtats entre els uns i els altres. L'augment de les desigualtats de gènere ja s'observava el 2015 en relació amb l'ocupació i l'atur, i enguany cal destacar la de l'atur, que des de 2014 ve essent superior en les dones, de manera similar als anys anteriors a la crisi econòmica. La disminució de la taxa d'atur en relació amb el 2015 ha estat d'un 15,8% en els homes, i un 5,5% en les dones (vegeu el quadre 1). En nombres absoluts, el nombre d'homes aturats ha disminuït en 6.475, i el de les dones en 1.100.

L'atur de llarga durada ha continuat disminuint el 2016, de manera que el desembre, el 36,9% dels homes aturats i el 43,8% de les dones aturades feia més d'un any que no tenien feina (l'any 2015 en van ser el 39,1% i el 44,7%, respectivament). També es constata un increment de les desigualtats de gènere en l'atur de llarga durada, com ho demostra la disminució més gran en els homes (18,4% menys d'aturats de llarga durada respecte de l'any anterior) que en les dones (12,0% menys). Pel que fa a l'edat, l'atur de llarga durada és superior en les persones més grans: el 53,3% dels homes aturats de 45 i més anys, i el 60,4%

de les dones aturades de la mateixa edat portaven més d'un any sense feina. La proporció més gran de persones a l'atur per més d'un any de durada el darrer mes de 2016 es trobava al districte de Sant Andreu (44,0% de les persones aturades), seguit dels de Sant Martí (42,6%) i Nou Barris (42,5%), i als barris de la Verneda i la Pau i Sant Martí de Provençals (45,7% en ambdós casos)^{1,2}. La cobertura econòmica de l'atur s'ha mantingut en els mateixos valors que l'any anterior, de manera que el desembre de 2016 menys de la meitat de les persones aturades (49,3%) perceben alguna prestació o subsidi d'atur^{1,2}.

Pel que fa a la contractació nova, continua essent majoritàriament temporal, amb molt poca variació en relació amb el 2015. Enguany, els contractes temporals nous han estat el 85,7% en els homes i el 86,6% en les dones (l'any anterior van ser el 85,9% i el 87,4%, respectivament). Els contractes més freqüents han continuat essent els de durada més breu (41,8% dels contractes han estat de menys d'un mes de durada), tot i que han disminuït lleugerament respecte del 2015 (45,8%); i els indeterminats també han disminuït (26,9% enguany i 30,9% l'any passat)².

Quadre 1. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur segons el sexe, en percentatges. Barcelona, 1995-2016.

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

Font: Encuesta de Población Activa (EPA). Instituto Nacional de Estadística (INE). Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Notes: Mitjanes anuals calculades a partir de dades trimestrals.

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

¹A 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, exclouent-ne els treballadors ocupats que volen canviar de feina, els treballadors que no tenen disponibilitat immediata per a treballar o amb una situació que hi és incompatible, els treballadors que demanen una ocupació d'unes característiques determinades i els treballadors eventuals agraris beneficiaris del subsidi especial d'atur. Cal tenir en compte que en fer comparacions entre grups (per exemple, entre districtes), hi podria haver un biaix degut al fet que hi ha persones aturades que han deixat de buscar feina perquè consideren que no en poden trobar i que no es comptabilitzen com a aturades en el registre de les OTG.

²Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. Elaboració del Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

La jornada parcial és més freqüent en les dones (segons l'EPA, el 17,3% de les dones i el 9,6% dels homes), tot i que en relació amb el 2015 ha augmentat en els homes i disminuït en les dones (el 2015 eren el 20,8% en les dones i el 8,4% en els homes). Quant al salari, és superior en els homes (segons les dades del 2015, les últimes disponibles, el salari mitjà brut³ dels homes afiliats al Règim General de la Seguretat Social va ser de 32.615 € i de 25.191 € el de les dones), malgrat

que hi va haver una disminució lleugera respecte de l'any anterior en els homes i un increment lleuger en les dones (van ser de 32.868 € el dels homes, i de 24.618 € el de les dones).

³Salari brut anual de les persones assalariades del Règim General de la Seguretat Social, amb l'excepció dels treballadors de la llar, amb contracte vigent a final d'any. Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona a partir de la Mostra continua de vides laborals de l'INSS.

Les condicions de vida

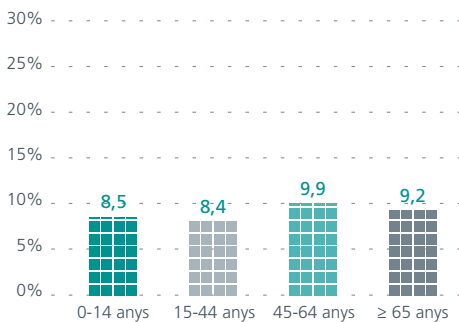
La pobresa material severa

L'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016 contempla per primer cop el mòdul per a mesurar la pobresa. Es considera pobresa material severa el fet de no poder-se permetre o disposar de com a mínim quatre dels nou ítems següents: pagar les factures de lloguer, hipoteca o serveis públics,

mantenir la llar adequadament calenta, assumir despeses inesperades, menjar carn o proteïnes de manera regular, anar de vacances, disposar de cotxe, de rentadora, d'aparell de televisió en color i de telèfon.

El 9% de les llars viuen en pobresa material severa (afecta unes 59.000 llars). És de destacar que en llars amb joves de menys de 15 anys la pobresa material severa és similar als altres grups d'edats (vegeu la figura 4). Segons la classe social (vegeu la figura 5 de la pàgina 32), s'observa com la pobresa material severa es concentra en les llars de classe social treballadora manual: el 27,4% en la classe treballadora no qualificada, seguit, amb un 12,7%, per la classe supervisora en ocupacions tècniques qualificades i amb un 4,7% per la classe d'ocupacions intermèdies, mentre que és de l'1,2% en les classes més benestants. La figura 6 (pàgina 32) mostra la pobresa per districtes: Ciutat Vella és el que concentra més població amb pobresa material severa (el 24,4%), el segueix Nou Barris (15,1%) i Horta-Guinardó (10%). Destaca l'Eixample que, tot i que té una renda disponible de barri alta, se situa al mateix nivell de pobresa (9,8%) que altres districtes amb renda més baixa, com Sant Andreu i Sant Martí.

Figura 4. Pobresa material severa per grups d'edat, en percentatges. Barcelona, 2016.



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

La pobresa energètica

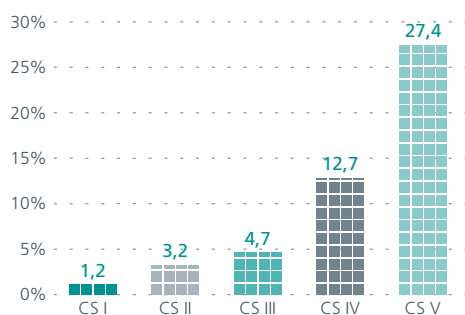
Pel que fa la pobresa energètica, definida segons un indicador compost⁴ que inclou el fet de no poder mantenir la llar a una temperatura adequa-

Les condicions de vida

32

da durant els mesos freds, algun endarreriment en les factures de serveis i tenir goteres o humitats a l'habitatge, l'any 2016 un 10,6% de les llars de Barcelona van patir aquesta problemàtica (afecta unes 69.500 llars). En concret, un 9,4% de les llars no van poder mantenir la llar a una temperatura adequada als mesos freds, un 14,5% van declarar haver-se endarrerit en el pagament de serveis (llum, aigua, gas, comunitat) i un 9,2% va reportar tenir goteres o humitats a l'habitatge (un 15,4%, un 21,1% i un 11,4%, entre les classes

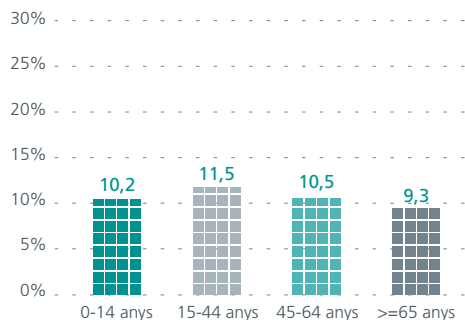
Figura 5. Pobresa material severa per classe social, en percentatges. Barcelona, 2016.



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

Nota: CS I: Directors/-ores i gerents amb deu o més assalariats/-ades i professionals associats/-ades a llicenciatures universitàries; CS II: Directors/-ores i gerents amb menys de deu assalariats i professionals associats/-ades a diplomatures universitàries i altres professionals de suport tècnic; CS III: Ocupacions intermèdies i treballadors/-ores per compte propi; CS IV: Supervisors/-ores i ocupacions tècniques qualificades i semiqualficades; CS V: Treballadors/-ores no qualificats/-ades.

Figura 7. Pobresa energètica per grups d'edat, en percentatges. Barcelona, 2016.



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

socials més desfavorides). Per grups d'edat no es van observar diferències significatives en pobresa energètica, exceptuant el fet que aquesta decreix lleugerament per grups d'edat (vegeu la figura 7). Segons la classe social de la persona de referència de la llar, pateix pobresa energètica el 23,4% de les llars de classe treballadora no qualificada (afecta unes 15.800 llars), seguit d'un 13,9% de les llars de la classe supervisora en ocupacions tècniques qualificades i un 7,4% de les llars de la classe d'ocupacions intermèdies (vegeu la figura 8 de la pàgina 33).

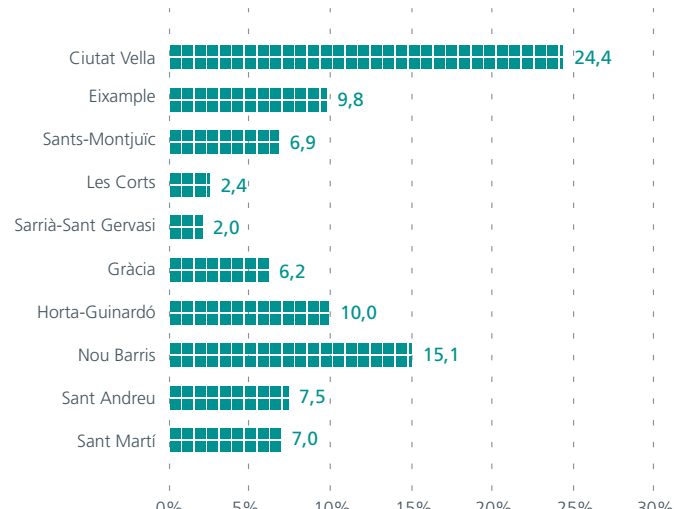
La figura 9 (pàgina 33) mostra la pobresa energètica per districtes. El districte de Ciutat Vella presenta els valors més elevats de pobresa energètica (21,1%), el segueixen Nou Barris (15,6%) i Horta-Guinardó (13,6%); un tercer grup el componen l'Eixample, Sants-Montjuïc, Sant Andreu, Sant Martí i Gràcia, cadascun amb menys del 10% de la població en situació de pobresa energètica. A Sarrià i Les Corts, els percentatges són molt inferiors.

La situació de pobresa dels usuaris de serveis socials

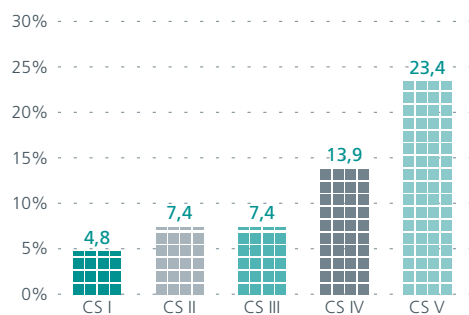
Amb l'objectiu de conèixer les característiques i les condicions de vida de les persones usuàries de serveis socials a la ciutat de Barcelona, l'any 2016 l'Àrea de Drets Socials va realitzar una enquesta a les persones usuàries que tenien alguna visita als quaranta centres de serveis socials. Es van entrevistar un total de 6.623 llars i 12.293 individus de més de 16 anys.

⁴Indicador compost calculat segons el mètode proposat per Thomson, H., Snell, C. Quantifying the prevalence of fuel poverty across the European Union. Energy Policy 2013 Jan; 52:563-72.

Figura 6. Pobresa material severa per districtes. Barcelona, 2016.



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

Figura 8. Pobresa energètica per classe social, en percentatges. Barcelona, 2016.

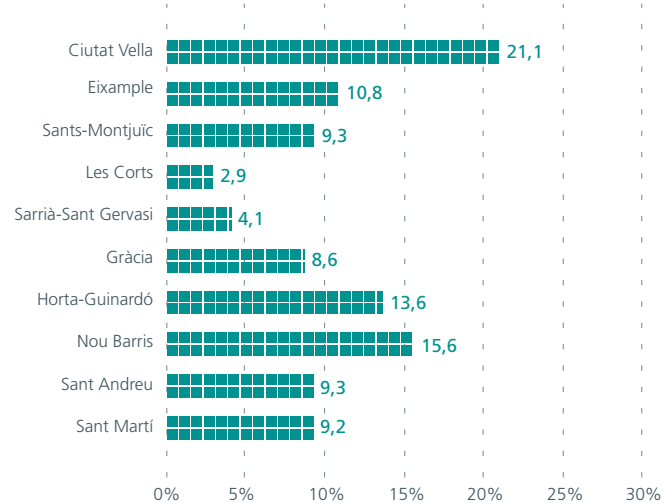
Font: Enquesta de Salut de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: CS I: Directors/-ores i gerents amb deu o més assalariats/-ades i professionals associats/-ades a llicenciatures universitàries; CS II: Directors/-ores i gerents amb menys de deu assalariats i professionals associats/-ades a diplomatures universitàries i altres professionals de suport tècnic; CS III: Ocupacions intermèdies i treballadors/-ores per compte propi; CS IV: Supervisors/-ores i ocupacions tècniques qualificades i semiqualficades; CS V: Treballadors/-ores no qualificats/-ades.

Segons l'Enquesta de condicions de vida dels usuaris de serveis socials (ECVUSS), el 70,2% de les persones entrevistades es troba en situació de privació material severa. Aquesta xifra és del 6,7% si considerem tota la població catalana (Enquesta de condicions de vida, 2015). Del conjunt de llars, aquelles que tenen un nivell més elevat de privació material severa són les que compten amb infants dependents (el 39,8%), seguides de les unipersonals (19,5%) i les compostes per dos o més adults (10,9%).

Es consideren llars que es troben en situació de pobresa energètica aquelles que no poden mantenir la llar a una temperatura adequada durant els mesos més freds de l'any. L'ECVUSS va constatar que aquesta situació afectava el 53,9% de les llars de persones usuàries enquestades. D'aquest, el 63% són llars amb menors dependents, el 24,7% estan compostes per dos o més adults i l'11,9% són llars unipersonals.

Només l'11,2% dels usuaris dels centres de serveis socials declara haver rebut algun ingrés procedent

Figura 9. Pobresa energètica per districtes, en percentatges. Barcelona, 2016.

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

del sistema públic d'assistència social o d'alguna institució sense ànim de lucre durant el 2015. Aquests usuaris declaren haver rebut un ingrés mitjà mensual de 145,2 euros/mes.

Les condicions socioeconòmiques de l'habitatge

L'evidència científica demostra que tant les condicions físiques de l'habitatge com la inseguretat residencial derivada de la manca d'assequibilitat de l'habitatge i les característiques físiques i socials del barri poden repercutir en la salut tant física com mental de les persones. A la ciutat de Barcelona, i en general a tot l'Estat espanyol, hi continua havent una situació d'emergència habitacional que genera que un important nombre de famílies tinguin problemes per a fer front als pagaments de l'habitatge. Segons dades del Consell General del Poder Judicial, l'any 2016 es van produir a la ciutat de Barcelona 4.367 procediments judicials lligats al lloguer (un 13,3% menys que l'any 2015) i 890 per execució hipotecària (un 20,0% menys). Pel que fa als desnonaments, se'n van produir un total de 2.617, el 87,3% dels quals són per impagament de lloguers, d'acord amb la Llei d'Arrendaments Urbans (LAU). Respecte de l'any anterior es va produir una reducció en el nombre de llançaments, tant els derivats de la LAU (un 11,5% menys) com els derivats d'execució hipotecària (un 12,9% menys)⁵.

Pel que fa les persones sense llar, segons l'informe anual de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar (XAPSL) de Barcelona, l'any 2016 es van comptabilitzar a la ciutat un total de 3.139 persones sense llar (un 12,2% més que l'any anterior), 1.907 de les quals allotjades en recursos

⁵Dades referides a qualsevol tipus d'immoble.

Les condicions de vida

34

assistencials de la XAPSSL, 440 que residien en as-sentaments i 792 que dormien al carrer (vegeu el quadre 2).

El nombre d'inscripcions al Registre de Sol·licitants d'Habitatges de Protecció Oficial (HPO) de Barcelona a finals del 2016 va ser de 30.637 (un 8,5% més que l'any anterior), que representa un total de 59.568 persones, comptant tots els membres de la unitat familiar (el 3,7% de la població de la ciutat).

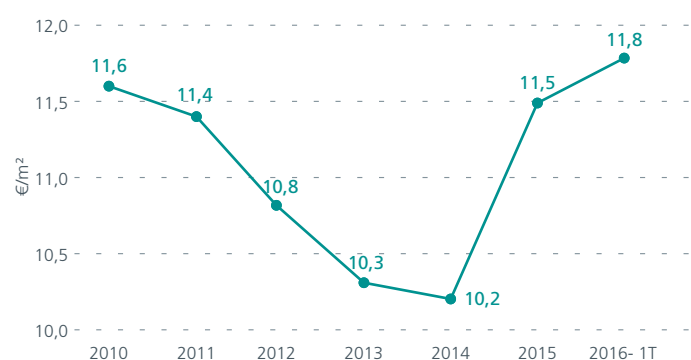
Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016, el règim de tinença més freqüent a la ciutat és la propietat (59,2%, una tercera part de la qual encara paga hipoteca), seguit del lloguer (36,4%, la major part del qual, el 92,6%, a preu de mercat). Un 19,5% de les persones amb préstecs hipotecaris o en lloguer van declarar haver-se endarrerit en el pagament una o més vegades el darrer any. Aquestes xifres són més elevades en les classes socials més desfavorides (27,8%) que en les més benestants (12,8%) i difereixen segons els districtes (vegeu el quadre 2). Un 5,0% viuen en situació d'amuntegament⁶ (un 7,4% de les classes socials més desfavorides), fet

⁶Definit com més d'una persona per habitació, comptant espais comuns, excloent els lavabos.

que representa un increment de més d'un 50% respecte de l'Enquesta anterior de l'any 2011 (3,2% i 4,7%, respectivament).

Pel que fa els preus de lloguer, continua la tendència a l'alça que es va iniciar l'any 2014. Segons dades de l'Incasol elaborades des del Patronat Municipal de l'Habitatge de Barcelona, el primer trimestre de l'any 2016 el preu del lloguer a la ciutat havia augmentat un 15,7% des del 2014 (vegeu la figura 10), increment que contrasta amb la disminució del poder adquisitiu de les famílies.

Figura 10. Evolució del preu del lloguer (€/m² construït). Barcelona, 2010-2016¹.



Font: Xifres d'habitatge del Patronat Municipal de l'Habitatge, elaboració amb dades procedents de l'Incasol.

Nota: ¹Primer trimestre del 2016.

Quadre 2. Indicadors relacionats amb l'habitatge, segons els districtes. Barcelona, 2016.

	Persones que dormen al carrer ¹		Un o més endarreriments en el pagament del préstec hipotecari o lloguer ²	Casos de desnonaments gestionats a les oficines d'habitatge ³	
	n	%		n	%
Ciutat Vella	177	22,4	31,8	348	15,1
Eixample	190	24,0	17,5	223	9,7
Sants-Montjuïc	104	13,1	16,7	313	13,6
Les Corts	33	4,2	1,4	42	1,8
Sarrià-Sant Gervasi	49	6,2	2,1	64	2,8
Gràcia	33	4,2	15,5	98	4,3
Horta-Guinardó	23	2,9	25,2	200	8,7
Nou Barris	40	5,1	29,5	449	19,5
Sant Andreu	17	2,2	16,1	271	11,8
Sant Martí	126	15,9	24,3	295	12,8
Total Barcelona	792	100	19,5	2.303	100

Fons: ¹Equip de Detecció dels Serveis d'Inserció Social (SIS), 2016. ²Enquesta de Salut de Barcelona, 2016. ³Informe d'activitat de la Unitat contra l'Exclusió Residencial (UCER), 2016.

A la ciutat de Barcelona, el govern municipal actual ha posat en marxa una sèrie de mesures per a donar resposta a aquesta situació, com ara l'increment del parc de lloguer a preus assequibles a través de la campanya "Tu tens la clau", per a potenciar la Borsa d'Habitatge de lloguer de la ciutat o la cessió d'habitatges privats per a la Mesa d'Emergències, per exemple. Segons l'informe d'activitat de la Unitat contra l'Exclusió Residencial (UCER), posada en marxa per l'Ajuntament de Barcelona a finals del 2015, l'any 2016 es van pro-

duir un total de 2.303 intervencions derivades d'ordres de llançaments, amb diferències importants entre districtes, com mostra el quadre 2. Els districtes de Nou Barris i Ciutat Vella van presentar els percentatge més elevats d'intervencions, i els de Les Corts i Sarrià-Sant Gervasi els que menys en van tenir. Amb aquestes intervencions es va aconseguir aturar un total de 1.351 desnonaments (inclosos lloguers i altres) i es va donar una solució definitiva a 769 casos. El govern municipal actual també ha mantingut els ajuts al lloguer, que enguany han estat de 10.183 habitatges, un nombre similar a l'any anterior, i ha pogut adjudicar un habitatge a 365 situacions de pèrdua d'habitatge (319 l'any 2015), entre d'altres mesures per a garantir el dret a l'habitatge i els subministraments.

La participació per la salut col·lectiva

Treballar per la salut de la col·lectivitat requereix el treball intersectorial i participatiu per tal d'afavorir que l'entorn de la vida quotidiana sigui promotor de condicions de qualitat de vida, benestar i salut. És aquí on esdevé gairebé imprescindible que les accions parteixin de diferents sectors i de la participació ciutadana mateixa.

És sobre la base d'aquest argument que al llarg del 2016 s'han desenvolupat a Barcelona tot un seguit d'acords i compromisos per a avançar en temes prioritaris per a la salut, concretament: la salut mental i les addiccions, la salut sexual i reproductiva, les desigualtats en salut i les drogo-dependències.

El fruit d'aquest procés intersectorial i participatiu ha estat la coproducció de polítiques liderades per l'Ajuntament de Barcelona, dues de les quals han vist la llum al llarg de l'any 2016: el Pla de salut mental 2016-2022 i l'Estratègia compartida de salut sexual i reproductiva (vegeu la figura 11); i

Figura 11. El Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022 i l'Estratègia compartida de salut sexual i reproductiva.



Font: Agència de Salut Pública de Barcelona.

La participació per la salut col·lectiva

36

altres dues es van iniciar l'any 2016 però finalitzen l'any 2017: l'Estratègia d'inclusió i reducció de desigualtats i el Pla d'acció sobre drogodependències 2017-2020.

En aquests plans i estratègies s'han tractat de compartir el model, l'anàlisi de la situació a la ciutat, les necessitats i els actius que per cada temàtica caracteritzen la ciutat, i finalment se n'ha acordat el paper de cadascú per a l'abordatge. Els agents que hi han participat, els podríem resumir en:

- + Àrees i departaments de l'Ajuntament de Barcelona (amb el lideratge de la Direcció de Salut) i els organismes consorciats de la ciutat de Barcelona (com l'Agència de Salut Pública, el Consorci Sanitari i el Consorci d'Educació). Les àrees municipals implicades han estat múltiples (drets socials, seguretat, esports, cultura, drets de la ciutadania, Barcelona Activa, etc.).
- + Representants d'altres institucions de l'administració pública (ex.: Departament de Salut i entitats proveïdores de serveis públics).
- + Entitats que formen part dels espais de participació de la ciutat (grups del Consell de benestar social, Acord ciutadà per una Barcelona inclusiva, consells de salut).

Els serveis sanitaris

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

Aquest fet està relacionat amb els nivells de morbiditat i les necessitats en salut de la població i amb el tipus de cobertura sanitària (exclusivament pública, o bé mixta). Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona, l'any 2016 el 34,8% de la població té doble cobertura sanitària, i el 64,3% cobertura exclusivament pública, però la variabilitat entre districtes és molt alta (rang de cobertura exclusivament pública entre el 25,9% a Sarrià-Sant Gervasi, i el 83,8% a Nou Barris).

L'atenció primària

L'atenció primària de la salut és el primer nivell d'accés dels ciutadans i ciutadanes a l'assistència sanitària. Els serveis d'atenció primària de la ciu-

Quadre 3. Població atesa per l'atenció primària per districte, sexe i grup d'edat, en percentatge. Barcelona, 2016.

	Pediatría		Adults		Total
	Homes	Dones	Homes	Dones	
Ciutat Vella	82,8	81,5	65,1	76,2	71,7
Eixample	70,6	69,3	60,9	72,0	67,2
Sants-Montjuïc	80,4	79,5	68,0	79,3	74,8
Les Corts	65,6	62,7	58,3	68,3	63,7
Sarrià-Sant Gervasi	47,2	47,2	49,3	59,6	53,8
Gràcia	68,3	68,6	59,4	70,6	65,9
Horta-Guinardó	85,6	84,2	69,3	81,4	76,8
Nou Barris	89,5	89,7	70,6	83,0	78,8
Sant Andreu	85,0	84,1	69,8	80,2	76,4
Sant Martí	82,2	81,0	68,1	79,9	75,4
Totals	76,6	75,7	64,6	75,6	71,2

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

Quadre 4. Població de 75 anys o més atesa en atenció domiciliària per districte i sexe, en percentatge. Barcelona, 2016.

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

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

Quadre 5. Població entre 15 i 69 anys atesa en els equips d'atenció primària i amb algun factor de risc cardiovascular que segueix una activitat física adequada¹, per sexe i districtes, en percentatge. Barcelona, 2016.

	Homes	Dones	Total
Ciutat Vella	33,4	31,3	32,4
Eixample	48,2	44,9	46,4
Sants-Montjuïc	43,8	39,0	41,3
Les Corts	50,4	46,7	48,4
Sarrià-Sant Gervasi	54,2	53,9	54,0
Gràcia	41,3	37,0	39,0
Horta-Guinardó	42,9	37,6	40,1
Nou Barris	39,4	38,1	38,7
Sant Andreu	43,1	38,5	40,7
Sant Martí	39,5	36,1	37,7
Total	42,9	39,7	41,2

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

Nota: ¹Activitat física adequada: durant un període de més de sis mesos i amb una freqüència d'almenys 30 minuts d'activitat física cinc o més dies a la setmana.

tat de Barcelona es realitzen en els centres d'atenció primària de les 68 Àrees Bàsiques de Salut, on treballen els equips de professionals que durant l'any 2016 han atès el 71,2 % de la població general, el 70,4% del total de la població assignada més gran de 14 anys (64,6% homes i 75,6% dones) i un 76,2% de la població assignada de menys de 14 anys (76,7% nens i 75,7% nenes). La cobertura màxima es dona al districte de Nou Barris (població infantil 89,6%, i adulta 77,2%), i la situació és similar a la d'anys anteriors (vegeu el quadre 3, pàgina 36).

El 9,7% de la població més gran de 75 anys, que representa un total de 17.441 persones, ha estat inclosa en el Programa d'atenció domiciliària (ATDOM), xifres lleugerament inferiors a les de l'any anterior (10,4%), però que mantenen la mateixa tendència pel que fa al percentatge més gran de dones respecte del d'homes (vegeu el quadre 4).

El percentatge d'infants atesos de 6 a 14 anys amb diagnòstic d'obesitat en els centres d'atenció primària de la ciutat és d'un 6,1%. El percentatge d'obesitat més alt s'observa al districte de Nou Barris (10,0%), mentre que al districte de Sarrià-Sant Gervasi és el més baix (2,3%) (vegeu el quadre 6).

El 42,9% dels homes i els 39,7% de les dones entre 15 i 69 anys atesos en els equips d'atenció primària i que tenen algun factor de risc cardiovascular segueix una activitat física adequada durant un període de més de sis mesos i amb una freqüència de, com a mínim, 30 minuts d'activitat física cinc o més dies a la setmana. Aquestes dades són força satisfactòries i són dins dels estàndards esperats per al 2016, que és del 35% (vegeu el quadre 5).

Quadre 6. Nois i noies de 6 a 14 anys amb diagnòstic d'obesitat per districte, en percentatges sobre el total d'atesos. Barcelona, 2016.

	Homes	Dones	Total
Ciutat Vella	7,8	10,2	9,1
Eixample	4,2	5,1	4,7
Sants-Montjuïc	6,2	7,5	6,9
Les Corts	5,2	5,4	5,3
Sarrià-Sant Gervasi	1,9	2,6	2,3
Gràcia	3,9	5,4	4,7
Horta-Guinardó	4,4	5,8	5,1
Nou Barris	8,6	11,4	10,0
Sant Andreu	5,3	6,8	6,1
Sant Martí	4,9	6,2	5,6
Total	5,3	6,8	6,1

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

Els serveis sanitaris

38

Els motius principals de consulta en l'atenció primària

Els motius més freqüents de consultes realitzades en població de menys de 14 anys són els exàmens mèdics, les immunitzacions i els cribratges de malalties infeccioses, i també les infeccions respiratòries de vies altes, tant en nens com en nenes (vegeu el quadre 8).

Pel que fa a la població adulta, destaquen les consultes per hipertensió arterial, hiperlipèmia, immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses, de manera molt similar en ambdós sexes; les consultes per mal d'esquena i malalties del teixit connectiu en representen un percentatge alt i són més altes en les dones que en els homes (vegeu el quadre 9).

L'atenció a les urgències

L'atenció a les urgències 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 a classificar la demanda i establir circuits per a dirigir les urgències al recurs més adient segons la necessitat assistencial de la persona afectada.

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 mè-

Quadre 7. Taxes d'urgències hospitalàries (per 1.000 habitants) i centre d'urgències d'atenció primària (CUAP), segons el sexe. Barcelona, 2016.

	Home	Dona	Total
Hospital	342,0	380,1	362,1
CUAP	147,5	152,5	150,2
Total	489,5	532,7	512,2

Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) d'urgències. SIIS. RSB-CSB. CatSalut.

diques – 061 "CatSalut Respon". Barcelona disposa actualment d'onze centres d'urgència d'atenció primària d'alta tecnologia (CUAP) (vegeu el quadre 7) i un centre d'atenció continuada, a banda del fet que cada centre assistencial atén les urgències que li arriben, a més de la resta de serveis habituals.

L'atenció hospitalària urgent en hospitals de la xarxa pública varia segons el districte de procedència. Les taxes més elevades les presenten Horta-Guinardó (463 per cada 1.000 habitants) i Nou Barris (435), mentre que el territori que menys utilitza els serveis públics d'urgències és Sarrià-Sant Gervasi (230), seguit de Les Corts (264), segons mostra la figura 12 (pàgina 39). En l'anàlisi per sexe, les dones presenten taxes més elevades que els homes i les freqüentacions més altes són en les franges d'edat extremes, en els infants i en els més grans de 64 anys.

Quadre 8. Els cinc motius principals de consulta, segons el sexe, en la població infantil de menys de 14 anys. Barcelona 2016.

	Nois		Noies	
	N	% ¹	N	% ¹
Examen/avaluació mèdics	72.429	18,8	69.221	19,4
Immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses	41.177	10,7	39.693	11,2
Altres infeccions respiratòries de vies altes	33.740	8,7	31.823	8,9
Infeccions víriques	21.284	5,5	19.692	5,5
Trastorns de les dents i els maxil·lars	14.315	3,7	13.444	3,8

Font: SIIS (CMBD AP).

Nota: Pacients amb CIP Oficial informat a l'Atenció Primària. ¹Sobre el total de motius de consulta

Quadre 9. Els cinc motius principals de consulta, segons el sexe, en la població adulta. Barcelona, 2016.

	Home		Dona	
	N	% ¹	N	% ¹
Hipertensió essencial	144.098	7,4	181.690	6,4
Hiperlipidèmia	87.453	4,5	117.001	4,1
Immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses	84.540	4,3	116.843	4,1
Espondilosi, trastorns del disc intervertebral i altres trastorns d'esquena	57.599	3,0	105.049	3,7
Examen/avaluació mèdics	74.157	3,8	108.638	3,8
Diabetis <i>mellitus</i> sense menció de complicacions	75.399	3,9	68.707	2,4

Font: SIIS (CMBD AP).

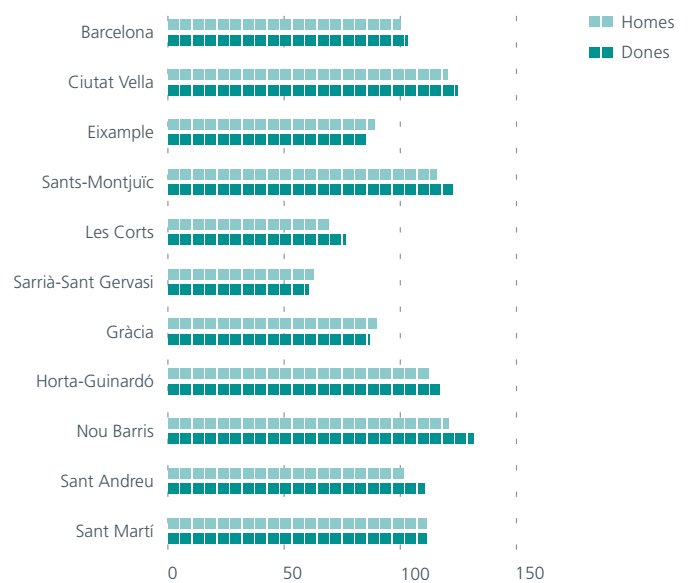
Nota: ¹Sobre el total de motius de consulta

De totes les urgències ateses en hospitals, un 13% va requerir l'ingrés en el centre. Aquest es considera un dels indicadors que aporta més informació sobre la gravetat del procés. Les xifres més elevades corresponen a les urgències de la gent gran, de més de 65 anys, una quarta part de la qual necessita ser ingressada (23,7%); xifra amb tendència a l'alça, donat l'envelliment de la població. Les xifres van disminuint en la població més jove, i són d'un 8,7% en els adults i d'un 5,3% en els infants.

L'atenció hospitalària especialitzada

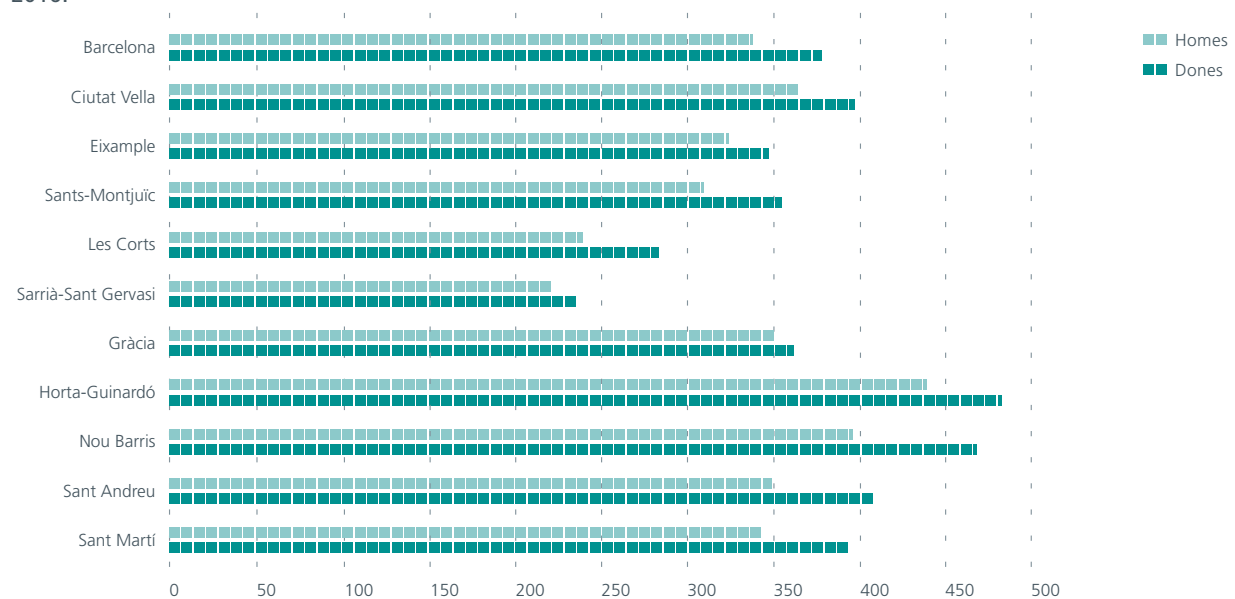
Barcelona disposa de nou hospitals d'atenció pública de tipologia diferent; tres d'ells són centres d'alta tecnologia i estan dotats de totes les especialitats i els mitjans diagnòstics més avançats, la qual cosa fa que també donin assistència a població de fora de la ciutat, amb necessitats assistencials d'alta complexitat. Tenen 3.444 llits contractats tot l'any distribuïts per tal de donar cobertura a tota la ciutat. L'activitat realitzada l'any 2016 ha estat de 203.670 altes, un 3,7% superior a la de l'any 2015.

Figura 13. Hospitalització segons districte i sexe, taxes per 1.000 habitants estandarditzades per edat. Barcelona, 2016.



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

Figura 12. Urgències hospitalàries per districte i sexe, taxes per 1.000 habitants estandarditzades per edat. Barcelona, 2016.



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

Els serveis sanitaris

40

Aquests centres atenen un 76,4% població de la ciutat, i un 23,8% de les assistències són persones que tenen la residència fora de Barcelona, mentre que la taxa de persones de Barcelona que acudeixen a centres públics de fora de la ciutat és d'un 6,2%. La taxa d'hospitalització és del 102,9 per 1.000 habitants, i és superior en les dones (104) que en els homes (101,5). En l'anàlisi de les taxes d'hospitalització segons districte de residència s'observen variacions: Nou Barris (127,1), Ciutat Vella (122,5) i Sants-Montjuïc (120,1) són els que presenten les xifres més elevades, mentre que Sarrià-Sant Gervasi (62,5) i Les Corts (74,1) tenen els valors més baixos (vegeu la figura 13 de la pàgina 39).

Les causes d'hospitalització més freqüents en els homes són les malalties de l'aparell circulatori (taxa per 1.000 habitants: 14,1) seguides de les malalties de l'aparell respiratori (13,7) i del siste-

ma nerviós i els òrgans dels sentits (13,5). En les dones, ocupen el primer lloc les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits (16,7), seguit de les de l'aparell circulatori (12,4), i en tercer lloc les neoplàsies (10,0).

Quant als procediments quirúrgics, es mantenen com a més freqüents les operacions d'ulls, un 64,2% de les quals són per cataractes (el 99,2% es realitzen per cirurgia major ambulatoria), seguides de les operacions de l'aparell digestiu, del sistema musculoesquelètic, el cardiocirculatori i els procediments obstètrics. En global, un 51,2% de les intervencions quirúrgiques es realitzen amb cirurgia major ambulatoria, i és una tendència que es continua incrementant, ja que aporta molts avantatges enfront de la cirurgia amb ingrés, dona uns resultats superiors en termes cost-efectius i afavoreix la recuperació de les persones ateses.

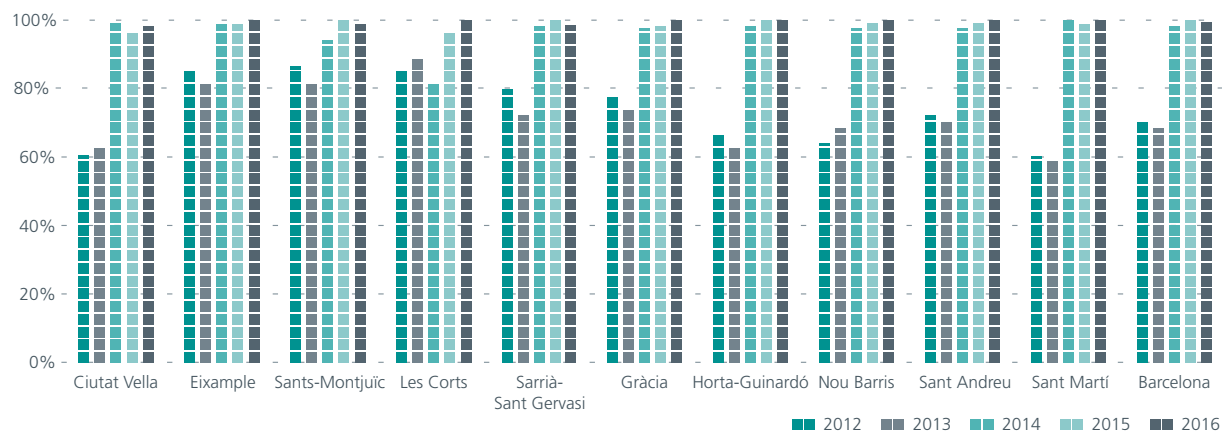
El quadre 10 mostra l'evolució positiva del temps d'espera de les persones ateses per als tres procediments garantits (cataractes, genoll i maluc) en els darrers sis anys. L'any 2011 s'atenien entre un 57% i un 82% de les persones en llista d'espera, segons districte, en els primers 180 dies, mentre que l'any 2016 se n'atén gairebé la totalitat, entre un 98% i un 100%.

Quadre 10. Nombre de persones en llista d'espera quirúrgica superior a 180 dies en els casos de procediments garantits i superior a 365 dies amb procediments de referència.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variació 2011-2016
> 180 dies per a procediments garantits	2.526	2.253	2.621	156	51	23	-99,1%
> 365 dies per a procediments de referència	4.692	3.827	2.914	2.491	1.584	1.493	-68,2%

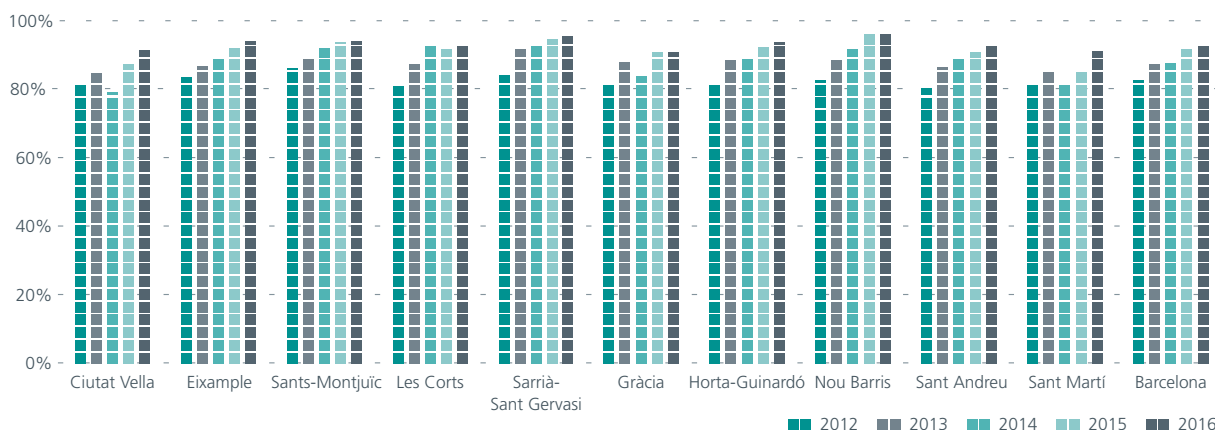
Font: Registre de llistes d'espera quirúrgiques. RSB-CSB. CatSalut.

Figura 14. Llista d'espera. Percentatge de pacients atesos en els primers 180 dies per als procediments garantits, segons districtes. Barcelona, 2012-2016.



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

Figura 15. Llista d'espera. Percentatge de pacients atesos en els primers 365 dies per als procediments de referència, segons districtes. Barcelona, 2012-2016.



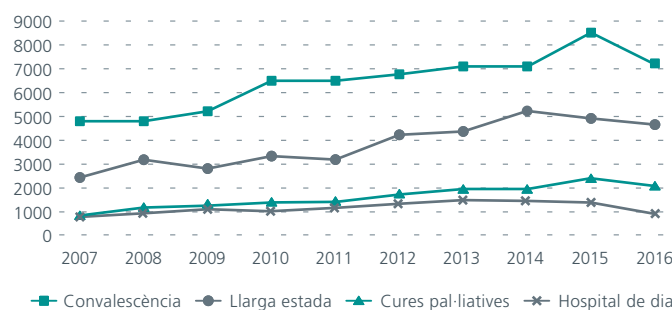
Font: Registre de llistes d'espera quirúrgiques. RSB-CSB. CatSalut. <http://catsalut.gencat.cat/es/ciudadania/serveis-atencio-salut/com-accedeix/llistes-espera/>
 Nota: El nombre de casos es comptabilitza a desembre de cada any (56 procediments de referència de la taula 15 de "La salut en xifres" a la pàgina 120).

Quan s'analitza l'evolució de la totalitat dels procediments (56 procediments; vegeu la taula 15 de "La salut en xifres" a la pàgina 120) amb temps de referència –temps inferior a 365 dies en llista d'espera–, l'evolució és molt favorable: l'any 2011 se n'atenien entre un 72%-86%, mentre que l'any 2016 s'ha superat el 90% en tots els sectors (la figura 14 de la pàgina 40 mostra les dades per districte). Conseqüentment, ha anat disminuint el nombre de persones en llista d'espera que superen temps de garantia i de referència, tal com mostra la figura 15. La reducció ha estat molt notable, d'un 99,1% per als garantits i un 68,2% per als de referència (anys 2011-2016). Els factors que han contribuït directament a aquesta reducció han estat principalment la prioritització clínica i la realització dels procediments amb cirurgia major ambulatoria en més de la meitat dels casos.

L'atenció socio sanitària

La ciutat de Barcelona disposa de 2.158 llits d'internament, 1.081 dels quals són llits de llarga estada, 875 de convalescència i mitjana estada polivalent, 115 de cures pal·liatives i 87 de subaguts, distribuïts en disset dispositius d'atenció socio sanitària. El nombre de llits s'ha incrementat en 52 respecte de l'any anterior. Amb aquests recursos s'han atès 14.703 persones: 4.627 de llar-

Figura 16. Evolució del nombre de pacients atesos als centres socio sanitària. Barcelona, 2007-2016.



Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades de Recursos Socio sanitària (CMDB-SS). CatSalut.

ga estada, 7.144 de convalescència i mitjana estada polivalent, 2.050 en dispositius de cures pal·liatives i 882 en hospital de dia (vegeu la figura 16). Pel que fa als equipaments d'hospital de dia socio sanitària, n'hi ha dotze a la ciutat, que ofereixen 408 places.

A més dels recursos d'internament, hi ha altres recursos orientats a donar suport a l'atenció primària de salut en l'atenció domiciliària o residències en situacions de més complexitat clínica i/o intensitat de cures, com els dinou recursos del Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES). Igualment, els hospitals d'aguts estan dotats amb nou unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitària. Durant l'any 2016 s'ha continuat desplegant l'atenció subaguda, actualment hi ha sis unitats que duen a terme aquesta activitat, en les que s'han registrat 2.888 altes.

Els serveis sanitaris

42

Aquesta línia de servei es va començar a executar l'any 2003 com una línia estratègica del Pla de salut i l'activitat s'ha anat incrementant de manera progressiva. L'atenció subaguda està orientada a pacients, generalment persones grans fràgils amb malaltia crònica evolucionada que pateixen una reagudització o descompensació de la malaltia principal i que requereixen hospitalització. L'hospitalització de subaguts és una alternativa a l'hospitalització convencional que ofereix plans terapèutics interdisciplinaris adients a les complexes necessitats que tenen els pacients amb malalties cròniques. Són persones que necessiten una atenció centrada en el pacient, més enllà de la gestió de la malaltia.

El consum de fàrmacs

El 2016 els dos grups farmacològics que han presentat més consum en envasos i en import han estat el grup del sistema nerviós i el grup del sistema cardiovascular, amb un 27,4% i un 26,9%, respectivament, sobre el total dels envasos de les especialitats farmacèutiques. Al quadre 11 es presenten les dades evolutives de les dosis per cada 1.000 habitants i per dia dels anys 2011 a 2016 dels subgrups farmacològics del sistema nerviós més prevalents en salut mental: ansiolítics, hipnòtics i sedants, antidepressius i antipsicòtics.

S'ha observat que el consum d'ansiolítics i el d'hipnòtics i sedants ha baixat, sobretot en la població més consumidora d'aquests fàrmacs,

Quadre 11. Evolució de les dosis receptades de determinats grups farmacològics per habitant i dia, i per grup d'edat (dosi per 1.000 habitants i per dia). Barcelona, 2011-2016.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ansioilítics	51	47,6	47,3	47,6	46,4	44,7
0 - 14 anys	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9
15 - 44 anys	17,7	16,5	16,6	16,0	15,1	14,2
45 - 64 anys	68,3	64,2	63,6	63,0	60,8	58,1
65 - 74 anys	113,9	106,0	104,5	105,9	99,5	97,0
75 anys o més	142,3	128,4	123,7	125,3	125,2	119,6
Hipnòtics i sedants	25,5	24,8	24,9	25,1	24,7	24,0
0 - 14 anys	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 - 44 anys	4,7	4,5	4,7	4,6	4,4	4,3
45 - 64 anys	28,8	28,0	27,6	27,3	26,6	25,6
65 - 74 anys	62,7	61,0	61,3	62,1	58,4	56,4
75 anys o més	94,4	89,6	87,9	88,5	88,8	85,1
Antidepressius	78,4	75,3	76,2	77,8	78,9	79,3
0 - 14 anys	0,7	0,9	1,1	1,2	1,1	0,9
15 - 44 anys	32,0	31,1	32,2	32,3	32,1	31,7
45 - 64 anys	109,1	105,2	105,5	106,6	107,4	106,6
65 - 74 anys	155,1	146,6	145,9	149,9	145,6	147,3
75 anys o més	208,2	194,5	191,6	195,9	203,5	204,9
Antipsicòtics	13,4	13,3	13,9	14,6	15,0	15,2
0 - 14 anys	0,9	1,1	1,3	1,4	1,4	1,4
15 - 44 anys	12,6	12,5	13,1	13,3	13,4	13,2
45 - 64 anys	20,4	20,4	21,2	22,6	23,5	24,0
65 - 74 anys	12,5	12,5	12,6	13,4	13,5	14,3
75 anys o més	15,3	14,7	15,0	16,2	17,3	17,7

Font: Datamart® Transversal CatSalut. RSB-CSB.

Nota: DHD: dosi/1.000 habitants/dia.

Quadre 12. Consum de determinats grups farmacològics per població de més de 75 anys. Barcelona, 2016.

	Antipsicòtics		Antidepressius		Hipnòtics i sedants		Ansioilítics	
	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona
Ciutat Vella	13,5	19,0	90,2	211,6	44,9	92,7	75,7	126,3
Eixample	14,6	21,0	126,3	250,9	59,3	98,2	89,0	147,8
Sants-Montjuïc	13,7	20,2	106,0	235,2	55,7	111,1	76,9	138,3
Les Corts	11,3	17,5	127,9	259,3	62,8	92,6	96,0	155,1
Sarrià-Sant Gervasi	12,7	24,9	118,2	206,9	61,7	89,6	101,3	148,9
Gràcia	13,5	21,4	134,6	271,6	60,3	110,7	83,8	149,9
Horta-Guinardó	15,9	24,1	121,9	275,7	54,0	108,4	72,3	144,6
Nou Barris	11,9	18,2	103,1	253,8	58,4	111,0	63,1	142,0
Sant Andreu	10,9	16,7	114,6	274,9	56,4	110,5	72,3	144,6
Sant Martí	12,7	17,9	119,5	285,3	50,8	89,4	70,7	129,0

Font: Datamart® Transversal, SIIS, CatSalut.

que és la franja d'edat de més grans de 44 anys, possiblement degut, entre d'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...). L'ús dels antidepressius i els antipsicòtics ha augmentat.

Cal destacar que el consum d'aquests quatre grups de fàrmacs és elevat en la població de més grans de 75 anys, un grup que hi és especialment

sensible pels efectes adversos d'aquests, amb més freqüència en dones (vegeu el quadre 12 de la pàgina 42). S'han observat diferències importants segons el sexe i els districtes; la diferència més àmplia es troba en els antidepressius en el grup de les dones, amb una diferència de 78,4 dosis per 1.000 habitants i dia entre el districte de Sant Martí, que té el valor més alt, i el de Sarrià-Sant Gervasi, que té el valor més baix. S'observa també en el grup dels homes una diferència de 44,4 dosis per 1.000 habitants i dia entre districtes, en què el valor més baix correspon a Ciutat Vella i el més alt a Gràcia. El grau d'exposició de persones en aquests quatre grups de fàrmacs ha estat més alt en els antidepressius, seguit dels ansiolítics, els hipnòtics i sedants, i per últim, els antipsicòtics.

Les accions en salut pública

De les diverses accions i els diversos programes empresos enguany per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) destaquen a continuació tres intervencions de rellevància en àmbits diferents: les intervencions de control de plagues urbanes, l'actualització del programa de salut als barris i els tallers de sobredosi.

Les intervencions de control de múrids

En l'exercici de la seva competència, l'ASPB porta a terme el control de plagues com ara els múrids (rates i ratolins) a la via pública (carers, places, espais verds públics) i a la xarxa de clavegueram pública de la ciutat de Barcelona. L'ASPB basa el control de plagues en el concepte del control integrat, que busca la minimització dels riscos per a les persones i el medi ambient. Així, es desestimen les actuacions preventives de desratització, i les actuacions de control es fonamenten en les evidències o indicis de la presència de múrids. Aquestes deteccions són fruit de l'atenció a les incidències que ciutadans/-anes i

agents implicats comuniquen i de les observacions que els tècnics fan sobre el terreny en el decurs de les seves tasques.

El procediment de control de múrids s'inicia amb una inspecció a la zona potencialment afectada. Durant aquesta inspecció es revisa la zona, es detecten els punts amb activitat i/o evidències de la plaga, es defineixen les característiques del lloc que afavoreixen la proliferació de la plaga i es recullen les dades necessàries per a poder fer una proposta d'actuació que s'adeqüi al problema concret.

Posteriorment, amb la informació recopilada durant la inspecció, s'elabora un pla d'actuació, si escau. En l'elaboració es tenen en compte totes les mesures de control possibles i es trien aquelles que escauen més al cas concret. Un tipus de mesures són les adreçades a corregir aquells factors que afavoreixen la presència de les rates i alhora prevenen la reinfectació (com el sanejament del medi, la correcció de deficiències estructurals i el manteniment d'estructures, etc.). En aquestes mesures és molt important la implicació d'altres serveis i departaments de l'Ajuntament i la ciutadania mateixa, ja que en són els executors. En el cas dels múrids, l'altre tipus de mesures de control són les mesures químiques, adreçades a disminuir-ne la població. Aquestes s'executen principalment a la xarxa de clavegueram pública i els espais verds de la ciutat i comporten l'aplicació de rodenticida en determinats punts de control.

Les accions en salut pública

44

Cada pla d'actuació inclou un seguiment continuat amb periodicitat definida. Durant els seguiments es revisen els punts de control i es mantenen els nivells de biocida, sempre que sigui necessari. També es revisen les característiques de l'entorn amb l'objectiu d'identificar factors que hagin pogut variar en el temps i que puguin influir en el control de la plaga. El pla es dona per finalitzat quan es considera que la plaga ha estat controlada.

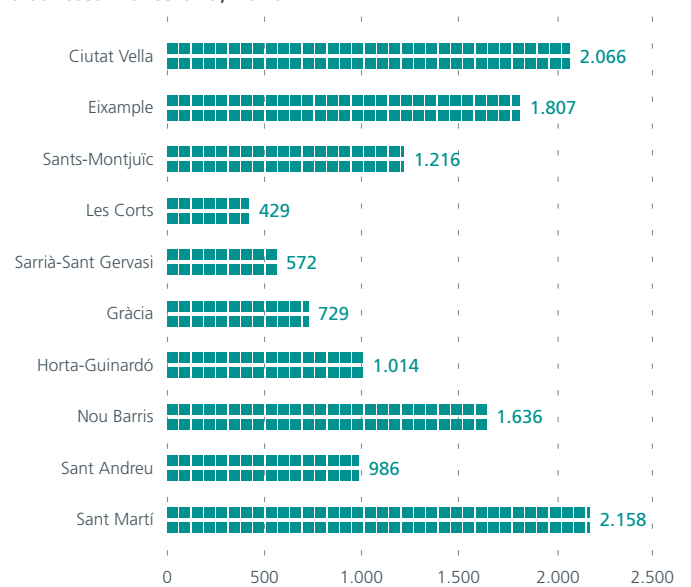
Amb el pas del temps, les intervencions (inspeccions i seguiments) associades al control de múrids han anat augmentant (vegeu la figura 17), en relació estreta amb les incidències que s'han rebut i amb els recursos que s'hi han destinat en cada moment. Un exemple clar és la dada del 2015, quan es va executar un pla de xoc que va fer augmentar el nombre d'intervencions per a donar resposta a l'increment en el nombre d'incidències que es va donar el 2014 (per sobre del que s'havia detectat fins al moment). La distribució de les intervencions en el territori també està influenciada per les incidències i els recursos. A la figura 18 es pot observar la distribució de 2016, clarament marcada per la intensificació de les actuacions al districte de Ciutat Vella durant l'estiu d'aquest mateix any.

Barcelona - Salut als Barris (BSaB)

Des de 2007, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, juntament amb l'Ajuntament i els serveis

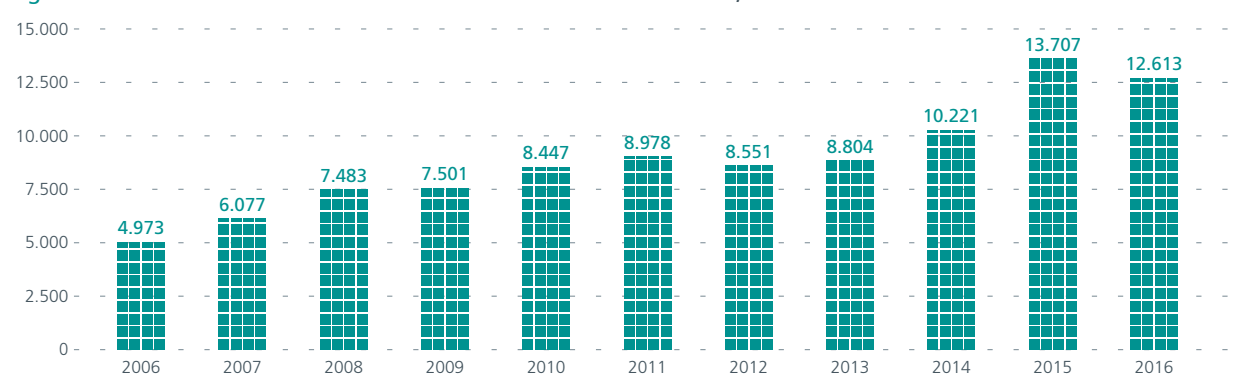
de salut, han desenvolupat, amb dificultats però bons resultats, un programa de salut comunitària per a promoure l'equitat i la qualitat de vida en alguns barris desfavorits. El 2016 el programa es va rebatejar amb el nom de **Barcelona - Salut als Barris (BSaB)**, que reflecteix un caràcter nou d'estratègia de ciutat i un esforç municipal important per a estandaritzar-lo i estendre'l a la resta de barris amb indicadors de salut desfavorables.

Figura 18. Distribució del nombre d'intervencions en múrids, per districtes. Barcelona, 2016.



Font: Servei de vigilància i control de plagues urbanes, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 17. Evolució del nombre d'intervencions en múrids. Barcelona, 2006-2016.



Font: Servei de vigilància i control de plagues urbanes, Agència de Salut Pública de Barcelona.

El 2016, BSaB va ampliar l'abast dels 13 als 21 barris següents: el Raval, el Barri Gòtic, la Barceloneta, Sant Pere-Santa Catalina i la Ribera, el Poble Sec, la Marina de Port, la Marina del Prat Vermell, el Carmel, el Turó de la Peira, Can Peguera, les Roquetes, Verdum, la Trinitat Nova, Ciutat Meridiana, Torre Baró, Vallbona, la Trinitat Vella, el Bon Pastor, Baró de Viver, el Besòs i el Maresme, i la Verneda i la Pau. Això fa que BSaB arribi potencialment a 345.996 persones.

En salut comunitària, el procés és tan important com el resultat en salut. Durant aquest any, 310 agents d'entitats, equipaments de proximitat, ciutadania i serveis públics van coproduir 133 intervencions, en les que van participar directament 9.961 persones. Els resultats en salut es descriuen en articles i en les avaluacions que es fan a cada zona un cop finalitzada la primera implementació d'intervenció comunitària en salut. També és destacable que el 2016 es va posar en marxa una oferta mensual de capaciació en fonaments de salut comunitària per a agents comunitaris.

Tallers de prevenció de sobredosi de drogues

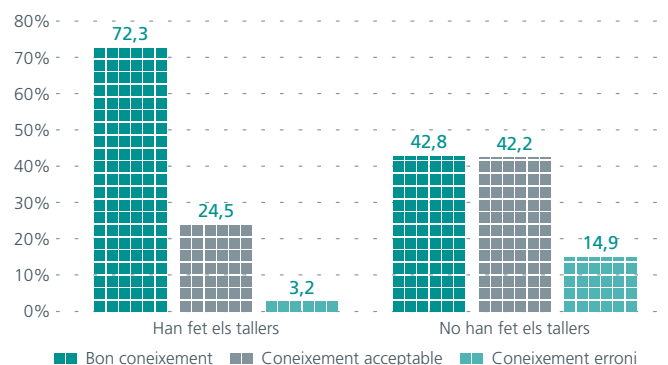
El 2010, la taxa mitjana de mortalitat per sobredosi a la Unió Europea va ser de 18,3 morts per cada milió d'habitants. S'estima que en gairebé una tercera part de les morts per sobredosi hi està implicada la cocaïna sola, mentre que en les dues terceres parts restants hi estan implicats els opioides¹. Les sobredosis poden ser mortals o no mortals, i per tant, tenir una sobredosi no només es pot evitar, sinó que fins hi tot, si es pateix, es pot evitar morir-ne. A Barcelona es va estimar

que el 4% de les sobredosis acabava amb la mort de la persona. En la bibliografia científica, els tallers de sobredosi amb distribució de naloxona (antagonista dels receptors d'opioides) semblen ser efectius en el sentit que n'incrementen el coneixement i disminueix la mortalitat per sobredosi^{2,3}.

Des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i des del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya es van dissenyar uns tallers per a formar les persones consumidores de drogues sobre els factors que podien provocar una sobredosi i què calia fer en cas de veure que una persona pateix una sobredosi. Als usuaris de drogues que feien amb èxit aquests tallers, se'ls donava un carnet d'agent de salut i se'ls lliurava un kit de naloxona amb el que podien remuntar una persona que patís una sobredosi.

Els tallers es van començar a implementar als centres de reducció de danys i durant el quadrienni 2013-16 es van acabar de desplegar a les comunitats terapèutiques i els centres de tractament. Aquests tallers han estat avaluats i han demostrat augmentar el coneixement de les persones consumidores de drogues sobre com prevenir i actuar enfront d'una sobredosi (vegeu la figura 19). Aquest coneixement augmentava també en persones que no havien fet els tallers perquè s'havia fet formació a tota la part professional dels centres i els tallers anaven acompanyats d'una campanya de sensibilització per a tots els recursos de drogues. A més, un percentatge elevat (40%) de persones que havien presenciat una sobredosi i havien rebut el taller, havia fet servir la naloxona en els 12 mesos següents del taller.

Figura 19. Coneixement de com prevenir o actuar enfront d'una sobredosi segons si s'han fet o no tallers sistemàtics de prevenció de sobredosis a Catalunya, en percentatges. 2013-2016.

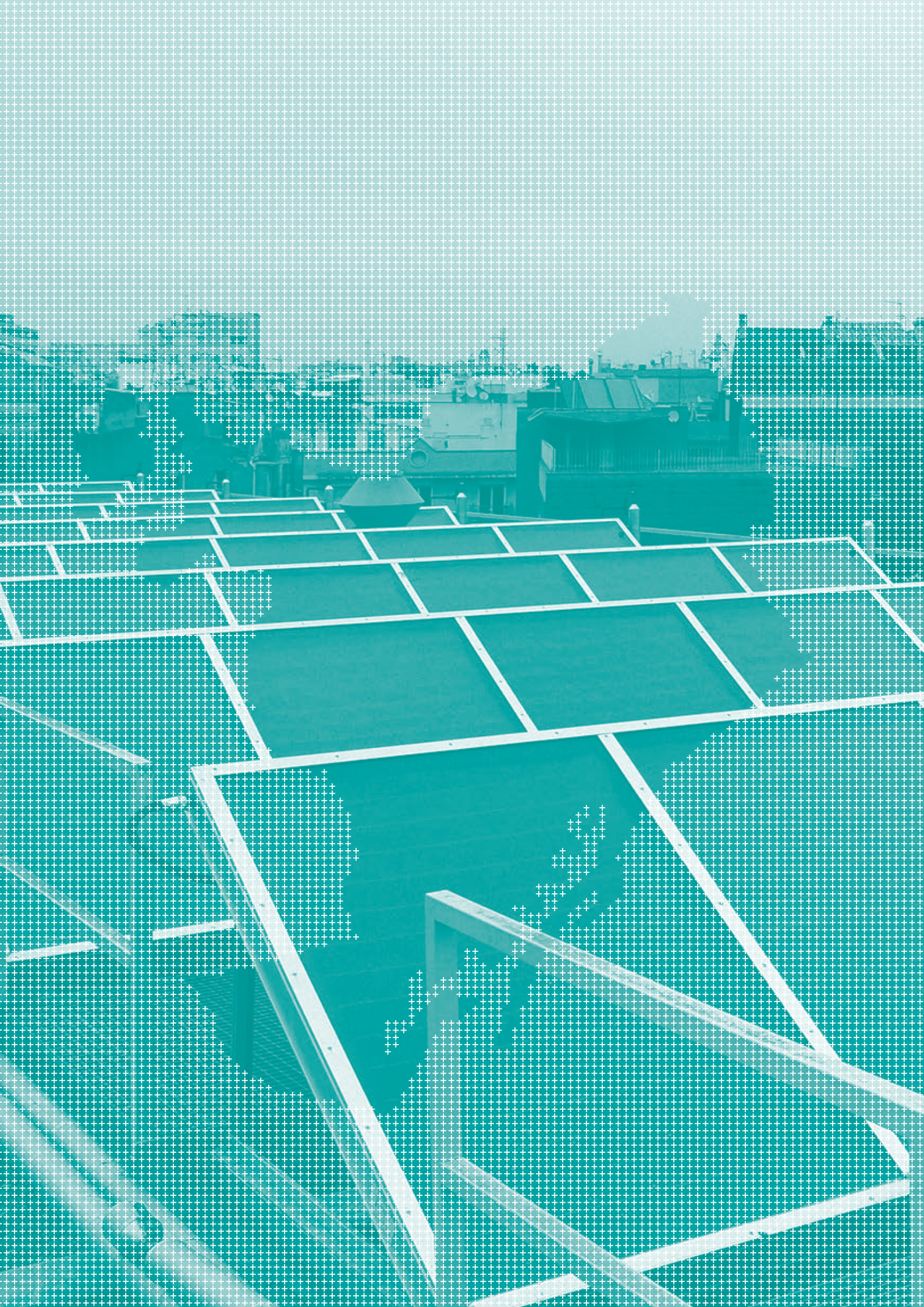


Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (SIDB). Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, Agència de Salut Pública de Barcelona.

¹Bernstein KT, Bucciarelli A, Piper TM, Gross C, Tardiff K, Galea S. Cocaine- and opiate-related fatal overdose in New York City, 1990-2000. BMC Public Health. 2007; 7:31.

²McAuley A, Aucott L, Matheson C. Exploring the life-saving potential of naloxone: A systematic review and descriptive meta-analysis of take home naloxone (THN) programmes for opioid users. Int J Drug Policy. 2015 Dec; 26(12):1183-8.

³McDonald R, Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. Addict Abingdon Engl. 2016 Jul; 111(7):1177-87.



El context físic

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

El context socioeconòmic

La població

L'entorn familiar

L'entorn econòmic

Les condicions de vida

La participació per la salut col·lectiva

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

El context físic

Les condicions físiques de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

30 anys de vigilància i control de la tuberculosi i de la infecció per VIH/sida a Barcelona

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública

de Barcelona, 130 anys d'història

La salut en xifres

Les condicions físiques de l'habitatge

48

Un dels aspectes de l'habitatge que influeix en la salut de les persones que hi viuen, en són les condicions físiques. Segons el registre de certificacions d'eficiència energètica dels edificis de l'Institut Català d'Energia (ICAEN), un 32,1% dels habitatges amb certificació energètica de la ciutat de Barcelona tenien una certificació F o G (eficiència energètica molt baixa)¹; el districte de Ciutat Vella és el que tenia un percentatge més elevat d'habitatges amb aquesta certificació, i els districtes de l'Eixample, Les Corts, Sarrià-Sant Gervasi i Sant Martí, els que el tenien més baix (vegeu el quadre 1).

La manca d'ascensors als edificis dificulta que determinats col·lectius, especialment persones d'edat avançada amb problemes de mobilitat, puguin sortir al carrer, i això en redueix la possibilitat d'activitat física i n'augmenta l'aïllament. Segons el Registre d'instal·lació d'ascensors de la Generalitat de Catalunya de l'any 2016, un 31,6% dels edificis de la ciutat no tenien ascensors, amb diferències importants segons el districte, i el districte de Ciutat Vella és el que presenta un percentatge més elevat (67,0%), seguit d'Horta-Guinardó (51,3%) (vegeu el quadre 1).

Pel que fa les ajudes a la rehabilitació, l'any 2016 s'hi han destinat 25,4 milions d'euros, un import similar a l'any anterior, que incorpora com a novetat la rehabilitació de l'interior dels habitatges. Els ajuts han arribat a 12.377 habitatges de la ciutat.

Quadre 1. Indicadors relacionats amb les condicions físiques de l'habitatge, segons els districtes. Barcelona, 2016.

	Habitatges d'edificis sense ascensor %	Habitatges amb certificació energètica F o G ¹ %
Ciutat Vella	67,0	41,6
Eixample	14,5	28,4
Sants-Montjuïc	32,5	33,8
Les Corts	16,3	28,2
Sarrià-Sant Gervasi	17,9	28,5
Gràcia	39,3	34,3
Horta-Guinardó	51,3	35,2
Nou Barris	43,4	35,1
Sant Andreu	28,9	32,4
Sant Martí	24,3	28,2
Barcelona	31,6	32,1

Font: Registre d'instal·lacions d'ascensors, Generalitat de Catalunya. Registre de certificacions energètiques, Institut Català d'Energia (ICAEN).

Nota: ¹Sobre el total d'habitatges amb certificació energètica, que varia entre el 13,5% i el 23,5% segons districte, amb un valor del 17,9% per a Barcelona.

¹Segons l'ICAEN, "La qualificació d'eficiència energètica és el resultat del càlcul del consum d'energia necessari per a satisfer la demanda energètica de l'edifici en condicions normals de funcionament i ocupació. Classifica els edificis dins d'una escala de set lletres, on la lletra G correspon a l'edifici menys eficient, i la lletra A, a l'edifici més eficient, segons el consum d'energia i les emissions de CO₂ comparades amb un edifici base de similar tipologia i localització."

La seguretat alimentària

L'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) té encomanat el control oficial dels aliments que es produeixen i comercialitzen a la ciutat amb l'objectiu principal de prevenir, eliminar o reduir a nivells acceptables els riscos que poden afectar els consumidors. Per a la realització d'aquest control s'utilitzen diferents mètodes, entre els que destaquen la inspecció sanitària com a eina tradicional i amb més volum d'activitat, però també altres com l'auditoria sanitària o la vigilància mitjançant el mostreig i l'anàlisi d'aliments.

En relació amb les auditories, des de l'any 2009 l'ASPB ha realitzat auditories dels controls que fan els establiments mateixos, basades en el sistema d'anàlisi de perills i punts de control crític (APPCC) en els establiments alimentaris de la ciutat de Barcelona. L'objectiu de les auditories sanitàries ha estat l'avaluació del disseny i el grau d'implantació dels autocontrols sanitaris, entesos com el conjunt de mètodes i procediments que els operadors alimentaris han d'aplicar per a garantir la innocuïtat i la salubritat dels aliments que comercialitzen.

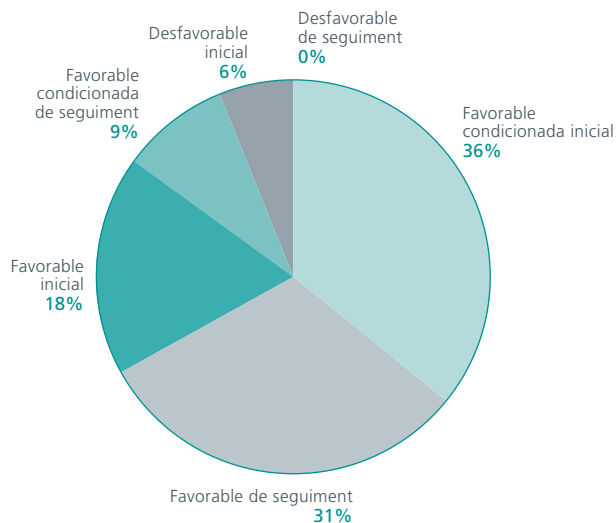
Des de l'any 2011, i tal com es contempla en la normativa sanitària de la Unió Europea, s'han establert uns criteris de flexibilitat dels autocontrols en funció del tipus d'establiment alimentari auditat. D'aquesta manera, als establiments que elaboren/envasen productes alimentaris i tenen més de deu treballadors, se'ls exigeix el disseny i la implementació del sistema APPCC complet. En canvi, els magatzems d'aliments i els elaboradors/envasadors de menys de deu treballadors poden aplicar l'APPCC simplificat o bé es poden acollir a guies de bones pràctiques reconegudes pels diferents sectors alimentaris. En aquest cas, la simplificació implica menys grau d'exigència pel que fa als plans d'autocontrol i els registres requerits, amb la finalitat de facilitar-ne la implementació. Les auditories sanitàries se centren principalment, donat el seu objectiu, en establiments amb sistemes APPCC complets –per tant, no sotmesos a la flexibilitat normativa– i en activitats alimentàries de més risc, com ara les indústries alimentàries de transformació en sectors com el de la carn o el peix.

Les auditories sanitàries poden ser de dos tipus: inicials i de seguiment. Les auditories de seguiment són conseqüència d'una auditoria sanitària inicial no favorable. El resultat de les auditories pot ser favorable, favorable condicionada o desfavorable, depenent del nombre i el tipus de no-conformitats evidenciades.

Durant el període 2009-2016 s'han realitzat un total de 326 auditories sanitàries. Els resultats es mostren a la figura 1. Les dades dels resultats indiquen que el nivell d'implantació i execució dels autocontrols sanitaris als establiments alimentaris auditats de la ciutat de Barcelona tenen marge de millora, si bé el baix percentatge d'auditories desfavorables inicials indica que pocs operadors alimentaris tenen un nivell insuficient d'autocontrols.

L'alt percentatge d'auditories de seguiment favorable indica que els establiments han respost de manera satisfactòria als resultats de les auditories inicials.

Figura 1. Resultats de les auditories sanitàries. Barcelona, 2009-2016.



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

La qualitat de l'aire

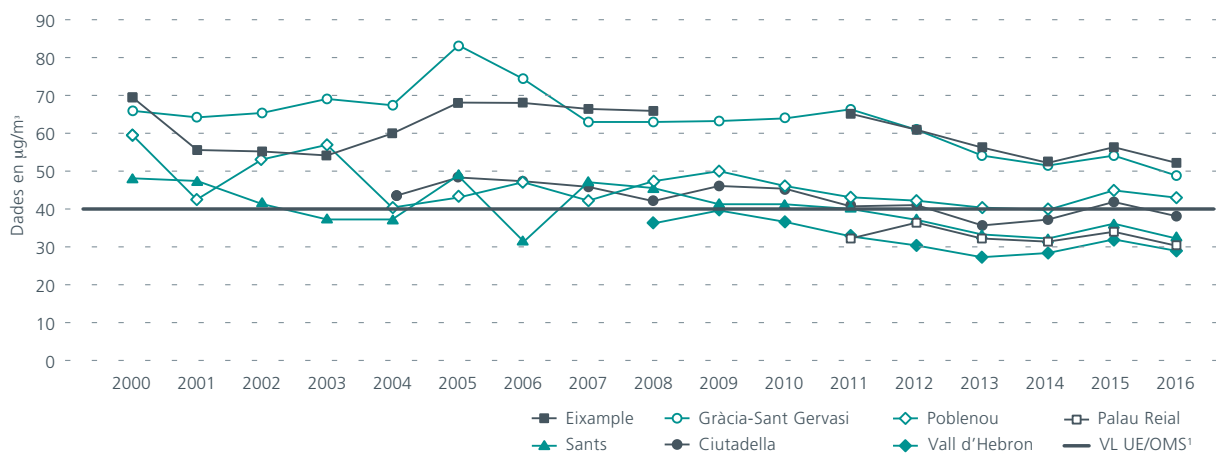
50

L'avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona durant l'any 2016 es manté estable respecte dels anys anteriors. Se superen els valors de referència de l'OMS per als contaminants NO_2 , material particulat (PM_{10} i $\text{PM}_{2,5}$), benzè, ozó i benzo(a)pirè. Respecte de la normativa europea, es compleixen els corresponents valors

límit o objectiu establerts en l'RD 102/2011 per a onze contaminants i se supera el valor límit anual de diòxid de nitrogen (NO_2).

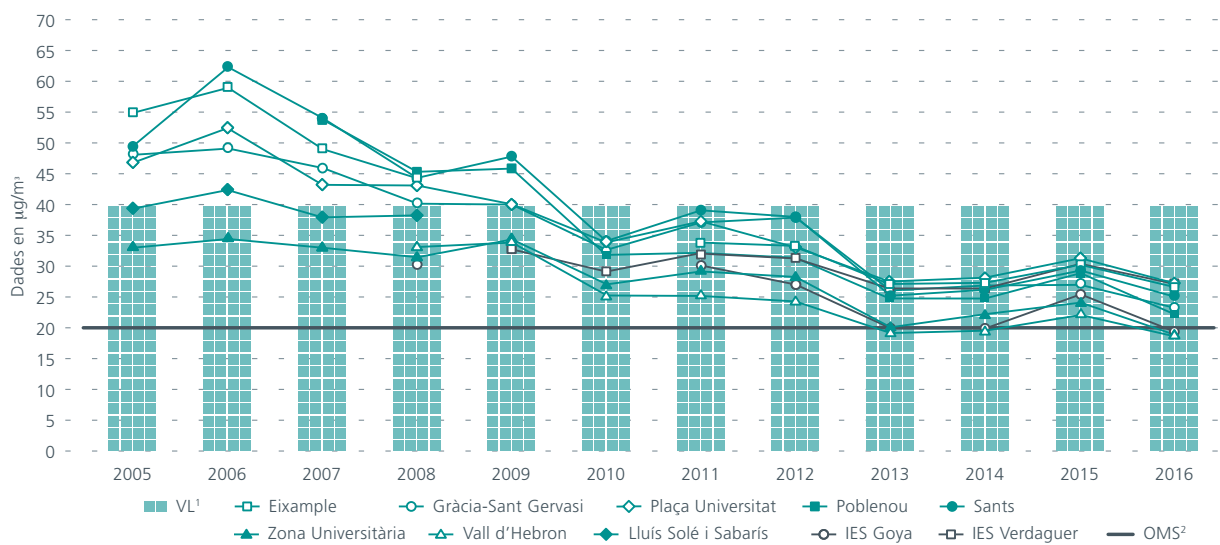
Les mitjanes anuals de l' NO_2 superen el valor límit anual de la UE i el nivell de referència de l'OMS ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$), tant en les estacions de trànsit (Eixample, Gràcia-Sant Gervasi) com en la de fons urbà del Poblenou, fet que posa de manifest que el problema de l' NO_2 a la ciutat no està

Figura 2. Evolució de la mitjana anual en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ d' NO_2 per estació de mesurament. Barcelona, 2000-2016.



Font: Servei de Qualitat i Intervenció Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: ¹Valor límit de la UE i nivell de referència OMS (VL UE/OMS) = $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Figura 3. Evolució de la mitjana anual en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de partícules PM_{10} per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2016.



Font: Servei de Qualitat i Intervenció Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Notes: ¹Valor límit de la UE (VL UE) = $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$. ²Nivell de referència OMS = $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

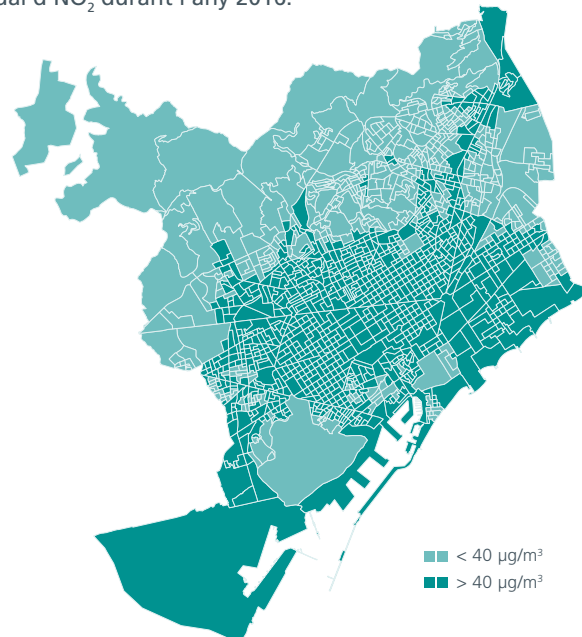
restringit als entorns amb més intensitat de trànsit. L'evolució d'aquest indicador mostra la superació continuada dels objectius de compliment obligat establerts per la UE per a tot el període 2000-2016 (vegeu la figura 2 de la pàgina 50). En les estacions més properes a les vies de trànsit, la mitjana anual de la ciutat supera en 1,3 vegades el nivell de referència de l'OMS i el valor límit de la UE. Aquesta elevada relació amb el trànsit fa que el nivells d' NO_2 disminueixin els caps de setmana entre el 19% i el 26%. Tanmateix, tot i aquest descens, si extrapolem la mitjana anual dels dissabtes i diumenges a la dels dies laborables i per a tot l'any, els nivells de l'estació de l'Eixample ($43 \mu\text{g}/\text{m}^3$) es mantenen per sobre del nivell de referència de l'OMS i de la normativa europea.

Respecte del material particulat, si bé l'evolució anual mostra una tendència al descens dels nivells de PM_{10} i $\text{PM}_{2,5}$ des del 2007 (vegeu la figura 3 de la pàgina 50), aquests continuen superant els valors de referència de l'OMS per a tot el període (2002-2016), fet que evidencia una exposició potencial continuada a concentracions amb afectacions per a la salut. Com succeeix amb l' NO_2 , també se'n detecta un descens de la mitjana diària els dissabtes i diumenges respecte de la resta de dies de la setmana d'entre el 10% i el 19%. Tanmateix, si extrapolem els nivells a tot l'any, es manté la superació del nivell de referència anual de l'OMS, tant en estacions de trànsit com de fons urbà.

Durant aquest 2016 s'ha fet una avaluació de l'exposició potencial de la població a concentracions que superen els nivells de referència anual de l'OMS i els valors límit anuals de la UE per a l' NO_2 i el material particulat (PM_{10} i $\text{PM}_{2,5}$). Els resultats mostren que el 68% de la població de Barcelona està exposada a nivells superiors als establerts per a NO_2 (UE i OMS) (vegeu la figura 4), percentatge que s'incrementa fins al 97% de la població potencialment exposada a nivells superiors als de referència de l'OMS per al material particulat (vegeu la figura 5).

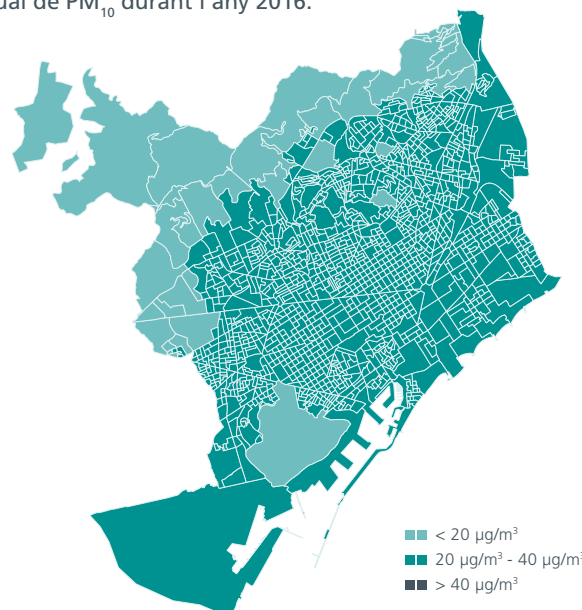
Respecte de l'avaluació anual de benzè i benzo(a)pirè, els nivells anuals compleixen el valor límit de la UE per al benzè ($5 \mu\text{g}/\text{m}^3$) i el valor objectiu normatiu per al benzo(a)pirè ($1 \text{ ng}/\text{m}^3$), però

Figura 4. Nivells d'exposició potencial de la població a la mitjana anual d' NO_2 durant l'any 2016.



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

Figura 5. Nivells d'exposició potencial de la població a la mitjana anual de PM_{10} durant l'any 2016.



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

La qualitat de l'aire

52

se superen els respectius nivells de referència de l'OMS per a ambdós contaminants, tant en estacions orientades a carrers de trànsit intens com en estacions de fons urbà. Per a aquests dos contaminants, tot i el descens detectat en caps de setmana, si extrapolem els nivells mesurats en caps de setmana respecte de tot l'any, també es continuen detectant a la ciutat superacions dels corresponents valors de referència de l'OMS.

Respecte de l'ozó, contaminant secundari que presenta nivells més elevats en caps de setmana i en entorns allunyats de les emissions directes del trànsit, també se supera el nivell de referència de l'OMS per al màxim 8-horari, si bé es compleix el valor objectiu que estableix la normativa europea.

Per a la resta de contaminants avaluats, es compleixen els respectius valors límit o objectiu que estableix l'RD 102/2011, així com els nivells de referència de l'OMS per als gasos (CO i SO₂) i els metalls pesants (Pb, Cd, Ni i As).

Finalment, des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona es recomana a la població en general que tingui en compte els consells següents per a reduir l'exposició a contaminació:

1. És millor caminar per carrers a les hores amb poc volum de trànsit.
2. És millor fer la ventilació de l'habitatge a les hores en què passin menys cotxes pel teu carrer.
3. Sempre és millor fer exercici que no fer-ne, però és millor escollir les zones amb menys volum de trànsit o les hores de menys trànsit.
4. En cas de conduir un vehicle per zones molt transitades, cal fer-ho amb les finestres del cotxe pujades per a evitar que els contaminants penetrin dins el vehicle.
5. En cas d'anar en bicicleta, és aconsellable evitar la proximitat dels tubs d'escapament. Si uses mascareta, cal assegurar que protegeix de l'entrada de contaminants per la respiració (tipus de mascareta i col·locació).

La qualitat de l'aigua

Aigua de consum a Barcelona: qualitat i percepció ciutadana

La garantia sanitària i l'aptitud per al consum impliquen que l'aigua està lliure de qualsevol contaminant perjudicial per a la salut. Una de les competències de l'ASPB és vigilar i controlar el compliment d'aquesta garantia sanitària mitjançant diferents eines: les inspeccions sanitàries, el seguiment d'incidències i la realització de

mostrejos i controls de verificació. Durant el 2016 s'han dut a terme un total de 587 controls de desinfectant i 123 analítiques de verificació en els dipòsits d'emmagatzematge d'aigua de la ciutat i en punts aleatoris de la xarxa pública de distribució. No s'ha detectat cap incompliment ni anomalia dels valors límit establerts en la normativa vigent (Reial decret 140/2003)¹ ni dels valors guia que estableix l'Organització Mundial de la Salut (OMS)². Al quadre 2 (pàgina 53) es mostren els resultats obtinguts per a una selecció de tots els paràmetres analitzats per a les diferents zones d'abastament en les que està dividida la ciutat de Barcelona (zona B1, D i E).

En l'enquesta de salut 2016 realitzada per l'ASPB es van incloure algunes preguntes sobre la utilització dels ciutadans d'aigua de l'aixeta o aigua envasada per a beure. Més de la meitat del ciutadans (59,6%) beu habitualment aigua envasada, mentre que la freqüència d'ús d'aigua de la xarxa és d'un 26,9%. El 17,5% fa servir aigua de l'aixeta, però la sotmet a algun tractament domèstic (filtre, descalcificador, osmosi i altres). La figura 6 (vegeu la pàgina 54) mostra l'elevada variabilitat d'aquests percentatges d'ús per a cadascun dels districtes de la ciutat. L'elecció del

tipus d'aigua de consum depèn tant de les variables socioeconòmiques de la població com de les característiques pròpies de l'aigua. Tot i que la qualitat per al consum sigui adequada i la garantia sanitària estigui assegurada, les característiques organolèptiques de l'aigua, sobretot les relacionades amb el gust, com ara el contingut de clor, clorurs o sodi, o el contingut en sals, influeixen en l'elecció de la ciutadania de Barcelona de beure aigua mineral envasada o aigua de l'aixeta. Atès que l'aigua de la ciutat procedeix de dos rius que mostren diferències en els seus continguts de matèria orgànica i sals, les característiques químiques finals de l'aigua distribuïda a Barcelona mostren una marcada variabilitat segons les zones (vegeu el quadre 2).

El plom en l'aigua de consum

El plom és un metall tòxic que provoca efectes negatius sobre la salut (efectes neurològics, cardiovasculars, insuficiència renal i problemes reproductius), sobretot en poblacions sensibles com són els infants i les dones embarassades³. El plom entra en l'aigua de consum degut a la cessió per corrosió de les canonades, soldadures i altres materials que el contenen. La problemàtica d'aquest metall en l'aigua de consum de Barcelona es deu al fet que encara hi ha trams de canonades de plom a la part interna dels edificis construïts abans de 1980 i que no han estat sotmesos a reformes de la xarxa interior d'aigua.

¹Reial Decret 140/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà (BOE 45, de 21/02/2003).

²WHO. 2011. Guidelines for Drinking-water Quality. Fourth Edition. World Health Organization.

³Lanphear BP, Hornung R, Khoury J, et al. 2005. Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: an international pooled analysis. Environmental Health Perspectives 113, 894-9.

Quadre 2. Resultats d'una selecció de paràmetres determinats en punts aleatoris de la xarxa pública de distribució d'aigua de consum de les tres zones d'abastament de la ciutat. Barcelona, 2016.

	Límit UE	Límit OMS	Zona B1	Zona D	Zona E
Amoni (mg/l) (n = 20)	0,50	–	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Alumini (µg/l) (n = 20)	200	–	< 20	< 20 – 57	25 – 57
Arsènic (µg/l) (n = 20)	10	10	< 1	< 1 – 1,7	< 1 – 1,9
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	–	112 – 186	24 – 182	24 – 42
Conductivitat (µS/cm) (n = 20)	2.500	–	773 – 1.117	368 – 1.040	366 – 453
<i>Escherichia coli</i> (ufc/100 mL) (n = 20)	0	0	< 1	< 1	< 1
Enterococ (ufc/100 mL) (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	4,8 – 5,7	4,0 – 8,8	< 4 – 4,3
Plom (µg/l) (n = 20)	10	10	< 1 – 1,3	< 1 – 2,4	< 1 – 3
Sodi (mg/l) (n = 20)	200	–	72 – 120	18 – 113	18 – 30
Trihalometans (µg/l) (n = 20)	100		29 – 56	21 – 58	36 – 47
Bromoform		100	13,3 – 38,6	< 2 – 42,4	< 2 – 2
Bromodiclorometà		60	< 2 – 4,1	< 2 – 11,1	8,7 – 9,8
Cloroform		300	< 2 – 7,4	< 2 – 37,5	22,9 – 33,6
Dibromoclorometà		100	5,9 – 16,6	2,9 – 20,7	2,5 – 3,9

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

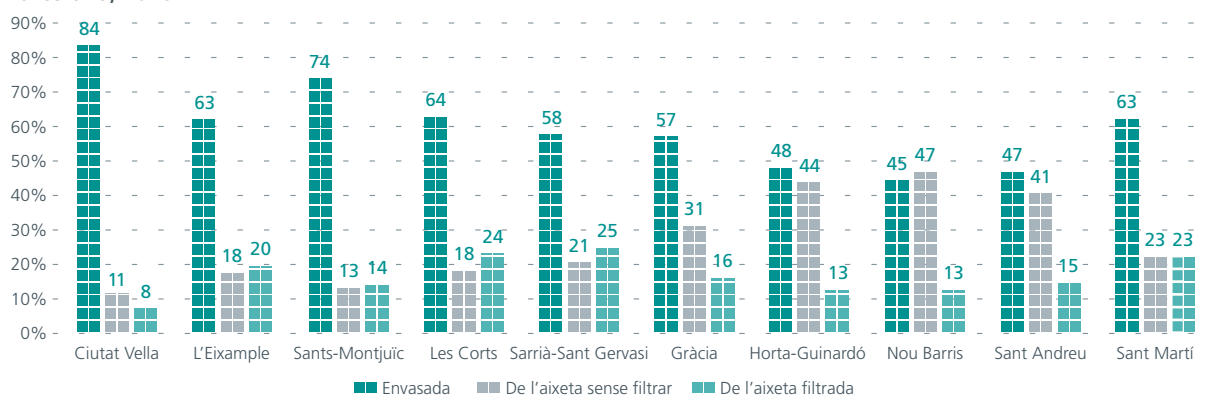
Nota: n: nombre de mostres. Límit UE: Límit OMS;

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

La qualitat de l'aigua

54

Figura 6. Percentatge de consum habitual d'aigua envasada, aigua de l'aixeta sense filtrar i filtrada, en percentatges. Barcelona, 2016.



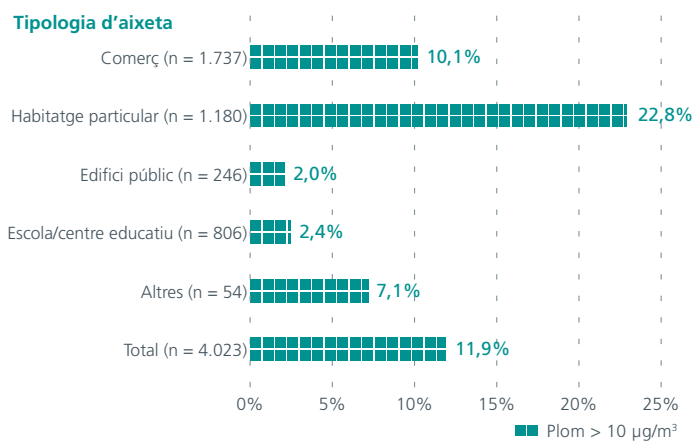
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Amb l'objectiu de protegir els ciutadans de l'exposició a aquest metall, l'ASPB disposa d'un servei gratuït d'anàlisi del contingut de plom en l'aigua de les aixetes de la ciutat on qualsevol ciutadà de Barcelona pot sol·licitar la realització d'aquesta anàlisi. L'ASPB també fa controls d'ofici en comerços, edificis públics o escoles i centres educatius de la ciutat o en habitatges privats en finques on s'ha detectat algun incompliment previ. En el període 2004-2016 l'ASPB ha mostregjat un total de 4.028 aixetes de consum, fonamentalment en comerços i habitatges particulars (vegeu la figura 7). El 12% del total de les aixetes mostrejades presenta incompliments per un excés de plom en l'aigua (concentracions superiors als 10 µg/l), i el percentatge més elevat és el que s'ha trobat en els habitatges particulars (23%). Tanmateix, aquest percentatge no s'ha d'entendre com representatiu de tota la ciutat, atès que els mostrejos d'ofici estan molt dirigits a edificis antics i edificis en què ja s'han detectat canonades de plom. En el cas de les peticions, normalment els ciutadans es dirigeixen a l'ASPB quan sospiten que hi ha canonades de plom en l'habitatge o la finca.

La mesura de correcció més adient per a evitar l'exposició al plom per l'aigua de consum és canviar les canonades de plom que puguin romandre. Mentrestant, algunes mesures preventives que la ciutadania pot adoptar són les següents:

1. Deixar córrer l'aigua de l'aixeta una estona abans de beure-la amb l'objectiu de renovar l'aigua que ha quedat estancada a les canonades de plom, sobretot en els casos en què no hi ha hagut consum durant un període llarg de temps. Fer servir aquesta aigua amb altres usos diferents del consum i la preparació d'aliments.
2. No fer servir l'aigua calenta per a beure ni cuinar, atès que conté concentracions més elevades de plom que l'aigua freda.
3. En el cas que una analítica confirmi que la concentració de plom en l'aigua és superior als 10 µg/l, cal no emprar l'aigua de l'aixeta implicada per a beure o preparar aliments.

Figura 7. Percentatges d'incompliment de la qualitat de l'aigua per un excés de plom trobats en les diferents tipologies d'aixetes mostrejades. Barcelona, 2004-2016.



Font: Servei de Qualitat i Intervenció Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: n = nombre de mostres.

La contaminació acústica

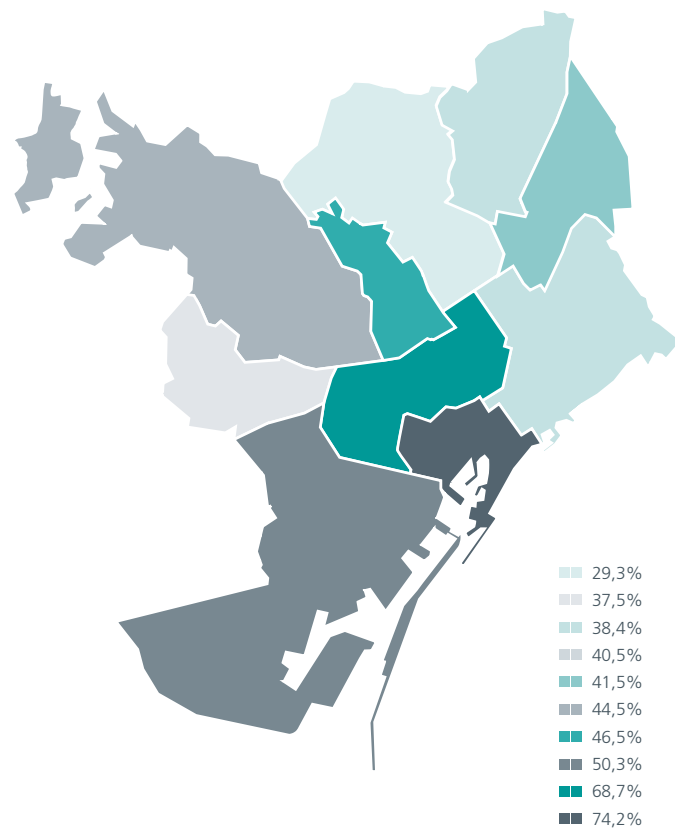
La contaminació acústica representa un dels problemes més greus que afecta la salut i la qualitat de vida de les persones que viuen a les ciutats i es considera el tercer factor ambiental més important de càrrega de malaltia, després de la pol·lució ambiental i del fum ambiental del tabac¹. El mapa de percepció de soroll a Barcelona (2016) mostra com Ciutat Vella és el districte més sorollós de Barcelona, amb un 74,2% de veïns i veïnes que declaren que al barri hi ha molt soroll (vegeu la figura 8).

Ciutat Vella es caracteritza pel fet de ser un districte on s'acumula una gran part de les opcions d'oci nocturn de la ciutat, que atrau també un gran volum de turistes i genera molèsties i queixes entre la població a causa del soroll, especialment en horari nocturn. El districte, que compta amb diversos sonòmetres per a mesurar l'impacte del soroll derivat de l'oci nocturn, va registrar durant el 2015 valors mitjans superiors als 55 dB(A) durant les nits de divendres i dissabtes (de 23:00 h a 7:00 h) en la majoria de barris, i valors superiors als 70 dB(A) en les zones contigües de les Rambles (carrers d'Escudellers i Arc del Teatre). Segons l'Organització Mundial de la Salut, a partir dels 42 dB(A) es comencen a produir trastorns del son i a partir dels 50 dB(A), i considerant una exposició prolongada en el temps, augmenta la probabilitat de patir hipertensió arterial i altres afectacions cardiovasculars¹.

Un estudi qualitatiu realitzat amb veïns i veïnes del districte de Ciutat Vella ha confirmat l'aparició dels efectes més immediats en la salut i qualitat de vida que descriu la literatura científica. Alguns d'aquests efectes són l'insomni i l'ús de somnífers o sedants, l'augment de la irritabilitat, l'empitjorament del rendiment en les tasques cognitives, el nerviosisme i l'estrès, el pessimisme,

i finalment l'agressivitat i la mobilitat residencial². A partir de les dades d'aquest informe, la direcció del districte planeja la introducció de diverses mesures en el nou pla d'usos que està elaborant.

Figura 8. Percentatge de persones que declaren que estan d'acord o molt d'acord amb l'afirmació "al meu barri hi ha molt soroll", segons districte. Barcelona, 2016.



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

¹Hurtley, C. (Ed), 2009. Night noise guidelines for Europe. World Health Organization Europe, Copenhagen, Denmark.

²Puig-Barrachina, V., Ariza, C., López, MJ., 2017. Estudi de valoració de l'impacte del soroll procedent d'activitats relacionades amb l'oci nocturn sobre la salut de les persones a Ciutat Vella. Agència de Salut Pública de Barcelona.



Els comportaments relacionats amb la salut

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

El context socioeconòmic

La població

L'entorn familiar

L'entorn econòmic

Les condicions de vida

La participació per la salut col·lectiva

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

El context físic

Les condicions físiques de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

30 anys de vigilància i control de la tuberculosi i de la infecció per VIH/sida a Barcelona

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública

de Barcelona, 130 anys d'història

La salut en xifres

L'activitat física i la mobilitat

58

El transport actiu (a peu o amb bicicleta) pot considerar-se una eina fonamental per a combatre el sedentarisme de la població, ja que pot aportar contribucions significatives a l'activitat física que es fa en la vida diària. A més, és clau per a contribuir a la disminució de la contaminació ambiental a les ciutats. D'altra banda, l'ús continuat del transport motoritzat pot considerar-se un comportament sedentari relacionat amb problemes de salut. Les persones necessiten desplaçar-se per a poder dur a terme les activitats de la vida quotidiana. Per tant, el transport és una activitat rutinària que es realitza al llarg de la majoria de dies de la setmana. A Barcelona, segons dades de l'Enquesta de salut de 2016, el 53,9% dels homes i el 62,5% de les dones residents a Barcelona s'han desplaçat a peu o amb bicicleta més de trenta minuts el dia anterior a l'entrevista. L'activitat física que aquestes persones realitzen al desplaçar-se és una activitat potencial per a aconseguir les recomanacions d'activitat física de l'Organització Mundial de la Salut.

L'elecció del mitjà de transport està directament relacionada amb factors socioeconòmics i de l'entorn físic, entre altres. Hi ha diferències significatives entre els districtes de Barcelona quant al percentatge d'homes i dones que podrien aconseguir les recomanacions d'activitat física a través del transport. En el cas dels homes, els districtes de l'Eixample i Sant Andreu són els que presenten percentatges més elevats d'homes que es desplacen a peu o amb bicicleta més de trenta minuts al dia, i és Les Corts el que presenta menys percentatge, i aquest resulta ser notablement més baix (65,0%, 65,8% i 29,8%, respectivament). En el cas de les dones, són els districtes de l'Eixample i Horta-Guinardó els que presenten percentatges més alts (76,0% i 67,6%, respectivament), i els districtes de Ciutat Vella i Sarrià-Sant Gervasi els que presenten els percentatges més baixos (50,1% i 50,9%, respectivament) (vegeu el quadre 1).

En relació amb el transport motoritzat, destaca que un 8,7% dels homes residents a Barcelona només s'han desplaçat en transport motoritzat el dia referit en l'entrevista, enfront del 5,0% de les dones. Destaca l'alt percentatge de persones que només es desplacen en transport motoritzat en alguns barris, com són Les Corts, Horta-Guinardó i Sarrià-Sant Gervasi en el cas dels homes (18,4%, 14,6% i 14,1% d'homes, respectivament), i Sarrià-Sant Gervasi i Horta-Guinardó en el cas de les dones (10,0% i 9,5%).

Quadre 1. Desplaçaments per tipus de mobilitat activa, segons el sexe i el districte. Barcelona, 2016.

Districte	Es desplaça a peu o amb bicicleta 30 minuts o més				Es desplaça a peu o amb bicicleta menys de 30 minuts				Només es desplaça en transport públic				Només es desplaça en transport motoritzat			
	Homes		Dones		Homes		Dones		Homes		Dones		Homes		Dones	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ciutat Vella	38	42,7	36	50,1	48	54,2	36	49,9	1	0,7	0	0,0	2	2,3	0	0,0
Eixample	121	65,0	148	76,0	41	22,1	33	17,1	8	4,4	5	2,4	16	8,4	9	4,5
Sants-Montjuïc	74	56,8	68	58,2	47	36,1	44	38,1	5	3,5	2	1,8	5	3,6	2	1,9
Les Corts	16	29,8	29	53,9	24	45,3	20	36,4	3	6,5	1	2,1	10	18,4	4	7,6
Sarrià-Sant Gervasi	47	51,0	56	50,9	29	31,5	38	34,7	3	3,4	5	4,4	13	14,1	11	10,0
Gràcia	42	50,4	55	61,3	31	37,9	25	27,5	1	0,7	5	6,1	9	10,9	5	5,2
Horta-Guinardó	50	50,3	74	67,6	33	33,0	20	18,1	2	2,1	5	4,8	15	14,6	10	9,5
Nou Barris	47	50,3	59	61,2	38	41,2	33	34,4	3	3,4	2	1,9	5	5,1	2	2,5
Sant Andreu	59	65,8	57	58,9	16	18,0	29	30,5	6	6,6	2	1,8	8	9,5	8	8,8
Sant Martí-Poblenou	85	53,8	110	65,7	60	38,0	53	31,7	1	0,9	1	0,9	12	7,4	3	1,8
Total	577	53,9	691	62,5	367	34,3	331	30,0	33	3,1	28	2,6	93	8,7	55	5,0

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

Les dades provinents de l'Enquesta de factors de risc en estudiants de secundària (FRESC 2016) també mostren aquesta relació entre el transport i els factors socioeconòmics. Segons el nivell socioeconòmic del barri on s'ubica el centre educatiu (determinat a partir de l'Índex de Renda Familiar Disponible 2013), el percentatge d'alumnat

que usa un mitjà de transport actiu (a peu o bicicleta) per a anar a l'escola, l'institut o el centre educatiu és més gran en els barris desfavorits (67,3% respecte de 50,7%, en el cas dels nois; 69,5% respecte de 47,2%, en el de les noies). En aquests barris desfavorits, en canvi, utilitzen molt menys el transport motoritzat que en els barris benestants (4,0% respecte de 13,1%, en el cas dels nois; 4,4% respecte de 17,1%, en el de les noies).

L'alimentació saludable

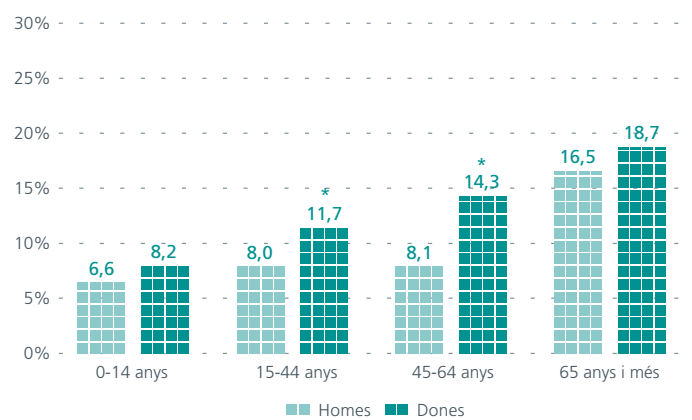
El consum de fruites i verdures és un dels components principals d'una alimentació saludable, ja que la riquesa en vitamines, elements minerals, antioxidants i fibra ajuda a prevenir malalties com les cardiovasculars i determinats tipus de càncers.

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016, només un 11,7% del total de la població de la ciutat segueix la recomanació alimentària de consumir cinc o més racions de fruita i/o verdura diàriament. Quan es mira com es distribueix aquest consum segons el sexe, són les dones les que segueixen aquesta recomanació amb més freqüència (13,7%, respecte dels homes, 9,3%).

La figura 1 mostra que el seguiment de la recomanació presenta un gradient ascendent amb l'edat, i el grup de 65 i més anys és el que consumeix més fruita i verdura, tant en homes (16,5%) com en dones (18,7%). En canvi, el grup de la població més jove, de 0 a 14 anys, és el que fa un seguiment més escàs de la recomanació. Només el 6,6% dels nens i un 8,2% de les nenes

d'aquestes edats mengen cinc o més racions de fruita i/o verdura al dia. Aquestes dades mostren la necessitat de posar en pràctica accions que afavoreixin la recuperació del model de dieta mediterrània entre la nostra població més jove.

Figura 1. Seguiment de la recomanació de menjar diàriament cinc racions de fruita i/o verdura, Barcelona 2016.



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

Nota: * significa que la diferència entre ambdós sexes és estadísticament significativa

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

60

El consum de tabac

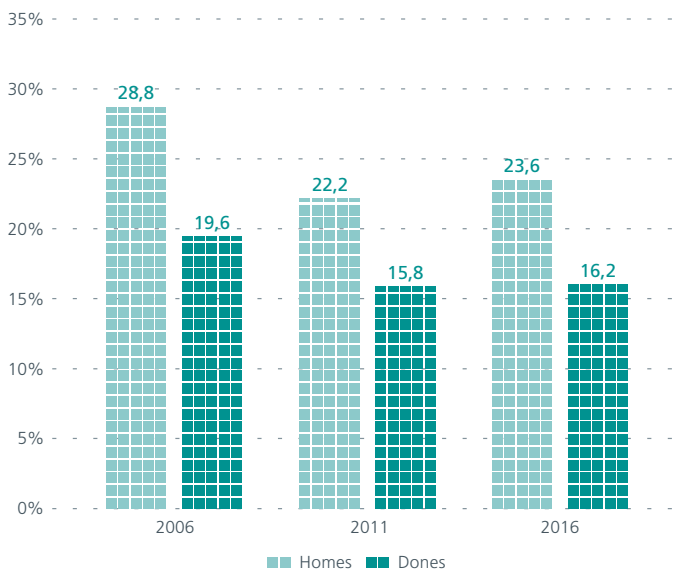
En relació amb el consum de tabac en població adulta, el 2016 s'observa una diferència entre el consum que en fan els homes i el que en fan les dones, amb una prevalença de fumadors/-ores habituals del 23,6% i del 16,2%, respectivament. Pel que fa a la tendència històrica, el consum va disminuir tant en homes com en dones entre el 2006 i el 2011, si bé entre el 2011 i el 2016 no hi ha hagut canvis significatius (vegeu la figura 2).

El consum d'alcohol i drogues il·legals

A Barcelona, 9 de cada 100 homes i 4 de cada 100 dones de la població adulta presenten un consum de risc d'alcohol, és a dir un consum de més de 40 grams/dia en els homes i 20 grams/dia en les dones. El cànnabis és la substància il·legal més consumida, un 6,8% dels homes i un 1,8% de les dones l'havien consumit en el darrer mes; mentre que el percentatge de consum de cocaïna en el darrer mes se situa en el 0,5% en el cas dels homes i el 0,1% en el de les dones (vegeu la figura 3).

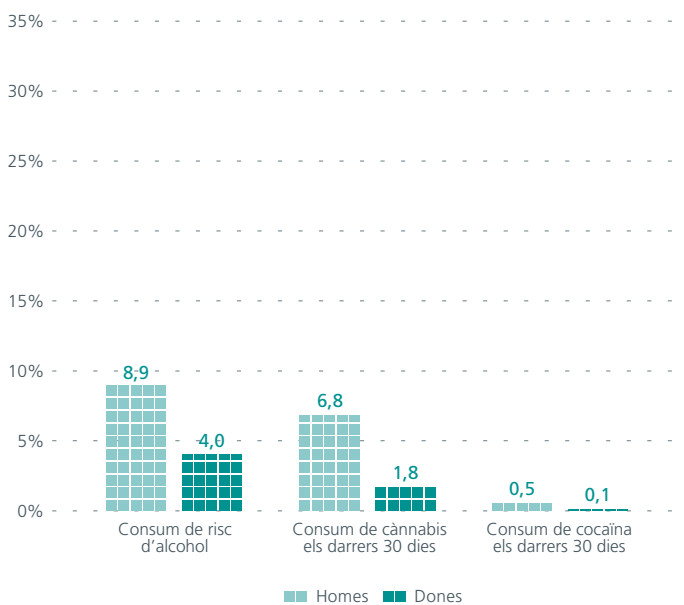
Segons dades de l'enquesta FRESC 2016¹, l'edat mitjana d'inici de consum d'alcohol, tabac i cànnabis, s'ha retardat, tant en nois com en noies, en aproximadament nou mesos durant el període de 2012-2016. En l'any 2016, malgrat que l'edat d'inici del consum de tabac i cànnabis s'ha igualat en ambdós sexes (13,8 anys en tabac i 14,4 anys en cànnabis), els nois continuen iniciant-se en el consum d'alcohol una mica abans (13,2 anys en els nois i 13,5 anys en les noies). Pel que fa a les borratxeres i el consum de cànnabis, s'observa una disminució, tant en nois com en noies, respecte de l'any 2012. En relació amb el consum de tabac setmanal, hi ha una disminució en les noies, però en nois es manté constant des de 2012 (vegeu la figura 4 de la pàgina 61). La prevalença de borratxeres en els últims sis mesos, sobretot en les noies, és la que presenta una disminució més important, atès que passa d'una prevalença del 19% al 17% en el cas dels nois, i del 27% al 18% en el de les noies. Tot i així, les prevalences continuen essent elevades.

Figura 2. Prevalença de fumadors/-ores habituals, segons el sexe. Barcelona, 2006-2016.



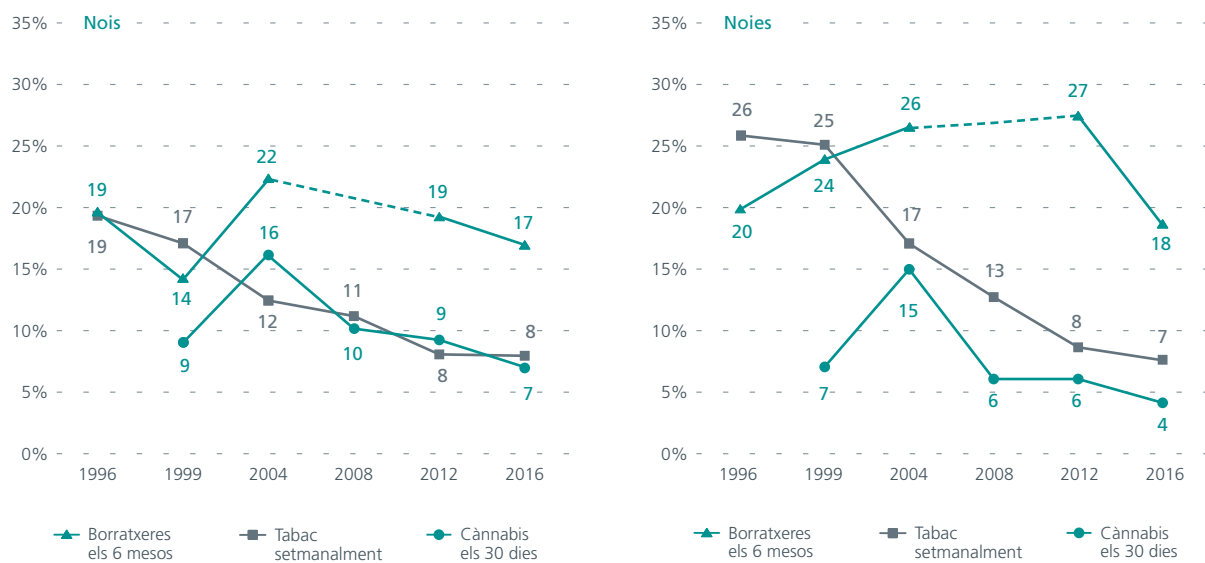
Font: Enquesta de Salut de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 3. Consum de risc d'alcohol, consum de cànnabis i cocaïna en els darrers trenta dies, segons el sexe. Barcelona, 2016.



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

Figura 4. Consum d'alcohol, tabac i cànnabis en escolars d'educació secundària obligatòria i batxillerat. Barcelona, 1996-2016.



Font: Enquesta, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: L'any 2008 no hi ha dades en relació amb les borratxeres en els últims sis mesos.

¹Santamarina-Rubio E, Serral Cano G, Perez C, Ariza C i Grup col·laborador de l'enquesta FRESC 2016. La salut i els seus determinants en l'alumnat adolescent de Barcelona. Enquesta FRESC 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2017.



La salut

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

El context socioeconòmic

La població

L'entorn familiar

L'entorn econòmic

Les condicions de vida

La participació per la salut col·lectiva

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

El context físic

Les condicions físiques de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

30 anys de vigilància i control de la tuberculosi i de la infecció per VIH/sida a Barcelona

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública

de Barcelona, 130 anys d'història

La salut en xifres

L'esperança de vida

64

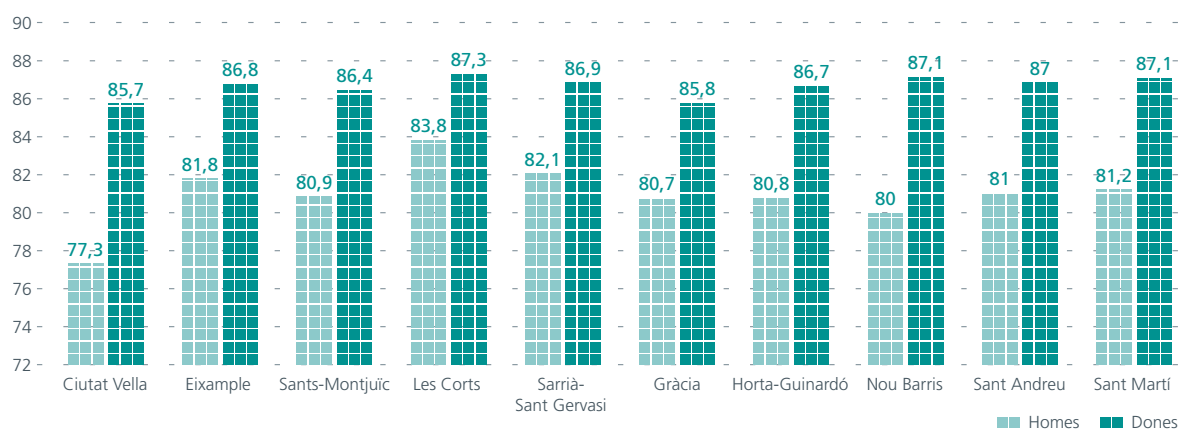
Segons el Registre de Mortalitat de la ciutat de Barcelona, l'any 2015 l'esperança de vida va ser de 80,8 anys per als homes i de 86,6 anys per a les dones. Aquestes xifres situen l'esperança de vida de les persones residents a Barcelona una mica per sobre de la de Catalunya (80,4 i 85,9 anys, respectivament) i la de l'Estat espanyol (79,9 i 85,4 anys).

En comparació amb l'any anterior, l'esperança de vida va augmentar molt lleugerament en el grup dels homes (80,6 l'any 2014) i va disminuir en el de les dones (86,7). Això no obstant, aquest

indicador ha millorat considerablement si el comparem amb el de l'any 2005 (77,0 i 84,2 anys, respectivament).

Tot i les bones dades globals en l'esperança de vida a la ciutat de Barcelona, hi ha desigualtats entre els districtes i els barris de la ciutat. A la figura 1 es mostren les diferències en aquest indicador entre els districtes de la ciutat. En homes, l'any 2015 es va observar una diferència de 6,4 anys en l'esperança de vida entre els districtes; el districte de Ciutat Vella fou el que va presentar un valor més baix (77,3 anys), i Les Corts el més elevat (83,8 anys). Aquestes diferències van ser menors en el cas de les dones (d'1,6 anys). Les desigualtats entre barris s'analitzen amb més detall en el capítol de desigualtats en salut d'aquest informe.

Figura 1. Esperança de vida als districtes. Barcelona, 2015.



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

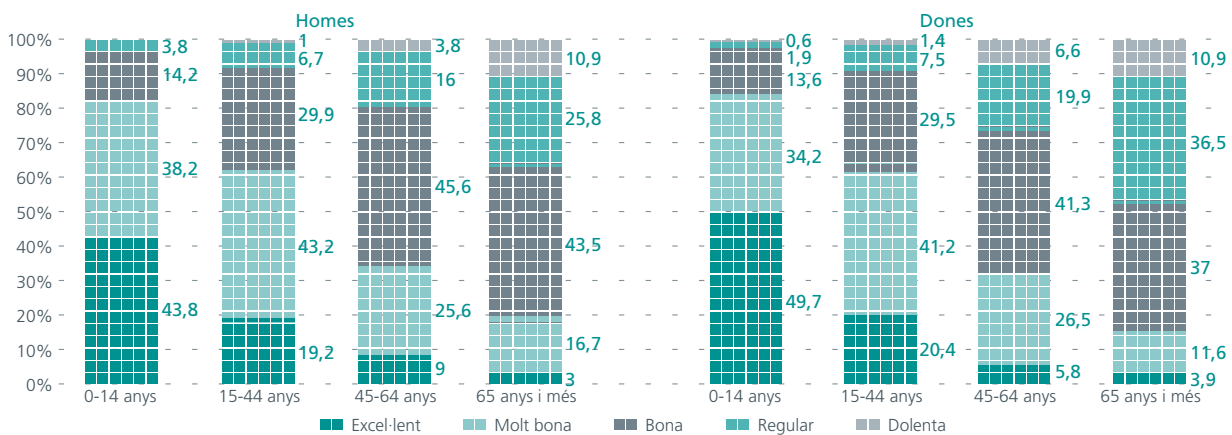
L'estat de salut percebut

L'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016 feta als residents de Barcelona permet conèixer l'evolució de l'estat de salut declarat per les persones entrevistades. La salut percebuda es relaciona amb les dimensions física i mental de la salut i es classifica segons cinc categories: excel·lent, molt bona, bona, regular o dolenta. Tenir un estat de salut regular i/o dolent es considera una mala salut percebuda. Entre les dones, declaren tenir un estat salut regular o dolent el 22,6%, mentre que entre els homes ho fan el 15,5%. La mala salut percebuda s'incrementa amb l'edat, i passa

del 8,9% en les dones del grup d'edat de 15-44 anys, al 47,4% en les de més de 64 anys. En els homes, passa del 7,7% al 36,7% en els mateixos grups (vegeu la figura 2).

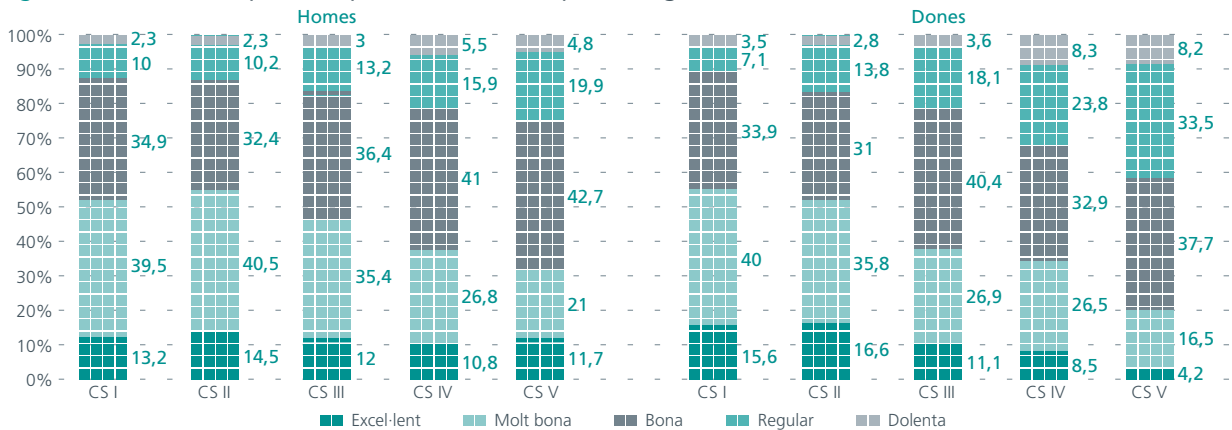
Persisteixen les diferències segons la classe social. En les dones de la classe social menys afavorida, la mala salut percebuda se situa en el 41,7%, mentre que en les de classe social més benestant, és de 10,6%; en els homes, aquests valors van del 24,7% al 12,3% (vegeu la figura 3). Aquestes desigualtats per nivell educatiu es tradueixen també en desigualtats segons la renda dels barris, agrupats en cinc categories. En els barris amb renda més baixa, la mala salut percebuda és el doble (25,1% en ambdós sexes) que en els barris amb renda més alta (13,2%)

Figura 2. Estat de salut percebut per edat i sexe, en percentatges. Barcelona, 2016.



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

Figura 3. Estat de salut percebut per classe social, en percentatges. Barcelona, 2016.



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

Nota: CS I: Directors/-ores i gerents amb deu o més assalariats/-ades i professionals associats/-ades a llicenciatures universitàries ; CS II: Directors/-ores i gerents amb menys de deu assalariats/-ades i professionals associats/-ades a diplomatures universitàries i altres professionals de suport tècnic; CS III: Ocupacions intermèdies i treballadors/-ores per compte propi; CS IV: Supervisors/-ores i ocupacions tècniques qualificades i semiqualificades; CS V: Treballadors/-ores no qualificats/-ades.

L'obesitat i l'excés de pes

66

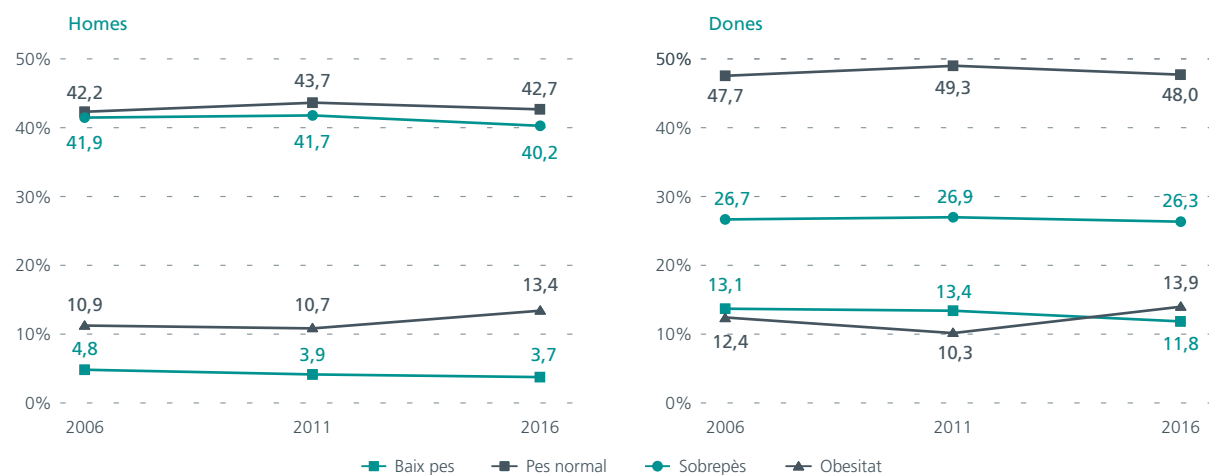
L'obesitat o l'excés de pes és un dels factors de risc principals en el desenvolupament de moltes malalties cròniques, així com de mortalitat prematura. Una bona pràctica d'hàbits saludables és vital per a mantenir un pes adequat segons l'edat i el sexe.

La figura 4 mostra l'evolució del pes en la població adulta de la ciutat de Barcelona amb les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB) dels anys 2006, 2011 i 2016 per sexe. En els homes s'observa una tendència d'estabilitat en el pes normal i el sobrepès. En canvi, l'obesitat ha experimentat un augment respecte de l'any

2011, en què el 10,7% dels homes tenien obesitat, fins al 13,4% que hi ha en el 2016. En les dones també hi ha una tendència d'estabilitat en el cas del pes normal i el sobrepès, que en el 2016 és del 48,0% i el 26,3%, respectivament. En les dones, l'obesitat ha augmentat del 10,3% l'any 2011 al 13,9% l'any 2016. Cal destacar el baix pes en les dones, que en les darreres enquestes, entre l'11,8% del 2016 i el 13,4% del 2011, mostra un pes inferior per edat i sexe.

A Barcelona tenen pes normal una proporció més gran de dones que d'homes. D'altra banda, el sobrepès és més gran en els homes que en les dones; mentre que l'obesitat segueix un patró molt similar en ambdós sexes, i se n'observa un augment en el darrer any estudiat, tant en els homes com en les dones.

Figura 4. Evolució del pes en la població adulta, per sexe. Barcelona, 2006-2016.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona dels anys 2006, 2011 i 2016, Agència de Salut Pública de Barcelona.

La salut laboral

Les lesions per accident de treball

L'any 2016 s'han produït 32.434 lesions per accident de treball amb baixa, 259 de les quals han estat greus, i 31 mortals. En relació amb el 2015 hi ha hagut un augment de tots els nivells de gravetat en ambdós sexes, sobretot de les formes més severes (greus i mortals). En els homes destaca l'increment del 33,6% de les lesions greus, i en les dones, del 50,0% de les mortals, tot i que en aquest darrer cas cal tenir en compte que el nombre és molt reduït (sis casos). També la incidència¹ va seguir el mateix patró ascendent en tots els nivells de gravetat, i destaquen en aquest cas, a més de les lesions per accident de treball greus (augment del 23,0%), les mortals (van augmentar el 19,6%). En el quadre 1 s'observa el nombre, la incidència i els increments d'ambdós indicadors en relació amb el 2015.

El 57,4% dels lesionats han estat homes, que han patit més freqüentment les lesions més greus (70,7% de les greus i 80,6% de les mortals). En ambdós sexes, les lesions per accident de treball greus més freqüents van ser les *in itinere* (el 50,8% de les ocorregudes, en homes, i el 57,9%, en dones), mentre que les mortals més freqüents en els homes van ser les traumàtiques en jornada laboral (44,0%), i en les dones, les no traumàtiques en jornada laboral (50,0%) (vegeu la taula 11 de "La salut en xifres" a la pàgina 115). Pel que fa al tipus d'ocupació, les lesions per accident de treball greus més freqüents també van ser les *in itinere*, tant en les ocupacions no manuals (61,4%) com en les manuals (47,5%), tot i que en aquest darrer grup, les traumàtiques en jornada laboral van tenir una freqüència similar (41,1%). Quant a les mortals, igualment les *in itinere* van ser les més freqüents en ocupacions no manuals (50,0%), mentre que en les manuals van ser tan freqüents les traumàtiques com les no traumàtiques en

¹El 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.

jornada (39,1%). En relació amb l'any anterior, destaca l'augment en el nombre i, sobretot, la incidència de les lesions per accident de treball greus en el sector de la construcció, que van passar de 13 a 28 i de 42,5 lesions per cada 100.000 persones afiliades a 89,7.

Les malalties professionals

Les malalties professionals declarades el 2016 han estat 569, el 58,9% de les quals han estat amb baixa. La incidència ha estat de 63,6 per cada 100.000 persones afiliades (37,4 i 26,1 per cada 100.000, amb baixa i sense baixa, respectivament). Seguint la tendència dels darrers anys, ha disminuït el nombre i la incidència de les malalties professionals (el 2015 van ser 637 les malalties professionals, amb una incidència del 73,8 per cada 100.000 persones afiliades), tot i que l'evolució del nombre de malalties professionals va ser diferent segons el sexe i el tipus d'ocupació: van disminuir les malalties professionals en els homes (de 290 a 218) i en les ocupacions manuals (de 457 a 407), mentre que en les dones i les ocupacions no manuals, les xifres es van mantenir molt similars a l'any anterior (347 i 351 en les dones i 122 i 126 no manuals, en ambdós casos el 2015 i 2016, respectivament).

La patologia més freqüent va ser la musculoesquelètica, sobretot les malalties per fatiga de les beines tendinoses, que van constituir el 63,3% i el 44,9% de les malalties professionals amb baixa en els homes i les dones, respectivament, i el 55,6% i el 38,9% d'un i l'altre sexe, respectivament, quant a les malalties professionals sense baixa. Cal esmentar que el 2016 es va declarar una malaltia per agents carcinògens.

Les malalties relacionades amb el treball

L'any 2016 els centres d'atenció primària van notificar 545 malalties relacionades amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, un nombre lleugerament superior a l'any anterior (531). Aquest increment va afectar només les dones, que van tenir un 4,1% més de casos,

Quadre 1. Lesions per accident de treball amb baixa. Nombre, incidència i variació respecte del 2015, segons gravetat. Barcelona, 2016.

	Nombre		Variació (%)		Incidència (x 100.000 persones afiliades)	Variació (%) 2015-2016
	Homes	Dones	Homes	Dones		
Lleus	18.401	13.743	10,0	6,0	3.590,7	4,4
Greus	183	76	33,6	15,1	28,9	23,0
Mortals	25	6	19,0	50,0	3,5	19,6
Total	18.609	13.825	10,2	6,0	3.623,1	4,5

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.

La salut laboral

68

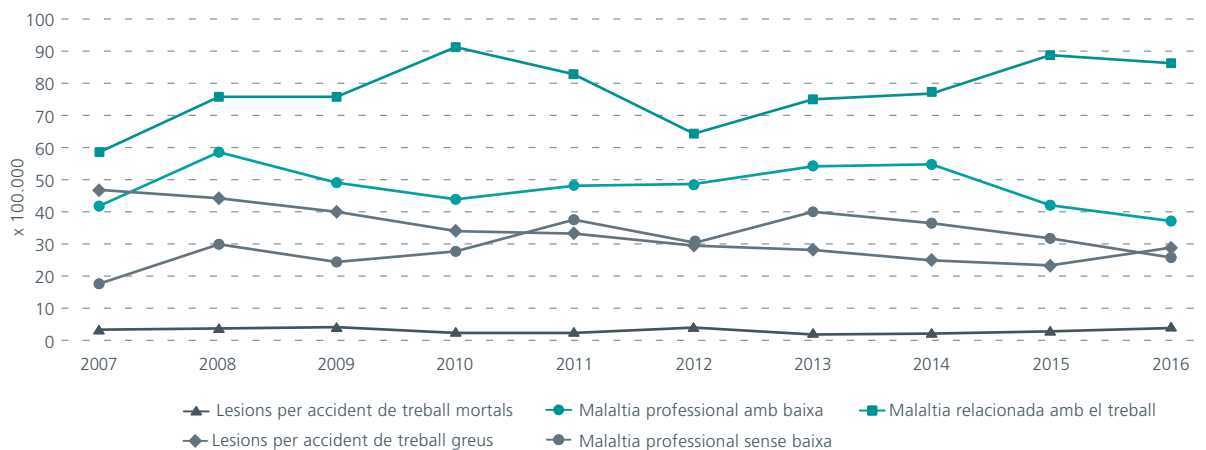
mentre que els homes, en canvi, van mantenir el mateix nombre que el 2015. La incidència, contràriament, va ser lleugerament inferior a la del 2015, va passar de 89,4 per cada 100.000 persones assalariades, a 87,1².

Com en anys anteriors, els trastorns ansiosos i depressius van ser els més freqüents (71,7% dels casos masculins i 72,9% dels femenins), seguits dels musculoesquelètics (18,3% en homes i 16,1% en dones). Respecte de l'any anterior hi va haver poques variacions quant al diagnòstic, tot i que es va produir un augment de trastorns

ansiosos i depressius en els homes (van passar del 64,9% al 71,1%). Quant al tipus d'ocupació, tampoc hi va haver canvis significatius en relació amb el diagnòstic. Cal esmentar l'increment de trastorns nerviosos, que malgrat que no és un dels grups més freqüents, va augmentar en les dones (es va passar de 8 casos el 2015 a 13 casos el 2016) i en les ocupacions manuals (de 6 a 10 casos). En la figura 5 s'observa l'evolució dels tres indicadors de salut analitzats en aquest apartat.

²El 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 5. Evolució de la incidència de les lesions per accident de treball greus i mortals, malalties professionals amb baixa i sense baixa, i malalties relacionades amb el treball. Barcelona, 2007-2016.



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 les lesions per accident de treball i les malalties professionals, i unitats per cada 100.000 persones assalariades en el cas de les malalties relacionades amb el treball. No es disposa de denominadors separats per sexe per a l'afiliació a la Seguretat Social, per la qual cosa no es poden calcular les incidències segons el sexe.

La salut sexual i reproductiva

La fecunditat, els avortaments i l'embaràs en l'edat fèrtil

L'any 2015 es van produir 19.606 embarassos en dones en edat fèrtil (52 embarassos per cada 1.000 dones de 15 a 49 anys), 14.442 dels quals van ser naixements (una taxa de 38,2 naixements per cada 1.000 dones en edat fèrtil) i 5.164 van ser avortaments (un 13,7 per 1.000 de les dones en edat fèrtil).

Des de la davallada que es va produir l'any 2009, la fecunditat s'ha mantingut estable, fins aquest any, en què s'aprecia un descens lleuger. En canvi, els avortaments havien crescut fins l'any 2008 i s'havien mantingut estables fins aquest any, que disminueixen (vegeu la figura 6). Prenent el nombre d'avortaments com a indicador indirecte de la planificació de l'embaràs, l'any 2015 el 26% dels embarassos en les dones en edat

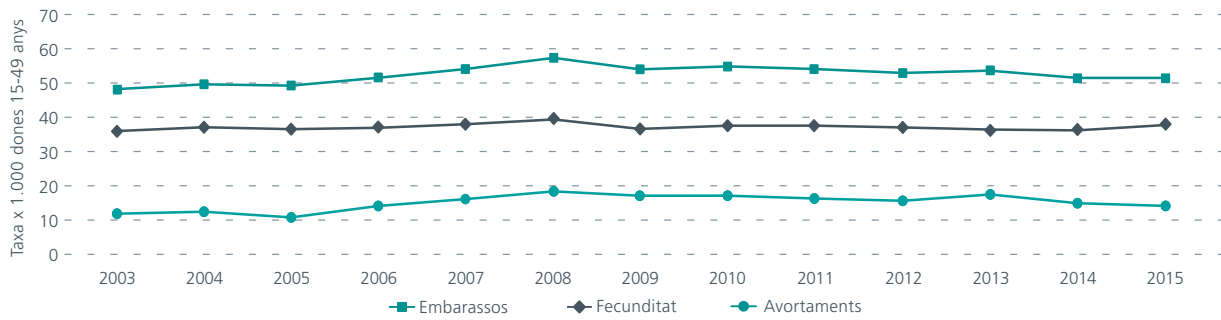
fèrtil acaben en avortament, percentatge que és inferior al del 2014 (29%). La prevenció dels embarassos no previstos permet a les noies adolescents acabar l'educació i adquirir els coneixements fonamentals per al creixement personal. En el nostre entorn, tenir un fill o una filla en l'adolescència comporta tenir més limitades les oportunitats laborals i econòmiques en el futur i patir serioses dificultats materials i socials.

La fecunditat en dones de 15 a 49 anys presenta xifres similars en les dones que han nascut a l'Estat espanyol (38 per cada 1.000 dones) i les que han nascut en països de rendes baixes (40 per cada 1.000 dones). En canvi, els avortaments són més freqüents entre les dones que han nascut en països de rendes baixes (un 22,3 per 1.000 de les dones) que entre les dones nascudes a l'Estat espanyol (10 per cada 1.000 dones) (vegeu la taula 13 de "La salut en xifres" a la pàgina 118).

La fecunditat, els avortaments i l'embaràs en l'adolescència

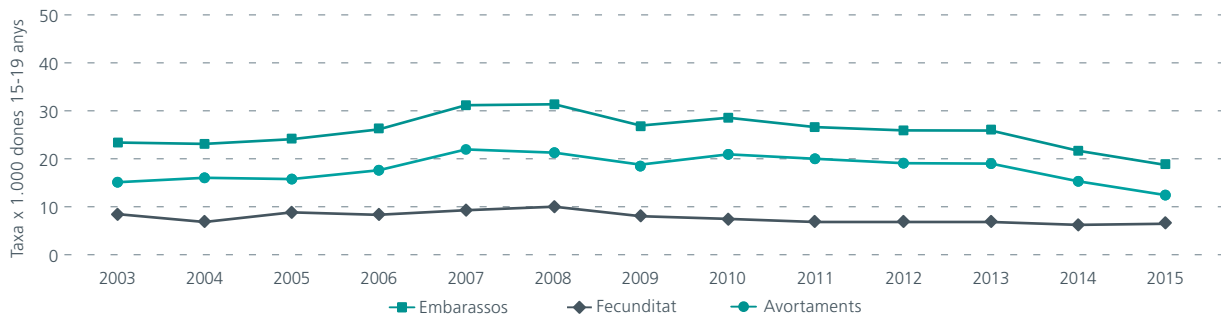
L'any 2015 s'observa en les dones adolescents (fins a 19 anys), un lleuger augment de la fecunditat adolescent, que ha passat de 188 casos (6 per cada 1.000 dones) a 199 (6,4 per 1.000). Els avortaments

Figura 6. Evolució de la fecunditat, els avortaments i els embarassos en dones en edat fèrtil. Barcelona, 2003-2015.



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

Figura 7. Evolució de la fecunditat, els avortaments i els embarassos en dones de 15 i 19 anys. Barcelona, 2003-2015.



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

La salut sexual i reproductiva

70

disminueixen i passen de 506 l'any 2003 (15 per cada 1.000 dones) a 393 l'any 2015 (13 per cada 1.000 dones). Tot i l'augment lleuger de la fecunditat, caldrà veure com evolucionen aquests indicadors en el pròxims anys (vegeu la figura 7 de la pàgina 69).

Hi ha desigualtats per país d'origen de les dones adolescents pel que fa als embarassos, la fecunditat i els avortaments. Les dones originàries de països de rendes baixes presenten més freqüència d'embarassos adolescents (39,5 per 1.000 de les dones, enfront del 13,7 per 1.000 de les dones de l'Estat espanyol), en la fecunditat (17,8 per 1.000 de les dones, respecte del 3,4 per 1.000 de les dones de l'Estat espanyol) i en els avortaments (21,7 per 1.000 de les dones, davant del 10,3 per 1.000 de les dones de l'Estat espanyol).

En les dones adolescents, el 66,5% dels embarassos acaben en avortament. En les dones originàries de països de rendes baixes, el 55% dels embarassos adolescents acaben en un

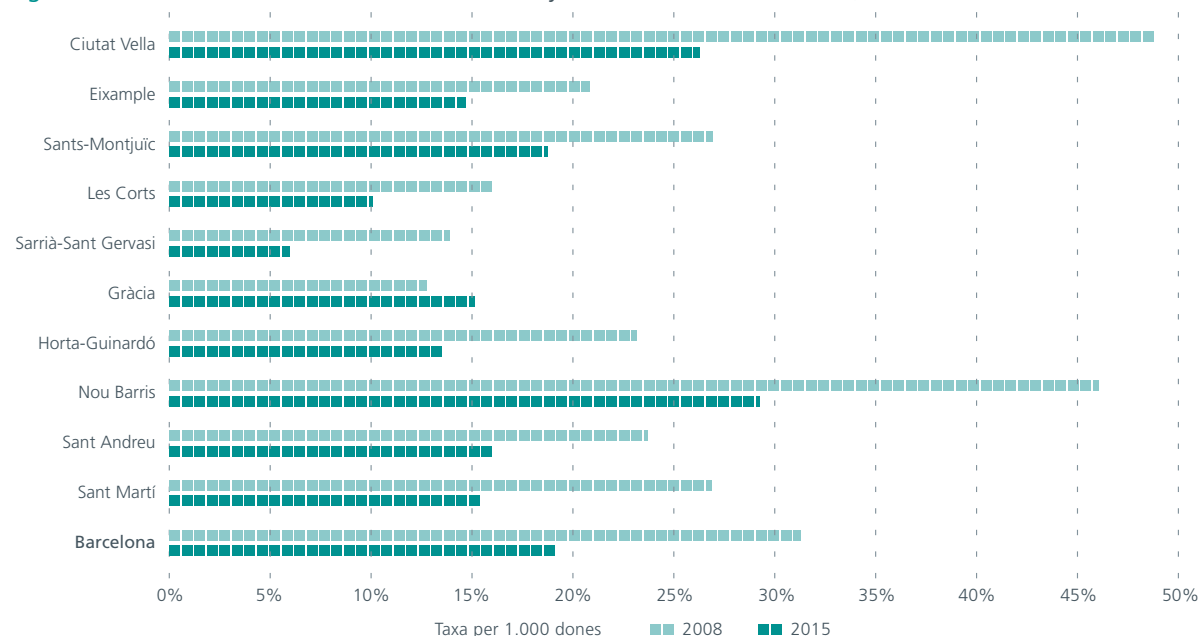
avortament, mentre que aquest percentatge és del 75% en les dones originàries de l'Estat espanyol.

La fecunditat sembla que es manté estable amb lleugeres fluctuacions segons l'edat de les dones. Això no obstant, hi ha desigualtats segons el país d'origen, i territorials pel que fa a la ciutat de Barcelona, en la planificació de l'embaràs en les dones adolescents. La prevenció dels embarassos no previstos permet a les noies adolescents acabar l'educació i adquirir els coneixements fonamentals per al creixement personal. En el nostre entorn, tenir un fill o una filla en l'adolescència comporta tenir més limitades les oportunitats laborals i econòmiques en el futur i patir serioses dificultats materials i socials.

Distribució territorial de la fecunditat, els avortaments i l'embaràs en l'adolescència

Entre el 2008 i el 2015, a la ciutat de Barcelona, els embarassos en les dones adolescents mostren una tendència a la disminució. Aquesta disminució és molt important en el districte de Ciutat Vella, tot i que també es pot observar en altres districtes com Nou Barris, Sants-Montjuïc o Sant Martí, i en la resta de districtes, excepte Gràcia. Nou Barris és actualment el districte amb més freqüència d'embarassos adolescents (vegeu la figura 8).

Figura 8. Taxa d'embarassos en dones de 15 i 19 anys en els districtes. Barcelona, 2008 i 2015.



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

La salut mental i les addiccions

La salut mental poblacional

La mala salut mental es pot mesurar amb l'instrument *General Health Questionnaire* (GHQ-12), que ha estat provat com un bon indicador poblacional de presència de diversos trastorns de tipus psicosocials, com ara l'ansietat i altres. Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona, l'any 2016 el 16,5% dels homes i el 20,3% de les dones de més de 15 anys tenen risc de mala salut mental.

Les diferències per classe social són considerables. El risc de mala salut mental de les classes socials d'ocupacions manuals és del 21,6% en els homes i del 28,8% en les dones, mentre que és del 9,6% en els homes de les classes socials més avantatjades, i de l'11,3% en les dones. Per una altra banda, es mostra com les desigualtats per classe social s'amplien entre el 2006 i el 2016: les diferències entre els dos grups passen del 6,6% al 12,0% en els homes, i del 10,5% al 17,5% en les dones (vegeu la figura 9). El percentatge de treballadors/-ores amb risc de mala salut mental és del 13,4% (11,4% en els homes i 15,2% en les dones), i en els aturats, del 31,1% (27,8% i 34,3%, respectivament).

³El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de trastorns de salut mental 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.

Els trastorns de salut mental relacionats amb el treball

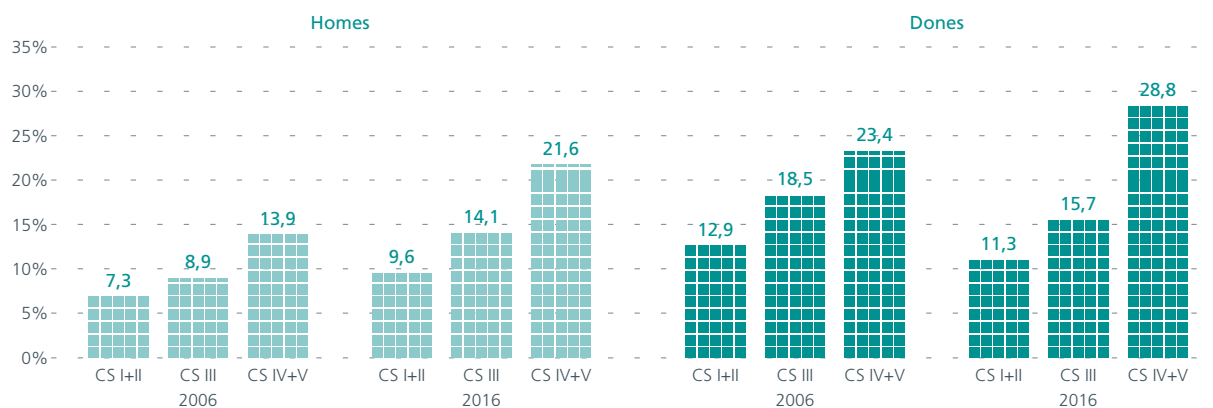
L'any 2016 els centres d'atenció primària de la ciutat han notificat 395 trastorns de salut mental relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona.

Es tracta de trastorns majoritàriament de tipus ansiós i depressiu, la majoria dels quals han afectat dones (65,3%). L'edat mitjana ha estat de 43,7 anys, sense diferències entre sexes. Personal de serveis i comerç i personal de suport van ser les dues ocupacions més freqüents (23,7% i 22,2% en els homes i 23,8% i 28,1% en les dones, respectivament) i les activitats econòmiques amb més casos han estat les administratives en els homes (14,7%) i el comerç a l'engròs i al detall en les dones (21,3%). El 21,5% de les persones que han patit aquests problemes de salut havien nascut fora de l'Estat espanyol, sobretot en països sud-americans (10,3%). La situació laboral més freqüent ha estat la contractació indefinida (89,3%), i el 20,6% treballava en empreses de fora de la ciutat. El 83,3% dels casos notificats estava de baixa en el moment de la notificació, mentre que només el 45,3% havia estat visitat per la mútua d'accidents de treball i malalties professionals.

El factor de risc més freqüentment implicat en els casos estudiats ha estat la manca de suport dels superiors (75,2% dels casos estudiats), seguit dels canvis no desitjats (32,8%) i les altes exigències psicològiques com ara l'elevat volum de feina i la pressió de temps (30,0%).

En relació amb l'any anterior, enguany ha augmentat lleugerament el nombre de casos (en van ser 375 l'any 2015), més en els homes (han passat de 124 a 137) que en les dones (de 251 a 258). També ha augmentat lleugerament la incidència³, que ha passat d'una taxa de 63,4 per cada 100.000 persones assalariades el 2015, al 64,0 el 2016.

Figura 9. Risc de patiment psicològic per classe social i sexe. Barcelona, 2006 i 2016.



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

Nota: CS I: Directors/-ores i gerents amb deu o més assalariats/-ades i professionals associats/-ades a llicenciatures universitàries; CS II: Directors/-ores i gerents amb menys de deu assalariats/-ades i professionals associats/-ades a diplomatures universitàries i altres professionals de suport tècnic; CS III: Ocupacions intermèdies i treballadors/-ores per compte propi; CS IV: Supervisors/-ores i ocupacions tècniques qualificades i semiqualficades; CS V: Treballadors/-ores no qualificats/-ades.

La salut mental i les addiccions

72

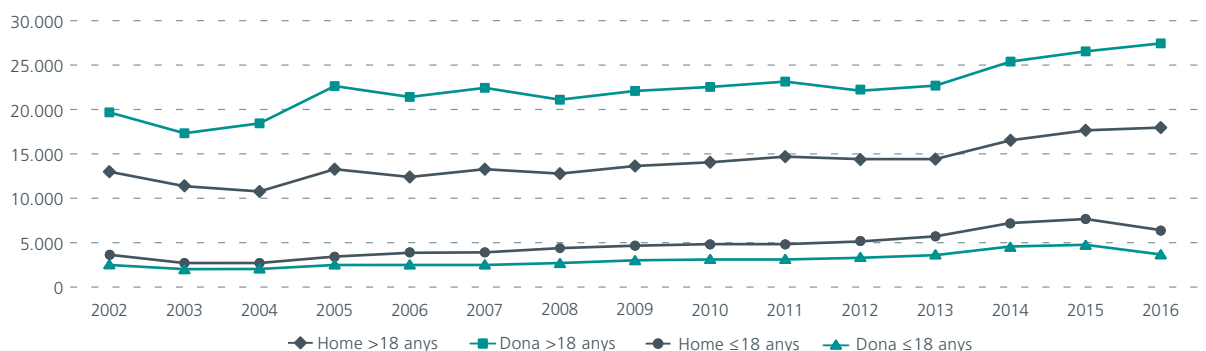
L'atenció a la salut mental en els serveis sanitaris

L'any 2016 s'han atès 45.349 persones als centres de salut mental d'adults i 11.455 als centres de salut mental infantil i juvenil. En la figura 10 es mostra l'increment de la població que ha estat atesa als centres de salut mental del període entre el 2002 i el 2016, amb un increment del 90,4% de la població infantil i juvenil i d'un 61,2% en la població adulta. L'any 2016 la majoria de les persones que han estat ateses als centres de salut mental infantil i juvenil eren de sexe masculí (63,4%), mentre

que als centres de salut mental d'adults eren dones (60,2%). L'activitat realitzada en el marc del suport a la salut mental en l'atenció primària ha augmentat en termes generals, tant en la població adulta com en la infantil i juvenil. A Barcelona, la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària es va consolidant progressivament.

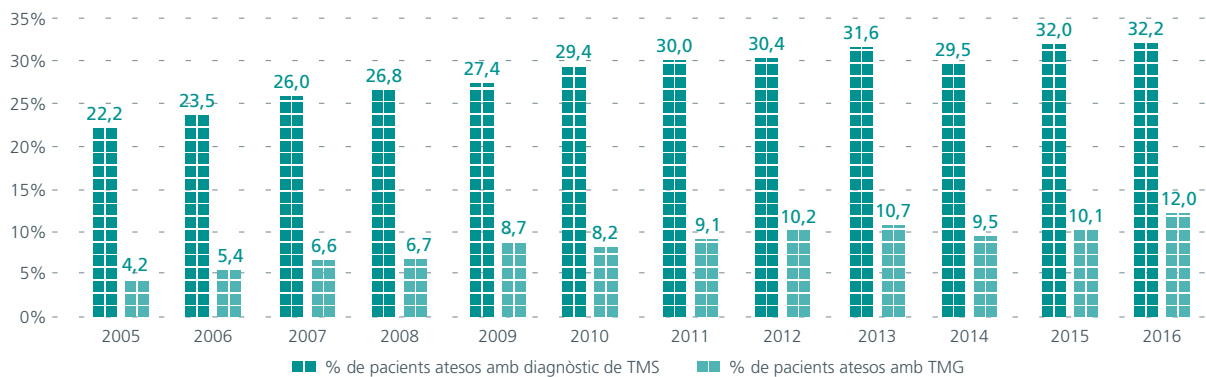
En la figura 11 s'observa l'evolució, en percentatge, de l'atenció a les persones amb trastorns mentals greus i severos del conjunt de persones ateses. En adults, del 22,2% amb trastorns greus atesos el 2005, s'ha arribat al 32,2% el 2016. En la població infantil i juvenil, del 4,2% d'infants i joves amb trastorns greus atesos el 2005, s'ha arribat al 12,0% el 2016. L'increment progressiu es deu en part a la millora en la detecció precoç i el treball conjunt en el marc del nou model de salut mental en l'atenció primària.

Figura 10. Població atesa als centres de salut mental segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2001-2016.



Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades de Salut Mental (CMBD-SM). CatSalut.

Figura 11. Persones amb diagnòstic de trastorn mental sever (TMS) en adults i trastorn mental greu (TMG) en població infantil i juvenil, entre la població atesa als CSMA i als CSMIJ, en percentatges. Barcelona, 2005-2016.



Font: Conjunt Mínim Bàsic de Dades de Salut Mental (CMBD-SM). CatSalut.

La salut mental en dos col·lectius vulnerables

Població en situació d'atur

L'atur és un determinant social clau de la salut mental que es distribueix de manera desigual segons la classe social, l'ètnia, el gènere, la situació migratòria i el territori. L'impacte de l'atur en la salut mental en aquells grups poblacionals que disposen de menys privilegis socials és més elevat com a conseqüència d'una exposició major a l'atur i una disponibilitat menor de recursos econòmics i socials per a combatre'n els efectes. Per a reduir les desigualtats socials a Catalunya, dins el marc de la "Llei de barris"^(2/2004), a la ciutat de Barcelona es van seleccionar dotze barris prioritaris, amb l'objectiu d'implementar programes de millora en diferents àmbits. Aquests dotze barris es caracteritzen pel fet de tenir els percentatges d'atur més elevats de la ciutat (mitjana del 12%, enfront del 9% de la ciutat).

En aquest context, Barcelona Activa, amb el finançament parcial del Servei d'Ocupació de Catalunya, va dissenyar i implementar un programa d'inserció laboral, "Treball als barris", per a veïns i veïnes en situació d'atur dels barris seleccionats⁴. Les persones que van participar en el programa "Treball als barris" entre maig de 2015 i juny de 2016 es caracteritzaven per tenir un nivell d'estudis formals primaris o inferiors (el

55,9% dels homes i el 48,3% de les dones), per trobar-se en una situació d'atur de llarga durada (el 51,9% dels homes i el 42% de les dones), i perquè més de la meitat no perceben cap tipus de prestació econòmica d'atur (el 59,1% dels homes i el 67,1% de les dones). En relació amb la situació econòmica familiar, la majoria declarava haver-se retardat en el pagament de rebuts relacionats amb l'habitatge o els serveis bàsics de la llar durant l'últim any (el 59,8% dels homes i el 64,9% de les dones).

Aquests desavantatges en termes de determinants socials es tradueixen en un augment de la mala salut mental. Si es compara la prevalença de risc de mala salut mental (GHQ-12) entre la població ocupada de Barcelona, la població en situació d'atur de la ciutat i les persones participants a "Treball als barris" (vegeu la figura 12), s'observa un gradient clar de la mala salut mental a mesura que empitjoren les condicions laborals i socials. Així, la prevalença del risc de mala salut mental de les persones participants en "Treball als barris" és cinc vegades pitjor que la de la població ocupada. La combinació d'atur i desigualtats territorials genera una situació de risc per a la salut mental de les persones.

La població en situació d'emergència habitacional

Des de l'inici de la crisi econòmica, Barcelona pateix una crisi d'habitatge de gran envergadura. Les situacions d'emergència habitacional es donen, per exemple, en les circumstàncies d'haver de viure amb el risc de desnonament per impagament de la hipoteca o el lloguer, en situacions d'ocupació il·legal, i en el fet d'haver de viure amb familiars o amics per problemes econòmics. Aquesta inseguretat residencial, tant en la dimensió física com la legal i econòmica, afecta l'estat de salut dels que la pateixen (ansietat, depressió, trastorn d'estrès posttraumàtic, suïcidis, hipertensió arterial, obesitat, maltractament infantil)^{5,6,7}. L'ASPB va col·laborar amb Càritas i la Plataforma d'Afectats per la Hipoteca (PAH) en

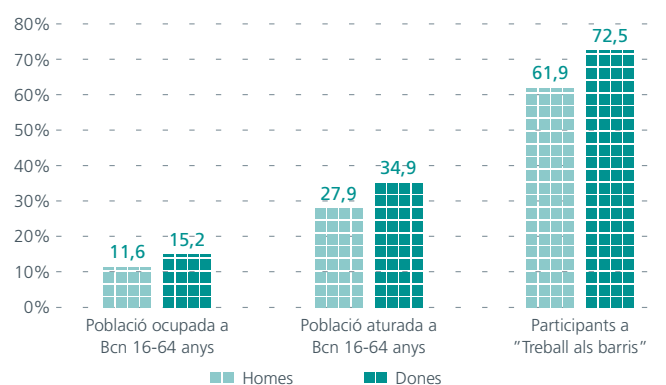
⁴Borrell et al. Projecte "Avaluació dels efectes en la salut del programa Treball als barris", accessible a <https://salutiatgur.wordpress.com> [últim accés 14/09/2017]. Projecte finançat per la Convocatòria RecerCaixa 2014.

⁵Vásquez-Vera H, Palència L, Magna I, Mena C, Neira J, Borrell C. The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. Soc Sci Med [Internet]. 2017; 175(2017):199-208. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617300102>

⁶Downing J. The health effects of the foreclosure crisis and unaffordable housing: systematic review and explanation of evidence. Soc Sci Med [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;162:88-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.014>

⁷Tsai AC. Home foreclosure, health, and mental health: a systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. PLoS One [Internet]. 2015 Jan [cited 2015 Apr 21];10(4):e0123182. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25849962>

Figura 12. Prevalença del risc de mala salut mental (GHQ-12) de la població de Barcelona i de les persones participants de "Treball als barris". Barcelona, 2017.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona (Agència de Salut Pública de Barcelona) i Enquesta de treball als barris (Borrell et al. 2014).

La salut mental i les addiccions

74

dos estudis durant la crisi econòmica a Barcelona i el seu entorn. En un es mostraven com el risc de mala salut mental era set vegades més alt entre les persones amb necessitats d'ajuda financera per serveis bàsics que la població treballadora manual, i deu vegades més alt entre els infants. El segon estudi indicava efectes similars: el risc de mala salut mental era deu vegades més alt entre les persones amb inseguretats residencial que en la població general, i entre els infants de famílies afectades, el 17,6% dels nois i el 12,9% de les noies tenien risc de mala salut mental, mentre que aquesta proporció en la població general era del 4,6% i del 3,1%, respectivament.

No obstant aquestes desigualtats clares, hi ha poca informació sobre els factors mediadors i les vies que poden explicar la relació amb la mala salut física i mental. Per això, el Grup de Recerca en Habitatge i Salut de l'ASPB va ampliar durant el 2017 l'estudi de col·laboració amb la PAH amb l'objectiu d'identificar els mediadors percebuts entre la inseguretat residencial i la salut a través de l'innovador mètode anomenat Fotoveu. Aquest va consistir a fotografiar situacions quotidianes que reflectissin les formes en què la inseguretat residencial conduïa a efectes en salut per part de les onze dones i els set homes pertanyents a la PAH que van participar de l'estudi. Aquestes fotografies van ser compartides i discutides amb la resta del grup i es va generar un espai de reflexió crítica (vegeu, per exemple, la figura 13).

Figura 13. Les nostres vides empaquetades. Barcelona, 2016.



Font: Grup de Recerca en Habitatge i Salut, projecte Fotoveu, Agència de Salut Pública de Barcelona.

D'aquelles sessions van emergir onze categories que, segons les persones participants, corresponen als mediadors entre la inseguretat residencial i la salut:

- 1. Canvis emocionals:** vergonya, culpa, ansietat, estrès, impotència, pèrdua de control de la vida pròpia, por i incertesa són alguns dels canvis emocionals soferts per les persones afectades i que deterioren la salut mental.
- 2. Deteriorament de l'habitatge:** les persones participants refereixen que els problemes econòmics i la incertesa de ser expulsats de l'habitatge en qualsevol moment contribueixen al deteriorament de l'habitatge. Humitats, circuits elèctrics en mal estat, problemes d'aïllament en portes i finestres, i d'altres, afecten negativament la salut.
- 3. La pobresa energètica:** el fet de no poder cobrir necessitats com la calefacció o l'electricitat, moltes vegades per haver de prioritzar el pagament de l'habitatge, és referit com un mediador, però també com un factor d'interacció amb la inseguretat residencial, que agreuja les conseqüències pel que fa a la salut física i mental.
- 4. El treball i l'economia familiar:** la desocupació, la dificultat per trobar feina o els treballs precaris fan més difícil que les persones afectades surtin de la inseguretat residencial i n'agreguen els efectes en la salut.
- 5. Conductes relacionades amb la salut:** les persones afectades van reportar més freqüència de sedentarisme, alimentació poc saludable, alteració del son, consum d'alcohol i "pastilles per a dormir" des que es troben en inseguretat residencial.
- 6. El desnonament:** l'esdeveniment del desnonament per si mateix genera un augment de l'ansietat i l'estrès, pot produir exacerbació de malalties cròniques o fins i tot afectar la salut física com a conseqüència de la intervenció policial, segons indiquen les persones participants.
- 7. Esdeveniments vitals estressants:** esdeveniments vitals estressants com ruptures familiars, separacions o mort de familiars empitjoren les conseqüències del problema de l'habitatge sobre la salut. Algunes d'aquestes situacions són referides com a habituals entre els que estan en situació d'inseguretat residencial.
- 8. La família, els veïns i la xarxa social:** el procés del desnonament implica moltes vegades haver de deixar el barri, els veïns i la xarxa social. Quedar desconnectat de la comunitat, els serveis públics, les escoles, etc., és una de les vies que poden perjudicar la salut, segons les persones participants. D'altra banda, el suport familiar pot atenuar les conseqüències negatives de la inseguretat residencial sobre la salut; o empitjorar-les, en cas de rebuig, culpabilització i estigmatització.
- 9. Els serveis públics:** una resposta amable, resolutiva i empàtica per part dels serveis públics redueix l'ansietat, l'estrès i la por de

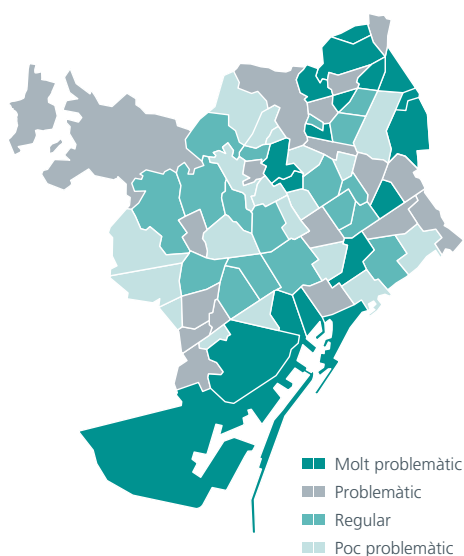
les persones afectades, mentre que les actituds d'enjudiciament, culpabilització o poca empatia exacerbem la sensació de desprotecció, aïllament, vergonya i incertesa.

10. Les institucions financeres: el procés de negociació del deute amb les institucions financeres genera desgast i estrès, que empitjoren la salut mental. Moltes vegades, aquest s'acompanya d'assetjament telefònic, per carta o presencial, que genera nivells d'ansietat alts.

11. La PAH: les persones participants refereixen que la PAH és el factor protector principal davant la inseguretat residencial. Participar del grup els brinda suport emocional, suport col·lectiu a la solució dels casos, una xarxa social nova, sentit de pertinença i apoderament, la qual cosa els permet atenuar els canvis emocionals ja esmentats.

La identificació dels mecanismes entre la inseguretat residencial i la mala salut mental permetran millorar el disseny d'intervencions per a disminuir-ne els efectes adversos.

Figura 14. Distribució de l'índex de consum problemàtic de drogues a la ciutat de Barcelona, segons el barri. Barcelona, 2016.



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

Les addiccions

L'any 2016 la xarxa pública de centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) de Barcelona consta de catorze centres (CAS Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital de Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, CECAS i Lluís Companys). El 2016 el nombre d'inicis de tractament registrats ha estat de 4.242 (4.172 el 2014, 4.444 el 2015) (vegeu el quadre 17 de la pàgina 76). La majoria d'inicis de tractament per trastorn d'ús de substàncies deriva del consum d'alcohol (el 44% en el cas dels homes i el 48% en el de les dones), seguit de la cocaïna (17%). Les dones continuen representant al voltant del 26% dels inicis de tractament per trastorn d'ús de substàncies. Com la resta d'anys, el percentatge d'inicis de tractament dels centres d'atenció i seguiment de gestió municipal (CAS Garbivent, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard) corresponen a prop del 60% dels inicis de tractament de tota la xarxa pública de la ciutat, i la tipologia de substàncies és molt semblant a la de la xarxa pública de tota la ciutat.

L'any 2016 es van atendre 6.483 pacients en els centres de tractament de gestió municipal. El nombre de visites successives –és a dir, la seqüència de visites amb el metge o la metgessa, visites amb el treballador o la treballadora social, visites amb el psicòleg o la psicòloga, visites amb el personal d'infermeria, visites grupals i/o atencions familiars i/o en crisi– que han fet les persones usuàries dels CAS municipals de Barcelona l'any 2016 va ser de 75.570, un 5,4% menys que l'any 2015. En general, cada pacient visitat l'any 2016 va generar dotze visites de seguiment. A més de programes de tractament, els CAS tenen diferents programes de reducció de danys. L'any 2016 es van realitzar 36.538 accessos a les sales de consum supervisades dels diferents CAS i un total de 132.773 visites sanitàries i socioeducatives. També es van distribuir 260.312 xeringues, amb un retorn del 74%.

Les sobredosis mortals per reacció adversa al consum de drogues continuen disminuint. L'any 2015 es van produir 42 sobredosis mortals, un 19% menys que l'any anterior. De fet, s'ha passat de 84 morts per sobredosi l'any 2009 a les 42 de l'any 2015.

L'Índex de Consum Problemàtic de Drogues (ICPD) és un valor numèric que ordena els barris en funció de la seva problemàtica relacionada amb el consum de drogues a partir de diferents indicadors (inicis de tractament per trastorn d'ús de substàncies, mortalitat per reacció aguda al consum de drogues, urgències hospitalàries amb consum de substàncies i xeringues recollides al carrer). Els barris o districtes que tenen una puntuació més alta són aquells que presenten més problemàtica associada al consum de drogues. L'any 2016 el districte de Barcelona que presentava més problemàtica era Ciutat Vella, seguit de Nou Barris i Sants-Montjuïc. Els districtes que presentaven menys problemàtica van ser les Corts, Gràcia i l'Eixample. D'aquesta manera, barris com la Marina del Prat Vermell, Baró de Viver, Torre Baró, la

La salut mental i les addiccions

76

Quadre 17. Persones amb inici de tractament als centres d'atenció i seguiment (CAS) de Barcelona, i en tractament, primeres visites i visites successives¹ als CAS de titularitat municipal², segons la droga primària o el programa de tractament. Barcelona, 2014-2016.

Inicis de tractament als CAS de la xarxa pública de Barcelona ¹						
Substància per la que s'inicia el tractament	2014		2015		2016	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiacis	539	139	572	145	549	123
Cocaïna	563	151	558	139	599	141
Cànnabis	312	100	343	102	288	103
Alcohol	1.371	528	1.545	606	1.373	539
Tabac	126	117	142	114	176	149
Altres ⁴	151	75	107	71	126	76
Total	3.062	1.110	3.267	1.177	3.111	1.131
CAS de titularitat de l'ASPB ²						
Substància per la que s'inicia el tractament	2014		2015		2016	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Persones en tractament						
Heroïna i altres opiacis	1.325	352	1.346	344	1.371	337
Cocaïna	863	231	844	223	889	220
Cànnabis	411	118	451	116	399	136
Alcohol	1.713	712	1.943	777	1.859	802
Tabac	129	118	124	115	142	147
Altres ⁴	86	52	105	63	109	72
Total	4.527	1.583	4.813	1.638	4.769	1.714
Inicis de tractament	2014		2015		2016	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiacis	320	91	319	70	353	70
Cocaïna	389	104	331	77	346	79
Cànnabis	239	74	257	62	197	78
Alcohol	786	297	889	330	836	315
Tabac	91	89	80	76	88	100
Altres ⁴	59	22	46	35	55	45
Total	1.884	677	1.922	650	1.875	687
Visites successives ³	2014		2015		2016	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Heroïna i altres opiacis	19.471	5.542	16.990	5.375	14.557	3.986
Cocaïna	11.920	3.867	10.330	3.375	9.496	2.437
Cànnabis	3.492	1.025	3.567	1.223	3.632	1.203
Alcohol	21.554	10.729	22.576	12.520	23.462	12.400
Tabac	1.289	960	1.161	1.010	1.175	1.097
Altres ⁴	1.174	491	1.146	641	1.128	997
Total	58.900	22.614	55.770	24.144	53.450	22.120

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

Notes: ¹CAS de la xarxa pública de Barcelona: Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital de Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron, Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Hospital Clínic, Càritas, Lluís Companys. ²Centres d'atenció i seguiment de titularitat de l'ASPB: Garbivent, Sants, Sarrià, Horta, Nou Barris, Baluard i Vall d'Hebron. ³Les visites successives compten les visites de medicina, psicologia, infermeria, treballador/-a social, visites familiars, atenció en crisi, educació sanitària, realització d'estudis i sessions de grup (no es tenen en compte les primeres visites generals ni la dispensació de metadona i les analítiques de sang i/o orina).

⁴Altres: no reportat, amfetamines, drogues de disseny i benzodiazepines.

Barceloneta, el Raval o Canyelles són barris que presenten més problemàtica, mentre que els barris de Pedralbes, Diagonal Mar o Sant Gervasi presenten molt poca problemàtica associada al consum de drogues. D'aquesta manera, la problemàtica més gran pel que fa al consum de drogues se situa al litoral i a la part nord-est de la ciutat (vegeu la figura 14 de la pàgina 73).

El Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022

Al juliol de 2016 l'Ajuntament de Barcelona va presentar el Pla de salut mental (PSM) 2016-2022, amb més de cent accions de prevenció, promoció i suport per a millorar el benestar psicològic de la població. El Pla arrenca amb un pressupost per al període 2016-2017 de 51,2 milions d'euros. Es desplega en quatre línies estratègiques: l'abordatge dels determinants socials de la salut mental; serveis i una atenció accessibles a tothom, sobretot a les persones

més vulnerables; respecte als drets, i la bona governabilitat del Pla. El PSM ha estat elaborat a partir d'un ampli procés de coproducció en el qual han participat representants de l'Administració, de les entitats proveïdores de serveis, de les persones afectades i les seves famílies, així com de grups polítics i associacions de professionals, grups científics i altres institucions.

El PSM posa l'accent en els determinants i les desigualtats socials en la salut mental i adopta una perspectiva de curs de vida. Per a millorar la salut mental de les persones és fonamental actuar sobre les condicions de la vida quotidiana, començant en l'etapa prenatal i continuant amb la primera infància, la infància posterior i l'adolescència, l'edat adulta i la vellesa. Els determinants de la salut mental operen en diferents nivells, que inclouen la persona, la família, la comunitat i els determinants estructurals relacionats amb les polítiques. Per tant, l'abordatge del PSM inclou intervencions en diversos sectors com l'ensenyament, la salut, l'habitatge o l'ocupació, entre d'altres, cosa que requereix la participació de diverses administracions públiques, entitats, serveis socials, voluntariat o el sector privat. Per a això, posa èmfasi en el fet que les decisions polítiques que es prenen en tots els sectors assegurin que els programes i les estratègies no danyin i que, potencialment, puguin reduir les desigualtats en la salut mental.

Els trastorns crònics

Hi ha diferències per sexe en el nombre de trastorns crònics en la població adulta. Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016, tenir algun trastorn crònic és més prevalent en les dones (81,1%) que en els homes (74,0%). Segons el nivell educatiu, tenir-ne quatre o més en les dones sense estudis és el 54,9%, mentre que en les universitàries és del 33,6%; en els

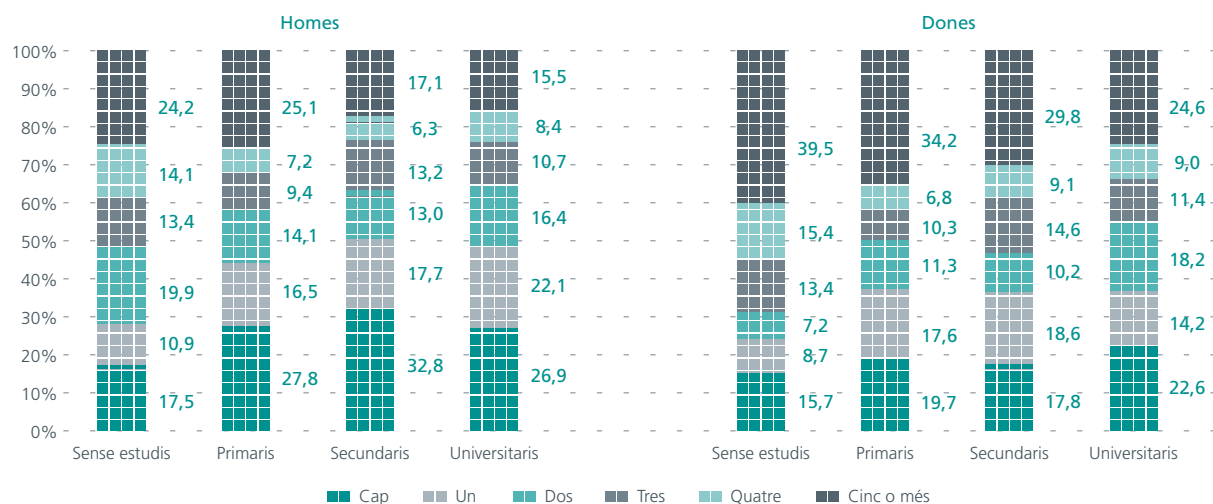
homes correspon el 38,3% i el 23,9%, respectivament (vegeu la figura 15 de la pàgina 78).

Dels trastorns més prevalents en adults, destaquen la tensió arterial alta (el 19,2% en els homes i el 22,0% en les dones) i el colesterol en sang elevat (el 17,9% en els homes i el 19,5% en les dones). També són importants els trastorns crònics que limiten el funcionalment, tots ells amb diferències per sexe, com el mal d'esquena lumbar (el 21,5% en

Els trastorns crònics

78

Figura 15. Nombre de trastorns crònics segons el nivell educatiu i el sexe, en percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 2016.



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

els homes i el 30,6% en les dones), cervical (el 13,5% en els homes i el 27,8% en les dones), i l'artrosi (l'11,6% en els homes i el 25,8% en les dones). La depressió i/o ansietat és el sisè trastorn, i la prevalença que té en les dones quasi duplica la dels homes (el 12,8% en els homes i el 20,3% en les dones) (vegeu el quadre 3).

Entre les persones de menys de quinze anys, els trastorns crònics principals són les al·lèrgies cròniques (el 12,5% en els nois i el 10,2% en les noies), la bronquitis crònica (el 6,6% en els nois i el 10,5% en les noies), la deficiència visual (el 4,1% en els nois i el 9,5% en les noies) i l'otitis de repetició (el 7,8% en els nois i el 4,8% en les noies), seguits de l'enuresi i l'asma.

Quadre 3. Trastorns crònics principals declarats en adults i infants per sexe, en percentatges. Barcelona, 2016.

Adults	Homes	Dones
Mal d'esquena lumbar crònic	21,5	30,6
Mal d'esquena cervical crònic	13,5	27,8
Artrosi	11,6	25,8
Mala circulació de la sang	8,8	23,0
Tensió arterial alta	19,2	22,0
Depressió i/o ansietat	12,8	20,3
Migranya o mal de cap freqüent	9,9	20,9
Al·lèrgies cròniques	15,1	16,1
Colesterol elevat	17,9	19,5
Varius	7,0	21,9
Cataractes	8,3	12,7
Infants	Nois	Noies
Al·lèrgies cròniques	12,5	10,2
Bronquitis cròniques	6,6	10,5
Deficiència visual	4,1	9,5
Otitis de repetició	7,8	4,8
Hiperactivitat	6,4	1,5
Enuresi	4,5	3,2
Asma	3,0	2,5

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

Les lesions per col·lisió de trànsit

Segons dades de la Guàrdia Urbana de Barcelona, l'any 2016 s'han produït a Barcelona 9.345 col·lisions de trànsit amb víctimes, que han tingut com a conseqüència 11.896 persones lesionades lleus (7.205 homes i 4.691 dones), 192 de greus (131 homes i 61 dones) que han requerit una hospitalització de més de 24 hores, i 28 persones mortes (16 homes i 12 dones) durant les primeres 24 hores després de la col·lisió. La mediana d'edat de les persones lesionades ha estat de 36 anys, tant en els homes com en les dones, mentre que en les defuncions ha estat de 46,5 anys en els homes i de 70,5 anys en les dones.

L'evolució del nombre de persones amb lesions lleus per col·lisió de trànsit és de disminució fins al 2011, i a partir d'aquí segueix una tendència a l'alça, tant en el grup dels homes com en el de les dones. El 2016 augmenta un 18,7% respecte de l'any 2011, i un 2,6% respecte del 2015. L'augment en l'últim any s'observa particularment en les dones, que augmenta un 7,6%; en canvi, en els homes es redueix un 0,4%. Respecte del nombre de persones amb lesions greus, s'observa una tendència molt similar a la descrita per a les lesions lleus, però amb una disminució a partir del 2013 en les dones, i del 2014 en els homes. Respecte del 2005, les lesions greus han disminuït més en el grup dels homes que en el de les dones, un 61,1% i un 50,8%, respectivament. En canvi, en l'últim any han disminuït més en el grup de les dones que en el dels homes, un 4,7% i un 3,0%, respectivament. En el cas de les persones mortes s'observa que en els homes hi ha una evolució global descendent, amb una disminució del 33,3% respecte del 2002. En les dones també s'observa una evolució descendent del 2002 al 2015, amb una disminució del 80,0%, però un augment destacable en l'últim any. L'any 2016, el nombre de persones mortes augmenta globalment un 3,7%, però disminueix en els homes un 36,0%, i passa de 25 homes morts el 2015 a 16 el 2016; i en canvi, en les dones augmenta de 2 a 12 (500% d'augment) (vegeu la taula 14 de "La salut en xifres" a la pàgina 119).

La motocicleta i el turisme són els dos modes de transport principals amb els que es lesionen les persones a la ciutat. El 2016, el 56,2% d'homes lesionats eren usuaris de motocicleta i el 21,0%

eren usuaris de turisme. En les dones, el 36,2% de les lesionades eren usuàries de motocicleta i el 26,6% de turisme, però també el 14,5% eren vianants. Pel que fa a les defuncions d'homes, el 2016, el 37,5% eren usuaris de motocicleta, un altre 37,5% eren vianants i el 12,5% eren usuaris de bicicleta. El 83,3% de les dones mortes eren vianants (vegeu la figura 16 de la pàgina 80).

L'evolució de les lesions per trànsit segons el mitjà de transport mostra un augment del 14,3% en el nombre de víctimes usuàries de bicicleta (més gran en dones, del 23,4%, davant del 10,0% en homes), del 5,0% en el nombre de víctimes usuàries de motocicleta (més gran en dones, de l'11,9%, davant del 2,4% en homes), i de l'1,4% en el cas dels vianants (més gran en dones, del 2,2%, davant del 0,3% en homes). En el cas del nombre de víctimes usuàries de turisme i de ciclomotor, globalment s'observa una reducció del 3,7% i de l'1,5%, respectivament; això no obstant, la reducció només s'observa en els homes (8,3% i 6,8%), ja que en les dones hi ha un augment (2,5% i 5,4%).

Són efectives les zones avançades per a motos?

Per a millorar l'elevada mobilitat en motocicleta i ciclomotor a Barcelona, entre 2009 i 2010 es van adaptar trams de via per a disposar d'una zona avançada per a motos (ZAM) prèvia als semàfors. Les ZAM són trams de via de 4 m de llarg, pintats com una graella amb ratlles grogues, anteriors al pas de vianants. Es van implementar 35 ZAM el 2009 (Fase I) i 16 el 2010 (Fase II).

Es va avaluar l'impacte de les ZAM en les col·lisions de trànsit en el període 2002-2014. Per a cada ZAM es va triar una zona pròxima de comparació. Es va definir com a àrea d'estudi els quatre metres de la ZAM i els trenta metres anteriors. Mitjançant la geocodificació de les col·lisions, proporcionades per la Guàrdia Urbana, es va identificar el nombre de col·lisions globals i amb implicació de moto, persones lesionades i conductors de moto implicats ocorregudes en l'àrea d'estudi de les zones ZAM i les zones de comparació en el període preimplementació (fase I, 2002-2009 i fase II, 2002-2010) i postimplementació (fase I, 2010-2014 i fase II, 2011-2014). Tenint en compte la mobilitat i les característiques de la via, es va estimar el percentatge de canvi en la mitjana anual de col·lisió o de lesió en el període "post" respecte del "pre" de cada fase, tant en les zones ZAM com en les zones de comparació.

En l'àrea d'estudi de les zones ZAM, en el període "post" respecte del "pre", va augmentar significativament la mitjana anual de col·lisions amb implicació de moto (44,1%), conductors de moto implicats (38,9%), col·lisions totals (34,3%) i persones lesionades (26,2%). En canvi, en les zones de comparació només va augmentar significativament la mitjana anual de persones lesionades (41,8%). En la fase II no s'observen canvis significatius en el període "post" respecte del "pre", ni en les ZAM ni en les zones de comparació (vegeu

Les lesions per col·lisió de trànsit

80

la figura 17). Per tant, es pot concloure que les ZAM no són efectives per a millorar la seguretat

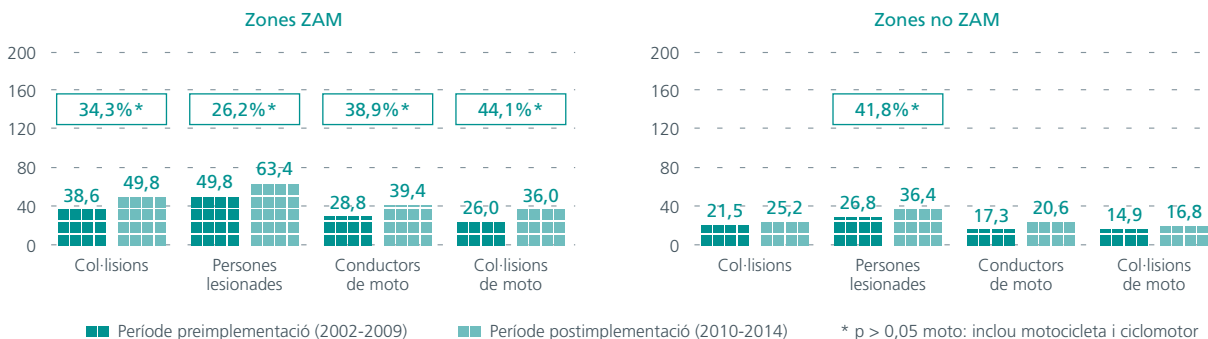
viària. En algunes vies, incrementen el risc de lesió per trànsit en l'àrea ZAM i els 30 m anteriors.

Figura 16. Evolució del nombre de persones lesionades i mortes per col·lisió de trànsit, segons els mitjà de transport. Barcelona, 2006- 2016.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona. Servei de Sistemes d'Informació, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Figura 17. Mitjana anual de col·lisions, persones lesionades i conductors implicats i percentatge de canvi de la mitjana en el període postimplementació respecte del preimplementació en les zones avançades per a motos (ZAM) i les zones de comparació. Barcelona, 2002-2014.



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Guàrdia Urbana. Ajuntament de Barcelona. Servei de Sistemes d'Informació, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Les malalties transmissibles

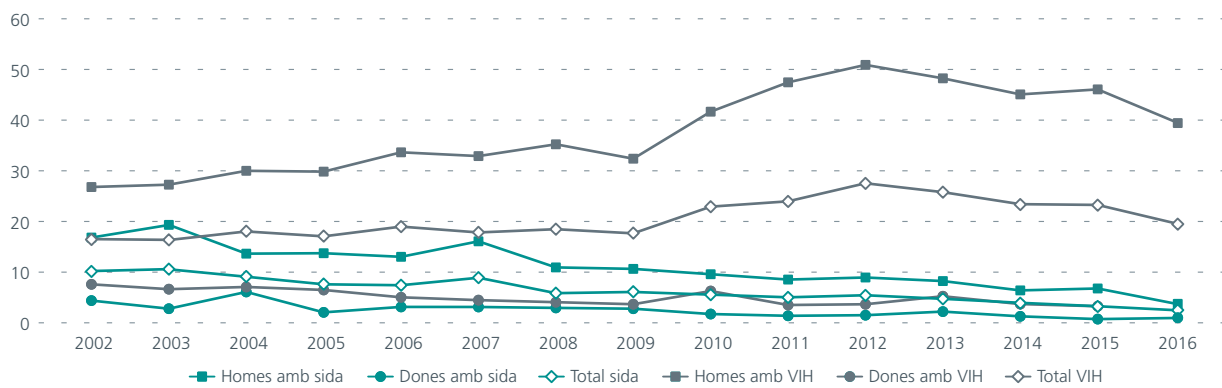
Infecció per VIH/sida

L'any 2016 es van detectar 351 casos nous de VIH a Barcelona, el 88,3% dels quals (310 casos) residien a la ciutat, fet que representa una taxa del 19,3 per 100.000 habitants i un decrement respecte del 2015 del 3,3% (dades provisionals). El 92,3% (286) dels casos eren homes entre els 13 i els 78 anys (mediana de 34 anys). Les edats de les 21 dones oscil·laven entre els 20 i els 62 anys (mediana de 39 anys), tres casos eren transsexuals femenines entre els 28 i els 35 anys. La raó home/dona va ser de 15,2. El 49,7% (142) dels homes i el 33,3% (7) de les dones van néixer a l'Estat espanyol. La figura 18

mostra l'evolució de les taxes d'incidència per cada 100.000 habitants. La via de transmissió més freqüent entre els homes van ser les relacions homosexuals, seguida de les heterosexuals, amb el 83,2% (238) i el 9,1% (26) dels casos, respectivament. Entre les dones, les relacions heterosexuals van ser la via més freqüent (90,5%) (vegeu la figura 19). L'estudi de les parelles sexuals es va realitzar solament en el 48,1% dels casos (49,0% dels homes i 38,1% de les dones).

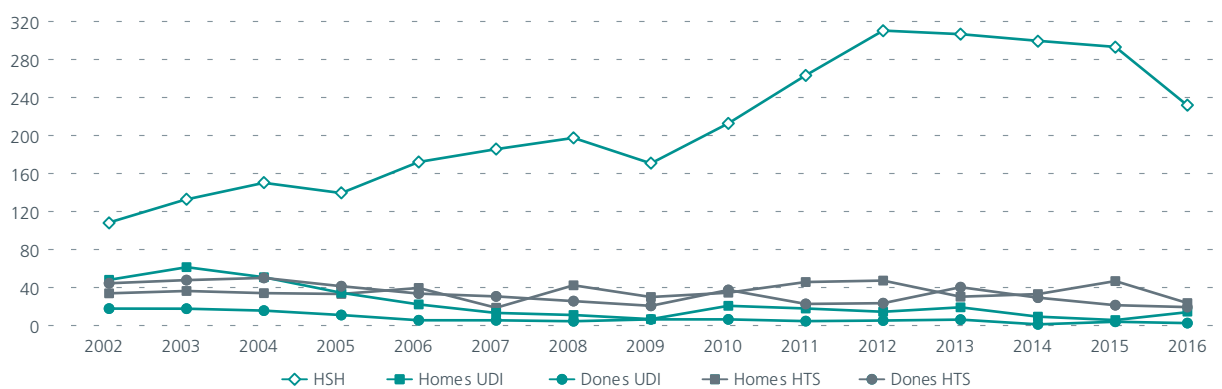
En relació amb la sida, aquest any s'han detectat 38 casos, el 92,1% (35 casos) dels quals residien a Barcelona, fet que representa una taxa de 2,2 casos per cada 100.000 habitants i un decrement de dos punts respecte del 2015. El 74,3% (26) dels casos eren homes entre els 26 i els 78 anys amb una mediana de 42 anys. Les edats de les nou dones oscil·laven entre els 31 i els 52 anys, amb una mediana de 47 anys.

Figura 18. Evolució de la infecció per VIH i de sida per sexe, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 2002-2016.



Font: Registre de sida i de VIH de Barcelona. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. Població: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona. Des del 2010, el VIH és una infecció de declaració obligatòria.

Figura 19. Evolució anual dels nous diagnòstics d'infecció per VIH, per sexe i via de transmissió. Barcelona, 2002-2016.

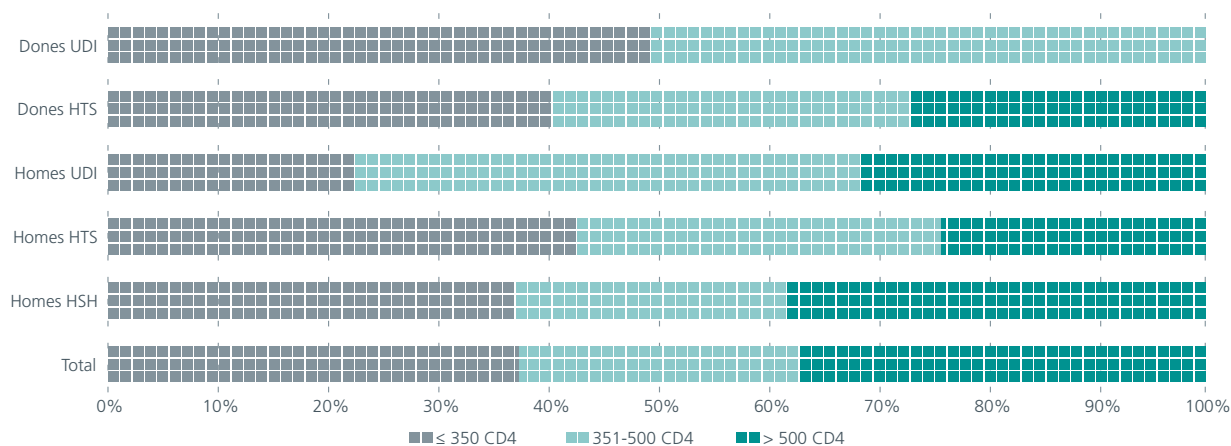


Font: Sistema d'informació del VIH. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: UDI: Usuari de drogues intravenoses; HSH: Homes que practiquen sexe amb homes; HTS: relacions heterosexuals.

Les malalties transmissibles

82

Figura 20. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció per VIH, per sexe i via d'infecció. Barcelona, 2016.



Font: Registre de VIH/sida. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. Actualització a 13 de juliol de 2017.
Notes: UDI: Usuari de drogues intravenoses; HSH: Homes que practiquen sexe amb homes; HTS: relacions heterosexuals.

Les relacions sexuals no protegides van ser la via de transmissió més freqüent. Així, entre els homes, el 61,5% (16) i el 15,4% (4) dels casos van ser deguts a les relacions homosexuals i heterosexuals, respectivament. En el cas de les dones, les heterosexuals representaven el 66,7% (6). L'ús de drogues injectades es va identificar en 3 homes i en 3 dones. Les malalties indicatives de sida més freqüents en els homes van ser el sarcoma de Kaposi (30,8%) i la pneumònia per *P. jirovecii* (30,8%). En el cas de les dones, la pneumònia per *P. jirovecii* i la candidiasi esofàgica van ser les malalties diagnòstiques més freqüents. En relació amb l'estat immunitari, el 37,1% dels nous VIH van presentar menys de 350 limfòcits CD4/mm³ en el moment del diagnòstic, indicatiu de retard diagnòstic. Aquest retard va ser del 36,2% en el cas dels homosexuals, i del 40,0% en la resta dels casos. A la figura 20 es mostra el percentatge de diagnòstics nous de VIH segons el nivell de CD4 i la via de transmissió del VIH.

Altres infeccions de transmissió sexual

La informació epidemiològica sobre les infeccions de transmissió sexual (ITS) s'obté a partir del sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO), i des de l'any 2016, del sistema de

notificació microbiològica (SNMC), que fins ara ha estat un sistema de notificació voluntària i passa a tenir caràcter obligatori per a tots els professionals que treballen en els laboratoris de microbiologia de Catalunya. Això ha fet, d'una banda, confirmar els casos declarats des de l'àmbit assistencial i millorar l'exhaustivitat dels registres (i, secundàriament, ha comportant un cert increment "artefactual" en el sentit que actualment arriben a ser declarats casos que abans no arribaven), però de l'altra, en tractar-se d'una notificació del laboratori, no s'ha pogut completar l'enquesta epidemiològica en tots els casos. També aquest any s'ha incorporat la vigilància epidemiològica de la infecció per *C. trachomatis* com a malaltia de declaració obligatòria individualitzada.

La sífilis

L'any 2016 es van detectar 1.003 casos de sífilis infecciosa, el 88,7% (890) dels quals residien a Barcelona, dada que representa una taxa de 55,3 casos per cada 100.000 habitants (106 casos entre els homes i 9,7 entre les dones) (vegeu la figura 21 de la pàgina 83). Es disposava d'enquesta en 720 casos, el 94,0% (677) dels quals eren homes i tenien entre 14 i 78 anys (mediana de 37,0 anys). Les 43 dones tenien entre 15 i 69 anys (mediana de 35,0 anys). La raó home/dona va ser d'11,0. El 61,6% (417) dels homes i el 79,1% (34) de les dones van néixer a l'estranger. Entre els homes, el 59,1% havien mantingut relacions sexuals amb homes, el 4,1%, relacions heterosexuals, i en el 36,8% no constava aquesta informació. En les dones, el 51,2% havien mantingut relacions heterosexuals, el 6,9% eren dones que havien mantingut relacions amb dones, i en el 41,9% (18) dels casos no es disposava d'aquesta informació (vegeu la figura 22 de la pàgina 84).

Entre els homes es disposava d'informació sobre la coinfecció amb el VIH en 63,8% dels casos; d'aquests, el 32,2% estaven coinfectats. Entre les 22 dones amb aquesta informació, solament una estava coinfectada. L'estudi dels contactes sexuals es va iniciar en el 48,9% dels casos (49,8% dels homes i 34,9% de les dones). Aquesta dada ha millorat de manera global respecte de l'any passat, però encara és clarament insuficient.

La gonocòccia

A Barcelona es van detectar 1.222 de persones amb infecció gonocòccica, el 84,4% (996) de les quals residien a Barcelona. En total, es van detectar 1.079 casos d'infecció gonocòccica en persones residents a Barcelona (83 casos van ser diagnosticats fora de Barcelona). Com la sífilis, se n'observa una tendència a l'augment des del 2007, amb una taxa de 67,1 casos per cada 100.000 habitants (un 125,5 de casos en els homes i un 14,6 en les dones), que representa un increment del 83,6% respecte de l'any anterior (vegeu la figura 21).

El 88,5% (955) eren homes amb edats entre els 16 i els 83 anys (mediana de 32 anys), mentre que l'edat de les dones va oscil·lar entre els 14 i els 62 anys (mediana de 26 anys). El 34,9% dels homes i el 37,9% de les dones van néixer a l'estranger, però es desconeixia el país de naixement en el 24,2% dels homes i en el 15,3% de les dones. Entre els homes, el 64,4% eren homes que practiquen sexe amb homes, i l'11,4%, relacions heterosexuals. Entre les dones, el 77,4% es van considerar relacions heterosexuals, i el 8,0%, dones que practiquen sexe amb dones (vegeu la figura 22 de la pàgina 84). No es disposava d'aquesta informació en el 24,2% dels homes ni el 14,6% de les dones.

Entre els homes es disposava d'informació sobre la coinfecció amb el VIH en el 49,5% dels casos; el 33,6% d'aquests estaven coinfectats, mentre que entre les 80 dones amb aquesta informació, només un cas (1,3%) era VIH positiu. És destacable que en el 50,5% dels homes i en el 35,5% de les dones no figurava aquesta informació, bé perquè la prova no s'havia realitzat, bé perquè no s'havia registrat.

L'inici de l'estudi dels contactes constava en el 38,8% dels casos (37,1% dels homes i 39,0% de les dones). Aquest indicador ha millorat respecte de l'any passat, probablement degut a la creació de programes específics creats en alguns centres de la ciutat i a la col·laboració de personal de l'Agència de Salut Pública.

Les actuacions més intenses per a la detecció precoç de les ITS, així com altres mesures de millores en el diagnòstic en el cas de la infecció gonocòccica, poden ser part dels factors que expliquin l'increment sobtat que s'ha produït aquest any, tot i que no es pot descartar una part d'increment real, tal com s'observava en els darrers anys.

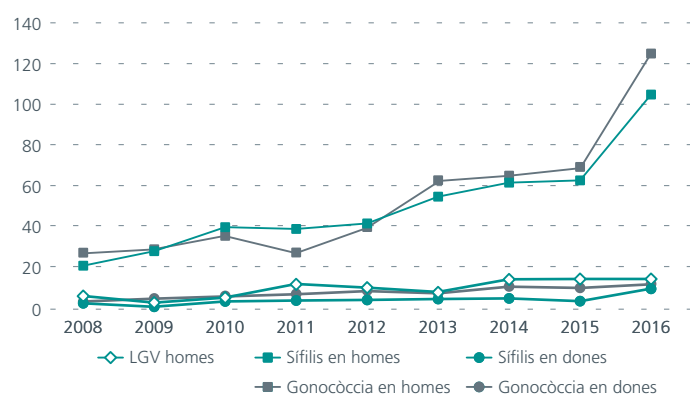
El limfogranuloma veneri (LGV)

Es van detectar 106 casos de limfogranuloma veneri (LGV), el 94,3% (100) dels quals eren residents a Barcelona, xifra que representa una taxa de 13,9 casos per cada 100.000 habitants homes (vegeu la figura 21). Tots els casos eren homes entre 20 i 61 anys (una mediana de 38,5 anys). El 57,5% dels casos van néixer a l'estranger, el 94,0% eren homes que practiquen sexe amb homes, el 76,0% estaven coinfectats pel VIH. Aquest any consta la realització de l'estudi de contactes en el 54,9% dels casos.

La infecció per *Chlamydia trachomatis*

A Barcelona es van detectar 2.078 infeccions per *Chlamydia trachomatis* el 2016, el 72,8% (1.512) de les quals residien a Barcelona, fet que representa una taxa de 94,0 casos per cada 100.000 habitants (99,6 de casos en els homes i 88,9 en les dones). Aquest és el primer any que tenim dades d'infecció per *C. trachomatis* individualitzades, de manera que no es pot comparar amb anys previs.

Figura 21. Incidència de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri (LGV) per sexe, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 2008-2016.



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

Les malalties transmissibles

84

El 50,1% (758) eren homes amb edats entre els 15 i els 70 anys (mediana de 32 anys), mentre que el 49,9% (754) eren dones amb edats entre els 14 i 67 anys (mediana de 25 anys). El 41,6% dels homes i el 37,1% de les dones van néixer a l'estranger, però es desconeixia el país de naixement en el 22,6% dels homes i en el 28,0% de les dones.

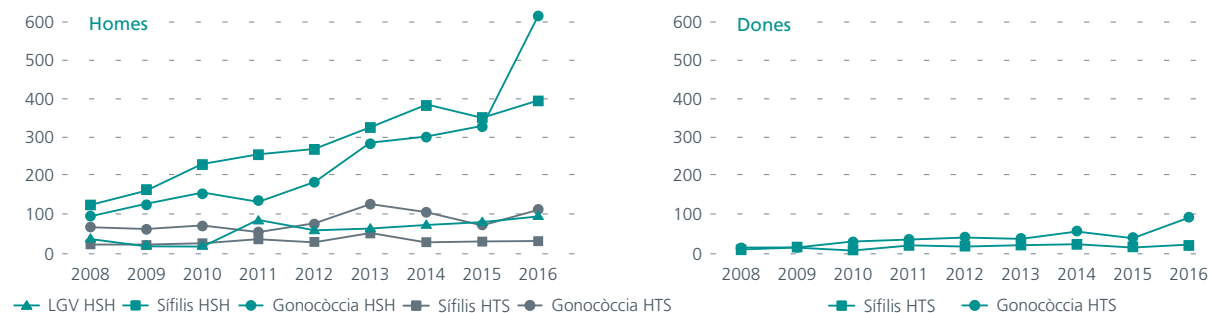
Es disposava d'enquesta en 927 casos (536 homes i 391 dones), el 44,2% (237) d'homes eren homes que practicaven sexe amb homes i el 23,9% (128) eren heterosexuals. Entre les dones, el 65,2% (255) eren relacions heterosexuals i 3,6% (14) eren dones que practiquen sexe amb dones. No es disposava d'aquesta informació en el 31,9% dels homes ni el 31,2% de les dones.

Entre els homes, es disposava d'informació sobre la coinfecció amb el VIH en un 48,1% (258) dels casos; d'aquests, el 22,1% (57) estaven coinfectats, mentre que entre el 37,9% (148) de les dones amb aquesta informació, només un cas (0,7%) era VIH positiva. En el 51,9% dels homes i en el 62,2% de les dones no constava aquesta informació, bé perquè la prova no s'havia realitzat, bé perquè no s'havia registrat.

La tuberculosi

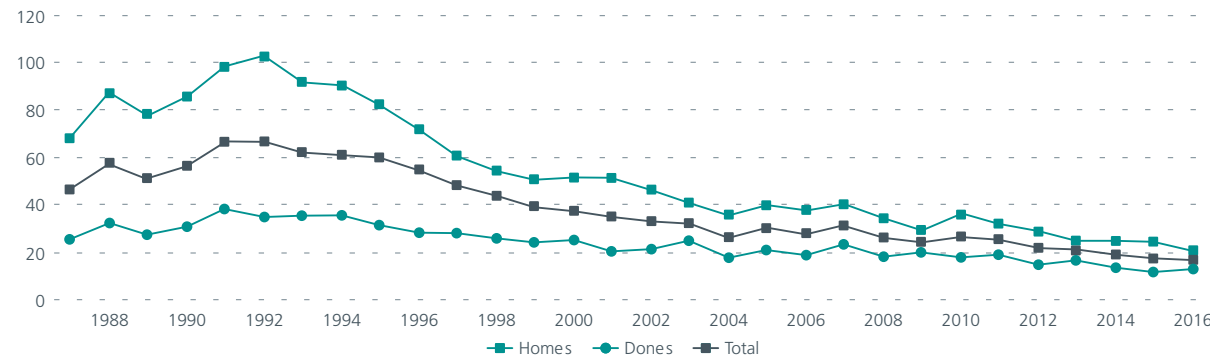
L'any 2016 s'han detectat a Barcelona 412 casos de tuberculosi, 260 dels quals eren residents a la ciutat, xifra que representa una incidència de 16,2 casos per cada 100.000 habitants, un 6,9% inferior a l'any anterior. La malaltia ha davallat només entre els homes (14%), entre les dones hi ha hagut un augment del 7%. La reducció mitjana anual des de l'any 2000 en els homes ha estat del 3,8%, i en les dones, del 3,2%. La malaltia és més freqüent en els homes (157 casos) que en les dones (103 casos) (vegeu la figura 23).

Figura 22. Distribució dels casos de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri (LGV), per sexe i conducta sexual. Barcelona, 2008-2016.



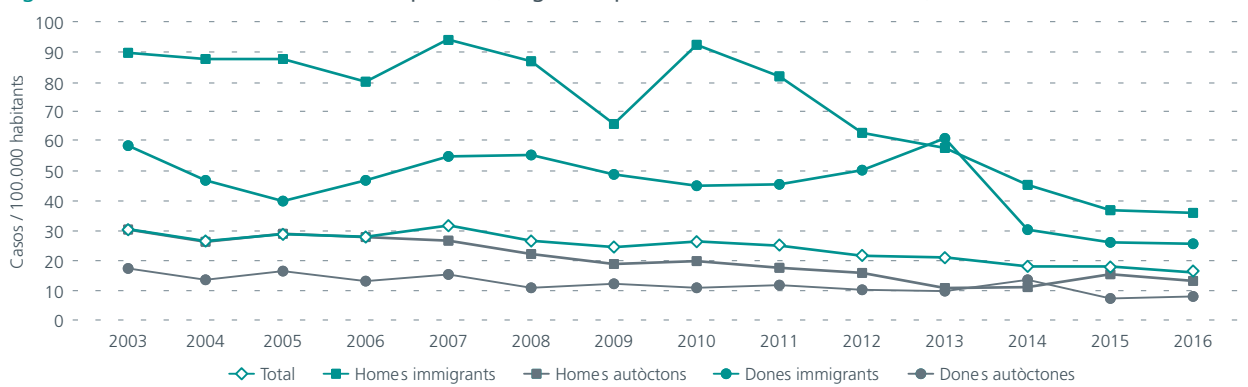
Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
Notes: HSH: relacions sexuals entre homes. HTS: relacions heterosexuals

Figura 23. Evolució de la incidència de la tuberculosi, segons el sexe, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 1988-2016.



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

Figura 24. Incidència de la tuberculosi per sexe, segons el país de naixement. Barcelona, 2003-2016.



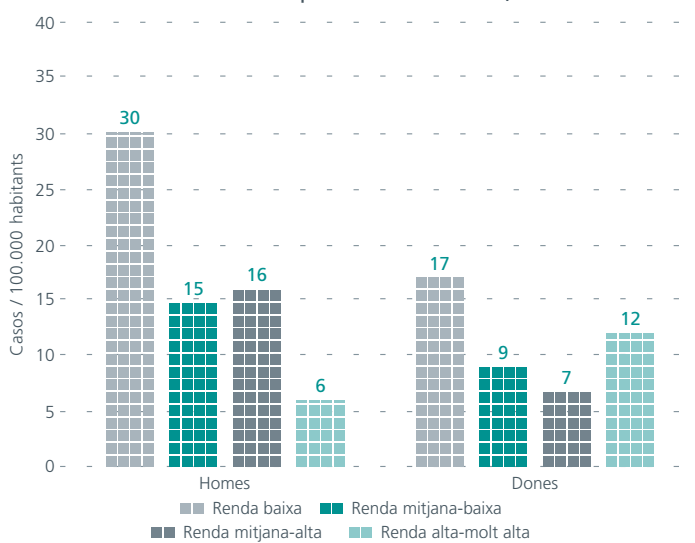
Font: Programa de prevenció i control de la tuberculosi. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.

La davallada de la incidència ha estat diferent segons l'origen dels casos. En la població immigrant, tant en els homes com en les dones, la davallada ha estat al voltant del 2%. En la població autòctona, en els homes ha disminuït un 13%; en canvi, en les dones ha augmentat gairebé un 10%. Des de l'inici de la crisi econòmica, la velocitat de la caiguda de la incidència en els homes i les dones immigrants ha estat superior que en els homes i les dones autòctones (vegeu la figura 24).

El districte de la ciutat amb la incidència més elevada en els homes ha estat Ciutat Vella, seguit de Sants-Montjuïc; i el de Nou Barris en les dones. Agrupant els barris de la ciutat per l'índex de la renda familiar disponible (RFD), observem que la malaltia és més freqüent en els barris de renda baixa i la freqüència va disminuint a mesura que augmenta la renda, tant en els homes com en les dones (vegeu la figura 25).

La forma clínica més freqüent ha estat la tuberculosi pulmonar, tant en els homes (73%) com en les dones (66%). Dels 260 pacients, 67 presentaren la forma més contagiosa de la malaltia i la taxa de tuberculosi bacil·lífera fou de 4,2 casos per cada 100.000 habitants, un 8% inferior a la de l'any anterior.

Figura 25. Incidència de la tuberculosi en grups de barris segons l'índex de renda familiar disponible¹. Barcelona, 2016.



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

Nota: ¹L'índex de renda familiar disponible és una macromagnitud que mesura els ingressos de què disposen els residents d'un territori per a destinar-los al consum o l'estalvi. Actualització, 2015.

La mortalitat

86

Segons el Registre de Mortalitat, l'any 2015 es van produir 15.754 defuncions de persones residents a la ciutat de Barcelona: 7.370 homes i 8.384 dones. La taxa de mortalitat estandarditzada per edat va continuar amb la tendència decreixent dels anys anteriors en els homes, amb un lleuger augment en les dones, tot i que la tendència respecte dels darrers anys continua essent decreixent. De manera similar, la mortalitat prematura (el nombre d'anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys) es va reduir en els homes respecte de l'any anterior i va experimentar un lleuger augment en les dones. Tant les taxes de mortalitat global com, especialment, les de mortalitat prematura, van ser més elevades en els homes que en les dones (vegeu el quadre 19).

Evolució de les causes principals de mortalitat prematura

L'evolució durant la darrera dècada de les cinc causes principals de mortalitat prematura en els homes i les dones es mostren a la figura 26 (vegeu la pàgina 87). En els homes, la causa principal de mortalitat prematura l'any 2015 va ser el càncer de pulmó, tot i que s'ha reduït de manera molt important (reducció del 41,2% en deu anys). La segona causa van ser les malalties isquèmiques del cor, que també mostren una disminució amb el temps, tot i que de magnitud inferior. Els suïcidis van ser la tercera causa de mort prematura, que mostren una lleugera tendència a l'augment en el temps. La quarta causa de mortalitat prematura van ser les lesions

de trànsit, que portaven una tendència decreixent des del 2006, però que s'ha invertit els darrers dos anys. La cirrosi i altres malalties del fetge es van situar com la cinquena causa de mortalitat prematura en homes, amb una tendència decreixent durant la darrera dècada.

En les dones, l'any 2015, el càncer de pulmó es va situar per primer cop com la primera causa de mortalitat prematura, amb una tendència creixent des del 2006. La segona causa va ser el càncer de mama, que porta una tendència decreixent clara els darrers anys. La tercera causa de mort prematura en les dones van ser els suïcidis, que es mantenen estables els darrers anys, amb oscil·lacions importants degut al baix nombre de casos. El càncer de budell gros va ser la quarta causa de mort prematura, amb una tendència també relativament estable. Finalment, el tumor maligne d'ovari es va situar com la cinquena causa de mort prematura en dones, amb una tendència lleugerament creixent. Cal destacar que, tant en els homes com en les dones, la sobredosi es trobava entre les primeres cinc causes de mortalitat prematura l'any 2005, i que s'ha reduït a més de la meitat la darrera dècada, de manera que ja no apareixen entre les primeres causes l'any 2015.

Hi ha desigualtats entre els districtes i els barris de la ciutat en la mortalitat prematura. A la figura 27 (vegeu la pàgina 87) es mostren les diferències en aquest indicador entre els districtes de la ciutat. En els homes, l'any 2015 es va observar una diferència de 1.828,0 anys de vida perduts per cada 100.000 habitants, i de 1.085,8 en les dones, fet que representa una taxa que és un 75% més elevada entre els districtes que presenten la taxa més alta i la més baixa. Les desigualtats entre barris en aquest indicador s'analitzen amb més detall en l'apartat següent, de desigualtats en salut.

Quadre 19. Evolució dels indicadors de mortalitat, segons el sexe. Barcelona, 2005, 2010, 2014 i 2015.

Homes	2005	2010	2014	2015
Nombre de defuncions	8.342	7.439	7.230	7.370
Taxa de mortalitat ¹	1.100,6	970,1	945,6	966,5
Taxa estandarditzada ² de mortalitat ¹	1.453,9	1.188,3	1.075,3	1.068,2
Taxa estandarditzada ² de mortalitat prematura ³	5.011,2	3.971,6	3.338,9	3.155,8
Dones				
Nombre de defuncions	8.577	7.848	8.008	8.384
Taxa de mortalitat ¹	1.018,7	921,1	943,6	989,9
Taxa estandarditzada ² de mortalitat ¹	790	650,3	608,1	614,5
Taxa estandarditzada ² de mortalitat prematura ³	2.067,5	1.918,9	1.684,1	1.694,7

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

Notes: ¹Taxes per cada 100.000 habitants. ²Taxes estandarditzades segons la població del Padró Municipal d'Habitants de Barcelona de l'any 2001. ³Calculada a partir dels anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys.

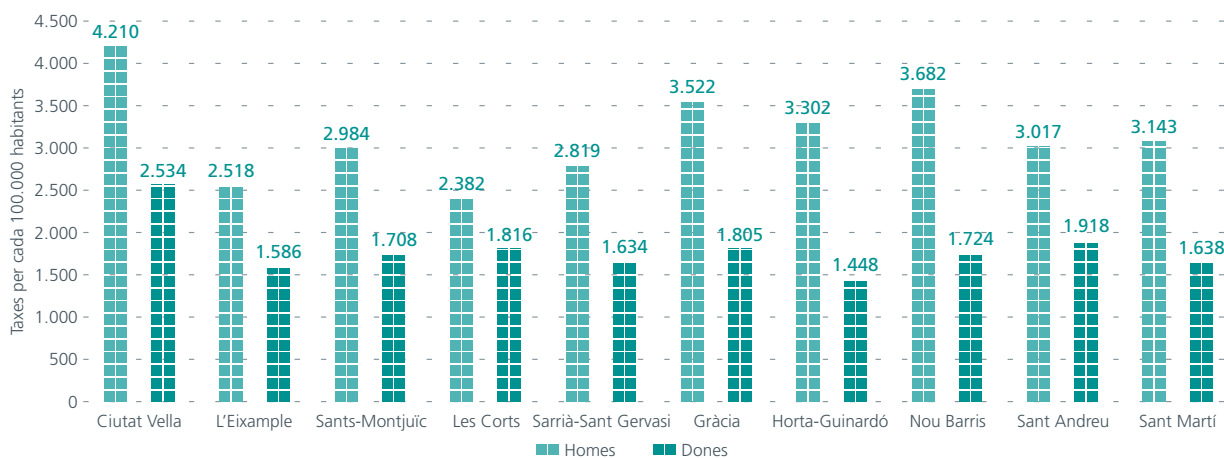
Figura 26. Evolució de les cinc causes¹ principals de mortalitat prematura² en els homes i les dones. Barcelona, 2006-2015.



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

Notes: ¹S'han seleccionat les cinc causes principals de mortalitat de l'any 2015. ²Taxes estandarditzades segons la població del Padró Municipal d'Habitants de Barcelona de l'any 2001.

Figura 27. Taxa de mortalitat prematura¹ als districtes. Barcelona, 2015.



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

Nota: ¹Taxes per cada 100.000 habitants. Taxes estandarditzades per edat, segons la població del Padró Municipal d'Habitants de Barcelona de l'any 2015.

Les desigualtats en salut als barris

88

La matriu Urban HEART Barcelona, publicada per primer cop a l'Informe de salut de l'any 2014, va mostrar clarament les desigualtats en la salut i els seus determinants entre els barris de Barcelona. També va permetre identificar els barris amb indicadors socioeconòmics i de salut més baixos on s'han continuat prioritant accions amb l'objectiu de reduir aquestes desigualtats. En aquest mateix informe es destacava que la diferència entre barris en l'esperança de vida per a ambdós sexes era d'11,3 anys (per al període 2009-2013). Les darreres dades disponibles indiquen que aquest valor és de 10,4 anys (per al període 2011-2015).

Les desigualtats que es van observar llavors entre barris fan necessari un seguiment de l'evolució d'aquestes desigualtats. Aquest seguiment no es pot fer amb un sol indicador, ni calculant les desigualtats sobre la base de la diferència entre els valors dels dos barris extrems, ja que es tracta d'àrees petites en termes de variabilitat estadística. És per això que en aquest apartat s'introdueix un mètode nou per a salvar aquesta problemàtica. A més, aquest nou mètode relaciona els indicadors de salut amb un indicador socioeconòmic, la qual cosa permet estimar les desigualtats socials en salut, en comptes de les diferències absolutes entre barris. Aquest nou mètode, per tant, ens ha de permetre mesurar l'evolució de les desigualtats socials en la salut en els barris de Barcelona els propers anys.

Per a elaborar aquest informe s'han seleccionat tres indicadors de salut: l'esperança de vida, la taxa de mortalitat prematura i la incidència de la tuberculosi. Com a indicador del nivell socioeconòmic dels barris, s'ha utilitzat l'índex de renda familiar disponible⁸ de l'any 2012, que pretén ser una aproximació a la renda anual disponible mitjana de les famílies residents als barris. A partir d'aquesta informació i mitjançant un model estadístic, s'han calculat, per a cada indicador de salut i per a cada període de temps analitzat, dues mesures de desigualtat, una d'absoluta i una de relativa⁹. La mesura absoluta consisteix en la diferència (la resta) entre el valor de l'indicador de salut en els barris amb menys renda familiar disponible i el valor de l'indicador de salut en els barris amb més renda familiar

disponible, estimats segons el model estadístic. Aquesta mesura dona una idea de la diferència en termes absoluts que hi ha entre els barris amb més i menys nivell socioeconòmic. La mesura relativa consisteix en el risc relatiu (el quocient) entre aquests valors. Aquesta mesura dona una idea de quantes vegades és més gran el risc de mala salut en els barris amb menys nivell socioeconòmic respecte dels barris amb més nivell socioeconòmic.

Com es pot observar en la selecció d'indicadors (vegeu la figura 28 de la pàgina 89), en el període 2010-2012 la diferència en l'esperança de vida entre els barris amb més i menys renda familiar disponible va ser de 6,5 anys en els homes i 1,8 en les dones. Aquestes diferències van tendir a disminuir lleugerament en el període 2013-2015 en ambdós sexes, amb valors de 5,8 i 0,4 anys en els homes i les dones, respectivament.

En relació amb la taxa de mortalitat prematura, en termes absoluts s'ha observat que en el període 2010-2012, la diferència entre les taxes dels barris amb més nivell socioeconòmic i els barris amb menys nivell socioeconòmic va ser del 486,9 per cada 100.000 homes i del 151,1 per cada 100.000 dones; i en termes relatius, en el període 2010-2012, els barris amb menys nivell socioeconòmic van presentar 5,1 vegades més risc de mort prematura en comparació amb els barris amb més nivell socioeconòmic en el cas dels homes, i 2,5 vegades en el cas de les dones. Aquestes desigualtats, tant en termes relatius com en absoluts, van tendir a disminuir en el període 2013-2015 en ambdós sexes.

Per últim, en relació amb la incidència de la tuberculosi, en termes absoluts, en el període 2011-2013, la diferència entre la incidència de tuberculosi dels barris amb més nivell socioeconòmic i la incidència dels barris amb menys nivell socioeconòmic va ser de 33,4 casos per cada 100.000 homes i de 17,0 casos per cada 100.000 dones. Aquestes desigualtats van tendir a mantenir-se estables en el període 2014-2016. En termes relatius, en el període 2011-2013, els barris amb menys nivell socioeconòmic van presentar 7,2 vegades més incidència de la tuberculosi en comparació amb els barris amb més nivell socioeconòmic en el cas dels homes, i 4,6 vegades en el cas de les dones. Aquestes desigualtats van tendir a augmentar lleugerament en el període 2014-2016 i van assolir valors de 8,1 en els homes, i de 7,1 en les dones.

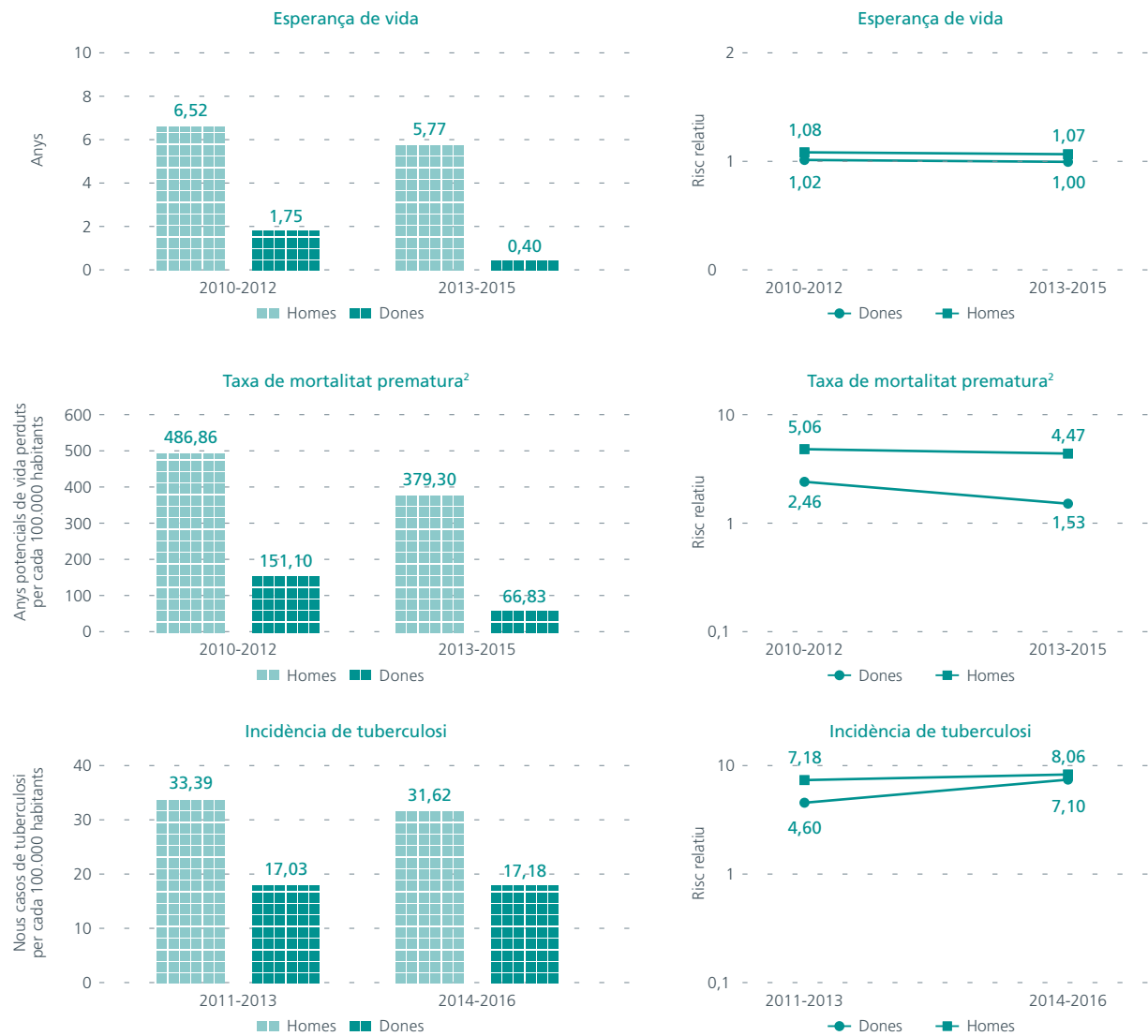
⁸Índex elaborat pel Gabinet Tècnic de Programació de l'Ajuntament de Barcelona i que combina variables relatives al nivell d'estudis de la població resident al barri, la situació laboral, les característiques del parc de turismes i els preus del mercat residencial.

⁹Aquesta aproximació metodològica compara el valor de l'indicador de salut en el percentil 99 i el percentil 1 de la renda familiar disponible a partir del model estadístic. Per tant, es pot interpretar també com la comparació entre el barri més ric i el més pobre, però tenint en compte la informació de tota la resta de barris i minimitzant els problemes derivats dels barris amb poca 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.

Tot i la rellevància dels indicadors que s'han mostrat, no es poden treure conclusions sobre l'evolució global de les desigualtats socials en salut, degut al caràcter multidimensional d'aquesta. Per aquest motiu, i a fi de donar informació més exhaustiva, l'Agència de Salut

Pública i l'Ajuntament de Barcelona treballen en un Observatori de Salut i Qualitat de Vida que té com a objectiu visualitzar la situació dels diferents barris i grups socials pel que fa a la salut i els seus determinants, així com monitorar l'evolució de les desigualtats socials en salut utilitzant un àmplia selecció d'indicadors.

Figura 28. Evolució de les desigualtats socioeconòmiques en l'esperança de vida, la taxa de mortalitat prematura (anys potencials de vida perduts) i la incidència de la tuberculosi, segons el sexe. Mesura absoluta de la diferència entre l'indicador del grup de barris amb menys i més renda familiar disponible (esquerra) i relativa¹ (dreta). Barcelona, 2010-2016.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona i Registre de Malalties de Declaració Obligatòria, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Notes: ¹El risc relatiu mesura quantes vegades és més gran el risc de mala salut en els barris amb menys nivell socioeconòmic respecte dels barris amb més nivell socioeconòmic. ²La mortalitat prematura es defineix com el nombre d'anys perduts de vida entre l'any 1 de vida i per sota dels 70 anys.



Monogràfics

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

El context socioeconòmic

La població

L'entorn familiar

L'entorn econòmic

Les condicions de vida

La participació per la salut col·lectiva

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

El context físic

Les condicions físiques de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

30 anys de vigilància i control de la tuberculosi i de la infecció per VIH/sida a Barcelona

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública

de Barcelona, 130 anys d'història

La salut en xifres

Trenta anys de vigilància i control de tuberculosi i la VIH/sida

92

L'any 1986 el Servei d'Epidemiologia de l'antic Institut Municipal de la Salut es va plantejar impulsar un programa de control en relació amb alguna malaltia de declaració obligatòria (MDO). Es va triar la tuberculosi perquè presentava una subnotificació important i perquè mitjançant l'equip disponible d'infermeria de salut pública es podia fer un seguiment del compliment dels llargs tractaments d'aquesta malaltia i millorar l'estudi de contactes.

Al mateix temps es veia amb gran preocupació la incidència creixent que presentava una nova infecció que, a més, presentava una letalitat elevada a curt termini: la síndrome d'immunodeficiència adquirida (la sida), identificada el 1981 als EUA i amb un primer diagnòstic a Barcelona el mateix any en un periodista homosexual que havia viscut en aquell país. Posteriorment, a partir del 1984, es van detectar a la nostra ciutat diversos casos en addictes a l'heroïna que morien.

Ja llavors s'observava que molts pacients amb sida presentaven tuberculosi; per tant, es va desenvolupar un sistema de vigilància epidemiològica activa: es fomentava la notificació dels casos d'ambdues malalties per part dels metges, es controlaven els resultats microbiològics positius de tuberculosi (proves de Ziehl-Neelsen i de Lowenstein), el registre de mortalitat de la ciutat i el de les altes hospitalàries dels quatre grans hospitals de la ciutat, i es creuaven els registres de tuberculosi i de sida que, sortosament, sempre han estat al Servei d'Epidemiologia. Aquest sistema va augmentar molt la capacitat de detecció de persones que patien les dues malalties, tal com es va demostrar en el "Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis" i un estudi del Servei d'Epidemiologia¹. El més bon coneixement de l'epidemiologia d'ambdues malalties a la ciutat va facilitar el disseny i l'execució de les mesures de control més adequades a les característiques dels pacients. L'equip d'infermeria de salut pública del Servei d'Epidemiologia recollia la informació dels casos mitjançant enquestes, i en el cas de la tuberculosi, feia el seguiment dels tractaments amb l'objectiu de reforçar l'adherència i realitzar el cens i el cribatge dels contactes.

En la dècada dels anys 90 van coincidir a la ciutat tres greus problemes de salut pública: la tuber-

culosi, les persones addictes a l'heroïna injectada i la sida. Això es va traduir en el diagnòstic de més de 1.000 casos de tuberculosi a l'any, el 30% dels quals estaven infectats pel VIH, amb una letalitat global del 14%.

Per a donar resposta a aquesta realitat es van introduir tractaments de la tuberculosi de manera directament observada (TDO) dirigits especialment a les persones amb més risc d'abandonament (persones sense sostre, persones addictes a l'heroïna injectada, presos, etc.). Es van iniciar en residències assistides, en els centres d'atenció a persones addictes en les presons, aprofitant els programes de manteniment amb metadona. Actualment, el centre sociosanitari Serveis Clínics centralitza la majoria de TDO en pacients ingressats o en ambulatoris. També es va organitzar el control de la tuberculosi i el de la infecció pel VIH, l'atenció a les persones addictes a l'heroïna injectada a la presó i l'abordatge conjunt del pacient amb tuberculosi i VIH.

Aquesta situació va anar millorant de manera gradual en els anys següents, amb declivis anuals de la incidència del 10%, sobretot a partir de les millores en els programes de prevenció i control de la ciutat i de les presons, la generalització dels tractaments antiretrovirals d'efectivitat elevada i la implantació dels plans globals d'atenció a les persones addictes a drogues a la ciutat.

A partir de 1999, a la ciutat es va iniciar un canvi demogràfic amb l'arribada de persones immigrades de països de renda baixa i amb una prevalença elevada de tuberculosi, coincidint amb les bones expectatives econòmiques que presentaven Espanya i Barcelona, i es va observar una desacceleració del declivi anual de la malaltia.

Aquest fenomen nou va tenir un impacte important en l'endèmia tuberculosa de la ciutat i va ser necessari afegir altres activitats de control adaptades a la nova realitat. A partir de 2003 es van introduir agents comunitaris de salut a l'equip de professionals de salut pública del Programa, que complementaven l'equip d'infermeria fent tasques de traducció i interpretació, acompanyament a l'hospital, visites domiciliàries per a reforçar l'adherència al tractament i l'estudi de contactes, i també ajudar el malalt amb tuberculosi en temes relacionats amb l'administració (obtenció de la targeta sanitària, subsidis, etc.).

L'evolució de la tuberculosi va ser favorable durant aquests anys i la disminució gradual de casos va afavorir la concentració dels serveis d'atenció al pacient amb tuberculosi i els seus contactes. A partir de l'any 2007 es van definir les unitats clíniques de tuberculosi, en les que s'atenen el pacient i els seus contactes i s'estableixen circuits de derivació amb l'atenció primària, la salut pública i els serveis de TDO².

Actualment, la incidència de tuberculosi a la ciutat és del 16 per 100.000 (20,6 per 100.000 en els homes i 12,1 per 100.000 en les dones) i ens trobem en una situació d'incidència baixa de la malaltia. D'acord

amb les indicacions de l'OMS sobre l'eliminació de la tuberculosi, l'abordatge actual de l'endèmia fa que, a més de tractar i curar els malalts, sigui necessari detectar i tractar el nombre més elevat possible de contactes infectats. En aquest sentit, l'any 2015 van iniciar el tractament de la infecció latent 214 persones que eren contactes de casos de tuberculosi, i el van acabar adequadament 164 (76,6%).

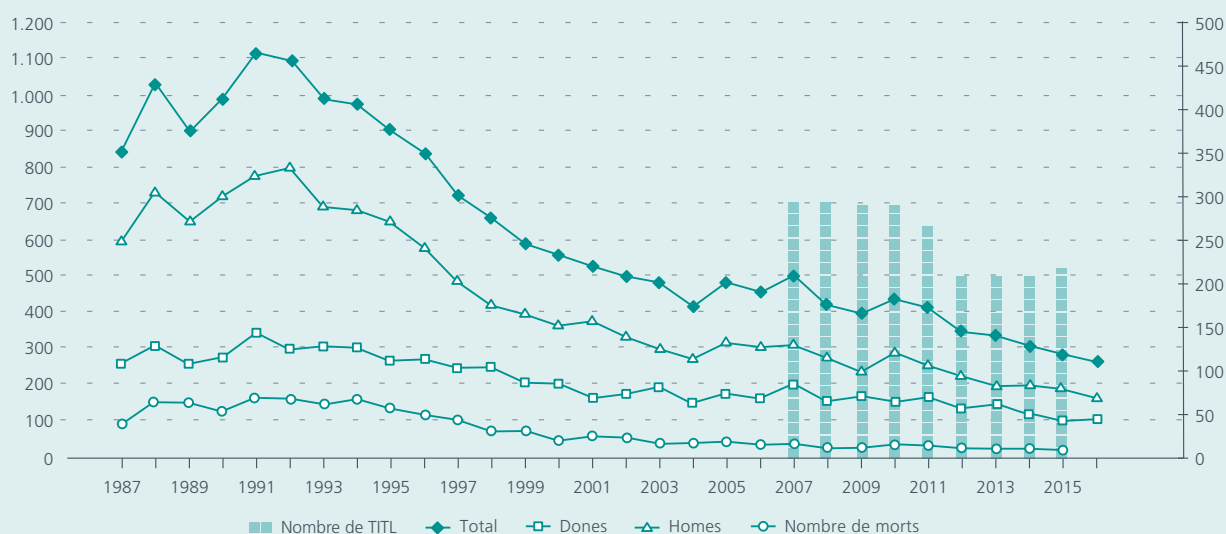
La figura 1 recull l'evolució de la incidència i la mortalitat dels pacients amb tuberculosi durant aquests trenta anys, així com el nombre de tractaments en persones amb infecció tuberculosa latent des de l'any 2014. Les activitats del Programa de prevenció i control de la tuberculosi de Barcelona es recullen en un informe especial³.

En relació amb la sida, des que el 1981 se'n va diagnosticar el primer cas a Barcelona, que va ser també el primer cas a l'Estat espanyol, es produí un augment constant dels casos fins al 1992. Aquest augment es va veure afavorit per la introducció, l'any 1987, com a criteri diagnòstic de la sida, de la tuberculosi extrapulmonar en persones infectades pel VIH. La tendència va canviar per primera vegada el 1993, moment en què es va

observar un descens del 9% respecte del 1992. L'any 1994, amb la introducció de la tuberculosi pulmonar com a criteri diagnòstic de la sida (definició Europa-93), la tendència va canviar de nou i es va observar un repunt del 45% en el nombre de casos respecte del 1993; però amb la introducció generalitzada de les teràpies antiretrovirals combinades (CART), el 1996 se'n va apreciar un descens brusc, tant de la incidència com de la mortalitat⁴. Així, les taxes van passar de 50,7 a 8 casos per cada 100.000 habitants en els homes el 2015, i de 14,7 a 3,1 casos per cada 100.000 en les dones, amb unes taxes globals que van passar dels 34,5 casos per cada 100.000 habitants l'any 1996 a 4 casos per cada 100.000 el 2015.

En definitiva, en l'epidèmia de la sida es poden diferenciar dos períodes: el primer, que es va caracteritzar per una transmissió ràpida de la infecció que va afectar principalment les persones addictes a l'heroïna injectada, i un segon període després de la introducció del CART, marcat per un descens important dels casos i de la mortalitat i amb un canvi en la via de transmissió. Així, des de l'any 2000 no s'observen casos de sida de transmissió perinatal ni per transfusions o tractaments amb hemoderivats. La sida afecta desproporcionadament els homes; més del 80% dels casos es produeixen en homes al voltant dels 45 anys, més grans que els diagnosticats en la dècada dels anys 90, que tenien entre 30 i 35 anys. També destaca que molts són homes que practiquen sexe amb homes. Un altre canvi important en l'epidemiologia de la sida ha estat la malaltia diagnòstica. De manera global, els tres criteris de diagnòstic de la sida més freqüents han estat la tuberculosi, la pneumònia per *Pneumocystis jirovecii* i el sarcoma de Kaposi (29%, 18% i 7% del global dels

Figura 1. Evolució dels casos de tuberculosi, segons el sexe, del nombre de morts durant el tractament i dels tractaments de la infecció tuberculosa latent (TITL). Barcelona, 1987-2016.



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

Trenta anys de vigilància i control de tuberculosi i la VIH/sida

94

casos, respectivament), i s'observa que en el període 2013-2016 la tuberculosi va ser la malaltia diagnòstica de la sida en el 13% dels casos, mentre que en el període 1994-96 va ser la malaltia diagnòstica més freqüent, amb el 31% dels casos.

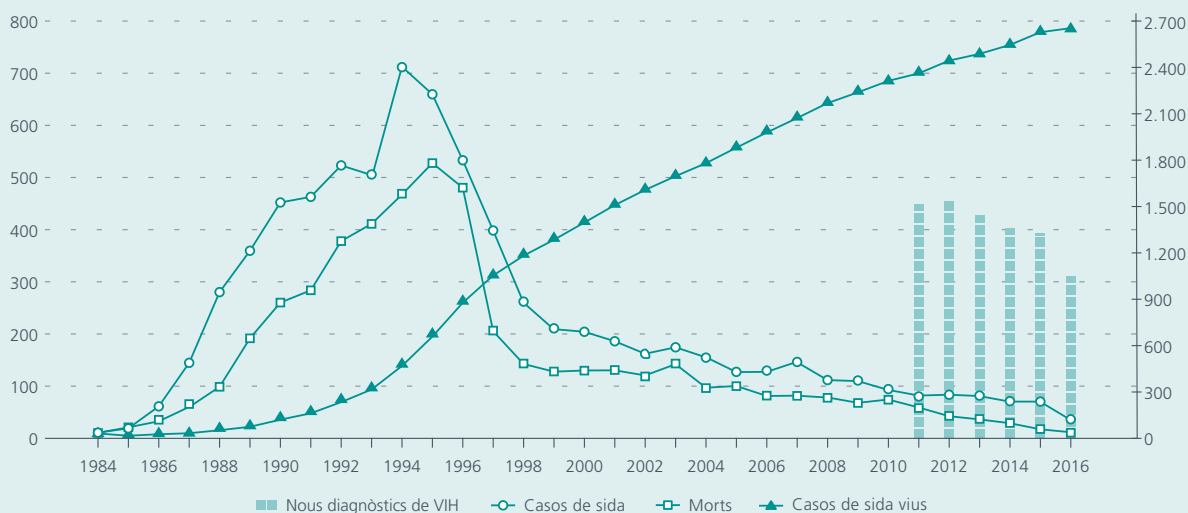
En relació amb el retard en el diagnòstic de la infecció del VIH, i malgrat la millora en l'avanç en el diagnòstic, encara el 48% dels casos de sida es presenten en pacients que han estat diagnosticats el mateix any que es fa el diagnòstic de la infecció pel VIH.

Un canvi rellevant en la vigilància epidemiològica de la sida ha estat la inclusió de la infecció pel VIH com a malaltia de declaració obligatòria nominal l'any 2011, ja que la infecció és l'aproximació més adequada a les característiques epidemiològiques de les persones que han estat infectades recentment. Prop del 80% dels casos corresponen a homes joves (mediana d'edat de 33 anys) amb relacions homosexuals i amb una proporció baixa dels casos de toxicòmans addictes a l'heroïna injectada; mentre que en el cas de les dones, una mica més del 90% corresponen a dones amb relacions heterosexuals amb una mediana d'edat de 34 anys.

La figura 2 mostra l'evolució dels diagnòstics nous d'infecció pel VIH, el nombre de casos i morts per sida, així com el nombre de persones vives amb sida durant el període 1984-2016. Des que la notificació de la infecció per VIH és de declaració obligatòria, s'ha observat un declivi gradual del nombre de diagnòstics nous, tot i que la incidència es manté elevada. En aquesta evolució, de ben segur que hi han influït molts factors: a més dels programes dirigits específicament

1. García de Olalla P, Vall M, Miret M, Clos R, Casabona J, Caylà JA. Exhaustividad de la notificación de los casos de SIDA en Cataluña: Un estudio basado en las solicitudes de determinaciones de linfocitos CD4 y en la prescripción de antirretrovirales. Rev Esp Salud Pública 1998, 72(6):501-07.
2. Caylà JA, Orcau A. Control of tuberculosis in large cities in developed countries: an organizational problem. BMC Med. 2011 Nov 28;9:127. doi: 10.1186/1741-7015-9-127.
3. Orcau A, Martín M, Sentís A, García de Olalla P, Caylà JA. La tuberculosi a Barcelona. Informe 2015. Publicacions de l'Agència de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona, 2017. Disponible a: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/03/La-Tuberculosi-a-Barcelona-Informe-2015.pdf>
4. García de Olalla P(1), Caylà JA, Brugal MT, Galdós H, Jansá JM, Clos R. The evolution of AIDS mortality and survival in Barcelona (1981-1997). Med Clin (Barc). 1999 Jul 10;113(5):169-70.
5. García de Olalla P, Molas E, Barberà MJ, Martín S, Arellano E, Gosch M, et al. (2015) Effectiveness of a Pilot Partner Notification Program for New HIV Cases in Barcelona, Spain. PLoS ONE 10(4): e0121536. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121536>
6. Alarcón M, Fernández M, Martín S, Jacques C, Díez E, Cayla JA, Garcia de Olalla P. Mobile applications to promoting HIV and other sexually transmitted infections testing among men who have sex with men. *Sotmés* a revisió.

Figura 2. Evolució dels diagnòstics nous d'infecció pel VIH, dels casos i les morts per sida i del nombre de persones vives amb sida a 30 de març de 2017. Barcelona, 1984-2016.



Font: Servei d'Epidemiologia, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: *Dades susceptibles de canvi

a les persones addictes a l'heroïna injectada i de la sistematització dels CART, s'han implementat intervencions tant des de l'àmbit comunitari com institucional, com ara els programes de promoció de la prova del VIH fora del circuit sanitari, o l'estudi de contactes en persones infectades pel VIH⁵, o la introducció de programes a través de les aplicacions per a mòbil destinats a promoure el diagnòstic i el tractament precoç⁶, procurant sempre la reducció de la transmissió del VIH.

En resum, Barcelona ha viscut en aquests trenta anys una gran interacció entre una vella malaltia –la tuberculosi– i una infecció nova –el VIH–, que també restarà endèmica entre nosaltres. Les estratègies d'eliminació d'ambdues infeccions exigeixen una gran coordinació entre tots els implicats en la prevenció, la vigilància i el control de la tuberculosi i del VIH. Desafiaments nous no en faltaran, com la introducció de la profilaxi preexposició pel VIH, que cal que sigui combinada amb la utilització de preservatius.

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

Origen de la Cohort Dama

Segons l'Institut Català d'Oncologia (ICO)¹ i el Registre de Càncer de Girona,^{2,3} a Catalunya cada any es diagnostiquen uns 4.500 casos de càncer de mama, una quarta part dels quals a Barcelona. Pel que fa a la supervivència als cinc anys, a Catalunya és del 89,2% per terme mig, però això depèn sobretot de l'estadi en què es diagnostiqui la malaltia; així, si es diagnostica en estadi I, és del 98%, mentre que si es diagnostica en estadi III, es calcula en un 24%⁴. L'augment del nombre de dones supervivents de llarg termini fa que sigui important estudiar quines són les seves necessitats, ja que els estudis fets fins ara s'han centrat principalment en dones al voltant del moment del diagnòstic i el tractament⁵.

Amb la finalitat d'estudiar la supervivència de les dones amb càncer de mama i la influència que hi podien tenir diferents aspectes vinculats als estils

de vida, el benestar emocional i l'ús de teràpies no convencionals, es va crear una cohort de dones que havien estat diagnosticades i/o tractades de càncer de mama en els principals hospitals de la xarxa pública de Barcelona (Clínic, Sant Pau, Vall d'Hebron i Mar) entre els anys 2003 i 2013. Es van convidar a participar en l'estudi més de 9.000 dones, i al final en van participar 2.235. Un cop constituïda la que es va anomenar Cohort Dama, es va fer un primer estudi que ha servit per a conèixer diferents factors de quin és l'estat de la qüestió respecte dels diferents aspectes estudiats; entre d'altres, la qualitat de vida.

Qualitat de vida

La fi del tractament actiu representa reprendre la vida prèvia al càncer sumant-hi els nombrosos efectes secundaris que s'arrossegueuen i un entorn social que pressuposa que un cop acabat el tractament es poden assumir les mateixes responsabilitats que en el passat⁶. Els marcs conceptuals tradicionals sobre qualitat de vida en persones amb càncer se centraven en la persona entenen-la com una dualitat física i emocional durant el procés de la malaltia. A l'actualitat ja no és així, i parlen de la qualitat de vida com un constructe multidimensional que és conformat pel benestar físic, psicològic, social i espiritual, i dimensions com ara

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

96

l'estat funcional de la persona, la funció de rol, les preocupacions financeres i la sexualitat durant el procés de la malaltia i posteriorment⁷⁻¹⁰. Darre-rament, a més, han aparegut els models contextuals, que incorporen dimensions estructurals relatives a la cultura, el context polític, demogràfic, social, econòmic i ecològic¹¹.

En l'estudi de la Cohort Dama es van utilitzar els qüestionaris recomanats per l'European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC) específics per a l'estudi de la qualitat de vida en persones que tenen o han tingut càncer. S'utilitza un qüestionari comú a tots, el Quality of Life Questionnaire (QLQ-30), conjuntament amb un d'específic per al tipus de càncer que s'estigui estudiant, en aquest cas el de mama (el QLQ-BR23). Aquests qüestionaris entenen la qualitat de vida com un conjunt de funcions i símptomes, i entre l'un i l'altre completen un ampli ventall que s'ajusta als conceptes esmentats anteriorment en parlar del model contextual. Per a cadascuna d'aquestes funcions i escales, se n'ha calculat la mitjana, que es compara amb els valors estàndard elaborats per la mateixa EORTC a partir de poblacions que provenen de diferents estudis i països. En el cas de les funcions, els valors alts signifiquen un resultat més bo, és a dir, la dona és en una situació més bona per a desenvolupar la funció; per contra, en el cas de les escales de símptomes, els valors alts indiquen un resultat més dolent, ja que indiquen més quantitat de simptomatologia. Per a realitzar l'estudi qualitatiu, es van dur a terme entrevistes en profunditat amb informants clau: professionals de diferents especialitats i nivells assistencials i dones representants de col·lectius de dones afectades de càncer de mama. Amb això vam tenir idea de les diferents maneres que pot tenir una dona d'afrontar el procés de la malaltia des del moment del diagnòstic, durant el tractament, en la família, en la reintegració a la vida més o menys normalitzada després de l'hospital, etc. Això, juntament amb la primera entrevista sociodemogràfica que es va fer per telèfon a totes les dones que anaven fent arribar el seu consentiment informant, va ajudar a anar conformant quina havia de ser la composició dels diferents grups de discussió que finalment es van fer amb dones, així com el guió estructurat de la informació que havia de sorgir d'aquests grups,

sense deixar de banda, naturalment, els diferents discursos emergents que poguessin anar sorgint.

Es presenten resultats que relacionen les funcions que defineixen la qualitat de vida amb determinants socials i vinculats al mateix procés de la malaltia (vegeu la taula 1 de la pàgina 98).

Funció física: pel que fa a aquesta funció, tenen puntuacions significativament més altes les dones joves, les de classe social més afavorida, les universitàries, les laboralment actives, les que fan les feines de casa elles soles, les que no tenen càrregues familiars, les que viuen amb una o més persones a casa, les que tenen una bona xarxa social i les que van ser diagnosticades *in situ* i no han fet cap recidiva.

En l'estudi qualitatiu s'esmenta principalment el cansament, d'entrada com un efecte dels tractaments, però que s'allarga en el temps:

"M6_G1: jo volia parlar del cansament, perquè no és el cansament, sinó que desapareix l'energia, i a més, jo penso que normalment tu et fas vella progressivament, i jo m'he envellit de cop en un any i mig."

Funció de rol: està relacionada amb el fet de si la dona se sent limitada per a treballar, fer les seves activitats quotidianes o practicar les seves aficions. En aquest cas, les dones amb estudis universitaris, les que són laboralment actives, les que fan les feines de casa soles, les que tenen xarxa social, les que han estat diagnosticades amb un tumor *in situ* i les que no han fet recidiva tenen puntuacions més altes en aquesta funció.

En aquest cas, en el treball qualitatiu, les dones s'expressen diferent segons si desenvolupen una feina intel·lectual o física:

"M3_G6: En el caso mío, a mí me ha afectado bastante lo que es a nivel de trabajo, porque yo de lo que trabajo es de limpieza y me ha quedado una minusvalía del 41%; por ese lado lo llevo bastante mal..."

Funció emocional: les dones de classe benestant, les que tenen estudis universitaris, les que són laboralment actives, les que no tenen càrregues familiars, les que tenen xarxa social i les que no han fet recaiguda presenten valors més bons quant a aquesta funció de la qualitat de vida.

En els grups de discussió es parla de depressió, canvis de caràcter, nerviosisme, ansietat i angonya, sentiment de culpabilitat, no acceptació, por. Parlen també de tristesa o manca d'alegria, que associen a la seva situació:

"M4_G6: Llega el primer cáncer y yo me lo tomo un poco como el toque de atención, de decir: ¡a ver! la vida se te puede ir, se te puede ir... entonces, algo hay que cambiar, algo hay que cambiar, y me doy cuenta entre ellas de que no me río nunca, o casi nunca... no sonrío."

Funció cognitiva: les dones de més de 65 anys són les que presenten puntuacions més bones. Probablement, si tenen problemes cognitius ho atribueixen a l'edat, i per tant, no els preocupa tant, mentre que en

dones més joves, no és així, i els preocupa més i els interfereix més, fins i tot en la vida laboral. També s'observen diferències significatives en les que no tenen càrregues familiars, que presenten valors més bons, i les que tenen xarxa social.

En els grups de discussió, la funció cognitiva és molt rellevant en aquelles dones que tenen feines intel·lectuals. En alguns casos, l'impacte es doble, ja que laboralment depenen d'aquesta funció per a ser competents en la feina, amb la qual cosa interacciona amb la funció de rol:

"Nu_G1: Em refereixo a que no em recordava de res. Jo dono classes a la universitat i arribava a classe –perquè vaig demanar l'alta–, i arribava a classe i no em recordava de res. La meua companya del costat, ella estava terroritzada de veure'm que no sabia com funcionava res. Home!, mínimament sí, però, és clar, amb unes capacitats molt minvades. Quan vaig deixar aquest tractament hormonal, al cap de poc temps vaig recuperar-me."

Funció social: les dones joves solen tenir una vida social i familiar més activa, i per tant, els afecta més l'estat físic; el mateix passa amb les dones que són laboralment actives i, en general, amb les dones que en principi estan en situacions més favorables. Tenir una bona xarxa social és un fet positiu per a tenir una bona funció social, i el mateix passa amb les variables que tenen a veure amb un bon pronòstic de la malaltia, tals com són l'estadi al moment del diagnòstic i el fet de no haver tingut una recidiva.

En els grups de discussió es comenta sobre dificultats en el treball reproductiu i en les relacions socials. També parlen d'una afectació general de les seves vides a la que no es dona importància i al sentiment d'incomprensió que això els genera: *"Lar_G1: A mi, lo que más mal me sabe es que los médicos pasen de tus efectos secundarios, ¿de acuerdo? Para ellos, una vez te han dado la vida y la salud, para ellos los efectos secundarios no tienen importancia, y los efectos secundarios son muy importantes porque no te dejan hacer tu vida con normalidad. Y si no salen en una analítica o no sale en una prueba, esto es inexistente. Entonces un especialista te dice: no, no, esto no tiene nada que ver."*

Imatge del cos: en aquest cas, les dones que presenten puntuacions més bones i que, per tant, es preocupen menys per la seva imatge del cos, són les dones de més de 65 anys, i en general, les que estan en una situació social més desavantajada, que deixarien en segon terme el fet de preocupar-se per la imatge pròpia. Les variables relacionades amb la gravetat de la malaltia continuen essent rellevants.

En els grups de discussió comenten que la imatge del cos pot recuperar-se amb el temps, tot i que és un procés llarg i no sempre reeixit, ja que no sempre es torna a ser la que s'havia estat abans de la malaltia:

"Con_G1: perdona, eh? A mi el que em va passar va ser –passades les quimios, les radios i totes aquestes coses–... és que jo no em reconeixia físicament, em va costar molt! Vaig canviar la muntura de les ulleres, vaig canviar dues perruques... no em reconeixia, i ara ja... Bé, va ser al 2009, això meu, i jo em pensava que era acabar i ja està!, però no!, em va costar tornar a ser jo físicament."

Funció sexual: les dones de menys de cinquanta anys, les de nivell social més benestant, les universitàries, les laboralment actives, les que no tenen càrregues familiars, les que viuen amb més d'una persona, les que tenen una xarxa social i les que no han patit una recidiva tenen una funció sexual significativament més bona. De la mateixa manera, aquestes variables apareixen significatives també en el gaudi sexual.

¹El Càncer a Catalunya. Monografia 2016. Registre del Càncer de Catalunya. Pla Director d'Oncologia 2016. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

²Ribes J, Esteban L, Clèries R, Galceran J, Marcos-Gragera R, Gispert R, Ameijide A, Vilardell NL, Borràs J, Puigdefàbregas A et al. Cancer incidence and mortality projections up to 2020 in Catalonia by means of Bayesian models. Clin Transl Oncol 2014; 16: 714-724. DOI: 10.1007/s12094-013-1140-z.

³Clèries R, Esteban L, Borràs J, Marcos-Gragera R, Freitas A, Carulla M, Busxó M, Puigdefàbregas A, Izquierdo A, Gispert R, Galceran J, Ribes J. Time trends of cancer incidence and mortality in Catalonia during 1993-2007. Clin Transl Oncol 2013; DOI: 10.1007/s12094-013-1060-y.

⁴Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España 2016. Soc Española Oncol Médica 2016; 1-20.

⁵Waters EA, Liu Y, Schootman M, Jeffe DB. Worry about cancer progression and low perceived social support: implications for quality of life among early-stage breast cancer patients. Ann Behav Med 2013; 45(1): 57-68.

⁶Ganza PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of Life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial. J Natl Cancer Inst 2004; 96(5): 376-87.

⁷Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. Annu Rev Psychol 2007; 58: 565-92.

⁸Ferrell BR, Grant MM, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. Psychooncology 1997; 6(1): 13-23.

⁹Dow KH, Ferrell BR, Leigh S, Ly J, Gulasekaram P. An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. Breast Cancer Res Treat 1996; 39 (3): 261-73.

¹⁰Meneses K, Benz R. Quality of Life in Cancer Survivorship: 20 Years Later. Semin Oncol Nurs 2010; 26(1): 36-46.

¹¹Ashing-Giwa KT. The contextual model of HRQoL: A paradigma for expanding the HRQoL framework. Qual Life Res 2005; 14 (2): 297-307.

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

98

Taula 1. Funcions de la qualitat de vida segons determinants de tipus social i clínic.

	Física	Rol	Emocional	Cognitiva	Social	Imatge del cos
Edat						
Valors estàndard EORTC ¹	78,4	70,9	68,6	81,5	77,0	82,7
Menys de 50	88,4	83,7	77,2	82,1	76,8	69,7
De 50 a 65	85,3	83,5	77,6	82,3	80,3	77,4
Més de 65	80,2*	83,2	78,8	85,3*	86,7*	83,7*
Classe social						
Alta	85,1	84,3	80,1	84,6	82,7	78,6
Mitja	83,9	83,3	78,5	83,2	82,8	78,1
Baixa	81,5*	82,6	73,6*	81,9	81,7	79,5
Nivell d'estudis						
Primaris	79,2	83,7	76,0	83,9	84,1	81,8
Secundaris/FP	83,2	81,8	76,7	81,7	81,6	76,6
Universitaris	86,3*	84,4*	80,0*	84,3	81,4*	78,6*
Situació laboral						
Activa	89,0	86,6	79,6	84,8	82,1	77,1
Inactiva / Parada amb subsidi	79,9	80,6	77,5	82,0	81,4	78,9
Inactiva / Parada sense subsidi	81,2	82,8	76,3	84,3	85,9	80,7
Altres	80,2*	81,7*	72,8*	79,5	79,1*	80,0*
Feines de la llar						
Dona sola	86,5	86,3	77,0	84,1	83,9	78,0
Dona compartint amb algú altre	83,0	82,4	79,3	83,9	82,3	79,2
Una altra persona	75,2	77,5	73,6	79,4	77,8	78,0
Altres situacions	78,1*	76,7*	77,2	77,8*	75,8*	75,5
Càrregues familiars						
Sí	81,4	83,1	74,3	81,1	80,9	81,8
No	84,3*	83,6	78,8*	83,8*	82,4	78,1*
Convivència						
Sola	82,1	82,1	78,6	82,5	83,4	79,4
+1 persona	83,2	84,1	77,6	84,4	83,5	80,0
2 o +	85,5*	83,3	78,1	82,9	80,0*	76,4*
Xarxa social						
Persona aïllada	81,0	79,3	71,6	79,5	76,3	73,3
Diferents graus de connexió social	84,6*	84,6*	79,8*	84,6*	83,9*	80,3*
Estadiatge en el moment del diagnòstic						
<i>In situ</i>	85,3	86,2	78,7	85,9	85,3	80,9
Fase inicial	84,7	84,5	78,0	83,7	83,9	82,6
Localment avançat	82,0	81,6	77,2	82,6	79,7	74,0
Metàstasi	76,9*	74,3*	78,1	86,8	75,7*	79,8*
Recidiva						
Sí	79,6	76,5	74,3	81,4	74,3	69,4
No	84,0*	84,1*	78,4*	83,9	83,1*	79,6*
Anys des del diagnòstic						
5 anys o menys	84,4	83,2	77,9	83,5	80,9	77,6
Entre 5 i 10 anys	83,6	83,6	78,4	83,3	83,2	79,7
Més de 10 anys	82,8	83,5	76,7	83,2	82,8	78,3

Font: Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Notes: ¹Els valors de l'EORTC en general són més dolents que els de la població de la Cohort Dama. *Significatiu < 0,05. Els valors *p* no es calculen respecte dels valors de referència de la EORTC. Es calculen entre les mateixes categories.

	Funció sexual	Gaudi sexual	Perspectives de futur
	19,5	53,1	47,3
	31,2	57,1	53,1
	21,1	49,7	56,9
	14,2*	36,8*	64,3*
	22,4	52,3	59,8
	20,0	47,5	60,1
	15,9*	36,1*	57,2
	13,0	31,8	59,9
	20,9	48,5	58,9
	23,1*	53,0*	58,2
	26,6	56,9	58,0
	15,8	38,6	60,0
	15,6	40,4	59,3
	15,8*	37,2*	56,0
	19,3	44,2	59,0
	20,7	50,0	59,4
	18,2	43,2	57,3
	21,3	45,9*	53,9
	16,7	43,6	58,4
	21,4*	48,7	59,6
	12,7	36,4	60,0
	19,5	47,1	60,8
	25,1*	50,8*	56,5*
	16,8	42,2	54,2
	21,1*	48,9*	60,5*
	22,8	47,6	62,5
	20,5	48,4	60,3
	18,7	45,7	57,5
	16,6*	35,6	36,1*
	16,7	38,2	45,3
	20,4*	48,2*	60,5*
	20,3	47,4	57,5
	20,4	48,1	60,7
	18,4	44,5	59,0

En els grups de discussió es vincula la sexualitat a l'afecte. Per a algunes d'elles és un punt d'inflexió i reconsideració global en la relació de parella, i en alguns casos es produeix un distanciament irreversible, o en altres casos un enfortiment, o fins i tot una aproximació nova:

"M6_G3: El meu marit no entenia la part física, que jo tingués vergonyes de despullar-me davant d'ell, el tema de la inapetència sexual... Tenia problemes per arribar al final de la relació, i ell pensava que era una falta d'estimació cap a ell."

"M2_G5: El tema sexual fue lo que me cambió de golpe, que mi marido no..., ya está, ¡nada!, no, no...y se acabó..."

Perspectives de futur: com més joves són les dones, tenen puntuacions més dolentes. Això quadra també amb el fet que les que tenen una puntuació més dolenta són les que conviuen a casa amb més d'una persona (normalment, la parella i fills i filles menors) i que després, en els grups de discussió, ens expliquen que viuen amb angoixa i por el fet de pensar en els fills, sobretot si aquests encara són menors i a elles els passa alguna cosa:

"Pa_M1: Per mi també el tema del fill era l'únic que em preocupava. Si em moro, no patiré. Són els que queden... El meu marit té eines perquè és una persona adulta...té eines per a sortir-se'n. Amb un fill, tu ets la seva mare i no hi ha recanvi. El meu fill, que té quinze anys, és un adolescent... Ell viu, però, d'esquena. És com si tingués un para-sol i deixa passar una mica de llum. Jo a vegades el sacsejo i li dic... Eh! -li dic- t'has assabentat de com està el tema? Que voldria passar temps amb tu. Perquè a l'adolescència es tanquen molt...però si em passa qualsevol cosa, se'n penedirà..."

Novament, les dones amb una xarxa social tenen una puntuació més bona; i des d'una perspectiva vinculada més estrictament a l'evolució de la malaltia, les dones sense recidiva tenen més perspectiva de futur.

En general, es pot dir que en una primera anàlisi descriptiva i pel que fa als aspectes funcionals de la qualitat de vida en dones supervivents de càncer de mama, el fet de tenir una xarxa social i no haver patit recidives semblen dos elements clau per a una bona qualitat de vida. A continuació, altres determinants rellevants són l'edat, el nivell d'estudis i la situació laboral. Altres anàlisis més elaborades que s'estan duent a terme es reafirmen en la mateixa direcció. Per tant, caldrà plantejar-se accions encaminades a pal·liar les mancances detectades després de l'estudi aprofundit de la informació que aporten tant l'estudi quantitatiu com el qualitatiu.

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent

100

L'adolescència és un període de creixement i desenvolupament humà en què adquireixen una gran importància els patrons de conducta, les relacions socials i l'amistat. Si en aquesta etapa es produeixen experiències relacionals violentes o discriminatòries, es generen sentiments d'angoixa i estrès que poden afectar el benestar futur i la qualitat de vida¹.

La **discriminació** és present a la nostra societat. Consisteix en pràctiques i accions de grups dominants que tenen un efecte negatiu i un impacte diferencial sobre els grups subordinats². Els motius principals de discriminació són el gènere, l'ètnia, el país d'origen, l'orientació sexual i les alteracions funcionals. Una expressió de la discriminació de gènere és la violència o **maltractament físic, emocional i sexual**, que és responsable d'un nombre considerable de lesions i morts de dones a tot el món en qualsevol etapa de la vida, i és la causa i la conseqüència de les desigualtats de gènere. En l'adolescència, aquest tipus de violència s'observa en els entorns en què es relacionen els adolescents i les adolescents:

1. El **maltractament en l'entorn escolar**, o *bullying*, és un comportament agressiu que és intencional i que implica un desequilibri de poder o força. Es produeix quan un o una estudiant està sotmès a un comportament negatiu repetit durant un període de temps per part d'un altre estudiant o un grup d'estudiants.

2. El **maltractament per Internet**, o ciberassetjament (*cyberbullying*), és l'ús de la tecnologia d'Internet, inclosos llocs web socials, missatges de text i correus electrònics, amb les finalitats descrites anteriorment.

3. L'**assetjament sexual** es pot donar en qualsevol àmbit, per part de persones conegudes o no. Aquests comportaments poden ser des de comentaris fins a conductes sexualment ofensives, abusives i no desitjades.

A Barcelona disposem recentment d'informació sobre els elements descrits, alguns d'ells, per primera vegada en la població adolescent de la ciutat. És per això que el primer objectiu d'aquest monogràfic és descriure la freqüència de la dis-

criminació, el maltractament emocional, físic i sexual per part de la parella, el maltractament en l'entorn escolar, el maltractament per Internet i l'assetjament sexual en la població adolescent escolaritzada de la ciutat de Barcelona l'any 2016. En segon lloc, és descriure l'evolució de l'assetjament sexual i del maltractament en l'entorn escolar entre els anys 2008 i 2016.

Per tal d'aconseguir aquests objectius s'analitzen l'Enquesta de factors de risc en estudiants de secundària (FRESC) dels anys 2008, 2012 i 2016, que es realitza periòdicament a les escoles de Barcelona i permet conèixer la salut i els comportaments relacionats amb la salut de l'alumnat adolescent de la ciutat, per tal d'orientar intervencions o polítiques preventives. L'enquesta es realitza en una mostra representativa de l'alumnat escolaritzat a segon d'ESO (13-14 anys), quart d'ESO (15-16 anys) i segon de Batxillerat i en cicles formatius de grau mitjà (CFGM) (17-19 anys). En concret, l'enquesta FRESC de l'any 2016 es va realitzar en 189 aules de la ciutat i es van enquestar 3.888 adolescents de 13 a 19 anys³.

Les definicions d'aquests indicadors analitzats i les preguntes emprades en l'enquesta es poden consultar al web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (<https://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/enquesta-fresc/>). Els resultats dels diferents indicadors es presenten en forma de percentatges (prevalències) estratificats per sexe, en funció de l'edat que es presenta segons el curs i el nivell socioeconòmic del barri on està ubicada l'escola (renda familiar disponible del barri del 2013).

Discriminació

El 30,7% de noies i el 21,7% de nois declaren haver patit algun tipus de discriminació en el darrer any. No hi ha un patró per edat en nois, però en noies el percentatge augmenta amb l'edat i arriba al 34,3% en les noies de 2n de Batx. / CFGM. El motiu més freqüent de discriminació és el país d'origen o l'ètnia en ambdós sexes (9,4% en nois i 10,1% en noies), però en les noies també és per motius de gènere (14,7%). La discriminació per orientació sexual és del 3,4% en nois i del 3,8% en noies. No s'observen diferències destacables en el percentatge de discriminació segons el nivell socioeconòmic del barri on està ubicat el centre educatiu.

A l'Estat espanyol, el 9,4% de les persones de 18 a 24 anys tenen opinions que se situen en posicions contràries a la diversitat i la igualtat⁴. D'altra banda, el 23,3% de les persones d'aquest grup d'edat declaren haver patit algun tipus de discriminació en els darrers dotze mesos, i és el col·lectiu més discriminat. Aquesta prevalença és inferior a la trobada en les noies i superior a la dels nois de la ciutat de Barcelona, tot i que els grup d'edat són diferents.

Maltractament en l'entorn escolar

Les noies declaren més freqüentment haver estat víctimes de maltractament en l'entorn escolar que els nois, el 5,4% davant del 3,8%. En canvi,

el percentatge d'agressors és més elevat en nois que en noies, el 7,8% davant del 4,0%. El percentatge de nois i noies víctimes i el de nois agressors augmenta de 2n a 4t d'ESO i es redueix a 2n de Batxillerat. En canvi, el percentatge de noies agressores disminueix amb l'edat. No s'observen diferències destacables en els maltractaments en l'entorn escolar segons el nivell socioeconòmic del barri on està ubicat el centre educatiu.

L'evolució de la prevalença de maltractament en l'entorn escolar entre 2008 i 2016 mostra una evolució global d'estabilitat. Això no obstant, en els nois i les noies de 2n d'ESO s'observa una disminució el 2016 respecte del 2012. En aquest mateix període s'observa un augment del percentatge de víctimes en les noies de 4t d'ESO. A l'Estat espanyol, el 9,3% dels nois i les noies entre els 12 i els 16 anys (1r i 4t d'ESO) ha patit maltractament en l'entorn escolar. El 10,6% de les noies han estat víctimes de maltractament en l'entorn escolar, enfront d'un 8% dels nois⁵, xifres superiors a les de la població de Barcelona.

Maltractament per Internet

El 12,2% de noies declaren haver estat víctimes de maltractament per Internet, enfront del 4,9%

de nois; en canvi, el percentatge d'agressors és més gran en nois que en noies, el 5,6% davant del 2,2%. No hi ha un patró clar per edat en el percentatge d'alumnat víctima de maltractament per Internet, però el percentatge d'alumnat agressor en nois augmenta amb l'edat, i en noies es manté. No s'observen diferències destacables en els maltractaments per Internet segons el nivell socioeconòmic del barri on està ubicat el centre educatiu.

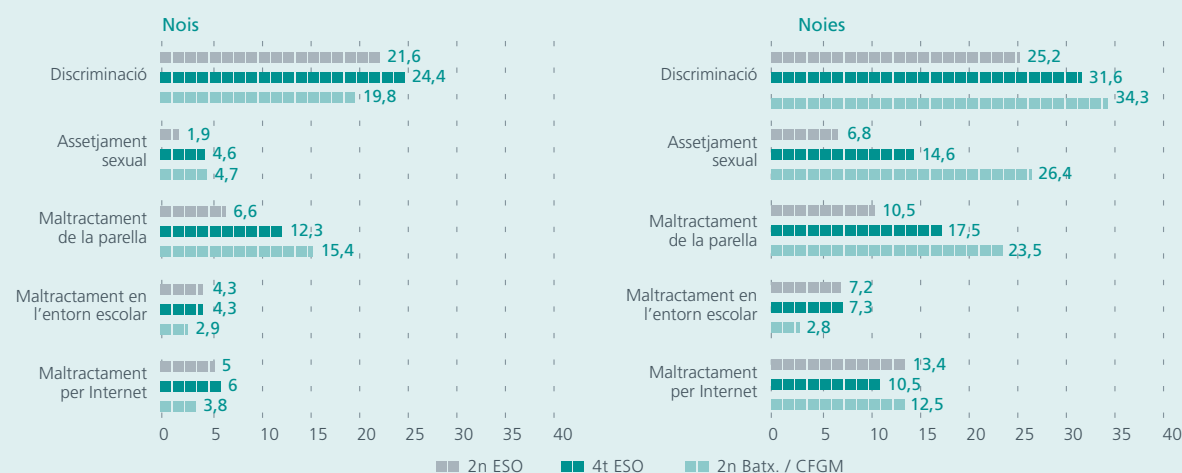
És difícil obtenir xifres comparables amb les de Barcelona per la diversitat de rangs d'edat i instruments utilitzats. En l'estudi realitzat per Save the Children⁶ a l'Estat espanyol en nois i noies de 12 a 16 anys, el ciberassetjament en les noies va ser del 8,5%, i en els nois, d'un 5,3%, de manera que la prevalença de les noies és inferior que la de la ciutat de Barcelona.

Assetjament sexual

El percentatge d'alumnat que afirma haver-se sentit assetjat sexualment alguna vegada és molt més gran en les noies que en els nois, del 17,0% davant del 3,8%, i això s'observa en totes les edats. En ambdós sexes, el percentatge de víctimes d'assetjament sexual augmenta amb l'edat, especialment en les noies, i arriba al 26,4% a 2n de Batxillerat i CFGM. En els nois, el percentatge dels que han patit assetjament sexual no varia segons el nivell socioeconòmic del barri del centre educatiu, però en les noies el percentatge és més alt en els centres dels barris que tenen un nivell socioeconòmic més desfavorit.

L'evolució entre el 2008 i el 2016 és d'estabilitat, excepte en les noies de 2n de Batxillerat i CFGM, en què s'observa un augment dels percentatges,

Figura 3. Prevalença de discriminació, maltractament per part de la parella, maltractament en l'entorn escolar, maltractament per Internet i assetjament sexual en nois i noies, segons el curs. Barcelona 2016.



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

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent

102

especialment en el d'assetjament sexual al carrer i en altres llocs, que majoritàriament són festes, bars, discoteques, i a casa d'altres persones. A Catalunya, segons l'informe del Síndic de Greuges⁶, el 17,8% dels nois i les noies entre els 13 i els 17 anys havien patit abús sexual l'any 2015. L'abús és un grau més alt de violència que l'assetjament, de manera que les dades són orientatives.

Maltractament per part de la parella

El percentatge d'alumnat que afirma haver patit maltractaments per part de la parella és més gran en les noies que en els nois, el 18,3% davant del 12,0%. El percentatge augmenta marcadament amb l'edat en ambdós sexes. Els maltractaments emocionals són els més freqüents, i arriben, en l'alumnat de 2n de Batxillerat i CFGM, al 22,3% en les noies, i el 13,8% en els nois. No s'observen diferències destacables en els maltractaments per part de la parella segons el nivell socioeconòmic del barri on està ubicat el centre educatiu.

Segons l'enquesta realitzada a l'Estat espanyol el 2015⁷, el 19,4% de les dones entre 16 i 24 anys pateix maltractament psicològic per part de la parella. Aquesta enquesta proporciona la prevalença del maltractament en les dones i en una edat superior a la de l'enquesta FRESC. En l'enquesta europea FRA sobre la violència de gènere contra les dones,⁸ del 2012, el 20% de les dones de 18 a 29 anys ha estat objecte de violència des dels 15 anys. La xifra seria similar a la que s'ha trobat a Barcelona, tot i que el rang d'edat és diferent.

Per concloure, a Barcelona les noies adolescents són víctimes de discriminació i maltractaments més freqüentment que els nois. La discriminació en les noies adolescents és 1,4 vegades més gran que en els nois, i en el cas de la discriminació per gènere, la diferència augmenta a 5,1 vegades més en les noies que en els nois. En les noies adolescents, és 1,4 vegades més freqüent ser víctimes de maltractaments en l'entorn escolar, 1,5 vegades més freqüent en el cas de maltractaments per part de la parella (1,6 vegades, en els físics, 1,7 en els emocionals i 1,8 en els sexuals), 2,5 vegades més freqüent ser víctima de

maltractaments per Internet, i 4,5 vegades més en el cas d'assetjament sexual, que els nois.

S'observa que les prevalences més altes en noies que en nois són més destacades en el cas dels maltractaments amb connotació de gènere, com la discriminació per gènere, l'assetjament sexual i els maltractaments per part de la parella. En els maltractaments en l'entorn escolar i per Internet, els nois són agressors més freqüentment que les noies, 2 vegades i 2,5 vegades, respectivament.

A la ciutat, els maltractaments per part de la parella i l'assetjament sexual en ambdós sexes, i la discriminació només en noies, augmenten molt amb l'edat segons el nivell socioeconòmic del barri on està situat el centre educatiu. En ambdós sexes, no hi ha desigualtats per barris pel que fa a la discriminació o els maltractaments (escolar, per Internet i per part de la parella). En el cas de l'assetjament sexual, tampoc hi ha diferències segons el nivell socioeconòmic del barri on està situat el centre educatiu en els nois; en canvi, en les noies és més gran en els centres educatius de barris desfavorits que en els de barris afavorits. L'evolució del 2008 al 2016 dels maltractaments en l'entorn escolar i de l'assetjament escolar és d'estabilitat, excepte en el grup de més edat. En el grup de 2n de Batxillerat i CFGM (17-19 anys), les dades del 2016 en aquests dos indicadors mostren un augment respecte del 2012. Les dades de l'enquesta FRESC permeten identificar els comportaments abusius relacionats amb el sexisme en la població adolescent. Caldria dissenyar intervencions dirigides als adolescents que contribueixin a la construcció d'una societat més equitativa i lliure de violència.

¹Chae DH, Krieger N, Bennett GG, et al. Implications of discrimination based on sexuality, gender, and race/ethnicity for psychological distress among working-class sexual minorities: United for Health Study, 2003-2004. *Int J Health Serv.* 2010; 40(4):589-608.

²Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:693-700

³Santamariña-Rubio E, Serral Cano G, Pérez C, Ariza C i Grup col·laborador de l'enquesta FRESC 2016. La salut i els seus determinants en l'alumnat adolescent de Barcelona. Enquesta FRESC 2016. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2017. Accessible a : <https://www.aspb.cat/arees/la-salut-en-xifres/enquesta-fresc/>.

⁴Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Los perfiles de la discriminación en España. Madrid, 2014. Accessible a: https://www.msssi.gob.es/ssi/igualdad/Oportunidades/noDiscriminacion/documentos/Perfiles_discriminacion.pdf

⁵Save the Children. Yo a eso no juego. Save the children, 2016. Accessible a:https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf

⁶Síndic de Greuges de Catalunya. Informe sobre l'abús sexual infantil a Catalunya. Octubre 2016. Accessible a: http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4210/Informe%20abus%20sexual%20infantil_cat_okdef.pdf

⁷Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid, 2015. Accessible a: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

⁸The European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Violence against women: an EU-wide survey. Main results report. 2012. Accessible a:<http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>.

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, 130 anys d'història

1887, Creació del Laboratori Microbiològic Municipal. Nomenament del Dr. Jaume Ferran i Clua.

La creació del Laboratori Municipal de Barcelona l'any 1887 va ser fruit dels esforços d'un grup de persones que, amb visió de futur, van posar els fonaments de la Barcelona del segle XX.

En l'última meitat del segle XIX, essent alcalde Francesc de Paula Rius i Taulet, es van implementar plans de disseny que haurien de dibuixar la Barcelona actual. En aquells moments de canvis, Jaume Ferran i Clua, metge i bacteriòleg de Tortosa, va enviar una carta el 28/09/1886 proposant a l'alcalde la creació d'un laboratori per a contrarestar la ràbia aplicant, sense cap cost, la vacuna descoberta pel Dr. Pasteur.

El 5 de gener de 1887 l'alcalde Rius va nomenar el Dr. Jaume Ferran director del Laboratori Microbiològic Municipal, càrrec que va assumir el 15/01/1887, segons consta en el diploma arxivat a la Fundació Museu d'Història de la Medicina de Catalunya de Barcelona. Aquesta decisió va ser molt celebrada, i en destaca l'oferiment de col·laboració de Louis Pasteur.

La tasca científica va començar aviat. Ferran va rebre material ràbic procedent de l'Institut Pasteur, i el 17 de maig de 1887 va aplicar la primera vacuna antiràbica a una jove de quinze anys de la vila de Gràcia a la que havia mossegat un gos rabios. Un trist episodi en què van morir uns russos vacunats segons el mètode Pasteur va qüestionar la vacuna i es va preparar un mètode nou "supraintensiu", que fou utilitzat amb èxit en un nen de nou anys procedent d'El Vendrell; aquest nen era Pau Casals. L'any 1889 es publiquen les primeres dades de l'activitat del laboratori. Fins al mes de març s'havien tractat 439 persones mossegades per animals. En destaca que només va morir una persona tractada per la vacuna.

Entre 1887 i 1892 es fan les primeres aportacions mundials en el tractament de la febre tifoidal tot preparant una vacuna fresca a partir de sèrum de cavall afectat per la profilaxi de la verola, segons els treballs de Jenner. També s'inicien els treballs sobre la tuberculosi, una malaltia de

gran morbimortalitat a Barcelona a finals del segle XIX. Aquests importants avenços científics van fer veure que calia una institució que s'encarregués de les necessitats sociosanitàries de la població de Barcelona, i el 1891 es creà l'Institut d'Higiene Urbana Municipal, dirigit per Lluís Comenge i Ferrer, qui és considerat el pare de l'epidemiologia moderna a Barcelona. Les dues institucions, el Laboratori i l'Institut, van destacar, no només per l'èxit en la investigació, sinó també pel control dels brots d'epidèmics freqüents que sacsejaven la ciutat. El cas, entre d'altres, de la mort d'un nen (fill de Pere Aldavert, director de "La Renaixença") vacunat per Ferran, juntament amb les crítiques a la seva gestió econòmica i administrativa, que mai s'han aclarit documentalment, va portar l'Ajuntament de Barcelona a obrir-li un expedient l'any 1903. L'alcalde en va signar la destitució com a director el 1905, acció que fou revocada uns anys més tard pel governador, sense que s'incorporés a la direcció del laboratori.

El Dr. Ferran, incomprès i discutit també a l'Estat espanyol, fou apreciat i honorat per la ciència i va ser reconegut posteriorment per l'aplicació de les seves mesures profilàctiques entre els combatents de la Primera Guerra Mundial. L'any 1907 li van concedir el premi de l'Académie de Sciences de París.

1905, Nomenament del Dr. Ramon Turró i Darder

Per substituir el Dr. Ferran, es nomenà director el Dr. Ramon Turró i Darder, que havia qüestionat la direcció de Ferran en l'article "Réplica al Dr. Ferran" (1905), on el va acusar d'imprudent, recolzat en el testimoni de Ramon y Cajal. El seu nomenament es va veure afavorit pel seu prestigi polític i pel fet de pertànyer, a més, a una lògia important de l'època. Poc després de l'arribada de Turró, es va declarar la plaga bubònica a Sant Martí de Provençals, població integrada recentment a la ciutat. La bona coordinació entre les institucions d'higiene a càrrec del Dr. Comenge i el laboratori microbiològic va salvar moltes vides. Aquest fet i la preocupació de l'Ajuntament de Barcelona pel control de la qualitat dels aliments van afavorir que el 30 de març del 1906 la Comissió d'Interior n'acordés la unificació en una sola institució: el Laboratori Municipal de Barcelona, que s'organitzà en tres seccions: antiràbica, a càrrec del Dr. Claramunt, microbiològica, a càrrec del Dr. Turró, i la d'anàlisi d'aliments, dirigida pel Dr. Calvet.

En el laboratori remodelat es va fer la primera anàlisi química i bacteriològica de "potabilitat" de les aigües de la ciutat, mentre que la secció bacteriana es va involucrar en l'anàlisi de les ostres, la carn i la llet. L'habilitat dels tècnics de laboratori es va demostrar el 1911, quan van aïllar el bacteri del còlera de les aigües d'El Vendrell.

L'agost de 1914 es va declarar una epidèmia catastròfica de tifus, que durant molt de temps havia estat anunciada per Turró, que l'associava a les aigües de Montcada, i no a les del Llobregat, com deien altres. Turró va ser fortament atacat per una campanya de premsa i per diver-

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, 130 anys d'història

104

sos polítics i acadèmics; l'esclat només va cessar quan la situació va empitjorar i es va prohibir l'ús de les aigües de Montcada.

Per lluitar contra la tuberculosi, el 1923 el laboratori va configurar una secció per a preparar la vacuna BCG a partir dels tractaments desenvolupats per Calmette i Guérin, que havien obtingut èxits importants en la lluita contra aquesta malaltia.

El laboratori als anys 30. La Guerra Civil

L'any 1930 es va inaugurar la façana principal del laboratori, que prendria l'aspecte que tindria fins que fou traslladat a l'edifici de Peracamps i el laboratori demolt. La Guerra Civil va frustrar la possibilitat de crear una institució d'investigació liderada pel Dr. Duran i Reynals i finançada per Rockefeller i Roviralta. Durant aquesta fosca etapa i en els primers anys de la dictadura, els tècnics del laboratori mai no van deixar de treballar. Cal destacar que durant la guerra el laboratori va preparar la vacuna antitetànica que subministrava al front.

El tardofranquisme

No és fins als anys 60 que el laboratori va començar a recuperar-se i es va organitzar en tres departaments: Química i Bromatologia, Hidrologia i Bacteriologia. L'estiu de 1971, un brot de còlera va crear una situació d'alarma a Catalunya i Aragó. El laboratori va participar activament preparant els milers de dosis de vacuna que es van haver d'aplicar a la població.

L'any 1981 la síndrome de l'oli tòxic, també conegut com la malaltia de la colza, va afectar més de 20.000 persones i en va ocasionar la mort d'unes 1.100 a tot l'Estat espanyol. El Laboratori Municipal va ser el referent a Catalunya per a l'anàlisi dels olis i va desenvolupar mètodes d'anàlisi nous.

Arribada dels ajuntaments democràtics

L'episodi de l'oli de colza, acompanyat de la recuperació dels ajuntaments democràtics l'any 1979, amb l'entrada de l'ajuntament socialista

de la mà de l'alcalde Narcís Serra, va comportar la incorporació de gestors nous de la salut pública, que van definir estratègies noves i objectius per a la vigilància alimentària i ambiental, d'acord amb el coneixement i el desenvolupament tecnològic, que inicià un període de gran inversió i desenvolupament científic.

Fruit d'aquesta visió nova, l'any 1984 l'Ajuntament de Barcelona desenvolupà el programa "Investigació de la qualitat sanitària dels aliments" (IQSA) per a conèixer l'estat dels aliments a la ciutat de Barcelona. Aquest programa adequa els mètodes analítics per a donar resposta a les determinacions programades segons els estudis sobre contaminants nous en els aliments. L'any 1985 va ser nomenada directora del laboratori la Dra. Mercè Centrich, que inicià i liderà una de les etapes de canvi més importants. Organitzativament, el laboratori va tancar el servei antiràbic i el departament d'hidrologia, que fins aleshores havien estat històrics. El servei d'atenció antiràbic va ser integrat en els serveis hospitalaris, i el departament d'hidrologia va ser integrat en els serveis de química i microbiologia, que van definir les seves noves funcions. L'any 1987, any del centenari, l'alcalde Pasqual Maragall va inaugurar una remodelació important de les instal·lacions i es van signar convenis de col·laboració amb centres de recerca i universitats que donaren un impuls nou a la investigació. També es van organitzar cursos de formació en les tècniques i coneixements nous que s'anaven desenvolupant, en què van participar com a professors científics dels laboratoris de més prestigi del món. L'any 1991 se li va concedir la placa Narcís Monturiol, en reconeixement a la tasca esmerçada en els àmbits de les anàlisis com a laboratori de salut pública. L'any 1992, amb motiu dels Jocs Olímpics, el laboratori va tenir un protagonisme important en el suport als plans de vigilància alimentària i ambiental.

El laboratori al segle XXI

L'any 1995, amb motiu de la reorganització de la zona on anaven les instal·lacions de la nova Universitat Pompeu Fabra, el laboratori va deixar la seu històrica del carrer de Wellington, 44, per a traslladar-se a l'edifici de l'antic hospital de Peracamps. L'edifici va ser completament transformat, amb les instal·lacions adients per a atendre els requeriments d'un laboratori modern.

L'edifici nou es va inaugurar a primers de maig de 1995, coincidint amb la jubilació de qui havia estat la directora del laboratori en aquesta etapa important de transformació, la Dra. Mercè Centrich. En l'acte de la inauguració, el conseller de Salut, Xavier Trias, i l'alcalde de Barcelona, Pasqual Maragall, van reafirmar el futur del laboratori i van anunciar l'objectiu d'unificar els laboratoris de salut pública que depenien de les dues administracions, en un d'únic.

Un dels aspectes amb més impactes de principi del segle XXI ha estat l'acreditació, l'any 2000, d'acord amb la norma ISO 17025, de complir obligat pels laboratoris de control oficial d'aliments, i requerida

actualment per tots els organismes i clients dels laboratoris de salut pública. El laboratori va fer un plantejament global de l'acreditació i esdevingué el laboratori de control oficial amb un abast d'acreditació més ample de l'Estat. A finals de l'any 2002, el Laboratori de la Delegació Territorial a Barcelona del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya es va fusionar amb el Laboratori Municipal de Barcelona, es va integrar en una sola organització tot el personal dels dos laboratoris i es constituí el laboratori actual. Aquest fet era conseqüència de la creació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona com un concepte integrador nou de la salut pública de la ciutat.

La creació del nou laboratori va marcar una etapa nova d'expansió i desenvolupament important, que el constituí com un laboratori de referència a escala internacional en l'àmbit de l'anàlisi d'aliments i les mostres ambientals.

L'any 2006, el laboratori va ser el primer d'acreditar-se per a abast flexible per als procediments del servei de química i demostrà la competència tècnica per a fer front a la majoria d'alertes de contaminants emergents nous que pot sorgir amb motiu de la globalització del mercat dels aliments. L'any 2017 s'ha acreditat, també amb abast flexible, per a la determinació

de norovirus per part del servei de microbiologia, fet que el converteix en el laboratori amb una oferta analítica acreditada més gran de l'Estat. Sens dubte, dos aspectes han fet possible aquest reconeixement. En primer lloc, el personal, patrimoni principal del laboratori actual, que s'ha sentit sempre orgullós de formar part d'un dels equips tècnics més reconeguts arreu per la feina i la dedicació, i en segon lloc, la confiança que els responsables polítics sempre han dipositat en la feina que s'hi ha realitzat i que han respost a la important exigència en inversions i despeses que ha representat el fet de mantenir un laboratori pioner en salut pública.

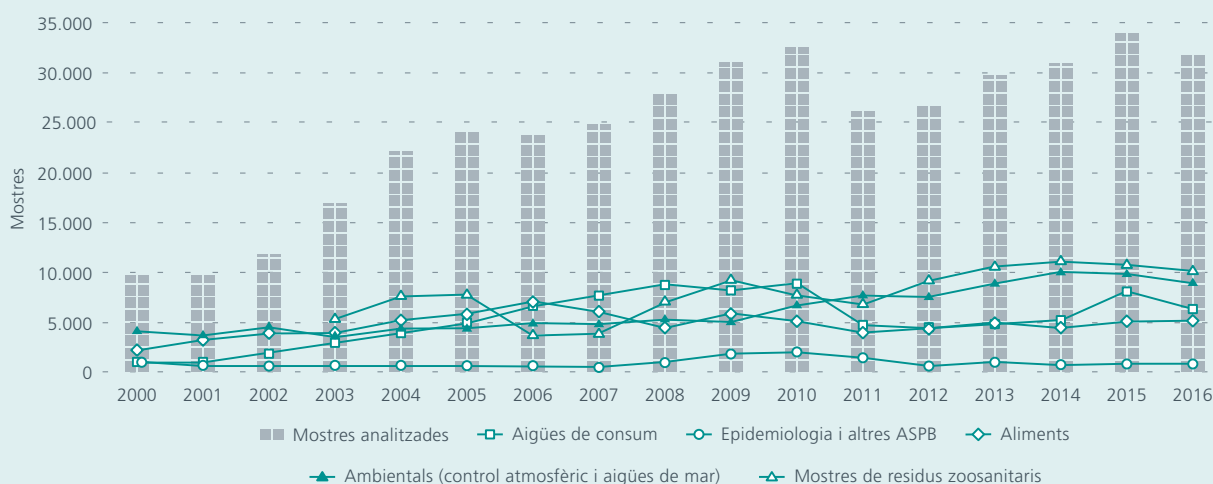
Aquest important esforç i reconeixement s'han vist reflectits en l'increment constant del nombre de mostres que s'analitzen al laboratori, que ha passat de les 9.770 mostres de l'any 2000 a les 31.655 de l'any 2016. Aquest any 2017 té un increment de més del 8% respecte del 2016 (vegeu la figura 4).

Actualment, el laboratori porta a terme una aposta important per a modernitzar i informatitzar els seus circuits per a oferir un servei més bo i més ràpid d'acord amb les noves tecnologies, que fan que continuï essent pioner entre els laboratoris públics.

El desembre del 2016, la Generalitat de Catalunya va lliurar al laboratori la placa Josep Trueta al mèrit sanitari com a reconeixement a la seva trajectòria històrica en l'àmbit de les ciències de la salut i de la salut pública a Catalunya i al conjunt de l'Estat.

Agraïments: l'elaboració d'aquest document ha estat possible gràcies a l'ajuda de Mercè Centrich, per la seva memòria històrica, i de Lluïsa Roca, per la important aportació de documents històrics.

Figura 4. Evolució de l'activitat del Laboratori Municipal. Barcelona, 2000-2016.



Font: Laboratori Municipal de Barcelona. Agència de Salut Pública.



La salut en xifres

Presentació

Resum executiu

Resumen ejecutivo

Executive Summary

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

El context socioeconòmic

La població

L'entorn familiar

L'entorn econòmic

Les condicions de vida

La participació per la salut col·lectiva

Els serveis sanitaris

Les accions en salut pública

El context físic

Les condicions físiques de l'habitatge

La seguretat alimentària

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i la mobilitat

L'alimentació saludable

El consum de tabac, alcohol i drogues il·legals

La salut

L'esperança de vida

L'estat de salut percebut

L'obesitat i l'excés de pes

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

Els trastorns crònics

Les lesions per col·lisió de trànsit

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut als barris

Monogràfics

30 anys de vigilància i control de la tuberculosi i de la infecció per VIH/sida a Barcelona

Qualitat de vida en dones amb càncer de mama. Cohort Dama

La discriminació, el maltractament i l'assetjament en la població adolescent

Del Laboratori Municipal de Barcelona al Laboratori de l'Agència de Salut Pública

de Barcelona, 130 anys d'història

La salut en xifres

El context socioeconòmic

108

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1991-2016.

		1991		2001		2015		2016	
Població									
0-14 anys	Homes	121.726	15,7%	88.592	12,6%	104.099	13,7%	104.586	13,8%
	Dones	115.104	13,3%	84.543	10,6%	98.620	11,6%	99.216	11,7%
15-44 anys	Homes	352.714	45,5%	317.954	45,1%	322.024	42,2%	317.738	41,8%
	Dones	356.504	41,1%	318.161	39,8%	317.866	37,5%	317.093	37,4%
45-64 anys	Homes	193.872	25,0%	172.202	24,4%	197.778	25,9%	199.610	26,2%
	Dones	218.143	25,1%	196.389	24,6%	220.895	26,1%	222.001	26,2%
65-74 anys	Homes	68.244	8,8%	74.974	10,6%	71.543	9,4%	71.330	9,4%
	Dones	97.166	11,2%	99.508	12,5%	90.972	10,7%	91.427	10,8%
75 anys o més	Homes	39.432	5,1%	51.502	7,3%	67.073	8,8%	67.630	8,9%
	Dones	80.639	9,3%	100.059	12,5%	118.598	14,0%	118.079	13,9%
Total	Homes	775.988	100%	705.224	100%	762.517	100%	760.894	100%
	Dones	867.554	100%	798.660	100%	846.951	100%	847.816	100%
Índex de dependència senil¹									
	Homes		19,7%		25,8%		26,7%		26,9%
	Dones		30,9%		38,8%		38,9%		38,9%
Índex de sobreenvelliment²									
	Homes		36,6%		29,6%		48,4%		48,7%
	Dones		45,3%		50,1%		56,6%		56,4%
Gent gran que viu sola									
65-74 anys	Homes	4.518	6,6%	7.081	9,2%	9.190	12,8%	9.416	13,2%
	Dones	23.015	23,7%	24.854	24,2%	21.538	23,7%	21.816	23,9%
75-84 anys	Homes	3.277	10,0%	5.274	13,3%	7.042	14,6%	7.062	14,7%
	Dones	18.580	30,1%	29.113	40,4%	27.130	36,6%	26.368	36,2%
85 anys o més	Homes	827	12,3%	2.095	21,1%	4.178	22,3%	4.384	22,4%
	Dones	3.837	20,2%	10.502	38,3%	19.634	44,2%	20.222	44,6%
Nivell d'instrucció³									
Sense estudis	Homes		20,5%		11,7%		3,1%		2,4%
	Dones		29,6%		17,5%		5,4%		4,4%
Estudis primaris	Homes		28,2%		26,9%		19,3%		17,6%
	Dones		30,1%		29,4%		21,3%		19,8%
Estudis secundaris	Homes		16,3%		18,7%		22,0%		22,4%
	Dones		15,0%		17,5%		19,8%		20,4%
Batxillerat i FPII	Homes		21,4%		24,6%		27,0%		27,2%
	Dones		15,5%		19,5%		23,3%		23,5%
Universitaris	Homes		12,8%		17,7%		28,6%		29,4%
	Dones		9,3%		15,7%		30,1%		31,0%
No consta	Homes		0,8%		0,4%		0,0%		1,1%
	Dones		0,5%		0,5%		0,0%		0,9%
Població nascuda a l'estranger		45.417	2,7%	101.947	6,8%	358.398	22,3%	366.096	22,8%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i 2001 i lectura del padró continu dels anys 2006, 2011 i 2016. Ajuntament de Barcelona.

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

Taula 2. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2008-2016.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Atenció primària de salut								
Visites per habitant i any	5,8	5,4	5,2	5,1	5,2	5,3	5,4	5,3
Cobertura de vacunació antigripal en persones de 60 anys o més	53,2%	47,8%	47,4%	48,8%	47,8%	48,1%	45,5%	44,3%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	7,1%	6,5%	6,3%	6,0%	6,1%	5,9%	5,7%	5,5%
Atenció a les urgències								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses	698.467	679.192	649.957	629.919	627.296	638.968	671.298	659.088
Activitat SEM-061¹								
Nombre d'urgències a domicili	36.728	32.958	33.563	34.678	32.575	37.529	32.745	33.908
Nombre d'emergències	201.550	197.604	194.558	192.458	183.750	208.413	221.253	214.559
Atenció especialitzada hospitalària								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants ²	2,3	2,4	2,3	2,2	2,0	2,2	2,0	2,1
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a Barcelona ³	88,7	89,4	87,3	89,7	90,0	88	98,2	99,1
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària ³	7,4%	8,0%	7,4%	6,6%	6,2%	6%	6,2%	6,2%
Altes als hospitals de la XHUP de Barcelona de no residents a la ciutat	30,7%	29,0%	27,6%	26%	25,5%	23,6%	24,2%	23,8%
Atenció socio sanitària								
Llits de llarga estada	1.317	1.382	1.466	1.434	1.248	1.124	1.090	1.062
Llits de convalsència	876	970	930	912	845	788	791	832
Llits de cures pal·liatives	116	109	104	114	100	115	128	115
Llits d'unitats de sida	35	35	35	20	19	19	19	19
Places en hospitals de dia	411	371	446	443	410	398	399	408
Nombre d'equips PADES	29	32	18	18	20	20	20	19
Nombre d'equips UFISS hospitalària	12	12	9	9	9	9	9	9
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	8	8	8	8	7	7	7	8
Nombre de pacients en llits llarga estada	2.775	3.211	2.186	4.180	4.293	5.157	4.843	4.627
Nombre de pacients en unitats de convalsència	5.187	6.458	6.473	6.373	7.048	7.021	8.506	6.942
Nombre de pacients en unitats de cures pal·liatives	1.193	1.351	1.328	1.719	1.911	1.871	2.339	2.050
Nombre de pacients en unitats de d'hospital de dia	1.082	977	1.075	1.231	1.456	1.398	1.381	882

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

Notes: ¹A partir de l'any 2007, el nombre d'emergències inclou tots els serveis mobilitzats, tant els bàsics com els avançats, i l'atenció continuada s'identifica com la domiciliària. S'ha de tenir en compte a l'hora de comparar-ho amb anys anteriors, ja que en la classificació emprada s'utilitzaven criteris diferents. ²A partir de l'any 2006, la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM; anteriorment la donaven els mateixos centres. ³A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable d'alta hospitalària de finançament públic que utilitza el CatSalut. Atès l'increment poblacional (any 2000 a 2006: 11,2%), a partir de l'any 2006 s'utilitza la població RCA per fer els càlculs de les taxes.

Taula 2 (continuació) >

El context socioeconòmic

110

Taula 2 (continuació). Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2008-2016.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2015
Atenció socio sanitària								
PADES (inclou ETODA) ⁴	3.364	3.727	3.875	3.765	4.018	4.070	4.748	4.371
UFISS	ND	5.776	4.760	4.785	5.374	4.675	4.507	4.408
EAlA (processos) ⁵	ND	ND	11.562	11.924	11.077	11.971	14.470	9.681
Atenció a la salut mental Ambulatori								
Nombre de centres d'adults (CSMA ⁶)	16	16	16	16	14	14	15	15
Nombre de llits d'hospitalització psiquiàtrica	577	577	579	593	578	ND	624	633
Nombre de centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	11	11	10	10	9	9	10	10
Nombre de places d'hospitals de dia	577	577	579	593	578	573	367	349
Rehabilitació								
Nombre de places en centres de dia	706	706	671	671	673	673	673	673
Nombre de persones ateses								
Centres d'adults (CSMA ⁶)	34.925	36.083	37.092	34.518	37.894	42.704	45.394	44.953
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	7.239	7.669	7.657	7.875	8.071	10.517	11.455	12.066
Hospitals i altres	4.829	5.337	4.478	4.531	4.469	5.188	4.940	4.778
Centres de dia	1.504	1.641	1.539	1.716	1.756	1.792	1.854	1.752

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

Notes: ¹A 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. ²A partir de l'any 2006, la font dels llits públics d'aguts és l'Enquesta GOM; anteriorment la donaven els mateixos centres. ³A partir de l'any 2002, el càlcul d'hospitalització s'ha realitzat tenint en compte la variable "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. ⁴PADES: a partir de l'any 2007, la font de dades és el CMBD-SS; abans, els mateixos centres facilitaven la informació. ⁵EAlA: Equips d'avaluació integral ambulatoria (recurs nou del 2003). ⁶Els 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. ⁷Els 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. ⁸El 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 Socio sanitària

ETODA: Equips de Teràpia en Observació Directa Ambulatoria

La salut

111

Taula 3. Evolució de les taxes de mortalitat, mortalitat prematura i esperança de vida. Barcelona, 2006-2015¹.

Homes	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Defuncions	7.664	7.758	7.483	7.455	7.439	7.258	7.572	7.194	7.230	7.370
Taxa de mortalitat	989,5	1.020,4	965,7	958,4	970,1	942,1	984,3	939,9	945,6	966,5
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat	1.165,7	1.185,9	1.121,4	1.097,1	1.070,5	1.017,0	1.164,0	1.084,2	1.075,3	1.068,2
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat prematura ²	4.428,1	4.385,3	3.965,0	3.892,4	3.903,6	3.522,1	3.617,1	3.617,1	3.338,9	3.155,8
Dones										
Defuncions	7.975	8.130	8.232	8.196	7.848	7.938	8.325	7.905	8.008	8.384
Taxa de mortalitat	932,8	964,6	964,5	957,9	921,1	934,0	979,2	931,6	943,6	989,9
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat	617,1	626,8	628,1	613,5	576,9	561,6	655,7	611,0	608,1	614,5
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat prematura ²	1.882,9	1.888,4	1.907,7	1.977,8	1.869,0	1.759,9	1.943,5	1.943,5	1.684,1	1.694,7

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

Notes: ¹La 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. ²APVP: anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys.

Taula 4. Evolució de la mortalitat en la població de 15 a 44 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per cada 100.000 habitants de 15 a 44 anys. Barcelona, 2005, 2010, 2014 i 2015.

Homes	2005		2010		2014		2015	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Suïcidis i autolesions	40	11,1	33	9,1	32	9,7	33	9,9
Lesions per accident de trànsit	36	10,6	15	4,4	19	6,0	15	5,0
Enverinaments accidentals per substàncies tòxiques	49	13,4	37	10,1	16	4,2	15	4,2
Malaltia isquèmica del cor	20	5,7	10	2,6	8	2,0	10	2,7
Insuficiència cardíaca	2	0,6	2	0,5	2	0,5	7	1,9
Totes les causes	371	104,0	258	71,2	188	54,6	183	52,6
Dones								
Suïcidis i autolesions	13	3,9	6	1,7	7	2,4	11	3,2
Tumor maligne de mama	17	4,8	23	6,1	18	4,7	11	3,0
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	5	1,4	5	1,4	3	0,8	6	1,7
Enverinaments accidentals per substàncies tòxiques	13	3,7	13	3,5	1	0,3	5	1,3
Tumor maligne de budell gros	1	0,3	4	1,3	2	0,6	4	1,0
Totes les causes	167	47,6	132	36,6	113	32,8	103	29,7

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

Notes: ¹La 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.

La salut

112

Taula 5. Evolució de la mortalitat en la població de 45 a 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per cada 100.000 habitants de 45 a 74 anys. Barcelona, 2005, 2010, 2014 i 2015.

	2005		2010		2014		2015	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Homes								
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	465	193,0	391	168,3	383	158,9	351	145,3
Malalties isquèmiques del cor	315	132,8	245	107,6	218	90,6	208	85,4
Tumor maligne de budell gros	123	51,7	101	45,0	116	48,6	102	43,2
Tumor maligne de pàncrees	66	27,7	87	36,8	65	27,3	88	37,4
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	141	61,4	73	33,8	83	36,5	80	34,8
Cirrosi i altres malalties del fetge	100	40,9	104	42,9	85	33,1	86	34,3
Malalties cerebrovasculars	134	57,2	98	43,4	72	29,5	80	32,9
Tumor maligne de fetge	81	33,4	80	35,1	70	28,9	62	25,0
Tumor maligne d'estómac	71	30,3	62	27,4	55	22,5	51	22,1
Tumor maligne de ronyó i dels òrgans urinaris	37	15,7	35	15,7	35	14,5	43	17,5
Totes les causes	3.017	1.264,7	2.467	1.067,6	2.279	949,1	2.195	906,6
Dones								
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	92	30,6	117	39,7	114	37,8	138	44,9
Tumor maligne de mama	138	45,9	136	46,6	108	36,1	95	31,5
Tumor maligne de budell gros	74	25,0	58	20,3	64	21,8	62	20,8
Malalties cerebrovasculars	68	22,4	60	21,0	52	18,3	55	19,0
Tumor maligne de pàncrees	42	14,0	34	12,2	48	16,6	47	16,0
Tumor maligne d'ovari	50	16,6	40	13,9	36	12,0	46	15,0
Cirrosi i altres malalties del fetge	62	20,7	47	16,6	35	11,6	31	10,4
Malalties isquèmiques del cor	82	27,5	53	19,0	45	15,7	30	10,2
Insuficiència cardíaca	22	7,5	16	5,9	10	3,6	30	10,0
Tumor maligne de l'encèfal	30	10,1	34	11,9	31	10,5	28	9,3
Totes les causes	1.473	493,6	1.255	440,3	1.149	391,9	1.186	397,5

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

Notes: ¹La 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.

Taula 6. Evolució de la mortalitat en la població de més de 74 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per cada 100.000 habitants de més de 74 anys. Barcelona, 2005, 2010, 2014 i 2015.

	2005		2010		2014		2015	
	N	2005	N	TX	N	TX	N	TX
Homes								
Malalties isquèmiques del cor	470	870,8	421	671,5	427	622,5	394	563,5
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC ²	395	758,3	304	491,5	364	529,4	345	485,7
Demència senil, vascular, i demència no especificada	187	381,3	201	343,8	286	416,6	311	433,8
Malalties cerebrovasculars	398	767,1	312	503,2	300	434,3	298	411,2
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	258	447,7	325	497,7	259	395,5	268	397,6
Malaltia d'Alzheimer	115	218,0	157	256,6	183	264,7	204	276,9
Insuficiència cardíaca	220	449,7	152	265,2	157	227,1	188	264,0
Malalties del ronyó i de les vies urinàries	155	294,6	112	179,4	146	212,3	177	246,6
Tumor maligne de pròstata	146	279,6	149	240,8	150	214,4	161	226,3
Malalties hipertensives	90	179,8	110	185,6	98	145,3	124	173,6
Totes les causes	4.911	9.303,9	4.674	7.535,9	4.736	6.930,4	4.958	7.013,2
Dones								
Demència senil, vascular, i demència no especificada	500	397,2	539	358,3	698	400,9	789	431,8
Malalties cerebrovasculars	720	604,5	547	389,3	530	339,2	529	334,7
Malaltia d'Alzheimer	317	267,4	437	309,4	574	371,7	553	333,1
Malalties isquèmiques del cor	584	489,5	443	318,2	417	259,4	426	265,1
Insuficiència cardíaca	552	447,0	339	228,5	329	201,4	394	231,6
Malalties hipertensives	196	160,8	333	228,2	294	175,6	280	166,8
Malalties del ronyó i de les vies urinàries	203	170,7	199	139,8	236	149,3	242	143,1
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC ²	206	169,5	167	118,9	174	110,1	185	117,6
Tumor maligne de budell gros	147	126,3	157	120,6	152	109,3	144	104,8
Tumor maligne de mama	129	114,4	132	103,4	150	115,1	135	97,6
Totes les causes	6.909	5.779,7	6.433	4.640,7	6.724	4.421,0	7.075	4.480,0

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

Notes: ¹La 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.

²MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Taula 7. Evolució de les taxes de mortalitat infantil i perinatal. Barcelona, 2007-2015¹.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mortalitat infantil									
Defuncions infantils a 0 anys	44	50	39	47	40	38	28	33	32
Taxa de mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius	2,9	3,2	2,6	3,1	2,7	2,6	2,0	2,4	2,2
Mortalitat perinatal									
Defuncions perinatals (≥ 500 g)	61	66	60	63	66	67	50	50	42
Taxa de mortalitat perinatal per 1.000 (≥ 500 g)	4,0	4,2	4,0	4,2	4,4	3,5	3,6	3,6	2,1

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

Nota: ¹Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors.

La salut

114

Taula 8. Evolució de la incidència de la tuberculosi segons el país de naixement i el sexe. Taxes estandarditzades¹ per edat per cada 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2016.

Homes	2012	2013	2014	2015	2016
Autòctons	15,8	11,4	11,4	15,5	13,4
Immigrants	60,4	57,7	44,1	36,8	36,1
Total	27,7	24,6	23,7	23,7	20,5
Dones					
Autòctones	10,0	9,6	13,3	7,1	7,8
Immigrants	51,4	62,1	27,7	26,0	25,4
Total	15,3	16,1	13,3	12,2	12,4

Taula 9. 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 cada 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2016

Homes	2012	2013	2014	2015	2016
Autòctons	43,7	48,3	41,5	51,0	39,9
Immigrants	84,8	85,2	92,3	96,7	81,4
Total	54,5	59,4	56,9	65,3	54,0
Dones					
Autòctones	2,0	5,4	2,6	3,4	1,7
Immigrants	9,7	15,5	12,3	6,7	8,3
Total	4,9	8,7	5,5	4,5	3,8

Font: Registre de tuberculosi i de sida, Agència de Salut Pública de Barcelona. Sistema d'informació de drogues de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
Nota: ¹La població de referència per a l'estandardització de les taxes ha estat la població de Barcelona, segons el padró municipal d'habitants del 1996.

Taula 10. Evolució de les malalties professionals, segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2013-2016.

	Homes				Dones			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Malalties per agents químics ¹	8,0	6,5	3,8	6,3	6,9	8,9	8,8	9,2
Malalties per fatiga de beines tendinoses	70,0	65,7	74,5	63,3	50,6	53,1	42,9	44,9
Malalties per paràlisi dels nervis causada per pressió	13,5	9,5	5,7	11,7	21,1	17,1	19,5	12,1
Malalties per altres agents físics	4,5	8,0	10,2	6,3	10,1	7,4	5,9	10,1
Malalties per agents biològics	1,0	3,5	1,9	5,5	4,5	8,5	14,6	12,1
Malalties de la pell	3,0	6,5	3,2	7	6,9	5,0	8,3	11,1
Malalties per agents carcinògens	-	0,5	0,6	-	-	-	-	0,5
Total	200	201	157	128	247	258	205	207

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).

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

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

Taula 11. Evolució de les lesions greus i mortals per accident de treball, segons el tipus de lesió i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2013-2016.

	Homes				Dones			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Lesions greus per accidents de treball								
<i>In itinere</i>	48,4	43,3	43,1	50,8	52,9	59,3	56,1	57,9
En jornada laboral:								
No traumàtiques	9,3	9,6	7,3	4,9	2,9	3,7	6,1	2,6
De trànsit	4,3	8,3	9,5	9,3	2,9	1,9	3	6,6
Resta traumàtiques	37,9	38,9	40,1	35,0	41,4	35,2	34,8	32,9
Total	161	157	137	183	70	54	66	76
Lesions mortals per accidents de treball								
<i>In itinere</i>	46,7	30,8	28,6	20	100,0	75,0	50	33,3
En jornada laboral:								
No traumàtiques	26,7	30,8	28,6	28	-	-	-	50
De trànsit	13,3	23,1	14,3	8	-	-	50	-
Resta traumàtiques	13,3	15,4	28,6	44	-	25,0	-	16,7
Total	15	13	21	25	1	4	4	6

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

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

Taula 12. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2013-2016.

	Homes				Dones			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	29,0	24,7	21,5	18,3	15,6	17,3	14,7	16,1
Malalties del sistema respiratori	1,2	3,8	1,6	2,1	2,4	2,3	3,2	2,3
Trastorns mentals i del comportament	58,6	60,1	64,9	71,7	72,5	72,0	73,8	72,9
Malalties del sistema nerviós	1,2	1,3	2,1	1,6	2,7	1,6	2,6	3,7
Traumatismes i enverinaments	2,5	4,4	2,1	3,1	1,4	1,3	2,1	2,0
Altres	7,4	5,7	7,9	3,1	5,4	5,5	3,5	3,1
Total	162	158	191	191	295	307	340	354

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

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

La salut

116

Taula 13. Evolució dels indicadors de salut sexual i reproductiva en les dones en edat fèrtil (15-49 anys) i per grups d'edat. Barcelona, 2010-2015.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	9,2	9,1	8,9	8,6	8,7	8,9
Dones 15-49 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	14.952	14.754	14.498	13.972	14.984	14.442
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	37,7	37,7	37,2	36,2	36,6	38,3
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	35,8	36,7	36,3	35,0	35,8	37,9
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	44,5	41,8	40,4	40,2	40,2	40,2
Nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)	6.788	6.367	6.088	6.646	5.658	5.164
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	17,1	16,3	15,6	17,2	14,8	13,7
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	11,4	11,7	11,9	13,2	12,2	9,9
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	32,9	28,2	25,6	28,0	22,1	22,3
Nombre d'embarassos	21.740	21.121	20.586	20.618	19.642	19.606
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	54,9	54,0	52,8	53,5	51,4	51,9
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	47,2	48,5	48,2	48,2	48,0	47,7
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	77,4	70,0	65,9	68,2	62,3	62,4
Embarassos no planificats (% IVE sobre el total d'embarassos)	31,2	30,1	29,6	32,2	28,8	26,3
Resultats de l'embaràs						
Naixements amb només un dels pares de fora de l'Estat espanyol	14,8%	14,4%	14,7%	14,9%	15,9%	16,3%
Naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	28,5%	27,7%	27,9%	28,0%	28,1%	28,7%
Naixements amb baix pes en néixer (< 2.500 g)	6,7%	7,1%	8,1%	7,3%	7,4%	9,8%
Naixements prematurs (< 37 setmanes de gestació)	6,4%	6,2%	7,8%	6,4%	6,5%	8,2%
Baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,3%	6,4%	6,5%	6,5%	6,8%	7,2%
Adolescents (dones 15-19 anys)						
Fecunditat						
Nombre de naixements	234	214	212	213	188	199
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	7,5	6,9	6,9	7,0	6,1	6,4
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	3,9	3,9	3,1	3,6	3,5	3,4
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	21,4	17,7	20,2	19,1	15,5	17,8
Nombre d'IVE	652	619	589	579	472	393
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	20,8	19,9	19,0	19,0	15,4	12,7
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	16,4	14,7	14,6	13,6	12,0	10,3
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	38,1	39,1	35,7	38,3	28,2	21,7

Fonts: ¹Registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut; ²Registre de naixements de l'IDESCAT; ³Padró de població del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Taula 13 (continuació) >

Taula 13 (continuació). Evolució dels indicadors de salut sexual i reproductiva en les dones en edat fèrtil (15-49 anys) i per grups d'edat. Barcelona, 2010-2015.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre d'embarassos	886	833	801	792	660	592
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	28,3	26,7	25,9	26,0	21,5	19,1
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	20,3	18,7	17,7	17,3	15,5	13,7
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	59,5	56,8	55,9	57,4	43,7	39,5
Embarassos no planificats (% IVE sobre el total d'embarassos)	73,6	74,3	73,5	73,1	71,5	75,4
Resultats de l'embaràs						
Naixements amb només un dels pares de fora de l'Estat espanyol	18,5%	16,5%	13,1%	15,0%	11,7%	18,9%
Naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	54,3%	53,5%	58,1%	40,8%	34,6%	49,0%
Baix pes per edat gestacional (percentil 10)	8,5%	6,5%	10,8%	6,1%	8,5%	8,0%
Dones 20-34 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	9.043	8.643	8.254	7.822	7.726	7.554
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	51,3	50,8	49,3	48,2	48,9	48,9
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	50,0	50,4	48,7	47,1	48,8	49,0
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	60,5	57,7	55,6	55,1	55,6	53,7
Nombre d'IVE	4.705	4.326	4.129	4.404	3.617	3.458
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	26,7	25,4	24,6	27,1	22,9	22,4
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	18,6	19,4	20,3	22,6	20,1	17,1
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	44,7	38,3	35,1	38,7	30,7	32,7
Nombre d'embarassos	13.748	12.969	12.383	12.226	11.343	11,12
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	78,1	76,2	73,9	75,4	71,8	71,3
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	68,6	69,7	69,0	69,7	68,9	66,1
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	105,2	96,1	90,7	93,9	86,3	86,4
Embarassos no planificats (% IVE sobre el total d'embarassos)	34,2	33,4	33,3	36,0	32,0	26,0
Resultats de l'embaràs						
Naixements amb només un dels pares de fora de l'Estat espanyol	14,1%	13,0%	13,6%	13,7%	14,6%	15,3%
Naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	34,7%	35,7%	35,3%	35,2%	34,7%	35,9%
Naixements amb baix pes en néixer (< 2.500 g)	5,8%	5,9%	7,1%	6,5%	7,1%	8,2%
Naixements prematurs (< 37 setmanes de gestació)	5,3%	4,8%	6,7%	5,8%	6,1%	6,8%
Baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,0%	6,2%	6,5%	6,4%	6,6%	7,0%

Fonts: ¹Registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut; ²Registre de naixements de l'IDESCAT; ³Padró de població del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Taula 13 (continuació) >

La salut

118

Taula 13 (continuació). Evolució dels indicadors de salut sexual i reproductiva en les dones en edat fèrtil (15-49 anys) i per grups d'edat. Barcelona, 2010-2015.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dones 15-49 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	5.675	5.897	6.032	5.937	6.070	6.689
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	30,1	31,0	31,5	30,8	31,4	34,8
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	30,7	32,6	33,4	32,2	32,8	36,7
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	26,5	25,0	24,7	26,0	27,0	29,2
Nombre d'IVE	1.431	1.422	1.370	1.663	1.569	1.313
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	7,6	7,5	7,1	8,6	8,1	6,8
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	5,2	5,7	5,5	6,7	6,9	4,9
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	16,1	13,7	12,6	14,5	12,2	11,7
Nombre d'embarassos	7.106	7.319	7.402	7.600	7.639	8.002
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	37,7	38,5	38,6	39,4	39,5	41,7
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	35,9	38,3	38,8	38,9	39,7	41,6
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	42,5	38,7	37,3	40,4	39,1	40,9
Embarassos no planificats (% IVE sobre el total d'embarassos)	20,1	19,4	18,5	21,9	20,5	16,4
Resultats de l'embaràs						
Naixements amb només un dels pares de fora de l'Estat espanyol	15,7%	16,6%	16,3%	16,5%	17,6%	17,3%
Naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	17,6%	16,7%	16,8%	18,0%	19,2%	19,6%
Naixements amb baix pes al néixer (< 2.500 g)	8,1%	8,9%	9,3%	8,4%	7,6%	11,7%
Naixements prematurs (< 37 setmanes de gestació)	7,9%	8,2%	9,1%	7,1%	7,0%	9,8%
Baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,7%	6,8%	6,5%	6,7%	7,0%	7,4%

Fonts: ¹Registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut; ²Registre de naixements de l'IDESCAT; ³Padró de població del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Taula 14. Persones lesionades per col·lisió de trànsit, segons gravetat de les lesions i sexe. Barcelona, 2013-2016.

		2013		2014		2015		2016	
Lesions lleus	Homes	6.848	61,7%	6.798	61,1%	7.235	62,4%	7.205	60,6%
	Dones	4.245	38,3%	4.331	38,9%	4.359	37,6%	4.691	39,4%
Lesions greus	Homes	175	67,6%	172	68,5%	135	67,8%	131	68,2%
	Dones	84	32,4%	79	31,5%	64	32,2%	61	31,8%
Lesions mortals	Homes	18	81,8%	24	77,4%	25	92,6%	16	57,1%
	Dones	4	18,2%	7	22,6%	2	7,4%	12	42,9%
Gravetat desconeguda	Homes	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Dones	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	Homes	7.041	61,9%	6.994	61,3%	7.395	62,6%	7.352	60,7%
	Dones	4.333	38,1%	4.417	38,7%	4.425	37,4%	4.764	39,3%

Font: Guàrdia Urbana de Barcelona, Ajuntament de Barcelona.

La salut

120

Taula 15. Llistat de procediments amb temps de referència.

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

Font: Consorci Sanitari de Barcelona.

La salut a Barcelona 2016



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

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

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



Podeu trobar dades addicionals de l'Informe de Salut en el document annex *La salut en xifres a Barcelona. Districtes i àrees integrals de salut 2016*, disponible al web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.



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

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

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

+B Agència
de Salut Pública

